

# **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](mailto:gerlinde.malli@ifgp.at)

# Inhaltsverzeichnis

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

4.1	Methodische Einschränkungen .....	69
4.2	Akzeptanz und Anwendung von Materialien und der Dokumentation .....	69
4.3	Arzt-Patient-Beziehung .....	78
4.4	„Learning by Doing“ .....	83
	Literatur .....	86
	Anhang .....	91

## 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 Qualitätszirkeln 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 Grundlagen“ (N=457, k. A.=43) .....	43
Abbildung 19: Verwendung der „Ärztbroschüre“ (N=470, k. A.=30).....	43
Abbildung 20: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ nach Verwendungshäufigkeit (N=393, k. A.=107).....	45
Abbildung 21: Nützlichkeit der „Ärztbroschüre“ 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 Hilfsinstrumenten (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 „Ärztbroschüre“.....	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.

Neben soziodemografischen Merkmalen und Praxismerkmalen wurden Daten zu 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 „ÄrztEBroschüre“, Erfahrung mit und Einstellung zur Lebensstilberatung, Akzeptanz und Praktikabilität der Risikotafeln, Erfahrung mit und Einstellung zur Risikokommunikation sowie Erfahrung mit und Einstellung zur VU Neu-Schulung erhoben und für den vorliegenden Bericht deskriptiv aufbereitet.

91% der befragten ÄrztInnen sind als AllgemeinmedizinerInnen tätig, 9% als InternistInnen. Ihre Altersspanne reicht von 32 bis 72 Jahren bei einem Durchschnittsalter von 50.6 Jahren. Je ca. 30% der ÄrztInnen haben sich in den 1980er Jahren, den 1990er Jahren und zwischen 2000 und 2009 niedergelassen. 6% führen bereits seit den 1970er Jahren ihre Praxis und eine Person seit den 1960ern. Durchschnittlich werden 44 Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal durchgeführt; 34% der ÄrztInnen geben an, seit 2000 Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. 31% führen seit den 1990er Jahren Vorsorgeuntersuchungen durch und 30% seit den 1980er Jahren. Ein kleiner Anteil von 5% ist bereits seit den 1970er Jahren als VU-VertragsärztIn tätig. 67% der Befragten nehmen regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil.

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 „Ärztbroschüre“ 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 abzufragen, 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 von der VU zur Verfügung gestellten Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) werden von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet. Obwohl die Mehrheit der Befragten dem Konzept des globalen kardiovaskulären Risikos eher skeptisch gegenüber steht, werden die Instrumente zur Risikoeinschätzung eher positiv beurteilt. Die Risikotafeln werden selektiv eingesetzt: Am häufigsten kommen sie bei HochrisikopatientInnen zur Anwendung. Sowohl die Einschätzung der Motivation der PatientInnen als auch die Verständlichkeit der Information der Risikotafeln für ProbandInnen der VU Neu stellen weitere Kriterien dar, nach denen ÄrztInnen über den Einsatz von Risikotafeln entscheiden.

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

Seit 1974 besteht in Österreich die Möglichkeit der jährlichen Inanspruchnahme einer Gesundenuntersuchung, in deren Mittelpunkt die Früherkennung von so genannten Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen steht (Fenk, 2000). Nach schrittweisen, eher geringfügigen inhaltlichen Anpassungen erfolgte im Jahr 2005 eine Neuausrichtung als „Vorsorgeuntersuchung Neu“ (VU Neu) mit verstärkter Berücksichtigung der Lebensstilmedizin, individualisierter Beratung und auf Altersgruppen ausgerichtete Untersuchungsinhalte. Die VU Neu umfasst mit dem allgemeinen medizinischen Programm („Basisuntersuchung“) einfache Risikofaktoren-orientierte labormedizinische, physische und anamnestische Untersuchungen, Information und Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen sowie auch, altersgruppenabhängig, ausgewählte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z.B. Hämokult-Test zur Darmkrebs-Früherkennung, Gebärmutterhalsabstrich, Hautinspektion).

Verstärkt wurde in der VU Neu auch die Rolle der ÄrztInnen als BeraterInnen, welchen nun noch stärker die Aufgabe zukommen soll, 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 „Ärztbroschüre“, 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 Fokusgruppendifkussionen 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.

Auf Grundlage einer weiteren Phase der Literaturanalyse und der Recherche relevanter Projekte bzw. der Einbindung eigener Projekterfahrungen konnten schließlich die Konzepte für den Fragebogen festgelegt werden. Die in der Literatur identifizierten Konzepte wurden hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt und den Gegebenheiten der Vorsorgeuntersuchung Neu angepasst. Der nächste Schritt bestand darin, auf Basis der bis dahin gewonnenen Erkenntnisse den Fragebogen zu konstruieren.

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. Hämokult-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**

Mittels einer offenen, theoriegeleiteten Literaturanalyse im Zeitraum von Jänner bis April 2009 wurde nach Studien gesucht, die sich zur Extraktion von Konzepten und Faktoren für die Hauptuntersuchung eignen. Die Suche erfolgte überwiegend in der Literaturlatenbank MEDLINE über die Suchoberfläche PubMed und wurde durch Internetrecherchen an Websites einschlägiger Einrichtungen (i.e. Public Health Portale, Suchmaschinen) ergänzt. Als Suchworte dienten die Begriffe "physicians", "attitude", "risk communication", "physician-patient relations", "lifestyle counselling", "health lifestyle", "health discussion", "continuing medical education", "advanced training", "evidence-based medicine", "barriers", "acceptance", "prevention", "preventive health", "preventive check up", "screening" und "clinical practice guidelines".

Studien zum Umsetzungsprozess von standardisierten Instrumenten (e.g. Risk-Tables zur Einschätzung des kardiovaskulären Risikos, Leitlinien, Screening-Programme) aus ärztlicher Sicht lieferten einen guten Überblick über deren Akzeptanz, Praktikabilität und über Barrieren ihrer Implementierung. Instrumente, die als systematisch entwickelte Entscheidungshilfen eine strukturierte Orientierung im Sinne von Behandlungs-, Screening- und Diagnostikentscheidungen vorgeben, haben bisher wenig Eingang in die ärztliche Praxis gefunden und werden von den AnwenderInnen eher kritisch beurteilt. Die Ergebnisse nur einzelner Studien – z. B. aus Kanada (Tracy, Dantas, Moineddin & Upshur, 2003) oder England (McColl, Smith, White & Field, 1998) – zeigen eine positive Einstellung von ÄrztInnen zu standardisierten, evidenzbasierten Materialien aufgrund ihrer Nützlichkeit in der Umsetzung für die alltägliche Praxis, wenn auch Behandlungsentscheidungen weniger stark davon betroffen sind als Screening- bzw. Diagnostikentscheidungen.

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 Literaturanalyse 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 zuzurechnen. 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**

Im Projekt „Gesundheitsmonitor“ der deutschen Bertelsmann Stiftung<sup>1</sup> werden seit 2001 sowohl ÄrztInnen als auch Versicherte in regelmäßigen Abständen zur ambulanten Versorgung befragt. Die telefonisch durchgeführten Ärztebefragungen befassen sich u. a. mit thematischen Schwerpunktsetzungen, die auch für die vorliegende Studie von Relevanz waren: Prävention bzw. Lebensstilmedizin, ärztliche Fort- und Weiterbildung, PatientInnenbeteiligung an Entscheidungen, Evidenzbasierte Medizin bzw. Leitlinien. Wenngleich weder Skalen noch Items aus den Fragebögen der Bertelsmann Stiftung übernommen wurden, bereicherte das Projekt die Konstruktionsphase und Themensetzungen unseres Frageinstruments.

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<sup>2</sup> 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.

---

<sup>1</sup>[http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-36FF2973-7954A3CC/bst/hs.xsl/prj\\_7097\\_7113.htm](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-36FF2973-7954A3CC/bst/hs.xsl/prj_7097_7113.htm), 25.06.2009

<sup>2</sup> <http://www.elske-ammenwerth.de/Publikationen/r12.pdf>, 25.06.2009

Tabelle 1: Einstellung gegenüber der elektronischen Dokumentation (Items)

<b>Items zur „Einstellung zur Arzt- und Befundschreibung im KIS“ (Ammenwerth &amp; Kaiser 2002)</b>	<b>Items zur „Einstellung zur elektronischen Dokumentation“ in der vorliegenden Studie</b>
Der Einsatz der KIS-Arztbrief- und Befundschreibung bedeutet für mich Mehrarbeit ohne erkennbaren Nutzen	Die elektronische Dokumentation bedeutet für mich Mehrarbeit.
Die Bedienung der KIS-Arzt- und Befundschreibung ist einfach und selbsterklärend.	Die Benutzung des elektronischen Dokumentationsblatt-Systems ist einfach und selbsterklärend.
Bei Problemen mit der KIS-Arztbrief- und Befundschreibung habe ich Ansprechpartner, die mir weiterhelfen.	Bei Problemen mit dem elektronischen Dokumentationsblatt-Systems habe ich Ansprechpartner, die mir weiterhelfen.
Die KIS-Arztbrief- und Befundschreibung ist ein unzuverlässiges System.	Das elektronische Dokumentationsblatt-System ist fehleranfällig und instabil.

Neben einer Schweizer Ärztebefragung aus dem Jahr 2000, im Auftrag der Initiative PULSUS – für eine freie, sozial verantwortbare Medizin<sup>3</sup>, die sich vorwiegend mit den Veränderungen der Arzt-Patienten-Beziehung im Zusammenhang einer informierteren PatientInnenschaft befasste und aufgrund ihrer starken Fokussierung als Impulsgeber für die eigene Fragebogenkonstruktion ausgeschlossen wurde, stießen wir in unserer Recherche auf eine Schweizer Studie über Barrieren bei der Implementierung von Instrumenten zur kardiovaskulären Risikoeinschätzung (Eichler et. al. 2007). Der von uns entwickelte Fragebogen enthält insgesamt 8 Items zum Konstrukt „Einstellung gegenüber Risk-Scales“. Vier Items entsprechen dabei in modifizierter Weise der deutschen Übersetzung der Skala von Eichler et. al. zu potenziellen Barrieren der Anwendung von Instrumenten zur kardiovaskulären Risikoeinschätzung (Tabelle 2).

<sup>3</sup> <http://www.pulsus.ch/>, 25.06.2009

Tabelle 2: Einstellung gegenüber Risikotafeln (Items)

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

Schließlich stellten die Frageinstrumente der eigenen Studien „Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung“ (2008) und „TeilnehmerInnenzufriedenheit mit der Servicequalität bei der Vorsorgeuntersuchung Neu 2007“ des IfGP eine inhaltliche Bereicherung dar.

## 2.2 Fokusgruppen mit VU-ÄrztInnen

Im Zentrum der Public Health Forschung stehen Kollektive und nicht die einzelnen Individuen (Schwartz, 2003). Methodische Ansätze, die das Erheben von empirischen Daten erlauben, die innerhalb von Gruppen gewonnen werden, eignen sich von daher besonders gut zur Bearbeitung von Fragestellungen aus dem Public Health Bereich. Für die Fragebogenentwicklung der hier vorliegenden Studie lieferten die von uns durchgeführten Fokusgruppen mit VU-VertragsärztInnen eine wesentliche Vorarbeit.

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 Gegenstandsbereich 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 präterminierte 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 Auswahl der TeilnehmerInnen der Fokusgruppen folgte dem Prinzip der Selbstselektion. Sie wurden über Kontaktpersonen zur Teilnahme an den Diskussionen eingeladen. Insgesamt wurden fünf Fokusgruppeninterviews durchgeführt, an denen 34 ÄrztInnen, die die VU Neu durchführen, beteiligt waren. Mit Diskussionsbeiträgen nahmen 27 ÄrztInnen aktiv an den Gesprächen teil, davon neun Frauen und 18 Männer. Durchschnittlich bildeten fünf Personen eine Fokusgruppe. Die TeilnehmerInnen einer Fokusgruppe setzten sich aus ÄrztInnen der Vorsorge- und Gesundenuntersuchungsstelle der StGKK zusammen. Die TeilnehmerInnen der restlichen vier Fokusgruppen setzten sich aus AllgemeinmedizinerInnen und InternistInnen zusammen, von denen einige regionalen Qualitätszirkeln angehören. Der Erhebungszeitraum erstreckte sich von Mai 2007 bis Juli 2008.

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.

Insgesamt konnte mit der Methode der Fokusgruppen eine hohe Inhaltsvalidität und ein tiefer Informationsgehalt der Ergebnisse erreicht werden. Die Thematiken waren einerseits durch das Interesse der Forschenden, andererseits durch die spontane Beteiligung der TeilnehmerInnen, die als ExpertInnen auftraten und neue, unerwartete Themen einbringen konnten, strukturiert. Die Daten beruhen so zu einem großen Teil auf dem Austausch von Erfahrungen, Meinungen und Einstellungen der TeilnehmerInnen und konnten innerhalb eines sozialen Kontextes gewonnen werden, in dem die DiskutantInnen ihre eigenen Sichtweisen gegen die der anderen abwägen konnten. Diskutiert wurden folgende Themen: Praktikabilität und Akzeptanz der Dokumentations- und der unterstützenden Materialien der VU Neu, (VU Neu-)Schulungsangebote und Schulungsbedarf, Zweck der Evaluation, Programminhalt, Prinzipien der VU Neu sowie Erfahrungen in der Umsetzung der VU Neu in der Routinepraxis.

In Anlehnung an die Methode des ständigen Vergleichens der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1998) wurde das qualitative Datenmaterial systematisch ausgewertet und interpretiert. Begonnen

wurde mit der Kodierung einer Fokusgruppendifkussion, um erste Kategorien und die auf sie passenden Daten greifbar zu machen. Beim Kodieren der weiteren Fokusgruppendifkussionen 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.<sup>4</sup>

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

Tabelle 3: Dimensionen und Aspekte aus der Fokusgruppen-Studie

<b>Dokumentation</b>	Datenschutzrechtliche Bedenken Dokumentation als Qualitätssicherungskriterium Einschränkung der ärztlichen Autonomie Strukturierung des Ablaufs der VU
<b>Dokumentationsbogen (Befundblatt)</b>	Ausführung des Befundblattes (Platz für Notizen, ...) Befundblatt als Grundlage für die Lebensstilberatung Lesbarkeit für die PatientInnen (abstrakt, unpersönlich, ...)
<b>Alkohol/ Alkoholfragebogen</b>	Nationale Tabuisierungs- und Bagadellisierungstendenzen Arzt-Patienten-Beziehung (Vertrauen, Beziehungsgefährdung, Ärztliche Autoritätsrolle vs. Selbstbestimmung des Patienten/ der Patientin ...) VU als (nicht angemessener) Rahmen, um Alkohol zu thematisieren Wirksamkeit der Beratung Datenschutz – ethische Verantwortung den PatientInnen gegenüber Fragebogen nicht geeignet zur Kommunikation und Identifikation von alkoholgefährdeten bzw. -kranken PatientInnen Negative Reaktionen der PatientInnen auf den Fragebogen Praxisferne des Fragebogens Alternative Screening-Instrumente
<b>Wissenschaftliche Grundlagen und Ärztbroschüre</b>	Geringer Bekanntheitsgrad Seltene Nutzung
<b>Schulung</b>	Bestehender Mangel an Schulungen im Präventionsbereich und Schulungsbedarf Bereits vorhandene Kompetenzen, keine Notwendigkeit und kein Bedarf

<sup>4</sup> Die Ergebnisse der Fokusgruppenauswertung liegen in einem gesonderten Bericht vor: IfGP (Hg.): Fokusgruppenbefragung von VU Neu-ÄrztInnen, April 2009 (Gerlinde Malli & Ursula Reichenpferder).

<b>Programminhalt der VU Neu</b>	Eingeschränkter Umfang bzw. Plädoyer für Erweiterung Funktionelle Abgrenzungs- bzw. Definitionsprobleme (präventiv, diagnostisch, kurativ) Serviceleistung für ProbandInnen
<b>Lebensstilberatung</b>	Ärztliche Rolle als BeraterIn Beratungs-Skills Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Nachgewiesene) Wirksamkeit von Interventionen Zeitliche, finanzielle, personelle Ressourcen Abgrenzung zum kommerzialisierten Gesundheitsförderungsbereich
<b>Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe</b>	„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
<b>Risikokommunikation</b>	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)
<b>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen</b>	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

Die Befragung der vorliegenden Studie wurde als computerunterstütztes Telefoninterview (CATI) durch ein national wie international erfahrenes Unternehmen im Bereich der Meinungs- und Marktforschung (IFES – Institut für empirische Sozialforschung GmbH, Wien) durchgeführt. Konzept- und Fragebogenentwicklung lagen im Aufgabenbereich des IfGP. Das bereitgestellte Frageinstrument wurde vom externen Anbieter kommentiert und in intensiver Abstimmung mit dem IfGP einer Qualitätskontrolle (z.B. Komplexitätsanpassung der Fragen an die Form des telefonischen Interviews) unterzogen. Vor dem tatsächlichen Feldstart wurde ein Pretest durchgeführt, um einerseits Logistikwerte wie die durchschnittliche Dauer pro Interview zu erheben und andererseits eine inhaltliche Plausibilitätsprüfung vor dem Feldstart vorzunehmen. Die Feldphase der Befragung erstreckte sich vom 4. Juni bis 29. Juni 2009.

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 entgegen gehalten werden:

1. Bei telefonischen Befragungen werden Ausschöpfungsquoten bis 70% realisiert.
2. Die Erfahrung zeigt, dass Telefoninterviews mit einer Dauer von einer Stunde durchaus im Bereich des Möglichen liegen (Vergleichswerte zeigen, dass für ein 45 Minuten dauerndes Telefoninterview für den gleichen Fragebogen in einem persönlichen Interview eine Länge von mehr als einer Stunde kalkuliert werden müsste).
3. Untersuchungen zum Vergleich des Antwortverhaltens in telefonischen und persönlichen Interviews lassen keine bzw. kaum Unterschiede in den Antwortreaktionen der Interviewten erkennen (Dieckmann, 2008, S. 501-515).

Telefonische Befragungen sind im Allgemeinen weniger aufwändig und deshalb auch meistens günstiger als persönlich-mündliche Interviews, jedoch teurer als schriftliche Befragungen. Trotzdem: keine andere Erhebungsmethode hat sich in den letzten Jahrzehnten so stark verbreitet wie die telefonische Befragungstechnik. 2005 wurden in Deutschland 45% aller Umfragen von Meinungsforschungsinstituten am Telefon durchgeführt, in der Schweiz sogar 62% (Dieckmann, 2008, S. 503). Als besonders geeignet wird die Methode telefonischer Interviews für Befragungen betrachtet, die sich an spezifische Personen- meist Berufsgruppen, für die ein Verzeichnis mit Telefonnummern öffentlich verfügbar und leicht zugänglich ist, richten.

Die Technik der computerassistierten Telefoninterviews (CATI) ermöglicht eine effiziente Abwicklung von Befragungen bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Beispielsweise können Filter, Gabeln und Konsistenzprüfungen in telefonischen Interviews mit CATI-Technik in nahezu beliebiger Komplexität programmiert werden. Darüber hinaus erfolgt die Dateneingabe in den Computer bereits im Zuge des Interviews und erspart somit die nachträgliche Kodierung und Datenübertragung. Die Daten stehen also unmittelbar nach dem Interview für Auswertungen und Tests zur Verfügung. Nicht zuletzt erfolgte die Entscheidung für diese Methode vor dem Hintergrund der positiven Erfahrungswerte des Anbieters, im Speziellen mit der Gruppe von ÄrztInnen, mit telefonischen Interviews.

### 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<sup>5</sup>, 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<sup>6</sup>, Vertragsform (Wahlarzt oder Vertragsarzt), e-card Ausstattung (ja, nein), Fachgebiet, Niederlassungsform (Einzel-, Gruppenpraxis, Ambulatorium), Bundesland und Geschlecht (weiblich, männlich, sächlich).

Der Adressdatensatz musste zunächst für die Telefonnummernrecherche, mit der IFES beauftragt wurde, um die Erstordinationen gefiltert werden. Die angeführten Ambulatorien wurden aufgrund der geringen Anzahl (insgesamt 55) aus Effizienz- und inhaltlichen Gründen ausgeschlossen. Daraus ergab sich schließlich eine Gesamtpopulation von 6454 ÄrztInnen. Die Stichprobengröße umfasste gemäß unseren Vorgaben insgesamt 500 niedergelassene Ärzte und Ärztinnen.

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-

---

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Dabei interessierte, ob der VU-Vertrag vor bzw. nach dem Stichdatum des VU Neu-Programmstarts, am 01.07.2005 für Vorarlberg und Tirol, am 01.10.2005 in den übrigen Bundesländern, liegt.

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

<b>Soll/ Ist-Stand (in Absolutzahlen)</b>				
Bundesland	Geschlecht	VU Alt	VU Neu	Gesamtergebnis
Burgenland	männlich	9	2	11
	weiblich	4	1	5
	sächlich	0	1	1
<b>Gesamt</b>		<b>13</b>	<b>4</b>	<b>17</b>
Kärnten	männlich	22	5	27
	weiblich	8	4	12
	sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>30</b>	<b>9</b>	<b>39</b>
Niederösterreich	männlich	52	11	63
	weiblich	21	9	30
	Sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>73</b>	<b>20</b>	<b>93</b>
Oberösterreich	männlich	49	9	58
	weiblich	12	6	18
	sächlich	1	2	3
<b>Gesamt</b>		<b>62</b>	<b>17</b>	<b>79</b>
Salzburg	männlich	18/17	5/6	23
	weiblich	7	3	10
	sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>25/24</b>	<b>8/9</b>	<b>33</b>
Steiermark	männlich	46/44	7/9	53
	weiblich	16/14	6/8	22
	sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>62/58</b>	<b>13/17</b>	<b>75</b>
Tirol	männlich	29	5	34
	weiblich	7	3	10
	sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>36</b>	<b>8</b>	<b>44</b>
Vorarlberg	männlich	13/10	3	16/13
	weiblich	2	1	3
	sächlich	0	0	0
<b>Gesamt</b>		<b>15/12</b>	<b>4</b>	<b>19/16</b>
Wien	männlich	49/46	8/13	57/59
	weiblich	32	11/13	43/45
	sächlich	0	1	1
<b>Gesamt</b>		<b>81/78</b>	<b>20/26</b>	<b>101/104</b>
<b>Gesamtergebnis</b>		<b>397/386</b>	<b>103/114</b>	<b>500</b>

### 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

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

### 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 „Ärztbroschüre“
- 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 Analysen erfolgten mit dem Programmpaket SPSS, Version 16.0. Die Codierung der offenen Frage (Anmerkungen zur VU Neu) wurde mithilfe des Softwareprogramms MAXqda vorgenommen.

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“

und „trifft nicht zu“ wurden in bestimmten Fällen zugunsten der Aussagekraft der Ergebnisse zu den Kategorien „trifft zu/ trifft eher zu“ und „trifft eher nicht zu/ trifft nicht zu“ zusammengefasst. Ebenso wurden die Häufigkeitsangaben gelegentlich zu zwei Kategorien gruppiert: „regelmäßige Anwendung“ entspricht den Angaben „immer“ und „oft“, „seltene Anwendung“ den Angaben „manchmal“ und „selten“. Die im Text und in den Grafiken vorkommenden Prozentangaben wurden auf ganze Zahlen gerundet, beim Aufsummieren der Werte können sich daher geringe Abweichungen zu 100 Prozent ergeben.

Als statistische Verfahren wurden überwiegend Chi-Quadrat-Tests gerechnet. Als Signifikanzniveau wurde ein p-Wert von  $p \leq 0.05$  bestimmt. Mittelwertunterschiede bei intervallskalierten Merkmalen wurden bei Normalverteilung mit dem t-Test für unabhängige Stichproben getestet. Die Analysen von über Ratingskalen erfassten Variablen wurden mit varianzanalytischen Verfahren durchgeführt. Die Reliabilitätsanalyse von Skalen erfolgte durch die Bestimmung des Cronbach's Alpha.

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<sup>7</sup> sowie das Alter der ÄrztInnen getrennt nach dem Geschlecht.

Tabelle 6: Soziodemografische Personenmerkmale und Praxismerkmal getrennt nach Geschlecht

	Gesamtstichprobe (N = 500)		Ärzte (N = 331)		Ärztinnen (N = 169)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
<b>Alter</b>						
30 bis 40	49	(9.8)	25	(7.6)	24	(14.2)
41 bis 50	204	(40.8)	124	(37.5)	80	(47.3)
51 bis 60	203	(40.6)	144	(43.5)	59	(34.9)
Über 60-Jährige	44	(8.8)	39	(11.5)	6	(3.6)
<b>Praxisstandort</b>						
Wien	103	(20.6)	52	(15.7)	51	(30.2)
Niederösterreich	93	(18.6)	58	(17.5)	35	(20.7)
Oberösterreich	80	(16.0)	63	(19.0)	17	(10.1)
Steiermark	76	(15.2)	53	(16.0)	23	(13.6)
Tirol	43	(8.6)	32	(9.7)	11	(6.5)
Kärnten	39	(7.8)	26	(7.9)	13	(7.7)
Salzburg	33	(6.6)	22	(6.6)	11	(6.5)
Burgenland	17	(3.4)	12	(3.6)	5	(3.0)
Vorarlberg	16	(3.2)	13	(3.9)	3	(1.8)
<b>Regionale Zuordnung</b>						
Ländlich/ eher ländlich	228	(45.6)	163	(49.2)	65	(38.5)
Städtisch/ eher städtisch	202	(40.4)	129	(38.7)	82	(48.5)
gemischt	70	(14.0)	48	(14.5)	22	(13.0)
<b>Praxisform</b>						
Einzelpraxis	472	(94.4)	316	(95.5)	156	(92.3)
Gruppenpraxis	28	(5.6)	15	(4.5)	13	(7.7)
<b>Fachgebiet</b>						
Allgemeinmedizin	457	(91.4)	295	(89.1)	162	(95.9)

<sup>7</sup> Hauptfachgebiet, Vertragstyp und VU Typ

Innere Medizin	43	(8.6)	36	(10.9)	7	(4.1)
<b>Vertragsart (kurativ)</b>						
VertragsärztIn	374	(74.4)	273	(82.5)	99	(58.6)
WahlärztIn	128	(25.6)	58	(17.5)	70	(41.4)
<b>Niederlassungsjahr</b>						
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)
<b>Anzahl VU/ Quartal</b>						
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)
<b>Teilnahme an ärztlichen Qualitätszirkeln</b>						
Ja	337	(67.4)	219	(66.2)	118	(69.8)
Nein	163	(32.6)	112	(33.8)	51	(30.2)
<b>Durchführung von VU seit</b>						
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)
<b>VU Typ</b>						
VU Alt	386	(77.2)	265	(80.1)	121	(71.6)
VU Neu	114	(22.8)	66	(19.9)	48	(28.4)
<b>VU Neu seit</b>						
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.

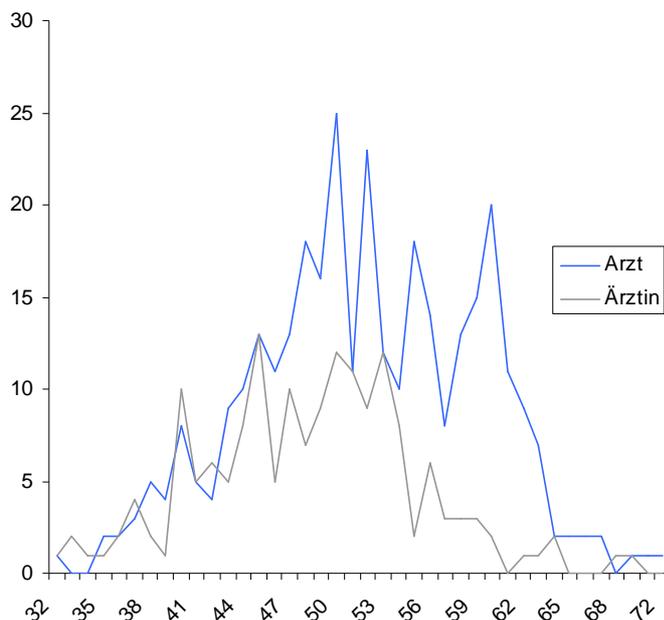


Abbildung 1: Altersverteilung in absoluten Zahlen nach Geschlecht

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

		Geschlecht		
		männlich	weiblich	Gesamt
Alter	bis 49	57	43	100
	ab 50	73	27	100
Gesamt		66	34	100

**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).

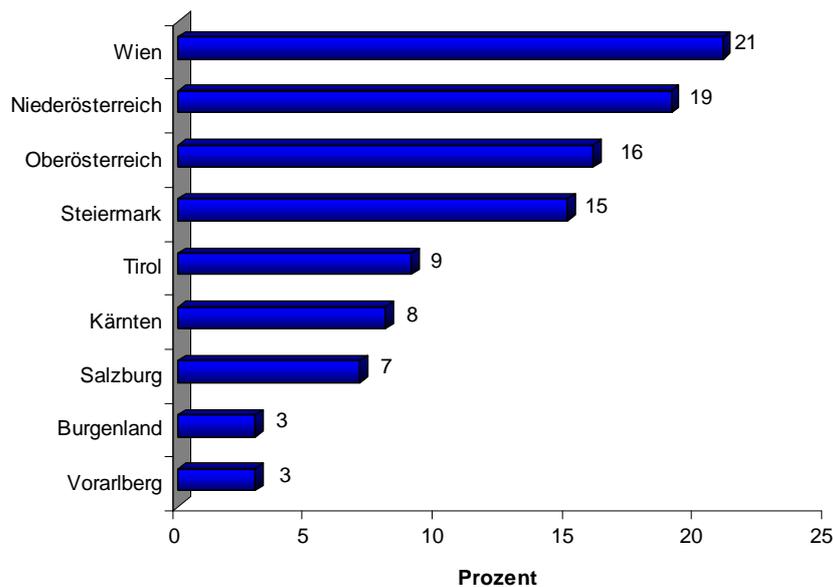


Abbildung 2: Praxisstandort, Bundesland (N=500)

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“.

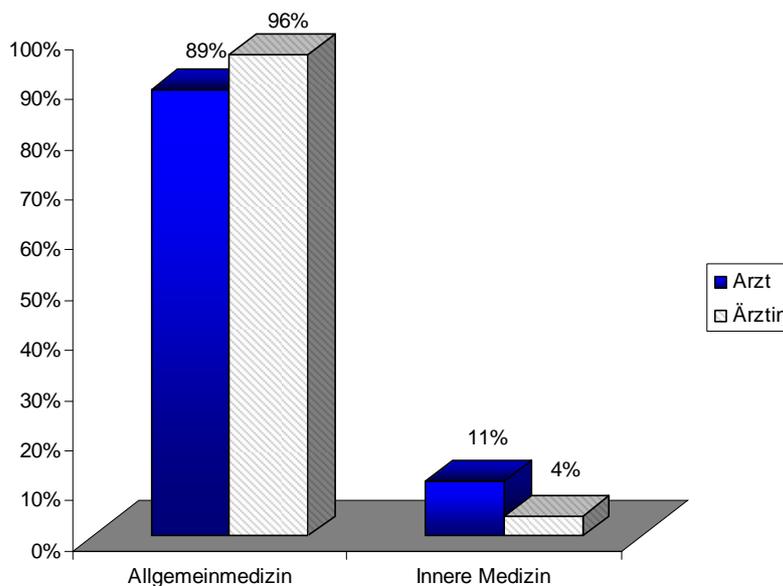


Abbildung 3: Fachrichtung nach Geschlecht (N=500)

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).

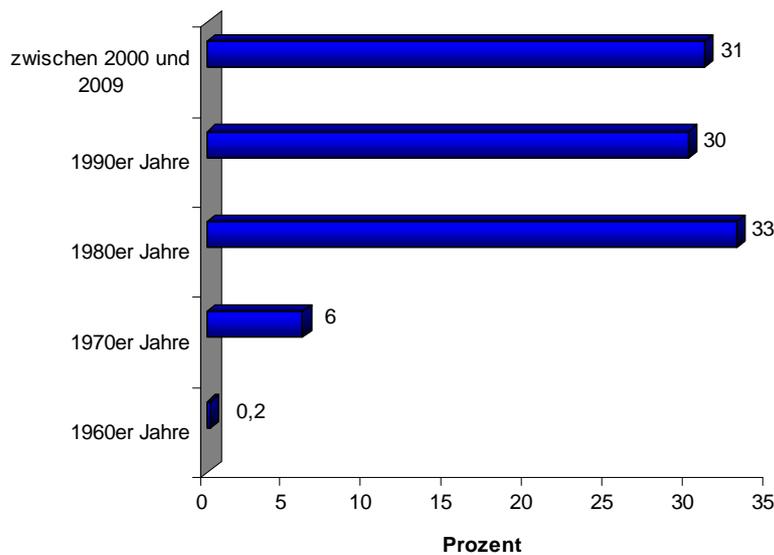


Abbildung 4: Niederlassungszeitpunkt (N=500)

Hinsichtlich des Niederlassungszeitpunktes fallen geschlechtsspezifische Unterschiede auf: Jene Ärztinnen, welche erst zwischen 2000 und 2009 ihre Praxis eröffneten, stellen mit 43% die anteilmäßig größte Gruppe dar, während bei den männlichen Befragten die Niederlassung überwiegend (40%) bereits in den 1980er Jahren erfolgte (Abbildung 5).

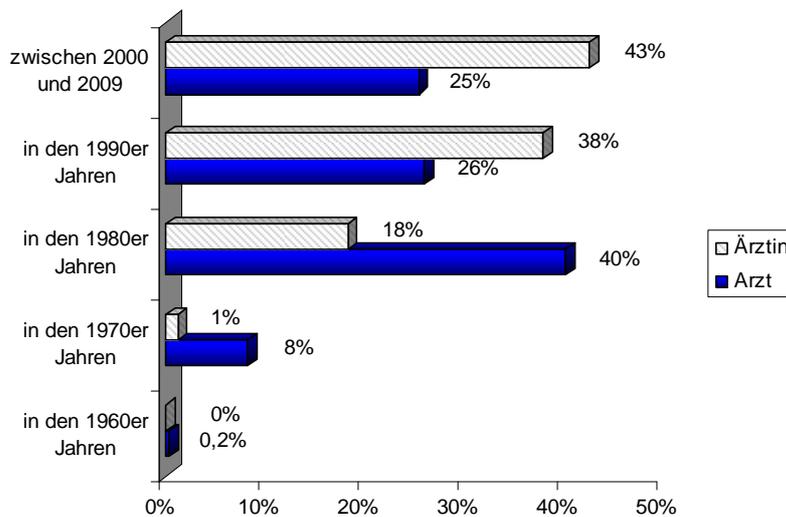


Abbildung 5: Niederlassungszeitpunkt nach Geschlecht (N=500)

Die ÄrztInnen wurden nach der Anzahl der durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen im letzten Quartal<sup>8</sup> 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).

<sup>8</sup> Die Befragung wurde im Juni 2009 durchgeführt.

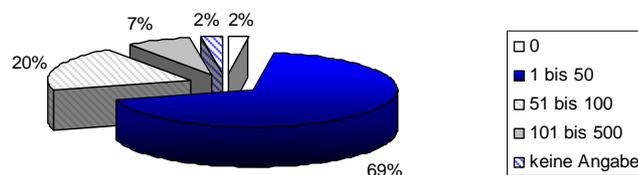


Abbildung 6: Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal (N=488, k. A. = 12)

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).

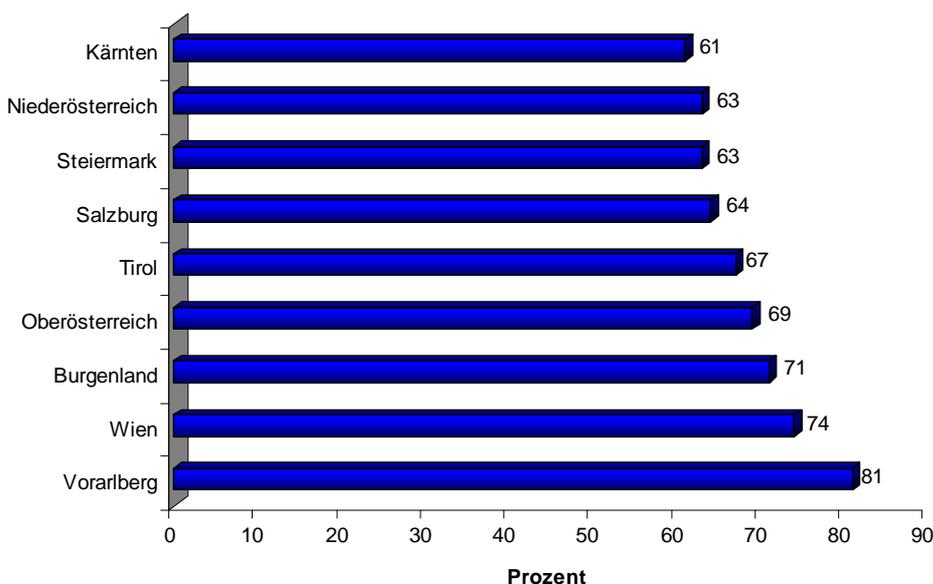


Abbildung 7: Teilnahme an Qualitätszirkeln nach Bundesländern (N=100)

### 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).

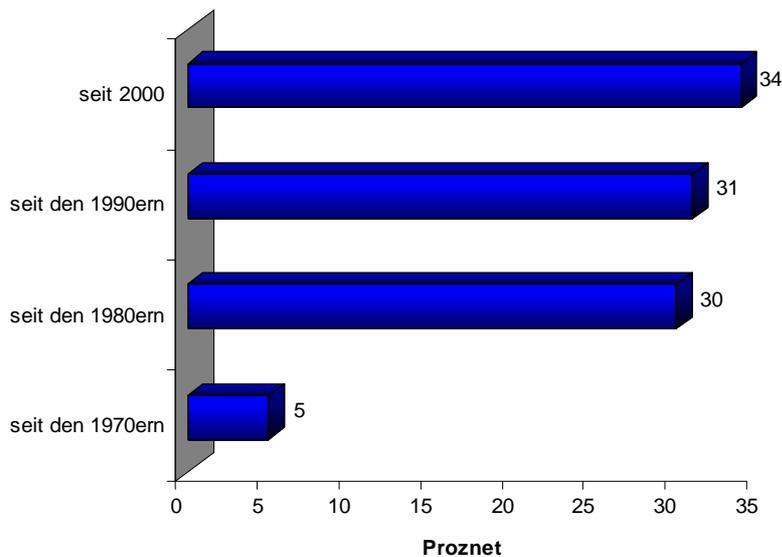


Abbildung 8: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU (N=500)

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

Alter	N	M	Minimum	Maximum
VU Alt	386	52.26	35	72
VU Neu	114	45.16	32	69
Gesamt	500	50.64	32	72

**Anmerkung. T-Test bei unabhängigen Stichproben. SD=6.40-7.65.**

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).

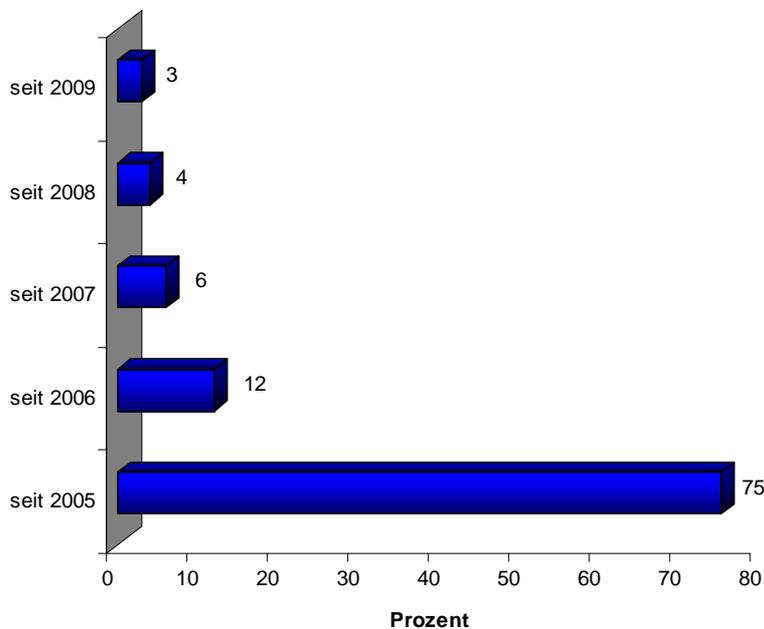


Abbildung 9: Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der VU Neu (N=500)

### 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

Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.	n	%	Kumulierte Prozen-te
Trifft zu	251	50	50
Trifft eher zu	95	19	69
Trifft eher nicht zu	59	12	81
Trifft nicht zu	95	19	100
Gesamt	500	100	

**Anmerkung. N=500.**

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

Diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, nehmen diese nicht in Anspruch.	n	%	Kumulierte Prozen-te
Trifft zu	204	41	41
Trifft eher zu	174	35	76
Trifft eher nicht zu	64	13	88
Trifft nicht zu	48	10	98
Weiß nicht	10	2	100
Gesamt	500	100	

**Anmerkung. N=490. k.A.=10.**

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).

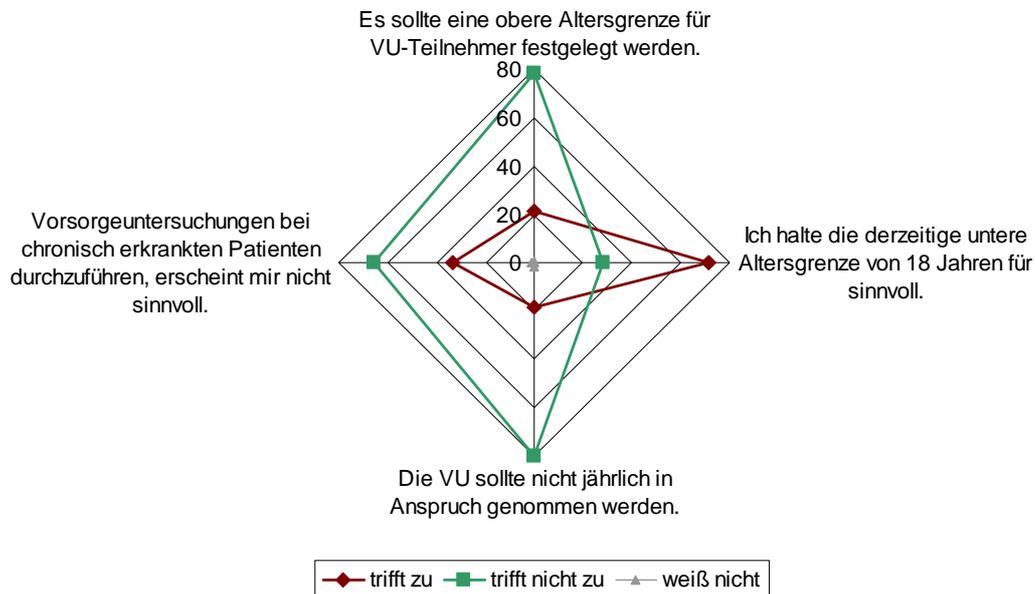


Abbildung 10: Festlegung der Zielgruppe der VU Neu (N=491-498, k. A.= 2-9)

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 durchführten, 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 Zustimmungswert 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

Anzahl an VU/ Quartal	Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.	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.	VU bei chronisch erkrankten Patienten durchzuführen, erscheint mir nicht sinnvoll.	Diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, nehmen diese nicht in Anspruch.
	%	%	%	%	%	%
0	18	46	64	36	64	100
1 bis 50	67	24	71	19	39	81
51 bis 100	77	15	72	17	21	70
101 bis 500	86	11	81	18	19	63
Gesamt	69	22	72	19	34	78

**Anmerkung. N=490-500. k. A.=0-10.**

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

Durchführung von VU seit...	Die VU sollte nicht jährlich in Anspruch genommen werden.
	%
... den 70er Jahren	48
... den 80er Jahren	16
... den 90er Jahren	15
... 2000	20
<b>Gesamt</b>	<b>19</b>

**Anmerkung. N=491. k.A.=9.**

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%) ordinieren 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 Altergrenze 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

Bundesland	Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.	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.	VU bei chronisch erkrankten Patienten durchzuführen, erscheint mir nicht sinnvoll.	Diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, nehmen diese nicht in Anspruch.
	%	%	%	%	%	%
Vorarlberg	75	13	56	20	25	79
Tirol	63	16	74	12	30	74
Salzburg	61	30	85	24	42	91
Oberösterreich	73	20	67	15	25	80
Kärnten	82	13	64	13	15	66
Steiermark	61	28	71	23	33	80
Burgenland	77	12	88	6	47	88
Niederösterreich	68	27	74	20	41	74
Wien	73	18	70	23	40	74
Gesamt	69	21	71	19	34	77

Anmerkung. N=490-500. k. A.= 0-10.

### 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).

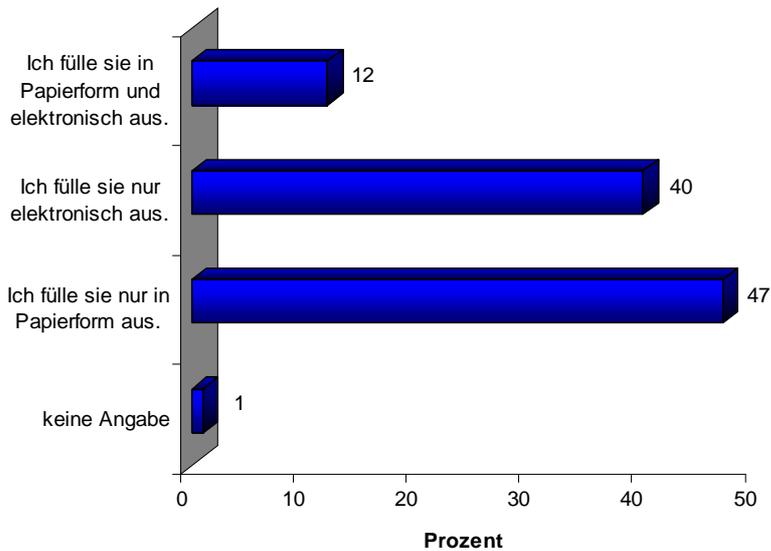


Abbildung 11: Form der Dokumentation (N= 597, k. A.=3)

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

	Papierform	Elektronische Dokumentation	Papierform und elektronisch	Keine Angabe	Gesamt
	%	%	%	%	%
Arzt	42	47	11	1	100
Ärztin	57	27	15	1	100
Gesamt	47	40	12	1	100

Anmerkung. N=597. k. A.=3.

Die statistische Überprüfung möglicher Zusammenhänge zwischen der Dokumentationsform und soziodemografischen Merkmalen bzw. Praxismerkmalen zeigt 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

	Ich fülle sie nur in Papierform aus.	Ich fülle sie nur elektronisch aus.	Ich fülle sie in Papierform und elektronisch aus.	Keine Angabe	Gesamt
<b>Anzahl an VU/ Quartal</b>	%	%	%	%	%
0	91	9	0	0	100
1 bis 50	53	36	10	1	100
51 bis 100	31	49	19	1	100
101 bis 500	25	64	11	0	100
Gesamt	47	40	12	1	100
<b>Niedergelassen seit...</b>					
...den 1960er Jahren	0	100	0	0	100
...den 1970er Jahren	38	41	17	3	100
...den 1980er Jahren	44	47	9	0	100
...den 1990er Jahren	50	38	12	0	100
...zwischen 2000 und 2009	51	34	14	1	100
Gesamt	47	40	12	1	100
<b>Altersgruppen</b>					
Bis 49	49	37	14	1	100
Ab 50	46	43	11	0	100
Gesamt	47	40	12	1	100
<b>Durchführung von VU seit ...</b>					
... den 1970er Jahren	40	36	20	4	100
... den 1980er Jahren	44	46	10	0	100
... den 1990er Jahren	48	41	11	0	100
... 2000	51	34	14	1	100
Gesamt	47	40	12	1	100
<b>VU Typ</b>					
VU Alt	46	42	12	0	100
VU Neu	51	34	13	2	100
Gesamt	47	40	12	1	100
<b>Vertragstyp</b>					
Vertragsarzt	38	49	13	0	100
Wahlarzt	76	13	10	1	100
Gesamt	47	40	12	1	100

**Anmerkung. N=488-500. k. A.=0-12.**

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%) ( $\chi^2(8, N=437) = 23.59, p < .003$ ).

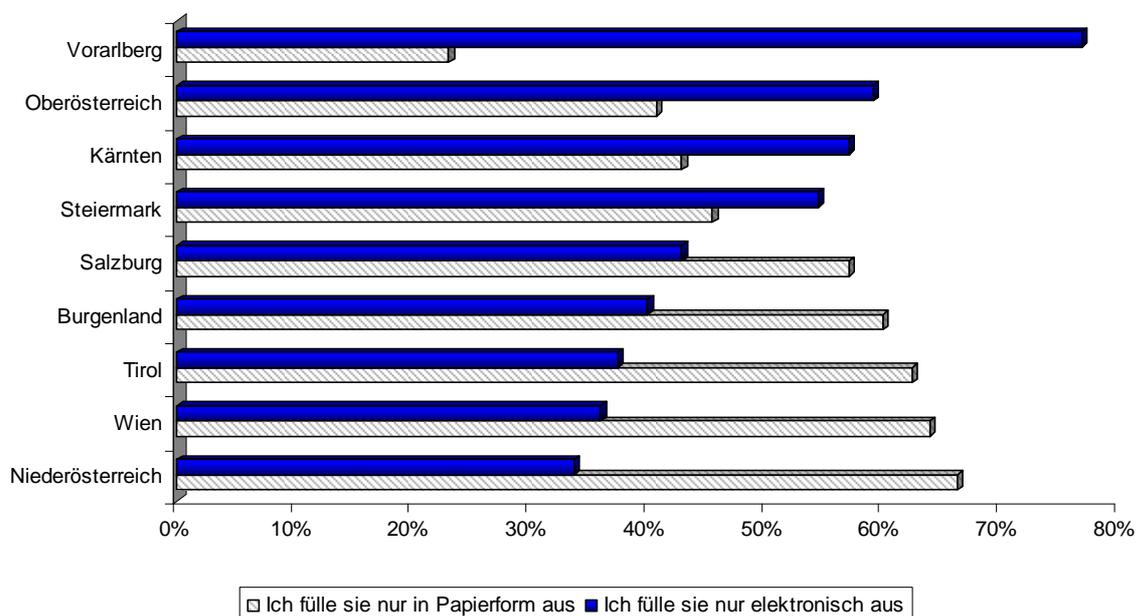


Abbildung 12: Form der Dokumentation nach Bundesland (N=500)

Die folgenden zwei Abbildungen enthalten die Ergebnisse über die Einstellungen der ÄrztInnen zur elektronischen Dokumentation (Abbildung 13) bzw. Dokumentation im Generellen (Abbildung 14). Dabei wurde nach der Übersichtlichkeit des Befundblattes für die PatientInnen, datenschutzrechtlichen Bedenken, dem Umstellungsaufwand, der Akzeptanz und Praktikabilität des elektronischen Dokumentationsblatt-Systems und den Auswirkungen der Dokumentation auf den Praxisalltag gefragt.

40% der ÄrztInnen finden, dass der Papierausdruck des elektronischen Befundblattes für die PatientInnen übersichtlich gestaltet ist. Knapp die Hälfte der Befragten (48%) stimmt der Aussage zu, große datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde zu haben. Die Mehrheit der ÄrztInnen (73%) hat den Umstellungs- und Lernaufwand für die elektronische Dokumentation als nicht sehr hoch empfunden, in etwa ebenso 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).

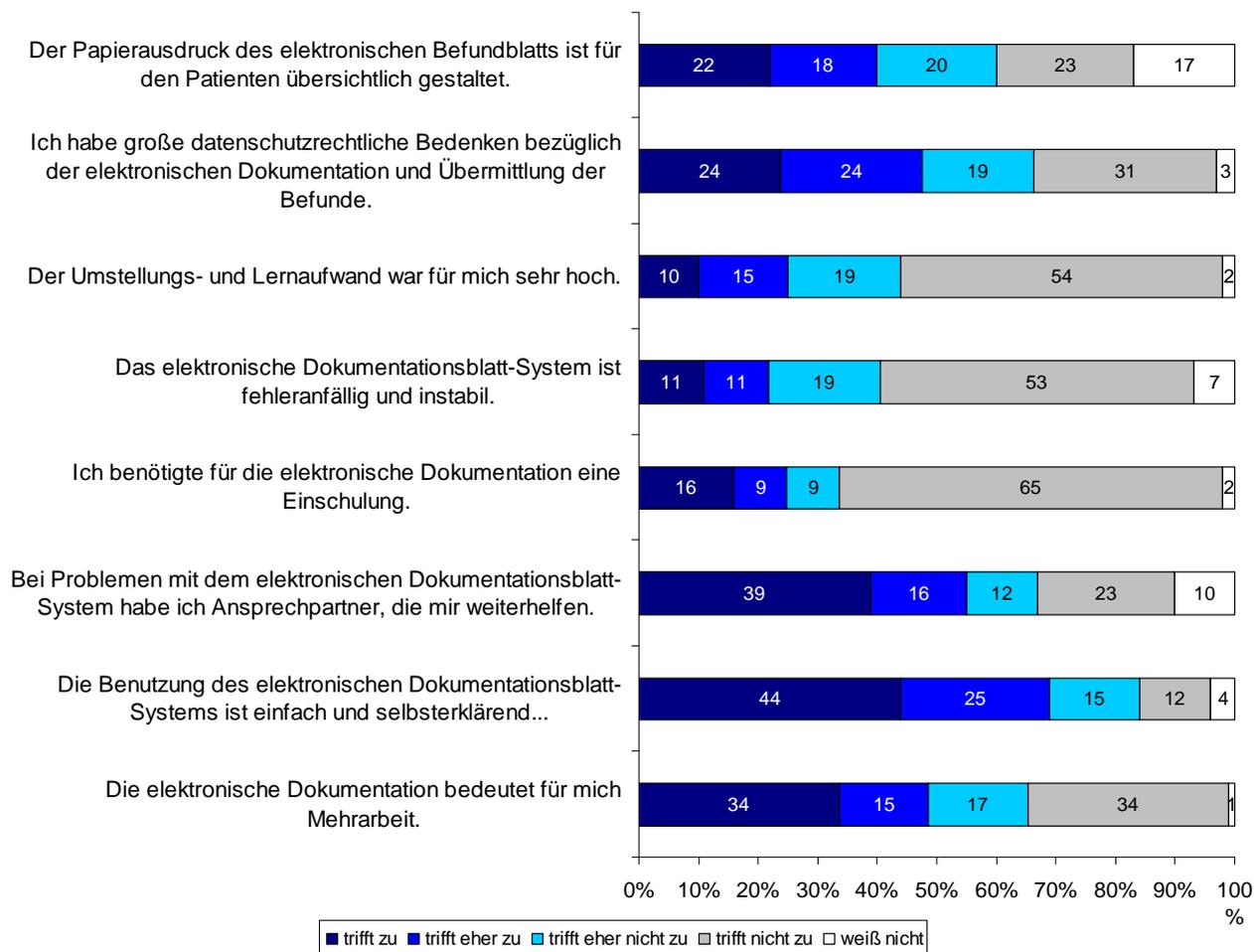


Abbildung 13: Einstellung zur elektronischen Dokumentation (N=260)

Für 45% der ÄrztInnen verbessert und strukturiert die Dokumentation den Ablauf der VU. 51% der ÄrztInnen sind der Meinung, das Dokumentationsblatt bietet 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).

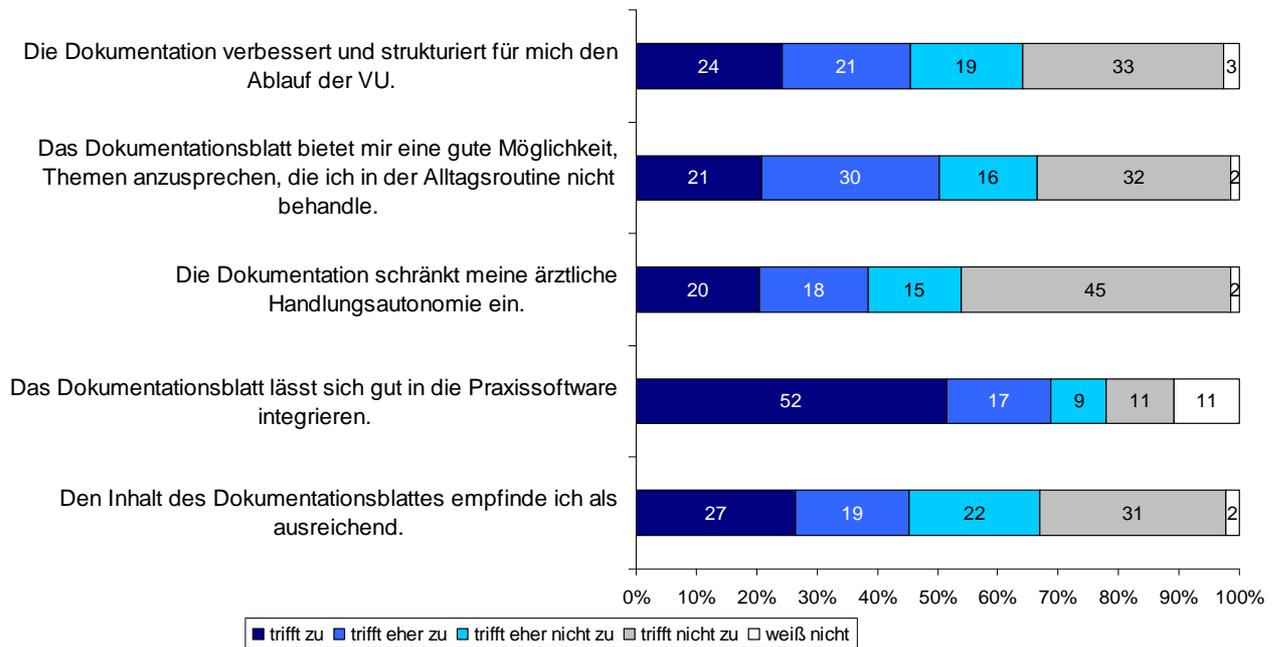


Abbildung 14: Einstellung zur Dokumentation (N=381-595, k. A.=5-119)

### 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).

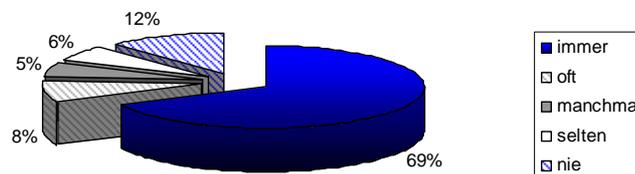


Abbildung 15: Verwendung des Anamnesebogens (N=500)

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).

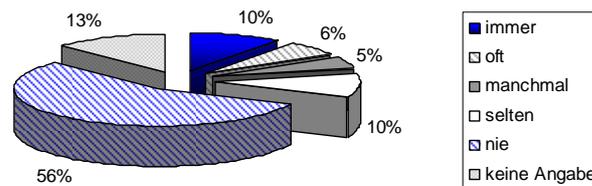


Abbildung 16: Verwendung des Gesundheitsfragebogens der ÖGAM (N=449, k. A.=51)

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).

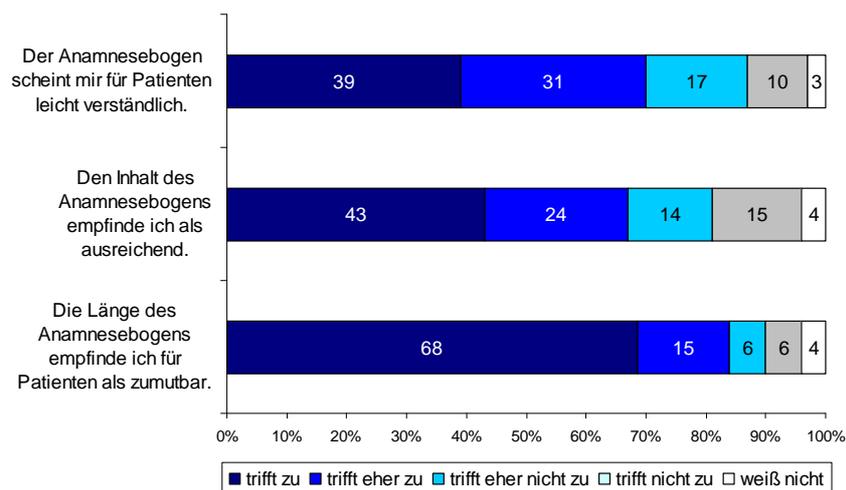


Abbildung 17: Einstellung zum Anamnesebogen (N=449, k. A.=51)

### 3.5 Verwendung und Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztbroschüre“

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).

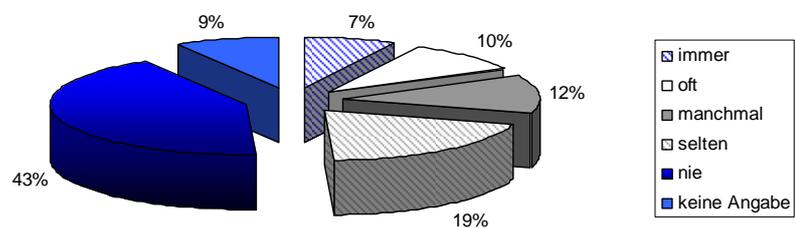


Abbildung 18: Verwendung der „wissenschaftlichen Grundlagen“ (N=457, k. A.=43)

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

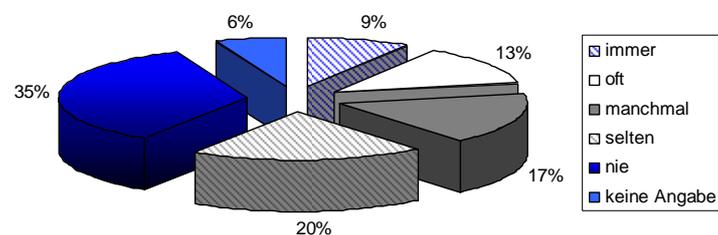


Abbildung 19: Verwendung der „Ärztbroschüre“ (N=470, k. A.=30)

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“

	n	%
Sehr nützlich	48	10
Nützlich	91	18
Eher nützlich	104	21
Eher nicht nützlich	72	14
Nicht nützlich	84	17
Keine Angabe	101	20
Gesamt	500	100

**Anmerkung. N=399. k. A.=101.**

58% der Befragten empfinden die „Ärztbroschüre“ 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 „Ärztbroschüre“ 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 „Ärztbroschüre“

	n	%
Sehr nützlich	45	9
Nützlich	135	27
Eher nützlich	108	22
Eher nicht nützlich	61	12
Nicht nützlich	72	14
Keine Angabe	79	16
Gesamt	500	100

**Anmerkung. N=421. k. A.=79.**

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.

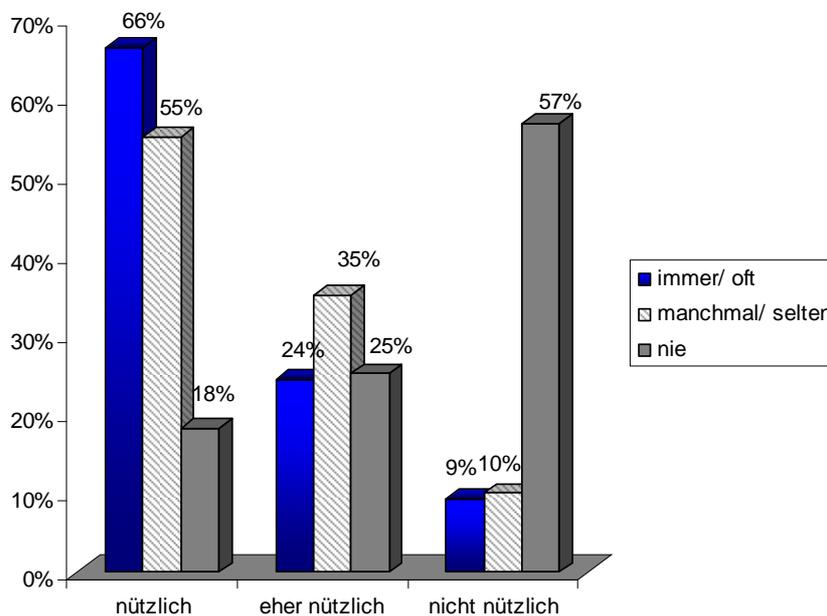


Abbildung 20: Nützlichkeit der „wissenschaftlichen Grundlagen“ nach Verwendungshäufigkeit (N=393, k. A.=107)

Der Zusammenhang zwischen Verwendungshäufigkeit und Einschätzung der Nützlichkeit der „Ärztbroschüre“ verhält sich ähnlich. Von sogar drei Viertel (75%) der regelmäßigen AnwenderInnen (ÄrztInnen, die die Broschüre immer bzw. oft verwenden) wird die „Ärztbroschüre“ 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 „Ärztbroschüre“ nicht verwendet, ist der Anteil jener ÄrztInnen, die dieses Material als nicht nützlich empfindet, mit 50% wieder am höchsten (Abbildung 21).

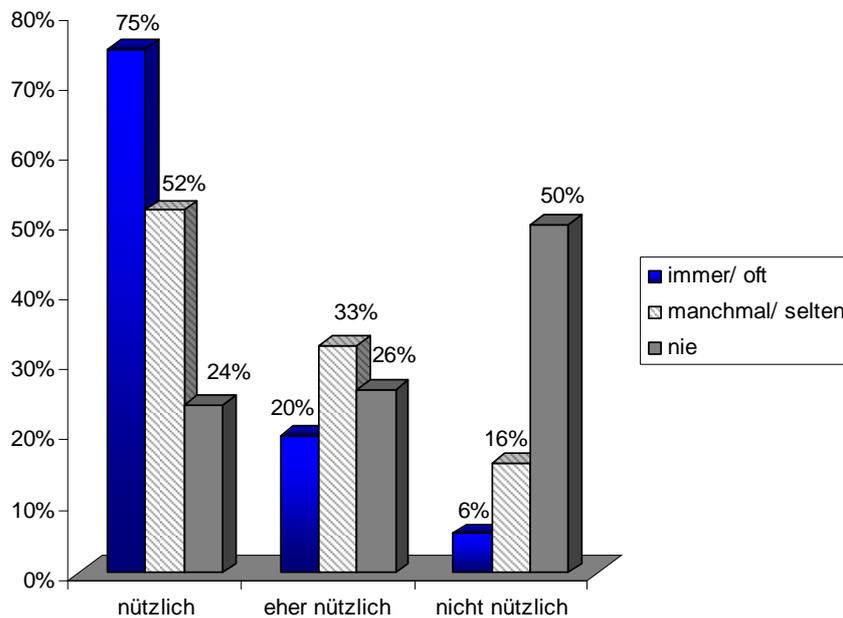


Abbildung 21: Nützlichkeit der „Ärztbroschüre“ nach Verwendungshäufigkeit (N=415, k. A.=85)

### 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.

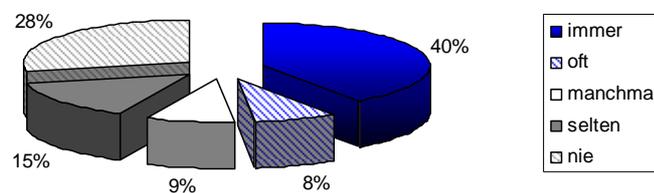


Abbildung 22: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens (N=498, k. A.=2)

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.

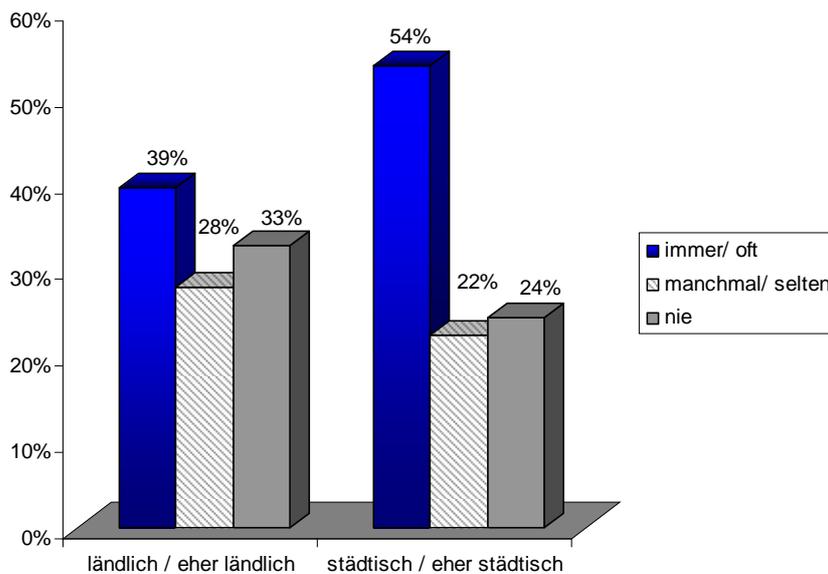


Abbildung 23: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Umfeld (N=430, k. A.=2)

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).

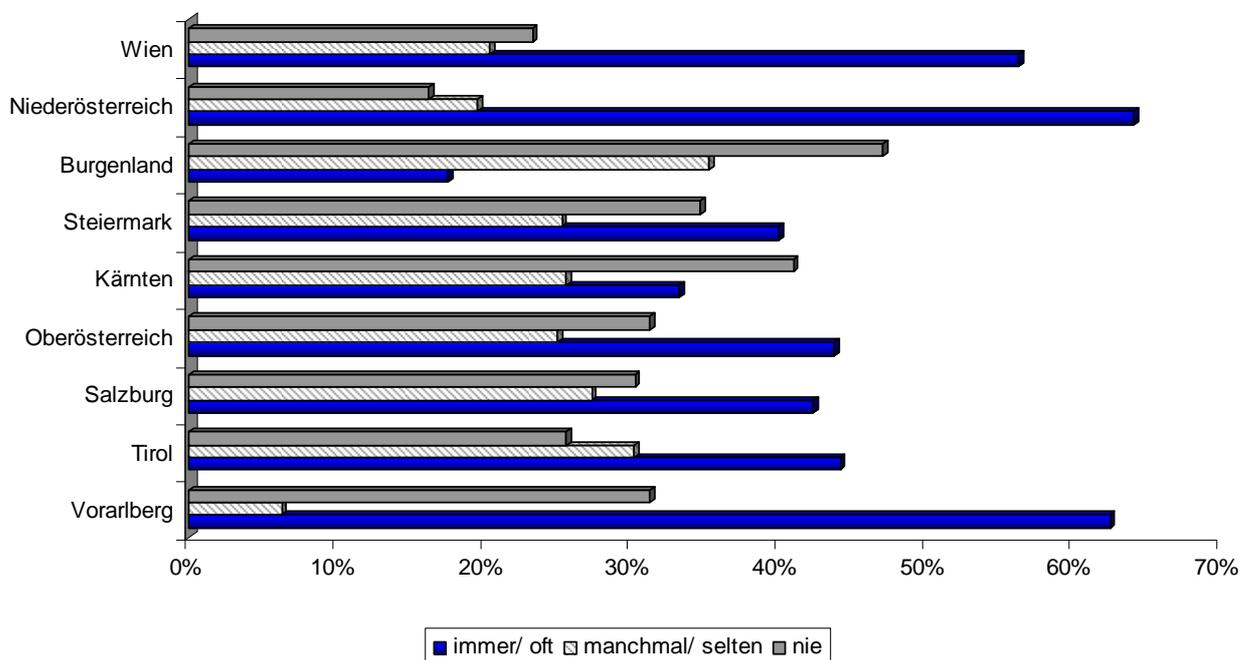


Abbildung 24: Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens nach Bundesländern (N=498, k. A.=2)

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

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

Anmerkung. N= 486. k. A.=14.

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).

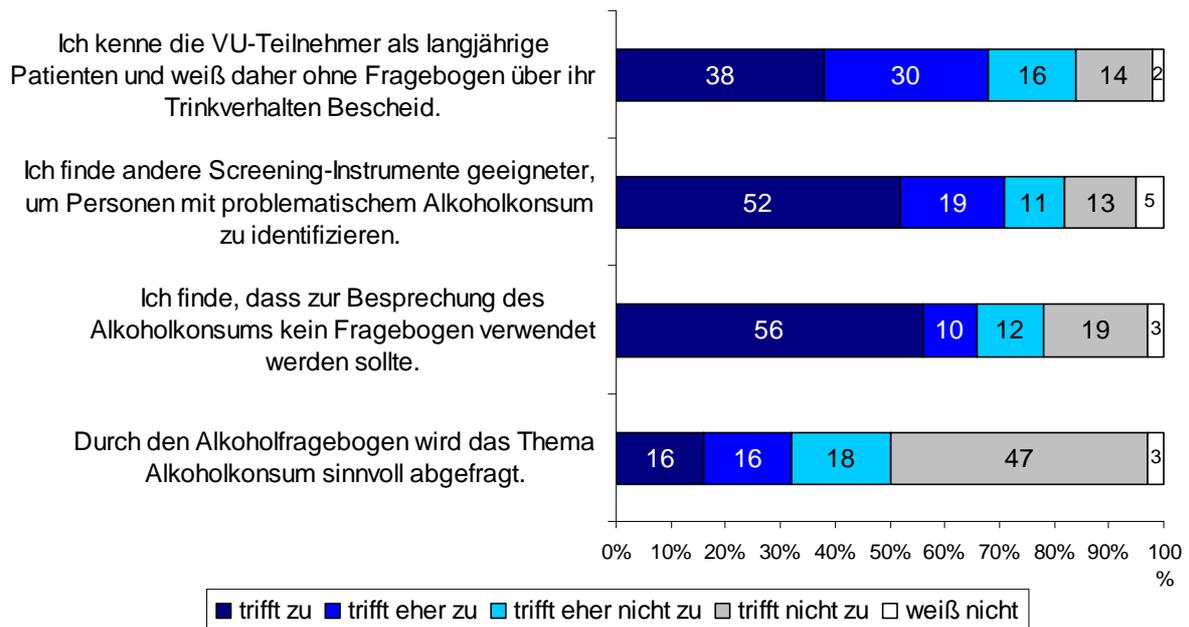


Abbildung 25: Einstellung zum Alkoholfragebogen (N=473-492, k. A.=8-27)

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).

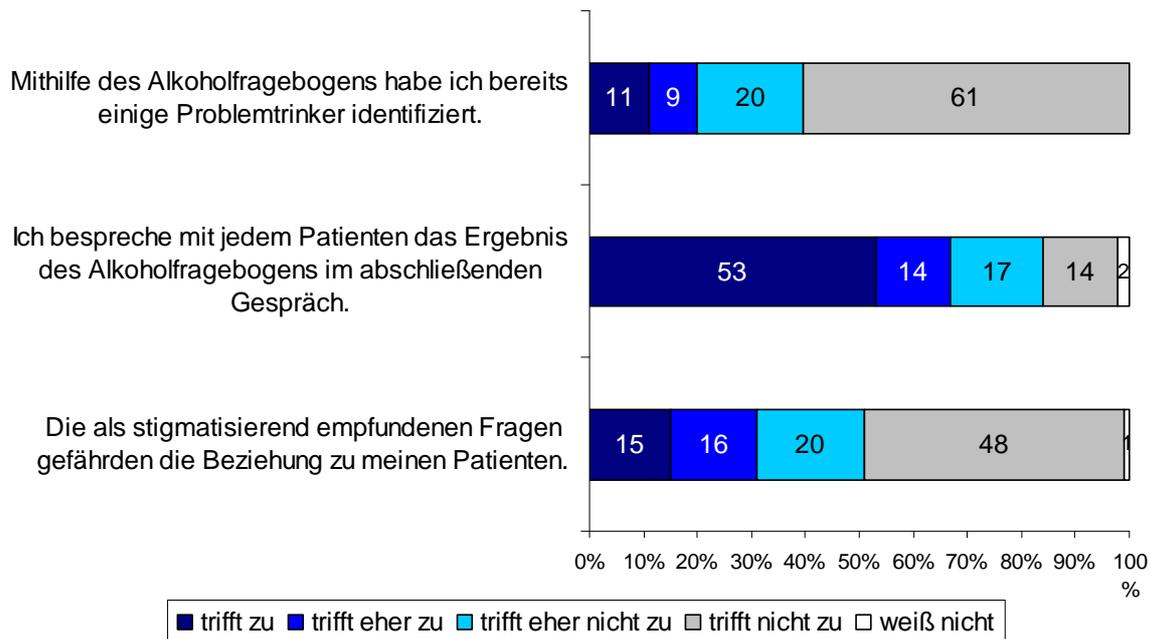


Abbildung 26: Erfahrungen mit dem Alkoholfragebogen (N=352-357, k. A.=1-6)

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).

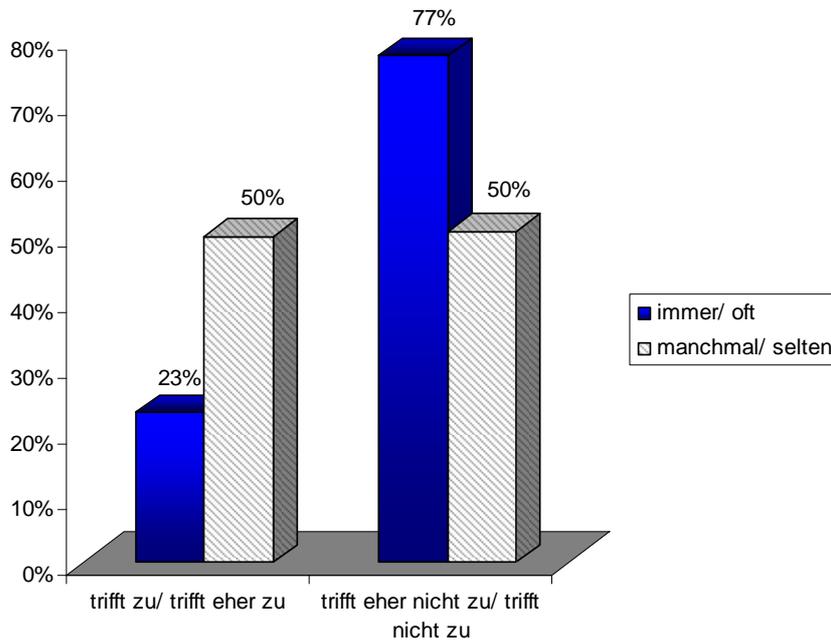


Abbildung 27: Beziehungsgefährdung durch den Alkoholfragebogen nach Verwendungshäufigkeit (N=500)

### 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).

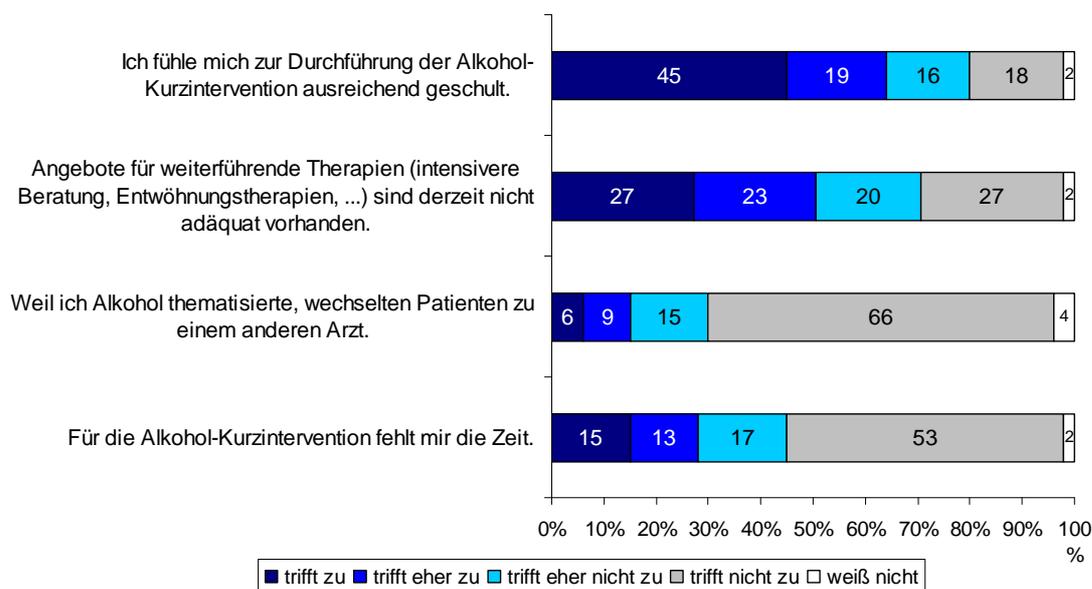


Abbildung 28: Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum (N=481-492, k. A=8-19)

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

Weil ich Alkohol thematisierte, wechselten Patienten von mir zu einem anderen Arzt	
Anzahl an VU/ Quartal	%
0	36
1 bis 50	17
51 bis 100	16
101 bis 500	6
Gesamt	16

Anmerkung. N=469. k. A.=31. Die angegebenen Prozentwerte spiegeln die Zustimmung zum Item wider.

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

Durchführung von VU seit...	Ich fühle mich zur Durchführung der Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult.
	%
... den 1970er Jahren	72
...den 1980er Jahren	74
...den 1990er Jahren	68
...2000	54
Gesamt	65

**Anmerkung. N=492. k. A.=8. Die angegebenen Prozentwerte spiegeln die Zustimmung zum Item wider.**

### 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).

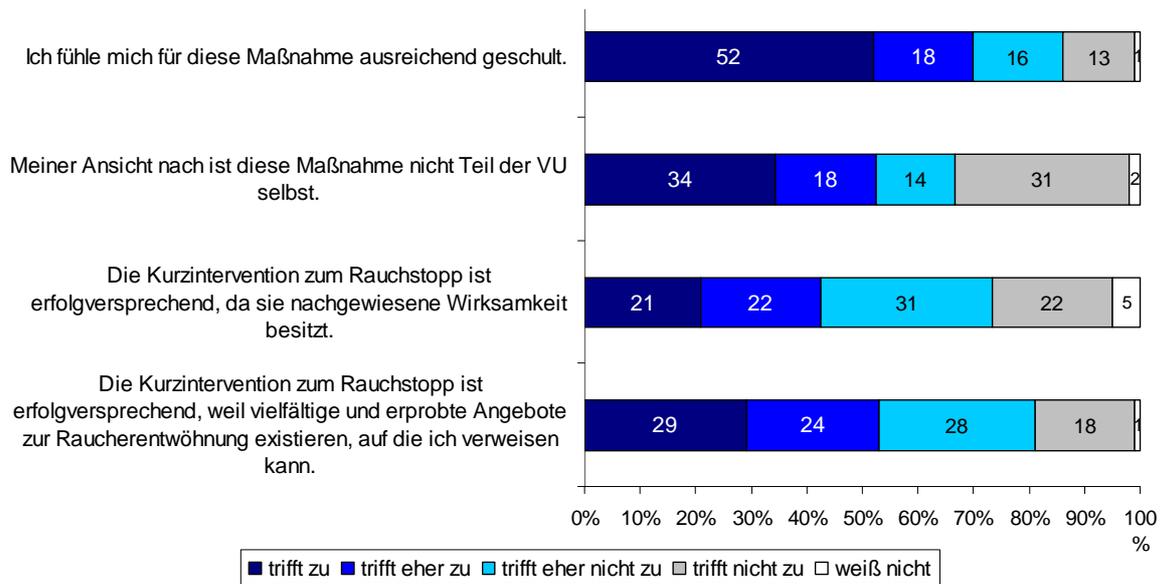


Abbildung 29: Kurzintervention zum Rauchstopp (N=477-495, k. A.=5-23)

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

Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Raucherentwöhnung existieren, auf die ich verweisen kann.	
Anzahl an VU/ Quartal	%
0	27
1 bis 50	54
51 bis 100	56
101 bis 500	67
Gesamt	54

Anmerkung. N=484. k. A.=16. Die angegebenen Prozentwerte spiegeln die Zustimmung zum Item wider.

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 angeben, 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 erfolversprechend einzuschätzen ist (Tabelle 22).

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

Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolversprechend, da sie nachgewiesene Wirksamkeit besitzt.	
Anzahl an VU/ Quartal	
	%
0	36
1 bis 50	44
51 bis 100	43
101 bis 500	61
Gesamt	45
Umfeld	
Ländlich/ eher ländlich	39
Städtisch/ eher städtisch	45
Gemischt	60
Gesamt	44

**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 erfolgsversprechender 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).

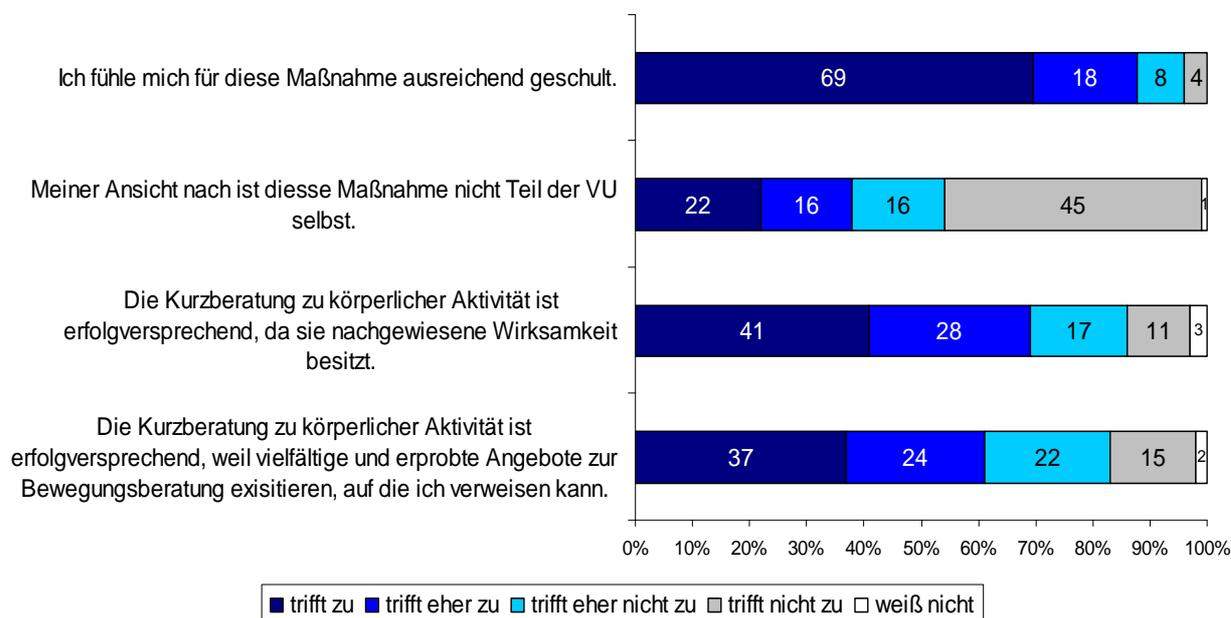


Abbildung 30: Kurzberatung zu körperlicher Aktivität (N=484-497, k. A.=3-16)

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).

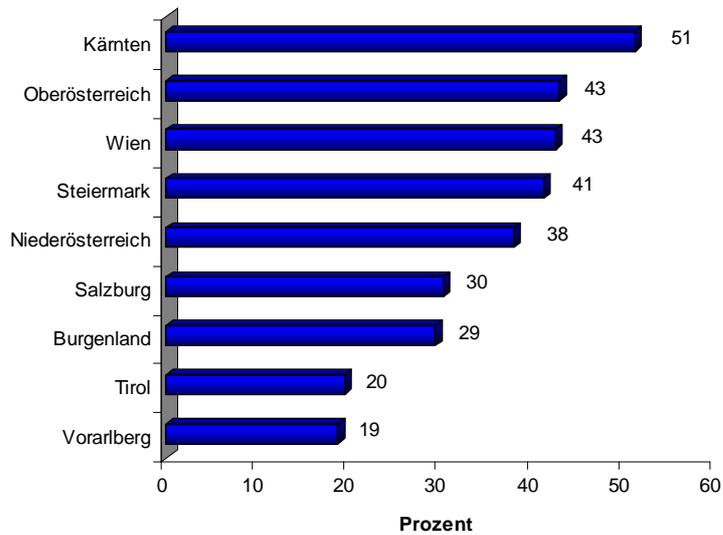


Abbildung 31: Kurzberatung zur körperlichen Aktivität als Teil der VU nach Bundesländern (N=500)

### 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-Kreislaufisiko bei langjährig bekannten PatientInnen auch ohne Risikokalkulatoren gut einschätzen zu können (Abbildung 32).

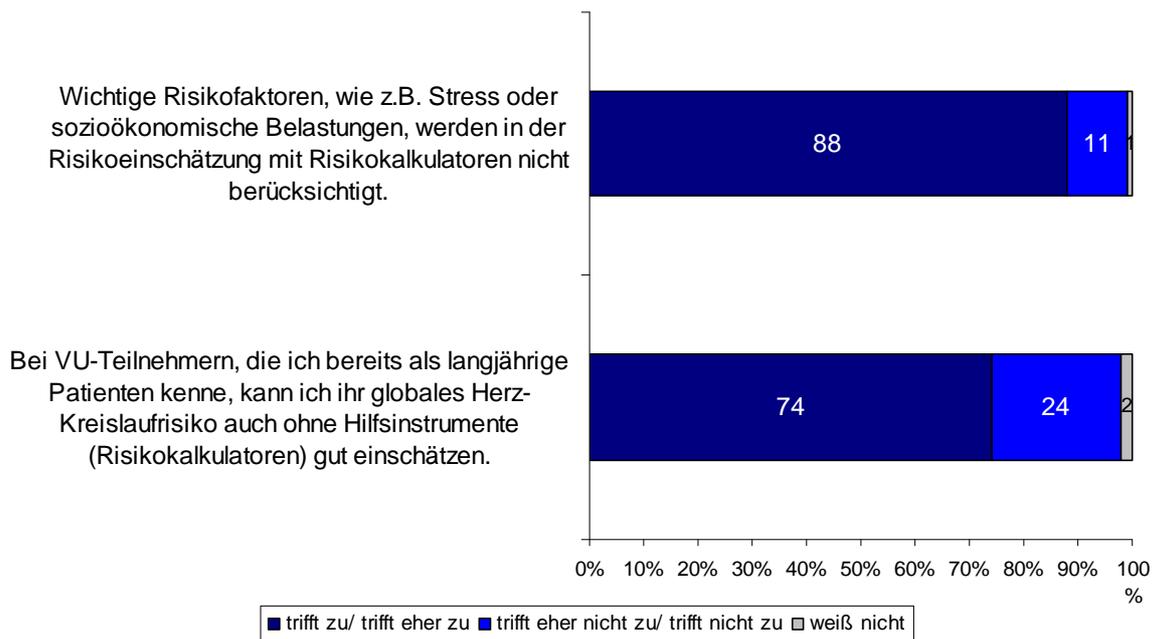


Abbildung 32: Risikoeinschätzung mittels Hilfsinstrumenten (N=591-595, k. A.=5-9)

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).

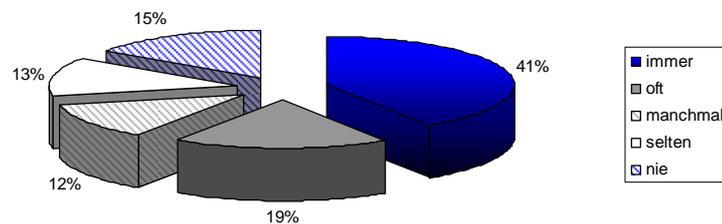


Abbildung 33: Verwendungshäufigkeit der Risikotafeln (N=499, k. A.=1)

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).

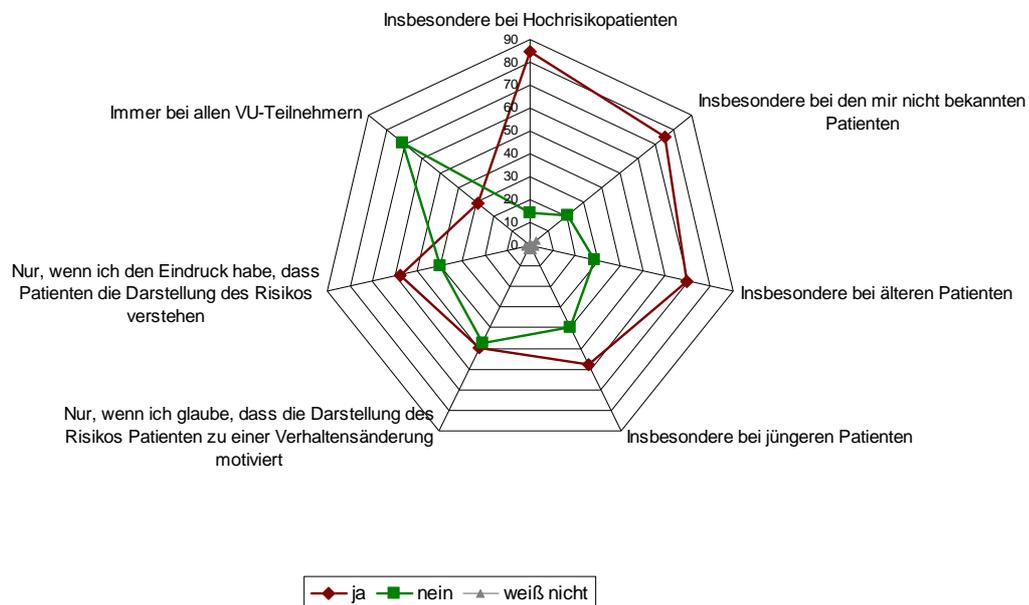


Abbildung 34: Selektiver Einsatz der Risikotafeln nach Patientengruppen (N=485-500, k. A.=0-15)

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).

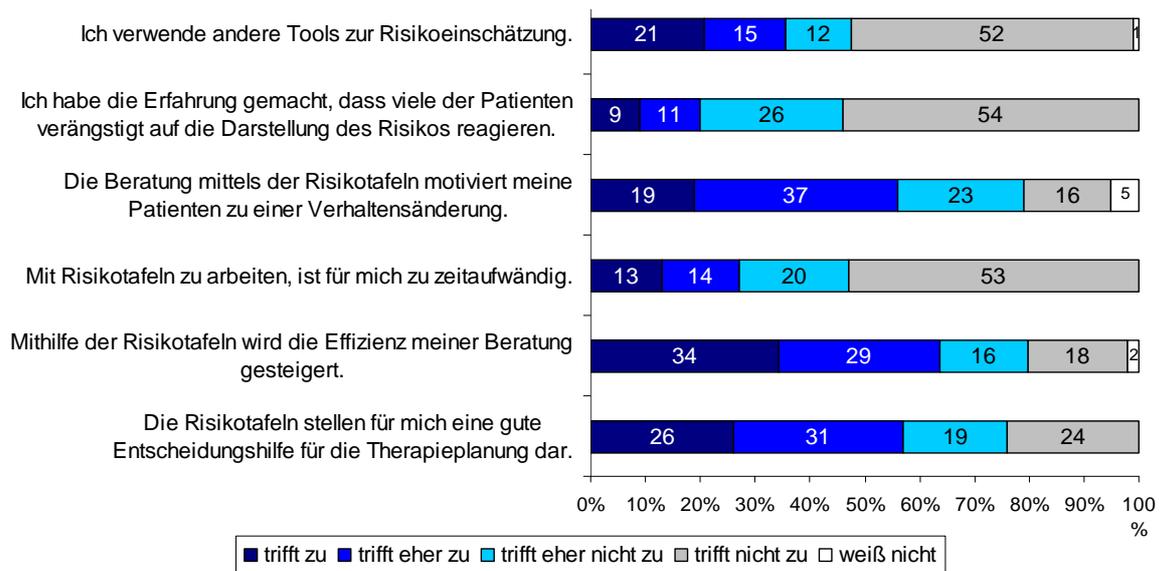


Abbildung 35: Einstellung gegenüber Risikotafeln (N=402-422, k. A.=0-20)

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 motivierte, während 61% der seltenen AnwenderInnen diese Aussage als nicht bzw. eher nicht zutreffend beurteilen (Tabelle 23).

Tabelle 23: Einstellung zu Risikotafeln nach Anwendergruppen

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

**Anmerkung. N=480-499. k. A.=1-20. Die angegebenen Prozentwerte spiegeln die Zustimmung zu den Items wider.**

### 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

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

**Anmerkung. N=493-498, k.A.=2-7.**

### 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).

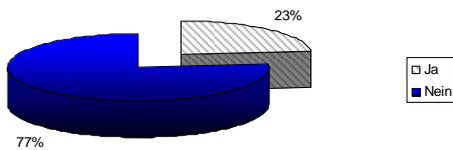


Abbildung 36: Verpflichtende Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=500)

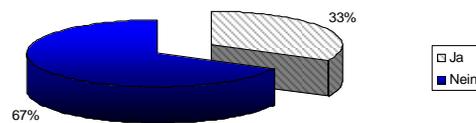


Abbildung 37: Freiwillige Teilnahme an einem VU-Einführungsseminar (N=383)

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)

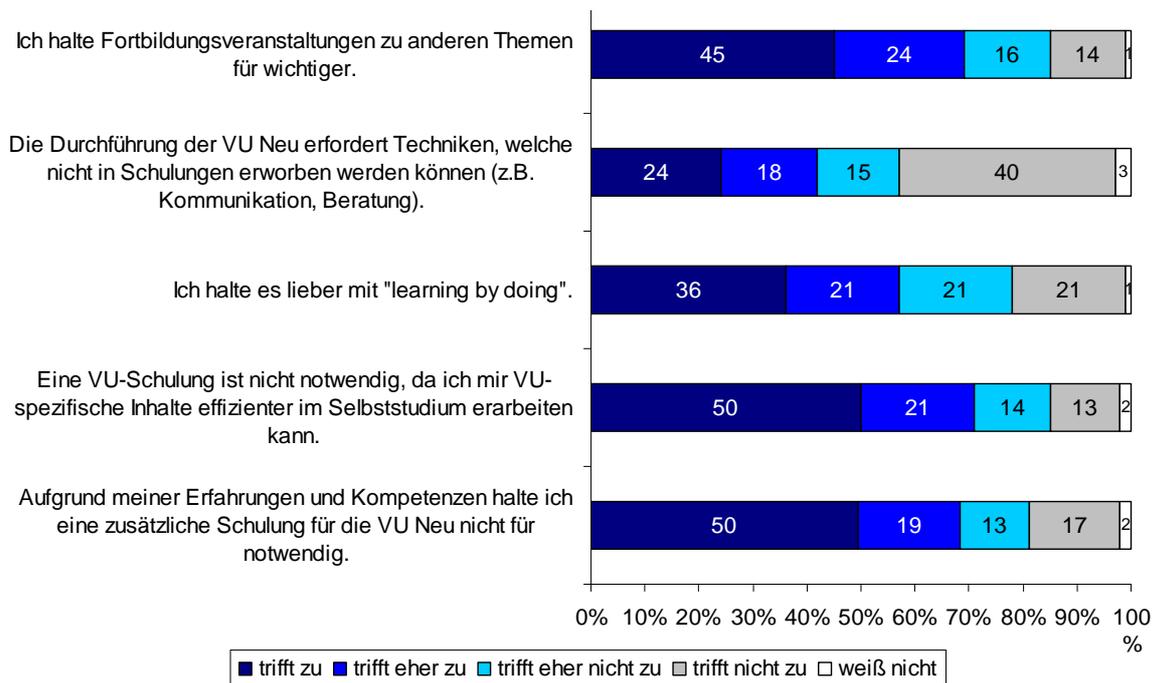


Abbildung 38: Einstellung zur VU Neu-Schulung (N=483-493, k. A.=7-17)

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

Bewertungskriterien	N	M
Fachliche Kompetenz der Referenten	242	2.39
Didaktische Kompetenz der Referenten	242	2.52
Informationsgehalt	242	2.71
Praxisrelevanz	242	2.72
Format der Veranstaltung	242	2.66
Gesamtbewertung	242	2.59

**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

Bewertungskriterien		N	M
Fachliche Kompetenz der Referenten	männlich	149	2.43
	weiblich	93	2.34
	gesamt	242	2.40
Didaktische Kompetenz der Referenten	männlich	149	2.57
	weiblich	93	2.42
	gesamt	242	2.51
Informationsgehalt	männlich	149	2.78
	weiblich	93	2.59
	gesamt	242	2.71
Praxisrelevanz	männlich	149	2.83
	weiblich	93	2.54
	gesamt	242	2.72
Format der Veranstaltung	männlich	149	2.81
	weiblich	93	2.42
	gesamt	242	2.66
Gesamtbewertung	männlich	149	2.66
	weiblich	93	2.47
	gesamt	242	2.59

**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%).

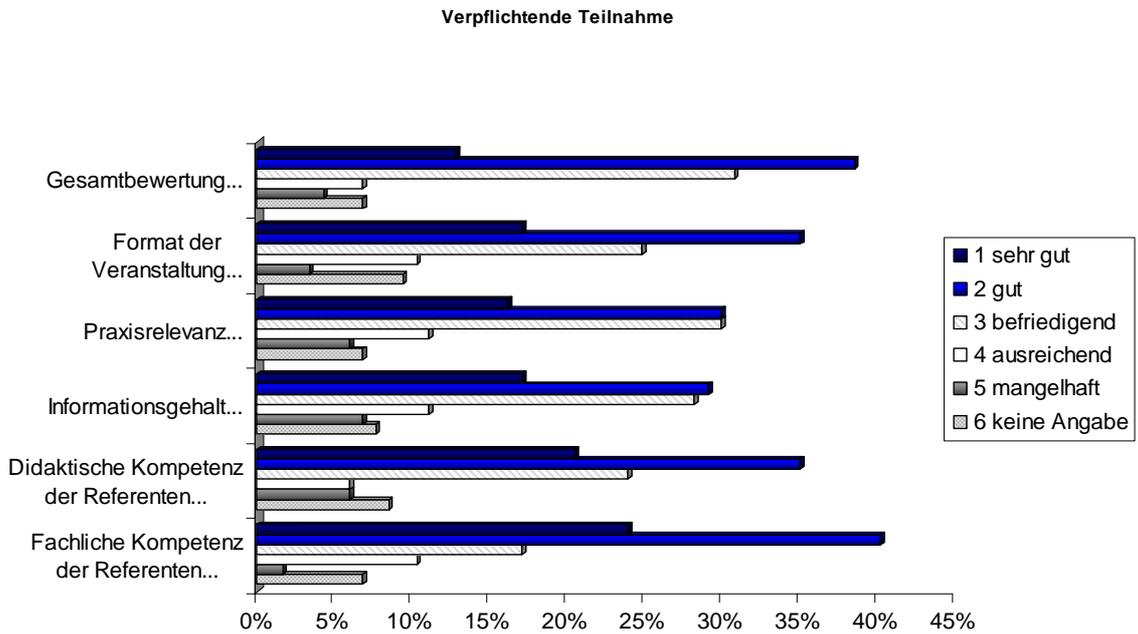


Abbildung 39: Verpflichtende Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=117)

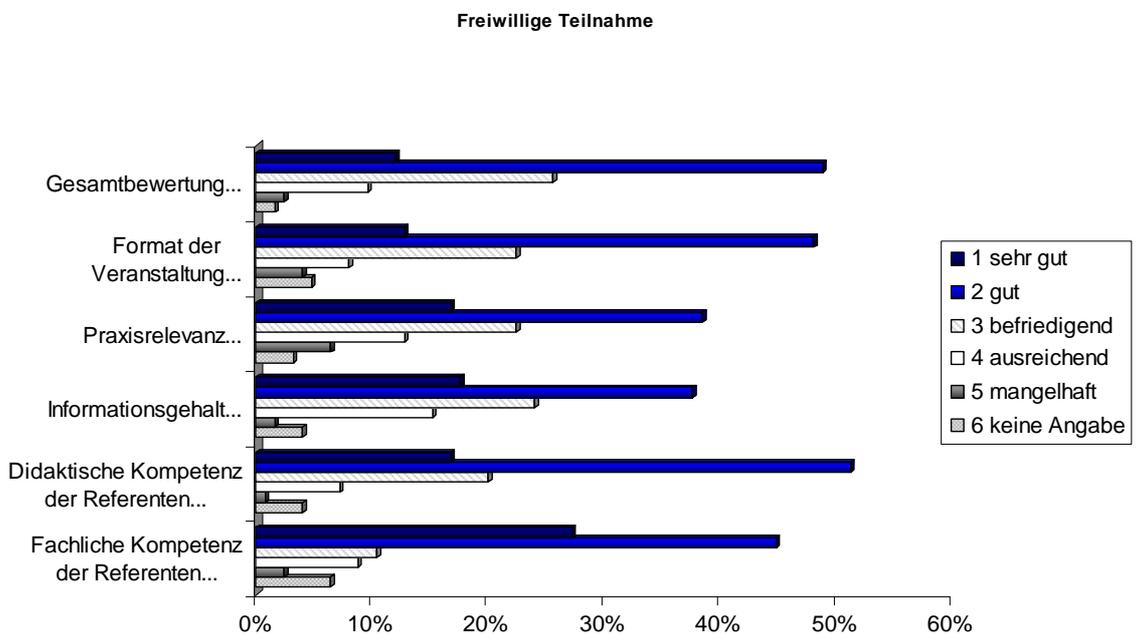


Abbildung 40: Freiwillige Teilnahme und Bewertung des besuchten VU Neu-Einführungsseminars (N=125)

### 3.10 Offene Frage: Anmerkungen zur VU Neu

Abschließend wurde den ÄrztInnen die Möglichkeit geboten, Kommentare zur VU Neu, die ihnen als wichtig erscheinen, anzumerken. Die offenen Anmerkungen wurden von IFES in Form eines Excel-Files schriftlich festgehalten. Mithilfe des Programms MAXqda wurde die Kodierung des Materials vorgenommen. Angeleitet durch das Vorgehen der induktiven Kategorienbildung der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2003) konnten insgesamt 10 Kategorien entwickelt und 45 Codes und 25 Subcodes zugeordnet werden.

344 ÄrztInnen haben sich an der Beantwortung der offenen Frage beteiligt. Insgesamt wurden 635 Code-Zuweisungen vorgenommen, da die Bemerkungen der ÄrztInnen sich aus thematisch voneinander unterscheidbaren Kommentaren zusammensetzten. In den überwiegenden Fällen waren eindeutige Codezuordnungen möglich, mithilfe des Code-Relation-Browsers wurden 13 Code-Überschneidungen (doppelte Zuordnungen zu einzelnen Codes) identifiziert und nach der fertigen Codierung inhaltlich analysiert. Aufgrund der inhaltlichen Kohärenz und Bedeutung wurde auf eine eindeutige Zuweisung verzichtet.

Die doppelte Zuordnung einzelner Codes ergibt sich aus der inhaltlichen Logik: Beispielsweise kann ein Argument sowohl als „Kritik an der Praktikabilität der elektronischen Dokumentation“ als auch als die Handlungsautonomie „einschränkend“ gelesen werden. Drei Kommentare wurden sowohl der „Konstruktiven Kritik“ als auch der Kategorie der „Zielgruppe“ zugeordnet, da sich die Kritik auf eine zielgruppenspezifische Modifikation des VU Neu-Programms bezieht. Ähnliches gilt für Kommentare, die die Erweiterung des Programms“ betreffen, da diese in drei Fällen entweder an das Argument der „Unzufriedenheit der PatientInnen“ bzw. an die „Geschlechtsspezifik“ gekoppelt waren. „Emotional ablehnende Haltungen“ der VU Neu generell gegenüber gingen in zwei Fällen Hand in Hand mit der Meinung, „keine angemessene Honorierung“ für die Durchführung der VU Neu zu erhalten, in zwei weiteren Fällen mit dem geäußerten „Aufwand“, den die „Dokumentation“ der VU Neu verursacht. Schließlich wurden zwei Kommentare sowohl dem (Sub-)Code „Praktikabilität der elektronischen Dokumentation“ als auch dem (Sub-)Code „Layout“ zugewiesen.

Tabelle 27: Kategorien und Codes zur offenen Frage

<b>Kategorie A: Negative Kritik</b>		
<b>Kategorie B: Kritik am Programminhalt</b>		
<b>Codes</b>	<b>Subcodes</b>	<b>Anzahl</b>
Alkohol	<i>Unbegründet, emotional</i>	20
	<i>PatientInnenreaktion</i>	13
	<i>Datenschutz</i>	7
	<i>Praktikabilität</i>	5
	<i>Sonstiges</i>	2
Zähne		11
Lebensstil		6
Labor		4
Sonstiges		9
<b>GESAMT</b>		<b>77</b>
<b>Kategorie B: Erweiterung des Programms</b>		
<b>Codes</b>	<b>Subcodes</b>	<b>Anzahl</b>
Labor	<i>Unspezifisch*</i>	57
	<i>Blutbild_Mann</i>	36
	<i>Niere</i>	12
	<i>PSA</i>	10
	<i>Schilddrüse</i>	10
	<i>Harnsäure</i>	9
	<i>Sonstiges</i>	2
Herz		37
Lunge		23
Psyche und Soziales		12
Rektaluntersuchung		8
Lebensstil		7
Brust		6
Prostata		6
Ultraschall		5
Impfungen		4
Allergien		3
Sonografie		3
Allgemeine Äußerung über Mangel		16
Sonstiges (einmalige Nennungen)		28
<b>GESAMT</b>		<b>294</b>
<b>Kategorie B: Form</b>		
<b>Codes</b>	<b>Subcodes</b>	<b>Anzahl</b>
Praktikabilität der Materialien	<i>Layout</i>	23
	<i>PatientInnenkommunikation</i>	7
	<i>Risk Scales</i>	4
	<i>Sonstiges (einmalige Nennungen)</i>	7
Dokumentation	<i>Aufwand (Zeit, Kosten, ...)</i>	31
	<i>Ablehnung (ablehnende, emotionale Haltung gegenüber) der elekt. Dokumentation und Übermittlung</i>	19
	<i>Einschränkend</i>	17
	<i>Praktikabilität</i>	13
	<i>Software</i>	5
VU-Schulung		6
<b>GESAMT</b>		<b>130</b>

<b>Kategorie B: Politische (System-)Kommentare</b>	
<b>Codes</b>	<b>Anzahl</b>
Keine angemessene Honorierung	13
Krankenkassen/Versicherung (HVB)	8
Datenschutz	4
Statistik	3
Eingeschränkte Mitbestimmung	2
Sonstiges (einmalige Nennungen)	9
<b>GESAMT</b>	<b>39</b>

<b>Kategorie B: Emotional ablehnende Haltung</b>	
<b>Codes</b>	<b>Anzahl</b>
Vergleich mit vorangegangener Gesundenuntersuchung	9
Einschränkung der Individualität	6
Praktiker versus Theoretiker	3
Sonstiges	13
<b>GESAMT</b>	<b>31</b>
<b>INSGESAMT</b>	<b>566</b>

### Kategorie A: Positive Kritik

<b>Codes</b>	<b>Anzahl</b>
Allgemeine Äußerung	4
Elektronisches System (Zeitersparnis, ...)	3
Lebensstilberatung	4
Konstruktive Vorschläge	6
<b>INSGESAMT</b>	<b>17</b>

### Kategorie A: Wahlarzt

<b>Codes</b>	<b>Anzahl</b>
Nachteile	9
Vorteile	1
<b>INSGESAMT</b>	<b>10</b>

### Kategorie A: Zielgruppe/ PatientInnen

<b>Codes</b>	<b>Subcodes</b>	<b>Anzahl</b>
Alter	<i>Altersspezifisch flexibles Programm</i>	5
	<i>Altersgrenze herabsetzen</i>	4
	<i>Obere Altersgrenze</i>	2
	<i>Sonstiges (einmalige Nennungen)</i>	1
Werbung/ Erreichbarkeit/ Information		6
(Ethische) Verantwortung		4
Individualität (allgemein)		3
Unzufriedenheit der PatientInnen		2
Geschlechtsspezifisch		4
Sonstiges (einmalige Nennungen)		4
<b>INSGESAMT</b>		<b>41</b>

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

	<b>Anzahl</b>
	1
<b>INSGESAMT</b>	<b>1</b>

\* Gemeint sind allgemeine Äußerungen über das Laborprogramm der VU Neu, die einerseits einen Mangel ausdrücken und andererseits auf eine Erweiterung des Umfangs hinweisen. Beispiele: „Dürftige Laboruntersuchungen“, „Ausführlicheres Labor“, „Unzureichende Laborwerte“, „Laborbefunde sollten detaillierter sein“, „Laborblock könnte größer sein“, „Mehr Laborwerte“.

## 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 Gesundenuntersuchung 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

<p>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.</p>
<p>Außerdem bekommen Wahlärzte die Praxissoftware nicht zur Verfügung gestellt und müssen sie teuer selber kaufen.</p>
<p>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.</p>
<p>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.</p>
<p>Wahlärzte müssen elektronisch abrechnen.</p>
<p>Es wäre sinnvoll, wenn Wahlärzte auch ohne Bewilligungen Überweisungen, die die VU betreffen, ausstellen könnten.</p>
<p>Man sollte es dem Arzt überlassen, ob er es über Papier oder elektronisch übermitteln will. Wahlärzte sind damit auch benachteiligt. Die elektronische Form wirkt abschreckend, vor allem für kleinere Praxen. Obwohl ich mir viel Zeit für meine Patienten nehme, wird sie dadurch abgewürgt.</p>

Die Dokumentationsform zeigt auch einen Unterschied im Bundesländervergleich. Mit mehr als drei Viertel der ÄrztInnen, die ausschließlich elektronisch dokumentieren, bildet Vorarlberg die „Vorreiterrolle“, gefolgt von Oberösterreich, Kärnten und der Steiermark. Jeweils mehr als die Hälfte der ÄrztInnen mit Ordination in den Ländern Salzburg, Burgenland, Tirol, Wien und Niederösterreich dokumentieren am Papier. Vorarlberg sticht neben Niederösterreich und Wien auch hinsichtlich der Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens heraus: Jeweils mehr als die Hälfte der ÄrztInnen in den genannten Bundesländern verwendet den Bogen regelmäßig. Hinsichtlich der Lebensstilberatung fällt Vorarlberg mit nur 19% Zustimmung zur Aussage, Kurzberatung zur körperlichen Aktivität sei nicht Teil der VU, auf (im Vergleich dazu stimmen Kärntner ÄrztInnen zu 51% zu).

Eine Vielzahl von Studien zur Anwendung von Risikotafeln ortet in der empfundenen Einschränkung ärztlicher Handlungs- und Entscheidungsspielräume durch Empfehlungen bzw. Vorgaben eine Ursache für deren seltene Verwendung (e. g. McColl, Smith, White & Field, 1998; Butzlaff et. al., 2006). Eichler et. al. (2009) führen diese Anwendungsresistenz der Ärzteschaft u. a. darauf zurück, dass sie ihr klinisches Erfahrungswissen in Konkurrenz zu standardisierten Instrumenten zur Einschätzung des globalen kardiovaskulären Risikos setzt, was letztlich als Festhalten an erfahrungsbasiertem Verhalten interpretiert werden kann.

Die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, dass sich nur ein Drittel der Befragten durch die Vorgabe der Dokumentation in ihrer Handlungsautonomie 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 Therapiefreiheit 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 „Ärztbroschüre“ wird eher negativ eingeschätzt. Hier konnte allerdings gezeigt werden, dass die Verwendungshäufigkeit positiv mit der Nützlichkeit korreliert: Der Großteil jener ÄrztInnen, die die Materialien regelmäßig verwendet, empfindet diese auch als nützlich.

Aufgrund des eingeschränkten (v. a. zeitlichen) Rahmens der vorliegenden Studie konnten Nützlichkeitsaspekte nicht erschöpfend ausdifferenziert werden. In der Literatur wird die Komponente „Folgen der Nutzen bzw. Nutzenerwartungen“ unterschieden in „vermutete Folgen“ und der „Einschätzung, wie wahrscheinlich die Umsetzung zu diesen Folgen führt“ (Schnell, 2009). Der

letztgenannte 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.

Einen weiteren erheblichen Aspekt bildet die Erfahrung mit der Anwendung und der Anwendungshäufigkeit der zur Akzeptanzdisposition stehenden Objekte. Materialien, wie etwa die „wissenschaftlichen Grundlagen“ oder die „Ärztbroschüre“ werden mit 17% bzw. 22% äußerst selten regelmäßig genutzt. Den Alkoholfragebogen verwenden zwar 48% der ÄrztInnen regelmäßig, der Großteil weist allerdings eine negative Einstellung dem Instrument gegenüber auf: die Mehrheit der Befragten beurteilt es als „überflüssig“ bzw. „nicht notwendig“ und kennt geeignetere Screening-Instrumente. Ein Zusammenhang konnte zwischen der Anzahl an durchschnittlich durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen und der Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens festgestellt werden. Interessanterweise gaben jene Personen, die im letzten Quartal keine Vorsorgeuntersuchungen durchführten mit 73% am häufigsten an, den Alkoholfragebogen regelmäßig zu verwenden und jene ÄrztInnengruppe, die zwischen 101 und 500 Vorsorgeuntersuchungen durchführt, mit 33% am seltensten. Die letztgenannte Gruppe hat im Vergleich zu den restlichen auch am seltensten die Erfahrung gemacht, dass PatientInnen den Arzt wechselten, weil sie Alkohol thematisierten.

Aus der Literatur bekannt ist, dass eine positive Einstellung gegenüber Leitlinien noch lange nicht mit deren Anwendung einhergeht (Hayward et. al., 1997). Eine diffus positive Haltung scheint viel mehr Resultat sozialer Erwünschtheit denn verinnerlicht bzw. persönlichkeitsimmanent zu sein und ist nicht mit der konkreten Praxisebene verknüpft. Umgekehrt kann aus den Ergebnissen der vorliegenden Studie geschlossen werden, dass eine hohe Anwendungshäufigkeit nicht notwendigerweise mit einer positiven Einstellung dem Objekt gegenüber korreliert. Diese Korrelation konnte, abgesehen vom Alkoholfragebogen, dennoch beobachtet werden, wie im Folgenden näher ausgeführt wird. Dabei wird gezeigt, dass, je nach Anwendungshäufigkeit, unterschiedliche Phasen des Akzeptanzprozesses unterschieden werden können.

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.

Gerade im Hinblick auf Instrumente zur kardiovaskulären Risikoeinschätzung stellt professionelle Skepsis eine wesentliche Barriere in der Anwendung dar. Eichler et. al (2009) zeigen, dass die meisten der in ihrer Studie befragten ÄrztInnen, die Risikokalkulatoren selten bzw. nie anwenden, deren exakte Einschätzung des globalen kardiovaskulären Risikos stark bezweifeln, da sie der komplexen individuellen Situation der PatientInnen nicht Rechnung tragen und zu Über- bzw. Unterversorgungen führen können. Diese ÄrztInnengruppe stimmte der Idee, einzelne Risikofaktoren wie Hypertonie oder Hyperlipidämie zur Entscheidungsfindung heranzuziehen, wesentlich häufiger zu als ÄrztInnen, die Risikokalkulatoren häufig bzw. immer verwenden.

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.

Die genannten Motivations- und Hinderungsgründe des TTM für die Anwendung der Risikotafeln haben in den beiden Handlungsstadien (seltene und regelmäßige Anwendung) unterschiedliche Relevanz und sollten von Grundhaltungen zum Einsatz standardisierter Instrumente unterschieden werden. Ein auf dem Konzept des globalen kardiovaskulären Risikos basierender Zugang beispielsweise setzt einen Paradigmenwechsel voraus und fordert den traditionellen Weg der Entscheidungsfindung auf Basis einzelner Risikofaktoren heraus. Wir konnten zeigen, dass nur 15% der ÄrztInnen Risikotafeln nie verwenden, 88% der ÄrztInnen Risikokalkulatoren allerdings kritisieren, weil sie wichtige Risikofaktoren wie Stress oder sozioökonomische Belastungen nicht berücksichtigen. Drei Viertel der Befragten sind davon überzeugt, das Risiko ihrer PatientInnen auch ohne Kalkulatoren gut einschätzen zu können. Unser Befund verweist auf eine relativ geringe Akzeptanz des Konzepts

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.

Die Akzeptanzforschung definiert Akzeptanz als Chance, bei einer bestimmten Personengruppe eine ausdrückliche oder stillschweigende Zustimmung für bestimmte Meinungen, Maßnahmen, Vorschläge oder Entscheidungen zu finden (Lucke, 1998). Zahlreiche Modelle der Akzeptanzforschung werden in der Regel drei Varianten zugeordnet: Input-Modellen, Input-/Outputmodellen und Rückkoppelungsmodellen (Schnell, 2009). Diesen Modellen gemeinsam ist, dass sie Akzeptanz als Ergebnis vielschichtiger sozialer Aushandlungsprozesse definieren und Akzeptanzentscheidungen abhängig von vielfältigen Determinanten betrachten. Dazu zählen beispielsweise Motive, Ziele, Folgen, Ergebnisse, wahrgenommener Nutzen, einfache Bedienbarkeit, Image, Jobrelevanz oder Gestaltbarkeit („to adopt“ oder „to adapt“).

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).

In ihrem systematischen Review zu den Barrieren der Leitlinienanwendung differenzieren Cabana et. al. (1999) zwischen internen und externen Barrieren. Interne bzw. internale Barrieren liegen in der Person des Arztes/ der Ärztin selbst begründet und umfassen Wissen, Einstellung und Verhalten.

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

Von Cabana et. al. (1999) werden als interne Wissensbarrieren „mangelnde Vertrautheit“ und „mangelnde Kenntnis“ mit Leitlinien genannt. Zwar werden standardisierte Instrumente in der Literatur einerseits als theoretische Rahmen erachtet, die zur Förderung ärztlicher Kompetenz beitragen, da sie erlauben, wissenschaftlich generiertes Wissen mit praktischen Erfahrungen zu kombinieren (Butzlaff et. al., 2006), in den meisten Studien wird aber eine seltene Anwendung von standardisierten Instrumenten konstatiert. Einer der Gründe dafür ist die fehlende Zeit, sich das Wissen für eine kritische Beurteilung der Instrumente anzueignen (Summerskill & Pope, 2002).

Daneben konnten Aspekte identifiziert werden, die als Misstrauen sowohl in die Validität der Instrumente als auch in Interessensgruppen bzw. Stakeholder, die an der Entwicklung der Instrumente beteiligt waren, interpretiert werden können. Summerskill und Pope (2002) weisen auf die Bedeutung der Quellen von standardisierten Instrumenten hinsichtlich der Einschätzung ihrer Vertrauenswürdigkeit hin: So werden nationale Leitlinien zwar als „gold standard“, allerdings als nicht alltagskompatibel empfunden. Leitlinien, an dessen Entwicklung die Pharmaindustrie beteiligt ist, werden als nicht vertrauenswürdig abgelehnt, weil damit verbundene Profitinteressen vermutet werden.

Akzeptanzentscheidungen hängen wesentlich auch von externen Faktoren ab. Viele Studien weisen darauf hin, dass ÄrztInnen die Verwendung von Leitlinien oder Risikokalkulatoren in Konkurrenz zu anderen ärztlichen Anforderungen wie z. B. der Arzt-Patienten-Beziehung erleben. Das Argument einer möglichen Gefährdung der Arzt-Patient-Beziehung und die Betonung der Individualität des einzelnen Patienten bzw. der einzelnen Patientin steht dabei häufig im Widerspruch zur Anwendung von standardisierten Empfehlungen und die „kalte“ evidenzbasierte Medizin wird in Konkurrenz zur „warmen“ Beziehung zu den PatientInnen gesetzt (e. g. Butzlaff et al., 2006; Tracy, Dantas, Moineddin & Upshur 2003). Damit verbunden ist der Wunsch, die „gute“ Beziehung zum Patienten/ zur Patientin zu bewahren und die PatientInnencompliance aufrecht zu halten (Summerskill & Pope, 2002).

Gilgun plädiert in ihrer Studie zu „qualitative methods and the development 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 erworbene 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).

Frage- bzw. Screeninginstrumente (z.B. Alkoholfragebogen) können allerdings auch unterstützend wirken, v. a. auch um problematisches Gesundheitsverhalten zu identifizieren. Wie Berner et. al (2007) zeigen, wird die Identifikationssicherheit von alkoholgefährdeten PatientInnen durch den so genannten „cognitive dissonance bias“ beeinträchtigt, d.h. identifiziert werden eher PatientInnen, die im Hinblick auf die Personenmerkmale different vom Arzt/ von der Ärztin sind: Ärztinnen identifizieren männliche Trinker, junge ÄrztInnen ältere PatientInnen ect.. Standardisierte Frageinstrumente können diesem Bias entgegenwirken.

Einige Untersuchungen beschäftigen sich mit den Effekten des persönlichen Gesundheitsverhaltens der ÄrztInnen auf ihre Beratungstätigkeit und Einstellung zur Lebensstilberatung. Geirrrson, 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.

Ulbricht et. al. (2009) stellen für das Thema „Rauchen“ ähnliche Effekte fest: Hinsichtlich des Erfolgs ihrer PatientInnen bei der Intervention zum Rauchstopp konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen rauchenden und nichtrauchenden beratenden ÄrztInnen festgestellt werden. In diesem Fall wird ähnlich wie für den Alkoholkonsum die Konfrontation mit dem eigenen Verhalten und die notwendige Selbstreflexion in der Beratungssituation als motivierender Faktor gedeutet, der die Beziehungsebene im Sinne eines gegenseitigen Verständnisses von Arzt/ Ärztin und Patient/ Patientin positiv beeinflusst.

Wie auch Steptoe et. al. (1999) zeigen, nimmt das eigene Gesundheitsverhalten der ÄrztInnen – untersucht wurden Rauchgewohnheiten, eigene Erfahrungen mit Vorsorgeuntersuchungen, Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten – keinen Einfluss auf deren Einstellung zur präventiven Lebensstilberatung. Ein positiver Zusammenhang hingegen besteht zwischen der Einstellung zur

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.

Zu etwas anderen Ergebnissen als die genannten Studien kommen Pipe, Sorensen & Reid (2009): Signifikant mehr nichtrauchende ÄrztInnen sind der Meinung, dass Rauchen starke gesundheitsgefährdende Auswirkungen zeigt und rauchende ÄrztInnen sind seltener bereit, das Thema „Rauchen“ mit ihren PatientInnen zu besprechen.

### 4.3 Arzt-Patient-Beziehung

Die Mehrheit der für unsere Studie befragten ÄrztInnen (66%) findet es sinnvoll, VU bei chronisch erkrankten Personen durchzuführen. Drei Viertel der Befragten berichten aber auch von der Erfahrung, jene Zielpersonen, die am meisten von der VU profitieren könnten, nicht zu erreichen. Entsprechend der Ergebnisse vergleichbarer Studien scheint sich in der Definition und Erreichbarkeit der Zielgruppe das Problem abzuzeichnen, dass sich die Mehrheit der Personen, die an Gesundheitsuntersuchungen teilnimmt, aus bereits bekannten PatientInnen mit häufigen Hausarzt-Kontakten rekrutiert (Othman, Wollny, Abholz & Altiner 2008). Wie auch die Ergebnisse der Fokusgruppenanalyse zeigten, kommt am häufigsten zur VU, wer ohnehin ein hohes Gesundheitsbewusstsein besitzt oder an einer chronischen Erkrankung leidet und unter regelmäßiger ärztlicher Kontrolle und Behandlung steht (Malli & Reichenpfer, 2009). Das Potenzial in Bezug auf Prävention und Früherkennung von Krankheiten durch die Vorsorgeuntersuchung wird dadurch möglicherweise stark eingeschränkt.

Wie den Ergebnissen des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann Stiftung entnommen werden kann, sind es vor allem Ältere, chronisch Erkrankte, Nichtraucher und Unter- oder Normalgewichtige, die überdurchschnittlich auf ihre Gesundheit achten und auch häufiger zur Gesundheitsuntersuchung gehen als jene Personengruppen, die es nach Ansicht der ÄrztInnen nötiger hätten (Borgers & Streich, 2003).

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 Beratungskennnisse bezüglich Alkohol vergleichsweise gering ausgeprägt ist (Brotons, Björklund & Bulc et al., 2005).

Innerhalb der letzten Jahrzehnte entwickelte sich ein Diskurs über Gesundheit und Autonomie, über veränderte Werte und Erwartungen sowohl der ÄrztInnen- wie auch der PatientInnenschaft (Daghio et al., 1992). Die Verantwortung für Gesundheitsstatus und -vorsorge verschiebt sich dabei von einer Arzt-bezogenen Perspektive zu einer Patienten-bezogenen (Scheibler & Pfaff, 2003) – die Autonomie der PatientInnen gewinnt an Bedeutung. Sowohl die Stärkung der Rolle als LebensstilberaterInnen als auch die Idee der informierten Entscheidungsfindung als innovative Erneuerungen der VU verweisen auf eine veränderte Arzt-Patient-Beziehung, die die professionelle Rolle der ÄrztInnen vor neue Herausforderungen stellt. Wie eine schwedische Studie zeigt, sind praktische ÄrztInnen mit unterschiedlichen Dilemmata konfrontiert: Sie balancieren zwischen der Rolle des medizinischen

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).

Im Bereich der Lebensstilberatung wird die Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen besonders gefordert. Nachdem ihre traditionelle Rolle eher darin bestand, auf akute Symptome der PatientInnen zu reagieren, wird die Angemessenheit von Interventionen im Lebensstilbereich nach wie vor hinterfragt. Auch wenn seit den 1970er Jahren eine zunehmende Diskussion zum Selbstbestimmungsrecht des Patienten/ der Patientin geführt wird, zeigt sich nach wie vor häufig, dass die tradierten Rollenerwartungen weiterhin die Interaktion in der alltäglichen Praxis prägen. Als problematisch stellt sich dabei die Abgrenzung zwischen fürsorglichem Handeln des Arztes/ der Ärztin und Übergriffen auf das Selbstbestimmungsrecht der PatientInnen heraus. Ethische Überlegungen rücken in den Vordergrund, die Fragen nach persönlichen Eingriffen ins Privatleben der PatientInnen und die Gefahr der paternalistischen Bevormundung thematisieren (Jakobsen et. al., 2005). Jakobsen et. al (2005) zeigen in ihrer qualitativen Studie über die Sichtweise von AllgemeinmedizinerInnen auf ärztliche Interventionen im Lebensstilbereich, dass sie im Allgemeinen ihre Rolle als Lebensstilberater internalisiert haben und sich ihrer Bedeutung im Bereich der Lebensstilmedizin bewusst sind. In einer englischen Studie zu Bewegungsberatung aus ärztlicher Sicht stimmten 99% der befragten ÄrztInnen der Meinung zu, dass es ihre Aufgabe sei, den gesundheitlichen Nutzen körperlicher Aktivität mit ihren PatientInnen zu diskutieren (van der Plog et. al., 2007).

Jakobsen et. al. (2005) berichten aber auch von hemmenden Faktoren bzw. fehlenden Voraussetzungen für eine effektive Lebensstilberatung. Beratende ÄrztInnen balancieren zwischen dem Verständnis für den oft nicht gesundheitsförderlichen Alltagskontext der PatientInnen auf der einen und der gefühlten Pflicht, sie von einer Lebensstiländerung zu überzeugen auf der anderen Seite, zwischen der guten Arzt-Patient-Beziehung einerseits und der Gefährdung dieser Beziehung durch private Grenzüberschreitungen andererseits.

Wie weiters 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.

Wie bereits erwähnt, zählt es zu den Charakteristika der VU Neu, den Wert der Prävention u. a. durch einen informierten Entscheidungsprozess zu stärken. Im Kontext der VU Neu gewinnt dieses Entscheidungsmodell v. a. hinsichtlich der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen an Relevanz. Von den VU-ÄrztInnen wird erwartet, den Vorsorge-Status ausgewählter Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Mammografie, Koloskopie, PAP-Abstrich) gemäß Empfehlung festzustellen sowie bei Bedarf dieser Untersuchungen vor einer eventuellen Überweisung eine umfassende – Nutzen, potenzielle Risiken und Schäden umfassende – Aufklärung durchzuführen. Beispielsweise im Falle eines vom Patienten/ von der Patientin nachgefragten PSA-Tests zur Früherkennung des Prostatakarzinoms soll die VU-Ärztin/ der VU-Arzt auf den kontroversiellen Charakter dieser Untersuchung und die derzeit nicht hinreichend eindeutige Nutzen-seitige Bewertung hinweisen. Erst nach einer umfassenden, vor allem die Konsequenzen eines falsch-positiven Tests darstellenden Aufklärung und dem weiterhin bestehenden Wunsch des Patienten/ der Patientin, soll die ärztliche Überweisung zur Urologin/ zum Urologen erfolgen.

Theorien patientenzentrierter Medizin wurzeln in einem angloamerikanischen Forschungszweig (Cassileth et. al., 1980), der in den 1970er Jahren einen Kontrapunkt zum bis dato vorherrschenden paternalistischen Interaktionsstil setzte. Voraussetzungen dafür bildeten eine zunehmende Demokratisierung weiter Gesellschaftsbereiche wie auch ein verbesserter, transparenter Informationszugang. Im Unterschied zum paternalistischen Interaktionsstil, bei dem die Definitionsmacht der Diagnose, das Wissen über die Erkrankung und deren Behandlung allein beim Arzt/ bei der Ärztin liegt, sieht das Modell der informierten Entscheidung eine Entscheidungsfindung seitens des Patienten/ der Patientin vor. Zwei Annahmen sind prägend: Erstens wird der Patient/ die Patientin als fähig betrachtet, für seine Interessen einzustehen. Zweitens ist er/ sie umfassend und objektiv über Erkrankung, Behandlung, Screening etc. informiert. Grundlegend dabei sind unabhängige Informationen zur Erkrankung, zu Therapiemaßnahmen, Nutzen und assoziierten Risiken von Untersuchungen.

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

Extrempole, der paternalistische Interaktionsstil und die informierte Entscheidungsfindung, in ihrer klaren Ausprägung in der medizinischen Aufklärungspraxis kaum vorkommen, schlägt Elwyn (2001) ein konzeptuelles Modell der Entscheidungsfindung vor (Abbildung 41): shared decision making (SDM), in der der interaktionelle Charakter des „two way exchange“ zum Tragen kommt (Charles et. al., 1999), wird als flexibler „Ballon“ dargestellt. SDM bewegt sich diesem Modell nach zwischen „Paternalismus“ und „informed choice“ einerseits und „Dominanz“ und „consumerism“ andererseits. „Dominanz“ entspricht dabei einer Entscheidung, die der Arzt dirigiert, ohne die relevanten Präferenzen des PatientInnen zu kennen, „consumerism“ (hohe PatientInnenautonomie ohne Kompetenzen) bildet das Pendant dazu: Der Patient/ die Patientin trifft eine Entscheidung, ohne die notwendigen Informationen zu besitzen.



Abbildung 41: Entscheidungsfindung und die Verfügbarkeit von Information in Konsultationen: ein konzeptuelles Modell (Elwyn, 2001, S. 55)

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 assoziierte 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.

Dieses Ergebnis erstaunt, zumal sich in der Fokusgruppenuntersuchung der Eindruck abzeichnete, dass sich das angestrebte Ziel – das Ermöglichen einer informierten Entscheidungsfindung durch Vermittlung der wissenschaftlichen Empfehlungen unter neutraler Berücksichtigung des möglichen Nutzens und Schadens der Interventionen – innerhalb der VU Neu nicht wie intendiert realisieren lässt. Oft wurde dabei auf oben genannte Hinderungsgründe verwiesen (Malli & Reichenpfader, 2009).

#### **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.

Jedenfalls scheint das Interesse an VU-spezifischen Schulungsangeboten eher gering zu sein, zumal 69% der Befragten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen als wichtiger erachten. Immerhin 42% der ÄrztInnen meinen auch, dass bestimmte Techniken wie Kommunikation oder Beratung nicht in Schulungen erworben werden könnten. Diese Haltung wurde auch in der Fokusgruppenuntersuchung bestätigt: Es wurde argumentiert, dass die Beratungsqualität in erster Linie von den persönlichen Fähigkeiten und der Persönlichkeit des Arztes abhängt. Zwar wurde darauf hingewiesen, dass Kommunikationstechniken erlernbar sind, zugleich aber dominierte die Einstellung, bereits vorhandene Kompetenzen machten Schulungen zur Lebensstilberatung überflüssig (Malli & Reichenpfader, 2009).

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).

Fachliche wie technologische Entwicklungen beschleunigen sich und auch die ärztliche Praxis steht, wie andere Unternehmen, unter vermehrtem Anpassungs- und Wettbewerbsdruck, der nicht nur Kosten, sondern auch die Art und Qualität der Leistungen betrifft. Im internationalen Diskurs wird darauf hingewiesen, dass ärztliche Wissensaneignung zu einer höheren Versorgungsqualität beiträgt. Aspekte des lebenslangen Lernens wie z.B. „Continuing Medical Education“ (CME) oder „Continuing Professional Development“ (CPD) werden als Strategien diskutiert, die (strukturelle) Veränderung, (persönliche) Entwicklung und Lernen zu einem zentralen Aspekt professioneller ärztlicher Tätigkeit verknüpfen. Seit Beginn der 1980er Jahre demonstrieren internationale Untersuchungen die positiven

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

- Altgeld, T. & Bockhorst, R. (2004). Neue gesundheitspolitische Wertschätzung der Prävention und Gesundheitsförderung – alte Verhaltensmuster in der Bevölkerung? In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzten* (S. 35-51). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Ammenwerth, E. & Kaiser, F. (2002). Evaluation der Benutzerzufriedenheit mit der rechnergestützten Arztbrief- und Befundschreibung. UMIT-Schriftenreihe - Publication Series Nr.1.
- Berner, M. M., Härter, M., Kriston L., Lohmann, M., Ruf, D., Lorenz, G. & Mundle, G. (2007). Detection and management of alcohol use disorders in German primary care influenced by non-clinical factors, *Alcohol & Alcoholism*, 42 (4), 308-316.
- Borgers, D. & Streich, W. (2003). Prävention – Alltagsverhalten und Beitrag der Hausärzte. In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S. 56-70). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Bovier, P. A. & Perneger, T. V. (2003). Predictors of work satisfaction among physicians. *European Journal of Public Health*, 13, 299-305.
- Butzlaff, M., Floer, B. & Isfort, J. (2003). „Shared Decision Making“: Der Patient im Mittelpunkt von Gesundheitswesen und Praxisalltag? In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.), *Gesundheitsmonitor 2003. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S. 41-55), Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Butzlaff, M., Kempkens, D., Schnee, M., Dieterle, W.E., Böcken, J. & Rieger, M. A. (2006). German ambulatory care physicians' perspectives on clinical guidelines – a national survey. *BMC Family Practice*, 7, 47-56.
- Brotans, C., Björklund, C., Bulc, B. et al. (2005). Prevention and health promotion in clinical practice: the view of general practitioners in Europe. *Preventive Medicine*, 40, 595-601.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H., Abboud, P. C. & Rubin, H. R. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA*, 282 (15), 1458-1465.
- Cacaci, A. (2006). *Change Management – Widerstände gegen Wandel. Plädoyer für ein System der Prävention*, Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.

- Cassileth, B., Zupkis, R., Sutton-Smith, K. & March, V. (1980). Information and participation preferences among cancer patients. *Annals of Internal Medicine*, 92 (6), 832-836.
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science Medicine*, 49 (5), 651-661.
- Cho. H.-J., Sunwoo, S. & Song, Y.-M. (2003). Attitudes and Reported Practices of Korean Primary Care Physicians of Health Promotion. *Journal of Korean Medical Sciences*, 18, 783-790.
- Daghio, M. M., Ciardullo, A. V., Cadiolo, T., Delvecchio, C., Menna, A., Voci, C., Guidetti, P., Magrini, N. & Liberati, A. (2003). GPs' satisfaction with the doctor-patient encounter: finding from a community-based survey. *Family Practice*, 20, 283-288.
- Diekmann, A. (2008). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. (19. Auflage) Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Eichler, K., Zoller, M., Tschudi, P. & Steurer, J. (2007). Barriers to apply cardiovascular prediction rules in primary care: a postal survey. *BMC Family Practice*, 8, 1-7.
- Elwyn, G. (2001). *Shared decision making: patient involvement in clinical practice*. Nijmegen (Dissertation).
- Fenk, R. (2000). *Teilnahme an der Gesundenuntersuchung: Wissen, Motivation, Einstellungen und subjektiv eingeschätzter Nutzen*. Linz: Printed in Austria.
- Geirsson, M., Bendtsen, P. & Spak, F. (1998). *Attitudes of Swedish general practitioners and nurses to working with lifestyle change, with special reference to alcohol consumption*. Oxford: Oxford University Press.
- Gilgun, J. F. (2005): Qualitative Methods and the Development of Clinical Assessment Tools. *Qualitative Health Research*, 14, 1008-1019.
- Glaser, B. & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Hansson, A., Gunnarsson, R. & Mattsson, B. (2007). Balancing – an equilibrium act between different positions: An exploratory study on general practioners' comprehension of their professional role. *Scandinavian Journal of Health Care*, 25, 80-85.

- Hermann, K., Szecsenyi, J. & Ludt, S. (2008). Vergleichende Evaluation zweier Instrumente zur kardiovaskulären Risikoberatung in der Hausarztpraxis: CARRISMA und e-ARRIBA. Auswirkung auf Veränderungsmotivation & Partizipative Entscheidungsfindung. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 84, 207-213.
- Hayward, R.S.A., Guyatt, G.H., Moore, K.A., McKibbin, K.A. & Carter, A.O. (1997). Canadian physicians' attitudes about preferences regarding clinical practice guidelines. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (12), 1715-1723.
- Hayward, R.S.A. (1997). Clinical practice guidelines on trial. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (12), 1725-1727.
- Hobbs, FD. R., Erhardt, L. (2002). Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. *Family Practice*, 19 [6], 596-604.
- Isfort, J., Floer, B. & Butzlaff, M. (2004). „Shared Decision Making“ – partizipative Entscheidungsfindung auf dem Weg in die Praxis. In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S. 88-100). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Jakobsen, E.T., Rasmussen, S.R., Christensen, M., Engberg, M. & Lauritzen, T. (2005). Perspectives on lifestyle intervention: The view of general practitioners who have taken part in a health promotion study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33, 4-10.
- Kunz, A. U. (2005). *Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren - Eine Befragung Berliner Hausärzte*. Berlin (Masterarbeit).
- Lavrakas, P.J. (1993). *Telephone Survey Methods. Sampling, Selection and Supervision*, London: Sage.
- Lucke, D. (1998). Riskante Annahmen – Angenommene Risiken. Eine Einführung in die Akzeptanzforschung. In: D. Lucke & M. Hasse (Hrsg.), *Annahme verweigert. Beiträge zur soziologischen Akzeptanzforschung* (S.15-35). Opladen: Leske+Budrich.
- Malli, G. & Reichenpfader, U. (2009): *Fokusgruppenbefragung von VU Neu-ÄrztInnen* (Hrsg. IfGP), Graz.

- Mayring, P. (2003). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (8. Auflage), Weinheim: Beltz Verlag.
- McColl, A., Smith, H., White, P. & Field, J. (1998). General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *BMJ*, 316, 361-367.
- Othman, C., Wollny, A., Abholz, H.-H. & Altiner, A. (2008). Die Gesundheitsuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 84, 280-285.
- Prochaska, J. O. & Velicer W. F. (1997). The Transtheoretical Model of behaviour change. *Health Promotion*, 12, 38-48.
- Pipe, A., Sorensen, M. & Reid, R. (2007). Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: An international survey. *Patient Education and Counselling*, 74, 118-123.
- Sadowski, E. M., Eimer, C., Keller, H., Krones, T., Sönnichsen, A. C., Baum, E. & Donner-Banzhoff, N. (2005). Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von ARRIBA-Herz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention. Qualitative Studie zu hindernden und fördernden Faktoren. *Zeitschrift für Allgemeine Medizin*, 81, 429-434.
- Scheibler, F. & Pfaff, H. (2003). *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess*. Weinheim und München: Juventa.
- Schnell, M. (2009). Einführung in die Akzeptanzforschung am Beispiel von Web-TV. *Wissen Heute*, 62 (1), 5-12.
- Schwartz, F. W. (2003). *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. (2. Auflage) München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Steenkiste, B., Weijden, T., Stoffers, H. & Grol, R. (2004): Barriers to implementing cardiovascular risk tables in routine general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22, 32-37.
- Stephoe, A., Doherty, S., Kendrick, T., Rink, E. & Hilton, S. (1999). Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Family Practice*, 16 (2), 158-163.

- Streich, W., Klemperer, D. & Butzlaff, M. (2002). Partnerschaftliche Beteiligung an Therapieentscheidungen. In: J. Böcken, B. Braun & M. Schnee (Hrsg.). *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft* (S. 35-51), Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Summerskill, W. SM. & Pope, C. (2002). „I saw the panic rise in her eyes, and evidence-based medicine went out of the door.“ An exploratory qualitative study of the barriers to secondary prevention in the management of coronary heart disease. *Family Practice*, 19, 605-610.
- Tracy, C. S., Dantas, G. C., Moineddin, R. & Upshur, R. EG. (2003). The nexus of evidence, context, and patient preferences in primary care: postal survey of Canadian family physicians. *BMC Family Practice*, 4, 13-20.
- Ulbricht, S., Baumeister, S., Meyer, C., Schmidt, C., Schumann, A., Rumpf, H.-J. & John, U. (2009). Does the smoking status of general practitioners affect the efficacy of smoking cessation counselling? *Patient Education and Counseling*, 74, 23-28.
- Van der Plog, H.P., Smith, B.J., Stubbs, T., Vita, P., Holford, R. & Bauman, A. (2007). Physical activity promotion. Are GPs getting the message? *Australian Family Physician*, 36, 871-874.
- Vollmar, H. C., Rieger, M. A., Butzlaff, M. E. & Ostermann, T. (2009). General Practitioners' preferences and use of educational media: a German perspective. *BMC Health Services Research*, 9, 31-41.
- Wolf, S. H., Glasgow, R. E., Krist, A., Bartz, C., Flocke, S. A., Holtrop, J. S., Rothemich, S. F. & Wald, E. R. (2005). *Annals of Family Medicine*, 3 (2), 20-27.

## Anhang

Fragebogen für computer-assistierte Telefoninterviews (CATI)

## ÄrztInnenbefragung zur Vorsorgeuntersuchung Neu Interviewleitfaden

**[EINLEITUNG: „Guten Tag, mein Name ist ... vom Institut für empirische Sozialforschung. Wir führen zur Zeit eine Studie zur „Vorsorgeuntersuchung Neu“ durch. Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen als Arzt/Ärztin sind für die Studie von großer Bedeutung, um den Ablauf und die Dokumentation in Zukunft für Sie zu erleichtern und zu optimieren. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgt selbstverständlich anonym. Die Befragung wird etwa 20 Minuten dauern. Im Folgenden werden die Teilnehmer der Vorsorgeuntersuchung überwiegend als „Patienten“ bezeichnet und Vorsorgeuntersuchung mitunter mit „VU“ abgekürzt.]**

<b>F1a</b>	<b>Seit wann führen Sie die Vorsorgeuntersuchung <u>Neu</u> durch?</b>
	_ _ _  /  _ _ _ _ _  (Monat / Jahr) [Monatsangabe nicht unbedingt notwendig.]
<b>F1b</b>	<b>Seit wann führen Sie überhaupt Vorsorgeuntersuchungen durch?</b>
	_ _ _ _  (Jahr)

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

<b>F2</b>	<b>Sie haben bereits seit Einführung der VU Neu die Wahl, ob Sie auf Papier oder elektronisch dokumentieren möchten. Welche Form der Dokumentation nutzen Sie?</b>
	<input type="checkbox"/> Ich fülle sie nur in Papierform aus. [→ F5] <input type="checkbox"/> Ich fülle sie nur elektronisch aus. <input type="checkbox"/> Ich fülle sie in Papierform und elektronisch aus.

<b>F3</b>	<b>Seit wann machen Sie von der elektronischen Übermittlung der VU-Befunddaten Gebrauch?</b>
	<input type="checkbox"/> Seit dem vorigen Jahr oder länger <input type="checkbox"/> Seit diesem Jahr

<b>F4</b>	<b>Wir haben einige Aussagen zur elektronischen Dokumentation zusammengestellt. Bitte geben Sie Ihre Meinung dazu ab, indem Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu" antworten. Dazwischen können Sie mit 2="trifft eher zu" und 3="trifft eher nicht zu" abstimmen.</b>					
		trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	Weiß nicht
	Die elektronische Dokumentation bedeutet für mich Mehrarbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Benutzung des elektronischen Dokumentationsblatt-Systems ist einfach und selbsterklärend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Bei Problemen mit dem elektronischen Dokumentationsblatt-System habe ich Ansprechpartner, die mir weiterhelfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich benötige für die elektronische Dokumentation eine Einschulung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Das elektronische Dokumentationsblatt-System ist fehleranfällig und instabil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Umstellungs- und Lernaufwand war für mich sehr hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe große datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Der Papierausdruck des elektronischen Befundblatts ist für den Patienten übersichtlich gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F5	Ich lese Ihnen Aussagen zur Dokumentation vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu", dazwischen können Sie abstufen.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	Weiß nicht
	Die Dokumentation verbessert und strukturiert für mich den Ablauf der VU.	<input type="checkbox"/>				
	Das Dokumentationsblatt bietet mir eine gute Möglichkeit, Themen anzusprechen, die ich in der Alltagsroutine nicht behandle.	<input type="checkbox"/>				
	Die Dokumentation schränkt meine ärztliche Handlungsautonomie ein.	<input type="checkbox"/>				
	Den Inhalt des Dokumentationsblattes empfinde ich als ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
	Das Dokumentationsblatt lässt sich gut in die Praxissoftware integrieren.	<input type="checkbox"/>				

**F6** Wie häufig verwenden Sie den für die VU Neu zur Verfügung gestellten Anamnesebogen bei den Vorsorgeuntersuchungen?

immer       oft       manchmal       selten       nie

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.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	Weiß nicht
	Die Länge des Anamnesebogens empfinde ich für Patienten als zumutbar.	<input type="checkbox"/>				
	Den Inhalt des Anamnesebogens empfinde ich als ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
	Der Anamnesebogen scheint mir für Patienten leicht verständlich.	<input type="checkbox"/>				

**F8** Wie häufig verwenden Sie den Gesundheitsfragebogen der ÖGAM\* bei den Vorsorgeuntersuchungen?  
[\*Anmerkung: Österreichische Gesellschaft für Allgemeinmedizin]

immer       oft       manchmal       selten       nie

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

**F9** Wie häufig verwenden Sie die „wissenschaftlichen Grundlagen“?

immer       oft       manchmal       selten       nie

**F10** Wie häufig verwenden Sie die „Ärztbroschüre“?

immer       oft       manchmal       selten       nie

**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-Ärztbroschüre“?

sehr nützlich       nützlich       eher nützlich  
 eher nicht nützlich       nicht nützlich

F13	Ich lese Ihnen nun einige Aussagen zum <u>Alkoholfragebogen</u> der VU Neu vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu", dazwischen können Sie wieder abstufen.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Durch den Alkoholfragebogen wird das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich finde, dass zur Besprechung des Alkoholkonsums kein Fragebogen verwendet werden sollte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich finde andere Screening-Instrumente geeigneter, um Personen mit problematischem Alkoholkonsum zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich kenne die VU-Teilnehmer als langjährige Patienten und weiß daher ohne Fragebogen über ihr Trinkverhalten Bescheid.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F14	Wie häufig verwenden Sie den Alkoholfragebogen bei den Vorsorgeuntersuchungen?
	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie [→ F16]

F15	Ich lese Ihnen nun Aussagen zur <u>Verwendung des Alkoholfragebogens</u> vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu", dazwischen können Sie wieder abstufen.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Mithilfe des Alkoholfragebogens habe ich bereits einige Problemtrinker identifiziert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich bespreche mit <u>jedem</u> Patienten das Ergebnis des Alkoholfragebogens im abschließenden Gespräch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die als stigmatisierend empfundenen Fragen gefährden die Beziehung zu meinen Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F16	Ich lese Ihnen nun <u>Aussagen zur Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum</u> vor. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu" bis 4="trifft nicht zu", dazwischen können Sie wieder abstufen.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Für die Alkohol-Kurzintervention fehlt mir die Zeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Weil ich Alkohol thematisierte, wechselten Patienten zu einem anderen Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Angebote für weiterführende Therapien (intensivere Beratung, Entwöhnungstherapien, ...) sind derzeit nicht adäquat vorhanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich fühle mich zur Durchführung der Alkohol-Kurzintervention ausreichend geschult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um Fragen zum Thema „Lebensstilberatung“.

F17	<b>Zur <u>Kurzintervention zum Rauchstopp</u> 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.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Raucherentwöhnung existieren, auf die ich verweisen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Kurzintervention zum Rauchstopp ist erfolgversprechend, da sie nachgewiesene Wirksamkeit besitzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meiner Ansicht nach ist diese Maßnahme nicht Teil der VU selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich fühle mich für diese Maßnahme ausreichend geschult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F18	<b>Zur <u>Kurzberatung zu körperlicher Aktivität</u> 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.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität ist erfolgversprechend, weil vielfältige und erprobte Angebote zur Bewegungsberatung existieren, auf die ich verweisen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Kurzberatung zu körperlicher Aktivität ist erfolgversprechend, da sie nachgewiesene Wirksamkeit besitzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Meiner Ansicht nach ist diese Maßnahme nicht Teil der VU selbst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich fühle mich für diese Maßnahme ausreichend geschult.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

F19	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.	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Bei VU-Teilnehmern, die ich bereits als langjährige Patienten kenne, kann ich ihr globales Herz-Kreislaufisiko auch ohne Hilfsinstrumente (Risikokalkulatoren) gut einschätzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wichtige Risikofaktoren, wie z.B. Stress oder sozioökonomische Belastungen, werden in der Risikoeinschätzung mit Risikokalkulatoren nicht berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F20	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?
	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie [→ F23]

F21	Bei welchen Patientengruppen setzen Sie diese Risikotafeln ein?	ja	nein	weiß nicht
	Insbesondere bei Hochrisikopatienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insbesondere bei den mir nicht bekannten Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insbesondere bei älteren Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insbesondere bei jüngeren Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nur, wenn ich glaube, dass die Darstellung des Risikos Patienten zu einer Verhaltensänderung motiviert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nur, wenn ich den Eindruck habe, dass Patienten die Darstellung des Risikos kognitiv verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Immer bei allen VU-Teilnehmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F22</b>	<b>Zur Verwendung der Risikotafeln: Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1="trifft zu bis" 4="trifft nicht zu". Dazwischen können Sie wieder abstimmen.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Die Risikotafeln stellen für mich eine gute Entscheidungshilfe für die Therapieplanung dar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mithilfe der Risikotafeln wird die Effizienz meiner Beratung gesteigert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mit Risikotafeln zu arbeiten, ist für mich zu zeitaufwändig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Beratung mittels der Risikotafeln motiviert meine Patienten zu einer Verhaltensänderung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe die Erfahrung gemacht, dass viele der Patienten verängstigt auf die Darstellung des Risikos reagieren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich verwende andere Tools zur Risikoeinschätzung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F23</b>	<b>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 wieder abstimmen.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Ich kläre den Patienten über den <u>Nutzen</u> von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich kläre den Patienten über mögliche <u>Risiken</u> von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen umfassend auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die tatsächlichen Risiken anzusprechen, ist mir aufgrund mangelnder Zeit nicht möglich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine umfassende Aufklärung ist für den Patienten unzumutbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine umfassende Aufklärung des Patienten über Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ist Aufgabe des Facharztes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich vermeide eine vollständige, auch die Risiken thematisierende Aufklärung, da sie Patienten von der Inanspruchnahme der Untersuchungen abschrecken könnte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F24</b>	<b>Wir bitten Sie um Ihre Meinung und Erfahrung zur Festlegung und Erreichbarkeit der Zielgruppe der VU, indem Sie uns mitteilen, ob folgende Aussagen für Sie „zutreffen“=1 oder „nicht zutreffen“=4. Dazwischen können Sie wieder abstimmen.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Ich bewerbe die VU aktiv bei meinen Patienten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es sollte eine obere Altersgrenze für VU-Teilnehmer festgelegt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich halte die derzeitige untere Altersgrenze von 18 Jahren für sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die VU sollte nicht jährlich in Anspruch genommen werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vorsorgeuntersuchungen bei chronisch erkrankten Patienten durchzuführen, erscheint mir nicht sinnvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich habe den Eindruck, dass diejenigen Personen, die am meisten von der VU profitieren könnten, diese nicht in Anspruch nehmen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Im Folgenden geht es um das Thema VU Neu-Schulung.**

<b>F25</b>	<b>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.</b>	trifft zu (1)	trifft eher zu (2)	trifft eher nicht zu (3)	trifft nicht zu (4)	weiß nicht
	Aufgrund meiner Erfahrungen und Kompetenzen halte ich eine zusätzliche Schulung für die VU Neu nicht für notwendig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Eine VU-Schulung ist nicht notwendig, da ich mir VU-spezifische Inhalte effizienter im Selbststudium erarbeiten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich halte es lieber mit „learning by doing“.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Die Durchführung der VU Neu erfordert Techniken, welche nicht in Schulungen erworben werden können (z.B. Kommunikation, Beratung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich halte Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>F26a</b>	<b>Waren Sie dazu verpflichtet, an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilzunehmen?</b>
	<input type="checkbox"/> Ja [→ F27] <input type="checkbox"/> Nein [→ F26b]
<b>F26b</b>	<b>Haben Sie freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilgenommen?</b>
	<input type="checkbox"/> Ja [→ F27] <input type="checkbox"/> Nein [→ P1]

<b>F27</b>	<b>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:</b>	sehr gut (1)	gut (2)	befrie- digend (3)	aus- reichend (4)	mangel- haft (5)
	Fachliche Kompetenz der Referenten	<input type="checkbox"/>				
	Didaktische Kompetenz der Referenten	<input type="checkbox"/>				
	Informationsgehalt	<input type="checkbox"/>				
	Praxisrelevanz	<input type="checkbox"/>				
	Format der Veranstaltung	<input type="checkbox"/>				
	Gesamtbewertung	<input type="checkbox"/>				

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

<b>P1</b>	<b>Wie viele Vorsorgeuntersuchungen haben Sie im letzten Quartal ca. durchgeführt?</b>
	<input type="text" value=""/>

<b>P2</b>	<b>Wie alt sind Sie?</b>
	_ _ _  Jahre
<b>P3</b>	<b>Geschlecht [zuordnen]</b>
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
<b>P4</b>	<b>In welcher Praxisform ordinieren Sie? [nicht Vorlesen, zuordnen]</b>
	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis
<b>P5</b>	<b>Welche Fachbezeichnung führen Sie? [nicht Vorlesen, zuordnen]</b>
	<input type="checkbox"/> Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Facharzt für Innere Medizin <input type="checkbox"/> Facharzt für Lungenheilkunde <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
<b>P6</b>	<b>In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis? [nicht Vorlesen, zuordnen]</b>
	<input type="checkbox"/> Burgenland <input type="checkbox"/> Kärnten <input type="checkbox"/> Niederösterreich <input type="checkbox"/> Oberösterreich <input type="checkbox"/> Salzburg <input type="checkbox"/> Steiermark <input type="checkbox"/> Tirol <input type="checkbox"/> Vorarlberg <input type="checkbox"/> Wien
<b>P7</b>	<b>In welchem Jahr haben Sie sich niedergelassen?</b>
	_ _ _ _
<b>P8</b>	<b>Nehmen Sie regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil?</b>
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>P9</b>	<b>In welcher Region befindet sich Ihre Praxis?</b>
	<input type="checkbox"/> ländlich / eher ländlich <input type="checkbox"/> städtisch / eher städtisch <input type="checkbox"/> gemischt
<b>A</b>	<b>Wir sind nun am Ende des Interviews. Haben Sie abschließend noch eine wichtige Anmerkung zur VU Neu?</b>
	[offene Frage]

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!**

Fragebogenentwicklung:  
Projekt „Evaluierung Vorsorgeuntersuchung Neu“  
Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH  
Mai, 2009