

# Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu



Vorsorgeuntersuchung Neu



## MODUL 3

### Lenkung der Prozessqualität

Fokusgruppenbefragung von VU Neu ÄrztInnen (Zwischenbericht)

Stand: 10.09.2007

# Impressum

Dieser Bericht wurde vom

**Wissenschaftszentrum für Gesundheitsförderung und Prävention**

erstellt.

Auswertung und Berichtlegung:

Dr.<sup>in</sup> Ursula Reichenpfader, MPH

Transkription:

Sonja Wiesenhofer

## **Kontaktadresse für Rückfragen**

Wissenschaftszentrum für  
Gesundheitsförderung und Prävention der VAEB  
Mag<sup>a</sup>. (FH) Ines Spath-Dreyer  
Haideggerweg 40a  
8044 Graz  
tel. 0316 391101 707 oder 0316 330 382  
fax. 0316 391101 717  
mail. [ines.spath-dreyer@vaeb.at](mailto:ines.spath-dreyer@vaeb.at)

# 1 Hintergrund

Im Zusammenhang mit der Evaluierung der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) sollen Praktikabilität und Akzeptanz der Arbeits- und Dokumentationsmaterialien der VU Neu bei den durchführenden ÄrztInnen erhoben werden sowie deren Erwartungen, Bedürfnisse und Erkenntnisse in die Lenkung der Prozessqualität der VU Neu einfließen. Als erster Schritt dazu wurde mit der Methode der Fokusgruppenbefragung ein qualitatives Verfahren gewählt. Die Erfahrungen der VU-ÄrztInnen in der Abwicklung der VU Neu sowie deren Bedürfnisse an Schulungen, insbesondere hinsichtlich der Vermittlung und Kommunikation von Risiko sowie der Lebensstil-Beratung, können dabei wesentliche Erkenntnisse zur Qualitätsverbesserung beitragen. Nicht zuletzt stellen die Einstellungen und Haltungen der ÄrztInnen zur VU Neu, deren Einschätzungen und Vorschläge zur Qualitätssicherung nützliche Anhaltspunkte für die weitere Umsetzung der VU Neu dar. Die Methode der Fokusgruppenbefragung erlaubt dabei eine technisch unaufwändige, offene und locker strukturierte Exploration von Meinungen, Einstellungen, Präferenzen und Bedürfnissen relevanter Stakeholder. Fokusgruppeninterviews stellen daher eine bewährte Methode im Zusammenhang mit Fragen der Prozessevaluierung in der Implementierungsphase von Programmen dar. Ergebnisse zu diesen Themenbereichen sollen weiters in die Entwicklung eines Fragebogens zur schriftlichen Befragung der ärztlichen Vertragspartner der VU Neu einfließen.

## 2 Material und Methoden

Ein Diskussionsleitfaden wurde nach Durchführung von zwei Expertengesprächen und in Abstimmung mit relevanten Fragestellungen des Projektevaluierungskonzepts erstellt. Das Fokusgruppen-Gespräch fand im Mai 2007 mit vier DiskutantInnen statt (je zwei Männer und Frauen, ÄrztInnen des Fachgebiets Allgemeinmedizin). Drei der vier DiskutantInnen waren erfahrene PraktikerInnen, die bereits seit mehreren Jahren Gesundenuntersuchungen durchgeführt haben.

Die Gruppendiskussion nahm etwa 90 Minuten in Anspruch und wurde in den Räumlichkeiten der Steirischen Akademie für Allgemeinmedizin durchgeführt.

Moderiert wurde dieses Gespräch von einem in Gruppenmoderation erfahrenen Arzt und Public Health Experten im Beisein von zwei Mitgliedern des Evaluationsteams (H. Langmann, U. Reichenpfader), welche selbst nicht aktiv in die Gesprächsleitung eingriffen. Eine grobe Strukturierung der Diskussionspunkte erfolgte durch den Moderator entlang der drei Themenbereiche „ärztliche Schulungen“, „Qualitätssicherung“ sowie „Materialien der VU Neu“. Das Gespräch wurde digital aufgezeichnet, transkribiert und anschließend – soweit akustisch rekonstruierbar – verbatim analysiert. Nach der Gruppierung des Materials entsprechend den übergeordneten Themenbereichen erfolgte die inhaltsanalytische Auswertung.

### **3 Ergebnisse**

Folgende Themenfelder stellten Schwerpunkte der Diskussion dar:

#### **Erfahrungen mit Schulungen und Schulungsbedarf**

Es herrscht überwiegend die Einschätzung, dass für die Durchführung der VU Neu an sich kein Schulungsbedarf besteht. Alle anwesenden ÄrztInnen haben jedoch keine Erfahrungen mit den spezifischen VU-Schulungen, da sie zuvor schon über Verträge für die Gesundenuntersuchung verfügten (und für sie deshalb keine Verpflichtung zum Besuch solcher Schulungen bestand).

*Eine Schulung, Moment, für die Vorsorgeuntersuchung neu? Also Schulungen habe ich schon viele gemacht, alles mögliche, Diabetes und so weiter, aber für die Vorsorgeuntersuchung neu, Ich würde mich eher als Schulender sehen, als ein zu Schulender... 1w*

*Aber die Frage war: brauchen die, die schon gearbeitet haben mit der Vorsorgeuntersuchung, eine Schulung dafür. Da muss ich sagen nein! 1m*

*Und wer soll, sei mir nicht böse, uns da schulen, na? 1w*

*... die, die vorher schon Vorsorgeuntersuchungen gemacht haben, die brauchen keine Schulung. [...] Und die Schulungen haben wir nicht gemacht, weil wir erstens in der Entwicklung von dem ganzen Zeug eh Jahre investiert haben und zweitens gedacht haben, wir können das eh im Voraus.... 1m*

Differenzierter äußert sich jedoch ein Teilnehmer, der gewissen Informationsbedarf bezogen auf bestimmte Elemente der VU Neu aufzeigt und auch Anregungen zu möglichen Format derartiger „Schulungen“ gibt.

*Ja, Schulung ist vielleicht nicht notwendig, aber gewisse Erklärungen zu den einzelnen Punkten, die man auch an den Patienten heranbringen muss das wäre meines Erachtens schon dringend notwendig.. [...] es sollten gewisse, wie soll ich sagen, Unterlagen zu den verschiedenen Punkten vorhanden sein. 2m*

*... ich würde schon glauben, dass da gescheite Unterlagen dazu gehören. Ob du es jetzt Schulung nennst, [...] ob du es jetzt als Schulung in als Zusammenfassen von Kollegen verstehst [...] oder einfach die gescheiten Unterlagen zur Verfügung stellst ... [...] zum Beispiel „Parodontitis-Risikoklassen“- was sagt das dem Patient?, ... [...] wie erkläre ich ihm jetzt sinnvoller weise, was das für ihn zu bedeuten hat, wer von unseren Kollegen weiß das, weißt du das? 2m*

Es besteht grundsätzlich Interesse für Schulung bzw. Fortbildung, Zweifel bestehen jedoch in Bezug auf die Angemessenheit der Form bzw. der Zielgruppenausrichtung solcher Schulungen.

*..., also so fern es mir Informationen bringt, die mich weiter bringen und mich weiterentwickeln, bin ich sehr offen für alle Formen von Schulungen. Nur wenn es so ist wie z.B. beim Diabetesmanagement Programm, wo es mir dann, mir, die ich 20 Jahre Diabetiker führe, und die Leute mir dann erklären wollen, was weiß ich die Basics, ja, fragt man sich, warum setze ich mich da rein. Vielleicht ist dort eine gewisse Empfindlichkeit. 1w*

### **Dokumentationsblatt: Praktikabilität und Akzeptanz**

Einen erheblichen Anteil an der Diskussion nahm das Thema „Dokumentationsblatt“ (Befundblatt) ein. Dabei wurde deutlich, dass Erfahrungen in der Verwendung des Dokumentationsblatts unmittelbar in Zusammenhang mit Einschätzungen und Kritik des Untersuchungsprogramms als ganzem stehen.

*... die Qualitätsverschlechterung ist für jemanden, der damit arbeiten muss evident. Also diese Verschlechterung zur Beziehung zum Patienten gerade das, was angeblich mit diesem Programm versucht wurde, da ist bei mir zum Beispiel genau das Gegenteil eingetreten [...] Ich habe früher eine Stunde nur mit dem Patienten*

*unterhalten, jetzt schaue ich, dass ich diese Punkte abhake und fertig sind wir, also es bleibt für das, dass die Vorsorgeuntersuchung da ist, viel weniger Zeit, viel weniger Geduld, viel weniger Freiraum auch... 1m*

*Ich muss ganz ehrlich sagen, das ist ein relativ strukturierter Bogen, einen relativ strukturierte Untersuchung - und wenn man, [...], eigentlich anfangt mit der praktischen Medizin, kann man nur so etwas nach einem gewissen Schema untersuchen [...] Also für mich ist das ein nach geordnetes Werkzeug, für das ich eher als Lehrmittel verwende [...]... für jemanden, der frisch vom Studium kommt ist das so einmal zum Anhalten ganz brauchbar. 1w*

Die Diskussionsbeiträge wechselten dabei zwischen Kommentaren zur Ausführung des Dokumentationsblatts selbst sowie zum Inhalt und Ablauf der VU Neu. Besonders die aus der Sicht der PraktikerInnen wahrgenommene Einengung der ärztlichen Autonomie durch die Struktur der VU und der Dokumentation wurden thematisiert.

*Ich messe manchmal den Bauchumfang, weil es mich interessiert,... 1m*

*Ja, im Prinzip ist es so, dass wenn ich jetzt stur nach Schema vorgehe, messe ich es natürlich, ja, weil es ja am „Zettel“ (Anmerkung: Befundblatt) steht....1w*

*Ich bin manchmal verleitet, stur nach dem Schema zu gehen und dann bleibt aber der Patient übrig, weil dann habe ich das Schema dort. ... 1m*

*Ich versuche natürlich beides zu machen. 1w*

*Also bei mir ist Qualitätssicherung die Selbstreflexion [...].und das habe ich bei der alten Vorsorgeuntersuchung mehr machen müssen, weil da weniger vorgegeben war. Da bin ich in der Illusion, wenn ich alle diese Felder angehakelt habe, ich schaue nur zum Schluss, habe ich jetzt wirklich alles ausgefüllt und das bringt die Illusion, ich hätte es jetzt richtig gemacht, was natürlich mit der Qualität überhaupt nichts zu tun hat. Nur bei der alten war so wenig vorgegeben, dass ich ununterbrochen mich selber gefragt habe, habe ich jetzt alles gemacht, habe ich alles durchgeschaut, ich habe für meine Begriffe sorgfältiger untersucht, weil es einfach frei war, ich habe alles machen können. Da muss ich machen, was gefragt ist. ,... 1m*

*Ja, ok, da war ja nichts vorgegeben (Anmerkung: bei der „alten“ VU) und jetzt ist so viel vorgegeben, dass ich mich darauf konzentriere das wenigstens zu machen. Und wenn du das jetzt auf Qualitätssicherung beziehst, das ist das Problem, dass das die Qualität suggeriert da oben, die mich entlastet um jetzt darauf aufzupassen, habe ich das jetzt richtig gemacht? Solange ich es gemacht habe ist es eh schon OK, früher habe ich mehr darauf achten müssen. Weil ich mich selber mehr kontrollieren habe müssen. **1m***

*...und jetzt schaust du wirklich nur bei denen über 65 ob sie schlechter sehen, bei denen über 65, ob die schlechter hören und nur weil er zufällig 40 ist und auf einmal schlechter hört, fällt das da raus. . **1w***

*Ich schaue natürlich, aber dann schaue ich, ja aha, ist ja nur bis 65, was ich selbstverständlich bei jedem gemacht habe dann ärgere ich mich wieder! **1m***

### **Ablauf der Vorsorgeuntersuchung – Vergleich „alte“ und „neue“ VU**

Von einer DiskutantIn wird ein an die VU-ÄrztInnen gerichtetes Schreiben eines Sozialversicherungsträgers mit den Ergebnissen einer PatientInnenbefragung zur VU Neu vorgelesen. In dieser Befragung wurden die Durchführung an sich und der Umfang bestimmter VU Leistungen bei den Versicherten erhoben. Dies löst eine Diskussion zum Ablauf der VU Neu sowie zu einem Vergleich mit der „alten“ VU aus. Aus der Diskussion wird deutlich, dass sich für die PatientInnen wahrnehmbar mutmaßlich nichts „Wesentliches“ verändert hat. Eventuell merkbare Unterschiede jedoch den PatientInnen zu kommunizieren, wird nicht als Aufgabe der PraktikerInnen verstanden.

*Es hat sich nicht wirklich etwas geändert. ....zur Fragestellung ob ein Unterschied zwischen alter und neuer VU festgestellt werden konnte, jetzt aus Patientensicht: beantworteten 51% mit nein und 29% gaben als Unterschied die neuen Formulare an, ...[...] ... dieses Ergebnis ist wohl darauf zurückzuführen, dass in 53% der Fälle das neue VU Programm vom Arzt erklärt wurde. Was soll das heißen bitte. Ich meine, muss ich denen das System, [...] erklären, warum wir nach diesem System vorgehen bei der Vorsorgeuntersuchung? **1w***

*Das ist die Aufgabe der Versicherung, ihren Kunden zu erklären, was sie anbieten - das müssen nicht wir machen. **1m***

*Wer muss jetzt geschult wir oder die Patienten? 1w*

*Und wie gesagt, vielleicht ist es wirklich so, man sollte es nicht zwischen die „kurativen“ Patienten reinmischen, sondern man soll extra Zeit dafür haben. 1w*

*Ja, jeder Patient der zur Vorsorgeuntersuchung kommt bei mir hat mindestens eine dreiviertel Stunde Zeit drinnen bei mir. [...] ..In der dreiviertel Stunde muss sich jeder ausziehen, auf die Liege legen und wird von vorne bis hinten untersucht. Ich mache dann eine manualmedizinische Untersuchung dazu, also ich mach das, was meiner Meinung nach ein großer Nachteil ist, dass die Rektaluntersuchung weggefallen ist...[...] .... Nur früher habe ich gesagt, den meisten Patienten ist es unangenehm, habe ich gesagt: das müssen wir machen, das steht da drauf, aber wenn Sie nicht wollen, dann vermerke ich es extra .... 1m*

Diskutiert werden weiters mögliche **Vorstellungen und Erwartungen der PatientInnen** zur VU aus der Sicht der PraktikerInnen sowie deren Verständnis der Zielsetzung der VU. Dabei ist jedoch relevant, dass sich diese Einschätzungen auf die mehrjährige Erfahrung mit der Durchführung der „alten“ VU bezieht, also explizit *nicht VU Neu* bezogen sind.

*...[...] ist die Frage zu stellen, ob das eine Luxusversorgung ist, die wir dort betreiben, und insofern die VU neu eine Luxusvariante dieser Luxusversorgung ist, wobei unbestritten ist, dass Vorsorge was hilfreiches ist, nur das ist viel komplizierter, als mit so einer, einem Schrotschuss überhaupt dargestellt werden kann. Also Vorsorge müsste viel mehr individualisiert auf den einzelnen Patienten zugeschnitten werden, dann könnte, das was da erwartet ist in einem geringeren Ausmaß und das müsste man auch definieren, was zu erwarten ist, dass wie wenig sich eigentlich dadurch ändert, aber es ändert sich etwas. 1m*

*Ja, alle ein oder zwei Jahre, das ist überhaupt gar kein Problem. Das sind fast immer die gleichen. Die meisten kommen regelmäßig alle ein bis zwei Jahre. So, die anderen kommen gar nicht, aber die die kommen, kommen regelmäßig. 1m*

*Und dann, was du vorher gesagt hast, wenn ich jemanden ganz neu zum ersten Mal untersuche ist das ein hilfreiches Werkzeug. Wenn der zum 10. Mal kommt wird es langsam komisch! 1w*



*Na, wieso komisch? Der Patient, der jedes Jahr kommt, will sein Cholesterin wissen, weil das immer in der Zeitung steht, dass das so gefährlich ist. Der kommt ja in erster Linie Cholesterin messen und anhand dieses Wunsches soll man dann auch gleich die Gesundenuntersuchung machen, aber für die allermeisten Patienten, die so regelmäßig kommen wäre das Cholesterinmessen als Gesundenuntersuchung vollkommen ausreichend. Weil das Untersuchen, Ausziehen und das Abtasten lassen vom Doktor - das will man eh nicht. **1m***

*..., jetzt haben wir da Gesundenuntersuchung gemacht, ist eh alles gut, dann sage ich: alles? Wenn wir alles machen, was man aus dem Blut untersuchen kann, dann sind Sie blutleer, das geht gar nicht. Und das kostet so viel, das kann sich Ihre Versicherung gar nicht leisten. Die Vorstellung von diesen Patienten ist ja, nach dieser Untersuchung sind sie umfassend gesund. Um das einmal zu korrigieren ist auch eine wichtige Funktion... **1m***

*Die verwechseln das mit einer Lebensversicherung **1w***

*Das tun alle Patienten, das ist ein Deal mit der höheren Macht und wenn ich dort meinen Obolus abgeliefert habe und ...[...] dann ist Ruhe. Was glauben Sie, warum sie in die Kirche etwas in den Klingelbeutel hinein hauen? **1m***

Nicht nur das Dokumentationsblatt der VU Neu wird mit jenem der „alten“ VU verglichen. Vollständig neu eingeführte Elemente wie die globale Risikovermittlung anhand von Risiko-Tafeln werden ebenfalls diskutiert.

*... aber was bedeuten die wirklich, was war da wirklich? Das meine ich, das sollte einfach ein Beiblatt sein, oder zusammengefasst, Eine Zusammenfassung der VU abgestimmt auf den, der sie durchführt und mit dem Patienten auch durch bespricht. Deshalb muss ich wissen, was es bedeutet. Wie kann ich es diesem Patienten vernünftig erklären? Wie kann ich das rüber bringen? **2m***

*Aber was wollen sie den sonst aus dem ableiten, außer diese Information, es steht ja eh alles drauf. Es stehen die Prozente drauf! **1m***

Fast überwiegend werden Vorbehalte zur Verwendung des so genannten Alkohol-Fragebogens (AUDIT-GMAT) in der VU Neu geäußert. Einerseits bestehen Zweifel hinsichtlich der Eignung dieses Instruments zur Identifikation von Personen mit

problematischem Alkoholkonsum in der Allgemeinpraxis, andererseits wird die Akzeptanz dieses Fragebogens bei den PatientInnen in Abrede gestellt. Der Fragebogen kommt nicht bei allen DiskutantInnen zum Einsatz.

*...der Alkoholfragebogen? [...] wenn er irgend einen Sinn hat, einen Sinn haben könnte, aber auch nur für einen taubstummen und blinden Arzt. Also sonst, für sonst ist das gar nichts. [...] Ich möchte den erleben, den Alkoholiker, der den wirklich ehrlich ausfüllt. ...1m*

*Bei uns hat glaube ich bis jetzt eine freiwillig den Alkoholfragebogen ausgefüllt. 2w*

*Wobei wir ein bisschen natürlich „biased“ sind, insofern weil wir gleich darauf hinweisen, dass wir uns genieren, den vorzulegen, .....1w*

*Also wir füllen den alle aus... 1m*

*.. [...] sie können ihn ausfüllen, sie müssen natürlich nicht - und ich muss sagen, ich habe eine sehr hohe Ablehnungsquote. 1w*

Die Notwendigkeit, in der VU Neu Lebensstil bezogene Beratung – auch zum Thema problematischer Alkoholkonsum – zu integrieren, wird von allen Anwesenden jedoch grundsätzlich geteilt.

### **Unterstützende Materialien (Wissenschaftliche Grundlagen/ Ärztebroschüre)**

Eher einen geringen Anteil nahmen Diskussionen zur Frage der Nutzung verfügbarer Materialien zur VU Neu ein. Besagte Unterlagen – „Wissenschaftliche Grundlagen“ und „Ärztebroschüre“ – werden wenig genutzt. Den PraktikerInnen ist mehrheitlich nicht bekannt, dass diese Unterlagen auch im Internet verfügbar sind. Auch wird nur von einem Praktiker von der elektronischen Befundeingabe Gebrauch gemacht.

*Wir haben es uns, als das eingeführt wurde, runterladen lassen, was vorhanden war, ich würde lügen, wenn ich sagen würde, ich hätte das alles gelesen. 1w*

*Also ich habe gewusst, dass es vorhanden ist, damals, habe es inzwischen wieder vergessen. 1m*

*Wissen Sie, wo man das findet im Internet? Müssen wir nachschauen. 1w*

*Nein schau, das gibt es ja schon fertig, das meine ich ja nicht, nur sollte man das zusammenfassen und einfach zu diesem Ganzen eine kurze Mappe oder was auch immer wie gesagt, wie immer man das machen will, aber das da Unterlagen vorhanden sind und die kann dann jeder haben. **2m***

*... Gehen wir zum Rauchen, da steht dann irgendwo Kurzintervention – so: sag das einem Kollegen. Sagt der, was ist das? **2m***

*Und in wie weit sich jemand dann in diese Hintergründe dieser Statistiken und Risiken, Beurteilungen usw. hinein vertiefen will ist für den einzelnen, der untersucht wird und der eigentlich sein persönliches Risiko wissen will eigentlich relevant. [...] ...diese dreiviertel Stunde, manchmal eineinhalb, verwende ich schon für den individuellen Patienten, möglicherweise, dass das aus der Public Health Sicht nicht so gedacht ist..., **1w***

*Also, ich muss sagen, ich habe ein Problem, ich war in diesem Jahr nicht da, als das ganze (Anmerkung: die VU Neu) raus gekommen ist, ich habe diese Unterlagen dann nur nachträglich bekommen, die habe ich durchgeschaut, und da gibt es diese Broschüre, da geht es eher um die Technische Abwicklung. Was habe ich zu tun, [...] Erklärungen sind das nicht. Das meine ich und das wäre ja ganz interessant. Nicht? **2m***

*Gut, sich das zusammensuchen mühsam, wird er nicht tun, das wird er nicht tun, weil wer bitte bewegt sich im Internet, oder so wie wir es halt tun, die wenigsten ... **2m***

## **Qualitätssicherung**

Bei der Auslotung der Vorstellungen der PraktikerInnen zur Qualitätssicherung im Allgemeinen gibt es manche Übereinstimmung. Der Stellenwert bestimmter Qualitätssicherungs-Strategien wird unterstrichen, es dominieren aber unterschiedliche Ansichten zur Umsetzung der Qualitätssicherung im Zusammenhang mit der VU Neu. Die DiskutantInnen geben Einblick in deren Erwartungen an Möglichkeiten zur Qualitätssicherung. Immer wieder wird dabei das Thema der Befunddokumentation berührt.

*Ich habe eine interne Checkliste, wir vergleichen das im Qualitätszirkel mal zum einen Thema mal zum anderen - das ist aber nicht VU spezifisch; schön ist es, wenn man zu zweit arbeitet, das nützen wir weidlich aus, und ansonsten, wenn du meinst Externe Qualitätssicherung, naja, zumindest in den Ringversuchen der Labortests .... meinst du das auch, ja? **2w***

*Wo für mich die Qualitätssicherung anlangt, ist wenn daraus was wird. [...] Qualitätssicherung ist dann, wenn ich beim 2. 3. 4. Mal sehe, dass ich was verbessere und etwas erreicht habe damit, sonst ist das für mich keine Qualität. Das ist reines Fortführen von irgendwas. ..[...] Wie gesagt, ich sehe eine Qualitätssicherung nicht einfach so in der Durchführung von irgendwelchen Dingen, sondern da muss auch was daraus werden. Da muss eben Qualität gesichert sein, für eine Verbesserung in der Zukunft. [...] Das Ergebnis muss langfristig sein....**2m***

*Also ich halte die Qualitätszirkel schon für ein Spitzeninstrument. Es ist natürlich wahr, gewisse Leute wirst du damit nicht erreichen. **1w***

*Ja, also die Qualitätssicherung, wenn man sie jetzt überprüfen will, du meinst jetzt, wie kann ich überprüfen, ob alle, die so einen Zettel abrechnen gut gemacht haben. ? **1m***

*Wie bewerten wir welcher Arzt schlecht ist? Oder die Qualität hat? Damit fängt das ganze Dilemma erst mal an. Sind wir gute Ärzte, die wir hier so sitzen, wir drei oder vier, fünf. Sind wir so gut? Oder sind wir vielleicht schlecht und die anderen sind besser, wissen es gar nicht? **2m***

Offenbar bestehen jedoch Zweifel, ob alle KollegInnen eine bestimmte Qualitätsauffassung der VU wirklich teilen:

*Es ist, ich sehe diese Fortschritte nicht, für diejenigen, die vorher eine VU gemacht haben, ich sehe Fortschritte für die, die vorher Labor gemacht haben und den Patienten nachher den Zettel unterschreiben lassen. Die werden jetzt gezwungen, gewisse Dinge anzusehen. **1m***

*Das persönliche Bemühen kannst du weder durch Formulare noch durch irgendwelche Vorschriften wirklich erreichen unter Anreiz durch Bezahlung oder nicht*

*verleitet dass man dann das macht, was Geld bringt und den Rest unter den Tisch fallen lässt. Also das ist ein zweischneidiges Schwert. 1w*

Auch hier wird wieder deutlich, dass ein wesentlicher Anteil im Zusammenhang mit Qualitätssicherung dem Bereich der **Dokumentation** bzw. dem **Dokumentationsblatt** zuzuordnen ist:

*...dann müsste man denen, die es schlecht machen erklären, wozu eine Blutdruck-Einzeluntersuchung auf dem Bogen drauf steht und dann da noch „ideal“ oder „normal“ angekreuzt werden muss, was vollkommen schwachsinnig ist, und dann soll das irgendeine Qualität sein? [...] ...Wenn das Qualität hat, dann kann man vom Arzt, der es durchführt Qualität verlangen. Nur dann muss zuerst das (Anmerkung: das Befundblatt) Qualität haben. 1m*

*... da ich ein Schema vor mir habe, dass ich nichts vergesse. Ich habe mir früher dieses Schema zurechtgelegt vor der Untersuchung, nur wenn [...] du auf den Patienten, auf den Patienten speziell eingehst, [...], verlierst du den Faden oft. Und da führt dich so ein Formular wieder zurück und ich finde es nicht so schlecht. [...], ..der Bogen ist für mich eher etwas, das statistisch erfasst werden soll und nicht wirklich für meinen Patienten relevant ist, es ist rein nur der Sukkus, der aus der Untersuchung hinauskommt und nicht, das was ich mit dem Patienten wirklich mache aber das soll zumindest diese Items sollten da drinnen sein. Das finde ich nicht so schlecht. 2m*

*... ich kann jetzt noch nicht sagen, nach einem Jahr oder so bringt die VU Neu qualitativ etwas? Es sagt mir nichts. Noch kann man nichts sagen, weil erstens haben wir noch keine Daten darüber, weil ja noch keine ausgewertet sind, wir können nur selber für uns wenn der wieder kommt sehen, ob sich da etwas geändert hat, die Werte sind besser geworden, hat es auch qualitativ was gebracht, habe ich auch qualitativ gehandelt? 2m*

*Der Bogen? Sagt gar nichts aus, weil den kann ich haben, ausfüllen und sagen, so sieht das aus, sie haben so und so zack, zack, zack auf Wiedersehen, geht d. h. du musst ihm das auch rüberbringen, was er daraus macht jetzt, für ihn ist das ja genau so irgend ein Bogen mit irgend welchen Zahlen und Anmerkungen. Der hilft ihm gar nichts weiter. Du musst ihm das jetzt übersetzen und ihm sagen, was hat er jetzt zu*

*tun. Das ist das Wichtige das da raus kommt und das kann nicht durch den Bogen erfasst werden. Das kann nur erfasst werden, wenn in weiterer Folge wieder untersucht werden und es sich rausstellt, es hat gewirkt. 2m*

Viel Zeit nehmen Diskussionen zur Besonderheit der Vermittlung von gesundheitsrelevanten Informationen sowie der Aufklärung und Beratung der PatientInnen im Zuge der Befundbesprechung der VU Neu ein. Im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung und der **Dokumentation** herrscht Übereinstimmung hinsichtlich der Schwierigkeit, die Qualität der **Arzt-Patienten Beziehung**, der **Kommunikation** und zentraler Dimensionen der Allgemeinmedizin zu **messen** bzw. abzubilden.

*das macht jeder ein bisserl anders, ..[...] .. ich muss es ja jedem anders bringen. Ein Hilfsarbeiter, der mal zufällig zur VU kommt, weil der Dr. XX gesagt hat es wäre ganz gut, nicht, dem muss das anders erklärt werden, als einem der sagt, ich möchte wissen, wie schaut es aus, von sich aus. Also das ist schon diskrepant...[.....] 2m*

*Ich habe den Eindruck, dass der Patient, der da im Fokus dieser Überlegung gestanden ist, ein Patient ist, der das erste Mal in der Ordination ist, von dem ich nichts weiß, der auch nie mehr kommt wahrscheinlich, wo ich selbst machen soll. und das ist bei uns in der Allgemeinpraxis nie der Fall. Es gibt nur Internisten, die so Gesundenuntersuchungen machen, anlässlich so Laboruntersuchungen so nebenher machen, wo der Patient zum Schluss einen Zettel in die Hand gedrückt bekommt und gesagt wird, das war jetzt eine Gesundenuntersuchung und mit der kommt er dann zu dir und sagt, jetzt habe ich eine Gesundenuntersuchung gemacht, können sie mir sagen, was das war, was das heißt? 1m*

*So ist es, aber du kannst auch nicht entscheiden, wenn der den Zettel vielleicht nicht so gut ausfüllt und gute VU macht, weil er wirklich mit dem redet und auch Sachen herauskitzelt, die dann relevant sind und der mehr erreicht... 2m*

*Und das scheint nie auf! 1m*

*Das kann ja nicht aufscheinen, wenn nie eine Katastrophe passiert, wenn nie ein Marker aufscheint. Jetzt sind wir im grünen Bereich und dem Patienten geben wir den grünen Marker, sind alle gesund. Das, was ich bei jedem Zettel zu den meisten*

oder sehr vielen Patienten sage, ist, dass der größte Risikofaktor das Alter ist. **1m**

Dieses Spezifikum der Allgemeinmedizin. Ein individueller Arzt behandelt eine individuelle Patientin, das finde ich da nicht, oder das kann da nicht abgebildet werden. Und das war diese offene Form der alten VU vielleicht hilfreicher. **1m**

Natürlich, das was diese individuelle Beziehung aus macht, das macht meiner Meinung nach den, das hat der XX auch gesagt, diesen Effekt aus, und für diese Beziehung muss Platz sein. **1m**

Die kannst du nicht messen. Aber ich glaube ...[...] du hast ja genau die gleiche Möglichkeit das weiter zu machen, du musst dich daran zu gewöhnen, dass du den Zettel auch ausfüllst, aber im Prinzip ändert sich ja nichts in der Beziehung zum Patienten und ein Gespräch mit dem Patienten. Für mich nicht. Dass man für mich, du hast schon recht, deshalb wundert mich nicht, dass das rauskommt, wenn die Patienten sagen, sie sehen keinen Unterschied zwischen der alten und der neuen, im Prinzip will man uns genauso wie früher diesen Patienten. **2m**

Ich glaube, dass das nicht funktioniert in einer individuellen Beziehung zwischen einem Arzt und einem Patienten ist, das kannst du nicht qualitätssichernd, evaluierend bewerten. Das schaffst du einfach nicht. Wie soll das funktionieren? **2m**

Du kannst nicht, wie du ein Gespräch insofern nicht evaluieren kannst, je nach dem, mit wem es geführt wird, wie der aufnahmefähig ist, wie der dann das versteht, was du ihm sagst, ist es oft besser, man bringt irgend mit einem Schmah das rüber bei manchen und bei manchen musst du wieder ganz ernst oder gelassen und sehr ausschweifend und wissenschaftserklärend etwas besprechen, dass er das akzeptiert. Wie bringst du das jetzt unter einem Hut? **2m**

Wie kannst du das bewerten und sagen, das ist qualitativ gut und das ist qualitativ schlecht? ...[...]... Der Zettel (Anmerkung: Befundblatt) ist für mich rein ein Anhalt, dass ich alles mache und nichts vergesse, das ist zielführend für irgendwelche Daten, Statistiken oder sonst irgendetwas relevant ..., für Beobachtungen, ob da daraus etwas wird, aber für mich persönlich und den Patienten ist das nur ein Anhaltspunkt, vielleicht für ein Gespräch mit dem Patienten, [...] das ich dann mit ihm führe wo ich ihm dann alle Einzelheiten erkläre und sage, was das dann bedeutet für

*ihn. Ja, einhaken bitte. Wie willst du jetzt ein Gespräch bewerten? Kannst du es bewerten, indem du sagst was kommt raus dabei? 2m*

Während zu oben ausgeführten Zweifeln, inwieweit die Qualität der Arzt-Patientenbeziehung bzw. die individuelle Kommunikation innerhalb der VU tatsächlich gemessen und abgebildet werden kann, Einhelligkeit herrscht, gibt es unterschiedliche Ansichten bei den DiskutantInnen zu Notwendigkeit und Nutzen der Dokumentation der VU Neu für die Evaluierung.

*Das ist das, wovor ich auch Angst hätte. Das auf Grund dieser Vereinfachung dann ein Gesundheitszustand einer großen Gruppe von Menschen dargestellt wird. Da kommt nichts heraus dabei. außer Zahlen, die halt irgendwem nutzen oder wo jemand verdient. Aber an der Gesundheit und am Wohlgehen der Gesamtbevölkerung überhaupt nichts ändert. 1m*

*Und eine Lanze muss ich, obwohl ich das nicht gern tue, für die Epidemiologie und diese Betrachtungsweise über Bevölkerungsgruppen hinweg noch brechen und zwar deshalb, weil wenn das nie gemacht worden wäre, dann wüssten wir heute noch nicht, in wie viel Prozent Rauchen für Krebstoten verantwortlich ist. Und wenn das nie ausgewertet worden wäre, könnten wir auch heute nicht damit argumentieren. Ich würde nicht sagen, das bringt nichts, und kann nichts bringen, was man schon zugeben muss ist, dass man eine gewisse Angst haben muss, wie gewisse Instrumente verwendet werden. 1w*

*Es sind jetzt eben gewisse Dinge dokumentiert und fix dokumentiert und sollen dann auch ausgewertet werden, die wir vorher bewusst dokumentiert haben, die in unserem Datenwust untergegangen sind. Wo eigentlich niemand etwas davon gehabt hat, außer wir, mit unseren Patienten, das ist ja das Wichtige. Da geht es jetzt glaube ich auch darum, dass es eben nach Außen hin, dargestellt werden soll, wie ist überhaupt der Zustand unserer Leute und was wird dann daraus. Dann hat es einen Sinn, sonst hat es keinen Sinn. 1m*

*Es geht ja nicht darum, dass wir diesen Zettel schön und fein säuberlich machen, vielleicht machen wir noch einen Schriftkurs oder mit Computer schön ausfüllen das der Computer das dann lesen kann, aber ich sage ja, darauf kommt es ja nicht an. Es kommt und deswegen sage ich ja, der Zettel hilft mir ja nichts im Moment. Der hilft*



*mir nicht! Das mag schon sein, aber das macht ja keinen guten Arzt aus, dass er den Zettel ausfüllen kann. Irgend ein aufsetzt und dann, ja sei mir nicht böse, da wenn es nur ums Zettelausfüllen geht, kann ich bald jemanden heranzüchten, da geht es um mehr. Da geht es darum, was macht man? Ich sage ja, das ist ein Gerüst. **2m***

*.... diese Informationen kannst du aus den Patienten in einer Praxis nicht herauskriegen du musst es großflächig angehen. **1w***

*... wenn man den Bogen hernimmt sind da diese Dinge wo ganz konkrete Zahlen drinnen stehen, ...[...] oder Cholesterinquotient ....[...]. Das kannst du ableiten. Also wo es wirklich um ganz konkrete Messparameter geht. .... Wie viele wollen aufhören, das könnten wir auch herausfinden, das ist ok, aber diese,.... wie geht der mit seiner Gesundheit um, hat er Angst, ist er besorgt, ...ist der dann per se doch gesünder und lebt länger, [...]...aber alle diese Parameter werden da in der VU nicht abgefragt, aber das ist eigentlich Allgemeinmedizin und das ist die VU nicht! **1m***

*Was machst du, wenn man von 100.000 Österreichern. diese Daten hat, was passiert dann? **1m***

*Dann steht da drinnen, so und so viele haben erhöhtes Cholesterin und so und so viele haben bei dieser Messung einen erhöhten Blutdruck gehabt. Das ist ja genau das, was ich sage, eine Einzelmessung ein Einzelbogen, der sagt da gar nichts aus. Wir könnten jetzt nur im Gesamten sehen, epidemiologisch, was tut sich in den nächsten Jahren damit? Was passiert denn? **2m***

In diesem Zusammenhang werden auch Bedenken zur Übermittlung personenbezogener Daten geäußert. Die Diskussionsbeiträge verweisen dabei auf die Schwierigkeit, die verschiedenen Betrachtungsweisen – die Bevölkerungsebene gegenüber der individuellen Patientenperspektive – zur Deckung zu bringen.

*Also ich glaube auch nicht, dass es nur um die Erhebung von epidemiologischen Daten geht, sondern es geht wirklich für die individuellen Patienten erstens und ganz aller wichtigst „jetzt habe ich eine Gesundenuntersuchung gemacht und jetzt bin ich gesund“. **1m***

*Meines Erachtens sollten eigentlich die Namen und das Sachen nicht drauf sein, weil die gehen das Statistische Zentralamt, oder wer das auch immer auswertet*

*überhaupt nichts an, das sollte nicht wieder rückverfolgbar sein, außer über den Arzt, aber die Daten, wie gesagt sind schon in Ordnung. Wenn die glauben, das hat einen Sinn und die Fachleute sagen diese Daten, die da drauf stehen, haben für sie einen Sinn und damit können die was anfangen, dann sollen sie sie haben. **2m***

*Du siehst das jetzt nicht als Instrument, die Gesundheit einer breiten Bevölkerungsmehrheit zu verbessern, sondern als Instrument für das Statistische Zentralamt! **1m***

*Ich meine nur, zur Beobachtung und zu schauen ändert sich etwas, was läuft anders, wo ist es ?, wo ist es sinnvoll? Das sehe ich darin und nicht die Hilfe für den individuellen Patienten. Die, die muss ich ergreifen. **2m***

*Nur das ist der Wunsch des Patienten, ich kann mich nicht davon abkoppeln! Der kommt nicht zur Gesundenuntersuchung, weil er dem Statistiker in Wien da einen Gefallen tun will, sondern er will selber wissen, bin ich gesund oder habe ich ein Risiko? **1m***

*... genau so mache ich das auch mit ihm und sage, die Daten da Name, Adresse, Versicherungsnummer - das geht die nichts an, das ist völlig wurscht. **2m***

Die Auffassungen der DiskutantInnen zum Nutzen der Dokumentation der VU Neu für das eigene Praxismanagement bzw. zur Praktikabilität im Untersuchungsablauf sind dabei nicht ganz konsistent.

*Ja, also ich sehe den ganzen, trotz alledem, diesen Bogen nur als Werk zur Erfassung von Daten, Zusammenführen von Daten, statischen Auswertungen von Daten. ...[...] Für mich hat der eigentlich keine Relevanz, weil die Daten die da drauf stehen, die stehen so wie so alle bei mir in meiner Dokumentation drinnen. Und das was darüber hinausgeht steht auch alles da drinnen. **2m***

*... ich sehe es auch wieder als Hilfe. Du kennst die Patienten und die rennen jahrelang durch dein Haus. Ja, du berätst sie immer wieder und dann schaust einmal etwas nach und du sagst, das interessiert mich jetzt, ist nie gemacht worden, nie angeschaut. Warum? Weil das so regelmäßig war, dass du gar nicht daran denkst. Und das sind immer diese Dinge, wo ich denke, da gehört ein Schema her. Es gehört ein Schema her und so wie bei Diabetikern da muss die beinhart zu mindestens alle*

halben Jahre, muss die sehen und anschauen und Fotos anschauen lassen und die Füße anschauen usw. da gehört ein Schema her, sonst entgleiten die dir. **2m**

... ich sehe das nicht so negativ, wie auch immer, das da z.B. steht Überweisung zum oder das und das gemacht, das ist für mich auch eine Bestätigung pass auf, ich habe ihm das jetzt gesagt, schau dir die an und wenn sich was verändert, dann melde dich bitte gleich wieder. Das macht ja der Hautarzt auch genau so. Und sonst in einem Jahr sehen wir uns wieder und da schauen wir, hat sich etwas geändert? Für mich ist das eine Hilfe einfach, damit ich das ja nicht vergesse, im Gespräch eben. Habe ich das gemacht? Ah, Moment ich habe vergessen zu sagen, vergessen sie das nicht, schauen sie sich das an. Beobachten sie das und wenn sich etwas ändert, bitte melden sie sich. Also für mich ist es nur eine Hilfe und ich sehe nichts Negatives. Das hier gewisse Daten nicht darauf sind...[...]. Nein, es geht darum, was daraus gemacht wird, was das dann für den Patienten selbst für die weitere Entwicklung bedeutet. Sonst brauche ich das nicht. **2m**

Besonders ein Teilnehmer bezweifelt die Zweckmäßigkeit und Brauchbarkeit des Dokumentationsbogens. Von allen TeilnehmerInnen jedoch erfolgen Wortmeldungen sowohl zur mangelnden Klarheit der Formulierungen als auch zu Format und Gestaltung. Der Dokumentationsbogen wird eher nicht als tauglich für die Praxisdokumentation empfunden.

Da - Herz, Lunge, Gefäße – nur eine Zeile, wenn da wirklich ein Problem ist, habe ich da zu wenig Platz! ...[...]. Wenn man etwas wissen will, dann soll man es detailliert ausführen und sonst soll man es bleiben lassen. Nach Bruchpforten oder so wird gar nicht gefragt, nach Wirbelsäule oder Gelenken: da könnte man noch ein bisschen detaillierter fragen, gerade bei älteren Leuten, .... diese Arthrosen, PCP, diese rheumatischen Geschichten kommen absolut nicht vor! Nicht einmal das CRP wird mehr gefragt, das gibt es sowieso nicht mehr - also solche Leute fallen dort raus.... - eine der größten Gruppen von Erkrankungen, die chronisch verlaufen, wo man etwas tun könnte, wo eine Vorsorge sinnvoll wäre.... **1m**

Da hinten diese, Übertragung Gesundheitspass, das ist überhaupt ein super Kasterl, Übertragung Gesundheitspass. Ja, entweder habe ich es übertragen, dann soll man den Gesundheitspass anschauen, wenn ich es nicht übertragen habe und da aber ..., also das ist „art pour l’art“ für den Kanal, oder für Arsch & Friedrich! Oder es gibt

einen Haufen Ausdrücke und ich habe irgendwo in einer Dokumentation gelesen, wie toll das gemacht wäre, oder wie Geschichten, da müssen sich Leute wirklich Gedanken gemacht haben. Was mich wundert, also dass ich da tatsächlich wer was gedacht hat... **1m**

das finde ich gut, z.B. bei Mammografie und Abstrich, das ist hilfreich, Abstrich ist gemacht worden Befund vorhanden oder nicht. Also wenn sie sagen, ich war beim Frauenarzt, der hat einen Abstrich gemacht und ich weiß nicht, was herausgekommen ist Befund habe ich auch keinen. Gut, das kann ich wenigstens dokumentieren. Das ist relativ einfach, sonst habe ich das schreiben müssen, jetzt kann ich das dokumentieren, also das ist hilfreich, ebenso bei Mammografie. Bei der Prostata: was mir jetzt abgeht ist das PSA....**1m**

Mir kommt vor, dass ein paar Kapitel fehlen, die für die Vorsorge schon wichtig sind z. B. die kritisierte Frage nach den Allergien das gehört kommentiert, das gehört zur Vorsorge dazu. Rheuma hast du auch schon gesagt, das ist auch eine wichtige Gruppe. Bezüglich der sehr häufigen, degenerativen Gelenks- und Wirbelsäulenerkrankungen kommt auch nicht viel vor. **1w**

Und dieselbe Teilnehmerin führt weiter aus:

... zu meinem Leidwesen ist praktisch die gesamte gynäkologische Anamnese weggefallen, ich meine, es reduziert sich die gynäkologische Vorsorge auf den PAP-Abstrich, was ich finde, was ein Witz ist und ich führe das auch praktisch durch, ich weiß nicht, das macht vielleicht nicht jeder aber das ist mir wirklich zu wenig, weil ich will wirklich die Regelanamnese, die Geburtenanamnese dabei haben. Natürlich gilt auch, ich mach es, aber es ist ein echter Verlust, weil es war in der alten VU schöner aufgeführt. Gut, was mir noch abgeht ist ein Impfstatus, ich mach das regelmäßig dazu, ich halte das für wichtig, denn wenn ich schon Vorsorge betreibe gehören zu mindest die Basisimpfungen dazu. So viel zum Bogen. **1w**

.. wo kein Strich in die Richtung geht, ist: was ist mit der Psyche? Wir wissen, dass ein Drittel unserer Patienten psychische Probleme hat und da sind chronische Probleme, da ist gar nichts, das kann man nicht messen, das kann man in kein Kasterl hineinschreiben und das steht nicht drauf. **1m**

Nicht von allen wird der Dokumentationsbogen für die Untersuchungssituation mit den PatientInnen als einschränkend erlebt.

*Das ist ja individuell, das ist ja das was ich sage - das ist ein schöner Bogen zum Ausfüllen. 2m*

*D. h. du füllst den Zettel aus, damit du deine 50€ bekommst? 1m*

*Wenn das vorgeschrieben ist, werden auch die Zettel ausgefüllt. Im Prinzip mache ich das alles, weil es mir als Hilfe erklärt worden ist, das wichtigste ist doch nach wie vor, dass du dich mit dem Patienten beschäftigst. Wenn ich sage, da ist wegen Allergie usw. nichts drinnen, wir haben diesen Fragebogen, den sie vorher ausfüllen, wir haben das Gespräch zuvor mit denen und zum Teil kennt man die Patienten zum Großteil. Das heißt also.... ihr klammert euch so an den Bogen...2m*

*Da gebe ich dir vollkommen Recht, der Zettel hat mit dem was man tut relative nichts zu tun; der ist teilweise hinderlich. 1m*

Zum Thema der verfügbaren **Informationsmaterialien und Patienten-Broschüren** in den Arztpraxen gibt es von den DiskutantInnen nur wenige kurze Aussagen.

*Das machen die Angestellten, die denen das mitgeben. Ich weiß da gar nicht was da draufsteht 1m*

*Also ich hätte ganz gerne das Geld für diese Infofolder um ein paar mehr „Spirometrie“-Untersuchungen [...] machen zu können. Das ist gerade heuer ziemlich ein Thema mit der Allergiewelle, das wird sicher nicht nur bei mir so sein... 1w*

*...die sind nicht die Renner in der Ordination. 2m*

*Ja, man legt es auf. ... 1w*

*Wenn sie vernünftig sind. Wenn ich da alles auflege, was ich bekomme, dann ist mein Wartezimmer voll gestapelt mit dem ganzen Zeug und da sind oft Sachen drinnen, die sind absurd. 2m*

*Außerdem lesen die Patienten viel lieber das „Grüne Blatt“ oder Hademar Bankhofer, das die Medizin erklärt, also das haben sie viel lieber, das ist emotional auch ansprechender. 1m*

Abschließend wurden die DiskutantInnen aufgefordert, einen „Wunsch“ im Zusammenhang mit der VU Neu zu äußern:

*Ich wünsche mir, dass für diese Rubrik zur Beziehung zu dem einzelnen individuellen Patienten d. h. dass die Individualität des Patienten und auch möglicherweise die Individualität meiner Arbeitsweise mehr Platz hat und dann auch dokumentierbar ist. Wie man das machen kann, weiß ich nicht. 1m*

*Ich habe nur einen Wunsch, dass wenn es einen Sinn haben sollte, dass man auch die Daten bekommt und auch Rückmeldungen bekommt, was ist dabei herausgekommen und dass die persönlichen Daten, so zu sagen, da hinaus verschwinden, dass man das anonymisiert wie auch immer, auch zuweisbar anhand von irgend welchen Zahlen oder einem Code.... aber die haben da drauf nichts verloren. 2m*

*Ja, Wunsch - ich komm zum Verrechnungstechnischen. Ich wäre hier wirklich herzlich dankbar, wenn von den Krankenkassen her diese Hürde fallen würde, dass man ergänzende oder erweiternde Untersuchungen unbedingt an einem anderen Tag machen muss, wie an dem Tag der VU. Die Leute müssen sich frei nehmen er ist nicht begeistert wenn ich ihn für eine erweiternde Laboruntersuchung, Spirometrie, Audiometrie oder EKG dann noch einmal extra bestellen muss. Und ich meine man sollte erklären, dass es nicht mehr darum geht, dass man was weiß ich, die gewaltigen Einkünfte vermehren will, sondern auch darum, dass der Betroffene ...[...] im Zuge der Untersuchung ergeben sich gewisse zusätzliche Fragestellungen ..[...] und wenn der (Anmerkung: der Patient) da ist, ist er eher bereit, das mitzumachen, als wenn ich den extra noch einmal bestellen muss ... - das ist für beide Seiten sehr umständlich oder lästig. Lästig und aufwendig. 1w*

## **4 Diskussion**

Eine wesentliche Einschränkung dieser Analyse stellt die mit nur vier TeilnehmerInnen geringe Anzahl an DiskutantInnen dar. Auch sind die Ergebnisse aufgrund der eingeschränkten Repräsentativität mit Vorbehalt zu betrachten. Die nur einmalige Durchführung solcher Fokusgruppen mit DiskutantInnen, als selbst selektierte Gruppe von Freiwilligen, lässt nur eine Momentaufnahme zu den analysierten Fragestellungen zu. Zukünftig müssen hinsichtlich der Rekrutierung der

TeilnehmerInnen noch weitere Anstrengungen unternommen werden. Dennoch konnten mit dieser Methode wertvolle Einblicke zu Erfahrungen und Sichtweisen der PraktikerInnen im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung Neu (VU Neu) gewonnen werden.

Bereits durch diese einmalige Fokusgruppen-Diskussion ergaben sich für die weitere Evaluierung wesentliche Aufschlüsse über ärztliche Handlungsweisen in der Vorsorgeuntersuchung, Konzepte der PraktikerInnen zu Qualitätssicherung und Evaluation sowie dem möglichen Nutzen der Vorsorgeuntersuchung. Der zentrale Stellenwert der Arzt-Patienten Beziehung und die Besonderheit des Settings der allgemeinmedizinischen Praxis wurden betont. Dazu in einem gewissen Spannungsverhältnis stehen die von den PraktikerInnen als begrenzt sinnvoll bzw. nützlich erlebten Instrumente der Qualitätssicherung. Ganz besonders davon berührt wird das Thema der Befunddokumentation.

Die vorliegenden Ergebnisse der Diskussion – wenngleich sie aufgrund der oben genannten Einschränkungen mit Vorsicht zu betrachten sind – sind jedoch geeignet, Hintergründe der verbesserungswürdigen Akzeptanz der VU Neu bei der ärztlichen Berufsgruppe zu beleuchten. In jedem Fall sollten Ergebnisse weiterer Fokusgruppen diese ersten Erkenntnisse abrunden und in die Entwicklung eines standardisierten Fragebogens einfließen.