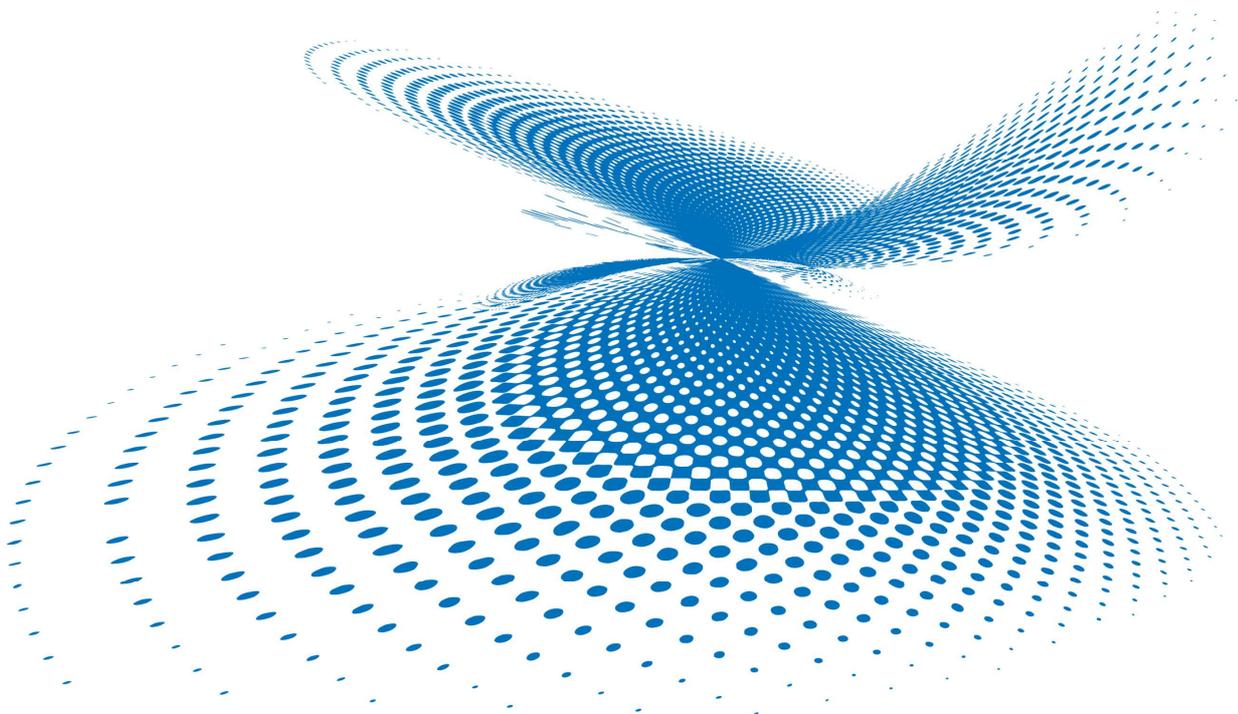


Befragung von ÄrztInnen zur Vorsorgeuntersuchung Neu 2010



Projekt Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu
Modul Prozessqualität



Institut für Gesundheitsförderung und Prävention

Impressum

INSTITUT FÜR GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND PRÄVENTION

Geschäftsführerin:

Mag. Beate Atzler, MPH

Autorin:

Mag. Dr. Gerlinde Malli

Dieser Bericht wurde im Oktober 2010 fertig gestellt.

KONTAKTADRESSE FÜR RÜCKFRAGEN

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
Ansprechpartnerin
Mag. Dr. Gerlinde Malli
Tel.: +43 (0) 50 / 23 50 DW 37933
Fax: +43 (0) 50 / 23 50 DW 77900
E-Mail: gerlinde.malli@ifgp.at

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	V
Tabellenverzeichnis.....	VII
Zusammenfassung.....	1
1 Einleitung.....	5
2 Methodik und Studiendesign.....	10
2.1 Literaturanalyse.....	10
2.1.1 Suchstrategie.....	10
2.1.2 Studien zur Akzeptanz medizinischer Innovationen.....	12
2.1.3 Studien zur Alkohol-Kurzintervention.....	13
2.1.4 Studien zur Umsetzung einer ausgewogenen Risikokommunikation.....	14
2.2 Tiefeninterviews mit ÄrztInnen.....	17
2.3 Online-Befragung.....	19
2.3.1 Befragungsmethode.....	19
2.3.2 Befragungsinstrument.....	25
2.3.3 Die Online-Version des Fragebogens.....	28
2.3.4 Pretest.....	30
2.3.5 Erhebungsverfahren und Zielgruppenfestlegung.....	31
2.3.6 Erreichbarkeit der BefragungsteilnehmerInnen.....	31
2.3.7 Telefon- und E-Mail-Auskunft.....	33
2.3.8 Ausschöpfung.....	33
2.3.9 Datenauswertung und methodische Anmerkungen.....	35
3 Ergebnisse.....	37
3.1 ÄrztInnen- und Praxismerkmale.....	37
3.1.1 Geschlechts- und Altersstruktur.....	38
3.1.2 Fachrichtung und Qualitätszirkel.....	39
3.1.3 Standort.....	40
3.1.4 Praxisform.....	41
3.1.5 Vertragsart (kurativ).....	41
3.1.6 Niederlassungsdauer und Durchführungspraxis.....	42
3.1.7 Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen.....	43
3.2 Dokumentation.....	44
3.3 Wissenschaftliches Begleitmaterial.....	48

3.4	Risikotafeln	51
3.5	Alkohol-Kurzintervention.....	52
3.6	Informierte Entscheidungsfindung.....	55
3.7	Lebensstilberatung	57
3.8	Schulung.....	59
3.9	Zufriedenheit.....	63
3.10	Offene Anmerkung zur VU Neu	68
3.11	Bundesländervergleich.....	72
3.11.1	Dokumentation.....	72
3.11.2	Alkoholfragebogen.....	74
3.11.3	Informierte Entscheidungsfindung	76
3.11.4	Schulung	78
3.11.5	Zufriedenheit und Gesamtbewertung	79
4	Diskussion	81
4.1	Dokumentation und wissenschaftliches Begleitmaterial	81
4.2	Alkohol-Kurzintervention.....	82
4.3	Informierte Entscheidungsfindung.....	85
4.4	Zufriedenheit.....	86
4.5	Offene Anmerkungen	87
4.6	Methodische Einschränkungen	88
5	Schlussfolgerungen.....	89
	Literatur.....	91
	Anhang	97

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau eines Online-Fragebogens nach Lumsden et al. (2005)	28
Abbildung 2: Startseite der Online-Befragung	29
Abbildung 3: Kontrollskript	30
Abbildung 4: Letzte Seite der Online-Befragung	30
Abbildung 5: Beendete Fragebögen pro Tag	35
Abbildung 6: Verteilung nach Geschlecht	38
Abbildung 7: Altersverteilung nach Geschlecht	38
Abbildung 8: Fachrichtung	39
Abbildung 9: Teilnahme an Qualitätszirkeln	39
Abbildung 10: Bundesland.....	40
Abbildung 11: Regionaler Praxisstandort	41
Abbildung 12: Praxisform	41
Abbildung 13: Vertragsart	42
Abbildung 14: Durchführungspraxis	43
Abbildung 15: Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal	43
Abbildung 16: Form der Dokumentation.....	44
Abbildung 17: Form der Dokumentation nach Durchführungspraxis	45
Abbildung 18: Form der Dokumentation nach Vertragsart	45
Abbildung 19: Angaben zur elektronischen Dokumentation	46
Abbildung 20: Datenschutzrechtliche Bedenken.....	47
Abbildung 21: Angaben zur Dokumentation	47
Abbildung 22: Erfahrung mit der „Ärzt Broschüre“.....	48
Abbildung 23: Erfahrung mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“	49
Abbildung 24: Einbindung von VU-Ärzten in die Erstellung wissenschaftlichen Materials	49
Abbildung 25: Persönliche Beteiligung an der Erstellung wissenschaftlichen Materials	50
Abbildung 26: Eigenschaften wissenschaftlichen Begleitmaterials.....	50
Abbildung 27: Verwendung der Risikotafeln	51
Abbildung 28: Erfahrung mit den Risikotafeln	52
Abbildung 29: Verwendung des Alkoholfragebogens	52
Abbildung 30: Meinung zum Alkoholfragebogen.....	53
Abbildung 31: Brauchbarkeit des Alkoholfragebogens nach Verwendungshäufigkeit	54

Abbildung 32: Zeit für ein Aufklärungsgespräch zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	55
Abbildung 33: Beratungstätigkeit zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	56
Abbildung 34: Lebensstilberatung	58
Abbildung 35: Nachverfolgen angewiesener Maßnahmen	59
Abbildung 36: Ärztliche Schulung zur Vorsorgeuntersuchung	60
Abbildung 37: Verpflichtende Schulungsteilnahme	60
Abbildung 38: Freiwillige Schulungsteilnahme	61
Abbildung 39: Reaktionen auf das VU Neu-Einführungsseminar	61
Abbildung 40: Bewertung des VU Neu-Einführungsseminars	62
Abbildung 41: Erhalt von Schulungsunterlagen	63
Abbildung 42: Bewertung der Schulungsunterlagen	63
Abbildung 43: Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung	64
Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung (Mittelwerte) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht	64
Abbildung 45: Zufriedenheit mit den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung	65
Abbildung 46: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchung	66
Abbildung 47: Zufriedenheit mit den Materialien der Vorsorgeuntersuchung	67
Abbildung 48: Beurteilung der Vorsorgeuntersuchung	67
Abbildung 49: Dokumentationsform nach Bundesländern	72
Abbildung 50: Verbesserung der Dokumentationsqualität nach Bundesländern	73
Abbildung 51: Datenschutzrechtliche Bedenken nach Bundesländern	74
Abbildung 52: Verwendung des Alkoholfragebogens nach Bundesländern	75
Abbildung 53: Brauchbarkeit des Fragebogens nach Bundesländern	76
Abbildung 54: Aufklärung über die Risiken des PSA-Screenings nach Bundesländern	77
Abbildung 55: Aufklärung über die Evidenz für einen Gesundheitsnutzens (PSA-Test) nach Bundesländern	77
Abbildung 56: Verpflichtende Schulungsteilnahme nach Bundesländern	78
Abbildung 57: Freiwillige Schulungsteilnahme nach Bundesländern	79
Abbildung 58: Gesamtbeurteilung nach Bundesländern	80

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grund der Kontaktaufnahme	33
Tabelle 2: Neutrale und nicht-neutrale Ausfälle und Ausschöpfung	34
Tabelle 3: ÄrztInnen- und Praxismerkmale, Teil 1	37
Tabelle 4: ÄrztInnen- und Praxismerkmale, Teil 2	37
Tabelle 5: Barrieren der Alkohol-Kurzintervention	54
Tabelle 6: Motivation zur Alkohol-Kurzintervention	55
Tabelle 7: Beratungsgespräche über den PSA-Test.....	57
Tabelle 8: Barrieren der Lebensstilberatung	58
Tabelle 9: Verbesserungsvorschläge zu VU Neu-Schulungsmaßnahmen	62
Tabelle 10: Grundstruktur des Kategoriensystems	68
Tabelle 11: Ausdifferenzierung der konstruktiven Kritik	69
Tabelle 12: Thematische Codes.....	70
Tabelle 13: Text Retrieval.....	71
Tabelle 14: Zufriedenheitswerte nach Bundesländern	79

Zusammenfassung

Im Rahmen der Bewertung der Prozessqualität der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) wurde vom IfGP ein „Befragungsinstrument zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive“ entwickelt, das sich thematisch den Bereichen der Dokumentationsform, des wissenschaftlichen Begleitmaterials, der Risikotafeln, Alkohol-Kurzintervention, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Lebensstilberatung und VU-spezifischen Schulungsmaßnahmen widmet. Zudem wurden die ÄrztInnen zu ihrer Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung befragt und darum gebeten, eine Gesamt-Beurteilung der Vorsorgeuntersuchung abzugeben. Der Fragebogen beinhaltet darüber hinaus offene Fragen zur Verbesserung von Schulungsmaßnahmen, zu allgemeinen Anmerkungen zur Vorsorgeuntersuchung und zum Fragebogen selbst bzw. zur Methode der Online-Befragung.

Die ÄrztInnenbefragung wurde im Zeitraum vom 25.05.2010 bis 08.08.2010 als Online-Befragung durchgeführt. Es wurden 6419 ÄrztInnen mit VU-Vertrag zur Teilnahme an der Befragung eingeladen. 1663 Personen, das sind 26.4 %, haben sich an der Befragung beteiligt. 1451 (23.0 %) ÄrztInnen haben den Fragebogen beendet. 28.6 % davon sind Frauen. Der Großteil der befragten ÄrztInnen (80.5 %) ist im Fach der Allgemeinmedizin ausgebildet. Zwei Drittel der Befragten (68.0 %) nehmen regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil, 94.6 % ordinieren in einer Einzelpraxis. Drei Viertel der Befragten sind als VertragsärztInnen tätig. Durchschnittlich sind die ÄrztInnen seit 17 Jahren niedergelassen und führen seit 16 Jahren Vorsorgeuntersuchungen durch. Im Durchschnitt werden von ihnen 47 Vorsorgeuntersuchungen in einem Quartal durchgeführt.

Seit 01.04.2009 sind die ÄrztInnen dazu verpflichtet, die Dokumentation in elektronischer Form abzuwickeln und die VU-Befunddaten elektronisch zu übermitteln. Erfolgt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung keine elektronische Übermittlung, können die Krankenversicherungsträger einen Betrag von 3,- € vom Honorar für die Untersuchung einbehalten. Immerhin 19.1 % der Befragten haben allerdings angegeben, nach wie vor ausschließlich auf Papier zu dokumentieren. Betrachtet man die Form der Dokumentation nach kurativer Vertragsart, zeigt sich, dass 56.0 % der WahlärztInnen ausschließlich auf Papier dokumentieren, dagegen nur 8.6 % der VertragsärztInnen.

Von jenen, die elektronisch dokumentieren, geben 61.3 % an, dass sich die Dokumentationsarbeit durch diese Form für sie vereinfacht hat. Auch mehr als die Hälfte stimmt dem Statement zu, dass die elektronische Dokumentation mit weniger Zeitaufwand verbunden ist. Insgesamt stellen drei Viertel eine Verbesserung der Dokumentationsqualität durch die elektronische Variante fest. Etwas mehr als ein Drittel (39.2 %) äußert aber auch datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der Übermittlung der Befunddaten an die jeweiligen Versicherungsträger.

Für 43.4 % stellt die „Ärztbroschüre“ ein Handbuch dar, das für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung als nicht brauchbar eingeschätzt wird. Für ebenso viele (43.5 %) trifft diese Einschätzung auch für die „wissenschaftlichen Grundlagen“ zu. Je ca. ein Viertel der Befragten verwendet die „Ärztbroschüre“ immer wieder, um bestimmte Themen nachzuschlagen bzw. gibt an, gerne mit diesem Material zu arbeiten. Ebenfalls ca. ein Viertel arbeitet gerne mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“. Für immerhin 43.9 % war dieses Ärztemanual als Einführungslektüre in die Vorsorgeuntersuchung nützlich.

82.3 % sind der Meinung, dass VU-ÄrztInnen an der Erstellung wissenschaftlicher Begleitmaterialien beteiligt sein sollten, 38.8. % würden sich selbst daran beteiligen. Als wichtigste Eigenschaft mit 92.3 % Zustimmung wird „wissenschaftliche Aktualität“ des Materials angegeben, gefolgt von einer sachlichen und kurzen Darstellung (92.1 %) sowie ergänzenden Kurzfassungen bzw. Checklisten (84.1 %).

59.4 % des Samples zählen zu den regelmäßigen AnwenderInnen der Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator), das heißt, sie verwenden die Tafeln immer bzw. oft. Jeweils mehr als die Hälfte der AnwenderInnen gibt an, dass mit den Risikotafeln die Effizienz ihrer Beratung verbessert werde und dass ihre Beratung mit Risikotafeln die Motivation der PatientInnen zu einer Verhaltensänderung steigern. Für ein gutes Drittel allerdings erscheint die Arbeit mit Risikotafeln als zu zeitaufwändig und 29.6 % finden die Tafeln nicht brauchbar.

Der Alkoholfragebogen (AUDIT-GMAT) wird von einem Drittel (36.6 %) regelmäßig (immer bzw. oft) verwendet. Lediglich 18.7 % der AnwenderInnen des Fragebogens konnten bisher ProblemtrinkerInnen damit identifizieren. Für ca. ein Viertel aller Befragten trifft es zu, dass mit dem Fragebogen das Thema Alkohol sinnvoll abgefragt wird, für etwa drei Viertel stellt der AUDIT-GMAT ein nicht brauchbares Screening-Instrument dar. 81.4 % sehen eine wesentliche Barriere der Alkohol-Kurzintervention in der nicht angemessenen Honorierung dieser Tätigkeit, 64.4 % darin, dass ÄrztInnen nicht ausreichend geschult dafür sind. Für nur 19.7 % trifft die Barriere zu, dass ÄrztInnen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen nicht als ihre Aufgabe sehen. Vorschläge, die die befragten ÄrztInnen dazu motivieren würden, öfter eine Alkohol-Kurzintervention durchzuführen, erhalten mit durchschnittlich 81.7 % eine hohe Zustimmung. Dazu zählen u. a. angemessene zeitliche Ressourcen, angemessene Honorierung, adäquate Angebote für weiterführende Therapien oder ein adäquates Angebot an Schulungsmaßnahmen.

19.8 % der Befragten geben an, ihnen fehle die Zeit für ein ausführliches Aufklärungsgespräch bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. Der Großteil der Befragten (97.8 %) meint, dass eine umfassende Aufklärung den PatientInnen zugemutet werden kann. Interessanterweise überzeugen auch

fast alle (97.3 %) ihre PatientInnen dann von der Wirksamkeit einer Untersuchung, wenn sie selbst davon überzeugt sind. Fast die Hälfte meint allerdings auch, dass die Entscheidung, eine Untersuchung durchführen zu lassen, in der alleinigen Verantwortung der PatientInnen liege. Für den Fall des PSA-Tests geben 93.7 % an, den Patienten über den Nutzen des Screening aufzuklären, 63.6 % klären auch über die Risiken auf. Mit 46.2 % am seltensten werden mögliche Ängste während der Wartezeit auf Testergebnisse in den Beratungsgesprächen zum PSA-Test thematisiert.

Als Barriere der Lebensstilberatung wird eine unzureichende Honorierung mit 77.9 % am häufigsten genannt, gefolgt von Zeitmangel (69.5 %) und Mangel an geeignetem Beratungsmaterial für die PatientInnen (32.0 %). Nur 3.4 % geben an, kein persönliches Interesse daran zu haben, präventive Leistungen anzubieten.

Drei Viertel der ÄrztInnen sind der Meinung, aufgrund ihrer Erfahrungen und Kompetenzen keine zusätzliche Schulung für die Vorsorgeuntersuchung zu benötigen. Ebenso viele finden eine Schulung nicht notwendig, da sie sich die Inhalte lieber im Selbststudium aneignen bzw. halten andere Fortbildungsveranstaltungen für wichtiger. 91.2 % fühlen sich für die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung ausreichend geschult. ÄrztInnen, die an einem VU Neu-Einführungsseminar teilgenommen haben, beurteilen dieses dem Schulnotensystem entsprechend als mittelmäßig: Als Gesamtbewertung der besuchten Veranstaltung wird die Note 2.6 vergeben. 56.8 % geben an, dass sich durch die Veranstaltung ihr Wissen vertieft hat, 62.9 % würden die Teilnahme an einem VU Neu-Seminar weiterempfehlen und 38.1 % berichten, dass sich ihre Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung durch die besuchte Veranstaltung positiv verändert hat.

Vergleiche nach Bundesländern zeigen, dass Vorarlberger ÄrztInnen, knapp gefolgt von ÄrztInnen aus dem Burgenland, am häufigsten ausschließlich elektronisch dokumentieren und am seltensten ausschließlich auf Papier. Vorarlberger ÄrztInnen führen auch am häufigsten eine verbesserte Dokumentationsqualität durch die elektronische Dokumentation an. ÄrztInnen aus Wien, Tirol, Oberösterreich und Kärnten geben überdurchschnittlich häufiger an, datenschutzrechtliche Bedenken hinsichtlich der elektronischen Datenübermittlung zu haben. Beinahe die Hälfte der niederösterreichischen und Wiener ÄrztInnen zählen zu den regelmäßigen AnwenderInnen des Alkoholfragebogens. Am häufigsten geben Vorarlberger ÄrztInnen an, dass der AUDIT-GMAT ein nicht brauchbares Screening-Instrument darstellt. In Vorarlberg haben die meisten ÄrztInnen mitgeteilt, freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar teilgenommen zu haben. ÄrztInnen aus dem Burgenland sind am zufriedensten mit der Vorsorgeuntersuchung. Gemeinsam mit Tirol liegen sie auch hinsichtlich der Gesamtbeurteilung an der Spitze: In etwa 90 % sind der Meinung, die Vorsorgeuntersuchung stellt eine sinnvolle Versorgungsleistung dar.

Knapp die Hälfte der ÄrztInnen äußert Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung im Allgemeinen. Hohe Zufriedenheitswerte dominieren vor allem hinsichtlich der Inhalte der Vorsorgeuntersuchung: So etwa sind 70.1 % mit der Schwerpunktsetzung auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen zufrieden. Hinsichtlich der Rahmenbedingungen liegt die Unzufriedenheit bei der Honorierung der VU Neu mit 40.2 % am höchsten und in Bezug auf die Materialien sticht die vergleichsweise hohe Unzufriedenheit mit dem Alkoholfragebogen ins Auge: 56.5 % sind unzufrieden bzw. sehr unzufrieden mit diesem Instrument. Insgesamt aber finden 81.2 % der befragten ÄrztInnen, dass die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form eine sinnvolle Versorgungsleistung darstellt.

1 Einleitung

Die Gesundenuntersuchung stellt seit 1974 einen wesentlichen Teil des österreichischen Gesundheitssystems dar. Im Mittelpunkt dieser Leistung, die von Personen ab dem 18. Lebensjahr jährlich in Anspruch genommen werden kann, steht die Früherkennung von Herz-/Kreislaufkrankungen, Krebs und Diabetes. Mit der Überarbeitung des bestehenden Programms und der Einführung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) erfolgte im Jahr 2005 eine verstärkte Ausrichtung auf evidenzbasierte Interventionen. Das Programm wurde internationalen Empfehlungen angepasst. Die derzeitige Form der Vorsorgeuntersuchung umfasst mit dem allgemeinen medizinischen Programm („Basisuntersuchung“) einfache risikofaktorenorientierte, labormedizinische, physische und anamnestische Untersuchungen sowie, altersgruppenabhängig, ausgewählte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z. B. Hämokult-Test zur Darmkrebs-Früherkennung, PSA-Test, Hautinspektion).

Neu eingeführt wurde auch eine verstärkte Berücksichtigung der Lebensstilmedizin und der ärztlichen Beratung. Den ÄrztInnen kommt nun noch stärker die Aufgabe zu, den TeilnehmerInnen der Vorsorgeuntersuchung Aufklärung und Unterstützung bei gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Alkohol und Rauchen zu bieten. Von den VU Neu-VertragsärztInnen wird zudem erwartet, insbesondere bei kontroversiellen Screeningverfahren zur Krebsfrüherkennung (z. B. PSA-Test und Mammografie) eine Aufklärung der Zielgruppe durchzuführen, die den Nutzen, potenzielle Risiken und Schäden umfasst. Diese Informationen sollen evidenzbasiert sein und verständlich wie ausgewogen vermittelt werden. Ziel ist es, den TeilnehmerInnen eine informierte Entscheidungsfindung zu ermöglichen.

Mit der VU Neu stehen den ÄrztInnen neue Materialien und Unterlagen zur Verfügung: Befundblatt (Dokumentationsbogen) und Anamnesebogen für das allgemeine Untersuchungsprogramm, ein Alkoholfragebogen (adaptierte Version des Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT-GMAT]), im Bereich der kardiovaskulären Risikoberatung zwei altersgruppenspezifische Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) sowie als wissenschaftliches Begleitmaterial ein ausführliches Ärztemanual („wissenschaftliche Grundlagen“) und eine „Ärztbroschüre“, die in Kurzform in die Programminhalte der Vorsorgeuntersuchung einführen soll.

Seit 2007 besteht für die ÄrztInnen die Möglichkeit, die Dokumentation elektronisch durchzuführen. Die elektronische Übermittlung der VU Neu-Daten ist seit April 2009 verpflichtend.

Für ÄrztInnen, die mit Beginn der VU Neu in ein Vertragsverhältnis genommen werden, besteht die Pflicht einer VU-spezifischen Schulung (VU Neu-Einführungsseminar, Internet-Schulung, ...).¹

Einen wesentlichen Bestandteil des Projektes der Evaluierung und Qualitätssicherung der VU Neu bildet die Bewertung der Prozessqualität, die einen Einblick in die Umsetzung und Umsetzbarkeit der Vorsorgeuntersuchung in der ärztlichen Praxis ermöglicht. Erfasst werden die Erfahrungen und Einstellungen der ÄrztInnen zu den Neuerungen, ihre Akzeptanz und ihre Ansichten zur Praktikabilität der Materialien und der (elektronischen) Dokumentation. Ein besseres Verständnis möglicher Akzeptanzbarrieren aus ärztlicher Perspektive kann somit in eine Planung einfließen, die den Bedürfnissen und Bedingungen der UmsetzerInnen der Vorsorgeuntersuchung gerecht wird.

Im Rahmen der Bewertung der Prozessqualität der VU Neu wurde vom IfGP erstmals ein „Befragungsinstrument zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive“ entwickelt, das im Juni 2009 in einer österreichweiten telefonischen Befragung von ÄrztInnen mit VU-Vertrag eingesetzt wurde. Der mehrstufige Entwicklungsprozess des Fragebogens umfasste

- eine theoriegeleitete Literaturanalyse
- die Berücksichtigung internationaler Projekte
- Fokusgruppen und Einzelinterviews mit ÄrztInnen
- einen Pretest und
- eine Revision des Fragebogens.

Neben soziodemografischen Merkmalen und Praxismerkmalen deckt der Fragebogen aus dem Jahr 2009 folgende Bereiche ab:

- Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung
- Form der Dokumentation
- Praktikabilität der elektronischen Dokumentation
- Akzeptanz und Praktikabilität des Dokumentationsblattes
- Verwendung und Praktikabilität des Anamnesebogens
- Verwendung und Nützlichkeit des wissenschaftlichen Begleitmaterials
- Verwendung und Akzeptanz des Alkoholfragebogens
- Einstellung zum Konzept des kardiovaskulären Gesamtrisikos
- Verwendung, Akzeptanz und Praktikabilität der Risikotafeln
- Umsetzung des Beratungsgespräches zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

¹ Die Schulung der VU-ÄrztInnen gestaltet sich bundeslandspezifisch unterschiedlich.

- Definition und Erreichbarkeit der Zielgruppe
- Einstellung zu VU-spezifischen Schulungen
- Bewertung des VU Neu-Einführungsseminars
- Offene Anmerkung

Für die Befragung 2009 wurde aus der Grundgesamtheit aller ÄrztInnen mit VU-Vertragsverhältnis, die das allgemeine medizinische Programm durchführen, eine proportional geschichtete Stichprobe von 500 ÄrztInnen (66 % Männer und 34 % Frauen) generiert.

Die Ergebnisse dieser ersten Befragung zeigen, dass trotz der im April 2009 eingeführten Pflicht zur elektronischen Übermittlung 48% der ÄrztInnen im Juni desselben Jahres noch ausschließlich auf Papier dokumentierten. Das wissenschaftliche Begleitmaterial wird auffallend selten benutzt. Die „Ärztetabroschüre“ wird tendenziell häufiger als sehr nützlich, nützlich bzw. eher nützlich beurteilt (58 %) als die „wissenschaftlichen Grundlagen“ (49 %). Der Alkoholfragebogen wird zwar von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet, seine Beurteilung fällt allerdings negativ aus: Um das Thema Alkoholkonsum abzufragen, wird er als nicht sinnvoll, zum Teil als die Arzt-Patient-Beziehung gefährdend, erlebt. Die Risikotafeln werden von der Mehrheit der ÄrztInnen regelmäßig verwendet und als praktikabel beurteilt.

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 spiegelt die subjektive Einschätzung der befragten ÄrztInnen hinsichtlich der Umsetzung einer informierten Entscheidungsfindung für ihre PatientInnen wider.

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 ReferentInnen, Informationsgehalt, Praxisrelevanz und Format der Veranstaltung fällt durchgängig gut bis mittelmäßig aus – dem Schulnotensystem entsprechend bewegen sich die Bewertungen zwischen gut (2) und befriedigend (3). Der subjektive Bedarf und das Interesse an Schulungen zu VU-spezifischen Themen dürften eher gering sein: 69 % der Befragten halten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger und 68 % halten eine Schulung aufgrund der eigenen Erfahrungen und Kompetenzen nicht für notwendig. Die Ergebnisse zum Thema Lebensstilberatung zeigen ein ebenfalls auffälliges Ergebnis: Die Mehrheit der ÄrztInnen (bis zu 87 %) fühlt sich für Interventionen in den Bereichen Alkohol, Bewegung und Rauchen ausreichend geschult.

Im Mai 2010 wurde eine zweite Befragung zur Erfassung der Akzeptanz und Praktikabilität der VU Neu aus ärztlicher Perspektive durchgeführt. Dafür wurde die Methode der Onlinebefragung gewählt. Einige Items des Befragungsinstrumentes 2009 wurden übernommen, um eine direkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse beider Befragungen zu gewährleisten. Der Schwerpunkt der ersten Befragung zur Thematik „kardiovaskuläre Risikokommunikation“ wurde zugunsten neuer Schwerpunktsetzungen gekürzt, die Fragen zu Definition und Erreichbarkeit der Zielgruppe der VU Neu wurden zur Gänze gestrichen.

Da davon auszugehen ist, dass sich der Anteil jener ÄrztInnen, die ausschließlich auf Papier dokumentieren im Vergleich zum Befragungszeitpunkt Juni 2009 verringert hat und die elektronische Dokumentation in der Zwischenzeit für viele zu einer Art unhinterfragten Routine geworden ist, wurden die Fragen zur elektronischen Dokumentation auf die Veränderungsperspektive konzentriert, d. h. die Items zielen darauf ab zu messen, auf welche Weise die Nutzung der elektronischen Dokumentation die Arbeit veränderte.

Einen wesentlichen Schwerpunkt des Fragebogens 2010 bilden Fragen zum wissenschaftlichen Begleitmaterial. Die ÄrztInnen haben nicht nur die Möglichkeit, über die Nützlichkeit und Verwendung der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztbroschüre“ Auskunft zu geben, sondern werden dazu aufgefordert, Merkmale auszuwählen bzw. zu nennen, die wissenschaftliches Begleitmaterial als praktikabel und benutzerfreundlich für sie erscheinen lassen.

Unter Berücksichtigung internationaler Studien wurden Items zu den Barrieren der Alkohol-Kurzintervention und zu Motivationsaspekten, die möglicherweise eine häufigere Alkoholberatung begünstigen, aufgenommen.

Neben einer stärkeren Gewichtung der erwähnten Themen wurde dem Modell der informierten Entscheidungsfindung im Rahmen der Risikokommunikation von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mehr Raum gewidmet. Um ein möglicherweise sozial erwünschtes Antwortverhalten der ÄrztInnen abzumildern, wurden neue, an internationale Studien angelehnte Items in den Fragebogen aufgenommen, die die Thematik der informierten Entscheidungsfindung differenzierter abzufragen versuchen.

Neu in das Instrument aufgenommen wurden Fragen zu potenziellen Barrieren ärztlicher Präventionstätigkeit und zur Einschätzung der Wirksamkeit der Lebensstilberatung, ebenso wie zu den Möglichkeiten, angewiesene Maßnahmen (Empfehlungen, Überweisungen etc.) nachzuverfolgen.

Die bereits für die Ärztebefragung 2009 verwendeten Items zur ärztlichen Schulung wurden durch Items, die die Wirkung der VU Neu-Schulungsmaßnahmen abfragen, ergänzt. Ebenfalls wurde das Spektrum der von den Befragten nach dem Schulnotensystem zu beurteilenden Elemente des VU Neu-Einführungsseminars erweitert. In Form einer offenen Frage wurde den ÄrztInnen die Möglichkeit geboten, Verbesserungsvorschläge zu VU Neu-Schulungsmaßnahmen zu formulieren.

Schließlich wurden eine Gesamtbeurteilung der VU Neu und die Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form in den Fragebogen integriert.

Methodik und Ergebnisse der 2010 durchgeführten ÄrztInnenbefragung sind Gegenstand des vorliegenden Berichtes.

Es soll einleitend darauf hingewiesen werden, dass weitgehend auf eine geschlechtsneutrale Formulierung geachtet wurde. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wurde allerdings an bestimmten Stellen die männliche Form gewählt.

2 Methodik und Studiendesign

Die Konstruktion des Untersuchungsinstrumentes für die vorliegende Studie erfolgte in einem mehrstufigen Entwicklungsprozess. Als Grundlage diente der literaturgestützte und auf Ergebnissen von Fokusgruppendifkussionen basierende Fragebogen für die 2009 durchgeführte erste ÄrztInnenbefragung.

In einem ersten Schritt wurde ein Leitfaden für Einzelinterviews mit VU-ÄrztInnen konstruiert, der sowohl sekundäranalytisch gewonnene Erkenntnisse als auch die Ergebnisse der ersten ÄrztInnenbefragung berücksichtigte. Das Interviewmaterial der zehn Gespräche wurde mit dem qualitativen Verfahren der Inhaltsanalyse mithilfe des Softwarepakets MAXqda 2007 ausgewertet und konnte so systematisch in die Entwicklung des Fragebogens einfließen.

Auf Grundlage einer vertiefenden und theoriegestützten Literaturanalyse und der Recherche relevanter Projekte konnten die Konzepte für den Fragebogen festgelegt werden. Die in der Literatur identifizierten Konzepte wurden hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt und den Gegebenheiten der Vorsorgeuntersuchung angepasst.

Nach eingehenden Qualitätskontrollen des Befragungsinstrumentes wurde die Online-Befragung im Zeitraum vom 17.05.2010 bis 08.08.2010 durchgeführt. Sowohl die Durchführung der Befragung als auch die Auswertung, Analyse und Berichtlegung erfolgte durch das IfGP.

2.1 Literaturanalyse

2.1.1 Suchstrategie

Mittels einer theoriegeleiteten Literaturanalyse im Zeitraum von Dezember 2009 bis April 2010 wurde nach Studien gesucht, die sich zur Extraktion von Konzepten und Faktoren für die vorliegende Untersuchung eignen. Die Suche erfolgte überwiegend in der Literaturdatenbank MEDLINE über die Suchoberfläche PubMed und wurde durch Internetrecherchen an Websites einschlägiger Einrichtungen (z. B. Public Health Portale, Suchmaschinen) ergänzt. Als Suchworte dienten die Begriffe "physicians", "continuing medical education", "advanced training", "evidence-based medicine", "barriers", "acceptance", "usability", "prevention", "preventive check up", "clinical practice guidelines", "brief alcohol in-

tervention”, “screening for alcohol use”, “cancer screening”, “controversial cancer screening tests”, “PSA testing”, “physician-patient discussions”, “decision aids”, “shared decision making” und “informed decision making”.

Darüber hinaus wurde eine gezielte Recherche nach Items und Skalen zum Thema Screening nach problematischem Alkoholkonsum durchgeführt. Dafür erfolgte auf Basis des Berichts „WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care. Report on Phase IV. Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Intervention in Primary Care“ (WHO Phase IV) eine systematische Analyse der darin vertretenen Länderberichte (Australien, Bulgarien, Katalonien, Dänemark, England, Finnland, Flandern, Frankreich, Italien, Russland, Slowenien und Schweiz). Gesucht wurde nach Studien zur Thematik „Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum“. Es wurden jene quantitativ orientierten Studien ausgewählt, die einen Fragebogen als Forschungsinstrument verwenden und sich thematisch auf die Perspektive der ÄrztInnen richten. Insgesamt wurden sieben Studien ausgewählt (aus den Ländern Schweiz, Finnland, Frankreich, England und Schweden). Die in den Berichten angeführten Kontaktpersonen bzw. AutorInnen wurden per E-Mail angeschrieben und um die Bereitstellung des verwendeten Befragungsinstruments gebeten. Vier der angeschriebenen Personen antworteten auf die Anfrage. Drei von ihnen stellten ihren Fragebogen zur Verfügung, eine Person schickte Links zu weiteren veröffentlichten Artikeln zur Thematik.

Eine Mehrzahl der identifizierten Studien zur Implementierung von medizinischen Neuerungen in Arztpraxen fiel in den Bereich Implementierung von Leitlinien. Deutlich weniger Material konnte zur allgemeinen Vorsorgeuntersuchung (Check-up) gefunden werden. Auch wenn die wissenschaftlichen Grundlagen der Vorsorgeuntersuchung nicht dem Charakter von Leitlinien im engeren Sinn entsprechen, verfolgen sie die Zielsetzung von Entscheidungshilfen im Kontext der VU Neu. Sie stellen somit Leitlinien sekundärer Art dar. Es ist zu vermuten, dass Akzeptanzprobleme beim Implementierungsprozess ähnlich gelagert sind wie bei der Implementierung von klinischen Leitlinien im engeren Sinn.

Im Zuge der Literaturrecherche konzentrierte sich die Suche zunehmend auf Erklärungsansätze zur Akzeptanz von medizinischen Neuerungen in Arztpraxen (anhand der Beispiele der Implementierung von Leitlinien und kardiovaskulären Beratungsstrategien), auf die Alkohol-Kurzintervention aus ärztlicher Perspektive und die Umsetzbarkeit einer ausgewogenen Risikokommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen (u. a. im Kontext von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen).

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die identifizierten Studien zu den genannten thematischen Bereichen geboten werden.

2.1.2 Studien zur Akzeptanz medizinischer Innovationen

Mit der VU Neu wird eine Versorgungsinnovation implementiert, die ÄrztInnen in ihrem Praxisalltag umsetzen sollen. Als entscheidend für die Qualität der Umsetzung und Anwendung der Materialien kann die Akzeptanz der ÄrztInnen den Neuerungen der Vorsorgeuntersuchung gegenüber gesehen werden.

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; Holmes-Rovner et al., 2000), in den meisten Studien wird aber eine seltene Anwendung und geringe Akzeptanz von standardisierten Instrumenten konstatiert.

Eine Vielzahl von Studien zur Implementierung von Leitlinien ortet in der empfundenen Einschränkung ärztlicher Handlungs- und Entscheidungsspielräume durch Empfehlungen bzw. Vorgaben eine Ursache für deren geringe Akzeptanz und seltene Verwendung (McColl et al., 1998; Butzlaff et al., 2006). Diese „Anwendungsresistenz“ der Ärzteschaft kann u. a. darauf zurückgeführt werden, dass sie ihr klinisches Erfahrungswissen in Konkurrenz zu standardisierten Instrumenten setzt und an erfahrungsbasiertem Verhalten festhält (Eichler et al., 2007).

Einen weiteren erheblichen Aspekt bilden die Erfahrung mit der Anwendung und die Anwendungshäufigkeit der zur Akzeptanzdisposition stehenden Objekte. 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 zu sein und ist nicht mit der konkreten Praxisebene verknüpft.

In umgekehrter Weise wurde der Einfluss der Anwendungshäufigkeit auf die Einstellung gegenüber einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention untersucht: Im Handlungsstadium mit nur wenigen Anwendungen werden vor allem negative Effekte bei PatientInnen und negative Überlegungen zur Praktikabilität genannt. 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 (Sadowski et al., 2005).

Des Weiteren bremsen arztbezogene Faktoren wie mangelnder Glaube an die Verbesserung durch die Anwendung, Zweifel an der Umsetzbarkeit von Empfehlungen und mangelnde Motivation den Implementierungsprozess von neuen medizinischen Strategien (Cabana et al., 1999).

Neben Kriterien fehlender zeitlicher Ressourcen zur Aneignung von Wissen, um standardisierte Instrumente kritisch beurteilen zu können, konnten Aspekte des Misstrauens sowohl in die Validität der Instrumente als auch in Interessensgruppen bzw. Stakeholder, die an der Entwicklung der Instrumente beteiligt waren, identifiziert werden. Auch Quellen von standardisierten Instrumenten werden hinsichtlich ihrer Vertrauenswürdigkeit als bedeutend eingeschätzt: So werden nationale Leitlinien zwar als „gold standard“ bezeichnet, sie werden allerdings als nicht alltagskompatibel empfunden. Leitlinien, an dessen Entwicklung die Pharmaindustrie beteiligt ist, werden als nicht vertrauenswürdig abgelehnt, weil damit verbundene Profitinteressen vermutet werden (Summerskill & Pobe, 2002).

Schließlich weist eine Vielzahl an Studien darauf hin, dass ÄrztInnen die Verwendung von Leitlinien oder Risikokalkulatoren in Konkurrenz zu anderen ärztlichen Anforderungen wie z. B. der Arzt-Patient-Beziehung erleben. Das Argument einer möglichen Gefährdung der Arzt-Patient-Beziehung und die Betonung der Individualität des einzelnen Patienten stehen dabei häufig im Widerspruch zur Anwendung von standardisierten Empfehlungen. Die „kalte“ evidenzbasierte Medizin wird in Konkurrenz zur „warmen“ Beziehung zu den PatientInnen gesetzt (e.g. Butzlaff et al., 2006; Tracy et al., 2003).

2.1.3 Studien zur Alkohol-Kurzintervention

Folgt man der internationalen Literatur zur Thematik Alkoholberatung, kann Einhelligkeit darüber festgestellt werden, dass Alkoholkonsum in den meisten Ländern ein Gesundheitsproblem ersten Ranges darstellt. Im Bereich der Behandlung von Alkoholismus bzw. der Alkoholprävention vollzog sich in den letzten 30 Jahren ein Paradigmenwechsel: Das krankheitsbezogene Modell erweiterte sich um ein präventives Konzept, das nicht erst bei an Alkoholismus erkrankten Personen ansetzt, sondern bereits bei Personen mit riskantem oder problematischem Alkoholkonsum (Nilsen et al., 2008, S. 453). Kurzintervention als Strategie verfolgt das Ziel, bereits vor oder kurz nach dem Beginn alkoholbezogener Probleme zu intervenieren. Dabei geht es weniger darum, Abstinenz zu fordern, als vielmehr darum, das Trinkverhalten zu kontrollieren bzw. exzessiven Alkoholkonsum einzudämmen (Babor et al., 2007). Viele Studien sind sich darin einig, dass die hausärztliche Praxis ein ideales Setting für die Früherkennung von problematischem Alkoholkonsum darstellt.

Die Literatur zum Thema Screening nach problematischem Alkoholkonsum befasst sich zu einem wesentlichen Teil mit der Wirksamkeit von Alkohol-Kurzinterventionen. Nilsen et al. (2008) fassen die Ergebnisse von Studien seit 1993 zusammen: „[...] the scientific literature has provided a solid evidence base that supports the efficacy and effectiveness [...] of BI [brief intervention] at reducing hazardous and harmful alcohol consumption in non-dependent, non-treatment-seeking patients“ (Nilsen et

al., 2008, S. 457). Die Forschungen der letzten 30 Jahre haben also gezeigt, dass alkoholbezogene Risiken durch Kurzinterventionen in unterschiedlichen Settings reduziert werden können.

Eine weitere Fragestellung, die für den vorliegenden Bericht von Bedeutung ist, beschäftigt sich mit den Barrieren der ärztlichen Umsetzung von Alkohol-Kurzinterventionen. Forschungsarbeiten zu den Barrieren setzten ein, als offensichtlich wurde, dass sich die Alkohol-Kurzintervention bei problematischem Alkoholkonsum trotz nachgewiesener Evidenz nicht verbreitete bzw. nur selten in den Alltagsroutinen der Arztpraxen umgesetzt wurde. Bereits 1978 beschäftigten sich Shaw et al. (1978) mit der Zurückhaltung, die ÄrztInnen der Alkohol-Kurzintervention entgegenbringen. Eine zentrale Barriere fanden sie in der Rollenunsicherheit („role insecurity“) der ÄrztInnen: Ihnen fehlen Wissen und Fertigkeiten, ProblemtrinkerInnen zu identifizieren und auf sie zu reagieren; sie fühlen sich unsicher hinsichtlich ihrer Verantwortung für problematisches Trinkverhalten ihrer PatientInnen und beklagen mangelnde Ressourcen für die Umsetzung von Alkoholberatung in ihrer alltäglichen Arbeitssituation. Auf Shaw et al. (1978) folgte eine Reihe von Studien, vor allem in englischsprachigen Ländern und im skandinavischen Raum, die sich mit den Einstellungen, (Persönlichkeits-)Eigenschaften und Praktiken von ÄrztInnen, die in der Grundversorgung tätig sind, beschäftigen und zu ähnlichen Ergebnissen kommen: Die meisten ÄrztInnen sind für die Alkohol-Kurzintervention kaum oder gar nicht geschult, weder werden sie in ihrer Grundausbildung darauf vorbereitet noch in Weiterbildungsveranstaltungen (e.g. Anderson, 1985; Roche et al., 1991; Anderson et al., 2003; Gache, 2003; Clement, 1986).

Weitere Studien liefern Hinweise darauf, dass ÄrztInnen der Wirksamkeit der Alkoholberatung skeptisch gegenüberstehen (e.g. Kaner et al., 1999; Aira et al., 2003) oder durch Alkohol-Kurzinterventionen eine Gefährdung ihrer Beziehung zu den PatientInnen vermuten (e.g. Lock et al., 2002; Hutchings et al., 2006). Schließlich zeigen Befragungen, dass situative oder kontextuelle Faktoren wie Zeitmangel, inadäquates Beratungsmaterial oder inadäquate Honorierung die Beratungstätigkeit hemmen (e.g. Beich et al., 2002; Rapley et al., 2006; Aalto et al., 2001).

2.1.4 Studien zur Umsetzung einer ausgewogenen Risikokommunikation

Informed decision making

Das britische General Medical Council hat 1999 ethische Leitlinien für den Informationsprozess formuliert, die die Grundlage für informierte Entscheidung durch PatientInnen sowohl zu diagnostischen Maßnahmen als auch zu Behandlungseingriffen von Screening-Untersuchungen darstellen. Die geforderten evidenzbasierten PatientInneninformationen gehen dabei über die PatientInnenmitbestimmung (z. B. Einwilligung zu einer Untersuchung) weit hinaus. Unter anderem empfehlen die Leitlinien, dass die Betroffenen Anspruch auf Informationen über Wirkungen und Nebenwirkungen, Unsicherheiten

und Risiken, medizinische, soziale und finanzielle Folgen von Screening-Maßnahmen haben ebenso wie auf Information über eine eventuelle Planung des weiteren Verfahrens, zu Unterstützungs- und Beratungsangeboten. Diese Informationen müssen wissenschaftsbasiert sein und verständlich wie ausgewogen dargeboten werden (z. B. Angaben von Häufigkeiten anstelle von Relativ-Prozenten). Des Weiteren muss den Betroffenen ausreichend Zeit für die Entscheidung gegeben werden. Die Vermutung des Arztes, Patienten könnten eine Mitentscheidung nicht wünschen oder die Untersuchung ablehnen, darf kein Grund dafür sein, ihnen die entsprechenden Daten vorzuenthalten, die für eine informierte Entscheidungsfindung erforderlich sind (General Medical Council, 1999).

Es liegen wenige Studien über Häufigkeit und Qualität von Beratungsgesprächen, die diesem Modell folgen, vor. Braddock et al. (1997) zeigen in ihrer Studie zur Umsetzung der informierten Entscheidungsfindung in der ärztlichen Praxis anhand einer Analyse von 473 aufgezeichneten Arzt-Patient-Gesprächen, wie häufig die spezifischen Aspekte eines Gesprächs zur informierten Entscheidungsfindung vorkommen. Mit 83 % am häufigsten wird das zur Diskussion stehende Thema (Untersuchung, Medikation, Therapie ...) besprochen. Weitere Aspekte wie Alternativen, Risiken und Nutzen der Intervention, Unsicherheiten, die mit einer Entscheidung verbunden sind oder die Vergewisserung, ob der Patient die besprochenen Punkte auch verstanden hat, werden äußerst selten thematisiert.

Der Einbezug der PatientInnen in Entscheidungsprozesse ist gerade im Kontext von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen mit kontroversieller Evidenz von besonderer Bedeutung, da bestimmte Screeningverfahren gesundheitliche Schäden für an sich gesunde PatientInnen nach sich ziehen können. Zum Entscheidungsprozess hinsichtlich des PSA-Tests konnte gezeigt werden, dass fast die Hälfte der in einer Studie befragten ÄrztInnen es befürworteten, dass Patienten die letzte Entscheidung treffen sollten, nachdem sie die Meinung des Arztes ernsthaft berücksichtigen. Nur 1 % ist der Meinung, der Arzt solle die Entscheidung für oder gegen einen PSA-Test allein treffen (Brett et al., 2005). Hinsichtlich der Aspekte, die im Beratungsgespräch zum PSA-Test dann tatsächlich besprochen werden, konnte gezeigt werden, dass die Möglichkeit falsch-positiver und falsch-negativer Testergebnisse und die assoziierten Risiken einer Biopsie am häufigsten, die Möglichkeit der Diagnose eines indolenten (klinisch unwichtigen) Tumors, das Dilemma von Behandlungsoptionen bei festgestelltem Krebs und der potenzielle Nutzen des Tests am seltensten thematisiert werden (Clements et al., 2007).

Anhand der Beispiele Mammografie und PSA-Test konnte weiters nachgewiesen werden, dass ÄrztInnen dazu tendieren, die Screeningtests mit ihren PatientInnen erst dann zu diskutieren, wenn sie selbst von der Untersuchung überzeugt sind und sie anordnen. Die am häufigsten diskutierten Aspekte sind in diesem Fall die Wirksamkeit des Screenings und die Möglichkeit falsch-positiver Ergebnisse, am seltensten werden die Folgen angesprochen, wenn durch das Screening Krebs entdeckt wird. Die am häufigsten genannten Gründe, warum Gespräche nicht durchgeführt werden, sind mangelnde Zeit,

die Komplexität des Themas und sprachliche Barrieren zwischen den ÄrztInnen und ihren PatientInnen (Dunn et al., 2001). Auch nicht-medizinische, patientenbezogene Faktoren beeinflussen die Entscheidung des Arztes, eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung anzuordnen. In der Studie von Haggerty et al. (2005) trifft es für beinahe alle befragten ÄrztInnen zu, dass Ängste und Sorgen der PatientInnen, an Krebs zu erkranken und geäußerte Erwartungen, einem Test unterzogen zu werden, sie dazu veranlassen, eine Untersuchung zu empfehlen, die sie für gewöhnlich nicht vorgeschlagen hätten.

Cooper et al. (2004) identifizieren zwei Praxismuster hinsichtlich der ärztlichen Empfehlung zur Durchführung eines PSA-Tests: ÄrztInnen, die routinemäßig PSA-Tests anordnen oder durchführen („routine screeners“) und ÄrztInnen, die die Implikationen eines PSA-Tests zunächst mit ihren Patienten besprechen, aber keine Empfehlungen für oder gegen den Test abgeben („nonroutine screeners“). Ihr Zugang ist hauptsächlich von der mangelnden wissenschaftlichen Evidenz des Nutzens des PSA-Screenings geleitet, während die „routine screener“ ihre Entscheidung auf den Nutzen des PSA-Tests und der Nachfrage der Patienten stützen. Wie Linder et al. (2009) zeigen, neigen ÄrztInnen, die keine Beratungsgespräche durchführen stärker dazu, unentschiedene Patienten von der Durchführung des PSA-Tests zu überzeugen.

Aufgrund der Ergebnisse der identifizierten Studien muss das Modell der informierten Entscheidungsfindung als nicht realisiert betrachtet werden. Studienergebnisse, die sich mit dem Wissen der ÄrztInnen über Risikofaktoren eines Prostatakrebses und über die Wirksamkeit des PSA-Tests beschäftigen (e.g. Drummond et al., 2009), legen den Schluss nahe, dass eine informierte Entscheidungsfindung nicht zuletzt am mangelnden Wissen der Ärzteschaft über die verschiedenen Aspekte des Screeningverfahrens scheitert.

Shared decision making

Neben dem Modell der informierten Entscheidungsfindung, das sich vordergründig auf die ärztliche Aufklärungspflicht stützt, gilt Shared Decision Making (SDM) als Konzept der Arzt-Patient-Interaktion, das den Patienten verstärkt als Partner in medizinische Entscheidungsprozesse einbezieht. Stärker als die informierte Entscheidungsfindung läuft SDM auf eine ausgewogene Partizipation, eine gegenseitige Bereitstellung von Informationen und gemeinsam getroffene Entscheidungen hinaus. Studien zur Umsetzung von SDM von im medizinischen Bereich Tätigen beschäftigen sich sowohl mit den Barrieren als auch den fördernden Faktoren.

Cabana et al. (1999) identifizieren neben fehlender Vertrautheit mit dem Konzept und fehlender Selbstwirksamkeitsüberzeugung das fehlende Bewusstsein der ÄrztInnen dafür, dass SDM überhaupt existiert, als Umsetzungsbarrieren. Darüber hinaus wird unachtsames Unterlassen als bewusster Akt

gegen SDM genannt (Holmes-Rovner et al., 2000). Viele Studien weisen mangelnde zeitliche Ressourcen als Hauptbarriere der Implementierung von SDM in der ärztlichen Praxis aus (e.g. Edwards et al., 2005; Andre` et al., 2005; Schulmann-Green et al., 2006; Naik et al., 2005). Graham et al. (2003) erkennen in der mangelnden Übereinstimmung der ÄrztInnen mit spezifischen Komponenten des SDM eine weitere Umsetzungsbarriere. Diese inkludiert eine fehlende Umsetzbarkeit aufgrund der Persönlichkeiten der PatientInnen (z. B. bevorzugen sie einen autoritären Arzt).

Fördernde Faktoren werden in erster Linie in einer entsprechend motivierten Einstellung / Haltung der ÄrztInnen gegenüber SDM gefunden. Die Studienergebnisse decken sich mit den Ergebnissen von Untersuchungen zum positiven Einfluss von Verhaltensänderungen der ÄrztInnen auf die Implementierung von neuen medizinischen Strategien (e.g. Walker et al., 2001; Legare et al., 2005): Dabei wird die Motivation der ÄrztInnen zur Umsetzung in die Praxis genannt, die von der Erkenntnis geleitet ist, dass SDM zur verbesserten Situation für die PatientInnen und zu einer verbesserten Gesundheitsversorgung im Allgemeinen führt (e.g. Stevenson, 2003; Keefe et al., 2002; McKeown et al., 2002; Elwyn et al., 2000).

2.2 Tiefeninterviews mit ÄrztInnen

Im Zeitraum von Dezember 2009 bis Jänner 2010 wurden zehn Tiefeninterviews mit steirischen ÄrztInnen für Allgemeinmedizin zur Thematik der Praktikabilität und Benutzerfreundlichkeit des wissenschaftlichen Begleitmaterials der VU Neu durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Komponente der Leitlinienzentrierung wissenschaftlichen Begleitmaterials nur in seltenen Fällen als starre „Kochbuchmedizin“ betrachtet wird, die in Konkurrenz zur idealistischen Herangehensweise an die Individualität jedes einzelnen Patienten steht. Abwehrhaltungen werden vor allem dann geäußert, wenn Leitlinien als verpflichtende Vorschriften gesehen werden, die streng eingehalten werden müssen und die erfahrungsbasierten Kompetenzen des Arztes als überflüssig erscheinen lassen.

Generell werden Leitlinien als Orientierungshilfen und Empfehlungen, an die man sich anlehnen kann, akzeptiert. Sie werden als notwendig erachtet, um ein beliebiges Vorgehen in Behandlung und Therapie einzudämmen bzw. auszuschließen. Erwähnt wird die Bedeutung von Leitlinien hinsichtlich der rechtlichen Absicherung der ÄrztInnen gegenüber ihrer PatientInnen und KollegInnen. Die Akzeptanz von Leitlinien, so der Tenor, setzt Vertrauen in die Wissenschaft voraus, auf deren Ergebnisse vor allem praktische ÄrztInnen „an der Basis“ angewiesen sind.

Hinsichtlich der Verwendung der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztbroschüre“ entsteht der Eindruck einer eher seltenen Nutzung, wie es auch die Ergebnisse der ÄrztInnenbefragung 2009 zeigten. Die „wissenschaftlichen Grundlagen“ wurden, wenn überhaupt, anfänglich zum Zweck der Einführung in die Besonderheiten der VU Neu genützt. Die „Ärztbroschüre“ wird häufiger, aber vor allem kontinuierlicher hergenommen, um Spezifisches, beispielsweise die Auswertung des Alkoholfragebogens, nachzublättern. Vereinzelt wird die Wichtigkeit des Materials für TurnusärztInnen, HospitantInnen oder ArztassistentInnen erwähnt. Ein Arzt berichtet davon, dass er alternativ zu „wissenschaftlichen Grundlagen“ und „Ärztbroschüre“ eigenes Material aus unterschiedlichen Quellen sammelt, zusammenstellt und in Mappenform anlegt. Erwähnt wird auch, dass das VU Neu-Einführungsseminar und die Diskussion mit KollegInnen gegenüber dem Lesen von gedruckten Materialien bevorzugt würden.

Die eher seltene Verwendung der Materialien evoziert die Frage nach den Bedürfnissen und Präferenzen der ÄrztInnen hinsichtlich der Beschaffenheit unterstützender Materialien. Sie wurden gefragt, wie unterstützendes wissenschaftliches Begleitmaterial beschaffen sein müsste, damit es gerne und häufig genutzt würde. Die von den ÄrztInnen genannten Eigenschaften betreffen sowohl Praktikabilitätsaspekte als auch Aspekte des Formats. Es dominiert der Wunsch nach einer digitalen Verfügbarkeit (als CD oder CD-ROM) bzw. einer Verfügbarkeit der unterstützenden Begleitmaterialien im Internet.

Hinsichtlich des Umfangs und Inhalts der Materialien wird einerseits eine „kurze und bündige“, in Stichworten gehaltene Gestaltung, die ohne Beispiele aus der Praxis auskommt, bevorzugt. Tabellen, Zahlen und Grafiken wird hier der Vorzug gegenüber Texten eingeräumt.

Diesem zentralen Kriterium der „Nüchternheit“ und „Sachlichkeit“ steht andererseits der Wunsch nach mehr Informationen bzw. konkreteren Empfehlungen gegenüber: Genannt wird der Bedarf nach mehr anleitendem Wissen im Bereich der lebensstilbezogenen Interventionen. ÄrztInnen, die diesen Bedarf äußerten, wünschen sich auch mehr Praxisbeispiele und bildliches Anschauungsmaterial. Sie äußern zudem den Bedarf nach Materialien für die PatientInnen.

Vorgeschlagen wird auch die Möglichkeit von Verlinkungen zu Vertiefungszwecken der prinzipiell sachlich und nüchtern gehaltenen Unterlagen in digitaler Form, um im Bedarfsfall das Bedürfnis nach Detailwissen zu bedienen. Ein Arzt äußerte den Vorschlag einer Verknüpfung zwischen Inhalten der „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der VU Software, beispielsweise um das Erstellen von Risikoprofilen zu erleichtern.

Des Weiteren wurden die Kriterien „Übersichtlichkeit“, „Praxisrelevanz“, „wissenschaftliche Aktualität“ und „neutrale, von Interessengruppen unabhängige Darstellung der Sachverhalte“ erwähnt.

Diese Ergebnisse bilden die Basis für die für den Fragebogen der vorliegenden Studie konzipierten Items zu den „wissenschaftlichen Grundlagen“ und der „Ärztebroschüre“, welche die Praktikabilität und die Kriterien der Benutzerfreundlichkeit dieser Materialien messen sollen.

2.3 Online-Befragung

2.3.1 Befragungsmethode

Als Befragungsmethode wurde nach eingehenden methodischen Überlegungen, die im Folgenden diskutiert werden sollen, die Online-Befragung gewählt. Die vorliegende Studie orientiert sich hinsichtlich der Anlage und Durchführung der Befragung sowie der Darstellung, Interpretation und Dokumentation der Ergebnisse an den Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen (Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V (ADM). et al., 2001).

Zahlen des Arbeitskreises für Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V. zeigen einen kontinuierlichen Anstieg des Anteils von Online-Befragungen an allen quantitativen Befragungsarten in den letzten zehn Jahren: Der Anteil an Online-Befragungen lag im Jahr 2000 bei 3 % und stieg bis 2008 auf 31 % an. Damit rangiert diese Befragungsmethode gleich hinter der telefonischen Befragung (42 %) an zweiter Stelle. Der Rückgang des Anteils schriftlicher Befragungen von 22 % im Jahr 2000 auf 6 % 2008 lässt eine sukzessive Substitution durch Online-Interviews vermuten.²

Nicht nur immer mehr Daten werden über das World Wide Web erhoben, auch immer mehr Haushalte verfügen über einen Internetzugang: Die Zugangsrate österreichischer Haushalte stieg von 33.5 % 2002 auf 69.8 % im Jahr 2009 an. Einer repräsentativen Umfrage von Statistik Austria zufolge gaben 2009 72 % der Befragten an, das Internet in den letzten drei Monaten genutzt zu haben. Mit diesem Ergebnis liegt Österreich um sieben Prozentpunkte über dem europäischen Durchschnitt.³

Über die Internetnutzung der Berufsgruppe der ÄrztInnen liegen für Österreich keine Daten vor. Eine von deutschen Forschern durchgeführte Onlinestudie macht allerdings deutlich, dass 94 % der euro-

²<http://www.adm-ev.de/>, 30.04.2010

³http://www.statistik.at/web_de/statistiken/informationsgesellschaft/ikt-einsatz_in_haushalten/index.html, 18.06.2010

päischen ÄrztInnen das Internet täglich bzw. mehrmals täglich nutzen, sowohl beruflich wie auch privat.⁴ Auch von österreichischen ÄrztInnen kann also angenommen werden, dass die Mehrheit zum NutzerInnenkreis des Internets zählt und damit eine für eine Online-Befragung geeignete Zielgruppe darstellt. ÄrztInnen gehören zu einer jener Berufsgruppen, die mittlerweile auf einen PC und elektronische Kommunikation kaum mehr verzichten können:

„Certain populations, such as university professors, federal government employees, workers in many companies and corporations, and members of some professional organizations, generally have Internet address and access. For these populations, e-mail and Web surveys may have only minor coverage problems” (Dillman, 2007, S. 356).

Die elektronische Variante erschien nicht zuletzt aufgrund der Rücksprache mit ÄrztInnen als zeitgemäße Methode, die eine hohe Akzeptanz erwarten lässt.

Vorteile einer Online-Befragung

In Anlehnung an Thielsch & Weltzin (2009) sollen im Folgenden die Vorteile einer Online-Befragung angeführt und kritisch diskutiert werden.

Vor allem die zeitliche und ökonomische Effizienz machen die Online-Methode als Befragungsform attraktiv. Aufgrund der unterstützenden Software können sowohl Erhebung und Auswertung der Daten zeitlich effizient bearbeitet werden. Anzumerken ist, dass die Programmierung der Online-Untersuchung einen gewissen zeitlichen Vorlauf benötigt, der eingeplant werden muss.

Im Unterschied zu postalischen Befragungen fallen Kosten für Druck, Versand, Kodierung von Fragebögen, Dateneingabe etc. weg. Auch Erinnerungsschreiben können üblicherweise kosteneffizient per E-Mail versendet werden. Im vorliegenden Fall wurden Einladungs- und Erinnerungsschreiben aufgrund der fehlenden E-Mail Adressen der potenziellen BefragungsteilnehmerInnen per Post versandt.⁵ Im Unterschied zur schriftlichen Befragung war es allerdings nicht notwendig, den Fragebogen inklusive Rücksendeküverts, sondern lediglich ein einseitiges Schreiben, welches den Link zum Fragebogen enthält, zu verschicken. Generell ist die Online-Methode als die kostengünstigere Variante anzusehen (Greenlaw & Brown-Welty, 2009).

Durch die Automatisierbarkeit und Standardisierung der Durchführung kann mit der Online-Methode eine teilweise hohe Objektivität erzielt werden: Beispielsweise können Fehlerquellen durch Dateneingabe vermieden oder „missing data“ durch Kontrollskripte verhindert werden. Über Zeitprotokolle ist

⁴ research.doccheck.com, 21.06.2010

⁵ Näheres dazu: Kapitel 2.3.6.

eine Konsistenzprüfung der Daten möglich: Eine itemgenaue Messung der Beantwortungszeit eröffnet die Option zur Filterung von Datensätzen mit mangelnder Qualität. Dadurch können beispielsweise „Durchklicker“ identifiziert und ausgeschlossen werden. Die Auswertungsobjektivität wird zwar durch die Online-Methode nicht per se verbessert, fehlerbehaftete Teilbereiche des Forschungsprozesses können allerdings besser beherrscht werden.

Als Gründe für eine hohe Datenqualität werden in der Literatur ein ehrlicheres Antwortverhalten, geringere Effekte sozialer Erwünschtheit oder als hoch empfundene Anonymität genannt. Mehrere Untersuchungen zeigen, dass die Akzeptanz von Online-Interviews bei den Befragten aufgrund von Freiwilligkeit, Flexibilität und Anonymität hoch ist (Thielsch & Weltzin, 2009). Die Rückmeldungen der ÄrztInnen im Vorfeld der Entscheidung für die Methode machten deutlich, dass gerade die zeitliche Flexibilität einen bedeutenden Vorteil gegenüber der Telefonbefragung darstellt: Die ÄrztInnen können selber entscheiden, wann sie den Fragebogen ausfüllen wollen und sich bewusst Zeit dafür nehmen. Akzeptanzprobleme treten allerdings dann auf, wenn die Befragten unerwünschte Datennutzungen oder Datenschutzprobleme vermuten. Gerade die technischen Möglichkeiten erlauben es andererseits, über einen Passwortschutz die Website gegen unbefugtes Bearbeiten des Fragebogens oder Einsehen von Ergebnissen zu kontrollieren.

Zusammengefasst, unter besonderer Berücksichtigung praktischer Gesichtspunkte, liegen die Vorteile der Online-Methode vor allem in der hohen Ökonomie, der Möglichkeit technischer Kontrollen bzw. Steuerungen und der hohen Akzeptanz bei den Befragten.

Antwortquote und Drop-Out

Eine Reihe kleinerer Studien beschäftigt sich mit der Antwortquote (Response Rate) bei E-Mail und Web-basierten Befragungen (Mehta & Sivadas, 1995; Weible & Wallace, 1998; Sheehan & McMillan, 1999; Schaefer & Dillman, 1998).

Cook et al. (2000) analysieren in ihrer Studie über Antwortquoten bei elektronischen Befragungen Faktoren, die die Beteiligung an Online- bzw. E-Mail-Befragungen beeinflussen. Für ihre Analyse von 68 Befragungen berechnen sie eine durchschnittliche Antwortquote von 39.6 %. Als wesentlichsten Einflussfaktor führen sie die Anzahl und Art der Kontakte mit den potenziellen BefragungsteilnehmerInnen an: Persönlicher Kontakt vor der Befragung und personalisierte Einladungsbriefe sowie Erinnerungsschreiben beeinflussen den Rücklauf positiv. Positiv wird die Rücklaufquote weiters durch die Bedeutung des Befragungsthemas für den Befragten, die Länge des Fragebogens und durch eine erforderliche Passwortheingabe beeinflusst. Interessanterweise kommen Cook et al. zu dem Ergebnis, dass eine Incentivierung die Rücklaufquote negativ beeinflusst. Diesen paradoxen Effekt erklären sie folgendermaßen:

„This paradox may have occurred because persons implementing disproportionately long and tedious surveys may have recognized the necessity of providing substantial reward for survey completions“ (Cook et al., 2000, S. 832).

Ein Cochrane Review über effektive Strategien zur Erhöhung der Antwortquote bei Online- wie Offline-Befragungen (Edwards et al., 2002) wiederum weist nach, dass eine monetäre Incentivierung die Antwortquote mehr als verdoppeln kann. Den stärksten Einfluss mit einer Odds Ratio von 2.44 hat nach Edwards et al. (2002) allerdings das persönliche Themeninvolvement der Befragten. Auch Bradburn, Wansink & Sudmann (2004) weisen darauf hin, dass bei bestimmten Befragungen die persönliche Motivation der Teilnehmenden höher sein kann als der Anreiz, der durch ein Incentive geboten wird. Dass die Befragten Interesse am Thema zeigen, ist zwar prinzipiell begrüßenswert, bei quantitativen Studien kann dies allerdings zu Verzerrungen führen, da es zu einer inhaltlichen Verschiebung in Richtung jener Personen kommt, die ein hohes persönliches Themeninteresse aufweisen. Als Ergebnis könnte eine verschobene Stichprobenausschöpfung entstehen, die nicht mehr als repräsentatives Abbild zu werten ist.

Insgesamt zeigt sich eine interessante Entwicklung der Antwortquoten bei Online-Befragungen in den letzten Jahren. Während, wie eingangs erwähnt, der Anteil an Online-Befragungen als Erhebungsmethode steigt, sinkt die Antwortquote: Konnte 1986 noch von einer durchschnittlichen Antwortquote von 61.5 % ausgegangen werden, sinkt diese (wenn auch nicht kontinuierlich) bis 2000 auf 24.0 % (Sheehan, 2001).

Hinsichtlich der Beteiligungsquote stellen Befragungen von ÄrztInnen die ForscherInnen vor besondere Herausforderungen. Studien zeigen, dass die Antwortquote im Vergleich zur Antwortquote bei Befragungen anderer Zielgruppen, unabhängig von der Befragungsart, signifikant niedriger ist (Bjertnaes et al., 2010). Die in den letzten Jahren abnehmende Rücklaufquote bei postalischen Befragungen wird u. a. auf gestiegene bürokratische Anforderungen und mangelnde zeitliche Ressourcen der Ärzteschaft zurückgeführt (Barclay et al., 2002). Diese Entwicklung macht Forschungen notwendig, die sich mit der Frage beschäftigen, welche Strategien ÄrztInnen dazu motivieren, an Befragungen teilzunehmen.

Wie bereits eingangs erwähnt, zeigen sich bei Studien mit ÄrztInnen als Untersuchungsobjekte unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich der Incentivierung. Field et al. (2002) führten einen systematischen Review randomisierter Studien durch, um festzustellen, welchen Einfluss die für postalische Befragungen effektive „Tailored Design Method“ (TDM) (Dillman, 2007) auf die Antwortquote bei Befragungen von AllgemeinmedizinerInnen hat und kommen dabei zum Ergebnis, dass die TDM die Rücklauf-

quote auch bei dieser Zielgruppe steigt. Fünf Kriterien sind dafür ausschlaggebend: (1) ein benutzerfreundlicher Fragebogen, (2) vier Kontaktaufnahmen („First Class Mail“) und ein „besonderer“ Kontakt (z. B. Telefonanruf), (3) Rücksendekuvert mit First Class-Marke, (4) personalisierte Korrespondenz und (5) ein Incentive in Form eines Gutscheins.

Thorpe et al. (2008) untersuchten die Rücklaufquoten von vier schriftlichen Befragungen von AllgemeinmedizinerInnen mit und ohne Incentivierung. Jene Befragung ohne Incentivierung erreichte eine Rücklaufquote von 48 %, die drei Befragungen mit Incentive 76 %, 74 % bzw. 74 %.

Bergk et al. (2005) zeigen andererseits, dass hohe Rücklaufquoten auch ohne monetäre Incentives bei ÄrztInnen erreicht werden können: Durch den Einsatz anderer Strategien wie beispielsweise die Betonung der Wichtigkeit der Studie oder ein wenig zeitaufwändiger Fragebogen, konnten sie einen Rücklauf von 60,8 % erzielen.

Aufgrund dieser Hinweise, der eigenen Erfahrung mit der ersten ÄrztInnenbefragung, die als telefonische Befragung ohne Incentivierung durchgeführt wurde, und nicht zuletzt aus Kostengründen wurde für die vorliegende Studie für eine Befragung ohne Incentivierung entschieden.

Analysen der letzten Jahre, die die Antwortquoten von Online- mit Offline-Befragungen vergleichen, kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen, sodass eine eindeutige Aussage darüber, welche Befragungsart die höhere Antwortquoten erzielt, als nicht zulässig erscheint (Sheehan, 2001). Jüngere Studien zeigen, dass ein Methodenmix von schriftlicher Offline- und Online-Befragung (mixed-mode administration) einen positiven Einfluss auf die Antwortquote zeigt: Personen sind eher bereit, an einer Befragung teilzunehmen, wenn sie zwischen den beiden Varianten wählen können. Diese Studien zeigen außerdem, dass die BefragungsteilnehmerInnen eher dazu neigen, die Online-Variante zu wählen (Kiernan et al., 2005; Greenlaw & Brown-Welty, 2009).

Die Frage nach der Antwortquote stellt sich bei jeder quantitativen Methode. Für Online-Befragungen gibt die so genannte Beendigungsquote (Completion Rate) zusätzlich Auskunft darüber, wie viele der ursprünglich kontaktierten potenziellen BefragungsteilnehmerInnen nach der Einladung den Fragebogen aufgerufen und ihn dann vollständig ausgefüllt haben. Beispielsweise haben bei der hier vorgelegten Untersuchung 6419 ÄrztInnen die Einladung zur Befragungsteilnahme erhalten. Mit TeilnehmerInnenstand vom 08.08.2010 haben 1663 ÄrztInnen den Fragebogen aufgerufen und 1451 haben ihn beendet. Das entspricht einer Beendigungsquote von 23,0 %.

Wie Lozar & Vehovar (2002) ausführen, sind die Gründe für einen Abbruch der Befragung grundsätzlich auf folgende Ursachen zurückzuführen:

- Sensible / schwere Fragen
- Länge des Fragebogens
- Langeweile / abfallendes Interesse
- Langsame Datenübertragung
- Software / Hardware-Inkompatibilitäten

Drop-Out Analysen weisen darauf hin, dass Fragen, die den Befragten stark fordern bzw. eines speziellen Aufwandes bedürfen, besonders häufig Auslöser für Abbrüche sind. Beachtenswert ist zudem die hohe Abbrecherquote bei der ersten Frage des Online-Fragebogens (Knapp & Heidingsfelder, 1999). Auch für die vorliegende Studie gilt, dass mit 25 Personen (1.1 % Abbrecherquote) die meisten auf der ersten Seite die Befragung abgebrochen haben. Der Online-Kontext erhöht die Wahrscheinlichkeit des Abbrechens im Vergleich zu Face-to-Face-Situationen, da die Hemmschwelle aufgrund der fehlenden persönlichen Interaktion niedriger ist (Ebda.). Technisch betrachtet reicht ein Mausklick, um die Befragungsseite zu verlassen. In der Regel muss mit ca. ein bis fünf Prozent an AbbrecherInnen gerechnet werden.⁶ Im vorliegenden Fall beträgt diese Rate 3.4 %.

Bosnjak & Tuten (2001) typologisieren die unterschiedlichen Handlungsmuster von TeilnehmerInnen an Online-Befragungen entlang ihres Antwortverhaltens und erstellen folgende Respondententypologie:

- Complete Responders beantworten (idealerweise) alle präsentierten Fragen.
- Unit-Nonresponders entscheiden sich nach Teilnahmeaufforderung gegen die Beteiligung.
- Antwortende Drop-Outs entscheiden sich für die Teilnahme, beantworten die eingeblendeten Fragen, steigen jedoch vor Beendigung des Fragenprogramms aus.
- Lurker klicken sich durch das gesamte Fragenprogramm durch, beantworten jedoch keine einzige Frage.
- Lurkende Drop-Outs sehen sich einen Teil des Fragebogens an und steigen vor dem Ende des Fragenprogramms aus.
- Item-Nonresponders durchlaufen das gesamte Fragenprogramm, beantworten aber nicht alle Fragen.
- Item-Nonresponsive Drop-Outs beantworten nicht alle präsentierten Fragen und steigen vorzeitig aus dem Fragenprogramm aus.

⁶ „Ergebnis einer Auswertung, der von der Globalpark AG und tivian GmbH durchgeführten Mitarbeiterbefragung.“ Zit. nach: Thielsch & Weltzin, 2009, S. 82.

Hohe Drop-Outs stellen aus methodischer Sicht vor allem dann ein Problem dar, wenn der Abbruch selektiv erfolgt. Kritisch sind AbbrecherInnen zu betrachten, die während der Befragung aussteigen. Hier wären Analysen interessant und notwendig, um mögliche inhaltlich bedingte Abbruchursachen zu identifizieren.

Befragungssoftware

Für die Durchführung der Onlinebefragung hat das IfGP eine Online-Umfrage-Software (Globalpark Enterprise Feedback Suite 6.0) verwendet. Für die technische Umsetzung der Befragung kamen institutsinterne personelle Kompetenzen zum Einsatz. Diesbezügliche Arbeitsschritte reichten vom Anlegen des Projektes, über die Teilnehmerverwaltung bis hin zum Export der Daten. Bei Auswahl und Einsatz der Online-Umfrage-Software wurde auf die Richtlinien und Anforderungen des NEON (Network Online Research, Arbeitsgruppe im BVM Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e. V.) geachtet.

2.3.2 Befragungsinstrument

Der Fragebogen mit 131 Items (Anhang) beinhaltet neben den ÄrztInnen- und Praxismerkmalen drei offene Fragen zu Verbesserungsvorschlägen für VU-Schulungsmaßnahmen, Anmerkungen zur VU Neu und Anmerkungen zum Fragebogen bzw. zur Online-Befragung. Weitere 28 Frageblöcke sind folgenden Themen und Konzepten zugeordnet:

- Zeitpunkt der erstmaligen Durchführung der Vorsorgeuntersuchung
- Dokumentation
 - Form der Dokumentation
 - Nutzung der elektronischen Dokumentation
 - Meinung zur Dokumentation
- Wissenschaftliches Begleitmaterial
 - Erfahrung mit der „Ärztbroschüre“
 - Erfahrung mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“
 - Beteiligung an der Erstellung wissenschaftlicher Begleitmaterialien
 - Benutzerfreundlichkeit wissenschaftlicher Begleitmaterialien (Merkmale)
- Risikotafeln
 - Verwendungshäufigkeit
 - Erfahrung / Praxis

- Alkoholfragebogen / Alkohol-Kurzintervention
 - Verwendungshäufigkeit des Alkoholfragebogens
 - Meinung zum Alkoholfragebogen
 - Barrieren der Alkohol-Kurzintervention
 - Motivation zur Durchführung der Alkohol-Kurzintervention
- Krebsfrüherkennungsuntersuchungen
 - Umsetzung der informierten Entscheidungsfindung
 - Umsetzung des PSA-Beratungsgesprächs
- Prävention / Lebensstilberatung
 - Barrieren der Umsetzung
 - Selbstwirksamkeit
- Nachverfolgen angewiesener Maßnahmen
- VU Neu-Schulung
 - Einstellung
 - Besuch eines VU Neu-Einführungsseminars (Verpflichtung / Freiwilligkeit)
 - Bewertung des VU Neu-Einführungsseminars (inklusive Unterlagen)
 - Wirkung des VU Neu-Einführungsseminars
- Zufriedenheit mit der VU Neu
- (Gesamt-)Beurteilung der VU Neu

Nachfolgende Skalen wurden in das Befragungsinstrument integriert:

Alkoholberatung

Um Barrieren in der Umsetzung von Alkohol-Kurzinterventionen und die persönliche Motivation der ÄrztInnen, Alkoholberatungen durchzuführen, zu erfragen, wurde auf das von Lock et al. entwickelte Befragungsinstrument zurückgegriffen, das in einer 2009 durchgeführten postalischen Befragung von 419 AllgemeinmedizinerInnen in England (Midlands) eingesetzt wurde (Lock et al., 2010). Das Befragungsinstrument kam in abgekürzter Form bereits zehn Jahre zuvor zum Einsatz, um die Einstellungen von ÄrztInnen zur Alkohol-Intervention und deren Umsetzung in der hausärztlichen Praxis zu untersuchen (Kaner et al., 1999). Der Fragebogen von Lock et al. enthält Items aus dem Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire (SAAPPQ), einer validierten Likertskala (zehn Items), welche die Einstellung von Berufsgruppen, die mit an Alkoholismus erkrankten Personen arbeiten, misst (Anderson & Clement, 1987).

In Anlehnung an die Skala (15 Items) von Lock et al., die misst, wie ÄrztInnen verschiedene Barrieren in der Umsetzung der Alkohol-Kurzintervention beurteilen, wurden für den für die vorliegende Unter-

suchung entwickelten Fragebogen vier Items ins Deutsche übersetzt. Das Antwortformat wurde in Übereinstimmung mit den restlichen Skalen des Befragungsinstruments gebracht.

Weiters wurden sieben Items aus der Skala (neun Items) zur Messung der Motivation von ÄrztInnen, Alkohol-Kurzinterventionen durchzuführen, aus dem Fragebogen von Lock et al. (2010) in übersetzter und entsprechend modifizierter Weise übernommen. Das originale Item „Salary and working conditions were improved“ wurde in „Angemessene Honorierung“ und „Angemessene zeitliche Ressourcen“ gesplittet.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Um eine differenzierte Einsicht in die Thematik „Aufklärung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen“ zu erhalten, wurde die Studie von Dunn et al. (2001) über die Umsetzung des Konzepts der informierten Entscheidungsfindung bei Screeningtests mit kontroversieller Evidenz wie Mammografie und PSA-Test herangezogen. Zum einen wurden daraus Items zur Messung beeinflussender Faktoren der Beratungsgespräche entwickelt, zum anderen wurde die Idee übernommen, konkrete Aspekte abzufragen, die in den Beratungsgesprächen diskutiert werden. Die Items wurden in leicht abgeänderter Form ins Deutsche übersetzt und ausschließlich auf den PSA-Test bezogen.

Prävention / Lebensstilberatung

Um Einblick in die Einstellung der ÄrztInnen zur Prävention und Lebensstilberatung zu erhalten, wurde das validierte Befragungsinstrument zur Umsetzung und Wirksamkeit von Präventivmedizin von Yaezel et al. (2006) herangezogen. Der „Preventive medicine attitudes and activities questionnaire“ (PMAAQ) besteht aus insgesamt 84 Items, die sich auf acht Skalen aufteilen. Gemessen werden u. a. die Wirksamkeit, Selbstwirksamkeit und Barrieren der ärztlichen Lebensstilberatung.

Für die Fragebogenkonstruktion wurde zum einen die Skala, die die Barrieren in der Umsetzung einer wirksamen Gesundheitsförderung und Prävention misst, herangezogen. Aus den insgesamt elf Items wurden fünf ausgewählt und ins Deutsche übersetzt. Zum anderen wurden drei Items aus der Skala zur Selbstwirksamkeit der ärztlichen Lebensstilberatung (fünf Items) ins Deutsche übersetzt. Die Antwortformate wurden auch hier wieder an das Antwortformat des Fragebogens angepasst.

Ärztliche Schulung

Um Einführungsseminare zur VU Neu beurteilen zu lassen, wurde die Skala aus der Studie „Evaluation von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte am Beispiel der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen“ (Haffner, 2004) herangezogen. Die zu bewertenden Elemente (wie Erkenntnisgewinn, Informationsgehalt etc.) wurden leicht modifiziert. Das Antwortformat wurde dem österreichischen Schulnotensystem angeglichen.

2.3.3 Die Online-Version des Fragebogens

Die Online-Version des Fragebogens entspricht inhaltlich der Papierversion (siehe Anhang). Die Fragebogengestaltung kombiniert die allgemeinen methodischen Grundregeln bzw. Formulierungen und Abfolge von Fragen herkömmlicher Befragungstechniken mit den spezifischen Funktionsweisen einer Webpage. Lumsden et al. (2005) arbeiten in ihrer Untersuchung über Guidelines für Online-Fragebögen die spezifischen Anforderungen hinsichtlich Design und Struktur für Online-Versionen von Frageinstrumenten heraus und betonen dabei die Wichtigkeit ästhetischer und funktionaler Komponenten, die das Antwortverhalten der Befragten beeinflussen. Generell sollte ein Online-Fragebogen in seinem Aufbau an folgende Struktur angelehnt sein:

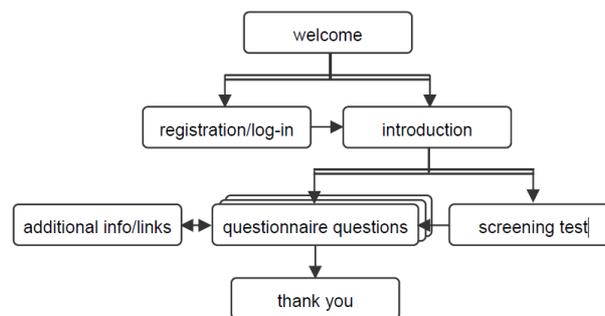


Abbildung 1: Aufbau eines Online-Fragebogens nach Lumsden et al. (2005).

Der Online-Fragebogen der vorliegenden Untersuchung konnte über den Weblink www.ifgp.at/vu aufgerufen werden. Es wurde für die TeilnehmerInnen ein individueller Zugangscode generiert, um Mehrfachteilnahmen auszuschließen und die Wahrscheinlichkeit zu steigern, dass nur jene ÄrztInnen an der Befragung teilnehmen, die auch tatsächlich eingeladen wurden. Zur Gewährung des Datenschutzes wurden Zugangscode und Daten getrennt voneinander gespeichert. Durch die Eingabe des Zugangscodes gelangen die TeilnehmerInnen auf die erste Seite des Fragebogens und haben die Möglichkeit, die Befragung nach Abbruch zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen. Der Online-Fragebogen besteht aus insgesamt 36 Seiten (inklusive Startseite, vorletzte Seite⁷ und Endseite). Die durchschnittliche Bearbeitungszeit beträgt 19 Minuten. Wie auf Abbildung 2 erkennbar, informiert ein Fortschrittsbalken am rechten oberen Rand den Befragten über den jeweiligen Bearbeitungsstand.

⁷ „Vorletzte Seite“ bezeichnet jene Seite, auf der die Befragten dazu aufgefordert werden, ihre Antworten abzusenden.



Herzlich willkommen zur ÄrztInnenbefragung zur Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu)!

Ziel der Befragung ist es, die Prozessqualität und Umsetzbarkeit der VU Neu aus ärztlicher Sicht beurteilen zu lassen.

Die Beantwortung wird etwa 15 Minuten Zeit in Anspruch nehmen. Sie haben die Möglichkeit, die Befragung jederzeit zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt mit dem auf Ihrem Einladungsbrief angeführten Code fortzusetzen.

Bitte beachten Sie: Wenn Sie länger als eine halbe Stunde keine Eingabe im Fragebogen tätigen, wird dieser automatisch vom System geschlossen. In diesem Fall müssen Sie erneut den Zugangscode eingeben, um die Befragung abzuschließen.

Wir sind den einschlägigen gesetzlichen Datenschutzbestimmungen verpflichtet. Die Anonymität bleibt gewährt. Alle Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und dienen ausschließlich statistischen Zwecken.

Mag. Dr. Gerlinde Malli

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:
befragung@ifgp.at

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH (IfGP)
Haideggerweg 40
8044 Graz
www.ifgp.at

Abbildung 2: Startseite der Online-Befragung.

Wie es die „Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen“, herausgegeben vom Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute et al. formulieren, müssen Online-Fragebögen „für den weniger erfahrenen und sachkundigen Internet-Nutzer zu handhaben sein“. Der dieser Befragung zugrundeliegende Fragebogen wurde nach dem Kriterium der Benutzerfreundlichkeit gestaltet: Die Befragungssoftware serviert den TeilnehmerInnen den Fragebogen Seite für Seite und speichert die eingegebenen Antworten auf dem Server ab. Neben einfachem und einheitlichem Design wurden klare Filterführungen gesetzt. Abgesehen von den Fragen zu ÄrztInnen- und Praxismerkmalen am Ende des Fragebogens enthält jede Seite der Online-Version maximal zwei Fragen. Der Fragebogen wurde so eingerichtet, dass auf keiner Seite gescrollt werden muss. Ein Vor- und Zurückblättern im Fragebogen ist jederzeit möglich, solange die Daten nicht abgeschickt werden.

Die Korrektheit der Eingaben wird an einigen Stellen direkt durch Kontrollskripte überprüft (Abbildung 3). Diese kommen zum Einsatz, wenn keine Einträge (z. B. Jahreszahlen) getätigt werden bzw. wenn die Eingabe außerhalb des vordefinierten Plausibilitätsrahmens liegt. Die BefragungsteilnehmerInnen haben die Möglichkeit, ihre Eingabe zu korrigieren oder die Überprüfung zu ignorieren. Mit dieser Programmierung wurde ein „Erzwingen“ der Antworten verhindert.

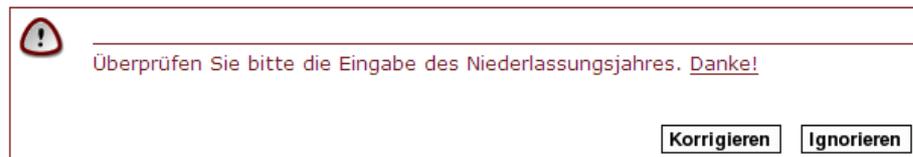


Abbildung 3: Kontrollskript.

Bei der Gestaltung und Programmierung des Fragebogens sowie beim Online-Auftritt der Befragungsseite wurde darauf geachtet, dass der Fragebogen sowohl mit unterschiedlichen Betriebssystemen sowie Browserfabrikaten und -versionen problemlos bearbeitet werden kann. Dennoch sind gelegentliche technische Schwierigkeiten aufgetreten, die in der Regel durch einfache Instruktionen gelöst werden konnten.

Am Ende des Fragebogens wurde den TeilnehmerInnen die Möglichkeit gegeben, Anmerkungen zum Fragebogen bzw. zur Methode der Online-Befragung zu machen. Die letzte Seite gestaltete sich nach den allgemeinen Kriterien für Online-Fragebögen folgendermaßen (Abbildung 4):



Abbildung 4: Letzte Seite der Online-Befragung.

2.3.4 Pretest

Das Befragungsinstrument wurde mehreren Qualitätskontrollen unterzogen. Es erfolgte ein interner wie externer Pretest. Einerseits wurde der Fragebogen von 21 MitarbeiterInnen des IfGP getestet. Neben inhaltlichen und sprachlichen Kriterien wurde dabei auch auf die technische Umsetzung der Online-Version geachtet. Andererseits wurden zwölf TestärztInnen gebeten, den Fragebogen auszufüllen und Kommentare mitzuteilen, die sich auf den Inhalt des Fragebogens, Formulierungen von Fragen, auf die Online-Befragungsmethode, Gestaltung der Seiten, Länge des Fragebogens etc. beziehen. Vorschläge konnten direkt auf jeder Fragebogenseite der Online-Version eingetragen oder per

E-Mail zugesandt werden. Sechs der zwölf eingeladenen ÄrztInnen haben sich am Pretest beteiligt. Ihre Anregungen und Vorschläge wurden in der Endversion des Fragebogens berücksichtigt.

2.3.5 Erhebungsverfahren und Zielgruppenfestlegung

Als Erhebungsverfahren für die Online-Befragung wurde die Vollerhebung gewählt. Die Grundgesamtheit definiert sich wie folgt: ÄrztInnen in Österreich, die das allgemeine Untersuchungsprogramm der VU Neu durchführen und in einer Einzel- oder Gruppenpraxis tätig sind.

Um alle für die Befragung relevanten ÄrztInnen zu erreichen, wurde der aktualisierte Adressenpool aller ÄrztInnen mit VU-Vertrag vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) herangezogen. Es wurden folgende Filterungen des originalen Excel-Datenfiles (insgesamt 7479 Datensätzen) vorgenommen:

1. Filtern der Duplikate: Alle Duplikate (= 263) wurden ausgeschlossen.
2. Ausschluss nach Hauptfachgebiet: Es wurden nur ÄrztInnen in die Befragung aufgenommen, die das allgemeine Untersuchungsprogramm („Basisuntersuchung“) der VU Neu durchführen. Das sind hauptsächlich ÄrztInnen für Allgemeinmedizin und FachärztInnen für Innere Medizin. ÄrztInnen wie beispielsweise Chirurgen, Radiologen oder Gynäkologen⁸, die nur spezielle Untersuchungen (PAP, Koloskopie, Mammografie) durchführen, wurden ausgeschlossen.
3. Ausschluss aller Ambulatorien (= 68): Die angeführten Ambulatorien wurden aus statistischen, logistischen und inhaltlichen Gründen ausgeschlossen.

Daraus ergibt sich eine Grundgesamtheit von 6419 ÄrztInnen.

2.3.6 Erreichbarkeit der BefragungsteilnehmerInnen

Die ÄrztInnen wurden über einen postalisch versandten Einladungsbrief zur Online-Befragung eingeladen. Für diese Variante wurde entschieden, nachdem die Überprüfung der Durchführbarkeit der Online-Befragung mit Einladungsbriefen via E-Mail als nicht erfolgversprechend eingeschätzt werden konnte.

⁸ 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.

Die Überprüfung der aktuellen Verfügbarkeit der E-Mail Adressen jener ÄrztInnen mit VU-Vertrag, die an der Befragung teilnehmen sollten, erfolgte über unterschiedliche Wege:

1. Über den HVB wurde bei der österreichischen Ärztekammer nach E-Mail Adressen gefragt. Es wurde die Auskunft erteilt, dass keine Mailadressen vorliegen.
2. Nach Anraten der Abteilung IT-ORG des HVB wurde die Sozialversicherungs-Chipkarten Betriebs- und Einrichtungsgesellschaft m.b.H. (SVC) kontaktiert. Von dieser Stelle wurde die Auskunft erteilt, dass keine E-Mail Adressen der ÄrztInnen vorliegen, es wurde aber vorgeschlagen, das E-Card-Verständigungssystem der SVC zu nützen, um den ÄrztInnen die Einladung zur Online-Befragung zukommen zu lassen.
3. Nach Rücksprache mit der allgemeinen Rechtsabteilung des HVB wurde vom Verschicken der Einladungen über das E-Card-Verständigungssystem der SVC schließlich aus rechtlichen wie logistischen Gründen Abstand genommen. Angeregt wurde, bei den einzelnen Sozialversicherungsträgern um das Vorliegen aktueller E-Mail Adressen der ÄrztInnen anzufragen. Kontaktiert wurden neun Sozialversicherungsträger (WGKK, NÖGKK, BGKK, SGKK, KGKK, VGKK, TGKK, StGKK, OÖGKK). Fünf der angefragten Träger haben keine bzw. kaum E-Mail Adressen vorliegen, die restlichen vier gaben an, keine vollständigen E-Mail Adresslisten verfügbar zu haben (max. 50 %) bzw. konnten keine Auskunft über die Aktualität der Adressen geben.

Von der Überlegung, jene ÄrztInnen, von denen E-Mail Adressen verfügbar sind (ca. 20 %), per E-Mail einzuladen, die restlichen 80 % per Post, wurde schließlich aus methodischen Gesichtspunkten Abstand genommen. Zugunsten einer einheitlichen Rekrutierung der BefragungsteilnehmerInnen wurde dem postalischen Weg der Vorzug gegeben. Der Einladungsbrief wurde am 20.05.2010 an die 6419 ÄrztInnen verschickt.

Mit der Abwicklung des Druckauftrages und Versands wurde die österreichische Post AG (Wienerbergerstraße 11, 1100 Wien) beauftragt. Diese erhielt vom IfGP das einseitige Einladungsschreiben und die Adressdatensätze inklusive des pro Arzt generierten persönlichen Zugangscodes. Die Arbeiten der Post umfassten die Serienbriefferstellung (mit Anrede, Titel, Namen, Adressen und Zugangscodes versehen) und den Druck der personalisierten Einladungsschreiben. Das Einladungsschreiben wies das IfGP (Postanschrift, Telefon- und Faxnummer und E-Mail Adresse) als Ansprechpartner aus. ProjektmitarbeiterInnen standen sowohl für telefonische als auch für Rückfragen per E-Mail zur Verfügung.⁹

⁹ Näheres dazu: Kapitel 2.3.7.

Nach vierwöchiger Feldphase haben 746 ÄrztInnen an der Befragung teilgenommen. Von den TeilnehmerInnen haben 668 den Fragebogen beendet (87.4 %), das entspricht einer Beendigungsquote von 10.7 % (Stand 23.06.2010). Um den Rücklauf zu steigern und damit die Aussagekraft und die Qualität der Befragung zu erhöhen, wurde vier Wochen nach Aktivierung der Befragung ein Erinnerungsschreiben an jene ÄrztInnen geschickt, die sich bis dato nicht an der Befragung beteiligten bzw. von denen das IfGP keine Rückmeldung erhielt. Druck und Versand wurden wieder von der österreichischen Post abgewickelt und die Erinnerungsbriefe wurden am 23.06.2010 an 5634 ÄrztInnen versandt. Dadurch konnte die Beendigungsquote von 10.7 % (23.06.2010) auf 23.0 % (08.08.2010) gesteigert werden.

2.3.7 Telefon- und E-Mail-Auskunft

Während des Erhebungszeitraums von elf Wochen (17.05.2010 bis 08.08.2010) wurden telefonische und elektronische Anfragen über eine eigens eingerichtete E-Mail Adresse zur Handhabung des Fragebogens, zu technischen Schwierigkeiten, Zweifeln an der Zugehörigkeit zur Zielgruppe oder ganz allgemein zur Thematik persönlich und ausführlich von MitarbeiterInnen des IfGP beantwortet. Insgesamt wurde das Team innerhalb der elf Wochen 86 Mal per E-Mail bzw. per Telefon kontaktiert. Durch diese Maßnahmen konnte die Beteiligungs- als auch die Beendigungsquote an der Befragung gesteigert werden. In Tabelle 1 sind die Gründe der Kontaktaufnahme angeführt:

Tabelle 1: Grund der Kontaktaufnahme.

Grund der Kontaktaufnahme	Anzahl
Probleme mit der Eingabe des Links	31
Sonstige technische Probleme (Probleme mit der Sicherheitseinstellung des Computers, Probleme mit dem Zugangscod, ...)	14
Informationseinholung (Auftraggeber der Studie, Relevanz der Daten, ...)	7
Interesse an Ergebnissen	5
Wissenschaftliche Begleitmaterialien unbekannt	3
Anmerkungen zur VU	6
Sonstiges (Info über Urlaubszeiten, ...)	20
Gesamt	86

2.3.8 Ausschöpfung

Insgesamt konnten 112 neutrale Ausfälle gezählt werden. Mit 67 Zählungen am häufigsten konnte der Einladungsbrief die Zielperson nicht erreichen. Tabelle 2 zeigt die weiteren Gründe der Nicht-

Teilnahme, die als neutrale Ausfälle gezählt wurden. Durch diese Ausfälle reduziert sich die Bruttostichprobe als Basis für die Berechnung der Nettobeteiligung auf 6307 Personen (bereinigtes Sample). Die Nettobeteiligung liegt so bei 26.4 %. 211 Personen haben das Ausfüllen des Fragebogens abgebrochen, eine Person machte durchgehend unplausible, unvollständige Angaben und wurde deshalb aus dem Datensatz ausgeschlossen. Daraus ergibt sich schließlich eine Beendigungsquote von 23.0 %. Insgesamt haben 1451 Personen den Fragebogen beendet.

Tabelle 2: Neutrale und nicht-neutrale Ausfälle und Ausschöpfung.

	Personen absolut	Prozent
Grundgesamtheit mit neutralen Ausfällen	6419	
Neutrale Ausfälle	112	
Brief nicht erreicht (verzogen, unbekannt)	67	
Verstorben	2	
Führt keine VU durch	22	
Pension	9	
Kein VU-Vertrag	3	
Kein PC/ kein Internet	7	
Krankheit	1	
Praxisauflösung (Gruppenpraxis)	1	
Grundgesamtheit (bereinigtes Sample)	6307	100.00
Ausschöpfung (Nettobeteiligung)	1663	26.37
Abbrüche	211	
Unplausible, unvollständige Angaben	1	
Beendigungsquote (Completion Rate)	1451	23.00

Abbildung 5 gibt die Anzahl der beendeten Fragebögen pro Tag im Zeitraum vom 25.05.2010 bis 08.08.2010 wieder. Am Verlauf der Grafik zeigt sich sehr deutlich der Effekt des Erinnerungsschreibens, das am 23.06.2010 versendet wurde. Am 28.06.2010, dem darauf folgenden Montag, konnten 78 beendete Fragebögen gezählt werden. Die Beendigungsquote steigt von 0.1 % am 27.06.2010 auf 5.4 % und erreicht mit 6.5 % am 30.06.2010 ihren Höchstwert.

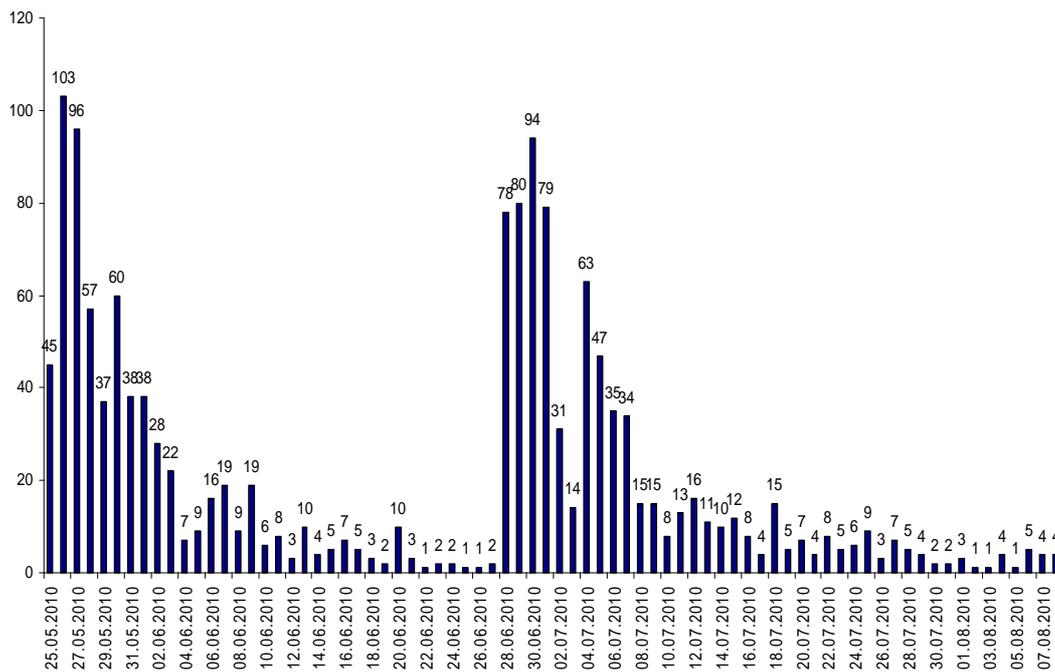


Abbildung 5: Beendete Fragebögen pro Tag (n = 4151).

2.3.9 Datenauswertung und methodische Anmerkungen

Die über das Online-Tool erhobenen Rohdaten wurden als MS EXCEL- und SPSS-Datenfile exportiert. Die Ausgangsdaten als direkte Exporte aus dem Online-Tool beinhalteten insgesamt 1663 Fälle, darunter 211 Abbrecher und eine Person, die durchgängig unplausible Angaben machte. Für die Berechnungen wurden diese 212 Fälle aus dem Datensatz gelöscht.

Deskriptive und inferenzstatistische Analysen erfolgten mit dem Programmpaket SPSS, Version 18.0. Die Codierung der offenen Frage und deren frequenzanalytische Auswertung (Verbesserungsvorschläge für VU-Schulungsmaßnahmen, Anmerkungen zur VU Neu) wurden mithilfe des Softwareprogramms MAXqda 2007 vorgenommen. Dafür wurden die Excel-Tabellen für einen Import in MAXqda aufbereitet.

Nicht ausgefüllte Fragen wurden auf missing gesetzt, das heißt, sie wurden gezielt von den Berechnungen ausgeschlossen. Ebenfalls, in den meisten Fällen, als fehlender Wert wurde die Antwortalternative „weiß nicht“ behandelt.

Bei allen Abbildungen und Tabellen ist die Stichprobengröße n angeführt. Dies entspricht der Anzahl jener Personen, für die gültige, d. h. für die Berechnungen verwendete Antworten vorliegen. Prozent-

werte beziehen sich auf diese gültigen Fälle. Angaben von Prozentwerten in Abbildungen wurden auf ganze Zahlen gerundet, so dass sich bei Addition eine geringe Differenz auf 100 % ergeben kann.

Zur einfacheren Beschreibung bestimmter Abbildungen wurden im Text die Kategorien „trifft zu“ und „trifft eher zu“ bzw. die Antwortkategorien „trifft eher nicht zu“ und „trifft nicht zu“ zusammengefasst. Wenn in Tabellen oder im Text die Kategorie „Zustimmung“ gebraucht wird, handelt es sich um die Zusammenfassung der positiven Antworten „trifft zu“ und „trifft eher zu“. Ebenfalls wurden die Antwortkategorien „wichtig“ und „eher wichtig“ sowohl in Abbildung als auch im Text zusammengefasst.

3 Ergebnisse

3.1 ÄrztInnen- und Praxismerkmale

Tabelle 3: ÄrztInnen- und Praxismerkmale, Teil 1.

		Gesamtstichprobe			Frauen			Männer		
		n	%	%*	n	%	%*	n	%	%*
Fachrichtung										
Gültig	Allgemeinmedizin	1168	80.5	81.2	359	87.8	88.2	795	78.0	78.6
	Innere Medizin	170	11.7	11.8	27	6.6	6.6	140	13.7	13.8
	Lungenheilkunde	9	0.6	0.6	3	0.7	0.7	6	0.6	0.6
	Sonstiges	4	0.3	0.3	0	0.0	0.0	4	0.4	0.4
	Mehrfachnennung	87	6.0	6.0	18	4.3	4.3	67	6.5	6.5
	Gesamt	1438	99.1	100.0	407	99.5	100.0	1012	99.3	100.0
Fehlend	Missing	13	0.9		2	0.5		7	0.7	
Gesamt		1451	100.0		409	100.0		1019	100.0	
Praxisstandort										
Gültig	Niederösterreich	278	19.2	19.4	97	23.7	24.0	178	17.5	17.6
	Oberösterreich	267	18.4	18.6	55	13.4	13.6	211	20.7	20.8
	Steiermark	252	17.4	17.6	58	14.2	14.3	191	18.7	18.9
	Wien	165	11.4	11.5	75	18.3	18.5	85	8.3	8.4
	Tirol	136	9.4	9.5	28	6.8	6.9	108	10.6	10.7
	Salzburg	111	7.6	7.7	33	8.1	8.1	77	7.6	7.6
	Kärnten	102	7.0	7.1	30	7.3	7.4	72	7.1	7.1
	Burgenland	64	4.4	4.5	18	4.4	4.4	44	4.3	4.3
	Vorarlberg	59	4.1	4.1	11	2.7	2.7	46	4.5	4.5
	Gesamt	1434	98.8	100.0	405	99.0	100.0	1012	99.3	100.0
Fehlend	Missing	17	1.2		4	1.0		7	0.7	
Gesamt		1451	100.0		409	100.0		1019	100.0	
Praxisform**										
Gültig	Einzelpraxis	1360	93.7	94.5	379	92.7	93.1	964	94.6	95.2
	Gruppenpraxis	79	5.4	5.4	28	6.8	6.9	49	4.8	4.8
	Gesamt	1430	99.2	100.0	407	99.5	100.0	1013	99.4	100.0
Fehlend	Missing	12	0.8		2	0.5		6	0.6	
Gesamt		1451	100.0		409	100.0		1019	100.0	
Vertragsart (kurativ) **										
Gültig	Vertragsarzt	1080	74.4	75.5	250	61.1	61.1	817	80.2	81.4
	Wahlarzt	314	21.6	22.0	149	36.4	36.7	159	15.6	15.8
	Vertrags-/ Wahlarzt	36	2.5	2.5	7	1.7	1.7	28	2.7	2.8
	Gesamt	1430	98.6	100.0	406	99.3	100.0	1004	98.5	100.0
Fehlend	Missing	21	1.4		3	0.7		15	1.5	
Gesamt		1451	100.0		409	100.0		1019	100.0	

* Gültige Prozentwerte.

** Mehrfachnennungen.

Tabelle 4: ÄrztInnen- und Praxismerkmale, Teil 2.

	Gesamtstichprobe		Frauen (n = 409)		Männer (n = 1019)	
	m	R (max-min)	m	R (max-min)	m	R (max-min)
Alter	51	48 (73-25)	48	36 (67-31)	52	48 (73-25)
Niederlassungsdauer (Jahre)	17	45 (45-0)	12	42 (42-0)	18	45 (45-0)
Durchführungspraxis (Jahre)	16	36 (36-0)	12	34 (34-0)	17	36 (36-0)
Durchgeführte VU im Quartal	47	499 (500-1)	37	499 (500-1)	51	499 (500-1)

Anmerkung: m = Mittelwert. R = Spannweite. max = Maximum. min = Minimum.

3.1.1 Geschlechts- und Altersstruktur

Die Geschlechteraufteilung der Stichprobe von insgesamt 1451 ÄrztInnen sieht folgendermaßen aus: 28.6 % Frauen und 71.4 % Männer (Abbildung 6). Wie im Bericht zur ersten ÄrztInnenbefragung ausgewiesen, befinden sich in der Grundgesamtheit aller VU-VertragsärztInnen in Österreich 34.0 % Frauen und 66.0 % Männer.

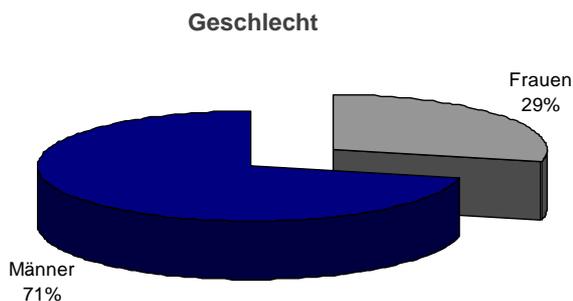


Abbildung 6: Verteilung nach Geschlecht.

Bei einem Durchschnittsalter von 51 Jahren reicht die Altersspanne von 25 bis 73 Jahren (SD = 7.7, n = 1441). Die Ärztinnen sind durchschnittlich um vier Jahre jünger als ihre männlichen Kollegen. Für die erste ÄrztInnenbefragung wurde ein Durchschnittsalter von 50.6 Jahren berechnet. Abbildung 7 gibt die Altersverteilung für die vorliegende Befragung in absoluten Zahlen getrennt für Frauen und Männer wieder.

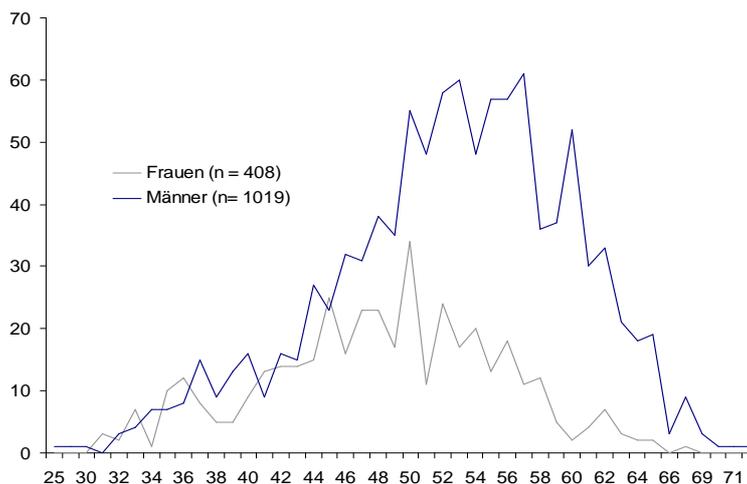


Abbildung 7: Altersverteilung nach Geschlecht.

3.1.2 Fachrichtung und Qualitätszirkel

Der Großteil der befragten ÄrztInnen, nämlich 80.5 %, ist im Fach Allgemeinmedizin ausgebildet. 11.7 % der Befragten gehören dem Fachgebiet der Inneren Medizin und 0.6 % dem Fachgebiet der Lungenheilkunde an. 0.3 % wählten die Antwortalternative „Sonstiges“. Nachdem den ÄrztInnen die Möglichkeit der Mehrfachnennung offen stand, kann ein differenzierterer Einblick in deren Fachkombinationen gewonnen werden: 2.4 % der ÄrztInnen sind sowohl Allgemeinmediziner als auch Fachärzte für Innere Medizin, 0.1 % Allgemeinmediziner und Lungenfachärzte, 3.0 % wählten Allgemeinmedizin und „Sonstiges“, 0.4 % Innere Medizin und „Sonstiges“ und 0.1 % Lungenheilkunde und „Sonstiges“.

Welche Fachbezeichnung führen Sie?

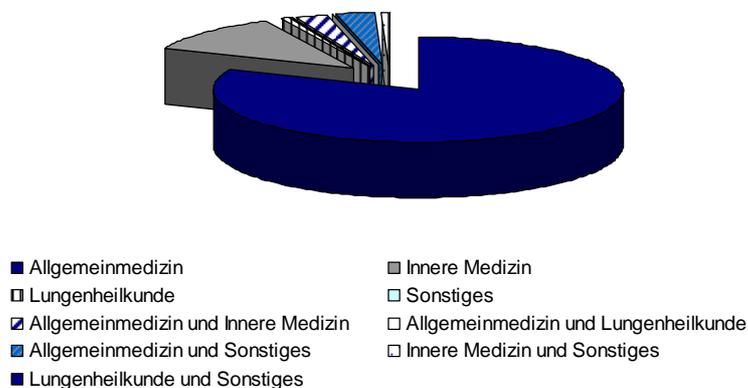


Abbildung 8: Fachrichtung

68.0 % der Befragten geben an, regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teilzunehmen (Abbildung 9). Für die erste ÄrztInnenbefragung konnte eine Teilnahmequote von 67.0 % berechnet werden.

Nehmen Sie regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil?

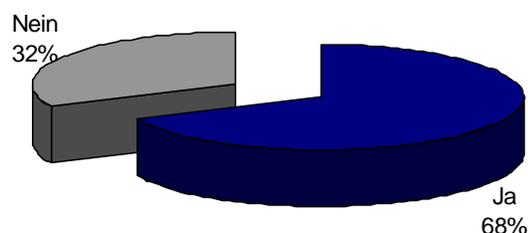


Abbildung 9: Teilnahme an Qualitätszirkeln (n = 1430).

Dieses Verhältnis spiegelt sich auch wider, wenn man Frauen und Männer gesondert betrachtet: Jeweils ca. 68 % der Frauen als auch der Männer besuchen regelmäßig ärztliche Qualitätszirkel. Auch unter den jüngeren ÄrztInnen des Samples finden sich in etwa gleich viele Personen, die angeben, an Qualitätszirkeln teilzunehmen wie unter den ÄrztInnen mittleren Alters und unter älteren ÄrztInnen (je ein gutes Drittel) ($\chi^2(4, n = 1426) = 2.173, n. s.$).

3.1.3 Standort

Abbildung 10 stellt die Verteilung der Praxisstandorte nach Bundesländern dar. In der ersten ÄrztInnenbefragung, in deren Stichprobendesign das Bundesland als Quotierungsmerkmal festgelegt wurde, war Wien mit 21.0 % jenes Bundesland mit den meisten Praxen von ÄrztInnen mit VU-Vertrag. Im Unterschied dazu haben sich an der Befragung 2010 ÄrztInnen mit Praxis in Niederösterreich mit 19.4 % am häufigsten beteiligt. Abgesehen vom Bundesland Wien, das hier mit 11.5 % an vierter Stelle rangiert, spiegelt die Verteilung der Praxisstandorte der vorliegenden Befragung jene der ersten ÄrztInnenbefragung, und damit der Grundgesamtheit, wider.



Abbildung 10: Bundesland (n = 1434).

Je ein Drittel der Arztpraxen befindet sich in einem ländlichen (32.7 %) bzw. städtischen Umfeld (32.9 %). 21.2 % geben an, ihre Praxis befinde sich in einer eher ländlichen Region, der Praxisstandort von 12.5 % der Befragten liegt laut eigenen Angaben in eher städtischem Gebiet (Abbildung 11).

In welcher Region befindet sich Ihre Praxis?

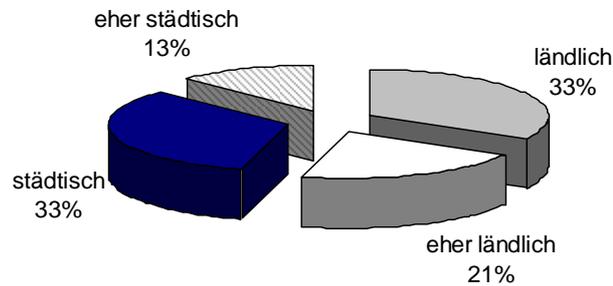


Abbildung 11: Regionaler Praxisstandort (n = 1442).

3.1.4 Praxisform

Die Mehrheit der ÄrztInnen ordiniert in einer Einzelpraxis, 5,4 % geben an, in einer Gruppenpraxis zu ordnieren (Abbildung 12). Diese Angaben entsprechen den Ergebnissen der ersten ÄrztInnenbefragung.

In welcher Praxisform ordnieren Sie?

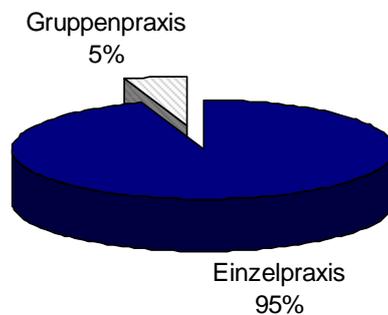


Abbildung 12: Praxisform (n = 1430).

3.1.5 Vertragsart (kurativ)

Drei Viertel der Befragten (75,5 %) sind als VertragsärztInnen tätig, 22,0 % als WahlärztInnen. 2,5 % haben sowohl die Antwortmöglichkeit Vertrags- als auch WahlärztIn gewählt. Zieht man erneut die erste ÄrztInnenbefragung als Vergleich heran, kann auch hier festgehalten werden, dass die Verteilung von Vertrags- und WahlärztInnen mit ca. drei Viertel zu einem Viertel mit den Angaben der ersten Befragung übereinstimmen (Abbildung 13).

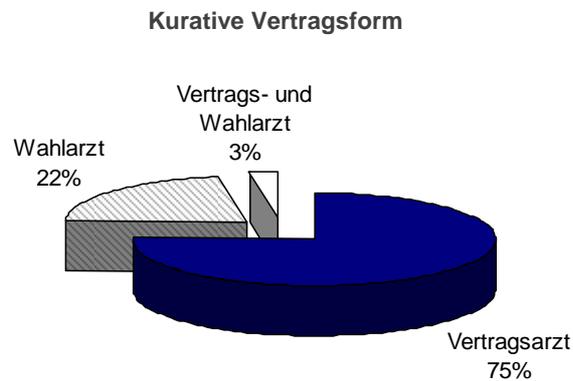


Abbildung 13: Vertragsart (n = 1430).

3.1.6 Niederlassungsdauer und Durchführungspraxis

Durchschnittlich sind die befragten ÄrztInnen seit 17 Jahren in niedergelassener Praxis tätig (SD = 9.9, n = 1430). Die Spannweite liegt bei 45 Jahren, d. h. es befinden sich ÄrztInnen im Sample, die ihre Praxis im Jahr 2010 eröffnet haben (n = 17) ebenso wie ein Arzt, der sich bereits 1965 niedergelassen hat. Vorsorgeuntersuchungen werden seit durchschnittlich 16 Jahren (SD = 9.2, n = 1443) durchgeführt. 18.7 % der Befragten geben an, seit dem Jahr 2005 (Einführung der VU Neu) Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen, die restlichen 81.3 % verfügten bereits zuvor über einen VU-Vertrag. Im Vergleich zur ersten ÄrztInnenbefragung ist dieses Verhältnis zugunsten der ÄrztInnen, die bereits vor 2005 Vorsorgeuntersuchungen durchführten, leicht verschoben: Die Ergebnisse der ersten ÄrztInnenbefragung wiesen 77.0 % ÄrztInnen mit VU-Vertrag vor dem Jahr 2005 aus.

Wie in Abbildung 14 dargestellt, haben im Jahr 2010 17 ÄrztInnen damit begonnen, Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen. Im Jahr 2005 waren es 50 Personen. Eine deutliche Spitze stellt das Jahr 1990 mit 104 Personen dar, die laut eigener Angaben in diesem Jahr einen VU-Vertrag abgeschlossen haben. Acht Personen geben an, seit Beginn der Gesundenuntersuchung, also seit 1974, Vorsorgeuntersuchungen durchzuführen.

Seit welchem Jahr führen Sie Vorsorgeuntersuchungen durch?

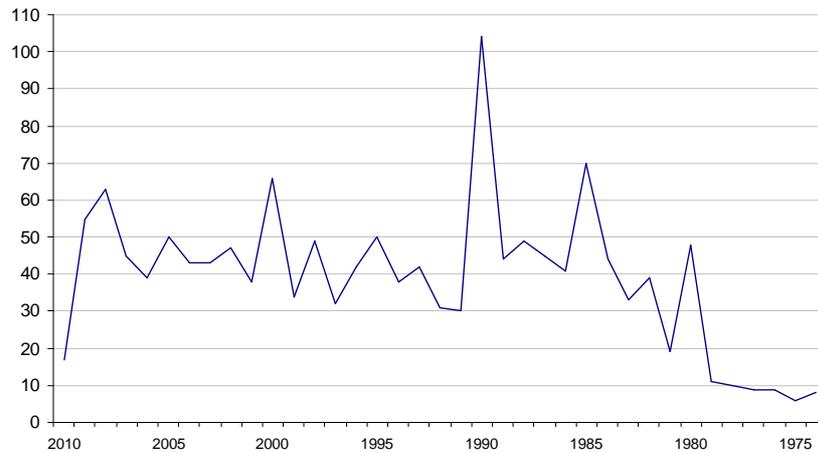


Abbildung 14: Durchführungspraxis (Jahresangaben) (n = 1443).

3.1.7 Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen

Durchschnittlich werden 47 Vorsorgeuntersuchungen im Quartal durchgeführt (SD = 50.5, n = 1407). Die Spannweite beträgt 499, das heißt, als kleinste Anzahl wurde eine Vorsorgeuntersuchung angegeben, als höchste 500 Vorsorgeuntersuchungen. Die folgende Abbildung, welche die Nennungen der ÄrztInnen in Absolutzahlen wiedergibt, liefert einen genaueren Einblick in die Verteilung dieser Angaben: 1004 ÄrztInnen haben angegeben, bis zu 50 Vorsorgeuntersuchungen im Quartal durchzuführen, die Angaben zweier ÄrztInnen liegen im maximalen Bereich zwischen 451 bis 500 (Abbildung 15).

Wie viele Vorsorgeuntersuchungen führen Sie durchschnittlich pro Quartal durch?

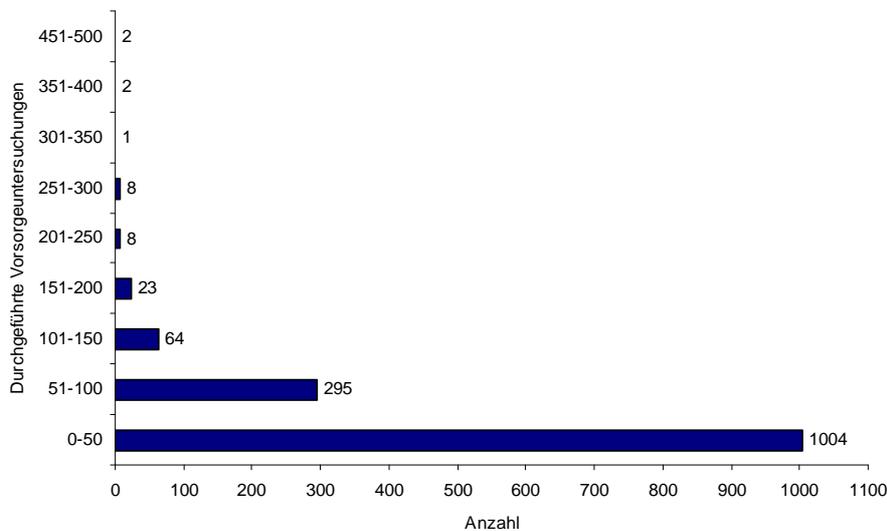


Abbildung 15: Durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen pro Quartal.

3.2 Dokumentation

Seit 2007 besteht für ÄrztInnen die Möglichkeit, die Dokumentation elektronisch durchzuführen. Seit April 2009 ist die elektronische Übermittlung der VU Neu-Daten verpflichtend. 43.3 % wählen die elektronische Dokumentationsform und 37.6 % geben an, sowohl elektronisch als auch auf Papier zu dokumentieren. Ein Anteil von 19.1 % der ÄrztInnen dokumentiert auf Papier. (Abbildung 16).

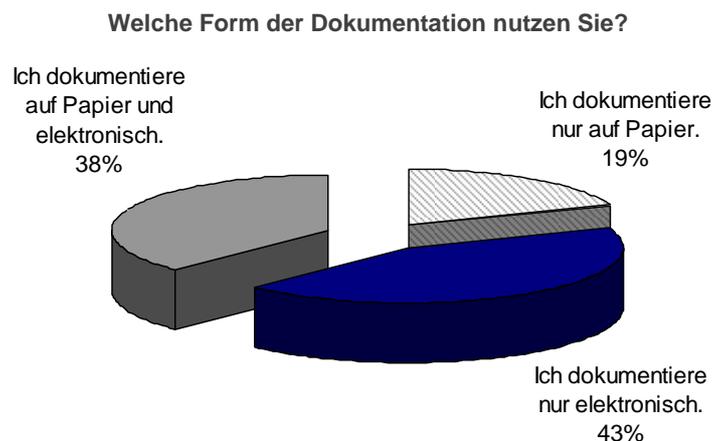


Abbildung 16: Form der Dokumentation (n = 1432).

Betrachtet man die Angaben zur Form der Dokumentation nach der Durchführungspraxis, fällt auf, dass 30.1 % jener Personen, die angeben, die Vorsorgeuntersuchung seit dem Jahr 2005 durchzuführen, auch angeben, nur auf Papier zu dokumentieren. Im Vergleich dazu sind es 16.5 % der ÄrztInnen, die bereits vor dem Jahr 2005 über einen VU-Vertrag verfügten. Ausschließlich elektronisch dokumentieren 35.7 % jener ÄrztInnen, die seit dem Jahr 2005 Vorsorgeuntersuchungen durchführen und 45.1 % jener Personen, die bereits vor 2005 mit der Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen beschäftigt waren (Abbildung 17).

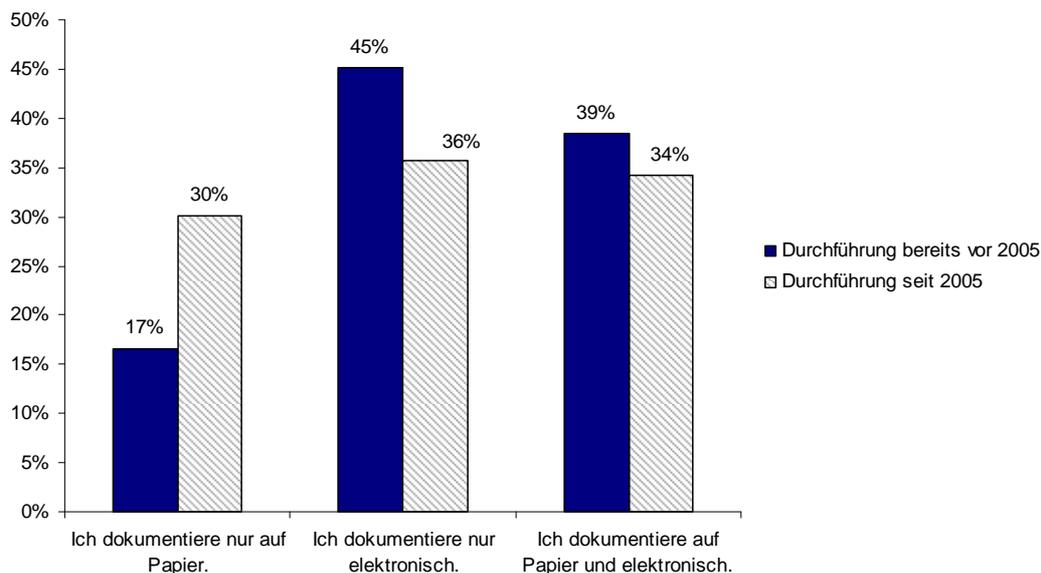


Abbildung 17: Form der Dokumentation nach Durchführungspraxis.

Betrachtet man die Form der Dokumentation nach kurativer Vertragsart, zeigt sich, dass 56.0 % der WahlärztInnen ausschließlich auf Papier dokumentieren. Von den VertragsärztInnen dagegen dokumentieren nur 8.6 % ausschließlich auf Papier (Abbildung 18).

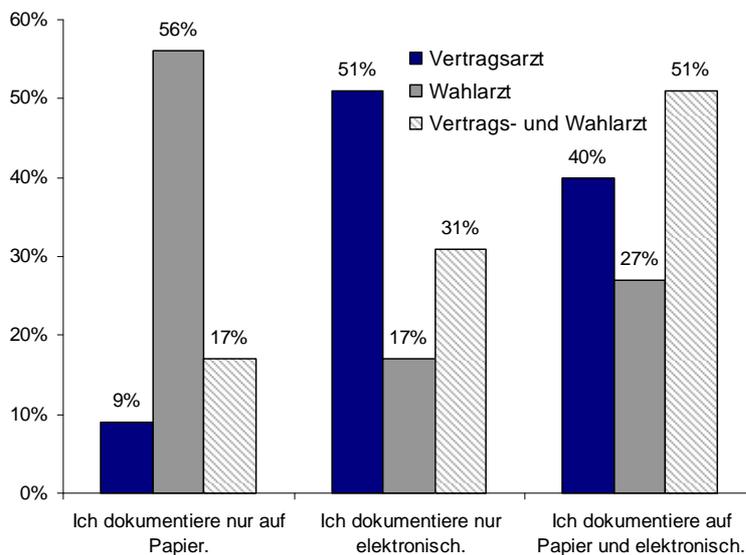


Abbildung 18: Form der Dokumentation nach Vertragsart.

Insgesamt geben 273 der befragte ÄrztInnen an, nur auf Papier zu dokumentieren. Die restlichen 1178 ÄrztInnen wurden gebeten, ihre Einschätzung zur Art und Weise, wie die elektronische Dokumentation ihre Arbeit verändert hat, abzugeben. Insgesamt 61.3 % der ÄrztInnen geben dabei an, dass die Dokumentationsarbeit durch die elektronische Form für sie einfacher geworden ist (für 32.2 % trifft dieses Statement zu, für 29.1 % trifft es eher zu). Auch mehr als die Hälfte der Befragten meint, dass die elektronische Dokumentation mit weniger Zeitaufwand verbunden ist (26.0 % stimmen zu, 25.2 % stimmen eher zu) (Abbildung 19).

Für 29.8 % trifft es zu, dass sich die Dokumentationsqualität verbessert hat, 36.3 % finden diese Aussage eher zutreffend. Insgesamt stellen also zwei Drittel der Befragten eine Verbesserung ihrer Dokumentationsqualität durch die elektronische Form fest. Dagegen trifft für 20.3 % das Item, dass sich die Dokumentationsqualität verschlechtert hat, zu bzw. eher zu. Für insgesamt 24.7 % der ÄrztInnen hat sich durch die elektronische Dokumentation nichts Wesentliches geändert (Abbildung 19).

Auf welche Weise hat die Nutzung der elektronischen Dokumentation Ihre Arbeit verändert?

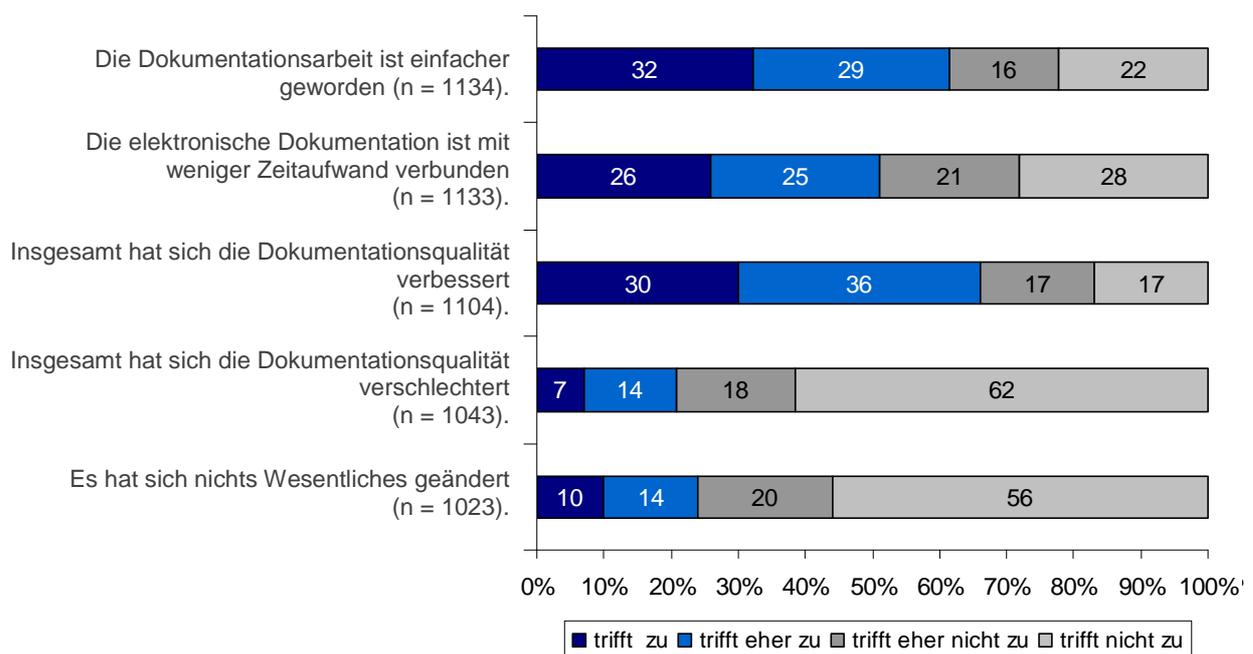


Abbildung 19: Angaben zur elektronischen Dokumentation.

Etwas mehr als ein Drittel der Befragten (39.2 %) hat datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und der Übermittlung der Befunde der Vorsorgeuntersuchung Neu (Abbildung 20).

Haben Sie datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunddaten der VU Neu?

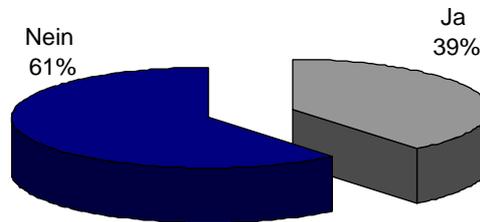


Abbildung 20: Datenschutzrechtliche Bedenken (n=1272).

Hinsichtlich der Dokumentation im Allgemeinen meinen insgesamt 52.0 %, dass die Dokumentation den Ablauf der Vorsorgeuntersuchung verbessert. Für sogar 62.6 % strukturiert die Dokumentation den Ablauf der Vorsorgeuntersuchung und 34.6 % fühlen sich durch die Dokumentation in ihrer Handlungsautonomie eingeschränkt (Abbildung 21).

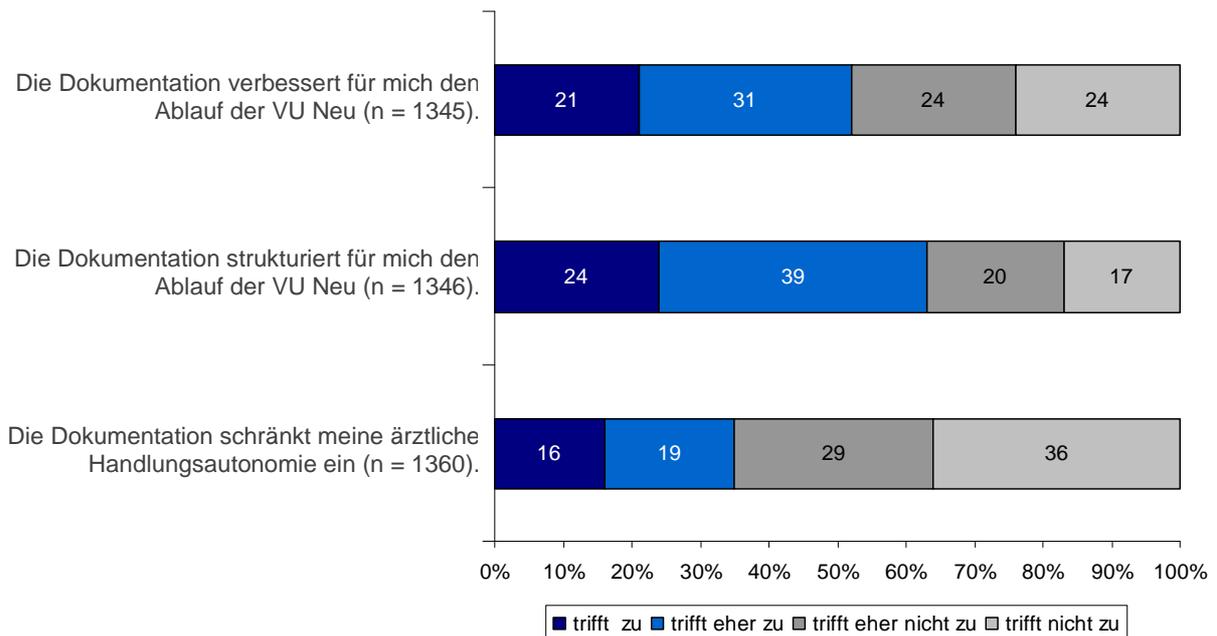


Abbildung 21: Angaben zur Dokumentation.

3.3 Wissenschaftliches Begleitmaterial

Als wissenschaftliches Begleitmaterial stehen den ÄrztInnen einerseits die „Ärztbroschüre“, die auf ca. 50 Seiten die wichtigsten Ziele und Inhalte der Vorsorgeuntersuchung Neu präsentiert und andererseits die „wissenschaftlichen Grundlagen“ zur Verfügung. Die „wissenschaftlichen Grundlagen“ (ca. 200 Seiten) verstehen sich in der Eigenbeschreibung als „auf Basis von internationalen Leitlinien erstellte[s] wissenschaftliche[s] Handbuch“, das die Auswahl der Vorsorgeziele und Untersuchungsparameter verständlich macht und eine Hilfestellung bei der Interpretation der Befunde und Therapien abgeben will.

Insgesamt 43.4 % der Befragten meinen, dass die „Ärztbroschüre“ für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung für sie nicht brauchbar ist. 28.5 % verwenden dieses Handbuch immer wieder, um bestimmte Themen nachzuschlagen und weniger als ein Viertel, nämlich 22.8 % geben an, gerne mit der „Ärztbroschüre“ zu arbeiten (Abbildung 22).

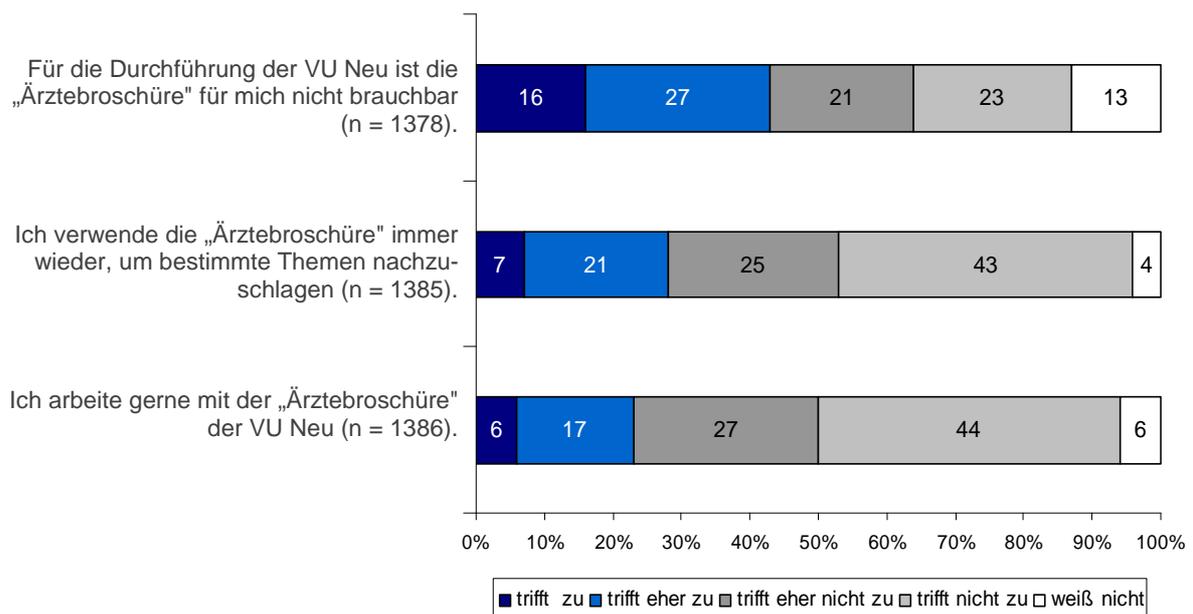


Abbildung 22: Erfahrung mit der „Ärztbroschüre“.

28.8 % arbeiten gerne mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“. Für 43.9 % waren die „wissenschaftlichen Grundlagen“ als Einführungslektüre nützlich. Mit 21.6 % eher gering ist der Anteil jener ÄrztInnen, welche die „wissenschaftlichen Grundlagen“ immer wieder verwenden, um bestimmte Themen nachzuschlagen. Entsprechend finden 43.5 % der Befragten dieses Handbuch als nicht brauchbar für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung (Abbildung 23).

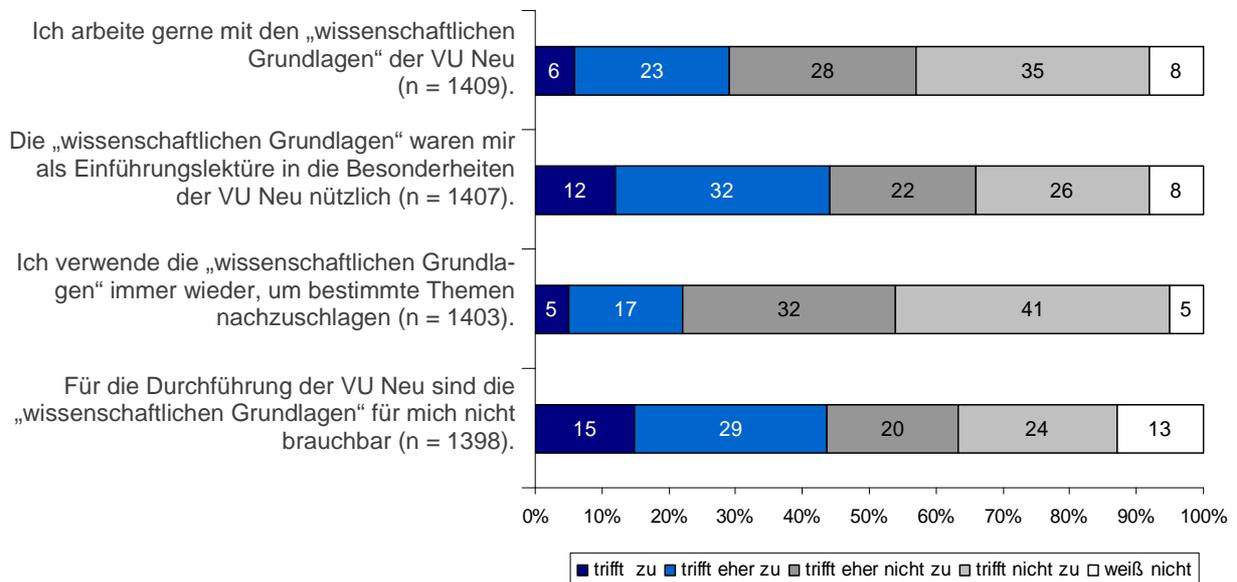


Abbildung 23: Erfahrung mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“.¹⁰

82.3 % der Befragten sind der Meinung, dass ÄrztInnen, welche die Vorsorgeuntersuchung durchführen, an der Erstellung wissenschaftlichen Begleitmaterials beteiligt sein sollten (Abbildung 24).

Sollten Ihrer Meinung nach VU-ÄrztInnen in die Erstellung wissenschaftlicher Begleitmaterialien für die VU Neu eingebunden werden?

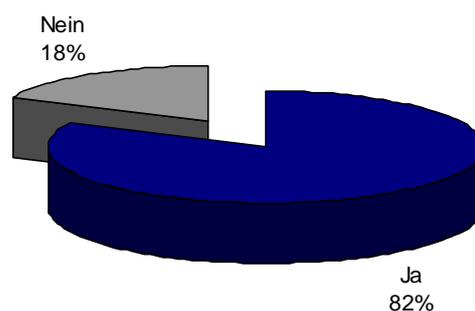


Abbildung 24: Einbindung von VU-Ärzten in die Erstellung wissenschaftlichen Materials.

¹⁰ Die Abbildungen 21 als auch 22 weisen die Anteile der „weiß nicht“-Antworten aus, da aufgrund von telefonischen Rückmeldungen angenommen wurde, dass das wissenschaftliche Begleitmaterial wenig bekannt ist. Tatsächlich ist der Anteil der ÄrztInnen, die diese Antwortalternative bei den Items zur „Ärztbroschüre“ und zu den „wissenschaftlichen Grundlagen“ wählten, höher als bei den übrigen Items.

Fragt man die ÄrztInnen danach, ob sie selbst sich an der Erstellung wissenschaftlichen Begleitmaterials beteiligen würden, erhält man folgendes Bild: Etwas mehr als ein Drittel, also 38,8 %, würde sich beteiligen, 61,2 % beantworten diese Frage mit „nein“ (Abbildung 25).

Würden Sie sich an der Erstellung wissenschaftlichen Begleitmaterials für die VU Neu beteiligen?

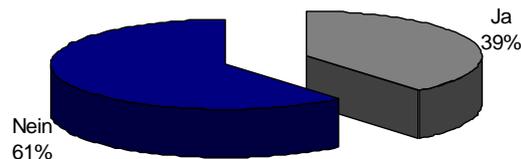


Abbildung 25: Persönliche Beteiligung an der Erstellung wissenschaftlichen Materials.

Die ÄrztInnen wurden auch gebeten, anzugeben, welche Eigenschaften wissenschaftliches Begleitmaterial aufweisen sollte, damit sie dieses gerne nützen würden. Prinzipiell werden die angeführten Merkmale als wichtig eingestuft. Mit 92,3 % am häufigsten wurde die Eigenschaft der wissenschaftlichen Aktualität als relevant genannt, mit 66,6 % am seltensten das Merkmal der Verknüpfung mit dem VU-Datenblattsystem. Den ÄrztInnen sind vor allem auch eine kurze und sachliche Darstellung der Inhalte (92,1 %) sowie ergänzende Kurzfassungen bzw. Checklisten wichtig (84,1 %) (Abbildung 26).

Welche Eigenschaften des wissenschaftlichen Begleitmaterials wären für Sie wichtig?

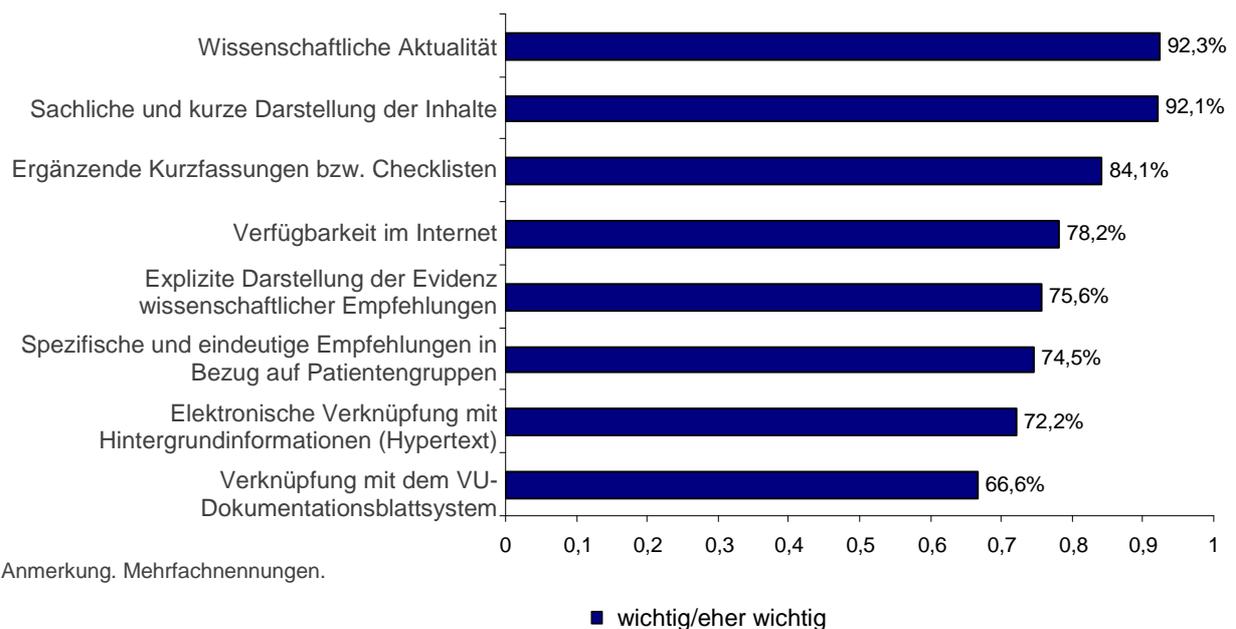


Abbildung 26: Eigenschaften wissenschaftlichen Begleitmaterials.

3.4 Risikotafeln

Zur Visualisierung des kardiovaskulären Risikos stehen den ÄrztInnen zwei grafische Risikotafeln (New Zealand Risk Scale und AHA Risk Calculator) zur Verfügung. 34.7 % der Befragten geben an, die Risikotafeln bei jeder Vorsorgeuntersuchung zu verwenden, ein Viertel (24.7 %) verwendet sie oft, 20.9 % verwenden die Risikotafeln selten und ein geringer Anteil von 8.9 % gibt an, die Risikotafeln nie zu verwenden (Abbildung 27).

**Zur Visualisierung des kardiovaskulären Risikos stehen Ihnen zwei grafische Risikotafeln zur Verfügung.
Wie häufig verwenden Sie diese?**

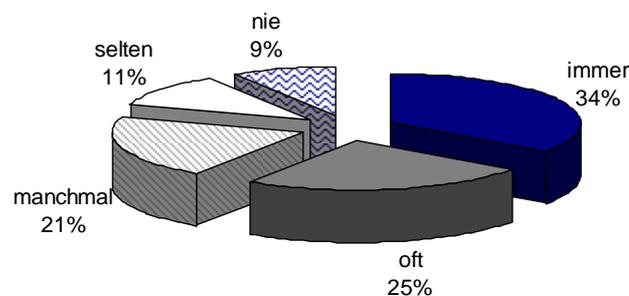


Abbildung 27: Verwendung der Risikotafeln (n = 1316).

Die AnwenderInnen der Risikotafeln wurden nach ihren Erfahrungen mit den Instrumenten gefragt: Für insgesamt 63.9 % trifft es zu, dass mithilfe der Tafeln die Effizienz der Beratung gesteigert wird. Für gut ein Drittel (35.0 %) allerdings trifft es auch zu, dass mit Risikotafeln zu arbeiten, als zu zeit-aufwändig erscheint. 57.2 % meinen zwar, die Beratung mittels Risikotafeln motiviere die PatientInnen zu einer Verhaltensänderung, immerhin 29.6 % finden aber die Tafeln als nicht brauchbar (Abbildung 28).

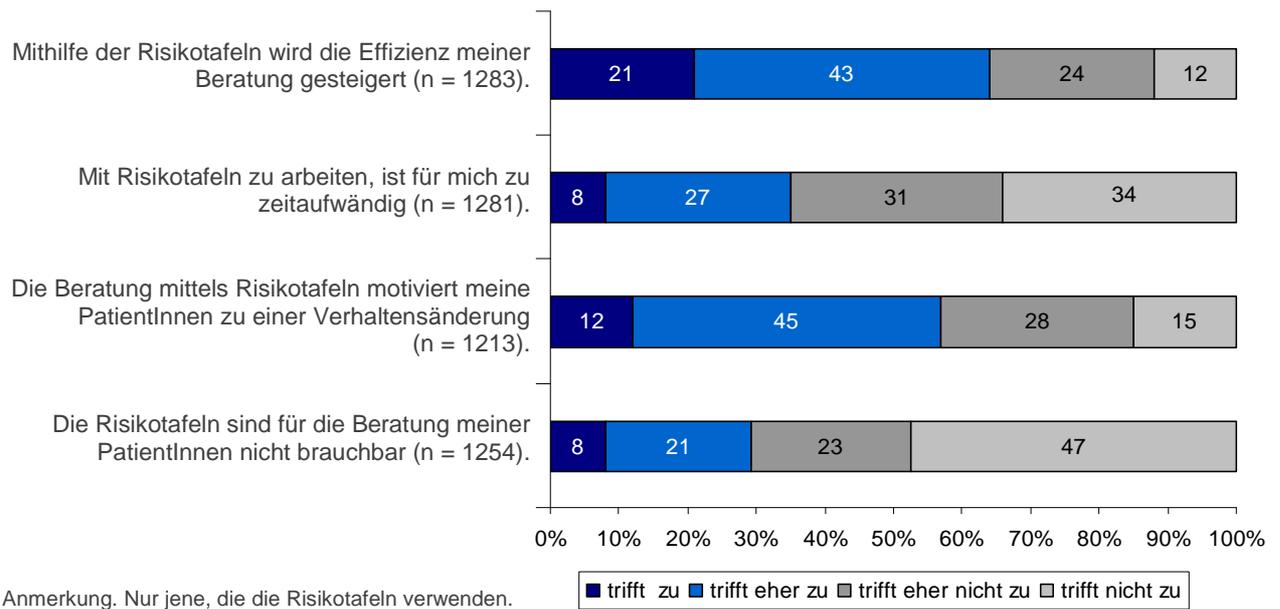


Abbildung 28: Erfahrung mit den Risikotafeln.

3.5 Alkohol-Kurzintervention

Zur Alkohol-Kurzintervention im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung wird den ÄrztInnen der Alkoholfragebogen AUDIT-GMAT empfohlen. 27.6 % der Befragten geben an, den Alkoholfragebogen immer, also bei jeder Vorsorgeuntersuchung, zu verwenden. In etwa gleich viele, nämlich 29.2 %, verwenden den Fragebogen nie. 9.0 % verwenden ihn oft, 12.6 % manchmal und 21.5 % selten (Abbildung 29).

Für das Screening nach problematischem Alkoholkonsum steht Ihnen ein Alkoholfragebogen (AUDIT-GMAT) zur Verfügung. Wie häufig verwenden Sie diesen?

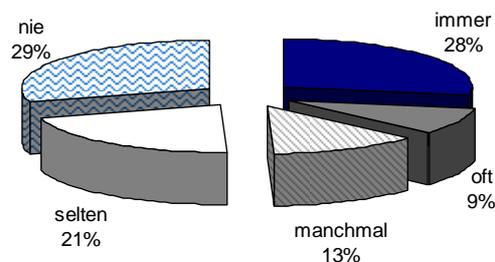
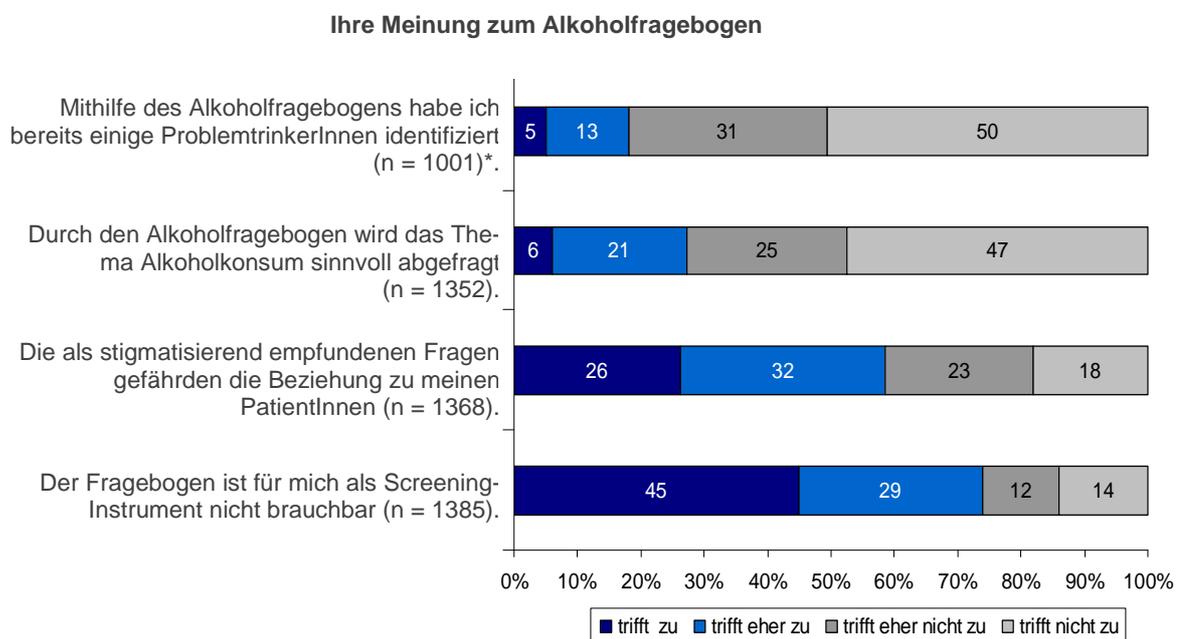


Abbildung 29: Verwendung des Alkoholfragebogens (n = 1433).

Jene ÄrztInnen, die den Alkoholfragebogen verwenden, wurden gefragt, ob sie mit dessen Hilfe bereits ProblemtrinkerInnen identifizieren konnten. Für insgesamt 18.7 % trifft dies zu bzw. eher zu. Mit drei weiteren Items wurden alle ÄrztInnen (auch jene, die angeben, den Fragebogen nie zu verwenden) zu ihrer Meinung zum Alkoholfragebogen befragt. Für 27.8 % trifft es zu, dass mit dem Alkoholfragebogen das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt wird. Abbildung 30 zeigt deutlich, dass der Anteil an Zustimmung für die weiteren zwei Items, die negativ formuliert wurden, zunimmt: So sind 58.0 % der Befragten der Meinung, der Fragebogen gefährde aufgrund stigmatisierender Fragen die Beziehung zu den PatientInnen und für beinahe drei Viertel (73.9 %) der ÄrztInnen stellt der AUDIT-GMAT ein Screening-Instrument dar, das als nicht brauchbar eingeschätzt wird (Abbildung 30).



*Anmerkung: Nur jene, die den Alkoholfragebogen verwenden (n = 1014, k. A. = 13).

Abbildung 30: Meinung zum Alkoholfragebogen.

Wie Abbildung 31 zeigt, empfinden deutlich mehr Personen jener Gruppe, die den Alkoholfragebogen nie verwendet, diesen als nicht brauchbar (94.8 %) als Personen jener Gruppe, die angibt, den Fragebogen immer zu verwenden (55.3 %). Allerdings finden sich auch in der Gruppe der regelmäßigen AnwenderInnen immerhin 55.3 %, die den AUDIT-GMAT als nicht brauchbar einschätzen.

Der Fragebogen ist für mich als Screening-Instrument nicht brauchbar.

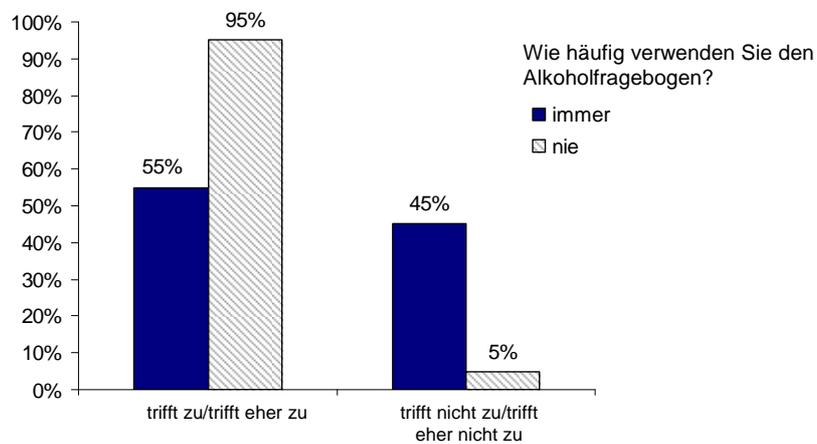


Abbildung 31: Brauchbarkeit des Alkoholfragebogens nach Verwendungshäufigkeit.

Internationale Studien weisen darauf hin, dass in der ärztlichen Praxis wenig Zeit für Alkohol-Kurzinterventionen aufgebracht wird. Es werden unterschiedliche Gründe dafür angeführt. Mit einigen dieser Statements wurden die ÄrztInnen dieses Samples konfrontiert. Tabelle 5 zeigt in Absolutzahlen und Prozentwerten, wie viele der Befragten diesen Gründen zustimmen. Die höchste Zustimmung mit 81.4 % erreicht das Argument der unangemessenen Honorierung. Mit 19.7 % am seltensten wird dem Statement „ÄrztInnen sehen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen nicht als ihre Aufgabe“ zugestimmt. Sowohl den Barrieren „geeignete Screening-Instrumente“, „mangelnde Schulung“ als auch „verärgerte Reaktion der PatientInnen auf die Konfrontation mit Fragen zu ihrem Alkoholkonsum“ wird von jeweils mehr als 50.0 % der Befragten zugestimmt.

Tabelle 5: Barrieren der Alkohol-Kurzintervention.

Statement	Zustimmung	
	n	%
ÄrztInnen meinen, Alkohol-Kurzinterventionen werden nicht angemessen honoriert.	1089	81.4
ÄrztInnen sind für die Umsetzung einer Alkohol-Kurzintervention nicht ausreichend geschult.	898	64.4
ÄrztInnen fehlen geeignete Screening-Instrumente, um ProblemtrinkerInnen, die keine offensichtlichen Symptome zeigen, zu identifizieren.	724	52.2
ÄrztInnen glauben, PatientInnen reagieren verärgert, wenn sie nach ihrem Alkoholkonsum gefragt werden.	711	51.1
ÄrztInnen sehen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen nicht als ihre Aufgabe.	273	19.7

Schließlich wurden den ÄrztInnen Vorschläge unterbreitet, die sie persönlich dazu motivieren könnten, öfter eine Alkohol-Kurzintervention durchzuführen. Insgesamt betrachtet erhalten diese Vorschläge mit durchschnittlich 81.7 % eine sehr hohe Zustimmung (Tabelle 6).

Tabelle 6: Motivation zur Alkohol-Kurzintervention.

Statement	Zustimmung	
	n	%
Angemessene zeitliche Ressourcen	1261	90.7
Adäquate Angebote für weiterführende Therapien	1224	88.9
Angemessene Honorierung	1211	87.5
Adäquates Angebot an Schulungsprogrammen zur Alkohol-Kurzintervention	1102	80.9
Nachgewiesene Wirksamkeit der Alkohol-Kurzintervention	1062	78.4
Öffentliche Bewusstseinsbildung für alkoholbezogene Risiken	1045	76.4
Nachfrage nach Alkohol-Beratungsgesprächen durch die PatientInnen	1030	75.8
Verfügbarkeit kurzer und einfacher Screening-Instrumente	1035	75.2

3.6 Informierte Entscheidungsfindung

Bei kontroversiellen Screeningverfahren zur Krebsfrüherkennung wird von den ÄrztInnen erwartet, der Zielgruppe eine umfassende und ausgewogene Aufklärung zu bieten. Dafür wird die Umsetzung des Modells der informierten Entscheidungsfindung vorgeschlagen. Für 19.8 % der Befragten trifft es zu bzw. eher zu, dass ihnen die Zeit für ein solches Aufklärungsgespräch fehlt (Abbildung 32).

Mir fehlt die Zeit für ein ausführliches Aufklärungsgespräch.

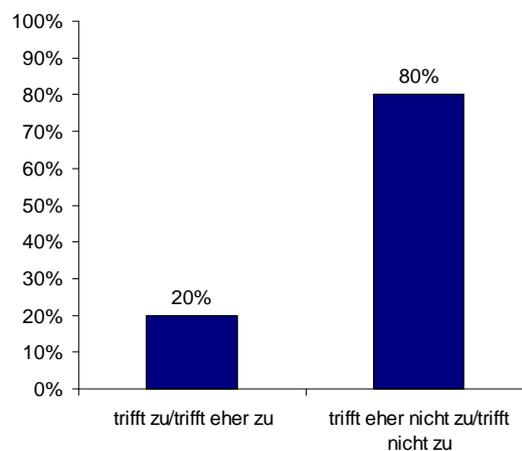


Abbildung 32: Zeit für ein Aufklärungsgespräch zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (n = 1413).

Dass eine umfassende, auch die Risiken thematisierende Aufklärung den PatientInnen zugemutet werden kann, befürworten insgesamt 97.8 % der Befragten. Nur insgesamt 13.9 % hingegen sind der Meinung, dass eine vollständige Aufklärung die PatientInnen von der Inanspruchnahme einer Untersuchung abschrecken könnte. 39.0 % geben an, dass sie gute Entscheidungshilfen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen kennen, die sie ihren PatientInnen empfehlen. Ein Drittel (32.7 %) meint, dass ein ausführliches Aufklärungsgespräch von den meisten PatientInnen nicht gewünscht wird, da sie sich von ihrem Arzt eindeutige Empfehlungen erwarten. Interessanterweise überzeugen beinahe alle, nämlich 97.3 % der befragten ÄrztInnen ihre PatientInnen dann von der Wirksamkeit einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung, wenn sie selbst davon überzeugt sind. Fast die Hälfte (47.2 %) der ÄrztInnen ist allerdings auch der Meinung, die Entscheidung, eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen, liegt allein in der Verantwortung ihrer PatientInnen (Abbildung 33).

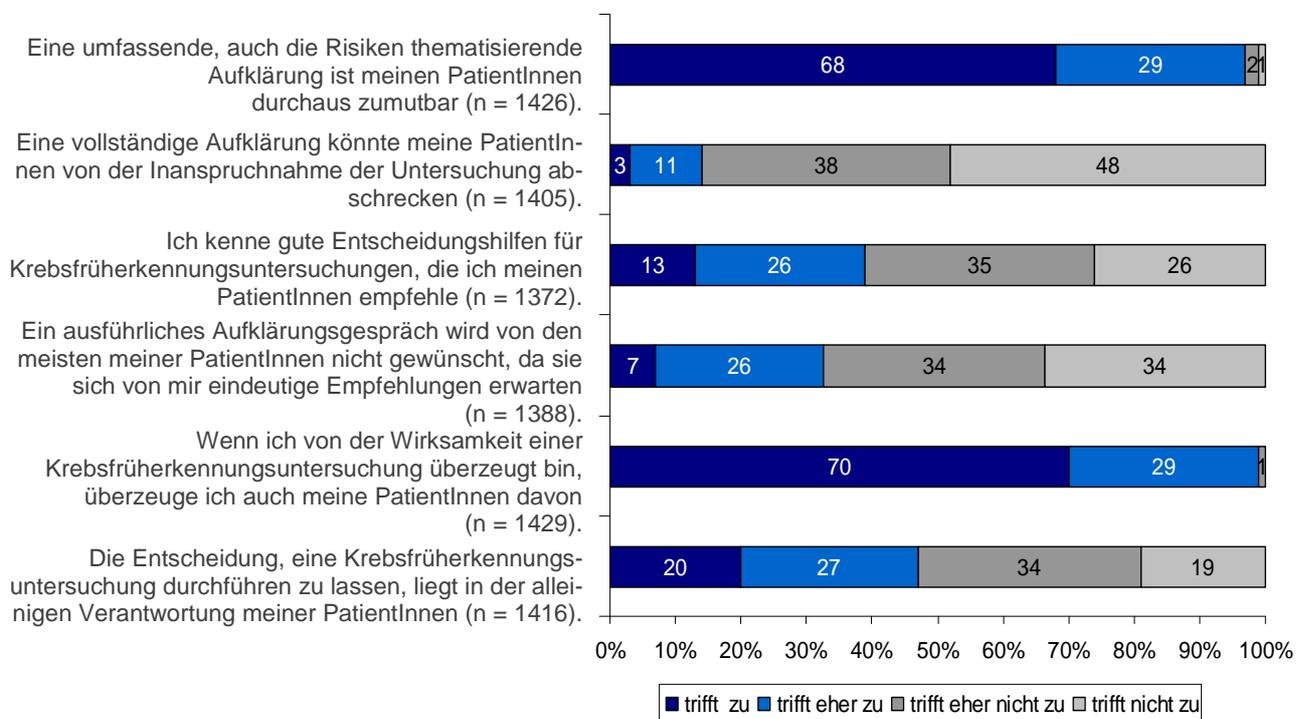


Abbildung 33: Beratungstätigkeit zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen.

Der Prostate-specific antigen-Test (PSA-Test) stellt ein kontroversielles Screeningverfahren zur Früherkennung des Prostatakarzinoms dar. Basierend auf internationalen Leitlinien wird in diesem Fall im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung die Umsetzung einer informierten Entscheidungsfindung besonders empfohlen. Tabelle 7 zeigt, welche Themen in den Beratungsgesprächen zum PSA-Test mit den Patienten besprochen werden. 93.7 % der Befragten geben an, ihre Patienten über den Nutzen des Screenings zu informieren, nur noch 63.6 % sprechen auch die assoziierten Risiken an. 91.0 % der Befragten klären laut eigener Angaben über mögliche weitere Untersuchungen auf, ca. drei Viertel der ÄrztInnen klären über die Testgenauigkeit und Treffsicherheit des PSA-Tests und über die Möglichkeit

einer Überdiagnose auf. Über Nebenwirkungen einer Behandlung sprechen 63.1 % der Ärzte mit ihren Patienten. In etwa die Hälfte der ÄrztInnen gibt an, auch die Themen „Evidenz bzw. fehlende Evidenz für einen Gesundheitsnutzen“ (54.4 %) und „Unsicherheiten bezüglich des Nutzens einer Behandlung“ (53.7 %) mit ihren Patienten zu besprechen. Mit 46.2 % am seltensten wird angegeben, mögliche Ängste während der Wartezeit auf Testergebnisse zu thematisieren.

Tabelle 7: Beratungsgespräche über den PSA-Test.

Welche der folgenden Themen besprechen Sie in den meisten Fällen mit Ihren Patienten?	Ja-Antworten	
	n	%
Nutzen des Screenings	1324	93.7
Mögliche weitere Untersuchungen	1280	91.0
Testgenauigkeit und Treffsicherheit des PSA-Tests	1107	79.9
Möglichkeit der Überdiagnose	1036	74.8
Risiken des Screenings	863	63.6
Nebenwirkungen einer Behandlung	852	63.1
Evidenz bzw. fehlende Evidenz für einen Gesundheitsnutzen durch das Screening	790	54.4
Unsicherheiten bezüglich des Nutzens einer Behandlung	727	53.7
Mögliche Ängste während der Wartezeit auf Testergebnisse	627	46.2

Anmerkung: Geordnet nach Häufigkeit.

3.7 Lebensstilberatung

Als ein Vorsorgeziel definiert die Vorsorgeuntersuchung Neu die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Ein Teilziel davon bildet die Reduktion von Risikofaktoren, das unter anderem durch eine Lebensstilberatung in den Bereichen Tabak- und Alkoholkonsum sowie Bewegungsmangel erreicht werden soll. Wie aus internationalen Studien bekannt, hemmen unterschiedliche Faktoren diese ärztliche Beratungsleistung. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass vor allem eine unzureichende Honorierung als Barriere der Lebensstilberatung gesehen wird (77.9 %). 69.5 % führen Zeitmangel als potenzielle Barriere für eine wirksame Präventionstätigkeit an. Einem Drittel (32.0 %) fehlt geeignetes Beratungsmaterial für die PatientInnen, immerhin noch 27.9 % führen ein mangelndes Interesse von Seiten der PatientInnen als Barriere für ihre Präventionstätigkeit an. Nur 3.4 % der Befragten äußern fehlendes persönliches Interesse daran, präventive Leistungen anzubieten (Tabelle 8).

Tabelle 8: Barrieren der Lebensstilberatung.

Barrieren	Zustimmung	
	n	%
Unzureichende Honorierung	1092	77.9
Zeitmangel	987	69.5
Mangel an geeignetem Beratungsmaterial für die PatientInnen	450	32.0
Kein Interesse von Seiten der PatientInnen	391	27.9
Kein persönliches Interesse daran, präventive Leistungen anzubieten	48	3.4

Anmerkung: Geordnet nach Häufigkeit.

Wie Abbildung 34 veranschaulicht, lässt die Einschätzung der Wirksamkeit der eigenen Lebensstilberatung keine einheitliche Aussage zu: So meint etwas mehr als die Hälfte der ÄrztInnen (54.3 %), dass ihre Beratungen keine Veränderungen des Gesundheitsverhaltens bei ihren PatientInnen bewirken. Sogar 68.1 % sind der Meinung, dass Patienten ohne Beschwerden oder Symptome nur selten ihren Ratschlag verfolgen. Insgesamt 55.8 % geben allerdings auch an, dass die meisten ihrer PatientInnen versuchen, ihren Lebensstil zu ändern, wenn sie diese dazu auffordern.

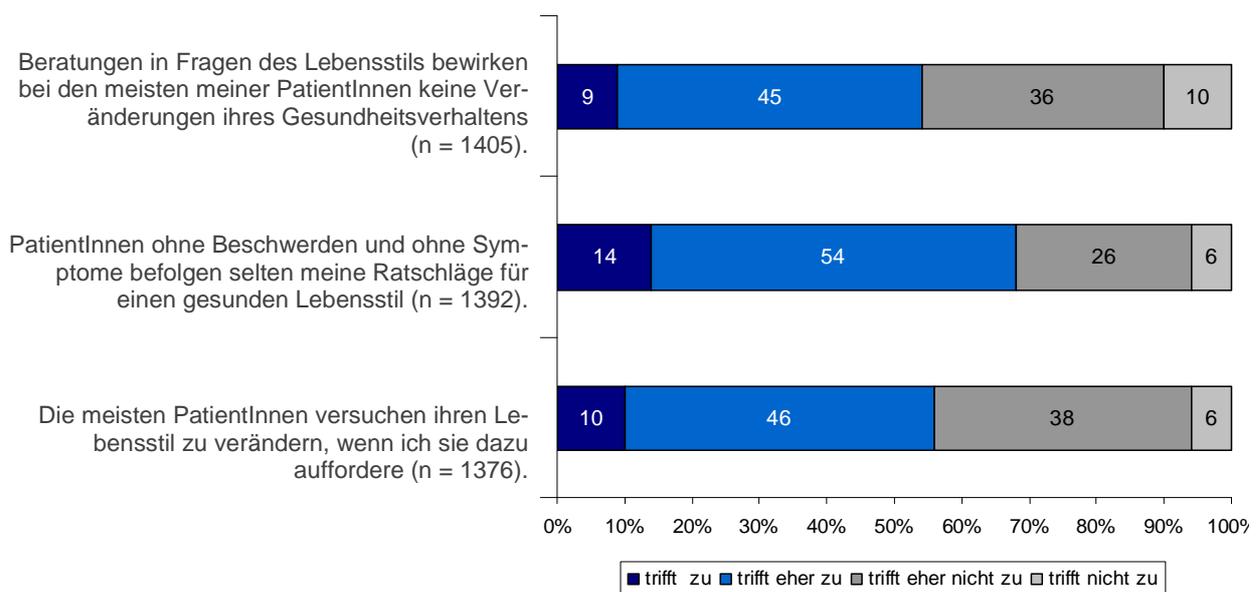


Abbildung 34: Lebensstilberatung.

Den meisten ÄrztInnen ist es möglich, die von ihnen im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung angewiesenen Maßnahmen, wie etwa Empfehlungen zum Lebensstil oder Überweisungen zu Fachkollegen, nachzuverfolgen. Für 13.3 % trifft dies immer zu, für 60.5 % oft (Abbildung 35).

Wie häufig ist es Ihnen möglich, von Ihnen im Rahmen der VU Neu angewiesene Maßnahmen (Empfehlungen, Überweisungen ...) Ihrer PatientInnen nachzuverfolgen?

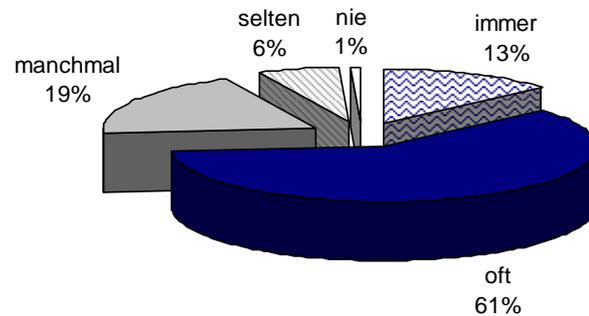


Abbildung 35: Nachverfolgen angewiesener Maßnahmen (n = 1438).

3.8 Schulung

Für ÄrztInnen, die mit Beginn der VU Neu in ein Vertragsverhältnis genommen werden, besteht die Pflicht, eine Schulung zu den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung zu besuchen. Allerdings halten beinahe drei Viertel der ÄrztInnen (73.4 %) aufgrund ihrer Erfahrungen und Kompetenzen eine zusätzliche Schulung für die Vorsorgeuntersuchung nicht für notwendig. In etwa eben so viele (72.1 %) empfinden eine Schulung als nicht notwendig, da sie sich die Inhalte im Selbststudium erarbeiten können. Die Hälfte der Befragten (50.2 %) meint außerdem, dass die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung Techniken erfordere, welche nicht in Schulungen erworben werden könnten. Wieder ca. drei Viertel (73.8 %) halten Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger und fast alle Befragten, nämlich 91.2 % fühlen sich für die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung ausreichend geschult (Abbildung 36).

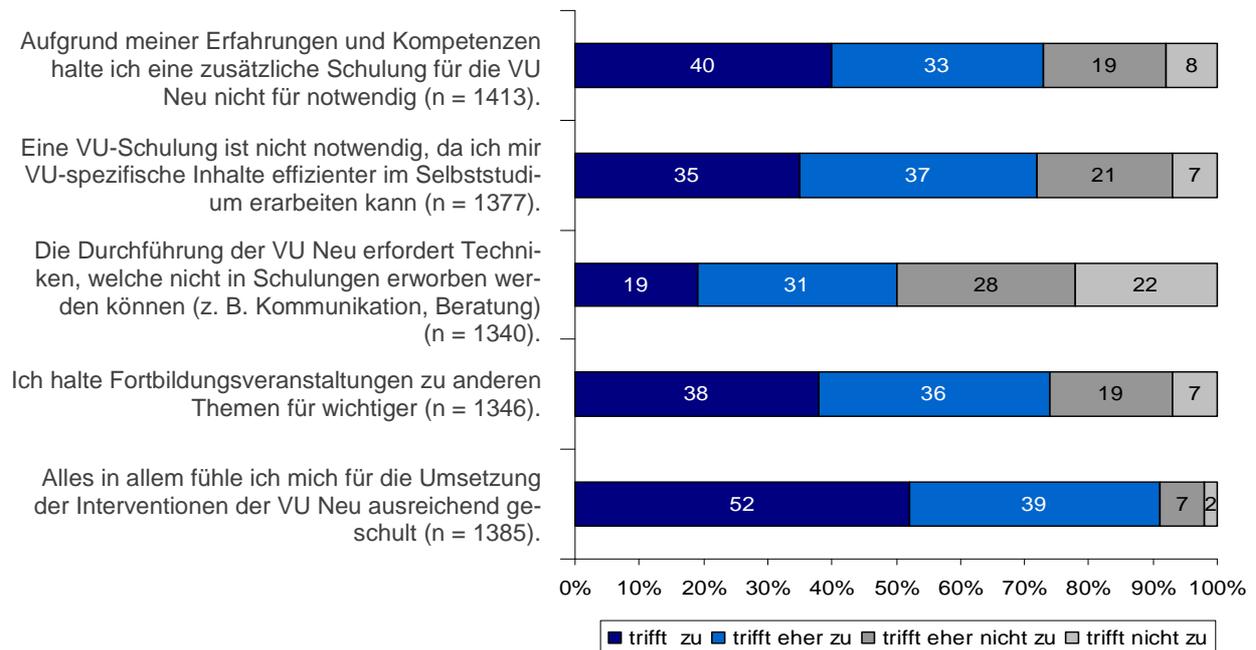


Abbildung 36: Ärztliche Schulung zur Vorsorgeuntersuchung.

29.0 % der befragten ÄrztInnen geben an, zur Teilnahme an einem VU Neu-Einführungsseminar verpflichtet gewesen zu sein (Abbildung 37). Die restlichen 71.0 % wurden gefragt, ob sie freiwillig an einer solchen Fortbildungsveranstaltung teilgenommen haben. Von ihnen gibt ein Viertel (25.6 %) an, ein VU Neu-Einführungsseminar besucht zu haben (Abbildung 38).

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

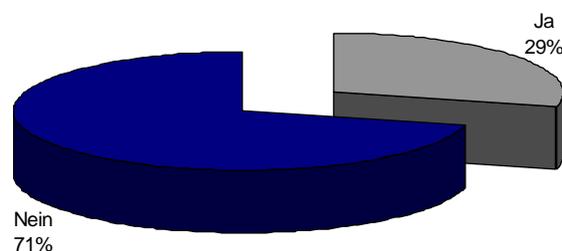
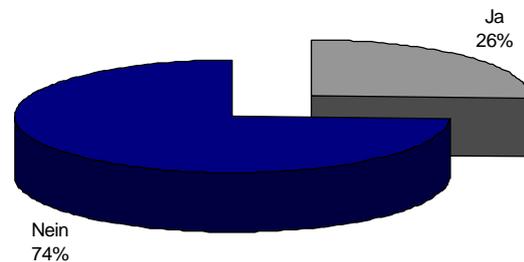


Abbildung 37: Verpflichtende Schulungsteilnahme (n = 1429).

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



Anmerkung: Nur jene, die nicht zur Teilnahme verpflichtet waren.

Abbildung 38: Freiwillige Schulungsteilnahme (n = 1009).

Jene Personen, die eine Schulungsveranstaltung besucht haben, wurden mit drei Aussagen, die Reaktionen auf diesen Besuch wiedergeben, konfrontiert. Etwas mehr als die Hälfte (56.8 %) gibt an, dass ihr Wissen dadurch vertieft wurde. 62.9 % würden die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung mit Inhalten zur Vorsorgeuntersuchung ihren KollegInnen empfehlen und immerhin 38.1 % berichten, dass sich durch das Einführungsseminar in die Vorsorgeuntersuchung Neu ihre Einstellung dazu positiv verändert hat (Abbildung 39).

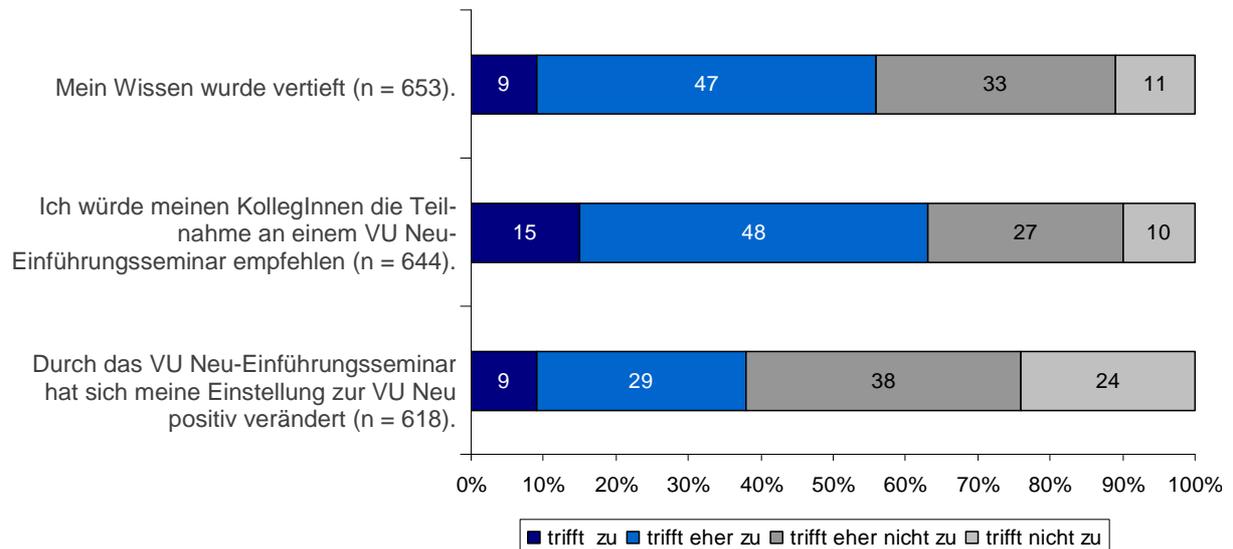


Abbildung 39: Reaktionen auf das VU Neu-Einführungsseminar.

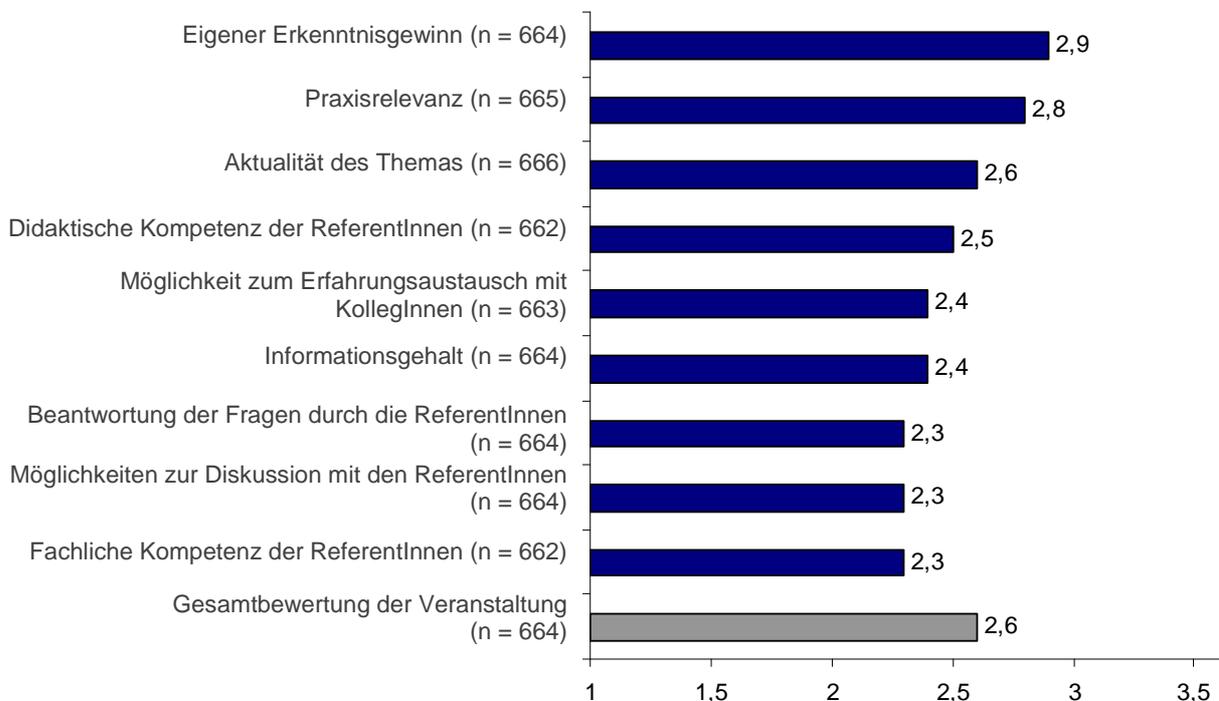
Den ÄrztInnen wurde in Form einer offenen Frage die Möglichkeit gegeben, Vorschläge zur Verbesserung der VU Neu-Schulungsmaßnahmen mitzuteilen. Insgesamt haben 194 Personen das offene Textfeld genutzt, um Unterschiedliches anzumerken. Von diesen Anmerkungen haben sich allerdings nur sechs auf die Thematik „Schulungsmaßnahmen“ bezogen. Die restlichen 188 Anmerkungen betreffen unterschiedliche Aspekte der Vorsorgeuntersuchung, wie z. B.: „Aus meiner Sicht hat der

zahnärztliche Befund in der VU nichts verloren“. Die sechs Anmerkungen zu Schulungsmaßnahmen sind in folgender Tabelle wörtlich wiedergegeben:

Tabelle 9: Verbesserungsvorschläge zu VU Neu-Schulungsmaßnahmen.

Statements der ÄrztInnen
Schulung in Kleingruppen mit max. 5-10 TN (Austausch von Argumenten statt Übermittlung von Wissen); Schulungsleiter sollte Ausbildung in public health haben
Optimal wären Wochenendkurse i.S. von FAM mit einem Update der neuesten Erkenntnisse der Praeventivmedizin, Schulung in Kurzinterventionen bezüglich Alkohol- und Nikotinanhängigkeit und der Möglichkeit interaktiver Bearbeitung der diversen Themenbereiche
Halte Schulung grundsätzlich für nicht notwendig. Besser wäre eine Reform des Medizinstudiums insgesamt
Eigentlich sollte die eigene Ausbildung ausreichen, um den Anforderungen für eine sinnvolle Vorsorgeuntersuchung zu genügen
Mehr Erfahrungsaustausch mit Kollegen
Schulung abschaffen, Ärzte jährlich über Vorsorge-Evidenz informieren

Dem österreichischen Schulnotensystem entsprechend haben die ÄrztInnen unterschiedliche Elemente des VU Neu-Einführungsseminars beurteilt. Die Beurteilung liegt zwischen gut (2) und befriedigend (3). Mit 2.9 am schlechtesten wurde der eigene Erkenntnisgewinn bewertet, mit 2.3 am besten die fachliche Kompetenz der ReferentInnen. Die Gesamtbewertung der Veranstaltung erhält die Note 2.6 (Abbildung 40).



Anmerkung. 1 = sehr gut. 2 = gut. 3 = befriedigend. 4 = genügend. 5 = nicht genügend.

Abbildung 40: Bewertung des VU Neu-Einführungsseminars.

88.2 % geben an, bei der Schulungsveranstaltung Unterlagen erhalten zu haben (Abbildung 41). 5.9 % beurteilen diese mit sehr gut, 50.3 % mit gut. Ca. ein Drittel der Befragten vergibt für die Unterlagen die Bewertung „befriedigend“, 6.7 % „genügend“ und neun Personen, das sind 1.5 %, „nicht genügend“ (Abbildung 42).

Haben Sie Unterlagen erhalten?

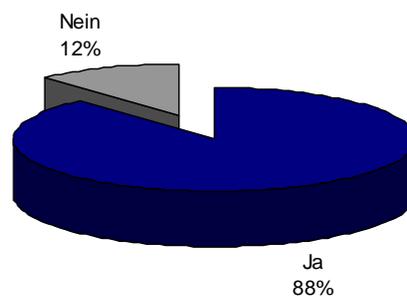


Abbildung 41: Erhalt von Schulungsunterlagen (n = 677).

Wie bewerten Sie die Unterlagen?

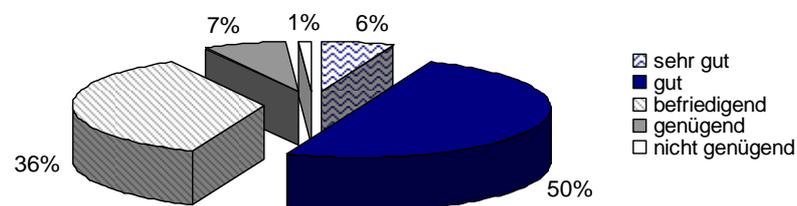


Abbildung 42: Bewertung der Schulungsunterlagen (n = 595).

3.9 Zufriedenheit

46.8 % der ÄrztInnen geben an, alles in allem mit der Vorsorgeuntersuchung zufrieden zu sein, 2.3 % sind sehr zufrieden. 34.4 % der Befragten äußern, dass sie mit der Vorsorgeuntersuchung weder zufrieden noch unzufrieden sind. Unzufrieden sind 12.9 % und 3.6 % geben an, sogar sehr unzufrieden zu sein. Auch wenn der Anteil jener ÄrztInnen, der sich neutral zur Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung äußert, mit einem guten Drittel hoch ist, überwiegen die positiven Angaben zur Zufrieden-

heit mit einem Gesamtwert von 49.1 %. Die Extremwerte „sehr zufrieden“ und „sehr unzufrieden“ werden selten genannt (Abbildung 43).

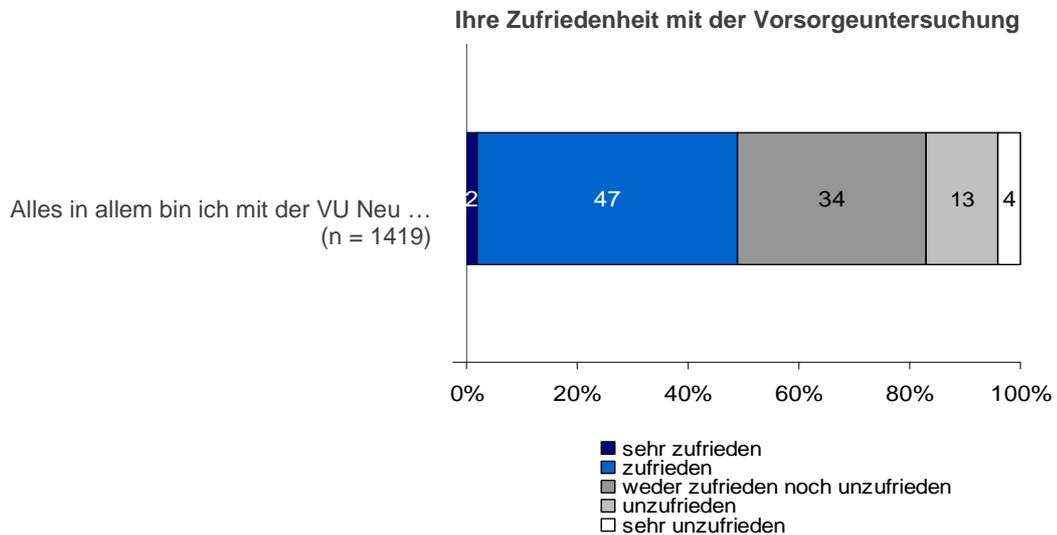
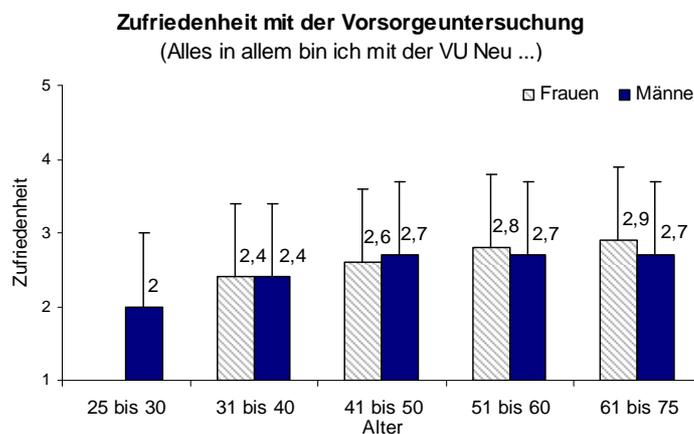


Abbildung 43: Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung.

Die Ergebnisse der zweifaktoriellen, univariaten Varianzanalyse mit den Faktoren Geschlecht und Alter zeigen im Durchschnitt eine tendenzielle Abnahme der Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung mit steigendem Alter. Diese Tendenz ist bei Frauen deutlicher ausgeprägt (Abbildung 44).



Anmerkung: 1 = sehr zufrieden, 2 = zufrieden, 3 = weder zufrieden noch unzufrieden, 4 = unzufrieden, 5 = sehr unzufrieden.

Abbildung 44: Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung (Mittelwerte und eine Standardabweichung) in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (n = 1401).

Hinsichtlich des abgefragten Teilbereichs zu den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung dominieren hohe Zufriedenheitswerte. Am positivsten mit insgesamt 70.1 % wird die Schwerpunktsetzung auf die Prä-

vention kardiovaskulärer Erkrankungen bewertet. 65.9 % sind auch mit dem Schwerpunkt der ärztlichen Beratung zum Lebensstil zufrieden bzw. sehr zufrieden (Abbildung 45).

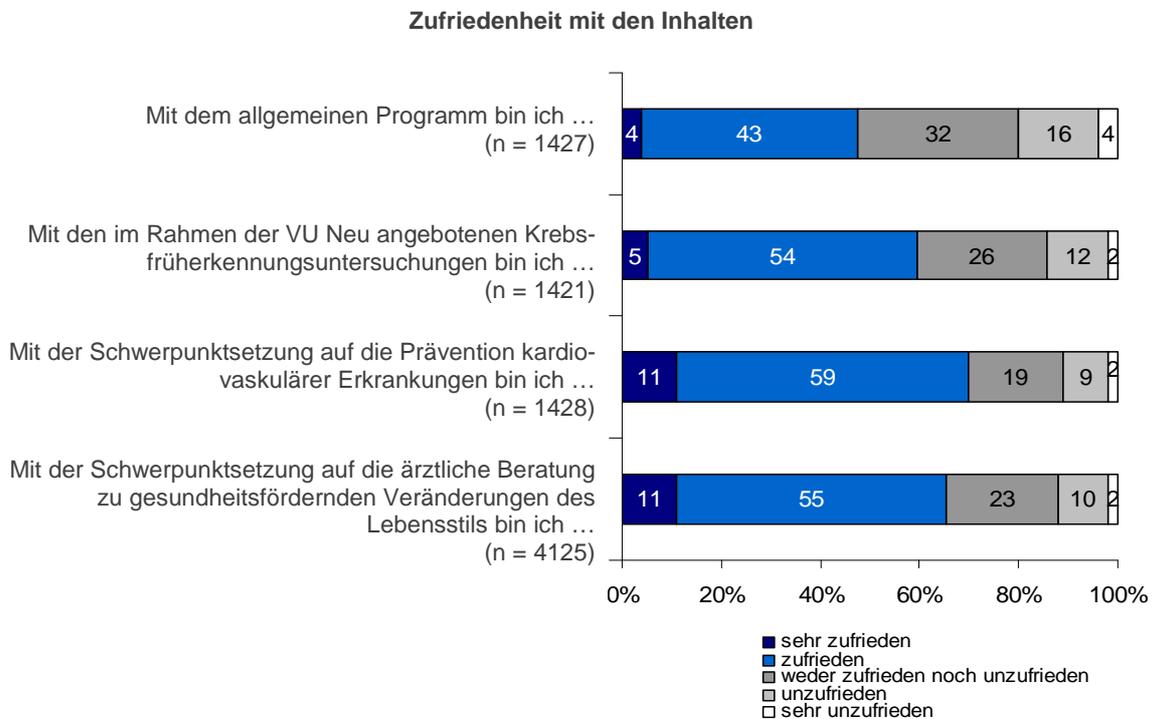


Abbildung 45: Zufriedenheit mit den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung.

Die Zufriedenheitswerte zu den Rahmenbedingungen wie verfügbare Zeit für die Durchführung und das Abschlussgespräch, elektronische Dokumentation, Honorierung der Vorsorgeuntersuchung und Abrechnungsmodalitäten fallen etwas negativer aus als die Zufriedenheit mit den Inhalten der Vorsorgeuntersuchung. Am unzufriedensten sind die ÄrztInnen mit der Honorierung der VU Neu. 29.7 % geben an, damit unzufrieden zu sein und 10.5 % sind sogar sehr unzufrieden. 47.8 % äußerten ihre Zufriedenheit mit den zeitlichen Ressourcen für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung, etwas mehr als die Hälfte der ÄrztInnen (54.6 %) ist auch mit der Zeit, die für das Abschlussgespräch mit den PatientInnen zur Verfügung steht, zufrieden (Abbildung 46).

Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen

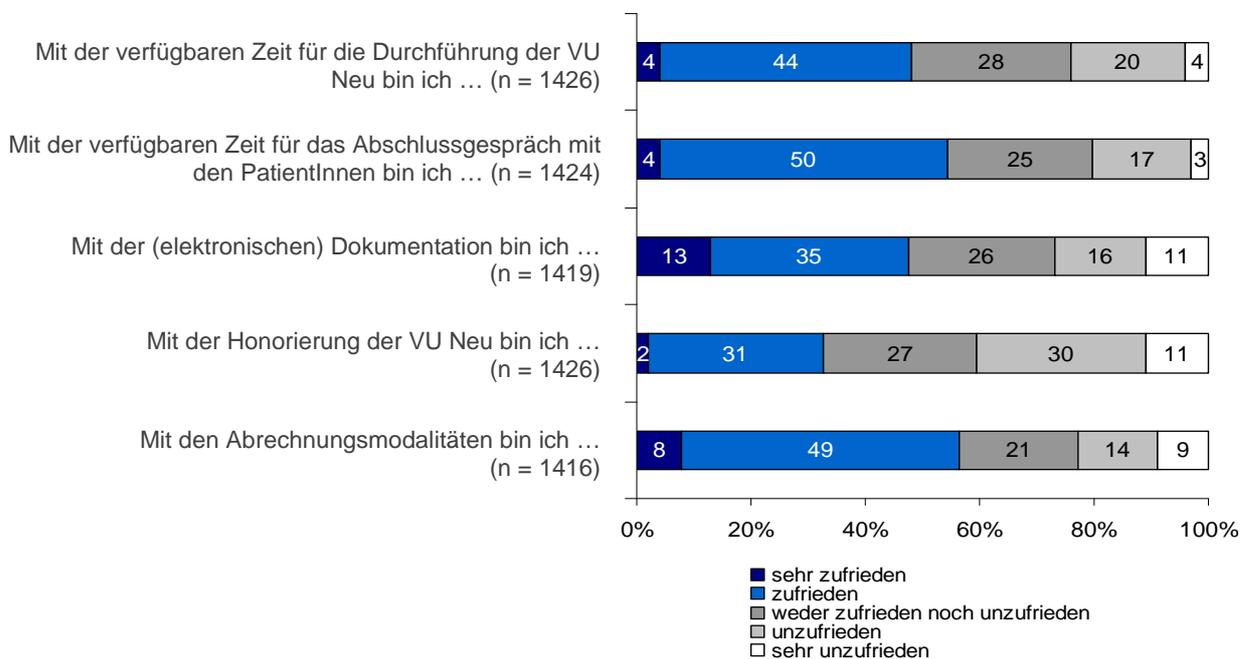


Abbildung 46: Zufriedenheit mit den Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchung.

Hinsichtlich der Materialien der Vorsorgeuntersuchung sticht die vergleichsweise hohe Unzufriedenheit mit dem Alkoholfragebogen ins Auge: 34.2 % geben an, damit unzufrieden zu sein und 22.3 % sind sogar sehr unzufrieden mit dem Alkoholfragebogen. Die Risikotafeln hingegen erhalten die meisten positiven Werte: Insgesamt 55.7 % sind zufrieden bzw. sehr zufrieden mit diesen Instrumenten zur Einschätzung des kardiovaskulären Gesamtrisikos. Sowohl „Ärztbroschüre“ als auch „wissenschaftliche Grundlagen“ werden mit 47.3 % bzw. 51.4 % am häufigsten neutral beurteilt: Die ÄrztInnen sind weder zufrieden noch unzufrieden mit diesen Materialien (Abbildung 47).

Zufriedenheit mit den Materialien

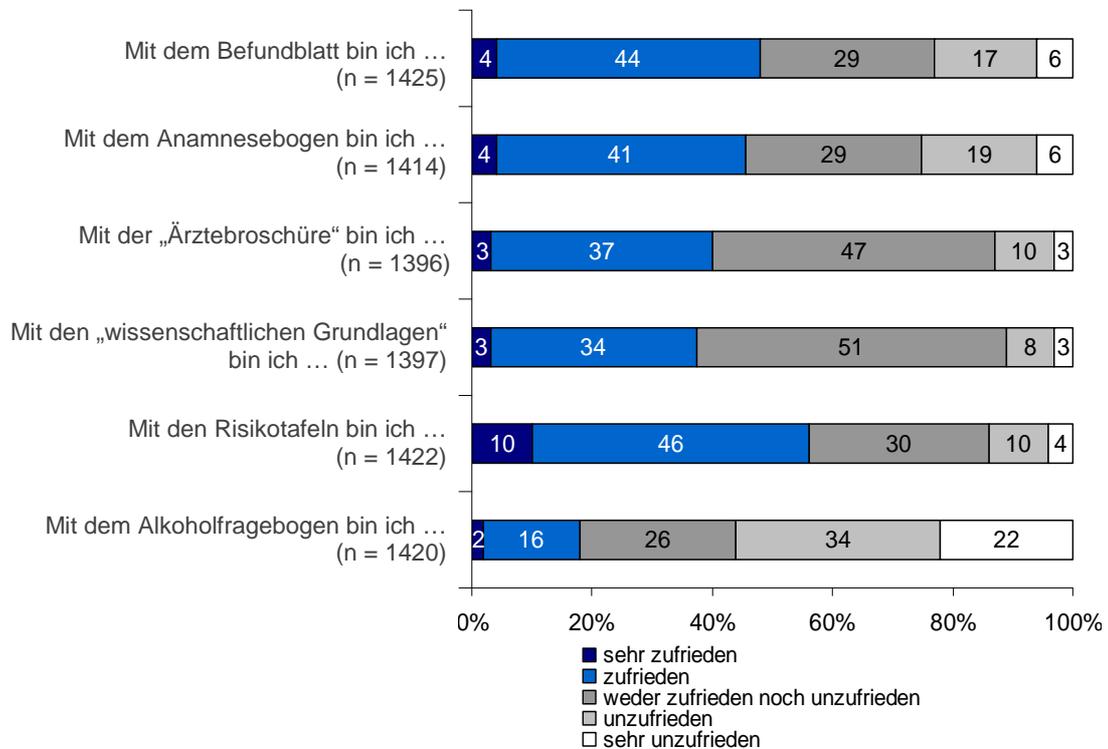


Abbildung 47: Zufriedenheit mit den Materialien der Vorsorgeuntersuchung.

Schließlich wurden die ÄrztInnen um eine Gesamt-Beurteilung der Vorsorgeuntersuchung Neu gebeten. Wie Abbildung 48 zeigt, finden insgesamt 81.2 %, dass die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form eine sinnvolle bzw. eher sinnvolle Versorgungsleistung darstellt. Ein Sechstel der Befragten (16.9 %) hingegen beurteilt sie als eher nicht bzw. nicht sinnvoll.

Wie beurteilen Sie die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form?

Ich beurteile sie als ...

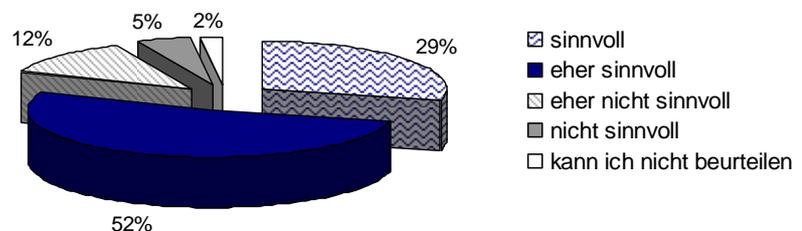


Abbildung 48: Beurteilung der Vorsorgeuntersuchung (n = 1437).

3.10 Offene Anmerkung zur VU Neu

341 ÄrztInnen nutzten die Möglichkeit, Anmerkungen zur Vorsorgeuntersuchung zu machen. Diese Kommentare wurden mithilfe des Softwareprogramms MAXqda 2007 frequenz- und inhaltsanalytisch ausgewertet. Sowohl den Kommentaren einer Person als auch einem Kommentar wurden mehrere Codes zugewiesen. Insgesamt ergab sich durch dieses Verfahren des offenen Codierens und Codierens mit Codes aus dem Kategoriensystem eine Anzahl von 1003 Codes. Tabelle 10 zeigt die Grundstruktur des Kategoriensystems, beinhaltet Beispiele aus den Kommentaren, eine Generalisierung und die Anzahl der jeweiligen Codes: Am häufigsten wurden von den ÄrztInnen konstruktive Kommentare geäußert. Im Unterschied zu negativen und positiven Kommentaren wurden Äußerungen dann mit dem Code „konstruktiver Kommentar“ versehen, wenn konkrete Vorschläge gebracht wurden, die aus Sicht des jeweiligen Arztes auf eine Verbesserung der Vorsorgeuntersuchung abzielen. Negative Kommentare dagegen erschöpfen sich in einem ablehnenden, teils abfälligen Statement. Als positive Kommentare wurden Aussagen gezählt, die eine grundsätzliche Zustimmung zur Vorsorgeuntersuchung signalisieren und sich auf die Vorsorgeuntersuchung im Allgemeinen beziehen.

Tabelle 10: Grundstruktur des Kategoriensystems (offene Frage)

Kategorie	Ankerbeispiele	Generalisierung	n
Konstruktiver Kommentar	„Der Patient möchte über sich informiert werden, daher wären auch Werte, die keine strenge Evidenz haben, aber dem Patienten das Gefühl der Sicherheit geben, sinnvoll (z. B. Hrse, TSH, EKG, Spiro)“	Veränderung / Verbesserung des Programminhalts	282
Negativer Kommentar	„Anklickserei ist unsinnig“ „Laborblock ein Hohn, Motivation im Keller“	Ablehnung Ärger	201
Positiver Kommentar	„ist sehr okay“, „gut“, „passt“, „grundsätzlich gute Sache“, „muss unbedingt erhalten bleiben“, „mache sehr gerne VU“	Zustimmung	33

Eine Ausdifferenzierung der Kategorie „konstruktiver Kommentar“ ergab eine Reihe inhaltlicher Bereiche, auf die sich die Kommentare beziehen: Am häufigsten wurde eine Erweiterung des Programms der Vorsorgeuntersuchung vorgeschlagen (Tabelle 11).

Tabelle 11: Ausdifferenzierung der konstruktiven Kritik

Konstruktive Kritik	n
Erweiterung des Programms	143
Spezifische Änderungsvorschläge (Einmalnennungen)	45
Beratungsgespräche / Patienteninformationen	24
Dokumentation / Dokumentationsblatt	21
Lebensstil / Prävention	18
Elektronische Dokumentation der Wahlärzte	9
Änderungen am Anamneseblatt	7
Ermittlung des globalen Gesamtrisikos	5
Verschlinkung des Programms	4
Vorschlag: andere Instrumente (ARRIBA, ÖGAM ...)	4
Adäquate Bewerbung der VU Neu	3
Gesamt	282

Tabelle 12 zeigt, welche weiteren Themen von den ÄrztInnen angesprochen wurden. Die Kategorie „Sonstiges“ subsumiert Angaben zum Fachgebiet, Angaben zur Beendigung der Kassentätigkeit, die Bitte um Rückmeldung, Verweise auf Kommentare an anderer Stelle oder Aussagen, die keine eindeutige Zuordnung erlauben bzw. eine hohe Interpretationsleistung erfordern, z. B. „erst müssen wir die Kranken heilen“ oder „Mangel an weiblichen Gynäkologinnen mit allen Kassen“. „Patientenbezogener Kommentar“ beinhaltet jegliche Aussagen, die im Zusammenhang mit dem Patienten bzw. dem Arzt-Patient-Verhältnis getroffen wurden, z. B. „Patienten sind meist vom dürftigen Laborbefund enttäuscht“ oder „eine gewisse Patientennähe sollte gewahrt bleiben“.

Tabelle 12: Thematische Codes

Kategoriensystem – thematische Codes	n
Sonstiges	80
Patientenbezogener Kommentar	75
Elektronische Dokumentation	62
Alkohol-Kurzintervention / Alkoholfragebogen	59
Honorierung	46
Schulung	38
Zeit	29
Definition / Erreichbarkeit der Zielgruppe	22
Vergleich mit Ambulatorien / Angeboten von Krankenkassen	11
Anamneseblatt	13
Wahlarzt	13
PSA-Test	12
Lebensstil / Prävention	10
Ermittlung des globalen Gesamtrisikos / Risikotafeln	8
Datenschutz	5
Wissenschaftliches Begleitmaterial	4
Konstruktiver Kommentar	282
Negativer Kommentar	201
Positiver Kommentar	33
Gesamt	1003

Das Text Retrieval, d. h. die Suche nach Überschneidungen der Codes „negativer Kommentar“ und „positiver Kommentar“ mit thematischen Codes zeigt folgendes Ergebnis: Negative Kommentare beziehen sich am häufigsten (37 Mal) auf die elektronische Dokumentation („Elektronische Datenerhebung sinnlos“), 31 Mal ist ein negativer Kommentar mit einem patientenbezogenen Kommentar verknüpft („Eine Vorsorgeuntersuchung ohne EKG ist eine Zumutung für den Patienten“). 30 Mal bezieht sich ein negativer Kommentar auf die Alkohol-Kurzintervention bzw. den Alkoholfragebogen („Alkoholfragebogen völlig sinnlos und realitätsfern“), 19 negative Äußerungen beziehen sich auf die Honorierung der Vorsorgeuntersuchung („Zahlt sich finanziell überhaupt nicht aus“), 15 Kommentare betreffen die Schulung („Bitte kein allgemein gehaltenes Bla, Bla, sondern ein ausführliches Durcharbeiten der neuen Unterlagen“), 13 Mal wird auf Zeitmangel rekurriert („Extrem hoher Zeitaufwand“) und sieben negative Kommentare betreffen das Anamneseblatt („Der Anamnesebogen ist grafisch unübersichtlich“) (Tabelle 13).

Positive Kommentare beziehen sich drei Mal auf die elektronische Dokumentation („Grundsätzlich gute Strukturierung der elektronischen Eingaben“) und einmal auf die Prävention („Das Programm der VU zur Prävention finde ich besser als vorher“) (Tabelle 13).

Tabelle 13: Text Retrieval

Negativer Kommentar	n
Elektronische Dokumentation	37
Patientenbezogener Kommentar	31
Alkohol-Kurzintervention/Alkoholfragebogen	30
Honorierung	19
Schulung	15
Zeit	13
Anamneseblatt	7
Positiver Kommentar	
Elektronische Dokumentation	3
Prävention	1

3.11 Bundesländervergleich

Der Vergleich nach Bundesländern zeigt kaum statistisch signifikante Unterschiede in den Ergebnissen. Einige Auffälligkeiten werden im Folgenden dargestellt.

3.11.1 Dokumentation

Hinsichtlich der Dokumentationsform zeigt sich, dass Vorarlberger ÄrztInnen mit 8.6 % am seltensten auf Papier dokumentieren und gemeinsam mit ÄrztInnen aus dem Burgenland, unter denen 9.4 % auf Papier dokumentieren, deutlich unter dem durchschnittlichen Anteil von 19.1 % an ÄrztInnen, welche die Papiervariante bevorzugen, liegen. Mit 31.5 %, 30.6 % und 25.5 % liegen Wien, Kärnten und Niederösterreich deutlich darüber (Abbildung 49). Der Anteil an Wahl- und VertragsärztInnen ist in den jeweiligen Bundesländern in etwa gleich verteilt (25 % : 75 %).

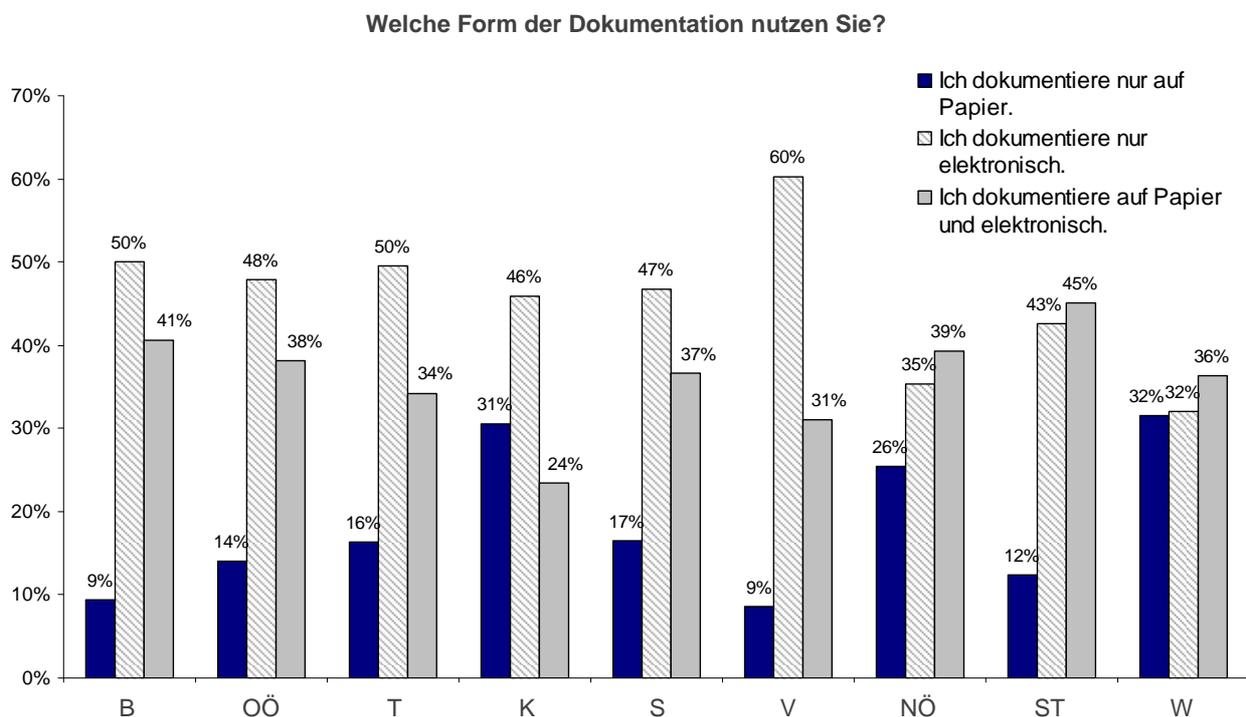


Abbildung 49: Dokumentationsform nach Bundesländern.¹¹

¹¹ Für diese wie für einige der folgenden Abbildungen des Kapitels gelten die allgemein gebräuchlichen Abkürzungen für die österreichischen Bundesländer.

Wie Abbildung 50 zeigt, trifft es für Vorarlberger ÄrztInnen mit 82.4 % am häufigsten zu, dass sich die Dokumentationsqualität durch die elektronische Dokumentation verbessert hat.

Insgesamt hat sich die Dokumentationsqualität verbessert.

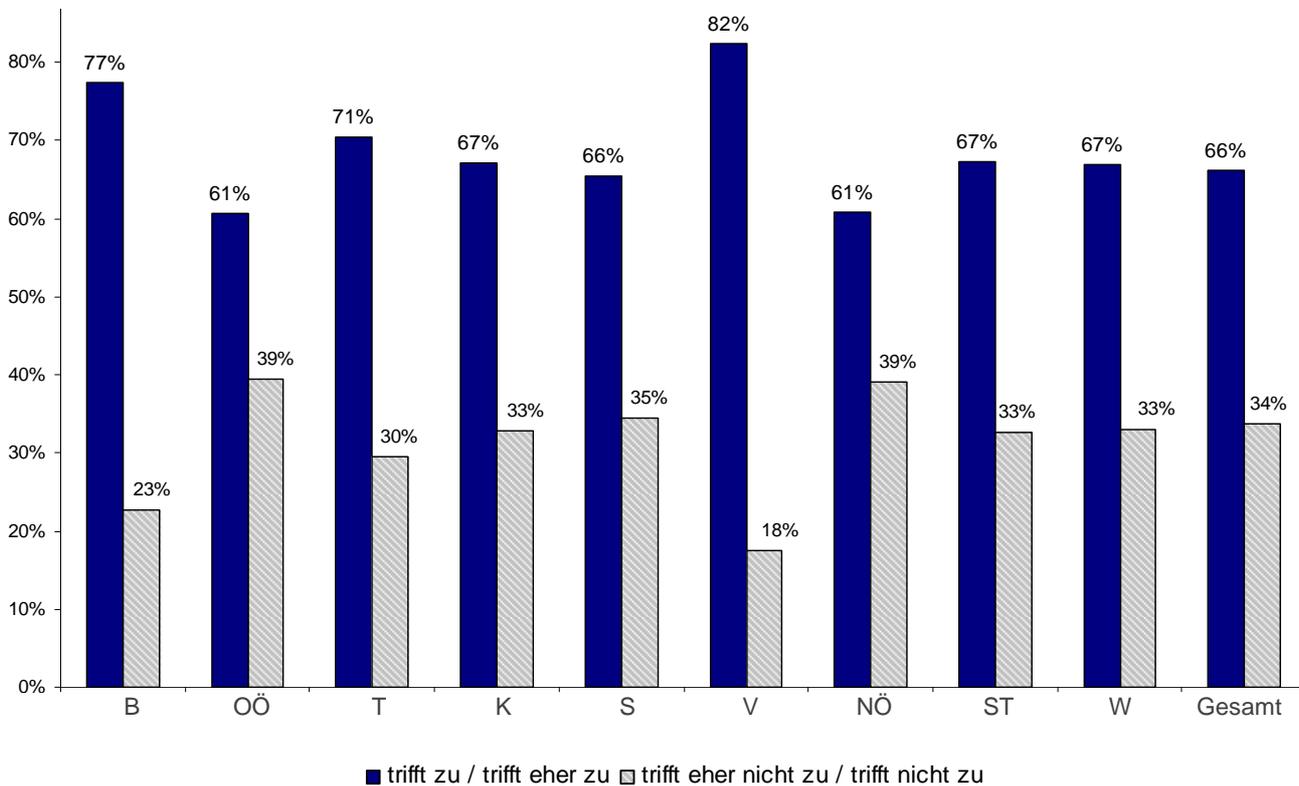
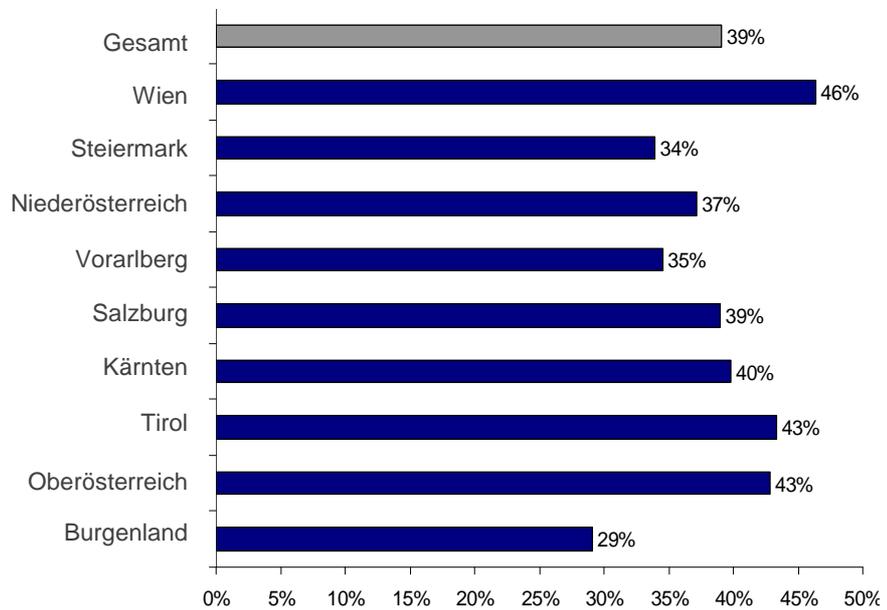


Abbildung 50: Verbesserung der Dokumentationsqualität nach Bundesländern.

Durchschnittlich (Gesamt) äußern 39.2 % der Befragten datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Datenübermittlung. Mit 46.4 % liegt Wien deutlich über dem Durchschnitt. Auch ÄrztInnen mit Praxis in Tirol, Oberösterreich und Kärnten geben häufiger als der Durchschnitt an, diesbezügliche Bedenken zu haben (Abbildung 51).

Haben Sie datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde der VU Neu?



Anmerkung: Ja-Antworten.

Abbildung 51: Datenschutzrechtliche Bedenken nach Bundesländern.

3.11.2 Alkoholfragebogen

Durchschnittlich wird der Alkoholfragebogen von 36.5 % der Befragten regelmäßig verwendet. In Niederösterreich zählen 46.4 % der ÄrztInnen zu den regelmäßigen AnwenderInnen des Alkoholfragebogens. Auch Wiener ÄrztInnen geben mit 41.6 % verhältnismäßig häufig an, den Fragebogen immer bzw. oft zu verwenden (Abbildung 52).

Wie häufig verwenden Sie den Alkoholfragebogen?

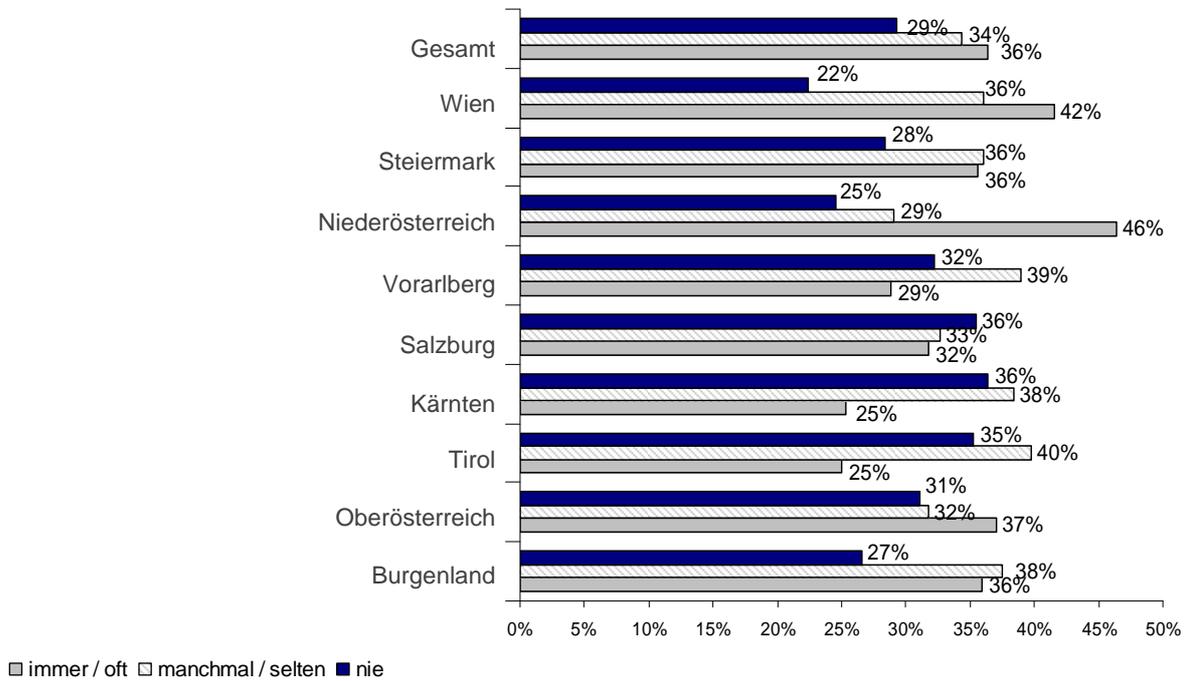


Abbildung 52: Verwendung des Alkoholfragebogens nach Bundesländern.

Durchschnittlich geben 73.9 % an, der Alkoholfragebogen sei nicht brauchbar. Dies trifft besonders für Vorarlberger ÄrztInnen zu, von denen 85.7 % der Meinung sind, der AUDIT-GMAT stellt ein nicht brauchbares Screening-Instrument dar (Abbildung 53).

Der Fragebogen ist für mich als Screening-Instrument nicht brauchbar.

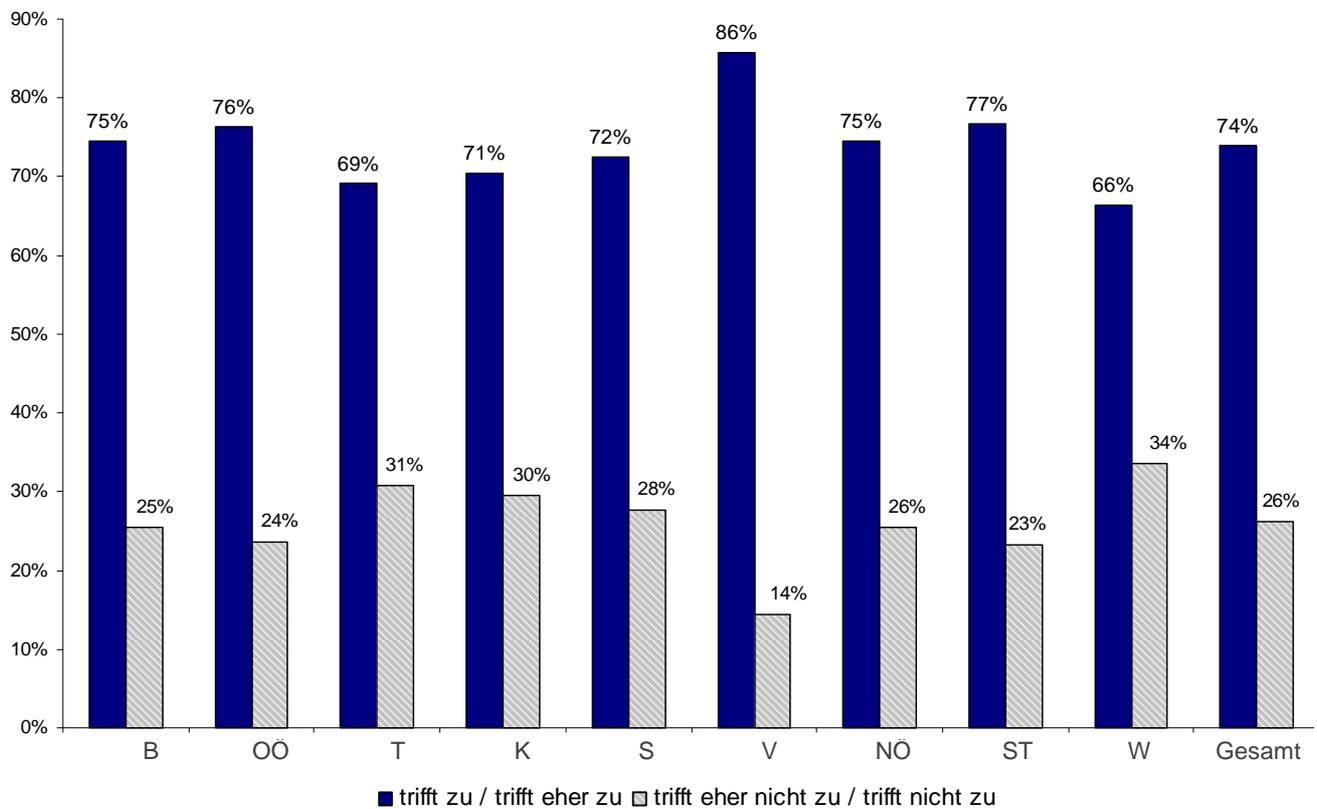
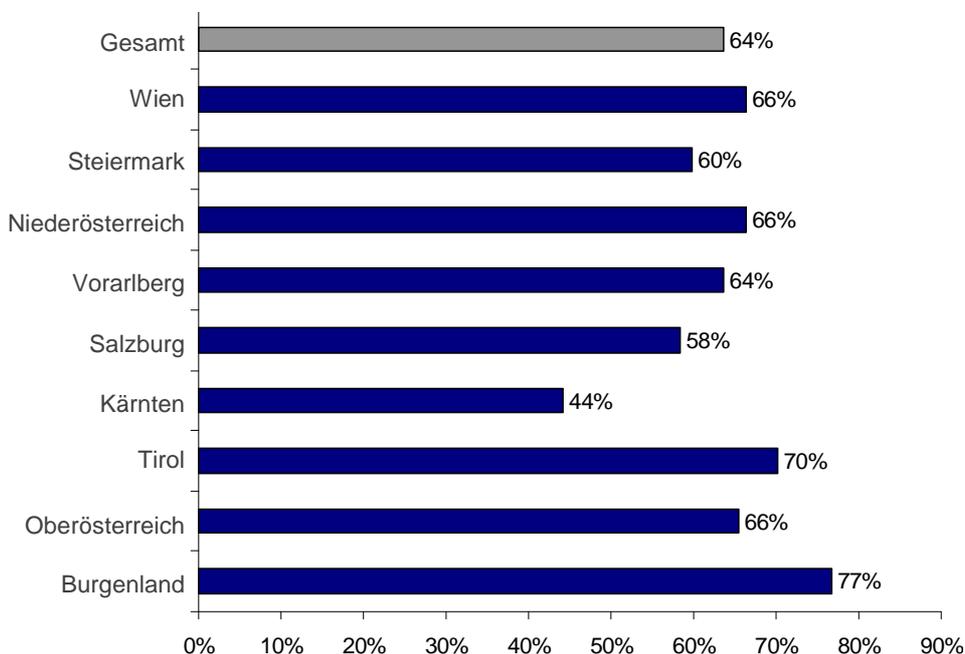


Abbildung 53: Brauchbarkeit des Fragebogens nach Bundesländern.

3.11.3 Informierte Entscheidungsfindung

Hinsichtlich der Frage zu den Themen, die in Aufklärungsgesprächen über den PSA-Test mit dem Patienten besprochen werden, fällt auf, dass Kärntner ÄrztInnen mit 44.1 % am seltensten angeben, ihre Patienten über die Risiken des Screenings aufzuklären (Abbildung 54). Mit 73.2 % am häufigsten klären Vorarlberger ÄrztInnen ihre Patienten über die Evidenz bzw. fehlende Evidenz für einen Gesundheitsnutzen durch das Screening auf (Abbildung 55).

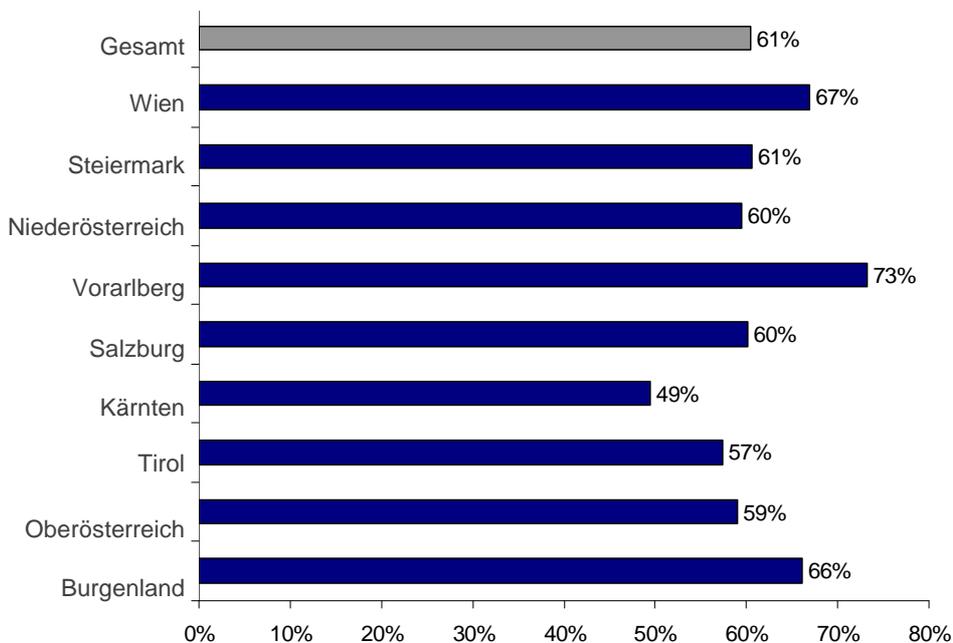
Besprechung der Risiken des PSA-Screenings



Anmerkung: Ja-Antworten.

Abbildung 54: Aufklärung über die Risiken des PSA-Screenings nach Bundesländern.

Besprechung der Evidenz des PSA-Screenings



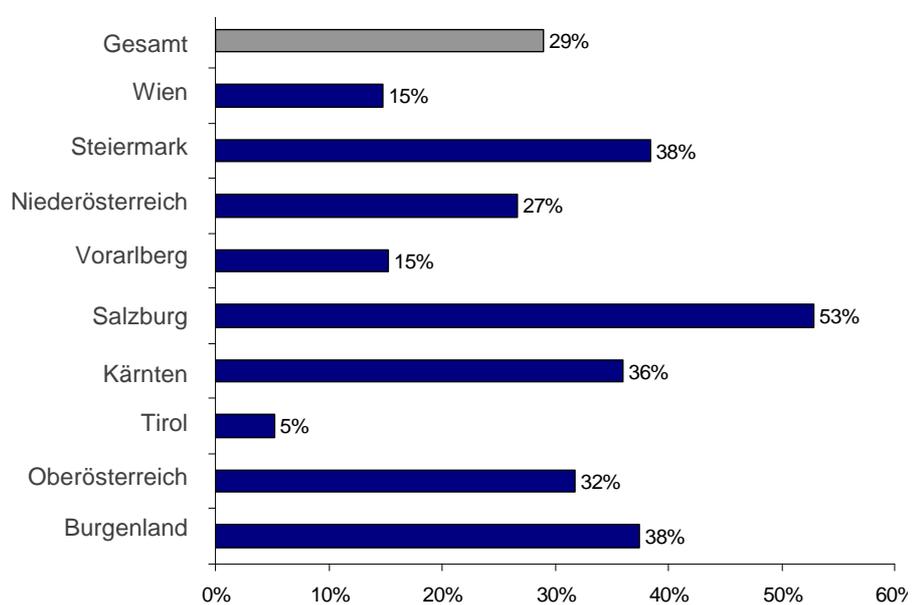
Anmerkung: Ja-Antworten.

Abbildung 55: Aufklärung über die Evidenz für einen Gesundheitsnutzens (PSA-Test) nach Bundesländern.

3.11.4 Schulung

Hinsichtlich der Frage nach der verpflichtenden Teilnahme eines VU Neu-Einführungsseminars schwanken die Ergebnisse zwischen 52.8 % und 5.2 %. Nur 5.2 % der befragten ÄrztInnen mit Praxis in Tirol haben verpflichtend an einer Schulungsmaßnahme teilgenommen, dagegen waren 52.8 % der Salzburger ÄrztInnen dazu verpflichtet, an einer Schulung teilzunehmen (Abbildung 56).

Waren Sie dazu verpflichtet, an einem VU Neu-Einführungsseminar teilzunehmen?

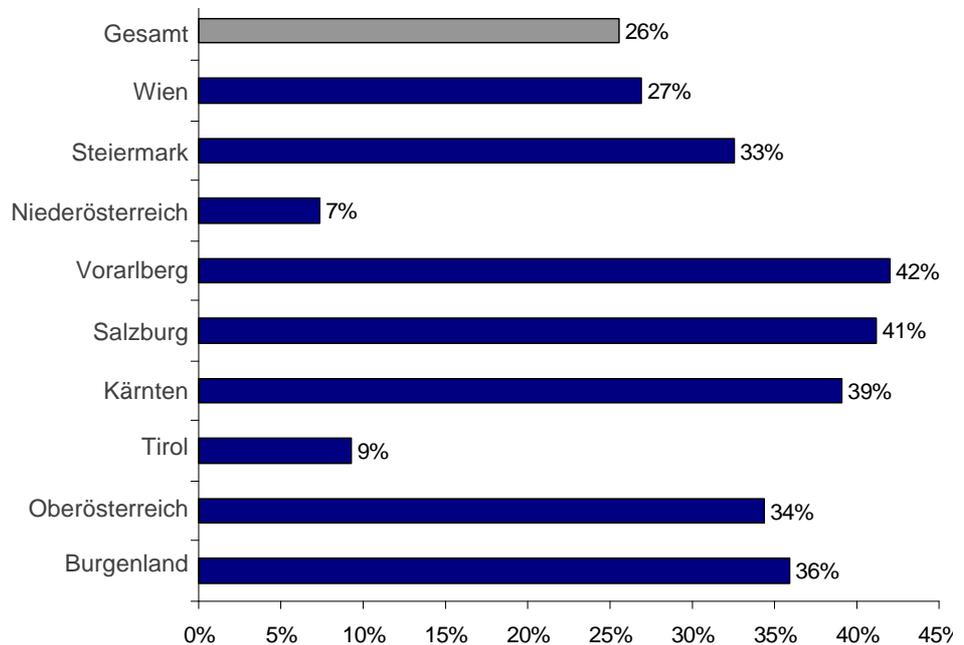


Anmerkung: Ja-Antworten.

Abbildung 56: Verpflichtende Schulungsteilnahme nach Bundesländern.

In Vorarlberg haben mit 42.0 % am meisten ÄrztInnen freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar teilgenommen, mit 7.4 % am seltensten ÄrztInnen aus Niederösterreich (Abbildung 57).

Haben Sie freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar teilgenommen?



Anmerkung: Ja-Antworten.

Abbildung 57: Freiwillige Schulungsteilnahme nach Bundesländern.

3.11.5 Zufriedenheit und Gesamtbewertung

Die durchschnittliche Zufriedenheit der ÄrztInnen aller Bundesländer liegt zwischen den Kategorien „zufrieden“ (2) und „weder zufrieden noch unzufrieden“ (3). Mit einem durchschnittlichen Wert von 2.3 sind ÄrztInnen aus dem Burgenland am zufriedensten mit der Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form. Die Zufriedenheitswerte der ÄrztInnen aller übrigen Bundesländer weisen mit Werten zwischen 2.5 und 2.9 eine stärker neutrale Ausrichtung auf (Tabelle 14).

Tabelle 14: Zufriedenheitswerte nach Bundesländern.

	Anzahl	Mittelwert	Standardabweichung
Burgenland	64	2.3	1.1
Oberösterreich	264	2.8	1.2
Tirol	135	2.7	1.2
Kärnten	98	2.7	1.1
Salzburg	106	2.5	1.1
Vorarlberg	58	2.7	1.2
Niederösterreich	271	2.9	1.2
Steiermark	247	2.9	1.2
Wien	153	2.8	1.3
Gesamt	1396	2.8	1.2

Anmerkung: 1 = sehr zufrieden. 2 = zufrieden. 3 = weder zufrieden noch unzufrieden. 4 = unzufrieden. 5 = sehr unzufrieden.

Insgesamt beurteilen 82.7 % der befragten ÄrztInnen die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form als sinnvolle Versorgungsleistung. Mit 76.4 % und 77.3 % am seltensten sind ÄrztInnen aus Niederösterreich bzw. der Steiermark dieser Meinung. Mit 90.5 % und 89.6 % liegt der Anteil der ÄrztInnen aus dem Burgenland und Tirol, die die Vorsorgeuntersuchung als sinnvoll bzw. eher sinnvoll erleben, über dem Durchschnitt (Abbildung 58).

Wie beurteilen Sie die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form? Ich beurteile sie als ...

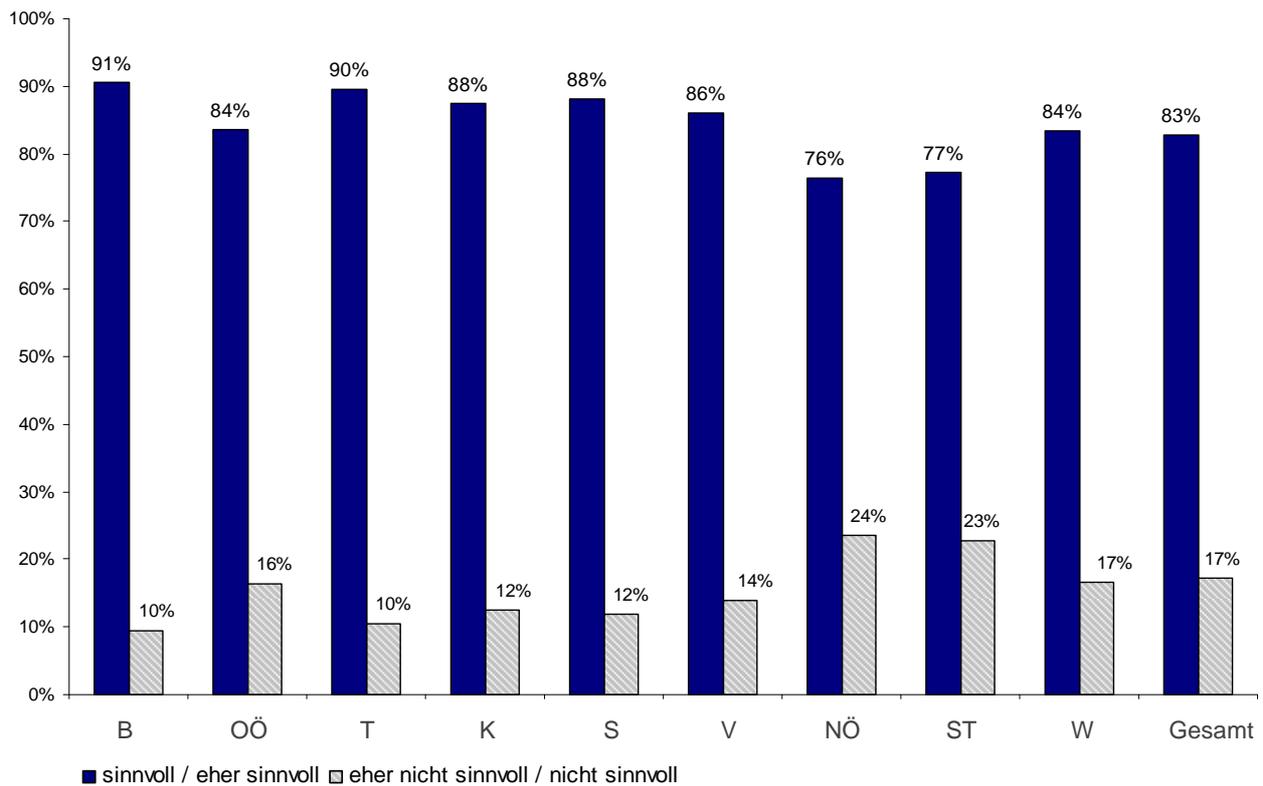


Abbildung 58: Gesamtbeurteilung nach Bundesländern.

4 Diskussion

4.1 Dokumentation und wissenschaftliches Begleitmaterial

In der gesamtvertraglichen Vereinbarung über die Vorsorgeuntersuchung vom 09.03.2005 zwischen der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) und dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (HVB) wurde die Abwicklung der elektronischen Dokumentation und Übermittlung festgelegt. Ab Oktober 2008 sollen alle Befundblätter (allgemeines Befundblatt, Dokumentationsblatt PAP-Abstrich, Dokumentationsblatt Mammografie) für Vorsorgeuntersuchungen, die ab dem 01.06.2008 durchgeführt wurden, vertragskonform elektronisch übermittelt werden. Liefert der Vertragsarzt trotz gesamtvertraglicher Verpflichtung die Befundblätter ab 01.04.2009 nicht elektronisch, werden die Krankenversicherungsträger unbeschadet der rechtlichen Verpflichtung zur elektronischen Lieferung den Betrag von 3,- € vom Honorar für die Untersuchung einbehalten. Nun geben aber 19 % der Befragten an, nach wie vor ausschließlich auf Papier zu dokumentieren. Ein Blick auf die Form der Dokumentation nach kurativer Vertragsart zeigt, dass 64 % jener ÄrztInnen, die auf Papier dokumentieren, als WahlärztInnen tätig sind. Dieser signifikante Unterschied im Dokumentationsverhalten zwischen Vertrags- und WahlärztInnen könnte darauf zurückgeführt werden, dass WahlärztInnen aufgrund der fehlenden Anbindung an das e-card System, welche bei VertragärztInnen gegeben ist, mit organisatorischen und zeitlichen Erschwernissen hinsichtlich der Dokumentations- wie Datenübermittlungsmodalitäten belastet sind. Dieser Mehraufwand und die weniger praktikable Form der elektronischen Dokumentation könnten dazu führen, dass die Dokumentation auf Papier nach wie vor bevorzugt wird.

Auch Personen, die datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Datenübermittlung äußern, tendieren dazu, die Papierdokumentation beizubehalten. Von ihnen dokumentieren 21 % auf Papier.

Für jene ÄrztInnen, die elektronisch dokumentieren, kann eine Verbesserung der Dokumentationsqualität und Vereinfachung der Dokumentationsarbeit festgestellt werden. Immerhin die Hälfte der ÄrztInnen stellt auch einen geringeren Zeitaufwand im Vergleich zur Papierdokumentation fest. Ebenfalls ca. die Hälfte gibt an, zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der elektronischen Dokumentation zu sein.

Knapp 40 % äußern Zufriedenheit mit den wissenschaftlichen Begleitmaterialien. 82 % der Befragten sind der Meinung, dass ÄrztInnen, welche die Vorsorgeuntersuchung durchführen, in die Erstellung

dieser Materialien eingebunden werden sollten. Allerdings nur noch 39 % würden sich selbst daran beteiligen. Die Möglichkeit in Form einer offenen Antwort mitzuteilen, welche Eigenschaften wissenschaftlichen Begleitmaterials den ÄrztInnen wichtig wären, wurde nicht genutzt. Sowohl im Rahmen der telefonischen und E-Mail-Hotline während der Erhebungsphase als auch im Kontext der offenen Textfelder des Fragebogens wurde von den ÄrztInnen immer wieder angemerkt, dass die „wissenschaftlichen Grundlagen“ nicht bekannt seien. Da vorausgesetzt wurde, dass die ÄrztInnen diese Handbücher kennen, wurde keine eigene Frage zum Bekanntheitsgrad des wissenschaftlichen Begleitmaterials gestellt.

4.2 Alkohol-Kurzintervention

Neu in die Vorsorgeuntersuchung eingeführt wurde u. a. die Früherkennung von und Kurzberatung zu problematischem Alkoholkonsum, wobei als Screening-Fragebogen eine adaptierte Version des Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-GMAT) eingesetzt werden soll. Der AUDIT wurde ursprünglich als englische WHO-Version im Jahr 2003 zum Einsatz mit einzelnen ProbandInnen in der Hausarztpraxis entwickelt. Er stellt ein Instrument dar, das riskanten Alkoholkonsum ebenso wie Alkoholabhängigkeit identifizieren soll, auf gegenwärtiges Trinkverhalten fokussiert und sich durch rasche und flexible Handhabbarkeit auszeichnet. Der AUDIT-Fragebogen wurde in verschiedenen Ländern getestet und validiert (e.g. Aertgeerts et al., 2001; Moussas et al., 2009; Gache et al., 2005). Als Beispiel seien die Ergebnisse der Griechischen Untersuchung angeführt:

„The Greek version of AUDIT has increased internal reliability and validity. It detects 97 % of the alcohol-dependent individuals and has a high sensitivity and specificity. AUDIT is easy to use, quick and reliable and can be very useful in detection alcohol problems in sensitive population” (Moussas et al., 2009).

Mit diesem Screening-Instrument liegt also ein international standardisiertes, evidenzbasiertes und wirksames Verfahren vor. Wie die Ergebnisse des vorliegenden Berichts zeigen, wird der Fragebogen allerdings nur von ca. einem Drittel der Befragten regelmäßig verwendet. Der Alkoholfragebogen erhält im Vergleich zu den anderen Materialien der Vorsorgeuntersuchung die geringsten Zufriedenheitswerte und wird von den meisten als nicht brauchbares Screening-Instrument betrachtet. Lediglich 18 % berichten, mithilfe des AUDIT ProblemtrinkerInnen identifiziert zu haben, nur ein Viertel stimmt zu, dass mit dem Fragebogen das Thema sinnvoll abgefragt würde.

Obwohl mit dem AUDIT ein evidenzbasiertes, wirksames Verfahren verfügbar ist, wird dieses in der Vorsorgeuntersuchung derzeit nicht routinemäßig implementiert. Vorliegende Daten liefern Hinweise, dass die standardisierte Screening-Komponente wenig Akzeptanz findet und Skepsis gegenüber der grundsätzlichen Wirksamkeit dominiert. Vor allem sehen ÄrztInnen ihre Beziehung zu den PatientInnen gefährdet, da der Fragebogen stigmatisierende Fragen enthält.

Unklar ist, inwieweit Präferenzen für weniger strukturierte bzw. systematische Interventionen mögliche Anknüpfungspunkte für eine verstärkte Integration von evidenzbasierten Kurzinterventionen bei problematischem Alkoholkonsum in der allgemeinmedizinischen Praxis darstellen könnten. Ein qualitätsgesichertes, evidenzbasiertes Gesamtkonzept zur Umsetzung unter Berücksichtigung Ärzte- und Patienten-seitiger Bedürfnisse sollte entwickelt werden.

In der Untersuchung von Lock, Wilson & Kaner (2010) zu Wissen, Einstellungen und Praktiken bezüglich des Umgangs mit alkoholbezogenen Problemen wurden die befragten ÄrztInnen darum gebeten, potenzielle Barrieren der Alkohol-Kurzintervention zu beurteilen. Vier Statements wurden für die vorliegende Untersuchung herangezogen und in deutscher Übersetzung in den Fragebogen aufgenommen. Von diesen vier Items erhielt jene Aussage, dass ÄrztInnen für die Alkohol-Kurzintervention nicht ausreichend geschult seien, in der vorliegenden ebenso wie in der englischen Studie die höchste Zustimmung. Dieses Ergebnis ist interessant, zumal bisherige Daten zeigen, dass österreichische ÄrztInnen im internationalen Vergleich einen geringen Bedarf an Schulungen äußern. Auch für den vorliegenden Bericht gilt, dass ÄrztInnen, fragt man allgemein nach ihrem Schulungsbedarf, sich ausreichend für die Umsetzung der Vorsorgeuntersuchung geschult fühlen. Dass die fehlende Schulung im Zusammenhang mit der Alkohol-Kurzintervention 64.4 % Zustimmung erhält, kann womöglich dadurch erklärt werden, dass das Item allgemein, die gesamte Gruppe der Ärzteschaft betreffend, und nicht persönlich formuliert wurde.

Der Aussage, dass den ÄrztInnen geeignete Screening-Instrumente fehlen, um ProblemtrinkerInnen, die keine offensichtlichen Symptome zeigen, zu identifizieren, stimmen 52 % der befragten ÄrztInnen zu. In der Untersuchung von Lock et al. erreicht diese Barriere nur 28 %. Einen signifikanten Unterschied zeigt das Ergebnis zum Statement „ÄrztInnen glauben, PatientInnen reagieren verärgert, wenn sie nach ihrem Alkoholkonsum gefragt werden“: Mehr als die Hälfte der österreichischen ÄrztInnen stimmt dieser Hürde zu. In der englischen Untersuchung rangiert diese Barriere mit nur 17 % an letzter Stelle. Auffallend für das österreichische Ergebnis ist, dass jene Aussage, welche die Gefährdung der Arzt-Patient-Beziehung betrifft, besonders hohe Zustimmung erhält. Wie bereits die Ergebnisse des Fokusgruppenberichts 2009 (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, 2009) zeigten, wird die Vertrauensbeziehung der ÄrztInnen zu ihren PatientInnen dann besonders betont, wenn tabuisierte Bereiche wie Alkoholkonsum thematisiert werden. Alkoholkonsum gehört in Österreich zum

gesellschaftlichen Alltag und ist Teil der österreichischen Kultur. Die Grenzen zwischen Genuss, Missbrauch und Abhängigkeit sind dabei allerdings häufig fließend. Im Vergleich zu anderen Fragen des Lebensstils ist problematischer Alkoholkonsum im Rahmen der ärztlichen Beratung ein eher selten besprochenes Thema, obwohl ÄrztInnen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen durchaus als ihre Aufgabe sehen. Eine Reihe weiterer Studien bestätigt, dass ÄrztInnen durch Alkohol-Kurzinterventionen eine Gefährdung ihrer Beziehung zu den PatientInnen vermuten (e.g. Lock et al. 2002, Hutchings et al. 2006).

In Anlehnung an Lock, Wilson & Kaner (2010) wurden die befragten ÄrztInnen mit Motivationsaspekten konfrontiert, die ihre Beratungstätigkeit im Zusammenhang mit der Alkohol-Kurzintervention steigern könnten. Während die österreichischen ÄrztInnen angemessene zeitliche Ressourcen (91 %) und eine angemessene Honorierung (88 %) als wichtigste Aspekte anführen, stimmen die in der englischen Studie befragten ÄrztInnen dem Motivationsaspekt „verbesserte Honorierung und Arbeitsbedingungen“ mit nur 39 % zu. Es ist anzunehmen, dass österreichische ÄrztInnen im Vergleich zu ÄrztInnen in englischsprachigen oder skandinavischen Ländern, in denen die Alkohol-Kurzintervention in der Zwischenzeit weiter verbreitet und stärker implementiert ist, schlechter mit Rahmenbedingungen wie Zeit oder Honorar ausgestattet sind. Auch hinsichtlich eines adäquaten Schulungsangebots zur Alkoholberatung als motivierenden Aspekt stimmen die in dieser Untersuchung Befragten häufiger zu. Drei Viertel der ÄrztInnen würden außerdem eine öffentliche Bewusstseinsbildung für alkoholbezogene Risiken als motivierend empfinden.

Eine der Schwierigkeiten bei der Implementierung von standardisierten, evidenzbasierten Screening-Verfahren ist der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis. Evidenz stellt für gewöhnlich nur eine Komponente der Entscheidungsfindung in der ärztlichen Praxis dar. Viele Studien wiederholen sich darin, dass der so genannte „knowledge transfer gap“ (Graham et al., 2007) zwischen forschungsbasiertem Wissen und Praxis groß ist, dessen Überwindung als Herausforderung der Gegenwart und Zukunft gilt. Umso notwendiger ist es, die Bedürfnisse von ÄrztInnen in die Entwicklung eines qualitätsgesicherten, evidenzbasierten Gesamtkonzepts zur Umsetzung der Alkohol-Kurzintervention einzubeziehen.

Eine entscheidende Herausforderung im Kontext der Forschung zur Umsetzung von Alkohol-Kurzinterventionen stellt das Studiendesign dar: Die Mehrheit der durchgeführten Studien ist als Querschnittuntersuchung angelegt. Als notwendig erscheint die Durchführung von Längsschnittuntersuchungen, um Kausalitäten zwischen verschiedenen Variablen analysieren zu können und der Frage nachzugehen, wie sich Einstellung, Verhalten und Wissen der ÄrztInnen in Bezug auf Alkohol-Kurzinterventionen verändern.

Wie die Forschung zur Thematik Alkohol-Kurzintervention weiters zeigt, stellt die ärztliche Schulung eine entscheidende Einflussgröße für deren Umsetzung dar. Der passive Zugang, wie etwa das Verbreiten von Schulungsunterlagen per E-Mail oder per Post stellt zwar die übliche, aber nicht die wirksame Art des Wissenstransfers dar. Aktivere Zugänge (interaktive Treffen, Beratungsstellen, Workshops etc.) erscheinen zwar als die teureren, erweisen sich aber als die effektiveren Methoden der Wissensvermittlung.

Obwohl es letztendlich der einzelne Arzt ist, der darüber entscheidet, ob er seine PatientInnen zu alkoholbezogenen Fragen berät, sollte das Thema Alkohol-Kurzintervention als gesundheitspolitisches Feld systematischer und breiter verankert werden, so dass es auf die Einstellung und das Wissen der ÄrztInnen zurückwirken kann.

4.3 Informierte Entscheidungsfindung

Im Rahmen der Risikokommunikation bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Kontext der Vorsorgeuntersuchung wurde mit deren Erneuerung 2005 das Modell der informierten Entscheidungsfindung vorgeschlagen. Insbesondere für Screening-Verfahren mit kontroversieller Evidenz (Mammografie, PSA-Test) wird von den ÄrztInnen erwartet, der Zielgruppe eine umfassende und ausgewogene, sowohl den Nutzen, Schaden als auch die Risiken thematisierende Aufklärung zu bieten.

Obwohl die Ergebnisse der ersten ÄrztInnenbefragung zeigten, dass von der Mehrheit sowohl über Nutzen als auch über assoziierte Risiken bestimmter Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufgeklärt wird, sollte das Modell der informierten Entscheidungsfindung innerhalb der Vorsorgeuntersuchung nicht als realisiert betrachtet werden. Sowohl die Ergebnisse internationaler Studien als auch die von uns durch qualitative Erhebungsmethoden gewonnenen Einblicke in die Thematik, legen den Schluss nahe, dass deutliche Barrieren bestehen, die eine Beratungssituation, die den Vorgaben einer neutralen Entscheidungsfindungshilfe gerecht wird, behindern. Um ein möglicherweise sozial erwünschtes Antwortverhalten der ÄrztInnen abzumildern, wurden neue, an internationale Studien angelehnte Items in den hier vorgelegten Fragebogen aufgenommen. Trotzdem dominiert auch für diese Befragung eine eher positive Einstellung zur umfassenden Risikokommunikation bzw. entsteht der Eindruck, das Modell der informierten Entscheidungsfindung würde weitgehend umgesetzt. Nur 20 % der Befragten geben an, ihnen fehle die Zeit für ein ausführliches Aufklärungsgespräch, zwei Drittel empfinden eine umfassende Aufklärung als zumutbar für die PatientInnen und nur 14 % meinen, eine vollständige Aufklärung könnte die PatientInnen von der Inanspruchnahme einer Untersuchung abschrecken. Gegen eine Realisierung des Modells hingegen spricht, dass beinahe alle ÄrztInnen angeben,

sie überzeugen ihre PatientInnen dann von einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung, wenn sie selbst davon überzeugt sind. Dieses Ergebnis fügt sich in die Befunde mehrerer Studien zur informierten Entscheidungsfindung ein: ÄrztInnen tendieren dazu, die Screeningtests mit ihren PatientInnen erst dann zu diskutieren, wenn sie diese anordnen, weil sie selbst von der Untersuchung überzeugt sind (z. B. Dunn et al., 2001). Die Hälfte der Befragten meint auch, die Entscheidung zur Durchführung einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung liege in der alleinigen Verantwortung der PatientInnen. Im Vergleich dazu stimmen in der repräsentativen Online-Befragung von Brett et al. (2005) einem ähnlich formulierten Item nur 13 % der befragten Allgemeinmediziner in England zu. Bereits die Ergebnisse der Fokusgruppenuntersuchung zeigten, dass Aufklärung für VU-ÄrztInnen häufig nicht als aktive, von ihnen selbst ausgehende Entscheidungshilfe verstanden wird, sondern erst im Bedarfsfall, bei deutlicher Nachfrage der PatientInnen, geleistet wird (Institut für Gesundheitsförderung und Prävention, 2009).

Im Hinblick auf das Beratungsgespräch zum PSA-Test sprechen 94 % der ÄrztInnen über den Nutzen des Screenings mit ihrem Patienten, 64 % geben an, auch über die Risiken aufzuklären. Weitere mögliche Untersuchungen werden von 91 % der Befragten besprochen. Nebenwirkungen einer Behandlung, fehlende Evidenz für einen Gesundheitsnutzen, Unsicherheiten bezüglich des Nutzens einer Behandlung und Ängste während der Wartezeit auf Testergebnisse werden seltener thematisiert. Diese Ergebnisse liefern Hinweise auf eine selektive Auswahl und Darstellung, die eine Überschätzung des Nutzens und Unterschätzung des Risikos bewirkt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie geben keine eindeutige Auskunft über eine gelungene Realisierung des Modells der informierten Entscheidungsfindung. Studien, die sich mit dem Wissen der ÄrztInnen über Risikofaktoren des Prostatakrebses und über die Wirksamkeit des PSA-Tests beschäftigen (e. g. Drummond et al., 2009), legen den Schluss nahe, dass eine informierte Entscheidungsfindung nicht zuletzt am mangelnden Wissen der Ärzteschaft über die verschiedenen Aspekte des Screeningverfahrens scheitert.

4.4 Zufriedenheit

Auch wenn die neutralen Angaben zur Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung mit einem Drittel relativ hoch sind, dominieren mit 49 % die positiven Angaben zur Zufriedenheit. Tendenziell sind ÄrztInnen, die die Vorsorgeuntersuchung seit ihrer Neuerung im Jahr 2005 durchführen zufriedener als ÄrztInnen, die bereits vorher über einen VU-Vertrag verfügten: 64 % der ersten Gruppe sind alles in

allem zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Vorsorgeuntersuchung, 45 % der zweiten Gruppe. Vor allem bei Frauen steigt die Unzufriedenheit mit zunehmendem Alter tendenziell an.

Zufrieden sind die ÄrztInnen mit der Schwerpunktsetzung auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen. Der Großteil ist auch mit dem Schwerpunkt der ärztlichen Beratung zum Lebensstil zufrieden. Bezüglich der Rahmenbedingungen der Vorsorgeuntersuchung sticht vor allem die relative Unzufriedenheit mit der Honorierung der Vorsorgeuntersuchung ins Auge. Hinsichtlich der Materialien äußern insgesamt 56 % ihre Unzufriedenheit mit dem Alkoholfragebogen. Dabei fällt die mit 22 % sehr häufige Nennung des Extremwertes „sehr unzufrieden“ auf, der in allen anderen Fällen kaum genannt wird.

4.5 Offene Anmerkungen

Der Fragebogen beinhaltet neben geschlossenen Fragen mehrere offene Textfelder für Bemerkungen und Kommentare der befragten ÄrztInnen. Neben den drei Fragen zu Verbesserungsvorschlägen der Schulungsmaßnahmen, Anmerkungen zur VU Neu und zum Fragebogen bzw. zur Methode der Online-Befragung wurde an anderen Stellen die Möglichkeit geboten, „Sonstiges“ einzutragen. Sowohl die Textfelder zu den Verbesserungsvorschlägen der Schulungsmaßnahmen, zu den Anmerkungen zum Fragebogen bzw. zur Methode als auch die Felder „Sonstiges“ wurden von den ÄrztInnen allerdings in erster Linie genutzt, um Kommentare zur Vorsorgeuntersuchung abzugeben. Beispielsweise wurde an die Frage „Denken Sie bitte an Ihre Beratungsgespräche über den PSA-Test: Welche der folgenden Themen besprechen Sie in den meisten Fällen mit Ihren Patienten?“ die Möglichkeit angeschlossen, weitere Besprechungspunkte aufzulisten. Die Antworten der ÄrztInnen beziehen sich allerdings auf andere Themen wie z. B. (wörtlich): „Die alte VU habe ich lieber durchgeführt, die neue nur auf Wunsch der PatientIn, da ich diese nicht sinnvoll finde und dadurch keine richtige Vorsorge erreicht wird [...]“.

Aus diesem Grund konnte die Antwortkategorie „Sonstiges“ nicht ausgewertet werden. Die Auswertung aller schriftlichen Angaben bedürfte einer eigenen Studie. Für die vorliegende Arbeit wurden nur jene Anmerkungen zur VU Neu ausgewertet, die auch tatsächlich in das dafür vorgesehene Textfeld eingetragen wurden. Von diesem machten 341 ÄrztInnen Gebrauch. Am häufigsten wurden konstruktive Kommentare abgegeben, die sich in erster Linie auf Vorschläge zur Erweiterung des Programms der Vorsorgeuntersuchung beziehen.

4.6 Methodische Einschränkungen

Auch wenn mit einer Nettobeteiligung von 26 % für eine Befragung der Zielgruppe der ÄrztInnen ein gutes Ergebnis erreicht werden konnte, sind bei ca. 74 % Nonresponders Selektionseffekte nicht auszuschließen.

68 % 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. Es ist zum einen anzunehmen, dass ÄrztInnen mit diesem generellen Engagement auch Interesse an einer Qualitätssicherung und -verbesserung der Vorsorgeuntersuchung Neu zeigen, das dazu motivierte, sich an der Befragung zu beteiligen. Zum anderen könnte in der Beteiligung an der Befragung auch die Möglichkeit gesehen worden sein, Kritik zu äußern. Beide Fälle können verzerrende Effekte der Stichprobe bewirkt haben. Wenn davon ausgegangen wird, 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 in Betracht gezogen werden.

Auch wenn Online-Befragungen eine hohe Akzeptanz bei den TeilnehmerInnen erwarten lassen, können eine negative Einstellung dem Medium gegenüber oder eine fehlende technische Ausstattung (mit Internetzugang, PC) ausschlaggebende Gründe für eine Nicht-Teilnahme an der Befragung gewesen sein.

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.

5 Schlussfolgerungen

- Trotz Pflicht zur elektronischen Dokumentation dokumentieren 19 % auf Papier. Davon sind 64 % als WahlärztInnen tätig. Sie sind aufgrund der fehlenden Anbindung an das e-card System im Vergleich zu Vertragsärzten mit organisatorischen und zeitlichen Erschwernissen belastet, die einen Hinderungsgrund für die elektronische Dokumentation darstellen könnten.
- Wissenschaftliches Begleitmaterial wird von ca. der Hälfte als nicht brauchbar eingeschätzt. Die Eigenschaften „wissenschaftliche Aktualität“ und „sachliche und kurze Darstellung der Inhalte“ werden am häufigsten als wichtig erachtet. Die meisten ÄrztInnen sind der Meinung, VU-Ärzte sollten in die Erstellung von Handbüchern eingebunden sein.
- Im Unterschied zu den Risikotafeln, die häufig verwendet und positiv beurteilt werden, stellt der Alkoholfragebogen für drei Viertel der ÄrztInnen ein unbrauchbares Screening-Instrument dar.
- Als Barrieren der Alkohol-Kurzintervention werden neben fehlenden Screening-Instrumenten vor allem eine unangemessene Honorierung und unzureichende Schulung ausgewiesen. Zu häufigeren Alkohol-Kurzinterventionen würden angemessene zeitliche Ressourcen, adäquate Angebote für weiterführende Therapien und eine angemessene Honorierung sowie ein adäquates Angebot an Schulungsprogrammen zur Alkohol-Kurzintervention motivieren.
- 99 % der Befragten geben an, ihre PatientInnen von der Wirksamkeit einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu überzeugen, wenn sie selbst davon überzeugt sind. Im Falle des PSA-Tests klären 94 % den Patienten über den Nutzen des Screenings auf, nur noch 64 % besprechen auch die Risiken. Dieses Ergebnis liefert Hinweise auf eine selektive Darstellung und Überschätzung des Nutzens der Untersuchung.
- Unzureichende Honorierung und Zeitmangel stellen die wesentlichen Barrieren der Lebensstilberatung dar. Ca. die Hälfte der ÄrztInnen meint, dass die meisten der PatientInnen versuchen, ihren Lebensstil zu verändern, wenn sie diese dazu auffordern. Mehr als die Hälfte meint allerdings auch, dass ihre Beratung keine Veränderung des Gesundheitsverhaltens bei den PatientInnen bewirke. In etwa gleich viele geben an, dass Patienten ohne Beschwerden nur selten ihre Ratschläge befolgen.

- Die ÄrztInnen fühlen sich für die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung ausreichend geschult. Im Unterschied zum spezifischen Thema der Alkohol-Kurzintervention lassen die Ergebnisse zur VU-Schulung im Allgemeinen auf keinen Schulungsbedarf schließen.
- Das besuchte VU Neu-Einführungsseminar wurde dem Schulnotensystem entsprechend durchschnittlich mit 2.6 bewertet. Es wurden kaum Verbesserungsvorschläge für Schulungsmaßnahmen formuliert.
- Unzufrieden sind die befragten ÄrztInnen mit der Honorierung der Vorsorgeuntersuchung und mit dem Alkoholfragebogen.
- 49 % allerdings äußern Zufriedenheit mit der Vorsorgeuntersuchung im Allgemeinen. In etwa drei Viertel sind mit den inhaltlichen Schwerpunktsetzungen der Vorsorgeuntersuchung zufrieden.
- Der Großteil der ÄrztInnen, nämlich 81 %, beurteilt die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form als sinnvoll.

Literatur

- Aalto, M., Pekuri, P. & Seppä, K. (2001). Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96, 305-311.
- Aertgeerts, B., Buntinx, F. & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory tests for the detection of alcohol abuse or dependence in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 51, 206-217.
- Aira, M., Kauhanen, J., Larivaara, P. & Rautio, P. (2003). Factors influencing inquiry about patients' alcohol consumption by primary health care physicians: qualitative semi-structured interview study. *Family Practice*, 20, 270-275.
- Anderson, P. (1985). Managing alcohol problems in general practice. *British Medical Journal*, 209, 1873-1876.
- Anderson, P. & Clement, S. (1987). The AAPPQ revisited: the measurement of general practitioners' attitudes to alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 82, 753-759.
- Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Wensing, M., Grol, R., Heather, N. et al. (2003). Attitudes and management of alcohol problems in general practice: Descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative study. *Alcohol & Alcoholism*, 38, 597-601.
- Andre, N., Gaudart, J., Bernhard, J. L. & Chabrol, B. (2005). How pediatric residents involve children during medical decision-making? *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 12, 1068-1074.
- Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e.V (ADM), Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e.V.(ASI), Berufsverband Deutscher Markt- und Sozialforscher e.V.(BVM) & Deutsche Gesellschaft für Online-Forschung e.V.(D.G.O.F.) (2001). *Standards zur Qualitätssicherung für Online-Befragungen* (Rep. No. Ausgabe Mai 2001).
- Babor, T. F., McRee, B. G., Kassebaum, P. A., Grimaldi, P. L., Ahmed, K. & Bray, J. (2007). Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT): Towards a Public Health Approach to the Management of Substance Abuse. *Substance Abuse*, 28, 7-30.
- Barclay, S., Todd, C., Finlay, I., Grande, G. & Wyatt, P. (2002). Not another questionnaire! Maximizing the response rate, predicting non-response and assessing non-response bias in postal questionnaire studies of GPs. *Family Practice*, 19, 105-111.
- Beich, A., Gannik, D. & Malterud, K. (2002). Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ (British Medical Journal)*, 25, 1-5.
- Bergk, V., Gasse, Ch., Schnell, R. & Haefeli, W. E. (2005). Mail survey: Obsolescent model or valuable instrument in general practice research? *Swiss Medical Weekly*, 135, 189-191.
- Bjertnaes, O. A., Iversen, H. H. & Bukholm, G. (2010). International health policy survey in 11 countries: assessment of non-response bias in the Norwegian sample. *BMC Health Service Research*, 10.

- Bosnjak, M. & Tuten, T. L. (2001). Classifying Response Behaviors in Web-based Survey. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 6.
- Bradburn, N. M., Sudmann, S. & Wansink, B. (2004). *Asking questions: The definitive guide to questionnaire design: For market research, political polls, and social and health questionnaires*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Braddock, C. H., Fihn, S. D., Levinson, W., Jonsen, A. & Pearlman, R. A. (1997). How Doctors and Patients Discuss Routine Clinical Decisions. Informed Decision Making in the Outpatient Setting. *Journal of General Internal Medicine*, 17, 339-345.
- Brett, J., Watson, E., Hewitson, P., Bukach, C., Edwards, A., Elwyn, G. et al. (2005). PSA testing for prostate cancer: an online survey of the views and reported practice of General Practitioners in the UK. *BMC Family Practice*, 6, e-Pub.
- 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.
- Cabana, M. D., Rand, C. S., Powe, N. R., Wu, A. W., Wilson, M. H. & Abboud, P. C. (1999). Why don't physicians follow clinical practice guidelines? *JAMA*, 282, 1458-1465.
- Clement, S. (1986). The Identification of Alcohol-related Problems by General Practitioners. *British Journal of Addiction*, 81, 257-264.
- Clements, A., Watson, E., Rai, T., Bukach, C., Shine, B. & Austoker, J. (2007). The PSA Testing Dilemma: GP's Reports of Consultation with Asymptomatic men: A Qualitative Study. *BMC Family Practice*, 8.
- Cook, C., Heath, F. & Thompson, R. L. (2000). A meta-analysis of response rates in web- or internet-based surveys. *Educational and Psychological Measurement*, 60, 821-836.
- Cooper, C. P., Merritt, T. L., Ross, L. E., John, L. V. & Jorgensen, C. M. (2004). To Screen or Not to Screen, when Clinical Guidelines Disagree: Primary Care Physicians' Use of the PSA Test. *Preventive Medicine*, 38, 182-191.
- Dillman, D. A. (2007). *Mail and Internet Surveys. The Tailored Design Method*. New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Drummond, J. D., Carsin, A. E., Sharp, L. & Comber, H. (2009). Factors Prompting PSA-testing of Asymptomatic Men in a Country with no Guidelines: A National Survey of General Practitioners. *BMC Family Practice*, 10.
- Dunn, A. S., Shridharani, K. V., Lou, W., Bernstein, J. & Horowitz, C. R. (2001). Physician-Patient Discussions of Controversial Cancer Screening Tests. *American Journal of Preventive Medicine*, 20, 130-134.
- Edwards, A., Elwyn, G., Wood, F., Atwell, C., Priorand, L. & Houston, H. (2005). Shared decision making and risk communication in practice. A qualitative study of GPs' experiences. *British Journal of General Practice*, 55, 6-13.
- Edwards, P., Roberts, I., Clarke, M., DiGiuseppi, C., Pratap, S., Wentz, R. et al. (2002). Increasing response rates to postal questionnaires: systematic review. *BMJ - British Medical Journal*, 324, 1183-1191.

- 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, doi:10.1186/1471-2296-8-1.
- Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P. & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: the competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice*, 50, 892-899.
- Field, T. S., Cadoret, C. A., Brown, M. L., Ford, M., Greene, S. M. & Hill, D. (2002). Surveying physicians: do components of the "Total Design Approach" to optimizing survey response rates apply to physicians? *Medical Care*, 40, 596-605.
- Gache, P. (2003). Comparison of attitudes and beliefs of French and Swiss General Practitioners towards preventive medicine, early detection and brief intervention for alcohol problems. In *WONCA Congress Durban*, South Africa.
- Gache, P., Michaud, P. & Daepfen, J. B. (2005). The alcohol use disorder identification test (AUDIT) as a screening tool for excessive drinking in primary care: reliability and validity of a French version. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29, 2001-2007.
- General Medical Council (1999). *Protecting patients, guiding doctors. Seeking patients' consent: the ethical consideration* London.
- Graham, I. D., Logan, J., O'Connor, A., Weeks, K. E., Aaron, S., Cranney, A. et al. (2003). A qualitative study of physicians' perceptions of three decision aids. *Patient Education and Counselling*, 50, 279-285.
- Graham, I. D., Tetroe, J. & KT Theories Research Group (2007). Some Theoretical Underpinning of Knowledge Transition. *Academic Emergency Medicine*, 14, 936-941.
- Greenlaw, C. & Brown-Welty, S. (2009). A Comparison of Web-Based and Paper-Based Survey Methods. *Evaluation Review*, 33.
- Haffner, C. (2004). *Evaluation von Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte am Beispiel der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen*. Diss. Frankfurt am Main.
- Haggerty, J., Tudiver, F., Brown, J. B., Herbert, C., Ciampi, A. & Guibert, R. (2005). Patients' Anxiety and Expectations. How They Influence Family Physicians' Decisions to Order Cancer Screening Tests. *Canadian Family Physician*, 51, 1658-1659.
- 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, 1715-1723.
- Holmes-Rovner, M., Valade, D., Orlowski, C., Draus, C., Nabozny-Valerio, B. & Keiser, S. (2000). Implementing shared decision-making in routine practice: barriers and opportunities. *Health Expectations*, 3, 182-191.
- Hutchings, D., Cassidy, P., Dallolio, E., Pearson, P., Heather, N. & Kaner, E. (2006). Implementing screening and brief alcohol interventions in primary care: views from both sides of the consultation. *Primary Health Care Research and Development*, 7, 221-229.
- Institut für Gesundheitsförderung und Prävention (2009). *Fokusgruppenbefragung von VU-ÄrztInnen* Graz.

- Kaner, E., Heather, N., McAvoy, B. R., Lock, C. A. & Gilvarry, E. (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: Attitudes and practices of English General Practitioners. *Alcohol & Alcoholism*, 34, 559-556.
- Keefe, C. W., Thompson, M. E. & Noel, M. M. (2002). Medical Students, Clinical Preventive Services, and Shared Decision Making. *Academic Medicine*, 77, 1160-1161.
- Kiernan, N. E., Oyler, M. A. & Gilles, C. (2005). Is a web survey as effective as a mail survey? A field experiment among computer users. *American Journal of Evaluation*, 26, 245-252.
- Knapp, F. & Heidingsfelder, M. (1999). Drop-Out-Analyse: Wirkungen des Untersuchungsdesigns. In U.-D.Reips, B. Batinic, W. Bandilla, M. Bosnjak, L. Gräf, K. Moser & A. Werner (Eds.), *Aktuelle Online Forschung – Trends, Techniken, Ergebnisse*. (Zürich: Online Press.
- Legare, F., Godin, G., Ringa, V., Dodin, S., Turcot, L. & Norton, J. (2005). Variation in the psychosocial determinants of the intention to prescribe hormone therapy prior to the release of the Women's Health Initiative trial: a survey of general practitioners and gynaecologists in France and Quebec. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 5, epub.
- Linder, S. K., Hawley, S. T., Cooper, C. P., Scholl, L. E., Jibaja-Weiss, M. & Volk, R. J. (2009). Primary Care Physicians' Reported Use of Pre-screening Discussions for Prostate Cancer Screening: A Cross-sectional Survey. *BMC Family Practice*, 10.
- Lock, C., Kaner, E., Lamont, S. & Bond, S. (2002). A qualitative study on nurses' attitudes and practices regarding brief alcohol intervention in primary health care. *Journal of Advanced Nursing*, 39, 333-342.
- Lock, C., Wilson, G. & Kaner, E. (2010). *A survey of general practitioners' knowledge, attitudes and practices regarding the prevention and management of alcohol-related problems: an update of a World Health Organisation survey ten years on*. Newcastle: Institute of Health & Society, Newcastle University.
- Lozar, M. & Vehovar, V. (2002). *Mode Effect in Web Surveys*. JSM – Statistics in an Era of Technological Change.
- Lumsden, J., Flinn, S., Anderson, M. & Morgan, W. (2005). What Difference do Guidelines Make? An Observational Study of Online-Questionnaire Design Guidelines Put to Practical Use. *HCI 2005 - People on Computers XIX*, 5-9, 69-83.
- McColl, A., Schmith, H., White, P. & Field, J. (1998). General practitioners' perceptions of the route to evidence based medicine: a questionnaire survey. *British Medical Journal*, 316, 361-365.
- McKeown, R., Reininger, B. M., Martin, M. & Hoppman, R. A. (2002). Shared Decision Making: Views of First-year Residents and Clinic Patients. *Academic Medicine*, 77, 438-445.
- Mehta, R. & Sivadas, E. (1995). Comparing response rates and response content in mail versus electronic surveys. *Journal of the Market Research Society*, 37, 429-440.
- Moussas, G., Dadouti, G., Douzenis, A., Poulis, E., Tzelembis, A., Bratis, D. et al. (2009). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): reliability and validity of the Greek version. *Annals of General Psychiatry*, 8, e-pub.
- Naik, A., Schulmann-Green, D., McCorkle, R., Bradley, E. H. & Bogardus, S. T. (2005). Will Older Persons and Their Clinicians Use a Shared Decision-making Instrument? *Journal of General Internal Medicine*, 20, 640-643.

- Nilsen, P., Kaner, E. & Babor, T. F. (2008). Brief intervention, three decades on. An overview of research findings and strategies for more widespread implementation. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 453-467.
- Rapley, T., May, C. & Kaner, E. (2006). Still a difficult business? Negotiating alcohol-related problems in general practice consultations. *Social Science & Medicine*, 63, 2418-2428.
- Roche, A. M., Guray, C. & Saunders, J. B. (1991). General practitioners' experiences of patients with drug and alcohol problems. *British Journal of Addiction*, 86, -263.
- Sadowski, E., Eimer, C., Keller, H., Krones, T., Sönnichsen, A., Baum, E. et al. (2005). Evaluation komplexer Interventionen: Implementierung von ARRIBA-Herz, einer Beratungsstrategie für die Herz-Kreislaufprävention. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 81, 434.
- Schaefer, D. & Dillman, D. (1998). Development of a standard e-mail methodology: Results of an experiment. *Public Opinion Quarterly*, 62, 378-397.
- Schulmann-Green, D., Naik, A., Bradley, E. H., McCorkle, R. & Bogardus, S. T. (2006). Goal setting as a shared decision making strategy among clinicians and their older patients. *Patient Education and Counselling*, 63, 145-151.
- Shaw, S., Cartwright, A., Spratley, T. & Harwin, J. (1978). *Responding to Drinking Problems*. Baltimore: University Park Press.
- Sheehan, K. (2001). E-mail Survey Response Rates: A Review. *Journal of Computer-Mediated Communication*.
- Sheehan, K. & McMillan, S. (1999). Response variation in e-mail surveys: An exploration. *Journal of Advertising Research*, 39, 45-54.
- Stevenson, F. A. (2003). General practitioners' view on shared decision making: a qualitative analysis. *Patient Education and Counseling*, 50, 291-293.
- Summerskill, W. S. M. & Pobe, 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.
- Thielsch, M. T. & Weltzin, S. (2009). Online-Befragung in der Praxis. In T.Brandenburg & M. T. Thielsch (Eds.), *Praxis der Wirtschaftspsychologie* (pp. 69-85). Münster: MV Wissenschaft.
- Thorpe, C., Ryan, B., McLean, S. L., Burt, A., Stewart, M., Brown, J. B. et al. (2008). How to obtain excellent response rates when surveying physicians. *Family Practice*.
- 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.
- Walker, A. E., Grimshaw, J. M. & Armstrong, E. M. (2001). Salient beliefs and intentions to prescribe antibiotics for patients with a sore throat. *British Journal of Health Psychology*, 6, 347-360.
- Weible, R. & Wallace, J. (1998). The impact of the Internet on data collection. *Market Research*, 10, 19-23.

Yaezel, M. W., Lindstrom Bremer, K. M. & Center, B. A. (2006). A validated tool for gaining insight into clinicians' perspective, medicine behaviours and beliefs: The preventive medicine attitudes and activities questionnaire (PMAAQ). *Preventive Medicine*, 43, 86-91.

Anhang



ÄrztInnenbefragung zur Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) Fragebogen

F1	Seit welchem Jahr führen Sie Vorsorgeuntersuchungen durch?											
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 20px;"> </td> <td style="border: none;">(JJJJ)</td> </tr> </table>						(JJJJ)					
					(JJJJ)							
F2	Welche Form der Dokumentation nutzen Sie?											
	<input type="checkbox"/> Ich dokumentiere nur auf Papier. [→ F4] <input type="checkbox"/> Ich dokumentiere nur elektronisch. <input type="checkbox"/> Ich dokumentiere auf Papier und elektronisch.											
F3	Auf welche Weise hat die Nutzung der elektronischen Dokumentation Ihre Arbeit verändert?	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht						
	Die Dokumentationsarbeit ist einfacher geworden.	<input type="checkbox"/>										
	Die elektronische Dokumentation ist mit weniger Zeitaufwand verbunden.	<input type="checkbox"/>										
	Insgesamt hat sich die Dokumentationsqualität verbessert.	<input type="checkbox"/>										
	Insgesamt hat sich die Dokumentationsqualität verschlechtert.	<input type="checkbox"/>										
	Es hat sich nichts Wesentliches geändert.	<input type="checkbox"/>										
F4	Haben Sie datenschutzrechtliche Bedenken bezüglich der elektronischen Dokumentation und Übermittlung der Befunde der VU Neu?											
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht											
F5	Ihre Meinung zur Dokumentation	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht						
	Die Dokumentation verbessert für mich den Ablauf der VU Neu.	<input type="checkbox"/>										
	Die Dokumentation strukturiert für mich den Ablauf der VU Neu.	<input type="checkbox"/>										
	Die Dokumentation schränkt meine ärztliche Handlungsautonomie ein.	<input type="checkbox"/>										
F6	Ihre Erfahrung mit der „Ärztbroschüre“ (ca. 50 Seiten) der VU Neu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht						
	Ich arbeite gerne mit der „Ärztbroschüre“ der VU Neu.	<input type="checkbox"/>										
	Ich verwende die „Ärztbroschüre“ immer wieder, um bestimmte Themen nachzuschlagen.	<input type="checkbox"/>										
	Für die Durchführung der VU Neu ist die „Ärztbroschüre“ für mich nicht brauchbar.	<input type="checkbox"/>										



F7	Ihre Erfahrung mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“ (ca. 200 Seiten) der VU Neu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Ich arbeite gerne mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“ der VU Neu.	<input type="checkbox"/>				
	Die „wissenschaftlichen Grundlagen“ waren mir als Einführungslektüre in die Besonderheiten der VU Neu nützlich.	<input type="checkbox"/>				
	Ich verwende die „wissenschaftlichen Grundlagen“ immer wieder, um bestimmte Themen nachzuschlagen.	<input type="checkbox"/>				
	Für die Durchführung der VU Neu sind die „wissenschaftlichen Grundlagen“ für mich nicht brauchbar.	<input type="checkbox"/>				

F8	Sollten Ihrer Meinung nach VU-ÄrztInnen in die Erstellung wissenschaftlicher Begleitmaterialien für die VU Neu eingebunden werden?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

F9	Würden Sie sich an der Erstellung wissenschaftlicher Begleitmaterialien für die VU Neu beteiligen?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> weiß nicht

F10	Welche Eigenschaften des wissenschaftlichen Begleitmaterials wären für Sie wichtig?	wichtig	eher wichtig	eher unwichtig	unwichtig	weiß nicht
	Verfügbarkeit im Internet	<input type="checkbox"/>				
	Elektronische Verknüpfung mit Hintergrundinformationen (Hypertext)	<input type="checkbox"/>				
	Verknüpfung mit dem VU-Dokumentationsblattsystem	<input type="checkbox"/>				
	Spezifische und eindeutige Empfehlungen in Bezug auf PatientInnengruppen	<input type="checkbox"/>				
	Sachliche und kurze Darstellung der Inhalte	<input type="checkbox"/>				
	Wissenschaftliche Aktualität	<input type="checkbox"/>				
	Explizite Darstellung der Evidenz der wissenschaftlichen Empfehlungen	<input type="checkbox"/>				
	Ergänzende Kurzfassungen bzw. Checklisten	<input type="checkbox"/>				
	Sonstiges:					

F11	Zur Visualisierung des kardiovaskulären Risikos stehen Ihnen zwei grafische Risikotafeln (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 [→ F13]

F12	Ihre Erfahrung mit den Risikotafeln	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Mithilfe der Risikotafeln wird die Effizienz meiner Beratung gesteigert.	<input type="checkbox"/>				
	Mit Risikotafeln zu arbeiten, ist für mich zu zeitaufwändig.	<input type="checkbox"/>				
	Die Beratung mittels der Risikotafeln motiviert meine PatientInnen zu einer Verhaltensänderung.	<input type="checkbox"/>				
	Die Risikotafeln sind für die Beratung meiner PatientInnen nicht brauchbar.	<input type="checkbox"/>				



F13	Für das Screening nach problematischem Alkoholkonsum steht Ihnen ein Alkoholfragebogen (AUDIT-GMAT) zur Verfügung. Wie häufig verwenden Sie diesen?				
	<input type="checkbox"/> immer	<input type="checkbox"/> oft	<input type="checkbox"/> manchmal	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> nie [→ F14b]

F14	Ihre Meinung zum Alkoholfragebogen	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
F14a	Mithilfe des Alkoholfragebogens habe ich bereits einige ProblemtrinkerInnen identifiziert.	<input type="checkbox"/>				
F14b	Durch den Alkoholfragebogen wird das Thema Alkoholkonsum sinnvoll abgefragt.	<input type="checkbox"/>				
F14c	Die als stigmatisierend empfundenen Fragen gefährden die Beziehung zu meinen PatientInnen.	<input type="checkbox"/>				
F14d	Der Fragebogen ist für mich als Screening-Instrument nicht brauchbar.	<input type="checkbox"/>				

F15	Internationale Studien weisen darauf hin, dass in der ärztlichen Praxis wenig Zeit für Alkohol-Kurzinterventionen aufgebracht wird. ÄrztInnen führen unterschiedliche Gründe dafür an. Bitte geben Sie an, ob diese Gründe auch Ihrer Meinung nach zutreffen.	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	ÄrztInnen sehen die Durchführung von Alkohol-Kurzinterventionen nicht als ihre Aufgabe.	<input type="checkbox"/>				
	ÄrztInnen meinen, Alkohol-Kurzinterventionen werden nicht angemessen honoriert.	<input type="checkbox"/>				
	ÄrztInnen fehlen geeignete Screening-Instrumente, um ProblemtrinkerInnen, die keine offensichtlichen Symptome zeigen, zu identifizieren.	<input type="checkbox"/>				
	ÄrztInnen sind für die Umsetzung einer Alkoholberatung nicht ausreichend geschult.	<input type="checkbox"/>				
	ÄrztInnen glauben, PatientInnen reagieren verärgert, wenn sie nach ihrem Alkoholkonsum gefragt werden.	<input type="checkbox"/>				

F16	Bitte geben Sie an, ob die folgenden Vorschläge Sie persönlich dazu motivieren würden, öfter eine Alkoholberatung durchzuführen.	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Öffentliche Bewusstseinsbildung für alkoholbezogene Risiken	<input type="checkbox"/>				
	Nachfrage nach Alkohol-Beratungsgesprächen durch die PatientInnen	<input type="checkbox"/>				
	Verfügbarkeit kurzer und einfacher Screening-Instrumente	<input type="checkbox"/>				
	Nachgewiesene Wirksamkeit der Alkohol-Kurzintervention	<input type="checkbox"/>				
	Adäquates Angebot an Schulungsprogrammen zur Alkohol-Kurzintervention	<input type="checkbox"/>				
	Adäquate Angebote für weiterführende Therapien	<input type="checkbox"/>				
	Angemessene Honorierung	<input type="checkbox"/>				
	Angemessene zeitliche Ressourcen	<input type="checkbox"/>				
	Sonstiges:					



F17a	Wie zutreffend sind folgende Aussagen für Ihre Beratungstätigkeit in Bezug auf Krebsfrüherkennungsuntersuchungen?	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Eine umfassende, auch die Risiken thematisierende Aufklärung ist meinen PatientInnen durchaus zumutbar.	<input type="checkbox"/>				
	Eine vollständige Aufklärung könnte meine PatientInnen von der Inanspruchnahme der Untersuchung abschrecken.	<input type="checkbox"/>				
	Ich kenne gute Entscheidungshilfen für Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Druckversionen, Internetadressen ...), die ich meinen PatientInnen empfehle.	<input type="checkbox"/>				
	Ein ausführliches Aufklärungsgespräch wird von den meisten meiner PatientInnen nicht gewünscht, da sie sich von mir eindeutige Empfehlungen erwarten.	<input type="checkbox"/>				
F17b	Im Folgenden sind noch drei weitere Aussagen zur Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen aufgelistet. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Wenn ich von der Wirksamkeit einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung überzeugt bin, überzeuge ich auch meine PatientInnen davon.	<input type="checkbox"/>				
	Die Entscheidung, eine Krebsfrüherkennungsuntersuchung durchführen zu lassen, liegt in der alleinigen Verantwortung meiner PatientInnen.	<input type="checkbox"/>				
	Mir fehlt die Zeit für ein ausführliches Aufklärungsgespräch.	<input type="checkbox"/>				
F18	Denken Sie bitte an Ihre Beratungsgespräche über den PSA-Test. Welche der folgenden Themen besprechen Sie in den meisten Fällen mit Ihren Patienten?	ja	nein	weiß nicht		
	Nutzen des Screenings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Risiken des Screenings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Evidenz bzw. fehlende Evidenz für einen Gesundheitsnutzen (Reduktion der Morbidität und/ oder Mortalität) durch das Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mögliche weitere Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Mögliche Ängste während der Wartezeiten auf Testergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Testgenauigkeit und Treffsicherheit des PSA-Tests	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Möglichkeit der Überdiagnose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Unsicherheiten bezüglich des Nutzens einer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Nebenwirkungen einer Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges:						
F19	Wenn Sie an Ihre ärztliche Praxis im Allgemeinen denken, wie zutreffend sind folgende potenzielle Barrieren für eine wirksame Präventionstätigkeit?	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
	Zeitmangel	<input type="checkbox"/>				
	Unzureichende Honorierung	<input type="checkbox"/>				
	Kein Interesse von Seiten der PatientInnen	<input type="checkbox"/>				
	Kein persönliches Interesse daran, präventive Leistungen anzubieten	<input type="checkbox"/>				
	Mangel an geeignetem Beratungsmaterial für die PatientInnen	<input type="checkbox"/>				
	Sonstiges:					



F20	Wie zutreffend finden Sie folgende Aussagen?					
	Beratungen in Fragen des Lebensstils bewirken bei den meisten meiner PatientInnen keine Veränderungen ihres Gesundheitsverhaltens.	<input type="checkbox"/>				
	PatientInnen ohne Beschwerden oder Symptome befolgen selten meine Ratschläge für einen gesunden Lebensstil.	<input type="checkbox"/>				
	Die meisten PatientInnen versuchen ihren Lebensstil zu ändern, wenn ich sie dazu auffordere.	<input type="checkbox"/>				

F21	Wie häufig ist es Ihnen möglich, von Ihnen im Rahmen der VU Neu angewiesene Maßnahmen (Empfehlungen, Überweisungen ...) Ihrer PatientInnen nachzuverfolgen?
	<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> oft <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> nie

F22	Im Folgenden sind Aussagen zum Thema „ärztliche Schulung zur VU Neu“ aufgelistet. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.					
	Aufgrund meiner Erfahrungen und Kompetenzen halte ich eine zusätzliche Schulung für die VU Neu nicht für notwendig.	<input type="checkbox"/>				
	Eine VU-Schulung ist nicht notwendig, da ich mir VU-spezifische Inhalte effizienter im Selbststudium erarbeiten kann.	<input type="checkbox"/>				
	Die Durchführung der VU Neu erfordert Techniken, welche nicht in Schulungen erworben werden können (z.B. Kommunikation, Beratung).	<input type="checkbox"/>				
	Ich halte Fortbildungsveranstaltungen zu anderen Themen für wichtiger.	<input type="checkbox"/>				
	Alles in allem fühle ich mich für die Umsetzung der Interventionen der VU Neu ausreichend geschult.	<input type="checkbox"/>				

F23a	Waren Sie dazu verpflichtet, an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilzunehmen?
	<input type="checkbox"/> ja [→ F24a] <input type="checkbox"/> nein [→ F23b]

F23b	Haben Sie freiwillig an einem VU Neu-Einführungsseminar („Informationsveranstaltung zur VU Neu, VU-Schulung“) teilgenommen?
	<input type="checkbox"/> ja [→ F24a] <input type="checkbox"/> nein [→ F27]

F24a	Bitte bewerten Sie das besuchte VU Neu-Einführungsseminar dem Schulnotensystem entsprechend.					
	Informationsgehalt	<input type="checkbox"/>				
	Eigener Erkenntnisgewinn	<input type="checkbox"/>				
	Praxisrelevanz	<input type="checkbox"/>				
	Aktualität des Themas	<input type="checkbox"/>				
	Fachliche Kompetenz der ReferentInnen	<input type="checkbox"/>				
	Didaktische Kompetenz der ReferentInnen	<input type="checkbox"/>				
	Möglichkeiten zur Diskussion mit den ReferentInnen	<input type="checkbox"/>				
	Beantwortung der Fragen durch die ReferentInnen	<input type="checkbox"/>				
	Möglichkeiten zum Erfahrungsaustausch mit KollegInnen	<input type="checkbox"/>				
	Gesamtbewertung der Veranstaltung	<input type="checkbox"/>				

F24b	Haben Sie Unterlagen erhalten?	<input type="checkbox"/>				
		ja		nein [→ F25]		
	Wie bewerten Sie die Unterlagen?	<input type="checkbox"/>				



F25	Im Folgenden sind Aussagen zum VU Neu-Einführungsseminar aufgelistet. Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen.	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu	weiß nicht
		<input type="checkbox"/>				
	Mein Wissen wurde vertieft.	<input type="checkbox"/>				
	Ich würde meinen KollegInnen die Teilnahme an einem VU Neu-Einführungsseminar empfehlen.	<input type="checkbox"/>				
	Durch das VU Neu-Einführungsseminar hat sich meine Einstellung zur VU Neu positiv verändert.	<input type="checkbox"/>				

F26	Hier haben Sie die Möglichkeit, Ihre Vorschläge zur Verbesserung der VU Neu-Schulungsmaßnahmen mitzuteilen:

F27	Ihre Zufriedenheit mit der VU Neu	sehr zufrieden	zufrieden	weder noch	un-zufrieden	sehr unzu-frieden
		<input type="checkbox"/>				
	Mit dem allgemeinen Programm bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit den im Rahmen der VU Neu angebotenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der Schwerpunktsetzung auf die Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der Schwerpunktsetzung auf die ärztliche Beratung zu gesundheitsfördernden Veränderungen des Lebensstils bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der verfügbaren Zeit für die Durchführung der VU Neu bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der verfügbaren Zeit für das Abschlussgespräch mit den PatientInnen bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der (elektronischen) Dokumentation bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit dem Befundblatt bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit dem Anamnesebogen bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der „Ärztbroschüre“ bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit den „wissenschaftlichen Grundlagen“ bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit den Risikotafeln bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit dem Alkoholfragebogen bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit der Honorierung der VU Neu bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Mit den Abrechnungsmodalitäten bin ich ...	<input type="checkbox"/>				
	Alles in allem bin ich mit der VU Neu ...	<input type="checkbox"/>				

F28	Wie beurteilen Sie die Vorsorgeuntersuchung in ihrer derzeitigen Form? Ich beurteile sie als ...
	<input type="checkbox"/> sinnvoll <input type="checkbox"/> eher sinnvoll <input type="checkbox"/> eher nicht sinnvoll <input type="checkbox"/> nicht sinnvoll <input type="checkbox"/> kann ich nicht beurteilen



Abschließend bitten wir Sie um einige Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis:

P1	Wie viele Vorsorgeuntersuchungen führen Sie durchschnittlich pro Quartal durch?
	_ _ _ _
P2	Wie alt sind Sie?
	_ _ _ (Jahre)
P3	Geschlecht
	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
P4	In welcher Praxisform ordinieren Sie?
	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> Gruppenpraxis
P5	Welche Fachbezeichnung führen Sie?
	<input type="checkbox"/> Ärztin/ Arzt für Allgemeinmedizin <input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt für Innere Medizin <input type="checkbox"/> Fachärztin/ Facharzt für Lungenheilkunde <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
P6	Ich bin ...
	<input type="checkbox"/> Vertragsärztin/ Vertragsarzt <input type="checkbox"/> Wahlärztin/ Wahlarzt
P7	In welchem Bundesland befindet sich Ihre Praxis?
	<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
P8	In welchem Jahr haben Sie sich niedergelassen?
	_ _ _ _ (JJJJ)
P9	Nehmen Sie regelmäßig an ärztlichen Qualitätszirkeln teil?
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
P10	In welcher Region befindet sich Ihre Praxis?
	<input type="checkbox"/> ländlich <input type="checkbox"/> eher ländlich <input type="checkbox"/> städtisch <input type="checkbox"/> eher städtisch
A1	Hier haben Sie die Möglichkeit, Anmerkungen zur VU Neu zu machen:
A2	Hier haben Sie die Möglichkeit, Anmerkungen zum Fragebogen bzw. zur Online-Befragung zu machen:

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!

Fragebogenentwicklung:
 Projekt „Evaluierung Vorsorgeuntersuchung Neu“
 Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
 April 2010