

Die Vorsorgeuntersuchung im Brennpunkt

Die Vorsorgeuntersuchung* (VU) wird in Österreich seit 1974 als kostenlose Leistung angeboten. Mit der Einführung der VU Neu im Jahr 2005 wurde das Programm internationalen Empfehlungen angepasst. Im Mittelpunkt steht die Früherkennung von kardiovaskulären und Stoffwechselerkrankungen, von Suchterkrankungen und Krebs. Anspruchsberechtigt sind alle Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Der gesetzliche Auftrag zur Evaluation ist nach § 447h (4) ASVG geregelt.

Was sagen die Zahlen zur Inanspruchnahme?

Im Jahr 2012 waren 925.688 Personen bei einer VU (13,4% der österreichischen Durchschnittsbevölkerung). Frauen nehmen dieses Angebot in der Regel häufiger an als Männer (54,1% Frauen, 45,9% Männer). Das Durchschnittsalter der Teilnehmer lag bei 51 Jahren. Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen nach Bundesland und Geschlecht im Jahr 2012 ist in Tabelle 1 dargestellt. Die meisten Untersuchungen wurden in Wien, gefolgt von Oberösterreich und der Steiermark durchgeführt.

Abbildung 1 zeigt den Verlauf der VU-Inanspruchnahmeraten von 2000 bis 2012. Bei allen Bundesländern konnte eine stetige Zunahme der Teilnahmeraten von 2000 bis 2004 beobachtet werden. Im Jahr 2005 waren die Raten rückläufig, ab 2006 stiegen sie erneut

Die Teilnehmer sind zufrieden, bei der ärztlichen Beratung und der Dokumentation gibt es Optimierungsbedarf, und ein positives Kosten-Nutzen-Verhältnis ist nicht nachweisbar: Die Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu zeigt Gestaltungsmöglichkeiten für eine Neuauflage der Früherkennung auf.

Hubert Langmann, Gregor Kvas, Ines Spath-Dreyer, Karin Tropper, Andreas Kvas

an. Dieser positive Trend wurde im Jahr 2009 unterbrochen, um sich 2010 erneut bis in das Jahr 2012 fortzusetzen.

Was sagen die Teilnehmer?

Im Rahmen von drei österreichweiten Befragungen mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen wurden Fragebögen an 25.643 (2007), 11.798 (2009) und 11.915 (2010) VU-Teilnehmer versandt. Einen ausgefüllten Fragebogen retournierten 7.287 (2007), 3.430 (2009) und 4.080 (2010) Personen, was einer durchschnittlichen Rücklaufquote von 30 Prozent entspricht. Das Durchschnittsalter der Befragungsteilnehmer beträgt 54 Jahre. Etwa drei Viertel zählen sich zu den regelmäßigen VU-Teilnehmern.

Bei fast allen VU-Teilnehmern wird das Screening nach Hypertonie durchgeführt. Bei zirka zwei Drittel erfolgt dieses mit einer einmaligen (statt der empfohlenen zweimaligen) Messung. Den Fragebogen AUDIT-GMAT zum Screening nach problematischem Alkoholkonsum erhalten weniger als die Hälfte. Bei der ärztlichen Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Mammografie, PSA-Test, Koloskopie) wird deutlich häufiger über den mit der jeweiligen Untersuchung einhergehenden Nutzen im Vergleich zum Risiko aufgeklärt. Das Bewegungsverhalten wird bei vier Fünftel, gesunde Ernährung und Rauchen bei je zwei Drittel und das individuelle kardiovaskuläre Erkrankungsrisiko bei jedem Zweiten thematisiert. Mit neun von zehn VU-Teilnehmern wird ein Abschlussgespräch geführt und zirka drei Viertel erhalten ein Befundblatt.

Sowohl bei der allgemeinen Bewertung als auch bei der Beurteilung unterschiedlicher Aspekte der VU führen je zirka neun von zehn Personen an, damit zufrieden oder sehr zufrieden zu sein.

Was sagen die Ärzte?

Wie erfolgt die Umsetzung der VU in der ärztlichen Praxis? Dazu wurden im Jahr 2009 computergestützte Telefoninterviews mit 500 VU-Ärzten durchgeführt und 2010 eine Online-Befragung, die 1.451 (23%) von 6.419 VU-Ärzten beendet haben.

Tab.1: Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen

nach Bundesland und Geschlecht, 2012.

	Männer und Frauen	Männer	Frauen
Österreich	925.688	424.494	501.194
Wien	192.317	87.363	104.954
Niederösterreich	88.330	44.062	44.268
Burgenland	49.692	22.412	27.280
Oberösterreich	150.631	68.444	82.187
Steiermark	136.306	62.607	73.699
Kärnten	86.033	38.111	47.922
Salzburg	60.439	27.948	32.491
Tirol	115.273	52.057	63.216
Vorarlberg	46.667	21.490	25.177

Mehr als vier Fünftel der VU-Ärzte fühlen sich für die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität ausreichend geschult. Bei der Kurzintervention zum Rauchstopp bzw. zu problematischem Alkoholkonsum sind dies 70 bzw. 64 Prozent. Der Alkoholfragebogen wird von mehr als der Hälfte der Ärzte abgelehnt und von ca. 30 Prozent nie eingesetzt. Häufigste Barriere für eine wirksame Lebensstilberatung ist eine unzureichende Honorierung. Mehr als die Hälfte der befragten Ärzte setzen die Tafeln zur Visualisierung des kardiovaskulären Erkrankungsrisikos regelmäßig ein. Für mehr als 60 Prozent hat sich dadurch die Effizienz ihrer Beratung gesteigert. Für ein ausführliches Aufklärungsgespräch zu den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen fehlt einem Fünftel der Ärzte die Zeit. Während aber beinahe alle Ärzte die Teilnehmer über den Nutzen dieser Untersuchungen aufklären, tun dies vier Fünftel in Bezug auf die damit einhergehenden Risiken bzw. möglichen Schäden.

Im Gegensatz zu den Teilnehmern äußern sich die Ärzte gegenüber der VU insgesamt kritischer und etwa die Hälfte zeigt sich mit der VU „alles in allem“ zufrieden oder sehr zufrieden.

Was zeigen die Befunddaten?

Unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen wurden 345.496 elektronisch übermittelte Befundblätter des Allgemeinen Programms der VU aus dem Jahre 2009 durch ein seitens des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungen und der Österreichischen Ärztekammer paritätisch besetztes Evaluierungsteam analysiert.

Jede dritte Person über 40 Jahren, die an der VU teilnimmt, wies ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko auf. Bei rund einem Fünftel der VU-Teilnehmer wurde eine Hypertonie bzw. der Verdacht auf eine Hypertonie angegeben, bei sechs Prozent ein manifester Diabetes und bei zwei Prozent ein Verdacht auf Diabetes. Neben empfohlenen Maßnahmen wie Weiterführung der Therapie, Diagnosesicherung und Lifestyle-Intervention wurde bei einem Fünftel bis einem Drittel der Fälle keine Maßnahme dokumentiert.

Jede zweite 40- bis 70-jährige Frau konnte keinen Mammografie-Befund aufweisen und bei zwei von drei der 21- bis 70-jährigen Teilnehmerinnen wurde ein fehlender PAP-Befund festgestellt. Bei rund zwei Drittel dieser Frauen mit fehlenden Befunddokumenten wurde keine Maßnahme angeführt. Analoges galt für die VU-Teilnehmer ab 50 Jahren mit einem auffälligen Vorbefund hinsichtlich okkulten Blutes im Stuhl.

Was zeigen die SV-Abrechnungsdaten?

Es wurden pseudonymisierte Abrechnungsdaten von 175.818 VU-Teilnehmern des ersten Quartals 2007 mit einem Beobachtungszeitraum von neun Monaten ab VU-Inanspruchnahme analysiert – je nach Kennzahl konnte in Abhängigkeit der Datenqualität der einzelnen SV-Träger (neun Gebietskrankenkassen und vier Sonderversicherungsträger) eine Teilmenge davon ausgewertet werden.

Die VU-Teilnehmer haben häufiger niedergelassene Vertragsärzte kontaktiert und verursachen damit mehr Kosten (+30 %) für abgerechnete Leistungen als der österreichweite Durchschnitt – vor allem bei Fachärzten. Bei den Heilmittelkosten liegen die VU-Teilnehmer etwas unter dem Durchschnitt. Die Krankenhausaufenthaltsstage sowie die Krankenstandstage und -fälle der VU-Teilnehmer zeigen marginale Abweichungen zum österreichweiten Durchschnitt.

Bei den Screening-Programmen wird überwiegend die kurative gegenüber der vorsorgespezifischen Leistung im Anschluss an die VU-Teilnahme abgerechnet. Bis zu einem Viertel der über 70-jährigen erhält einen PAP-Abstrich bzw. eine Mammografie (empfohlene obere Altersgrenze: 70 Jahre). Für etwa 40 Prozent der männlichen VU-Teilnehmer ab 50 Jahren wird ein PSA-Test nach der VU abgerechnet (trotz unzureichender Evidenz).

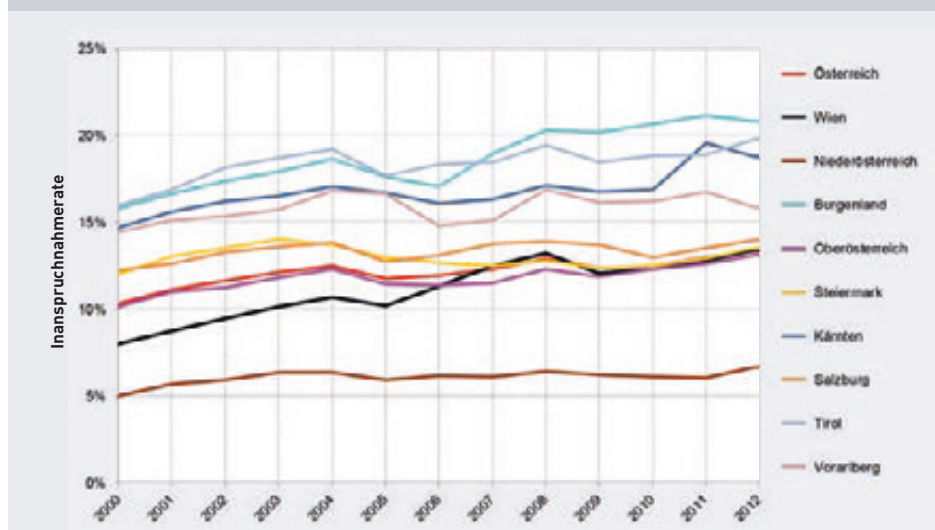
Was ergab die Überprüfung der Evidenz?

Im Rahmen von Aktualitätsprüfungen der medizinischen Inhalte (Sonderrevision 2006, Evidence based Healthcare (EbHC) Analyse 2007 und 2009) wurden diese den Empfehlungen der besten verfügbaren Sekundär-Evidenz gegenübergestellt. Die 2006 durchgeführte Sonderrevision der befristet im Programm verbliebenen Parameter (Harnstreifentest, Rotes Blutbild für Frauen, Triglyceride, Gamma-GT) befürwortete erneut den Ausschluss dieser Parameter.

Die Ergebnisse der EbHC-Analysen 2007 und 2009 zeigten, dass es bei einer Mehrzahl der Interventionen bzw. Zielerkrankungen Abweichungen zu internationalen Empfehlungen gibt. Diese bestehen in Bezug auf die Empfehlung von Zielgruppendefinitionen (Screening nach Lipidstoffwechselstörungen und Diabetes-Screening) und in Bezug auf die Empfehlung von Untersuchungsintervallen oder Altersgrenzen (Scre-

Abb. 1: Inanspruchnahmeraten der Vorsorgeuntersuchungen 2000 – 2012

nach Bundesland in Prozenten der Zielgruppe (Wohnbevölkerung in Österreich ab 18 Jahre), 2000 – 2012.



ning auf Mammakarzinom und Zervixkarzinom). Für die Präventionsmaßnahmen Screening nach Hautkrebs, altersbedingter Sehschwäche, Hörminderung, Glaukom und Parodontitis ließ sich keine ausreichende Evidenz identifizieren, um eine Empfehlung für oder gegen ein Screening bei Erwachsenen auszusprechen. International werden diese Verfahren aufgrund fehlender ausreichender Evidenzen für deren Nutzen nicht empfohlen.

Ausgewählte Empfehlungen

Programminhalte der VU: Basierend auf den Ergebnissen der EbHC-Analysen besteht für eine Mehrzahl der Maßnahmen bzw. Zielerkrankungen der VU inklusive der befristeten Parameter Diskussionsbedarf. Programmadaptierungen sollten ebenso thematisiert werden wie die expliziten Gründe im Falle einer Beibehaltung nicht evidenzbasierter Parameter und Interventionen. Im Falle einer Programmadaptierung ist auch eine Überarbeitung der VU-Materialien (wissenschaftliches Begleitmaterial, elektronisches Befundblatt und Anamnesebogen) zu empfehlen.

Schulung der Ärzte: Die zielgruppengerechte, wissenschaftlich gesicherte Schulung der Ärztinnen und Ärzte stellt eine Voraussetzung der Qualitätssicherung der VU dar. Empfohlen werden die Durchführung von Evaluierungen der VU-Schulungen und eine Bestandsaufnahme des tatsächlichen Bedarfs an vorsorgespezifischen Schulungsinhalten aus ärztlicher Sicht.

Ärztliche Beratung: Die Themen kardiovaskuläres Risiko und informierte Entscheidungsfindung bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sollten im Rahmen der ärztlichen Beratung stärker berücksichtigt werden. Für letzteres wird die Entwicklung von evidenzbasierten und qualitätsgesicherten Informationsmaterialien empfohlen.

Datenumfang und -qualität der elektronischen Befunddaten: Die Analyse der Versorgungsqualität spezifischer Risikogruppen ließ einen auffallend hohen Prozentsatz an nicht dokumentierten Maßnahmen beobachten, obwohl eine Maßnahmeneinleitung erforderlich gewesen wäre. Die Weiterentwicklung bzw. Modifikation der Inhalte der VU-Befunddaten muss die Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit für die VU-Ärzte, der Dokumentationsqualität im Sinne der Evaluierbarkeit und die Gewährleistung der Evidenz zum Ziel haben. Mit dem Folgeprojekt VU-Befundblattanpassung wurden diese Empfehlungen aufgegriffen.

SV-Abrechnungsdaten: Die Ergebnisse zeigten ein negatives Kosten-Nutzen-Verhältnis im Sinne der verursachten Leistungskosten durch Arztkontakte gegenüber den gesundheitsbezogenen Outcomes Krankenstand und Krankenhausaufenthalt. Aufgrund der Problematik der Selbstselektion bei der VU-Inanspruchnahme wird eine entsprechende Outcome-Analyse in Verbindung mit VU-Befunddaten für eine (eingeschränkte) Stratifizierung nach dem Gesundheitszustand empfohlen.

Eine Diskussion der Vertragspartner Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Österreichische Ärztekammer über mögliche Gründe der nicht zielgruppenkonform anmutenden Versorgung (obere Altersgrenzen für einen PAP-Abstrich bzw. eine Mammografie) sollte geführt werden. ::

„Daten für Taten“

Für die VU Neu sprechen der positive Trend bei der VU-Inanspruchnahme und eine mehrheitliche Zufriedenheit der VU-Teilnehmer. Es finden sich aber auch deutliche Hinweise auf eine nicht leitliniengerechte Versorgung, einen Optimierungsbedarf in der Dokumentationsqualität der VU-Befundblätter, sowie ein nicht nachweisbares positives Kosten-Nutzen-Verhältnis und Evidenzabweichungen des VU-Programms. Für die zukünftige Gestaltung der VU liegen somit „Daten für Taten“ vor. Es liegt jetzt an den Entscheidungsträgern des österreichischen Gesundheitssystems, diese aufzugreifen.



Mag. Hubert Langmann
Psychologe, Senior Researcher,
Leiter des Geschäftsbereichs
Forschung und Entwicklung
Hubert.Langmann@ifgpp.at



Diplomingenieur Gregor Kvas
Statistiker, Senior Analyst,
Geschäftsbereich Forschung und
Entwicklung



Mag. (FH) Ines Spath-Dreyer, MPH
Gesundheitsmanagerin,
Junior Consultant, Geschäftsbereich
Public Health



Mag. Dr. Karin Tropper
Psychologin, Senior Researcher,
Geschäftsbereich Forschung und
Entwicklung



Diplomingenieur Andreas Kvas
Statistiker, Senior Analyst,
Geschäftsbereich Forschung und
Entwicklung

Alle: Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, Graz

* Der in diesem Beitrag verwendete Begriff „Vorsorgeuntersuchung“ bezieht sich auf das „allgemeine Untersuchungsprogramm“ der VU (siehe auch Richtlinien für die Durchführung und Auswertung der Vorsorgeuntersuchungen – RVU (58/ 2005)), vormals als „Basisuntersuchung“ bezeichnet.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen und Autoren weisen auf folgende Beziehung hin: Der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger hat die Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau mit dem Projekt „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“ beauftragt. Die Autorinnen und Autoren sind an der Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH, einer Tochter der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau, beschäftigt und erklären, dass aufgrund dieser

Zugehörigkeit ein potenzieller Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors (<http://www.icmje.org>) besteht.