

Diplomarbeit

**Wissenschaftliche Evaluierung der Einstellung von
Hausärztinnen und Hausärzten in der Steiermark zur
Früherkennungsmaßnahme „niere.schützen“ im Rahmen
der integrierten nephrologischen Versorgung in der
Steiermark**

eingereicht von

Elena Holzmüller

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktor(in) der gesamten Heilkunde

(Dr. med. univ.)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung

unter der Anleitung von

Univ.-Prof. Dr. med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Univ.-Ass. Dr. med. Stephanie Poggenburg

Dr. rer. hum. biol. Nadine Janis Pohontsch

Graz, 28.10.2018

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 28.10.2018

Elena Holzmüller eh

Danksagungen

Zuallererst gilt mein Dank meinen Betreuerinnen. Ich möchte besonders Univ.-Prof. Dr.med.univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch für die tatkräftige Unterstützung während des Entstehungsprozesses der Arbeit und für die großartige Betreuung im Rahmen des Speziellen Forschungsmoduls danken. Ein weiterer großer Dank geht an Univ.- Ass. Dr.med. Stephanie Poggenburg, welche mir in Anleitung und Rat während der gesamten Arbeit helfend zur Seite stand. Auch möchte ich Dr. rer. hum. biol. Nadine Janis Pohontsch vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf für die unterstützende Anleitung in der Ausarbeitung des semistrukturierten Interviewleitfadens meinen Dank aussprechen.

Zudem geht mein Dank an die Mitarbeiter_innen des Instituts für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung, welche durch ihr positives und freundliches Auftreten dieses Institut zu einem angenehmen Arbeitsplatz machen. Insbesondere möchte ich mich hier bei Frau BSc Meta Frieß und Frau Barbara Konrad für die Unterstützung in organisatorischen Belangen bedanken.

Darüber hinaus danke ich den 20 steirischen Allgemeinmediziner_innen, die zu einem Interview bereit waren und so nicht nur mich, sondern auch die Forschung der Medizinischen Universität Graz unterstützt haben.

Ich möchte mich auch recht herzlich bei meiner Familie für ihren Rückhalt bedanken. Hier besonders meinen Eltern, die mir dieses Studium ermöglichen und bei meinem Onkel, der mich als Allgemeinmediziner bei meiner Ausbildung unterstützt und immer beratend zur Seite steht. Ihnen möchte ich diese Arbeit widmen.

Zusammenfassung

1. Hintergrund

Durch den enormen Anstieg der Zahl an Patient_innen mit chronischer Nierenkrankheit (CKD) und der Folgeerkrankungen rückte die Niere in den letzten Jahren immer mehr in den Fokus des gesellschaftlichen Bewusstseins. Durch die erhöhte Morbidität und Mortalität der CKD entwickelte sich eine große soziale und ökonomische Belastung. Die Vertreter der European Kidney Health Alliance empfehlen daher europaweit die Etablierung von Screeningprogrammen zur Früherkennung von CKD. So wurden nicht nur international in den vergangenen Jahren Screeningprogramme dieser Art geschaffen, sondern auch in der Steiermark „niere.schützen“ als Awarenessprogramm zur Früherkennung von CKD im allgemeinmedizinischen Sektor am 01.01.2016 etabliert.

2. Material und Methoden

Zur Evaluierung der Meinung von steirischen Allgemeinmediziner_innen hinsichtlich des Awarenessprogramm „niere.schützen“ wurden im Rahmen dieser Diplomarbeit semistrukturierte leitfadengestützte Telefoninterviews mit 20 steirischen Allgemeinmediziner_innen geführt. Ein Transskript der aufgezeichneten Interviews wurde anhand qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

3. Ergebnisse

Die Befragung der Hausärzt_innen zeigte, dass der Großteil der Befragten die Thematik der Nierenfunktionseinschränkung, als relevant, für die tägliche hausärztliche Praxis, erachten. Das Programm „niere.schützen“ war sämtlichen befragten Hausärzt_innen bekannt. Als wichtiger Motivator für die Teilnahme zeigt sich der Benefit den Patient_innen durch die Teilnahme am Programm haben. Diesen Patientennutzen benannten die Hausärzt_innen in Form von Früherkennung, Patientenadhärenz und Therapieoptimierung. Das Programm stellt eine Hilfe in der Primärprävention von CKD dahingehend dar, dass ärztliches Personal eine höhere Awareness im Bezug auf die Niere zeigt. Im Sinne der Sekundärprävention führt das Programm zu einem kritischeren Umgang mit nierenschädigenden Substanzen. Förderlich für die Teilnahme erweist sich auch die Finanzierung der nötigen Untersuchungen durch die Krankenkasse, wie auch

eine verbesserte interdisziplinäre Zusammenarbeit. Barrieren für die Teilnahme benannten die Hausärzt_innen als zu geringe oder fehlende Bewerbung des Programms, wie auch eine negative Assoziation gegenüber der am Programm beteiligten Gebietskrankenkasse. Inhaltliche Anwendungsbarrieren zeigten sich in Form von Unverständlichkeit in der Anwendung oder durch Diskrepanzen mit den anzuwendenden Laborparametern. Auch der administrative Zusatzaufwand bei der starken Belastung in der täglichen Praxis ist eine Grund, nicht am Programm teilzunehmen. Bemängelt wurde ebenfalls die fehlende finanzielle Vergütung des Arbeitsaufwandes wie auch die mangelnde Verfügbarkeit von Fachärzt_innen.

4. Schlussfolgerung

Unter Einbeziehung der Ergebnisse könnte man folgendes ableiten:

Um eine Attraktivitätssteigerung des Programms zu erreichen, müssten verschiedene Maßnahmen durchgeführt werden. Eine erneute Bewerbungsaktion um die Informationen des Programms an die Ärzt_innen zu übermitteln sollte stattfinden. Weitere Seminare und Fortbildungen sollten forciert werden, und so auch das E-Learning besser etabliert werden. Unabhängig von der Überweisung zu Fachärzt_innen sollten Schulungsprogramme für Patient_innen entwickelt werden. Beim Auftreten der GKK sollte mehr das Verhältnis als Vertragspartner und nicht als Kontrollinstanz kommuniziert werden. Eine Honorierung des ärztlichen Arbeitsaufwandes sollte vorgenommen werden. Vereinfachungen des administrativen Aufwandes wären umzusetzen, wie auch die Entwicklung eines Behandlungspfades für die allgemeinmedizinische Versorgung von Nierenpatient_innen. Wünschenswert wäre ebenso die Kreation eines einheitlichen kardiovaskulären DMP „niere/herz/diabetes“. Durch gezielte Änderungen des Programms „niere.schützen“, unter Beachtung der benannten Motivatoren und Barrieren, könnte die Implementierung des Programms in den steirischen Hausarztpraxen optimiert werden. Es sollten bereits etablierte Programme und DMPs als Vorbild für die Neu-etablierung des Programms verwendet werden.

Abstract

1. Background

Due to the enormous increase of the number of patients with chronic kidney disease (CKD) and long-term consequences the kidney gets into the focus of social awareness. Due to the increasing morbidity and mortality of CKD a major social and economic burden was evolving. Because of that the representatives of the European Kidney Health Alliance recommend the Europe-wide establishment of screening programs for early detection of CKD. That is why international screening programs have been implemented during the last years, also in Styria the awareness program „niere.schützen“ for early detection of CKD in the general medical sector has been implemented on 01.01.2016.

2. Material and Methods

To evaluate the opinion of styrian general practitioners regarding the awareness program “niere.schützen”, semi structured, guide supported telephone interviews with 20 general practitioners were conducted in scope of this work. A transcript of the recorded interviews was evaluated on the basis of qualitative content analysis.

3. Results

The survey of general practitioners showed, that the majority of the interviewees considered the topic of renal insufficiency as relevant for the daily surgery. The program “niere.schützen” was known by all surveyed general practitioners. It turned out, that an important motivator for participation is the patients benefit by joining the program. This patient benefit was named as early detection, patient adherence and optimization of curative treatment. The Program is helpful in primary prevention of CKD, as it raises awareness at medical staff for the kidney. For the purpose of secondary prevention the program leads to a more critical dealing with kidney damaging substances. Wholesome for participating rendered the financing of all needed tests by the health insurance, as well as improvement at interdisciplinary collaboration. Barriers for participation was named as to less or missing promotion for the program, just as a negative association with the in the program involved regional medical insurance. Contentual practice barriers manifest as incomprehensibility in practice or discrepancy with the laboratory

parameters that should be used. Likewise the administrative additional expenditure beyond the severe workload in the daily practice is another reason for not participating. Criticised was along with it, the missing financial compensation for the workload as well as the limited availability of medical specialists.

4. Conclusion

Including the results the following could be extrapolated:

To reach an increase in attractiveness of the program different actions have to be taken. Once more there has to be a new promotion for the program to deliver the information of it to the general practitioners. Furthermore seminars and medical staff trainings should be forced and so also the e-learning can become more established. Independently of the assignment to specialists, new training programs for patients should be created. The appearance of the GKK should more be like a contracting party and not as a supervisory authority. A doctor's fee for the additional workload should be established. Simplifications of the doctor's workload should be done and a care pathway for the general practitioners care of renal patients should be invented. Desirable would also be the creation of a unified cardiovascular DMP "niere/herz/diabetes".

By making targeted adaptations of the program "niere.schützen", with due regard to the named motivators and barriers, the implementation of the program in the styrian family practices could be optimized. Already established programs and DMPs can serve as a model for the re-establishment of the program "niere.schützen".

Inhaltsverzeichnis

Danksagungen	ii
Zusammenfassung	iii
Abstract	v
Inhaltsverzeichnis	vii
Glossar und Abkürzungen	x
Abbildungsverzeichnis	xii
Tabellenverzeichnis	xii
1 Hintergrund	1
1.1 Gefahr der chronischen Nierenerkrankungen	1
1.2 Diagnostik einer chronischen Nierenerkrankung	3
1.2.1 Albuminurie	3
1.2.2 Kreatinin / GFR	3
1.2.3 Ziel der Diagnostik	4
1.3 Screening der Niere	4
1.3.1 Das Programm niere.schützen	5
1.3.2 Internationales Nierenscreening	5
1.3.2.1 KEEP – Kidney Early Evaluation Program	6
1.3.2.2 VHA Electronic Health Record	6
1.3.2.3 NKF Singapore Prevention Program	7
1.3.2.4 Taiwan CKD Preventive Program	7
1.3.2.5 KEY Australia	7
1.4 Nutzen und Schaden von Screeningprogrammen	8
1.4.1 Potenzieller Nutzen des Screenings der Niere	8
1.4.2 Potenzieller Schaden des Screenings der Niere	8
1.4.3 WHO Kriterien für Screening-Tests	10
1.5 Faktoren für Teilnahme an Screeningprogrammen	11
1.5.1 Motivatoren zur Teilnahme an Screeningprogrammen	11
1.5.2 Barrieren zur Teilnahme an Screeningprogrammen	12
1.6 Das Programm „niere.schützen“	14
1.6.1 Die Entwicklung	14
1.6.2 Das Screening	15
2 Fragestellung	17

3	Material und Methoden	18
3.1	Forschungsdesign und Ablauf	18
3.2	Auswahl der Interviewpartner	19
3.3	Das Telefoninterview als Erhebungsinstrument.....	20
3.3.1	Entwicklung des Interviewleitfadens	20
3.3.2	Inhaltliche Distinktion der Leitfadenabschnitte.....	21
3.3.2.1	Abschnitt 1 des Leitfadens – Allgemeine Fragen zur Person	21
3.3.2.2	Abschnitt 2 des Leitfadens – Detailfragen zu „niere.schützen“	21
3.3.2.3	Abschnitt 3 des Leitfadens – Kontaktdaten und Abschluss	22
3.3.3	Ablauf der Telefoninterviews	22
3.4	Inhaltsanalysen.....	23
4	Ergebnisse.....	24
4.1	Soziodemographische Variablen und die Rolle der steiermärkischen GKK	24
4.1.1	Geschlechterverteilung.....	24
4.1.2	Arbeitsort.....	24
4.1.3	Altersverteilung.....	24
4.1.4	Praktizierende Zeit.....	24
4.1.5	Die Rolle der steiermärkischen Gebietskrankenkasse	25
4.2	Möglicher Mehrwert eines Früherkennungsprogramms zur chronischen NINS aus der ärztlichen Perspektive	25
4.2.1	Für die Ärztin / den Arzt.....	25
4.2.2	Für die Patientinnen und Patienten	26
4.3	Das Programm „niere.schützen“	27
4.3.1	Teil A	30
4.3.2	Teil B	31
4.3.2.1	Gründe von Hausärzt_innen, das Programm niere.schützen nicht anzuwenden	31
4.3.3	Teil C	32
4.3.4	Attraktivitätsfaktoren des Programms „niere.schützen“	32
4.4	Individuelle Ergänzungen	34
5	Diskussion	36
5.1	Stellenwert des Nierenscreenings	36
5.2	Das Programm „niere.schützen“	37
5.2.1	Gründe für die Teilnahme	37

5.2.1.1	Patientenbenefit	37
5.2.1.2	Früherkennung	37
5.2.1.3	Patientenadhärenz	38
5.2.1.4	Therapieoptimierung	38
5.2.1.5	Prävention	39
5.2.1.6	Finanzierung	39
5.2.1.7	Zusammenarbeit mit Fachärzt_innen	39
5.2.2	Gründe für die Nichtteilnahme	40
5.2.2.1	Wissensbarriere	40
5.2.2.2	GKK.....	40
5.2.2.3	Bewerbung	41
5.2.2.4	Inhalt	41
5.2.2.5	Bürokratie.....	43
5.2.2.6	Honorierung	43
5.2.2.7	Mangelnde Verfügbarkeit von Fachärzt_innen bzw. Nephrolog_innen	44
5.2.2.8	Lage des Arbeitsortes	44
5.2.2.9	Infragestellung der Notwendigkeit	45
5.2.3	Erhöhung der Teilnahmebereitschaft.....	45
5.2.4	Maßnahmen zur Optimierung von „niere.schützen“.....	48
5.2.5	Umsetzung der Optimierungsmaßnahmen.....	51
6	Limitationen	53
7	Schlussfolgerung	54
8	Literaturverzeichnis.....	56
9	Anhang – Interviewleitfaden.....	68
10	Anhang – Email an „forschungswillige Hausärzt_innen“.....	78
11	Anhang – Transskript.....	79
12	Anhang – Auswertung mit Kategoriensystem	156

Glossar und Abkürzungen

ACR	Albumin-Creatinin-Ratio
ÄK	Ärztchamber
ANV	Akutes Nierenversagen
BMI	Body-Mass-Index
CKD	Chronic kidney disease
DMP	Disease Management Program
eGFR	Estimated GFR – geschätzte glomeruläre Filtrationsrate
EKHA	European Kidney Health Alliance
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ERA-EDTA	European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association
ESRD	End-stage renal disease
GFR	Glomeruläre Filtrationsrate
GFs	Gesundheitsfonds
GKK	Gebietskrankenkasse
IAMEV	Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung
KDIGO	Kidney Disease: Improving Global Outcomes
KEEP	Kidney Early Evaluation Program
KEY	Kidney Evaluate Yours
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NKF	National Kidney Foundation

NSAR	Nicht-steroidale Antirheumatika
STGKK	Steiermärkische Gebietskrankenkasse
SV	Sozialversicherung
VHA	Veterans Health Association
WHO	World Health Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Prognose der CKD nach KDIGO 2012	2
Abbildung 2: Überweisungsschema "niere.schützen"	16

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Interview F4 - Chronische Niereninsuffizienz in der täglichen Praxis ..	25
Tabelle 2: Interview F6 - Patientenbenefit	26
Tabelle 3: Interview F9 - Vorteile „niere.schützen“	28
Tabelle 4: Interview F10 - Nachteile „niere.schützen“.....	29
Tabelle 5: Interview A2 - Verbesserung der Patientenbetreuung	30
Tabelle 6: Interview B1 - Sinn eines Früherkennungsprogramms für die Niere....	31
Tabelle 7: Interview F11 - Attraktivitätsfaktor Honorierung	33
Tabelle 8: Interview F12 - Attraktivitätsfaktor DMP.....	33
Tabelle 9: Maßnahmen zur Optimierung	49

1 Hintergrund

1.1 Gefahr der chronischen Nierenerkrankungen

Die Niere rückte in den vergangenen Jahren als wesentliches Organ mehr und mehr in den Fokus gesellschaftlichen Bewusstseins. Die Zahl der Patient_innen mit chronischen Nierenerkrankungen (Chronic Kidney Disease/CKD) steigt weltweit stetig an, was aufgrund der resultierenden Folgeerkrankungen (kardiovaskulär/Nierenersatztherapie) zu steigenden Kosten im Gesundheitssektor führt. Aufgrund der aus ihr resultierenden erhöhten Morbidität und Mortalität wurde die CKD zu einer wesentlichen sozialen und ökonomischen Belastung [1]. Die erhobenen Daten des Institute for Health Metrics and Evaluation zeigen, dass weltweit die mit CKD assoziierte Mortalität von 1990 bis 2015 um 108 % gestiegen ist [2], was im Wesentlichen durch die Zunahme der meist bedingenden Krankheiten Hypertonie und Diabetes mellitus begründet ist. Diese gelten als primäre Ursache für über 50 % der eingeschränkten Nierenfunktionen [3].

Die Niereninsuffizienz wird entsprechend, der in den KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) Guidelines dargestellten Klassen, definiert und nach Stadien eingeteilt. „Um eine CKD feststellen zu können, bedarf es des Vorhandenseins einer eingeschränkten Nierenfunktion, definiert als glomeruläre Filtrationsrate (GFR) $<60 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ Körperoberfläche und/oder Zeichen einer Nierenschädigung (Albuminurie, Nierenzysten etc.) über zumindest 3 Monate [4].“

Anhand der GFR und der Albuminausscheidung wird die CKD in 18 Schweregrade eingeteilt, welche aus einem tabellarischen Schema abgelesen werden können. Dieses Schema hat sich international etabliert und konnte so, bei einer Vereinheitlichung in der Diagnostik von Niereninsuffizienzen, helfen [3].

Prognosis of CKD by GFR
and albuminuria categories:
KDIGO 2012

				Persistent albuminuria categories, description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				<30 mg/g <3 mg/mmol	30–300 mg/g 3–30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/1.73 m ²), description and range	G1	Normal or high	≥90			
	G2	Mildly decreased	60–89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44			
	G4	Severely decreased	15–29			
	G5	Kidney failure	<15			

green, low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); yellow, moderately increased risk; orange, high risk; red, very high risk.

Abbildung 1: Prognose der CKD nach KDIGO 2012

Da die CKD in früheren Stadien meist asymptomatisch verläuft, bleibt deren Vorliegen häufig bis zu einer bereits gravierenden Nierenfunktionseinschränkung unerkannt. Ist dies der Fall, kann der Verlauf nicht mehr in einem wesentlichen Ausmaß beeinflusst werden, was die Entwicklung einer terminalen Niereninsuffizienz (End Stage Renal Disease/ESRD) begünstigt und zur Notwendigkeit einer Nierenersatztherapie in Form von Dialyse oder Transplantation führen kann [4].

Bekannt ist aus diversen Studien, dass die Nierenfunktion ab dem 30. bis 40. Lebensjahr kontinuierlich abnimmt, die Prävalenz der CKD demnach mit zunehmendem Alter steigt [5].

Bei einem jährlichen Verlust der eGFR um durchschnittlich 1,0 ml/min./1,73 m², wird die CKD bei über 70-Jährigen zu einer häufigen Erkrankung bzw. Prädisposition [6].

Patienten mit einer CKD sind im Wesentlichen durch die ihr zugrundeliegenden kardiovaskulären Folgeerkrankungen und -ereignisse bedroht, die die deutlich steigende Morbidität und Mortalität von Patienten mit CKD begründen.

Insbesondere ab einer CKD G3b. Schon vor Jahren konnte gezeigt werden, dass innerhalb von fünf Jahren Patient_innen mit CKD 2-4 eher versterben, als dass sie dialysepflichtig werden und eine ESRD erreichen [7]. Umgekehrt können auch kardiovaskuläre Erkrankungen neben den bereits genannten Risikofaktoren wie Alter, Diabetes Mellitus und Arterielle Hypertonie, ursächlich für eine CKD sein [4].

Diese Umstände machen eine Erkennung und Intervention in früheren Stadien der Erkrankung durchaus wünschenswert, um kardiovaskuläre Folgeerkrankungen und eine Nierenersatztherapie zu verhindern.

1.2 Diagnostik einer chronischen Nierenerkrankung

1.2.1 Albuminurie

Die Albuminurie ist ein von Alter, Geschlecht, Nierenfunktion, Diabetes, Hypertonie und Plasmalipiden unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und sollte im Rahmen der Nierenfunktionsdiagnostik an zwei aufeinanderfolgenden Terminen im Abstand von mehr als 90 Tagen mitbestimmt werden [8; 9].

Die Bestimmung der Albuminurie erfolgt wegen der Fehleranfälligkeit und der Praktikabilität als Albumin-Kreatinin-Ratio (ACR) aus einem Spontanharn und wird auf die Kreatininausscheidung im Urin bezogen [10].

In großen Studien konnte gezeigt werden, dass die Albuminurie eine Bedeutung insbesondere als Prädiktor für kardiovaskuläre Mortalität und Herzinsuffizienz bei Patient_innen hatte, bei denen zu Beginn der Untersuchung keine kardiovaskulären Erkrankungen vorgelegen sind [11].

1.2.2 Kreatinin / GFR

Das Serumkreatinin und insbesondere die aus ihr errechnete bzw. geschätzte eGFR (estimated Glomerular Filtration Rate) ist der zweite wesentliche Laborparameter zur Diagnostik der Nierenfunktion. Die Diagnose einer eingeschränkten Nierenfunktion kann bei zweimalig pathologischer eGFR im Abstand von mehr als 90 Tagen gestellt werden. Aufgrund der nicht-linearen Beziehung von Kreatinin und eGFR kommt es erst ab dem Stadium G3 zu einer

deutlichen Zunahme des Kreatins, weshalb man Stadium CKD G1 und CKD G2 auch den „kreatininblinden Bereich“ nennt [12]. Eine kompensatorische glomeruläre Hyperfiltration führt in den ersten beiden Stadien der CKD zu fast normalen Kreatinin-Werten, obwohl bereits eine Nierenfunktionseinschränkung vorliegt, so dass sich pathologische Serumkreatininwerte erst bei einer Einschränkung der Niere von 30 % - 50 % zeigen. Daher ist eine alleinige Kreatininbestimmung zur Detektion einer frühen Nierenfunktionseinschränkung ungeeignet [3].

1.2.3 Ziel der Diagnostik

Bei der Früherkennung von Nierenfunktionseinschränkungen geht es allerdings nicht darum, Patient_innen durch die Diagnose zu stigmatisieren bzw. zu pathologisieren, Vielmehr soll ein Bewusstsein dafür geschaffen werden, dass durch eine besondere Berücksichtigung aller Lebensumstände („life-style“), durch die Vermeidung zusätzlich schadender Faktoren (z.B. nephrotoxische Medikamente) und durch die Behandlung möglicher Risikofaktoren das Fortschreiten der Niereninsuffizienz vermieden bzw. verlangsamt werden kann [13].

1.3 Screening der Niere

Weltweit existieren zahlreiche Screeningprogramme zur Früherkennung einer eingeschränkten Nierenfunktion, die sich in Form, Zielsetzung und Inhalt sowie Evaluierbarkeit unterscheiden. Bislang besteht keine Evidenz hinsichtlich der Wirksamkeit von Programmen zur Früherkennung einer eingeschränkten Niereninsuffizienz auf harte, patientenrelevante Endpunkte [14].

Aus den der CKD zugrundeliegenden Risikofaktoren und der möglichen Beeinflussung dieser, lässt sich jedoch eine Sinnhaftigkeit einer frühzeitigen Nierenfunktionseinschränkung schlussfolgern, deren Nomenklatur als Erkrankung aus Gründen der Vermeidung von Überdiagnostik und Übertherapie jedoch erst ab einem gewissen Grad der CKD erfolgen sollte. In frühen Stadien geht es vielmehr um eine Awareness, um möglichst nierenschädigende Faktoren sowie nierenschädigende Verhaltensweisen zu vermeiden [13].

Zur Patientenbetreuung und zur Verhinderung oder Verlangsamung des Fortschritts einer CKD, kann eine systematische Implementierung eines solchen Programms und auch strukturierter Behandlungsprogramme wie z.B. DMP's (Disease Management-Programme) durch die Verbindung multidisziplinärer Ressourcen helfen [15]. Es wird weltweit, inklusive Österreich, bei chronischen Erkrankungen mit derartigen Programmen erfolgreich gearbeitet [16].

1.3.1 Das Programm niere.schützen

Zur Detektierung von Patient_innen mit CKD wurde 2016 in der Steiermark (Österreich) ein Programm zur integrierten nephrologischen Versorgung namens „niere.schützen“ [17] etabliert, um mit Hilfe der Bestimmung von eGFR und Albuminurie bei 40-65-jährigen Patient_innen eines Risikokollektives (Arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas (BMI > 30 kg/m²), terminale Niereninsuffizienz in der Familie) das Vorliegen einer Nierenfunktionseinschränkung zu untersuchen. Mittels einem für das Programm entwickelten Überweisungsschemas sollen betroffene Patient_innen, je nach Schweregrad der CKD, an Internist_innen oder Nephrolog_innen, die weitere diagnostische und therapeutische Schritte in Zusammenarbeit mit dem Hausarzt_in definieren, überwiesen werden [18].

1.3.2 Internationales Nierenscreening

Die EKHA (European Kidney Health Alliance) empfiehlt nicht nur aufgrund der chronischen Nierenerkrankungen und denen aus ihr resultierenden drastischen Kosten, sondern vielmehr in Anbetracht der erhöhten Morbidität und der global stark angestiegenen Rate der Mortalität bei Patient_innen mit chronischer Nierenfunktionsstörung (CKD) das Augenmerk auf die frühe Detektion einer eingeschränkten Nierenfunktion zu legen [19].

Daher empfehlen die in der EKHA organisierten Vertreter die europaweite Etablierung von Nierenscreeningprogrammen zur Früherkennung einer eingeschränkten Nierenfunktion bei bestimmten Risikopatientenpopulationen und die daraus resultierenden therapeutischen Schritte, die sich z.B. an den von der European Renal Association-European Dialysis and Transplant Association (ERA-

EDTA) empfohlenen Leitlinien, namentlich ERA-EDTA Clinical Practice Guidelines orientieren sollten, zu etablieren [20].

In Großbritannien wird seit 2014 den Empfehlungen des National Institute for Health and Care excellence (NICE) gefolgt und mit der Umsetzung eines flächendeckenden Screeningprogrammes auf Niereninsuffizienz bei vorher definierten Risikopatientengruppen (z.B. Patienten mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie, akutem Nierenversagen, kardiovaskulären Vorerkrankungen etc.) begonnen [21].

Die Empfehlungen der Fachgesellschaft beinhalten auch klare Aussagen zu weiteren therapeutischen Schritten inhaltlicher (d.h. z.B. medikamentöser) bzw. organisatorischer (d.h. z.B. Überweisung an den Facharzt) Natur [21].

1.3.2.1 KEEP – Kidney Early Evaluation Program

KEEP ist ein CKD-Screeningprogramm, welches in den USA implementiert wurde. Hierbei werden einmalige Screening-Events, von der National Kidney Foundation, in öffentlichen Einrichtungen abgehalten. Diese wurden zuvor über lokale Medien beworben. Zielgruppe sind Hypertoniker, Diabetiker und Familienangehörige dieser, genauso wie CKD-Patient_innen. Nach durchgeführtem Screening folgt eine individuelle Besprechung der Testergebnisse mit einer eventuellen Überweisung zum/zur Hausärzt_in. Es wird Informationsmaterial verteilt und die Behandlung wird auf Basis der aktuellen Leitlinien für den/die Hausärzt_in empfohlen. Es folgt ein telefonisches Follow-up nach zwei Monaten [22].

1.3.2.2 VHA Electronic Health Record

VHA Electronic Health Record, stammt ebenfalls aus den USA. Die Veterans Affairs Health Administration tritt hier als verantwortliche Organisation hervor. In den VHA-Kliniken werden Patient_innen jährlich über ein Remindersystem in der elektronischen Patientenakte gescreent. Zielgruppe sind hier Veteranen mit Diabetes Mellitus, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Familienanamnese für CKD, St. p. ANV, systemische Erkrankungen, ältere Personen und ethnische Gruppen mit erhöhtem CKD-Risiko. Die weitere Behandlung ist eine kontinuierliche Weiterentwicklung über das Computerized Patient Record System [23].

1.3.2.3 NKF Singapore Prevention Program

Die National Kidney Foundation Singapore rief 1997 das NKF Singapore Prevention Program ins Leben. Hier finden, ebenso wie bei KEEP Screening-Events in öffentlichen Einrichtungen statt. Gescreent werden vier Sub-Zielpopulationen, die arbeitende Bevölkerung, die allgemeine erwachsene Bevölkerung, Kinder- und Jugendliche und Taxifahrer. Nach erfolgtem Screening werden die Ergebnisse gemeinsam mit Informationsmaterial ausgehändigt. Je nach Ergebnis folgt eine individuelle Beratung durch eine geschulte Pflegefachkraft, als auch eine Anweisung zur weiteren ärztlichen Abklärung. Eine Woche nach dem Screening wird telefonisch Kontakt aufgenommen zur Erinnerung an die Notwendigkeit des Arztbesuchs [24].

1.3.2.4 Taiwan CKD Preventive Program

In Taiwan wurde von der Taiwan Society of Nephrology das Taiwan CKD Preventive Program entwickelt. Dabei werden durch die Allgemeinmedizin Diabetiker, Hypertoniker, Personen mit positiver Familienanamnese für CKD ebenso wie Personen über 65 Jahre mittels eGFR und Harnstreifen gescreent. Nach dem Screening folgt eine Überweisung an eine integrierte nephrologische Versorgung und eine Patientenschulung [25].

1.3.2.5 KEY Australia

Kidney-Health Australia initiierte von 2008-2009 KEY Australia. In dieser Pilotstudie wurde ein „Gratis Nierencheck“ für Patient_innen mit Diabetes mellitus, Hypertonie, Familienanamnese für CKD, als auch für Personen über 50 Jahre angeboten. Für die 421 gescreenten Teilnehmer_innen folgte ein Abschlussgespräch, eine Überweisung zum/zur Hausarzt_in und ein telefonisches Follow-up nach drei Monaten [26].

1.4 Nutzen und Schaden von Screeningprogrammen

1.4.1 Potenzieller Nutzen des Screenings der Niere

Die Behandlung einer Erkrankung, und somit einhergehend das Screening auf eine, macht nur Sinn, wenn die Behandlung in einem früheren Stadium der Erkrankung ein besseres Outcome erzielt als in einem späteren. Screening hat also einen „präventiven Nutzen“, aber nur, wenn dadurch Risikofaktoren beeinflusst oder pathologische Erscheinungen dadurch entdeckt und behandelt werden können [27]. Auch wenn die Krankheit nicht behandelt werden kann, stellt die Früherkennung eine Möglichkeit dar, den Fortschritt der Krankheit genau zu überwachen [28].

Allein das Wissen darüber, ob und welche Erkrankung vorliegt, können Patient_innen als großen Nutzen des Screenings empfinden. „Das Wissen gäbe ihnen die Kontrolle und die Möglichkeit ihr Leben darauf einzustellen was als nächstes kommt, psychologisch, finanziell wie auch zwischenmenschlich im sozialen Umfeld [28].“

Durch die Implementierung eines Screeningprogramms für die Niere könnten die Folgekosten aufgrund von ESRD reduziert werden [29]. Immerhin werden in den Industrienationen 0,1 % bis 0,2 % der Bevölkerung als Folge einer CKD einer Nierenersatztherapie zugeführt. Diese Therapien führen im Gesamten zu solch hohen Kosten, dass meist zwischen 2 % und 3 % des Gesundheitsbudgets dafür verwendet werden [4]. Nicht einberechnet sind die um ein Vielfaches höher liegenden Kosten, die durch die CKD verursachten kardiovaskulären Folgeerkrankungen, deren Prophylaxe sich durchaus kostendämpfend auswirken könnte [30].

1.4.2 Potenzieller Schaden des Screenings der Niere

Andererseits gilt es gerade unter dem Aspekt der Quartärprävention auch potentiellen Schaden von Screeningmaßnahmen zu bedenken:

„Alle Screening-Früherkennungsprogramme schaden; manche können auch nützen. Ein Screeningprogramm ohne falsch positive Befunde übersieht zu viele

Fälle, um wirksam zu sein. Ein Screeningprogramm ohne falsch negative Befunde verursacht zu großen Schaden an der gesunden Bevölkerung [31].“

Screeningprogramme können mit physikalischen, psychologischen und finanziellen Schäden der Patient_innen und des Gesundheitswesens enden und könnten dazu führen, dass verpasst wird Patient_innen mit einer nutzvolleren Versorgung zu unterstützen [28].

Screening ist nicht gleich zu setzen mit Prävention. Denn oftmals kann die frühzeitige Erkennung einer Erkrankung dennoch nicht das Ausbrechen einer Krankheit verhindern, was ein frühzeitiges Screening, in solch einem Fall, unnötig macht [27].

Zusätzlich dazu kann es auch vorkommen, dass obwohl Veränderungen in einem frühen Stadium vorliegen, Patient_innen dennoch niemals erkranken würden, und als Folge des positiven Screenings einer eigentlich nicht benötigten Behandlung unterzogen werden. Denn nicht jede pathologische Veränderung führt zu gesundheitlichen Problemen [27].

Der Screeningtest selbst kann auch Schaden verursachen. Dies variiert zwar je nach Untersuchungsart ist aber bei vielen Tests durchaus von Bedeutung. Bei einigen Screeningtests konnte noch nicht belegt werden, ob der Vorteil des Screenings die Risiken des Tests überwiegen [27]. Auch die WHO zeigte bereits auf, dass wenn eine frühe Diagnose und Behandlung nicht zu einer besseren Gesundheit führen, die frühzeitige Entdeckung einer Krankheit nur Angst und Verunsicherung bei den Menschen schafft und Behandlungen unnötig verlängert [27; 32].

Da Screening-Tests oftmals nicht nur positive und negative Ergebnisse liefern, führen unklare Ergebnisse, genauso wie positive Testungen, bei Patient_innen zu einer extremen psychischen Belastung. Psychische Probleme wie Angst, Sorgen, Depression, Nervosität, Paranoia und Kontrollverlust haben in dieser Phase extreme Auswirkungen auf die/den Patient_in, wie auf die Familie und das

persönliche Umfeld und Versetzen das Leben der/des Patient_in in einen Ausnahmezustand [28].

Die Ersparnis der hohen Gesundheitskosten muss auch nicht zwingendermaßen gegeben sein. So kann ein Screeningprogramm durchaus einen ökonomischen Schaden mit sich ziehen. Es folgen Kosten für den Test, für die Interpretation der Ergebnisse, für eventuelle diagnostische Follow-up Tests, für das Programm Management, für die Datenaufbereitung. Zusätzlich dazu entstehen auch höhere Behandlungskosten durch die Mehrzahl an neuentdeckten erkrankten Patient_innen [33].

1.4.3 WHO Kriterien für Screening-Tests

Um leichter eruieren zu können, ob die Durchführung eines Screening-Tests angezeigt ist, entwickelte die WHO Kriterien, welche bei der Entscheidung, ob ein Screening durchgeführt werden soll oder nicht, helfen sollen [32].

- „Screening should be done only for diseases with serious consequences, so that screening tests could potentially have clear benefits to people’s health [27].“
- „The test must be reliable enough, and not harmful in itself [27].“
- „There must be an effective treatment for the disease when detected at an early stage – and there has to be scientific proof that that treatment is more effective when started before symptoms arise [27]. “
- „Neutral information should be made available to the public, to help people decide for themselves whether or not to have a screening test [27].“

1.5 Faktoren für Teilnahme an Screeningprogrammen

1.5.1 Motivatoren zur Teilnahme an Screeningprogrammen

Einer der größten Motivatoren für Ärzt_innen zur Teilnahme an Forschungsprojekten ist der Patientenbenefit, der auch einem Screeningprogramm inne sein sollte [34]. Bekannt ist, dass Hausärzt_innen insbesondere dann zusätzlichen Aufwand wie z.B. bei der Partizipation an Forschungsprojekten auf sich nehmen, wenn Patienten ggf. davon profitieren könnten [35]. Daher kann die Einstellung von Hausärzt_innen, dass die Durchführung eines Screeningprogramms für die Patienten von Wert ist, durchaus dazu beitragen, dass diese es lieber anwenden [36].

Besonders werden DMPs, wie die Gesundenuntersuchung, durch ihren strukturgebenden Rahmen geschätzt, welcher sich als sehr hilfreich in der täglichen Praxis erweist und hilft, besondere Aspekte im Arzt-Patienten-Gespräch zu beleuchten. Weiters kann ein DMP Hausärzt_innen dabei unterstützen, in ihrer Arbeit in geeigneter Form und Struktur und basierend auf wissenschaftlicher Evidenz auf Bedürfnisse von Patienten einzugehen. Dieser strukturgebenden Rahmen sollte ebenso auf Screeningprogramme umlegbar sein [37].

Unterstützend wirkt auch eine finanzielle Vergütung des Arbeitsaufwandes der Ärzt_innen, da auch hierdurch eine Wertschätzung der ärztlichen Arbeit ausgedrückt wird: „Eine wichtige Bedingung für eine erfolgreiche Implementierung eines Screeningprogramms ist die finanzielle Vergütung der Diagnostik und Beratung (...) durch die Krankenkasse [38].“ Auch eine extrabudgetäre Vergütung spielt eine entscheidende Rolle zur Motivation in der Durchführung des Screenings [20]. „Zusätzlich zur Vereinfachung der Implementierung könnte eine finanzielle Vergütung die Motivation zur Investition in die eigene Weiterbildung fördern, was ebenfalls bei der Etablierung des Screeningprogramms hilft [38].“

Ein wichtiger Motivator zur Verwendung der Gesundenuntersuchung ist die Möglichkeit zur Abklärung einer potentiellen Erkrankung durch diese. Das kann auch durch die Anwendung eines Screeningprogramms erzielt werden und kann

so auch als Motivator zur Anwendung von Screeningprogrammen angenommen werden. Hausärzt_innen verstehen Prävention im Sinne von Früherkennung und somit die frühzeitige Abklärung einer potentiellen Erkrankung und die damit verbundenen Möglichkeit zur Intervention als Erfolg, der sie bestärkt, so weiter zu arbeiten [37].

1.5.2 Barrieren zur Teilnahme an Screeningprogrammen

Allerdings existieren neben motivierenden auch eine Reihe hemmender Faktoren zur Teilnahme an Screeningprogrammen. Hier zeigt besonders die Forschung von Cabana et al. zur Anwendung von medizinischen Leitlinien [39] anwendungshemmende Faktoren auf, welche sich auf die Anwendung von Screeningprogrammen übertragen lassen.

Zum einen gibt es Wissensbarrieren. Ein genereller Mangel an Vertrautheit mit praktischen Richtlinien und deren Anwendungsmodalitäten kann sich als hinderlich erweisen. Es kann sich aber auch einfach nur um ein zu geringes Wissen über den Umfang angebotener Leitlinien handeln oder das Fehlen von Umsetzungs-Tools. Auch ein Mangel an Kenntnissen über die Existenz einzelner Leitlinien an sich könnte sich als Hindernis darstellen, so müssten Verbesserungen in der Verbreitung, Zugänglichkeit und Informationsbeschaffung getroffen werden [39; 40].

Dazu präsentiert sich der starke Zeitmangel von Hausärzt_innen als große Barriere, wie auch das Fehlen von Anreizen, durch das Screeningprogramm [41]. Dieser Zeitmangel, durch den hohen Arbeitsaufwand, wird zum Teil der großen Menge an zu bewältigender Bürokratie zugeschrieben, weshalb Hausärzt_innen versuchen, einen weiteren Mehraufwand durch Bürokratie zu vermeiden. So könnte die Bürokratie eines Screeningprogramms, durch den Zeitmangel der Ärzt_innen, zur Barriere werden [42].

Eine zu geringe oder gar nicht vorhandene Vergütung des Arbeitsaufwandes kann durchaus eine Barriere für Allgemeinmediziner_innen zur Anwendung von Screeningprogrammen sein. So zeigte sich bei einer Studie von Kalwij et al. in Süd-Ost London, dass die Anzahl der durchgeführten Screenings auf Chlamydien,

durch Einführung, unter anderem, einer Vergütung der Ärzt_innen, um das tausendfache Anstieg [43].

Zusätzlich dazu existieren auch Verhaltensbarrieren bei der Anwendung von medizinischen Leitlinien und Screeningprogrammen. Hier handelt es sich um externe Hindernisse. Auch wenn ein/e Hausärzt_in die Leitlinie gerne verwenden würde könnten Patient_innen als Hindernis auftreten [39; 41]. Diese könnten die Betreuung durch Screeningprogramme ablehnen und aufgrund fehlender Kenntnis die Wichtigkeit unterschätzen. Denn Hausärzt_innen sehen das Screening vor allem als Angebot an den/die Patient_in, über dessen Durchführung letztlich der/die Patient_in selbst entscheiden muss [36; 41].

Nicht selten werden medizinische Leitlinien aufgrund der fehlenden Wirksamkeitserwartung nicht angewandt. Das Outcome könnte nur gering sein und keine Verbesserung der Versorgungsqualität durch die Anwendung auftreten. Die fehlende Selbstwirksamkeitserwartung im Praxismanagement und in der Überzeugung der Patient_innen spielt hier auch eine Rolle. So sinkt die Adhärenz von Hausärzt_innen stark, wenn der Glaube an eine erfolgreiche Anwendung fehlt [39; 41].

„Ein bevölkerungsweiter Nutzen von Präventions- und Früherkennungsprogrammen wird kaum gewertet, wahrscheinlich weil dies vielen Ärzten nach wie vor in ihrem täglichen Tun fremd ist und nicht ihrem professionellen Selbstverständnis entspricht [37].“

Auch Einstellungsbarrieren sind hier nennenswert. Oftmals können sich Hausärzt_innen nicht mit Inhalt und Ziel Inhalt einer Leitlinie identifizieren. Ein Teil der Hausärzt_innen lehnt die Anwendung generell ab. Diese distanzieren sich von einer von ihnen so empfundenen „Kochbuchmedizin“. Es fehlt ihnen an Individualität im Arzt-Patienten-Umgang und dem Treffen spezifischer diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen, überdies werden manche Leitlinien als nicht praktikabel in der Praxis erachtet [39; 44].

1.6 Das Programm „niere.schützen“

„**niere.schützen**“ ist ein nephrologisches Screening- und Betreuungsprogramm, welches von der Gebietskrankenkasse, dem Gesundheitsfond Steiermark und der Medizinischen Universität Graz entwickelt wurde [45]. Mittels diesen, durch den Gesundheitsfond Steiermark finanzierten, Programm ist es Ziel, Niereninsuffizienzen schon frühzeitig zu erkennen und mit geeigneten Maßnahmen deren Fortschreiten zu verlangsamen oder aufzuhalten [46].

1.6.1 Die Entwicklung

In Österreich gab es vor dem Programm „niere.schützen“ kein strukturiertes Programm zur integrierten Betreuung von CKD-Patient_innen. 2013 wurde deshalb das Konzept 60/20 von der Österreichischen Gesellschaft für Nephrologie vorgelegt. Dieses Konzept forderte ein CKD-Screening im niedergelassenen Bereich. Patient_innen mit einer Nierenfunktion unter 60 % sollten nephrologisch vorgestellt, Patient_innen mit einer Nierenfunktion unter 20 % in einen strukturierten Betreuungsprozess in einem nephrologischen Zentrum eingebunden werden.

2009 wurde vom Joanneum Research ein Bericht zum Reformprojekt „Nephrologische Versorgung in der Steiermark: Darstellung der notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung eines integrierten Versorgungskonzepts“ vorgestellt [4]. 2013-2016 wurde als Ziel „7.1.2.1 Sicherstellen einer integrierten nephrologischen Versorgung in der Steiermark“ die Entwicklung eines Umsetzungskonzepts vom Land und der Sozialversicherung beschlossen [47]. Es entwickelte sich die Arbeitsgruppe „Präterminale Versorgung“ unter Einbeziehung mehrerer verschiedener Stakeholder. Unter Einbindung der KDOQI-Leitlinien wurde so ein Handlungs- und Überweisungsschema erstellt. 2015 wurde das Programm durch das IAMEV der Medizinischen Universität Graz bei Hausärzt_innen pilotiert und das Überweisungsschema aufgrund dieser Ergebnisse optimiert [18]. Anfang 2016 wurde dann das Programm „niere.schützen“ durch die Steiermärkische Gebietskrankenkasse unter Beteiligung des Gesundheitsfonds Steiermark, der Nephrologischen

Universitätsklinik des LKH Graz und des IAMEV der Medizinischen Universitätsklinik Graz im hausärztlichen Sektor implementiert [4].

1.6.2 Das Screening

Für das Screening durch das Programm „niere.schützen“ werden Risikopatient_innen im Alter von 40-65 Jahren anhand der folgenden Risikoparameter definiert:

- Arterielle Hypertonie
- Diabetes Mellitus
- Adipositas (BMI>30)
- Terminale Niereninsuffizienz in der Familie

Bei Vorliegen eines oder mehrerer Parameter wird mittels Laborcheck die Kreatinin/eGFR aus dem Blut und die quantitative Albuminausscheidung aus dem Spontanharn (Albumin-Kreatinin-Quotient (ACR) im Harn) bestimmt. Die Laboreinrichtungen, welche für die Analyse der ACR zur Verfügung stehen, können auf der Homepage der steiermärkischen Gebietskrankenkasse eingesehen werden. Bei diesen Einrichtungen wird unter dem Zuweisungsgrund „niere.schützen“ die Finanzierung der ACR von der STGKK übernommen. Liegt laut Ergebnissen eine CKD vor, so sollen die Patient_innen nach einem speziell entwickelten Überweisungsschema (s.u.) weiter betreut werden. Dieses kann je nach Schädigung der Niere einen jährlichen Laborcheck bei dem/der Allgemeinmediziner_in, eine jährliche Kontrolle bei dem/der Internist_in, einen Check bei dem/der Nephrolog_in oder eine Überweisung ins Referenzzentrum bedeuten. So wird die Betreuung betroffener Patient_innen optimiert und den Allgemeinmediziner_innen in der Praxis diese Betreuung erleichtert [47].

ÜBERWEISUNGSSCHEMA

Albuminurie mg/g	A1	A2	A3
GFR ml/min/1,73 m ²	< 30	30 – 300	> 300
G1/2 ≥ 60	1x jährlich Laborcheck (s.o.) durch AllgemeinmedizinerIn Risikofaktorenoptimierung	GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch NephrologIn	Check durch NephrologIn
G3 30 – 59	GFR stabil: ad InternistIn 1x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch NephrologIn	GFR stabil: ad InternistIn 2x jährliche Kontrolle GFR-Verlust ≥ 15 pro Jahr: Check durch NephrologIn	Check durch NephrologIn
G4 20 – 29	Ad NephrologIn: gemeinsame Betreuung	Ad NephrologIn: gemeinsame Betreuung	Ad NephrologIn: gemeinsame Betreuung
G4/5 < 20	Ad Referenzzentrum: gemeinsame Betreuung	Ad Referenzzentrum: gemeinsame Betreuung	Ad Referenzzentrum: gemeinsame Betreuung

Stand: 01/10/15

Abbildung 2: Überweisungsschema "niere.schützen"

Ärzt_innen können sich jederzeit über die Homepage der steiermärkischen Gebietskrankenkasse über das Programm informieren. Hier stehen auch der Screeningalgorithmus mit dem Überweisungsschema, wie ein Ordinationsplakat und ein Patienteninformationsfolder zum Download bereit.

Zusätzlich werden im Rahmen des Programms halbjährlich bei den Grazer Fortbildungstagen Seminare angeboten und es existiert über die Akademie der Ärzte ein E-Learning-Programm [48].

Für Patient_innen werden ebenfalls Informationen zum Programm auf der Homepage der STGKK bereitgestellt wie z.B. auch der vom IAMEV konzeptionierte Patienteninformationsfolder. Die Patient_innen werden hier darüber aufgeklärt was das Programm „niere.schützen ist, wer sich untersuchen lassen sollte und wie sie einer Verschlechterung der Nierenfunktion durch einfache Lebensstilanpassungen entgegenwirken können [49].

2 Fragestellung

Wie bereits zuvor erwähnt, wurde das Programm „niere.schützen“ im Jahr 2016 etabliert. Durch eine zu geringe Anforderung der Laborparameter bei der steirischen Gebietskrankenkasse seit der Neuetablierung, wurde auf eine sehr geringe Teilnahme am Programm durch die steirischen Hausärzt_innen geschlossen. Somit soll mit dieser Arbeit eine Evaluierung bei den steirischen Hausärzt_innen zum Programm „niere.schützen“ durchgeführt und folgende Forschungsfragen erläutert werden:

- Welchen Stellenwert nimmt das Nierenscreening bei den steirischen Hausärzt_innen ein?
- Wie bekannt ist das Programm „niere.schützen“ bei den steirischen Hausärzt_innen?
- Welche Motivatoren oder Barrieren zur Teilnahme am Programm „niere.schützen“ gibt es?
- Welche Maßnahmen können zur Optimierung von „niere.schützen“ gesetzt und somit die Teilnahmebereitschaft der steirischen Hausärzt_innen am Programm „niere.schützen“ erhöht werden?

Anhand von Interviews mit 20 steirischen Hausärzt_innen, in denen sie zu ihren Erfahrungen mit Screeningprogrammen und im Detail zum Programm „niere.schützen“ befragt werden, sollte ein Eindruck der Meinung der steirischen Hausärzt_innen zum Programm „niere.schützen“ gewonnen und somit die oben genannten Fragen beantwortet werden.

Im Weiteren sollten die Ergebnisse durch die Programmverantwortlichen evaluiert und das Programm dementsprechend optimiert werden.

3 Material und Methoden

3.1 Forschungsdesign und Ablauf

Um einen Eindruck zu erhalten, wie der Bekanntheitsgrad und die Anwendung des Früherkennungsprogramms zur integrierten nephrologischen Versorgung in der Steiermark „niere.schützen“ sind und mögliche Faktoren zu eruieren, die sich hemmend oder fördernd auf die Anwendungsbereitschaft auswirken, wurden Hausärzt_innen in der Steiermark zu diesen befragt.

Zunächst wurde im Zeitraum von Oktober bis Dezember 2017 am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz ein semistrukturierter Interviewleitfaden zur Durchführung telefonischer Interviews erstellt. Dieser mit offenen und geschlossenen Fragen konzipierte Fragebogen orientierte sich an spezifischen Fragestellungen, die im Fokus des Forschungsinteresses standen und im Folgenden spezifiziert werden.

Nach Fertigstellung des Interviewleitfadens wurden im Jänner 2018 unter Zuhilfenahme der Ärztesuchoption der Homepage der Ärztekammer Steiermark willkürlich die Daten von 40 Hausärzt_innen zur Befragung herausgesucht. Dabei wurde auf eine möglichst gleichverteilte Auswahl von Hausärzt_innen aus städtischen, stadtnahen und ländlichen Gebieten geachtet; es wurde versucht, diese telefonisch zu kontaktieren.

Ziel war es, mindestens mit 20 Hausärzt_innen der Steiermark Telefoninterviews durchzuführen.

Da sich nach den ersten zehn Telefonaten nur ein/-e Hausärzt_in zu einem Interview bereit erklärte, war es notwendig, nachträglich die Methodik zu modifizieren. Durch die geringe Teilnahmebereitschaft der Hausärzt_innen während der ersten Telefonate wurde die zuvor erstellte Liste, der zu befragenden Ärzt_innen, verworfen.

Um eine höhere Teilnahmebereitschaft zu erreichen, wurde die Liste der forschungswilligen Hausärzt_innen in der Steiermark herangezogen, die im Rahmen bereits erfolgter Forschungsprojekte des IAMEV erstellt worden war [35; 50]. An diese wurde nun eine Email verschickt (Beispiel für die Anfrage per Email

ist im Anhang zu finden). Hierbei wurde um Ihre Mitarbeit und die Bekanntgabe eines Termins bezüglich des Telefoninterviews gebeten.

In weiterer Folge wurden im Februar 2018 die zuvor angeschriebenen Hausärzt_innen zum gewünschten Termin unter den angegebenen Telefonnummern kontaktiert. Somit konnten, durch die Aussendung der Email an die Gruppe der „forschungswilligen Hausärzt_innen“, 16 Telefoninterviews in einem Zeitraum von drei Wochen geführt werden.

Da die angestrebte kritische Menge von 20 Hausärzt_innen noch nicht erreicht wurde, wurden erneut willkürlich Daten von steirischen Hausärzt_innen aus der Datenbank der Ärztekammer Steiermark herausgesucht. Durch diese Nachnominierung wurden im April 2018 sechs weitere Ärzt_innen per Email oder telefonisch kontaktiert, von denen vier zu einem Interview bereit waren, so dass die angestrebte Anzahl von 20 Interviews erreicht werden konnte.

Im Folgenden wurde ein Transkript der aufgezeichneten Interviews nach den Methoden der Marburger Arbeitsgruppe für Methoden & Evaluation zur qualitativen Inhaltsanalyse [51] angelegt und die Interviews anhand der qualitativen Inhaltsanalyse ausgewertet.

3.2 Auswahl der Interviewpartner

Die Definition der Zielgruppe erfolgte anhand folgender Kriterien:

- 1) Steirische Hausärzt_innen
- 2) §2-Kassenvertrag
- 3) Geschlecht: männlich/weiblich
- 4) Arbeitsort: Land, Stadt-Umgebung, Stadt

Gründe dieser Zieldefinition finden sich darin, dass nur Hausärzt_innen in der Steiermark flächendeckend Informationsmaterial zum Programm „niere.schützen“ erhalten haben. Ebenfalls sollten geographische und geschlechterspezifische Aspekte gleichermaßen vertreten sein. Zur Filterung wurde hier das Tool der Ärztesuche von der Website der steirischen Ärztekammer verwendet.

3.3 Das Telefoninterview als Erhebungsinstrument

Als Erhebungsinstrument für die Meinungsumfrage der Hausärzt_innen in der Steiermark zum Screeningprogramm „niere.schützen“ wurde das leitfadengestützte Telefoninterview gewählt.

Das Interview sollte per Telefon geführt werden, um eine bestmögliche steiermarkweite Verteilung der Interviewpartner zu erhalten. Um das Interview strukturiert abhalten zu können und so einheitliche Daten zur Auswertung zu erhalten, wurde ein semiquantitativer Interviewleitfaden erstellt.

3.3.1 Entwicklung des Interviewleitfadens

„Alle Forschungsgegenstände sind historischen Gegebenheiten ausgesetzt, unter denen sie Veränderungen und Entwicklungen durchlaufen. Aristoteles nennt dies das Werden und Vergehen [52].“ Dabei bedient sich die deduktive Methodik der Schlussfolgerung gegebener Prämissen auf die logisch zwingenden Konsequenzen bzw. können aus einer Theorie per Deduktion Aussagen über Einzelfälle getroffen werden. So wurden zu Beginn am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung deduktive Kategorien der Fragestellungen festgelegt.

Es ergaben sich die deduktiven Kategorien einerseits aus dem theoretischen Vorwissen, andererseits aus den dem Forschungsziel dienenden Fragestellungen.

Die Kategorien umfassten:

- 1) Beurteilung der Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit eines Früherkennungsprogramms bei Niereninsuffizienz
- 2) Bewertung eines solchen Programms im Hinblick auf Patientenbenefit
- 3) Bekanntheitsgrad des Programms
- 4) Teilnahme am Programm und Gründe dafür und/oder dagegen
- 5) Vorschläge zur Attraktivitätssteigerung

Aus diesen Kategorien wurden sowohl quantitative wie auch qualitative Fragen für den semistrukturierten Interviewleitfaden deriviert.

Da vor den Telefonaten nicht bekannt war ob die Proband_innen das Programm „niere.schützen“ kannten oder nicht und ob sie es verwenden oder nicht, mussten

den Szenarien entsprechend drei unterschiedliche Fragenblöcke (A, B, C im Interviewleitfaden) entwickelt werden. Durch enge Zusammenarbeit mit Dr. rer. hum. biol. Nadine Janis Pohontsch vom Zentrum für Psychosoziale Medizin in Hamburg konnte unter Berücksichtigung der Qualitätskriterien qualitativer Interviews und der Konsensfindung im Hinblick auf die Offenheit der Fragen bei der eingegrenzten Forschungsfrage ein methodisch gemischter quantitativ-qualitativ aufgebauter Fragebogen bzw. Interviewleitfaden entwickelt werden.

Nach den ersten Telefonaten, die als Pilotierung des erstkonzipierten Fragebogens fungierten, wurde deutlich, dass die Fragen zu unpräzise formuliert und somit das Verständnis bei den Proband_innen nicht gegeben war, da auf viele unterschiedliche Fragen immer die gleiche Antwort erwidert wurde. Daher war eine neuerliche Überarbeitung des Leitfadens notwendig.

Mehrere qualitative Fragen wurden durch dichotome Fragen ersetzt, was den Interviewleitfaden verständlicher machte. Durch den Zeitdruck der Ärzt_innen während des Interviews, konnten durch qualitative Fragen keine adäquaten Antworten erzielt werden. Dies war ebenso ein Grund für die Verwendung mehrerer dichotomer Fragen. Die Aufgabe strenger Anforderungskriterien qualitativer Forschung erfolgte daher zugunsten der Praktikabilität und Akzeptanz sowie Aussagegehaltes, um das Forschungsziel nicht zu gefährden.

3.3.2 Inhaltliche Distinktion der Leitfadenabschnitte

3.3.2.1 Abschnitt 1 des Leitfadens – Allgemeine Fragen zur Person

Im ersten Abschnitt wurden als soziodemographische Determinanten das Alter und die praktizierende Zeit als Hausärzt_in mit §2-Kassenvertrag erfragt.

3.3.2.2 Abschnitt 2 des Leitfadens – Detailfragen zu „niere.schützen“

Im zweiten Abschnitt folgten die Fragen zum Screeningprogramm „niere.schützen“. Der Leitfaden baut auf einem gemeinsamen Einleitungsteil auf, dem, je nach weiterer Beantwortung, spezielle, für den Interviewten passende Passagen (A, B, C), folgen. Der Schluss war bei Teil A und B gleich gestaltet.

Der erste allgemeine Frageteil widmete sich generellen Fragen zu nephrologischen Screeningprogrammen und der Beurteilung durch die Teilnehmenden, ob und welchen Benefit sie sich von einer Früherkennung der chronischen Nierenerkrankung erwarten.

Die Frage nach der Bekanntheit des Programms „niere.schützen“ diente dazu, zum speziellen Frageteil zu gelangen, der dahingehend aufgeteilt wurde, ob den Befragten das Programm bekannt war und sie es anwendeten (A), den Befragten das Programm bekannt war und sie es nicht anwendeten (B), den Befragten das Programm nicht bekannt war (C).

Teil C bot eine kurze Aufklärung über das Programm für Hausärzt_innen, die das Programm vor dem Interview noch nicht gekannt haben. Nach Teil C endete das Gespräch ohne weitere allgemeine Fragen.

Nach Teil A oder B folgen erneut allgemeine Fragen zu Maßnahmen der Attraktivitätssteigerung des Programms „niere.schützen“.

3.3.2.3 Abschnitt 3 des Leitfadens – Kontaktdaten und Abschluss

Im dritten Abschnitt des Leitfadens wurden die Proband_innen gefragt, ob sie Interesse an der Zusendung von Informationsmaterialien zum Programm „niere.schützen“ hätten. Zu diesem Zwecke konnten auch ihre Kontaktdaten aufgenommen werden. Diese waren jedoch nicht Teil der Arbeit und dienten nur dazu, die Informationsmaterialien zuzuschicken.

Zum Abschluss konnten die Probanden noch etwaige wichtige Punkte ergänzen.

3.3.3 Ablauf der Telefoninterviews

Die steirischen Hausärzt_innen, welche zuvor selektiert wurden, wurden unter den angegebenen Telefonnummern zum gewünschten Termin kontaktiert. Die Identität der Teilnehmer_innen wurde durch eine Verschlüsselung mittels eines Codes gewahrt (zu finden im Anhang – Interviewleitfaden). Sämtliche Interviews wurden unter Einverständnis der Proband_innen, per Aufnahmegerät aufgezeichnet. Nach der Transkription wurden alle Aufnahmen gelöscht.

Das Telefoninterview selbst lief semistrukturiert ab. Zu Beginn des Gesprächs wurden die Teilnehmer_innen über Allgemeines, wie Anonymität, Ablauf und Aufzeichnung des Gesprächs aufgeklärt. Daraufhin wurde das Aufnahmegerät

eingeschaltet und unter Berücksichtigung des Interviewleitfadens das Gespräch begonnen. Zu Beginn wurden persönliche Fragen gestellt, wie zum Alter oder der praktizierenden Zeit in der Allgemeinmedizin, welche für eine demographische Auswertung der Umfrage nötig waren. Je nach Verlauf des Gesprächs, welches durch den unterschiedlichen Wissensstand der Proband_innen und die unterschiedlichen Antworten geprägt war, wurden Fragen des Interviewleitfadens vor-, nachgereiht oder weggelassen. Somit wurden nicht alle Fragen bei jedem Interview gestellt, weshalb die Anzahl der Beantwortung der einzelnen Fragen in den Ergebnissen divergiert.

Die Telefonate wurden mit beiderseitigem Einverständnis der oder des Interviewten und der Interviewerin beendet. Die Dauer der Gespräche schwankte je nach Antwort der Teilnehmer_innen zwischen drei und zehn Minuten.

3.4 Inhaltsanalysen

Um das semiquantitative Interview auszuwerten, mussten die qualitativen und die dichotomen Fragen getrennt voneinander ausgewertet werden.

Die Auswertung der dichotomen Fragen erfolgte durch Auszählung der Anzahl der Antworten und wurde tabellarisch dargestellt. Dabei ist es nicht Ziel dieser Darstellungen, Häufigkeiten darzustellen, die Rückschlüsse auf signifikante Zusammenhänge zuließen oder Repräsentativität beanspruchten, sondern lediglich der Beschreibung des befragten Kollektivs zu dienen und die Heterogenität dieses zu unterstreichen.

Die auf die dichotomen Fragen aufbauenden qualitativen Fragen wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse ausgewertet.

Durch die vor den Interviews durchgeführte deduktive Kategorienfindung, konnten nach der Transkription die jeweiligen Textstellen der Interviews den Kategorien zugeordnet werden. Zusätzlich wurden auch induktiv Kategorien aus den Interviews abgeleitet und hinzugefügt. Nach Entwicklung eines vollständigen Kategoriensystems mit Oberkategorien und Unterkategorien, konnte das gesamte Transkript codiert werden. Das gefüllte Kategoriensystem mit der tabellarischen Aufstellung der dichotomen Fragen ist im Anhang zu finden.

4 Ergebnisse

4.1 Soziodemographische Variablen und die Rolle der steiermärkischen GKK

4.1.1 Geschlechterverteilung

Es wurden 20 Telefoninterviews mit Hausärzt_innen steiermarkweit durchgeführt. Hierbei ergab sich eine Geschlechterverteilung von sieben weiblichen Allgemeinmedizinerinnen und 13 männlichen Allgemeinmedizinern. Diese Verteilung erfolgte rein zufällig und steht nicht in Zusammenhang mit unterschiedlicher Teilnahmebereitschaft der unterschiedlichen Geschlechter.

4.1.2 Arbeitsort

Die Orte, an denen die Hausärzt_innen ärztlich tätig sind, wurden den Gruppen Land, Stadt und Stadt Umgebung zugeordnet und folgten den Kriterien:

-*Land*: Ortschaft mit einer Einwohnerzahl <10.000 Einwohner

-*Stadt Umgebung*: Ortschaft mit Einwohnerzahl von ≥ 10.000 und <20.000 Einwohnern

-*Stadt*: Ortschaft mit ≥ 20.000 Einwohnern

Von den befragten Allgemeinmediziner_innen arbeiteten 13 am Land, drei in Stadt Umgebung und vier in der Stadt.

4.1.3 Altersverteilung

Die Altersverteilung zeigte ein Durchschnittsalter von 53 Jahren. Die/der jüngste Teilnehmer_in war 42 Jahre alt, die/der älteste Teilnehmer_in 63 Jahre alt. Damit gehören sie der Baby-Boomer-Generation an.

4.1.4 Praktizierende Zeit

Die befragten Hausärzt_innen arbeiten durchschnittlich bereits 23 Jahre in ihrer §2-Kassenpraxis. Die längste Arbeitszeit betrug 34 Jahre und die kürzeste acht Monate.

4.1.5 Die Rolle der steiermärkischen Gebietskrankenkasse

Die steiermärkische Gebietskrankenkasse als einkommensbedeutendster Vertragspartner nimmt eine große Rolle im täglichen Alltag von Hausärzt_innen ein. Somit sind die persönlichen Erfahrungen von Hausärzt_innen mit dieser durchaus bedeutend dahingehend, wie sich diese auf die Arbeitsweise von Hausärzt_innen auswirken.

Der Großteil der interviewten Hausärzt_innen gab an, sich bei einem Anschreiben der STGKK Informationen des Vertragspartners zu erwarten. Dabei könne es sich durchaus um unterschiedliche Informationen zum Vertrag, zu medizinischen Daten, zu Verwaltungsdaten, zur Abrechnung, zu Arzneimitteln etc. handeln.

Eine weitere häufige Antwort war die Erwartung eines negativen Inhaltes. Diese primär negative Assoziation mit der STGKK benannten die Hausärzt_innen zum Beispiel durch die Erwartung von „...Nichts Gutes...“ (HLND05) „...Inkompetenz...“ (ERCH29) oder auch „...Probleme...“ (RNAS04).

Nur zwei der interviewten Ärzt_innen antworteten mit einer neutralen Einstellung der STGKK gegenüber. Somit waren diese „...weder positiv noch negativ...“ (THLD11).

4.2 Möglicher Mehrwert eines Früherkennungsprogramms zur chronischen NINS aus der ärztlichen Perspektive

4.2.1 Für die Ärztin / den Arzt

F 4: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?		
Anzahl n	ja	Eher weniger
20	18	2

Tabelle 1: Interview F4 - Chronische Niereninsuffizienz in der täglichen Praxis

Der Großteil der Hausärzt_innen artikuliert, dass ein Früherkennungsprogramm zur CKD eine Unterstützung ihrer Arbeit darstelle. Ein/e Hausärzt_in sieht keine Unterstützung durch ein Früherkennungsprogramm zur CKD in ihrer/seiner Arbeit und drei nur als vielleicht.

Es existieren bei den Hausärzt_innen verschiedene Ansichten darüber, in welcher Form ein Früherkennungsprogramm sie bei der Arbeit unterstützen kann. Öfters wurde der Wunsch über die Zusammenführung von DMPs, wie auch dem Programm „niere.schützen“, zur erleichterten Anwendung von Früherkennungsprogrammen geäußert. Unterstützend wird die Kenntnis über die Nierenfunktionseinschränkung von Patient_innen empfunden; ebenso spielt die generelle Sensibilisierung auf die Niere eine Rolle. Sie gaben an, dass durch die Anwendung eines Programms sie selbst als Hausärzt_innen, aber auch die Patient_innen sensibler im Hinblick auf nierenspezifische diagnostische und therapeutische Maßnahmen seien und so gemeinsam eher optimale Therapiebedingungen erreicht werden könnten. Der strukturierte Ablauf eines Programms wurde von den Hausärzt_innen positiv eingeschätzt, um qualitativ hochwertige Ergebnisse erzielen zu können. *„...naja, dass man klare Vorgaben gibt, was an Untersuchungen zu machen ist und dann auch dafür sorgt, dass dann die weiteren Stellen, sei es die nephrologischen Zentren mitspielen und an der Hand sind, wenn man es weiter braucht...“* (RNAS04)

4.2.2 Für die Patientinnen und Patienten

F 6: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?		
Anzahl n	ja	nein
17	16	1

Tabelle 2: Interview F6 - Patientenbenefit

Dieser Benefit für die Patient_innen zeige sich laut den Hausärzt_innen in der Verhinderung schwerwiegender Erkrankungen aufgrund der frühzeitigen Kenntnis der CKD. *„...frühzeitig eben wenn es um die Niere geht Risikogruppen definieren könnte, wo man vielleicht ein späteres Nierenleiden hinten anhalten könnte ...“* (TIJA04)

Weiterhin würde die Aufnahme in ein solches Programm den Patient_innen die Notwendigkeit ihrer Mitarbeit verdeutlichen und sie zu „informierten“ Patient_innen machen, wodurch die Therapieadhärenz gesteigert werden könne.

„...dass wenn das nicht der Hausarzt sagt, sondern auch der Patient Informationen von einem Spezialisten erhält, er vielleicht eher dazu geneigt ist das zu befolgen...“ (ERUN17)

Zusätzlich bestehe durch die gesteigerte Awareness der Hausärzt_innen eine besondere Sorgfalt in der Auswahl von Medikamenten und deren Dosierung, was zu einem Benefit der Patient_innen aufgrund von optimierter Therapie führen könne.

4.3 Das Programm „niere.schützen“

Von den befragten Hausärzt_innen gaben neun an, das Programm „niere.schützen“ zu verwenden, acht es nicht zu verwenden und drei gaben an, es teilweise zu verwenden.

Die Hausärzt_innen waren meist über Aussendungen per Post oder E-Mail über das Programm informiert worden. Während sich sechs nicht mehr an den/die Absender_in erinnern konnten, wurden von neun weiteren die Ärztekammer und die Gebietskrankenkasse als Herkunft der Information oder Aussendung benannt. Andere wurden über Medien wie Zeitungen auf das Programm aufmerksam oder erfuhren davon auf einer Fortbildung im steirischen Fortbildungssektor.

Überdies wurden Informationen über das Programm via Mundpropaganda von Kolleg_innen der Ärzt_innen übermittelt.

Zwei weitere Ärzt_innen erhielten die Informationen über das Programm direkt vom IAMEV oder dessen Mitarbeiter_innen.

Positiv wurde am Programm besonders wahrgenommen, dass die Aufmerksamkeit der Hausärzt_innen durch das Programm auf die Niere als wichtiges Organ gelenkt wird: *„...naja, dass sowohl der Arzt als auch der Patient auf das Thema Niere und deren Erkrankungen aufmerksam gemacht werden....“ (THLD11).*

Die Hausärzt_innen nehmen es als hilfreich wahr, dass Richtlinien des Programms einen strukturierten Arbeitsablauf in ihrer täglichen Praxis unterstützen.

Die frühe Vorstellung und die Zusammenarbeit mit Spezialist_innen verbessere die Behandlung der Patient_innen.

F 9: Was ist gut an dem Programm niere.schützen?		
	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Fokus auf die Niere	Awareness gegenüber die Niere schädigenden Faktoren und Komplikationen einer eingeschränkten Nierenfunktion.
UK 1.1	Früherkennung	Programm hilft chronische Niereninsuffizienzen früh zu erkennen und Patient zu schützen.
UK 1.2	Risikogruppe einengen	Potentiell gefährdete Patienten können gefiltert werden, um frühzeitig notwendige Maßnahmen zu setzen.
OK 2	Richtlinien	Ein strukturierter Arbeitsablauf durch Richtlinien hilft die Praxis zu optimieren.
OK 3	Zusammenarbeit mit Spezialisten	Patienten kommen frühzeitig in Kontakt mit einer Spezialistin oder einem Spezialisten; dadurch frühzeitiges Setzen notwendiger Maßnahmen.
OK 4	Finanzierung	Krankenkasse übernimmt die Finanzierung der nötigen Laboruntersuchungen.

Tabelle 3: Interview F9 - Vorteile „niere.schützen“

Ein weiterer Vorteil des Programms sei die Finanzierung der nötigen Untersuchungen oder auch Laborparameter durch die Krankenkasse. „...*dass die Krankenkasse die Untersuchungen bezahlt. Kreatinin, Albuminclearance und diese Geschichten...*“ (ERCH29).

Als negativer Aspekt des Programms stellte sich klar die damit verbundene Bürokratie mit dem einhergehenden zeitlichen Aufwand heraus. Es wird als schreibaufwändig empfunden. Damit sei die zeitliche Implementierbarkeit in den Praxisalltag nicht gegeben. „...*ja es ist wie bei allem schreibaufwändig...*“ (RTUS16).

Weiterhin sei das Überweisungsschema nur schwer einzuhalten, da besonders am Land die Fachärzt_innen durch ihre geringe Anzahl überlastet seien und eine nephrologische Spezialambulanz, wie die in Graz, nicht erreichbar sei. Niedergelassene Nephrolog_innen gäbe es ja auch quasi nicht.

Negativ wird ebenfalls wahrgenommen, dass das Programm sich als Zusatzaufwand von Hausärzt_innen im Alltag darstelle.

Die fehlende Honorierung dieses Zusatzaufwandes wird ebenfalls negativ konnotiert. Verschiedene Aspekte des Programms werden in ihrer Anwendung als zu kompliziert empfunden. So wurde die Tabelle des Überweisungsschemas als verwirrend und die Diagnostik, wie zum Beispiel die Feststellung einer Mikroalbuminurie, als zu schwierig bezeichnet. *„...es ist in der Handhabung nicht ganz einfach, weil das mit dem Mikroalbuminurie, ja ist ein wenig aufwändiger in der Diagnostik, sagen wir so....“* (THLD11)

Geographische Lage wie ländliche Praxis erschwere ebenfalls die Teilnahme, da das Labor zu weit entfernt sei. *„...zu umfangreich und ich glaube auch nicht in einer Landpraxis mit weit entferntem Labor praktikabel...“* (ERNT12)

F 10: Was ist schlecht an dem Programm niere.schützen?		
	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Bürokratie	Zu hoher bürokratische Aufwand.
UK 1.1	Zeitlicher Aufwand	Die Eingliederung des Programms in den Praxisalltag ist sehr zeitintensiv.
OK 2	Nephrolog_innen überlastet	Zu wenig Fachärzt_innen für die Überweisung der Patienten vorhanden. Zentren nur punktuell und schwer erreichbar.
OK 3	Honorierung	Keine finanzielle Abgeltung für den zeitlichen Zusatzaufwand der Ärzt_innen.
OK 4	Kompliziertheit	Verschieden Aspekte des Programms gestalten sich zu kompliziert in der Anwendung.
OK 5	Land	Landarztordinationen ist die Teilnahme am Programm erschwert (schlechte Erreichbarkeit von Fachärzt_innen und Laboren).

Tabelle 4: Interview F10 - Nachteile „niere.schützen

4.3.1 Teil A

In Teil A werden die detailspezifischen Fragen zum Programm „niere.schützen“ der neun Hausärzt_innen besprochen, die das Programm kennen und anwenden.

Der Hauptgrund für die Verwendung des Programms lag bei den Befragten bei dem Mehrwert für die Patient_innen, den die Hausärzt_innen im Programm sehen. „...weil es sinnvoll ist und notwendig für die Patienten...“ (RTUS16).

Positiv wird wahrgenommen, dass die ärztliche Aufmerksamkeit auf die Niere als relevantes Organ gelegt werde.

A 2: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?			
Anzahl n	ja	teilweise	nein
9	7	1	1

Tabelle 5: Interview A2 - Verbesserung der Patientenbetreuung

Die wahrgenommenen Verbesserungen betrafen einerseits die Entstehung eines größeren Bewusstseins für nierenschädigende Faktoren, woraus eine Veränderung der eigenen Therapie der Hausärzt_innen resultiere. Andererseits wurde auch eine deutliche Verbesserung in der Kooperation mit Nephrolog_innen beobachtet, welche zu einer besseren Betreuung der Patient_innen durch die frühzeitige Abklärung in einer Klinik führe. „...naja, dass doch ein paar Patienten von der Nierenambulanz ... mitbetreut werden...“ (RNAS04)

Die Unterstützung, welche sich die teilnehmenden Ärzt_innen von den Verantwortlichen des Programms erwarten, bezog sich einerseits auf die Honorierung. Die im Rahmen des Programms erbrachten ärztlichen Leistungen sollten finanziell adäquat abgegolten werden. „... von der Gebietskrankenkasse in erster Linie, ich meine das kostet auch was ja und wenn ich sozusagen doch bei den Kontrollen vermehrt Labor brauche ist das eigentlich zu wenig unterstützt im Sinn der auch der Honorierung...“ (ERRT08)

Ebenfalls wurde genannt, dass mehr Nephrolog_innen zur empfohlenen Betreuung laut Überweisungsschema der betroffenen Patient_innen notwendig

wären auch um lange Wartezeiten zu vermindern. „...vielleicht ein niederschwelligerer Zugang oder leichtere Zugang zu Nephrologen, zu Fachärzten beziehungsweise Ambulanzen denn das ist alles sehr schwierig und mit langen Wartezeiten verbunden.“ (KLED02)

Administrative Erleichterungen sollten geschaffen werden, der diesbezügliche Aufwand vermindert werden, um die Integration in den ärztlichen Alltag zu gewährleisten. Die öffentliche Aufklärung wurde als unterstützend genannt. Patient_innen sollten bereits im öffentlichen Raum über das Programm aufgeklärt werden, um einerseits Awareness der Bevölkerung zu schaffen, andererseits aber auch um eine Vorselektionierung außerhalb der Praxis zu gewährleisten.

4.3.2 Teil B

Teil B des Interviews widmete sich den acht Ärzt_innen, welche das Programm zwar kennen, es aber nicht verwenden.

B 1: Glauben Sie, dass ein Früherkennungsprogramm für Patienten auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn macht?		
Anzahl n	ja	nein
4	3	1

Tabelle 6: Interview B1 - Sinn eines Früherkennungsprogramms für die Niere

Ein Programm könne helfen, ein endgültiges Nierenversagen abzuwenden, die Therapie zu optimieren und ein größeres Bewusstsein für Nierenerkrankungen bei Hausärzt_innen zu schaffen, so die Ärzt_innen. Ein/e Ärzt_in stellte die Sinnhaftigkeit des Programms in Frage, da die Kontrolle der Niere bereits durch andere Programme bestens abgedeckt sei.

4.3.2.1 Gründe von Hausärzt_innen, das Programm niere.schützen nicht anzuwenden

Zeitmangel ist ein wesentlicher Grund: durch die zunehmende Überlastung der Hausärzt_innen sei die Implementierung eines solchen Programms nicht möglich.

Ein weiterer Grund sei die Schwierigkeit der Anwendung. Durch die geringe Anzahl von Fachärzt_innen sei das Programm nicht durchführbar. „...überhaupt Internistenmangel. Bei uns wartet man auf einen Termin beim Internisten sechs Monate außer es ist wirklich was Dringendes...“ (DLNG02)

Auch wurde das Programm schlicht als unnötig bezeichnet und dessen Zweck werde nicht als notwendig erachtet.

Ein/e Ärzt_in beschrieb, durch die Routine des Praxisalltags auf das Programm vergessen zu haben, und nannte eine fehlende aktive Erinnerung daran als notwendig.

Es wurden verschiedene Ansatzpunkte genannt, die dazu führen könnten, dass die nicht teilnehmenden Hausärzt_innen am Programm teilnehmen:

Es sollten aus Sicht einiger Hausärzt_innen generelle Veränderungen im Praxisalltag vorgenommen werden, um mehr Zeit für einzelne Patient_innen zu schaffen. „...weniger Patienten, Gesamtpatienten in der Ordi. Mehr Zeit für den einzelnen Patienten...“ (EREA16)

Auch sei mehr Personal in der einzelnen allgemeinmedizinischen Praxis, an welches gewisse Tätigkeiten delegiert werden könnten, von Vorteil.

Eine leichtere Handhabung des Programms durch Änderung des administrativen Aufwandes könnte die Teilnahmebereitschaft ebenfalls steigern.

Auch die finanzielle Honorierung der ärztlichen Leistungen wurde als Voraussetzung für eine Teilnahme am Programm genannt. „...das betrifft andererseits die Finanzierung...“ (ERLD14)

4.3.3 Teil C

Teil C des Interviews wurde nicht angewandt, da sämtliche kontaktierte Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmediziner das Programm bereits vor dem Interview kannten.

4.3.4 Attraktivitätsfaktoren des Programms „niere.schützen“

Die Hausärzt_innen wurden im weiteren Verlauf der Interviews danach befragt, ob eine finanzielle Unterstützung oder die Integration in ein bestimmtes Disease

Management Programm die Attraktivität des Programms „niere.schützen“ erhöhen würde.

F 11: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?		
Anzahl n	ja	nein
18	12	6

Tabelle 7: Interview F11 - Attraktivitätsfaktor Honorierung

Sowohl bei denjenigen, welche mit ja geantwortet haben als auch bei denen, die mit nein geantwortet haben, wurde häufig betont, dass es ihnen primär nicht um eine finanzielle Unterstützung gehen würde, sondern, dass die fehlende Zeitressource der ausschlaggebende Faktor bei dem Programm sei.

„...in erster Linie geht es um die Zeitressourcen und um die Machbarkeit...“
(ERNT12)

F 12: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?			
Anzahl n	ja	nein	vielleicht
20	14	5	1

Tabelle 8: Interview F12 - Attraktivitätsfaktor DMP

Bei den Hausärzt_innen, die eine Integration in ein DMP als attraktivitätssteigernd sehen, wurde dies zweimal mit der Bedingung der Honorierung verknüpft.

Bei den Ärzt_innen, die eine Integration in ein DMP als nicht attraktivitätssteigernd sehen, wurde als Grund der zu hohe administrative Aufwand, die bereits vorhandene Überzahl an DMPs und der Unterschied der Menschen aus Stadt und Land genannt. *„...es gibt schon zu viele dieser Disease Management Programme...“* (ERNT12).

Die gegebenenfalls vorliegende Attraktivitätssteigerung durch ein DMP wurde an die Bedingung geknüpft, dass dann Tools am Computer zur Verfügung stehen sollten.

4.4 Individuelle Ergänzungen

Zum Abschluss des Interviews bekamen die Ärzt_innen noch die Möglichkeit etwas zu ergänzen, was ihnen besonders wichtig und erwähnenswert erschien.

DLNG02 erwähnte, dass sie/er bereits bei früheren Treffen mit Ärzt_innen zu diesem Thema war, und auch dort schon bekräftigte, dass ohne eine Erhöhung der §2-Kassenärzt_innen und damit einhergehende Entlastung der Arztpraxen, eine Umsetzung des Programms schwierig werden würde.

„...Ja ich war einmal vor ein paar Jahren bei so einem Ärztetreffen (...) in Graz und da ist das auch schon besprochen worden ... wenn keine größere Ärztedichte ist werden wir das nicht schaffen, ich meine wir sind derzeit in der Praxis so überlastet, dass wir keine Minute Zeit haben...“ (DLNG02).

ERRT08 beschrieb eine ständige Neuerfindung von Dingen in der Medizin, welche vorher bereits unter anderem Namen ihre Anwendung in der täglichen Praxis fanden.

„...Ja, ich erlebe in der Medizin in so vielen Jahren, das Dinge immer wieder neu erfunden werden...“ (ERRT08).

ERLD14 hinterfragte die Sinnhaftigkeit des Programms, da bereits andere Programme existieren bei denen die Niere ebenfalls mitgescreent wird.

„...das Disease Managment Programm für Diabetiker da bin ich dabei (...) dort werden die Patienten auch immer gescreent auch auf die Niere alle drei Monate (...). Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist auch die Harnuntersuchung dabei, bei den Hypertonikern schaut man auch nach, also ich wüsste nicht wie weit dann die Erweiterung noch Sinn macht...“ (ERLD14).

ERCH29 fand eine generelle Veränderung der Abhandlung von DMPs in Österreich als wichtig und verweist hier auf das Modell, welches in England zur Anwendung kommt.

„...das wäre sinnvoll wenn solche DMP-Programme direkt vom Hauptverband mit den Softwareanbietern verhandelt werden und auch dann von denen bezahlt werden. (...) dass man da vielleicht das in irgendeiner Weise diese DMP-Geschichten österreichweit zentral mit einer Ansprechperson koordiniert ausrollt...“
(ERCH29)

ERNT12 empfand das Programm als zu kompliziert und wünschte sich für solche Screeningprogramme einfachere Durchführbarkeit, um lediglich ein grobes Vorscreening im niedergelassenen Bereich durchzuführen.

„...Ich glaube „small is beautiful“ und auch in der Vorsorge und im Screeningbereich sollte man eher Basic-Arbeiten durchführen mit einfachen Laborparametern, dann eine grobe Vorscreeningaktion starten, die auch in den Praxen leichter durchzuführen ist, auch labormäßig...“ (ERNT12).

KLED02 verweist darauf, dass ein Ansatz bereits bei der Vermeidung von nierenschädigenden Einflüssen beginnen muss. Hierbei wird besonders auf die Rezeptfreiheit von NSAR verwiesen.

„...Denn wenn ich rigider werde in der Verordnung dann holen sie sich dan unter Umständen rezeptfreie NSAR in der Apotheke, Ibuprofen ist leider total frei erhältlich und, da hoffe ich vielleicht auch auf ELGA, dass man da dann wieder mehr Überblick hat, was der Patient wirklich nimmt ohne, dass ich es ihm verordnet habe, das als wichtige Anregung noch...“ (KLED02)

5 Diskussion

5.1 Stellenwert des Nierenscreenings

Weltweit steigt die Zahl an Patient_innen mit CKD, was die zunehmende Bedeutung der Erkrankung auch im hausärztlichen Alltag unterstreicht. [4]. Wir können dies durch die Ergebnisse unserer Untersuchung unterstreichen, da 18 von 20 Befragten die Thematik der Nierenfunktionseinschränkung als relevant für die tägliche hausärztliche Praxis erachten und nur 2 von 20 sich davon eher wenig betroffen fühlen.

Die Früherkennung der CKD ist nicht nur aufgrund der mit ihr vergesellschafteten deutlich erhöhten kardiovaskulären Morbidität und Mortalität von hoher Relevanz für die Patient_innen, sondern auch, durch ihre sozioökonomischen Bedeutung wegen der immensen Krankheitsfolgekosten insbesondere bei fortgeschrittener Erkrankung und Nierenersatztherapie [1]. International widmen sich Experten der Ausarbeitung von Screeningprogrammen zur Früherkennung eingeschränkter Nierenfunktion. Um eine Anwendung der vorgeschlagenen KDIGO Guidelines [4] im ärztlichen Bereich zu erleichtern, wurde so auch in der Steiermark das Programm „niere.schützen“ zur Detektion von Patient_innen mit CKD aus Risikogruppen und zur integrierten nephrologischen Betreuung von Patient_innen mit CKD etabliert [48]. Der Gedanke, so den Ärzt_innen ein unterstützendes Instrument zur Früherkennung der CKD zur Verfügung zu stellen, findet sich in den Angaben der Hausärzt_innen wieder. Hier bejahten 16 von 20, dass ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz sie in ihrer täglichen Arbeit unterstützen könnte. Selbst bei den befragten Hausärzt_innen, die das Programm „niere.schützen“ nicht verwenden, erachteten drei von vier Befragten ein Früherkennungsprogramm zur CKD für sinnvoll.

5.2 Das Programm „niere.schützen“

5.2.1 Gründe für die Teilnahme

5.2.1.1 Patientenbenefit

Wesentlicher Grund für Ärzt_innen zur Teilnahme am Programm ist der Patientenbenefit, den sie durch Anwendung des Programms „niere.schützen“ erkennen können, was sich auch darin ausdrückt, dass sieben von neun befragten Hausärzt_innen, welche das Programm verwenden, eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patient_innen durch die Aufnahme in das Programm wahrnahmen. Diesen Patientenbenefit benannten die Hausärzt_innen in Form von Früherkennung, Patientenadheränz und Therapieoptimierung.

Hausärzt_innen nehmen besonders gern an Projekten teil, wenn Patienten davon profitieren, wenn sie sinnhaft sind etc. z.B: Auch Watkins et al. [53] konnten bei einer Befragung von 391 Hausärzt_innen zeigen, dass diese besonders dann zur Verwendung von klinischen Leitlinien motiviert waren, wenn ein Patientenbenefit erkennbar ist.

Die Hausarztpraxis ist DER geeignete Platz für Screeningmaßnahmen, wie am Beispiel des Darmkrebsscreening in Deutschland gezeigt werden konnte [54]. Das liegt u.a. auch daran, dass aufgrund der spezifischen Arbeitsweise in der Allgemeinmedizin ein besonderes (Vertrauens)verhältnis zwischen Ärzt_innen und Patient_innen besteht [55].

5.2.1.2 Früherkennung

Eine Unterstützung bei der Früherkennung einer CKD spielt insofern für Ärzt_innen und Patient_innen eine besondere Rolle, da die Krankheit bis in spätere Stadien weitgehend symptomfrei verläuft [4]. Die vereinfachte Detektierung von Patient_innen mit CKD war 2016 ein wesentlicher Grund zur Etablierung des Programms „niere.schützen“ [34]. So stellt das Programm „niere.schützen“, ebenso wie andere Screeningprogramme, eine Möglichkeit für Hausärzt_innen dar, potentielle CKD frühzeitig abklären und eventuell eine Intervention starten zu können [37].

Ebenso zeigten die befragten Hausärzt_innen die Einengung potentieller Risikogruppen durch die Unterstützung des Programms „niere.schützen“ als

hilfreich auf und unterstützten so die Theorie der Sinnhaftigkeit eines Risikogruppen-spezifischen vs. eines opportunistischen Screenings, wie es von den meisten nephrologischen Fachgesellschaften international gefordert wird [56].

5.2.1.3 Patientenadhärenz

Die Patientenadhärenz wird ebenfalls durch die Anwendung des Programms und den Folgekontakt zu einem nephrologischen Facharzt/Fachärztin gesteigert. *„Dass wenn das nicht der Hausarzt sagt, sondern auch der Patient Informationen von einem Spezialisten erhält, er vielleicht eher dazu geneigt ist das zu befolgen [ERUN17]“*. Auch Patient_innen messen Screeningprogrammen einen hohen Stellenwert bei, da sie Wissen über ihren Gesundheits- und Krankheitszustand erlangen können [28]. Patienten weisen ein hohes Informationsbedürfnis im Falle einer ernsthaften Erkrankung auf [57].

Insbesondere im Zuge der Selbstverantwortlichkeit bzw. eines patientenzentrierten ärztlichen Beratungs- und Entscheidungsprozesses spielt dies bei der Umsetzung, von aus der Diagnose folgenden Konsequenzen, eine große Rolle. Dabei steigt die Bereitschaft, an einem Entscheidungsprozess in der Praxis teilzunehmen, mit dem aktuellen Wissensstand von Patient_innen und fördert gleichzeitig die Motivation für den Erwerb weiteren Wissens [58].

5.2.1.4 Therapieoptimierung

Die Möglichkeit das Krankheitsbild der CKD gezielt durch die Laborparameter von „niere.schützen“ und der damit verbundenen Einstufung des Schweregrades der Erkrankung [48] zu definieren, hilft den befragten Hausärzt_innen mitunter bei der Therapieoptimierung der betroffenen Patient_innen. *„Bessere Therapiekoordination eben durch entsprechende Strukturen [EREA16].“* Bei bereits etablierten Programmen, wie der Gesundenuntersuchung, zeigte sich der strukturgebende Rahmen als großer Teilnahmefaktor, der von Hausärzt_innen auch sehr geschätzt wird [37]. Eben diese strukturierte Arbeitsweise, durch das Programm „niere.schützen“, erkannten die befragten Hausärzt_innen auch und schätzen diese in der täglichen Arbeit in ihrer Praxis. So bietet der vertraute Kontakt zur/m langjährigen Hausärzt_in die ideale Ausgangssituation, anhand strukturierter Diagnostik und sekundärpräventiver Maßnahmen

gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsstabilisierende Maßnahmen umzusetzen [55].

5.2.1.5 Prävention

Neben der eigentlichen sekundärpräventiven Aufgabe des Programms „niere.schützen“ kann dieses auch eine primärpräventive Aufgabe dahingehend wahrnehmen, dass allgemein insbesondere von Seiten des ärztlichen Personals bezüglich der CKD eine höhere Awareness entgegen gebracht wird und so auch noch gesunden Patient_innen Maßnahmen empfohlen werden, die überhaupt das Auftreten einer Nierenfunktionseinschränkung beeinflussen können. Dies ist schon lange beim Zusammenhang von Nikotinkonsum und Niereninsuffizienz bekannt [59]. Im Sinne der Sekundärprävention zeigte sich bei der Befragung der Hausärzt_innen, dass Screeningprogramme dazu führten, dass bei eingeschränkter Nierenfunktion zum Beispiel bei der Verordnung von NSAR besonders kritisch und aufmerksam zu sein, um eine weitere Nierenschädigung zu vermeiden: *„Das Programm „niere.schützen“ ist sehr hilfreich in der täglichen Praxis bei der Verordnung von Medikamenten [ERRT08].“*

5.2.1.6 Finanzierung

Förderlich für die Teilnahme erweist sich auch die Finanzierung der nötigen Untersuchungen durch die Krankenkasse. „Dass die Krankenkasse die Untersuchungen bezahlt. Kreatinin, Albumin clearance und diese Geschichten. [ERCH29]“ Dies erwies sich bereits bei anderen Screeningprogrammen und DMPs, wie dem sehr weit verbreiteten und viel verwendeten „Therapie aktiv“, als positiv [60]. Unzureichende finanzielle Vergütung, mangelnde Fortbildungsangebote und zu wenig Zeit für eine qualifizierte Beratung der Patient_innen stellen wichtige Hindernisse dar, gesundheitsfördernde Maßnahmen und Screeninguntersuchungen in der Praxis durchzuführen [55].

5.2.1.7 Zusammenarbeit mit Fachärzt_innen

Basierend auf dem Überweisungssystem des Programms „niere.schützen“ [48] ergibt sich unweigerlich eine vermehrte Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner_innen und (v.a. internistisch/nephrologischen)

Fachärzt_innen. Diese interdisziplinäre Zusammenarbeit kann sich durch unterschiedlichste Gründe als schwierig erweisen [61]. Durch die Verwendung des Programms „niere.schützen“ bemerkten die befragten Hausärzt_innen eine Verbesserung des Verhältnisses zwischen Allgemeinmediziner_innen und Fachärzt_innen. „... dass die Kooperation mit dem Nephrologen besser ist ... [ERUN17].“ Bei einer derzeit noch viel Verbesserungsbedarf bietenden Situation in der Zusammenarbeit zwischen Allgemeinmediziner_innen und anderen Facharztgruppen [62], lässt diese positive Bewertung der Hausärzt_innen zur Bedeutung der interdisziplinären Zusammenarbeit optimistisch in die Zukunft blicken.

5.2.2 Gründe für die Nichtteilnahme

5.2.2.1 Wissensbarriere

Eine Annahme für die Nichtteilnahme ist das Unwissen der Ärzt_innen über die Existenz des Programms „niere.schützen“ [40]. Die Bewerbung und Implementierung des Programms erfolgte über Aussendung von Informationsmaterialien und vereinzelte Fortbildungen über die Ärztekammer und die GKK [48]. Daher war es umso wichtiger, eine Evaluation, wie die Vorliegende, zum Bekanntheitsgrad des Programms durchzuführen, da auch schon im Rahmen weitaus größerer Screeningprogramme, diese bei der Bewertung der Wirksamkeit eine entscheidende Rolle spielte [63].

5.2.2.2 GKK

Hinzu kommt eine teilweise beschriebene Aversion gegenüber der GKK. „Was gibt es neues Unangenehmes [ERNT12].“ Eine primär negative Assoziation mit der GKK und den damit verbundenen Aussendungen, legt nahe, dass Ärzt_innen sich deshalb die Informationen zum Programm gar nicht durchgelesen oder deshalb das Programm abgelehnt haben. Die Sozialversicherung (SV) wird als Kontrollinstanz erlebt, wobei der Kontakt zur SV von Kritik und Rechtfertigung geprägt ist. Das Empfinden von Hausärzt_innen und auch angehenden Hausärzt_innen ist dahingehend, dass die Sozialversicherung nicht im Sinne der Patient_innen und des gesamten Gesundheitswesens handelt [64; 65].

5.2.2.3 Bewerbung

Das Medium der Aussendung zur Bekanntmachung des Programms „niere.schützen“ könnte auch ein Grund für die Nichtteilnahme sein. In den Befragungen erklärten die Ärzt_innen, dass sie mit Informationszusendungen regelrecht überflutet werden und lehnten auch die Zusendung von Informationsmaterialien zum Programm „niere.schützen“ ab. Im Rahmen einer zunehmenden Informationsflut durch eine Vielzahl unterschiedlicher Medien ist es für die Informierten auch aus Sicht der Wahrnehmungspsychologie immer schwieriger, relevante Informationen aus der Summe herauszufiltern [66].

Ggf. bieten hier die angebotenen Seminare und das E-Learning zu „niere.schützen“ eine sinnvolle Ergänzung, da bekannt ist, dass Hausärzt_innen sich insbesondere durch Wissenschaftliche Zeitschriften, Kolleg_innen, Lehrbücher und Kongresse fortbilden [67].

Ein Hindernis zur Anwendung des Screeningprogramms ist darüber hinaus das fehlende Reminder-System i.S. einer regelhaften Erinnerung. Zusätzlich hinderlich sind dann natürlich auch Zeitmangel und Bürokratie: *„...das mag in der Routine des Praxisalltags liegen und daran, dass es zwar jetzt schon ein bisschen länger da ist, aber einfach dann wiederum zu wenig aktiv daran erinnert wird wahrscheinlich [TIJA04].“*

5.2.2.4 Inhalt

Inhaltlich könnte das Programm die steirischen Hausärzt_innen auch vor Anwendungsbarrieren stellen.

So wurde, trotz bereits durchgeführter Optimierungen an der Tabelle durch eine Pilotierung [34] das Überweisungsschema als zu kompliziert empfunden. *„Vielleicht ist diese Tabelle mit den verschiedenen Farben, die verwirrt kommt mir vor [ERND30].“* Der Erfolg und die Akzeptanz eines Screeningprogramms ist nicht unerheblich von der Verständlichkeit abhängig [68]. Daher könnte ein Ansatz zur Verbesserung der Akzeptanz einerseits darin liegen die Verständlichkeit zu erhöhen, andererseits die Information über das Thema an sich oder im Speziellen z.B. durch Fortbildungen zu erhöhen.

Indiziert ist die Anwendung des Programms „niere.schützen“ bei Patient_innen im Alter von 40-65 Jahren. Dies könnte eine Altersspanne sein, in der die

Patient_innen die Wichtigkeit des Programms unterschätzen und eine weitere Abklärung für nicht sinnvoll erachten. Patient_innen könnten so durch Ignoranz selbst als Barriere zur Nichtteilnahme am Programm auftreten [41]. Diese Einschätzung wird auch von den von uns befragten Hausärzt_innen geteilt: *„...nur es muss der Patient auch immer kommen. Denn da ist die Zielpopulation 40-65 wenn ich richtig informiert bin (...) und Männer sage ich jetzt einmal kriegt man mal schon schwer, also 40 auf jeden Fall schwer, 65 da wird es dann leichter schon und da ist es dann eh schon zu spät sage ich jetzt einmal [ARRT20].“* Der festgelegte Altersbereich zwischen 40 und 65 Jahren der Risikopopulation, könnte dazu führen, dass diejenigen älteren Patient_innen, die nicht zuvor detektiert worden sind, nicht frühzeitig erkannt werden. Aufgrund der Tatsache, dass die Prävalenz der chronischen Nierenerkrankung (CKD) altersabhängig ist und man davon ausgehen kann, dass jeder Mensch spätestens ab dem 45. Lebensjahr - wie in der „Baltimore Longitudinal Study“ gezeigt [69] - durchschnittlich 1,0 ml/min./1,73 m² eGFR/Jahr Nierenfunktionsverlust erleidet [10], kann spekuliert werden, dass sich in der Population der über 65-Jährigen eine Reihe von Patient_innen mit unerkannter Nierenfunktionseinschränkungen befinden [70].

Das Screening durch „niere.schützen“ basiert auf einem Laborcheck von Kreatinin bzw. eGFR aus dem Blut und der quantitativen Albuminausscheidung aus dem Spontanharn (Albumin-Kreatinin-Quotient (ACR) im Harn) [48].

Eine Barriere bei der Anwendung des Programms könnte das Wissensdefizit über die Bedeutung der GFR zur Bestimmung der Nierenfunktion (anstelle des Kreatinins alleine) sein. Die Diagnostik einer Nierenfunktionseinschränkung über eine alleinige Bestimmung der Serumkreatininwerte ist heute allerdings obsolet, da es zu einer fehlenden Früherkennung aufgrund der nicht-linearen Beziehung zwischen Serumkreatinin und eGFR kommen kann (sog. „kreatininblinder Bereich“) [71; 72]. Damit bleiben die CKD I und II im schlimmsten Fall unerkannt.

Weiterhin problematisch ist das oft fehlende Wissen über die Bedeutung der ACR, die jedoch ein entscheidender Prädiktor für kardiovaskuläre Erkrankungen und bedeutsam im Rahmen der Nierenfunktionsdiagnostik ist [73; 74].

Matsushita et al. konnten in einer aufwändigen Metaanalyse 2015 darstellen, dass die Albuminurie ein von Alter, Geschlecht, Diabetes, Hypertonie und Plasmalipiden unabhängiger Risikofaktor für kardiovaskuläre Erkrankungen ist [75; 76]. Durch die Hinzunahme renaler Parameter zu den in traditionellen Prognose-

Scores genutzten Risikofaktoren konnte die Vorhersagekraft der Scores im Hinblick auf kardiovaskuläre Mortalität sowie tödliche und nicht-tödliche kardiovaskuläre Ereignisse und Erkrankungen (KHK-assoziierte Ereignisse, Schlaganfall und Herzinsuffizienz) verbessert werden. Während ein erhöhtes Mortalitätsrisiko erst ab einer GFR unter 60 ml/min nachgewiesen werden konnte, ist die Albuminurie ab dem Stadium CKD G1 linear mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert [75].

In unserer Befragung verwiesen die Hausärzt_innen meistens auf die Bestimmung des Kreatinins als ihre Methode der Wahl zur Überprüfung der Nierenfunktion. *„...und bei jeder Gesundenuntersuchung mach ich den Harn mit und das Kreatinin und meistens einen Ultraschall von der Niere [DLNG02].“* Ein Urinstreifentest hat jedoch kaum eine wertige Aussagemöglichkeit bei der Bestimmung der Albuminurie [77]. Neben mangelndem Wissen empfinden die befragten Hausärzt_innen auch das Procedere der ACR Bestimmung als zu aufwändig: *„Es ist in der Handhabung nicht ganz einfach, weil das mit dem Mikroalbuminurie, ja es ist ein wenig aufwendig in der Diagnostik, sagen wir so [THLD11].“*

5.2.2.5 Bürokratie

Administrativer Aufwand und viel Bürokratie stellen eine starke Belastung der Allgemeinmediziner_innen in der täglichen Praxis dar. Viel Bürokratie führt zudem zu einem Zeitmangel in der Patientenbetreuung [42; 78]. Diesen Zeitmangel der Hand in Hand geht mit den bürokratischen Belastungen thematisierten auch die Hausärzt_innen in der Befragung. *„Ich habe es noch nicht geschafft es in den Arbeitsalltag zu integrieren, weil ich einfach ständig beschäftigt bin mit anderen Dingen [TZNE19].“* *„Ja es ist, wie bei allem, schreibaufwändig [RTUS16].“*

5.2.2.6 Honorierung

Ein wichtiger unterstützender Faktor zur Teilnahme an Screeningprogrammen ist die finanzielle Vergütung des Arbeitsaufwandes [38]. So stellt umgekehrt eine fehlende Vergütung des Arbeitsaufwandes eine Barriere zur Anwendung eines Programms dar [43]. Das Programm „niere.schützen“ enthält bis zu diesem Zeitpunkt noch keine Honorierung des Arbeitsaufwandes der Hausärzt_innen. Dies betrifft jedoch eine Thematik, welche in der Befragung von Hausärzt_innen

immer wieder zur Sprache gebracht wurde. *„Zusätzlicher zeitlicher Aufwand, der nicht honoriert wird. [ERLD14].“* Schon vor Jahren konnte gezeigt werden, dass Hausärzt_innen eine angemessene Honorierung z.B. auch bei der strukturierten Betreuung von Patient_innen mit Diabetes mellitus erwarten [79]. So ist dadurch auch eine große Akzeptanz des DMP „Therapie.aktiv“ erreicht worden [80].

5.2.2.7 Mangelnde Verfügbarkeit von Fachärzt_innen bzw. Nephrolog_innen

Das Grundprinzip des Programms „niere.schützen“ beruht unter anderem, je nach Schweregrad der Erkrankung, auf der Überweisung zu Internist_innen, Nephrolog_innen oder in ein Referenzzentrum [48]. Hier sehen sich die Hausärzt_innen neben dem Mangel an Nachwuchs in ihren eigenen Reihen, der zu einer überdurchschnittlichen eigenen Belastung führt, mit dem Problem der Weiterleitung an Fachärzt_innen konfrontiert, da es aus Sicht der Hausärzt_innen nicht ausreichende Kolleg_innen gibt, die zeitnah die Patient_innen versorgen können : *„... also die Empfehlung ist nicht immer umsetzbar, ab gewissen (.) GFR-Werten und Albuminurie Überweisung zum Nephrologen, denn wir haben leider einfach zu wenig niedergelassene Nephrologen und die Ambulanz kann das auch nicht alles abfangen ... [KLED02].“* Dies stellt eine Problematik dar, mit welcher sich besonders die vom Land stammenden befragten Hausärzt_innen konfrontiert fühlen. Unangenehmer Zusatzeffekt ist sicher eine weitere Unattraktivierung des ländlichen Raums, da ein Gefühl der Ohnmacht bei den Hausärzt_innen durch die fehlenden Strukturen entstehen kann. Trotz guten Willens kann der vom Programm vorgeschlagene Weg nicht eingehalten werden.

5.2.2.8 Lage des Arbeitsortes

Neben der problematischen Ärztedichte am Land zeigt sich eine ländliche Lage der Praxis auch als Grund der Nichtteilnahme. *„Zu umfangreich und ich glaube auch nicht in einer Landpraxis mit weit entferntem Labor praktikabel [ERTN12].“* Der ländliche Raum, der sich mit einer Vielzahl an Problemen aufgrund der Landfluchtproblematik auseinandersetzen muss, ist so indirekt aufgrund großer Distanzen und fehlender Infrastruktur benachteiligt, was in letzter Konsequenz zu einer schlechteren medizinischen Versorgung der Patient_innen führt, da diese nicht auf gleiche Art und Weise wie in der Stadt versorgt werden können [81]. Welche Problematiken mit einer Landpraxis im Bezug auf Screeningprogramme,

bis auf die Entfernung zum Labor, zu bewältigen sind, wurde in dieser Arbeit nicht weiter behandelt.

5.2.2.9 Infragestellung der Notwendigkeit

Oftmals stehen Hausärzt_innen Inhalten und Zielen von evidenzbasierter Medizin skeptisch gegenüber: Aufgrund des persönlichen Erfahrungshorizontes und der oft individuellen Entscheidungen im Arzt-Patientenkontext fühlen sich die Ärzt_innen nicht selten in ihrer ärztlichen Entscheidungshoheit eingeschränkt, was eine Barriere zur Teilnahme an einem strukturierten, wissenschaftlich fundierten Programm darstellen kann [22; 47; 82]. Daher wurde auch in unserer Befragung die Notwendigkeit des Programms „niere.schützen“ oft in Frage gestellt. *„Wenn ich glauben würde, dass es sinnvoll wäre würde ich ja mitmachen [DLNG02].“* Die Ärzt_innen stellten ein zusätzliches Programm zur Überprüfung der Niere in Frage. Sie empfinden die Kontrolle der Niere bereits gut durch andere Screeningprogramme oder DMPs abgedeckt. Hier wurden besonders die Programme „Therapie aktiv“ für Diabetiker, die Gesundenuntersuchung und „herz.leben“ für Hypertoniker erwähnt. Helfen könnte hier wiederum eine Weiterbildung über den Sinn, Nutzen und die Chancen des Programms.

5.2.3 Erhöhung der Teilnahmebereitschaft

Um die Teilnahmebereitschaft der steirischen Hausärzt_innen am Programm „niere.schützen“ zu erhöhen, gilt es die Gründe für die Teilnahme weiter zu forcieren und die Gründe für die Nichtteilnahme soweit wie möglich zu beseitigen. Dazu kann man sich an bereits etablierten Programmen der GKK orientieren. Das Programm „herz.leben“ [83] ist ein Schulungsprogramm für Hypertoniker zur Sekundärprävention. Es werden Seminare als Voraussetzung für die Durchführung einer Schulung in der Praxis im Rahmen der Fortbildungstage der Ärztekammer Steiermark angeboten. Diese dienen nicht nur zur Wissensvermittlung, sondern gleichzeitig auch als Werbung für das Programm. Durch dieses Seminar erhalten die Ärzt_innen ein fundiertes Wissen zur Bluthochdruckprävention [83]. Zwar werden solche Seminare zum Programm „niere.schützen“ auch angeboten, jedoch sind diese Seminare nicht verpflichtend zur Anwendung des Programms in der Praxis, somit fehlt hier auch womöglich das grundlegende Wissen zu Anwendung und Inhalt von „niere.schützen“ [48].

Zusätzlich dazu zeigt sich das DMP „Therapie aktiv“ sehr gut in der Bewerbung durch einen starken Internetauftritt nicht nur durch eine Beschreibung auf der Homepage der STGKK, sondern durch eine eigene Website. Die Website richtet sich an Patient_innen und Ärzt_innen und enthält sehr viele Informationen zu Diabetes mellitus generell und auch zum Programm [84]. Eine solche Bewerbung findet sich beim Programm „niere.schützen“ in dieser Ausführlichkeit nicht. Informationen zum Programm erhalten Patient_innen und Ärzt_innen nur über die Website der STGKK oder die einmalige Aussendung von Informationsmaterialien zum Zeitpunkt der Etablierung des Programms [48]. Zusätzlich wurde auch ein E-Learning-Modul vom Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung entwickelt, dass eine kostenpflichtige Weiterbildung ermöglicht [85]. Da jedoch mit der Anwendung des Programms keine monetären Anreize verknüpft sind, könnte dies das Interesse an der Materie mindern.

Als Ansporn für die Ärzt_innen die Schulungen zu „herz.leben“ in der Praxis für Patient_innen anzubieten, wird die Abhaltung einer kompletten Schulung durch die STGKK mit € 934,36 honoriert [86]. Eine finanzielle Vergütung findet sich auch im DMP „Therapie aktiv“ durch eine regelmäßige Betreuungspauschale [60]. Eine Honorierung des ärztlichen Arbeitsaufwandes ist im Programm „niere.schützen“ nicht enthalten [4]. In der Befragung wurde die fehlende Honorierung durch die befragten Ärzt_innen auch immer wieder thematisiert und auch auf die direkte Frage ob eine finanzielle Unterstützung das Programm attraktiver machen würde, antworteten zwölf von 18 Ärzt_innen mit ja.

Ebenso fehlt bei „niere.schützen“ der Patientenschulungsaspekt des Programms „herz.leben“ und des DMP „Therapie aktiv“. Solche Schulungen könnten möglicherweise die Patientenadhärenz verstärken und eine wichtige Rolle in der Primär- und Sekundärprävention von CKD spielen.

Patient_innen, die in das DMP „Therapie aktiv“ aufgenommen werden, durchlaufen neben einer Erstbehandlung vierteljährliche und jährliche Betreuungen durch Allgemeinmediziner_innen in unterschiedlichem Ausmaß. Dies fördert die Patientenbindung und unterstützt Hausärzt_innen durch einen strukturierten Arbeitsablauf. Ein genauer Plan, wie die Weiterbehandlung auch bei

Fortgeschrittenen CKD im Rahmen des Programms „niere.schützen“ durch Allgemeinmediziner_innen aussieht fehlt. Hier wird nur auf die Überweisung ad Nephrolog_in oder Referenzzentrum verwiesen. In diesem Fall betonten die befragten Hausärzt_innen, dass eine adäquate Überweisung nach Überweisungsschema oft nicht möglich sei, da die Fachärzt_innen nicht das Kontingent hätten diese Patient_innen zu betreuen. Die Allgemeinmediziner_innen sind dann auf sich selbst gestellt und finden keine Unterstützung in dem Programm.

Um den bürokratischen Aufwand für Ärzt_innen möglichst gering zu halten wird auf der Homepage zu „Therapie aktiv“ auch eine Anleitung zur bestmöglichen und einfachsten Implementierung des DMP in den Praxisalltag angeboten. Dabei wird auch gezielt erläutert wie Ärzt_innen durch Hilfe von Ordinationsgehilfen bei diesem DMP entlastet werden können [87]. Ein Angebot, welches sich, für seine schlechte Implementierbarkeit und bürokratische Aufwändigkeit kritisierte Programm „niere.schützen“, lohnen könnte.

„Früh erkennen“ heißt das österreichische Brustkrebsfrüherkennungsprogramm. Dieses Früherkennungsprogramm bringt den Vorteil für Allgemeinmediziner_innen mit, dass der zeitliche Aufwand in der täglichen Praxis sehr gering ist. Durch den geringeren Aufwand einer Tastuntersuchung der Brust im Vergleich zu den Laborbestimmungen bei „niere.schützen“ [48] kann diese Tastuntersuchung viel einfacher in die Patientenbetreuung miteingebunden werden [88].

Inhaltlich könnte eine Änderung der Laborparameterbestimmungen, besonders die der ACR, die Teilnahmebereitschaft an „niere.schützen“ erhöhen. Bei der Vorsorgeuntersuchung, welche durch die STGKK angeboten wird, werden die entsprechenden Laborbestimmungen von der Kasse finanziert [89]. Beim Programm „niere.schützen“ wird die Bestimmung der ACR nur bei Bestimmung durch speziell ausgewählte Labore von der Kasse finanziert [48], so dass das Wissen darüber, welche Labore die ACR bestimmen dürfen, vorhanden und bewusst sein muss. Da häufig von Assistent_innen diese Aufgabe übernommen wird, stellt dies durch einen hohen bürokratischen Aufwand (Urin abfüllen, Labor herausuchen, Überweisung schreiben etc.) eine Barriere zur Teilnahme dar. Da hinlänglich bekannt ist, dass alle Labore diese Leistung anbieten könnten, wäre es

dringend indiziert, diese Position für alle Labore gleichwertig verfügbar zu machen, um den administrativen Aufwand zu senken.

5.2.4 Maßnahmen zur Optimierung von „niere.schützen“

Somit ergeben sich für das Programm „niere.schützen“ folgende Optimierungsmaßnahmen:

Maßnahmen zur Optimierung		
	Wie?	Verantwortlichkeit:
Awareness schaffen	Informationsaussendung; mediale Maßnahmen/Kampagnen	GFs, STGKK und Universität
Fortbildung und Weiterbildung ermöglichen	Regelmäßige Fortbildungen wieder implementieren	ÄK und Universitäten; Finanziert durch GF und GKK
Informationsmaterial an Bedürfnisse von Hausärzt_innen anpassen	Vereinfachung des Überweisungsschemas	Universitäre Experten, GKK und GFs
Weitere Betreuung durch die/den Hausärzt_in sicherstellen	Schulung der Hausärzt_innen über notwendige Maßnahmen in der Betreuung nierenerkrankter Patient_innen	GFs, GKK, ÄK und Nephrologen
Patientenschulungsmaßnahmen	Strukturiertes Programm	GKK und ÄK
Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen GKK und Hausärzt_innen	Misstrauensverhältnis aktiv bekämpfen, weniger Kontroll- als Unterstützungsfunktion, vertrauenszerstörende Maßnahmen (Mystery	GKK und ÄK

	shopping) unterlassen	
Administration erleichtern	Alle Labore zur Bestimmung der ACR freigeben	GKK und ÄK
Umsetzung ermöglichen	Verfügbarkeit von Facharztterminen; Facharztanzahl erhöhen	GKK und ÄK
Ausreichende Honorierung	Ähnlich zu Therapie.aktiv	GKK
Zusammenfassung zu einem "kardiovaskulären DMP"	Projektgruppe zur Planung und Organisationsform eines solchen DMPs	GFs, GKK und Universitäten

Tabelle 9: Maßnahmen zur Optimierung

Um den Ärzt_innen das Wissen um das Programm „niere.schützen“ und seine Inhalte vermitteln zu können, wäre eine erneute Bewerbungsaktion notwendig. Die Informationen zum Programm sollten einfach und gebündelt zur Verfügung gestellt werden.

In der Befragung wurde die GKK selbst durch das existente Misstrauensverhältnis als Faktor der Nichtteilnahme benannt. Bei der Neuetablierung eines Programms könnte hier nur in der Bewerbung auf ein untergeordnetes Auftreten der GKK gesetzt werden. Generell sollte versucht werden, dass Verhältnis der Nomenklatur „Vertragspartner“ gemäß zu gestalten und weniger als Kontrollinstanz zu wirken.

Auch Seminare zur Fortbildung sollten wieder forciert werden, um das Wissen zur Thematik insbesondere der Wichtigkeit der ACR in der Nierendiagnostik zu vermitteln und in diesem Sinne auch das vorhandene E-Learning besser zu etablieren.

Schulungsprogramme für Patient_innen sollen entwickelt werden und von Allgemeinmediziner_innen durchgeführt werden, um einen präventiven Lebensstil zu fördern, unabhängig von der Überweisung zu Fachärzt_innen.

Eine Honorierung des ärztlichen Arbeitsaufwandes sollte, entsprechend anderen angebotenen Screeningprogrammen und DMPs vorgenommen werden.

Die Entwicklung eines Plans, wie die allgemeinmedizinische Versorgung von Nierenpatient_innen, abgesehen von der Vorstellung bei Nephrolog_innen, aussehen sollte.

Um einen strukturierten Arbeitsablauf in der Praxis zu ermöglichen, sollte der administrative Aufwand vereinfacht werden. Dabei sollten die Laborparameterbestimmungen in sämtlichen von den Ärzt_innen ausgewählten Laboren finanziert werden. Das bereits vorhandene Überweisungsschema nach den Vorstellungen der Allgemeinmediziner_innen könnte erneut überarbeitet und noch weiter vereinfacht werden.

Zur Gewährleistung einer möglichst komplikationslosen Anwendung zählen ebenfalls eine generelle Arbeitsentlastung von Hausärzt_innen und das Schaffen von Zeitressourcen für Früherkennungsprogramme. Dies setzt eine Erhöhung der Ärztedichte in der gesamten Steiermark voraus im allgemeinmedizinischen wie auch fachärztlichen Sektor. Eine Delegationsmöglichkeit an Angestellte würde das Schaffen von Zeitressourcen zusätzlich erleichtern.

Wunsch wäre ein einheitliches kardiovaskuläres DMP „niere/herz/diabetes“ zu kreieren. Diesen Wunsch zur Integration von „niere.schützen“ in ein DMP äußerten auch die befragten Hausärzt_innen. Für 14 von 20 Befragten würde sich dies attraktivitätssteigernd auf das Programm auswirken. Ein einheitliches DMP würde ebenfalls die Rechtfertigung über die Notwendigkeit eines extra für die Niere konzipierten Screeningprogramms erübrigen.

5.2.5 Umsetzung der Optimierungsmaßnahmen

Im Folgenden ergaben sich durch die Recherche im Rahmen dieser Diplomarbeit Vorschläge zur Umsetzung dieser Optimierungsmaßnahmen.

Zur Wissensvermittlung und Bekanntmachung des Programms „niere.schützen“ sollte, nach eventueller Umsetzung von Optimierungsmaßnahmen, eine erneute Aussendung von sämtlichen Informationsmaterialien zum Programm an alle Allgemeinmediziner_innen steiermarkweit vorgenommen werden. Die Zusendung möglichst ohne Verweise auf die GKK.

Landesweite, wiederholte Kampagnen in den Medien zum Thema „niere.schützen“ könnte Patient_innen auf das Programm aufmerksam machen. Solche Kampagnen zeigten sich schon hilfreich bei der Verbreitung des Brustkrebsfrüherkennungsprogramms [88].

Fortbildungsangebote und Seminare sollten in Ärztezeitschriften beworben und vermehrt zur Wissensvermittlung angeboten werden. Auch zusätzliche Publikationen in Ärztezeitschriften zur Nierendiagnostik mit Bezug auf „niere.schützen“ könnte den Ärzt_innen notwendiges Wissen vermitteln.

Eine verpflichtende Teilnahme an Seminaren, veranstaltet von der STGKK oder der steirischen Ärztekammer als Grundlage zur Durchführung von Schulungen, nach dem Schema des Programms „herz.leben“ wäre durchaus denkbar [83].

Das Programm „herz.leben“ [83] als Vorbild, sollte solch ein Schulungsprogramm zu „niere.schützen“ in Zusammenarbeit der Programmverantwortlichen und der Medizinischen Universität Graz erarbeitet und als Ergänzung zum Programm bei den Allgemeinmediziner_innen etabliert werden.

Sämtliche Programme oder DMPs, die zu diesem Zeitpunkt auf der Website der STGKK zu finden sind, enthalten eine Honorierung ausgenommen das Programm „niere.schützen“ [90]. Eine Honorierung des Programms „niere.schützen“ könnte sich an diesen Honorierungsmodellen orientieren. So wäre es möglich die Betreuung der Patienten im Rahmen des Programms durch eine Betreuungspauschale abzugelten, orientiert am DMP „Therapie aktiv“ [60]. Zusätzlich dazu könnten durchgeführte Schulungen wie beim Programm „herz.leben“ finanziell vergütet werden [86].

Zum Überweisungsschema könnte ein Versorgungsplan ausgearbeitet und den Allgemeinmediziner_innen vorgelegt werden. Dieser Versorgungsplan sollte erklärend dafür sein, was die Allgemeinmediziner_innen, neben der nach dem Überweisungsschema vorgesehenen Laborkontrolle oder Überweisung, bei der Betreuung von Patient_innen mit CKD beachten müssen und welche weiteren Maßnahmen wie Lebensstiländerungen oder Schulungen vorgenommen werden können. Solch ein Plan steht den Ärzt_innen beim DMP „Therapie aktiv“ zur Verfügung [84]. Die Entwicklung eines solchen Plans könnte wie die Entwicklung eines Schulungsprogramm durch die Programmverantwortlichen und der Medizinischen Universität Graz erfolgen.

Eine erneute Überarbeitung des Überweisungsschemas durch das IAMEV und die steirischen Allgemeinmediziner_innen wäre anzudenken, um dieses noch einfacherer zu gestalten.

Die Begrenzung der Labore zur Bestimmung der Laborparameter sollten erweitert oder aufgehoben werden. Hier obliegt es der STGKK, ob eine Bestimmung zumindest in mehreren unterschiedlicheren Laboren als zu diesem Zeitpunkt oder in allen Laboren möglich sein könnte. Orientieren kann man sich hier am Modell der Vorsorgeuntersuchung, wo einzelne Laborparameter unabhängig vom Laborstandort von der STGKK, finanziert werden [89].

Ebenso obliegt es der STGKK, einen niederschwelligeren Zugang zu Nephrolog_innen in der gesamten Steiermark zu gewährleisten, um eine Durchführbarkeit des Überweisungsschemas zu ermöglichen.

Die Möglichkeit bestimmte Aufgaben an Angestellte delegieren zu können, würde für die Hausarzt_innen einen erheblichen Zeitgewinn ermöglichen und erwies sich in der Anwendung beim DMP „Therapie aktiv“ als sehr zweckdienlich [87]. Um dies einrichten zu können, bedarf es eines strukturierten Programms mit definierten, berufsgruppenspezifischen Aufgabenprofilen, die im Rahmen eines DMP (möglichst gemeinsam kardiovaskulär) von den einzelnen Ordinationsmitarbeitern verantwortlich durchgeführt werden können.

6 Limitationen

Es zeigen sich in dieser Arbeit mehrere Faktoren, die als limitierend auftreten.

Zum einen werden eigene Verfehlungen durch die Autorin dieser Arbeit selbst eingeräumt: Menschliches Versagen in Form von Versäumnissen in der Literaturrecherche, Fehler in der Interviewführung oder auch Fehlinterpretationen der Antworten der steirischen Hausärzt_innen.

Limitierend wirkt auch die gewählte Kohorte für die Befragungen. Es handelt sich hier um lediglich 20 Allgemeinmediziner_innen mit §2-Kassenpraxis von 598 in der Steiermark. Somit dienen die Interviews nur dazu, einen ersten Eindruck von den Meinungen weniger zu erhalten. Zusätzlich dazu wurden 16 von den 20 befragten Ärzt_innen aus dem Pool der „forschungswilligen Hausärzt_innen“ gewählt. Diese haben üblicherweise einen engeren Kontakt zum IAMEV und dessen Projekten, daraus schlussfolgert sich eine vorab positivere Einstellung zum Programm „niere.schützen“.

Bei der Kohorte selbst, zeigt sich ein eher sehr hoher Altersdurchschnitt von 53 Jahren. Eindrücke von jüngeren Allgemeinmediziner_innen fehlen hier. Durch das hohe Alter der Befragten ergab sich auch eine längere durchschnittliche Arbeitszeit von 23 Jahren. Die Eindrücke von Ärzt_innen, die noch nicht so lange in der Praxis arbeiten und eventuell noch nicht so routiniert sind, fehlen. Für eine Auswertung eventueller geschlechterspezifischer Unterschiede und auch Unterschiede, die sich durch die Lage des Arbeitsortes ergeben, war die Kohorte zu klein und so können daraus keine repräsentativen Ergebnisse gefolgert werden.

Besonders fehleranfällig zeigt sich die Durchführung der Interviews per Telefon. Die meisten Ärzt_innen wählten einen Telefontermin direkt vor oder während der Ordinationszeiten. Somit könnten die Antworten durch einen erheblichen Stressfaktor und auch eine oft widerwillige Teilnahme dazu führen, dass die Ärzt_innen nicht ihre volle Meinung darlegen und nur schnell und prägnant die Fragen abarbeiteten. Weiters könnten Ärzt_innen über das Telefon Fragen akustisch wie inhaltlich falsch verstanden haben.

7 Schlussfolgerung

Zweck dieser Arbeit war die Evaluierung der Meinung der steirischen Hausärzt_innen zum Programm „niere.schützen“. Es sollte der Stellenwert des Nierenscreenings, der Bekanntheitsgrad des Programms, die Motivatoren und Barrieren für die Teilnahme, als auch die Faktoren zur Erhöhung der Teilnahmebereitschaft der Hausärzt_innen und die Maßnahmen zur Optimierung von „niere.schützen“ geklärt werden.

Durch den stetigen Anstieg von Patient_innen mit CKD und der resultierenden Folgeerkrankungen rückt die Niere in den letzten Jahren immer mehr in den Mittelpunkt medizinischen Interesses. Hohe soziale und ökonomische Belastungen erfordern Methoden zur Prävention und Früherkennung, womit sich international Gesundheitsexperten beschäftigen [1]. In diesem Sinne wurden weltweit bereits unterschiedliche Screeningprogramme zu CKD etabliert. Die Steiermark etablierte 2016 ihre Früherkennungsmaßnahme zu CKD in Form des Screeningprogramms „niere.schützen“ [48].

Um das Programm weiter zu entwickeln und zu optimieren, wurde diese Befragung von 20 steirischen Allgemeinmediziner_innen durchgeführt. Bei der Befragung der Hausärzt_innen war das Programm allen bekannt, jedoch handelt es sich hier durch die Limitationen der Kohorte um kein repräsentatives Ergebnis. Trotz Bekanntheit besteht doch Informationsbedarf, nicht nur zur Anwendung des Programms, sondern besonders in der diagnostischen Relevanz der ACR. Unterstützung würden sich die befragten Ärzt_innen insbesondere durch eine Honorierung erwarten, ein Faktor der ebenso die Teilnahmebereitschaft erhöhen würde. Zusätzlich dazu wäre ein niederschwelligerer Zugang zu Fachärzt_innen wie auch administrative Erleichterungen, wie inhaltliche Änderungen des Programms notwendig. Ein weiterer großer Faktor für eine größere Teilnahmebereitschaft ist die Erhöhung der Zeitressource der Hausärzt_innen, damit sie mehr Zeit für ihre Patient_innen und somit für die Anwendung eines Screeningprogramms haben.

In folgenden Sitzungen der Programmverantwortlichen sollten die Ergebnisse dieser Arbeit diskutiert und Maßnahmen zur Optimierung des Programms „niere.schützen“ umgesetzt werden. Weiters sollte auch eine Schaffung eines einheitlichen kardiovaskulären DMP diskutiert werden. Werden Optimierungsmaßnahmen umgesetzt, bedarf es daraufhin einer neuerlichen Evaluierung des Programms bei den steirischen Hausärzt_innen.

8 Literaturverzeichnis

1. Paniagua-Sierra JR, Galvan-Plata ME. Chronic kidney disease. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55: 116-7.
2. Torres-Toledano M, Granados-Garcia V, Lopez-Ocana LR. Global burden of disease of chronic kidney disease in Mexico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017; 55: 118-23.
3. Rosenkranz A, Krisper P, Siebhofer-Kroitzsch A, Poggenburg S, Pohanke E, Lhotta K. E-learning niere.schützen. [Internet]. [Letzter Zugriff 07.07.2018]. Verfügbar unter: <https://www.arztakademie.at/fortbildungsangebot/e-learning/e-learning-niereschuetzen/>
4. Krisper P, Siebenhofer-Kroitzsch A. Screening als Basis einer koordinierten Versorgung chronischer Nierenerkrankung – Evidenz, Leitlinien, Programmvergleich und mögliche Szenarien für Österreich. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung: Medizinische Universität Graz. 2016.
5. Girndt M, Trocchi P, Scheidt-Nave C, Markau S, Stang A. Prävalenz der eingeschränkten Nierenfunktion Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland 2008-2011 (DEGS1). The prevalence of renal failure - Results from the German Health Interview and Examination Survey for Adults 2008–2011 (DEGS1). Dtsch Arztebl Int. 2016; 113: 85-91.
6. Semba RD, Fink JC, Sun K, Windham BG, Ferrucci L. Serum carboxymethyl-lysine, a dominant advanced glycation end product, is associated with chronic kidney disease: the Baltimore longitudinal study of aging. Journal of Renal Nutrition. 2010; 20: 74-81.
7. Keith DS, Nichols GA, Gullion CM, Brown JB, Smith DH. Longitudinal follow-up and outcomes among a population with chronic kidney disease in a large managed care organization. Arch Intern Med. 2004. 164: 659-63.

8. Sarnak MJ, Levey AS, Schoolwerth AC, Coresh J, Culleton B, Hamm LL et al. Kidney disease as a risk factor for development of cardiovascular disease a statement from the American Heart Association Councils on kidney in cardiovascular disease, high blood pressure research, clinical cardiology, and epidemiology and prevention. *Circulation*. 2003; 108: 2154-2169.
9. Hemmelgarn BR, Manns BJ, Lloyd A, James MT, Klarenbach S, Quinn RR et al. Relation between kidney function, proteinuria, and adverse outcomes. *Jama*. 2010; 303: 423-429.
10. Ibsen H, Olsen MH, Wachtell K, Borch-Johnsen K, Lindholm LH, Mogensen CE et al. Reduction in albuminuria translates to reduction in cardiovascular events in hypertensive patients losartan intervention for endpoint reduction in hypertension study. *Hypertension* 2005; 45: 198-202.
11. Ortiz A, Fernandez-Fernandez B. Humble kidneys predict mighty heart troubles. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 2015; 3: 489-491.
12. Hasslacher C. Metabolische Kontrolle bei diabetischer Nephropathie – Der Diabetologe. Springer 2006; 2: 410-41.
13. Poggenburg S, Jeitler K, Semlitsch T, Stigler F, Krisper P, Rosenkranz A, et al. Entwicklung von Evaluationsmöglichkeiten für nephrologische Screening- und Betreuungsmaßnahmen und lessons learned aus dem nephrologischen Früherkennungs-Programm „niere.schützen“ des Landes Steiermark. *ZEFQ*. 2017. 131: 17-27.
14. Fink HA, Ishani A, Taylor BC, Greer NL, Mac Donald R, Rossini D, et al. Screening for, monitoring, and treatment of chronic kidney disease stages 1 to 3: a systematic review for the US Preventive Services Task Force and for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Ann Intern Med*. 2012; 156: 570-581.

15. Cueto-Manzano AM, Cortes-Sanabria L, Martinez-Ramirez HR, Marquez-Herrera RM, Solorzano-Rodriguez EC, Rojas-Campos E. Model of chronic disease care in primary health care. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55: 134-42.
16. Berghold A, Riedl R. Disease Management Programm "Therapie Aktiv-Diabetes im Griff" – Abschlussbericht zur Evaluierung. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018]. Verfügbar unter: <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.649643&version=1519316820>
17. Programm „niere.schützen“: Steiermark nimmt Vorreiterrolle im Kampf gegen Nierenerkrankungen ein. [Internet]. [Letzter Zugriff 05.07.2018]. Verfügbar unter: <http://www.gesundheit.steiermark.at/cms/beitrag/12388711/72575812/>
18. Poggenburg S, Jeitler K, Mergenthal K, Krisper P, Rosenkranz A, Siebenhofer-Kroitzsch A. Pilotierung des nephrologischen Awareness-Programm „niere.schützen“ für den Einsatz in österreichischen Hausarztpraxen. *Z Allg Med.* 2016; 92.
19. European Kidney Health Alliance (EKHA). Recommendations for sustainable kidney care. [Internet]. 2015. [Letzter Zugriff 18.06.2018]. Verfügbar unter: <http://ekha.eu/wp-content/uploads/2016/01/EKHA-Recs-for-Sustainable-Kidney-Care-25.08.2015.pdf>
20. Zoccali C, Abramowicz D, Cannata-Andia JB, Cochat P, Covic A, Eckardt KU, et al. European best practice quo vadis? From European Best Practice Guidelines (EBPG) to European Renal Best Practice (ERBP). *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 2162-2166.
21. National Institute for Health and Care Excellence [NICE]. Chronic kidney disease (partial update): early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care; Clinical Guideline 182. [Internet]. 2014. [Letzter Zugriff 18.06.2018]. Verfügbar unter: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg182/evidence/cg182-chronic-kidney-disease-update-full-guideline>

22. McCullough PA, Brown WW, Gannon MR, Vassalotti JA, Collins AJ, Chen S-C, et al. Sustainable community-based CKD screening methods employed by the National Kidney Foundation's Kidney Early Evaluation Program (KEEP). *Am J Kidney Dis.* 2011; 57: 4-8.
23. Patel TG, Pogach LM, Barth RH. CKD screening and management in the Veterans Health Administration: the impact of system organization and an innovative electronic record. *Am J Kidney Dis.* 2009; 53: 78-85.
24. Ramirez SP. Chronic kidney disease prevention in Singapore. *Clin American Soc Nephrol.* 2008; 3: 610-5.
25. Wei SY, Chang YY, Mau LW, Lin MY, Chiu HC, Tsai JC, et al. Chronic kidney disease care program improves quality of pre-end-stage renal disease care and reduces medical costs. *Nephrology.* 2010; 15: 108-15.
26. Mathew TH, Corso O, Ludlow M, Boyle A, Cass A, Chadban SJ, et al. Screening for chronic kidney disease in Australia: a pilot study in the community and workplace. *Kidney Int Suppl.* 2010; 9-16.
27. Institute for Quality and Efficiency in Health Care. Benefits and risks of screening tests. [Internet] 2017. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0072602/>
28. Sutkowi-Hemstreet A, Vu M, Harris R, Brewer NT, Dolor RJ, Sheridan SL. Adult Patient's Perspectives on the Benefits and Harms of Overused Screening Tests: a qualitative Study. *Gen Intern Med.* 2015; 30: 1618–1626.
29. Cortes-Sanabria L, Alvarez-Santana G, Orozco-Gonzalez CN, Soto-Molina H, Martinez-Ramirez R, Cueto-Manzano AM. Economic impact of the chronic kidney disease: Perspective of the Instituto Mexicano del Seguro Social. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2017; 55: 124-32.

30. Jha V, Garcia-Garcia G, Iseki K, Li Z, Naicker S, Plattner B, et al. Chronic kidney disease: global dimension and perspectives. *Lancet*. 2013; 382: 260-72.
31. Muir-Gray JA. *Evidence-based Healthcare*. Churchill Livingstone, Edinburgh, 1997.
32. World Health Organization – Screening. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018] Verfügbar unter: <http://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/screening/en/>
33. Ruf M, Morgan O, Mackenzie K. Planning, operation and evaluation of screening programmes. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/disease-causation-diagnostic/2c-diagnosis-screening/planning-operation-evaluation>
34. Poggenburg S, Reinisch M, Höfler R, Stigler F, Avian A, Siebenhofer-Kroitzsch A. General practitioners in Styria – who is willing to take part in research projects and why? A survey by the Institute of General Practice and Health Service Research. *Wien Klin Wochenschr*. 2017; 129: 823-834.
35. Reinisch M, Siebenhofer-Kroitzsch A, Poggenburg S. Fragebogenerhebung zur Evaluierung des quantitativen und inhaltlichen Forschungsinteresses und möglicher hemmender und fördernder Faktoren der Allgemeinmediziner_innen in der Steiermark. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Graz: Medizinischen Universität Graz. 2016.
36. Dahlhaus A, Behrend J, Herrier C, Siebenhofer-Kroitzsch A, Kojima E, Gerlach FM, et al. Abwägungssache: der hausärztliche Umgang mit gesetzlich empfohlenen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen. *Z Allg Med*. 2013; 89.
37. Othman C, Wollny A, Abholz H-H, Altiner A. Die Gesundenuntersuchung – Ein ungeliebtes Stiefkind? Eine qualitative Untersuchung. *Z Allg Med*. 2008; 84: 280-285.

38. Heidemann F, Meier U, Kölbel T, Atlihan G, Debus ES. Wie ist die Umsetzung eines AAA-Screening-Programms in Deutschland möglich? *Gefäßchirurgie*. 2014; 19: 564-567.
39. Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wildon MH, Abboud PA, et al. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA*. 1999; 282: 1458-65.
40. Lomas J, Anderson GM, Domnick-Pierre K, Vayda E, Enkin MW, Hannah WJ. Do practice guidelines guide practice? the effect of a consensus statement on the practice of physicians. *N Engl J Med*. 1989; 321: 1306-1311.
41. Tudiver F, Herbert C, Goel V. Why don't family physicians follow clinical practice guidelines for cancer screening? *CMAJ*. 1998; 159: 797-798.
42. Fisher RF, Croxson CH, Ashdown HF, Hobbs FR. GP views on strategies to cope with increasing workload: a qualitative interview study. *Br J Gen Pract*. 2017; 67: 148-156.
43. Kalwij S, French S, Mugezi R, Baraitser P. Using educational outreach and a financial incentive to increase general practices' contribution to chlamydia screening in South-East London 2003–2011. *BMC Public Health*. 2012; 12: 802.
44. Racic M, Eremija S, Masic S, Joksimovic BN, Stanetic K. Family physicians' perspectives on clinical guidelines, a survey from the Republic of Srpska, Bosnia and Herzegovina. *Eur J Gen Pract*. 2016; 22: 203–8.
45. Projekthintergrund zu niere.schützen von der steiermärkischen Gebietskrankenkasse. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.778343&portal:componentId=gtn37e64ae4-3450-4b80-a853-df4bf575e31a&viewmode=content>

46. Informationen zu niere.schützen von der steiermärkischen Gebietskrankenkasse. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.764954&portal:componentId=gtn37e64ae4-3450-4b80-a853-df4bf575e31a&viewmode=content>
47. niere.schützen – Personen mit chronischer Nierenerkrankung früh erkennen und strukturiert behandeln. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <http://www.gesundheitsfonds-steiermark.at/Seiten/Nephrologische-Versorgung.aspx>
48. Ärztinformation zu niere.schützen von der steiermärkischen Gebietskrankenkasse. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.764953&portal:componentId=gtn37e64ae4-3450-4b80-a853-df4bf575e31a&viewmode=content>
49. Versicherteninformation zu niere.schützen von der steiermärkischen Gebietskrankenkasse. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.05.2018] Verfügbar unter: <https://www.stgkk.at/portal27/stgkkportal/content?contentid=10007.778340&portal:componentId=gtn37e64ae4-3450-4b80-a853-df4bf575e31a&viewmode=content>
50. Orso M, Siebenhofer-Kroitzsch A, Poggenburg S. Forschungsfragen aus Hausarztpraxen. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. Graz: Medizinischen Universität Graz. 2017.
51. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Weinheim und Basel: Beltz Juventa. 2016.
52. Universität Augsburg. Qualitative Sozialforschung. [Internet]. [Letzter Zugriff 01.06.2018] Verfügbar unter: <https://onlinekurslabor.phil.uni-augsburg.de/course/text/3618/3469>
53. Watkins C, Harvey I, Langley C, Gray S, Faulkner A. General practitioners' use of guidelines in the consultation and their attitudes to them. Br J Gen Pract. 1999; 49.

54. Plath J, Siebenhofer-Kroitzsch A, Koné I, Hechtner M, Schulz-Rothe S, Beyer M, et al. Frequency of a positive family history of colorectal cancer in general practice: a cross-sectional study. *Family Practice*. 2017; 34: 30-35.
55. Egger M, Grüniger U. Gesundheitsförderung und Prävention in der Arztpraxis. In: *Public Health: Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin: De Gruyter. 2012; 152-158.
56. Poggenburg S, Jeitler K, Siebenhofer-Kroitzsch A, Rosenkranz A, Mergenthal K. Etablierung einer integrierten nephrologischen Versorgung in der Steiermark gemäß L-ZV 7.1. 2.1. Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. 2015.
57. Heimer A, Henkel M. Bedarf an Krebsinformation in der Bevölkerung – Analyse des Informationsverhaltens von Ratsuchenden. Akademische Verlagsgesellschaft AKA GmbH, Heidelberg. 2012.
58. Isfort J, Floer B, Koneczny N, Vollmar HC, Lange S, Rieger M, et al. Shared Decision Making – sind Patienten in der hausärztlichen Praxis dazu bereit? *Medizinisches Wissensnetzwerk: evidence.de*. 2004.
59. Orth SR, Ritz E. Rauchen - ein verkannter Risikofaktor für die Progredienzprimärer und sekundärer Nierenkrankheiten. *Austrian Journal of Hypertension*. 2000; 4: 22-35.
60. Arzinfo – Einstieg leicht gemacht: Leitfaden für das Disease Management Programm Diabetes mellitus Typ 2. 2017. OÖ Gebietskrankenkasse. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018] Verfügbar unter: <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/load?contentid=10008.630286&version=1509704714>
61. Wiechmann M. *Managed Care: Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitswesen*. Springer-Verlag. 2013; 151.

62. Süß K, Hoffman K, Maier M. Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Hausärztinnen und Hausärzten. Abteilung Allgemeinmedizin, Zentrum für Public Health. Wien: Medizinische Universität Wien. 2014; 68.
63. Kooperationsgemeinschaft Mammographie. Geschäftsbericht 2015 [Internet]. [Letzter Zugriff 28.06.2018] Verfügbar unter: http://newsroom.mammo-programm.de/download/fachpublikation/MAMMO_Geschaeftsbericht2015_20160114_einzel.pdf
64. Dragosits A, Scheuringer M. Bericht: Motivatoren und Zufriedenheit von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2016.
65. Poggenburg S, Avian A. Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzt/-innen in Österreich und Deutschland. Studie des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung in Kooperation mit der Österreichischen Ärztekammer. 2017.
66. Arnold U. Zur Informationsverarbeitung von Konsumenten. Jahrbuch der Absatz- und Verbrauchsforschung. 1989; 35: 387-401.
67. Butzlaff M, Koneczny N, Floer B, Vollmar HC, Lange S, Kunstmann W, et al. Hausärzte, Internet und neues Wissen Nutzung und Effizienzeinschätzung von Fortbildungsmedien durch Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten. Medizinische Klinik. 2002; 97: 383–8.
68. UK National Screening Committee. Criteria for appraising the viability, effectiveness and appropriateness of a screening programme [Internet]. [Letzter Zugriff 28.06.2018] Verfügbar unter: <https://www.gov.uk/government/publications/evidence-review-criteria-national-screening-programmes/criteria-for-appraising-the-viability-effectiveness-and-appropriateness-of-a-screening-programme>

69. Semba RD, Fink JC, Sun K, Windham BG, Ferrucci L. Serum carboxymethyl-lysine, a dominant advanced glycation end product, is associated with chronic kidney disease: the Baltimore longitudinal study of aging. *Journal of Renal Nutrition*. 2010; 20: 74-81.
70. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 2007; 298: 2038-47.
71. Thomas C, Thomas L. Niereninsuffizienz – Bestimmung der glomerulären Funktion. *Dtsch Arztebl Int*. 2009; 106: 849-54.
72. Coresh J, Byrd-Holt D, Astor BC, et al. Chronic kidney disease awareness, prevalence, and trends among US adults, 1999 to 2000. *Journal of the American Society of Nephrology*. 2005; 16: 180-24.
73. Levey AS, Stevens LA, Schmid CH, Zhang YL, Castro AF 3rd, Feldmann HI, et al. A new equation to estimate glomerular filtration rate. *Ann Intern Med*. 2009; 150: 604-12.
74. Winzer C PE. Sinn und Unsinn der Kreatinin-Bestimmung. *Nephro Script* 2006; 9: 6-10.
75. Matsushita K, Coresh J, Sang Y, Chalmers J, Fox C, Guallar E, et al. Estimated glomerular filtration rate and albuminuria for prediction of cardiovascular outcomes: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *The lancet Diabetes & endocrinology*. 2015; 3:514-25.
76. Fink HA, Ishani A, Taylor BC, Greer NL, MacDonald R, Rossini D, et al. Screening for, monitoring, and treatment of chronic kidney disease stages 1 to 3: a systematic review for the US Preventive Services Task Force and for an American College of Physicians Clinical Practice Guideline. *Annals of internal medicine*. 2012; 156: 570-81.

77. Liebau MC, Weber LT. Proteinurie im Kindesalter – Diagnostische und therapeutische Vorgehen. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2017; 165: 727.
78. Urban & Vogel. „Lieber würde ich Patienten helfen“ - Bürokratie im hausärztlichen Alltag. MMW - Fortschritte der Medizin. 2013; 156: 8-9.
79. Möller J, Küver C, Beyer M, Gerlach FM. Patientenschulung in der Hausarztpraxis als Beitrag zum Disease Management. Z Allg Med 2004; 80: 146-149.
80. Cypionka T, Kalmar M, Ulinski S. Disease-management-programme für Diabetes mellitus Typ 2: Was kann Österreich bei der Umsetzung noch lernen? Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2011.
81. Poggenburg S. Bericht: Erhebung der Berufsmotivation zur Allgemeinmedizin von Studierenden und jungen Ärzten in Österreich und Deutschland. Eine Studie des Institutes für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung. 2017.
82. Bölter R, Kühlein T, Ose D, Götz K, Freund T, Szecsenyi J, Miksch A. Barrieren der Hausärzte gegen Evidenzbasierte Medizin–ein Verständnisproblem? ZEFQ. 2010; 104: 661–666.
83. Herz.leben – Information für Ärzte [Internet]. [Letzter Zugriff 17.06.2018]
Verfügbar unter:
<https://www.stgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.712763&portal=stgkkportal&viewmode=content>
84. Diabetes im Griff mit Therapie aktiv [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018]
Verfügbar unter: <https://www.therapie-aktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.682095&viewmode=content>

85. Österreichische Akademie der Ärzte: E-Learning „niere.schützen“ [Internet]. [Letzter Zugriff 28.06.2018] Verfügbar unter: <https://www.arztakademie.at/fortbildungsangebot/e-learning/e-learning-niereschuetzen/>
86. Hörnig KP. Ergebnisse des steirischen Projekts “herz.leben“ - Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Hypertoniker mit erhöhtem kardiovaskulären Risiko. Medical University of Graz. 2010; 135.
87. Diabetes im Griff mit Therapie aktiv – Praxisorganisation. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018] Verfügbar unter: <https://www.therapieaktiv.at/cdscontent/?contentid=10007.791393&viewmode=content>
88. früh erkennen – Österreichisches Brustkrebs-Früherkennungsprogramm. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018] Verfügbar unter: <http://www.frueherkennen.at/fuer-aerztinnen/fachinformationen/>
89. Vorsorgeuntersuchung Gesamtvertrag (kompilierte Fassung). Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. 2010; Verlautbarung Nr: 668.
90. STGKK – Information für Vertragspartner. [Internet]. [Letzter Zugriff 18.06.2018] Verfügbar unter: <https://www.stgkk.at/cdscontent/?contentid=10007.750238>

9 Anhang – Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

1. Telefonat:

(1) Sehr geehrter Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, mit mir dieses Gespräch durchzuführen.

Mein Name ist Elena Holzmüller. Ich studiere im vierten Jahr Medizin an der Medizinischen Universität Graz und im Rahmen meiner Diplomarbeit am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung führe ich mit Allgemeinmediziner/-innen steiermarkweit Telefoninterviews durch.

Im Jänner 2016 wurde in der Steiermark das Programm „niere.schützen“ zur Früherkennung von Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ins Leben gerufen.

F1: Kennen Sie das Programm „niere.schützen“ bereits?

Falls nein → ad C ; ggf. informieren.

Falls ja, haben Sie jetzt aktuell Zeit, mir ein paar Fragen dazu zu beantworten oder sollen wir einen telefonischen Termin vereinbaren?

- ➔ Falls aktuell Zeit, weiter mit Interview (2)
- ➔ Falls telefonischer weiterer Termin: bedanken und zum Termin weiter mit Interview (2)

(2) Wir möchten mit unserer Befragung von Hausärzt_innen gerne herausfinden, wie vielen von diesen das Programm bekannt ist, was Sie an diesem Programm interessiert und welche Maßnahmen zur Verbreitung des Programms und zu weiterführenden Fortbildungen über die Grundlagen des Programms gewünscht werden.

Zu diesem Zweck möchte ich gerne ein kurzes Interview im Rahmen von 10-20 Minuten durchführen. Die Daten werden anonymisiert ausgewertet.

Ich werde das Gespräch aufnehmen, um es dann später genauer auswerten zu können. Ich werde auch ein paar Notizen machen. Sollten Sie während des Gesprächs Fragen haben, können Sie sie mir jederzeit stellen. Ich werde jetzt das Aufnahmegerät einschalten.

AUFNAHMEGERÄT EINSCHALTEN

CODE: letzte 2 Buchstaben Nachnamen, letzte 2 Buchstaben Vornamen, zufällige Zahl zwischen 01-31

z.B. Müller Roland, 26

E	R	N	D	2	6
---	---	---	---	---	---

Ich werde jetzt das Datum, die Uhrzeit und einen Code, der Ihre Identität verschlüsselt, auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Datum:

Uhrzeit:

Code:

F 1: Zu Beginn werde ich Ihnen einige allgemeine Frage zu Ihrer Person stellen:

Wie alt sind Sie?

Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

Was erwarten Sie, wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das STGKK-Logo trägt?

F 2: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

F 3: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

Wenn ja, inwiefern?

F 4: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?

Wenn ja, inwiefern?

F 5: Haben Sie das Programm „niere.schützen“ zur integrierten nephrologischen Versorgung von niereninsuffizienten Patienten, welches im Rahmen einer Kooperation des Gesundheitsfonds Steiermark, der steiermärkischen Gebietskrankenkasse und der Medizinischen Universität Graz entstand, bereits vor diesem Interview gekannt?

1. Ja, ich wende es an:

Warum wenden Sie es an?

→ ad **A**

2. Ja, aber ich wende es nicht an:

Warum wenden Sie es nicht an?

→ ad **B**

A

F 6.1: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

F 6.2: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

F 6.3: Was ist gut an dem Programm niere.schützen?

F 6.4: Was ist schlecht an dem Programm niere.schützen?

F 6.5: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

Falls ja, wie erkennen Sie diese?

F 6.6: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

(Ggf. nachfragen):

Inwiefern könnte Ihnen zugeschicktes Material wie Folder und Plakate von Nutzen sein?

Was würden Sie sich von angebotenen Seminaren zur Aufklärung über das Programm erwarten?

Wie würden Sie sich Änderungen in der praktischen Anwendung des Programms vorstellen?

Wäre es eine Hilfe für Sie als Arzt, wenn man die Patienten bereits im öffentlichen Raum über das Programm informieren würde?

F 6.7: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

F 6.8: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

F 6.9: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

Namen, Adresse angeben

(wird nicht in der Studie berücksichtigt, nur zum
Zuschicken von Infomaterial)

→ ad D

B

F 7.1: Glauben Sie, dass ein Früherkennungsprogramm für Patienten auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn macht?

Wenn ja, was erwarten Sie von solch einem Programm?

Wenn nein, warum nicht?

F 7.2: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

F 7.3: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

F 7.4: Was ist gut an dem Programm?

F 7.5: Was ist schlecht an dem Programm?

F 7.6: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

(Ggf. nachfragen):

Bewerbung / Info / Weiterbildung

Inhalt / Konsequenzen

Administration

Finanzierung

F 7.7: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

F 7.8: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

F 7.9: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

Namen, Adresse angeben

(wird nicht in der Studie berücksichtigt, nur zum Zuschicken von Infomaterial)

→ ad D

C (nur beim ersten Telefonat)

F 8.1: Dürfte ich Ihnen die wichtigsten Grundlagen des Programms erläutern?

„niere.schützen“ ist ein nephrologisches Screening- und Betreuungsprogramm, welches von der Gebietskrankenkasse, dem Gesundheitsfond Steiermark und der Medizinischen Universität Graz entwickelt wurde. Ziel ist es mittels dieses Programms Niereninsuffizienzen schon frühzeitig zu erkennen und deren Fortschreiten zu verlangsamen oder aufzuhalten. Hierfür werden Risikopatienten (Alter, Vorerkrankungen etc.) mittels Laborcheck des Kreatinins (anhand der GFR) aus dem Blut und der quantitativen Albuminurie aus dem Spontanharn herausgefiltert und diese nach einem speziell entwickelten Überweisungsschema weiter betreut. Dieses beläuft sich je nach Schädigung der Niere auf den jährlichen Laborcheck beim Allgemeinmediziner, eine jährliche Kontrolle beim Internisten, einen Check beim Nephrologen oder eine Überweisung ins Referenzzentrum. So wird die Betreuung betroffener Patienten optimiert und dem Allgemeinmediziner in der Praxis diese Betreuung erleichtert. Zusätzlich werden im Rahmen des Programms halbjährlich bei den Grazer Fortbildungstagen Seminare angeboten, es existiert über die Akademie der Ärzte ein E-Learning und es werden bei Bedarf Informationsmaterialien für die Ordination bereitgestellt (Plakate und Patienteninformationsfolder)

F 8.2: Hätten Sie Interesse an weiteren Informationen?

Wenn ja, in welcher Form?

Wenn nein, warum nicht?

F 8.3: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

Namen, Adresse angeben

(wird nicht in der Studie berücksichtigt, nur zum Zuschicken von Infomaterial)

→ ad D

D

F 9: Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen? Oder habe ich in unserem Gespräch etwas Wichtiges vergessen?

Vielen Dank für das Interview!

10 Anhang – Email an „forschungswillige Hausärzt_innen“

Sehr geehrte/er Frau/Herr Kolleg_in!

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben als „forschungswillige/-er Hausärzt_in“ die Allgemeinmedizin zu fördern und das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz bei Forschungsprojekten zu unterstützen.

Als Diplomandin am o.g. Institut führe ich zur Zeit, mittels Telefoninterviews, eine Untersuchung über die Kenntnis und Bedeutung hausärztlicher Früherkennungsmaßnahmen steiermarkweit durch. Für diese Untersuchung würde ich Sie sehr herzlich um Ihre Mitarbeit bitten!

Da mir bewusst ist, wie sehr Sie durch Ihre hausärztliche Tätigkeit zeitlich eingespannt sind, würde ich Sie bitten, mir in einer kurzen Email Datum (Wochentag) und Uhrzeit zu nennen, wann Sie mir für eine kurze telefonische Befragung im Rahmen von fünf bis maximal zehn Minuten zur Verfügung stehen könnten.

Ich bedanke mich schon im Vorhinein recht herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen,

Elena Holzmüller

11 Anhang – Transskript

Proband: HLND05

Datum: 07.02.2018

Uhrzeit: 08:02

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 07.02.2018, es ist 08:02, HLND0

So zu Beginn werde ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Wie alt sind Sie?

HLND05: 61.

I: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

HLND05: Das ist eine gute Frage. Ich glaube 34 Jahre.

I: Okay. Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, das das GKK-Logo trägt?

HLND05: Nichts Gutes. ((lacht))

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

HLND05: Eigentlich eher weniger.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

HLND05: (#2) Ja aber es gäbe für mich viel wichtigere Dinge.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

HLND05: Zweifelsohne ja.

I: Sie kennen das Programm. Verwenden Sie es auch?

HLND05: Nein.

I: Glauben Sie das eine Früherkennung für Patienten auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn macht?

HLND05: Zweifelsohne ja.

I: Was erwarten Sie von solch einem Programm?

HLND05: Naja, um ein endgültiges Versagen dieser Nieren abbrechen zu können.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

HLND05: Irgendwelche Aussendungen. Keine Ahnung, das habe ich schon des Öfteren irgendwo gesehen und gehört.

I: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

HLND05: Weil es in meinem Routinebetrieb derzeit praktisch nicht möglich ist. Ich bin derartig überfüllt und überlastet, dass ich für solche Sachen fast überhaupt keine Zeit habe.

I: Was finden Sie gut an dem Programm?

HLND05: Schwer zu sagen nachdem ich es nicht verwende.

I: Dann, was finden Sie schlecht an dem Programm?

HLND05: Ja gleiches wie vorher.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

HLND05: Wenn ich deutlich mehr Zeit für meine Patienten hätte.

I: Sprich wenn man in der Administration Änderungen vornehmen würde dann wäre da eine Erleichterung für Sie?

HLND05: Absolut ja.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

HLND05: Ja wie grundsätzlich meine gesamte Tätigkeit darunter leidet.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP die Attraktivität des Programms erhöhen?

HLND05: Das Problem ist, dass ich grundsätzlich alle diese DMPs, wie Diabetes oder so, nicht mache, weil mir der administrative Aufwand viel zu hoch ist und ich das einfach nicht packe.

I: So, möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial?

HLND05: Nein danke.

I: Somit sind wir schon am Ende. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich etwas wichtiges vergessen, das Sie ergänzen möchten?

HLND05: Nein nein das passt schon so. Danke.

Proband: DLNG02

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 09:22

I: So, ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann mit dem Gespräch beginnen.

Es ist heute der 08.02.2018, es ist 09:22, DLNG02.

Zu Beginn werde ich Ihnen jetzt zwei Fragen zu Ihrer Person stellen.

Wie alt sind Sie?

DLNG02: 55.

I: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

DLNG02: 25 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

DLNG02: Nichts Gutes.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

DLNG02: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz unterstützen?

DLNG02: Vielleicht.

I: Glauben Sie das Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

DLNG02: Derzeit nicht, denn ich bin aus der Obersteiermark und wir haben derzeit keinen einzigen niedergelassenen Nephrologen beziehungsweise einen und der nimmt keine Patienten mehr. Also für mich ist das Programm derzeit nicht. (#1) (Das heißt.) Weil ich habe keine Möglichkeit. (unv.) Ich kann Sie erst auf die Nierenambulanz schicken wenn sie so schlecht beieinander sind, dass sie eine Dialyse brauchen oder kurz vor der Dialyse sind.

I: Das heißt Sie wenden das Programm auch nicht an?

DLNG02: Nein.

I: Würde generell ein Programm zur Früherkennung von Niereninsuffizienzen Sinn machen?

DLNG02: Also ich mach ja das Diabetes und da wird ja eh die Niere auch mit angeschaut und es sind ja meistens eh die Diabetiker die mit der Niere Probleme haben. Und bei jeder Gesundenuntersuchung mach ich den Harn mit und das Kreatinin und meistens einen Ultraschall von der Niere. Also ich mach das eh nur nicht unter dem Namen, in der täglichen Praxis wende ich es eh an.

I: Okay. Wodurch haben Sie von dem Programm „niere.schützen“ erfahren?

DLNG02: Von der Ärztekammer und der Gebietskrankenkassa.

I: Sie haben sich gegen die Verwendung des Programms entschieden aufgrund der Faktoren die Sie schon genannt haben, den Nephrologenmangel in der Steiermark?

DLNG02: (#2) Ja und überhaupt Internistenmangel. Bei uns wartet man auf einen Termin beim Internisten sechs Monate, außer es ist wirklich was dringendes.

I: Haben da auch noch andere Faktoren außer dem Ärztemangel oder ist das der Hauptfaktor quasi?

DLNG02: Einer der Hauptfaktoren. Der zweite ist, dass ich eh das „Diabetes aktiv“ mache und da das eh schon drinnen ist, also mache ich nicht zusätzlich noch ein Programm, weil das so zeitaufwendig ist.

I: Was würden Sie dennoch gut an dem Programm finden?

DLNG02: (#3) Ja gut ist das man Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion mal bei einem Internisten vorstellt könnte oder sollte. Aber das ist ja nur am Papier derzeit.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen auch im Sinne von Weiterbildung, administrativen Änderungen oder Finanzierung?

DLNG02: Also das ist für mich nicht so ein Thema. Wenn ich glaube, dass es sinnvoll wäre würde ich ja mitmachen.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

DLNG02: Ja sicher. Wäre es gut bezahlt wäre das sicher ein guter Anreiz, weil momentan sind die Verträge nicht besonders attraktiv für Allgemeinmediziner und man merkt ja das niemand in die Praxis gehen will.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP die Attraktivität des Programms erhöhen?

DLNG02: Bitte die Frage habe ich nicht verstanden?

I: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

DLNG02: Was meinen Sie mit DMP? Ein Disease Management Programm?

I: Ja genau. Die Integration in ein solches Programm würde das das Programm attraktiver machen?

DLNG02: Ja (unv.).

I: Sind Sie interessiert per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial zu erhalten?

DLNG02: Ja.

I: Kann ich dieses an Ihre Ordinationsadresse schicken?

DLNG02: Ja.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich etwas Wichtiges vergessen im Gespräch?

DLNG02: Ja ich war einmal vor ein paar Jahren bei so einem Ärztetreffen mit Internisten und auch praktischen Ärzten und von der Uni war ein Nephrologe, wie das aufgebaut worden ist in Graz und da ist eh das auch schon besprochen worden (.) und solange sie nichts an den (.) wenn keine größere Ärztedichte ist werden wir das nicht schaffen, ich meine wir sind derzeit in der Praxis so überlastet, dass wir keine Minute Zeit haben (unv.) zu machen. Wir haben (unv.) ich habe zwei Kollegen der eine ist 72 und der andere 67, es finden sich keine Nachfolger, überall sind die Praxen ausgeschrieben (unv.). Ja aber das können Sie auch nicht ändern (Nein leider).

I: Dann bedanke ich mich für das Interview.

Proband: ERRT08

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 10:25

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

ERRT08: Ja

I: Es ist heute der 08.02.2018 es ist 10:25, ERRT08

So zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen:

Einmal wie alt sind Sie?

ERRT08: 61

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2 Kassenpraxis?

ERRT08: In der §2-Kassenpraxis arbeite ich seit 1998 also seit 20 Jahren davor war ich Wahlarzt 13 Jahre (.) also insgesamt 33 Jahre

I: Sehr schön vielen Dank. Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten welches das GKK-Logo trägt?

ERRT08: Informationen (.) in erster Linie zum Vertrag zu Verwaltungsdaten seltener zu medizinischen Daten.

I: Okay, betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERRT08: Ja

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERRT08: Ich mach das schon seit 10 Jahren bitte (#2) Ich war da Leit (.) ich war der Leiter der Früherkennungsgruppe von der Gesundheitsplattform.

I: Achso okay ((lacht))

ERRT08: ((lacht)) Also ich hab Mikroalbuminurie ahm Albumin Kreatinin Ratio aus dem Spoturin und GFR damals steiermarkweit implementiert

I: So ein Zufall

ERRT08: Das war wie noch der Professor Rosenkranz da war und zwar noch unter Professor Holzer

I: Haben Sie, verwenden Sie das Programm „niere.schützen“ auch in Ihrer Praxis?

ERRT08: Ja ja seit 10 Jahren. Solange gibt es das Programm noch gar nicht ((lacht)) aber wir tun es.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERRT08: Durch die Gebietskrankenkasse, die hat das vorgestellt, dann hab ich denen gesagt okay das tun wir schon lang.

I: Okay und warum haben Sie sich dazu entschieden damals es zu verwenden?

ERRT08: Nein, ja es war damals eine Arbeitsgruppe zur Früherkennung von Nierenerkrankungen (Ja) die gesagt hat zwei Dinge wären wichtig, die GFR Bestimmung, damals war das noch Usus, dass die Laborgemeinschaften war wurde nur Kreatinin bestimmt und dann haben wir das über die steirischen Laborgemeinschaften auch steiermarkweit implementiert das die GFR bestimmt wird (Ja) das zweite war dann die Früherkennung von Nieren, also minimalen Albuminausscheidungen über den Spoturin.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

ERRT08: Man hat einfach die Nierenerkrankungen im Fokus, ich meine in der ganzen Medikation ist es einfach wichtig ja? Ich betreue sehr viele Diabetiker, viele Antidiabetika sind davon abhängig, was ich verordnen kann nach der Nierenfunktion. Das Programm „niere.schützen“ ist sehr hilfreich in der täglichen Praxis bei der Verordnung von Medikamenten.

I: Dann gegenteilige Frage, was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

ERRT08: Gar nichts.

I: Gar nichts. Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

ERRT08: Ja wie gesagt, nachdem ich das schon so lange mache kann ich mich gar nicht mehr erinnern, also bei uns ist das ganz ganz üblich das wir, das wir so Screening machen Hypertoniker, Diabetiker da wird es jährlich, da mache ich jährlich eine Vorsorgeuntersuchung und da ist dieses Programm eigentlich Bestandteil dieser Untersuchung.

I: Welche weitere Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

(Handy klingelt)

ERRT08: Naja ich meine von der Gebietskrankenkasse in erster Linie, ich mein das kostet auch was ja und wenn ich sozusagen doch bei den Kontrollen vermehrt Labor brauche ist das eigentlich zu wenig unterstützt im Sinne auch der Honorierung.

I: Okay sprich durch eine finanzielle Unterstützung wäre das Programm noch attraktiver?

ERRT08: Genau. Also zum Beispiel das gibt es ja bei „Therapie aktiv“ ja, dass ich sage okay Nierenpatienten, die ich betreue, die ich, die ich einfach intensiver

betreuen muss, auch durch Laboruntersuchungen. Die Tendenz ist eigentlich eher so, dass das alles reduziert wird ja und insofern wär da sicherlich auch ja eine finanzielle Abgeltung sicher sinnvoll.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes „Disease Management Program“ die Attraktivität des Programms weiter erhöhen?

ERRT08: Ja wenn es, ja wenn es mit einer Honorierung verbunden ist dann ja(#1) was solls mehr bringen.

I: Dann möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

ERRT08: (#3) Wenn es relevante Dinge sind ja.

I: Okay gut dann sind wir bereits am Ende des Gesprächs, wollen Sie noch etwas zum Abschluss sagen oder etwas wichtiges hinzufügen?

ERRT08: Ja, ich erlebe in der Medizin in so vielen Jahren ja das Dinge immer wieder neu erfunden werden ((lacht)) und ja das Gute wird behalten Gott sie Dank.

I: Sehr schön

ERRT08: Bitte

I: Dann vielen Dank für das großartige Gespräch es war sehr interessant und ich wünsche Ihnen noch eine schönen Tag.

ERRT08: Dankeschön Auf Wiederhören,

I: Auf Wiederhören

Proband: ERLA30

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 11:41

I: Zu Beginn werde ich noch das Datum die Uhrzeit und eine Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 08.02.2018, es ist 11:41. ERLA30

So zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERLA30: 42

I: Und wie lange Arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERLA30: Sieben Jahre

I: Was erwarten Sie wenn sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten welches das GKK-Logo trägt?

ERLA30: Was ich mir da erwarte? (Ja.)(lacht)

I: Sie könne ruhig ehrlich sein.

ERLA30: ((lacht laut)) Meistens nichts Gutes.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in ihrer täglichen Praxis?

ERLA30: Ja

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERLA30: Ja

I: Und inwiefern würde Sie dieses unterstützen?

ERLA30: Naja man könnte sehr viele Dinge früher diagnostizieren.

I: Glauben Sie das Patienten von einem solchen Programm profitieren?

ERLA30: Ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERLA30: Nicht in diesem (.) nicht zu hundert Prozent.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERLA30: Durch eine Ausschreibung per Mail.

I: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden, also in ihrem Fall die hundertprozentige Verwendung?

ERLA30: Es war einfach zu kompliziert in der Umsetzung in der Ordination.

I: Okay, was ist gut an dem Programm?

ERLA30: Ja das man eben so wie der Name schon sagt die Niere schützen kann und die Patienten bewahren kann, aber das mach ich eben durch Blutabnahmen eh natürlich.

I: Was ist schlecht an dem Programm?

ERLA30: Die Bürokratie ist schlecht.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

ERLA30: Wenn es einfach einfacher zu handhaben ist.

I: Sprich die Administration erleichtern?

ERLA30: Genau.

I: Wäre für sie der Faktor Werbung, Weiterbildung und mehr Informationsmaterialien ein Umstand der was das verbessern würde?

ERLA30: Glaube ich nicht.

I: Wäre das Programm für sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERLA30: Ja das klingt nie schlecht ((lacht)) die Kassa zahlt sowieso so wenig.

I: ((lacht)) Würde die Integration in eine bestimmtes Disease Managment Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERLA30: Nein.

I: Okay möchten sie per Email oder per Post zusätzliches Informationsmaterial?

ERLA30: Nein

I: Somit sind wir schon am Ende, wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich etwas wichtiges vergessen das zu ergänzen wäre?

ERLA30: Nein eigentlich haben wir alles besprochen.

Proband: ERUN17

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 13:02

I: Ich werde jetzt noch das Datum und die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir gleich.

Heute ist der 08.02.2018 es ist 13:02, ERUN17.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERUN17: 53

I: Wie lange Arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERUN17: 16 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERUN17: Information.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERUN17: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERUN17: Ja.

I: Und inwiefern stellen Sie sich diese Unterstützung vor?

ERUN17: Das zum Beispiel die Kontrolle der Nierenwerte außerhalb der, sozusagen Laboreinsparungen beziehungsweise, dass das nicht dazu zählt sozusagen zu den Laborbestimmungen, weil wir haben ja dann immer so Kürzungen, wenn wir zu viele Nierenwerte bestimmen.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?

ERUN17: Ja.

I: Und Inwiefern?

ERUN17: Das wenn das nicht der Hausarzt sagt, sondern auch der Patient Informationen von einem Spezialisten erhält, er vielleicht eher dazu geneigt ist das zu befolgen.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERUN17: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERUN17: Ob das jetzt aus einer Zeitung war oder eh von der Gebietskrankenkasse kann ich jetzt nicht sagen.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

ERUN17: Naja es ist positiv für den Patienten sozusagen.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

ERUN17: Das man eben die Richtlinien erhält wie (.) erhalten hat wie man sich bei pathologischen Nierenwerten verhält und was man weiter machen kann.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

ERUN17: Was ist schlecht? ((seufzt)) Ist mir eigentlich nichts aufgefallen.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

ERUN17: Ja schon.

I: Und wie erkennen Sie diese Verbesserung?

ERUN17: Naja, dass die Kooperation mit dem Nephrologen besser ist und die Patienten da auch immer wieder bestellt werden.

I: Welche weitere Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms weiter erwarten?

ERUN17: Also das habe ich eh schon gesagt bezüglich der Nierenwerte und der Harnbestimmung.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERUN17: ((seufzt)) Sage ich jetzt einmal ja. ((lacht))

I: Würde die Integration in dein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERUN17: Ich meine ich mach beides, ich halte Vorträge für Diabetes- und für Hypertoniemanagement sozusagen, also glaube ich wäre mich kein großer Unterschied.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliche Informationsmaterialien erhalten?

ERUN17: Brauche ich eigentlich nicht, da ich (unv.).

I: Somit sind wir schon am Ende unseres Gesprächs. Möchten Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder etwas ergänzen?

ERUN17: Nein eigentlich nicht.

Proband: ARRT20

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 15:32

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 08.02.2018 es ist 15:32, ARRT20.

Gut, zu Beginn werde ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen:

Wie alt sind Sie?

ARRT20: 61.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ARRT20: 33 Jahre.

I: Was erwarten Sie, wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten welche das GKK- Logo trägt?

ARRT20: Bitte noch einmal. Was erwarte ich?

I: Was erwarten Sie ein Anschreiben bekommen in Ihre Ordination auf dem das GKK-Logo ist?

ARRT20: Ja da erwarte ich mir gar nichts. (Okay) ((lacht)) (Hany klingelt) Das klingt jetzt vielleicht etwas nihilistisch aber ja da erwarte ich mir eher Regeln und Vorschriften und Befehle aber nichts irgendetwas Konstruktives.

I: Okay. Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in ihrer täglichen Praxis?

ARRT20: Nicht unbedingt sage ich jetzt.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ARRT20: JA prinzipiell natürlich. Das ist schon klar. Nur es muss der Patient auch immer kommen. Denn da ist Zielpopulation 40-65 wenn ich richtig informiert bin. (JA das ist richtig) und Männer sage ich jetzt einmal kriegt man mal schon schwer, also 40 auf jeden Fall schwer, 65 da wird es dann leichter schon und da ist es dann eh schon zu spät sage ich jetzt einmal.

I: Okay. Also glauben Sie auch das Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

ARRT20: Sie würden profitieren wenn die richtigen kommen. Das ist ja das Problem. Das haben wir heute schon mit einer anderen Firma diskutiert. Es kommen eigentlich unter Führungszeichen die Falschen, also die die sich sorgen um ihre Gesundheit die sind sehr bestrebt wenn wir das Thema Gesundenuntersuchung heute auch gehabt haben, und da war die Frage von der Firma wie viele neu entdeckte Zuckerkrankheiten habe ich da entdeckt durch die Gesundenuntersuchung und da habe ich keine einzige neu, also keinen einzigen Risikopatienten heraus screenen können, also das heißt gekommen sind nur die, die eh sehr bewusst leben, damit Sie mal verstehen wie ich denke.

I: Ja ich verstehe Sie schon. Das heißt wäre es für Sie eine Hilfe als Arzt wenn man die Patienten bereits im öffentlichen Raum über so ein Programm informieren würde?

ARRT20: Genau. Richtig. Das ist genau der Punkt. Das heißt mir muss es keiner erzählen, wie gesagt es müssten die, weiß ich nicht wie über welche Medien, Kronenzeitung Samstagbeilage sag ich Gesundheitsseite so Schlagwort, wenn das dort so ein Anamnesebogen, das wäre ja viel gescheiter wenn der Patient sich selbst einmal beschäftigt und sagt „uh habe ich einen Hochdruck, habe ich Übergewicht, habe ich Diabetes oder vielleicht nicht“. Das heißt das Screening müsste eigentlich schon außerhalb der Ordination passieren.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ARRT20: Ich verwende es Teilweise. Aber wie gesagt ich habe glaube ich jetzt ein halbes Jahr keinen Patienten mehr gehabt in diese Richtung.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ARRT20: Das war durch die Aussendung der GKK beziehungsweise auch durch die ausgesendeten Mails glaube ich.

I: Was ist gut an dem Programm?

ARRT20: Nein das Programm ist natürlich gut, das ist schon richtig. Weil es eben die Risikogruppen einengt, sage ich jetzt einmal. Das man sagen kann wer könnte oder wer wird ein Risikopatient werden, nicht? Und eben wie gesagt, nicht nur das Kreatinin, sondern auch die Albuminurie aus dem Spontanharn, das ist natürlich auch gut, ja?

I: Okay, was ist, bis auf die bereits genannten Dinge, noch schlecht an dem Programm? Sind noch weitere Faktoren?

ARRT20: Nein, schlecht, schlecht. Das ist , die Nephrologen, ich meine die Leute gehen ja dann wenn sie eine Niereninsuffizienz haben, das ist ja das interessante, wenn wirklich dann ein Schaden da ist, dann tun ja die Leute alle alles, dann sind sie ja ganz heilig auf einmal, nicht? Also so ab Niereninsuffizienz drei vier das kannst du mit den Leuten eh alles machen, aber vorher ist es halt ein bisschen schwierig, und die Diagnostik ist dann auch zeitweise schwierig und wir haben eigentlich nur eine nephrologische Ambulanz in Bruck an der Mur und die ist halt überlastet bis zum Geht-nicht-mehr. Und einen Facharzt in Bruck an der Mur, ich glaube Wartezeit ein halbes Jahr, also so das ist so der Punkt. Also dann wirklich wenn man einsteigt und eine zweite Meinung oder ein Prozedere vereinbaren möchte steht man als Allgemeinmediziner ziemlich alleine da.

I: Sprich es müssten auch die Fachärzte weiter ausgebaut werden zu denen man sie hinschicken könnte?

ARRT20: Ja auf jeden Fall. Tun ja auch, ich nehme an Sie sind noch Studentin? (Ja ist richtig) Also das was ich jetzt so beschreibe ist, die Fachärzte schaufeln ja auch nur Patienten um, also da haben sich auch die Internisten spezialisiert, die meisten auf Herz-Kreislauf oder Diabetologen, Nephrologen sind wie gesagt total in der Hinterzahl und die anderen haben so zu tun, dass sie ihre Herz-Kreislauf-Patienten durchschleusen und wiederbestellen, die haben ja gar keine Zeit für irgendetwas anderes noch, ja? Also der niedergelassen Bereich ist da ziemlich ausgeschöpft, ja? Leider. (2) Also das gilt jetzt für uns für die Obersteiermark, in Graz ist das sicher anders. Das weiß ich jetzt nicht.

I: Ja wir führen steiermarkweit Interviews da gibt es dann noch andere Ansichten. Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten in Zukunft?

ARRT20: Ja das kann ja keiner Leisten, eher so eine Diskussion aber das muss man dann auch telefonisch machen beziehungsweise über Arztbriefe alleine geht das überhaupt nicht. Ich muss leider sagen ich telefonier sehr viel den ganzen Vormittag und dass wenn es wirklich um etwas geht, wenn ich wirklich wissen möchte, sind ja Multimorbide Patienten dann meist schon, ich telefonier dann, die sind dann sowohl weil sie Lungenkrank sind zusätzlich auf der Pulmo in Leoben und da weiß der eine nicht was der andere tut und ich bin eigentlich so wirklich wie der Allgemeinmediziner ist, ich bin so der Gate Keeper und das ist schon sehr mühsam und aufwendig.

I: Das heißt man könnte durchaus im administrativen Bereich Erleichterungen schaffen?

ARRT20: Im administrativen Bereich und wie gesagt so wie es ein Tumorboard gibt, so nenne ich es jetzt einmal, müsste es auch ein Nierenboard geben, so vielleicht.

I: Wäre das Programm für sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ARRT20: Nein das hat mit Geld nichts zu tun. Ich verdiene sowieso nichts mit der Medizin. Der Zug ist eh schon abgefahren. Wollen Sie in die Praxis gehen? Allgemeinmedizin?

I: Bin dem sehr zugetan, es ist jetzt zwar noch nichts entschieden.

ARRT20: Ja sehr gut, lassen Sie sich durch mich da jetzt nicht beeinflussen. Man muss das Leben, man muss überzeugt sein und wir sind eine Generation noch die 60-65 Jährigen die letzten Aussterbenden, wir haben das ja tatsächlich noch gelebt. Die neue Generation, leider muss ich sagen, die wohnen erst einmal nicht mehr vor Ort, reisen von weiß Gott wo an und es ist ein bisschen eine schwierige Situation und Verdienstmäßig ohne Hausapotheke wäre ich nie auf das Land gegangen, muss ich auch sagen. Also das heißt der finanzielle Anreiz ist Wurst. Ob ich jetzt 20€ oder 50€ bekomme, das macht das Kraut auch nicht fett. Also der finanzielle Anreiz ist es nicht, nein, das ist eher die intellektuelle Herausforderung, sage ich eher.

I: Wäre die Integration in ein Disease Management Programm attraktiver dann?

ARRT20: Zum Beispiel. Ja genau.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

ARRT20: Nein brauche ich nicht Danke.

I: Dann sind wir schon am Schluss unseres Gesprächs. Wollen Sie noch etwas sagen oder etwas wichtiges ergänzen?

ARRT20: Nein ich denke ich habe genug geredet. ((lacht))

Proband: ERLD14

Datum: 08.02.2018

Uhrzeit: 16:02

I: Ich werde jetzt das Datum die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 08.02.2018, es ist 16:02, ERLD14.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERLD14: 60.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERLD14: 32 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten welches das GKK-Logo trägt?

ERLD14: ((seufzt))((lacht)) Eine Information des Vertragspartners

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERLD14: JA.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis unterstützen?

ERLD14: ((seufzt)) Nein.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

ERLD14: (#2) Man müsste jeden screenen. Das ist das Problem, sonst hat es keinen Sinn. Natürlich würden die Patienten profitieren, (.) ja sie würden profitieren, (.) wenn wir jeden screenen, aber das tut keiner von uns glaube ich. ((lacht))

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERLD14: Nein.

I: Glauben Sie, dass Früherkennungsprogramme für Patienten auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn machen würden?

ERLD14: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm „niere.schützen“ erfahren?

ERLD14: Aussendungen.

I: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

ERLD14: Weil es ein zusätzlicher Arbeitsaufwand ist, (.) mit wenig Outcome.

I: Was ist generell gut an dem Programm?

ERLD14: Das man als Arzt aufmerksam wird und auch die Patienten aufmerksam machen kann.

I: Und was ist schlecht an dem Programm?

ERLD14: Zusätzlicher zeitlicher Aufwand, der nicht honoriert wird.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

ERLD14: (#5) Das ist eine gute Frage. ((lacht)) Unter welchen Umständen. ((seufzt)) (#2)

I: Auch in Richtung Finanzierung oder Administration?

ERLD14: JA das betrifft alles. Das betrifft andererseits die Finanzierung, zweitens die technische Handhabung und Abwicklung. Das heißt meine Assistentinnen sind dann wieder mehr gefordert, wenn man Screeningprogramm machen. Ja. Andererseits deswegen verwende ich es auch nicht weil wir die Leute ja selbst herausfiltern, bei gewissen Erkrankungen schauen wir automatisch auch die Niere an. (.) Das ist es, ja. (unv.) Deswegen habe ich es bis jetzt nicht gemacht. (.) Weil die ganzen Diabetiker, Hypertoniker, Herzinsuffizienten und so weiter die werden sowieso immer angeschaut.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERLD14: Ja.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität erhöhen?

ERLD14: Wenn es honoriert wird ja.

I: Möchten Sie per Email oder Post Informationsmaterial zugesendet bekommen?

ERLD14: (#3) Nein.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder etwas wichtiges ergänzen was ich vielleicht vergessen habe?

ERLD14: (#2) Ja rein theoretisch das Disease Management Programm für Diabetiker das bin ich dabei da mach ich und dort werden die Patienten auch immer gescreent auch auf die Niere alle drei Monate weil das sowieso vorgeschrieben ist. Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist auch die

Harnuntersuchung dabei, bei den Hypertonikern schaut man auch nach, also ich wüsste nicht wie weit dann die Erweiterung noch Sinn macht.

Proband: TLET01

Datum: 09.02.2018

Uhrzeit: 14:12

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 09.02.2018, es ist 14:12, TLET01.

Zu Beginn stelle ich Ihnen noch zwei Fragen zu Ihrer Person.

Einmal wie alt sind Sie?

TLET01: 49.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

TLET01: 4 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

TLET01: Was ich erwarte ist die Frage? (Ja genau.) ((lacht)) Ich versteh jetzt die Frage nicht ganz ehrlich gesagt. Das kann ja verschiedene Dinge betreffen, das kann irgendwelche Informationsschreiben betreffen, irgendeine Fachinformation, es kann die Abrechnung sein, also verschiedenste Dinge.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

TLET01: Ja. Ja natürlich.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis unterstützen?

TLET01: Das praktiziere ich bereits das Programm „niere.schützen“.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

TLET01: Naja, über das Institut für Allgemeinmedizin. Ich bin quasi da erstens über die Frau Professor Siebenhofer-Kroitzsch, Frau Dr. Poggenburg glaub ich heißt sie, war damals bei mir in der Ordination, wo es darum ging diesen Folder oder diese Tabelle möglichst rationell zu gestalten und daher kenn ich das Programm, auch über die nephrologische Abteilung. Also das ist schon ein bekanntes, etabliertes Programm würde ich sagen.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

TLET01: Naja weil es natürlich im Sinne des Patienten ist, je früher es erkannt wird desto besser kann ich reagieren und kann ich den besser einstellen und kann ihn gegebenenfalls weiter abklären über die Klinik.

I: Was empfinden Sie als schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

TLET01: Eigentlich mittlerweile ist es eh sehr übersichtlich, die Tabelle und das passt eigentlich für mich. Das einzig schlechte ist das es nicht honoriert wird. ((lacht)) Wenn sie es genau wissen wollen. (Ja ich will alles wissen. ((lacht))) Das haben wir eh schon mehrfach bekrittelt. Natürlich ist es ein Mehraufwand, die Leistung wird schon honoriert, also die, bezahlt wird schon die Bestimmung im Labor, aber natürlich die Assistentin die das herrichten muss, die Überweisung die zu schreiben ist, den Patienten aufzuklären, ((Telefon läutet)) Das ist für und nicht abgegolten finanziell, das wäre verbesserungswürdig.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm, und wenn ja wie erkennen Sie diese?

TLET01: Ja, indem halt die Patienten in die entsprechende Skalierung fallen und an der Klinik vorgestellt werden die sind halt, (.) erstens ist die Laborabklärung auf der Klinik natürlich schon eine andere, da werden schon weitere diagnostische Parameter bestimmt die wir heraußen nicht bestimmen können. Also die Abklärung ist genauer und wenn sie dann quasi drinnen, also wenn sie dann quasi

einen Fuß drinnen haben in der Nephro-Abteilung, dann bleiben sie drinnen in Observanz. Ich meine die Laborkontrollern machen schon wir aber die genauere Kontrolle erfolgt an der Klinik und das ist ja auch ein wesentliches, wichtiges Kriterium, finde ich, für einen chronisch Nierenkranken.

I: Welche weitere Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

TLET01: Weitere Unterstützung. Eben vielleicht, dass das finanztechnisch abgegolten wird weiter sich dafür einzusetzen. Ansonsten eben die Zusammenarbeit mit der Nephrologie das funktioniert wunderbar und die Ansprechpartner auf der Klinik. Gerade heute war wieder aktuell eine Situation, wo ich telefoniert habe also das passt alles wunderbar.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität de Programms erhöhen?

TLET01: Wie die Aufnahme in ein? Die Frage habe ich jetzt nicht ganz verstanden?

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität noch mehr erhöhen?

TLET01: Aber das läuft doch sowieso, an und für sich als ein Disease Management Programm oder nicht?

I: Momentan noch nicht nein.

TLET01: ((Telefon klingelt)) Sie meinen so wie das „Therapie aktiv“ zum Beispiel. (Genau richtig.) Dann ja sicher.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

TLET01: Weiß ich nicht erstens wie umfassend das ist. Ich bekomme irrsinnig viele Emails pro Tag ((lacht)) und da Frage ist auch immer inwiefern mir das wichtige neue Infos bringt.

I: Sprich, wenn es neue Infos gibt wären Sie schon gerne darüber informiert?

TLET01: Ja, ja.

I: Dann sind wir schon am Ende. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen?

TLET01: Nein eigentlich habe ich alle gesagt.

Proband: ERND30

Datum: 12.02.2018

Uhrzeit: 08:01

I: Zu Beginn werde ich jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 12.02.2018, es ist 08:01, ERND30.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERND30: 60.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERND30: Neun, nein 30 genau 30 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERND30: Naja, offizielle Information.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in ihrer täglichen Praxis?

ERND30: Sehr ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERND30: Also ob es mich unterstützen kann? Habe ich das richtig verstanden? (Ja.) Ja, ja dann klar.

I: Und glauben Sie das Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

ERND30: Ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERND30: Ich verwende die strukturierte Abklärung, beziehungsweise strukturierte Risikoevaluierung. Die Risikoeinschätzung (.) wie sie in diesem Programm graphisch vorgegeben ist.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERND30: (#3) Ich denke Fortbildung, im steirischen Fortbildungssektor, also STAFAM aber auch Ärztekammer.

I: Und warum haben Sie sich dazu entschieden dies Evaluierung zu verwenden?

ERND30: Naja weil sie den praktischen Arbeitsablauf gut entsprechend ist, also diese Stadien hafte Beurteilung mit den Konsequenzen der Versorgung entspricht ganz gut dem alltäglichen Arbeitsablauf.

I: Und warum haben Sie sich dazu entschieden den Rest des Programms nicht zu verwenden?

ERND30: Welchen Rest meinen Sie?

I: Also, sprich das Überweisungsschema?

ERND30: Ja, ja das verwende ich schon. Also diese Abstufung welcher Patient gehört in welche Versorgungseinheit. Für mich bedeutet das ja, wie kann ich selber observieren und wen schicke ich zu einem Nephrologen. Das sind die zwei Dinge die ich selber klären muss für mich.

I: Was finden Sie schlecht an dem Programm?

ERND30: (#5) Vielleicht ist diese Tabelle mit den verschiedenen Farben, die verwirrt kommt mir vor. In meiner Praxis ist es wirklich diese Entscheidung, achte schön darauf wer da rein fallen könnte und wen kann man selber führen und wen schickt man weg. Also das kann noch, wie soll ich sagen, ein bisschen ist diese Tabelle, ich habe sie jetzt nicht vor mir liegen ich habe sie nur im Kopf, (.) aber in der horizontalen und vertikalen eben verschiedene Kategorien noch Proteinurie nach GFR eingeteilt, das ist ein zu großer Fleckerlteppich, da tu ich mir graphisch schwer, also es könnte noch easier sein um besonders den heraus zu fischen der mit einer leicht gesenkten GFR wohl erkannt wird.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Verwendung dieses Programms?

ERND30: Ich habe eine erhöhte Sensibilität auf diese Thema und habe mir das in meine eigenen Arbeitsweise strukturiert geschaffen, wie ich das geschafft habe, ich weiß nicht passt das in Ihr Interview hinein? Darf ich es erzählen? (Ja bitte erzählen Sie.) Ja,ja das Programm als solches eine Sensibilisierung aller unserer Kollegen und letztendlich auch auf mich bewirkt. Das hat ganz praktisch die Auswirkung in meiner Dimension, dass ich Laborplan, das ich als erstes aufschlage wenn ich in ein Labor gehe, gleich im ersten Fenster, erster Augenschein, die GFR immer mitlaufen habe, also die muss ich nicht suchen die springt mich an. Im zweiten Fenster eben das Kreatinin absolut, das letzte aktuelle eben, dass das immer mitläuft. Das ich in meinem Laborstandartanforderungsprofilen, Kreatinin immer mit drinnen habe, sodass mir das nicht verloren geht. Und das meine Angestellten bei gewissen Medikamenten, allen voran die NSAR, wenn ein Patient so ein Rezept will, mir aus dieser Kartei mir die GFR immer gleich mit einem Post-it auf das Rezept darauf pickt. Also so haben wir das intern organisiert. Das heißt es richtet sich sehr viel an die GFR beziehungsweise an das Kreatinin, Die Anwendung der Proteinurie ist dann (.) für die Situation wenn ich wirklich einen Harn nehme, bei der Vorsorgeuntersuchung oder anlassbezogen anschauen.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms weiters erwarten?

ERND30: Eigentlich brauche ich keine Unterstützung mehr. Mir reicht das aus.

I: Wäre es für Sie als Arzt eine Hilfe wenn man die Patienten bereits im öffentlichen Raum über das Programm informieren würde?

ERND30: Ich glaube, dass man (.) nein, nein, wissen Sie der erste kommt mit dem Herz der zweite mit dem Krebs, die Angstkranken wird man damit nur noch mehr schädigen und die anderen sind damit genau so wenig beeinflussbar wie durch alle anderen Sachen. Also man selektioniert damit, glaube ich, die die schon genug leiden darauf, denen macht man noch mehr Angst und da kommt wieder eine neue Krankheit und ich bin überhaupt nicht für Plakate und im Arztgespräch sollte das wahrgenommen werden, aber medial mache ich mir Sorgen.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERND30: (#3) Vielleicht sehe ich das zu naiv, aber für mich ist das Programm kein Arbeitsaufwand im Sinne von „ich muss irgendetwas mehr tun“ sondern der Blick auf die Niere, für mich bedeutet das Programm „schau auf die Niere“ darauf ausgerichtet wodurch sie komprimiert wird wie Schmerzmittel, wie kardiale Therapie. Aber das ist ein Teil meiner Arbeit ich finde das Projekt ja um die Bewusstseinsbildung der Kollegen zu heben aber, dass ich jetzt als Teilnehmer an dem Projekt irgendetwas mehr tue als ich sonst immer tue erlebe ich nicht so. Also ja vielleicht sehe ich es zu banal aber ja.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERND30: Naja, Disease Management Programme sind gut, sind gut, das könnte ich mit ja beantworten. Ja genau.

I: Hätten Sie Interesse per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial zu erhalten?

ERND30: Nein, nicht weil je mehr Post je mehr Inflow, je mehr Papier hinein fließt umso mehr sind wir überlastet. Also möglichst wenig mediale Flut.

I: Gut. Somit sind wir schon am Ende unseres Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder ergänzen?

ERND30: Eigentlich, denke ich, habe ich alles gesagt.

Proband: THLD11

Datum: 12.02.2018

Uhrzeit: 16:17

I: Zu Beginn werde ich noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir gleich.

Heute ist der 12.02.2018, es ist 16:17, THLD11.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

THLD11: 63.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

THLD11: Lang. Warten Sie einmal. 33 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

THLD11: (#3) Dem stehe ich neutral gegenüber. Also ich sehe es weder positiv noch negativ.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

THLD11: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

THLD11: Ja.

I: Inwiefern würde Sie dieses unterstützen oder sollte Sie unterstützen?

THLD11: Naja in der Früherkennung chronischer Nierenerkrankungen.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

THLD11: Ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

THLD11: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

THLD11: Durch eine Aussendung ich glaube der GKK.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

THLD11: Ich würde sagen, weil die Niere zunehmend ins Zentrum des Interesses rückt. Also als ich vor 35 Jahren studiert habe, hat man die Niere ziemlich vernachlässigt, inzwischen wird Sie ein immer wichtigeres Organ.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

THLD11: Naja, dass sowohl der Arzt als auch der Patient auf das Thema Niere und deren Erkrankungen aufmerksam gemacht werden.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

THLD11: Schlecht. Mein Gott. Es ist in der Handhabung nicht ganz einfach, weil das mit dem Mikroalbuminurie, ja ist ein wenig aufwendiger in der Diagnostik, sagen wir so.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

THLD11: Teilweise.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms weiters erwarten?

THLD11: Ich glaube von den Verantwortlichen kann ich mir keine größere Unterstützung erwarten, letztlich wünschenswert wäre wenn es mehr Nephrologen gäbe, aber die gibt es nicht.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

THLD11: Ja gut, da kann ich nicht nein sagen, ((lacht)) wenn man für irgendetwas gut bezahlt bekommt ist es kein Nachteil, aber ich würde das jetzt nicht als großes Kriterium sehen ob ich da jetzt ein bisschen mehr bekomme oder nicht.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

THLD11: Sage ich wieder teilweise, ja.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten? ((Stimmen im Hintergrund))

THLD11: Wenn es Neuigkeiten gibt selbstverständlich.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs wollen Sie noch etwas sagen oder ergänzen was ich vergessen habe?

THLD11: Nein Danke. Bin zufrieden.

Proband: RTUS16

Datum: 12.02.2018

Uhrzeit: 16:47

I: Ich spreche jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band und dann starten wir gleich.

Heute ist der 12.02.2018, es 16:47, RTUS16.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Wie alt sind Sie?

RTUS16: 62.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

RTUS16: Seit 84.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

RTUS16: Befund. ((lacht)) Befund kommt, ja?

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

RTUS16: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

RTUS16: Ja das haben wir eh.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?

RTUS16: Ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

RTUS16: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

RTUS16: Aussendung GKK.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

RTUS16: Weil es sinnvoll ist und notwendig für die Patienten.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

RTUS16: Es ist gut strukturiert.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

RTUS16: Ja es ist wie bei allem schreibaufwendig.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

RTUS16: Ja.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms weiters erwarten?

RTUS16: Das müssen Sie bitte noch einmal wiederholen, es war dazwischen abgehackt.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

RTUS16: Ja ich habe, ich brauche momentan keine, aber, (.) dass man Rücksprache halten kann wenn es irgendwelche Probleme gibt, ja? Aber momentan habe ich keine.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

RTUS16: Ja sicher.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

RTUS16: Ja.

I: Hätten Sie Interesse per Email oder Post zusätzliche Informationsmaterialien zu erhalten?

RTUS16: Ich weiß nicht ob ich das nicht schon bekomme, aber wir werden überhäuft mit Infomaterialien, also ich bilde mir ein, dass wir da immer was bekommen.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie noch etwas sagen oder ergänzen was ich vergessen habe?

RTUS16: Nein ich wünsche Ihnen alles Gute für die Arbeit.

Proband: ERCH29

Datum: 13.02.2018

Uhrzeit: 13:01

I: Ich spreche noch das Datum, die Uhrzeit und eine Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band und dann starten wir schon.

Heute ist der 13.02.2018, es ist 13:01, ERCH29

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERCH29: 55.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERCH29: Seit 24 Jahren.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERCH29: Was erwarte ich?

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERCH29: Inkompetenz.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERCH29: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERCH29: Ja.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

ERCH29: Unbedingt.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERCH29: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERCH29: Kollegen.

I: Und warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

ERCH29: Weil es die Patientenbehandlung verbessert.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

ERCH29: Dass die Krankenkasse die Untersuchungen bezahlt. Kreatinin, Albuminclearance und diese Geschichten.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

ERCH29: Weil es neben DMP und so weiter, ein weiterer Arbeitsaufwand ist, der 3,50€ gezahlt wird.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

ERCH29: Ja.

I: Welche weitere Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

ERCH29: Dass das alles automatisiert geht wie in England. Im Hintergrund läuft und nicht jedes Mal ein Formular ausgefüllt werden muss und Pipapo.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERCH29: Ja.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität erhöhen?

ERCH29: Unbedingt.

I: Hätten Sie Interesse per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial zu erhalten?

ERCH29: Ja.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs, wollen Sie noch etwas ergänzen was ich vergessen habe?

ERCH29: (#3) Ja das DMP zum Beispiel wird von der Firma Inomed von der (unv.) Group unterstützt, Softwaregestützt, kostet das Modul glaube ich 500€, und monatliche Wartungskosten von 3€ bis 5€ und ich mache das nicht, weil meine Assistentin das eigentlich gut betreut, und weil ich mich wehre gegen diese Module die Softwarefirmen extra zahlen und das wäre sinnvoll wenn solche DMP-Programme direkt vom Hauptverband mit den Softwareanbietern verhandelt werden und auch dann von denen bezahlt werden. Nicht jeder einzelne Arzt ein Modul abschließen muss ob er will oder nicht, ob er kann oder nicht, ob er sich das finanziell leisten will oder nicht. Sondern, dass der Hauptverband das mit den Softwareanbietern macht dieses Disease Management Programm so wie es im NHS ist. Die brauchen nur nach London fliegen und sich das anschauen und nicht

jeder einzelne soll dann schauen wie er mit diesem Programm zurechtkommt und mit den Softwarefirmen. Sondern, dass das generell zentral von einer Gebietskrankenkasse wie zum Beispiel die Abrechnung und gewisse Dinge sind ja schon auf einer zentralen Stelle, dass die das abwickeln das Disease Management Programm und nicht jedes Bundesland dann wieder eine eigene Entwicklung durchmacht wie beim DMP und dann eigene Sitzungen machen mit der Ärztekammer und der Sozialversicherung ((wird lauter) wo dann unterschiedliche Einführungsprogramme, Daten gestartet sind und wo dann Arbeitskreise gebildet werden wie in den einzelnen Bundesländern das gehandhabt wird, wo dann wie im DMP die niederösterreichische Ärztekammer den Vertrag kündigt, Kollegen dann privat auf Eigeninitiative einen Verein gründen müssen damit das DMP dort durchgesetzt wird und das dann wiederum von der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gestartet wird weil das vielleicht doch sinnvoll ist und wo dann vielleicht wieder da in jedem Bundesland eine eigene Abteilung sitzt so wie in der Steiermark, die Frau Rudolf, die das dann wieder extra macht und wo ich dann jedes mal einen anderen Ansprechpartner habe weil die inzwischen wieder umgeschult wird und ein anderer dann dort wieder hinkommt und wo dann wenn ich Vorschläge mache zuerst das in der Ortsstelle Rot Kreuz in Weiz ist dann wird es doch in Birkfeld gemacht und dass man da vielleicht das in irgendeiner Weise diese DMP-Geschichten österreichweit zentral mit einer Ansprechperson koordiniert ausrollt. (.) Damit nicht solche Sachen wie solche Umfragen gestartet werden müssen ob man das vielleicht macht. Ich glaube international wird Disease Management Programme durchgeführt, werden National durchgeführt und wenn ich mit einem englischen Kollegen rede dann haben sie das auch fürs COPD, dann haben sie das auch fürs COPD, dann haben sie das auch für Herzinsuffizienz und bei uns wird wegen jedem DMP extra mit der Ärztekammer verhandelt „Wollen die Ärzte das, wollen sie es nicht? Wie machen wir das?“, und ja es werden viele sinnlose Gespräche geführt und das ist einfach zermürend wenn man solche Programme macht und deswegen werde ich narrisch wenn ich einen Zettel sehe von einer Gebietskrankenkasse wenn dann Steiermark oben ist und wenn ich in Oberösterreich oder Niederösterreich bin ist das wieder anders. Ja das macht dann die Vertretung schwierig.

Proband: ERNT12

Datum: 14.02.2018

Uhrzeit: 12:33

I: Zu Beginn werde ich das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 14.02.2018, es ist 12:33, ERNT12.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERNT12: 61.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERNT12: 25 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERNT12: (#2) Was gibt es neues Unangenehmes.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERNT12: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm auf chronische Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERNT12: Eventuell wenn es nicht zu kompliziert ist.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?

ERNT12: Wahrscheinlich schon.

I: Und inwiefern?

ERNT12: Frühzeitige Erkennung und Reaktion.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERNT12: Nein.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERNT12: Zusendung. Zusendung weiß nicht mehr genau entweder Ärztekammer oder Gebietskrankenkassa.

I: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

ERNT12: Zu kompliziert. Allein die Aufmachung ist schon so umfangreich und kompliziert aufgezogen, dass ich es mir nicht angetan habe das bis zum Ende durch zu studieren.

I: Was ist gut an dem Programm?

ERNT12: Kann ich nicht gänzlich sagen, weil ich es nicht gänzlich durchgelesen habe sondern nur Überflugs mäßig. ((hustet))

I: Was ist schlecht an dem Programm?

ERNT12: Zu umfangreich und ich glaube auch nicht in einer Landpraxis mit weit entferntem Labor praktikabel.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

ERNT12: Wenn es wesentlich vereinfachter wird. ((hustet))

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERNT12: Glaube ich nicht. In erster Linie geht es um die Zeitressourcen und um die Machbarkeit.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERNT12: Ich glaube nicht, es gibt schon zu viele dieser Disease Management Programme.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

ERNT12: Nein.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie noch etwas ergänzen oder habe ich etwas wichtiges vergessen?

ERNT12: Ich glaube „small is beautiful“ und auch in der Vorsorge und im Screeningbereich sollte man eher Basic-Arbeiten durchführen mit einfachen Laborparametern, dann eine grobe Vorscreeningaktion starten die auch in den Praxen leichter durchzuführen ist, auch labormäßig.

Proband: KLED02

Datum: 16.02.2018

Uhrzeit: 12:46

I: Zu Beginn werde ich noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 16.02.2018, es ist 12:46, KLED02.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

KLED02: Ich bin 61 Jahre.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

KLED02: Seit Oktober 88.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

KLED02: ((lacht)) Also wenn ich einen Brief von der GKK bekomme?

I: Ja genau. Was erwarten Sie da? Ganz spontan.

KLED02: Das kann die Abrechnung sein, ein großformatiger Brief, es kann ein Befund sein von einer Ambulanz der Gebietskrankenkasse. Es kann auch eine andere Mitteilung sein, ja?

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

KLED02: Ja sehr, ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

KLED02: Ja.

I: Und inwiefern würde dies Unterstützung aussehen?

KLED02: (#5) Naja, dass man vielleicht ein bisschen mehr sensibilisiert wird auf die Niere zu schauen. Ganz wichtig ist es den Zusammenhang Nicht-steroidale Antirheumatika bei Patienten mit Niereninsuffizienz oder bei Patienten die auf dem Weg dorthin sind ganz genau zu prüfen und zu hinterfragen. Blutdruckeinstellung vielleicht noch genauer zu nehmen bei Patienten die gefährdet sind eine Niereninsuffizienz zu entwickeln.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

KLED02: Ja, glaube ich schon.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

KLED02: Ja also ich halte mich sklavisch dran aber ich versuche diesen Empfehlungen einigermaßen gerecht zu werden.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

KLED02: Ja das ist mir eigentlich auch per Post zugeschickt worden, Unterlagen dazu, und so bin ich eigentlich darauf aufmerksam geworden.

I: Und warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

KLED02: Nun ja, weil ich es als sehr wichtig erachte auf die Niere rechtzeitig zu schauen, was mich auch ein bisschen unterstützt in der täglichen Arbeit.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

KLED02: Naja, eben Aufmerksamkeit zu wecken(.) auf die Niere zu schauen und eben rechtzeitig auch drauf zu schauen, nicht wenn schon eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz da ist, das ist wichtig und eben ja wie gesagt nochmal den Einsatz der NSAR zu hinterfragen und regelmäßig halt auch Screeninguntersuchungen zu machen, halt Eiweiß und Albumin im Harn zu checken, das sind wichtige Punkte Ja?

I: Und was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

KLED02: Naja, also die Empfehlung ist nicht immer umsetzbar, ab gewissen (.) GFR-Werten und Albuminurie Überweisung zum Nephrologen, denn wir haben leider einfach zu wenig niedergelassene Nephrologen und die Ambulanz kann das auch nicht alles abfangen, also das sit, das steht am Papier schön da ist aber nicht so einfach umzusetzen.

I: Merken Sie eine Verbesserung der betroffenen Patienten in die Aufnahme in das Programm?

KLED02: Also jetzt muss ich ein bisschen nachfragen was meine sie mit Aufnahme in das Programm?

I: Also ob Sie eine deutliche Verbesserung der Betreuung der Patienten bemerken indem Sie das Programm anwenden?

KLED02: Ja also so Programme wie „Therapie aktiv“ habe ich nicht laufen mit „niere.schützen“ aber ich betreue und versuch diesen Leitlinien gerecht zu werden. JA also ich glaube, ich habe sicher ein größeres Bewusstsein in der Verordnung von NSAR, da bin ich sehr zurückhaltend geworden, ja?

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

KLED02: Vielleicht ein niederschwelligerer Zugang oder leichtere Zugang zu Nephrologen, zu Fachärzte beziehungsweise Ambulanzen denn das ist alles sehr schwierig und mit langen Wartezeiten verbunden.

I: Wäre es eine Hilfe für Sie als Arzt wenn man die Patienten bereits im öffentlichen Raum über das Programm informieren würde?

KLED02: Ja durchaus.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

KLED02: (#4) Ja sicherlich auch, aber ich meine das ist gar nicht so primär wichtig.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm die Attraktivität erhöhen?

KLED02: Ja wahrscheinlich schon, weil man das dann noch genauer nimmt und noch pünktlicher zu Kontrollen bestellen muss, das bringt schon was, ich mache auch Therapie aktiv für Diabetiker ich glaube schon, dass das sehr gut ist.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

KLED02: Ja, also so wie es jetzt ist passt es eigentlich.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich in unserem Gespräch etwas wichtiges vergessen?

KLED02: Ja es ist mir heute wieder so aufgefallen, dass zum Beispiel auch die Patienten zum Teil NSAR über die Apotheken beziehen ohne Wissen der Ärzte und da sehe ich ein zunehmendes Problem. Denn wenn ich rigider werde in der Verordnung dann holen sie sich dann unter Umständen rezeptfreie NSAR in der Apotheke, Ibuprofen ist leider total frei erhältlich und, da hoffe ich vielleicht auch

auf ELGA , dass man da dann wieder mehr Überblick hat was der Patient wirklich nimmt ohne, dass ich es ihm verordnet habe, das als wichtige Anregung noch.

Proband: TZNE19

Datum: 19.02.2018

Uhrzeit: 13:50

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 19.02.2018, es ist 13:50, TZNE19.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

TZNE19: 45.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

TZNE19: Wie lange? Das sind jetzt acht Monate.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

TZNE19: (#3) Welches das GKK-Logo trägt. Was erwarte ich. (.) Ja Informationen seitens der Gebietskrankenkasse, also was Arzneimittel betrifft, Veränderungen der Verordnungen, Bewilligungen und solche Dinge ja.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

TZNE19: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

TZNE19: (#5) Eventuell ja.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

TZNE19: Würden profitieren ja.

I: Und inwiefern würden Sie davon profitieren?

TZNE19: Ja, also ich denke die (.) prophylaktisch, die Risikofaktoren könnte man erkennen durch ein Programm, ja. Und eventuell auch ein Screening von Laborparametern zur Überwachung könnten Sie auch profitieren, ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

TZNE19: Im Moment nicht.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm „niere.schützen“ erfahren?

TZNE19: Über Fortbildungen und Zeitschriften.

I: Und warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

TZNE19: Ich habe es noch nicht geschafft es in den Arbeitsalltag zu integrieren, weil ich einfach ständig beschäftigt bin mit anderen Dingen.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

TZNE19: Also, dass strukturiert gewisse Parameter geprüft werden. Würde ich mal sagen.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

TZNE19: Mir fällt jetzt nichts Schlechtes ein.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

TZNE19: Es würde eventuell gehen, wenn gewisse Tätigkeiten delegiert werden können an Ordinationsassistentinnen.

I: Und welche Tätigkeiten wären das genau gesagt?

TZNE19: Ja, (.). So wie Blutdruckmessen oder das ausfüllen von Fragebögen.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

TZNE19: (#3) Einen strukturierten Ablauf zu entwickeln für das Programm.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

TZNE19: Wäre attraktiver ist aber trotzdem fraglich ob ich es integrieren kann zeitlich.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

TZNE19: Würde erhöhen ja.

I: Hätten Sie Interesse per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial zu erhalten?

TZNE19: Ja.

I: Okay, dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich etwas Wichtiges Vergessen das Sie ergänzen möchten?

TZNE19: Nein, Sie haben alles gefragt was wichtig ist.

Proband: ERER29

Datum: 20.02.2018

Uhrzeit: 09:01

I: Ich werde jetzt das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 20.02.2018, es ist 09:01, ERER29.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERER29: 63.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERER29: Seit 01.01.1989.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERER29: ((lacht)) Ich erwarte mir Information zu verschieden Themen.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERER29: Natürlich.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERER29: Ja, ja. Prinzipiell ja.

I: Und inwiefern würden Sie sich diese Unterstützung vorstellen?

ERER29: Naja, die Geschichte ist das, dass wir versuchen, an und für sich, Patienten die irgendwie verdächtig sind auf Risikofaktoren auszulesen die einerseits über Vorsorgeuntersuchungen und Harnkontrollen auszulesen und dann wenn sich das irgendwie bekräftigt, regelmäßig zu kontrollieren. Die Frage ist dann mit wie viel, (.) bei diesen Programmen ist immer die Frage wie viel Dokumentationsaufwand zusätzlich ist zu dem was man schon in der Kartei dokumentiert. Und ja desto weniger Dokumentationsaufwand desto besser. ((lacht))

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

ERER29: Ja ich glaube schon ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

ERER29: Eigentlich nicht nein. Ich habe mit der (unv.) Mitarbeiter das umzusetzen und, aber, aber im Wortlaut wie das vorgegeben ist nicht.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

ERER29: Durch ein, das ist vor glaub ich zwei Jahren einmal gekommen. Ein größeres Paket von Information von der, von der, (.) ich weiß nicht mehr von wem es genau gekommen ist aber in der Zusammenarbeit mit der Nephrologie ausgesandt wurde.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

ERER29: Naja das es auf etwas Aufmerksam macht das was eigentlich sehr oft übersehen wird, das Nierenkrankheiten häufiger sind als man das glaubt und das schleifend, das sie schließend beginnen und da wird man aufmerksam gemacht und man achtet mehr darauf.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

ERER29: Fällt mir spontan nichts ein.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

ERER29: Dass ich weniger Arbeit habe, aber das hat jetzt nichts mit dem Programm zu tun.

I: Sprich wenn man in der Administration etwas ändern würde, dass das einfach einfacher und schneller geht wäre das durchaus positiv für Sie?

ERER29: Ja das wäre durchaus positiv, dass wenn man irgendwelche automatisierten Meldeblöcke hätte und so weiter, aber das geht wegen dem Datenschutz wahrscheinlich wieder nicht. Also dass man per Email Kontakt aufnehmen kann mit der Nephro oder dass man etwas herunterladen kann, dass man dem Patienten geben kann also dass man das in die Programme integrieren könnte dann täte es wahrscheinlich einfacher sein

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERER29: Nicht unbedingt.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERER29: Ja.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

ERER29: Ja wenn das so regelmäßig alle drei vier Wochen ist, dann ist das kein Problem, öfter ist das nicht gut. ((lacht))

I: Okay, dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder habe ich in unserem Gespräch etwas Wichtiges?

ERER29: Das passt schon, danke, Sie haben glaube ich nichts vergessen.

Proband: EREA16

Datum: 13.04.2018

Uhrzeit: 10:34

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 13.04.2018, es ist 10:34, EREA16.

Zu Beginn werde ich Ihnen einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

EREA16: 54 Jahre.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

EREA16: 23 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

EREA16: (#3) Was ich erwarte? Mit einem GKK-Logo. (.) Trotzdem neutrale Einstellung. Es gibt negative und positive Zusendungen, aber neutral einmal primär.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

EREA16: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

EREA16: Ja.

I: Und inwiefern würden Sie sich dieses unterstützen?

EREA16: Strukturiertes abarbeiten von diagnostischen und therapeutischen Punkten.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

EREA16: Ja.

I: Und inwiefern würden diese profitieren?

EREA16: Bessere Therapiekoordination eben durch entsprechende Strukturen.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

EREA16: Fallweise, sagen wir so.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

EREA16: Zusendung. Von wem auch immer das war.

I: Warum haben Sie sich gegen die hundertprozentige Verwendung des Programms entschieden?

EREA16: Aufgrund der hohen Patientenfrequenz.

I: Was ist gut an dem Programm?

EREA16: Was ist gut an dem Programm. (.) Evaluierung, frühzeitige Evaluierung von Risikopatienten.

I: Was ist schlecht an dem Programm?

EREA16: Zeitliche Implementierbarkeit.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

EREA16: Weniger Patienten, Gesamtpatienten in der Ordi. Mehr Zeit für den einzelnen Patienten.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

EREA16: Nein.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

EREA16: Wenn sich die organisatorischen Punkte im Rahmen halten. Der organisatorische Aufwand im Rahmen hält.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

EREA16: Nein.

I: Gut, dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Möchten Sie zum Abschluss noch etwas sagen oder ergänzen?

EREA16: Nein.

Proband: RNAS04

Datum: 14.04.2018

Uhrzeit: 09:14

I: Ich werde jetzt das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 14.04.2018, es ist 09:14, RNAS04.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

RNAS04: 52.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

RNAS04: Das neunte Jahr.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

RNAS04: Was ich erwarte? Probleme. ((lacht))

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

RNAS04: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

RNAS04: Ja.

I: Und inwiefern würden Sie sich diese Unterstützung vorstellen?

RNAS04: Na schon unbedingt ja.

I: Aber wie würde diese Unterstützung aussehen, wie würden Sie sich erwarten, dass es hilfreich wäre?

RNAS04: Naja, dass man klare Vorgaben gibt, was an Untersuchungen zu machen ist und dann auch dafür sorgt, dass dann die weiteren Stellen, sei es die nephrologischen Zentren mitspielen und an der Hand sind, wenn man es weiter braucht.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

RNAS04: Ja.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

RNAS04: Ja.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

RNAS04: (#4) Über Aussendung der Gebietskrankenkasse glaube ich.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

RNAS04: Weil es wichtig ist. Weil gerade die Niere immer mehr in Mitleidenschaft gerät.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

RNAS04: Eben, dass es ein strukturierter Ablauf ist.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

RNAS04: Finde ich nichts Schlechtes daran.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm?

RNAS04: Leichte Verbesserung ja.

I: Und wie erkenne Sie diese?

RNAS04: Naja, dass doch ein paar Patienten von der Nierenambulanz in Schladming mitbetreut werden.

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

RNAS04: Ein bisschen mehr Information an die Bevölkerung, dass es das gibt. Weil wir praktisch nicht jeden unsererseits angehen können. Da muss von Außen auch was kommen, dass die Leute informiert sind und dann zu uns kommen.

I: Also wäre es eine Hilfe für Sie wenn man Patienten schon im öffentlichen Raum aufklären würde.

RNAS04: Ja, dass es so etwas gibt.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

RNAS04: Sowieso.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

RNAS04: Ja.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

RNAS04: Post.

I: Okay, dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas ergänzen oder sagen?

RNAS04: (#6) Nein eigentlich nicht.

Proband: TIJA04

Datum: 24.04.2018

Uhrzeit: 12:32

I: Ich werde jetzt das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 24.04.2018, es ist 12:32, TIJA04.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

TIJA04: 48.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

TIJA04: Seit 2007, also elf Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

TIJA04: ((lacht)) Was erwarte ich. Im besten Fall eine sinnvolle Zusatzinformation zu meinem Alltags, Praxisalltag.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

TIJA04: Ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen und wenn ja, inwiefern?

TIJA04: Auf alle Fälle, es wäre auch ein Anliegen, es sollte möglichst wenig Zeit beanspruchen, klarerweise, also klare Vorgaben, einfache Tests, die dann wirklich ein sinnvolles Ergebnis bringen, könnte man sicher umsetzen.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren würden?

TIJA04: Ja glaube ich schon.

I: Und inwiefern würden sie davon profitieren?

TIJA04: Ich glaube, dass man frühzeitig eben wenn es um die Niere geht Risikogruppen definieren könnte, wo man vielleicht ein späteres Nierenleiden hinten anhalten könnte und dass man wahrscheinlich auch in der Auswahl von Medikamenten und in der Dosierung ein bisschen achtsamer umgehen würde, wenn man sich mit dem mehr auseinandersetzt.

I: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

TIJA04: Nicht wirklich, heißt jetzt manchmal wenn es mir gerade einfällt sonst nicht.

I: Glauben Sie, dass generell gesprochen ein Früherkennungsprogramm für Patienten auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn macht?

TIJA04: Ja glaube ich schon.

I: Und was würden Sie von einem solchen Programm erwarten?

TIJA04: Ich würde mir erwarten eben mehr Bewusstsein zu schaffen, vielleicht auch bei den Hausärzten, dass kann man ehrlich so sagen, und wie gesagt, wie ich vorher schon gesagt habe, mögliche Medikamentendosierungen besser anzupassen, die Niere einfach länger in einem guten Bereich zu halten.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm „niere.schützen“ erfahren?

TIJA04: Durch meinen persönlichen Kontakt zum Institut für Allgemeinmedizin an der Med Uni Graz.

I: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

TIJA04: Das mag in der Routine des Praxisalltags liegen und daran, dass es zwar jetzt schon ein bisschen länger da ist, aber einfach dann wiederum zu wenig aktiv daran erinnert wird wahrscheinlich.

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

TIJA04: Nachdem ich es nicht verwende oder nicht oft mache traue ich mir nichts dazu zu sagen.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

TIJA04: Das gleiche.

I: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

TIJA04: Ich überlege gerade warum wir es bis jetzt nicht gemacht haben. Ich glaube das war so das aufwändige in der Abwicklung für uns wo es geheißen hat wo dürfen wir unsere Blutwerte hinschicken, wer darf was machen, wie ist das mit dieser quantitativen Albuminurie, also das heißt man müsste vielleicht da noch einen Schritt zurück gehen das einfacher machen, wenn es möglich ist.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

TIJA04: Auch nicht, weil mir geht es ähnlich mit dem „Herz.Leben“.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

TIJA04: Vielleicht, wenn man dafür Tools dann hat, die man jetzt im Computer umsetzen kann, die ein bisschen eine automatisierte Erinnerung bringen und da eine Unterstützung machen dann schon ja.

I: Hätten Sie Interesse per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial zum Programm zu erhalten?

TIJA04: Ja, könnten wir machen.

I: Okay, dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas ergänzen oder sagen?

TIJA04: Danke, ich glaube das passt gut.

Proband: ERNA21

Datum: 03.05.2018

Uhrzeit: 14:14

I: Ich werde jetzt noch das Datum, die Uhrzeit und einen Code der Ihre Identität verschlüsselt auf das Band sprechen und dann starten wir mit dem Gespräch.

Heute ist der 03.05.2018, es ist 14:14, ERNA21.

Zu Beginn werde ich Ihnen zwei allgemeine Fragen zu Ihrer Person stellen.

Einmal wie alt sind Sie?

ERNA21: 52.

I: Und wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

ERNA21: 18 Jahre.

I: Was erwarten Sie wenn Sie ein Anschreiben in Ihrer Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

ERNA21: Was erwarte ich? Eine Nachricht von der GKK. Verschiedenes, wir kriegen Nachrichten, wie wir Patienten behandeln, zur Ökonomie, wie wir Verschreiben sollten, dass wir ökonomisch verschreiben. Das GKK-Logo ist darauf, wenn wir über unser Honorar bescheid kriegen. Also das ist eine Nachricht, ich erwarte mir Informationen.

I: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

ERNA21: Ich habe einige Patienten, die eine chronische Niereninsuffizienz haben, ja.

I: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

ERNA21: Also wir haben von der GKK aus das Programm „niere.schützen“, das betrifft Diabetiker bis zum 60. Lebensjahr, weil die ja gefährdet sind für eine Dialyse, frühzeitige Dialysepflicht, und da läuft eben dieses Programm „niere.schützen“ bei Diabetikern.

I: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren und wenn ja inwiefern?

ERNA21: Ja profitieren tun sie schon, weil wenn man sie screenet und regelmäßig darauf aufmerksam macht und auch diese Bewusstmachung sozusagen fördert, wissen sie, dass man darauf schaut. Stellen (.) wenn das eben eine Erkrankung ist, wie beim Diabetes eben, dass einfach der Zucker eingestellt gehört. Das ist für Patienten ja nicht immer nachvollziehbar, dass Diabetes Mellitus mit einer Niereninsuffizienz zusammenhängen könnte. Also Bewusstmachung und für das ist das sicher ein gutes Screeningprogramm.

I: Das heißt, wenn ich Sie richtig verstanden habe dann verwenden Sie auch das Programm „niere.schützen“?

ERNA21: Ja genau. Ich schaue, dass ich bei Leuten die eine chronische Niereninsuffizienz haben, ich habe so ein Datierungssystem bei mir in der Kartei, dass ich, weil ich kann mir ja nicht alles merken, dass mich das System erinnert, dass ich bei manchen alle drei Monate je nachdem auch in Zusammenhang mit dem Facharzt, wie oft muss ich die Nierenwerte oder die Nierenultraschalluntersuchung oder was auch immer wiederholen, dass mich da das System erinnert und diese Kontrolle gebe ich an den Patienten weiter, ich habe da so ein Rückholssystem.

I: Wodurch haben Sie von dem Programm „niere.schützen“ erfahren?

ERNA21: Von der Gebietskrankenkasse und Ärztekammer.

I: Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

ERNA21: Weil es für den Patienten sinnvoll ist, wie gesagt, dass ich ihm bewusst mache und einbinde, dass einfach, (.) ohne Patienten sind wir machtlos. Wir können als Ärzte nicht Therapien machen ohne, dass der Patient mitmacht. Und meines Erachtens gehört das sowieso viel stärker forciert. Die Patienten spielen nicht mit. ((lacht))

I: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

ERNA21: Einfach dieses regelmäßige screenen, dass man ganz bewusst schaut darauf, dass dem Patienten bewusst gemacht wird, dass geschaut wird und dem Arzt, dass er schauen muss. Und das man auch vergleiche hat Patienten untereinander. Ich habe Patienten die gleich Alt sind und trotzdem haben Sie vollkommen andere Werte, da sieht man so ein bisschen, wie progredient ist diese Erkrankung und wer gehört besonders geschützt und wer nicht.

I: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“ oder verbesserungswürdig?

ERNA21: Ich finde nichts Schlechtes daran.

I: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patienten durch die Aufnahme in das Programm und wie erkenne Sie diese?

ERNA21: Nein ich merke es eigentlich nicht, Weil ich bin ja noch, da gibt es ja noch so ein Programm für Diabetiker und es geht ja auch eines für arterielle Hypertonie, wo ich vom Kollegen in Graz weiß, dass die Patienten das sehr annehmen. Das wird bei uns gar nicht angenommen, also dieses Diabetiker Programm mache ich deshalb nicht weil es ein horrender Aufwand ist, für die Kasse sicher interessant ist aber für und nicht wirklich durchführbar ist, für das was es mir dann wirklich bringt. Weil Patienten, Diabetiker jetzt, wenn ich von denen ausgehe, ab einer gewissen Altersklasse sind sie einfach, da ist es ihnen Wurst. Wie der Cholesterinwert da ist es ja auch das gleiche. Da habe ich Leute, wenn sie es wissen stellen sie Ernährung, Bewegung alles mögliche um, und ein paar habe ich die sagen, gib mir die Tablette ich tu nicht anders essen. Und da

fehlt mir dann ein bisschen die Compliance der Patienten, darum kann ich jetzt nicht sagen das mir das Programm jetzt so viel bringt, bei dem einzelnen im Einzelfall ja, aber ist gar nicht so leicht Mikroalbuminurie zu untersuchen, weil manche Dinge einfach kostenpflichtig sind, und in dem Fall wo so Screeningprogramme laufen zahlt aber die Kasse da mit, und damit kostet es dem Patienten nichts und alleine dies Kostenfreiheit ist compliancesteigernd

I: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

ERNA21: Ich glaube da wird einiges gemacht von den Verantwortlichen des Programms. Ich würde mir von manchen Patienten ein bisschen mehr Mitarbeit erhoffen.

I: Wäre es für Sie als Arzt eine Hilfe wenn man Patienten schon im öffentlichen Raum aufklären würde?

ERNA21: Also alle was über das Fernsehen läuft oder über Zeitung und in den Werbungen ist gut, weil das merke ich auch bei den Medikamenten. Ich habe eine Hausapotheke und die Präparate die in der Werbung sind werden mehr gekauft. Also da ist sicher eine Bewusstseinsbildung oder einfach ein Erinnerungseffekt wäre sicher zielführend da.

I: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

ERNA21: (#3) Alles was wir an Geld bekommen. Unsere Honorare sind dermaßen ein Spott und Hohn teilweise, dass wir in der Praxis sowieso nur über die Masse arbeiten können. Und ich würde mir manchmal wünschen, dass die Patienten einen Selbstbehalt hätten, damit sie nicht wegen jedem Schmusfuß daher kommen und ich für die, die wirklich was bräuchten und die Zeit bräuchten, die ärztliche Aufmerksamkeit bräuchten ein bisschen mehr Zeit hätte. Und deshalb wäre alles vom finanziellen auch für die Ärzte jetzt, was mit finanziellen Anreiz verbunden ist sicher besser. Wir ersticken in Routinearbeiten und

Dokumentationen, das ist ja auch das warum ich bei diesen Diabetesprogramm nicht mitmache, weil ich sitze mehr am PC und muss so viel dokumentieren jetzt mit der ELGA und der ganzen E-Medikation, die uns einen Schmarren bringt wirklich bringt uns gar nichts, sitzen wir nur noch am PC.

I: Würde die Integration in ein bestimmtes Disease Management Programm für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

ERNA21: Nein eben genau nicht. Es wäre sinnvoll, das ja. Und ich weiß, dass manche Ärzte es machen und sagen es sei ach so gut und manche Patienten kommen und sagen sie würden das auch gern machen, aber das sind einzelne. Eine Kollegin die hat das mit dem Blutdruck machen wollen, die war Wahlärztin zu dem Zeitpunkt und hat gesagt sie macht das, dann kann sie was dazu verdienen und die ist kläglich in Liezen gescheitert. Weil das nicht geht was in Graz geht, weil die Leute sind einfach anders, die sind wirklich (.) das Stadt Land ist extrem unterschiedlich.

I: Möchten Sie per Email oder Post zusätzliches Informationsmaterial erhalten?

ERNA21: Ja können Sie mir ohne weiteres schicken ich lese mir das schon durch.

I: Dann sind wir schon am Ende des Gesprächs. Wollen Sie zum Abschluss noch etwas ergänzen oder sagen?

ERNA21: Nein danke.

12 Anhang – Auswertung mit Kategoriensystem

Code	Geschlecht	Ort	Verwendung
HLND05	Mann	Stadt Umgebung	Nein
DLNG02	Mann	Land	Nein
ERRT08	Mann	Stadt Umgebung	Ja
ERLA30	Frau	Land	Teilweise
ERUN17	Frau	Land	Ja
ARRT20	Mann	Land	Teilweise
ERLD14	Mann	Land	Nein
TLET01	Frau	Stadt	Ja
ERND30	Mann	Land	Teilweise
THLD11	Mann	Stadt	Ja
RTUS16	Mann	Stadt	Ja
ERCH29	Mann	Land	Ja
ERNT12	Mann	Land	Nein
KLED02	Mann	Land	Teilweise
TZNE19	Frau	Stadt Umgebung	Nein
ERER29	Mann	Stadt	Nein
EREA16	Frau	Land	Teilweise
RNAS04	Mann	Land	Ja
TIJA04	Frau	Land	Nein
ERNA21	Frau	Land	Ja

Anzahl n	Frauen	Männer
20	7	13

Anzahl n	Land	Stadt	Stadt Umgebung
20	13	4	3

F 1: Wie alt sind Sie?

Anzahl n	20
Durchschnittsalter	53 Jahre
Älteste	63 Jahre
Jüngste	42 Jahre

F 2: Wie lange arbeiten Sie schon in Ihrer §2-Kassenpraxis?

Anzahl n	20
Durchschnittsarbeitszeit	23 Jahre
Längste	34 Jahre
Kürzeste	8 Monate

F 3: Was erwarten Sie, wenn Sie ein Anschreiben in Ihre Ordination erhalten, welches das GKK-Logo trägt?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Informationen	Jegliche Art von Information, die Ordination und die Patienten betreffend.
	„Informationen (.) in erster Linie zum Vertrag zu Verwaltungsdaten seltener zu medizinischen Daten.“ (ERRT08)	
	„Information.“ (ERUN17)	
	„Eine Information des Vertragspartners.“ (ERLD14)	
	„... das kann irgendwelche Informationsschrieben betreffen, irgendeine Fachinformation, es kann die Abrechnung sein, also verschiedenste Dinge.“ (TLET01)	
	„Naja, offizielle Information.“ (ERND30)	

	<p>„Befund. ((lacht)) Befund kommt, ja?“ (RTUS16)</p> <p>„Das kann die Abrechnung sein, ein großformatiger Brief, es kann ein Befund sein von einer Ambulanz der Gebietskrankenkasse. Es kann auch eine andere Mitteilung sein, ja?“ (KLED02)</p> <p>„Ja Informationen seitens der Gebietskrankenkasse, also was Arzneimittel betrifft, Veränderungen der Verordnungen, Bewilligungen und solche Dinge ja.“ (TZNE19)</p> <p>„Ich erwarte mir Information zu verschiedenen Themen.“ (ERER29)</p> <p>„Im besten Fall eine sinnvolle Zusatzinformation zu meinem Alltags, Praxisalltag.“ (TIJA04)</p> <p>„Verschiedenes, wir kriegen Nachrichten, wie wir Patienten behandeln, zur Ökonomie, wie wir Verschreiben sollten, dass wir ökonomisch verschreiben. Das GKK-Logo ist darauf, wenn wir über unser Honorar bescheid kriegen. Also das ist eine Nachricht, ich erwarte mir Informationen.“ (ERNA21)</p>	
OK 2	Negatives	Primär negative Assoziation mit der GKK.
	<p>„Nichts Gutes.“ (HLND05)</p> <p>„Nichts Gutes.“ (DLNG02)</p> <p>„Meistens nichts Gutes.“ (ERLA30)</p> <p>„Inkompetenz.“ (ERCH29)</p> <p>„Was gibt es neues Unangenehmes.“ (ERNT12)</p> <p>„Probleme.“ (RNAS04)</p> <p>„... erwarte ich mir eher Regeln und Vorschriften und Befehle, aber nichts irgendetwas Konstruktives.“ (ARRT20)</p>	
OK 3	Neutrale Einstellung	Gar keine Erwartung, weder positive oder negative Richtung.
	<p>„Dem stehe ich neutral gegenüber. Also ich sehe es weder positiv noch negativ.“ (THLD11)</p> <p>„Trotzdem neutrale Einstellung. Es gibt negative und positive Zusendungen, aber neutral einmal primär.“ (EREA16)</p>	

F 4: Betrifft Sie das Thema der chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Praxis?

Anzahl n	ja	Eher weniger
20	18	2

F 5: Könnte Sie ein Früherkennungsprogramm zur chronischen Niereninsuffizienz in Ihrer täglichen Arbeit unterstützen?

Anzahl n	ja	nein	vielleicht
20	16	1	3

F 5.1: Wenn ja, inwiefern?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Früherkennung	Das Programm hilft in der Früherkennung chronischer Niereninsuffizienzen im täglichen Praxisbetrieb.
	<p>„Ich war Leiter der Früherkennungsgruppe der Gesundheitsplattform.“ (ERRT08)</p> <p>„Naja man könnte sehr viele Dinge früher diagnostizieren.“ (ERLA30)</p> <p>„Naja in der Früherkennung chronischer Nierenerkrankungen.“ (THLD11)</p>	
OK 2	Sensibilisierung auf Niere	Durch die Anwendung des Programms wird man sensibler in der Betrachtung der Niere und deren Therapie.
	<p>„Naja, dass man vielleicht ein bisschen mehr sensibilisiert wird auf die Niere zu schauen. Ganz wichtig ist es den Zusammenhang Nicht-steroidale Antirheumatika bei Patienten mit Niereninsuffizienz oder bei Patienten die auf dem Weg dorthin sind ganz genau zu prüfen und zu hinterfragen. Blutdruckeinstellung vielleicht noch genauer zu nehmen bei Patienten die</p>	

	gefährdet sind eine Niereninsuffizienz zu entwickeln.“ (KLED02)	
OK 3	Strukturiertes Arbeiten	Eine klare Vorgabe wie, wer, wann und warum gescreent wird und die Konsequenzen der Ergebnisse klar strukturiert für die Praxis.
	<p>„Strukturiertes abarbeiten von diagnostischen und therapeutischen Punkten.“ (EREA16)</p> <p>„Naja, dass man klare Vorgaben gibt, was an Untersuchungen zu machen ist und dann auch dafür sorgt, dass dann die weiteren Stellen, sei es die nephrologischen Zentren mitspielen und an der Hand sind, wenn man es weiter braucht.“ (RNAS04)</p> <p>„... klare Vorgaben, einfache Tests, die dann wirklich ein sinnvolles Ergebnis bringen ...“ (TIJA04)</p>	
OK 4	Finanzieller Aspekt	Krankenkasse übernimmt die Finanzierung der nötigen Untersuchungen.
	<p>„... Kontrolle der Nierenwerte außerhalb der, sozusagen Laboreinsparungen, beziehungsweise (...) Kürzungen, wenn wir zu viele Nierenwerte bestimmen.“ (ERUN17)</p>	

F 6: Glauben Sie, dass Patienten von einem solchen Programm profitieren?

Anzahl n	ja	nein
17	16	1

F 6.1: Wenn ja, inwiefern?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Früherkennung	Entstehung oder Verschlimmerung einer chronischen Niereninsuffizienz kann frühzeitig verhindert werden.
	<p>„Frühzeitige Erkennung und Reaktion.“ (ERNT12)</p> <p>„...prophylaktisch, die Risikofaktoren könnte man erkennen durch ein Programm, ja.“ (TZNE19)</p> <p>„...frühzeitig eben wenn es um die Niere geht Risikogruppen definieren könnte, wo man vielleicht ein späteres Nierenleiden hinten anhalten könnte ...“ (TIJA04)</p> <p>„Also Bewusstmachung und für das ist das sicher ein gutes Screeningprogramm.“ (ERNA21)</p>	
OK 2	Patientencompliance	Patient_in versteht durch Aufnahme in das Programm die Notwendigkeit der Mitarbeit.
	<p>„ Dass wenn das nicht der Hausarzt sagt, sondern auch der Patient Informationen von einem Spezialisten erhält, er vielleicht eher dazu geneigt ist das zu befolgen.“ (ERUN17)</p>	
OK 3	Therapieoptimierung	Die jeweilige Therapie kann optimierter gefunden und durchgeführt werden.
	<p>„Bessere Therapiekoordination eben durch entsprechende Strukturen.“ (EREA16)</p> <p>„... dass man wahrscheinlich auch in der Auswahl von Medikamenten und in der Dosierung ein bisschen achtsamer umgehen würde, ...“ (TIJA04)</p>	

F 7: Verwenden Sie das Programm „niere.schützen“?

Anzahl n	nein	ja	teilweise
20	8	9	3

F 8: Wodurch haben Sie von dem Programm erfahren?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Aussendungen	Aussendung per Post oder Email an Hausärzt_innen
UK 1.1	Absender unbekannt	Aussendung per Post oder Email von unbekanntem Absender
		<p>„Irgendwelche Aussendungen.“ (HLND05)</p> <p>„Durch eine Ausschreibung per Mail.“ (ERLA30)</p> <p>„Aussendungen.“ (ERLD14)</p> <p>„Ja das ist mir eigentlich auch per Post zugeschickt worden, Unterlagen dazu, ...“ (KLED02)</p> <p>„Ein größeres Paket von Information...“ (ERER29)</p> <p>„Zusendung. Von wem auch immer das war.“ (EREA16)</p>
UK 1.2	GKK / Ärztekammer	Aussendung per Post oder Email von der GKK und / oder der Ärztekammer
		<p>„Von der Ärztekammer und der Gebietskrankenkassa.“ (DLNG02)</p> <p>„Durch die Gebietskrankenkassa, die hat das vorgestellt,...“ (ERRT08)</p> <p>„Ob das jetzt aus einer Zeitung war oder von der Gebietskrankenkassa kann ich jetzt nicht sagen.“ (ERUN17)</p> <p>„Das war durch die Aussendung der GKK beziehungsweise auch durch die ausgesendeten Mails glaube ich.“ (ARRT20)</p> <p>„Durch eine Aussendung ich glaube der GKK.“ (THLD11)</p>

	<p>„Aussendung GKK.“ (RTUS16)</p> <p>„Zusendung. Zusendung weiß nicht mehr genau entweder Ärztekammer oder Gebietskrankenkassa.“ (ERNT12)</p> <p>„Über Aussendung der Gebietskrankenkasse glaube ich.“ (RNAS04)</p> <p>„Von der Gebietskrankenkassa und Ärztekammer.“ (ERNA21)</p>	
OK 2	Medien	Informationen über Programm über Medien erhalten.
	<p>„Ob das jetzt aus einer Zeitung war oder von der Gebietskrankenkassa kann ich jetzt nicht sagen.“ (ERUN17)</p> <p>„Über Fortbildungen und Zeitschriften.“ (TZNE19)</p>	
OK 3	Fortbildung	Informationen über das Programm in einer Fortbildung für Ärzt_innen erhalten.
	<p>„Ich denke Fortbildung, im steirischen Fortbildungssektor,...“ (ERND30)</p> <p>„Über Fortbildungen und Zeitschriften.“ (TZNE19)</p>	
OK 4	Kolleg_innen	Informationen über das Programm wurden über Mundpropaganda von Kolleg_innen übermittelt.
	„Kollegen.“ (ERCH29)	
OK 5	IAMEV	Informationen über das Programm wurden direkt vom IAMEV oder dessen Mitarbeiter_innen.
	<p>„Naja, über das Institut für Allgemeinmedizin. Ich bin quasi da erstens über die Frau Professor Siebenhofer-Kroitzsch, Frau Dr. Poggenburg glaub ich heißt sie, war damals bei mir in der Ordination, ...“ (TLET01)</p> <p>„Durch meinen persönlichen Kontakt zum Institut für Allgemeinmedizin an der Med Uni Graz.“ (TIJA04)</p>	

F 9: Was ist gut an dem Programm „niere.schützen“?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Fokus auf die Niere	Aufmerksamkeit wird auf die Niere als wichtiges Organ gelenkt.
		<p>„Man hat die Nierenerkrankungen im Fokus, ...“ (ERRT08)</p> <p>„Das man als Arzt aufmerksam wird und auch die Patienten aufmerksam machen kann.“ (ERLD14)</p> <p>„Naja, dass sowohl der Arzt als auch der Patient auf das Thema Niere und deren Erkrankungen aufmerksam gemacht werden.“ (THLD11)</p> <p>„Naja das es auf etwas Aufmerksam macht das was eigentlich sehr oft übersehen wird, das Nierenkrankheiten häufiger sind als man das glaubt...“ (ERER29)</p> <p>„Einfach dieses regelmäßige screenen, dass man ganz bewusst schaut darauf, ...“ (ERNA21)</p>
UK 1.1	Früherkennung	Programm hilft CKD früh zu erkennen und Patient_innen zu schützen.
		<p>„Ja, dass man eben so wie der Name schon sagt die Niere schützen kann und die Patienten bewahren kann,...“ (ERLA30)</p> <p>„: Naja, eben Aufmerksamkeit zu wecken (.) auf die Niere zu schauen und eben rechtzeitig auch drauf zu schauen, nicht wenn schon eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz da ist, ...“ (KLED02)</p>
UK 1.2	Risikogruppe einengen	Die Risiken für chronische NINS helfen potentiell gefährdete Patient_innen zu filtern.
		<p>„Evaluierung, frühzeitige Evaluierung von Risikopatienten.“ (EREA16)</p> <p>„Weil es eben die Risikogruppe einengt (...), dass man sagen kann, wer könnte oder wer wird ein Risikopatient werden.“ (ARRRT20)</p>
OK 2	Richtlinien	Ein strukturierter Arbeitsablauf durch Richtlinien hilft die Praxis zu optimieren.
		„Das Programm „niere.schützen“ ist sehr hilfreich in der täglichen Praxis bei der

	<p>Verordnung von Medikamenten.“ (ERRT08)</p> <p>„...Richtlinien, (...) wie man sich bei pathologischen Nierenwerten Rerhält und was man weiter machen kann.“ (ERUN17)</p> <p>„Es ist gut strukturiert.“ (RTUS16)</p> <p>„Also, dass strukturiert gewisse Parameter geprüft werden. Würde ich mal sagen.“ (TZNE19)</p> <p>„Eben, dass es ein strukturierter Ablauf ist.“ (RNAS04)</p>	
OK 3	Zusammenarbeit mit Spezialist_innen	Patient_innen kommen frühzeitig in Kontakt mit Spezialist_innen.
	<p>„... dass man Patienten mit einer eingeschränkten Nierenfunktion mal bei einem Internisten vorstellen könnte und sollte.“ (DLNG02)</p>	
OK 4	Finanzierung	Krankenkasse übernimmt die Finanzierung der nötigen Untersuchungen.
	<p>„Dass die Krankenkasse die Untersuchungen bezahlt. Kreatinin, Albuminclearance und diese Geschichten.“ (ERCH29)</p>	

F 10: Was ist schlecht an dem Programm „niere.schützen“?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Bürokratie	Der bürokratische Aufwand stellt sich als negativer Aspekt des Programms.
	<p>„Die Bürokratie ist schlecht.“ (ERLA30)</p> <p>„Ja es ist wie bei allem schreibaufwendig.“ (RTUS16)</p>	
UK 1.1	Zeitlicher Aufwand	Die Eingliederung des Programms in den Praxisalltag ist sehr zeitintensiv.
	<p>„Zeitliche Implementierbarkeit.“ (EREA16)</p>	

OK 2	Nephrolog_innen überlastet	Zu wenig Fachärzt_innen zur Überweisung der Patient_innen vorhanden.
	<p>„... wir haben eigentlich nur eine nephrologische Ambulanz in Bruck an der Mur und die ist halt überlastet bis zum Geht-nicht-mehr. Und einen Facharzt in Bruck an der Mur, ich glaube Wartezeit ein halbes Jahr...“ (ARRT20)</p> <p>„...also die Empfehlung ist nicht immer umsetzbar, ab gewissen (.) GFR-Werten und Albuminurie Überweisung zum Nephrologen, denn wir haben leider einfach zu wenig niedergelassene Nephrologen und die Ambulanz kann das auch nicht alles abfangen ...“ (KLED02)</p>	
OK 3	Honorierung	Keine finanzielle Abgeltung für den Zusatzaufwand der Ärzt_innen.
	<p>„Zusätzlicher zeitlicher Aufwand, der nicht honoriert wird.“ (ERLD14)</p> <p>„Das einzig schlechte ist das es nicht honoriert wird.“ (TLET01)</p> <p>„Weil es neben DMP und so weiter, ein weiterer Arbeitsaufwand ist, der 3,50€ gezahlt wird.“ (ERCH29)</p>	
OK 4	Kompliziertheit	Verschieden Aspekte des Programms gestalten sich zu kompliziert in der Anwendung.
	<p>„Vielleicht ist diese Tabelle mit den verschiedenen Farben, die verwirrt kommt mir vor.“ (ERND30)</p> <p>„Also so ab Niereninsuffizienz drei vier das kannst du mit den Leuten eh alles machen, aber vorher ist es halt ein bisschen schwierig, und die Diagnostik ist dann auch zeitweise schwierig ...“ (ARRT20)</p> <p>„Es ist in der Handhabung nicht ganz einfach, weil das mit dem Mikroalbuminurie, ja ist ein wenig aufwendiger in der Diagnostik, sagen wir so.“ (THLD11)</p>	
OK 5	Land	Die ländliche Lage der Praxis erschwert die Teilnahme am Programm.
	<p>„Zu umfangreich und ich glaube auch nicht in einer Landpraxis mit weit entferntem Labor praktikabel.“ (ERNT12)</p>	

A 1 Warum haben Sie sich dazu entschieden es zu verwenden?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Mehrwert für Patient_in	Patient_in profitiert deutlich durch die Implementierung des Programms.
		<p>„Naja es ist positiv für den Patienten sozusagen.“ (ERUN17)</p> <p>„Weil es sinnvoll ist und notwendig für die Patienten.“ (RTUS16)</p> <p>„Weil es die Patientenbehandlung verbessert.“ (ERCH29)</p> <p>„Weil es für den Patienten sinnvoll ist, wie gesagt, dass ich ihm bewusst mache und einbinde, dass einfach, (.) ohne Patienten sind wir machtlos.“ (ERNA21)</p>
OK 2	Fokus auf die Niere	Aufmerksamkeit wird auf die Niere als wichtiges Organ gelenkt.
		<p>„Ich würde sagen, weil die Niere zunehmend ins Zentrum des Interesses rückt.“ (THLD11)</p> <p>„Weil es wichtig ist. Weil gerade die Niere immer mehr in Mitleidenschaft gerät.“ (RNAS04)</p>
UK 2.1	Früherkennung	Programm hilft chronische Niereninsuffizienzen früh zu erkennen und Patient_in zu schützen.
		<p>„... es war damals eine Arbeitsgruppe zur Früherkennung von Nierenerkrankungen, ... steiermarkweit implementiert, dass die GFR bestimmt wird, das zweite war dann ... minimale Albuminausscheidung im Spoturin.“ (ERRT08)</p> <p>„Naja weil es natürlich im Sinne des Patienten ist, je früher es erkannt wird desto besser kann ich reagieren und kann ich den besser einstellen und kann ihn gegebenenfalls weiter abklären über die Klinik.“ (TLET01)</p>
OK 3	Arbeitsablauf	Ein strukturierter Arbeitsablauf durch Richtlinien hilft die Praxis zu optimieren.
		„Naja weil sie den praktischen Arbeitsablauf gut entsprechend ist, also diese Stadien hafte Beurteilung mit den Konsequenzen der Versorgung entspricht

ganz gut dem alltäglichen Arbeitsablauf.“ (ERND30) „Nun ja, weil ich es als sehr wichtig erachte auf die Niere rechtzeitig zu schauen, was mich auch ein bisschen unterstützt in der täglichen Arbeit.“ (KLED02)

A 2: Merken Sie eine Verbesserung in der Betreuung der betroffenen Patient_innen durch die Aufnahme in das Programm?

Anzahl n	ja	teilweise	nein
9	7	1	1

A 2.1: Falls ja, wie erkennen Sie diese?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Sensibilisierung	Entstehung eines größeren Bewusstseins auf nierenschädigende Faktoren.
	„... ich habe sicher ein größeres Bewusstsein in der Verordnung von NSAR, da bin ich sehr zurückhaltend geworden ...“ (KLED02)	
OK 2	Kooperation	Verbesserung in der Kooperation mit den Nephrolog_innen.
	„... dass die Kooperation mit dem Nephrologen besser ist ...“ (ERUN17)	
UK 2.1	Genauere Abklärung	Bessere Betreuung der Patient_innen durch Abklärung mit Kliniken.
	„Ja, indem halt die Patienten in die entsprechende Skalierung fallen und an der Klinik vorgestellt werden die sind halt, ...“ (TLET01) „Naja, dass doch ein paar Patienten von der Nierenambulanz in Schladming mitbetreut werden.“ (RNAS04)	

A 3: Welche Unterstützung würden Sie sich von den Verantwortlichen des Programms erwarten?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Honorierung	Erbrachte Leistungen durch das Programm sollten finanziell abgegolten werden.
	<p>„... von der Gebietskrankenkasse in erster Linie, ich meine das kostet auch was ja und wenn ich sozusagen doch bei den Kontrollen vermehrt Labor brauche ist das eigentlich zu wenig unterstützt im Sinn der auch der Honorierung.“ (ERRT08)</p> <p>„Eben vielleicht, dass das finanztechnisch abgegolten wird weiter sich dafür einzusetzen.“ (TLET01)</p>	
OK 2	Fachärzt_innen	Mehr Nephrolog_innen zur Überweisung der betroffenen Patient_innen.
	<p>„... letztlich wünschenswert wäre wenn es mehr Nephrologen gäbe, ...“ (THLD11)</p> <p>„Vielleicht ein niederschwelligerer Zugang oder leichtere Zugang zu Nephrologen, zu Fachärzte beziehungsweise Ambulanzen denn das ist alles sehr schwierig und mit langen Wartezeiten verbunden.“ (KLED02)</p>	
OK 3	Administrative Erleichterung	Mit dem Programm verbundener administrativer Aufwand muss verringert werden.
	<p>„Im administrativen Bereich und wie gesagt so wie es ein Tumorboard gibt, so nenne ich es jetzt einmal, müsste es auch ein Nierenboard geben, so vielleicht.“ (ARRT20)</p> <p>„Dass das alles automatisiert geht wie in England. Im Hintergrund läuft und nicht jedes Mal ein Formular ausgefüllt werden muss und Pipapo.“ (ERCH29)</p>	
OK 4	Öffentliche Aufklärung	Patient_innen sollten bereits im öffentlichen Raum über das Programm aufgeklärt werden.
	<p>„Ein bisschen mehr Information an die Bevölkerung, dass es das gibt. Weil wir praktisch nicht jeden unsererseits angehen können. Da muss von Außen auch</p>	

	<p>was kommen, dass die Leute informiert sind und dann zu uns kommen.“ (RNAS04)</p> <p>„Also alle was über das Fernsehen läuft oder über Zeitung und in den Werbungen ist gut, (...). Also da ist sicher eine Bewusstseinsbildung oder einfach ein Erinnerungseffekt wäre sicher zielführend da.“ (ERNA21)</p>
--	--

A 4: Wäre es eine Hilfe für Sie als Arzt, wenn man die Patient_innen bereits im öffentlichen Raum über das Programm informieren würde?

Anzahl n	ja	nein
4	3	1

B 1: Glauben Sie, dass ein Früherkennungsprogramm für Patient_innen auf eine eingeschränkte Nierenfunktion Sinn macht?

Anzahl n	ja	nein
4	3	1

B 1.1: Wenn ja, was erwarten Sie von solch einem Programm?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Nierenversagen abwenden	Das Programm sollte helfen ein Nierenversagen abzuwenden.
		„...um ein endgültiges Versagen der Niere abbrechen zu können.“ (HLND05)
OK 2	Therapieoptimierung	Die Therapie sollte durch die Anwendung des Programms optimiert werden.
		„... mögliche Medikamentendosierungen besser anzupassen, die Niere einfach länger in einem guten Bereich zu halten.“ (TIJA04)
OK 3	Bewusstsein	Mehr Bewusstsein bei Ärzt_innen zu schaffen im Bezug auf Nierenerkrankungen.
		„...mehr Bewusstsein zu schaffen, vielleicht auch bei den Hausärzten ...“ (TIJA04)

B 1.2: Wenn nein, warum nicht?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Unnötig	Nierenfunktion durch andere Programme bereits ausreichend kontrolliert.
		„Also ich mach ja das Diabetes und da wird die Niere auch mit nageschaut ... und bei jeder Gesunden Untersuchung mach ich den Harn mit und das Kreatinin und meistens einen Ultraschall von der Niere. Also ich mach das nur nicht unter dem Namen.“ (DLNG02)

B 2: Warum haben Sie sich gegen die Verwendung des Programms entschieden?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Zeitmangel	Überlastung durch Patient_innen zu hoch zur Implementierung des Programms.
		„Weil es in meine Routinebetrieb derzeit praktisch nicht möglich ist. Ich bin derartig überfüllt und überlastet, dass ich für solche Sachen fast überhaupt keine Zeit habe.“ (HLND05) „Ich habe es noch nicht geschafft es in den Arbeitsalltag zu integrieren, weil ich einfach ständig beschäftigt bin mit anderen Dingen.“ (TZNE19) „Aufgrund der hohen Patientenfrequenz.“ (EREA16)
OK 2	Kompliziertheit	Das Programm gestaltet sich als zu kompliziert in der Anwendung
		„Es war einfach zu kompliziert in der Umsetzung in der Ordination.“ (ERLA30) „Zu kompliziert. Allein die Aufmachung ist schon so umfangreich und kompliziert aufgezogen, dass ich es mir nicht angetan habe das bis zum Ende durch zu studieren.“ (ERNT12)

OK 3	Fachärzt_innen	Zu wenig Fachärzt_innen um das Überweisungsschema durchführen zu können.
		„... überhaupt Internistenmangel. Bei uns wartet man auf einen Termin beim Internisten sechs Monate, außer es ist wirklich was dringendes.“ (DLNG02)
OK 4	Unnötig	Das Programm und dessen Zweck werden nicht als notwendig erachtet.
		„ Wenn ich glauben würde, dass es sinnvoll wäre würde ich ja mitmachen.“ (DLNG02) „Weil es ein zusätzlicher Arbeitsaufwand ist, (.) mit wenig Outcome.“ (ERLD14)
OK 5	Routine	Durch die Routine des Praxisalltags auf das Programm vergessen.
		„Das mag in der Routine des Praxisalltags liegen und daran, dass es zwar jetzt schon ein bisschen länger da ist, aber einfach dann wiederum zu wenig aktiv daran erinnert wird wahrscheinlich.“ (TIJA04)

B 3: Unter welchen Umständen könnten Sie sich vorstellen an dem Programm teilzunehmen?

	Kategorienbezeichnung	Definition
OK 1	Mehr Zeit für Patient_innen	Generelle Veränderungen im Praxisalltag um mehr Zeit für die/den einzelne/-en Patient_in zu haben.
		„Wenn ich deutlich mehr Zeit für meine Patienten hätte.“ (HLND05) „Dass ich weniger Arbeit habe, aber das hat jetzt nichts mit dem Programm zu tun.“ (ERER29) „Weniger Patienten, Gesamtpatienten in der Ordi. Mehr Zeit für den einzelnen Patienten.“ (EREA16)
UK 1.1	Administrative	Administrative Änderungen des Programms um

	Änderungen	den Arbeitsaufwand zu verringern.
	<p>„Wenn es einfach einfacher zu handhaben ist.“ (ERLA30)</p> <p>„...zweitens die technische Handhabung und Abwicklung.“ (ERLD14)</p> <p>„Wenn es wesentlich vereinfachter wird.“ (ERNT12)</p> <p>„...Ich glaube das war so das aufwändige in der Abwicklung für uns wo es geheißen hat wo dürfen wir unsere Blutwerte hinschicken, wer darf was machen, wie ist das mit dieser quantitativen Albuminurie, ...“ (TIJA04)</p>	
UK 1.2	Personal	Mehr Personal, an welches gewisse Tätigkeiten delegiert werden können.
	<p>„Es würde eventuell gehen, wenn gewisse Tätigkeiten delegiert werden können an Ordinationsassistentinnen.“ (TZNE19)</p>	
OK 2	Honorierung	Finanzielle Abgeltung der ärztlichen Leistungen.
	<p>„Das betrifft andererseits die Finanzierung...“ (ERLD14)</p>	

F 11: Wäre das Programm für Sie durch eine finanzielle Unterstützung attraktiver?

Anzahl n	ja	nein
18	12	6
Ja	<p>„...aber trotzdem fraglich ob ich es integrieren kann zeitlich.“ (TZNE19)</p> <p>„Und ich würde mir manchmal wünschen, dass die Patienten einen Selbstbehalt hätten, damit sie nicht wegen jedem Schmusfuß daher kommen und ich für die, die wirklich was bräuchten und die Zeit bräuchten, die ärztliche Aufmerksamkeit bräuchten ein bisschen mehr Zeit hätte.“ (ERNA 21)</p>	
Nein	<p>„In erster Linie geht es um die Zeitressourcen und um die Machbarkeit.“ (ERNT12)</p>	

F 12: Würde die Integration in ein bestimmtes DMP für Sie die Attraktivität des Programms erhöhen?

Anzahl n	ja	nein	vielleicht
20	14	5	1
Nein	<p>„... weil mir der administrative Aufwand viel zu hoch ist“ (HLND05)</p> <p>„... es gibt schon zu viele dieser Disease Management Programme.“ (ERNT12)</p> <p>„Weil das nicht geht was in Graz geht, weil die Leute sind einfach anders, die sind wirklich (.) das Stadt Land ist extrem unterschiedlich.“ (ERNA21)</p>		
Ja	<p>„... wenn es mit einer Honorierung verbunden ist dann ja (#1) was soll es mehr bringen.“ (ERRT08)</p> <p>„Wenn es honoriert wird ja.“ (ERLD14)</p>		

	<p>„... weil man das dann noch genauer nimmt und noch pünktlicher zu Kontrollen bestellen muss, das bringt schon was, ich mache auch Therapie aktiv für Diabetiker ich glaube schon, dass das sehr gut ist.“ (KLED02)</p> <p>„Wenn sich die organisatorischen Punkte im Rahmen halten. Der organisatorische Aufwand im Rahmen hält.“ (EREA16)</p>
Vielleicht	<p>„...wenn man dafür Tools dann hat, die man jetzt im Computer umsetzen kann, die ein bisschen eine automatisierte Erinnerung bringen und da eine Unterstützung machen, ...“ (TIJA04)</p>

F 13: Wollen Sie zum Abschluss noch etwas sagen? Oder habe ich in unserem Gespräch etwas Wichtiges vergessen?

<p>„Ja ich war einmal vor ein paar Jahren bei so einem Ärztetreffen mit Internisten auch praktischen Ärzten und von der Uni war ein Nephrologe (unv.) in Graz und da ist das auch schon besprochen worden ... wenn keine größere Ärztedichte ist werden wir das nicht schaffen, ich meine wir sind derzeit in der Praxis so überlastet, dass wir keine Minute Zeit haben.“ (DLNG02)</p>
<p>„Ja, ich erlebe in der Medizin in so vielen Jahren, das Dinge immer wieder neu erfunden werden...“ (ERRT08)</p>
<p>„Ja rein theoretisch das Disease Management Programm für Diabetiker das bin ich dabei da mach ich und dort werden die Patienten auch immer gescreent auch auf die Niere alle drei Monate weil das sowieso vorgeschrieben ist. Bei den Vorsorgeuntersuchungen ist auch die Harnuntersuchung dabei, bei den Hypertonikern schaut man auch nach, also ich wüsste nicht wie weit dann die Erweiterung noch Sinn macht.“ (ERLD14)</p>
<p>„...das wäre sinnvoll wenn solche DMP-Programme direkt vom Hauptverband mit den Softwareanbietern verhandelt werden und auch dann von denen bezahlt</p>

werden. Nicht jeder einzelne Arzt ein Modul abschließen muss ob er will oder nicht, ob er kann oder nicht, ob er sich das finanziell leisten will oder nicht. (...) dass das generell zentral von einer Gebietskrankenkasse wie zum Beispiel die Abrechnung und gewisse Dinge sind ja schon auf einer zentralen Stelle, dass die das abwickeln das Disease Management Programm und nicht jedes Bundesland dann wieder eine eigene Entwicklung durchmacht wie beim DMP (...) dass man da vielleicht das in irgendeiner Weise diese DMP-Geschichten österreichweit zentral mit einer Ansprechperson koordiniert ausrollt.“ (ERCH29)

„Ich glaube „small is beautiful“ und auch in der Vorsorge und im Screeningbereich sollte man eher Basic-Arbeiten durchführen mit einfachen Laborparametern, dann eine grobe Vorscreeningaktion starten die auch in den Praxen leichter durchzuführen ist, auch labormäßig.“ (ERNT12)

„Denn wenn ich rigider werde in der Verordnung dann holen sie sich dann unter Umständen rezeptfreie NSAR in der Apotheke, Ibuprofen ist leider total frei erhältlich und, da hoffe ich vielleicht auch auf ELGA , dass man da dann wieder mehr Überblick hat was der Patient wirklich nimmt ohne, dass ich es ihm verordnet habe, das als wichtige Anregung noch.“ (KLED02)