Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu

Projekt „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“

Modul „Prozessqualität“
Impressum

Herausgeber
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
UID-Nr.: ATU 63975513
Tel: +43 (0) 50 / 23 50 DW 37900
Fax: +43 (0) 50 / 23 50 DW 77900

AutorInnen
Mag. Dr. Gerlinde Malli
Dr. Ursula Reichenpfader, MPH

Graz, November 2009 (überarbeitete Version)

Kontaktadresse für Rückfragen
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
Anprechperson
Tel.: +43 (0) 50 / 23 50 - 37900
Fax: +43 (0) 50 / 23 50 - 77900
E-Mail: gerlinde.malli@ifgp.at
# Inhaltsverzeichnis

<table>
<thead>
<tr>
<th>Abschnitt</th>
<th>Titel</th>
<th>Seite</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Abbildungsverzeichnis</td>
<td>IV</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabellenverzeichnis</td>
<td>VI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Tabellenverzeichnis</td>
<td>VI</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Executive Summary</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>2</td>
<td>Methodik und Studiendesign</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1</td>
<td>Literaturanalyse</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.1</td>
<td>Methodik und Suchstrategie</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1.2</td>
<td>Identifizierte Materialien</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2</td>
<td>Fokusgruppen mit VU-ÄrztInnen</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3</td>
<td>Erhebung</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.1</td>
<td>Befragungsmethode</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.2</td>
<td>Zielgruppenfestlegung und Stichprobendesign</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.3</td>
<td>Ausschöpfung</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.4</td>
<td>Durchführung</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3.5</td>
<td>Datenkontrolle, -verarbeitung und -auswertung</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>3</td>
<td>Ergebnisse der ÄrztInnenbefragung zum Thema Vorsorgeuntersuchung Neu</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1</td>
<td>Praxismerkmale und soziodemografische Merkmale</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.1</td>
<td>Geschlechts- und Altersstruktur</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.2</td>
<td>Praxisstandort – Bundesland und Umfeld</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.3</td>
<td>Praxisform, Fachrichtung und Vertragsform</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.4</td>
<td>Niederlassungszeitpunkt, Anzahl der durchgeführten VU im letzten Quartal und Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>3.1.5</td>
<td>Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und Vorsorgeuntersuchung Neu</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2</td>
<td>Ansichten zur Zielgruppe der VU Neu</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3</td>
<td>Einstellung zur und Erfahrungen mit der Dokumentation</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4</td>
<td>Verwendung des VU-Anamnesebogens und des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5</td>
<td>Verwendung und Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztebroschüre“</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>3.6</td>
<td>Verwendung und Akzeptanz des Alkoholfragebogens</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7</td>
<td>Lebensstilberatung</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7.1</td>
<td>Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7.2</td>
<td>Kurzintervention zum Rauchstopp</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7.3</td>
<td>Kurzberatung zu körperlicher Aktivität</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>3.8</td>
<td>Risikokommunikation</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>3.8.1</td>
<td>Erhebung des kardiovaskulären Gesamtrisikos mittels Risikotafeln</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>3.8.2</td>
<td>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>3.9</td>
<td>VU Neu-Schulung</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>3.10</td>
<td>Offene Frage: Anmerkungen zur VU Neu</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>4</td>
<td>Diskussion</td>
<td>69</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung in absoluten Zahlen nach Geschlecht .......................................................... 23
Abbildung 2: Praxisstandort, Bundesland (N=500) .................................................................................. 24
Abbildung 3: Fachrichtung nach Geschlecht (N=500) ........................................................................... 25
Abbildung 4: Niederlassungszeitpunkt (N=500) .................................................................................... 26
Abbildung 5: Niederlassungszeitpunkt nach Geschlecht (N=500) ...................................................... 27
Abbildung 6: Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal (N=488, k. A. = 12) .................................................. 28
Abbildung 7: Teilnahme an Qualitätssitzkeln nach Bundesländern (N=100) ........................................... 28
Abbildung 8: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU (N=500) ............................................... 29
Abbildung 9: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU Neu (N=500) ..................................... 30
Abbildung 10: Festlegung der Zielgruppe der VU Neu (N=491-498, k. A. = 2-9) ............................... 32
Abbildung 11: Form der Dokumentation (N= 597, k. A.=3) .............................................................. 36
Abbildung 12: Form der Dokumentation nach Bundesland (N=500) .................................................. 39
Abbildung 13: Einstellung zur elektronischen Dokumentation (N=260) ............................................... 40
Abbildung 14: Einstellung zur Dokumentation (N=381-595, k. A.=5-119) ........................................ 41
Abbildung 15: Verwendung des Anamnesebogens (N=500) ............................................................... 41
Abbildung 16: Verwendung des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM (N=449, k. A.=51) ............. 42
Abbildung 17: Einstellung zum Anamnesebogen (N=449, k. A.=51) .................................................. 42
Abbildung 18: Verwendung der „wissenschaftlichen Gründlagen“ (N=457, k. A.=43) .................. 43
Abbildung 19: Verwendung der „Ärztebroschüre“ (N=470, k. A.=30) ........................................... 43
Abbildung 20: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Gründlagen“ nach Verwendungshäufigkeit  
(N=393, k. A.=107) ........................................................................................................... 45
Abbildung 21: Nützlichkeit der „Ärztebroschüre“ nach Verwendungshäufigkeit (N=415, k. A.=85) .... 46
Abbildung 22: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens (N=498, k. A.=2) .......................... 46
Abbildung 23: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Umfeld (N=430, k. A.=2) ...... 47
Abbildung 24: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Bundesländern (N=498, k. A.=2) ..... 48
Abbildung 25: Einstellung zum Alkoholfragebogen (N=473-492, k. A.=8-27) ................................. 49
Abbildung 26: Erfahrungen mit dem Alkoholfragebogen (N=352-357, k. A.=1-6) ............................ 50
Abbildung 27: Beziehungsgefährdung durch den Alkoholfragebogen nach Verwendungshäufigkeit (N=500) ...... 51
Abbildung 28: Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum (N=481-492, k. A=8-19) .......... 52
Abbildung 29: Kurzintervention zum Rauchstopp (N=477-495, k. A.=5-23) ................................. 54
Abbildung 30: Kurzberatung zu körperlicher Aktivität (N=484-497, k. A.=3-16) ............................ 56
Abbildung 31: Kurzberatung zur körperlichen Aktivität als Teil der VU nach Bundesländern (N=500) ...... 57
Abbildung 32: Risikoeinschätzung mittels Hilfsmusternenten (N=591-595, k. A.=5-9) .................. 58
Abbildung 33: Verwendungshäufigkeit der Risikotafeln (N=499, k. A.=1) ...................................... 58
Abbildung 34: Selektiver Einsatz der Risikotafeln nach Patientengruppen (N=485-500, k. A=0-15) .... 59
Abbildung 35: Einstellung gegenüber Risikotafeln (N=402-422,k. A.=0-20) ................................. 60
Abbildung 36: Verpflichtende Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=500) ....................... 62
Abbildung 37: Freiwillige Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=383) ........................... 62
Abbildung 38: Einstellung zur VU Neu-Schulung (N=483-493, k. A.=7-17) ..................................... 63
Abbildung 39: Verpflichtende Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=117) 65
Abbildung 40: Freiwillige Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=125)...... 65
Abbildung 41: Entscheidungsfindung und die Verfügbarkeit von Information in Konsultationen: ein
konzeptuelles Modell (Elwyn, 2001, S. 55) ........................................................................................................... 82
Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Einstellung gegenüber der elektronischen Dokumentation (Items) ................................................................. 9
Tabelle 2: Einstellung gegenüber Risikotafeln (Items) ........................................................................................................... 10
Tabelle 3: Dimensionen und Aspekte aus der Fokusgruppen-Studie .................................................................................. 12
Tabelle 4: Nettostichproben .................................................................................................................................................. 17
Tabelle 5: Ausschöpfungsstatistik ......................................................................................................................................... 18
Tabelle 6: Soziodemografische Personenmerkmale und Praxismerkmal getrennt nach Geschlecht ...................................... 21
Tabelle 7: Altersgruppen nach Geschlecht .......................................................................................................................... 23
Tabelle 8: Durchschnittsalter nach VU Typ ........................................................................................................................ 30
Tabelle 9: Aktive Bewerbung der VU Neu .......................................................................................................................... 31
Tabelle 10: (Nicht-)Inanspruchnahme der VU Neu von Personen, die davon profitieren könnten ........................................... 31
Tabelle 11: Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen ....................... 33
Tabelle 12: Jährliche Inanspruchnahme .............................................................................................................................. 34
Tabelle 13: Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe nach Bundesländern .................................................................... 35
Tabelle 14: Form der Dokumentation nach Geschlecht ....................................................................................................... 36
Tabelle 15: Form der Dokumentation nach Praxis- und soziodemografischen Merkmalen .................................................... 38
Tabelle 16: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ ............................................................................................... 44
Tabelle 17: Nützlichkeit der „Ärztebroschüre“ .................................................................................................................... 44
Tabelle 18: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen .... 48
Tabelle 19: Beziehungsgefährdung durch den Alkoholfragebogen nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen ....... 52
Tabelle 20: Schulungsbedarf für die Alkohol-Kurzintervention nach bisheriger VU-Erfahrung ............................................ 53
Tabelle 21: Erfolg der Kurzintervention zum Rauchstopp nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen ........................... 54
Tabelle 22: Wirksamkeit der Kurzintervention zum Rauchstopp nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Umfeld ......................................................................................................................... 55
Tabelle 23: Einstellung zu Risikotafeln nach Anwendergruppen ............................................................................................ 60
Tabelle 24: Einstellung zu und Erfahrungen mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen .......................................................... 61
Tabelle 25: Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars ................................................................................... 63
Tabelle 26: Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars nach Geschlecht ............................................................ 64
Tabelle 27: Kategorien und Codes zur offenen Frage ............................................................................................................. 67
Tabelle 28: Kommentare von WahlärztInnen ...................................................................................................................... 71
Executive Summary

Im Rahmen des Projektes zur Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) wurde vom IfGP ein Fragebogen zur Erfassung der ärztlichen Perspektive auf die Umsetzung der VU Neu und der ärztlichen Einstellung zu Neuerungen der derzeitigen Form der Vorsorgeuntersuchung in Österreich entwickelt. Aus der Grundgesamtheit aller ÄrztInnen mit VU-Vertragsverhältnis, welche das allgemeine medizinische Programm durchführen, wurde eine proportional geschichtete Stichprobe von 500 ÄrztInnen (66% Männer und 34% Frauen) generiert. Im Juni 2009 wurden die ÄrztInnen mittels computerunterstützter Telefoninterviews befragt.


Nach wie vor dokumentieren 47% der befragten ÄrztInnen ausschließlich auf Papier. In Bezug auf die Dokumentationsform fällt die Tendenz auf, dass ältere ÄrztInnen, ÄrztInnen, die seit längerer Zeit niedergelassen sind und ÄrztInnen, die vor der Einführung der VU Neu in Vertragsverhältnis genommen wurden (VU Alt-ÄrztInnen) häufiger die elektronische Dokumentationsvariante wählen als ihre Vergleichsgruppen. Als signifikant stellt sich außerdem der Unterschied zwischen Vertrags- und WahlärztInnen dar: 38% der ÄrztInnen mit Kassenvertrag und 76% der WahlärztInnen dokumentieren
ausschließlich am Papier. Vorarlberg nimmt mit 77% ÄrztInnen, die die elektronische Dokumentationsvariante wählen, eine Vorreiterrolle ein.

Der Anamnesebogen, von 77% der ÄrztInnen regelmäßig verwendet, erhält eine überwiegend zustimmende Beurteilung, die „wissenschaftlichen Grundlagen“ wie auch die „Ärztebroschüre“ werden dagegen auffallend selten benutzt. In der Beurteilung der Nützlichkeit beider Materialien konnte festgestellt werden, dass die Verwendungshäufigkeit positiv mit dem Nützlichkeitsgrad korreliert, d.h. je häufiger ÄrztInnen die Materialien verwenden, umso nützlicher finden sie sie auch.

Der Alkoholfragebogen wird zwar von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet, seine Beurteilung fällt allerdings eher negativ aus: Um das Thema Alkoholkonsum abzfragen, wird er als nicht sinnvoll erlebt oder andere Screening-Instrumente werden als geeigneter eingeschätzt. Im Antwortverhalten zwischen regelmäßigen und seltenen AnwenderInnen des Fragebogens konnten keine signifikanten Unterschiede gefunden werden.


Die Mehrheit der ÄrztInnen gibt an, dass sie PatientInnen sowohl über Nutzen als auch mögliche Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufklärt und eine umfassende Aufklärung für die PatientInnen durchwegs zumutbar findet. Dieses Ergebnis deutet auf die subjektive Einschätzung der befragten ÄrztInnen hin, den PatientInnen eine informierte Entscheidungsfindung durch Vermittlung der wissenschaftlichen Empfehlungen unter neutraler Berücksichtigung des möglichen Nutzens und Schadens der Interventionen zu vermitteln.

23% der ÄrztInnen waren zu einem VU Neu-Einführungsseminar verpflichtet, 33% nahmen freiwillig daran teil. Die Bewertung des besuchten Seminars nach fachlicher und didaktischer Kompetenz der Referenten, Informationsgehalt, Praxisrelevanz, Format der Veranstaltung fällt durchgängig gut bis mittelmäßig aus – dem Schulnotensystem entsprechend bewegen sich die Bewertungen zwischen 2 und 3.
Die Ergebnisse dieser Befragung zum Thema VU Neu-Schulung weisen außerdem darauf hin, dass der subjektive Bedarf und das Interesse an Schulungen zu VU-spezifischen Themen eher gering sein dürften: 69% der Befragten halten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger und 68% halten eine VU-Schulung aufgrund der eigenen Erfahrungen und Kompetenzen nicht für notwendig. 71% sind außerdem der Meinung, sich die Inhalte im Selbststudium beibringen zu können. Auch die Ergebnisse zum Thema Lebensstilberatung zeigen ein auffälliges Ergebnis: Die Mehrheit der ÄrztInnen (bis sogar 87%) fühlt sich für Interventionen im Bereich Alkohol, Bewegung und Rauchen ausreichend geschult. Daraus kann geschlossen werden, dass österreichische ÄrztInnen kaum Mangel an lebensstilspezifischen Schulungsangeboten beklagen.
1 Einleitung


Verstärkt wurde in der VU Neu auch die Rolle der ÄrztInnen als BeraterInnen, welchen nun noch stärker die Aufgabe zukommt, die TeilnehmerInnen der VU Neu Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Alkohol und Rauchen zu bieten.

Im Kontext der VU Neu stehen den durchführenden ÄrztInnen neue Materialien und Unterlagen zur Verfügung: neben Befundblatt und Anamnesebogen für das allgemeine Untersuchungsprogramm, der Alkoholfragebogen (AUDIT), im Bereich der kardiovaskulären Risikoberatung zwei altersgruppenspezifische Risikotafeln sowie als Hintergrunddokument die so genannten „wissenschaftlichen Grundlagen“ und die so genannte „Ärztebroschüre“, die in Kurzform in die Programminhalte der VU Neu einführen soll.

Außerdem besteht für VU-ÄrztInnen seit Einführung der VU Neu die Möglichkeit, die Dokumentation elektronisch durchzuführen. Seit April 2009 ist die elektronische Übermittlung der VU Neu-Daten verpflichtend. Für ÄrztInnen, die mit Beginn der VU Neu in ein VU-Vertragsverhältnis genommen wurden, bestand die Pflicht, ein VU Neu-Einführungsseminar zu besuchen.

Als einer der Schwerpunkte der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) soll die Bewertung der Prozessqualität der VU Neu einen Einblick in die Umsetzung und Umsetzbarkeit der VU Neu in der ärztlichen Praxis ermöglichen. Dabei sollen Erfahrungen und Einstellungen der
ÄrztInnen zu den Neuerungen der VU erfasst sowie Aufschlüsse zu Akzeptanz und Praktikabilität der VU Materialien und der Dokumentation gewonnen werden.

Ein besseres Verständnis möglicher Akzeptanzbarrieren in der praktischen Umsetzung der VU Neu aus ärztlicher Perspektive kann somit in eine den Bedürfnissen und Bedingungen der konkreten UmsetzerInnen und AnwenderInnen der VU Neu gerechte Planung einfließen.
2 Methodik und Studiendesign

Die Entwicklung des Untersuchungsinstrumentes für die vorliegende Studie, dessen Anliegen es ist, einen Einblick in die Einstellungen der ÄrztInnen zur VU Neu und in ihre praktischen Erfahrungen in der Umsetzung des VU Neu-Programminhaltes zu gewinnen, erfolgte in mehreren Phasen:

In einem ersten Schritt wurde auf Grundlage von Expertengesprächen und einer Literaturanalyse ein Leitfaden für Fokusgruppen generiert.

Die Ergebnisse der fünf durchgeführten Fokusgruppendiskussionen dienten zum einen der empirischen Überprüfung sekundäranalytisch gewonnener Erkenntnisse, zum anderen bildeten sie eine Basis für die Entwicklung von Konzepten für das Frageinstrument der als Telefonbefragung durchgeführten Hauptuntersuchung. Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden empirisch durch sechs durchgeführte face-to-face-Interviews mit praktischen ÄrztInnen ergänzt.


Nach eingehenden Qualitätskontrollen des Frageinstrumentes wurde die telefonische Erhebung von einem externen Anbieter durchgeführt. Die Auswertung, Analyse sowie Berichtlegung erfolgte über das IfGP.

2.1 Literaturanalyse

Die Vorsorgeuntersuchung Neu als eine für einen breiten Teil der Wohnbevölkerung in Österreich zugängliche und kostenlose Versicherungsleistung stellt eine mehrdimensionale Intervention der medizinischen Prävention dar. Sie umfasst mit dem „Allgemeinen medizinischen Programm“ einfache Risikofaktoren-orientierte labormedizinische, physische und anamnestische Untersuchungen, Maßnahmen der Kurzberatung im Bereich Lebensstil, Information und Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie auch, altersgruppenabhängig, ausgewählte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z.B. Hämokkult-Test zur Darmkrebs-Früherkennung,
Gebärmutterhalsabstrich, Hautinspektion). Dadurch ergibt sich eine im internationalen Kontext zwar nicht einzigartige, aber selten direkt vergleichbare komplexe Intervention. Bei der Suchstrategie wurden neben derartigen Interventionen auch Leitlinien (clinical practice guidelines) oder evidenzbasierte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Screening-Programme) berücksichtigt.

2.1.1 Methodik und Suchstrategie


Neben Studien, die über multivariate Analysen die Kontrolle unterschiedlicher Einflussfaktoren der Akzeptanz und Praktikabilität erlauben, wurden qualitative Studien berücksichtigt, die Informationen zu möglichen Hürden der Implementierung der Materialien aus der AnwenderInnenperspektive lieferten.

Neben der thematischen Zentrierung der Literaturrecherche auf die Anwendung von Instrumenten zur Einschätzung des kardiovaskulären Risikos und Leitlinien bzw. die Barrieren der Umsetzung in der beruflichen Praxis fiel ein Großteil der von uns identifizierten Studien in den Bereich der Lebensstilberatung. Die zu diesem Thema inkludierten Studien sind überwiegend der quantitativen,
multivariaten Sozialforschung zuzuweisen. Besonders Arbeiten aus dem skandinavischen Raum (und aus Dänemark) berücksichtigen den Einfluss des Besuchs von Schulungen und Trainingsprogrammen auf die (motivationale) Interventionstätigkeit und Effektivität der ärztlichen Intervention in den Lebensstil ihrer PatientInnen (e.g. Geirsson, Bendtsen & Spak, 2005).

2.1.2 Identifizierte Materialien


Der Fragebogen für die „Evaluation der Benutzerzufriedenheit mit der rechnergeschützten Arztbrief- und Befundschreibung“, ein Kooperationsprojekt zwischen der Forschungsgruppe „Bewertung von Informationssystemen des Gesundheitswesens“ an der Privaten Universität für Medizinische Informatik und Technik Tirol (UMIT), und der Abteilung Informationstechnologie der Tiroler Landeskrankenanstalten (TILAK) GmbH\(^2\) erwies sich hinsichtlich der Fragen zur elektronischen Dokumentation im Rahmen der VU Neu für unsere Studie als relevant. Es konnten vier Items, dem Untersuchungsgegenstand entsprechend modifiziert, adaptiert werden (Tabelle 1). Das Antwortformat (5-stufig) wurde in Übereinstimmung mit den restlichen Skalen unseres Frageinstruments (4-stufig) gebracht.

---


Tabelle 1: Einstellung gegenüber der elektronischen Dokumentation (Items)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Items zur „Einstellung zur Arzt- und Befundschreibung im KIS“ (Ammenwerth &amp; Kaiser 2002)</th>
<th>Items zur „Einstellung zur elektronischen Dokumentation“ in der vorliegenden Studie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Der Einsatz der KIS-Arztbrief- und Befundschreibung bedeutet für mich Mehrarbeit ohne erkennbaren Nutzen</td>
<td>Die elektronische Dokumentation bedeutet für mich Mehrarbeit.</td>
</tr>
<tr>
<td>Die KIS-Arztbrief- und Befundschreibung ist ein unzuverlässiges System.</td>
<td>Das elektronische Dokumentationsblatt-System ist fehleranfällig und instabil.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Tabelle 2: Einstellung gegenüber Risikotafeln (Items)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Items zu potenziellen Barrieren der Anwendung von Instrumenten zur kardiovaskulären Risikoeinschätzung von Eichler et. al., 2007</th>
<th>Items zur „Einstellung gegenüber Risikotafeln“ in der vorliegenden Studie</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>The results of prediction rules are often not helpful for decision making in practice.</td>
<td>Die Risikotafeln stellen für mich eine gute Entscheidungshilfe für die Therapieplanung dar.</td>
</tr>
<tr>
<td>I know my patients thoroughly and can estimate their global risk correctly without a prediction rule.</td>
<td>Bei VU-Teilnehmern, die ich bereits als langjährige Patienten kenne, kann ich ihr globales Herz-Kreislaufrisiko auch ohne Hilfsinstrumente (Risikokalkulatoren) gut einschätzen.</td>
</tr>
<tr>
<td>Prediction rules do not contain risk factors, which are important in my opinion (like occupational factors, stress or obesity).</td>
<td>Wichtige Risikofaktoren, wie z.B. Stress oder sozioökonomische Belastungen, werden in der Risikoeinschätzung mit Risikokalkulatoren nicht berücksichtigt.</td>
</tr>
<tr>
<td>I do not know if patients want to know their individual risk at all.</td>
<td>Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele der Patienten verängstigt auf die Darstellung des Risikos reagieren.</td>
</tr>
</tbody>
</table>


### 2.2 Fokusgruppen mit VU-ÄrztInnen


Fokusgruppeninterviews stellen eine bewährte Methode im Zusammenhang mit Fragen der Prozessevaluierung in der Implementierungsphase von Programmen dar. Als Pilotstudie zur Hauptuntersuchung ermöglichte die Fokusgruppenstudie die Gelegenheit, den Gegenstandbereich der ärztlichen Erfahrung und Einstellung zur VU Neu offen zu erkunden, um Kategorien und das Frageinstruments für die Haupterhebung zu konstruieren.

Ziel der Fokusgruppen war es, erste theoretische Annahmen einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. Ausgangspunkt waren unterschiedliche Faktoren, die aus der vorhandenen Literatur extrahiert wurden. Mittels Fokusgruppen konnte deren Brauchbarkeit für unser Untersuchungsinstrument überprüft werden. Außerdem zeichnen sich Fokusgruppeninterviews als
methodische Instrumente durch eine unverzerrte, nicht prädeterminierte und umfassende Informationen liefernde Herangehensweise aus und eignen sich dafür, Meinungen und Erfahrungen differenziert zu analysieren und unvorhergesehene Themen zu entdecken. So konnten durch die Fokusgruppen-Methode bisher nicht berücksichtigte Faktoren oder Erfahrungen in die Erstellung des Fragebogens einfließen.


Die Fokusgruppeninterviews dauerten durchschnittlich eine Stunde und 40 Minuten. Die Diskussionspunkte wurden von jeweils zwei ModeratorInnen pro Fokusgruppe entlang bestimmter Themen strukturiert. Die Auswertung der Fokusgruppeninterviews, die digital aufgezeichnet und anschließend transkribiert wurden, erfolgte mithilfe des Programms MAXqda, einem Softwarepaket für qualitative Datenanalysen.


In Anlehnung an die Methode des ständigen Vergleichs der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998) wurde das qualitative Datenmaterial systematisch ausgewertet und interpretiert. Begonnen
wurde mit der Kodierung einer Fokusgruppendiskussion, um erste Kategorien und die auf sie passenden Daten greifbar zu machen. Beim Kodieren der weiteren Fokusgruppendiskussionen bildeten die bereits vorgenommenen Kategorien den Vergleichshintergrund, um Bestehendes zu verstärken bzw. Neues miteinzubeziehen. Zugleich wurden bereits während der Kodierungsphase Analyseschritte unternommen, indem erste Memos angefertigt wurden. So konnten aus den verschiedenen Kategorien und ihren Eigenschaften mittels ständigen Vergleichens zusammenhängender Sinn eruiert und schließlich relevante Themen, Inhalte und Aspekte durch Kontext angereichert werden.4

Tabelle 3 zeigt die für die Konstruktion des Frageinstruments der vorliegenden Hauptuntersuchung relevanten Dimensionen und Aspekte, die aus den Fokusgruppendiskussionen extrahiert wurden:

Tabelle 3: Dimensionen und Aspekte aus der Fokusgruppen-Studie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dokumentation</th>
<th>Datenschutzrechtliche Bedenken</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Dokumentation als Qualitätssicherungskriterium</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Einschränkung der ärztlichen Autonomie</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Strukturierung des Ablaufs der VU</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Dokumentationsbogen (Befundblatt)</th>
<th>Ausführung des Befundblattes (Platz für Notizen, …)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Befundblatt als Grundlage für die Lebensstilberatung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Lesbarkeit für die PatientInnen (abstrakt, unpersönlich, …)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alkohol/ Alkoholfragebogen</th>
<th>Nationale Tabuisierungs- und Bagadellisierungstendenzen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Arzt-Patienten-Beziehung (Vertrauen, Beziehungsgefährdung, Ärztliche Autoritätsrolle vs. Selbstbestimmung des Patienten/ der Patientin …)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>VU als (nicht angemessener) Rahmen, um Alkohol zu thematisieren</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Wirksamkeit der Beratung</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Datenschutz – ethische Verantwortung den PatientInnen gegenüber</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Fragebogen nicht geeignet zur Kommunikation und Identifikation von alkoholgefährdeten bzw. -kranken PatientInnen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Negative Reaktionen der PatientInnen auf den Fragebogen</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Praxisferne des Fragebogens</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Alternative Screening-Instrumente</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Wissenschaftliche Grundlagen und Ärztebroschüre</th>
<th>Geringer Bekanntheitsgrad</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Seltnene Nutzung</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Schulung</th>
<th>Bestehender Mangel an Schulungen im Präventionsbereich und Schulungsbedarf</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>Bereits vorhandene Kompetenzen, keine Notwendigkeit und kein Bedarf</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4 Die Ergebnisse der Fokusgruppendiskussion liegen in einem gesonderten Bericht vor: IfGP (Hg.): Fokusgruppendiskussion von VU Neu-ÄrztInnen, April 2009 (Gerlinde Malli & Ursula Reichenpfader).
Programminhalt der VU Neu

- Eingeschränkter Umfang bzw. Plädoyer für Erweiterung
- Funktionelle Abgrenzungs- bzw. Definitionsprobleme (präventiv, diagnostisch, kurativ)
- Serviceleistung für ProbandInnen

Lebensstilberatung

- Ärztliche Rolle als BeraterIn
- Beratungs-Skills
- Selbstwirksamkeitsüberzeugung
  (Nachgewiesene) Wirksamkeit von Interventionen
- Zeitliche, finanzielle, personelle Ressourcen
- Abgrenzung zum kommerzialisierten Gesundheitsförderungsbereich

Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe

- „falsche“ ProbandInnengruppen (hohes Gesundheitsbewusstsein, chronisch Erkrankte, „informierte“ PatientInnen)
- Bewerbung der VU Neu und Motivation
- Umfassende Aufklärung der österreichischen Bevölkerung über Inhalt und Zweck der VU Neu

Risikokommunikation

- Selektiver Einsatz der Risikotafeln (RT)
- RT als Motivation zur Lebensstilmodifikation
- RT als Hilfswerkzeug für PatientInnenkommunikation
  (Verständlichkeit, Anschaulichkeit, …)
- Exaktheit des Instruments (Über- bzw. Unterschätzung des Risikos durch die RT)

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

- Informierte Entscheidungsfindung durch Vermittlung wissenschaftlicher Empfehlungen
  Kommunikationsunsicherheiten (z.B. Aufklärung über Risiken nur im Bedarfsfall)
- Zumutbarkeitsgrenze für die PatientInnen

2.3 Erhebung

2.3.1 Befragungsmethode

Feldphase sowie umfassende Qualitätskontrollen während der Befragung wurden in enger Abstimmung zwischen IFES und IfGP durchgeführt.

Als Methoden standen die schriftliche postalische, die persönliche und die telefonische Befragung zur Diskussion. Die methodische Forschung zum Vergleich persönlicher und telefonischer Interviews bezüglich der Datenqualität und Ausschöpfungsquoten hat ältere Vorurteile zur Qualität telefonischer Befragungsdaten („quick-and-dirty-Methode“) längst und eindeutig widerlegt (Lavrakas, 1993). Den Einwänden, die sich auf die erreichbare Ausschöpfungsquote, die Länge der Interviews, die Komplexität der Fragestellungen und die Qualität der Daten im Vergleich zu persönlichen Interviews beziehen, kann entgegengenommen werden:

1. Bei telefonischen Befragungen werden Ausschöpfungsquoten bis 70% realisiert.


2.3.2 Zielgruppenfestlegung und Stichprobendesign

Für die österreichweite Befragung wurde eine proportional geschichtete Stichprobe aus der Grundgesamtheit aller ÄrztInnen mit VU-Vertragsverhältnis, die das allgemeine Untersuchungsprogramm („Basisuntersuchung“) der VU Neu durchführen, generiert. Hauptsächlich sind das ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Innere Medizin. ÄrztInnen wie beispielsweise Chirurgen, Radiologen oder Gynäkologen, die nur spezielle Untersuchungen (PAP, Koloskopie, Mammografie) durchführen, blieben unberücksichtigt.

Für die Generierung des Stichprobensamples wurde der aktualisierte Adressenpool aller VU-ÄrztInnen vom Österreichischen Hauptverband für Sozialversicherungsträger herangezogen. Außer Namen und Adressen der ÄrztInnen waren folgende Merkmale der Grundgesamtheit bekannt: VU_seit, Vertragsform (Wahlarzt oder Vertragsarzt), e-card Ausstattung (ja, nein), Fachgebiet, Niederlassungsform (Einzel-, Gruppenpraxis, Ambulatorium), Bundesland und Geschlecht (weiblich, männlich, sächlich).


Aufgrund der Ergebnisse eigener Untersuchungen und aufgrund von Literaturbefunden wurde angenommen, dass die folgenden Faktoren Relevanz für die vorliegende Problemstellung aufweisen und wurden deshalb als Quotierungsmerkmale ausgewählt: Bundesland, Geschlecht (männlich, weiblich), VU Typ (unterscheidet bei ÄrztInnen mit aktuellem VU-Vertrag zwischen jenen mit bereits zuvor bestehendem Vertrag für die „alte“ VU sowie jenen, welche erstmals einen Vertrag für die VU Neu abgeschlossen haben).

In Bezug auf das Merkmal Geschlecht soll angemerkt werden, dass (neben den Ambulatorien) Gruppenpraxen als „sächlich“ ausgewiesen sind und aufgrund der geringen Größe der Schicht im Gesamtsample in diesem Fall keine Quotensteuerung erzwungen wurde. Bis auf das Kriterium „VU Typ“ konnten von IFES alle Quoten eingehalten werden. Hinsichtlich des VU Typs sind die VU Alt-

---

5 FachärztInnen für Gynäkologie, die über einen bestehenden VU-Einzelvertrag für das gynäkologische VU-Programm verfügen, sind darüber hinaus in einer rechtlichen Sondersituation: Ihr Vertrag bleibt in vollem Umfang zu den rechtlichen Bedingungen der gesamtvertraglichen Regelungen 01.01. 1988 aufrecht, bis sie durch eine österreichweite Regelung oder andere Länderregelungen ersetzt werden.

Quoten auf VU Neu-Quoten verschoben worden. Das heißt, wenn die Erreichbarkeit nicht gegeben war, wurde auf die VU Neu-Quote übersteuert.

Den InterviewerInnen war vorgegeben, bei Nichterreichen bis zu fünf Wiederholungs- bzw. Kontaktierungsversuche durchzuführen. Für jede Quotenzelle wurde eine ausreichende Anzahl an Telefonnummern bereitgestellt, um die Quoten gezielt zu erreichen. Wenn die Anzahl der Telefonnummern erschöpft war, wurden neue Nummern bereitgestellt.
Es konnten die folgenden Nettostichproben realisiert werden (Übersteuerung in Richtung VU Neu):

Tabelle 4: Nettostichproben

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bundesland</th>
<th>Geschlecht</th>
<th>VU Alt</th>
<th>VU Neu</th>
<th>Gesamtergebnis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Burgenland</td>
<td>männlich</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>4</td>
<td>1</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>13</strong></td>
<td><strong>4</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Kärnten</td>
<td>männlich</td>
<td>22</td>
<td>5</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>8</td>
<td>4</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>30</strong></td>
<td><strong>9</strong></td>
<td><strong>39</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Niederösterreich</td>
<td>männlich</td>
<td>52</td>
<td>11</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>21</td>
<td>9</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>73</strong></td>
<td><strong>20</strong></td>
<td><strong>93</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Oberösterreich</td>
<td>männlich</td>
<td>49</td>
<td>9</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>12</td>
<td>6</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>1</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>62</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
<td><strong>79</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Salzburg</td>
<td>männlich</td>
<td>18/17</td>
<td>5/6</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>25/24</strong></td>
<td><strong>8/9</strong></td>
<td><strong>33</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Steiermark</td>
<td>männlich</td>
<td>46/44</td>
<td>7/9</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>16/14</td>
<td>6/8</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>62/58</strong></td>
<td><strong>13/17</strong></td>
<td><strong>75</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Tirol</td>
<td>männlich</td>
<td>29</td>
<td>5</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>7</td>
<td>3</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>36</strong></td>
<td><strong>8</strong></td>
<td><strong>44</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Vorarlberg</td>
<td>männlich</td>
<td>13/10</td>
<td>3</td>
<td>16/13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>15/12</strong></td>
<td><strong>4</strong></td>
<td><strong>19/16</strong></td>
</tr>
<tr>
<td>Wien</td>
<td>männlich</td>
<td>49/46</td>
<td>8/13</td>
<td>57/59</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>weiblich</td>
<td>32</td>
<td>11/13</td>
<td>43/45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>sächlich</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamt</strong></td>
<td></td>
<td><strong>81/78</strong></td>
<td><strong>20/26</strong></td>
<td><strong>101/104</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Gesamtergebnis</strong></td>
<td></td>
<td><strong>397/386</strong></td>
<td><strong>103/114</strong></td>
<td><strong>500</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>
2.3.3 Ausschöpfung
Insgesamt wurden 6003 Nummern gewählt und 23.582 Kontaktversuche vorgenommen. 2795 der kontaktierten ÄrztInnen verweigerten das Interview.

Neutrale Ausfälle (Praxisschließung, Arzt/ Ärztin verstorben, Urlaub, Anschluss außer Betrieb, niemanden erreicht) wurden insgesamt 439 gezählt. In 105 Fällen wurde zwar ein Interviewtermin vereinbart, es kam aber kein Interview zustande. In 24 Fällen wurde das Interview abgebrochen. In 484 Fällen waren Arzt bzw. Ärztin aus anderen Gründen nicht verfügbar (Tabelle 5).

Tabelle 5: Ausschöpfungsstatistik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nummern gesamt im Sample</th>
<th>6003</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl der Kontaktversuche</td>
<td>23.582</td>
</tr>
<tr>
<td>Vollständige Interviews</td>
<td>500</td>
</tr>
<tr>
<td>Verweigerung</td>
<td>2795</td>
</tr>
<tr>
<td>Neutrale Ausfälle:</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisschließung</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Verstorben</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Im Befragungszeitraum auf Urlaub</td>
<td>277</td>
</tr>
<tr>
<td>Anschluss außer Betrieb</td>
<td>56 falsche Nummern + 3 Firmennummern</td>
</tr>
<tr>
<td>Niemand erreichbar</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Termine/ Rückrufe vereinbart, aber kein Interview zustande gekommen</td>
<td>105</td>
</tr>
<tr>
<td>Interview abgebrochen</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Quote während des Interviews erfüllt</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>Aus sonstigen Gründen nicht verfügbar</td>
<td>484</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.3.4 Durchführung
Die Befragung wurde in Form telefonischer CATI-Interviews in der Praxis der ÄrztInnen durchgeführt. Dabei kamen ausschließlich die entsprechend geschulten InterviewerInnen zum Einsatz. Die Supervision der InterviewerInnen erfolgte durch das Institut für empirische Sozialforschung (IFES).

Die Befragung mittels des vom IfGP entwickelten Fragebogens nahm durchschnittlich 25 Minuten in Anspruch.

Das eingesetzte Instrument besteht aus 27 inhaltlichen Frageblöcken und neun Fragen zu Praxismerkmalen und soziodemografischen Faktoren (siehe Fragebogen im Anhang). Abschließend wurde den ÄrztInnen die Möglichkeit eines offenen Kommentars zur VU Neu geboten. Die inhaltlichen Fragen lassen sich den folgenden Bereichen zuordnen:
• Erfahrung mit und Einstellung zur Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe der VU
• Erfahrung mit der und Einstellung zur (elektronischen) Dokumentation
• Akzeptanz und Praktikabilität von VU-spezifischen Unterlagen (Befundblatt, Anamnesebögen, Alkoholfragebogen)
• Verwendung und Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztебroschüre“
• Erfahrung mit und Einstellung zur Lebensstilberatung
• Akzeptanz und Praktikabilität der Risikotafeln
• Erfahrung mit und Einstellung zur Risikokommunikation
• Erfahrung mit und Einstellung zur VU Neu-Schulung

2.3.5 Datenkontrolle, -verarbeitung und -auswertung
Die über die Telefoninterviews erhobenen Daten wurden dem IfGP elektronisch als SPSS-Rohdatenfile (.sav) übermittelt. Plausibilitätskontrollen erfolgten sowohl über das IFES als auch durch das IfGP. Dabei wurden folgende Kriterien beachtet:

1. Einhaltung der Quoten
2. Vollständigkeit des Interviews
3. Filter
4. Plausibilität der numerischen Werte bei den entsprechenden „offenen“ Fragen
5. Statistik auf Vollständigkeit und Plausibilität

Nach Zusendung des Datensatzes durch IFES erfolgte ein Plausibilitätscheck durch das IfGP. Dabei konnten einige Plausibilitätsfehler hinsichtlich numerischer Werte (Jahresangaben, Altersangaben, Anzahl an VU/ Quartal) entdeckt werden, denen nach Rücksprache mit IFES auf den Grund gegangen und durch Kontaktaufnahme der entsprechenden ÄrztInnen bzw. durch einen Re-check der Datenübertragung ausgebessert wurden.


Die Beschriftungen der für diesen Bericht aufbereiteten Grafiken und Tabellen beinhalten die Anzahl der Personen, von denen beim jeweiligen Item eine gültige Antwort vorliegt (N) und in den meisten Fällen die Anzahl jener Personen, die keine Angabe machten bzw. die bei den entsprechenden Items die vorliegende Antwortalternative „weiß nicht“ wählten (k. A.). In einzelnen Fällen wurde aufgrund des geringen Prozentsatzes und des irrelevanten Informationsgehaltes entschieden, Personen, die keine Angabe machten, auszuschließen. Die Antwortkategorien „trifft zu“, „trifft eher zu“, „trifft eher nicht zu“


Alle Items wurden auf mögliche Zusammenhänge mit soziodemografischen Merkmalen und Praxismerkmalen geprüft. Im vorliegenden Bericht werden überwiegend statistisch signifikante Ergebnisse bzw. auffällige Tendenzen dargestellt. Auf die Präsentation von statistisch nicht signifikanten Kombinationen wurde weitestgehend verzichtet.
3 Ergebnisse der ÄrztInnenbefragung zum Thema Vorsorgeuntersuchung Neu

3.1 Praxismerkmale und soziodemografische Merkmale

Tabelle 6 enthält eine Beschreibung der Stichprobe in Bezug auf die im Telefoninterview erhobenen und z. T. auf der VertragspartnerInnenliste des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger basierenden Praxismerkmale\(^{7}\) sowie das Alter der ÄrztInnen getrennt nach dem Geschlecht.

Tabelle 6: Soziodemografische Personenmerkmale und Praxismerkmal getrennt nach Geschlecht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Gesamtstichprobe (N = 500)</th>
<th>Ärzte (N = 331)</th>
<th>Ärztinnen (N = 169)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
<td>n (%)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Alter</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>30 bis 40</td>
<td>49 (9.8)</td>
<td>25 (7.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>41 bis 50</td>
<td>204 (40.8)</td>
<td>124 (37.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 60</td>
<td>203 (40.6)</td>
<td>144 (43.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Über 60-Jährige</td>
<td>44 (8.8)</td>
<td>39 (11.5)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Praxisstandort</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Wien</td>
<td>103 (20.6)</td>
<td>52 (15.7)</td>
</tr>
<tr>
<td>Niederösterreich</td>
<td>93 (18.6)</td>
<td>58 (17.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Oberösterreich</td>
<td>80 (16.0)</td>
<td>63 (19.0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Steiermark</td>
<td>76 (15.2)</td>
<td>53 (16.0)</td>
</tr>
<tr>
<td>Tirol</td>
<td>43 (8.6)</td>
<td>32 (9.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kärnten</td>
<td>39 (7.8)</td>
<td>26 (7.9)</td>
</tr>
<tr>
<td>Salzburg</td>
<td>33 (6.6)</td>
<td>22 (6.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Burgenland</td>
<td>17 (3.4)</td>
<td>12 (3.6)</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorarlberg</td>
<td>16 (3.2)</td>
<td>13 (3.9)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Regionale Zuordnung</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ländlich/ eher ländlich</td>
<td>228 (45.6)</td>
<td>163 (49.2)</td>
</tr>
<tr>
<td>Städtisch/ eher städtisch</td>
<td>202 (40.4)</td>
<td>129 (36.3)</td>
</tr>
<tr>
<td>gemischt</td>
<td>70 (14.0)</td>
<td>48 (14.5)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Praxisform</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelpraxis</td>
<td>472 (94.4)</td>
<td>316 (95.5)</td>
</tr>
<tr>
<td>Gruppenpraxis</td>
<td>28 (5.6)</td>
<td>15 (4.5)</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Fachgebiet</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeinmedizin</td>
<td>457 (91.4)</td>
<td>295 (89.1)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\(^{7}\) Hauptfachgebiet, Vertragstyp und VU Typ
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Innere Medizin 43 (8.6) 36 (10.9) 7 (4.1)

Vertragsart (kurativ)
VertragsärztInn 374 (74.4) 273 (82.5) 99 (58.6)
WahlärztIn 128 (25.6) 58 (17.5) 70 (41.4)

Niederlassungsjahr
1960er Jahre 1 (0.2) 1 (0.3) 0 (0.0)
1970er Jahre 29 (5.8) 27 (8.2) 2 (1.2)
1980er Jahre 164 (32.8) 133 (40.2) 31 (18.3)
1990er Jahre 150 (30.0) 86 (26.0) 64 (37.9)
2000-2009 156 (31.2) 84 (25.4) 72 (42.6)

Anzahl VU/ Quartal
0 11 (2.3) 5 (1.5) 6 (3.6)
1 bis 50 342 (70.1) 215 (66.6) 127 (77.0)
51 bis 100 99 (20.3) 70 (21.7) 29 (17.6)
101 bis 500 36 (7.4) 33 (10.2) 3 (1.8)

Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln
Ja 337 (67.4) 219 (66.2) 118 (69.8)
Nein 163 (32.6) 112 (33.8) 51 (30.2)

Durchführung von VU seit
den 1970er Jahren 25 (5.0) 23 (6.9) 2 (1.2)
den 1980er Jahren 149 (29.8) 121 (36.6) 28 (16.6)
den 1990er Jahren 155 (31.0) 93 (28.1) 62 (36.7)
dem Jahr 2000 171 (34.2) 94 (28.4) 77 (45.6)

VU Typ
VU Alt 386 (77.2) 265 (80.1) 121 (71.6)
VU Neu 114 (22.8) 66 (19.9) 48 (28.4)

VU Neu seit
2005 377 (75.4) 254 (76.7) 123 (72.8)
2006 58 (11.6) 41 (12.4) 17 (10.1)
2007 27 (5.4) 14 (4.2) 13 (7.7)
2008 21 (4.2) 12 (3.6) 9 (5.3)
2009 17 (3.4) 10 (3.0) 7 (4.1)

3.1.1 Geschlechts- und Altersstruktur
Wie bereits berichtet, wurden 500 niedergelassene VU-ÄrztInnen befragt, wobei sich die Geschlechterverteilung analog der Zusammensetzung der Grundgesamtheit verhält (66% der männlich und 34% weiblich).

Die Altersspanne der Stichprobe reicht von 32 bis 72 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 50.6 Jahren (SD: 7.3 Jahre). Die Ärztinnen sind im Durchschnitt um 3.5 Jahre jünger als ihre männlichen Kollegen (Frauen: M=48.3, Männer: M=51.8). Abbildung 1 zeigt die Altersverteilung in absoluten Zahlen getrennt für Ärzte und Ärztinnen.
Teilt man die befragten ÄrztInnen auf zwei Altersgruppen, nämlich bis 49-Jährige und ab 50-Jährige auf, zeigt sich der geschlechtsspezifische Unterschied noch deutlicher: Während in der Gruppe der bis 49-Jährigen noch 43% Ärztinnen zu finden sind, reduziert sich ihr Anteil in der Gruppe der ab 50-Jährigen auf 27% (Tabelle 7).

Tabelle 7: Altersgruppen nach Geschlecht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>männlich</th>
<th>weiblich</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bis 49</td>
<td>%</td>
<td>57</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>ab 50</td>
<td>%</td>
<td>73</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>%</td>
<td>66</td>
<td>34</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung. N=500.
3.1.2 Praxisstandort – Bundesland und Umfeld

Entsprechend der Grundgesamtheit befindet sich die Praxis der Mehrheit der ÄrztInnen mit VU-Vertrag mit 21% in Wien, gefolgt von Niederösterreich (19%), Oberösterreich (16%) und der Steiermark (15%). Am seltensten befindet sich die Praxis von VU-ÄrztInnen im Burgenland (3%) bzw. in Vorarlberg (3%). Tirol, Kärnten und Salzburg bilden mit 9%, 8% bzw. 7% das Mittelfeld (Abbildung 2).

Abbildung 2: Praxisstandort, Bundesland (N=500)

46% der befragten ÄrztInnen geben an, dass sich ihre Praxis in einem ländlichen bzw. eher ländlichen Umfeld befindet, 40% schätzen ihren Praxisstandort als städtisch bzw. eher städtisch ein. 14% geben an, ihre Praxis befinde sich in einer gemischten Region, die weder eindeutig als städtisch noch als ländlich bezeichnet werden kann (N=500).
3.1.3 Praxisform, Fachrichtung und Vertragsform

Wie erwartet, ist der Anteil an Gruppenpraxen in Österreich mit 6% relativ gering. Die Mehrheit der ÄrztInnen (94%) ordiniert in einer Einzelpraxis (N=500).

Die Fachrichtungen der befragten VU-VertragsärztInnen beschränken sich auf Allgemeinmedizin und Innere Medizin. Der Großteil der ÄrztInnen (89% der Ärzte und 96% der Ärztinnen) weist die Fachrichtung Allgemeinmedizin aus, der Rest (11% der Ärzte und 4% der Ärztinnen) die Fachrichtung der Inneren Medizin (Abbildung 3). Diese beiden Fachrichtungen entsprechen neben dem Facharzt für Lungenheilkunde den gemäß Gesamtvertrag zulässigen Fachrichtungen für die Durchführung des „Allgemeinen Untersuchungsprogramms“.

Abbildung 3: Fachrichtung nach Geschlecht (N=500)

Etwa drei Viertel (74%) der befragten ÄrztInnen sind als VertragsärztInnen tätig, die restlichen 26% als WahlärztInnen (N=500).
3.1.4 Niederlassungszeitpunkt, Anzahl der durchgeführten VU im letzten Quartal und Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln

Je ca. 30% der VU-ÄrztInnen haben sich in den 1980er, den 1990er und zwischen 2000 und 2009 niedergelassen. 6% führen bereits seit den 1970er Jahren ihre Praxis und eine Person (0,2%) seit den 1960ern (Abbildung 4).

![Abbildung 4: Niederlassungszeitpunkt (N=500)](image)

Die ÄrztInnen wurden nach der Anzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im letzten Quartal\(^8\) gefragt. Prinzipiell gehen wir davon aus, dass diese Angabe die regelmäßige Anzahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal wiedergibt, also keine erheblichen Unterschiede der Anzahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen von Quartal zu Quartal auftreten. Die Befragten geben an, durchschnittlich 44 Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen (SD=46). 11 Personen berichten, innerhalb des letzten Quartals keine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt zu haben. Mit der Abwicklung von 500 Vorsorgeuntersuchungen innerhalb des letzten Quartals bildet eine Person eine (statistische) Ausnahme. Der Großteil der Angaben der Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen bewegt sich mit 69% im Bereich bis zu 50 durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen, 20% fallen in den Bereich von 51 bis 100 und 7% in den Bereich von 101 bis 500 (Abbildung 6).

---

\(^8\) Die Befragung wurde im Juni 2009 durchgeführt.
67% der Befragten nehmen regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil, in etwa gleich viele Frauen wie Männer (66% der Männer und 69% der Frauen). Ein Bundesländervergleich zeigt, dass sich der Anteil an Teilnehmenden an Qualitätszirkeln zwischen 81% (Vorarlberg) und 61% (Kärnten) bewegt (Abbildung 7).

Abbildung 6: Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal (N=488, k. A. = 12)

Abbildung 7: Teilnahme an Qualitätszirkeln nach Bundesländern (N=100)
3.1.5 Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und Vorsorgeuntersuchung Neu

34% der befragten ÄrztInnen geben an, seit dem Jahr 2000 Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. 31% führen seit den 1990er Jahren Vorsorgeuntersuchungen durch, 30% bereits seit den 1980er Jahren und nur noch 5% seit den 1970ern (Abbildung 8).

Abbildung 8: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU (N=500)

77% der ÄrztInnen waren bereits mit der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen betraut, bevor die VU Neu 2005 eingeführt wurde (VU Alt-ÄrztInnen). Für die restlichen 23% war die VU Neu die erste Form der Gesundenuntersuchung, mit der sie konfrontiert wurden (VU Neu-ÄrztInnen) (N=500).

Erwartungsgemäß ist der Anteil der Männer in der Gruppe der VU Alt-ÄrztInnen (69%) größer als in jener der VU Neu-ÄrztInnen (58%) (N=500).

Der Altersdurchschnitt der VU Neu-ÄrztInnen beträgt 45 Jahre. Damit sind sie durchschnittlich um 7 Jahre jünger als die Gruppe jener ÄrztInnen, die bereits die vorangegangene Gesundenuntersuchung durchführte (Tabelle 8).
Tabelle 8: Durchschnittsalter nach VU Typ

<table>
<thead>
<tr>
<th>Alter</th>
<th>N</th>
<th>M</th>
<th>Minimum</th>
<th>Maximum</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>VU Alt</td>
<td>386</td>
<td>52.26</td>
<td>35</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>VU Neu</td>
<td>114</td>
<td>45.16</td>
<td>32</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>500</td>
<td>50.64</td>
<td>32</td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die VU Neu wird von drei Viertel der Befragten seit Beginn, also seit 2005 durchgeführt. Der Anteil von 12% seit 2006 nimmt bis 2009 stetig ab und beträgt für dieses Jahr 3% (Abbildung 9).

Abbildung 9: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU Neu (N=500)

3.2 Ansichten zur Zielgruppe der VU Neu

Insgesamt 69% stimmen der Aussage zu bzw. eher zu, die VU Neu aktiv bei ihren PatientInnen zu bewerben (Tabelle 9). Drei Viertel der Befragten (76%) haben den Eindruck, dass jene Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, diese nicht in Anspruch nehmen (Tabelle 10).
Tabelle 9: Aktive Bewerbung der VU Neu

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>Kumulierte Prozente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Trifft zu</td>
<td>251</td>
<td>50</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft eher zu</td>
<td>95</td>
<td>19</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft eher nicht zu</td>
<td>59</td>
<td>12</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft nicht zu</td>
<td>95</td>
<td>19</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>500</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung. N=500.

Tabelle 10: (Nicht-)Inanspruchnahme der VU Neu von Personen, die davon profitieren könnten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, nehmen diese nicht in Anspruch.</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
<th>Kumulierte Prozente</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Trifft zu</td>
<td>204</td>
<td>41</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft eher zu</td>
<td>174</td>
<td>35</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft eher nicht zu</td>
<td>64</td>
<td>13</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Trifft nicht zu</td>
<td>48</td>
<td>10</td>
<td>98</td>
</tr>
<tr>
<td>Weiß nicht</td>
<td>10</td>
<td>2</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>500</td>
<td>100</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Mehrheit der ÄrztInnen (78%) ist nicht der Meinung, dass eine obere Altersgrenze für VU-TeilnehmerInnen festgelegt werden sollte und hält auch die derzeitige untere Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll (71%). Die Mehrzahl der Befragten (80%) ist der Meinung, dass die VU weiterhin jährlich in Anspruch genommen werden sollte. Immerhin 34% der Befragten finden es nicht sinnvoll, eine Vorsorgeuntersuchung bei chronisch kranken PatientInnen durchzuführen (Abbildung 10).
Es sollte eine obere Altersgrenze für VU-Teilnehmer festgelegt werden.

Ich halte die derzeitige untere Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll.

Die VU sollte nicht jährlich in Anspruch genommen werden.

trifft zu  
trifft nicht zu  
weiß nicht

Abbildung 10: Festlegung der Zielgruppe der VU Neu (N=491-498, k. A.= 2-9)

Es lassen sich Zusammenhänge zwischen den Ansichten der Befragten zur Zielgruppe der Vorsorgeuntersuchung und der Anzahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen erkennen. Von jenen ÄrztInnen, die keine Vorsorgeuntersuchungen im letzten Quartal durchgeführt haben, bewerben auch nur 18% die Vorsorgeuntersuchung Neu aktiv bei ihren PatientInnen. Je mehr Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, umso häufiger wird die Vorsorgeuntersuchung Neu aktiv beworben. In der Gruppe jener ÄrztInnen, die angeben, 101 bis 500 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt zu haben, bewerben 86% die Vorsorgeuntersuchung aktiv bei ihren PatientInnen (Tabelle 11).

Auch hinsichtlich der Meinung zu den Altersgrenzen der Zielgruppe lassen sich Unterschiede nach der Anzahl an abgewickelten Vorsorgeuntersuchungen erkennen. So etwa lehnen ÄrztInnen, je mehr Vorsorgeuntersuchungen sie durchführen, umso häufiger das Argument ab, eine obere Altersgrenze für VU-TeilnehmerInnen festzulegen (Tabelle 11). Mit zunehmender Anzahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen nimmt auch der Zustimmungsgrad zum Item, eine untere Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll zu halten, zu (Tabelle 11).

Eine ähnliche Tendenz zeigt sich für das Item „Die VU sollte nicht jährlich in Anspruch genommen werden“: Während diese Aussage auf 36% der Gruppe jener ÄrztInnen mit keiner
Vorsorgeuntersuchung im letzten Quartal zutrifft, stimmen dem Item nur noch 18% der Befragten zu, die angeben, 101 bis 500 Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt zu haben (Tabelle 11).

Dass es nicht sinnvoll erscheint, Vorsorgeuntersuchungen bei chronisch erkrankten Personen durchzuführen, bejahen 64% jener ÄrztInnen, die keine Vorsorgeuntersuchung im letzten Quartal durchführten, dagegen nur 21% bzw. 19% jener, die angeben, mehr als 50 Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen (Tabelle 11).

Schließlich sind auch mehr ÄrztInnen, die weniger Vorsorgeuntersuchungen durchführen (weniger als 100) öfter der Meinung, dass Personen, die am meisten von der Untersuchung profitieren könnten, diese nicht in Anspruch nehmen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>18</td>
<td>64</td>
<td>36</td>
<td>64</td>
<td>100</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>67</td>
<td>71</td>
<td>19</td>
<td>39</td>
<td>81</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>77</td>
<td>72</td>
<td>17</td>
<td>21</td>
<td>70</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>86</td>
<td>81</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
<td>63</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>69</td>
<td>72</td>
<td>19</td>
<td>34</td>
<td>78</td>
<td>34</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Betrachtet man die Frage, ob die Vorsorgeuntersuchung weiterhin jährlich in Anspruch genommen werden sollte, lässt sich ein Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung erkennen: Fast die Hälfte der ÄrztInnen (48%), die bereits seit den 1970er Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchführt, stimmt der Aussage zu, dass die Vorsorgeuntersuchung nicht jährlich in Anspruch genommen werden sollte. Diese Aussage finden jedoch lediglich 16% der ÄrztInnen, die seit den 1980er Jahren, 15%, die seit den 1990er Jahren und 20% der ÄrztInnen, die seit 2000 Vorsorgeuntersuchungen durchführen, zutreffend ($\chi^2 (3, N = 491) = 16.60, p < .001$, Tabelle 12).
Tabelle 12: Jährliche Inanspruchnahme

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durchführung von VU seit...</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>... den 70er Jahren</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>... den 80er Jahren</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>... den 90er Jahren</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>... 2000</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>19</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die Ansichten der ÄrztInnen zur Zielgruppe der VU Neu zeigen auch tendenzielle Unterschiede nach Bundesländern (Tabelle 13). Hinsichtlich der aktiven Bewerbung der VU Neu sind die überdurchschnittlich hohen Prozentsätze an ÄrztInnen, die in Kärnten (82%), im Burgenland (77%) und in Vorarlberg (75%) ordnieren und dem Item zustimmen, auffallend.

Eine obere Altersgrenze für VU TeilnehmerInnen festzusetzen, bejahen 30% der Salzburger ÄrztInnen, 28% der steirischen ÄrztInnen und 27% der ÄrztInnen aus Niederösterreich, hingegen nur 18% der Wiener ÄrztInnen, 13% der Vorarlberger ÄrztInnen und 13% der Kärntner ÄrztInnen (Tabelle 13).

Burgenländische und Salzburger ÄrztInnen stimmen der Aussage, die derzeitige untere Altersgrenze sei sinnvoll, mit 88% bzw. 85% am häufigsten zu. Vorarlberger ÄrztInnen stimmen diesem Item mit 56% am seltensten zu (Tabelle 13).

Die Aussage, dass die VU nicht mehr jährlich in Anspruch genommen werden sollte, erhält mit durchschnittlich 19% generell eine relativ geringe Zustimmung. Mit nur 6% ÄrztInnen, die dieser Aussage zustimmen, liegt das Burgenland deutlich unter dem Durchschnitt (Tabelle 13).

Überdurchschnittlich häufig finden ÄrztInnen mit Ordination im Burgenland (47%) und in Salzburg (42%) die Aussage zutreffend, VU bei chronisch erkrankten Personen durchzuführen sei nicht sinnvoll. Am seltensten stimmen dieser Aussage Kärntner ÄrztInnen zu (15%) (Tabelle 13).
Tabelle 13: Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe nach Bundesländern

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vorarlberg</td>
<td>75</td>
<td>13</td>
<td>56</td>
<td>20</td>
<td>25</td>
<td>79</td>
</tr>
<tr>
<td>Tirol</td>
<td>63</td>
<td>16</td>
<td>74</td>
<td>12</td>
<td>30</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Salzburg</td>
<td>61</td>
<td>30</td>
<td>85</td>
<td>24</td>
<td>42</td>
<td>91</td>
</tr>
<tr>
<td>Oberösterreich</td>
<td>73</td>
<td>20</td>
<td>67</td>
<td>15</td>
<td>25</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Kärnten</td>
<td>82</td>
<td>13</td>
<td>64</td>
<td>13</td>
<td>15</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Steiermark</td>
<td>61</td>
<td>28</td>
<td>71</td>
<td>23</td>
<td>33</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Burgenland</td>
<td>77</td>
<td>12</td>
<td>88</td>
<td>6</td>
<td>47</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Niederösterreich</td>
<td>68</td>
<td>27</td>
<td>74</td>
<td>20</td>
<td>41</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Wien</td>
<td>73</td>
<td>18</td>
<td>70</td>
<td>23</td>
<td>40</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>69</td>
<td>21</td>
<td>71</td>
<td>19</td>
<td>34</td>
<td>77</td>
</tr>
</tbody>
</table>


3.3 Einstellung zur und Erfahrungen mit der Dokumentation

Seit Einführung der VU Neu im Jahr 2005 haben VU-ÄrztInnen die Wahl, ob sie auf Papier oder elektronisch dokumentieren möchten. Die meisten, nämlich 47% der befragten ÄrztInnen nutzen weiterhin ausschließlich die Papierform zur Dokumentation, 40% dokumentieren ausschließlich elektronisch und 12% dokumentieren sowohl am Papier als auch elektronisch (Abbildung 11).
Mehr als die Hälfte der Ärztinnen (57%) entscheidet sich zur Befunddokumentation für die Papierform, während knapp die Hälfte der Ärzte (47%) die elektronische Dokumentationsform wählt. 15% der Ärztinnen und 11% der Ärzte dokumentieren sowohl auf Papier als auch elektronisch ($\chi^2$ (3, N=500) = 17.47, $p < .001$, Tabelle 14).

Tabelle 14: Form der Dokumentation nach Geschlecht

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Papierform</th>
<th>Elektronische Dokumentation</th>
<th>Papierform und elektronisch</th>
<th>Keine Angabe</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Arzt</td>
<td>42%</td>
<td>47%</td>
<td>11%</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztin</td>
<td>57%</td>
<td>27%</td>
<td>15%</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47%</td>
<td>40%</td>
<td>12%</td>
<td>1%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Die statistische Überprüfung möglicher Zusammenhänge zwischen der Dokumentationsform und soziodemografischen Merkmalen bzw. Praxismerkmalen zeigte folgende auffällige Ergebnisse:
91% jener ÄrztInnen, die im letzten Quartal keine Vorsorgeuntersuchung durchführten, dokumentieren auf Papier. Je weniger Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, umso eher wird die Papiervariante als Dokumentationsform bevorzugt (Tabelle 15).

Für die elektronische Variante entscheiden sich alle ÄrztInnen, die sich in den 1960er Jahren niedergelassen haben (=100%). 41% der ÄrztInnen, die sich in den 1970er Jahren, 47% der ÄrztInnen, die sich in den 1980er Jahren, 38% der ÄrztInnen, die sich in den 1990er Jahren niedergelassen haben und 34% jener ÄrztInnen, die seit 2000 in eigener Praxis tätig sind, dokumentieren ebenfalls elektronisch (Tabelle 15).

Zwischen den beiden Altersgruppen lassen sich kaum Unterschiede nachweisen. Auffallend ist jedoch, dass von der Gruppe der ÄrztInnen bis 49 Jahren knapp die Hälfte (49%) angibt, das Dokumentationsblatt auf Papier auszufüllen. In der Gruppe der ab 50-jährigen ÄrztInnen trifft die Papiervariante für etwas weniger, nämlich 46% zu (Tabelle 15).

Im Vergleich der Erfahrung mit der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen in Jahren, fällt auf, dass jene, die bereits seit den 1970er Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchführen mit 40% am seltensten angeben, die Dokumentation in Papierform zu erledigen. 36% von ihnen füllen das Dokumentationsblatt elektronisch aus und ein relativ hoher Anteil von 20% füllt das Dokumentationsblatt sowohl in Papierform als auch elektronisch aus. Mit 51% gibt in der Gruppe jener, die seit 2000 Vorsorgeuntersuchungen durchführen etwas mehr als die Hälfte an, die Papiervariante zu bevorzugen (Tabelle 15).

Von den ÄrztInnen, welche zuvor bereits Verträge für die alte VU hatten, dokumentieren 46% nur in Papierform, 42% elektronisch und 12% füllen das Dokumentationsblatt sowohl elektronisch als auch am Papier aus. In der Gruppe der VU Neu-ÄrztInnen verteilen sich die Angaben ähnlich, wenn auch der Anteil von 51% jener, die die Papiervariante bevorzugen vergleichsweise höher ist (Tabelle 15).

Als signifikant verhält sich der Vergleich zwischen VertragsärztInnen und WahlärztInnen. Nur 13% der WahlärztInnen dokumentiert elektronisch. Im Vergleich dazu ist es knapp die Hälfte der VertragsärztInnen (49%), die sich für die elektronische Dokumentation entscheidet (Tabelle 15).
Tabelle 15: Form der Dokumentation nach Praxis- und soziodemografischen Merkmalen

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Anzahl an VU/ Quartal</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
<td>%</td>
</tr>
<tr>
<td>0</td>
<td>91</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>53</td>
<td>36</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>31</td>
<td>49</td>
<td>19</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>25</td>
<td>64</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Niedergelassen seit…</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1960er Jahren</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1970er Jahren</td>
<td>38</td>
<td>41</td>
<td>17</td>
<td>3</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1980er Jahren</td>
<td>44</td>
<td>47</td>
<td>9</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1990er Jahren</td>
<td>50</td>
<td>38</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…zwischen 2000 und 2009</td>
<td>51</td>
<td>34</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Altersgruppen</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Bis 49</td>
<td>49</td>
<td>37</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Ab 50</td>
<td>46</td>
<td>43</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Durchführung von VU seit…</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1970er Jahren</td>
<td>40</td>
<td>36</td>
<td>20</td>
<td>4</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1980er Jahren</td>
<td>44</td>
<td>46</td>
<td>10</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1990er Jahren</td>
<td>48</td>
<td>41</td>
<td>11</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>…2000</td>
<td>51</td>
<td>34</td>
<td>14</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>VU Typ</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>VU Alt</td>
<td>46</td>
<td>42</td>
<td>12</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>VU Neu</td>
<td>51</td>
<td>34</td>
<td>13</td>
<td>2</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Vertragstyp</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Vertragsarzt</td>
<td>38</td>
<td>49</td>
<td>13</td>
<td>0</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Wahlarzt</td>
<td>76</td>
<td>13</td>
<td>10</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>47</td>
<td>40</td>
<td>12</td>
<td>1</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>


Wie in Abbildung 12 dargestellt, lassen sich bezüglich der Dokumentationsform außerdem deutliche Unterschiede zwischen den Bundesländern nachweisen. Der Anteil an ausschließlich elektronisch dokumentierenden ÄrztInnen ist mit 77% in Vorarlberg am größten, gefolgt von Oberösterreich (59%), Kärnten (57%) und der Steiermark (54%). Mit Salzburg beginnt sich das Verhältnis umzukehren – hier dokumentiert bereits mehr als die Hälfte der ÄrztInnen am Papier (57%), gefolgt vom Burgenland (60%), von Tirol (62%), Wien (64%) und schließlich Niederösterreich (66%) ($\chi^2 (8, N=437) = 23.59, p < .003$).
Ihre Einstellungen zur elektronischen Dokumentation:

40% der Befragten (48%) stimmt der Aussage zu, dass der Papierausdruck des elektronischen Befundblattes für die PatientInnen übersichtlich gestaltet ist. Knapp die Hälfte der Befragten (48%) stimmt der Aussage zu, dass große datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde zu haben. Die Mehrheit der ÄrztInnen (73%) hat den Umstellungsaufwand für die elektronische Dokumentation als nicht sehr hoch empfunden, in etwa eben so viele (74%) benötigten keine Einschulung für die elektronische Dokumentation. Bei Problemen können 55% auf AnsprechpartnerInnen zurückgreifen, die ihnen weiterhelfen. Beinahe die Hälfte der befragten ÄrztInnen (49%) stimmt zu, dass die elektronische Dokumentation Mehrarbeit für sie bedeute. Das Dokumentationsblatt-System wird von 22% der ÄrztInnen als fehleranfällig und instabil bewertet, 69% der Befragten betrachten das elektronische Dokumentationssystem auch als einfach und selbsterklärend (Abbildung 13).
Die elektronische Dokumentation wird von vielen ÄrztInnen als Mehrarbeit empfunden. 45% der Befragten finden, dass die elektronische Dokumentation den Ablauf der Vorsorgeuntersuchung verbessert und strukturiert. 51% halten das Dokumentationsblatt für eine gute Möglichkeit, Themen anzusprechen, die in der Alltagsroutine für gewöhnlich nicht behandelt werden. 38% fühlen sich durch die Dokumentation in ihrer Handlungsautonomie eingeschränkt. Dass sich das Dokumentationsblatt gut in die Praxissoftware integrieren lässt, trifft für 69% der Befragten zu. Ein relativ großer Anteil, nämlich 11% der ÄrztInnen, kann dazu keine eindeutige Aussage treffen („weiß nicht“). 46% empfinden den Inhalt des Dokumentationsblattes als ausreichend (Abbildung 14).

Abbildung 13: Einstellung zur elektronischen Dokumentation (N=260)
3.4 Verwendung des VU-Anamnesebogens und des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM

69% der befragten ÄrztInnen geben an, den für die VU Neu verfügbaren Anamnesebogen immer zu verwenden, 8% verwenden ihn oft, 5% manchmal, 6% selten und 12% nie (Abbildung 15).

Abbildung 14: Einstellung zur Dokumentation (N=381-595, k. A.=5-119)

Abbildung 15: Verwendung des Anamnesebogens (N=500)
Umgekehrt verhält es sich mit der Verwendung des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM: Etwas mehr als die Hälfte der ÄrztInnen verwendet diese Unterlage nie, 10% selten, 5% manchmal, 6% oft und 10% immer. 13% der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet (Abbildung 16).

Abbildung 16: Verwendung des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM (N=449, k. A.=51)

Von 70% der Befragten wird der Anamnesebogen der VU Neu als aus deren Sicht für die PatientInnen verständlich beurteilt und 83% meinen, dass die Länge des Fragebogens für die PatientInnen zumutbar sei. Insgesamt 67% der befragten ÄrztInnen befinden den Inhalt als für sie ausreichend (Abbildung 17).

Abbildung 17: Einstellung zum Anamnesebogen (N=449, k. A.=51)
3.5 Verwendung und Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztebroschüre“

Immerhin 43% der ÄrztInnen nutzen die „wissenschaftlichen Grundlagen“ nie, 19% selten sowie 12% manchmal. Nur insgesamt 10% der Befragten verwenden diese Unterlagen oft, lediglich 7% machen immer davon Gebrauch. 9% der befragten ÄrztInnen machen dazu keine Angabe (Abbildung 18).

Abbildung 18: Verwendung der „wissenschaftlichen Grundlagen“ (N=457, k. A.=43)

Wie Abbildung 19 zeigt, verhält es sich mit der Verwendung der im Umfang deutlich geringeren „Ärztebroschüre“ ähnlich. 35% nutzen diese nie, 20% selten, 17% manchmal, 13% oft und nur 9% immer. 6% der ÄrztInnen beantworten diese Frage nicht.

Abbildung 19: Verwendung der „Ärztebroschüre“ (N=470, k. A.=30)
Die „wissenschaftlichen Grundlagen“ werden von insgesamt fast der Hälfte der ÄrztInnen (49%) als sehr nützlich, nützlich bzw. eher nützlich eingeschätzt. Als eher nicht nützlich bzw. nicht nützlich empfindet die Materialien insgesamt etwa ein Drittel der Befragten (31%) (Tabelle 16).

Tabelle 16: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nützlichkeitsgrad</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sehr nützlich</td>
<td>48</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Nützlich</td>
<td>91</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Eher nützlich</td>
<td>104</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Eher nicht nützlich</td>
<td>72</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht nützlich</td>
<td>84</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angabe</td>
<td>101</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>500</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>


58% der Befragten empfinden die „Ärztebroschüre“ als sehr nützlich, nützlich oder eher nützlich. 26% schätzen sie als eher nicht bzw. nicht nützlich ein (Tabelle 17). In beiden Fällen, sowohl bei den „wissenschaftlichen Grundlagen“ als auch bei der „Ärztebroschüre“ fällt auf, dass der Anteil jener, die keine Angaben machten, mit 20% bzw. 16% relativ hoch ist (Tabelle 16 bzw. Tabelle 17).

Tabelle 17: Nützlichkeit der „Ärztebroschüre“

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nützlichkeitsgrad</th>
<th>n</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sehr nützlich</td>
<td>45</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Nützlich</td>
<td>135</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Eher nützlich</td>
<td>108</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Eher nicht nützlich</td>
<td>61</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Nicht nützlich</td>
<td>72</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Keine Angabe</td>
<td>79</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>500</td>
<td>100</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Abbildung 20 macht deutlich, inwieweit die Verwendungshäufigkeit mit der Einschätzung der Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ zusammenhängt. Von jenen ÄrztInnen, die sie immer oder häufig verwenden, empfinden 66% die „wissenschaftlichen Grundlagen“ als nützlich, 24% als eher nützlich und nur 9% beurteilen sie als nicht nützlich. Umgekehrt verhält es sich mit jenen, die angeben, die Unterlagen nicht zu verwenden: In dieser Gruppe empfinden 57% die Materialien als nicht nützlich, 25% als eher nützlich und nur noch 18% als nützlich. In der Gruppe jener ÄrztInnen, die sie manchmal oder selten verwenden, überwiegt mit 55% die Einschätzung der Materialien als nützlich, 35% befinden sie als eher nützlich und 10% als nicht nützlich.

Abbildung 20: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ nach Verwendungshäufigkeit (N=393, k. A.=107)

Der Zusammenhang zwischen Verwendungshäufigkeit und Einschätzung der Nützlichkeit der „Ärztebroschüre“ verhält sich ähnlich. Von sogar drei Viertel (75%) der regelmäßigen AnwenderInnen (ÄrztInnen, die die Broschüre immer bzw. oft verwenden) wird die „Ärztebroschüre“ als nützlich eingeschätzt, mehr als die Hälfte jener, die sie manchmal oder selten verwendet und 24% jener, die sie nie verwenden, beurteilen sie ebenfalls als nützlich. In der Gruppe der ÄrztInnen, die die „Ärztebroschüre“ nicht verwendet, ist der Anteil jener ÄrztInnen, die dieses Material als nicht nützlich empfindet, mit 50% wieder am höchsten (Abbildung 21).
3.6 Verwendung und Akzeptanz des Alkoholfragebogens

Von 40% der ÄrztInnen wird der Alkoholfragebogen bei der VU immer verwendet, 8% geben an, ihn oft zu verwenden, 9% verwenden ihn manchmal, 15% selten und immerhin 28% nie.

Abbildung 22: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens (N=498, k. A.=2)
Tendenzielle Unterschiede in der Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens lassen sich hinsichtlich des Umfeldes erkennen, in der die Praxis der befragten ÄrztInnen angesiedelt ist. Während von jenen ÄrztInnen, die in einem ländlichen bzw. eher ländlichen Umfeld ordnieren 39% den Alkoholfragebogen immer bzw. oft verwenden, verwenden diesen 54% der ÄrztInnen mit Ordination in städtischem bzw. eher städtischem Gebiet regelmäßig.

Abbildung 23: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Umfeld (N=430, k. A.=2)

Es lassen sich auch Unterschiede der Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Bundesländern nachweisen. Niederösterreich, Vorarlberg und Wien stechen mit einem Anteil von 64%, 62% bzw. 56% an ÄrztInnen, die den Fragebogen immer bzw. oft verwenden hervor, während ÄrztInnen aus dem Burgenland und aus Kärnten mit 47% bzw. 41% am häufigsten angeben, den Fragebogen zum Thema Alkohol nie zu verwenden (Abbildung 24).
Die Überprüfung des Zusammenhangs zwischen der Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens und den durchschnittlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen zeigt ein auffallendes Ergebnis: Je häufiger Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, umso seltener wird der Fragebogen regelmäßig verwendet. 73% der ÄrztInnen, die im letzten Quartal keine Vorsorgeuntersuchung durchführten, verwenden den Fragebogen immer bzw. oft. Regelmäßig verwenden ihn auch 52% der ÄrztInnen, die bis zu 50 Vorsorgeuntersuchungen durchführen, noch 37% der ÄrztInnen, die zwischen 50 und 100 Untersuchungen im Quartal abwickeln und nur mehr 33% der ÄrztInnen mit über 100 durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (Tabelle 18).

Tabelle 18: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl an VU/letztem Quartal</th>
<th>Immer/ oft</th>
<th>Manchmal/ selten</th>
<th>Nie</th>
<th>Gesamt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>73%</td>
<td>9%</td>
<td>18%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>52%</td>
<td>23%</td>
<td>25%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>37%</td>
<td>27%</td>
<td>35%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>33%</td>
<td>25%</td>
<td>42%</td>
<td>100%</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>48%</td>
<td>24%</td>
<td>28%</td>
<td>100%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Insgesamt mehr als zwei Drittel der Befragten (68%) stimmt der Aussage zu, dass aufgrund der langjährigen Arzt-Patienten-Beziehung der Fragebogen nicht notwendig sei und 71% finden andere Screening-Instrumente geeigneter. Weiters sind zwei Drittel der Befragten (66%) der Ansicht, dass zur Besprechung des Alkoholkonsums kein Fragebogen verwendet werden sollte. Umgekehrt stimmt fast ein Drittel (32%) der Aussage zu, dass das Thema durch den Fragebogen sinnvoll abgefragt werde (Abbildung 25).

Abbildung 25: Einstellung zum Alkoholfragebogen (N=473-492, k. A.=8-27)

Jene ÄrztInnen, die den Alkoholfragebogen verwenden, wurden auch um praktische Erfahrungen mit dem Instrument gebeten. Die Mehrheit (81%) stimmt der Aussage nicht zu, mithilfe des Alkoholfragebogens bereits einige ProblemtrinkerInnen identifiziert zu haben, 67% besprechen das Ergebnis des Alkoholfragebogens mit jedem Patienten/ jeder Patientin im abschließenden Gespräch und 68% sehen keine Gefährdung der Beziehung zu ihren PatientInnen aufgrund der als stigmatisierend empfundenen Fragen (Abbildung 26).
Die als stigmatisierend empfundenen Fragen gefährden die Beziehung zu meinen Patienten.

I ch bespreche mit jedem Patienten das Ergebnis des Alkoholfragebogens im abschließenden Gespräch.

Mithilfe des Alkoholfragebogens habe ich bereits einige Problemtrinker identifiziert.

Abbildung 26: Erfahrungen mit dem Alkoholfragebogen (N=352-357, k. A.=1-6)

Vergleicht man die Gruppe jener ÄrztInnen, die den Alkoholfragebogen immer bzw. oft verwendet, mit jener, die ihn manchmal oder selten verwendet, lässt sich ein signifikanter Unterschied in ihrem Antwortverhalten bezüglich der Frage nach der Beziehungsgefährdung erkennen: Während jene, die den Fragebogen selten verwenden, der Aussage zu je 50% nicht zu- bzw. zustimmen, sind es doch mehr als drei Viertel der ÄrztInnen (77%), die ihn regelmäßig verwenden, die ihre Beziehung zu den PatientInnen durch die Fragen des Alkoholfragebogens nicht gefährdet sehen ($\chi^2 (1, N = 500) = 25.82$, p < .001, Abbildung 27).
3.7 Lebensstilberatung

Um Einblick in die Erfahrungen und Einstellungen der ÄrztInnen in die Thematiken der Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum, zum Rauchstopp und der Kurzberatung zu körperlicher Aktivität zu bekommen, wurden ihnen jeweils vier Items vorgelegt, die sie als zutreffend bzw. nicht zutreffend beurteilen konnten.

3.7.1 Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum

64% der Befragten fühlen sich für die Durchführung der Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult, 50% meinen auch, dass Angebote für weiterführende Therapien in adäquatem Ausmaß zur Verfügung stehen. Immerhin 15% der ÄrztInnen haben die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen aufgrund der Thematisierung von Alkohol zu einem anderen Arzt/ einer anderen Ärztin wechselten. 28% der ÄrztInnen fehlt die Zeit für eine derartige Kurzberatung (Abbildung 28).
Für die Alkohol-Kurzintervention fehlt mir die Zeit.

Weil ich Alkohol thematisierte, wechselten PatientInnen zu einem anderen Arzt.

Angebote für weiterführende Therapien (intensivere Beratung, Entwöhnungstherapien, ...) sind derzeit nicht adäquat vorhanden.

Ich fühlte mich zur Durchführung der Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult.

Abbildung 28: Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum (N=481-492, k. A=8-19)

Betrachtet nach der Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen, geben 36% der ÄrztInnen, die keine Vorsorgeuntersuchung im letzten Quartal durchführten an, dass PatientInnen bereits zu einem anderen Arzt wechselten, weil sie Alkohol thematisierten. Nur 6% der ÄrztInnen, die viele Vorsorgeuntersuchungen durchführten (101 bis 500), können auf dieselbe Erfahrung verweisen (Tabelle 19).

Tabelle 19: Beziehungsgefährdung durch den Alkoholfragebogen nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl an VU/ Quartal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>16</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Ein weiterer Zusammenhang lässt sich zwischen der subjektiven Einschätzung des Schulungsgrades für eine Alkohol-Kurzintervention und der Dauer bisheriger Erfahrung mit Vorsorgeuntersuchungen erkennen. Dabei sticht ins Auge, dass ÄrztInnen, die bereits seit vielen Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchführen häufiger angeben, sich für die Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult zu fühlen als ÄrztInnen, die seit ca. 10 Jahren über einen VU-Vertrag verfügen (Tabelle 20).

Tabelle 20: Schulungsbedarf für die Alkohol-Kurzintervention nach bisheriger VU-Erfahrung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Durchführung von VU seit…</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>… den 1970er Jahren</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1980er Jahren</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>…den 1990er Jahren</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>…2000</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>65</td>
</tr>
</tbody>
</table>


### 3.7.2 Kurzintervention zum Rauchstopp

Für die Kurzintervention zum Rauchstopp fühlen sich 70% der Befragten ausreichend geschult. 52% denken, dass diese Maßnahme nicht Teil der VU selbst ist. Den Erfolg der Kurzintervention führen 43% auf die nachgewiesene Wirkung der Kurzintervention zurück, etwas mehr, nämlich 53% der ÄrztInnen auf das vielfältige und erprobte Angebot zur Raucherentwöhnung (Abbildung 29).
Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Raucherentwöhnung existieren, auf die ich verweisen kann.

Abbildung 29: Kurzintervention zum Rauchstopp (N=477-495, k. A.=5-23)

Auch hinsichtlich der Meinung zur Kurzintervention zum Rauchstopp zeigt sich ein Zusammenhang mit der Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen. Je mehr Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, umso häufiger wird der Aussage, dass es vielfältige und erprobte Angebote zur Raucherentwöhnung gibt, zugestimmt: Während lediglich 27% der ÄrztInnen, die im letzten Quartal keine Vorsorgeuntersuchungen durchführten, diese Aussage für zutreffend halten, sind es immerhin 67% jener ÄrztInnen, die durchschnittlich über 100 Vorsorgeuntersuchungen durchführen, die dem Item ebenfalls zustimmen (Tabelle 21).

Tabelle 21: Erfolg der Kurzintervention zum Rauchstopp nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl an VU/ Quartal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>54</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der Aussage zu Erfolg und Wirksamkeit der Kurzintervention zum Rauchstopp und den durchschnittlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen, sticht ins Auge, dass ÄrztInnen mit vielen durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen (101 bis 500) häufiger davon überzeugt sind, dass die Intervention aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit Erfolg verspricht als ÄrztInnen, die angaben, keine Vorsorgeuntersuchung durchgeführt zu haben (Tabelle 22).

Unterschiedlich beurteilen auch ÄrztInnen aus ländlicher, städtischer oder ländlich-städtischer („gemischter“) Region den Erfolg der Kurzintervention zum Rauchstopp aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit: Für 39% der ÄrztInnen aus ländlichem Gebiet und für 45% aus städtischem Gebiet trifft die Aussage zu. ÄrztInnen, die angeben, ihre Praxis befinde sich in einer „gemischten“ Region, befinden zu 60%, dass die Kurzintervention zum Rauchstopp aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit als erfolgversprechend einzuschätzen ist (Tabelle 22).

### Tabelle 22: Wirksamkeit der Kurzintervention zum Rauchstopp nach durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen und Umfeld

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl an VU/ Quartal</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>1 bis 50</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>51 bis 100</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>101 bis 500</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>45</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Umfeld</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ländlich/ eher ländlich</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Städtisch/ eher städtisch</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Gemischt</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamt</td>
<td>44</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Anmerkung. N=466-477. k. A.=23-34. Die angegebenen Prozentwerte spiegeln die Zustimmung zum Item wider.**
3.7.3 Kurzberatung zu körperlicher Aktivität

Für eine Kurzberatung zu körperlicher Aktivität fühlen sich 87% ausreichend geschult. Weniger als im Falle des Rauchstopps (70%), nämlich 38% meinen, eine derartige Beratungsmaßnahme sei nicht Teil der VU selbst. Insgesamt mehr ÄrztInnen schätzen die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität als erfolgversprechender ein als die Kurzintervention zum Rauchstopp, 69% aufgrund der nachgewiesenen Wirksamkeit (im Vgl. zu 43%) und 61% aufgrund der Angebote in diesem Lebensstilbereich (im Vgl. zu 53%) (Abbildung 30).

Abbildung 30: Kurzberatung zu körperlicher Aktivität (N=484-497, k. A.=3-16)

Ins Auge sticht die bundeslandspezifisch unterschiedliche Meinung bezüglich der Kurzberatung zu körperlicher Aktivität als Teil der Vorsorgeuntersuchung. Nach Ansicht von 51% der ÄrztInnen in Kärnten ist demnach diese Intervention nicht Teil der VU, wogegen diese Ansicht von nur 19% der ÄrztInnen in Vorarlberg bzw. 20% der ÄrztInnen in Tirol vertreten wird (Abbildung 31).
3.8 Risikokommunikation

3.8.1 Erhebung des kardiovaskulären Gesamtrisikos mittels Risikotafeln

Die befragten ÄrztInnen wurden gebeten, ihre Meinung zum Einsatz von Hilfsinstrumenten zur Risikoeinschätzung abzugeben. 88% finden, dass Risikokalkulatoren wichtige Risikofaktoren, wie etwa Stress oder sozioökonomische Belastungen, nicht berücksichtigen. Für immerhin 74%, also knapp drei Viertel der ÄrztInnen, trifft auch die Aussage zu, das globale Herz-Kreislaufrisiko bei langjährig bekannten PatientInnen auch ohne Risikokalkulatoren gut einschätzen zu können (Abbildung 32).
Wichtige Risikofaktoren, wie z.B. Stress oder sozioökonomische Belastungen, werden in der Risikoeinschätzung mit Risikokalkulatoren nicht berücksichtigt.

Bei VU-Teilnehmern, die ich bereits als langjährige Patienten kenne, kann ich ihr globales Herz-Kreislaufrisiko auch ohne Hilfsginstrumente (Risikokalkulatoren) gut einschätzen.

Abbildung 32: Risikoeinschätzung mittels Hilfssinstrumenten (N=591-595, k. A.=5-9)

Die Mehrheit der ÄrztInnen verwendet die für die VU Neu verfügbaren Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) immer (41%) bzw. oft (19%). 12% verwenden sie manchmal, 13% selten und 15% nie (Abbildung 33).

Abbildung 33: Verwendungshäufigkeit der Risikotafeln (N=499, k. A.=1)
Eine differenziertere Betrachtung macht deutlich, dass die Risikotafeln selektiv eingesetzt werden. 29% der Befragten verwenden die Risikotafeln immer, also bei allen VU-TeilnehmerInnen. Am häufigsten werden sie bei HochrisikopatientInnen eingesetzt (85%), gefolgt von nicht bekannten PatientInnen (75%), älteren (70%) und jüngeren PatientInnen (58%). Die Aussage, die Risikotafeln nur dann zu verwenden, wenn man glaubt, die Darstellung des Risikos motiviere die PatientInnen zu einer Verhaltensänderung, bejahen 50% der ÄrztInnen. 58% stimmen der Aussage zu, die Risikotafeln nur dann einzusetzen, wenn sie auch den Eindruck haben, die PatientInnen verstehen die Risikodarstellung (Abbildung 34).

![Diagramm zum Selektiven Einsatz der Risikotafeln nach Patientengruppen](image)

Abbildung 34: Selektiver Einsatz der Risikotafeln nach Patientengruppen (N=485-500, k. A.=0-15)

36% der Befragten geben an, andere Instrumente zur Risikoeinschätzung zu verwenden. 20%, also weniger als ein Viertel der ÄrztInnen, haben die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen verängstigt auf die Risikodarstellung reagieren, mehr als die Hälfte (56%) berichtet, dass die Beratung mittels Risikotafeln die PatientInnen ihrer Einschätzung nach zu einer Verhaltensänderung motiviere. Die Arbeit mit Risikotafeln als zu zeitaufwändig empfinden 27% der Befragten. Immerhin 63% der Befragten sehen die Effizienz ihrer Beratung mithilfe der Risikotafeln gesteigert. Für deutlich mehr als die Hälfte der Befragten (57%) stellen die Risikotafeln eine gute Entscheidungshilfe für ihre Therapieplanung dar (Abbildung 35).
Die Risikotafeln stellen für mich eine gute Entscheidungshilfe für die Therapieplanung dar.

Mithilfe der Risikotafeln wird die Effizienz meiner Beratung gesteigert.

Mit Risikotafeln zu arbeiten, ist für mich zu zeitaufwändig.

Die Beratung mittels der Risikotafeln motiviert meine Patienten zu einer Verhaltensänderung.

Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele der Patienten verängstigt auf die Darstellung des Risikos reagieren.

Ich verwende andere Tools zur Risikoeinschätzung.

Abbildung 35: Einstellung gegenüber Risikotafeln (N=402-422, k. A.=0-20)

Im Vergleich des Antwortverhaltens auf die Items zur Verwendung der Risikotafeln zwischen regelmäßigen AnwenderInnen und jenen, die sie selten anwenden (seltene AnwenderInnen), lassen sich deutliche Unterschiede ausmachen (Tabelle 23). Für regelmäßige AnwenderInnen trifft es öfter zu (64%), dass die Risikotafeln eine Entscheidungshilfe für die Therapieplanung darstellen als für seltene AnwenderInnen (40%). Im Vergleich zu den seltenen AnwenderInnen (43%) sehen auch mehr regelmäßige AnwenderInnen (73%) mithilfe der Risikotafeln die Effizienz ihrer Beratung gesteigert. 17% der regelmäßigen AnwenderInnen und 51% der seltenen AnwenderInnen finden es zu zeitaufwändig, mit Risikotafeln zu arbeiten. Die Mehrheit der regelmäßigen AnwenderInnen (68%) berichtet auch davon, dass die Beratung mittels Risikotafeln die PatientInnen zu einer Verhaltensänderung motiviert, während 61% der seltenen AnwenderInnen diese Aussage als nicht bzw. eher nicht zutreffend beurteilen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Einstellung zu Risikotafeln nach Anwendergruppen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Item</th>
<th>Regelmäßige AnwenderInnen %</th>
<th>Seltene AnwenderInnen %</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Die Risikotafeln stellen für mich eine gute Entscheidungshilfe für die Therapieplanung dar.</td>
<td>64</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Mithilfe der Risikotafeln wird die Effizienz meiner Beratung gesteigert.</td>
<td>73</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit Risikotafeln zu arbeiten, ist für mich zu zeitaufwändig.</td>
<td>17</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beratung mittels Risikotafeln motiviert meine PatientInnen zu einer Verhaltensänderung.</td>
<td>68</td>
<td>39</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.8.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Zur Thematik der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen wurden die ÄrztInnen mit sechs Items konfrontiert und gefragt, wie zutreffend sie für ihre ärztliche Tätigkeit sind. Beinahe alle, nämlich 97% der Befragten geben an, den Patienten/ die Patientin über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung umfassend aufzuklären. Etwas weniger (84%) klärt die PatientInnen auch über mögliche Risiken der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf. Für nur 19% trifft es zu, dass es aufgrund mangelnder Zeit nicht möglich ist, die tatsächlichen Risiken anzusprechen und 78% der Befragten empfinden eine umfassende Aufklärung für die PatientInnen durchwegs als zumutbar. 19% meinen, dass eine Aufklärung über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Aufgabe des Facharztes sei und nur 13% stimmen der Aussage zu, dass sie eine vollständige Aufklärung der PatientInnen vermeiden, da sie von der Inanspruchnahme der Untersuchung abschrecken könnte (Tabelle 24).

Tabelle 24: Einstellung zu und Erfahrungen mit Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Items</th>
<th>Trifft zu</th>
<th>Trifft eher zu</th>
<th>Trifft eher nicht zu</th>
<th>Trifft nicht zu</th>
<th>Weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich kläre den Patienten über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.</td>
<td>80%</td>
<td>17%</td>
<td>2%</td>
<td>1%</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich kläre den Patienten über mögliche Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.</td>
<td>61%</td>
<td>23%</td>
<td>9%</td>
<td>7%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Die tatsächlichen Risiken anzusprechen, ist mir aufgrund mangelnder Zeit nicht möglich.</td>
<td>6%</td>
<td>13%</td>
<td>20%</td>
<td>60%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine umfassende Aufklärung ist für den Patienten unzumutbar.</td>
<td>8%</td>
<td>12%</td>
<td>21%</td>
<td>57%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine umfassende Aufklärung des Patienten über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist Aufgabe des Facharztes.</td>
<td>9%</td>
<td>10%</td>
<td>17%</td>
<td>62%</td>
<td>1%</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich vermeide eine vollständige, auch die Risiken thematisierende Aufklärung, da sie Patienten von der Inanspruchnahme der Untersuchungen abschrecken könnten.</td>
<td>4%</td>
<td>9%</td>
<td>17%</td>
<td>68%</td>
<td>1%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

3.9 VU Neu-Schulung

23% der befragten ÄrztInnen waren zur Teilnahme an einem VU Neu-Einführungsseminar verpflichtet (Abbildung 36). Von jenen, die nicht zur Teilnahme verpflichtet waren, besuchten immerhin 33% freiwillig das VU Neu-Einführungsseminar (Abbildung 37).

Abbildung 36: Verpflichtende Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=500)
Abbildung 37: Freiwillige Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=383)

Konfrontiert mit weiteren Aussagen zur Schulung geben 69% der Befragten an, dass sie Fortbildungsveranstaltungen mit anderen thematischen Inhalten für wichtiger halten. 42% sind der Meinung, dass die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung Neu Techniken erfordere, die nicht in Schulungen erworben werden können. Mehr als die Hälfte (57%) halten es lieber mit „learning by doing“ und insgesamt 71% finden eine VU-Schulung nicht notwendig, da sie sich die spezifischen Inhalte im Selbststudium beibringen. 69% sehen aufgrund ihrer Erfahrungen und Kompetenzen keine Notwendigkeit für eine VU Neu-Schulung (Abbildung 38)
Ich halte Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger.

Die Durchführung der VU Neu erfordert Techniken, welche nicht in Schulungen erworben werden können (z.B. Kommunikation, Beratung).

Ich halte es lieber mit "learning by doing".

Eine VU-Schulung ist nicht notwendig, da ich mir VU-spezifische Inhalte effizienter im Selbststudium erarbeiten kann.

Aufgrund meiner Erfahrungen und Kompetenzen halte ich eine zusätzliche Schulung für die VU Neu nicht für notwendig.

Abbildung 38: Einstellung zur VU Neu-Schulung (N=483-493, k. A.=7-17)

Insgesamt hat knapp die Hälfte der befragten ÄrztInnen (242 Personen) tatsächlich an einem VU Neu-Einführungsseminar teilgenommen. Die TeilnehmerInnen wurden gebeten, das besuchte VU Neu-Einführungsseminar nach den Kriterien der fachlichen und didaktischen Kompetenz der ReferentInnen, des Informationsgehalts, der Praxisrelevanz und des Formats der Veranstaltung dem Schulnotensystem (1-5) entsprechend zu bewerten, ebenso wie eine Gesamtbewertung abzugeben. Für alle Kriterien gilt, dass die Note 2 am häufigsten vergeben wurde. Am besten wurde mit einem Durchschnittswert von 2.4 die fachliche Kompetenz der ReferentInnen bewertet, gefolgt von der didaktischen Kompetenz (2.5), der Form der Veranstaltung, der Praxisrelevanz und dem Informationsgehalt (je 2.7) (Tabelle 25).

Tabelle 25: Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertungskriterien</th>
<th>N</th>
<th>M</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fachliche Kompetenz der Referenten</td>
<td>242</td>
<td>2.39</td>
</tr>
<tr>
<td>Didaktische Kompetenz der Referenten</td>
<td>242</td>
<td>2.52</td>
</tr>
<tr>
<td>Informationsgehalt</td>
<td>242</td>
<td>2.71</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisrelevanz</td>
<td>242</td>
<td>2.72</td>
</tr>
<tr>
<td>Format der Veranstaltung</td>
<td>242</td>
<td>2.66</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtbewertung</td>
<td>242</td>
<td>2.59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung. Mittelwerte. SD=1.16-1.37. Varianz=1.36-1.87. Modus=2. (1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft).
Die Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht zeigte keinen signifikanten Effekt: Ärztinnen und Ärzte bewerten die besuchten VU Neu-Einführungsseminare ähnlich (Beispiel Gesamtbewertung: F(2,550)=1.37, n.s.) (Tabelle 26). Die Varianzanalysen mit den Faktoren Altersgruppen, VU Typ, Teilnahme an Qualitätszirkeln, Anzahl an Vorsorgeuntersuchungen, Region (Umfeld) und Bundesland zeigten ebenfalls keine Effekte auf die Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars.

Tabelle 26: Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars nach Geschlecht

<table>
<thead>
<tr>
<th>Bewertungskriterien</th>
<th>N</th>
<th>M</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Fachliche Kompetenz der Referenten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.43</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.34</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.40</td>
</tr>
<tr>
<td>Didaktische Kompetenz der Referenten</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.57</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.42</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.51</td>
</tr>
<tr>
<td>Informationsgehalt</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.78</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.59</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.71</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisrelevanz</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.83</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.54</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.72</td>
</tr>
<tr>
<td>Format der Veranstaltung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.81</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.42</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.66</td>
</tr>
<tr>
<td>Gesamtbewertung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>männlich</td>
<td>149</td>
<td>2.66</td>
</tr>
<tr>
<td>weiblich</td>
<td>93</td>
<td>2.47</td>
</tr>
<tr>
<td>gesamt</td>
<td>242</td>
<td>2.59</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Anmerkung. ONEWAY deskriptive Statistiken. Mittelwerte. SD=1.10-1.41 (1=sehr gut, 2=gut, 3=befriedigend, 4=ausreichend, 5=mangelhaft).

Das Beurteilungsverhalten zwischen ÄrztInnen, die verpflichtend und ÄrztInnen, die freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar teilnahmen, zeigt im Wesentlichen ein sehr ähnliches Bild (Abbildung 39 und Abbildung 40): In beiden Gruppen wurde für alle Beurteilungskategorien die Bewertung „Gut“ (2) am häufigsten vergeben, in der Gruppe der verpflichteten TeilnehmerInnen etwas häufiger die Bewertung „Sehr gut“ (1) und „Ausreichend“ (4) (M1=18% im Vgl. zu M2=17% bzw. M1=10,2% im Vgl. zu M2=9,2%), in der Gruppe der freiwilligen TeilnehmerInnen etwas häufiger die Bewertungen „Befriedigend“ (3) (M2=25% im Vgl. zu M1=20,8%) und „Mangelhaft“ (5) (M2=4,2% im Vgl. zu M1=2,9%).
Abbildung 39: Verpflichtende Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=117)

Abbildung 40: Freiwillige Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=125)
3.10 Offene Frage: Anmerkungen zur VU Neu


Tabelle 27: Kategorien und Codes zur offenen Frage

### Kategorie A: Negative Kritik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Subcodes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alkohol</td>
<td>Unbegründet, emotional</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PatientInnenreaktion</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Datenschutz</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Praktikabilität</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Zähne</td>
<td></td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensstil</td>
<td></td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Labor</td>
<td></td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td></td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GESAMT</strong></td>
<td></td>
<td>77</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie B: Erweiterung des Programms

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Subcodes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Labor</td>
<td>Unspezifisch*</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Blutbild_Mann</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Niere</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PSA</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Schilddrüse</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Harnsäure</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Herz</td>
<td></td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Lunge</td>
<td></td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>Psyche und Soziales</td>
<td></td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Rektaluntersuchung</td>
<td></td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensstil</td>
<td></td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Brust</td>
<td></td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Prostata</td>
<td></td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Ultraschall</td>
<td></td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Impfungen</td>
<td></td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Allergien</td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonografie</td>
<td></td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Allgemeine Äußerung über Mangel</td>
<td></td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges (einmalige Nennungen)</td>
<td></td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GESAMT</strong></td>
<td></td>
<td>294</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie B: Form

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Subcodes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Praktikabilität der Materialien</td>
<td>Layout</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>PatientInnenkommunikation</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Risk Scales</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges (einmalige Nennungen)</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Dokumentation</td>
<td>Aufwand (Zeit, Kosten, …)</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Ablehnung (ablehnende, emotionale Haltung gegenüber) der elekt. Dokumentation und Übermittlung</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Einschränkend</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Praktikabilität</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Software</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>VU-Schulung</td>
<td></td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GESAMT</strong></td>
<td></td>
<td>130</td>
</tr>
</tbody>
</table>
### Kategorie B: Politische (System-)Kommentare

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Keine angemessene Honorierung</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Krankenkassen/Versicherung (HVB)</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Datenschutz</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Statistik</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Eingeschränkte Mitbestimmung</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges (einmalige Nennungen)</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GESAMT</strong></td>
<td><strong>39</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie B: Emotional ablehnende Haltung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Vergleich mit vorangegangener Gesundheitsuntersuchung</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Einschränkung der Individualität</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktiker versus Theoretiker</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>GESAMT</strong></td>
<td><strong>31</strong></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INSGESAMT</strong></td>
<td><strong>566</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie A: Positive Kritik

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Allgemeine Äußerung</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Elektronisches System (Zeitersparnis, …)</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lebensstilberatung</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Konstruktive Vorschläge</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INSGESAMT</strong></td>
<td><strong>17</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie A: Wahlarzt

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Nachteile</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorteile</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INSGESAMT</strong></td>
<td><strong>10</strong></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie A: Zielgruppe/ PatientInnen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Codes</th>
<th>Subcodes</th>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alter</td>
<td>Altersspezifisch flexibles Programm</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Altersgrenze herabsetzen</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Obere Altersgrenze</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Sonstiges (einmalige Nennungen)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Werbung/ Erreichbarkeit/ Information</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(Ethische) Verantwortung</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Individualität (allgemein)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Unzufriedenheit der PatientInnen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Geschlechtspezifik</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Sonstiges (einmalige Nennungen)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>INSGESAMT</strong></td>
<td><strong>41</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Kategorie A: Bemerkungen zum Fragebogen bzw. Telefoninterview

<table>
<thead>
<tr>
<th>Anzahl</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

4 Diskussion

4.1 Methodische Einschränkungen

Das Untersuchungsdesign als Querschnittbefragung kann grundsätzlich als einschränkend beurteilt werden. Statistisch signifikante Ergebnisse lassen keine ursächlichen Zuschreibungen zu. Um die Vorhersagekraft einzelner Einflussfaktoren zu erhärten, wären deshalb Längsschnittuntersuchungen erforderlich.

Betrachtet man die relativ hohe Anzahl an 2795 (notierten) Verweigerungen der Teilnahme an der telefonischen Befragung, sollte unter anderem die Frage gestellt werden, aus welchen Gründen ÄrztInnen sich für die Teilnahme an der Befragung entschieden haben. 67% der befragten ÄrztInnen nehmen regelmäßig an Qualitätszirkeln teil. Dieser relativ hohe Anteil gibt einen Hinweis darauf, dass grundsätzliches Interesse besteht, sowohl fachspezifische Themen als auch aktuelle Entwicklungen in Forschung und Politik regelmäßig zu diskutieren. Wir nehmen zum einen an, dass ÄrztInnen mit diesem generellen Engagement auch Interesse an einer Qualitätssicherung oder auch -verbesserung der Vorsorgeuntersuchung Neu zeigen, das dazu motivierte, sich an der Befragung zu beteiligen. Zum anderen – und darauf weisen die insgesamt 130 negativen Nennungen zur VU Neu in der offenen Frage hin (im Vergleich dazu wurden 17 Mal positive Aussagen getätigt) – könnte in der Beteiligung an der Befragung auch die Möglichkeit gesehen worden sein, Kritik zu äußern. Beide Fälle könnten verzerrende Effekte der Stichprobe bewirkt haben. Vor allem wenn wir davon ausgehen, dass die „Verweigerer“ im Mittel eine andere Meinung vertreten, z.B. weil der Anteil sozial unerwünschter Meinungen bei ihnen höher ist, sollte eine Einschränkung der Repräsentativität der Ergebnisse der vorliegenden Studie auf jeden Fall beachtet werden.

4.2 Akzeptanz und Anwendung von Materialien und der Dokumentation

Bezüglich der Erfahrung mit der und Einstellung zur Dokumentationsform konnte ein Zusammenhang zwischen der durchschnittlichen Anzahl an durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen festgestellt werden. Je mehr Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt werden, umso häufiger trifft die elektronische Dokumentationsvariante zu. Aus pragmatischen Gesichtspunkten kann daraus geschlossen werden, dass es sich bei dieser Dokumentationsform um die zeitsparendere handelt bzw. ÄrztInnen, die einen größeren Teil ihrer Zeit der VU widmen, mehr Engagement (Kosten, technische Rahmenbedingungen etc.) in die Umstellung auf die elektronische Dokumentation investieren. Hinsichtlich der Frage, ob die
elektronische Dokumentation Mehrarbeit bedeute, konnte jedenfalls kein signifikanter Unterschied zwischen ÄrztInnen, die keine, wenige oder viele Vorsorgeuntersuchungen durchführen, gefunden werden. Dabei sollte noch einmal darauf hingewiesen werden, dass es sich lediglich um eine Person handelt, die keine Vorsorgeuntersuchung im letzten Quartal durchführte und trotzdem elektronisch dokumentiert.

Zudem erstaunt, dass mit steigenden Niederlassungsjahren die Anzahl jener ÄrztInnen, die am Papier dokumentieren, sinkt. Umgekehrt heißt das: Je länger ein Arzt/ eine Ärztin bereits niedergelassen ist, umso eher dokumentiert er/ sie elektronisch. Eine ähnliche Tendenz zeigt sich für die Zeitspanne der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen: Am häufigsten elektronisch dokumentieren ÄrztInnen, die seit den 1980er Jahren Vorsorgeuntersuchungen durchführen, am seltensten ÄrztInnen, die seit 2000 Vorsorgeuntersuchungen durchführen. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass ältere ÄrztInnen öfter (wenn auch geringfügig) elektronisch dokumentieren als jüngere und auch ÄrztInnen, die vor der Einführung der VU Neu in Vertrag genommen wurden häufiger die elektronische Dokumentationsform wählen als ÄrztInnen, deren erste Form der Gesundheitsuntersuchung die VU Neu darstellt.

Ein signifikanter Unterschied in der Dokumentationsform zeigt sich weiters im Vergleich zwischen VertragsärztInnen und WahlärztInnen: Drei Viertel der WahlärztInnen wählen die Papiervariante als Dokumentationsform. Im Vergleich dazu sind es 38% der VertragsärztInnen, die auf Papier dokumentieren. Die Ergebnisse der offenen Frage liefern Hinweise für diesen eklatanten Unterschied im Dokumentationsverhalten: WahlärztInnen haben Nachteile gegenüber ihren KollegInnen mit Kassenvertrag bzw. Gründe geäußert, die ihnen die elektronische Dokumentation erschweren. Dabei handelt es sich vorwiegend um organisatorische Erschwernisse wie Abrechnungs- und Überweisungsmodalitäten, aber auch um Kosten- und Zeitmotive. In Tabelle 28 sind die Kommentare der WahlärztInnen aufgelistet:
Tabelle 28: Kommentare von WahlärztInnen

Als Wahlarzt bin ich zur elektronischen Weitervermittlung verpflichtet, brauche aber keine e-card für meine Arbeit und muss jetzt aber trotzdem die elektronische Weitervermittlung bezahlen. Das ist sehr unrentabel und ist sehr erschwerend.

Außerdem bekommen Wahlärzte die Praxissoftware nicht zur Verfügung gestellt und müssen sie teuer selber kaufen.

Der Abrechnungsmodus für Wahlärzte sollte nicht elektronisch sein, sondern gleich honoriert werden wie für Kassenärzte und er sollte keinen Mehraufwand bringen. Auch Wahlärzte sollten gewisse Materialien zur Verfügung gestellt bekommen, wie Harnstreifen und Stuhlbrief usw.

Führe nicht viele VU durch, da Patienten bei Wahlärzten mehr Wünsche haben, wie z.B. Nieren-/Schilddrüsenfunktions-Test. Dazu muss ich an 2 Tagen hintereinander Blut abnehmen, was als Körperverletzung aufscheint. Bei Wahlärzten wünschen Patienten mehr Laborparameter. Zur Datenabrechnung: bei Kassenärzten gibt es die e-card. Wahlärzte müssen eine Abrechnung an eine elektronische Datenbank weitergeben, die diese bearbeitet, was zu kostspielig für den Arzt ist und eine hinderliche Zwischenführung, also ein großer Aufwand bei der elektronischen Durchführung der VU. Die Abrechnung ist sehr kompliziert.

Wahlärzte müssen elektronisch abrechnen.

Es wäre sinnvoll, wenn Wahlärzte auch ohne Bewilligungen Überweisungen, die die VU betreffen, ausstellen könnten.


Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass sich nur ein Drittel der Befragten durch die Vorgabe der Dokumentation in ihrer Handlungsaufonomie eingeschränkt fühlt, für knapp die Hälfte verbessert und strukturiert die Dokumentation den Ablauf der VU bzw. bietet sie eine Möglichkeit, Themen anzusprechen, die in der Alltagsroutine für gewöhnlich nicht behandelt werden. Für die Nichtnutzung von Leitlinien zeigt sich beispielsweise in Deutschland die Einschränkung der ärztlichen Terapiefreiheit als hauptverantwortliche Ursache (Kunz, 2005). Ein direkter Zusammenhang zwischen der Einschränkung der ärztlichen Autonomie und der Anwendungshäufigkeit von standardisierten Unterlagen wie Risikotafeln oder Alkoholfragebogen konnte im vorliegenden Fall nicht nachgewiesen werden. Hinsichtlich der Dokumentationsform tritt sogar ein gegenteiliger Effekt auf: jene, die sich durch die Dokumentation eingeschränkt fühlen, dokumentieren öfter elektronisch als jene, die sich nicht eingeschränkt fühlen. Dieses Ergebnis muss allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, da angenommen werden kann, dass jene, die die elektronische Dokumentation ohnehin ausschließen, sich dadurch auch seltener eingeschränkt fühlen sollten.

Bezüglich der technischen Rahmenbedingungen bzw. der notwendigen Infrastruktur ebenso wie der Nützlichkeit konnte gezeigt werden, dass sich die elektronische Dokumentation durch eine einfache Bedienbarkeit auszeichnet: 69% der Befragten empfinden das Dokumentationsblatt-System als einfach und selbsterklärend, nur 22% meinen, das System sei fehleranfällig und instabil. Die Mehrheit kann auch auf AnsprechpartnerInnen zurückgreifen, wenn Probleme auftauchen und findet, dass sich das Dokumentationsblatt gut in die Praxissoftware integrieren lässt. Sowohl die Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ als auch der „Ärztebroschüre“ wird eher negativ eingeschätzt. Hier konnte allerdings gezeigt werden, dass die Verwendungshäufigkeit positiv mit der Nützlichkeit korreliert: Der Großteil jener ÄrztInnen, der die Materialien regelmäßig verwendet, empfindet diese auch als nützlich.

letzten genannte Aspekt wird als subjektiver Prozess beschrieben, der die persönlichen Kompetenzen der Einschätzung herausfordert. Die Folgen können sich auf Faktoren wie Flexibilität, Schnelligkeit und Datenschutzprobleme beziehen oder auf status- bzw. prestigerelevante Zuschreibungen wie Fortschrittlichkeit, Autonomie und ärztliche Autorität. Auch wenn sich ÄrztInnen durch die Dokumentation kaum in ihrer Autonomie eingeschränkt fühlen, äußerte immerhin fast die Hälfte (48%) datenschutzrechtliche Bedenken. Die mit der elektronischen Dokumentation und Datenübermittlung verbundenen datenschutzrechtlichen Bedenken stellen einen Aspekt dar, der zeigt, dass die Einschätzung möglicher Folgen im Akzeptanzprozess im Wesentlichen miterwogen wird.


Während im Falle des Alkoholfragebogens zwischen regelmäßigen AnwenderInnen, seltenen AnwenderInnen und ÄrztInnen, die den Fragebogen nie verwenden, keine Unterschiede hinsichtlich ihrer (negativen) Einstellung dem Instrument gegenüber auszumachen sind, lässt sich ein Einfluss der
Anwendungshäufigkeit auf die Einstellung gegenüber Risikotafeln beobachten: Der Vergleich zwischen regelmäßigen und seltenen AnwenderInnen macht eine deutlich positivere Haltung der regelmäßigen AnwenderInnen gegenüber Risikotafeln sichtbar: Sie sehen die Instrumente signifikant häufiger als sinnvolle Entscheidungshilfen in der Therapieplanung, die die Effizienz ihrer Beratung steigern und die PatientInnen zu einer Verhaltensänderung motivieren. Seltene AnwenderInnen dagegen erachten die Arbeit mit Risikotafeln weit öfter als zu zeitaufwändig oder haben erfahren, dass PatientInnen verängstigt auf die Risikodarstellung reagieren.


Sadowski et. al. (2005) ziehen das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (TTM) (Prochaska & Velicer, 1997) heran, um die unterschiedlichen Stadien der Umsetzung einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention zu beschreiben und kommen dabei zu Ergebnissen, die mit den vorliegenden korrespondieren: Im Handlungsstadium mit nur wenigen Anwendungen werden vor allem negative Effekte bei PatientInnen, die die Anwendungen begrenzen, erwogen ebenso wie negative Überlegungen zur Praktikabilität. Das Stadium der regelmäßigen Anwendung dagegen ist von einer hohen Akzeptanz des Instruments geprägt, sowohl Effekte für die ÄrztInnen als auch für die PatientInnen sind positiv besetzt und die Anwendung zeigt eine hohe Selbstwirksamkeit.

der Gesamtrisikokalkulation hin, während aber drei Viertel der ÄrztInnen zu regelmäßigen bzw. mäßigen AnwenderInnen der von der VU Neu-Risikotafeln zählen.

Darüber hinaus konnte nachgewiesen werden, dass die Risikotafeln selektiv zum Einsatz kommen: Von nur 29% der ÄrztInnen werden die Risikotafeln immer, bei allen PatientInnen eingesetzt. Am häufigsten werden sie bei HochrisikopatientInnen verwendet. Möglich ist, dass diese PatientInnen den ÄrztInnen bereits als risikobelastet bekannt sind und die Risikotafeln weniger den Zweck verfolgen, primär das Risiko einer kardiovaskulären Erkrankung einzuschätzen, als den Zweck des Risikofaktorenmanagements. Dabei stellen die von den ÄrztInnen eingeschätzte Motivation der PatientInnen und die Verständlichkeit der Information der Risikotafeln für die PatientInnen Kriterien dar, nach denen ÄrztInnen über den Einsatz der Risikotafeln entscheiden: Die Hälfte der Befragten setzt Risikotafeln nur dann ein, wenn sie glaubt, dass die Risikodarstellung auch zu einer Lebensstilmodifikation motiviert, knapp 60% nur dann, wenn sie den Eindruck haben, der Patient/ die Patientin versteht die Darstellung des Risikos.


Bei der Implementierung von klinischen Leitlinien (als eine Ausprägung standardisierter Instrumente) kann auf Ebene der ärztlichen Einstellung zwischen den Erklärungsfaktoren „mangelnder Glaube an die Verbesserung durch die Anwendung“, „Zweifel an der Umsetzbarkeit von Empfehlungen“ und „mangelnde Motivation“, die sich u. a. in der Schwierigkeit, die eigenen gewohnten Abläufe zu verändern ausdrückt als weitere Hürden differenziert werden (Cabana et. al., 1999). Beeinflussend können sowohl eine generelle Ablehnung von Leitlinien als auch eine mangelnde Übereinstimmung mit speziellen Inhalten wirken (Hobbs & Erhardt, 2002).

Externe Barrieren sind auf die PatientInnen, die Leitlinien selbst oder die strukturellen Bedingungen des Umfeldes bezogen.


Gilgun plädiert in ihrer Studie zu „qualitative methods and the developement of clinical assessment tools“ (2005) dafür, Bedürfnisse, Wünsche und Erfahrungen von PatientInnen in die Entwicklung von standardisierten Instrumenten zur Patientenklassifikation miteinzubeziehen: Einschätzungsinstrumente, die aus der Praxis entwickelt wurden, weisen die Eigenschaft einer flexibleren Handhabung auf, die es zulässt, auf die Individualität der PatientInnen einzugehen, was zu einer höheren Akzeptanz und Anwendungsbereitschaft der ÄrztInnen führt.
Als hemmender Faktor angeführt wurde weiters eine mangelnde PatientInnenadhärenz (e. g. Woolf et. al., 2005) bzw. die Schwierigkeit, PatientInnen zu einer tatsächlichen Lebensstilmodifikation zu motivieren (e. g. Hobbs & Erhardt 2002; Altgeld & Bockhorst, 2004). Studien über den Zusammenhang zwischen Lebensstilberatung und Schulungen verweisen darauf, dass ÄrztInnen, die in Schulungen erworbenen Kommunikations- und Motivationsmethoden in ihren Beratungsgesprächen anwenden, häufiger über Erfolge berichten bzw. eher von der Wirksamkeit ihrer Intervention überzeugt sind (e. g. Steptoe et. al., 1999).


Einige Untersuchungen beschäftigen sich mit den Effekten des persönlichen Gesundheitsverhaltens der ÄrztInnen auf ihre Beratungstätigkeit und Einstellung zur Lebensstilberatung. Geirrson, Bendtsen & Spak (2005) stellen in ihrer Studie fest, dass ÄrztInnen, die angeben, häufig Alkohol zu trinken, das Thema „problematischer Alkoholkonsum“ öfter mit ihren PatientInnen besprechen, als ÄrztInnen, die nie oder selten Alkohol trinken. Die AutorInnen führen dieses Ergebnis darauf zurück, dass durch die eigene Erfahrung der ÄrztInnen ein vertrauter bzw. empathischer Zugang zu PatientInnen mit problematischem Alkoholkonsum gefördert würde bzw. eine prinzipielle Aufmerksamkeit und Offenheit für die Thematik bestünde.


kardiovaskulären Risikokommunikation und Lebensstilberatung: ÄrztInnen, die es als Teil ihrer beruflichen Rolle betrachten, kardiovaskuläre Risiken (Bluthochdruck, Rauchen, etc.) aufzudecken, sind signifikant häufiger überzeugt von der Effektivität lebensstilberatender Interventionen.


4.3 Arzt-Patient-Beziehung


Aus den Ergebnissen des vorliegenden Berichtes kann geschlossen werden, dass ÄrztInnen, die weniger Vorsorgeuntersuchungen durchführen, einen tendenziell kritischeren Blick auf die derzeitige Form der VU an den Tag legen und wenig Veränderungsresistenz aufweisen. Umso weniger Vorsorgeuntersuchungen ÄrztInnen durchführen, umso eher sind sie dafür, eine obere Altersgrenze für VU TeilnehmerInnen festzulegen, umso seltener halten sie die derzeitige Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll und umso seltener sind sie dafür, dass das jährliche Intervall der möglichen Inanspruchnahme der VU beibehalten werden sollte. Am schärfsten zeigt sich der Unterschied,
vergleicht man ÄrztInnen, die keine Vorsorgeuntersuchungen durchführten mit den restlichen Kategorien (1 bis 50, 59 bis 100 und 101 bis 500). Diese Gruppe hebt sich auch deutlich in Bezug auf die Einstellung zur Teilnahme von chronisch erkrankten PatientInnen an der VU und die Einschätzung des Bedarfs an Vorsorge der teilnehmenden Gruppe an PatientInnen von den anderen ab: Die Mehrheit hält es nicht für sinnvoll, VU bei chronisch Kranken durchzuführen und sogar 100% glauben, dass Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, diese nicht beanspruchen. Kombiniert man dieses Ergebnis mit den Befunden, die durch die offene Frage (Anmerkungen zur VU) gewonnen werden konnten, liegt die Interpretation nahe, dass ein Teil der VU-ÄrztInnen, wenn auch ein kleiner, ein gewisses Maß an Resignation an den Tag legt: Immerhin 26 Personen verbanden ihr Unbehagen über die derzeitige Form der VU mit einer resignativen Grundstimmung.

Wie in der Fokusgruppenuntersuchung berichtet wurde, wird die Vertrauensbeziehung der ÄrztInnen zu ihren PatientInnen besonders betont, wenn tabuisierte Bereiche wie beispielsweise Alkoholkonsum thematisiert werden. Einerseits ermöglicht sie es, individuell und persönlich Probleme anzusprechen, ohne dabei das Vertrauen zu erschüttern. Zugleich bildet gerade das Vertrauen eine Nähe, die (ungewollte) Grenzüberschreitungen ermöglicht und die Beziehung zu den PatientInnen gefährden könnte (Malli & Reichenpfader, 2009). In der vorliegenden Studie berichten 15% der ÄrztInnen von der Erfahrung, PatientInnen an KollegInnen verloren zu haben, weil sie Alkohol thematisierten. 68% können außerdem der Behauptung, die teils als stigmatisierend empfundenen Fragen des Alkoholfragebogens gefährdeten die Beziehung zu den PatientInnen, nichts abgewinnen.

Wie bereits erwähnt, verwendet die Mehrheit der ÄrztInnen den Alkoholfragebogen der VU Neu. 67% gaben auch an, die Ergebnisse des Fragebogens mit jedem Patienten/ jeder Patientin zu besprechen. Im Unterschied zum vorliegenden Ergebnis weisen vergleichbare Studien stärker darauf hin, dass das Thema Alkohol in der Lebensstilberatung am häufigsten ausgeblendet wird und das eigene Zutrauen der ÄrztInnen in ihre Beratungskenntnisse bezüglich Alkohol vergleichsweise gering ausgeprägt ist (Brotons, Björklund & Bulc et al., 2005).

Experten und des „good shepherd“ (benevolenter Paternalismus), zwischen medizinischer Behandlung und Fürsorglichkeit, zwischen langen und kurzen Beratungsgesprächen, zwischen ihren ethischen Ansprüchen, „gute“ Ärzte für ihre PatientInnen zu bleiben und gesundheitspolitischen Herausforderungen, die ökonomische Kalküle ins Spiel bringen (Hansson, Gunnarsson & Mattsson, 2007).


Wie weiter gezeigt werden kann, beeinflussen die Erwartungen und Perspektiven der PatientInnen aus ärztlicher Sicht den Akzeptanzprozess VU-spezifischer Materialien. Im Fall des Anamnesebogens, der von den PatientInnen auszufüllen ist, dominiert eine positive Einstellung: Für 70% der ÄrztInnen ist der Bogen für ihre PatientInnen leicht verständlich, 67% empfinden den Inhalt des Anamneseblattes als ausreichend und 83% denken auch, dass die Länge ihren PatientInnen zugemutet werden kann. Für den Alkoholfragebogen konnte bereits gezeigt werden, dass zirka ein Drittel (31%) der ÄrztInnen erfahren hat, dass die als stigmatisierend empfundenen Fragen die
Beziehung zu den PatientInnen gefährde. In Bezug auf die PatientInnenperspektive aus ärztlicher Sicht sind auch die Risikotafeln von Akzeptanz geprägt: Für immerhin mehr als die Hälfte der Befragten (56%) motivieren die Ergebnisse der Risikotafeln zu einer Verhaltensänderung ihrer PatientInnen und nur 20% haben erfahren, dass PatientInnen verängstigt auf die Darstellung des Risikos reagieren.


Im Vergleich zu anderen Entscheidungsmodellen ist die Patientenautonomie hier am größten; Wunsch und Zustimmung der PatientInnen sind letztlich ausschlaggebend für die Entscheidung. Kritisiert wird an diesem Ansatz, dass der Informationsfluss einseitig und vor allem die Informationsgabe seitens der PatientInnen, indem sie ihre Werte und Bedürfnisse äußern, unberücksichtigt bleibt. Da die beiden


Um eine Beurteilung abzugeben, wie sich das Modell der informierten Entscheidungsfindung innerhalb des Kontextes der VU Neu etabliert, ob der paternalistische Interaktionsstil nach wie vor dominiert oder sich das Modell des SDM durchsetzt, bedürfte es einer eigenen, umfassenden, multimethodischen Untersuchung, in die auch die Perspektive der PatientInnenschaft miteinbezogen werden müsste. An dieser Stelle können hinsichtlich des Interaktionsstils in der Risikokommunikation zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen lediglich Tendenzen aufgezeigt werden. Es zeigt sich eine weitgehend „fortschrittliche“ Haltung der ÄrztInnen zur informierten Entscheidungsfindung. Beinahe alle Befragten (97%) klären die PatientInnen über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen auf, etwas weniger, nämlich 84% auch über assozierte Risiken. Möglichen Hinderungsgründen wie Zeitknappheit, Unzumutbarkeit für den Patienten/ die Patientin oder das Abschrecken des Patienten/ der Patientin vor der Untersuchung durch eine umfassende
Aufklärung wurde nur von einem geringen Prozentsatz (13% bis 20%) der Befragten zugestimmt. Auch die Delegation der Aufklärung an den Facharzt trifft für nur wenige (19%) zu.


4.4 „Learning by Doing“

In der vorliegenden Untersuchung konnte ein im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen mit vergleichbarem Setting auffälliges Ergebnis hinsichtlich des Bedarfs an Schulungen gefunden werden: Für die elektronische Dokumentation benötigt nur ein Drittel der ÄrztInnen eine Einschulung, für die Alkoholberatung fühlen sich 64% ausreichend geschult, für die Beratung zum Rauchstopp 71% und für Interventionen im Bereich der körperlichen Aktivität sogar 87%. Die Einstellungsabfrage zu VU-spezifischen Schulungsangeboten zeigte zudem die Tendenz, dass die ÄrztInnen erfahrungsbasiertes Wissen für ausreichend halten und sich VU-spezifische Inhalte eher im Selbststudium aneignen. Insgesamt betrachtet kann daraus geschlossen werden, dass die befragten ÄrztInnen wenig Bedarf an VU-spezifischen Schulungen (Lebensstilberatung, elektronische Dokumentation, Risikokommunikation, etc.) anmelden. Ob die österreichische Situation an Fort- oder Weiterbildungsangeboten in den genannten Bereichen von den ÄrztInnen als zufriedenstellend bewertet wird, bedürfte einer eigenen Untersuchung.


Dieses Ergebnis erstaunt, da aufgrund sich verändernder Bedingungen (z.B. die Stärkung der Rolle als ärztliche Lebensstilberater, veränderte Erwartung der PatientInnen, neue Herausforderungen in
der Risikokommunikation oder evidenzbasierte Medizin) eher Schulungsdefizite beklagt werden (Butzlaff, Floer & Isfort, 2003) bzw. positive Schulungseffekte auf die Berufszufriedenheit berichtet werden (Bovier & Perneger, 2003). In der Alkoholberatung zeigt sich beispielsweise, dass jene medizinischen Fachkräfte, die einen bestimmten Ausbildungsgrad in der Beratung über den Risikofaktor Alkohol erreichen, ihre Beratungskompetenzen höher einschätzen, den Gegenstand Alkohol häufiger thematisieren und auch die Wirksamkeit ihrer Interventionen als höher einstufen (Brotons et al., 2005).

33% der befragten ÄrztInnen, die nicht zur Teilnahme an einem VU Neu-Einführungsseminar verpflichtet waren, nahmen freiwillig daran teil. Im Vergleich dazu nimmt ein relativ hoher Anteil von 67% regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil. Wie Vollmar, Rieger, Butzlaff & Ostermann (2009) für Deutschland zeigen, stellen Qualitätszirkel ein regional organisiertes Medium dar, in dem sowohl fachspezifische Themen als auch neue Entwicklungen in Politik und Forschung diskutiert werden. Neben intrinsischen und extrinsischen Lerntypen weisen die AutorInnen auf kollegiale/interaktive Lerntypen hin: 70% der ÄrztInnen bevorzugen es, ihre Ideen mit KollegInnen auszutauschen und aktuelle Trends in interaktiven Foren zu diskutieren. Dieser hohe Prozentsatz kann darauf zurückgeführt werden, dass die befragten ÄrztInnen (N=449) zu 100% TeilnehmerInnen von Qualitätszirkeln sind und die interaktive, kollegiale Form des Lernens gewöhnt sind. Für Österreich bleibt zu fragen, ob bzw. in welcher Weise Qualitätszirkel eine Form des ärztlichen „Lernens“ in Bezug auf die Thematiken der VU Neu und somit Alternativen zum VU-spezifischen Schulungsangebot darstellen, womit dieser Bedarf aus der Perspektive der ÄrztInnen abgedeckt zu sein scheint.

Angesichts der medizinischen Informationsflut sind ÄrztInnen mit einer rasch wachsenden Menge an medizinischem Wissen konfrontiert und die Fähigkeit, zwischen relevantem und irrelevantem Wissen zu differenzieren, ist zu einer Schlüsselkompetenz geworden. Im Spannungsfeld zwischen knappen zeitlichen Ressourcen und einer überbordenden Wissensfülle geschieht ärztliche Wissensaneignung eher unsystematisch und bleibt der Entscheidung des individuellen Arztes überantwortet (Kunz, 2005).

Effekte der CME auf Wissen und Kompetenzen praktischer ÄrztInnen (Vollmar, Rieger, Butzlaff & Ostermann 2009).

Zahlreiche Studien weisen auf die Bedeutung von Beratungstrainings in der Umsetzung ärztlicher Interventionen hin (e. g. Geirsson, Bendtsen & Spak, 2005; Cho, Sonowoo & Song, 2003; van der Ploeg et. al., 2007). Die Ergebnisse zeigen, dass ÄrztInnen mit höherer Beratungsqualifikation, die in Weiterbildungsangeboten erworben wurde, öfter von ihren PatientInnen über z.B. Alkoholprobleme oder Rauchgewohnheiten informiert werden, Lebensstilthemen häufiger von sich aus ins Gespräch bringen und die Effektivität ihrer Beratungen als höher einschätzen. Auch wird davon berichtet, dass im Bereich der Lebensstilberatung geschulte ÄrztInnen ein größeres Zutrauen in ihre Beratungsfähigkeiten haben. Alle identifizierten Studien, die den Zusammenhang zwischen Lebensstilberatung und Beratungskompetenzen thematisieren, verweisen darauf, dass von Seiten der ÄrztInnen ein Mangel an Schulungsangeboten im Bereich der Lebensstilberatung beklagt wird.
Literatur


Anhang

Fragebogen für computer-assistierte Telefoninterviews (CATI)
ÄrztInnenbefragung zur Vorsorgeuntersuchung Neu

Interviewleitfaden


F1a Seit wann führen Sie die Vorsorgeuntersuchung Neu durch?

|__|__|__|__|__|__|(Monat / Jahr)
[Monatsangabe nicht unbedingt notwendig.]

F1b Seit wann führen Sie überhaupt Vorsorgeuntersuchungen durch?

|__|__|__|__|(Jahr)

Im Folgenden geht es um die für die VU Neu zur Verfügung gestellten Unterlagen und um die elektronischen Dokumentation.

F2 Sie haben bereits seit Einführung der VU Neu die Wahl, ob Sie auf Papier oder elektronisch dokumentieren möchten. Welche Form der Dokumentation nutzen Sie?

☐ Ich fülle sie nur in Papierform aus. [→ F5]
☐ Ich fülle sie nur elektronisch aus.
☐ Ich fülle sie in Papierform und elektronisch aus.

F3 Seit wann machen Sie von der elektronischen Übermittlung der VU-Befunddaten Gebrauch?

☐ Seit dem vorigen Jahr oder länger  ☐ Seit diesem Jahr


| Die elektronische Dokumentation bedeutet für mich Mehrarbeit. |
| Die Benutzung des elektronischen Dokumentationsblatt-Systems ist einfach und selbsterklärend. |
| Bei Problemen mit dem elektronischen Dokumentationsblatt-System habe ich Ansprechpartner, die mir weiterhelfen. |
| Ich benötigte für die elektronische Dokumentation eine Einschulung. |
| Das elektronische Dokumentationsblatt-System ist fehleranfällig und instabil. |
| Der Umstellungs- und Lernaufwand war für mich sehr hoch. |
| Ich habe große datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde. |
| Der Papierausdruck des elektronischen Befundblatts ist für den Patienten übersichtlich gestaltet. |

<table>
<thead>
<tr>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>Ja / Nein</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Interviewleitfaden ÄrztInnenbefragung Vorsorgeuntersuchung Neu 2009

Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu 92
### F6

**Wie häufig verwenden Sie den für die VU Neu zur Verfügung gestellten Anamnesebogen bei den Vorsorgeuntersuchungen?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>immer</th>
<th>oft</th>
<th>manchmal</th>
<th>selten</th>
<th>nie</th>
</tr>
</thead>
</table>

### F7

**Ich lese Ihnen nun Aussagen zum Anamnesebogen vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu", dazwischen können Sie wieder abstufen.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>Weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
</table>

### F8

**Wie häufig verwenden Sie den Gesundheitsfragebogen der ÖGAM* bei den Vorsorgeuntersuchungen? (Anmerkung: Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin)**

<table>
<thead>
<tr>
<th>immer</th>
<th>oft</th>
<th>manchmal</th>
<th>selten</th>
<th>nie</th>
</tr>
</thead>
</table>

*Im Folgenden geht es um Fragen zu den „wissenschaftlichen Grundlagen“ (ca. 200 Seiten) und zu der „Arztebroschüre“ (ca. 50 Seiten).*

### F9

**Wie häufig verwenden Sie die „wissenschaftlichen Grundlagen“?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>immer</th>
<th>oft</th>
<th>manchmal</th>
<th>selten</th>
<th>nie</th>
</tr>
</thead>
</table>

### F10

**Wie häufig verwenden Sie die „Arztebroschüre“?**

<table>
<thead>
<tr>
<th>immer</th>
<th>oft</th>
<th>manchmal</th>
<th>selten</th>
<th>nie</th>
</tr>
</thead>
</table>

### F11

**Wie nützlich sind für Sie die „wissenschaftlichen Grundlagen“?**

- sehr nützlich
- nützlich
- eher nützlich
- eher nicht nützlich
- nicht nützlich

### F12

**Wie nützlich ist für Sie die „VU-Neu-Arztebroschüre“?**

- sehr nützlich
- nützlich
- eher nützlich
- eher nicht nützlich
- nicht nützlich
### F13

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ich lese Ihnen nun einige Aussagen zum Alkoholfragebogen der VU Neu vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1=&quot;trifft zu&quot; bis 4=&quot;trifft nicht zu&quot;, dazwischen können Sie wieder abstufen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Durch den Alkoholfragebogen wird das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich finde, dass zur Besprechung des Alkoholkonsums kein Fragebogen verwendet werden sollte.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich finde andere Screening-Instrumente geeigneter, um Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu identifizieren.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich kenne die VU-Teilnehmer als langjährige Patienten und weiß daher ohne Fragebogen über ihr Trinkverhalten Bescheid.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F14

**Wie häufig verwenden Sie den Alkoholfragebogen bei den Vorsorgeuntersuchungen?**

☐ immer  ☐ oft  ☐ manchmal  ☐ selten  ☐ nie [→ F16]

### F15

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ich lese Ihnen nun Aussagen zur Verwendung des Alkoholfragebogens vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1=&quot;trifft zu&quot; bis 4=&quot;trifft nicht zu&quot;, dazwischen können Sie wieder abstufen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Mithilfe des Alkoholfragebogens habe ich bereits einige Problemtrinker identifiziert.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich bespreche mit jedem Patienten das Ergebnis des Alkoholfragebogens im abschließenden Gespräch.</td>
</tr>
<tr>
<td>Die als stigmatisierend empfundenen Fragen gefährden die Beziehung zu meinen Patienten.</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F16

<table>
<thead>
<tr>
<th>Ich lese Ihnen nun Aussagen zur Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1=&quot;trifft zu&quot; bis 4=&quot;trifft nicht zu&quot;, dazwischen können Sie wieder abstufen.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Für die Alkohol-Kurzintervention fehlt mir die Zeit.</td>
</tr>
<tr>
<td>Weil ich Alkohol thematisierte, wechselten Patienten zu einem anderen Arzt.</td>
</tr>
<tr>
<td>Angebote für weiterführende Therapien (intensivere Beratung, Entwöhnungstherapien, ...) sind derzeit nicht adäquat vorhanden.</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich fühle mich zur Durchführung der Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult.</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Im Folgenden geht es um Fragen zum Thema „Lebensstilberatung“.

### F17

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treff zu (1)</th>
<th>Treff eher zu (2)</th>
<th>Treff eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Raucherentwöhnung existieren, auf die ich verweisen kann.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, da sie nachgewiesene Wirksamkeit besitzt.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Meiner Ansicht nach ist diese Maßnahme nicht Teil der VU selbst.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Ich fühle mich für diese Maßnahme ausreichend geschult.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

### F18
Zur *Kurzberatung zu körperlicher Aktivität* lese ich Ihnen nun folgende Aussagen vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1 = "trifft zu" bis 4 = "trifft nicht zu", dazwischen können Sie wieder abstufen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Treff zu (1)</th>
<th>Treff eher zu (2)</th>
<th>Treff eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*Die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Bewegungsberatung existieren, auf die ich verweisen kann.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität ist erfolgversprechend, da sie nachgewiesene Wirksamkeit besitzt.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Meiner Ansicht nach ist diese Maßnahme nicht Teil der VU selbst.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |

*Ich fühle mich für diese Maßnahme ausreichend geschult.*

| ☐           | ☐                | ☐                       | ☐                   | ☐        |
Bezüglich der Erhebung des kardiovaskulären Gesamtrisikos mittels der Risikotafeln in der VU Neu habe ich die folgenden Fragen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>F19</th>
<th>Bitte geben Sie bei den folgenden Aussagen an, inwieweit sie für Sie zutreffen. „trifft zu“=1, „trifft nicht zu“=4. Dazwischen können Sie wieder abstufen.</th>
</tr>
</thead>
</table>
|     | trifft zu  
|     | eher zu  
|     | eher nicht zu  
|     | nicht zu  
|     | weiß nicht  |
|     | Bei VU-Teilnehmern, die ich bereits als langjährige Patienten kenne, kann ich ihr globales Herz-Kreislaufrisiko auch ohne Hilfsmittel (Risikokalkulator) gut einschätzen. |
|     |                                                                                                                                   |
|     | Wichtige Risikofaktoren, wie z.B. Stress oder sozioökonomische Belastungen, werden in der Risikoeinschätzung mit Risikokalkulatoren nicht berücksichtigt. |

<table>
<thead>
<tr>
<th>F20</th>
<th>Zur Visualisierung des kardiovaskulären Risikos stehen Ihnen, je nach Altersgruppe, zwei graphische Risikotafeln („Risk Scales“: New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) zur Verfügung. Wie häufig verwenden Sie diese?</th>
</tr>
</thead>
</table>
|     | immer  
|     | oft  
|     | manchmal  
|     | selten  
|     | nie [→ F23]  |

<table>
<thead>
<tr>
<th>F21</th>
<th>Bei welchen Patientengruppen setzen Sie diese Risikotafeln ein?</th>
</tr>
</thead>
</table>
|     | ja  
|     | nein  
|     | weiß nicht  |
|     | Insbesondere bei Hochrisikopatienten  |
|     | Insbesondere bei nicht bekannten Patienten  |
|     | Insbesondere bei älteren Patienten  |
|     | Insbesondere bei jüngeren Patienten  |
|     | Nur, wenn ich glaube, dass die Darstellung des Risikos Patienten zu einer Verhaltensänderung motiviert.  |
|     | Nur, wenn ich den Eindruck habe, dass Patienten die Darstellung des Risikos kognitiv verstehen.  |
|     | Immer bei allen VU-Teilnehmern.  |
### F22
Zur Verwendung der Risikotafeln: Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu". Dazwischen können Sie weder abstimmen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Die Risikotafeln stellen für mich eine gute Entscheidungshilfe für die Therapieplanung dar.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Mithilfe der Risikotafeln wird die Effizienz meiner Beratung gesteigert.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Mit Risikotafeln zu arbeiten, ist für mich zu zeitaufwändig.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Die Beratung mittels der Risikotafeln motiviert meine Patienten zu einer Verhaltensänderung.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele der Patienten verängstigt auf die Darstellung des Risikos reagieren.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich verwende andere Tools zur Risikoeinschätzung.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F23
Wie zutreffend sind folgende Aussagen für Ihre ärztliche Tätigkeit in Bezug auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen? Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu". Dazwischen können Sie weder abstimmen.

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich kläre den Patienten über den Nutzen von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich kläre den Patienten über mögliche Risiken von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Die tatsächlichen Risiken anzusprechen, ist mir aufgrund mangelnder Zeit nicht möglich.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine umfassende Aufklärung ist für den Patienten unzumutbar.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Eine umfassende Aufklärung des Patienten über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist Aufgabe des Facharztes.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich vermeide eine vollständige, auch die Risiken thematisierende Aufklärung, da sie Patienten von der Inanspruchnahme der Untersuchungen abschrecken könnte.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F24

<table>
<thead>
<tr>
<th>ITEM</th>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Es sollte eine obere Altersgrenze für VU-Teilnehmer festgelegt werden.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich halte die derzeitige untere Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Die VU sollte nicht jährlich in Anspruch genommen werden.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Vorsorgeuntersuchungen bei chronisch erkrankten Patienten durchzuführen, erscheint mir nicht sinnvoll.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
<tr>
<td>Ich habe den Eindruck, dass diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, diese nicht in Anspruch nehmen.</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
<td>☐</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Im Folgenden geht es um das Thema VU Neu-Schulung.

### F25 Welche Aussage trifft auf Sie zu? Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu". Dazwischen können Sie abstimmen.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>trifft zu (1)</th>
<th>trifft eher zu (2)</th>
<th>trifft eher nicht zu (3)</th>
<th>trifft nicht zu (4)</th>
<th>weiß nicht</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Aufgrund meiner Erfahrungen und Kompetenzen halte ich eine zusätzliche Schulung für die VU Neu nicht für notwendig.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Eine VU-Schulung ist nicht notwendig, da ich mir VU-spezifische Inhalte effizienter im Selbststudium erarbeiten kann.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich halte es lieber mit „learning by doing“.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Die Durchführung der VU Neu erfordert Techniken, welche nicht in Schulungen erworben werden können (z.B. Kommunikation, Beratung)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ich halte Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger.</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

### F26a Waren Sie dazu verpflichtet, an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilzunehmen?

- Ja [→ F27]
- Nein [→ F26b]

### F26b Haben Sie freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilgenommen?

- Ja [→ F27]
- Nein [→ P1]

### F27 Ich bitte Sie, die im Folgenden genannten Elemente des besuchten VU Neu-Einführungsseminars anhand einer Skala von 1="sehr gut", 2="gut", 3="befriedigend", 4="ausreichend" und 5="mangelhaft", ähnlich dem Schulnotensystem, zu bewerten:

| Fachliche Kompetenz der Referenten | sehr gut (1) | gut (2) | befriedigend (3) | ausreichend (4) | mangelhaft (5) |
| Didaktische Kompetenz der Referenten | | | | | |
| Informationsgehalt | | | | | |
| Praxisrelevanz | | | | | |
| Format der Veranstaltung | | | | | |
| Gesamtbewertung | | | | | |

Abschließend bitte ich Sie um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis.

### P1 Wie viele Vorsorgeuntersuchungen haben Sie im letzten Quartal ca. durchgeführt?

|  |  |  |  |  |  |

Interviewleitfadend ÄrztInnenbefragung Vorsorgeuntersuchung Neu 2009

Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu 98
P2 Wie alt sind Sie?
___ ___ Jahre

P3 Geschlecht [zuordnen]
☐ weiblich ☐ männlich

P4 In welcher Praxisform ordnien Sie? [nicht Vorlesen, zuordnen]
☐ Einzelpraxis ☐ Gruppenpraxis

P5 Welche Fachbezeichnung führen Sie? [nicht Vorlesen, zuordnen]
☐ Arzt für Allgemeinmedizin ☐ Facharzt für Innere Medizin
☐ Facharzt für Lungenheilkunde ☐ Sonstiges

P6 In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis? [nicht Vorlesen, zuordnen]
☐ Burgenland ☐ Kärnten ☐ Niederösterreich
☐ Oberösterreich ☐ Salzburg ☐ Steiermark
☐ Tirol ☐ Vorarlberg ☐ Wien

P7 In welchem Jahr haben Sie sich niederge lassen?
___ ___ ___ ___ ___

P8 Nehmen Sie regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil?
☐ Ja ☐ Nein

P9 In welcher Region befindet sich Ihre Praxis?
☐ ländlich / eher ländlich ☐ städtisch / eher städtisch ☐ gemischt

A Wir sind nun am Ende des Interviews. Haben Sie abschließend noch eine wichtige Anmerkung zur VU Neu?
[offene Frage]

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Fragebogenerstellung:
Projekt „Evaluation Vorsorgeuntersuchung Neu“
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Mai, 2009