

**Diplomarbeit**

**Überversorgung im Bereich der niedergelassenen  
Allgemeinmedizin in Österreich - wichtigste  
Maßnahmen und Möglichkeiten der Reduktion**

eingereicht von

**Marie-Theres Tauchner**

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.<sup>in</sup> med. univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch

Dr.<sup>in</sup> med. univ. Ulrike Spary-Kainz

Graz, 28.11.2023

## 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 28.11.2023

Marie-Theres Tauchner eh

## Danksagungen

Ich bedanke mich bei meinen Betreuerinnen Univ. Prof. Dr.med.univ. Andrea Siebenhofer-Kroitzsch und Dr.med.univ. Ulrike Spary-Kainz für die Unterstützung beim Verfassen dieser Arbeit. Weiters möchte ich mich bei PhD Christina Radl-Karimi für ihre Hilfe bedanken. Ein großer Dank gilt außerdem meiner Familie und insbesondere meinen Eltern, die mir mein Studium ermöglicht haben.

## Zusammenfassung

**Einleitung:** In dieser Arbeit wurde der Frage der Überversorgung aus Sicht der niedergelassenen österreichischen Allgemeinmediziner\*innen nachgegangen. Dabei versteht man unter Überversorgung medizinische Leistungen, die nicht indiziert sind oder keinen gesicherten Nutzen für die Patient\*innen haben.

**Methode:** Es wurden zwei offene Fragen als Teil eines Online-Fragebogens an sämtliche (insgesamt 4001) österreichische allgemeinmedizinische Ordinationen gesendet, deren Kontaktdaten im Internet frei zugänglich waren. Es erfolgte eine qualitative Auswertung der beiden offenen Fragen. In der ersten Frage wurde nach den wichtigsten überversorgenden und überdiagnostizierenden Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem gefragt. Diese Frage wurde induktiv ausgewertet, indem die Antworten kategorisiert und dementsprechend zugeordnet wurden. Die zweite Frage behandelte die wichtigsten Maßnahmen, die helfen würden, um Überversorgung zu reduzieren. Diese Frage wurde deduktiv, angelehnt an das „Behaviour Change Wheel“, ausgewertet.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurde der Fragebogen von 331 Allgemeinmediziner\*innen beantwortet. Der Großteil der Teilnehmer\*innen war zwischen 40 und 49, bzw. 50-59 Jahre alt, wobei die Verteilung weiblich-männlich annähernd gleich groß war. Die erste Frage wurde 134-mal beantwortet. Den folgenden fünf Oberkategorien konnten die meisten Antworten zugeordnet werden: „Bildgebende Maßnahmen“ erhielt insgesamt 80 Antworten und wurde am häufigsten genannt. Darauf folgten die Kategorien „Labor“ mit 44 und „Medikamente“ mit 32 Nennungen. Der Oberkategorie „Untersuchungen“ konnten 29 Antworten zugeordnet werden und der Kategorie „Freier Zugang zu medizinischen Maßnahmen“ 19.

Die zweite Frage wurde insgesamt 129-mal beantwortet. Folgenden Kategorien konnten die meisten Antworten zugeordnet werden; „Bildung“ wurde 31-mal, „Befähigung“ 26-mal und „Leitlinien“ 25-mal. „Kommunikation/Marketing“ 23-mal und „Ausbildung“ 15-mal genannt.

**Diskussion:** Die in der Befragung genannten überversorgenden Maßnahmen ähneln den aus der Literatur bekannten Ergebnissen aus früheren Erhebungen in verschiedenen Ländern, so wurden auch dort häufig bildgebende Verfahren, wie auch Laboruntersuchungen genannt. Auch bei den aus Sicht der österreichischen

Allgemeinmediziner\*innen hilfreichen Maßnahmen zur Reduktion von Überversorgung finden sich in der durchgeführten Befragung ähnliche Ansätze, wie in anderen Ländern, wenngleich auch unterschiedliche Herangehensweisen zu erkennen sind. In der österreichischen Befragung wurden als die wichtigsten Maßnahmen die Bildung und die Befähigung gesehen. Im Gegensatz zu den USA, wo finanzielle Gründe als starker Faktor für überversorgende Maßnahmen angeführt wurden, war dieser Punkt in unserer Befragung kein Thema. In diesen Ergebnissen spiegeln sich auch die verschiedenen Gesundheitssysteme wider und so braucht es in verschiedenen Ländern mit verschiedenen Gesundheitssystemen unterschiedliche Ansätze, um eine Veränderung der Verhaltensweisen in Bezug auf Überversorgung zu bewirken.

## Abstract

**Background:** In this thesis, the question of oversupply is examined from the point of view of general practitioners in Austria. Oversupply refers to medical services that are not indicated or have no guaranteed benefit for patients.

**Method:** Two open questions were sent as part of an online questionnaire to all (4001 in total) austrian general practitioners, from which the official contact data could be gathered from the internet. A qualitative evaluation of the two open questions was carried out. The first question asked about the most important over-supplying and over-diagnosing measures in the Austrian health system. This question was evaluated inductively by categorizing the answers. The second question dealt with the most important measures that would help to reduce overuse. This question was evaluated deductively, based on the "Behaviour Change Wheel".

**Results:** A total of 331 general practitioners answered the questionnaire. Most of the participants were between 40 and 49 and 50-59 years old, with the male and female distribution being almost equally large. The first question was answered 134 times. Most of the answers could be assigned to the following five categories: "Imaging measures" received a total of 80 answers and was mentioned most frequently. This was followed by the categories "Laboratory" with 44 and "Drugs" with 32 entries. 29 answers could be assigned to the category "examinations" and 19 to the category "free access to medical measures". The second question was answered a total of 129 times. Most of the responses were assigned to the following categories: "Education" received 31 answers, "Enablement" 26 and "Guidelines" 25. "Communication/Marketing" was mentioned 23 times and "Training" 15 times.

**Conclusions:** The oversupply measures mentioned in this thesis resemble the results from previous studies in various countries, as commonly cited were imaging procedures and laboratory tests. Similarly, helpful approaches for reducing oversupply from the perspective of Austrian general practitioners were identified in the conducted survey, bearing similarities to those in other countries, albeit with distinct approaches. In the Austrian survey, education and enablement were perceived as the most crucial measures. In contrast to the USA, where financial reasons were cited as a significant factor for oversupply measures, this aspect was not a focal point in our survey. These findings also reflect the diversity of healthcare

systems. Hence, different countries with varying healthcare systems require different approaches to effect behavioral changes concerning oversupply.

## Angaben von bereits erfolgten Veröffentlichungen

Die Ergebnisse dieser Diplomarbeit wurden bei der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin) und im Rahmen eines Jour Fixe, am Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung in Graz präsentiert.

## Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung .....	1
1.1	Überversorgung .....	1
1.2	Begriffsdefinition der Überversorgung.....	2
1.3	Umgang mit Überversorgung in der Allgemeinmedizin .....	4
1.4	Kampagnen zur Reduktion Überversorgung.....	5
1.5	Umfrage zur Meinung von Allgemeinmediziner*innen bezüglich Überversorgung .....	9
1.6	Zielsetzung.....	9
2	Theoretischer Hintergrund: „Behaviour Change Wheel“ .....	10
3	Methode.....	12
3.1	Qualitative Forschung .....	12
3.2	Die zugrundeliegende Querschnittsstudie .....	12
3.3	Auswertung der qualitativen Fragen .....	13
4	Ergebnisse .....	17
4.1	Demographische Daten .....	17
4.2	Ergebnisse der Auswertung der qualitativen Fragen .....	19
5	Diskussion .....	26
6	Literaturverzeichnis.....	31
7	Appendix.....	34
7.1	Fragebogen.....	34
7.2	Behavioral change wheel for reducing use of low-value care .....	44

## Abkürzungen und deren Erklärung

- ABIM American Board of Internal Medicine
- AWMF Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
- BCW Behaviour Change Wheel
- CWI Choosing Wisely Initiative
- DEGIM Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin
- EKG Elektrokardiogramm
- ELGA Elektronische Gesundheitsakte
- GGE Gemeinsam Gut Entscheiden
- IOM Institute of Medicine
- MRT Magnetresonanztomographie
- ÖGAM Österreichische Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
- USA United States of America
- US-Dollar United States Dollar

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: The Behaviour Change Wheel (20) .....	10
Abbildung 2: Zeitleiste der Aussendung des Fragebogens .....	12
Abbildung 3: Zusammenfassung des Alters in Jahren .....	17
Abbildung 4: Geschlechterverteilung .....	18
Abbildung 5: Wie lange sind Sie bereits in einer hausärztlichen Praxis tätig? .....	18
Abbildung 6: Überversorgende Maßnahmen .....	21
Abbildung 7: Maßnahmen zur Reduktion von Überversorgung .....	22

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Toolbox (11) .....	5
Tabelle 2: Top Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften (18) .....	7
Tabelle 3: Interventionen .....	14
Tabelle 4: Richtlinien .....	15

# 1 Einleitung

Das folgende Kapitel gibt einen Einblick in die Problematik der Überversorgung. Es werden Begriffe erklärt, Kampagnen vorgestellt und die Zielsetzung bzw. die Fragestellung dieser Diplomarbeit beschrieben.

## 1.1 Überversorgung

Auf die Thematik der Überversorgung in der Medizin machte 2010 das Institute of Medicine (IOM) aufmerksam. Sie schätzten die Kosten, die durch „unnötige Dienstleistungen“ jährlich in den Vereinigten Staaten entstehen, auf 210 Milliarden US-Dollar (1). In Österreich wurden in einer Studie mit Daten der niederösterreichischen Sozialversicherung im Jahr 2013, alleine für nur 34 Krankenkassenleistungen die vermeidbaren Kosten bereits auf mindestens 11,38 Millionen Euro geschätzt (2). Das vermehrte Einsetzen von medizinischen Leistungen ohne Nutzen für Patient\*innen, stellt eine finanzielle Belastung für das Gesundheitssystem dar. Es gibt Schätzungen aus den USA, wonach 10-30% der Gesamtausgaben im US-Gesundheitssystem in die medizinische Überversorgung fließen, dies belief sich im Jahr 2011 auf 158 bis 226 Milliarden US-Dollar (3). So zeigt auch die OECD in ihrem Bericht aus 2017 „Tackling Wasteful Spending on Health“, dass ein Fünftel der Gesundheitsausgaben wenig bis keinen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung leisten, im Gegenteil, sie sogar Schaden anrichten können (4).

Auch Patient\*innen nehmen Überversorgung wahr. So zeigte sich im Bericht der Bertelsmannstiftung mit einer Befragung von über 1000 Personen, dass diese vermuten, dass medizinisch unnötige, in gesundheitlicher Hinsicht überflüssige Leistungen in Arztpraxen in mehr als 50% der Visitationen sehr häufig bis häufig erbracht werden (5).

Zahlreiche Publikationen z.B. aus den Niederlanden (6), wie auch in Deutschland (7)(8) aber auch in den USA (9) bestätigen aufgrund von Umfragen, dass Ärzt\*innen die Problematik der Überversorgung durchaus bewusst ist. Weitere Details hierzu werden im Abschnitt 1.3. ausgeführt.

## 1.2 Begriffsdefinition der Überversorgung

Bei der Überversorgung handelt es sich um eine Versorgung über die Bedarfsdeckung hinaus, d.h. eine Versorgung mit nicht indizierten Leistungen oder mit Leistungen ohne hinreichend gesicherten Netto-Nutzen (10). Die Überversorgung fasst die Begrifflichkeiten der Überdiagnosen und Übertherapien zusammen.

- **Überdiagnose:**

Unter dem Begriff Überdiagnosen, werden Diagnosen verstanden, die im Rahmen spezieller Untersuchungen zustande gekommen sind, jedoch für den betroffenen Menschen an sich keinen Krankheitswert haben. Das heißt, gesunde Personen werden zu Patient\*innen gemacht und daraus resultieren häufig Übertherapien (11).

- **Überdetektion:**

Ein weiterer wichtiger Begriff in diesem Zusammenhang sind die Überdetektionen. Menschen tragen zwar Krankheiten in sich bzw. erhalten pathologische Befunde, wobei sie einen lebenslimitierenden Ausbruch oder schwerwiegende Komplikationen mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erleben werden (11). Überdetektion kann jedoch nie auf eine einzelne Person reduziert werden, weil man nicht mit Sicherheit sagen kann, welche Patient\*innen von einer etwaigen Therapie nicht profitieren würden (12). Um den Prozentsatz derer zu identifizieren, bei denen man annimmt, dass eine Überdiagnose vorliegt, werden epidemiologische Daten ausgewertet, die die Inzidenz in Beziehung zu den Mortalitätszahlen setzt. Bei gewissen Krebserkrankungen, die häufig im Rahmen von Screening- oder Routineuntersuchungen detektiert werden, ist bekannt, dass bei einigen Personen kaum eine Progression der Erkrankung zu erwarten ist, womit man dann von einer Überdiagnose sprechen kann (11).

- **Überdefinition:**

Ein weiteres Problem stellt die Überdefinition dar; dabei werden Patient\*innen als krank gelabelt und therapiert, ohne an einer für sie bedrohlichen Erkrankung zu leiden (12). Durch veränderte

Schwellenwerte in Leitlinien und das Verschärfen von Zielwerten, fallen viel mehr Menschen in behandlungsbedürftige Kategorien als zuvor. Die Folge ist, dass Personen zu Patient\*innen werden, die eigentlich keine medikamentöse Therapie benötigen. Gerade bei multimorbiden Patient\*innen können Übertherapien schwerwiegende Folgen haben (11).

- **Übertherapie:**

Als Übertherapien werden jene Behandlungen und Therapien bezeichnet, welche für die einzelne Person keinen Nutzen haben und mit potenziellen Nebenwirkungen verbunden sind (11). Die Konsequenzen, die durch Übertherapie entstehen können, betreffen nicht nur die Patient\*innen im Einzelnen, sondern die gesamte Gesellschaft (11).

- **Quartärprävention:**

Unter Quartärprävention versteht man, dass Ärzt\*innen ihre Patient\*innen eben genau vor diesen Überdiagnosen und der generellen Übertherapie bewahren (13). Das gemeinsame Abwägen von potenziellem Nutzen und Schaden von Diagnostik bzw. Therapie dient damit der Vermeidung unnötiger medizinischer Maßnahmen und der Ressourcenschonung (13).

### 1.3 Umgang mit Überversorgung in der Allgemeinmedizin

Wie eine in Deutschland durchgeführte Studie mit Allgemeinmediziner\*innen zeigte, gaben diese an, dass beinahe 40% der medizinischen Leistungen als Maßnahmen der Überversorgung gesehen wurden, wobei als entscheidender Faktor im Umgang mit Überversorgung die Überzeugungen der Patient\*innen in 76% als wichtiger „Driver“ genannt wurde (7). Für viele Allgemeinmediziner\*innen spielt die Patient\*innenerwartung eine große Rolle, hinzu kommt auch die Angst vor einem möglichen Rechtsstreit. Daher werden als häufige Gründe für die Überdiagnose und Übertherapie das Bedürfnis der Ärzt\*innen nach einer gewissen Absicherung genannt, und dass sie es vorziehen etwas zu tun, anstatt nur „untätig“ zu sein (7). Viele Ärzt\*innen werden außerdem durch das große Angebot an verfügbaren medizinischen Methoden, dazu verleitet, diese auch anzuwenden (7).

Allgemeinmediziner\*innen stehen meistens ganz am Anfang des Diagnose- bzw. Behandlungsprozesses der Patient\*innen, sie behandeln ein breites Spektrum an Patient\*innen aller Altersgruppen, mit einer Vielzahl von unterschiedlichen Krankheiten (14). Meistens geht damit auch eine größere Unsicherheit bezüglich der Enddiagnose einher, daher ist es wichtig Patient\*innen vor unspezifischen diagnostischen Tests zu schützen. Mögliche Strategien zum Abbau von Überversorgung sind eine fundierte medizinische Ausbildung, der Aufbau einer Vertrauensbasis mit den Patient\*innen, die Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen in der Gesundheitsversorgung und eine informierte und somit gemeinsame Entscheidungsfindung von Ärzt\*innen und Patient\*innen, damit z.B. bei indiziertem „watchful waiting“ dieses Vorgehen von Patient\*innen auch verstanden wird (14).

## 1.4 Kampagnen zur Reduktion Überversorgung

Die erste Kampagne, die gegen die steigende Überversorgung vorging, war die, im Jahr 2012 in den USA gegründete Choosing Wisely Initiative (CWI) (15). Sie hatte zum Ziel, die Kommunikation zwischen Ärzt\*innen und ihren Patient\*innen zu verbessern, verschwenderisches Verhalten im Gesundheitssystem zu reduzieren und ein allgemeines Bewusstsein für den Grundgedanken der CWI zu schaffen, dass „mehr“ nicht immer mit „besser“ gleichzusetzen ist (15). Es wurden mehrere medizinische Fachdisziplinen gebeten, jeweils eine Liste zu erstellen, die aus den spezifischen Bereichen die fünf am häufigsten überbeanspruchtesten Leistungen beinhalten. Es gab jedoch auch kritische Stimmen zu der Initiative, wobei sich eine der Hauptkritikpunkte der Choosing Wisely Initiative darauf bezieht, dass innerhalb kürzester Zeit sehr viele Empfehlungen entstanden sind, die nicht evidenzbasiert und/oder von Eigeninteressen geprägt sind (15). Manche Fachgesellschaften haben sich nur low-hanging fruits gepickt, die ihren eigenen Fachdisziplinen nicht schaden und bei einer „Non-Recommendation“ auch zu keinen finanziellen Einbußen führt (16).

Mittlerweile wurden zur Prävention von Überversorgung in diversen Ländern bereits zahlreiche Kampagnen ins Leben gerufen, die zumeist auf den Choosing Wisely Empfehlungen basieren, siehe Tabelle 1.

Tabelle 1: Toolbox (11)

Toolbox	
American Board of Internal Medicine (ABIM), Choosing Wisely Campaign	<a href="http://www.choosingwisely.org/">http://www.choosingwisely.org/</a>
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Gemeinsam Klug Entscheiden	<a href="http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html">http://www.awmf.org/medizin-versorgung/gemeinsam-klug-entscheiden.html</a>

Dartmouth Institute, Option Grid decision aids	<a href="http://www.optiongrid.org">www.optiongrid.org</a>
Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DEGIM), Gemeinsam Klug Entscheiden	<a href="https://www.klug-entscheiden.com">https://www.klug-entscheiden.com</a>
Medizinische Universität Graz, Donauuniversität Krems	<a href="https://gemeinsam-gut-entscheiden.at">https://gemeinsam-gut-entscheiden.at</a>
National Institute for Health and Care Excellence, NICE-do not examples	<a href="https://nice.org.uk/guidance/cg137/resources/do-not-do">https://nice.org.uk/guidance/cg137/resources/do-not-do</a>
The Journal of the American Medical Association, Less is more series -JAMA Network – Less is more	<a href="https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more">https://jamanetwork.com/collections/44045/less-is-more</a>
Lessismoremed-Blog Posts	<a href="https://lessismore-medicine.com">https://lessismore-medicine.com</a>

In Österreich entschied man sich für einen methodisch hochwertigeren Weg. Im Rahmen der österreichischen Choosing Wisely Initiative werden nur jene Empfehlungen berücksichtigt, die einer qualitativ hochwertigen Leitlinie entsprechen. Diese werden in die sogenannten Top-Listen aufgenommen und können somit als ein wichtiges evidenzbasiertes Instrument für eine saubere Patient\*innen-Ärzt\*innenkommunikation im Praxisalltag eingesetzt werden (15).

Seit 2017 setzt man in Österreich auf die Initiative „Gemeinsam gut entscheiden“, deren Ziel es ist, mit Hilfe einer Informationskampagne mehr Bewusstsein bezüglich

Überdiagnose und Übertherapie in der Bevölkerung zu schaffen (17). Derzeit gibt es fünf veröffentlichte Top-Listen; je eine von der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie und Gerontologie, eine Liste mit Empfehlungen von der Österreichischen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin, eine von der österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, eine von der österreichischen Gesellschaft für Nephrologie und eine Liste der österreichischen Gesellschaft für Public Health (17).

Tabelle 2 zeigt eine Übersicht über die derzeit veröffentlichten Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften im Rahmen der Gemeinsam Gut Entscheiden Initiative (18).

*Tabelle 2: Top Empfehlungen der verschiedenen Fachgesellschaften (18)*

<b>Gemeinsam gut entscheiden Top Empfehlungen</b>	
Allgemeinmedizin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antibiotika bei Erkältung</li> <li>• Röntgen bei Rückenschmerzen</li> <li>• Mittelohrentzündung</li> <li>• Bakterien im Harn</li> <li>• Untersuchung der Prostata</li> </ul>
Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Harnkatheter</li> <li>• Bakterien im Harn</li> <li>• Psychopharmaka bei Demenz</li> <li>• Künstliche Ernährung</li> <li>• Früherkennungsuntersuchungen</li> </ul>
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine Suche nach Eierstockkrebs bei Frauen ohne erhöhtes Risiko</li> <li>• Keine frühzeitige Behandlung von B-Streptokokken bei Schwangeren</li> <li>• Kein Doppler-Ultraschall der Nabelschnur bei unkomplizierten Schwangerschaften</li> <li>• Kein MRT bei Frauen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eine geplante Geburt: nicht zu früh!</li> </ul>
Nephrologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eisentherapie bei Blutarmut von chronisch Nierenkranken</li> <li>• Leichte Anämie bei chronischer Nierenerkrankung</li> <li>• Kein Beginn einer Statin-Therapie bei Dialyse</li> <li>• Dialyse bei fortgeschrittener chronischer Nierenerkrankung</li> <li>• Erst nach gemeinsamer Abwägung mit einer regelmäßigen Dialyse beginnen</li> <li>• Diabetes und Nierenversagen: Betroffene nicht von einer Nierentransplantation ausschließen</li> </ul>
Vorsorgeuntersuchung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bakterien im Harn: Kein Test ohne Symptome</li> <li>• Knochenbruch-Risiko-Test unter 50 Jahren nicht sinnvoll</li> <li>• Test auf Vitamin-D-Mangel nicht sinnvoll</li> <li>• Suche nach Typ-2-Diabetes bei Personen ohne Risiko nicht empfohlen</li> <li>• Keine Suche nach gesundheitsgefährdendem Alkoholkonsum mittels Gamma-Glutamyl-Transferase</li> <li>• Keine Früherkennungsuntersuchung der Nierenfunktion ohne Risikofaktoren</li> <li>• Depression erkennen: Früher ist nicht immer besser</li> </ul>

## 1.5 Umfrage zur Meinung von Allgemeinmediziner\*innen bezüglich Überversorgung

Um Überversorgung langfristig zu reduzieren und gezielte vorbeugende Maßnahmen zu setzen, benötigt es mehr Wissen und Forschung in diesem Gebiet (19).

In einer multinationalen Querschnittsstudie (19) untersuchen Projektpartner aus Finnland, Österreich, Schweden, Griechenland, Italien, Israel und Japan die Perspektiven zur Überversorgung in der Allgemeinmedizin. Das Ziel der Studie ist es die Sichtweise der Hausärzt\*innen bezüglich Überdiagnosen und Übertherapien in ihren Ordinationen zu untersuchen (16). Die Querschnittsstudie untersucht die Einstellungen, wahrgenommenen Barrieren und Möglichkeiten der Reduktion von medizinischen Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen unter Allgemeinmediziner\*innen in den teilnehmenden Ländern (19). Die Ergebnisse der teilnehmenden Länder werden miteinander verglichen. Es sollen sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede dargestellt werden (19).

## 1.6 Zielsetzung

In dieser Diplomarbeit wird der qualitative österreichische Teil der multinationalen Querschnittsstudie zum Thema Überversorgung und Überdiagnose bei österreichischen Hausärzt\*innen ausgewertet.

Das Ziel dieser Arbeit ist es:

1. die aus Sicht der österreichischen Allgemeinmediziner\*innen wichtigsten medizinischen Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen, zu detektieren, und
2. Maßnahmen, die Allgemeinmediziner\*innen im Alltag helfen können, Überversorgung zu reduzieren, zu identifizieren.

Die Auswertung des quantitativen Anteils des Fragebogens ist nicht Teil dieser Diplomarbeit.

## 2 Theoretischer Hintergrund: „Behaviour Change Wheel“

Das Behaviour Change Wheel – BCW, entwickelt von Michie, ist eine Methode die dazu entwickelt wurde, Interventionen zur Verhaltensänderung zu charakterisieren (20). Das BCW wurde vom finnischen Forschungsteam als Framework für die multinationale Querschnittsstudie ausgewählt. Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, stehen im Zentrum des BCW folgende drei Schlüsselfaktoren zur Verhaltensänderung (20):

- Fähigkeit (Capability) bezieht sich auf die psychische und physische Fähigkeit einer Person, an einer Aktivität teilzunehmen.
- Gelegenheit (Opportunity) bezieht sich auf externe Faktoren, die ein Verhalten ermöglichen.
- Motivation (Motivation) bezieht sich auf die bewussten und unbewussten kognitiven Prozesse, die das Verhalten steuern und inspirieren.

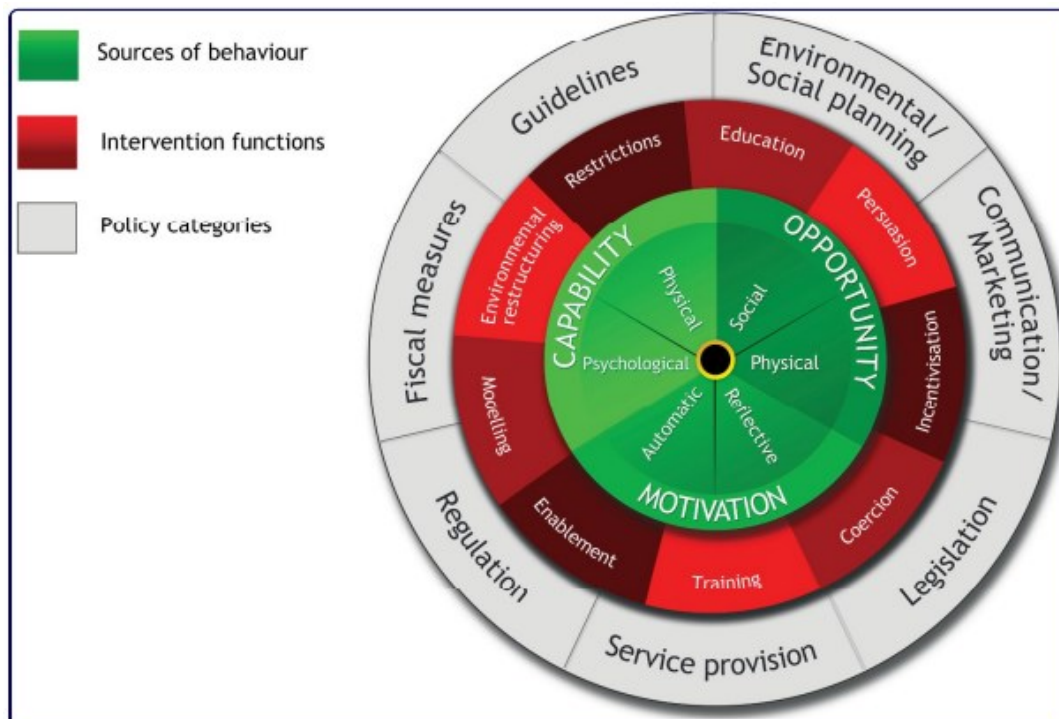


Abbildung 1: The Behaviour Change Wheel (20)

In der mittleren Schicht befinden sich neun Interventionsfunktionen, die das Ziel haben, Defizite der drei Schlüsselfaktoren auszugleichen. In der äußersten Schicht befinden sich sieben Policy-Kategorien, die ein Eintreten der Interventionen ermöglichen (20).

Die Faktoren, die zur Ausführung eines willentlichen Verhaltens notwendig sind, wurden einerseits von einem Treffen von US-Verhaltenstheoretikern im Jahr 1991 und andererseits von dem Prinzip des US-Strafrechts abgeleitet. Um die Ausführung des Verhaltens möglich zu machen, braucht es notwendige Fähigkeiten und die starke Absicht dieses auszuführen. Zusätzlich dürfen keine störenden Umgebungsbedingungen vorhanden sein, die das Verhalten unmöglich machen (20).

### 3 Methode

Im folgenden Kapitel wird die methodische Herangehensweise dieser Diplomarbeit beschrieben. Das Forschungsdesign dieser Diplomarbeit ist eine thematische Zusammenfassung der eingebetteten qualitativen Fragen im Rahmen der durchgeführten multinationalen Querschnittsstudie mit 1505 Teilnehmer\*innen.

#### 3.1 Qualitative Forschung

In der qualitativen Forschung versucht man der Bedeutung von Ereignissen, die von den Studienteilnehmer\*innen beschrieben werden, zu interpretieren, um diese Ereignisse besser verstehen zu können (21). Nicht nur die Überzeugungen und Werte der Studienteilnehmer\*innen können so festgehalten werden, sondern auch in welchem Zusammenhang diese zueinander stehen (21).

#### 3.2 Die zugrundeliegende Querschnittsstudie

Die pilotierte englische Version des Fragebogens wurde in die Sprachen der teilnehmenden Länder übersetzt, sprachlich an die nationalen Systeme angepasst und ins Englische rückübersetzt. In Österreich wurde der ins Deutsche übersetzte Fragebogen an 4001 niedergelassene Allgemeinmediziner\*innen versendet, deren E-Mail-Adressen online frei über die einzelnen Ärztekammern zur Verfügung standen. Der Befragungszeitraum war vom 11.05.2022 bis zum 23.06.2022 (Abbildung 2).

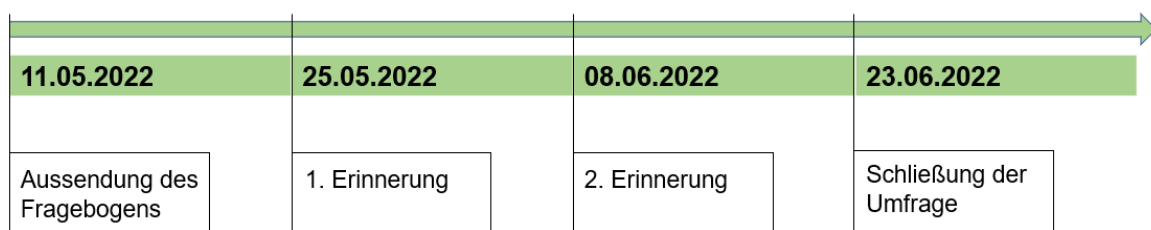


Abbildung 2: Zeitleiste der Aussendung des Fragebogens

Die quantitativen Resultate aus allen Ländern werden gesammelt in Finnland ausgewertet. Die Daten der offenen qualitativen Daten werden in jedem Land separat ausgewertet.

### 3.3 Auswertung der qualitativen Fragen

Auswertung der 1. Frage:

*„Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten, überversorgenden und überdiagnostizierenden Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem, die reduziert oder weggelassen werden sollten?“*

Die Auswertung der ersten Frage erfolgte induktiv, indem die genannten Maßnahmen kategorisiert, gezählt und von einer zweiten Person überprüft wurden. Bei einer induktiven Auswertung werden Themen aus den gesammelten Daten abgeleitet (22), so entstanden die Kategorien dieser Frage aus den Antworten der Allgemeinmediziner\*innen. Die Antworten der Allgemeinmediziner\*innen wurden in eine Liste eingetragen, wobei mehrfach genannte Maßnahmen zusammengefasst und gezählt wurden. Danach wurden Kategorien erstellt, die als Überbegriff für die jeweils passenden Antworten dienten. Mehrere Antworten konnten so einer Kategorie zugeteilt werden. Dadurch konnten die Antworten der Ärzt\*innen gezählt und übersichtlich nach Häufigkeit sortiert in einer Grafik dargestellt werden (siehe Kapitel 4. Ergebnisse).

Auswertung der 2. Frage:

*„Was würde Ihnen helfen, medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen zu reduzieren? Bitte beschreiben Sie alle Arten von Einflüssen, die Sie dazu ermutigen würden, Überdiagnostik und Überversorgung zu reduzieren. Was könnten Ihre Kollegen, Organisationen und die Gesellschaft (z. B. Ihr Arbeitsplatz, medizinische Fachgesellschaften, die Regierung) tun, um Sie dabei zu unterstützen, Überdiagnostik und Überversorgung zu reduzieren?“*

Die zweite Frage wurde deduktiv mit Hilfe des „Behaviour Change Wheel“ ausgewertet (20). Deduktiv bedeutet, dass bereits vorhandene Theorien verwendet werden, um die Antworten der Allgemeinmediziner\*innen zu kategorisieren (22). Das finnische Forschungsteam hat hierzu die Kategorien vorgegeben, um länderübergreifend eine möglichst einheitliche Auswertung zu erzielen. Die Schritte zur Auswertung wurden ebenfalls von der University of Helsinki vorgegeben.

Die Definitionen der Kategorien, die auf dem BCW basieren, wurden von der University of Helsinki an die Fragestellung angepasst (siehe Englische Version unter 7.2 im Appendix), wobei die originale Definitionstabelle aus dem Paper „*The Behaviour Change Wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions - Michie et al*“ (20) verwendet wurde.

Tabellen 3 und 4 enthalten die übersetzten Kategorien, ihre Definitionen und jeweils noch ein, an die Fragestellung angepasstes Beispiel:

Tabelle 3: Interventionen

Interventionen	
Bildung (Education)	- Definition: Steigerung von Wissen oder Verständnis - Beispiele: Bereitstellung von Informationen in irgendeiner Form: Bildungsveranstaltungen, Bildungsmaterial
Überzeugung (Persuasion)	- Definition: Kommunikation nutzen, um positive oder negative Gefühle hervorzurufen oder Handlungen anzuregen - Beispiele: Schaffung von Anstößen, um zum Handeln anzuregen, Versuch, die Motivation zu erhöhen, um die Inanspruchnahme einer oder mehrerer medizinischer Praktiken zu reduzieren, Ermutigung
Anreize (Incentivisation)	- Definition: Belohnungserwartung schaffen - Beispiele: finanzielle/berufliche/nicht-finanzielle Anreize zur Reduzierung medizinischer Praktiken
Zwang (Coersion)	- Definition: Bestrafungs- oder Kostenerwartung wecken - Beispiele: Einführung finanzieller/beruflicher/nicht-finanzieller Bestrafung, wenn die Verwendung medizinischer Praktiken nicht reduziert wird
Ausbildung (Training)	- Definition: Vermittlung von Fähigkeiten - Beispiele: Schulungen zu Kommunikationsfähigkeiten/medizinischen Fähigkeiten
Beschränkung (Restriction)	- Definition: Verwendung von Regeln, um die Möglichkeit zu verringern, sich auf das Zielverhalten einzulassen (oder um das Zielverhalten zu erhöhen, indem die Möglichkeit verringert wird, sich auf konkurrierende Verhaltensweisen einzulassen) - Beispiele: Erstellen von Pflegepfaden oder -protokollen, die die Anwendung bestimmter Praktiken nicht zulassen
Veränderung der Rahmenbedingungen (Environmental restructuring)	- Definition: Veränderung des physischen oder sozialen Kontextes - Beispiele: Erinnerungen, was nicht zu tun ist, bessere Krankenaktensysteme
Vorbildwirkung (Modelling)	- Definition: Ein Beispiel vorgeben, das Menschen anstreben oder nachahmen können - Beispiele: dem Beispiel anderer Kolleg*innen folgen

Befähigung (Enablement)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Erhöhung der Mittel/Reduktion von Barrieren, um Fähigkeiten oder Chancen zu erhöhen</li> <li>- Beispiele: mehr Zeit, um mit den Patient*innen zu reden/Literatur zu lesen</li> </ul>
-------------------------	---

Tabelle 4: Richtlinien

Policy-Kategorien	
Kommunikation/ Marketing (Communication/ marketing)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Verwendung von Print-, elektronischen-, Telefon- oder Rundfunkmedien</li> <li>- Beispiele: Medienkampagnen</li> </ul>
Leitlinien (Guidelines)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Erstellen von Dokumenten, die Praktiken empfehlen oder vorschreiben. Dies umfasst alle Änderungen der Leistungserbringung</li> <li>- Beispiele: Erstellen/Aktualisieren von Leitlinien oder Empfehlungen, Erstellen von Handlungsanleitungen, wann eine bestimmte medizinische Maßnahme anzuwenden ist.</li> </ul>
Fiskal (Fiscal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Nutzung des Steuersystems zur Verringerung oder Erhöhung der finanziellen Kosten</li> <li>- Zunehmender/abnehmender Einsatz finanzieller Ressourcen im Gesundheitswesen</li> </ul>
Regulation (Regulation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Festlegung von Verhaltens- oder Praxisregeln oder -prinzipien</li> <li>- Beispiele: Festlegung von Regeln oder Überwachung durch Regierungs-/Gesundheitsbehörden</li> </ul>
Gesetzgebung (Legislation)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Gesetze erlassen oder ändern</li> <li>- Regulierung der ärztlichen Tätigkeit durch Gesetz</li> </ul>
Umwelt-/Sozialplanung (Environmental/ social planning)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Gestaltung und/oder Kontrolle der physischen oder sozialen Umgebung</li> <li>- Beispiele: Planung der Organisationsstruktur und des Gesundheitssystems</li> </ul>
Dienstleistung (service provision)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Erbringung einer Dienstleistung</li> <li>- Beispiele: Einrichtung von Diensten für Patient*innen oder Fachkräfte, die darauf abzielen, die Nutzung von medizinischen Behandlungen zu reduzieren</li> </ul>

Zu Beginn wurden zehn Antworten zur Qualitätskontrolle auf Englisch übersetzt, diese den einzelnen Kategorien zugeordnet sowie zum besseren Verständnis, sinngemäß mit einigen Worten zusammenfassend beschrieben. Dabei kam es vor, dass manche Antworten mehreren Kategorien zugeordnet werden konnten. Nach der Auswertung der ersten zehn Antworten, wurden diese noch einmal von einer zweiten Person kontrollgelesen.

Im nächsten Schritt wurden diese zehn zugeordneten Antworten an das finnische Forschungsteam geschickt und kontrollgelesen, bei Bedarf überarbeitet und mit

Feedback zurückgesendet. Das Feedback wurde in die weitere Auswertung der Fragen miteinbezogen, um eine möglichst homogene Auswertung der Freitextfragen in den verschiedenen Ländern zu erreichen.

Um eine bessere Zuordnung zu ermöglichen, wurden einige Details an die Forschungsfrage und den Fragebogen angepasst. Dabei wurden etwa die Beispiele, durch mögliche Antworten aus dem Fragebogen ersetzt. Das englische Original aus Finnland befindet sich im Anhang (Behavioral change wheel for reducing use of low-value care). Da es nicht möglich war, alle Antworten einer der vorgegebenen zuzuordnen, wurde zusätzlich die Kategorie „Sonstiges“ hinzugefügt. Nach der Auswertung aller Antworten, wurde die gesamte Analyse noch einmal von einer zweiten Person kontrollgelesen und schließlich den zuständigen Personen an der Universität von Helsinki, Finnland übermittelt, wo die Daten aller teilnehmenden Länder ausgewertet werden.

## 4 Ergebnisse

Dieses Kapitel stellt die Ergebnisse dieser Diplomarbeit vor. Es werden sowohl die demographischen Daten als auch die Ergebnisse der beiden offen gestellten Fragen der Umfrage beschrieben.

### 4.1 Demographische Daten

Insgesamt wurde der Fragebogen an 4001 österreichische Allgemeinmediziner\*innen gesendet, wobei 331 Teilnehmer\*innen an der Umfrage teilgenommen haben. Somit ergibt sich eine Rücklaufquote von etwas mehr als 8%. Von diesen 331 Ärzt\*innen, haben 134 die erste Short-answer Frage beantwortet und 129 die Zweite.

Von insgesamt 331 Teilnehmer\*innen haben 31 die Frage nach dem Alter nicht beantwortet. Wie in der Abbildung 3 zu erkennen ist, waren 105 Teilnehmer\*innen und damit 31.63%, zwischen 40 und 49 Jahre alt. 26.20% also 87 Teilnehmer\*innen waren zwischen 50 und 59 Jahre. Die drittgrößte Gruppe bildeten Ärzt\*innen  $\geq 60$ , mit insgesamt 84 (25.30%) Teilnehmer\*innen. Die kleinste Gruppe bildeten die zwischen 30- und 39-Jährigen, mit 24 Teilnehmer\*innen (7.23%).

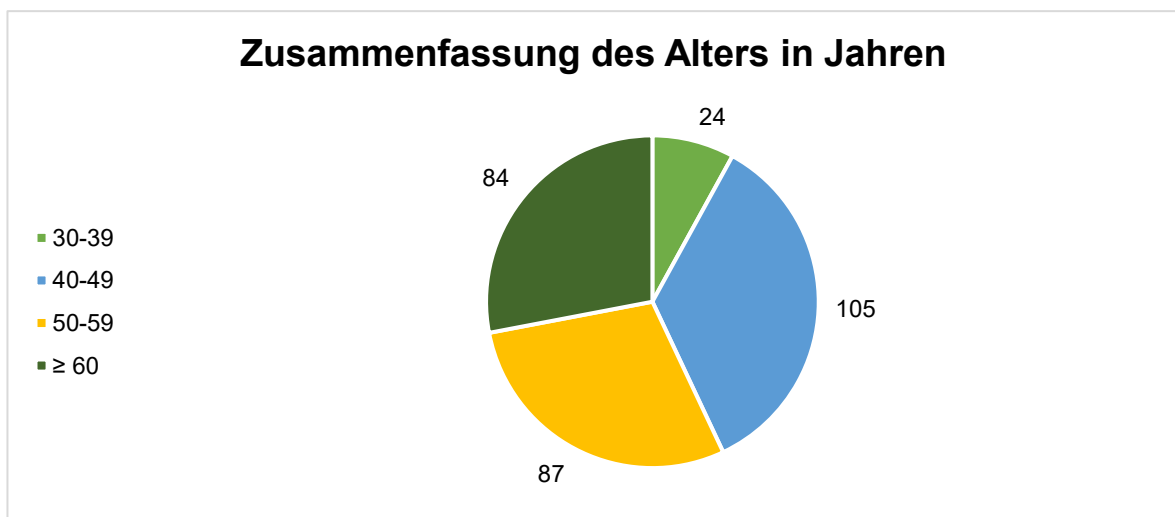


Abbildung 3: Zusammenfassung des Alters in Jahren

In Abbildung 4 wird die Geschlechterverteilung grafisch dargestellt. Hier gaben 150 (45.18%) Teilnehmer\*innen männlich und 146 (43.98%) weiblich an. Vier (1.20%) Teilnehmer\*innen wählten die Antwortmöglichkeit Divers. 31 von 331 haben die Frage nicht beantwortet.

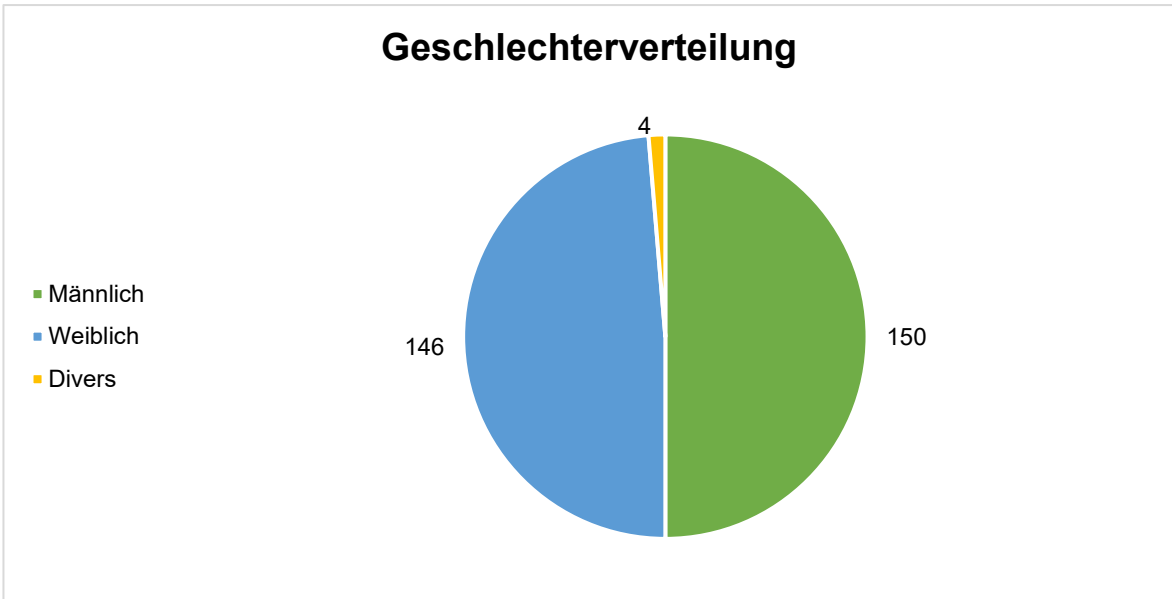


Abbildung 4: Geschlechterverteilung

Die Frage „Wie lange sind Sie bereits in einer hausärztlichen Praxis tätig?“, wird in der Abbildung 5 veranschaulicht. Insgesamt gaben 85 auf diese Frage keine Antwort. Am häufigsten wurde diese Frage mit 11-20 Jahre beantwortet von 20,78% (n=69), 5-10 Jahre gaben 16,87% an (n=56), über 31 Jahre 13,55% (n=45) weniger als 5 Jahre 12,65% (n=42) und 21-30 Jahre 10,24% (n=34).

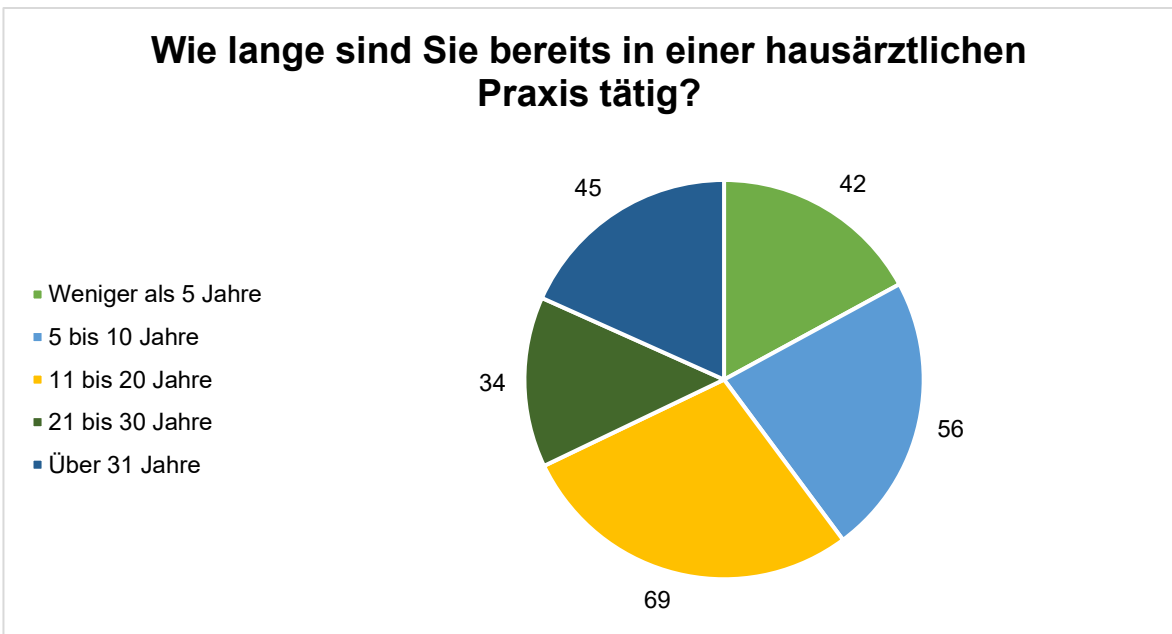


Abbildung 5: Wie lange sind Sie bereits in einer hausärztlichen Praxis tätig?

## 4.2 Ergebnisse der Auswertung der qualitativen Fragen

### Auswertung 1. Frage

Auf die erste Frage welche Maßnahmen ihrer Meinung nach zu oft angewendet werden, haben 134 Ärzt\*innen aus der praktischen Allgemeinmedizin geantwortet.

Die Magnetresonanztomographie (MRT) wurde 36-mal genannt und zählt mit weiteren radiologischen Maßnahmen zu der Kategorie **Bildgebende Untersuchungen**. Alle Bildgebenden Untersuchungen zusammengefasst, ergaben insgesamt 80 Nennungen, die es laut den österreichischen Allgemeinmediziner\*innen zu reduzieren gilt. Röntgen wurde achtmal, Bildgebende Untersuchungen 26-mal, CT und Sonographie wurden jeweils dreimal und Radiologie im Allgemeinen viermal genannt.

Das Labor als allgemeiner Begriff wurde mit 37 Nennungen am häufigsten genannt, daneben gab es spezifischere Nennungen wie Blutbildkontrolle/Blutabnahme viermal, PSA-Bestimmung zweimal und der Abstrich bei Halsschmerzen wurde einmal genannt. Gesamt konnten dem Überbegriff **Labor** 44 Antworten zugeordnet werden.

Die Kategorien, die nach MRT und Labor am häufigsten als überversorgende Maßnahmen wahrgenommen wurden, waren Medikamente mit elf und Antibiotika mit zwölf Nennungen. Ebenfalls in diese Kategorie passten Polypharmazie mit drei und Magenschutz/PPI mit zwei Nennungen, sowie Infusionen, Homöopathie, T-Ass und Phytopharmaka mit jeweils einer Nennung. Insgesamt wurden dem Überbegriff **Medikamente** 32 Antworten zugeordnet.

Insgesamt 29 Antworten konnte man der Kategorie **Untersuchungen** zuordnen; Routinevorsorge/Prävention fünfmal, sofortige Abklärung/Behandlung nichtiger Beschwerden zweimal, Elektrokardiogramm zweimal, jährliche Schilddrüsendiagnostik zweimal, Nahrungsmittelunverträglichkeitstestungen zweimal und Doppelversorgung/wiederholte Untersuchungen achtmal. Untersuchungen ohne Beschwerden und Routinekontrollen beim Internisten, Gastroskopie, Allergieabklärung, diverse Stuhluntersuchungen, Abklärung post Covid, Totalabklärung, forensische Untersuchungen und zu viele Untersuchungen bei Fachärzt\*innen (und nicht im primärärztlichen Bereich), wurden jeweils einmal genannt.

Der „freie Zugang zu den Ambulanzen“ wurde insgesamt achtmal und der „freie Zugang zu den Fachärzt\*innen“ sechsmal erwähnt. Daneben wurde der Zugang zu allen medizinischen/diagnostischen/Behandlungs-Möglichkeiten insgesamt dreimal geäußert. Doktorhopping der Patient\*innen und Facharzt\*ärztin Überweisung, wurden hier jeweils einmal genannt. Hieraus ergaben sich bei der Kategorie **Freier Zugang zu medizinischen Maßnahmen**, zusammengefasst 19 Nennungen.

In die Kategorie **Behandlungen** fielen insgesamt 13 Nennungen. Diese setzten sich aus folgenden Einzelnennungen zusammen: Evaluierung bei Heilbehelfen, Gelenksendoprothetik, nicht evidenzbasierte Operationen (Arthroskopie), diverse Orthopädie Behandlungen, physikalische Therapie, zu viele Überweisungen und unwirksame Therapien, Chemo bei Palliativ Patient\*innen, operative Eingriffe, Diagnostik/Therapien/Operationen bei sehr alten Patient\*innen, operative orthopädische/neurochirurgische Eingriffe und Bildgebung, zu straffe Blutdrucksenkung (bei schlecht mobilen Patient\*innen). Außerdem wurde Physiotherapie zweimal genannt.

Der Kategorie **Druck von außen auf Allgemeinmediziner\*innen** konnten acht Einzelnennungen zugeordnet werden: Irreführende Empfehlungen aus dem Internet, ungerechtfertigte Krankenstände, Werbung, mediale Präsenz „neuer“ Diagnosen/Therapien, Patient\*innenerwartung, Panikmache, Politische Einflussnahme und Druck von Patient\*innen. Hinzu kamen drei Nennungen zu Apotheken (+Werbung/zu viele Medikamente), was in dieser Kategorie zu insgesamt elf Antworten führt.

Auch der Zeitmangel wurde von einigen Ärzt\*innen thematisiert und wurde fünfmal als Grund für die Überversorgung angegeben, zusätzlich je einmal Kommunikationsbarrieren, zu wenig Patient\*innenkontakt und kaum gute Anamnese. Daraus ergaben sich die Kategorie **zu wenig Zeit für Patient\*innen-Arzt/Ärztin-Beziehung** mit insgesamt acht Nennungen.

In die Kategorie **Finanzielle Anreize** konnten sechs Einzelnennungen eingeordnet werden: Leistungen ohne jeweilige Fragestellung, Überbezahlte Diagnostik, Angebote, System (Sanatorien, Sonderklasse, Wahlarzt/Wahlärztin), zu häufige Kontrollen, Privatversicherung.

Der Kategorie **Rechtsschutz** konnten die Antworten Patientenanwalt-anwältin/Rechtsschutz und Absicherungsmedizin zugeordnet werden.

Antworten, für die keine passende Kategorie gefunden werden konnten, wurden der Kategorie **Sonstige** zugeordnet, dies waren vier Nennungen: Richtlinien, getrennte Finanzierung KH/Niederlassung (mehr Zusammenarbeit), Kurwesen und Auflagen durch Krankenkassen.

In Abbildung 6 werden die Ergebnisse grafisch dargestellt.

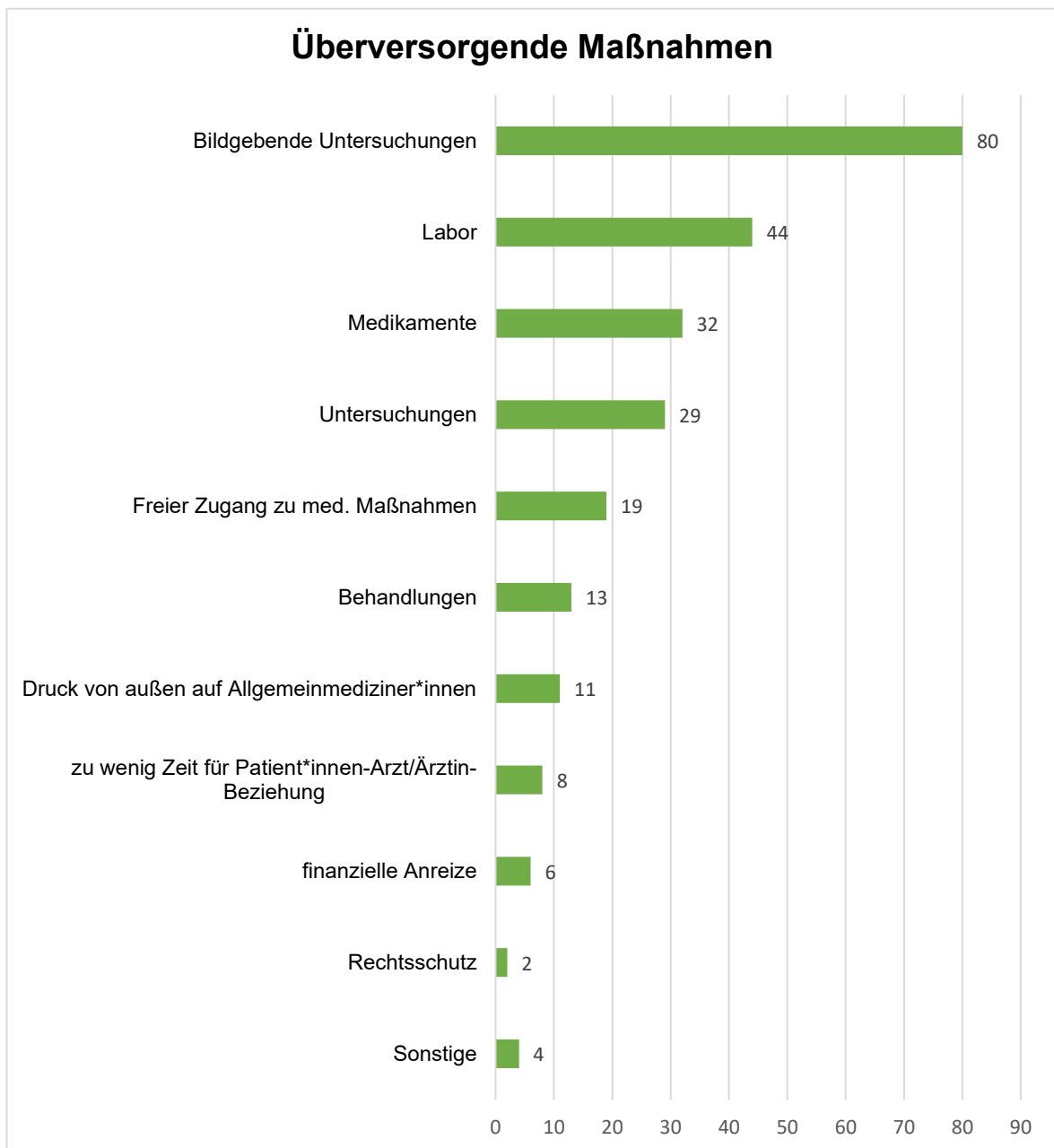


Abbildung 6: Übersorgende Maßnahmen

## Auswertung 2.Frage

Die zweite Frage wurde von 129 Allgemeinmediziner\*innen beantwortet. Die Ärzt\*innen wurden bei dieser Frage aufgefordert, zu beschreiben, was ihnen dabei helfen würde, Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen zu reduzieren. Die Antworten wurden vorgegebenen Kategorien zugeordnet.

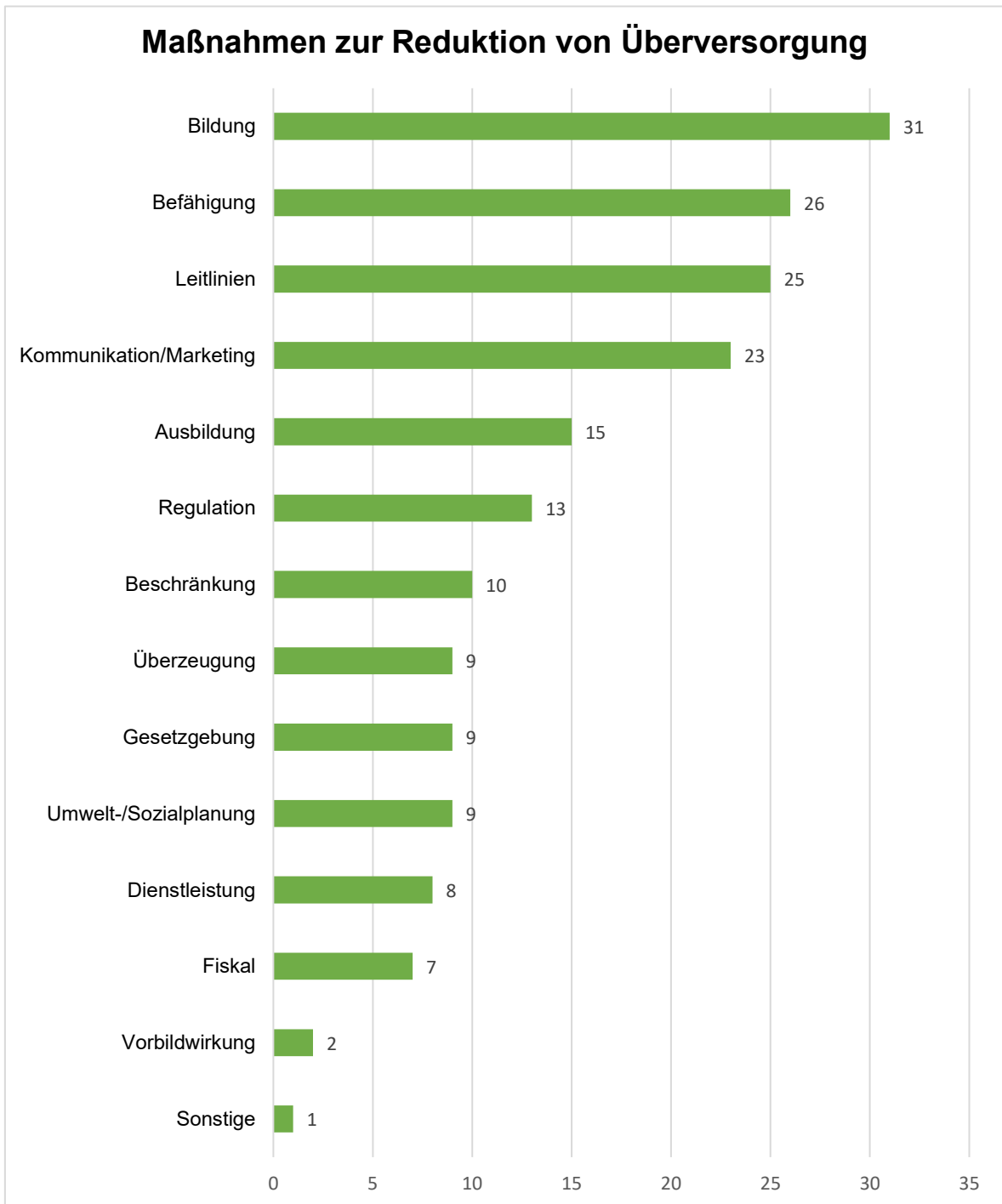


Abbildung 7: Maßnahmen zur Reduktion von Überversorgung

Wie in Abbildung 7 dargestellt ist, wurde **Bildung (Education)** mit 31-Nennungen am häufigsten genannt. Darunter fielen Antworten die sich auf die Aufklärung von Patient\*innen bezogen, wobei sich die Ärzt\*innen bessere und leichter zugängliche Informationen für die Allgemeinheit wünschten. Auch die Weiterbildung von Student\*innen und bereits promovierten Ärzt\*innen fielen in diese Kategorie. Der Wunsch wäre, dass diese über die Themen Überdiagnostik und Übertherapie in die Aus- und Weiterbildung integriert werden. Auch in Kategorie Bildung fielen einige einzelne Antworten, die sich zusammenfassend auf mehr Kommunikation, Information und eine bessere Vernetzung bezogen.

Die meisten der Antworten der Kategorie **Befähigung (Enablement)** mit 26 Zuordnungen) forderten mehr Zeit für Patient\*innen und eine angemessene Honorierung, die das ermöglicht. Darüberhinausgehend wünschten sich die Ärzt\*innen mehr Zeit für kollegialen Austausch.

**Leitlinien (Guidelines)** wurde mit 25 Nennungen am dritthäufigsten genannt. Unter Leitlinien fallen Antworten von Allgemeinmediziner\*innen, die sich spezifischere Leitlinien bzw. Empfehlungen von Fachgesellschaften wünschen. Außerdem wurden das Überdenken, aber auch das Ausweiten der Vorsorgeuntersuchungen genannt, sowie klare evidenzbasierte Informationen zum Einfluss von Maßnahmen.

Der Kategorie **Kommunikation/Marketing (Communication/Marketing)** wurden insgesamt 23 Antworten zugeordnet. Dazu gehören Antworten, die sich mehr evidenzbasierte Informationen für Patient\*innen, Aufklärungskampagnen für die Bevölkerung, eine entsprechende mediale Berichterstattung und eine Reduktion von Werbebotschaften wünschten. Außerdem wurde mehr Anerkennung der Leistung der Ärzt\*innen (Arztberuf wieder den Stellenwert geben, damit Patient\*innen ihm/ihr vertraut), die Anerkennung komplementärmedizinischer Methoden sowie die Anerkennung der Einschränkungen bei der Behandlung von Patient\*innen gefordert.

Der Kategorie **Ausbildung (Training)** waren 15 Antworten zuzuordnen. Hier wurden vor allem verstärkte Schulungen von Studierenden an der Universität, Fortbildungen für Ärzt\*innen und allgemein eine bessere Ausbildung genannt. Konkrete Beispiele waren vermehrte praxisbezogene Ausbildung (manuelle Medizin), pharmafreie Fortbildungsmöglichkeiten, Aus-/Fortbildung zur

patient\*innenzentrierten Gesprächsführung, das Eingehen auf Patient\*innen, Fortbildung zum Thema Multimorbidität und themenspezifische Qualitätszirkel.

Der Kategorie **Regulation (Regulation)** wurden 13 Antworten zugeordnet. Reguliert werden sollten laut den befragten Ärzt\*innen, vor allem Pharmazie- bzw. Apothekenwerbung und das mehrfache Wechseln der Hausärzt\*in. Außerdem wurde nach einer von Pharmakonzernen unabhängigen Forschung verlangt, nach einer Zugangskontrolle für Informationen und weniger Manipulation der Patient\*innen durch andere Berufsgruppen (Bsp. Physiotherapeut\*innen).

Der Kategorie **Beschränkung (Restriction)** konnten 10 passende Antworten zugeteilt werden. Hierbei handelt es sich etwa um die Forderung nach klaren Regulierungen für teure Untersuchungen, inklusive Indikationskatalog, die Trennung von Wahlarzt- und Kassensystem, vor allem in Bezug auf den Zugang zu diagnostischen/medikamentösen Mitteln, eine Einschränkung der Berechtigung gewisser Leistungen und eine Beschränkung der frei zugänglichen Krankenhausambulanzen. Außerdem wurde die Aufwertung des Hausarztes\*ärztin, im Sinne der Gate-keeper-Funktion und allgemein ein eingeschränkter Zugang zu aufwendigen Untersuchungen und Behandlungen von Fachärzt\*innen, genannt.

In die Kategorie **Überzeugung (Persuasion)** passten neun Antworten. Darunter fielen Antworten die sich auf mehr Vertrauen in den niedergelassenen Bereich bzw. allgemein das Gesundheitssystem bezogen. Außerdem wurden dieser Kategorie Antworten zu den Themen Vorsorge, Prävention und dem Aufwerten des abwartenden Offenhaltens zugeteilt.

**Gesetzgebung (Legislation)** erhielt neun Nennungen. Darunter fielen unter anderem Verbesserungen der rechtlichen Rahmenbedingungen, vermehrter Rechtsschutz und eine allgemeine Veränderung des gesundheitspolitischen Systems.

Unter **Umwelt-/Sozialplanung (Enviromental/social planning)** fielen neun Antworten von Ärzt\*innen die sich einen verringerten Dokumentationsaufwand, eine bessere Vernetzung sowohl untereinander als auch bezüglich des Krankenhauses, wünschten. Außerdem wurde an den Krankenkassen Kritik geübt und eine bessere Leistungshonorierung gefordert, um zu verhindern, dass unnötig viele Untersuchungen etc. aus Kostengründen durchgeführt werden.

Der Kategorie **Dienstleistung (Service provision)** wurden insgesamt acht Antworten von Ärzt\*innen zugeteilt, die sich mehr psychotherapeutische Hilfsangebote und Anlaufstellen, sowie mehr Psychiater\*innen/Psychotherapeut\*innen wünschten. Das Nachverfolgen der Wirkung gesetzter therapeutischer/diagnostischer Maßnahmen, die bessere/schnellere Verfügbarkeit von Befunden in der Elektronischen Gesundheitsakte und multiprofessionelle Teams in der Basisversorgung, waren ebenfalls Antworten, die in diese Kategorie fielen. Außerdem wurde vorgeschlagen mehr klinische Pharmakolog\*innen zur Kontrolle einzusetzen.

**Fiskal (Fiscal)** wurden sieben passende Antworten zugeteilt, die bessere Bezahlungen der Grundleistungen und generell bessere Tarife für Allgemeinmediziner\*innen forderten. Außerdem wünschten sich manche Ärzt\*innen eine Änderung des Honorierungssystems, keine extra Leistungsabgeltung und mehr Grundeinkommen/höhere Tarife.

Unter **Vorbildwirkung (Modelling)** fielen zwei Antworten, die sich eine Vorbildwirkung in der Ausbildung von Jungmediziner\*innen wünschten und eine erfahrene Mentor\*in an der Seite von jüngeren Kolleg\*innen für sinnvoll hielten.

Die Antwort „Patient\*innen sollten selbst Teil der Verantwortung übernehmen“ konnte keiner der vorgegebenen Kategorien zugeteilt werden und fiel daher in die Kategorie **Sonstige (Other)**.

Keine der Antworten passte in die Kategorien **Anreize (Incentivisation)**, **Zwang (Coersion)** und **Veränderung der Rahmenbedingungen (Enviromental restructuring)**.

## 5 Diskussion

An der Umfrage nahmen insgesamt 331 Ärzt\*innen teil, wobei die erste Short-answer Frage 134 mal und die zweite 129 mal beantwortet wurde. Der Großteil der Teilnehmer\*innen war zwischen 40 und 49, bzw. 50-59 Jahre alt, wobei die Verteilung weiblich-männlich annähernd gleich groß war.

Aus Sicht der österreichischen niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen, wurden besonders häufig bildgebende Maßnahmen als wichtigste überdiagnostizierende Maßnahme angegeben. Insbesondere das MRT wird von vielen der befragten Ärzt\*innen explizit genannt. Ebenfalls als überdiagnostizierende Maßnahmen werden häufig durchgeführte Laboruntersuchungen angegeben. Diverse Untersuchungen wie EKG, jährliche Schilddrüsendiagnostik, Routinevorsorge, etc. sind aus Sicht der Allgemeinmediziner\*innen ebenfalls kritisch zu hinterfragen und zählen zu den genannten überdiagnostizierenden Maßnahmen. Das Labor und labordiagnostische Untersuchungen werden ebenfalls von vielen Allgemeinmediziner\*innen kritisch gesehen.

In die Kategorie Übertherapie fallen Medikamente, die ohne gesicherten Nutzen verschrieben werden. Hierzu zählen unter anderem Antibiotika, Medikamente die als Magenschutz verschrieben werden und die aus multiplen gemeinsam verordneten Medikamenten resultierende Polypharmazie.

Auf die Frage was den Allgemeinmediziner\*innen im Praxisalltag helfen würde, medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen zu reduzieren, haben sich die meisten Antworten auf das Thema Bildung bezogen. Darunter waren auch einige Antworten, die eine bessere Aufklärung von Patient\*innen und einen generell leichteren Zugang zu Informationen gefordert haben. Außerdem spielte die Bildung von Ärzt\*innen und Student\*innen eine Rolle. Diese sollten aus Sicht der Befragten ebenfalls besser über das Thema Überversorgung aufgeklärt werden. Ein weiterer Vorschlag waren spezifischere Leitlinien und Empfehlungen von Fachgesellschaften. Um aus Sicht der Allgemeinmediziner\*innen die Verwendung von Maßnahmen mit nicht gesichertem Nutzen zu reduzieren, ist es wichtig mehr Zeit für die Patient\*innen zu haben und eine dafür auch eine angemessene

Honorierung zu bekommen. Auch Aufklärungskampagnen und eine evidenzbasierte mediale Berichterstattung werden als sinnvoll erachtet.

Im Jahr 2014 wurden in der Studie „Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care“ von Martin Sprenger et al, 34 überversorgende Leistungen, von der niederösterreichischen Krankenkasse identifiziert. Diese Leistungen nahmen im Jahr 2013 etwa 246131 Patient\*innen in Anspruch und verursachten dadurch Kosten von mindestens 11,38 Millionen Euro. Die 34 Leistungen wurden in folgende vier Gruppen aufgeteilt (2):

- Diagnostische Tests
- Medikamentöse Interventionen
- Screening
- Andere (2)

Diese Studie zeigte auf, dass es in Österreich tatsächlich Überversorgung in den allgemeinmedizinischen Praxen gibt und wie viel Geld dadurch jährlich verschwendet wird, das potenziell anders genutzt werden könnte.

Die Antworten aus unserer Befragung spiegeln sich zum größten Teil in diesen Überbegriffen wider. Das Analysieren und Detektieren von Überversorgung in den allgemeinmedizinischen Ordinationen wird durch das Fehlen eines verpflichtenden einheitlichen Codierungssystems im niedergelassen medizinischen Bereich in Österreich erschwert. Darum halte ich es für besonders wichtig, die Meinungen und Erfahrungen der Allgemeinmediziner\*innen miteinzubeziehen, um Leistungen zu detektieren, die ansonsten nicht analysiert werden können.

Man kann aus dem Vergleich der Antworten der Allgemeinmediziner\*innen mit dieser Studie erkennen, dass den befragten Ärzt\*innen auch in Österreich wie auch in anderen Ländern (6)(8)(9) bewusst ist, dass es Leistungen gibt, die zu einer Überdiagnostik/-therapie führen. Außerdem decken sich ihre Einschätzung größtenteils mit den tatsächlichen und den vermuteten überversorgenden Leistungen. Einige der genannten überversorgenden Maßnahmen decken sich mit den Top-Empfehlungen im Rahmen der GGE Initiative der ÖGAM für die Allgemeinmedizin. So wird zum Beispiel in der Empfehlung „Röntgen bei Rückenschmerzen“ beschrieben wann bildgebende Maßnahmen wie Röntgen,

Computertomographie oder Magnetresonanztomographie bei Rückenschmerzen sinnvoll sind und wann es sich hier um eine Überversorgung handelt (23).

Aus der Literatur ist bekannt, dass es drei zentrale Gründe gibt, warum Allgemeinmediziner\*innen überversorgende Maßnahmen verwenden, obwohl sich sehr viele bereits der Problematik bewusst sind. Als Erstes herrscht oft eine allgemeine Unsicherheit darüber, welche Maßnahmen man nicht verwenden sollte. Des Weiteren spielen ein wahrgenommener Druck von anderen und der Wunsch der Ärzt\*innen etwas für ihre Patient\*innen tun zu wollen, eine große Rolle (24).

In der Studie „Is it really always only the others who are to blame? GP's view on medical overuse. A questionnaire study“ aus dem Jahr 2020 von Maximilian Pausch et al, wurden bayrische Allgemeinmediziner\*innen zum Thema Überversorgung befragt. Als Hauptursache für die Verwendung von überversorgenden Maßnahmen wurde zu 76% die Erwartungshaltung der Patient\*innen angegeben, mit der Begründung, dass Patient\*innen häufig das Vorgehen des abwartenden Offenhaltens ablehnen. Die Lösungsvorschläge der teilnehmenden Ärzt\*innen in dieser Studie waren unter anderem, dass von der Politik Rahmenbedingungen geschaffen werden müssen, um die Überversorgung zu verhindern (7).

Auch in unserer Erhebung wurden bessere Rahmenbedingungen von der Politik gefordert, allerdings waren für die Mehrheit der Befragten andere Themen wichtiger. Aus Sicht der österreichischen Allgemeinmediziner\*innen sind vor allem bessere Bildung, spezifischere Leitlinien und die passenden Rahmenbedingungen in Bezug auf Zeit und Honorierung erstrebenswert. Auf die Frage was den Allgemeinmediziner\*innen im Praxisalltag helfen würde, medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen zu reduzieren, haben sich die meisten Antworten auf das Thema Bildung bezogen. Darunter waren auch einige Antworten, die eine bessere Aufklärung von Patient\*innen und einen generell leichteren Zugang zu Informationen gefordert haben. Außerdem spielte die Bildung von Ärzt\*innen und Studierenden eine Rolle, diese sollten ebenfalls besser über das Thema Überversorgung aufgeklärt werden. Ich denke, dass der Ansatz Bildung und Aufklärung zur Reduktion der Überversorgung essenziell ist. Hierbei ist es wichtig, möglichst viele Allgemeinmediziner\*innen in ihren Praxen zu erreichen und im besten Fall, bereits Studierende über die Thematik zu informieren. Eine allgemein bessere Ausbildung bzw. vermehrte Fortbildungsangebote, könnten vielen

Allgemeinmediziner\*innen helfen, zu differenzieren, welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen für die einzelnen Patient\*innen wirklich zielführend sind.

Überversorgung spielt auch im Bereich der Inneren Medizin eine große Rolle. In der Umfrage „Wie Internisten das Problem von Über- und Unterversorgung werten“ (8) gaben 70% der befragten Internisten an, mehrmals pro Woche mit Überversorgung in Berührung zu kommen und es ist ihnen auch klar, dass die Gesundheitsausgaben sich dadurch erhöhen und den Patient\*innen auch Schaden zugefügt werden kann. Das Thema Bildung wird von diesen Ärzt\*innen als ein wichtiger Lösungsansatz genannt, so halten 71% regelmäßige Fortbildungen für sinnvolle Maßnahmen, um der Überversorgung entgegenzuwirken (8).

In der amerikanischen Umfrage „Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care“ von Brenda E. Sirovich et al, wurden Allgemeinmediziner\*innen nach den Gründen für Überversorgung befragt. Hier geben 76% an, Angst vor Behandlungsfehlern zu haben, insbesondere fürchteten sich 83% dieser Ärzt\*innen vor rechtlichen Konsequenzen. Als weitere Faktoren wurden von 52% die klinische Leistungsmessung und von 40% der Zeitmangel mit Patient\*innen genannt (9). 39% der befragten Allgemeinmediziner\*innen gaben an zu glauben, dass finanzielle Gründe mitverantwortlich für Überdiagnosen sind. Ihrer Meinung nach würden Kolleg\*innen weniger häufig unnötige diagnostische Tests anordnen, wenn sie dafür keine Bezahlung erhalten (9). Laut den Autoren wären die drei wichtigsten Maßnahmen zur Reduktion von Überversorgung mehr Zeit für Patient\*innen, das Reformieren des Behandlungsfehler-Systems und das Abschaffen von finanziellen Anreizen, die dazu verleiten mehr zu tun als nötig ist (9).

Ich denke nicht, dass die finanzielle Bereicherung für österreichische Allgemeinmediziner\*innen tatsächlich ein Motiv für die Überversorgung darstellt. Für viel wichtiger erachte ich ein breit aufgestelltes Bildungsangebot, eine optimale Möglichkeit spezifisch auf die Gründe einzugehen, warum es überhaupt zu einer Überversorgung kommt. Etwa durch klare Leitlinien, Empfehlungen und Fortbildungsangebote könnte man den Ärzt\*innen etwas von ihrer Unsicherheit nehmen. Außerdem würde vermutlich der Druck der Patient\*innen nach gewissen Behandlungen sinken, wenn diese besser informiert und aufgeklärt wären. Auch

dem Wunsch, etwas für die Patient\*innen tun zu wollen und der Herausforderung gewisse diagnostische und therapeutische Maßnahmen zu unterlassen, könnte man eventuell mit einer besseren Ausbildung vorbeugen. Mehr Zeit für Patient\*innen forderten auch einige der österreichischen Allgemeinmediziner\*innen. Ich denke ebenfalls, dass es sinnvoll wäre, den Ärzt\*innen mehr Zeit für eine angemessene Anamnese und Untersuchung ihrer Patient\*innen zur Verfügung zu stellen. In Kombination mit fundierten Leitlinien, einem ausführlichen Fortbildungsangebot und der Aufklärung der Patient\*innen, könnte man meiner Meinung nach vielen Allgemeinmediziner\*innen helfen eine Trendwende in Richtung Reduktion von überversorgenden Maßnahmen zu schaffen.

### **Stärken und Limitationen**

Die Stärke dieser Arbeit liegt bei der offenen Fragestellung. Die niedergelassenen Allgemeinmediziner\*innen konnten aus ihrer tagtäglichen Erfahrung berichten und ihre Einschätzung frei mitteilen, ohne durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten eingeschränkt zu sein.

Limitiert wird die Studie durch das reine Onlineformat, dieses spricht vor allem jüngere und technikaffinere Allgemeinmediziner\*innen an. Da es sich um eine qualitative Auswertung handelt, sollte hier als Limitation auch die auswertenden Personen gesehen werden. Auch wenn durch das Mehraugenprinzip eine gewisse Kontrolle geschaffen wurde, ist nicht von der Hand zu weisen, dass die Neutralität der Kategorisierung ihre Grenzen hat.

Des Weiteren kann die geringe Rücklaufquote von nur 8% als limitierender Faktor genannt werden, vor allem deshalb, da die offenen Fragen von nur 134 bzw. 129 Ärzt\*innen beantwortet wurden.

## 6 Literaturverzeichnis

- (1) Committee on the Learning Health Care System in America; Institute of Medicine. Smith M, Saunders R, Stuckhardt L, McGinnis JM, editors. Best Care at Lower Cost: The Path to Continuously Learning Health Care in America. Washington (DC): National Academies Press (US); 2013 May 10. PMID: 24901184.
- (2) Sprenger M, Robausch M, Moser A. Quantifying low-value services by using routine data from Austrian primary care. *European journal of public health* 2016 Dec;26(6):912-916.
- (3) Berwick DM, Hackbarth AD. Eliminating Waste in US Health Care. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2012 Apr 11,;307(14):1513-1516.
- (4) OECD Publishing. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. [cited 23.07.2023]. 2017; Available at: <https://doi.org/10.1787/9789264266414-en>.
- (5) Grote Westrick Marion, Muench Inga, Volbracht Eckhard. Überversorgung, Überflüssige medizinische Leistungen können Patienten schaden. *Spotlight Gesundheit* 2019 November(Nr. 5).
- (6) Kool RB, Verkerk EW, Winnemuller LJ, Wiersma T, Westert GP, Burgers JS, et al. Identifying and de-implementing low-value care in primary care: the GP's perspective-a cross-sectional survey. *BMJ open* 2020;10(6):e037019.
- (7) Pausch M, Schedlbauer A, Weiss M, Kuehlein T, Hueberid S. Is it really always only the others who are to blame? GP's view on medical overuse. A questionnaire study. *PLoS ONE* 15(1): e0227457 2020 January 15.
- (8) Fölsch Ulrich, Faulbaum Frank, Hasenfuß Gerd. Wie Internisten das Problem von Über-und Unterversorgung werten. *Medizinreport* 2016 -04;Jg. 113(Heft 13):A 604-6.
- (9) Sirovich BE, Woloshin S, Schwartz LM. Too Little? Too Much? Primary Care Physicians' Views on US Health Care. *Archives of internal medicine (1960)* 2011 Sep 26,;171(17):1582-1585.
- (10) Gisela C. Fischer Adelheid Kuhlmeier Karl W. Lauterbach Rolf Rosenbrock Friedrich Wilhelm Schwartz Peter C. Scriba Eberhard Wille. Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Deutscher Bundestag* 14. Wahlperiode 2001 31.08.;Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung(14/6871).

- (11) Siebenhofer Andrea (2022) Praxishandbuch Multimorbidität, Marjan van den Akker, Christiane Muth (Hrsg.), Über- und Unterversorgung (S.223-224) Deutschland: Elsevier GmbH.
- (12) Mateja Bulc, Andrée Rochfort, Johann A. Sigurdsson, Shlomo Vinker, Giorgio Visentin. WONCA Europe - Position Paper on Overdiagnosis and Action to Be Taken [Internet]. [cited 24.07.2023]. 2018; Available at: <https://www.woncaeurope.org/kb/overdiagnosis-and-action-to-be-taken-%E2%80%93-position-paper-2018>.
- (13) Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. DEGAM-Zukunftspositionen Allgemeinmedizin- spezialisiert auf den Menschen [Internet]. [cited 23.07.2023]. 2012; Available at: [https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber\\_uns/Positionspapiere/DEGAM\\_Zukunftspositionen.pdf](https://www.degam.de/files/Inhalte/Degam-Inhalte/Ueber_uns/Positionspapiere/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf).
- (14) Alber K, Kuehle T, Schedlbauer A, Schaffer S. Medical overuse and quaternary prevention in primary care – A qualitative study with general practitioners. BMC family practice 2017 Dec 08,;18(1):99.
- (15) Horvath K, Siebenhofer A. The Choosing Wisely Initiative: A critical analysis with a special focus on primary care. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2017 Dec;129:31-36.
- (16) Morden NE, Colla CH, Sequist TD, Rosenthal MB. Choosing wisely-the politics and economics of labeling low-value services. N Engl J Med 2014;370(7):589-92. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1314965>.
- (17) gemeinsam gut entscheiden- CHOOSING WISELY AUSTRIA [Internet]. [cited 14.05.2023]. Available at: <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/>.
- (18) Was ist gemeinsam gut entscheiden [Internet], gemeinsam gut entscheiden - CHOOSING WISELY AUSTRIA; Informationen für Ärztinnen und Ärzte [cited 14.05.2023]. Available at: <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/fuer-aerztinnen/>.
- (19) Aleksi Raudasoja, Survey of primary care physicans' attitudes towards low-value care and de-implementation: protocol, University of Helsinki, unpublished.
- (20) Michie S, Van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. Implementation Sci 2011;6(1).
- (21) Sawatsky A, Ratelle J, Beckman T. Qualitative Research Methods in Medical Education. Anesthesiology (Philadelphia) 2019 Jul;131(1):14-22.

(22) Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. *Medical teacher* 2020 Aug 2;;42(8):846-854.

(23) Röntgen bei Rückenschmerzen [Internet], gemeinsam gut entscheiden - CHOOSING WISELY AUSTRIA, Allgemeinmedizin; Stand April 2019 [cited 14.05.2023]. Available at: <https://gemeinsam-gut-entscheiden.at/roentgen-bei-rueckenschmerzen/>.

(24) Ingvarsson S, Augustsson H, Hasson H, Nilsen P, von Thiele Schwarz U, von Knorring M. Why do they do it? A grounded theory study of the use of low-value care among primary health care physicians. *Implementation science : IS* 2020 Oct 21;;15(1):1-93.

## 7 Appendix

### 7.1 Fragebogen

#### Umfrage zu Ansichten von Ärzt\*innen zu medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen

Sehr geehrte Damen und Herren,

vielen Dank, dass Sie sich für ca. 5-10 Minuten Zeit nehmen, um an unserer anonymen Befragung zu medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen teilzunehmen.

Das Projekt

Worum geht es?

Uns interessiert Ihre Meinung zu medizinisch nicht notwendigen Maßnahmen und welche Möglichkeiten Sie sehen, diese zu vermeiden.

Wer führt diese Studie durch?

Das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz in Zusammenarbeit mit 10 weiteren internationalen Forschungsinstituten.

Wer kann teilnehmen?

Gefragt werden Ärzt\*innen ab 18 Jahren, die im hausärztlichen Bereich tätig sind

Wie läuft die Studie ab?

Einmalige Befragung (Dauer ca. 10 Minuten)

Datenschutz

Die Teilnahme ist freiwillig, und Sie können die Umfrage jederzeit unterbrechen.

Zum internationalen Vergleich der Daten werden die geschlossenen Fragen über eine sichere Verbindung an das Forschungsteam in Finnland weitergeleitet. Dort erhalten nur am Projekt beteiligte Wissenschaftler\*innen Zugriff auf die Daten. Die offenen Fragen verbleiben zur Kodierung und Auswertung am Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung der Medizinischen Universität Graz.

Bitte beantworten Sie die einzelnen Fragen spontan und nach Ihrer persönlichen Einschätzung. Es gibt kein „Richtig“ oder „Falsch“.

Ich bin mit der Teilnahme an der Studie und der Speicherung der Antworten einverstanden.	Single-Choice Ja Nein (PROG: Ende)
--	--

## Hintergrundinformationen

1.Alter [in Jahren]	<p>&lt;30</p> <p>30-39</p> <p>40-49</p> <p>50-59</p> <p>≥60</p>
2.Geschlecht	<p>Single-Choice</p> <p>Männlich</p> <p>Weiblich</p> <p>Divers</p>
3.Waren Sie in den letzten 24 Monaten in einer hausärztlichen Praxis tätig?	<p>Single-Choice</p> <p>Ja</p> <p>Nein (PROG: Ende)</p>
4. Welchen Anteil Ihrer Arbeitszeit haben Sie in den letzten 24 Monaten für die klinische Arbeit aufgewendet?	<p>Single-Choice</p> <p>0-20%</p> <p>21-40%</p> <p>41-60%</p> <p>61-80%</p> <p>81-100%</p>
5.Wie lange sind Sie bereits in einer hausärztlichen Praxis tätig?	<p>Single-Choice</p> <p>Weniger als 5 Jahre</p> <p>5 bis 10 Jahre</p> <p>11 bis 20 Jahre</p> <p>21 bis 30 Jahre</p> <p>Über 31 Jahre</p>
6.Bitte geben Sie Ihre Facharztbezeichnung an:	<p>Multiple-Choice</p> <p>Ärzt*in für Allgemeinmedizin</p> <p>Ärzt*in für Arbeitsmedizin</p> <p>Ärzt*in für Arbeitsmedizin in Ausbildung</p> <p>Anderer Tätigkeitsbereich</p>

6.1 Bitte spezifizieren Sie Ihren anderen Tätigkeitsbereich	Freitextfeld (PROG: erscheint nur, wenn zuvor „anderer Tätigkeitsbereich“ ausgewählt wurde)
---	---

### Vertrautheit mit Choosing-Wisely Empfehlungen

Bitte lesen Sie die nachfolgenden Aussagen durch und wählen dann die Aussage, die für Sie am besten passt.

7. Sind Sie mit den Choosing-Wisely Empfehlungen vertraut?	Single-Choice; Matrix Ich habe noch nie davon gehört Ich habe schon davon gehört Ich kenne einige Empfehlungen Ich kenne viele Empfehlungen
8. Befolgen Sie die, für Sie relevanten Choosing-Wisely Empfehlungen im Rahmen Ihrer ärztlichen Tätigkeit?	Single-Choice; Matrix (PROG: erscheint nicht, wenn zuvor „Ich habe noch nie davon gehört“ ausgewählt wurde)  Nie Selten Oft Immer

## Allgemeine Fragen zu Überdiagnosen und Überversorgung

Nachfolgend finden Sie jeweils drei Aussagen zu Überdiagnosen und Überversorgung. Bitte vervollständigen Sie die Sätze, indem Sie jeweils eine der Antwortalternativen auswählen.

Überdiagnosen sind Diagnosen gemeint, die sich ohne eine Untersuchung nie bemerkbar gemacht und keine, oder nur harmlose Beschwerden ausgelöst hätten, die auch ohne Behandlung wieder verschwinden.

Überversorgung bedeutet, dass eine Behandlung mit wenig oder nicht gesichertem Nutzen durchgeführt wird und eventuell mehr Schaden als Nutzen verursacht. Es geht hier aber auch um Behandlungen, die zwar wirksam sind, aber in der speziellen Situation nicht sinnvoll sind. z.B. Antibiotikagabe bei viralen Infektionen.

9. In <u>meiner Praxis</u> stellen Überdiagnosen	Single-Choice; Matrix Überhaupt kein Problem dar Ein kleines Problem dar Ein mäßiges Problem dar Ein großes Problem dar
10. Im österreichischen Gesundheitssystem stellen Überdiagnosen	Single-Choice; Matrix Überhaupt kein Problem dar Ein kleines Problem dar Ein mäßiges Problem dar Ein großes Problem dar
11. In anderen Industrienationen stellen Überdiagnosen	Single-Choice; Matrix Überhaupt kein Problem dar Ein kleines Problem dar Ein mäßiges Problem dar Ein großes Problem dar
12. In <u>meiner Praxis</u> stellt Überversorgung (Behandlung mit wenig oder keinem Nutzen):	Single-Choice; Matrix Überhaupt kein Problem dar Ein kleines Problem dar Ein mäßiges Problem dar Ein großes Problem dar

<p>13.Im österreichischen Gesundheitssystem stellt Überversorgung (Behandlung mit wenig oder keinem Nutzen)</p>	<p>Single-Choice; Matrix  Überhaupt kein Problem dar  Ein kleines Problem dar  Ein mäßiges Problem dar  Ein großes Problem dar</p>
<p>14.In anderen Industrienationen stellt Überversorgung</p>	<p>Single-Choice; Matrix  Überhaupt kein Problem dar  Ein kleines Problem dar  Ein mäßiges Problem dar  Ein großes Problem dar</p>

(PROG: Wenn bei den Fragen zur eigenen Praxis 9 +12 jeweils „Überhaupt kein Problem dar“ ausgewählt wurde Ende der Befragung)

## Hindernisse bei der Reduktion von Überversorgung und Überdiagnostik

Nachfolgend werden mögliche Barrieren für die Reduktion von Überversorgung in Ihrer eigenen Praxis aufgezählt. Bewerten Sie die Wichtigkeit der verschiedenen Barrieren. Mit Überversorgung ist gemeint, dass eine Behandlung mit wenig oder nicht gesichertem Nutzen durchgeführt wird und eventuell mehr Schaden als Nutzen verursacht. Es geht hier aber auch um Behandlungen, die zwar wirksam sind, aber in der speziellen Situation nicht sinnvoll sind. z.B. Antibiotikagabe bei viralen Infektionen.

Mit Überdiagnosen sind Diagnosen gemeint, die sich ohne eine Untersuchung nie bemerkbar gemacht und keine oder nur harmlose Beschwerden ausgelöst hätten, die auch ohne Behandlung wieder verschwinden.

### Barrieren in Bezug auf Ärzt:innen

Fehlendes Wissen im Bereich der Überversorgung und Überdiagnose	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Angst, einen Behandlungsfehler zu begehen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Angst, dass Patienten unterversorgt und/oder unterdiagnostiziert werden	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Gefühl, dass die Verringerung von Überversorgung und Überdiagnostik nicht wichtig ist	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Routine und Gewohnheiten	Single-Choice; Matrix

	unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
mangelnde Kommunikationsfähigkeit, um Patienten von Risiken der Behandlungen und/oder Test zu überzeugen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Unsicherheit oder Uneinigkeit bzgl. der Empfehlung, was nicht getan werden soll	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
mangelndes Vertrauen in die Herkunft der Empfehlungen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Schwierigkeiten, (vertrauenswürdige) Informationen zu Überversorgung und Überdiagnostik zu finden	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Wunsch, die Erwartungen der Patient*innen erfüllen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig

## Organisatorische Barrieren

Arbeitsbelastung und Zeitmangel	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Fehlen von Unterstützung durch Kolleg*innen oder Management	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Fehlen von brauchbaren Tools (z.B. zur gemeinsamen Entscheidungsfindung)	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Anwendbarkeit der Evidenz im Bereich Allgemeinmedizin	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Zeitmangel, um auf dem neuesten Stand der Forschung zu bleiben	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
(wahrgenommener) Druck von Kolleg*innen oder Management	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig

Mangel an Zeit, um mit den Patient*innen zu diskutieren	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Schwierigkeiten gewohnte Organisationsabläufe zu durchbrechen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Finanzielle Anreize	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig

#### Patient\*innenbezogene Barrieren

Erwartungen der Patient*innen, dass etwas getan wird	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Fehlendes Wissen bei Patient*innen	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig
Patienten fordern Tests und Behandlungen ein	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig

	wichtig sehr wichtig
Informationen, die den Patienten von den Medien vermittelt werden	Single-Choice; Matrix unwichtig eher wichtig wichtig sehr wichtig

Wie können medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen reduziert werden?

Wir möchten gerne wissen, wie Sie vorgehen würden, um Überversorgung zu verhindern bzw. zu reduzieren. Ihre Antworten sind wichtig und sie stellen eine wichtige Grundlage für eine Verbesserung des Gesundheitswesens und für weitere Forschungsansätze dar.

18. Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten, überversorgenden und überdiagnostizierenden Maßnahmen im österreichischen Gesundheitssystem, die reduziert oder weggelassen werden sollten?	Freitextfeld
19. Was würde Ihnen helfen, medizinische Maßnahmen ohne gesicherten Nutzen zu reduzieren?  Bitte beschreiben Sie alle Arten von Einflüssen, die Sie dazu ermutigen würden, Überdiagnostik und Überversorgung zu reduzieren. Was könnten Ihre Kollegen, Organisationen und die Gesellschaft (z. B. Ihr Arbeitsplatz, medizinische Fachgesellschaften, die Regierung) tun, um Sie dabei zu unterstützen, Überdiagnostik und Überversorgung zu reduzieren?	Freitextfeld

Ende der Befragung

Vielen Dank, dass Sie an unserer Befragung teilgenommen haben.

## 7.2 Behavioral change wheel for reducing use of low-value care

### Interventions

#### **Education**

- Definition: Increasing knowledge or understanding
- examples: providing information in some form: educational sessions, educational material

#### **Persuasion**

- Definition: Using communication to induce positive or negative feelings or stimulate action
- Examples: creating nudges to stimulate action, trying to increase motivation to reduce use of a medical practice(s), encouragement

#### **Incentivization**

- Definition: Creating expectation of reward
- Examples: financial/professional/non-financial incentives to reduce use of medical practice

#### **Coercion**

- Definition: Creating expectation of punishment or cost
- examples: creating financial/professional/non-financial punishment for not reducing use of a medical practice

#### **Training**

- Definition: Imparting skills
- Examples: training on communicational skills/medical skills

#### **Restriction**

- Definition: Using rules to reduce the opportunity to engage in the target behaviour (or to increase the target behaviour by reducing the opportunity to engage in competing behaviours)
- Examples: Creating care pathways or protocols that do not allow use of certain practices

#### **Environmental restructuring**

- Definition: Changing the physical or social context
- Examples: reminders on what not to do, better health record systems

#### **Modelling**

- Definition: Providing an example for people to aspire to or imitate
- Examples: following example of other colleagues

#### **Enablement**

- Definition: Increasing means/reducing barriers to increase capability or opportunity
- Examples: more time to discuss with the patient/read the literature

## Policies

### **Communication/marketing**

- Definition: Using print, electronic, telephonic or broadcast media
- Examples: Media campaigns

### **Guidelines**

- Definition: Creating documents that recommend or mandate practice. This includes all changes to service provision
- Examples: Creating/updating guidelines or recommendations, Creating care protocols on when and when not to use a certain medical practice

### **Fiscal**

- Definition: Using the tax system to reduce or increase the financial cost
- Increasing/decreasing use of financial resources in health care

### **Regulation**

- Definition: Establishing rules or principles of behaviour or practice
- Examples: establishing rules or surveillance by governmental/health authorities

### **Legislation**

- Definition: Making or changing laws
- Regulation of medical practice by law

### **Environmental/social planning**

- Definition: Designing and/or controlling the physical or social environment
- Examples: planning of organizational structuring and health service system

### **Service provision**

- Definition: Delivering a service
- Examples: establishing services for patients or professionals which aim to reduce use of medical practice(s)

**Aim for using only one category for each short description. Send an email to Aleksy if this is unclear in some answers. One answer might give several short descriptions for interventions or policies.**