

**Ziele und Nutzen der Vorsorgeuntersuchung-neu (VU-neu).  
Auswirkungen des Einladesystems zur VU (Callsystem) auf  
die Inanspruchnahme von Ziel/Risikogruppen sowie  
allgemeine Lösungsansätze zur Erreichung einer  
Steigerung der Teilnahme an der VU-neu.**



Medizinische Universität Graz



Mag. Horst Stuhlpfarrer, 8212509

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Master's of Public Health

Betreuer: Primarius Dr. Gert Klima, StGKK

Graz, Dezember 2008

## Abstract

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben sich im November 2004 unter der Patronanz des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen auf eine Neugestaltung der Vorsorgeuntersuchung (VU) auf Grundlage der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse geeinigt.

In Österreich nehmen jährlich ca. 12,4 % der relevanten Bevölkerung die VU in Anspruch. Da die Menschen im Durchschnitt nur alle 3 Jahre einmal zur VU gehen, erreicht man knapp 40% der Bevölkerung.

Trotz der bisher hohen Akzeptanz der VU in Österreich geht es darum, noch mehr Menschen mit diesem modernen Vorsorge-Instrument zu erreichen. Deshalb soll es eine spezielle Einladung zur VU geben.

Mittels gezieltem Call/Recall – System (Einlade/Wiedereinlade – System) sollen insbesondere jene Personen zur Vorsorgeuntersuchung-neu (VU-neu) eingeladen werden, die dieses wichtige Präventionsprogramm bislang nicht in Anspruch genommen haben, davon jedoch einen großen Nutzen erzielen könnten. Angesprochen werden sollen dabei insbesondere mögliche Risikogruppen.

Im Vorfeld der Master Thesis werden zunächst die gesetzlichen Grundlagen sowie die Prinzipien und Ziele der VU-neu festgehalten. In der Folge wird untersucht, ob in mit Österreich vergleichbaren EU-Ländern VU-neu ähnliche Screeningsysteme bzw. überhaupt Screenings durchgeführt werden. Bejahendenfalls wird die Art der Screenings und die Inanspruchnahme sowie das Bestehen eines Einladesystems und eines Outcomes einer genaueren Betrachtung unterzogen.

Für österreichische Verhältnisse ist weiters die Feststellung wesentlich, dass ca. 40 % der Bevölkerung und nur ein „geringer Anteil“ (ca. 3%) der vom Callsystem erfassten Versicherten die VU-neu in Anspruch nehmen.

Diesem Umstand Rechnung tragend werden Vertreter von Personengruppen bzw. Institutionen, welche in den verschiedensten Bereichen Anknüpfungspunkte zur VU aufweisen (Ärzte, Hauptverband, Sozialversicherungsträger, Sozialarbeiter, Versicherte, Politik, Universität) befragt, warum Probanden nicht an der VU-neu teilnehmen. Damit im Zusammenhang wird auch untersucht, welchen Impact hierbei der sozioökonomische Status hat.

Die Gründe für die Nichtteilnahme an der VU und der Einfluss des sozioökonomischen Status werden weiters mittels nationaler und internationaler Literatur erforscht.

Anhand der Literaturrecherche als auch der obgenannten Befragungen sollen Strategien und Lösungsansätze für eine Steigerung der Teilnahme an der VU-neu aufgezeigt werden.

## Abstract

In November 2004 the Federation of Austrian social security institutions and the Austrian Medical Association under the patronage of the Federal Ministry of Health and Women agreed on a redesign of the screening on the basis of the current medical and scientific knowledge.

In Austria approximately 12,4% of the relevant population annually take part in screenings. On average people go only once every 3 years to screenings so you only reach about 40% of the Austrian population.

Even though the level of acceptance of screenings in Austria has been quite high so far, it is important to reach more people with this modern-screening tool. Therefore there will be a special invitation to those screenings in the future.

Through the use of a targeted Call/Recall System particularly those people who have not yet made use of this new screening should be invited to this important prevention program since they could benefit a great deal from these screenings. In particular the possible risk groups should be addressed.

Firstly the thesis will deal with the legal basis of the new-screening (VU-new) and the principles and objectives of the 'VU' new. Secondly, there is an analysis whether EU countries which are similar to Austria carry out screenings at all and if so whether they are comparable to the Austrian 'VU' new. If so, the nature of the screenings and the utilisation of these screenings as well as the invitation system and outcomes will be analysed.

As far as Austria is concerned it is very important to mention that approximately 40% of the population and only a 'small percentage' (approximately 3%) of insured people who are addressed by the 'callsystem' make use of the 'VU' new.

Because of this low usage of the 'VU' new, representatives of certain groups and institutions, which are connected with the VU in various areas (e.g. doctors, the main association of social security, social insurances, social workers, insured people, politics, universities) will be interviewed why volunteers do not participate in the new 'VU.' Furthermore, it will be researched how the socio-economic status of the volunteers correlates with their participation in the 'VU' new.

The reasons for not participating in the VU and the influence of the socio-economic status of the volunteers will also be researched on the basis of national and international literature.

Finally strategies and approaches for increasing participation in the re-screening procedures should be found by means of both literature as well as the results of the interviews mentioned earlier.

## **Danksagung**

An dieser Stelle möchte ich all jenen Personen Dank sagen, die während des Universitätslehrganges „Public Health“ hinter mir gestanden sind und mich moralisch und motivierend unterstützt haben. Dies gilt besonders für die Lehrgangsleitung, das Sekretariat und meine StudienkollegInnen.

Erwähnen möchte ich in diesem Zusammenhang auch die mir seitens meines Dienstgebers „Steiermärkische Gebietskrankenkasse“ gewährte finanzielle Subvention, welche meine Teilnahme am Universitätslehrgang ermöglichte. Dies gilt auch für Mag. Dr. Sonja Hartl, welche keine Mühe scheute mich ausnahmslos als Dienstvorgesetzte während meiner studiumbedingten Absenzen zu vertreten.

Vor allem meiner Frau Renate und meinen Kindern Christoph und Michael gilt besonderer Dank für die Unterstützung, die aufgebrauchte Geduld sowie den familiären Rückhalt.

Ausdrücklich bedanken möchte ich mich bei Prim. Dr. Gert Klima für die Betreuung und Begutachtung der Master Thesis. Auch für die Zweitbegutachtung durch Dr. Christian Scharinger möchte ich an dieser Stelle meinen Dank ausdrücken.

## **Eidesstattliche Erklärung**

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten selbst durchgeführt habe. Die in dieser Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewährten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben.

Weiterhin erkläre ich, dass die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt wurde.

Graz, Dezember 2008

Mag. Horst Stuhlpfarrer

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>Abstract</b> .....	<b>2</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>4</b>
<b>Eidesstaatliche Erklärung</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Einleitung</b> .....	<b>8</b>
<b>2. Gesetzliche Grundlagen</b> .....	<b>9</b>
<b>3. Ziele der VU-neu</b> .....	<b>9</b>
3.1 Aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens.....	9
3.2 Aus der Sicht der teilnehmenden Menschen.....	9
3.3 Zielerreichung im Hinblick auf Prävention.....	10
3.4 Implementation von Behandlungen in die VU-neu.....	10
<b>4. Was ist neu an der VU-neu</b> .....	<b>12</b>
<b>5. Entwicklung der Inanspruchnahme der VU-neu</b> .....	<b>13</b>
<b>6. Nutzen der VU-neu</b> .....	<b>15</b>
<b>7. Screening in Europa</b> .....	<b>18</b>
7.1 UK National Screening Committee.....	18
<b>8. VU in Deutschland</b> .....	<b>24</b>
8.1 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom).....	27
8.2 Brustkrebs (Mammakarzinom).....	27
8.3 Darmkrebs (Kolorektalkarzinom).....	28
8.4 Hautkrebs (Melanom).....	29
8.5 Prostatakrebs (PSA-Bestimmung).....	30
8.6 Herz-Kreislaufkrankungen.....	31
8.7 Diabetes mellitus Typ 2.....	32
8.8 Glaukom.....	32
8.9 Zahnerkrankungen.....	33
8.10 Rauchen, Alkohol, Medikamentenmissbrauch.....	33
8.11 Hörschwäche, Sehschwäche.....	34
<b>9. Public Health Relevanz</b> .....	<b>34</b>
9.1 Ziele von Public Health.....	34

<b>10.SWOT-Analyse.....</b>	<b>38</b>
<b>11.Forschungsfrage/n und Hypothese/n.....</b>	<b>39</b>
<b>12.Call/Recall-System der VU-neu.....</b>	<b>40</b>
12.1  Einladungen.....	43
<b>13.Bewertung des Zielgruppensplittings.....</b>	<b>45</b>
<b>14.Kosten-Nutzen-Abwägung.....</b>	<b>47</b>
<b>15.Studien und Berichte über die Teilnahme an der VU.....</b>	<b>50</b>
15.1  HTA Bericht aus Deutschland.....	50
15.2  Bericht aus Österreich.....	52
15.3  Bericht der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH aus dem Jahr 2008.....	54
<b>16.Migranten und sozioökonomischer Status.....</b>	<b>55</b>
16.1  Pro-Kopf-Ausgaben.....	57
16.2  Studien aus der Bundesrepublik Deutschland.....	58
16.2.1  Sozioökonomische Unterschiede von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen.....	58
16.2.2  Eine weitere Studie.....	59
<b>17.Befragung von Interessensvertretern.....</b>	<b>60</b>
<b>18.Resümee sowie Lösungsansätze zur Steigerung der Teilnehmer- rate an der VU-neu.....</b>	<b>67</b>
<b>19.Literaturverzeichnis.....</b>	<b>74</b>
<b>20.Anhang.....</b>	<b>76</b>
20.1  Gesetzliche Grundlagen.....	76
20.2  Befragung von Interessensvertretern.....	84
20.3  Fragebogen.....	100

Soweit in dieser Arbeit personenbezogene Bezeichnungen in weiblicher oder in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise. Bei der Anwendung auf bestimmte Personen wird die jeweils geschlechtsspezifische Form verwendet.

# 1. Einleitung<sup>1</sup>

Der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben sich darauf geeinigt ab Oktober 2005 in ganz Österreich (Tirol und Vorarlberg seit Juli 2006) eine kostenlose erweiterte Vorsorgeuntersuchung-neu (VU-neu) anzubieten. Ausschlaggebend dafür war, dass zum einen in den Jahren 2001 bis 2003 eine tendenzielle Steigerung der jährlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (VU) verzeichnet werden konnte, zum anderen das Vorliegen neuer internationaler wissenschaftlicher Erkenntnisse<sup>2</sup> Änderungen der bisher im Jahr 1974 eingeführten VU erforderlich machte. Als Basis für die Entscheidung, welche Vorsorgeziele und Untersuchungsmethoden in das Programm aufgenommen wurden, dienten international anerkannte Kriterien und Leitlinien, zum Beispiel aus den USA und Großbritannien. Diese wurden an die Anforderungen der österreichischen Bevölkerung angepasst.

Mehr als bisher sollten die Erfahrungen der modernen Lebensstil – Medizin in die VU einfließen, wobei es nicht wie bisher nur um die Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten, sondern auch um die Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung und Rauchen gehen soll. Eine wesentliche Bedeutung kommt daher auch der Beraterrolle des Arztes zu.

Neu ist außerdem die Erweiterung der Darmkrebsvorsorge für Menschen über 50 Jahre sowie die Früherkennung von Hör- oder Sehschäden bei über 65-Jährigen als auch das Treffen von Vorkehrungen zur Vorbeugung von Parodontalerkrankungen. Um die Qualitätserfordernisse der VU-neu bestmöglich erbringen zu können ist für Ärzte, die neu unter Vertrag genommen werden, verpflichtend eine Schulung zur VU-neu vorgesehen. Ärzten mit bestehendem Vertrag wird die Teilnahme an einer Schulungsveranstaltung empfohlen.

---

<sup>1</sup>VU – Neu, neue VU seit Herbst 2005, [www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=110&p\\_id=3&p\\_menuid=59337](http://www.sozialversicherung.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=110&p_id=3&p_menuid=59337), Zugriff 06/Dezember 2007

<sup>2</sup> Das Ergebnis der ÖÄK/SV Expertenkommission wurde von einer von Frau Bundesminister Maria Rauch-Kallat eingerichteten Public Health-Kommission des Obersten Sanitätsrats unter der Leitung der Sozialmedizinerin Frau Univ. Prof. Dr. med. Anita Rieder geprüft. Die Public Health-Kommission, der auch Vertreter der wissenschaftlichen Hausärztervereinigung ÖGAM (Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin) angehörten, befand in einer öffentlichen Präsentation am 23. 6. 2004 das Programm für wissenschaftlich gründlich und umfassend erarbeitet, wohl fundiert und solide (siehe auch [www.bmfg.gv.at](http://www.bmfg.gv.at) sowie [www.zaeg.at/screening](http://www.zaeg.at/screening), (Präambel –VU Neu, 2005)



## **2. Gesetzliche Grundlagen<sup>3</sup>**

Die Durchführung der VU in Österreich ist im § 132b ASVG geregelt. Darin sind auch die Untersuchungsziele festgelegt.

Durch das ASVG wird der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger mit der Durchführung der VU beauftragt. Tatsächlich wird diese Leistung jedoch in einem Gesamtvertrag zwischen dem Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer geregelt. Auf Grundlage dieses Vertrags schließen die einzelnen Krankenkassen Verträge mit den jeweiligen Ärztekammern ab.

## **3. Ziele der VU-neu**

### **3.1 Aus der Sicht des öffentlichen Gesundheitswesens hat die VU-neu folgende allgemeine Ziele<sup>4</sup>:**

- Verhinderung bzw. Früherkennung von Krankheiten
- Verhinderung bzw. Früherkennung von Risikofaktoren
- Verbesserung der Lebensqualität
- Erhöhung der Lebenserwartung durch Früherkennung – Senkung der Mortalität
- Erhöhung der Gesundheitserwartung – Herabsetzung der Morbidität
- Erhöhen der Chancen für ein gesünderes Älterwerden und damit Senkung des frühzeitigen Pflegebedarfs und von Langzeitpflege

### **3.2 Ziele aus der Sicht der teilnehmenden Menschen sind:**

- Ein Bild über den eigenen Gesundheitszustand vermittelt zu bekommen
- die Früherkennung von schweren Erkrankungen, die noch rechtzeitig behandelt werden können, wenn die Therapien noch nicht einschneidend und weitreichend sind

---

<sup>3</sup> siehe Anhang

<sup>4</sup> Medienseminar im Haus der Musik, 1010 Wien, Seilerstätte 30, mit dem Thema VU Neu wird ab 1. Oktober 2005 flächendeckend in ganz Österreich umgesetzt, [www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0118&doc=CMS1119954255881](http://www.bmgf.gv.at/cms/site/detail.htm?thema=CH0118&doc=CMS1119954255881), Download Informationsbroschüre, Zugriff 06/Dezember/2006

- Motivation für einen gesünderen Lebensstil
- Überprüfung der bereits durchgeführten Maßnahmen aufgrund der Ergebnisse einer früheren Gesundenuntersuchung
- Verbesserte Chancen für ein gesundes Älterwerden
- Empowerment: Die Probanden sollen in die Lage versetzt werden, eigenverantwortlich zur Verbesserung der Lebensqualität und der Lebensverlängerung beizutragen

### **3.3 Um diese Ziele zu erreichen ist ein besonderes Augenmerk auf die Prävention in folgenden Bereichen zu legen:**

- Kardiovaskuläre Erkrankungen verursacht durch Bluthochdruck, falsche Ernährung (damit im Zusammenhang stehend Fettstoffwechsel-Erkrankung, Diabetes mellitus sowie Übergewicht/Adipositas) sowie zu wenig körperlicher Aktivität
- Suchterkrankungen hervorgerufen durch Tabak-Konsum, Alkoholabhängigkeit oder Arzneimittelmisbrauch und Arzneimittelabhängigkeit
- Karzinome (Zervixkarzinom, Mamma-Karzinom, Kolorektales Karzinom, Prostata-Karzinom sowie Hautkrebs)
- Höheres Alter (Senium) zumeist verbunden mit Hörminderung/Hörverlust sowie Sehschwäche
- Allgemeiner Bereich, welcher vor allem Parodontalerkrankungen sowie das Glaukom (Grüner Star) beinhaltet.

### **3.4 Erforderlich war es daher folgende Behandlungen bzw. Behandlungsangebote in die VU-neu zu implementieren:**

- Die Untersuchung des Dickdarmes in Form der Koloskopie wird allen Personen nach entsprechender Aufklärung und Überweisung an einen Facharzt ab dem 50. Lebensjahr im Abstand von 10 Jahren angeboten
- Ärztliche Beratung/Aufklärung über den PSA-Test<sup>5</sup>, wobei über besonderes Anliegen des männlichen Probanden über 50 Jahre eine Überweisung zum Urologen erfolgt
- Ergeben sich Auffälligkeiten der Haut des Probanden erfolgt die Überweisung zu einem Dermatologen für die genaue Abklärung

---

5 PSA Test ist ein Test zum Ausschluß oder Nachweis von Prostatakrebs

- Erhebung von HDL-Cholesterin und Body Mass-Index, Einschätzung des gesamt-kardiovaskulären Risikos zusätzlich zu der schon bisher vorgesehenen Bestimmung des Gesamtcholesterins
- Erhebung der Rauchergewohnheiten sowie Beratung zur Beendigung des Nikotinkonsums und zu Entwöhnungsprogrammen
- Identifizierung des Problems mit Alkoholkonsum bzw. Alkoholabhängigkeit
- Empfehlung für professionelle Parodontalhygiene
- Identifizierung des erhöhten Risikos zu Glaukom (Grüner Star)
- Im Bereich der Feststellung von Arzneimittelmisbrauch und Arzneimittelabhängigkeit Erhebung der regelmäßigen Einnahme von Sedativa/Analgetik sowie sonstiger Medikamente
- Frage nach Hörverlust sowie Durchführung des Flüstertests
- Frage, ob Sehtest regelmäßig durchgeführt wurde sowie eventuell Initiierung der Sehschärfen-Prüfung

Bis Ende 2006 wurden im Rahmen der VU-neu noch folgende, allerdings nach aktuellem wissenschaftlichen Stand nicht zielführende Untersuchungen bei Probanden, die sich gesund fühlen, durchgeführt:

- Bestimmung des Gamma GT-Wertes
- Bestimmung des roten Blutbildes
- Triglyzeride
- Untersuchung des Harns (die VU-neu ermittelt die Werte Leukozyten, Eiweiß, Glukose, Nitrit, Urobilinogen sowie Blut)

Folgende Untersuchungen werden im Rahmen der VU-neu nicht mehr durchgeführt:

- Harnuntersuchung (p.H. Wert, Keton sowie Bilirubin werden nicht mehr ermittelt)
- Blutsenkungsgeschwindigkeit
- Harnsäure

Für Frauen gibt es weiterhin die gynäkologische VU, die sie wie bisher in Anspruch nehmen können. Der VU-Arzt kann Frauen auch zu den einzelnen Untersuchungen „PAP-Abstrich“ (Papanicolaou-Test) bzw. „Mammographie“ zuweisen.

Eine ganz besondere Bedeutung stellt das zwischen dem Arzt und dem Probanden geführte Abschlußgespräch dar, in welchem die ermittelten Ergebnisse, besonders im Hinblick auf bereits bestehende Krankheiten, aber auch Risikofaktoren für die Neuentstehung von Krankheiten, besprochen werden.

Als Primärprävention<sup>6</sup> (durch frühzeitige Kenntnis der Risiken wird das Entstehen einer Krankheit verhindert) gilt hierbei auch die Intervention des Arztes zu Bewegung, gesunder Ernährung sowie Vermeidung von Nikotin- und Alkoholkonsum bei Menschen ohne Risikofaktoren.

#### **4. Was ist neu an der VU-neu?<sup>7</sup>**

Das Angebot der VU wurde insofern erweitert und modernisiert, als die Erkenntnisse der modernen Lebensstil-Medizin verstärkt in die VU einfließen. Dabei geht es nicht nur – wie bisher – um die Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten, sondern auch um Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung und Rauchen. Neu ist außerdem eine Erweiterung der Darmkrebsvorsorge für Menschen über 50 Jahre. Zusätzlich zum Hämocult-Test wird die Koloskopie zur Darmkrebsvorsorge als neue Untersuchung aufgenommen.

Bei Menschen über 65 Jahren wird nunmehr auch vermehrtes Augenmerk auf die Hör- und Sehleistung gelegt. Durch die Früherkennung von Hör- oder Sehschäden und deren Behandlung kann das Unfallrisiko der betroffenen Menschen markant gesenkt sowie das gesundheitliche und soziale Wohlbefinden enorm gesteigert werden.

Eine weitere Neuerung des Programms ist die Einbeziehung der Früherkennung von Parodontalerkrankungen. Diese können bei vielen Menschen durch geeignete Vorbeugung wirksam verhindert werden.

In der neuen VU wird die Beraterrolle der ÄrztInnen verstärkt. Die/der die VU durchführende Ärztin/Arzt wird in Zukunft stärker auf die individuelle Lebenssituation der Menschen eingehen und auch weitere zielführende Maßnahmen ansprechen, wie zum Beispiel Rauchentwöhnung, Ernährungs- und Bewegungsberatung. Es wird eine Sammlung von

---

<sup>6</sup> Definition siehe F.W. Schwartz, Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, S 73 u. 189

<sup>7</sup> Broschüre „VU Neu“ des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, Erstauflage, März 2005, S 2-3

speziellem Kontaktmaterial geben, die die/der Ärztin/Arzt den ProbandInnen übergeben kann.

Damit die VU-neu noch bessere Akzeptanz findet, sollen durch geeignetes Marketing – und vor allem mit Hilfe eines Einladesystems – mehr Menschen für das Thema „Gesundheitsvorsorge“ gewonnen werden. Personen unter 40 Jahren werden in Zukunft alle drei Jahre, Personen über 40 Jahre alle zwei Jahre zur VU eingeladen. Auf Wunsch der ProbandInnen können Vorsorgeuntersuchungen wie bisher jährlich durchgeführt werden.

Ein wichtiges Instrument einer VU – auch gesundheitspolitisch gesehen – ist eine standardisierte Anamnese und Dokumentation. Durch die Anamnese soll – gemeinsam mit den erhobenen Befunden – geklärt werden, ob ProbandInnen einer Risikogruppe zugerechnet werden, oder ob von ProbandInnen mit durchschnittlichem Risiko auszugehen ist. Risikoanamnese ist besonders in den Bereichen Herz-Kreislauf, Krebs oder Diabetes wichtig.

Ein guter Anamnesebogen und ein strukturierter Dokumentationsbogen sind deswegen auch zentrale Elemente der neuen VU.

## **5. Entwicklung der Inanspruchnahme der VU-neu<sup>8</sup>**

Die Entwicklung der Inanspruchnahme ist nach einem kurzen Knick im Jahr 2005 bei beiden Geschlechtern steigend, am größten ist die Steigerung in Wien. 2007 haben 12,2% der Bevölkerung über 18 Jahren eine VU in Anspruch genommen – ein Wert, der allerdings von Bundesland zu Bundesland sehr stark schwankt.

Die Länderwerte sind zwischen 6,1% in Niederösterreich und etwas über 18% im Burgenland und in Tirol gestreut. Frauen nehmen das Angebot nach wie vor mehr in Anspruch als Männer.

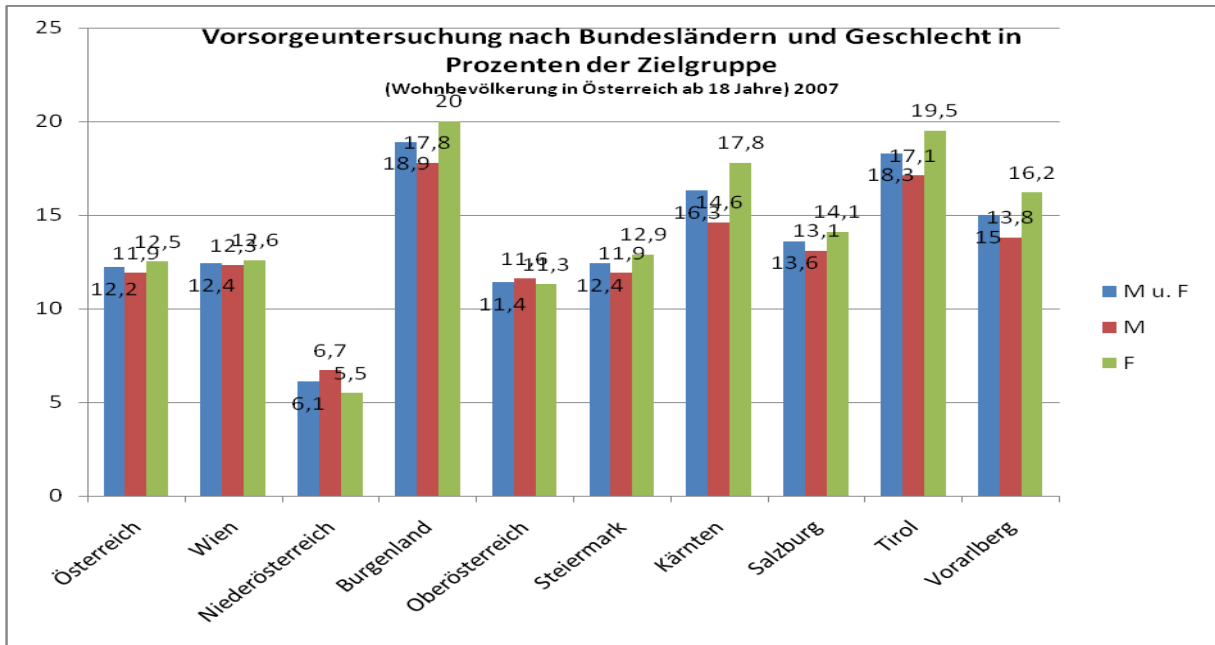
In Österreich nehmen jährlich ca. 12,4 % der relevanten Bevölkerung die VU in Anspruch. Da die Menschen im Durchschnitt nur alle 3 Jahre einmal zur VU gehen, erreicht man knapp 40% der Bevölkerung<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Die nachfolgenden Daten passieren auf Hauptverbandsdaten aus dem Jahre 2007

<sup>9</sup> [esv-sva.sozvers.at/portal/index.html;jsessionid=174CB1990A4B94F3892F2E4DB89E3CB4?ctrl:cmd=render&ctrl...](http://esv-sva.sozvers.at/portal/index.html;jsessionid=174CB1990A4B94F3892F2E4DB89E3CB4?ctrl:cmd=render&ctrl...) - 14k, Zugriff02/September 2008

In den nachstehenden Grafiken sind die aktuellen Zahlen der VU-neu in den einzelnen Bundesländern zu entnehmen:



Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

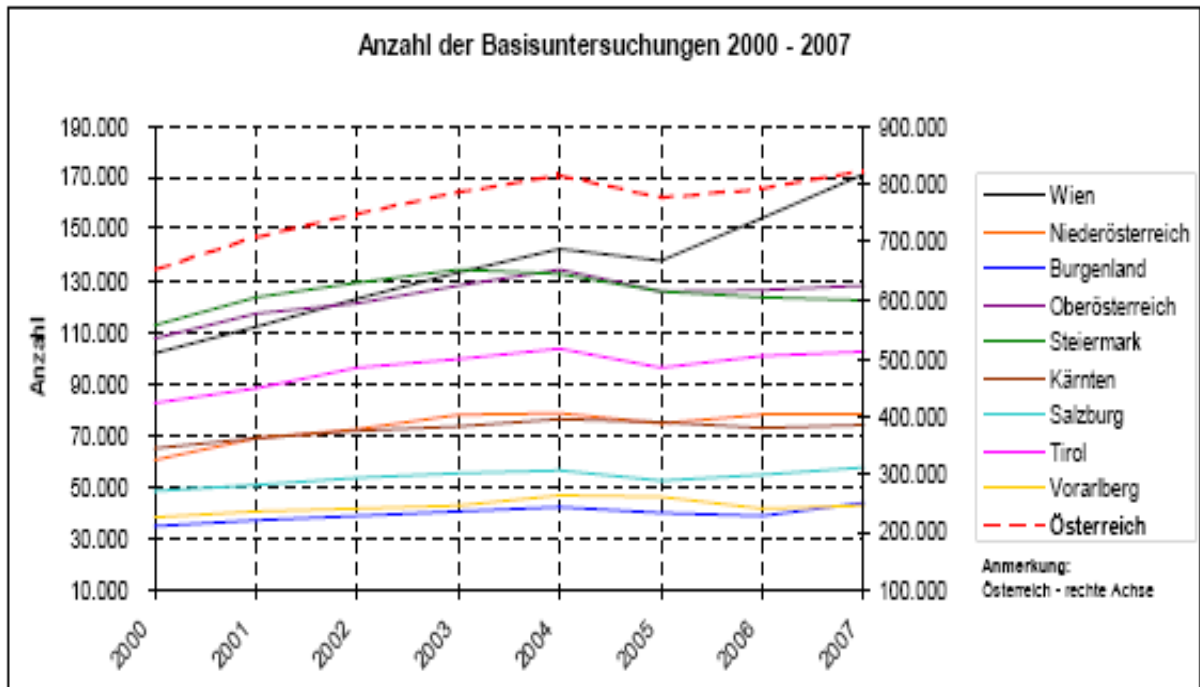


Abbildung 1: Anzahl der Basisuntersuchungen 2000 – 2007 (alle KV-Träger).

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Relative Differenz der Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen gegenüber dem jeweiligen Vorjahr (%) (alle KVTräger).

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

Quelle: Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Trotz der schon bisher hohen Akzeptanz der VU in Österreich geht es darum, noch mehr Menschen mit diesem modernen Vorsorge-Instrument zu erreichen. Deshalb soll es zukünftig eine spezielle Einladung zur VU geben.

## 6. Nutzen der VU-neu

Zahllose internationale Studien haben gezeigt, dass Personen, die an qualitativ hoch stehenden Vorsorge-/Früherkennungsprogrammen teilnehmen, einen deutlich messbaren Gesundheitsvorteil haben<sup>10, 11, 12</sup>. Besonders eindrucksvoll ist die Erfolgsbilanz bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms (Mortalitätsrückgang: 50% innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte) oder beim Schlaganfall durch die Reduktion von Bluthochdruck (Mortalitätsrückgang 45% seit 1980)<sup>13</sup>.

10 Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA 1979; 242(23):2562-2571

11 Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic Countries: association with organised screening programmes, Lancet 1987; 1(8544):1247-1249

12 Sigurdsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. Int J Cancer 1993; 54(4):563-570

13 <http://www.sozialversicherung.at/vorsorgeuntersuchung-grundlagen>, Präampel zum neuen Screening-/Präventionsprogramm, S 17, Zugriff 02/Jänner 2008

Diese in den Internationalen wissenschaftlichen Grundlagen zum Programm der Österreichischen Vorsorgeuntersuchungen getätigte Aussage ist jedoch nicht unbestritten - folgt man dem Bericht in der Sonderbeilage des „Arznei-Telegramms“<sup>14</sup>, wonach das Nutzen-Schaden-Verhältnis des Screenings auf Zervixkarzinom nur mit großer Unsicherheit geschätzt werden kann und es bisher keine Qualitätssicherung des Screeningprogramms gibt – manifestierbar.

Österreich hat bereits 1974 die kostenlose VU für Erwachsene eingeführt und damit auch international gesundheitspolitische Maßstäbe gesetzt. Das Ziel der VU-neu ist es, diese Errungenschaften zu bewahren und auf der Basis der neu hinzugekommenen wissenschaftlichen Evidenz zum größtmöglichen Nutzen der Bevölkerung weiterhin anzuwenden.

VU bzw. Screening stellt eine organisierte Serviceleistung für Menschen dar, die sich augenscheinlich guter Gesundheit erfreuen, mit dem Ziel, Krankheiten im Frühstadium (z.B. Krebsfrüherkennung) oder Risikofaktoren (Risikofaktorenscreening wie z.B. Rauchen, Hypercholesterinämie, arterielle Hypertonie etc.) für Krankheiten (z.B. kardiovaskuläre Krankheiten, Krebs) zu identifizieren.

In der Folge werden bei Personen mit identifizierten Risikofaktoren vorbeugende Maßnahmen gesetzt (Risikofaktorenmanagement), beispielsweise Beratung und/oder Behandlungen zur Risikoreduktion zwecks Verhütung bzw. Verzögerung der Krankheitsentstehung.

Bei Personen mit entdeckter Erkrankung im Frühstadium werden entsprechende therapeutische Maßnahmen zur Verhütung der Krankheitsprogression bzw. von Komplikationen gesetzt.

Die Untersuchung von Menschen mit bestimmten individuellen Beschwerden auf mögliche vorhandene Krankheiten gilt in diesem Sinne ebenso wenig als Screeningmaßnahme wie die kurative Behandlung von Einzelpersonen.

Es ist generell das Ziel eines Screeningprogramms, die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern, d.h. die Morbidität und/oder Mortalität der Zielkrankheiten (bzw.

---

14 Sonderbeilage Arznei-Telegramm 3/2008, Informationsdienst für Ärzte und Apotheker, A.T.I. Hrsg. Arzneimittelinformation Berlin GmbH



Gesundheitsprobleme) zu senken und die aktive Lebenszeit bei guter Lebensqualität so lange wie möglich zu erhalten<sup>15, 16, 17</sup>.

Obwohl Screeningmaßnahmen nach dem Motto „Vorbeugen ist besser als heilen“ eine positive öffentliche Reaktion hervorrufen, ist das Schadenspotential, welches sich empirisch belegen lässt, entsprechend zu berücksichtigen.

Screenings können zu einer deutlichen Steigerung der Zahl an entdeckten Fällen, nicht aber zu einer unmittelbaren sofortigen Senkung der Mortalität führen. Screeningprogramme können daher schaden, aber auch nutzen. Der Schaden ist sofort ersichtlich, der Nutzen wird erst später sichtbar.

Die Gesundheit der Zielgruppe wird durch das Screening zunächst verschlechtert, weil Krankheitsfälle in einem früheren Stadium gefunden werden und unklare Befunde medizinisch abgeklärt werden müssen.

Es ist deshalb notwendig, vor der Einführung eines bevölkerungsorientierten Screeningprogramms die Vorteile gegenüber den Nachteilen sorgfältig abzuwägen und die höchsten internationalen Qualitätsansprüche anzuwenden. Nur auf diese Weise können präventive Eingriffe an Gesunden – auch ethisch gerechtfertigt - und nachvollziehbar zu ihrem Wohl angewandt werden.

Die VU-neu basiert auf den besten und renommiertesten internationalen Vorsorge- und Früherkennungsprogrammen unter der Prüfung der lokalen Anwendbarkeit. Das ergibt eine harmonische Kombination bewährter Untersuchungsschritte der bisherigen VU mit modernen Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft.

Es wurden nur jene Untersuchungen und Verfahren aufgenommen, die den Bürgerinnen und Bürgern einen echten Gesundheitsnutzen bringen. Zweifelhafte Verfahren, bei denen eine ungünstige Nutzen-/Schadenbilanz auftritt, wurden dezidiert ausgeschlossen.

---

15 Second Report of the UK National Screening Committee, Chapter 1, point 21, Department of health, <http://www.nsc.nhs.uk/>, Zugriff 02/Jänner 2008

16 Gray JAM. NSC Programme Director, Institute of Health Sciences, Oxford, Dimensions and definitions of screening, Milton Keynes: NHS

17 Annual laboratory checkup: early signs of health problems in young and middle-age adults.

Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2005 May;36(3):769-74. PMID: 16124454 [PubMed - indexed for MEDLINE]

## 7. Screening in Europa<sup>18</sup>

Der Begriff Screening ist dem Englischen entlehnt und bedeutet Reihenuntersuchung.

Grundsätzlich geht es dabei aber um die Suche der Erkennung von Krankheiten oder Krankheiten im Frühstadium bei anscheinend gesunden Personen. Der letzte Versuch Screening zu definieren stammt vom United Kingdom-National-Screening-Committee (second Report 2007). Demnach ist Screening ein Dienst der öffentlichen Gesundheitspflege, im Rahmen dessen Angehörige einer definierten Bevölkerungsgruppe, welche nicht notwendigerweise wissen, dass sie ein Krankheitsrisiko aufweisen oder bereits erkrankt sind, befragt oder einem Test unterzogen werden. Damit sollen Personen identifiziert werden, die durch weitere Tests oder Behandlungen, welche mit ziemlicher Sicherheit mehr helfen als schaden, eine Verminderung des Krankheitsrisikos oder damit verbundener Komplikationen erfahren.

Der Nutzen von Screening für die Gesundheitsvorsorge wurde erstmals um 1940 im Rahmen von MMR (Miniatur-Massenspektrometer Radiographie) -Untersuchungen an mit Tuberkulose-identifizierten Personen aufgezeigt. Ab 1960 fand Screening vor allem in den USA auch im Rahmen der Prävention für andere Erkrankungen Anwendung. In Großbritannien wurde Screening ebenfalls forciert. Allerdings kam man unter Professor Tom McKeown zum Ergebnis, dass von 10 Screeningverfahren 6 nicht die Grundvoraussetzungen und Kriterien erfüllten. Nationale Planung und Koordination waren daher erforderlich, bevor derartige Programme in das Gesundheitswesen Eingang finden sollten. Die Etablierung des United Kingdom National Screening Committee (NSC) erfüllte diese Zielvorgaben und brachte Mechanismen hervor, welche den Einsatz und die Evaluation von effektiven nationalen Screening-Programmen und Gebiete für weitere Einsätze im Bereich der Forschung aufzeigten.

### 7.1 UK National Screening Committee

Die unten angeführten grundlegenden Kriterien für die Durchführung von Screenings, welche zur Gänze auf der UK National Screening Committee Website ([www.nsc.nhs.uk](http://www.nsc.nhs.uk)) abgebildet sind, sind elementare Bestandteile von Screeningprogrammen in allen Staaten.

---

<sup>18</sup> Policy Brief, Screening in Europe, European Observatory on Health System and Policies, by Walter W. Holland, Susie Stewart, Christina Masseria

<b>UK National Screening Committee (NHS 2003; <a href="http://www.nsc.nhs.uk/pdfs/criteria.pdf">http://www.nsc.nhs.uk/pdfs/criteria.pdf</a>)</b>	
Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme	Kriterien für die Bewertung der Realisierbarkeit, der Wirksamkeit und Angemessenheit eines Screening-Programms
ideally all the following criteria should be met before screening for a condition is initiated:	Im Idealzustand sollten alle hier genannten Kriterien erfüllt sein, bevor bei einer Erkrankung mit einem Screening begonnen wird
The condition	Die Ziel-Erkrankung
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. The condition should be an important health problem.</li> <li>2. The epidemiology and natural history of the condition including development from latent to declared disease, should be adequately understood and there should be a detectable risk factor, disease marker, latent period or early symptomatic stage.</li> <li>3. All the cost-effective primary prevention interventions should have been implemented as far as practicable.</li> <li>4. If the carriers of a mutation are identified as a result of screening the natural history of people with this status should be understood, including the psychological implications.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die Ziel-Erkrankung sollte ein bedeutendes Gesundheitsproblem darstellen.</li> <li>2. Die Epidemiologie und der Verlauf der Erkrankung mit ihren latenten und klinischen Vorstadien und der Wahrscheinlichkeit der Krankheitsmanifestation sollten hinreichend erforscht sein und es sollten erkennbare Risikofaktoren, Krankheits-Marker, eine Latenz-Phase oder ein symptomatisches Frühstadium vorliegen.</li> <li>3. Alle kostenwirksamen Möglichkeiten der Primärprävention sollten bereits – soweit praktikabel – angeboten worden sein.</li> <li>4. Wenn als Folge eines Screeningtests Träger einer Genmutation identifiziert werden, dann sollte der Verlauf der Erkrankung bei diesem Personenkreis bekannt sein einschließlich der psychologischen Auswirkungen.</li> </ol>
The Test	Der Test
<ol style="list-style-type: none"> <li>5. There should be a simple, safe, precise and validated screening test.</li> <li>6. The distribution of test values in the target population should be known and a suitable cut-off level defined and agreed.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Ein einfacher, sicherer, präziser und validierter Screening-Test sollte zur Verfügung stehen.</li> <li>6. Die Verteilung der Test-Resultate sollte für die Zielpopulation bekannt und ein adäquater Grenzwert definiert und abgestimmt sein.</li> </ol>

<p>7. The test should be acceptable to the population.</p> <p>8. There should be an agreed policy on the further diagnostic investigation of individuals with a positive test result and on the choices available to those individuals.</p> <p>9. If the test is for mutations the criteria used to select the subset of mutations to be covered by screening, if all possible mutations are not being tested, should be clearly set out.</p>	<p>7. Der Test sollte für die Zielbevölkerung akzeptabel sein.</p> <p>8. Für die Test-Positiven sollte ein abgestimmtes Verfahren zur weitergehenden diagnostischen Abklärung vorliegen, und es sollte bezüglich der möglichen Angebote an die Betroffenen Übereinstimmung bestehen.</p> <p>9. Es muss klar ausgewiesen werden, wenn der Test für die Selektion von Personen mit bestimmten Gen-Mutationen gedacht ist und wenn mit dem Test nicht alle möglichen Mutationen getestet werden. Die verwendeten Kriterien für die Auswahl von Untergruppen müssen benannt werden.</p>
<p>The Treatment</p>	<p>Die Therapie</p>
<p>10. There should be an effective treatment or intervention for patients identified through early detection, with evidence of early treatment leading to better outcomes than late treatment.</p> <p>11. There should be agreed evidence based policies covering which individuals should be offered treatment and the appropriate treatment to be offered.</p> <p>12. Clinical management of the condition and patient outcomes should be optimized in all health care providers prior to participation in a screening programme.</p>	<p>10. Eine effektive Therapie oder Intervention sollte für die per Früherkennung identifizierten Patienten vorhanden sein und die Evidenz für eine bessere Prognose durch früher einsetzende Therapie gegenüber einer später ansetzenden Therapie gegeben sein.</p> <p>11. Evidenzbasierte und abgestimmte Vorgehensweisen sollten definieren, welchen Personen Therapie angeboten wird und welche Therapie angemessen ist.</p> <p>12. Bevor mit einem Screening-Programm begonnen wird, sollten das klinische Management der Erkrankung und die Zielgrößen für die Patientenversorgung in Abstimmung mit allen beteiligten Anbietern im Gesundheitswesen abgestimmt worden sein.</p>

The Screening-Programme	Das Screening-Programm
<p>13. There should be evidence from high quality Randomised Controlled Trials that the screening programme is effective in reducing mortality or morbidity.</p> <p>Where screening is aimed solely at providing information to allow the person being screened to make an “informed choice” (eg. Down’s syndrome, cystic fibrosis carrier screening), there must be evidence from high quality trials that the test accurately measures risk.</p> <p>The information that is provided about the test and its outcome must be of value and readily understood by the individual being screened.</p>	<p>13. Für das Screening-Programm sollten für eine effektive Senkung der Mortalität oder Morbidität evidenzbasierte Belege aus qualitative hochwertigen randomisierten kontrollierten Studien vorliegen.</p> <p>In den Fällen, wo das Screeningprogramm lediglich dazu dient, der zu untersuchenden Person eine informierte Entscheidung zu ermöglichen (z.B. Down Syndrom, Carrierstatus ermitteln bei Cystischer Fibrose), muss auf der Basis hochwertiger Studien erwiesen sein, dass der Test präzise das Risiko misst.</p> <p>Die Informationen über den Test und über die sich ergebenden Folgen aus dem Testergebnis müssen für das zu testende Individuum nützlich und leicht verständlich sein.</p>
<p>14. There should be evidence that the complete screening programme (test, diagnostic procedures, treatment-intervention) is clinically, socially and ethically acceptable to health professionals and the public.</p>	<p>14. Für das gesamte Screening-Programm (Test, diagnostische Maßnahmen, Therapie/Intervention) sollten Belege über die klinische, ethische und soziale Akzeptanz bei den Anbietern im Gesundheitswesen und bei der Bevölkerung vorliegen.</p>
<p>15. The benefit from the screening programme should outweigh the physical and psychological harm (caused by the test, diagnostic procedures and treatment).</p>	<p>15. Der Nutzen des Screening-Programms sollte den physischen und psychischen Schaden (verursacht durch den Test, die diagnostische Abklärung, die Therapie/Intervention) mehr als aufwiegen.</p>

<p>16.The opportunity cost of the screening programme (including testing, diagnosis and treatment, administration, training and quality assurance) should be economically balanced in relation to expenditure on medical care as a whole (ie. value for money)</p> <p>17.There should be a plan for managing and monitoring the screening programme and an agreed set of quality assurance standards.</p> <p>18.Adequate staffing and facilities for testing, diagnosis, treatment and programme management should be available prior to the commencement of the screening programme</p> <p>19.All other options for managing the condition should have been considered (e.g. improving treatment, providing other services), to ensure that no more cost effective intervention could be introduced or current interventions increased within the resources available.</p> <p>20.Evidence-based information, explaining the consequences of testing, investigation and treatment, should be made available to potential participants to assist them in making an informed choice.</p>	<p>16.Die Opportunitätskosten des Programms (einschließlich Test, Diagnostik und Therapie, Verwaltung, Ausbildung und Qualitätssicherung) sollten in einem ökonomisch sinnvollen Verhältnis zu den Gesamtaufwendungen im Gesundheitswesen stehen (d.h., Aufwendungen stehen im Verhältnis zum Nutzen).</p> <p>17.Das Management und Monitoring des Screening-Programms sollten einem Plan folgen und es sollten abgestimmte Qualitätsstandards vorliegen.</p> <p>18.Qualifiziertes Personal und entsprechende Einrichtungen für die Durchführung der Tests, der diagnostischen Abklärung und der Therapie/Intervention sollten vorhanden sein, bevor mit dem Programm begonnen wird.</p> <p>19.Alle anderen Optionen zur Beeinflussung der Erkrankung (z.B. Verbesserung der Therapie, sonstige Angebote) sollten bedacht worden sein, um sicher zu stellen, dass keine kosteneffektiveren Interventionen eingeführt bzw. eingeführte Interventionen im Rahmen der verfügbaren Ressourcen ausgeweitet werden könnten.</p> <p>20.Um die möglichen Teilnehmer eines Screening-Programms in ihrer Entscheidungsfindung zu unterstützen, sollte man evidenzbasierte Informationen, die die Folgen der Untersuchungen und Behandlungen erklären, zugänglich machen.</p>
--	--

<p>21. Public pressure for widening the eligibility criteria for reducing the screening interval, and for increasing the sensitivity of the testing process, should be anticipated. Decisions about these parameters should be scientifically justifiable to the public.</p> <p>22. If screening is for a mutation the programme should be acceptable to people identified as carriers and to other family members.</p>	<p>21. Öffentliche Diskussionen mit Forderungen nach Ausweitung der Einschlusskriterien, Verkürzung des Screening-Intervalls sowie nach Steigerung der Sensitivität des Screening-Tests sind zu erwarten. Entscheidungen über diese Parameter sollten der Öffentlichkeit wissenschaftlich begründet werden.</p> <p>22. Bei Screening auf Gen-Mutationen sollte das Programm für jene Personen, die als Gen-Träger identifiziert werden, und andere Familienmitglieder akzeptabel sein.</p>
---	--

Es ist offensichtlich, dass Screening-Programme und Untersuchungen große Unterschiede in den einzelnen EU-Ländern aufweisen und dieser Umstand auch noch viele Jahre dauern wird. Ursache dafür sind die unterschiedlichen Strukturen und Finanzierungen des Gesundheitssystems sowie unterschiedliche demographische Gegebenheiten. Wie auch immer sind dort Schlüsselziele anzustreben. Das inkludiert, dass eine Einrichtung je Land u.a. zuständig ist für

- die Anwendung und Vorgabe von Richtlinien
- die gewissenhafte Befolgung der lang etablierten Screening-Kriterien
- korrekte Bevölkerungsregister
- die Gewährung eines gleichförmigen Zugangs der Bevölkerung zu Screening-Programmen, vor allem bei Vorliegen unterschiedlicher Gebietsstrukturen bzw. Vorhandensein verschiedener sozioökonomischer Gruppen

Die große Vielfalt an unterschiedlichen Praktiken in Europa illustriert die Komplexität von Screening. Einige Aufgaben stehen deshalb an:

- Pränatale Screening Programme for Down Syndrom und Spina bifida werden nur in einigen Staaten durchgeführt und sind meistens fakultativ. Meistens werden sie nur für Frauen höheren Alters empfohlen.

- Frühkindliches Screening für Phenylketonuria (das ist ein erbliche genetische Störung) wird systematisch in allen europäischen Ländern empfohlen, ausgenommen Finnland
- Brustkrebsscreening und Zervixkrebsscreeningprogramme werden in allen europäischen Ländern empfohlen
- HIV-screening wird in den neuen EU-Staaten vermehrt für gefährdete Personen durchgeführt, wie z.B. schwangere Frauen und Blutspender
- TB-screening wird in einigen EU-Staaten durchgeführt, speziell in Zentral- und Ost-Europa (Ungarn, Rumänien und Türkei)
- Nicht alle Staaten halten sich an die Richtlinien für Screening. Ein Bevölkerungsregister, welches es erlaubt Calls und Recalls von Patienten zu ermöglichen, ist sehr oft nicht vorhanden. Eine einzelne nationale Einrichtung für Berichte über Test und Praxis ist selten
- Die Notwendigkeit weitreichender Überlegungen hinsichtlich der Effektivität von Screening
- Die Notwendigkeit vermehrt auf die Evaluation von Prozessen zu achten
- Vor allem das Bestreben haben, dass Individuen an Entscheidungen von Screenings partizipieren und ihnen klare und verständliche Informationen zu geben, was Screenings beinhalten

## **8. VU in Deutschland<sup>19</sup>**

Die Teilnahme an Gesunden- oder Vorsorgeuntersuchungen sind gesetzlich geregelteres Recht von allen Staatsbürgern, die älter als 18 Jahre sind. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen. Pro Jahr ist eine VU möglich.

---

<sup>19</sup> <http://www.sueddeutsche.de/gesundheit/artikel/997/100897/>, Zugriff 08/September 2008



Diese "General-Checks" dienen der Früherkennung von Krankheiten. Sie sollen Risiko- und Verdachtsfälle möglichst früh erfassen, besonders in jenen wenigen Krankheitsgruppen, die einen wesentlichen Anteil an der Kranken- und Sterbestatistik haben. Wichtigstes Kriterium ist, dass die Krankheiten, nach denen gefahndet wird, in einem frühen Stadium erkennbar und auch behandelbar sind.

Obendrein muss die Untersuchungsmethode so ausgereift sein, dass nicht unnötig falscher Alarm - mit oft schwerwiegenden Eingriffen und damit verbundenen gesundheitlichen Risiken - gegeben wird.

In Deutschland nehmen nur 14 Prozent der Männer und 49 Prozent der Frauen Krebsvorsorgeuntersuchungen wahr. Zur allgemeinmedizinischen Untersuchung, dem „Check ab 35“, geht nur etwa ein Fünftel aller deutschen Versicherten.

Zweifellos haben die verstärkten Anstrengungen, Krankheiten in einem möglichst frühen und daher leichter behandelbaren Stadium aufzuspüren, viele Erfolge gebracht. So ist etwa die Sterblichkeit an Gebärmutterhalskrebs durch die Einführung einer harmlosen Abstrichuntersuchung allein in den letzten zwei Jahrzehnten um die Hälfte gesunken.

Und auch beim Schlaganfall konnten durch die frühzeitige Erkennung von zu hohem Blutdruck und geeignete Maßnahmen zur Blutdrucksenkung die Todesfälle seit 1980 um 45 Prozent reduziert werden.

Dennoch wird der Wert von Vorsorgeuntersuchungen in den letzten Jahren zunehmend auch kritisch hinterfragt. Wie zahlreiche Studien inzwischen gezeigt haben, erfüllen nämlich längst nicht alle Vorsorgeangebote wirklich die in sie gesetzten Erwartungen.

So hat etwa die in Deutschland breit durchgeführte Reihenuntersuchung auf Neuroblastom, einen bösartigen Tumor, der hauptsächlich im Kleinkindalter auftritt, gezeigt, dass zwar die Zahl der entdeckten Fälle deutlich gestiegen war, die dadurch etwas früher einsetzende Therapie hatte aber keine Reduktion der Sterberate gebracht. Mittlerweile wurde dieses Screening (so nennen Experten solche Reihenuntersuchungen) deshalb eingestellt.

In manchen Fällen können Vorsorgeuntersuchungen sogar mehr schaden als nutzen. So führt etwa die undifferenzierte Suche nach Vorboten von Prostatatumoren oft zu falschem Krebsalarm, zu Angst und Unsicherheit bei den Betroffenen und einer Reihe von unangenehmen und komplikationsreichen weiteren Untersuchungen.

Ob und welche Angebote zur Vorsorge angenommen werden, sollte daher immer gut überlegt werden. Umso mehr, als die offiziellen Vorsorgeprogramme nicht unbedingt das widerspiegeln, was sich in internationalen Studien als sinnvoll herausgestellt hat. Sehr oft spielen bei der Festlegung, was die Krankenkasse zahlt, standes- und einkommenspolitische Überlegungen eine ebenso große Rolle wie der tatsächliche medizinische Wert einer Untersuchung. Es ist schwierig, einen einmal eingeführten Test wieder abzuschaffen.

Die Kosten für Vorsorgeuntersuchungen werden von den gesetzlichen Krankenversicherungen getragen.

Diese Gesundheits-Checks dienen der Früherkennung von Krankheiten. Sie sollen Risiko- und Verdachtsfälle möglichst früh erfassen, besonders bei jenen wenigen Krankheitsgruppen, die einen wesentlichen Anteil an der Kranken- und Sterbestatistik haben. Wichtigstes Kriterium ist, dass die Krankheiten, nach denen gefahndet wird, in einem frühen Stadium erkennbar und auch behandelbar sind. Obendrein muss die Untersuchungsmethode so ausgereift sein, dass nicht unnötig falscher Alarm - mit oft schwerwiegenden Eingriffen und damit verbundenen gesundheitlichen Risiken - gegeben wird.

Die Vorsorgeuntersuchungen umfassen ein allgemeines Untersuchungsprogramm für alle Versicherten und ein gynäkologisches Untersuchungsprogramm für Frauen.

Nichtversicherte können bei der örtlichen Gebietskrankenkasse einen eigens für die Inanspruchnahme der Untersuchung auszustellenden Krankenschein anfordern. Generell darf eine solche Untersuchung nur jährlich einmal in Anspruch genommen werden.

Der Großteil aller Basisuntersuchungen findet beim Allgemeinmediziner statt. Weitere Vorsorgeuntersuchungen können entweder beim Augenarzt, Chirurgen, Dermatologen, Gynäkologen, Internisten, Pulmologen oder Urologen und bei den dafür ausgestatteten Gesundheitsämtern durchgeführt werden. Die Mammographie ist den Fachärzten für Radiologie vorbehalten.

Die unten dargestellten Untersuchungsempfehlungen zeigen sowohl, was die Krankenkassen bezahlen, als auch was internationalen Standards folgend als sinnvoll erachtet wird.

Für Österreich sind jene Intervalle angegeben, die die Krankenkassen zur Untersuchung vorsehen. Auf Wunsch des Patienten können die Untersuchungen aber auch jährlich durchgeführt werden.

### **8.1 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)**

Der Abstrich zur Früherkennung des Gebärmutterhalskrebses ist die erfolgreichste VU überhaupt. Vor dem Zweiten Weltkrieg war das Zervixkarzinom der Tumor mit der höchsten Todesrate bei Frauen. Seit der Einführung der VU ist die Sterblichkeitsrate um zwei Drittel zurückgegangen.

Die einfache Untersuchung wird vom Gynäkologen oder der Gynäkologin durchgeführt und dauert nur wenige Minuten. Sie hat so gut wie keine Nebenwirkungen und erreicht eine prognostische Sicherheit von über 90 Prozent. Gebärmutterhalskrebs tritt am häufigsten zwischen dem 25. und 55. Lebensjahr auf.

<b>Deutschland:</b>	Ab 20, einmal jährlich
<b>Österreich:</b>	18–40, alle drei Jahre; ab 40 alle zwei Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	ab 19, die ersten drei Abstriche im Abstand von einem Jahr, danach bei unauffälligem Befund alle drei Jahre

### **8.2 Brustkrebs (Mammakarzinom)**

Bei der Mammographie wird die weibliche Brust mit Röntgenstrahlen auf Veränderungen untersucht. Das hat insgesamt gesehen sicher zur Reduzierung der Sterblichkeitsraten beigetragen, ebenso sicher aber haben die zahlreichen Kampagnen dazu beigetragen, dass die Möglichkeiten dieser VU auch stark überschätzt werden. So sollten Frauen in einer Schweizer Studie einschätzen, wie viele Todesfälle verhindert werden könnten, wenn 1.000 über 50-jährige Frauen regelmäßig zur Mammographie gingen.

Die meisten tippten auf eine Zahl zwischen 80 und 100 verhinderten Todesfällen. Die richtige Antwort lautet hingegen: etwa ein Fall.

Problematisch ist, dass die technischen Standards der Untersuchungsgeräte immer noch höchst unterschiedlich sind, zudem hängt die Qualität der Diagnose in hohem Maße von der

Erfahrung des interpretierenden Radiologen oder Frauenarztes ab. In Deutschland werden bei der Einladung zur VU daher ab 2007 nur noch zertifizierte Einrichtungen empfohlen.

Diese Unwägbarkeiten führen zu zwei Problemen. Zum einen werden vorhandene Tumore in bis zu zehn Prozent der Fälle übersehen. Zum anderen zeigte eine große US-Studie, dass beinahe jede zweite Frau, die regelmäßig zu den Untersuchungen geht, im Lauf ihres Lebens mit einem falschen Brustkrebsverdacht konfrontiert wird. Für die betroffenen Frauen führt ein solches „falsch positives“ Mammogramm zu weiteren nervenaufreibenden Untersuchungen.

Bei Frauen unter 50 Jahren, bei denen kein erhöhtes Brustkrebsrisiko besteht, sind internationale Fachleute von der generellen Empfehlung einer Mammographie inzwischen abgekommen.

Mehrere breit angelegte Langzeitstudien in den USA und Europa haben gezeigt, dass Reihenuntersuchungen von Frauen in den Vierzigern keine positiven Effekte bringen: Weder zeigte sich eine bessere Prognose der erkannten Fälle, noch konnte durch die Mammographie die Gesamt-Sterblichkeit gesenkt werden.

Erst in der Gruppe der 50- bis 69-jährigen Frauen ergibt sich – auch nicht in allen, aber zumindest in einigen großen Studien – ein statistisch signifikanter Überlebensvorteil für Frauen, die regelmäßig zum Röntgenarzt gehen. Frauen, deren enge weibliche Blutsverwandte an Brustkrebs erkrankt sind, werden allerdings kürzere Untersuchungsintervalle angeraten.

**Deutschland:** Tastuntersuchung: ab 30, einmal pro Jahr

Mammographie: 50–69, alle zwei Jahre

**Österreich:** Ab 40, alle zwei Jahre

**Internationaler Standard:** Ab 50, alle zwei Jahre

### 8.3 Darmkrebs (Kolorektalkarzinom)

Ein im Frühstadium entdeckter Darmkrebs erhöht die Überlebensrate signifikant. Neun von zehn Patienten, die in diesem Stadium behandelt werden, leben fünf Jahre später noch. Wenn der Tumor bereits Tochtergeschwülste abgesiedelt hat, sind es nur zehn Prozent.

Bei der Untersuchung werden ein Tastbefund des Darms und ein einfacher Test auf verborgenes Blut im Stuhl gemacht. Wird solches gefunden, wird der Darm entweder mit einer so genannten kurzen Darmspiegelung (Sigmoidoskopie) oder einer hohen Darmspiegelung (Koloskopie) weiter untersucht.

Dazu wird ein endoskopisches Instrument in den Darm eingeführt, das mit einer Kamera die Darminnenwand inspiziert und Instrumente für kleinere chirurgische Eingriffe enthält. Diese Untersuchung sollte von einem erfahrenen Spezialisten durchgeführt werden. Wie internationale Statistiken zeigen, kommt es bei 10.000 Untersuchungen in 30 Fällen zu schweren Blutungen und in zehn Fällen zu einer Verletzung der Darmwand.

Da bei Darmkrebs eine erbliche Komponente besteht, ist die VU für jene, die enge Blutsverwandte mit Darmkrebs haben, besonders sinnvoll. Ein erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen zudem Personen, die zur Polypenbildung neigen, sowie Patienten mit langwierigen, chronisch immer wiederkehrenden Dickdarmentzündungen.

<b>Deutschland:</b>	Untersuchung auf verborgenes Blut: 50–55, einmal pro Jahr, ab 55 alle zwei Jahre, oder wahlweise: Ab 55 Darmspiegelung: zwei im Abstand von zehn Jahren
<b>Österreich:</b>	Untersuchung auf verborgenes Blut: ab 50, einmal pro Jahr Darmspiegelung: alle zehn Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	Untersuchung auf verborgenes Blut: ab 50, einmal pro Jahr Darmspiegelung: alle zehn Jahre

#### **8.4 Hautkrebs (Melanom)**

Sowohl in Deutschland als auch in Österreich gehört die Untersuchung der Haut auf verdächtige Veränderungen zum Vorsorgeprogramm beim Allgemeinmediziner. Internationale Studien, vor allem aus Australien, wo eine besondere UV-Belastung herrscht, haben aber gezeigt, dass Melanome mit solchen Screenings nicht verlässlich früher erkannt wurden. Verdächtige Hautveränderungen sollten daher immer gewissenhaft vom Facharzt oder der Fachärztin untersucht werden.

Besonderes Augenmerk auf jede Veränderung sollten Personen mit blasser Haut ab 65 Jahren legen und solche, die mehr als 50 Muttermale am Körper haben oder einen nahen Verwandten, bei dem bereits ein Melanom diagnostiziert wurde.

<b>Deutschland:</b>	Frauen: ab 30, einmal pro Jahr Männer: ab 45, einmal pro Jahr
<b>Österreich:</b>	18–39, alle drei Jahre, ab 40 alle zwei Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	Untersuchung durch den Facharzt im Verdachtsfall

## 8.5 Prostatakrebs (PSA-Bestimmung)

Die VU auf Prostatakrebs ist international höchst umstritten. Der dafür – neben einer Tastuntersuchung - eingesetzte PSA-Test misst den Spiegel des so genannten Prostata-spezifischen Antigens. PSA ist eine Substanz, die von der Prostata ins Blut abgegeben wird.

Ist sie erhöht, kann das ein Zeichen für einen vorhandenen Tumor sein. Allerdings gibt es auch eine ganze Reihe von harmlosen Ursachen, die diesen Wert erhöhen können: eine Blasenentzündung ebenso wie eine lange Fahrradfahrt oder Sex in der Nacht davor.

Zudem ist der Aussagewert des Tests sehr ungenau: Bei der weltweit ersten Studie, bei der auch Männer mit einem normalen PSA-Wert weiter untersucht wurden, stellte sich heraus, dass 15 Prozent von ihnen einen Tumor hatten, den der Test übersehen hatte.

Ebenso problematisch ist die Zahl der falsch positiven Befunde. Acht bis zehn Prozent der Untersuchten müssen nach einem erhöhten PSA-Befund zur weiterführenden Biopsie, bei der mit einer Nadel Gewebeprobe aus der Prostata-drüse genommen werden. 60 bis 90 Prozent davon lassen diese Prozedur unnötigerweise über sich ergehen und erhalten danach einen negativen Befund.

Das ist umso problematischer, als die Biopsie vergleichsweise hohe Komplikationsraten hat: Etwa die Hälfte der Männer hat nach der Untersuchung Blutspuren im Harn oder Samenerguss. Bei einem Prozent kommt es zu Infektionen.

Selbst wenn ein Prostata-tumor entdeckt wird, ist der Wert dieser Erkenntnis fraglich. Prostatakarzinome wachsen meist sehr langsam und würden in vielen Fällen zu Lebzeiten keine Probleme machen. Autopsiestudien haben gezeigt, dass fast jeder zweite Mann ein undiagnostiziertes Prostatakarzinom hatte, das aber mit der Todesursache nicht in Zusammenhang stand.

Bei einem generellen Screening, fürchten Experten, würden etwa 40 Prozent dieser „schlafenden“ Tumoren entdeckt – und in der Folge meist auch behandelt werden. Was seinerseits wieder hohe Risiken bedeutet: Rund 80 Prozent der operierten Männer klagen in der Folge über Impotenz, 15 Prozent haben Inkontinenz-Probleme.

In den offiziellen Vorsorgeplänen ist das Prostata-Screening international nirgendwo vertreten. Allerdings wird die Untersuchung dennoch von der Krankenkasse bezahlt, wenn ein begründeter Verdacht besteht oder der Patient eine solche Untersuchung auch nach ausführlicher Aufklärung über die Vor- und Nachteile wünscht. Viele Ärzte setzen diesen Wunsch einfach voraus und führen die Untersuchung routinemäßig durch – auch bei jüngeren Männern, obwohl Prostatakrebs vor dem 50. Lebensjahr nur selten auftritt.

<b>Deutschland:</b>	Tastbefund: ab 45, einmal pro Jahr PSA-Test: bei begründetem Verdacht
<b>Österreich:</b>	PSA-Test: ab 50, ausschließlich auf ausdrücklichen Patientenwunsch
<b>Internationaler Standard:</b>	PSA-Test: ab 50, nach umfassender und wahrheitsgetreuer Aufklärung ausschließlich auf Wunsch des Patienten

## 8.6 Herz-Kreislaufkrankungen

Zur Früherkennung einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems erstellt der Arzt oder die Ärztin ein umfangreiches Risikoprofil. Dabei werden die Lebensgewohnheiten (Rauchen, Alkoholkonsum) der Untersuchten erhoben und mit den körperlichen Werten wie Gewicht, Blutdruck und einer Reihe von Laborwerten in Beziehung gesetzt. Daraus lässt sich errechnen, wie hoch das Risiko einer Herz-Kreislaufkrankung ist. International sind einige der durchgeführten Laboruntersuchungen wegen ihrer geringen Aussagekraft umstritten. Allerdings sind sie für die Teilnehmer harmlos und gesamt gesehen sind diese Untersuchungen höchst sinnvoll. Durch frühzeitige Erkennung und eine entsprechende Umstellung des Lebensstils kann diesen Erkrankungen wirksam vorgebeugt werden.

<b>Deutschland:</b>	ab 35, alle zwei Jahre
<b>Österreich:</b>	18–39, alle drei Jahre, ab 40 alle zwei Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	18–39, alle drei Jahre, ab 40 alle zwei Jahre

## 8.7 Diabetes mellitus Typ 2

Diabetes vom Typ 2 entwickelt sich meist unbemerkt. Schätzungsweise zwei Prozent der Bevölkerung wissen gar nicht, dass sie erkrankt sind.

Eine VU, bei der der Blutzuckerspiegel gemessen wird, ist gerade bei dieser Krankheit sinnvoll: Im Frühstadium lässt sie sich durch entsprechende Umstellungen der Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten soweit behandeln, dass ein ganz normales Leben möglich ist. Lange Zeit unbehandelt kann Diabetes aber zu schweren Komplikationen führen und die Lebensqualität erheblich einschränken. In Deutschland wird die Diabetes-Früherkennung im Rahmen des „Check ab 35“ durchgeführt. In Österreich ist die Blutzuckerspiegelmessung ab 18 Jahren möglich. Experten halten diese Untersuchung bei unter 55jährigen nur dann für sinnvoll, wenn Diabetes schon bei nahen Verwandten oder in der Schwangerschaft aufgetreten ist, der BMI über 25 liegt oder eine Fettstoffwechselstörung vorliegt.

**Deutschland:** ab 35, alle zwei Jahre

**Österreich:** 18–24, alle drei Jahre, ab 40 alle zwei Jahre

**Internationaler Standard:** Risikoprofil: 19–49,

Blutzuckerspiegelmessung: ab 55 alle drei bis fünf Jahre

## 8.8 Glaukom (Grüner Star)

Glaukom wird eine Reihe von Augenerkrankungen genannt, deren gemeinsames Zeichen meist ein erhöhter Augeninnendruck ist. Eine genaue Untersuchung kann nur der Augenfacharzt durchführen.

Wenn keine besonderen Risiken vorliegen, halten internationale Fachleute eine VU ab 60 Jahren für sinnvoll. Wenn nahe Verwandte bereits an einem Glaukom erkrankt sind oder eine starke Sehschwäche vorhanden ist, sollten Vorsorgeuntersuchungen bereits ab 20 vorgenommen werden, da ab dem Krankheitsbeginn meist ca. zehn Jahre vergehen, bevor ein Glaukom zu Sehschäden führt.

Im fortgeschrittenen Stadium lässt sich die Krankheit nicht mehr beseitigen, sondern nur noch das Fortschreiten aufhalten.



In Deutschland wird diese VU nicht von den Kassen bezahlt. In Österreich erhebt der Allgemeinmediziner ein Risikoprofil und überweist im Verdachtsfall zum Facharzt.

<b>Deutschland:</b>	nicht vorgesehen
<b>Österreich:</b>	Risikoerhebung beim Allgemeinmediziner: 18–39, alle drei Jahre; ab 40 alle zwei Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	Risikoerhebung beim Allgemeinmediziner: 19–64 in angemessenem Intervall; fachärztliche Untersuchung: ab 60 in angemessenem Intervall

## 8.9 Zahnerkrankungen

In Deutschland wird die VU zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten vom Zahnarzt oder der Zahnärztin durchgeführt. Die Teilnahme bringt eine Eintragung ins Bonusheft und hilft so, bei den Kosten für einen allfälligen Zahnersatz zu sparen. Erwachsene haben einmal jährlich Anspruch auf eine Kontrolluntersuchung. Wenn nötig, kann sich daran eine Zahnsteinentfernung anschließen. Je nach Diagnose ist darin auch eine Röntgenuntersuchung eingeschlossen.

In Österreich erhebt der Allgemeinmediziner das Risiko für das Auftreten einer Parodontitis mit einem Fragebogen und einer Inspektion der Mundhöhle. Wenn dabei Alarmzeichen entdeckt werden, erfolgt eine Überweisung zum Zahnarzt.

<b>Deutschland:</b>	bis 6 dreimal pro Jahr; 6–18 einmal je Kalenderhalbjahr; ab 18 einmal pro Jahr
<b>Österreich:</b>	18–39, alle drei Jahre, ab 40 alle zwei Jahre
<b>Internationaler Standard:</b>	19–64 alle sechs Jahre

## 8.10 Rauchen, Alkohol, Medikamentenmissbrauch

In Österreich gibt es seit dem Jahr 2005 einen eigenen Schwerpunkt zur Prävention von Suchterkrankungen. Dabei wird der Umgang mit Tabak, Alkohol und Medikamenten erhoben sowie Rat und Hilfe bei der Entwöhnung geboten. Wie Studien zeigen, sind etwa Versuche, mit dem Rauchen aufzuhören, etwas erfolgreicher, wenn sie vom Arzt empfohlen und begleitet werden.

## **8.11 Hörschwäche, Sehschwäche**

Im Österreichischen Vorsorgeplan gibt es spezielle Untersuchungen für ältere Menschen. Dabei werden bei Personen über 65 Jahren Sehschwächen erhoben und das Hörvermögen wird mit einem einfachen Flüstertest untersucht. Im Bedarfsfall wird zum Facharzt oder der Fachärztin überwiesen. Vor allem der Hörtest ist höchst sinnvoll, weil nachlassendes Hörvermögen von vielen nicht rechtzeitig erkannt wird und mit entsprechenden Behandlungen oder der Anpassung eines Hörgeräts die Lebensqualität erheblich gesteigert werden kann.

## **9. Public Health Relevanz**

### **9.1 Public Health ist auf zwei Ziele ausgerichtet:**

- Erhaltung und Förderung der Gesundheit der gesamten Bevölkerung oder großer Bevölkerungsgruppen
- Weiterentwicklung des Gesundheitssystems im Sinne einer wachsenden Versorgungsqualität und Wirtschaftlichkeit.

Public Health ist somit auf die Verbesserung der Bevölkerungsgesundheit ausgerichtet. Die Modifizierung der VU baut auf einer aktuellen, international wissenschaftlich gesicherten Basis auf.

Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und die Österreichische Ärztekammer haben gemeinsam ein medizinisches Programm erarbeitet, das in Effektivität und Effizienz dem aktuellen Stand der internationalen präventiven Medizin entspricht und einen nachweislichen Gesundheitsnutzen für die österreichische Bevölkerung und vor allem auch für den Einzelnen erbringen soll.

Die Säulen der VU-neu sind:

- Senkung der Risikofaktoren für kardiovaskuläre Krankheiten und Stoffwechselerkrankungen
- Prävention von Suchterkrankungen, Tabak- und Alkoholkonsum
- Prävention häufiger Krebserkrankungen, Prävention für Alterskrankheiten

- Die körperliche Untersuchung, weitere Interventionen und Aktivitäten (allgemeine Dokumentation, Dokumentation auffälliger Befunde etc.).

- 

Bevölkerungsbezogenes Ziel von Prävention ist die Inzidenzabsenkung von Krankheit, die Erhöhung von Chancen gegen frühzeitige Behinderung bzw. Tod sowie ein möglichst langer Erhalt der Selbständigkeit im Alter.

Aus Public Health Sicht geht es bei der VU-neu aus der Wahrnehmung des öffentlichen Gesundheitswesens um die

- Früherkennung von Krankheiten, Risikofaktoren und Risikosenkung
- Kompression der Morbidität
- Senkung der Mortalität
- Erhöhung der Lebenserwartung und Gesundheitserwartung
- Erhöhen der Chancen für ein gesünderes Älterwerden und damit auch Senken des frühzeitigen Pflegebedarfs und der Langzeitpflege
- Reduktion der Risiken durch soziale Risikofaktoren
- Verbesserung der Lebensqualität

Weiters (aus Public Health Sicht) geht es aus der Wahrnehmung der an der VU-neu Teilnehmenden (Probanden) um die

- Kenntnis des Status quo´s des Gesundheitszustandes
- Früherkennung von schweren Erkrankungen, damit frühzeitige nicht allzu weitreichende Therapie und gute Prognose bzw. Heilung
- Überprüfung der bereits gesetzten Maßnahmen aufgrund früherer VU
- Motivation für gesunden/gesünderen Lebensstil
- Anleitung und Unterstützung zu gesundem Lebensstil
- Chance für ein gesundes Alter erhöhen

Es fließen damit verstärkt die Erkenntnisse der modernen Lebensstil-Medizin in die VU ein. Dabei geht es nicht nur um die Früherkennung verbreiteter Zivilisationskrankheiten, sondern auch um Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bei den Kernthemen Bewegung, Ernährung und Rauchen.

Heutige Aufgabenbereiche der mit Public Health befassten Forschung sind:

- Methoden zur Reduktion von Gesundheitsrisiken
- Verbesserung von Gesundheit und Lebensqualität durch verhaltens- und verhältnisbedingte Maßnahmen
- Ursachen für Ungleichheiten in der Verteilung von Gesundheit und Krankheit
- Präventions- und Versorgungsmaßnahmen für benachteiligte Bevölkerungsgruppen

Ziel des Callsystems ist es Ziel/Risikogruppen systematisch zur VU-neu einzuladen, um so Krankheiten vorzubeugen oder zumindest in einem frühen Stadium des Krankheitsverlaufes zu erkennen. Unter Zielgruppe versteht man dabei eine genau definierte Gruppe von Personen, an die sich ein Angebot, ein Programm oder eine Maßnahme richtet. Im Falle der VU-neu, welche hier das Angebot darstellt, spricht man auch von Risikogruppe, einer Gruppe von Menschen, die einem bestimmten Risiko ausgesetzt ist, an einer Krankheit zu erkranken oder auch bereits erkrankt ist.

Zahllose internationale Studien haben gezeigt, dass Personen, die an qualitativ hoch stehenden Vorsorge-/Früherkennungsprogrammen teilnehmen, einen deutlich messbaren Gesundheitsvorteil haben<sup>20,21,22</sup>. Besonders eindrucksvoll ist die Erfolgsbilanz bei der Früherkennung des Zervixkarzinoms (Mortalitätsrückgang: 50% innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte) oder beim Schlaganfall durch die Reduktion von Bluthochdruck (Mortalitätsrückgang 45% seit 1980).

Im Zusammenhang mit dem Thema „gesundheitliche Ungleichheiten“ ist vor allem anzumerken, dass in einer inzwischen schwer überschaubaren Zahl an Arbeiten<sup>23</sup> dargelegt wurde, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status (d. h. mit einer niedrigen Bildung, einem niedrigen beruflichen Status und/oder einem niedrigen Einkommen) überproportional häufig einen beeinträchtigten Gesundheitszustand aufweisen,

---

20 Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA 1979; 242(23):2562-2571

21 Laara E, Day NE, Hakama M. Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic Countries: association with organised screening programmes, Lancet 1987; 1(8544):1247-1249

22 Sigurdsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. Int J Cancer 1993; 54(4):563-570

23 z.B. Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bericht des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG i.A. des Bundesministerium für Soziale Sicherheit u. Generationen, Wien, Oktober 2002

vergleichsweise kränker sind und eine geringere Lebenserwartung als Personen mit höherem sozioökonomischem Status haben.

In den unteren Einkommensgruppen ist der Anteil jener Personen, die einen mäßigen bis schlechten Gesundheitszustand angeben fast doppelt so hoch wie in den oberen Einkommensgruppen. Das trifft sowohl auf ältere Menschen als auch auf Personen im erwerbsfähigen Alter zu. Unter den Migranten ist das Armutrisiko besonders hoch. Migrationsstress und –belastungen führen zu psychosomatischen Störungen und Erkrankungen. Zudem werden Gesundheitseinrichtungen auf Grund von Sprachbarrieren und einem Informationsdefizit über gesundheitliche Versorgungsinstanzen von Migranten oft erst spät in Anspruch genommen, was zu Chronifizierungen führen kann<sup>24</sup>.

Unter Public-Health-Gesichtspunkten wird zunehmend die Bedeutung von Einflüssen, die sich aus den Lebensverhältnissen und –bedingungen in den unterschiedlichen Lebenswelten (Settings) ergeben, betont. Gerade aus den genannten Gründen ist es daher aus Public Health Sicht wichtig, Gründe, weshalb Personen nicht an der VU-neu teilnehmen, zu analysieren und darauf aufbauend unter Beachtung sozioökonomischer Aspekte<sup>25, 26</sup> (Ergebnisse z.B. einer Studie in Nordrhein Westfalen weisen darauf hin, dass sich Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen auch und gerade auf die Angehörigen der unteren sozialen Schicht konzentrieren sollten, um gesundheitliche Ungleichheiten gar nicht erst entstehen zu lassen<sup>27</sup>), Lösungen und Strategien für eine Steigerung der Teilnehmerrate an der VU zu präsentieren<sup>28, 29, 30, 31, 32, 33</sup>.

---

24 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Elisabeth Pochobradska, Claudia Habl, Barbara Schleicher unter Mitarbeit von Anton Hlava: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wien, Oktober 2002

25 Socioeconomic inequalities in preventive services among the elderly: results from medical checkup, cancer check, and BP check, J Prev Med Pub Health. 2007 Sep;40(5):404-10. Korean. PMID: 17917489 [PubMed - indexed for MEDLINE]

26 Health promotion and prevention. Aust Fam Physician. 1989 Jan;18(1):18-20. PMID: 2730438 [PubMed - indexed for MEDLINE]

27 <http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2002-32814;jsessionid=8DF1B60B12965268226311C2598B66F4.jvm4>, Zugriff 02./Jänner 2008

28 Strategies for increasing the participation of women in community breast cancer screening, X Bonfill, M. Marzo, M. Pladevall, J. Martí, JI. Empananza, Year: 2001

29 Interventions targeted at women to encourage the uptake of cervical screening C. Forbes, R. Jepson, P. Martin-Hirsch, Year: 2002

30 Methods to increase response rates to postal questionnaires, P Edwards, I Roberts, M Clarke, C DiGuseppi, S Pratap, R Wentz, I Kwan, R Cooper, Year: 2007

31 Computer-generated paper reminders: effects on professional practice and health care outcomes, PN Gorman, C Redfern, T Liaw, S Carson, JC Wyatt, RE Rowe, JM Grimshaw, Year: 1998

## 10. SWOT-Analyse

Die unten dargestellte SWOT-Analyse (engl. Akronym für Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen) und Threats (Gefahren)), faßt das vorhin Gesagte wie folgt zusammen:

SWOT-Analyse		Interne Analyse	
		Stärken (Strengths)	Schwächen (Weaknesses)
E x t e r n e  A n a l y s e	Chancen (Opportunities)	<p><i>Strategische Zielsetzung für S-O:</i> Verfolgen von neuen Chancen, die gut zu den Stärken der VU-neu passen:</p> <p>Ziel/Risikogruppen werden systematisch zur VU-neu eingeladen, um den als gefährdet oder krank identifizierten Personen in einem möglichst frühen Stadium eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen.</p>	<p><i>Strategische Zielsetzung für W-O:</i> Schwächen eliminieren, um neue Möglichkeiten zu nutzen:</p> <p>Personen aus der Ziel/Risikogruppe, welche trotz Bewerbung das Präventionsprogramm nicht in Anspruch genommen haben, sollen durch gezielte Maßnahmen von der Wichtigkeit der Inanspruchnahme überzeugt werden.</p>
	Gefahren (Threats)	<p><i>Strategische Zielsetzung für S-T:</i> Stärken nutzen, um Bedrohungen abzuwenden:</p> <p>Gezielte Maßnahmen werden bei Risikogruppen genutzt, um so im Rahmen des Callsystems bzw. der Krankheiten vorbeugen zu können oder zumindest in einem frühen Stadium des Krankheitsverlaufes zu erkennen</p>	<p><i>Strategische Zielsetzung für W-T:</i> Verteidigungen entwickeln, um vorhandene Schwächen nicht zum Ziel von Bedrohungen werden zu lassen:</p> <p>Das Faktum der niedrigen Responserate im Rahmen des Callsystems bzw. der geringen Teilnehmerate an der VU-neu bedingt, dass die Gründe sowie der Impact des soziökonomischen Status hinsichtlich der Nichtinanspruchnahme der VU-neu untersucht werden. Darauf aufbauend sollen Lösungsansätze zur Erreichung einer Steigerung der Response- bzw. Teilnehmerate gefunden werden. Die Steigerung der Teilnehmerate dient unabhängig von den gesetzten Maßnahmen sowohl der Effizienz des Programms der VU-neu, als auch der Überprüfung seiner Wirksamkeit.</p>

32 Methods to increase response rates to postal questionnaires, P. Edwards, I. Roberts, M. Clarke, C DiGuseppi, S. Pratap, R. Wentz, I. Kwan, R. Cooper,

Year: 2007

33 Routine scale and polish for periodontal health in adults, P. Beirne, HV. Worthington, JE. Clarkson, Year: 2007

## 11. Forschungsfrage/n und Hypothese/n

Die zentralen Fragestellungen lauten:

- Welche Gründe gibt es, dass das VU-Callsystem (Einladesystem zur VU) kaum bis geringe Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe hat
- Welchen Einfluss hat der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu
- Welche Lösungsansätze und Strategien führen zu einer Steigerung der Teilnehmerate an der VU-neu?

Aus den Forschungsfragen lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

**H1:** Das VU-Callsystem hat Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe .

**H0:** Das VU-Callsystem hat keine Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe .

**H1:** Der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe hat einen Einfluss auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu

**H0:** Der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe hat keinen Einfluss auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu.

**H1:** Eine Steigerung der Teilnahme an der VU-neu kann durch gezielte Maßnahmen erreicht werden.

**H0:** Eine Steigerung der Teilnahme an der VU-neu kann durch gezielte Maßnahmen nicht erreicht werden.

Abgeleitet aus diesen Hypothesen ergeben sich mehrere Schlüsselfragen qualitativer als auch quantitativer Art, welche sich u.a. auf die Responserate des Callsystems, auf gezielte andere Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme sowie auf Untersuchungen, ob sozioökonomische Faktoren die Inanspruchnahme der VU-neu beeinflussen, beziehen.

## 12. Call/Recall System der VU-neu

Mittels gezieltem Call/Recall – System (Einlade/Wiedereinlade – System)<sup>34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42</sup> sollen in Österreich künftig insbesondere jene Personen zur VU-neu<sup>43, 44</sup> eingeladen werden, die dieses wichtige Präventionsprogramm bislang nicht in Anspruch genommen haben, davon jedoch einen großen Nutzen erzielen könnten. Angesprochen werden sollen dabei insbesondere mögliche Risikogruppen.

Unter Ziel/Risikogruppe versteht man dabei eine genau definierte Gruppe von Personen, an die sich ein Angebot, ein Programm oder eine Maßnahme richtet. Im Falle der VU-neu, spricht man auch von Risikogruppe, einer Gruppe von Menschen, die einem bestimmten Risiko ausgesetzt ist, an einer Krankheit zu erkranken oder auch bereits erkrankt ist.

Ein wichtiger, integrativer Bestandteil der neugeregelten VU ist wie bereits erwähnt ein sogenanntes Callsystem, mit welchem aktiv die Inanspruchnahme der VU-neu durch aktive Information ausgewählter Zielgruppen, welche die definierten Risikofaktoren erfüllen, gesteuert wird.

---

34 Presseaussendung der Wiener Gebietskrankenkasse,

[http://www.ots.at/presseaussendung.php?ch=politik&schluessel=OTS\\_20060612\\_OTSS0063&jiss=true&ex=](http://www.ots.at/presseaussendung.php?ch=politik&schluessel=OTS_20060612_OTSS0063&jiss=true&ex=). Zugriff 02/Jänner 2008

35 Homepage der Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, [http://www.bva.at/esvapps/page/page.jsp?p\\_pageid=212&p\\_menueid=61789&p\\_id=3](http://www.bva.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=212&p_menueid=61789&p_id=3), Zugriff 02/Jänner 2008

36 Service für die Steirer, <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/10183210/842125/>, Zugriff 02/Jänner 2008

37 <http://www.sozialversicherung.at/mediaDB/89605.PDF>, Zugriff 02/Jänner 2008

38 Interventions for increasing uptake in screening programmes, <http://www.egms.de/xml/journals/hta/2006-2/hta000029.xml>, Zugriff 02/Jänner 2008

39 Australasian journal of Dermatology, We were able to increase the participation rate in the secondary prevention program to 50% using a specially designed invitation letter. ..., [pt.wkhealth.com/pt/re/aujd/fulltext.00000936-200709001-00059.htm](http://www.wkhealth.com/pt/re/aujd/fulltext.00000936-200709001-00059.htm), Zugriff 02/Jänner 2008

40 Deutsches Ärzteblatt, Archiv: „Gesundheitsreform: Bayern loben Versorgungsnetz“, <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?id=43357>, Zugriff 02/Jänner 2008

41 326AAB Leitantrag\_Bundestag\_Endfassung\_5\_.doc), [www.oeaab.com/download/download114.pdf](http://www.oeaab.com/download/download114.pdf), Zugriff 02/Jänner 2008

42 Empfehlungen für die Gesundheitspolitik

[www.buergergutachten.com/fileadmin/downloads/bg\\_gesundheit/05\\_Ergebnisse\\_AE01-08.pdf](http://www.buergergutachten.com/fileadmin/downloads/bg_gesundheit/05_Ergebnisse_AE01-08.pdf), Zugriff 02/Jänner 2008

43 siehe Maria M.Hofmarcher, Herta Rack, Gesundheitssysteme im Wandel, Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, MVW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, S 123

VU neu, hrsg. Vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, Erstauflage März 2005

44 Ilona Kickbusch, Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, 2006, D-97956 Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung



Bewerkstelligt wird dies durch eine im Zusammenwirken der österreichischen Versicherungsträger erstellte spezifische Zielgruppendefinition auf Basis einer strategischen VU-Kampagnenplanung sowie der internen und externen Auswertung von epidemiologischen Daten im Vorfeld jedes Kampagnenversandtermins.

Nachdem jeder Sozialversicherungsträger intern abgeklärt hat, ob die vorgeschlagene Zielgruppendefinition übernommen oder eine eigene Zielgruppe definiert werden soll, werden auf Auftrag des jeweiligen Krankenversicherungsträgers die Kriterien im jeweiligen trägerspezifischen FOKO<sup>45</sup> abgefragt und die sich ergebenden Zielgruppengrößen an die KV-Träger kommuniziert. Anschließend erfolgt die Beauftragung der Wiener Gebietskrankenkasse mit der Durchführung der Kampagne.

Grundsätzlich sollen alle Versicherten zu einer VU-neu eingeladen werden. Aus Effizienzgründen muss angesichts des technischen und finanziellen Aufwandes jedoch der Fokus auf bestimmte Versicherungsgruppen mit erhöhtem Erkrankungsrisiko gelegt werden.

Die Auswahl orientiert sich daher an Merkmalen, welche nachweislich oder vermutlich mit einer erhöhten Gesundheitsgefährdung einhergehen oder zumindest plausibel das Gesundheitsverhalten von Personen beeinflussen. Zur Erreichung dieser Vorgaben werden sowohl epidemiologische<sup>46</sup>, demographische<sup>47</sup>, sozioökonomische<sup>48</sup> sowie allgemeine<sup>49</sup> Daten herangezogen.

Durch den Einsatz eines Call-Systems sollen unter Berücksichtigung der allgemeinen VU-Ziele folgende Zielsetzungen erreicht werden:

- Optimaler Einsatz der beschränkt vorhandenen VU-Ressourcen (inkl. Arzthonorare, Kosten des Call-Systems, Marketing Kosten, soweit möglich Kosten der Folgeuntersuchungen)

---

45 FOKO ist ein EDV-Tool, welches die individuelle Abbildung der Inanspruchnahme von Leistungen durch Versicherte, die individuelle Abbildung der Tätigkeit einzelner ÄrztInnen und der Anwendungsfrequenzen einzelner Leistungen oder Güter ermöglicht

46 Epidemiologische Daten sind Daten über die Verteilung von Determinanten von Krankheiten oder Gesundheitszuständen in der Bevölkerung

47 Demographische Daten beschreiben Bevölkerungsstrukturen, Bevölkerungsverteilungen, Bevölkerungsentwicklungen wie Alter, Geschlecht, Nationalität

48 Sozioökonomische Daten umfassen ein Bündel von Merkmalen der Lebensumstände eines Menschen. Z.B.: Einkommen, Bildungsniveau, Berufszugehörigkeit, Erwerbsstatus

49 Allgemeine Daten sind Stammdaten (z.B.: PLZ, Versichertenkategorie, Erwerbsstatus), Leistungsdaten (z.B. Heilmittelbezüge, Leistungsbezüge, Krankenhausentlassungsdiagnose, Daten aus regionalen Gesundheitsprojekten der Sozialversicherung)

- Selektion von Versicherten, die die definierten Risikofaktoren erfüllen. Damit verbunden ist die Information jener Zielgruppen (Versicherten), die uninformiert aber an ihrer Gesundheit interessiert sind und für die eine VU eine Verbesserung ihrer Lebensqualität darstellt, weil sich ohne VU ihr derzeitiger Gesundheitszustand verschlechtern bzw. sie ein neues Krankheitsbild entwickeln würden

In Österreich zeichnet für die Einrichtung sowie für Betrieb und Leitung des VU Call/Recall Systems die Wiener Gebietskrankenkasse verantwortlich.

Die von ihr dabei wahrgenommene Aufgabe beinhaltet

- die Beratung bei der Selektion von Zielgruppen bzw. Risikogruppen und Erstellung eines trägerspezifischen, individuellen Vorschlages für eine Zielgruppendefinition,
- die strategische Call/Recall Kampagnenplanung & trägerspezifische Auswertung von epidemiologischen Daten,
- die Beratung der Sozialversicherungsträger hinsichtlich der Definition von möglichen Zielgruppen für eine Call/Recall Kampagne incl. Identifikation der benötigten Datenbankkriterien
- die Datenkoordination
- Erstellung und Wording der Einladebriefe
- Zustellung der Kampagne an die Zielgruppe über die verschiedenen Kommunikationskanäle (Multichannel Management) unter besonderer Berücksichtigung des elektronischen Kommunikationskanals „eSV-Zustelldienst“ (=primärer Kanal)
- Erfolgs- und Responseauswertungen im Anschluss an eine durchgeführte Kampagne

Bei einem ersten Österreichweiten Roll-out im Mai 2007, in welchem als Zielgruppe Versicherte ab dem 21. Lebensjahr (männliches und weibliches Geschlecht, welche in den vergangenen 2 Jahren keine VU in Anspruch genommen haben), definiert wurde, betrug z.B. die Responserate für die STGKK – für die Auswertung wurde ein Zeitraum von max. 6 Monaten zwischen Einladung und Inanspruchnahme der VU-neu herangezogen - 2,68 % (16.629 Versicherte wurden eingeladen).

## 12.1 Einladungen

Die Einladungen erfolgten schriftlich und hatten folgenden Wortlaut:

**„Ihrer Gesundheit zuliebe!“**

<Sehr geehrte/r Herr/Frau> <TITELVORNE> <NACHNAME>!

*Sie selbst können dazu beitragen, länger und gesünder zu leben! Ein Gesundheits-Check unterstützt Sie dabei. Die STGKK lädt Sie ein, die **neue Vorsorge-Untersuchung** in Anspruch zu nehmen, um Informationen über mögliche Gesundheits-Risiken zu erhalten und Krankheiten in einer Frühphase zu erkennen, in der sie wirkungsvoll behandelt werden können.*

**Nutzen Sie dieses Angebot!**

*Die neue Vorsorge-Untersuchung ist kostenlos und deckt alle wichtigen Gesundheits-Risiken ab. In einem individuellen Gespräch mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Arzt erfahren Sie, was **Sie persönlich** für Ihre Gesundheit tun können. Falls Sie in den letzten zwölf Monaten nicht bei einer Vorsorge-Untersuchung waren, **vereinbaren Sie einen Termin** für Ihren Gesundheits-Check. Sie können die neue Vorsorge-Untersuchung bei jeder Vertragsärztin oder jedem Vertragsarzt und direkt im Ambulatorium der .....in Anspruch nehmen.*

*Wenn Sie sich genauer über die neue Vorsorge-Untersuchung informieren wollen, rufen Sie uns unter der Telefonnummer ..... an – wir beraten Sie gerne – oder besuchen Sie uns im Internet unter <.....>.*

Die bei weiteren Einladekampagnen sich trotz anderer Ziel/Risikogruppeneinladung nicht oder kaum verändernde und verbessernde Responserate hatte zur Folge, dass das Einladesystem in Frage gestellt wurde. Vor allem war nicht klar, ob das Einladeschreiben an die Zielgruppe mit dem Ansinnen, dass der Einladung zur VU Folge geleistet werden möge, überhaupt etwas bewirkte.

Es wurde daher von der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse<sup>50</sup> im Rahmen einer am 1. April 2008 erfolgten Einladekampagne, welche Versicherte ab dem 21. Lebensjahr (männliches und weibliches Geschlecht), welche in den vergangenen 2 Jahren keine VU in Anspruch genommen sowie keinen Allgemeinmediziner und keinen Internisten aufgesucht

---

50 Die Steiermärkische Gebietskrankenkasse wird hier beispielhaft erwähnt. Auch die Wiener Gebietskrankenkasse führte ein Zielgruppensplitting durch.

haben und der 1. Einladung zur VU am 25. Mai 2007 (1. Roll out) nicht gefolgt sind, ein Zielgruppensplitting erarbeitet.

Die Zielgruppe wurde in 5 Gruppen gleicher Größe unterteilt, wovon eine als Kontrollgruppe zur Verifizierung der Effektivität herangezogen wurde.

Das Vorgehen im Rahmen des Splittings für die weiteren 4 Gruppen gestaltete sich wie im Folgenden dargestellt:

**Gruppe 1:** erhält ein Standardeinladungsschreiben (Brief wie in den vorangegangenen Kampagnen)

**Gruppe 2:** erhält ein Standardeinladungsschreiben – wobei alle „Non Responder“ einen Monat später ein Reminderschreiben erhalten

**Gruppe 3:** erhält einen „Leichter Lesen Brief“ (erstellt von einem Beratungsunternehmen im Bereich „Barrierefreie Information“)

**Gruppe 4:** erhält einen „Leichter Lesen Brief“ – wobei alle „Non Responder“ einen Monat später ein Reminderschreiben erhalten

**Gruppe 5:** ist Kontrollgruppe und erhält kein Einladungsschreiben

Diese 5 Zielgruppen weisen in ihrer Teilung die gleiche Struktur – nach Geschlecht, Alter und Stadt/Land – auf und setzen sich aus jeweils 8.233 Personen (Versicherte) zusammen.

Tatsächlich eine Einladung zur VU auf Basis der Zielgruppendefinition und unter Berücksichtigung der Zielgruppendefinition und unter Berücksichtigung des Zielgruppensplittings erhielten somit zum Kampagnenversandtermin 01. April 2008

32.850 Versicherte der Steiermärkischen Gebietskrankenkasse.

Die Responserate<sup>51</sup> für die STGKK – für die Auswertung wurde ein Zeitraum von max. 6 Monaten zwischen Einladung und Inanspruchnahme der VU-neu herangezogen – betrug in der

<b>Gruppe 1 (Standardeinladungsschreiben)</b>	4,4% (362 Versicherte)
<b>Gruppe 2 (Standardeinladungs- und Reminderschreiben)</b>	5,3% (437 Versicherte)
<b>Gruppe 3 (Leichter Lesen Brief)</b>	4,3% (354 Versicherte)
<b>Gruppe 4 (Leichter Lesen- und Reminderbrief)</b>	5,3% (434 Versicherte)
<b>Kontrollgruppe (kein Einladungsschreiben)</b>	3,3% (272 Versicherte)

### **13. Bewertung des Zielgruppensplittings**

Auch wenn es aufgrund der niedrigen Responseprozentsätze schwer ist eindeutige Aussagen zu treffen, ist zumindest klar gestellt, dass das Standardeinladungsschreiben eine Auswirkung auf die Teilnahme der angeschriebenen Risikogruppe an der VU hat. 1,1% der mittels Schreiben eingeladenen Versicherten wurde dadurch ermutigt an der VU teilzunehmen.

Darüber hinaus zeigt sich aber auch, dass das Reminderschreiben die Risikogruppe ebenso anspricht. Immerhin haben 0,9 derjenigen, welche das Reminderschreiben erhalten haben, der Einladung zur VU Folge geleistet.

Auch der „Leichter Lesen Brief“ zeigt im Vergleich zur Kontrollgruppe, dass sich 1% angesprochen fühlten zur VU zu gehen. Der „Leichter Lesen Brief“ bewirkt aber nicht wirklich eine relevante Steigerung der Responserate.

Das Reminderschreiben zum „Leichter Lesen Brief“ konnte noch zusätzlich 1% der in dieser Form eingeladenen Versicherten dazu bewegen eine VU in Anspruch zu nehmen.

---

51 Auswertung der Wiener Gebietskrankenkasse

Der Response der Interventionsgruppen 2 (Standardeinladebrief + Reminderschreiben) und 4 (LeichterLesenBrief + Reminderschreiben) ist bei der StGKK 2% höher als bei den Interventionsgruppen 1 und 3, bei welchen kein zusätzliches Reminderschreiben herangezogen wurde

Verglichen mit der Kontrollgruppe hat der Teilnehmerkreis mit Hilfe des Einladungs – und des zusätzlichen Reminderschreiben um fast die Hälfte, also von 3,3% auf 4,83% zugenommen.

In Anbetracht des mit der Schaffung der VU mitgedachten Zieles die Inanspruchnahme der VU-neu durch Information ausgewählter Zielgruppen, welche die definierten Risikofaktoren erfüllen, zu erhöhen, kann hier sicher von einem – sicherlich nicht unbestrittenen - Erfolg, gesprochen werden.

Allerdings ist festzuhalten, dass Versicherungsträger, welche im Zusammenhang von Aussendungen Maßnahmen im Bereich von Werbeaktivitäten (Printmedien, Pressekonferenzen etc.) initiierten wesentlich bessere Ergebnisse (bis zu 7% Response) aufwiesen<sup>52</sup>.

Auch ist im Rahmen der Auswertungen zum einen das in Österreich scheinbar bestehende West-Ost Gefälle in der Form, dass z.B. in Vorarlberg von Vorneherein mehr Personen an der VU teilnehmen, zum anderen Versicherte von Sonderversicherungsträgern vermehrt die VU in Anspruch nehmen, zutage getreten.

**Jedenfalls kann aber aus obiger Auswertung klargestellt werden, dass die Hypothesen**

- **H1: „Das VU-Callsystem hat Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe“ sowie**
- 
- **H1: „Eine Steigerung der Teilnahme kann durch gezielte Maßnahmen erreicht werden“,**

**zutreffen.**

---

<sup>52</sup> Auswertung der Wiener Gebietskrankenkasse

## 14. Kosten-Nutzen-Abwägung

Im Jahr 2007 gab es Österreichweit insgesamt 223.374 Einladungsaussendungen an definierte Zielgruppen.

Folgende Berechnung soll einen Überblick über die Fixkostendegression<sup>53</sup> geben<sup>54</sup>:

Anzahl der Aussendungen	100.000	223.374	2.000.000	8.000.000
VU CRS Fixaufwand 2007	€ 403.113,60	€ 403.113,60	€ 403.113,60	€ 403.113,60
VU CRS variabler Aufwand (0,33 pro Brief)	€ 33.000,00	€ 73.713,42	€ 660.000,00	€ 2.640.000,00
<b>Gesamtaufwand</b>	<b>€ 436.113,60</b>	<b>€ 476.827,02</b>	<b>€ 1.063.113,60</b>	<b>€ 3.043.113,60</b>
Aufwand pro Responder bei 1% Response	€ 436,11	€ 213,47	€ 53,16	€ 38,04
Aufwand pro Responder bei 2% Response	€ 218,06	€ 106,73	€ 26,58	€ 19,02
Aufwand pro Responder bei 3% Response	€ 145,37	€ 71,16	€ 17,72	€ 12,68
Aufwand pro Responder bei 4% Response	€ 109,03	€ 53,37	€ 13,29	€ 9,51
Aufwand pro Responder bei 5% Response	€ 87,22	€ 42,69	€ 10,63	€ 7,61
Aufwand pro Responder bei 6% Response	€ 29,07	€ 14,23	€ 3,54	€ 2,54

Unter Berücksichtigung der gegebenen Fakten ist daher bei einer Responserate im Bereich des VU-Calls zwischen 2 und 3 % bei einer Aussendungszahl von 223.374 von Aufwandskosten pro Responder zwischen € 71,16 und € 106,73 auszugehen.

Fraglich ist, ob die Kosten, welche dadurch entstehen, weil ein durch ein Screening möglicherweise erkanntes Krankheitsbild aufgrund des nicht erfolgten Screening einer teuren und aufwändigen Behandlung zu unterziehen ist, mit den im Rahmen des Callsystem getätigten oben veranschaulichten Responderaufwand in einem diskutablen - die Kosten-Nutzen Frage behandelnden - Verhältnis stehen.

<sup>53</sup> Unter Fixkostendegression versteht man in der Kostentheorie, daß die gesamten fixen Kosten bei steigender Ausbringung auf eine größere Menge von Kostenträgern verteilt werden und infolgedessen die Stückkosten degressiv verlaufen (Kostenverlauf).

<sup>54</sup> Berechnung der WGKK

Hier kommen wir wieder auf die früher dargestellten Kriterien des UK National Screening Committee zu sprechen.

Die Frage, ob Patienten von einer Krankheitsfrüherkennung profitieren, hängt nämlich unter anderem von den folgenden Punkten ab:<sup>55</sup>

- Kann die Erkrankung tatsächlich früh erkannt werden?
- Wie groß sind Sensitivität<sup>56</sup> und Spezifität<sup>57</sup> des Tests?
- Wie groß ist der prädiktive Wert<sup>58</sup> des Tests?
- Wie ernst ist das Problem der falsch-positiven Testergebnisse?
- Wie hoch sind die Kosten der Früherkennung im Hinblick auf Gelder, Ressourcen und die seelischen Auswirkungen?
- Werden die Personen durch Screening-Tests geschädigt?
- Haben Personen, bei denen eine Erkrankung früh erkannt wird, einen Nutzen von der Früherkennung und besteht ein Gesamtnutzen für alle untersuchten Personen?

Es würde zu weit führen auf alle Fragen im Einzelnen einzugehen. Es sei aber darauf verwiesen, dass z.B. Lead Time Bias<sup>59</sup>, Bias durch Überdiagnostik<sup>60</sup>, Probleme bei der Bewertung der Sensitivität und der Spezifität von Tests eine bedeutende Rolle bei der Interpretation von Studienergebnissen spielen.

Darüber hinaus sind nur wenige der zur Zeit verwendeten Methoden der Früherkennung bisher einer randomisierten kontrollierten Studie unterzogen worden. Die meisten sind möglicherweise dafür nicht vorgesehen. Dies ergibt sich aus mehreren Faktoren, wie etwa die Schwierigkeit und Kostspieligkeit bei der Durchführung solcher Studien.

---

55 Epidemiologie, Leon Gordis, Deutsche Erstausgabe, S 307ff

56 Sensitivität bezieht sich auf das Vermögen des Tests, tatsächlich Erkrankte als krank zu erkennen

57 Spezifität ist definiert als die Fähigkeit des Test, Gesunde richtig als gesund zu identifizieren

58 der prädiktive Wert drückt die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bei einem gegebenen Testergebnis aus. Der positive Prädiktionswert ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bei Patienten mit einem positiven Testergebnis, der negative Prädiktionswert ist ein Maß für die Wahrscheinlichkeit, tatsächlich nicht krank zu sein, wenn das Testergebnis negativ ist

59 Lead Time Bias ist der Bias im Zusammenhang mit der Diagnosevorlagerung. D.h., um wie viel früher kann eine Diagnose gestellt werden, wenn eine Erkrankung durch Screening erkannt wird, verglichen mit der herkömmlichen Zeitspanne bis zur Diagnose, wenn kein Screening durchgeführt worden ist?

60 Bias durch Überdiagnostik führt z.B. dazu, dass gesunde Frauen mit einem positiven Pap-Abstrich in die Gruppe der positiven Befunde eingeteilt werden. Folglich wird die Gruppe anomaler Befunde durch die Befunde gesunder Frauen „verwässert“



In den Programmansätzen zur Krankheitsführung soll man daher in der Lage sein, Gruppen von Menschen mit einem hohen Risiko zu erkennen. Dabei sind nicht die Personen gemeint, die ein Erkrankungsrisiko haben, sondern auch diejenigen, die das „Risiko“ haben, von der Intervention profitieren zu können.

Hier handelt es sich um Personenkreise, bei denen Kosten-Nutzen-Rechnungen einen Vorteil ergeben werden.

Bei der Kosten-Effektivität-Bilanz wiederum spielen nicht nur die finanziellen Kosten eine Rolle, sondern auch die nicht-finanziellen Kosten, die dem Patienten entstehen, wozu Angst und emotioneller Stress sowie Unannehmlichkeiten zu rechnen sind.

Zu den Kosten eines Tests gehören nicht nur die Verfahrenskosten, sondern auch sämtliche Kosten der Nachuntersuchung, die durch ein positives Testresultat ausgelöst werden, selbst wenn sich herausstellt, dass ein falsch positives Ergebnis vorliegt.

Diese Überlegungen hat z.B. die „American Cancer Society“ aufgegriffen und folgende Empfehlungen zum Krebs-Check-up abgegeben<sup>61</sup>:

- Es müssen gute Beweise vorliegen, dass jeder empfohlene Test oder jedes Verfahren medizinisch effektiv ist bei der Senkung der Morbidität und Mortalität
- Der medizinische Nutzen muss die Risiken übertreffen.
- Die Kosten für jeden Test oder jedes Verfahren müssen in einem vernünftigen Verhältnis zu dem erwarteten Nutzen stehen.
- Die empfohlenen Maßnahmen müssen praktikabel und durchführbar sein.

Darüber hinaus ist de facto für den Erfolg und die Kosten eines Screenings die Krankheitsprävalenz oft wichtiger als die Testqualität.

Sehr seltene Krankheiten mit niedriger Prävalenz sind daher in der Regel für unselektierte bevölkerungsweite Massenfrüherkennung (Screening) ungeeignet<sup>62</sup>.

---

61 Epidemiologie, Leon Gordis, Deutsche Erstausgabe, S 326

62 Public Health, Gesundheit und Gesundheitswesen, F.W. Schwartz etc., 2. Auflage, S 207

## 15. Studien und Berichte über die Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung

### 15.1 Umfrageergebnis über VU in Oberösterreich<sup>63</sup>

Das Institut für Gesundheitsplanung in Oberösterreich hat im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse anhand einer bei 3.529 OberösterreichInnen durchgeführten schriftlichen Umfrage (10.000 Fragebögen wurden versandt, 3529 Fragebögen wurden retourniert, was einer Rücklaufquote von 35,3% entspricht) u.a. analysiert, welche Einflussfaktoren (Hürden, Erschwernisse, Vorbehalte aus Sicht der Befragten) und Rahmenbedingungen (z.B. soziale Lage) sich positiv oder negativ auf die Inanspruchnahme der VU auswirken, um Anhaltspunkte für eine Erhöhung der Teilnahme in der Bevölkerung zu gewinnen.

Folgende Gründe waren für die Inanspruchnahme der VU-neu ausschlaggebend<sup>64</sup>:

- Einladung zur VU (weil ich zur Untersuchung eingeladen wurde)
- Regelmäßige Inanspruchnahme: „Weil ich aus einem anderen Grund beim Arzt/Ärztin war“
- Beschwerden: „Weil ich Beschwerden hatte“
- Persönliches Umfeld: „Weil ich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten darauf aufmerksam gemacht wurde“
- Arzt/Ärztin: „Weil ich vom Arzt/Ärztin darauf aufmerksam gemacht wurde“
- Angebot im Betrieb: „Weil die Untersuchung im Betrieb angeboten wurde“
- Gesundheitspass: „Weil es im Gesundheitspass<sup>65</sup> vorgesehen ist“

Gründe für die Nichtinanspruchnahme der VU-neu waren folgende<sup>66</sup>:

- Schwer erreichbar (Mobilität)

---

63 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberöreicherInnen, Institut für Gesundheitsplanung, MMag. Martin Reif, 2007

64 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberöreicherInnen, Institut für Gesundheitsplanung, MMag. Martin Reif, 2007 S 25

65 Im Gesundheitspass wurden die Ergebnisse der VU dokumentiert, dieser wurde allerdings lt. Auskunft beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend 2007 eingestellt.

66 Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberöreicherInnen, Institut für Gesundheitsplanung, MMag. Martin Reif, 2007 S 30

- Familien/Freundeskreis auch keine VU
- Weiß nicht, was bei VU passiert
- Angst vor Krankheitsfindung
- Wichtigeres zu tun
- Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)
- Ungewohnt, ohne Beschwerden zum/r Arzt/Ärztin
- Lange Wartezeit
- Gehe generell nicht gerne zum/zur Arzt/Ärztin

Rund 95 % der Befragten stimmten der Aussage eher zu, dass durch die VU Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden können und knapp 80% meinten (eher), dass durch die VU Krankheiten verhindert werden können<sup>67</sup>. Ungefähr ein Drittel neigte zu der Ansicht, dass die VU für die Früherkennung von Erkrankungen zu ungenau sei.

Ein Viertel der Befragten ist der Ansicht, dass man – solange man sich gesund fühlt – keine Untersuchung braucht und knapp ein Fünftel findet, dass die VU erst im höheren Alter sinnvoll ist. Fast ein Fünftel hält die VU für sinnlos, da sie an den persönlichen Belastungen nichts ändern kann und ein Achtel denkt, dass eine gesunde Lebensweise die VU überflüssig macht („Wenn man gesund lebt, braucht man keine VU“).

Hinsichtlich der Einflussfaktoren auf struktureller Ebene zeigt sich, dass Personen aus Haushalten mit geringem Einkommen (bis zum 25 Perzentil, das ist das Viertel mit dem geringstem Einkommen) in geringerem Ausmaß eine VU innerhalb der letzten zwei Jahre aufweisen, als Personen mit höherem Familieneinkommen (50 Prozent bzw. 52 Prozent beim Viertel mit dem höchsten Familieneinkommen).

Deutliche Unterschiede zwischen Befragten aus unteren Einkommensschichten und solchen mit höherem Einkommen gibt es jedoch hinsichtlich der unmittelbaren Gründe/Anlässe für die Inanspruchnahme. Befragte mit geringerem Einkommen geben als Gründe „Beschwerden“, „Arztbesuch aus anderem Grund“, „Motivation durch Arzt/Ärztin“, „Einladung“ sowie „persönliches Umfeld“ an. Höhere Einkommensschichten geben in deutlich geringerem Ausmaß Hürden bzw. Erschwernisse in Bezug auf die Inanspruchnahme der VU an. Befragte aus unteren Bildungsschichten weisen eine andere Einstellung zur VU

---

<sup>67</sup> Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen, Institut für Gesundheitsplanung, MMag. Martin Reif, 2007, S 39

auf, da sie häufiger zu Vorbehalten wie z.B. „VU erst in höherem Alter sinnvoll“ oder „Wenn man gesund lebt braucht man kein VU“ etc. neigen.

**Die bisher angeführten Gründen stellen jedenfalls klar, dass die Hypothese**

- **H1: Der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe hat einen Einfluss auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu, zutrifft.**

## **15.2 HTA<sup>68</sup> Bericht der Deutschen Agentur für Health Technology Assessment des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information<sup>69</sup>**

Der HTA-Bericht untersuchte Verfahren zur Steigerung der Teilnahmeraten bei Maßnahmen der Primärprävention und der Krankheitsfrüherkennung. Insgesamt wurden dafür vier HTA-Berichte und 22 systematische Übersichtsarbeiten, die zwischen 1996 und 2004 veröffentlicht worden sind, herangezogen.

Die Verfahren zur Teilnahmesteigerung richteten sich sowohl an Leistungserbringer als auch Nutzer. Wesentlich für die Wirksamkeit zur Steigerung der Teilnahme war eine zielorientierte, sorgfältig geplante, theoretisch fundierte und programmatische Herangehensweise. Es stellte sich dabei heraus, dass Verfahren dann wirksam sind, wenn

- sie sich an Patienten oder die Allgemeinbevölkerung als Einzelpersonen oder Nutzer sowie an Ärzte und andere Leistungsanbieter richten,
- den Zugang zu einer Zielpopulation bahnen (z.B. Einladungsschreiben),
- die Implementation der Krankheitsfrüherkennung in der Versorgungspraxis (z.B. durch Praxismanagement) oder
- Datenbestände (z.B. eines Einwohnermelderegisters, Arztpraxis) nutzen.
- 

Ein Vergleich der ökonomischen Studien zeigte, dass

1. Einladungen (mit schriftlicher Erinnerung) die Teilnahmerate gegenüber Einladungen ohne Erinnerung teilweise deutlich mit moderaten inkrementellen Kosten (Kosten, die einer Entscheidung direkt zurechenbar sind) steigern

---

<sup>68</sup> Health Technology Assessment bewertet den Nutzen und die ökonomischen Folgen medizinischer Verfahren und Technologien und berücksichtigt relevante soziale, ethische und politische Gesichtspunkte

<sup>69</sup> DAHTA-Datenband des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 1. Auflage 2006, Köln 2006

2. telefonische Erinnerungen die Teilnahmerate gegenüber schriftlichen Erinnerungen, allerdings unterschiedlich deutlich steigern. Die inkrementellen Kosten steigen moderat bis stark an.

Wie bereits früher erwähnt zielen Früherkennungsprogramme darauf ab, einen möglichst großen Prozentsatz einer definierten Population auf eine bestimmte Erkrankung hin zu screenen, um den als gefährdet oder krank identifizierten Personen in einem möglichst frühen Stadium eine adäquate Behandlung zukommen zu lassen.

Die Steigerung der Teilnahmeraten dient sowohl der Effizienz des Programms, als auch der Überprüfung seiner Wirksamkeit. Eine hohe Partizipationsrate in einem Früherkennungsprogramm ist aus zwei Gründen wünschenswert.

Einerseits soll ein solches definitionsgemäß eine möglichst große Population erreichen. Andererseits soll sich das Screening in der Praxis auch wirklich als sinnvoll erweisen. Auf der Suche nach den Hindernissen für die Teilnahme an Früherkennungsprogrammen läßt sich erkennen, dass sich die Organisation von Programmen häufig an einzelnen Personengruppen orientiert und andere außer Acht läßt. Letzteres trifft zum Beispiel für MigrantInnen, sozial Schwächere, geographisch schlechter erreichbare Personen oder strukturell weniger einheitlich definierte Gruppen wie Arbeitslose oder nicht Versicherte zu.

Auf finanzieller Ebene gelten oft Fahrtkosten, Selbstbehalte, Einkommensentgang aufgrund des Verlustes von Arbeitszeit und andere Faktoren als Teilnahmehindernisse. Die Ausräumung dieser Hindernisse für die TeilnehmerInnen haben angeblich deutlich stärkere Effekte als jedweder positive finanzielle Anreiz.

Die Teilnahmerate hängt in jedem Fall stark von Quantität und Qualität der Information ab. Deshalb ist eine Informationskampagne, die möglichst alle Untergruppen der Zielpopulation erreicht, und ein verständliches Bild über den Zweck und Ablauf des Screening gibt, zu empfehlen.

Je nach Zielgruppe, notwendigem Screeningaufwand oder öffentlicher Sensibilisierung für die jeweilige Erkrankung ist Informationspolitik für bestimmte Programme leichter als für andere. Als Beispiel sei hier das Brustkrebs-Screening erwähnt, das in der öffentlichen Wahrnehmung im Vergleich zu anderen bereits sehr akzeptiert ist.

Abgesehen von den erwähnten Faktoren kann die Partizipationsrate aber auch unmittelbar von organisatorischen Details wie der zur Verfügung stehenden Infrastruktur, maximalen Untersuchungskapazitäten oder der Verfügbarkeit von Daten abhängen.

Leider stammen die Übersichtsarbeiten und HTA-Berichte größtenteils aus den USA und lassen daher nur bedingt Aussagen zu Methoden der Steigerung der Teilnehmerate zu. Aus Deutschland konnte keine einzige Einzelstudie identifiziert werden, welche Interventionen zur Teilnehmeratensteigerung untersucht.

<sup>70</sup>Für ein allgemeines Krankheitsfrüherkennungsprogramm, wie es momentan in Österreich im Einsatz ist, sind keine Hinweise auf Response-Benchmarks verfügbar, welche zur Bewertung des VU-Callsystems herangezogen werden könnten.

Die in Westeuropa für privatwirtschaftliche Direct Mailing Aktionen erzielbare Responserate von 2 % auch für VU Einladekampagnen als Benchmark heranzuziehen, scheint keinen gangbaren Weg darzustellen.

Auch ein Vergleich z.B. mit einem deutschen MAMMA-Screening Programm wo schriftliche Einladungen mit bereits angebotenen Terminen versendet wurden und daher eine Responserate bis zu 20% erzielt werden konnte ist nicht zulässig.

### **15.3 Bericht der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH aus dem Jahr 2008<sup>71</sup>**

Die Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH wurde mit der Evaluierung und Qualitätssicherung der VU-neu in Österreich beauftragt.

Die Erfassung der Zufriedenheit der TeilnehmerInnen mit der VU-neu stellt dabei einen wesentlichen Bestandteil dieser Evaluierung dar. Dabei wurde auch die Teilnahmemotivation der ProbandInnen untersucht und folgendes Ergebnis erzielt:

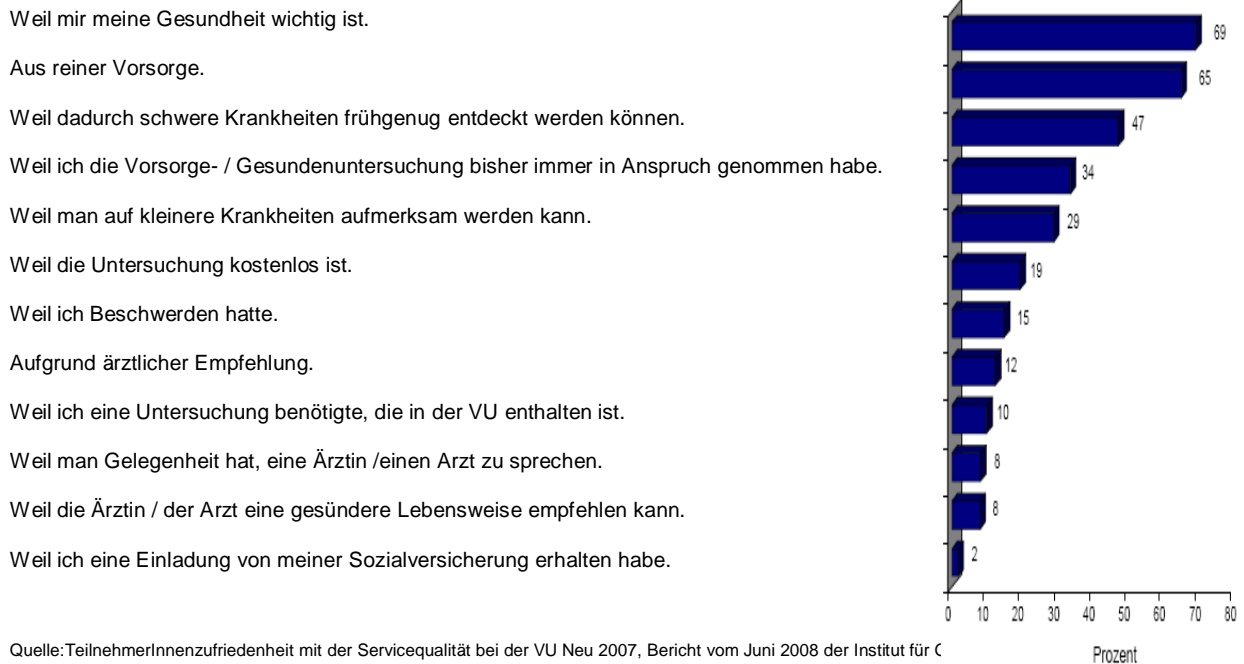
---

<sup>70</sup> Statusbericht "VU CRS" der WGKK vom 08.10.2008, S 17

<sup>71</sup> TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der VU Neu 2007, Bericht der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, Autoren Hubert Langmann, Karin Tropper, Ursula Reichenpfader, Bericht vom Juni 2008

Für die Inanspruchnahme der VU sind vor allem präventive Gründe ausschlaggebend. Von Priorität sind hierbei die Wichtigkeit der eigenen Gesundheit sowie der „Vorsorgegedanke“, gefolgt von der Früherkennung schwerer Krankheiten und der gewohnheitsmäßigen Inanspruchnahme.

Die Einladung durch die eigene Sozialversicherung stellt hingegen kein bedeutendes Teilnahmemotiv dar, wie auch die folgende Grafik zeigt:



## 16. Ad Migranten und sozioökonomischer Status

In den unteren Einkommensgruppen ist der Anteil jener Personen, die einen mäßigen bis schlechten Gesundheitszustand angeben fast doppelt so hoch wie in den oberen Einkommensgruppen. Das trifft sowohl auf ältere Menschen als auch auf Personen im erwerbsfähigen Alter zu. Unter den Migranten ist das Armutsrisiko besonders hoch.

Migrationsstress und –belastungen führen zu psychosomatischen Störungen und Erkrankungen. Zudem werden Gesundheitseinrichtungen auf Grund von Sprachbarrieren

und einem Informationsdefizit über gesundheitliche Versorgungsinstanzen von Migranten oft erst spät in Anspruch genommen, was zu Chronifizierungen führen kann.<sup>72</sup>

Dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen einen schlechteren Gesundheitszustand aufweisen als Personen der oberen Statusgruppen wurde für Oberösterreich anhand der Merkmale „Arbeitslosigkeit“ und „Migration“ nachgewiesen. Wobei Migration an sich nicht die Ursache der schlechteren gesundheitlichen Lage ist, sondern vielmehr der berufliche Status, das geringere Einkommen und der niedrigere Bildungsstand.<sup>73</sup>

Laut dem ersten österreichischen Adipositasbericht 2006 zeigt auch eine Untersuchung an 12 Bielefelder Schulen eine deutlich höhere Adipositasprävalenz bei Kindern von Migranten als bei deutschen Kindern im Alter zwischen 6 und 7 Jahren.<sup>74</sup>

Im Rahmen der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007<sup>75</sup> wurde auch ein Unterschied zwischen Österreichern und Ausländern bei Zahnarztbesuchen deutlich: 61% der Österreicher, aber nur 52% der Ausländer gaben an, in den letzten 12 Monaten beim Zahnarzt gewesen zu sein.

Auch die Gründe für die Konsultation unterschieden sich: 21% der Österreicher nannten Schmerzen und 53% Kontrollen als Hauptgrund für die Konsultation. Bei den Ausländern hingegen waren 35% wegen Schmerzen und 40% zur Kontrolle beim Zahnarzt.

Aus einem Bericht des Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen vom Oktober 2002<sup>76</sup>, welches im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen die soziale Ungleichheit und Gesundheit untersucht, geht unter anderem hervor, dass im Bereich der Vorsorgemaßnahmen Gesundenuntersuchungen von sozial Schwachen deutlich seltener in Anspruch genommen werden als von Angehörigen höherer sozialer Schichten.

---

72 Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Elisabeth Pochobradská, Claudia Hahl, Barbara Schleicher unter Mitarbeit von Anton Hlava: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wien, Oktober 2002

73 Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005

74 Theres Rathmanner, Bettina Meidlinger, Cathrin Baritsch et al.: Erster österreichischer Adipositasbericht 2006, Wien, August 2006

75 Statistik Austria: Jeanette Klimont, Josef Kytir, Barbara Leitner: Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Wien 2007

76 Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bericht des ÖBIG vom Oktober 2002, Im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien, Oktober 2002



Konsequenterweise setzen sozial benachteiligte Personen auch erheblich weniger eigene Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge (betreffend etwa Ernährung oder Beratungsangebote) und verfügen über einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen (z.B. aus Massenmedien oder in Gesundheitseinrichtungen):

Auch in der Schweiz ist die Migrationsbevölkerung fast doppelt so häufig von Armut betroffen wie die schweizerische Bevölkerung. Generell wurde festgestellt, dass Personen aus sozial benachteiligten Bezirken eine höhere Säuglingssterblichkeit (3x höher), ein höheres Tuberkuloserisiko (ca. 3x höher) und ein höheres Frühberentungsrisiko (häufigste Ursache: psychische Erkrankungen, wie Depressionen) aufweisen.

Vorsorgeangebote und Präventionsmaßnahmen werden von Migranten weniger genutzt als von Schweizern. Hinsichtlich des Gesundheitsverhaltens zeigt die Migrationsbevölkerung eher ein Risikoverhalten: es wird mehr geraucht, weniger Sport betrieben und z.T. das Ernährungsverhalten in einer Weise verändert, die gesundheitsschädlich ist.

Kinder im Schulalter von Migranten sind wesentlich häufiger übergewichtig oder adipös. Ebenso die Altersgruppe der 51 bis 60-Jährigen.

Zudem gewinnen die Gesundheitsprobleme älteren Migranten zunehmend an Bedeutung, da auch der Anteil der älteren ausländischen Menschen zunimmt.<sup>77</sup>

## **16.1 Pro-Kopf-Ausgaben – LIVE<sup>78</sup> Auswertung 2003**

Dass Personen mit ausländischer Staatsbürgerschaft weniger häufig Leistungen im extramuralen Bereich in Anspruch nehmen als österreichische Staatsbürger zeigt auch die folgende Auswertung der LIVE-Daten des HVB aus dem Jahr 2003<sup>79</sup>.

Sie stellt einen Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben für ärztliche Hilfe, Medikamente sowie Zahnbehandlung und Zahnersatz zwischen Leistungsbeziehern mit ausländischer und mit österreichischer Staatsbürgerschaft dar.

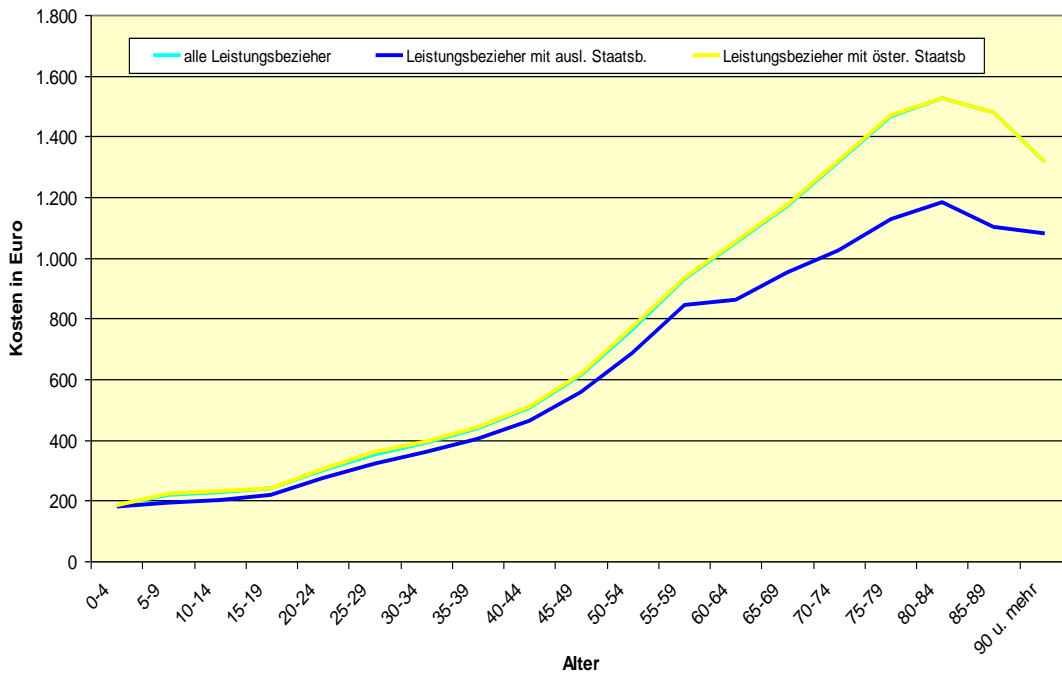
---


<sup>77</sup> Bundesamt für Gesundheit BAG: „Migration und Gesundheit. Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013)“, Bern, Jänner 2008:

<sup>78</sup> LIVE=Leistungsinformation für Versicherte, welche über die Kosten der von Versicherten und ihren Angehörigen (Mitversicherten) im Kalenderjahr des Vorjahres in Anspruch genommenen Sachleistung informiert

<sup>79</sup> LIVE, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003

**Vergleich der Pro-Kopf-Ausgaben für Ärztliche Hilfe, Medikamente  
und Zahnbehandlung, -ersatz von allen Leistungsbeziehern, Leistungsbezieher mit ausl.  
und öster. Staatsbürgerschaft (LIVE 2003)**



 Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger

Durch die Einladung zur VU könnten diese Patienten einerseits

- einer adäquaten, bedarfsgerechten Versorgung zugeführt werden und
- andererseits auf die Versorgungsmöglichkeit im niedergelassenen Bereich aufmerksam gemacht werden.

## 16.2 Studien aus der Bundesrepublik Deutschland

### 16.2.1 Sozioökonomische Unterschiede von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen

Im Rahmen einer Auswertung des Gesundheitssurveys Nordrhein-Westfalen ( $n^{81}=1920$ ) wurde untersucht, ob und in welchem Ausmaß sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorliegen. Im Mittelpunkt der Analyse stand dabei die Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung und am Gesundheits-Check-up, denen im Rahmen der Sekundärprävention eine besondere Bedeutung zukommt. An einer

80 M. Richter, H. Brand, G. Rüssler, Fakultät für Gesundheitswissenschaften Universität Bielefeld, Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRS, Bielefeld,

81 n=Umfang der Stichprobe

Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Untersuchungsjahr bzw. im Jahr davor nahmen insgesamt 29,2 % der anspruchsberechtigten Männer und 56,5 % der Frauen teil. Beim Gesundheits-Check-up waren es 29,6 % der Männer und 30,1 % der Frauen. Bei einer Differenzierung nach Sozialschicht zeigte sich, dass die vorliegende Studie die bisherigen Ergebnisse einer zunehmenden Nichtteilnahme mit abnehmender sozialer Schicht an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen bestätigen konnte.

Wie in vergleichbaren Untersuchungen stellt sich der soziale Gradient bei Frauen ausgeprägter dar als bei Männern. Während für den Gesundheits-Check-up keine schichtspezifischen Disparitäten festgestellt werden konnten, lag bei der Inanspruchnahme von gesundheitsfördernden Maßnahmen für Frauen ein signifikanter sozialer Gradient vor. Wird anstelle des Schichtindex die Schulbildung als Indikator für den sozioökonomischen Status herangezogen, zeigten sich insgesamt schwächere Zusammenhänge für die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmeraten von Früherkennungsuntersuchungen auch und gerade auf die Angehörigen der unteren sozialen Schicht konzentrieren sollten, um gesundheitliche Ungleichheiten gar nicht erst entstehen zu lassen.

### 16.2.2 Eine weitere Studie

1. <sup>82</sup>In der Bundesrepublik Deutschland nehmen nur relativ wenige Personen an den Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen (KFU) teil. Es stellt sich daher die Frage, auf welche Bevölkerungsgruppen sich die Bemühungen um eine Steigerung der Teilnahmeraten konzentrieren sollten. Studien aus anderen Staaten zeigen eindeutig, dass die KFU-Inanspruchnahme mit geringerer Schulbildung und geringerem Einkommen erheblich abnimmt. In der vorliegenden Studie wurde daher die Hypothese formuliert, dass der gleiche Zusammenhang zwischen Schulbildung und KFU-Inanspruchnahme auch in der Bundesrepublik besteht. In einer Sekundäranalyse von Daten einer 1987 in der Bundesrepublik durchgeführten Bevölkerungsbefragung konnte die Hypothese lediglich in Bezug auf die berufstätigen Frauen bestätigt werden, während bei Männern ein nicht signifikanter und bei nicht-berufstätigen Frauen ein signifikanter Zusammenhang in umgekehrter Richtung gefunden wurde.

---

82 A. Mielck und Brenner, GSF-Institut für Medizinische Informatik und Systemforschung (Medis (M;ed

(Medis), Ingolstädter Landstr. 1, D-8042 Neuherberg, Abteilung für Medizinische Soziologie, Forschungs- und Geschäftsstelle Epidemiologie, Universität Ulm, Ulm

2. <sup>83</sup>Gesundheitsbewußtes Verhalten der Bevölkerung zeigt sich u.a. in der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Im Survey 1997/98 wurden dazu 7124 Probanden befragt.

An den Gesundheitsuntersuchungen beteiligten sich 1997 26,7% der Männer und 24,5% der Frauen. Eine Beratung nach dem Check-up erhielten 70,9% der untersuchten Männer und 67,8% der Frauen. An den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen nahmen von den Befragten 22,6% der Männer und 36,5% der Frauen teil. Eine Beratung durch den Arzt zu Krebsrisiken gaben 42,4% der Männer und 43% der Frauen an.

Für gesundheitsfördernde Maßnahmen entscheiden sich insgesamt 10,5% der Befragten, Frauen deutlich mehr als Männer (13,8% zu 7%). Nach Art der Maßnahmen dominiert die Rückenschule (44%), gefolgt von gesunder Ernährung (13%), Gewichtsreduktion (10%) und Raucher-, Alkohol- und Drogenentwöhnung (4%). Unterschiede in den Beteiligungsraten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheits-Check-up und Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind in den Altersgruppen, nach Region, sozialer Schicht und Versichertenstatus (z.B. Arbeiter, Angestellter etc.) nachweisbar.

## **17. Befragung von Interessensvertretern**

- Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, dass das VU-Callsystem (Einladesystem zur VU) kaum bis geringe Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe hat?
- Welchen Einfluss hat der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu?
- Welche Lösungsansätze und Strategien glauben Sie können zu einer Steigerung der Responserate führen?

Diese Fragen wurden an

1. **Dr. Michael Wendler:** Arzt für Allgemeinmedizin in Graz,
2. **Em.Univ.-Prof. Dr. R. Horst Noack:** Ph.D., Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Gesundheitswissenschaften und Public Health (ÖGGWPH)
3. **Christoph Pammer:** DSA, MPH. Verein ZEBRA.
4. **Dr. med. univ. Martin Georg Millauer:** Facharzt für Innere Medizin, Vorsorge-Referent der Ärztekammer Steiermark
5. **Univ.-Prof.Dr. Gerald Pruckner:** Universität Linz, Abteilung Volkswirtschaftslehre
6. **Mag. Karl Christian Kvas:** Gemeinderat in Graz
7. **Dr. Josef Probst:** Generaldirektor-Stellvertreter im Hauptverband
8. **Prim. Dr. Gert Klima:** Ärztlicher Leiter StGKK
9. **Mag. Martina Haring:** Versicherte, welche zur VU eingeladen wurde

schriftlich gerichtet, wobei zuvor ein kurzer prägnanter Überblick über das Wesen der VU-neu, das Callsystem sowie über vorhandenen Responsedaten gegeben wurde.

Die Beantwortung der Fragen wird im Folgenden zusammengefasst und in gekürzter Form wiedergegeben. Der vollständige Inhalt der Statements der einzelnen Interessensvertreter findet sich im Anhang wieder:

#### **Zur Frage 1:**

Zumeist erfolgt die Inanspruchnahme der VU-neu durch den Versicherten aus eigenem Antrieb. Manchmal ist es aber auch Angst (es könnte bei der VU eine Krankheit ans Tageslicht treten) oder Sorge aus einem konkreten Anlass (Verwandter oder Freund gestorben), bisweilen der Eintritt in einen neuen Lebensabschnitt. Mit oder ohne Recall ist die Teilnahme an der VU-neu zumeist eine freiwillige Entscheidung, welche meistens nur von Menschen getroffen wird, welche sich ohnedies Gedanken über ihren Gesundheitszustand machen.

Darüber hinaus wird die Sozialversicherung und damit auch die Bewerbung der Vorsorgeuntersuchung bei jenen, welche nur einzahlen, aber keine Leistungen

beanspruchen, kaum akzeptiert. Diese Gruppe glaubt eher an das durch öffentliche Meinungen bekundete negative Image mangels Direktkontakt mit der Institution Sozialversicherung. Ganz unschuldig ist aber die Sozialversicherung daran nicht. Trägt sie doch intern durch ihren Diskurs über möglicherweise vergeudete 70 Millionen Euro (so viel kostete die VU im Jahre 2008<sup>84</sup>) zur Imageschädigung bei und hemmt notwendige konzertierte Public Relation Aktionen mit Pressekonferenzen etc..

Das Angebot der VU-neu wird selten angenommen, weil das Bedürfnis (z.B. die Krankheitsbedrohung) und die Nutzenerwartung (z.B. Risikenminderung, Gesundheitsgewinn) zu wenig ausgeprägt und die Kosten (z.B. Zeitaufwand, man bekommt vom Dienstgeber nicht frei,) entsprechend hoch sind. Viele Patienten sind enttäuscht, dass die VU-neu vermeintlich nur ein eingeschränktes medizinisches Untersuchungsprogramm enthält. Die „Quatscherei“ über das Rauchen und Übergewicht sowie Alkoholprobleme interessiert sie nicht wirklich.

Das Callsystem bewirkt deshalb so wenig, weil die Zielgruppen zu unspezifisch definiert sind und die Kommunikationsmethode nicht oder nicht zur Gänze ausgeschöpft werden. Außerdem scheint die gewählte Form der Einladung nicht ausreichend Klarheit für den Patienten darüber zu schaffen, dass es sich hier um eine empfehlenswerte Gratisuntersuchung handelt. Es ist eine Illusion eine hohe Response zu erwarten, wenn man mit dem Call jene anspricht, die schon vorher das System nicht in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus bewirkt das Callsystem bei den Patienten großes Misstrauen (warum nötigt mich der Krankenversicherungsträger zur VU-neu? Will die Krankenversicherungsanstalt meinen Gesundheitszustand (Sündenregister) abfragen, um mich dann vielleicht zu bestrafen oder mir eine andere oder neue Lebensweise aufzudrängen oder aufzuschwatzen? Interessant ist auch, dass z.B. der Einladung zur VU auch deswegen nicht Folge geleistet wird, weil man der Meinung ist, eigentlich gesund zu sein. Zum Doktor geht man als Österreicher erst, wenn man Schmerzen hat. Das Vertrauen zu Ärzten ist eher eingeschränkt, bedingt auch durch Erzählungen von Verwandten und Bekannten.

Allerdings wurde auch in Frage gestellt, ob die Auswirkungen des Callsystems der VU-tatsächlich als marginal einzustufen sind und eine Responserate von 2,68 wirklich so gering ist.

---

84 mit Stand Juli 2008 betragen die Gesamtkosten der VU in Österreich € 71.342.307,00, Quelle: Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Juli 2008

## Zur Frage 2:

Wesentlichen Einfluss hat gewiss der Bildungsstand der Betroffenen. Ist es schon für scheinbar gebildete Menschen mit Pflicht- oder AHS-Schulabschluss schwierig, medizinische Zusammenhänge zu erkennen und auf ihre Lebensumstände umzusetzen, so ist dies unter den angesprochenen Risikogruppen, die noch dazu im Alltag ungemein mehr Existenzprobleme bewältigen müssen, oft unmöglich. Obwohl diese Gruppen ein hohes Erkrankungsrisiko haben, schreiben sie dem Nutzen vorsorgender und gesundheitsfördernder Maßnahmen einen geringen Wert zu.

Vielfach haben diese sozioökonomisch schlechter gestellten Statusgruppen eine Ablehnung gegenüber Behörden. Bekommen sie einen Brief von der GKK und befindet sich darin keine Rechnung od. ähnliches, sondern eine Einladung zur VU-neu, wandert dieser in den Mistkübel.

Allerdings ist zu beachten, dass die Lebenslage von sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen nur bedingt abgebildet werden kann. Benachteiligungen treten gerade bei Migranten nicht nur beim Einkommen, sondern auch bei der Berücksichtigung der Ausbildung (z.B. Universitätsprofessor als Taxilenker etc.) und des Berufsstatus (Ausgrenzungs- und Rassismuserfahrungen z.B. aufgrund der Hautfarbe) auf.

Bei „ungebildeten“ bzw. „ärmeren“ Menschen und auch AusländerInnen ist anzunehmen, dass sie zu wenig Informationen über die Vorteile des kostenlosen Angebotes einer VU haben. Darüber hinaus haben sie oft „gewichtiger“ Sorgen (z.B. Deckung der Grundbedürfnisse etc.) und eine Gesundheitsvorsorge passt sehr oft nicht in deren Kultur.

Wichtig wird es daher sein, den Versicherten dort „abzuholen, wo er steht“. So wie im Gesundheitswesen allgemein muss man dem WHO-Ansatz entsprechend und internationalen Ergebnissen folgend spezielle Programme für benachteiligte Gruppen etablieren.

Markant ist jedenfalls, dass die von einem niedrigen sozioökonomischen Status Betroffenen sich zurückziehen und durch ein Callsystem in schriftlicher Form kaum bis gar nicht angesprochen werden. Abhilfe kann nur eine persönliche Kontaktaufnahme mit Minderheitenvertretern und Information auf persönlicher Ebene schaffen.

### Zur Frage 3:

Die große Herausforderung des öffentlichen Gesundheitssektors und der Krankenkassen besteht darin, Interventionsansätze für eine steigende Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten zu entwickeln und zu erforschen. Diese können in Form von Angeboten an die Zielgruppe oder an die Gesundheitskultur in der jeweiligen Region oder Organisation ansetzen.

Zu unterscheiden ist zwischen

- kulturorientierten Strategien (sind darauf gerichtet präventive und gesundheitsfördernde Verhaltensorientierung in verschiedenen gesellschaftliche Bereichen zu verankern und die Bedeutung von Vorsorgeangeboten vor allem den bildungsferneren Schichten nahe zu bringen)
- zielgruppenorientierten Strategien (bedienen sich verschiedener Informations- und Kommunikationsmaßnahmen, um das Gesundheitswissen, das Gesundheitsverhalten und die Selbstbewertung individueller Krankheitsrisiken und Gesundheitspotentiale zu verbessern) sowie
- angebotsorientierten Strategien (umfassen die professionelle klinische Befragung und Untersuchung und die personengerechte Kommunikation und Bewertung der Ergebnisse sowie die Beratung und Diskussion der möglichen Schritte, die sich für die betreffende Person und ihre Lebenswelt ergeben).

Betont wird die Wichtigkeit, dass der sekundärpräventive Ansatz seine volle Wirkung nur im Rahmen einer bevölkerungsweiten Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik entfalten kann.

Kommunikative Maßnahmen, die sich an Gruppen wenden, sollten mit einer Steigerung der Awareness durch Ausschöpfen weiterer Maßnahmen begleitet werden. Diese könnten z.B. im Bereich einer Medienkampagne besser angesiedelt sein. Aber auch durch gezielte Kommunikation und Kooperation mit Bund, Ländern und Sozialversicherung sollte eine bessere Effektivität und Effizienz im Bereich der VU zu erreichen sein. Dazu bedarf es jedoch einer gemeinsamen Strategie, um über Pilotprojekte in die Breite zu gehen.

Die Einladung zur VU könnte so gestaltet sein, dass sie in Form eines Gutscheines für eine Gratis-Gesundenuntersuchung beim Vertragsarzt ins Auge springt. Eine andere Möglichkeit



wäre eine Art Erinnerungspostkarte. Aber auch eine Verbindung mit einem Belohnungssystem wird als erfolgsversprechend erachtet.

Viele Ärzte haben aber noch immer nicht verstanden, dass es im Bereich der VU zu einer Umstellung von einem relativ beliebigen „Bauchladen“ von Untersuchungen zu einem EBM<sup>85</sup>-abgesicherten Screening-Programm beeinflussbarer Gesundheitsstörungen gekommen ist. Manche wissen auch heute noch nicht Bescheid über die Schwerpunktsetzung der VU-neu. Viele Ärzte hatten und haben das Problem von einer VU mit raschen Ergebnissen auf eine VU-neu mit mehr Gespräch umzustellen. Die Werbung sollte nicht die Versprechung beinhalten: „Machen sie eine VU und sie wissen, ob sie gesund sind!“ sondern eher das Angebot sein: „Machen sie eine VU und ihr Arzt hat wirklich einmal Zeit für ihre Gesundheitsfragen!“

Risikogruppen können nur direkt in ihrem sozioökonomischen Umfeld angesprochen werden. Überlegenswert wäre es daher die VU-neu z.B. in Gratismedien, wie „Der Grazer“ oder „Der Steirer“, welche naturgemäß sehr stark auch von sozioökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen gelesen werden, zu bewerben. Weitere Kommunikationswege könnten z.B. die Bewerbung der VU über das türkische Fernsehen, über Frauencommunities oder Personen, die das oft sehr kostenintensiv hergestellte Informationsmaterial zu den potentiellen Nutzern bringen, darstellen. Damit im Zusammenhang stehend könnten auch NGO's<sup>86</sup> im Gesundheitswesen (Migrantenvereine mit Schwerpunkt auf selbstorganisierte Vereine wie z.B. „pro health“, „SMZ Liebenau“ oder „Frauengesundheitszentrum“) in die Kommunikationsstrategien integriert werden. VU-Programme sollten deshalb in und über verschiedene(n) Organisationen (z.B.: AMS, Verein Zebra, Jugend- und Gesundheitsämter) angeboten und vermittelt werden.

Grundsätzlich sollte im Bereich der sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen vermehrt auf „unscheinbare“ Selbsthilfeorganisationen gesetzt werden. Der Unterschied liegt darin, dass diese nicht in die Sozialverwaltung integriert sind und sie die Zielgruppen und deren Anliegen deshalb nicht nur genauer kennen, sondern auch erreichen.

Aber auch andere vulnerable Gruppen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen (z.B. Männer in mittlerem und beginnendem höheren Alter) müssten gesondert angesprochen

---

<sup>85</sup> EBM= Evidence-Based-Medicine. EBM integriert die bestmöglichen externen Nachweise aus systematischer Forschung, die klinische Expertise aus der individuellen ärztlichen Erfahrung und die Interessen und Bedürfnisse der Patienten

<sup>86</sup> Non-Governmental Organization

werden. Ebenso ältere (Langzeit-)Arbeitslose oder Hacklerpensionisten. Weiters gibt es bekannte regionale Gebiete mit MigrantInnen bzw. sozialökonomisch schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen (in Graz z.B. Grünanger in Liebenau, die Bezirke Gries und Lend), welche speziell bearbeitet werden müssten. „Aufsuchend“ heißt jedenfalls das Zauberwort für die Kommunikation und auch für die Angebote. In Ungarn werden sogenannte „VU-Busse“ eingesetzt. Sie sind dort die Methode der Wahl, weil damit einfach und zweckmäßig alle Minderheiten gescreent werden können.

Wesentlich ist daher die Ausweitung der Kommunikationsmethode des Call-System entweder mittels persönlichen Ansprechens (bei sozioökonomisch schlechter gestellten Gruppen durch DiplomsozialarbeiterInnen bzw. Magister(ra) FHs für Sozialarbeit), oder für die Mittelschicht in Form von Telefongesprächen. Ziel/Risikengruppen sollten nach sozioökonomischen Status und Prävalenzkriterien definiert werden. Die schriftliche Einladung sollte in eine gesamte PR-Strategie eingebettet werden, d.h. dass sie durch andere Kommunikationsstrategien ergänzt werden müsste. Einladungen könnten durchaus ansprechender, z.B. auch unter Einbindung von Selbsthilfegruppen od. diversen Vereinen gestaltet werden.

Informationskampagnen sollten verstärkt über Medien, vor allem via ORF, aber auch über Printmedien durch Aufzeigen des Nutzens der VU-neu (und auch der Inhalte) erfolgen. Spezielle Fälle, in denen durch die VU-neu z.B. Krebs rechtzeitig erkannt wurde, sollten berichtet werden (ev. auch in Form eines Werbespots). Auch im Rahmen von Massenveranstaltungen (z.B. Fußballspiel) könnte über Lautsprecherdurchsagen ein Werbeeffect für die VU-neu erzielt werden.

Angedacht wurde auch das Setzen von kreativen Maßnahmen, die es schaffen, die VU-neu „in“ zu machen (vergleichbar mit einem Junker, den man im November trinken muss, welcher aber subjektiv betrachtet nicht unbedingt gut schmeckt).

Schließlich wurde auch die Ansicht vertreten, bisher gesetzte Strategien weiter zu verfolgen und konstant weiterzuarbeiten unter dem Motto „kein Erfolg stellt sich von heute auf morgen ein“.

Alle vorhin genannten Ratschläge und Anstrengungen sind aber nur dann vielversprechend, wenn die Stakeholder selber davon überzeugt sind, dass die VU als Präventionsmaßnahme Krankheiten verhindert oder deren Ausbruch verzögert.

## **18. Resümee sowie Lösungsansätze zur Steigerung der Teilnehmerrate an der VU-neu**

Die folgenden Lösungsansätze und Strategien sind auf die jetzigen Gegebenheiten (d.h. derzeitige Gesetzeslage etc.) ausgerichtet. Durch etwaige Gesetzesänderungen, z.B. im Rahmen der Prävention, könnten Festlegungen getroffen werden, die Maßnahmen zur Erreichung einer höheren Effizienz, was z.B. die Teilnahme an der VU oder die Qualität der VU betrifft, nach sich ziehen. Derartige theoretische Eventualitäten werden jedoch in dieser Masterarbeit grundsätzlich nicht behandelt.

Meine ursprüngliche Intention war es im Rahmen dieser Masterarbeit eine Fragebogenaktion bei Versicherten der StGKK, welche im Rahmen des Callsystems zur VU eingeladen wurden, durchzuführen.

Dabei sollte unter anderen erforscht werden, weshalb eine Teilnahme an der VU erfolgt bzw. nicht erfolgt. Eine dahingehende Anfrage bei der Datenschutzkommission, Datenabfragen zu genehmigen, wurde mit Bescheid vom 13.6.2008, GZ: K202.063/0002-DSK/2008 grundsätzlich positiv beantwortet. Die Datenschutzkommission stellte dabei fest, dass an einer Befragung zum Zweck der Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung ein öffentliches Interesse im Sinne des § 47 Abs. 2 Z 2 lit.a DSG 2000 bestehe und daher eine Genehmigungspflicht durch die Datenschutzkommission nicht bestehe.

Der im Anhang ersichtliche Fragebogen wurde bereits im Vorfeld durch den Ärztlichen Leiter der StGKK Primarius Dr. Gert Klima gesichtet und für die Aussendung freigegeben. In weiterer Folge wurde der Fragebogen prägetestet. Mit Univ. Prof. Dipl.-Ing. Dr. tech. Andrea Berghold, Institutsvorstand für Medizinische Mathematik, Statistik und Information an der Med. Universität Graz, wurde hinsichtlich statistischer Berechnungen und in Fragen der Repräsentativität im Hinblick auf die Anzahl der durchzuführenden Befragungen Kontakt aufgenommen. Die Analyse der Fragen sollte im Rahmen der SPSS-Meßmethode (die Software SPSS ist ein modular aufgebautes Programmpaket zur statistischen Analyse von Daten) erfolgen. Daraus abgeleitet sollte die Interpretation der Ergebnisse und das Finden von Strategien und Lösungsansätzen für eine Steigerung der Responserate möglich sein.

Leider verweigerte letztendlich die StGKK dem Vorhaben einer Fragebogenaktion die Zustimmung, sodass Lösungsansätze zur Steigerung der Responserate bzw. der allgemeinen Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen in dieser Masterarbeit nur anhand von Literaturrecherchen sowie der Beantwortungen von Interessensvertretern erfolgen.

Die Erhebung von Gründen für die Nichtteilnahme an der VU-neu durch eine Fragebogenaktion könnte für ein z.B. beim Hauptverband od. einem Sozialversicherungsträger angesiedeltes Programmmanagement essentiell sein, um abgestellt auf die Ergebnisse der Auswertung der Fragebogenbeantwortungen Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahmerate an der VU-neu zu treffen. Es wird daher im Anhang ein Fragebogen, der für diesen Einsatz geeignet sein könnte, dargestellt.

Im Folgenden werden noch einmal die Gründe für die Teilnahme sowie Nichtteilnahme an der VU-neu angeführt um daraus ableitend Maßnahmen für eine Steigerung der Inanspruchnahme zu konstruieren:

#### Gründe für eine Teilnahme an der VU sind:

- Weil die Gesundheit wichtig ist
- Aus reiner Vorsorge
- Weil dadurch schwere Krankheiten frühgenug entdeckt werden können
- Weil man die Vorsorge- / Gesundenuntersuchung bisher immer in Anspruch genommen hat
- Weil man auf kleinere Krankheiten aufmerksam werden kann
- Weil die Untersuchung kostenlos ist
- Weil man Beschwerden hat
- Aufgrund ärztlicher Empfehlung
- Weil man eine Untersuchung benötigte, die in der VU enthalten ist
- Weil man Gelegenheit hat, eine Ärztin /einen Arzt zu sprechen
- Weil die Ärztin / der Arzt eine gesündere Lebensweise empfehlen kann
- Weil man eine Einladung von der Sozialversicherung erhalten hat

#### Die Gründe für eine Nichtteilnahme an der VU-neu sind vielfältig:

- Man hat Angst, dass der Arzt eine Krankheit erkennt
- Untersuchungen im Rahmen der VU sind zu schmerzhaft
- Bei der VU wird sicher ein gesundheitlicher Mangel festgestellt, obwohl man sich gesund fühlt
- Die Wartezeit bei der VU ist zu lange
- Die VU findet beim Arzt dann statt, wenn man gerade keine Zeit hat
- Man hat keine Zeit zur VU zu gehen

- Man vergisst den Termin zur VU wahrzunehmen
- Man fühlt sich zu gesund um zur VU zu gehen
- Man hat zu wenig Kenntnis über die VU oder weiß nicht, was dort passiert
- Man hat kein Vertrauen zu dem die VU durchzuführenden Arzt
- Man hat kein Interesse zur VU zu gehen
- Man kann sich die VU nicht leisten
- Es ist zu umständlich mit Auto, Bus, Bahn, Rad od. zu Fuß zu dem die VU durchführenden Arzt zu kommen
- Es wurde in den letzten zwei Jahren eine VU-ähnliche Behandlung durch den Dienstgeber, Bundesheer etc. veranlasst
- Man fühlt sich durch die Einladung zur VU überhaupt nicht angesprochen
- Die „Quatscherei“ über das Rauchen und Übergewicht sowie Alkoholprobleme interessiert nicht wirklich
- Die VU ist erst in höherem Alter sinnvoll
- Die VU ist für die Früherkennung von Erkrankungen zu ungenau
- Eine gesunde Lebensweise macht die VU überflüssig
- Die VU ist sinnlos, da sie an den persönlichen Belastungen nichts ändern kann
- Familien/Freundeskreis nehmen auch nicht an der VU teil
- Man geht generell nicht gerne zum/zur Arzt/Ärztin

Grundsätzlich ist darauf hinzuweisen, dass Verfahren dann wirksam sind, wenn sie

- sich an Patienten oder die Allgemeinbevölkerung als Einzelpersonen oder Nutzer sowie an Ärzte oder andere Leistungsanbieter richten
- den Zugang zu einer Zielpopulation anbahnen (z.B. Einladungsschreiben)
- die Implementation der Krankheitsfrüherkennung in der Versorgungspraxis (z.B. durch Praxismanagement) oder Datenbestände (z.B. eines Einwohnermelderegisters, Arztpraxis) nutzen.

Ein Vergleich der ökonomischen Studien<sup>87</sup> zeigte, dass

1. Einladungen mit schriftlicher Erinnerung die Teilnahme rate gegenüber Einladungen ohne Erinnerung teilweise deutlich mit moderaten inkrementellen Kosten (Kosten, die einer Entscheidung direkt zurechenbar sind) steigern

---

87 DAHTA-Datenband des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 1. Auflage 2006, Köln 2006

2. telefonische Erinnerungen die Teilnahmerate gegenüber schriftlichen Erinnerungen, allerdings unterschiedlich deutlich steigern. Die inkrementellen Kosten steigen moderat bis stark an.

Die Teilnahmerate hängt in jedem Fall stark von Quantität und Qualität der gelieferten Information ab. Deshalb ist eine Informationskampagne, die möglichst alle Untergruppen der Zielpopulation erreicht und ein verständliches Bild über den Zweck und Ablauf des Screening gibt, zu empfehlen. Aber nicht nur mögliche Probanden, sondern auch die VU-durchführenden Ärzte sollten regelmäßig über Inhalt und Umfang der VU-neu informiert und geschult werden.

Folgende Maßnahmen auf Basis der derzeit bestehenden Gesetzeslage sind zur Steigerung der Response bzw. der allgemeinen Teilnahme an der VU-geeignet:

- Die Einladung zur VU könnte z.B. in Form eines Gutscheines für eine Gratis-Gesundenuntersuchung beim Vertragsarzt gestaltet werden. Im Rahmen der Zeckenschutzimpfung böte sich die Möglichkeit die VU anzupreisen, indem die Impfung in Kombination mit der VU kostenlos angeboten wird.
- Empfehlenswert wäre es ärztlicherseits entsprechend den Anleitungen zur VU<sup>88</sup>, Einladungen in Form von Recalls, also an Personen, welche bereits an einer VU teilgenommen haben, vorzunehmen (d.h nicht jedes Jahr aufgrund der gesetzlichen Regelung, sondern dann, wenn die Vorladung entsprechend der im VU-Programm enthaltenen Empfehlungen Sinn macht). Patienten, die zu oft zur VU gehen (arztinduziert und gesetzlich möglich) profitieren kaum von dieser Maßnahme.
- VU-Programme sollten in verschiedenen Organisationen (z.B.: AMS, Verein Zebra, Jugend- und Gesundheitsämter etc.) angeboten und vermittelt werden.
- Die Bewerbung der VU-neu sollte über Gratisprintmedien, Hörfunk und Fernsehen unter Einbeziehung von Prominenten erfolgen, um den Umfang und Inhalt der Bevölkerung, aber auch sozioökonomischen Gruppen sowie MigrantInnen zugänglich zu machen. In diesem Zusammenhang wäre auch eine Informationssendung in fremdsprachigen Fernsehsendungen anzudenken.
- Weiters könnten über Frauencommunities oder Personen, die das oft sehr kostenintensiv hergestellte Info-Material zu den potentiellen Nutzern bringen, Einladungen zur VU erfolgen. Randgruppen mit Hilfe von sogenannten „VU-Bussen“ zu erreichen, wäre gewiss ein interessanter Lösungsansatz.

---

<sup>88</sup> siehe Broschüre Vorsorgeuntersuchung Neu, Erstauflage März 2005, S 8

- Teile des derzeitigen vorhandenen VU-Budgets sollten sinnvoll genutzt werden, um sozial schwächere Personengruppen (wo größerer Benefit zu erwarten ist) aktiv in das Programm einzubinden.
- Vulnerable Gruppen (z.B. Männer in mittlerem und beginnendem höheren Alter), ebenso ältere (Langzeit-)arbeitslose oder Hacklerpensionisten sollten gesondert von den diese Gruppen betreuenden Organisationen angesprochen werden.
- Regionale Gebiete (in Graz z.B. Grünanger in Liebenau, die Bezirke Gries und Lend), welche für das Vorhandensein von Gruppen mit niederschwelligem sozioökonomischem Status bzw. MigrantInnen bekannt sind, sollten von engagierten Personal zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen empowert werden.
- Die Kommunikationsmethode Call-System sollte in der Form ausgeweitet werden, dass sozioökonomisch schlechter gestellte Gruppen z.B. durch DiplomsozialarbeiterInnen bzw. Mag.'a FHs für Sozialarbeit persönlich, die Mittelschicht in Form von Telefongesprächen, angesprochen werden.
- Ziel/Risikogruppen sollten nach sozioökonomischem Status und Prävalenzkriterien definiert werden. Die schriftliche Einladung sollte in eine gesamte Public Relations-Strategie eingebettet und durch andere Kommunikationsstrategien ergänzt werden.
- Auch im Rahmen von Massenveranstaltungen (z.B. Fußballspiele) könnte über Lautsprecherdurchsagen ein Werbeeffekt für die VU-neu erzielt werden.
- Werbemaßnahmen sollten auf bundesweiter Ebene in Zusammenarbeit mit öffentlichen Trägern im Gesundheitswesen (Hauptverband, Ärztekammer, Bundesministerium, Landesregierung, Stadt, Gemeinde, AMS, Gesundheitsämter, Selbsthilfeorganisation, Religionsgemeinschaften, etc.) getroffen werden. Unabdingbar damit im Zusammenhang steht eine über einen längeren Zeitraum andauernde gemeinsame Strategie, um über Pilotprojekte eine Breitenwirkung zu erzielen. Auch die Zusammenarbeit mit Unternehmen oder Betriebsräten von Firmen wäre überlegenswert. In Wien z.B. gibt es z.B. Sonderverträge für die Vornahme von Vorsorgeuntersuchungen in Betrieben. Vielversprechend könnten solchen Maßnahmen auch unter dem Aspekt sein, dass Dienstnehmer für die Zeit der Teilnahme an der VU frei gestellt werden.
- In Kooperation mit den ÄrztInnen könnte z.B. im Rahmen von Informationsveranstaltungen in Bezirken, Imagepflege für die VU-neu betrieben werden.
- Männer werden im Rahmen der Einberufung zum Bundesheer untersucht. Da gibt es eine Basis/Grundinfo über den familiären Hintergrund (für Prävention bei speziellen Krankheiten wichtig). Bei den Frauen fehlt eine solche Basisuntersuchung. Deshalb

sollte die Möglichkeit verankert werden diese Bevölkerungsgruppe ca. um das 20. Lebensjahr ebenfalls einer solchen Untersuchung zu unterziehen, um entsprechende Grundinformationen über den Gesundheitszustand einholen zu können.

- In der Folge ist eine gesetzliche Reduktion der Vorsorgeuntersuchungen auf ein notwendiges Maß in Anpassung an die in der Broschüre VU Neu enthaltene Lebensstafel<sup>89</sup> wie im Folgenden dargestellt anzudenken:
  - < 40 Jahre → alle 3 Jahre
  - ≥ 40 Jahre → alle 2 Jahre

Schließlich wäre auch die vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger angedachte im Bereich eines Programmmanagements durchzuführende Bündelung der Steuerung aller Maßnahmen rund um die VU-neu anzuregen.

Aufgabe dieses Programmmanagements sollte es künftig sein, die

- gesamthafte Koordination aller Aktivitäten der Krankenversicherungsträger im Bereich VU Neu
- Zieldefinition
- Medizinische Festlegungen
- Verwaltung und Einsatz des VU Marketingbudgets
- Erteilung von Aufträgen für die Durchführung von möglichen Einladekampagnen an das VU Call/Recall System
- Öffentlichkeitsarbeit im Bereich der VU
- Vereinbarung von Kooperationen mit der Österreichischen Ärztekammer
- Beratung des Hauptverbandes in der Verhandlungsführung mit der Österreichischen Ärztekammer
- Beauftragung und Abnahme der Evaluierungsergebnisse

österreichweit zu übernehmen.

Das gut aufbereitete Wissen über die VU-neu sollte vermehrt in die Praxis umgesetzt werden (von der Praxis bis zu effektiven Public Health-Interventionen). In diesem Zusammenhang ist der Bevölkerung noch mehr als bisher das Ausmaß und der Inhalt der VU-neu verständlich zu machen. Noch gibt es Ärzte, welche es scheinbar noch immer nicht verstanden haben,

---

<sup>89</sup> VU Neu, 2005, Broschüre, hrsg. vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger, Erstauflage, S 8



dass es im Bereich der VU zu einer Umstellung von einem relativ beliebigen „Bauchladen“ von Untersuchungen zu einem EBM-abgesicherten Screening-Programm beeinflussbarer Gesundheitsstörungen gekommen ist. Vereinzelt bieten Ärzte zum VU-neu-Behandlungspaket zusätzliche Gratis-Untersuchungen (EKG etc.) an und lassen Versicherte damit im Glauben, es gäbe eine erweiterte „bessere“ VU-neu.

Damit Informationen über den wahren Inhalt der VU-neu und den Public Health Impact österreichweit verbreitet werden, bedarf es jedenfalls zusätzlich zu den bereits oben genannten Maßnahmen zur Steigerung der Teilnahme an der VU-neu einer kollaborativen Partnerschaft zwischen Versicherten, Leistungserbringern, Interessensvereinigungen (Selbsthilfevereine, Migrantenvertretungen etc.) und politischen Entscheidungsträgern.

Ich gehe davon aus, dass die Zahl von Personen mit Zivilisationserkrankungen ansteigen wird, wenn die Präventionsmaßnahmen und -strategien nicht entsprechend umgesetzt werden. Die Umsetzung dieser Maßnahmen kann aber auch nur dann erfolgreich sein, wenn sozioökonomische und regionale Unterschiede angemessen berücksichtigt werden.

In den letzten Jahren hat sich im Bezug auf die VU-neu vieles positiv verändert. Nichtsdestotrotz hat sich die VU-neu zu einer Public Health-Priorität entwickelt, zumal das Ziel vermehrt Menschen, vor allem Ziel/Risikogruppen, zur Teilnahme zu bewegen, noch nicht zur Gänze erreicht wurde.

Gerade deswegen sollte zukünftig die Prävention, im speziellen die VU-neu, zu den favorisiert behandelnden Schwerpunktthemen innerhalb des Gesundheitssystems in Österreich zählen.

Positiv betrachtet könnte als richtiger Schritt in diese Richtung bereits die im Regierungsprogramm für die XXIV Gesetzgebungsperiode<sup>90</sup> unter dem Schwerpunkt Gesundheit als Gesundheits- und Präventionsthema verankerte Festlegung einer „zielgruppenorientierten Schwerpunktsetzung zur Inanspruchnahme der Gesundheitsvorsorgeuntersuchung“, angesehen werden. Bleibt zu hoffen, dass damit eine weitere Public Health Perspektive Erfüllung findet.

---

90 [www.spoe.at/bilder/d268/Regierungsprogramm.pdf](http://www.spoe.at/bilder/d268/Regierungsprogramm.pdf), Zugriff 03/Dezember/2008

## 19.Literaturverzeichnis

Bundesamt für Gesundheit (BAG), „Migration und Gesundheit, Kurzfassung der Bundesstrategie Phase II (2008–2013)“, Bern, Jänner 2008

Hofmarcher M., Rack H., 2006, Gesundheitssysteme im Wandel, Weltgesundheitsorganisation im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, MVW Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG

Five-year findings of the hypertension detection and follow-up program. I. Reduction in mortality of persons with high blood pressure, including mild hypertension. Hypertension Detection and Follow-up Program Cooperative Group. JAMA 1979; 242(23):2562-2571

Gesundheitsbericht Oberösterreich 2005, Institut für Gesundheitsplanung, hrsg. vom Institut für Gesundheitsplanung, 2006

Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 S163–S168, Georg Thieme Verlag Stuttgart/ New York

Gordis L., 2001, Epidemiologie, Deutsche Erstausgabe, Kilian Verlag

Gray J., NSC Programme Director, Institute of Health Sciences, Oxford, Dimensions and definitions of screening, Milton Keynes: NHS

Kickbusch I., 2006, Die Gesundheitsgesellschaft, Megatrends der Gesundheit und deren Konsequenzen für Politik und Gesellschaft, D-97956 Werbach-Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung

Laara E, Day N., Hakama M., Trends in mortality from cervical cancer in the Nordic Countries: association with organised screening programmes, Lancet 1987; 1(8544):1247-1249

Langmann H., Tropper K., Reichenpfader U., TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der VU Neu 2007, Bericht der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, Bericht vom Juni 2008

Klimont J., Kytir J., Leitner B., Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, i.A. Statistik Austria, Wien 2007

LIVE, Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger, 2003

Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007, Hauptergebnisse und methodische Dokumentation, Statistik Austria, i.A des Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Pochobradská E., Habl C., Schleicher B. unter Mitarbeit von Hlava A., Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen, Wien Oktober 2002

Rathmanner T., Meidlinger B., Baritsch C. et al., 2006, Erster österreichischer Adipositasbericht, hrsg. vom Verein Altern mit Zukunft, 2006

Reif M., 2007, Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen, Institut für Gesundheitsplanung, Landesverlag-Denkmayr

Schwartz F. W., 2003, Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen, 2. Auflage 2003, Urban und Fischer Verlag

Sigrudsson K. Effect of organized screening on the risk of cervical cancer. Evaluation of screening activity in Iceland, 1964-1991. Int J Cancer 1993; 54(4):563-570

Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bericht des ÖBIG, im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien, Oktober 2002

VU Neu, März 2005, Erstauflage, hrsg. vom Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger

Walter U. et. al., 2006, Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsprogrammen, 1. Auflage 2006, hrsg. vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

Walter W., Stewart S., Masseria C., Policy Brief, Screening in Europe, European Observatory on Health System and Policies

## **20. Anhang**

### **20.1 Gesetzliche Grundlagen**

#### **§ 132b ASVG:**

(1) Die Versicherten haben für sich und ihre Angehörigen (§ 123) Anspruch auf jährlich eine Vorsorge(Gesunden)untersuchung.

(2) Der Hauptverband hat die Durchführung dieser Vorsorge(Gesunden)untersuchungen durch Richtlinien zu regeln; in diesen Richtlinien sind unter Berücksichtigung des Fortschrittes der medizinischen Wissenschaft sowie der vom Bundesministerium für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz jeweils als besonders vordringlich erklärten Maßnahmen zur Erhaltung der Volksgesundheit die Untersuchungsziele und der Kreis der für die Untersuchung in Betracht kommenden Personen festzulegen. Bei der Festlegung der Untersuchungsziele ist darauf Bedacht zu nehmen, dass die Vorsorge(Gesunden)untersuchungen insbesondere der Früherkennung von Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen, zu dienen haben. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf das Untersuchungsziel insbesondere Vertragsärzte, Einrichtungen der Vertragsärzte und sonstiger Vertragspartner, Vertrags-Gruppenpraxen sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Die Träger der Krankenversicherung können überdies dafür Vorsorge treffen, dass Vorsorge(Gesunden)untersuchungen im Einvernehmen mit dem in Betracht kommenden Dienstgeber (Träger der Ausbildungsstätte) und dem in Betracht kommenden Organ der Betriebsvertretung auch in den Arbeits- oder Ausbildungsstätten der Versicherten durchgeführt werden können.

(3) Aufgehoben.

(4) § 132a Abs. 6 gilt mit der Maßgabe, dass die Ergebnisse der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz sowie dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales bekanntzugeben sind.

(5) Die im Zusammenhang mit den Vorsorge(Gesunden)untersuchungen entstehenden Fahrtkosten sind nach Maßgabe der Bestimmungen des § 135 Abs. 4 zu ersetzen.

(6) Die Träger der Krankenversicherung haben auch für Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung nach diesem oder einem anderen Bundesgesetz ein Anspruch auf diese Leistung besteht,

Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzunehmen. Der Bund hat den tatsächlich entstandenen nachgewiesenen Aufwand der Träger der Krankenversicherung an derartigen Untersuchungskosten zu ersetzen und dem Hauptverband zu überweisen. Wenn dies der Verwaltungsvereinfachung dient, kann der Ersatz des Bundes durch einen Pauschbetrag abgegolten werden, der vom Bundesminister für Arbeit und Soziales im Einvernehmen mit dem Bundesminister für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz unter Bedachtnahme auf die Zahl der von den einzelnen Trägern der Krankenversicherung vorzunehmenden Untersuchungen und die durchschnittlichen Kosten der Untersuchungen festzusetzen ist. Der Hauptverband hat diesen Betrag auf die von dem genannten Personenkreis in Anspruch genommenen Träger der Krankenversicherung im Verhältnis der Inanspruchnahme durch diesen Personenkreis aufzuteilen. Im übrigen sind auf diese Vorsorge(Gesunden)untersuchungen die Bestimmungen der Abs. 2 bis 4 entsprechend mit der Maßgabe anzuwenden, dass die Personen, für die nicht bereits auf Grund einer Pflicht- oder freiwilligen Versicherung ein Anspruch auf diese Leistung besteht, gegenüber den untersuchenden Stellen bei der Durchführung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen den Versicherten bzw. ihren Angehörigen (§ 123) gleichgestellt sind.

## **Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen - RVU**

### **Geltungsbereich**

§ 1. Diese Richtlinien gelten für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen.

### **Sprachliche Gleichbehandlung**

§ 2. Soweit im Folgenden personenbezogene Bezeichnungen nur in männlicher Form angeführt sind, beziehen sie sich auf Frauen und Männer in gleicher Weise.

### **Personenkreis**

§ 3. Die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen gemäß §§ 132b ASVG, 61a B-KUVG, 89 GSVG und 82 BSVG kommt für Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr (im Folgenden „Probanden“ genannt) in Betracht. Anspruch auf Mammographie (§ 6 Abs. 1 lit. c) besteht für Frauen ab dem 40. Lebensjahr alle zwei Jahre, Anspruch auf Koloskopie (§ 6 Abs. 1 lit. d) besteht für Probanden ab dem 50. Lebensjahr alle zehn Jahre.

## **Zuständigkeit**

§ 4.(1) Die Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen bzw. die Kostenübernahme obliegt für Versicherte und deren mitversicherte Angehörige dem zuständigen Krankenversicherungsträger.

(2) Für Personen, die ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Inland haben und für die nicht bereits aufgrund einer Pflichtversicherung oder einer freiwilligen Versicherung ein Leistungsanspruch besteht (Nichtversicherte), ist die örtlich in Betracht kommende Gebietskrankenkasse zuständig.

## **Untersuchungsziele**

§ 5. Die Vorsorgeuntersuchungen dienen der Verhütung und Erkennung folgender Krankheiten im Frühstadium bzw. dem Aufzeigen folgender Gesundheitsrisiken:

- a) Arteriosklerose, Herz-Kreislaufkrankungen, erhöhter Blutdruck
- b) Bestimmte Karzinome (insbesondere Darmkarzinom, Cervix-Karzinom, Mamma-Karzinom, Haut-Karzinom, Prostatakarzinom und ausgewählte familiär gehäuft auftretende Karzinome)
- c) Diabetes mellitus, Alkoholmißbrauch, Rauchen, Arzneimittelmißbrauch, Adipositas, gesundheitsrelevanter Bewegungsmangel, Paradontitis
- d) Bestimmte Hör- und Sehstörungen (Glaukom, Altersfehsichtigkeit und Altersschwerhörigkeit)

## **Untersuchungsprogramme**

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

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

(2) Bestehende vertragliche Regelungen hinsichtlich eines gynäkologischen Programms für weibliche Probanden bleiben im vollen Umfang (bisherige Leistungserbringer, bisheriger

Leistungsumfang) aufrecht, bis sie durch eine Österreichweite Regelung oder andere Länderregelungen ersetzt werden.

(3) Die Untersuchungsstelle (§ 7) hat die Anamnese zu erheben und die Probanden gemäß dem jeweiligen Untersuchungsprogramm zu untersuchen. Die Anamnese ist nach dem jeweiligen Stand der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft durchzuführen.

(4) Nach Erhebung der Anamnese und nach Auswertung aller durchgeführten Untersuchungen ist mit dem Probanden ein ausführliches Abschlussgespräch zu führen, für das grundsätzlich 15 Minuten vorzusehen sind. Der Proband ist hierbei in verständlicher Form ausführlich über den erfassten Gesundheitszustand, über bestehende oder mögliche Risikofaktoren (z.B. riskante Lebens- und Ernährungsgewohnheiten) zu informieren und über die erforderlichen Maßnahmen zur Behandlung aufzuklären. Eventuell notwendige weitergehende Untersuchungen sind ihm vorzuschlagen und zu erklären.

(5) Die Untersuchungsstelle die den PAP-Abstrich durchführt, hat eine zytologische Untersuchung zu veranlassen. Die Probandin ist gemäß § 9 Abs. 7 und 8 über das Ergebnis zu informieren.

(6) Unter Beibehaltung der im § 5 festgelegten Untersuchungsziele können, wenn es sich für diese Ziele als notwendig erweist, zusätzlich besondere Untersuchungsprogramme zur Prüfung ihrer Eignung für eine Übernahme in das Untersuchungsprogramm nach Abs. 1 zeitlich begrenzt eingesetzt werden. Für solche Untersuchungsprogramme sind von den Krankenversicherungsträgern im Einvernehmen mit dem Hauptverband die Untersuchungsmethoden und der Zeitraum der Durchführung, gegebenenfalls auch die örtliche Verteilung der hierfür in Betracht kommenden Untersuchungsstellen festzulegen.

### **Inanspruchnahme**

§ 7. Für die Durchführung der Untersuchungen kommen unter Bedachtnahme auf die Vorsorgeziele insbesondere Vertragsärzte, Vertragseinrichtungen und sonstige Vertragspartner sowie eigene Einrichtungen in Betracht. Das allgemeine Untersuchungsprogramm kann von Ärzten für Allgemeinmedizin, von Fachärzten für Innere Medizin und Fachärzten für Lungenheilkunde durchgeführt werden. PAP-Abstriche können sowohl von Ärzten für Allgemeinmedizin als auch von Fachärzten für Gynäkologie durchgeführt werden. Die ab dem 40. Lebensjahr in Abständen von zwei Jahren mögliche Mammographie kann nur von einem Facharzt für Radiologie durchgeführt werden. Koloskopien können von Fachärzten für Innere Medizin oder Fachärzten für Chirurgie durchgeführt werden.

§ 8. (1) Für das allgemeine Untersuchungsprogramm können sich die Probanden direkt bei der von ihnen gewünschten und nach § 7 in Betracht kommenden Untersuchungsstelle zur VU anmelden.

(2) Die Probanden haben bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur als Nachweis der Anspruchsberechtigung einen Krankenschein (Krankenkassenscheck, Behandlungsschein, Arzthilfeschein, Patientenschein) vorzulegen. Nichtversicherte (§ 4 Abs. 2) haben zu diesem Zweck bei der örtlich in Betracht kommenden Gebietskrankenkasse einen eigens für die Inanspruchnahme der VU auszustellenden Krankenschein (Krankenkassenscheck) anzufordern. Bis zur Einführung der e-card-Infrastruktur hat der Proband auf dem Befundblatt durch Unterschrift zu bestätigen, dass er innerhalb der letzten zwölf Kalendermonate vor dem Untersuchungstermin keine VU in Anspruch genommen hat.

(3) Ab Einführung der e-card-Infrastruktur gilt die e-card, verbunden mit einer positiven Online-Abfrage der Anspruchsberechtigung als Anspruchsnachweis. Die Untersuchungsstelle hat die Anspruchsberechtigung vor Durchführung der Untersuchung online zu überprüfen. Probanden, die Untersuchungsstellen, die nicht mit der e-card-Infrastruktur ausgestattet sind in Anspruch nehmen, müssen sich beim zuständigen Sozialversicherungsträger einen Anspruchsnachweis ausstellen lassen. Entsprechendes gilt generell für Nichtversicherte.

### **Organisation**

§ 9. (1) Die Untersuchungsstellen haben für die VU eigene Ordinationszeiten, getrennt von den der kurativen Behandlung dienenden Ordinationszeiten, festzulegen.

(2) Das allgemeine Untersuchungsprogramm der VU ist mit der Durchführung und Dokumentation des Untersuchungsprogrammes abgeschlossen. Liegt ein Verdacht auf eine Erkrankung vor und kann die erforderliche Behandlung nicht von demselben Vertragsarzt (Vertragseinrichtung, eigene Einrichtung) durchgeführt werden, ist dem Probanden zu empfehlen, sich anderweitig in ärztliche Behandlung zu begeben.

(3) Vom Probanden auszufüllende Bögen sind: der Anamnesebogen (Anlage 2) und der Alkoholfragebogen (Anlage 3).

(4) Die Ergebnisse des allgemeinen Untersuchungsprogrammes sind von den Untersuchungsstellen mittels des vollständig ausgefüllten Befundblattes (Anlage 4) zu dokumentieren. Dieses wird dem jeweiligen Träger übermittelt.



(5) Ab Einführung der e-card-Infrastruktur ist das allgemeine Untersuchungsprogramm von der Untersuchungsstelle verpflichtend elektronisch abzuwickeln. Das Befundblatt ist elektronisch auszufüllen und an den jeweiligen Krankenversicherungsträger zu senden. Für Untersuchungsstellen ohne e-card Ausstattung gilt bezüglich der elektronischen Übermittlung, dass eine solche durch einen Dienstleister erfolgen kann. Dies gilt sinngemäß auch für Abs. 7-11.

(6) Dem Probanden ist ein Arztbrief oder die Kopie, bzw. ein Ausdruck des Befundblattes auszuhändigen.

(7) Falls die Untersuchungsstelle, die das allgemeine Untersuchungsprogramm durchführt auch die Abstrichnahme für den PAP-Befund selbst durchführt, ist sie außerdem verpflichtet, das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ (Anlage 5) vollständig auszufüllen. Die Ergebnisse des PAP-Abstrichs sind in diesem Fall auch im Abschlussgespräch zu berücksichtigen und die Untersuchungsstelle ist verpflichtet, die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

(8) Der Gynäkologe, der die VU-Leistung PAP-Abstrich auf Zuweisung aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm durchführt, ist verpflichtet das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ (Anlage 5) vollständig auszufüllen und die Probandin über das Ergebnis der zytologischen Untersuchung zu informieren.

(9) Der Radiologe, der die VU-Leistung Mammographie auf Zuweisung aus dem allgemeinen Untersuchungsprogramm durchführt, ist verpflichtet das Dokumentationsblatt „Mammographie“ (Anlage 6) vollständig auszufüllen und die Probandin sowie den zuweisenden Arzt über das Ergebnis der radiologischen Untersuchung zu informieren.

(10) Wird im Rahmen des gynäkologischen Programms zur Mammographie überwiesen, so ist die Untersuchungsstelle verpflichtet, das Dokumentationsblatt "Mammographie" auszufüllen.

(11) Die Untersuchungsstelle soll das Dokumentationsblatt „PAP-Abstrich“ auch dann verwenden, wenn der PAP-Abstrich im Rahmen des gynäkologischen Programms erfolgt.

(12) Die Krankenversicherungsträger (gemeinsamen Abrechnungsstellen) haben an Hand der übermittelten Unterlagen die Honorierung durchzuführen.

### **Einladungssystem (Call/Recall)**

§10. Zur Erhöhung der Inanspruchnahme der VU wird ein zielgruppenspezifisches Einladungs- und Wiedereinladungssystem entwickelt. Die Intervalle für das Wiedereinladungssystem werden wie folgt gestaltet:

Personen unter vierzig Jahren werden alle drei Jahre und Personen über vierzig Jahre alle zwei Jahre eingeladen.

### **Ersatzleistungen des Bundes für nichtversicherte Probanden**

§11. Wurden Vorsorgeuntersuchungen an nichtversicherten Probanden (§ 4 Abs. 2) durchgeführt, so ist, sofern keine Einzelerfassung möglich ist, der hierdurch entstandene Aufwand für jedes Geschäftsjahr im Verhältnis der Fallzahlen der einzelnen Untersuchungen (allgemeines Untersuchungsprogramm und gynäkologisches Untersuchungsprogramm) für diesen Personenkreis zu den Fallzahlen aller Probanden in dem betreffenden Jahr zu ermitteln. Der zur Geltendmachung der Ersatzleistung des Bundesministeriums für Gesundheit und Frauen zu ermittelnde Betrag ist jener Teil der von den Versicherungsträgern gemäß den Weisungen des Bundesministeriums für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz für die Rechnungslegung und Rechnungsführung ausgewiesenen Gesamtaufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen, welcher sich nach der gemäß dem ersten Satz ermittelten Verhältniszahl ergibt.

### **Auswertung**

§12.(1) Die Krankenversicherungsträger (bzw. die gemeinsamen Abrechnungsstellen) haben die Vorsorgeuntersuchungen gemäß Abs. 2 auszuwerten und einmal jährlich dem Hauptverband zur Verfügung zu stellen. Der Hauptverband hat die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchungen zusammenzufassen und dem Bundesministerium für Gesundheit und Frauen sowie dem Bundesministerium für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz einen Bericht über die Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen vorzulegen. Dieser Bericht hat insbesondere zu beinhalten:

1. die zahlenmäßige Entwicklung der Vorsorge(Gesunden)untersuchungen gemäß Abs. 2 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.
- (2) Die Auswertung ist in Form einer Standardstatistik durchzuführen. Die Standardstatistik ist einmal jährlich mit den Daten des dem Ausgabejahr unmittelbar vorangegangenen Kalenderjahres zu erstellen. Sie ist wie folgt aufzugliedern:

1. Untersuchungen insgesamt, getrennt nach Untersuchungsprogrammen (allgemeines Untersuchungsprogramm und gynäkologisches Untersuchungsprogramm),
2. Untersuchungen, gegliedert nach dem Geschlecht der Untersuchten (gilt für das allgemeine Untersuchungsprogramm),
3. Untersuchungen, gegliedert nach Untersuchungsstellen (§ 7),
4. Untersuchungen, gegliedert nach Altersgruppen der Untersuchten,
5. Untersuchungen, gegliedert nach Bundesländern (nur bei der Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft und Sozialversicherungsanstalt der Bauern).

#### **Inkrafttreten**

§ 13. Diese Richtlinie tritt mit 1. Juli 2005 in Kraft. Die bis dahin in Geltung stehende Richtlinie tritt mit Ablauf des 30. Juni 2005 außer Kraft.

#### **Verlautbarung**

§ 14. Diese Richtlinie und ihre Abänderungen werden auf der Homepage des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at) veröffentlicht.

Die Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen wurden von der Trägerkonferenz des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger am 14. April 2005 beschlossen. Die Bundesministerin für soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz hat ihr gesetzmäßiges Zustandekommen am 25. Mai 2005, GZ: BMSG-21410/0015-II/A/3/2005, beurkundet.

Die Anlagen zu den Richtlinien finden sich ebenfalls unter [www.avsv.at](http://www.avsv.at).

## 20.2 Befragung von Interessensvertretern

Welche Gründe gibt es aus Ihrer Sicht, dass das VU-Callsystem (Einladesystem zur VU) kaum bis geringe Auswirkungen auf die Inanspruchnahme der VU-neu durch die eingeladene Ziel/Risikogruppe hat?

Welchen Einfluss hat der sozioökonomische Status der Ziel/Risikogruppe auf die Nichtinanspruchnahme der VU-neu?

Welche Lösungsansätze und Strategien glauben Sie können zu einer Steigerung der Responserate führen?

**Die Frage 1 beantworteten die Interviewten wie folgt:**

**Dr. M. Wendler:**

Die langjährige Erfahrung als Arzt zeigt, dass die Anspruchnahme aus eigenem Antrieb (und bei einem Recall-System ist es die freiwillige Entscheidung für ein Angebot, dass an mich herangetragen wird) meist bei den Menschen klappt, die sowieso sich bereits Gedanken über ihren Gesundheitszustand machen und bestrebt sind dafür zu lernen. Manchmal ist es auch Angst oder Sorge aus einem konkreten Anlass (Verwandter oder Freund gestorben), manchmal der Eintritt in einen neuen Lebensabschnitt (z.B. Pension). Diese motivierten Menschen kommen auch nach einiger Zeit wieder, um dies neuerlich zu überprüfen.

Die anderen Patienten kommen nur bei direktem persönlichem Ansprechen. Das geschieht bei mir z.B. bei vielschichtigen gesundheitlichen Problemen oder drohenden Verschlechterungen der Gesundheit. Aber auch meiner Ordinationshilfe gelingt dies, da diese zu vielen Patienten eine emotionale Kommunikationsbasis hat.

Menschen aus den oben genannten besonderen Risikogruppen lassen sich vereinzelt persönlich motivieren, oft mit der Begründung, dass man als Arzt bei den unregelmäßigen Kontakten einmal einen Basis-Status erheben möchte. Aber aus diesen Vorsorgeuntersuchungen dann eine Lebensstiländerung abzuleiten gelingt durch die sozio-psychologischen Umstände dann nie.

Ein Recall-System ist außerdem bei der Flut von Angeboten, mit denen die überreizten Menschen täglich überflutet werden, nur eine Aufforderung mehr (zu kaufen, zu erleben, zu genießen etc.). Im Kommunikations- und Werbesturm geht das dann unter.

#### **Univ. Prof. H. Noack:**

Das Angebot „Vorsorge Neu“ wird deswegen selten angenommen, weil das Bedürfnis (z.B. die Krankheitsbedrohung) und die Nutzenerwartung (z.B. Risikominderung, Gesundheitsgewinn) wenig ausgeprägt und die Kosten (z.B. Zeitaufwand) entsprechend hoch sind. Diese drei Faktoren werden in hohem Maße durch die vorherrschende Gesundheitskultur geprägt, in der der Wert von vorsorgendem (präventivem) und gesundheitsförderndem Handeln stark vom sozialen Status abhängt. Hinzu kommt, dass eine positive Bewertung in der Regel mit einem höheren Wissensstand über die Qualität und den Nutzen gesundheitsfördernden und präventiven Handelns verbunden ist

#### **MPH C. Pammer:**

Das Callsystem bewirkt deshalb so wenig, weil

- a) die Zielgruppen zu unspezifisch definiert sind. Aus der sehr erfolgreichen HIV-Prävention weiß die community, dass die Botschaften einer Kampagne dann die Zielgruppe erreichen, wenn ihre speziellen Kommunikationswege berücksichtigt werden. Durch die mangelnde Spezifität mangelt in weiterer Folge auch die inhaltliche Kommunikationsqualität insgesamt. Man stelle sich vor, der Medienkonsum, das Freizeitverhalten, die Berufstätigkeit (aber das betriebliche Setting ist für diese Vorhaben auch mit Vorsicht zu genießen)... all das würde in ein kluges Design für zielgruppenspezifische Kommunikation durch (die Methode) Callsysteme einfließen und geplant werden. Ich arbeite bspw. mit Thomas Hutsteiner vom Institut xsample (psychologische Marktforschung, viele Projekte in der Prävention, Suchtbericht) etc. zusammen und habe da ein bisschen einen Einblick in Methoden und Machbarkeit. Es ist machbar, es kostet nicht sehr viel, das durchdachter anzugehen.
- b) die Möglichkeiten von Callsystemen, also der Kommunikationsmethode nicht oder nicht zur Gänze ausgeschöpft werden. Damit meine ich, dass Call/Recall in seiner jetzigen Form evtl. nicht genug ist.
- c) kommunikative Maßnahmen, die sich an Gruppen wenden, mit einer Steigerung der Awareness durch Ausschöpfen weiterer Maßnahmen begleitet werden sollten. Meines Wissens konnte die Inanspruchnahme der VU in Vorarlberg kurz- oder

mittelfristig auf insgesamt 22 % der Bevölkerung (immerhin das Doppelte von hierzulande) gesteigert werden, z.B. durch eine moderne Medienkampagne. Ich bin kein PR-Experte, aber ich weiß, dass es hier sehr viele Erfahrungen auf dem Markt gibt, die man sich holen sollte, damit man Effektivität erzielt. Ich denke, im Ländle hat sicher auch eine Rolle gespielt, dass die Praktiker mit der GKK an einem (kommunikativen) Strang gezogen haben. Das liegt an den Capacities dort und dem „Sozialkapital“ oder der sog. „readyness“ dort. Hierzulande würde man den Ärzten/innen, wahrscheinlich ohne garantiert Effekte zu erzielen, vorab viel zahlen müssen, damit sie sich beim Mittun steuern lassen. Vielleicht könnten Ärzten/innen über selektive Anreizsysteme miteinbezogen werden, vor allem in Hinblick auf die Fragen 2 und 3.

**Dr. M. Millauer:**

Die gewählte Form der Einladung scheint nicht ausreichend Klarheit für den Patienten darüber zu schaffen, dass es sich hierbei um empfehlenswerte Gratisuntersuchungen handelt.

Diese Einladung sollte so gestaltet sein, dass sie in Form eines Gutscheines für eine Gratis-Gesundenuntersuchung beim Vertragsarzt ins Auge springt mit dem möglichen Übertitel „Persönlicher Gutschein“. Eine andere Möglichkeit wäre eine Art Erinnerungspostkarte, wie jene beim jährlichen Pickerlcheck, der von Kfz-Werkstätten versendet wird oder aber vom Reifenhändler der um eine Terminabsprache bezüglich eines Winterfit-Checks für Ihr Auto vorstellig wird.

**Univ. Dr. G. Pruckner:**

Es ist klar, dass wenn man mit dem Call jene anspricht, die schon vorher das System nicht in Anspruch genommen haben, nicht erwartet werden kann, dass es hohe Responses gibt. Es gibt Menschen, die nicht zum Arzt gehen wollen – aus welchem Grund auch immer. Außerdem funktionieren für bestimmte Personengruppen die schriftlichen Einladungen nicht. Übrigens decken sich die niedrigen Responses in der Steiermark auch mit unseren Erfahrungen in Oberösterreich.

## **GR. Mag. K. C. Kvas:**

Das VU-Programm ist nicht umfangreich genug. Menschen, die zur VU kommen wollen „Alles“. Das Call/Recall System der Sozialversicherungsträger verursacht bei den Patienten großes Misstrauen. Warum „nötigt mich der Krankenversicherungsträger zur VU-neu? Will die Krankenversicherungsanstalt meinen Gesundheitszustand (Sündenregister) abfragen, um mich dann vielleicht zu „bestrafen“ oder mir eine andere oder neue Lebensweise aufzudrängen oder „aufzuschwatzen“?!

Viele Menschen gehen nur fakultativ zur VU und lassen sich nicht „zwangsverpflichten“. Viele Patienten gehen erst dann zum Arzt, wenn sie ein Leiden haben oder Schmerzen verspüren. Einige Patienten haben aber auch vor der „Wirklichkeit“ Angst, dass bei der VU Krankheiten ans Tageslicht treten könnten. Patienten, die nur ein geringes Einkommen haben, können sich viele Medikamente nicht leisten (Selbstbehalt) und leisten sich deshalb auch keine VU. Für die arbeitende Bevölkerung ist es oftmals sehr schwierig vom Dienstgeber für die Arztbesuche wie z.B. für die VU dienstfrei zu bekommen und nur wenige Personen sind bereit ihre karge Freizeit zu opfern.

Darüber hinaus bieten private Krankenversicherer eine Art „Wellness-Wochenend-VU“ an. Damit ist die VU-neu zum Event verkommen. Dabei ist für den Patienten nur der Hotelaufenthalt und nicht die VU wichtig. Die VU ist nur ein lästiger Nebeneffekt, den man möglichst schnell über sich ergehen lässt. Nur sehr selten werden die bei einer Wellness-Wochenend-VU auf dem Befundblatt empfohlenen weiteren Untersuchungen wie z.B. Augenuntersuchungen, gynäkologische Untersuchungen, Mammographien oder Coloskopien tatsächlich nachträglich gemacht.

Die Alkohol- und Nikotinfagen empören viele Patienten und werden von vielen überhaupt abgelehnt oder nur fragmentarisch oder nicht ehrlich beantwortet.

Solange Patienten ohne Einschränkung - so oft sie Lust, Liebe und Laune haben - zum Facharzt gehen dürfen, und dabei das komplette apparative und Laborprogramm in Anspruch nehmen können, sind die Patienten nicht bereit, zusätzlich noch eine VU über sich ergehen zu lassen.

Diejenigen Patienten, die nur selten kommen und sich eine komplette Durchuntersuchung im Rahmen der VU erwarten, sind bitter enttäuscht, dass die VU nur ein eingeschränktes medizinisches Untersuchungsprogramm enthält. Dabei wollen sie vom Arzt nur die

Bestätigung, dass sie gesund sind und somit alles in Ordnung ist. Die „Quatscherei“ über das Rauchen, Übergewicht und Alkoholprobleme interessiert sie nicht wirklich. Für Patienten mit Vorerkrankungen ist es kaum bis gar nicht möglich, die notwendigen Kontrolluntersuchungen mit der VU zu verbinden und gleich „mitzuerledigen“.

**Generaldirektor STV. J. Probst:**

Ist die Auswirkung der Einladung wirklich so gering? Ich weiß nicht, wie wirksam üblicherweise Einladesysteme sind. Man müsste schauen, was es für Benchmarks zu Responderaten auf briefliche Einladesysteme gibt und die hängen natürlich immer von Begleitmaßnahmen ab. Sozialversicherungsintern wird dieses Thema noch Gegenstand von Beratungen sein, wie dieses Einladesystem zukünftig eingesetzt werden soll.

**Prim. Dr. G. Klima:**

Ich bin mir nicht ganz sicher, ob eine Responderate von 2,68% wirklich niedrig ist, weil ich die Vergleichsdaten von erstmaligen Einladesystemen in anderen Ländern (oder Literatur) nicht kenne. Als Gründe – sollte die Beobachtung einer schlechten Responderate richtig sein – sehe ich

- die schlechte Akzeptanz der Sozialversicherung bei jenen, welche nur einzahlen, bisher jedoch nichts gebraucht haben. Diese Gruppe glaubt das Image aus der veröffentlichten Meinung mangels Direktkontakt mit der Institution.
- dass der Sozialversicherungsinterne Diskurs über die möglicherweise vergeudeten 70 Mill. € der Vorsorgeuntersuchung die notwendige konzertierte Public Relation-Aktion mit Pressekonferenzen je Bundesland, Einbindung von Fernsehspots, Prominentenbezug etc. hemmt. Ohne Information über Medien sind auch keine Wahlen zu gewinnen.

**Mag. M. Haring:**

Ich als Versicherte der STGKK wurde im April d.J. mittels Einladebrief "angeregt", die kostenlose Vorsorgeuntersuchung in Anspruch zu nehmen. Ich habe der Einladung deshalb nicht Folge geleistet, weil ich der Meinung bin, eigentlich gesund zu sein. Ich bin noch nicht im Alter über 40 (für Frauen bekanntlich die "kritische Altersgrenze"); hatte bis dato in der Familie keine Krebserkrankungen; habe keinen hohen Blutdruck, bin (noch) nicht Adipositas



gefährdet, ... usw. usf. Dass ich mehr Bewegung bräuchte und mich gesünder ernähren sollte weiß ich selbst - muss mir kein Arzt mitteilen.

Weiters ist mein Vertrauen in Ärzte "eingeschränkt": ich bin nicht der Meinung, dass im Rahmen von Vorsorgeuntersuchungen, - bei denen die PatientInnen "oberflächlich" von gestressten Ärzten angeschaut werden - bereits Vorzeichen von Krankheiten erkennbar sind. Diese Meinung beruht wohl auf Erzählungen aus dem Verwandten- und Bekanntenkreis. Wie oft hört man, da geht jemand regelmäßig zum Arzt ... und doch wurde Krebs nicht erkannt etc. Soweit meine "speziellen" Gründe der Nicht-Inanspruchnahme trotz Einladung.

Welche Gründe aber gibt es allgemein aus meiner Sicht?

- Ich bin der Meinung, wenn jemand etwas von Vorsorgeuntersuchungen hält, geht er/sie auch ohne Einladung. Es gehört zu seinem Grundverständnis, gesund zu leben und "vorzusorgen". Hält man/frau jedoch nicht soviel davon, hilft auch die Einladung nichts.
- Zuwenig Information, was wirklich durch die VU-neu erkannt werden kann. Es wäre notwendig, rechtzeitig - vor der Aussendung – eine Infokampagne über Medien zu starten.
- Einen Brief mit einer Einladung von der Krankenkasse zu erhalten, ist derart unüblich, dass man ihn wohl nicht ernst nimmt (Weg in den Mistkübel ohne öffnen?) - man erwartet sich eigentlich eher "negative" Schreiben (SV-Beiträge nachzahlen, Leistungen nicht von der Kasse erstattet, etc.).
- Vertrauen in Ärzte fehlt
- der/die Österreicher/in geht grundsätzlich erst dann zum Arzt/zur Ärztin, wenn es irgendwo schmerzt (... oder rennt wegen jedem Wehwechen ...)

**Die Frage 2 beantworteten die Interviewten wie folgt:**

**Dr. M. Wendler:**

Wesentlichen Einfluss hat darauf sicher der Bildungsstand der Betroffenen. Ist es schon für scheinbar gebildete Menschen mit Pflicht- oder AHS-Schulabschluss schwierig, medizinische Zusammenhänge zu erkennen und auf Lebensumstände umzusetzen (ich bin oft erstaunt, wie wenig Menschen über ihren Körper wissen), so ist dies unter den angesprochenen Risikogruppen, die noch dazu im Alltag ungemein mehr Existenzprobleme bewältigen müssen, oft unmöglich. Viele können auch nicht ausreichend planen und organisieren. Die

Anmeldung zu einer VU, die Auseinandersetzung mit dem komplexen Beratungsergebnis und die Umsetzung der Ratschläge erfordert strukturiertes Denken, Konsequenz und Umsetzung eines zunächst eher abstrakten Befundes.

Ich glaube, dass diese Gruppen nur in ihrem sozio-ökonomischen Umfeld direkt angesprochen werden können. Das hieße, VU-Programme werden verschiedenen Organisationen angeboten und in diesen Organisationen vermittelt. z.B. im AMS VU für Arbeitslose länger als ein ½ Jahr, bei Zebra für Migranten mit neuer Arbeitsbewilligung, für Mindestrentner über die pensionsauszahlende Stelle, usw.

#### **Univ. Prof. H. Noack:**

Die Problematik (das Dilemma?) personenorientierter (individueller) Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung besteht darin, dass Bevölkerungsgruppen mit einem relativ hohen Erkrankungsrisiko dem Nutzen vorsorgender und gesundheitsfördernder Maßnahmen einen eher geringen Wert zuschreiben. Inwieweit diese Problematik durch verständliche Informationen und soziales Lernen (positive beobachtbare Beispiele) aufgelöst werden kann, ist eine empirische Frage, die der Forschung oder zumindest der wissenschaftlichen Begleitung praktischer Beispiele bedarf.

#### **MPH C. Pammer:**

Das sogenannte Präventionsdilemma ist schlechthin, dass man durch Prävention und Gesundheitsförderung die zwar sozial bedingte, aber auch gesundheitlich auftretende Ungleichheit in der Gesellschaft noch vergrößert. Die GKK ist ein Ort, wo Angehörige von Unterschichten über die Routinedaten bzw. die SV-Beiträge und den Dienstgeber (Arbeitsmarktservice) identifiziert und als Ganzes angesprochen werden könnten. Das ist das eine. Das andere ist, dass Behörden gegenüber in diesen Statusgruppen sagen wir einmal eine Ablehnung herrscht. Brief von der GKK? Wird geöffnet, man erwartet eine Rechnung oder etwas Finanzielles. Wenn es das dann doch nicht so etwas ist, ab in den Mistkübel (um hier einmal einen Erfahrungswert als Sozialarbeiter wiederzugeben). Also, wenn es Untersuchungen über Kommunikationswege zwischen der GKV und Einzelnen oder Bevölkerungsgruppen überhaupt gibt, dann bezweifle ich, ob darin die wirklich benachteiligten Gruppen, die etwa von Armut, Langzeitarbeitslosigkeit, MigrantInnen etc. betroffen sind, ausreichend Berücksichtigung fanden. Man darf nicht vergessen, dass der sozioökonomische Status nur ein Instrument ist, welches die Lebenslagen der Individuen nur bedingt gut abbildet.

Sprich die Lebenslage von „wirklich“ benachteiligten Gruppen wird darin nur sehr bedingt reflektiert. Das vor dem Hintergrund, dass MigrantInnen z.B. in weit mehr Lebensbereichen als bzgl. ihres Einkommens, Ausbildung (hier z.B. oft Gesundheitsberufe nicht nostrifiziert, der taxilenkende Uniprofessor aus einem afrikanischen Herkunftsland etc.) und Berufsstatus (Ausgrenzungs-, Marginalisierungs- und gar Rassismuserfahrungen aufgrund der Hautfarbe z.B.) benachteiligt sind, und das in den herkömmlich verwendeten Instrumenten nur sehr schwer abgebildet werden kann. Bei in Österreich lebenden MigrantInnen weiß man, als Wissenschaftler gesprochen, ja eigentlich gar nichts über die gesundheitliche Lage. Da gibt es so viele Irrtümer, denen man auf der Basis der Literatur allein erliegen kann. Hier müsste in der amtlichen- und Gesundheitsstatistik festgelegt werden, wie man mit vertretbarem Aufwand zu systematischen Erkenntnissen gelangen könnte.

**Dr. M. Millauer:**

Variante A: In der VU Broschüre heißt es: „Man muss den Versicherten dort abholen, wo er steht“ Das bedeutet, es müssen geeignete Instrumente gefunden werden, diese Patientengruppen zu erreichen und Wege gefunden werden, diese Einladung zu kommunizieren. Eine gezielte Einladung des anspruchsberechtigten Probanden gibt es nicht, man könnte aber beispielsweise die Überlegung treffen, die VU über Gratis-Medien wie „Der Grazer“ oder „Der Steirer“, welche naturgemäß sehr stark von allen sozialen Gruppen gelesen werden, zu bewerben. Ein Inserat liegt vermutlich kostenmäßig gar nicht weit von einer großen Postaussendung entfernt.

Variante B: Die Patienten im Rahmen von Massenveranstaltungen mittels Lautsprecherdurchsagen erreichen. Zum Beispiel bei einem Fußballspiel, wo man mit einem kurzen akustischen Werbespot vielleicht doch etliche dazu bewegen könnte, sich Gedanken über den Besuch eines Arztes zur Durchführung einer VU zu machen.

**Generaldirektor STV. J. Probst:**

Es ist bekannt, dass Takeup-Raten von Sozialleistungen und Gesundheitsleistungen sozioökonomisch schichtspezifisch sind. Ob und wie das konkret auf die VU zutrifft, wurde meines Wissens auch in der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007 hinterfragt. Was gegen diesen Effekt getan werden kann ist einfach. So wie im Gesundheitswesen allgemein muss man dem WHO-Ansatz entsprechend und internationalen Ergebnissen folgend spezielle Programme für benachteiligte Gruppen etablieren.

### **Prim. Dr. G. Klima:**

Niedriger sozioökonomischer Status führt zu Rückzug. Dieser ist mit einer simplen Einladung in Briefform nicht zu durchbrechen. Will man wirklich was tun, muss persönliche Kontaktaufnahme mit Minderheitenvertretern und Information auf persönlicher Ebene die nüchternen Briefe ersetzen.

Die notwendigen Ressourcen für den Einsatz von engagiertem Personal wären aus den Portoeinsparungen möglich. Pilotprojekte müssten den Einsatz dieser Methoden testen.

### **Mag. M. Haring**

Ich glaube, dass "gebildete" bzw. finanziell besser situierte Personen eher "gesund" leben und vorsorgen. Aber nur wenn sie daran Interesse haben. Fehlt jedoch dieses Grundinteresse, hilft eine Einladung / Infokampagne absolut nicht. Im Gegenteil. Es besteht dann meiner Meinung nach die Gefahr, dass diese Einladung oder was auch immer als "lächerlich" empfunden werden könnte (unter dem Motto: ich weiß selbst, was gut für mich ist und ich kann mich selbst informieren, wenn es interessant für mich wäre).

Hier kann daher nicht wirklich etwas getan werden. Außer vielleicht es "modern" zu machen, zur VU zu gehen (man ist "in", wenn man das tut ... und es wird davon in High Society berichtet ... \*\*) --> Inanspruchnahme VU-neu = Statussymbol

Bei "ungebildeten" bzw. "ärmeren" Menschen und auch AusländerInnen ist anzunehmen, dass sie zu wenig Info haben über die Vorteile einer VU. Oder einfach zu wenig wissen von diesem "kostenlosen" Angebot. Und dass Ihnen Ihre Gesundheit einfach nicht SO wichtig ist. Weil andere Probleme in Ihrem Leben vorherrschend sind (Deckung der Grundbedürfnisse nach Maslow; Job, Wohnung, etc.). Und eigentlich niemand in der Familie an Gesundheitsvorsorge denkt. Es ist nicht Teil der Kultur, in der man lebt.

Diese Gruppe aber reagiert wahrscheinlich auch anders auf Einladungen / Infokampagnen ... etc. Also kann hier gezielt gegen den Effekt der Nichtinanspruchnahme agiert werden - mittels gezielter Projekte (längerfristig - um einen "Kulturwandel" herbeizuführen), Infokampagnen, Vereinbarungen mit AMS (während Arbeitslosigkeit z.B.).

### **Die Frage 3 beantworteten die Interviewten wie folgt:**

#### **Dr. M. Wendler:**

Das ist schwierig pauschal zu beantworten. Wahrscheinlich ist der erfolgreichste Weg eine Verbindung mit einem Belohnungssystem (die Autobahn-Vignette für die Grippeimpfung der KAGES-Mitarbeiter hat ja anscheinend voll eingeschlagen). Diese Belohnung muss nicht unbedingt rein materieller Natur sein. Aber einen Vorteil bei der untersuchenden Stelle, z.B. eine Grippeimpfung ohne Impfgeld, eine Einladung zu einer Beratung zu einem speziellen Themenvortrag kostenlos etc. ist schon ein Ansatz.

Grundsätzlich gibt es anscheinend auch noch immer ein Problem bei der VU neu: Ich war in einer der Peer-Groups bei der Entwicklung des Formulars dabei und möchte meine Eindrücke bei der darauffolgenden Einführung der VU wie folgt kurz umreißen:

Viele Kollegen haben anfangs überhaupt nicht verstanden, dass es zu einer Umstellung von einem relativ beliebigen „Bauchladen“ von Untersuchungen zu einem EBM-abgesicherten Screening-Programm beeinflussbarer Gesundheitsstörungen gekommen ist. Manche wissen auch heute noch nicht Bescheid über diese inhaltliche Schwerpunktsetzung.

Ich hatte kein Problem damit, da ich die VU alt bereits so angelegt hatte wie die VU neu. Das ist daran erkennbar, dass der Zeitaufwand exakt der gleiche geblieben ist (im Schnitt 45 min). Viele Kollegen mussten nun von einer VU mit raschen Ergebnissen (15min) auf eine VU mit mehr Gespräch umstellen. Das bremst auch das Werbeverhalten.

Und das könnte evtl. ein Schachzug bei einem Recallsystem sein: Die Werbung sollte nicht die Versprechung sein: „Machen sie eine VU und sie wissen, ob sie gesund sind!“ sondern eher das Angebot sein „Machen Sie eine VU und ihr Arzt hat wirklich einmal Zeit für ihre Gesundheitsfragen!“

Diese Überzeugung ist bei mir gereift durch die vielen erstaunten Reaktionen von Patienten, die oft glaubten, eine VU bestehe nur aus dem Labor, dann überrascht einen Untersuchungstermin bekamen, darauf feststellen mussten, dass dies außerhalb der üblichen Zeit der Ordination war und sie schließlich dabei alles fragen konnten, was ihnen am Herzen lag. (Zitat: So was hab ich noch nie bei Ärzten erlebt).

## Univ. Prof. H. Noack:

Möglichkeiten zur Steigerung der Responserate: Soweit ich das Feld überblicke, besteht die große Herausforderung des öffentlichen Gesundheitssektors und der Krankenkassen darin, Interventionsansätze für eine steigende Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten zu entwickeln und zu erforschen. Diese können an den Angeboten, an den Zielgruppen oder an der Gesundheitskultur in der jeweiligen Region oder Organisation ansetzen:

- a. Kulturorientierte Strategien sind darauf gerichtet, präventive (vorsorgende) und gesundheitsfördernde Verhaltensorientierungen in verschiedenen gesellschaftlichen Bereichen (Bildung, Arbeit, Medien, Märkte,...) zu verankern und die Bedeutung von Vorsorgeangeboten vor allem den bildungsferneren Schichten nahe zu bringen. Diese Strategie ist wenig spezifisch und langsam wirksam. Sie kann auf längere Sicht jedoch eine vorsorgende Gesundheitspraxis nachhaltig unterstützen.
- b. Zielgruppenorientierte Strategien bedienen sich verschiedener Informations- und Kommunikationsmaßnahmen, um das Gesundheitswissen, das Gesundheitsverhalten und die Selbstbewertung individueller Krankheitsrisiken und Gesundheitspotentiale zu verbessern. In einem solchen Kontext wächst die Bereitschaft, Informationen über gesundheitsfördernde und präventive Maßnahmen und auch über Vorsorgeangebote auf- und anzunehmen.
- c. Angebotsorientierte Strategien umfassen zwei Schritte: erstens die professionelle klinische Befragung und Untersuchung und die personen-(patienten-)gerechte Kommunikation und Bewertung der Ergebnisse; zweitens die Beratung und Diskussion der möglichen Schritte, die sich daraus für die betreffende Person und ihre Lebenswelt ergeben, insbesondere über die Möglichkeiten aktiver positiver Lebensgestaltung und die Inanspruchnahme gesundheitsfördernder und Risikomindernder Förderungs- und Präventionsangebote. Denkbar ist, dass der zweite Schritt in der vorherrschenden Vorsorgepraxis zu kurz kommt und deshalb das Qualitätspotential des Programms Vorsorge Neu (noch?) nicht in ausreichendem Maße erschlossen und ausgeschöpft wird.

Abschließend erscheint mir der Hinweis wichtig, dass der sekundärpräventive Ansatz seine volle Wirkung nur im Rahmen einer bevölkerungsweiten Präventions- und Gesundheitsförderungspolitik entfalten kann. Wenn das gelingt, werden präventive Strategien und Maßnahmen nachhaltiger sein als das derzeit der Fall ist.

## **MPH C. Pammer:**

Bzgl. der VU und Verbesserungen in der Inanspruchnahme von low-SES-Gruppen (low social economic groups), um zum Kern zu kommen, würde ich die Arbeiten der NGO's systematisch betrachten und überlegen, wie ich da am besten andocken könnte. Beim Verein Zebra haben wir bspw. Multiplikator/innen für die verschiedensten Kulturkreise bzgl. Gesundheit und Gesundheitswesen ausgebildet und diese Leute haben die Kommunikationswege zu ihren communities. Neben der direkten Ansprache müsste man wahrscheinlich über weitere Kommunikationswege, wie z.B. das türkische Fernsehen, nachdenken, die Frauencommunities kommunikativ „erobern“ und ein paar Leute anstellen, die das oft kostenintensiv hergestellte Info-Material zu den potentiellen Nutzern bringen.

Denken wir aber noch an andere vulnerable Gruppen, die ein erhöhtes Erkrankungsrisiko tragen (durch sozioökonomische Statuszugehörigkeit). Dieser Blick gehörte erweitert um das, was man aus der Sekundärprävention (die Screeningqualität ist letztlich von der Prävalenz stark abhängig) weiß. Also nicht nur sozioökonomische, sondern Zielgruppen auch aus der pathogenetischen Perspektive zu definieren, heißt im wesentlichen wahrscheinlich Männer in mittlerem und beginnendem höheren Alter herauszunehmen, anzusprechen. Dies wäre die Methode der Wahl für einen tatsächlichen Impact auf die Gesundheit der Leute. Dann landet man z.B. bei älteren (Langzeit-)arbeitslosen oder Hacklerpensionisten, die auch schon unmittelbar vor der Pensionierung angesprochen werden könnten. Eine weitere Möglichkeit wäre, den Zugang regional zu definieren. Wir wissen, dass es die Triesterstrasse, die Neuholdaugasse, den Grünanger in Liebenau und weitere „soziale Brennpunkte“ gibt (für MigrantInnen würde das bedeuten, die Bezirke Gries und Lend zu bearbeiten). Man darf sich vorstellen, in Gries gibt es eine Gesundheitsförderungsinitiative ohne die Partizipation von MigrantInnen. Ich glaube sowohl Jugend- als auch Sozialämter arbeiten nun in „Sozialräumen“, dahinter steckt vielleicht nicht mehr als eine Restrukturierung der Sozialverwaltung Von der Idee her sollten die Mitarbeiter/innen (ich meine SOZIALARBEITER/INNEN – welche Berufsgruppe sonst hat überhaupt Kompetenzen in der Kommunikation und Arbeit mit low-ses-groups?????? nun mehr Gemeinwesenarbeit machen. Das große Problem ist, dass es gewichtige Barrieren zwischen Sozial- und Gesundheitswesen gibt, weil schon immer strukturell voneinander getrennt in mind. 2 Ressorts.

„Aufsuchend“ heißt jedenfalls das Zauberwort für die Kommunikation und auch für die Angebote. In Ungarn gibt's die „VU-Busse“, wenn man so will und die sind dort Methode der

Wahl, weil dann einfach alle Minderheiten gescreent werden können. Dort gibt es den Würstelkocher, der da mitfährt an den Wochenenden, wenn die Leute zu Hause sind. Ich möchte die aus meiner Sicht erfolgsversprechendsten Möglichkeiten schließlich noch so zusammenfassen:

- Ausweitung der Kommunikationsmethode Call-System auf persönliches Ansprechen, für die Mittelschicht in Form von Telefongesprächen. Für low-ses-groups wahrscheinlich unzureichend, außer von Profis (Diplomsozialarbeiter/innen bzw. Mag.a FHs für Sozialarbeit) durchgeführt. Evtl. teuer und nicht so effektiv wie andere Methoden.
- Definition von Zielgruppen nach SES und Prävalenzkriterien. Daran geknüpft Information, die auf die Kommunikationswege der Gruppen hin designed und prä-getestet wurde.
- Je benachteiligter, desto eher aufsuchende Arbeit. Integration der VU-Kommunikation in die Agenden der NGOs. In diesem Bereich, evtl. auch der Institutionen AMS, Sozial-, Jugend- und Gesundheitsämter durch 1. Recherche und Einschätzung der effektivsten Möglichkeiten, die die derzeit durchgeführten Projekte dafür bieten und 2. gezielte Zusammenarbeit, evtl. in OE-Prozessen.
- Noch besser: kreative soziale Brennpunkte bzw. Stadtteil-Zugänge verfolgen. NGOs im Gesundheitswesen in die Kommunikationsstrategien integrieren (Migrant\*innenvereine mit Schwerpunkt auf selbstorganisierte Vereine wie bspw. pro health, SMZ Liebenau, Frauengesundheitszentrum. Engagierte ÄrztInnen bzw. alle niedergelassenen ÄrztInnen in den Brennpunkten, Stadtteilen über selektive Anreizsysteme integrieren.

Noch ein Nachsatz zum Ansatz, die Organisationen zu integrieren: Ich kenne aus vielen meiner Arbeitsbereiche Organisationen im Sozial- und Gesundheitswesen. Dabei muss man differenzieren

- a) ob die Aufgabengebiete mit der VU-Botschaft kompatibel sind und
- b) wie die Organisationen bzgl. Kooperationsbereitschaft „aufgestellt“ sind.

Man weiß am Beispiel der StGKK, welche grundstabile Logiken zu Handlungsschemata und Handlungs-routinen, „Reflexen“ in der Fallbearbeitung führen, die über alle vernunftbegabten Anliegen im Sinne der Nutzer/innen letztlich siegen. Das hat auch viel mit Bürokratie und ihren Tücken zu tun, freilich. So oder so ähnlich funktionieren auch viele NPOs, NGOs, je nach Geschichte der Organisation und Größe. Da wird's auch oft kein Durchkommen mit den VU-Anliegen geben können. Die Organisationen am politischen Gängelband, die von jährlichen Subventionen abhängig sind, beteiligen sich dann, mitunter eine große



Bereitschaft vorspielend, rein aus existentiellen Gründen. „Wenn wir nicht mitmachen, dann könnten uns Gefahren drohen..., dann machen es vielleicht andere und bringen sich dadurch in einen Vorteil... usw. Die Institutionen müssen auch fähig sein, das umzusetzen. Da habe ich in letzter Zeit in meinem Master Studium an der FH, wo wir viele Organisationsanalysen machen, weite Einblicke und viele Diskussionen. Bzgl. der MigrantInnen hieße dieser Nachsatz meiner Meinung nach, auf die unscheinbaren Selbstorganisationen zu setzen. Der Unterschied ist, dass diese nicht in die Sozialverwaltung integriert sind und sie die Zielgruppen und deren Anliegen deshalb nicht nur genauer kennen, sondern sie auch erreichen. Nebst pro health fällt mir da spontan Dschanguub, chiala afrikuas ein. Bei den größeren Migrantengruppen sollte man über die vielen Vereine, teilweise auch politischer Natur wie die ex-PKK gehen, um die Leute zu erreichen. Ich kenne mich da schon etwas aus in diesem Dschungel und andere, die ich kenne, für Teilbereiche sicher noch besser.

**Dr. M. Millauer:**

Ein Vorschlag wäre, die Versicherten zwischen dem 40 bis 65 Lebensjahr, männlich und weiblich, welche in den vergangenen zwei Jahren keine VU in Anspruch genommen haben, noch in die Zielgruppe mit einzubinden.

Der Ausschluss durch eine Konsultation eines Allgemeinmediziners, eines Internisten und eines stationären Aufenthaltes ist nicht wirklich relevant. Die Patienten suchen den Allgemeinmediziner in den meisten Fällen nicht für eine VU auf, sondern wegen eines bestimmten Leidensdrucks oder Beschwerdebildes, welches dann unmittelbar mit dem Arztbesuch abgehandelt werden sollte.

Hier sollte eine Aktivierung des Vorsorgeanspruches durch den Arzt erfolgen, was wahrscheinlich auf Grund der hohen Frequenz, in der Ordination nicht so leicht ist. Auch Internisten werden in aller Regel wegen eines bestimmten Beschwerdebildes (kardiologischer Natur oder auch mit Problemen aus dem Gastrointestinaltrakt) aufgesucht, wobei sich diese Untersuchungen naturgemäß auf das zu fahndende Diagnoseziel beschränken und keine VU bewirken.

Hier sei eingeschränkt angemerkt, dass ein Patient, der mit komplexeren Beschwerden zum Internisten kommt, im Rahmen dieses Beschwerdebildes wahrscheinlich ohnehin alle relevanten VU-Parameter abgedeckt bekommt. Bei einfachen Beschwerden, wie Routinekontrollen, sei es Zucker- oder Gerinnungscheck, fehlt diese Erweiterung und so könnte eine VU durch den Arzt veranlasst werden.

**Generaldirektor STV. J. Probst:**

Ich glaube, dass die schriftliche Einladung in eine gesamthafte PR-Strategie eingebettet werden sollte, d.h., dass sie durch andere Kommunikationsstrategien ergänzt werden müssten.

**Prim. Dr. G. Klima:**

Ich bin mir nicht sicher, dass die höhere Responserate das Ziel ist. Probanden, die zu oft hingehen (arztinduziert und gesetzlich möglich) profitieren kaum von dieser Maßnahme. Wichtig wäre, die richtigen Probanden oft genug (siehe empfohlene Abstände) zu screenen.

Wie bei allen größeren Projekten wäre eine gemeinsame Strategie von Bund, Ländern und Sozialversicherung über einen längeren Zeitraum (5 Jahre ohne zwischenzeitliche Kritik aus den eigenen Reihen) notwendig, um über Pilotprojekte in die Breite zu gehen.

Nur wer selbst glaubt, dass die VU als Präventionsmaßnahme Krankheiten verhindert oder deren Ausbruch verzögert, kann die notwendigen Maßnahmen unterstützen. Es gilt daher zuerst die Stakeholder zu überzeugen (sicherlich durch externe Experten – Wissen im eigenen Bereich gilt selten etwas!) und dann die vorhin genannten Wege zu gehen.

**Mag. M. Haring:**

Teilweise habe ich die Antwort hierzu bereits in der Frage 2.) einfließen lassen.

- Gezielte längerfristige Projekte mit Risikogruppen bzw.
- Kampagnen mit speziellen Risikogruppen
- Zusammenarbeit mit Bund - Konzepte für z.B. Arbeitslose, Ausländer ... etc.
- Zusammenarbeit mit großen Firmen
- MARKETING
- Verstärkte Infokampagnen über Medien - vor allem ORF, aber auch Printmedien --> Aufzeigen des NUTZENS der VU-neu (und auch deren Inhalte) !!!!
- Kommunikation betreffend spezieller Fälle, in denen durch die VU-neu rechtzeitig z.B. Krebs erkannt werden konnte. Bericht von wahren Fällen - von den betroffenen Personen --> evtl. Werbespot!

- Verstärkte Zusammenarbeit seitens der Ärzte - "richtige" Infoweitergabe (oft sagt der Arzt, die alte VU war viel besser oder er macht zusätzliche Tests, die extra kosten. Dann empört man sich über zusätzliche Kosten, die evtl. nicht gedeckt werden von der Krankenkasse. Oder der Arzt nimmt sich zu wenig Zeit
- "Ansprechendere" Einladung (evtl. mit "lockenden" Angeboten / Zuckerln)
- Spezielle Einladungen für die unterschiedlichen speziellen Risikogruppen (z.B. direkt mit Selbsthilfegruppen, div. Vereinen, etc.)
- Spezielle Projekte für Ausländer --> ad "Kulturwandel"
- Bindung der Inanspruchnahme an ein nicht "verwerfbares" Angebot (wenn Inanspruchnahme, dann ...)
- Maßnahmen setzen (kreative Ideen), die es schaffen, die Inanspruchnahme der VU neu "in" zu machen ("must do" der heutigen Gesellschaft ... wie z.B. es "in" ist, Anfang November den Junker zu trinken ... obwohl es einfach ein junger, saurer Wein ist der nicht sonderlich viel hergibt ... wie auch? Trotzdem muss man im November Junker trinken, sonst gehört man nicht dazu ....)
- Strategie, durchzuhalten und konstant weiterzuarbeiten ... kein "Erfolg" stellt sich von heute auf morgen ein!!

## 20.3 Fragebogen

**Sehr geehrte Damen und Herren,**

Sie haben im April und Mai dieses Jahres eine Einladung zur Vorsorgeuntersuchung erhalten. Bisher haben Sie diese jedoch nicht in Anspruch genommen.

Um in Zukunft verstärkt auf Ihre Bedürfnisse eingehen zu können, möchten wir Sie bitten die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Antworten sind ein wesentlicher Beitrag die Einladung zur Vorsorgeuntersuchung ziel- und bedürfnisgerechter zu gestalten.

Alles was sie tun müssen ist sich ein bisschen Zeit für die Beantwortung der Fragen nehmen. Das Ausfüllen ist ganz einfach! Bitte Folgendes beachten:

Lesen Sie zu jeder Frage erst alle Antwortmöglichkeiten durch. Denken Sie nicht lange nach, kreuzen Sie einfach diejenige Antwort an, die Ihre Erfahrungen und Eindrücke am besten beschreibt. Kreuzen Sie bitte pro Frage nur eine Antwort an!

Haben Sie alle Fragen beantwortet, stecken Sie den Fragebogen bitte in das Kuvert und retournieren Sie diesen.

Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich **freiwillig**.

Wir garantieren Ihnen, dass die datenschutzrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden.

• Sie können absolut sicher sein, dass

–Ihr Name und Ihre Anschrift nicht wieder mit Ihren Angaben im Fragebogen zusammengeführt werden, so dass niemand erfährt, welche Angaben Sie gemacht haben.

–Ihr Name und Ihre Anschrift nicht an Dritte weitergegeben werden.

–Keine Einzelangaben an Dritte weitergegeben werden, die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen.

Haben Sie noch Fragen? Rufen Sie: 0316 – ..... (Mag. Horst Stuhlpfarrer). Oder schreiben Sie uns: Steiermärkische Gebietskrankenkasse, Abt....., z.H. Mag. Horst Stuhlpfarrer, Josef Pongratz-Platz 1, 8010 Graz.

**Danke für Ihre Mitarbeit.**

## Allgemeine Daten zur Person:

Österreichische Staatsbürgerschaft

ja

nein

Falls Sie nicht die Österreichische Staatsbürgerschaft besitzen, geben Sie bitte bekannt wie lange Sie schon in Österreich wohnen:

.....

**Geschlecht** männlich  weiblich

**Alter (Angabe in Jahren)**  Jahre

**Familienstand** ledig  verheiratet  geschieden

verwitwet  Lebensgemeinschaft

**derzeit berufstätig** ja  nein

**derzeit arbeitslos** ja  nein

**Sonstiges**.....

**Wo wohnen Sie?**

Stadt  Land  Einwohneranzahl .....

**1. Welche Schule oder Ausbildungsstätte haben Sie zuletzt besucht?**

Volksschule/Hauptschule

Mittelschule/Realschule

Fachoberschule/Gymnasium

Fachhochschule/Universität

**2. Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushaltes insgesamt? Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.**

Unter 500 €

500 bis unter 1.000 €

1.000 bis unter 1.500 €

1.500 bis unter 2.000 €

2.000 bis unter 2.500 €

über 2500 €

**3. Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?**

- Ausgezeichnet
- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

**4. Sind Sie zur Zeit ... ? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)**

- Gesund / ohne gesundheitliche Probleme
- Akut leicht erkrankt.
- Akut schwer erkrankt
- Chronisch leicht krank
- Chronisch schwer krank

**5. Wie stark achten Sie im Allgemeinen auf Ihre Gesundheit?**

- Sehr stark
- Stark
- Mittelmäßig
- Weniger stark
- Gar nicht

**6. Wie oft betreiben Sie körperliche Aktivitäten, bei denen Sie mindestens ein bisschen außer Atem oder ins Schwitzen kommen (zum Beispiel Sport, Wandern, Tanzen, Gartenarbeiten, Stiegensteigen mehr als 3 Stockwerke)?**

- Täglich
- 3-6 mal in der Woche
- 1-2 mal in der Woche
- Seltener, ca. 1 mal im Monat
- Nie

**7. Wenn Sie einmal Ihr Gesundheitsverhalten insgesamt beurteilen (Rauchen, Alkohol, Bewegung, gesunde Ernährung, Schlaf und Erholung usw.), was denken Sie da?**

- Ich sollte sehr viel verbessern
- Ich sollte manches verbessern
- Es ist im Großen und Ganzen in Ordnung
- Es ist völlig in Ordnung

**8. Was glauben Sie, wie viel Sie persönlich zum Erhalt Ihrer Gesundheit, zur Verhütung von Krankheiten und gegen eine Verschlechterung Ihres Gesundheitszustandes tun können?**

- Sehr viel
- Eher viel
- Eher wenig
- Sehr wenig
- Weiß nicht

**9. Was sind Ihrer Erfahrung oder Ihrer Meinung nach die wichtigsten Faktoren, um nach einer akuten Erkrankung wieder gesund zu werden?**

**1=Sehr wichtig**

**2= Wichtig**

**3=Nicht so wichtig**

**4=weiß nicht**

- |  |   |
|--|---|
| Die richtigen Medikamente                    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Der feste Wille, wieder gesund zu werden     | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Einen guten Arzt zu haben                    | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Eigenes Zutun (Erholung, Ernährung usw.)     | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Zuspruch und Zuwendung durch Angehörige      | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Strikte Befolgung der ärztlichen Anweisungen | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| Volles Vertrauen in den Arzt                 | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |

**10. Im Folgenden finden Sie einige Meinungen, die man über Gesundheit haben kann. Bitte kreuzen Sie jeweils an, inwieweit Sie dieser Meinung zustimmen.**

**1=Stimme voll und ganz zu**

**2=Stimme eher zu**

**3=Lehne eher ab**

**4=Lehne voll und ganz ab**

**5=Weiß nicht**

- |  |  |
|--|--|
| Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück                            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Was die Gesundheit betrifft, so kann man nur das tun, was der Arzt sagt                                | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird, ist hauptsächlich durch reines Glück bestimmt | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was man dafür selbst tut                             | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Ärzte bestimmen die Gesundheit   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Man hat seine Gesundheit in den eigenen Händen   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Um Krankheit zu vermeiden, ist es gut, wenn man sich regelmäßig vom Hausarzt beraten lässt             | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Ob man gesund bleibt, ist eine Frage zufälliger Ereignisse   | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Es liegt vor allem an einem selbst, wie schnell man nach einer Krankheit wieder gesund wird            | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

**11. Wenn Sie an das letzte Mal denken, als Sie für sich die Hilfe Ihres Haus-Arztes oder dessen Praxispersonal in Anspruch genommen haben: Was war der Anlass? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)**

- Vorsorgeuntersuchungen/Impfungen
- Praxisbesuch ohne Arztkontakt (z.B. Rezeptausstellung, Bestrahlung)
- Abholen eines Überweisungsscheines
- (Wunsch nach) Krankschreibung
- Befindlichkeitsstörungen (z.B. allgemeines Unwohlsein, Schlafstörung)
- Beratung zu psychischen, sozialen oder mentalen Belastungen
- Akute leichte Erkrankungen (z.B. Erkältungskrankheit, Durchfall)
- Akute schwere Erkrankungen
- Dauerleiden bzw. länger andauernde / chronische Krankheit (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Allergien, Rheuma)
- Unfall
- Behinderung
- Ärztliches Gutachten
- Sonstiges

## Fragen zur Vorsorgeuntersuchung

(die folgenden Fragen betreffend Vorsorgeuntersuchung beziehen sich auf Gesundenuntersuchungen zur Früherkennung von Volkskrankheiten wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislaufstörungen)

**12. Haben Sie in den letzten zwei Monaten eine Einladung zur Vorsorgeuntersuchung erhalten?**

Wenn ja, von wem?

Steiermärkische Gebietskrankenkasse

Arzt

Sonstiges.....

**13. Haben Sie einen Hausarzt/eine Hausärztin?**

ja  nein

**14. Wann haben Sie Ihre Hausärztin das letzte Mal kontaktiert?**

.....

**15. Wann haben Sie das letzte Mal einen Facharzt kontaktiert?**

.....

**16. Waren Sie schon jemals bei einer Vorsorgeuntersuchung?**

ja  nein



17. Wenn ja, wann waren Sie das letzte Mal bei einer Vorsorgeuntersuchung?

.....

18. Sind Ihnen die Inhalte (welche Untersuchungen führt der Arzt im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung durch) bzw. die Ziele der Vorsorgeuntersuchung bekannt?

ja  nein

19. Was halten Sie von der Vorsorgeuntersuchung? (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!)

Viel  Wenig  Gar nichts

20. Was halten Ihre Bekannten/Freunde /Verwandten von der Vorsorgeuntersuchung? (BITTE ZUTREFFENDES ANKREUZEN!)

Viel  Wenig  Gar nichts  Weiß nicht

21. Gründe, warum sind sie in den letzten zwei Jahren nicht zur Vorsorgeuntersuchung gegangen sind?

Ich hatte/habe Angst, dass der Arzt bei mir eine Krankheit erkennt.

ja  nein

Die Untersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung sind mir zu schmerzhaft.

ja  nein

Obwohl ich mich gesund fühle, wird bei der Vorsorgeuntersuchung sicher ein gesundheitlicher Mangel festgestellt.

ja  nein

Die Wartezeit bei der Vorsorgeuntersuchung dauert mir zu lange.

ja  nein

Die Vorsorgeuntersuchung findet beim Arzt dann statt, wenn ich keine Zeit habe.

ja  nein

Ich habe keine Zeit zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.

ja  nein

Ich habe schlicht vergessen einen Termin zur Vorsorgeuntersuchung wahrzunehmen.

ja  nein

○ *Ich fühle mich zu gesund, um zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.*

ja  nein

○ *Ich habe zu wenig Kenntnis von der Vorsorgeuntersuchung.*

ja  nein

○ *Ich habe kein Vertrauen zu dem die Vorsorgeuntersuchung durchführenden Arzt.*

ja  nein

○ *Ich habe kein Interesse daran zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.*

ja  nein

○ *Ich kann mir die Vorsorgeuntersuchung finanziell nicht leisten.*

ja  nein

○ *Es ist für Sie sehr umständlich mit Auto, Bus, Bahn, Rad, zu Fuß etc. zu dem die Vorsorgeuntersuchung durchführenden Arzt zu kommen.*

ja  nein

○ *Bei mir wurde in den letzten zwei Jahre eine vorsorgeuntersuchungsähnliche Behandlung durch den Dienstgeber, Bundesheer etc. veranlasst.*

ja  nein

○ *Die Einladung zur Vorsorgeuntersuchung hat mich überhaupt nicht angesprochen.*

ja  nein

○ *Bitte sonstige Gründe anführen.*

.....  
.....  
.....