

Roland Riepel

Die elektronische Fallakte in der intersektoralen Kommunikation aus Sicht
der Niedergelassenen Ärzte – Konzeption, Erstellung und Validierung eines
Erhebungsinstruments

Diplomarbeit im Fach Management im Gesundheitswesen
Themensteller: Prof. Dr. Ludwig Kuntz
Vorgelegt in der Diplomprüfung im Studiengang Wirtschaftsinformatik der Wirtschafts-
und Sozialwissenschaftlichen Fakultät der Universität zu Köln
Köln 2014

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 – Nachfragekategorien.....	11
Tabelle 2 – Adaptiertes QAS zur Vorformulierung antizipierter Nachfragen	12
Tabelle 3 – Formulierungsregeln für bedingte Nachfragen.....	14
Tabelle 4 – Benötigte Dokumente nach Schnittstellen am Beispiel einer Knie-TEP	16
Tabelle 5 – Evaluationskomponenten des HITREF-Frameworks.....	20

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 – Phasen des Forschungsprozesses.....	3
Abbildung 2 – Erstellter Fragebogen, Seite 1.....	60
Abbildung 3 – Erstellter Fragebogen, Seite 2.....	61
Abbildung 4 – Erstellter Fragebogen, Seite 3.....	62
Abbildung 5 – Erstellter Fragebogen, Seite 4.....	63
Abbildung 6 – Erstellter Fragebogen, Seite 5.....	64
Abbildung 7 – Erstellter Fragebogen, Seite 6.....	65
Abbildung 8 – Erstellter Fragebogen, Seite 7.....	66
Abbildung 9 – Erstellter Fragebogen, Seite 8.....	67
Abbildung 10 – Erstellter Fragebogen, Seite 9.....	68
Abbildung 11 – Erstellter Fragebogen, Seite 10.....	69
Abbildung 12 – Erstellter Fragebogen, Seite 11.....	70
Abbildung 13 – Erstellter Fragebogen, Seite 12.....	71
Abbildung 14 – Erstellter Fragebogen, Seite 13.....	72
Abbildung 15 – EHRNS Fragebogen, Seite 1	73
Abbildung 16 – EHRNS Fragebogen, Seite 2	74
Abbildung 17 – EHRNS Fragebogen, Seite 3	75

Abkürzungsverzeichnis

CASM	Cognitive Aspects of Survey Methodology
EFA	Elektronische Fallakte
EGA	Elektronische Gesundheitsakte
eEPA	Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakte
EHRNS	Electronic Health Record Nurse Satisfaction Survey
HITREF	Health Information Technology Research-based Evaluation Framework
KIS	Krankenhausinformationssystem
iEPA	Institutionelle Elektronische Patientenakte
Fraunhofer ISST	Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik
PVS	Praxisverwaltungssystem
QAS	Question Appraisal System
TEP	Totelendoprothese

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Motivation	1
1.2	Zielsetzung.....	2
2	Methodik.....	2
2.1	Grundlagen	2
2.2	Konzeptualisierung.....	4
2.3	Operationlisierung	4
2.4	Testen.....	5
2.4.1	Rolle / Ziele des Testens.....	5
2.4.2	Methodenauswahl / Ablauf.....	5
2.4.3	Testmethoden.....	6
2.4.4	Stichprobengröße.....	6
2.4.5	Art der Datenerhebung / Anwendbarkeit der Methoden auf nicht Interviewer- gestützte Datenerhebung.....	6
2.4.6	Kognitive Interviews	7
2.4.6.1	Vorgehen	9
2.4.6.1.1	Vorbereitung der Interviews.....	9
2.4.6.1.2	Teilnehmerwerbung.....	14
2.4.6.1.3	Auswertung.....	15
3	Konzeptualisierung/ Operationalisierung.....	16
3.1	20

3.2	Einflussfaktoren (nach HITREF-Framework).....	20
4	Operationalisierung / Fragebogenentwicklung.....	21
5	Ergebnisse der kognitiven Interviews.....	22
5.1	Zusammenfassung inhaltsähnlicher Fragen.....	22
5.1.1	Fragen B8, D4. Das System steht durchgängig zur Verfügung.....	23
5.1.2	Fragen B9, D5. Es kommt häufig zu Problemen mit dem System.....	23
5.1.3	Fragen B10, D6. Das System ist benutzerfreundlich.....	24
5.1.4	Fragen B11, D7, E2. Wechsel von PVS/Dokumentationssystem in ein anderes Programm notwendig.	25
5.1.5	Fragen B12, D8, E1. Vom PVS abweichende Bedienung.....	26
5.1.6	Fragen B13, D9. Ausreichende Unterstützung bei der Benutzung des Systems. 27	
5.1.7	Frage B14, D10. Ausreichende Ressourcen zum Erlernen der Benutzung des Systems.....	27
5.1.8	Fragen B15, C1, D11. Die benötigten Dokumente liegen rechtzeitig, vollständig und in aktueller Fassung vor, wenn sie wie genannt übermittelt werden.	28
5.1.9	Fragen B16, C2, D12, E3. Die Dokumente können bei der genannten Form der Datenübermittlung unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden....	29
5.1.10	Fragen B17, C3, D13. Patienten äußern Bedenken bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit bezüglich der genannten Form der Übermittlung ihrer Daten. ...	30
5.1.11	Fragen B18, D14. Die Anschaffungskosten für das System sind gemessen am Nutzen zu hoch.	31
5.1.12	Fragen B19, C4, D15. Der Arbeitsaufwand zur genannten Form der Datenübermittlung ist gering.	31

5.1.13	Fragen B20, C5, D16. Insgesamt bin ich zufrieden mit der genannten Form der Datenübermittlung.....	32
5.1.14	Fragen B21, C6, D17. Ich würde anderen Kollegen die genannte Form der Datenübermittlung empfehlen.	32
5.1.15	Fragen B22, C7, D18. Ich denke, die Patienten sind zufrieden mit der Nutzung der genannten Form der Übermittlung ihrer Daten.	33
5.1.16	Fragen B23, C8, D19. Ich würde meinen Patienten die genannte Form der Datenübermittlung empfehlen.	34
5.1.17	Fragen B24, C9, D20. Die Behandlung kann wie geplant durchgeführt werden, wenn die Unterlagen wie genannt übermittelt werden.	34
5.1.18	Fragen B25, C10, D21. Die Behandlungsentscheidungen sind angemessen, wenn die Unterlagen wie genannt übermittelt werden.	35
5.1.19	Frage B26, D22. Beteiligung an der Einführung des Systems.	36
5.1.20	Frage B27, D23. Einfluss der Nutzer auf die Gestaltung des Systems.	36
5.1.21	Frage B28, D24. Aufklärung des Patienten.	37
5.1.22	Fragen B30, C11, D25. Die genannte Art der Übermittlung trägt zur Patientensicherheit bei.	37
5.1.23	Fragen B31, C12, D26. Die genannte Form der Datenübermittlung trägt zum Behandlungserfolg bei.	38
5.1.24	Fragen B32, C13, D27. Die genannte Form der Datenübermittlung unterstützt eine effektive Kommunikation zwischen allen an der Versorgung eines Patienten beteiligten Behandlern.	38
5.1.25	Fragen B33, C14, D28. Ich hatte persönlich Fälle, in denen die genannte Form der Übermittlung die Behandlung beeinträchtigt hat.	38
5.1.26	Frage B34, D29, E6. Mein System kann nicht mit den Systemen aller potentiellen Mitbehandler kommunizieren.	39

5.2 Fragebogenteil A	40
5.2.1 Frage A1. In welchem Fachgebiet praktizieren Sie?.....	40
5.2.2 Frage A2. Wie viele Ärzte (vollzeitäquivalent) sind - Sie eingeschlossen - mit Ihnen in der Praxis tätig?	41
5.2.3 Frage A3. Falls Sie nicht alleine praktizieren, haben Ihre Kollegen ein anderes Fachgebiet?.....	42
5.2.4 Frage A4. Welche ist die für Ihren Praxisstandort zuständige KV?.....	42
5.2.5 Frage A5. Wo befindet sich Ihre Praxis?.....	42
5.2.6 Frage A6. Wie alt sind Sie?	42
5.2.7 Frage A7. Sind Sie männlich oder weiblich?	43
5.2.8 Frage A8. Nimmt Ihre Praxis an Programmen der Integrierten Versorgung teil? 43	
5.2.9 Frage A9. Wie dokumentieren Sie in Ihrer Praxis?.....	43
5.2.10 Frage A10. Falls Sie papierbasiert dokumentieren, planen Sie auf eine elektronische Dokumentation umzustellen?	44
5.2.11 Frage A11. Falls Sie elektronisch dokumentieren, welches Dokumentationssystem verwenden Sie?	44
5.2.12 Frage A12. Ist Ihre Praxis an elektronische Kommunikationsnetze angebunden?	45
5.2.13 Frage A13. Wie werden Patientendaten zwischen Ihnen und anderen Behandlern übermittelt?	45
5.2.14 Frage A14. Welche Art überwiegt?.....	46
5.3 Fragebogenteil B.....	47
5.3.1 Frage B1. Welche Art von elektronischem/n System/en verwenden Sie?	47

5.3.2	Frage B2. Falls Sie eine virtuelle Akte verwenden, wo werden die Patientendaten gespeichert?.....	48
5.3.3	Frage B3. Wie erfolgt der Zugriff?.....	48
5.3.4	Frage B4. Falls Sie ein separates Programm einsetzen, welches System verwenden Sie?.....	49
5.3.5	Frage B5. Was hat die initiale Einrichtung des Systems in Ihrer Praxis gekostet?.....	49
5.3.6	Frage B6. Wie hoch sind die Betriebs/Nutzungskosten?	50
5.3.7	Frage B7. Wie werden diese abgerechnet?.....	50
5.3.8	Frage B29. Die Aufklärung des Patienten über die Verwaltung der Einverständniserklärungen zur elektronischen Datenübermittlung ist aufwändig.....	51
5.4	Fragebogenteil C.....	51
5.4.1	Einleitung.....	51
5.5	Fragebogenteil D	51
5.5.1	Frage D1. Bieten andere Behandler die Möglichkeit der elektronischen Patientendatenübermittlung?	51
5.5.2	Frage D2. Wenn die Möglichkeit angeboten wird, beabsichtigen Sie, diese kurzfristig zu nutzen?	52
5.5.3	Frage D3. Wenn nicht beabsichtigt ist, die Möglichkeit kurzfristig zu nutzen, warum nicht?	52
5.6	Fragebogenteil E.....	52
5.6.1	Frage E4. Bei vielen meiner Patienten ist es notwendig, Patientendaten mit weiteren Behandlern auszutauschen.....	52

5.6.2 Frage E5. Dabei konzentriert sich die Notwendigkeit des Austausches auf wenige Behandler.	53
5.6.3 Frage E7. Das Fehlen von Vorgaben bezüglich des elektronischen Patientendatenaustausches verhindert die Nutzung.....	53
5.6.4 Frage E8. Einheitliche Standards zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten sollten verbindlich festgelegt werden.	54
5.6.5 Frage E9. Systeme zum elektronischen Patientendatenaustausch sind noch bei zu wenigen Behandlern vorhanden.....	54
5.6.6 Frage E10. Die Auswahl und Verwaltung der zu übermittelnden Dokumente sollte durch die Behandler und nicht durch die Patienten erfolgen.....	55
5.6.7 Frage E11. Alle an der Behandlung eines Patienten Beteiligten sollten auf dieselben Dokumente zugreifen können.....	55
5.6.8 Frage E12. Es sollten nur die für den konkreten Behandlungsfall relevanten Dokumente zugänglich sein.....	56
5.6.9 Frage E13. Patienten sollten für jedes einzelne Dokument bestimmen können, welcher Behandler darauf zugreifen darf.	56
5.6.10 Frage E14. Die zu übermittelnden Dokumente sollten in einer Behandlerübergreifenden Akte zusammengefasst sein.....	57
5.6.11 Frage E15. Ich möchte auch über mobile Endgeräte (Smartphone/Tablett) auf die übermittelten Daten zugreifen können.....	57
5.6.12 Frage E16. Der Nutzen des elektronischen Austauschs von Patientendaten ist noch nicht ausreichend belegt.....	57
5.6.13 Frage E17. Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung sind zum Teil dem EDV-Einsatz zuzuschreiben.	58
5.6.14 Frage E18. Es sollte finanzielle Anreize für die Teilnahme an der elektronischen Übermittlung geben.....	58

5.7	Anmerkungen zum Fragebogen insgesamt.....	58
6	Fazit und Ausblick.....	59

1 Einleitung

1.1 Motivation

Mit der elektronischen Fallakte – kurz: EFA – wurde 2006 ein IT-Standard zum elektronischen Austausch von Patientendaten eingeführt, um die Effizienz und Qualität in einrichtungs- und sektorübergreifenden Behandlungsszenarien zu verbessern.¹ Doch wird dieser "noch nicht richtig gelebt"², wie die Teilnehmer der letztjährigen Anwendertagung des EFA-Vereins feststellten. Diese Einschätzung wird auch von einer aktuellen Studie der Technologieberatung Accenture gestützt, nach der in Deutschland nur 39% der befragten Ärzte in interinstitutionellen und intersektoralen Behandlungskontexten Zugriff auf die Patientendaten ihrer mitbehandelnden Kollegen haben. Im internationalen Vergleich hat fast die Hälfte der befragten Ärzte diese Möglichkeit.³

Als ursächlich für die noch geringe Verbreitung des EFA-Standards in der praktischen Anwendung sehen die Teilnehmer des Anwendertreffens die bisherige Fokussierung auf technische Aspekte, eine damit einhergehend unzureichende Darstellung der mit dem elektronischen Datenaustausch verbundenen Mehrwerte sowie die noch unzureichende Implementierung des Standards in medizinischen Akten- und Informationssystemen und daraus resultierende Inkompatibilitäten zwischen den Systemen verschiedener Hersteller.⁴

Auch für die im Rahmen der Accenture-Studie befragten deutschen Ärzte stellen Interoperabilitäts- und Kompatibilitätsfragen sowie nicht-technische Aspekte wie mangelnde Benutzerfreundlichkeit, Datenschutzbedenken und Kosten für die eigene Organisation die größten Barrieren dar, die dem elektronischen Austausch von Patientendaten und somit der Realisierung der damit verbundenen Vorteile im Wege stehen.⁵

Dies legen auch die Ergebnisse eines Literaturreviews von Häyrinen, Saranto und Nykänen nahe, in dessen Rahmen elektronische einrichtungs- und sektorübergreifende Akten zwar

¹ Vgl. O.V. (2014b), S. 3.

² O.V. (2013b), S. 63.

³ Vgl. O.V. (2013a), S. 9.

⁴ Vgl. O.V. (2013b), S. 63.

⁵ Vgl. O.V. (2013a), S. 12f.

als mögliche Ausprägung elektronischer Aktensysteme im Gesundheitswesen genannt werden, aber keine Artikel dazu gefunden wurden.⁶

1.2 Zielsetzung

Im Rahmen einer vom Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) in Zusammenarbeit mit dem EFA-Verein, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft durchzuführenden Studie sollen nun Handlungsempfehlungen entwickelt werden, die dazu beitragen sollen, die Nutzung des EFA-Standards zu erhöhen, den Informationsaustausch an der Schnittstelle zwischen dem niedergelassenen und klinischen Sektor des deutschen Gesundheitssystems zu erleichtern und damit die Effizienz und Qualität in intersektoralen Behandlungskontexten zu verbessern.

In einem ersten Schritt soll dazu zunächst erhoben werden, wie derzeit in intersektoralen Behandlungskontexten (also zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich – siehe hierzu Kapitel Konzeptualisierung/Operationalisierung unter Kapitel 3) kommuniziert wird und welche Faktoren die Nutzung elektronischer Kommunikationsmittel beeinflussen.

Im Rahmen meiner Diplomarbeit möchte ich mich mit der Vorbereitung dieses ersten Schrittes, also der Erfassung der aktuellen Situation in der einrichtungs- und sektorübergreifenden Kommunikation sowie der Identifikation und Erhebung von Faktoren, welche die Nutzung elektronischer Aktensysteme beeinflussen, aus Sicht der Niedergelassenen Ärzte befassen. Hierzu wird ein Fragebogen entwickelt und im Rahmen eines sogenannten Pretests (Das Wesen von Pretests wird in Kapitel 2 näher erläutert) vorab auf seine Brauchbarkeit hin geprüft werden. Dabei soll – wie eingangs erwähnt – die inhaltliche Perspektive über die rein technischen Aspekte hinaus erweitert werden.

2 Methodik

2.1 Grundlagen

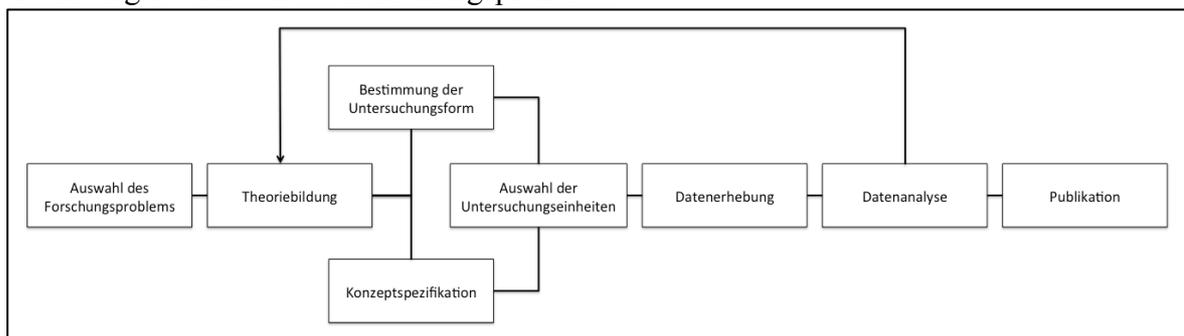
Bei Umfragen handelt es sich um ein konkretes Forschungsdesign einer empirischen Untersuchung.⁷ Als solche kann sie als ein mehrere Phasen umfassender Prozess aufgefasst

⁶ Vgl. Häyrynen / Saranto / Nykänen (2008), S. 295.

⁷ Vgl. Schnell / Hill / Esser (2011), S. 205.

werden – siehe Abbildung 1. Nach der Auswahl des Forschungsthemas sind die verwendeten Begriffe und Konzepte zu präzisieren (Konzeptualisierung). Um sie messbar zu machen, sind diesen im Rahmen der Operationalisierung beobachtbare Sachverhalte zuzuweisen und in einem Messinstrument zusammenzufassen. Die Messinstrumente sind auf ihre Güte hin zu untersuchen. Haben diese sich in der Zielpopulation als verlässlich und valide erwiesen, werden mit diesen die gewünschten Daten erhoben. Dazu sind mit Hilfe eines exakt definierten und reproduzierbaren Verfahrens Erhebungsobjekte auszuwählen. Anschließend werden die Ergebnisse ausgewertet und publiziert.⁸

Abbildung 1 – Phasen des Forschungsprozesses



Quelle: Schnell / Hill / Esser (2011), S. 4

Auch die Empfehlungen für die Vorbereitungen von Studienvorhaben innerhalb des European Statistical System (ESS) setzen auf ein solches Prozessmodell, das die der Datenerhebung vorgelagerten Phasen umfasst und mit dem dargestellten Modell von Schnell, Esser und Hill annähernd deckungsgleich ist.⁹

Die der Datenerhebung vorgelagerten Phasen werden als besonders kritisch im Hinblick auf die Reliabilität und Validität der mit dem erstellten Erhebungsinstrument gewonnenen Daten angesehen.¹⁰ Deshalb soll der Fokus dieser Arbeit auf der Konzeption, dem Erstellen und Testen des Erhebungsinstruments liegen. Die Datenerhebung und -auswertung, sowie die Veröffentlichung der Ergebnisse erfolgt in einem nächsten Schritt außerhalb dieser Arbeit.

⁸ Vgl. Schnell / Hill / Esser (2011), S. 3ff.

⁹ Vgl. Brancato / Macciha / Murgia et al. (2014), S. 122.

¹⁰ Vgl. Bohrnstedt (2010), S. 389; DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al. (2014), S. 1.

2.2 Konzeptualisierung

Sockolow, Crawford und Lehmann liefern mit dem HITREF-Framework (steht für Health Information Technology Research-based Evaluation Framework) ein Werkzeug zur Konzeption von Studien zur Evaluation elektronischer Aktensysteme.¹¹ Diese sind definiert als „digitales Magazin sicher abgelegter und ausgetauschter Patientendaten, die mehreren Benutzern zur Unterstützung der Qualität und Effizienz integrierter Gesundheitsversorgung zugänglich sind,“¹² und auch das als EFA-Spezifikation beschriebene elektronische Aktensystem kann unter diese Definition subsumiert werden.

Damit erfüllt es die geforderte inhaltliche und perspektivische Breite des Studienfokus. Das HITREF-Framework soll daher die Basis der Konzeptionalisierung des Erhebungsinstruments bilden, die identifizierten Themenkomplexe die Struktur geben. Es soll weitergehend EFA-spezifische Fragestellungen erweitert werden.

Anhand des Adaptierten QAS zur Vorformulierung antizipierter Nachfragen von Willis wird die Qualität des im Pretest untersuchten Bogens mit seinen festgelegten Fragestellungen überprüft und in Empfehlungen für eine Überarbeitung überführt.¹³ Darauf wird näher eingegangen in Punkt 2.4.6.1.1, der Vorbereitung des Interviews.

2.3 Operationalisierung

Ziele der Operationalisierung sind es, eine weiterführende Fragenerstellung zu ermöglichen. Die Ausarbeitung dieser Fragen kann in einem weitergehenden Schritt, der über die vorliegende Arbeit hinausgeht, umgesetzt werden. Für diesen weitergehenden Schritt sollen Datennutzern die beabsichtigten Analysen ermöglicht werden.¹⁴

Schon bei der Fragenerstellung des Pretests, sollen die Fragen und Antworten für Befragte verständlich gehalten werden. Als Modellbeispiel zur Orientierung für den Pretest soll EHRNS dienen, das sich bei dem HITREF-Framework, indem ein eng verwandter Themenbereich abgefragt wurde, bereits bewährt hat. Darauf wird näher in Kapitel 3 eingegangen.

¹¹ Vgl. Sockolow / Crawford / Lehmann (2012), S. 129.

¹² Vgl. Sockolow / Crawford / Lehmann (2012), S. 125.

¹³ Vgl. Willis (2005), S. 88f.

¹⁴ Vgl. Brancato / Macciha / Murgia et al. (2014), S. 13.

2.4 Testen

2.4.1 Rolle / Ziele des Testens

Grundlage einer nicht nur qualitativ hochwertigen Umfrage sondern auch deren aussagekräftigen und validen Ergebnisse ist ein zuvor eingehend getestetes und sauber ausgearbeitetes Frageinstrument.¹⁵ Tatsächlich reichen meist schon wenige Pretest-Teilnehmer aus, um einerseits einen Überblick über mögliche Antwortvariationen zu bekommen und andererseits mangelnde Qualität in den Fragestellungen ausfindig zu machen.¹⁶

So legt Fowler vom Inhalt der Befragung unabhängige Standards fest, die als Grundvoraussetzung für valide Umfragen gegeben sein müssen und anhand derer in Pretests die Fragenqualität geprüft werden kann.¹⁷ Diese „common standards“ bilden die grundlegenden Eigenschaften guter Fragen und zeichnen sich aus durch: Konsistentes Verständnis der Begriffe über aller Teilnehmer hinweg und in Einklang mit der Intention des Forschers, sowie eine konsistente Präsentation und Beschreibung der geforderten Antworten. Darüberhinaus müssen die Teilnehmer bereit sein, die geforderten Informationen preiszugeben. Bei der Umsetzung der Standards sind Regeln zur Fragenstellung zu befolgen und letztere vor der Durchführung der Erhebung auf ihre Funktionalität und somit Qualität zu testen.¹⁸

2.4.2 Methodenauswahl / Ablauf

Obwohl in einschlägiger Literatur Pretests als Grundvoraussetzungen für Umfragen genannt werden, gibt es keine allgemeine Übereinkunft, wie diese üblicherweise abgewickelt werden sollen.¹⁹ Abgesehen davon, dass es keine allgemein gültigen Richtlinien gibt, existieren nur in seltenen Fällen Veröffentlichungen über Pretests oder die Entstehungsprozesse der finalen Fragebögen²⁰. Die ESS definiert allerdings das Wesen von

¹⁵ Vgl. DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al., S. 1; Brancato / Macciha / Murgia et al. (2014), S. 121.

¹⁶ Vgl. Converse / Presser (1986), S. 55f.

¹⁷ Vgl. Fowler (1995), S. 2.

¹⁸ Vgl. Fowler (1995), S. 4.

¹⁹ Vgl. Converse / Presser (1986), S. 7.

²⁰ Vgl. Converse / Presser (1986), S. 52.

Pretests als iteratives Vorgehen, das sich nicht auf eine einmalige Durchführung einer bestimmten Methode reduziert, sondern mehrere Techniken vereint.²¹

2.4.3 Testmethoden

Es gibt eine Einteilung anhand des Fortschritts der Erstellung des Erhebungsinstruments in sogenannte Pre-field-Tests unter Laborbedingungen und Field-Tests unter Bedingungen der realen Studiendurchführung.²²

Ein weiterer Überblick über die Methoden, die sich vom Zeit- und Inszenierungsaufwand unterscheiden und den jeweiligen Inhalten und Fragegegenständen entsprechend zugeordnet werden können, findet sich in den Papieren der USCB und der ESS ist aber im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht relevant.

Bei der geplanten Erhebung wird ein Pre-Field-Test angestrebt, bei dem die Probanden in einem kognitiven Interview in Echtzeit Auskunft über Probleme beim Verständnis und Beantworten der jeweiligen Fragen geben – die sogenannte „Think-aloud-Methode“. Dazu später unter Punkt 2.4.6 Näheres.

2.4.4 Stichprobengröße

Ebenso schwierig wie Angaben zum standardisierten Abwickeln von Pretests lassen sich eindeutige Empfehlungen zur Anzahl der optimalen Stichprobengröße an Interviewten finden. Das USCB nennt eine variierende Stichprobengröße von neun bis mehreren hundert Personen,²³ für die meisten Verfahren seien aber keine großen Gruppen nötig.²⁴ Converse und Presser definieren die optimale Menge als das „magische N an so vielen Leuten, wie man nur bekommen kann.“²⁵

2.4.5 Art der Datenerhebung / Anwendbarkeit der Methoden auf nicht Interviewer-gestützte Datenerhebung

In Pre-Field-Techniken können auch andere als die für die eigentliche Erhebung vorgesehene Techniken eingesetzt werden (z.B. Face-to-Face-Interviews für eigentlich

²¹ Vgl. ESS, S. 7.

²² Vgl. DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al., S. 9.

²³ Vgl. DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al., S. 3.

²⁴ Vgl. DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al., S. 76.

²⁵ Vgl. Converse / Presser (1988), S. 69.

selbst auszufüllende Fragebögen). In Fieldtests dagegen sollte die Art der Erhebung mit der der eigentlichen Erhebung übereinstimmen, um deren Einfluss zu minimieren (sogenannte mode effects).²⁶

Für das zu entwickelnde Erhebungsinstrument zur EFA ist in der finalen Version ein Fragebogen angedacht, den die Probanden (Niedergelassene Ärzte) in selbstständig ausfüllen können. Da in dieser Situation – anders als z.B. bei einem Face-to-Face-Interview, in dem jederzeit Rückfragen gestellt werden können – der Befragte auf sich allein gestellt ist, sind die Anforderungen an Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragen und Antworten in diesem Falle besonders hoch.

Aus diesem Grund wurde für den Pretest die Methodik des Kognitiven Interviews gewählt, um Unklarheiten unmittelbar durch den Rezipienten (Befragten) zu erfahren.

2.4.6 Kognitive Interviews

Kognitive Interviews sind Techniken zur Untersuchung des Verständnisses und der Verarbeitung von sowie der Reaktion auf Informationen bereitstellende oder abfragende Materialien.²⁷ Sie werden insbesondere zur Überprüfung von Umfrageinstrumenten eingesetzt.

Diese Techniken stützen sich auf die Forschungsergebnisse zu den kognitiven Aspekten der Umfragemethodik (Cognitive Aspects of Survey Methodology, kurz CASM).²⁸ Dabei handelt es sich um einen interdisziplinäreren Ansatz, der die Sicht der Umfrageforschung um die Perspektive der kognitiven Psychologie erweitert, indem er dem Frage/Antwort-Prozess einen weiteren Schritt zwischenschaltet.²⁹ In diesem sind die kognitiven Abläufe gebündelt, die bei der Beantwortung einer Frage durchlaufen werden.

Tourangeau, Rips und Rasinski unterteilen diese kognitiven Abläufe in die Komponenten Verstehen, Abrufen, Beurteilen und Wiedergeben.³⁰ Um eine im Sinne einer Umfrage „fehlerfreie“ Antwort geben zu können, muss der Befragte demnach zunächst in der Lage sein, die ihm gestellte Frage nach Form und Inhalt zu verstehen sowie ihre Intention zu

²⁶ Vgl. DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al., S. 77.

²⁷ Vgl. Willis (2005), S. 3.

²⁸ Vgl. Willis (2005), S. 34.

²⁹ Vgl. Sirken / Schechter (1999), S. 2.

³⁰ Vgl. Tourangeau / Rip / Rasinski (2000), S. 7ff.

erkennen (Komponente „Verstehen“). Dann muss der Befragte die benötigten Informationen mittels geeigneter Suchstrategien aus seinem Gedächtnis abrufen (Komponente „Abrufen“). Die abgerufenen Informationen müssen hinsichtlich ihrer Vollständigkeit und Eignung zur Beantwortung der Frage bewertet, gegebenenfalls weiterverarbeitet und in eine angemessene Antwort überführt werden (Komponente „Beurteilung“). Die so erlangte Antwort muss nun einer der zur Auswahl stehenden Antwortkategorien zugeordnet werden (Komponente „Wiedergeben“). Dabei kann der Befragte sich auch entscheiden, die Antwort zu verweigern.

Kann der Befragte die Anforderungen einer Frage an diesen kognitiven Prozess nicht erfüllen, kommt es zu einer im Sinne der empirischen Sozialforschung „fehlerhaften“, also nicht die tatsächlichen Gegebenheiten wiedergebenden Antwort.³¹ Mögliche Fehlerquellen sind hierbei die Aufmerksamkeitsspanne des Befragten, die Formulierung der Frage und die verwendeten Begriffe, deren Bedeutungen unterschiedlich aufgefasst oder gänzlich unbekannt sein können. Auch können die gesuchten Informationen im Gedächtnis des Befragten unter von der Frage abweichenden Begriffen abgelegt, deren Präzision von der in der Frage geforderten abweichend oder die benötigten Informationen unvollständig vorhanden sein. Befragte versuchen dann fehlende Informationen zu schätzen oder plausibel abzuleiten. Schließlich kann es zu Schwierigkeiten kommen, die eigene Antwort exakt einer der angebotenen Antwortkategorie zuzuordnen, da diese aus der Sicht des Befragten entweder nicht ausreichend bestimmt sind oder auch mehrere zutreffen können. Außerdem werden sensible Fragen häufig ausweichend beantwortet.³²

Ziel kognitiver Interviews ist es, diese Fehlerquellen aufzudecken. Als Ergebnisse liefern diese primär Empfehlungen zur Umformulierung der Fragen des Umfrageinstruments. Daneben können sie auch weiteren Klärungsbedarf hinsichtlich der Zielsetzung der Fragen, Probleme mit deren Anordnung und mit dem Umfang des Umfrageinstruments sowie Einschränkungen des Abfragbaren aufzeigen.³³

Dazu werden im Rahmen kognitiver Interviews hauptsächlich sogenannte Think-aloud-Interviews und Nachfragetechniken (sogenannte „Verbal Probes“) eingesetzt.³⁴ Bei Think-aloud-Interviews wird der Befragte zu Beginn des Interviews gebeten, seine Gedanken

³¹ Vgl. Sirken / Schechter (1999), S. 2.

³² Vgl. Tourangeau / Rips / Rasinski (2000), S. 7ff.

³³ Vgl. Willis (2005), S. 152ff.

³⁴ Vgl. Willis (2005), S. 58.

während der Beantwortung der Fragen zu verbalisieren.³⁵ Bei den Nachfragetechniken werden dem Befragten nach der Beantwortung der Fragen des Erhebungsinstruments weitere Fragen zu seinem Beantwortungsprozess gestellt.³⁶ Diese Unterscheidung ist allerdings eher theoretischer Natur, da in der praktischen Durchführung eine rigorose Trennung zwischen Think-aloud-Interview und Nachfragetechniken nicht einzuhalten ist; die Teilnehmer verbalisieren ihre Denkprozesse auch ohne explizite Aufforderung. Beide Techniken ergänzen sich.³⁷

2.4.6.1 Vorgehen

Das Überprüfen von Umfrageinstrumenten mit kognitiven Interviews ist ein iterativer Prozess. Das Umfrageinstrument wird auf Basis der durch die Interviews generierten Informationen überarbeitet und erneut getestet. Dabei verschiebt sich der Fokus mit jeder Iteration von der globalen Ebene der zu messenden Konzepte hin zu spezifischen Formulierungen. Er umfasst die Vorbereitung des Interviews, die Teilnehmerwerbung sowie die eigentliche Durchführung, welche auch die Auswertung beinhaltet.³⁸

2.4.6.1.1 Vorbereitung der Interviews

Im Gegensatz zu Think-aloud-Interviews müssen bei Einsatz der Nachfragetechniken weitere Überlegungen angestellt werden, wonach wann wie gefragt werden soll.³⁹

Die Frage nach dem „Wonach“ bezieht sich auf den durch die Frage abgefragten kognitiven Teilprozess. Danach können Fragen eingeteilt werden in Fragen zum Verständnis, Fragen zum Informationsabruf, Aufforderungen zur Wiedergabe der Frage in eigenen Worten, Bitten um eine Einschätzung der gegebenen Antwort sowie generelle und spezifische Nachfragen.⁴⁰

Weiter lassen sich Nachfragetechniken anhand des Zeitpunkts der Nachfrage durch den Interviewer in gleichzeitige und nachträgliche Nachfragen unterteilen. Nachträglich bedeutet hier, dass zunächst das gesamte Erhebungsinstrument bearbeitet wird, bevor auf den Antwortprozess zielenden Fragen gestellt werden. Beim gleichzeitigen Nachfragen

³⁵ Vgl. Ericsson / Simon (1980), S. 220.

³⁶ Vgl. Willis (2005), S. 47.

³⁷ Vgl. Willis (2005), S. 57f.

³⁸ Vgl. Willis (2005), S. 146.

³⁹ Vgl. Willis (2005), S. 67.

⁴⁰ Vgl. Willis (2005), S. 48f.

werden diese unmittelbar nach der Beantwortung der jeweiligen Frage des Erhebungsinstruments gestellt.⁴¹

Wann die Fragen zu den kognitiven Prozessen gestellt werden sollen, ist abhängig von der geplanten Durchführungsform der Umfrage und vom Stand der Entwicklung des Erhebungsinstruments.⁴² Deshalb gibt es gerade im Fall selbst auszufüllender papierbasierter Umfrageinstrumente keine einheitlich empfohlene Vorgehensweise. Liegt der Fokus auf der Überprüfung des Frageverständnisses wird das gleichzeitige Nachfragen empfohlen, liegt der Fokus auf der Überprüfung des Umgangs mit dem Umfrageinstrument, das retrospektive Nachfragen bzw. die Think-aloud-Technik.⁴³

Das im Rahmen dieser Arbeit zu erstellende Erhebungsinstrument soll den Teilnehmern zum Selbstauffüllen in Papierform zur Verfügung gestellt werden. Das Instrument befindet sich noch am Beginn der Entwicklungsphase. Der Fokus der Überprüfung liegt somit also in erster Linie auf dem Fragenverständnis. Deshalb kommt hauptsächlich die nachträgliche Fragetechnik zur Anwendung.

Nachfragetechniken können weiterhin in pro- und reaktive Nachfragen unterschieden werden. Reaktive Nachfragen werden nur dann gestellt, wenn das Antwortverhalten des Befragten Hinweise auf das Vorliegen eines Problems liefert. Pro-aktiven Nachfragen liegen Vermutungen über mit den Fragen verbundene Probleme zu Grunde und werden auf Initiative des Interviewers auch dann gestellt, wenn es solche Hinweise nicht gibt.⁴⁴

Wie Conrad und Blair ausführen, birgt die pro-aktive Form des Nachfragens die Gefahr, dass der Befragte zu Aussagen gedrängt wird, welche die Existenz eines Problems nahelegen, das aber tatsächlich nicht vorhanden ist.⁴⁵ Willis setzt dem entgegen, dass erst durch pro-aktives Nachfragen versteckte Probleme erkannt werden können, die bei reaktivem Nachfragen unentdeckt bleiben würden. Das Aufdecken verdeckter Missverständnisse ist aber gerade die Aufgabe kognitiver Interviews, die aus diesem Grunde nicht alleine auf reaktives Nachfragen setzen sollten.⁴⁶

⁴¹ Vgl. Willis (2005), S. 51f.

⁴² Vgl. Willis (2005), S. 52, 185.

⁴³ Vgl. Willis (2005), S. 182.

⁴⁴ Vgl. Willis (2005), S. 87ff.

⁴⁵ Vgl. Conrad / Blair (2001), S. 2.

⁴⁶ Vgl. Willis (2005), S. 91ff.

Eng verbunden mit der Einteilung in pro- und reaktive Nachfragen ist die Einteilung anhand des Zeitpunkts der Formulierung der Nachfragen.⁴⁷ Diese können entweder nach festen Regeln vor- oder während des Interviews frei formuliert werden.

Mit frei formulierten Nachfragen lassen sich während des Interviews Probleme aufdecken, die bei der Erstellung der Prüfungsfragen nicht antizipiert wurden bzw. für die im Regelwerk für reaktive Fragen kein Auslöser definiert ist.⁴⁸ Allerdings führt dies zu einer Individualisierung des kognitiven Interviews und zu einer Entfernung von den Gegebenheiten der Durchführungsform der tatsächlichen Umfrage.

Kombinationen entlang dieser beiden Dimensionen ergeben die in Tabelle 1 dargestellten Kategorien.

Tabelle 1 – Nachfragekategorien

	Pro-aktiv	Reaktiv
Vorformuliert	Antizipierte Nachfrage	Bedingte Nachfrage
Frei formuliert	Spontane Nachfrage	Auftauchende Nachfrage

Quelle: Eigene Darstellung übernommen von Willis (2005), S. 88.

Da sich das Erhebungsinstrument in der Anfangsphase der Entwicklung befindet und der Fokus der Untersuchung auf dem Frageverständnis liegt, ist wie bereits erwähnt die Reproduktion der Durchführungsform der tatsächlichen Umfrage für die Durchführung der kognitiven Interviews nicht notwendig. Deshalb sollen alle Formen der dargestellten Nachfrageformen verwendet werden: In erster Linie wird auf vorformulierte Nachfragen zurückgegriffen; Nachfragen werden aber auch während des Interviews frei formuliert, wenn sich der Bedarf ergibt.

Zur Vorformulierung antizipierter Fragen schlägt Willis ein strukturiertes Vorgehen vor. Dabei werden die Fragen in einem ersten Schritt mit Hilfe eines Checklisten-basierten Vorgehens auf potentielle Probleme analysiert, zu denen dann in einem zweiten Schritt problemtypadäquate Nachfragen formuliert werden.⁴⁹

Ein solches Checklisten-basiertes Vorgehensmodell ist das Question Appraisal System (QAS). Dabei handelt es sich um ein Werkzeug zur systematischen Durchsicht eines Fragebogens. Es ist eingeteilt nach Fragecharakteristika, die der Benutzer für jede Frage

⁴⁷ Vgl. Willis (2005), S. 87.

⁴⁸ Vgl. Willis (2005), S. 94ff.

⁴⁹ Vgl. Willis (2005), S.79f.

schrittweise durchläuft.⁵⁰ In Tabelle 2 wird das von Willis für Zwecke der Nachfragenformulierung adaptierte QAS dargestellt. Dieses wird in dieser Arbeit für die Erstellung antizipierter Nachfragen verwendet.

Tabelle 2 – Adaptiertes QAS zur Vorformulierung antizipierter Nachfragen⁵¹

2. Schritt – Anweisungen: Suche nach Problemen mit Einleitungen, Anweisungen oder Erklärungen aus Sicht des Befragten.	
2a. Widersprüchliche oder ungenaue Anweisungen, Einleitungen oder Erklärungen.	Nachfrage: [Am Ende einer langen Einleitung, aber vor der Frage selbst] Bevor ich zur eigentlichen Frage komme, sagen Sie mir, was diese Einleitung Ihnen sagt.
2b. Komplizierte Anweisungen, Einleitungen oder Erklärungen.	Nachfrage: siehe oben
3. Schritt – Klarheit: Identifiziere Probleme, die mit der Kommunikation der Intention oder der Bedeutung der Frage zusammenhängen.	
3a. Formulierung: Frage ist langatmig, sperrig, grammatikalisch falsch oder hat einen komplexen Satzbau.	Nachfrage: Können Sie mir in eigenen Worten, wonach gefragt wird?
3b. Technische Begriffe sind nicht definiert, unklar oder komplex	Nachfrage: Was bedeutet das Wort [Begriff] für Sie, wie es in dieser Frage verwendet wird?
3c. Vage: Die Frage ist mehrdeutig oder es ist nicht eindeutig ersichtlich, was ein- oder auszuschließen ist.	Nachfrage: Woran dachten Sie, als ich nach [Thema] gefragt habe?
3d. Bezugszeiträume fehlen, sind nicht ausreichend bestimmt oder widersprüchlich.	Nachfragen: (1) Können Sie sich erinnern, auf welchen Zeitraum sich die Frage bezog? (2) Sie sagten [Antwort]. Welchen Zeitraum deckt das ab?
Schritt 4 – Annahmen: Bestimme, ob es Probleme mit den getroffenen Annahmen oder der zu Grunde liegenden Logik gibt.	
4a. Unpassende Annahmen bezüglich des Befragten oder seiner Lebenssituation wurden getroffen.	Nachfragen: (1) In welchem Maß trifft diese Frage auf sie zu? (2) Können Sie mir mehr dazu erzählen?
4b. Nimmt ein konstantes Verhalten oder Erfahrungen für wechselhafte Situationen an.	Nachfrage: Würden Sie sagen, dass dies gleich bleibt? Oder schwankt dies bzw. hängt es von etwas ab?
4c. Doppelläufig: Enthält mehr als eine implizite Frage.	Nachfrage: Sagen Sie mir mehr zu Ihrer Meinung darüber.
Schritt 5 – Wissen/Gedächtnis: Prüfe, ob Befragte die Informationen wahrscheinlich wissen oder Probleme damit haben, sich daran zu erinnern.	
5a. Wissen ist vielleicht nicht vorhanden: Der Befragte kennt die Antwort auf eine Sachfrage wahrscheinlich nicht.	Nachfrage: Wie viel, würden Sie sagen, wissen Sie über [Thema]?
5b. Einstellung existiert vielleicht nicht:	Nachfrage: Wie intensiv, würden Sie sagen,

⁵⁰ Vgl. Willis / Lessler (1999), S. 1.

⁵¹ Der erste Schritt des QAS ist hier bewusst nicht dargestellt, da sich dieser auf Probleme aus Sicht des Interviewers einer Interviewer-gestützten Umfrage bezieht und somit für die Erstellung von Nachfragen zur Überprüfung des Fragenverständnisses aus der Sicht des Befragten nicht relevant ist.

Der Befragte hat sich die nachgefragte Meinung vielleicht noch nicht gebildet.	haben Sie darüber bereits nachgedacht?
5c. Erinnerungsversagen: Der Befragte erinnert sich vielleicht nicht mehr an die abgefragten Informationen.	Nachfragen: (1) Wie einfach oder schwierig war es, sich daran zu erinnern? (2) Sie sagten [Antwort]. Wie sicher sind Sie sich damit?
5d. Berechnungsproblem: Die Frage setzt eine schwierige mentale Berechnung voraus.	Nachfrage: Wie sind Sie zu Ihrer Antwort gelangt?
Schritt 6 – Vertrauliche Thematik/Tendenz: Schätze ein, ob die Frage vertraulicher Natur ist oder heikle Formulierungen enthält bzw. tendenziös ist.	
6a. Vertraulicher Inhalt (generell): Die Frage bezieht sich auf ein unangenehmes, sehr persönliches Thema bzw. illegale Aktivitäten.	Nachfragen: (1) Ist es aus Ihrer Sicht in Ordnung, darüber in einer Umfrage zu sprechen, oder ist Ihnen das unangenehm? (2) Wie denken Sie ganz allgemein über die Frage?
6b. Heikle Formulierung (spezifisch): Bei sensibler Thematik sollte die Formulierung entschärft werden.	Nachfrage: Die Frage verwendet die Formulierung [Formulierung]. Klingt das für Sie in Ordnung oder würden Sie eine andere Formulierung wählen?
6c. Sozial erwünschte Antwort wird durch die Frage impliziert.	Nachfragen: (1) Wie sind Sie zu Ihrer Antwort gelangt? (2) Erscheinen Ihnen alle möglichen Antwortalternativen in Ordnung oder erscheint Ihnen eine davon als sei sie die vermeintlich richtige?
7. Schritt – Antwortkategorien: Schätze ein, ob die zur Verfügung stehenden Antwortkategorien ausreichen.	
7a. Offene Frage, die unangemessen oder schwierig ist.	Nachfrage: War es einfach oder schwierig für Sie, sich für eine Antwort zu entscheiden?
7b. Nichtübereinstimmung zwischen Frage und Antwortkategorien.	Nachfragen: (1) Wie einfach oder schwierig war es für Sie, Ihre Antwort in der Liste zu finden? (2) Sie sagten [Antwort]. Wie sehr trifft das auf Sie zu?
7c. Technische Begriffe sind unbestimmt, unklar oder komplex.	Nachfrage: Was bedeutet der Begriff [Begriff] in dieser Liste für Sie?
7d. Vage Antwortkategorien können mehrdeutig interpretiert werden.	Nachfrage: Woran Sie dachten, als ich nach [Thema] fragte.
7e. Überlappende Antwortkategorien.	Nachfragen: (1) Wie einfach oder schwierig war es für Sie, eine Antwort auszuwählen? (2) Warum haben Sie sich für [Antwort] entscheiden statt für eine andere Antwort aus der Liste?
7f. Fehlende zutreffende Antwortkategorie.	Nachfrage: Wie einfach oder schwierig war es für Sie, eine Antwort auszuwählen?
7g. Unlogische Anordnung der Antwortkategorien.	Nachfrage: Wie war es für Sie, durch die Liste der Antwortkategorien zu gehen? Hatten Sie Schwierigkeiten damit?
Schritt 8 – Andere Probleme die nicht in den Schritten 1-8 identifiziert werden konnten	
8. Andere, nicht zuvor identifizierte Probleme	Nachfrage: Können Sie mir mehr darüber sagen?

Quelle: Willis (2005), S. 81ff.

Die Regeln zur Formulierung bedingter Nachfragen gehen auf Conrad und Blair zurück. Diese sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 – Formulierungsregeln für bedingte Nachfragen

Bedingung	Bedingte Nachfrage
1. Der Befragte kann nicht antworten oder kennt die Antwort nicht.	„Woran haben Sie gedacht, als Sie versucht haben, die Frage zu beantworten?“
2. Der Befragte antwortet nach kurzem Schweigen.	„Sie haben eine Weile gebraucht, um auf die Frage zu antworten. Woran haben Sie gedacht?“
3. Der Befragte antwortet mit Unsicherheit und gibt explizite Hinweise wie „Erm“, „Ah“ oder ändert seine Antwort	„Sie scheinen sich ein wenig un schlüssig. Wenn ja, können Sie mir sagen, warum?“ „Was hat Sie dazu gebracht, Ihre Antwort zu ändern?“
4. Die Antwort hängt von bestimmten Bedingungen ab. Beispielsweise: „Ich würde sagen, 25 mal, falls Sie keine extrem präzise Antwort benötigen.“	„Sie scheinen sich ein wenig unsicher zu sein. Wenn ja, können Sie mir sagen, warum?“
5. Fehlerhafte Antwort; der verbale Bericht legt ein Missverständnis oder einen ungeeigneten Antwortprozess nahe.	Kläre das Verständnis des Befragten bezüglich des betreffenden Begriffs oder den verwendeten Prozess. Falls der Befragte den Begriff „leiten“ missverstanden zu haben scheint, frage nach dem Begriff (beispielsweise: „Sie leiten also kein Personal?“)
6. Der Befragte fragt nach Informationen, statt die Frage zu beantworten.	„Falls ich nicht hier oder in der Lage wäre, Ihre Fragen zu beantworten, was würde es für Sie bedeuten?“ „Kann es mehrere Dinge bedeuten? Welche?“

Quelle: Conrad / Blair (2001), S. 3 in der Darstellung nach Willis (2005), S.91.

2.4.6.1.2 Teilnehmerwerbung

Die für eine Interviewiteration empfohlene Teilnehmerzahl beträgt 12-15.⁵² Um möglichst viele Probleme aufdecken zu können, sollte die Teilnehmerwerbung darauf ausgerichtet sein, eher einen breiten Schnitt der Zielgruppe der Umfrage zu umfassen als einen statistisch repräsentativen.⁵³

⁵² Vgl. Willis (2005), S. 145.

⁵³ Vgl. Willis (2005), S. 140.

Teilnehmer an kognitiven Interviews erhalten üblicherweise eine monetäre Kompensation. Allerdings kann für einige Teilnehmer eine persönliche Empfehlung einen höheren Anreiz darstellen.⁵⁴

Da im Rahmen dieser Diplomarbeit keine finanzielle Kompensation der Teilnehmer erfolgen kann, liegt der Fokus der Ansprache auf dem eben beschriebenen Empfehlungseffekt. Zum einen werden die mit dem Fraunhofer ISST verbundenen niedergelassenen Ärzte direkt angesprochen, zum anderen werden Kollegen und Freunde versuchen, niedergelassene Ärzte in ihrem Bekanntenkreis anzusprechen.

2.4.6.1.3 Auswertung

Für die Auswertung kognitiver Interviews existieren formelle und informelle Ansätze. Bei den formellen Ansätzen werden den Antworten der Befragten und den Anmerkungen der Interviewer anhand eines Schemas Codes zugewiesen, welche die in den Interviews festgestellten Probleme zusammenfassen. Bei der informellen Auswertung werden die Antworten und Anmerkungen auf unterschiedlichen Aggregationsstufen wiedergegeben.⁵⁵

Eine Codierung geht immer einher mit einem Verlust an Detailinformationen, was im Falle kognitiver Interviews das Ableiten von Empfehlungen zum Umformulieren der Fragen – dem eigentlichen Ziel des Einsatzes kognitiver Interviews beim Testen von Umfrageinstrumenten – erschwert.⁵⁶

Willis plädiert daher für ein informelles Vorgehen, bei dem zunächst die einzelnen Interviews Frage für Frage dokumentiert – aber nicht zwingend transkribiert – und anschließend diese Ergebnisse in einem Dokument zusammengefasst werden. Dabei ist es sinnvoll, die verwendeten Nachfragen und weiteren Kommentare ebenfalls mit in die Dokumentation aufzunehmen.⁵⁷

⁵⁴ Vgl. Willis (2005), S. 144f.

⁵⁵ Vgl. Willis (2005), S. 161f, S. 164.

⁵⁶ Vgl. Willis (2005), S. 167f.

⁵⁷ Vgl. Willis (2005), S. 160ff.

3 Konzeptualisierung/ Operationalisierung

Zunächst sollen die titelgebenden Begriffe Intersektorale Kommunikation, Elektronische Fallakte (EFA) und Niedergelassene Ärzte definiert und deren Zusammenhänge näher beleuchtet werden.

Das Gesundheitssystem in Deutschland lässt sich im Wesentlichen in einen ambulanten und einen stationären Sektor aufteilen. Zum ambulanten Sektor zählen die Praxen der Haus- und Fachärzte, ferner die Apotheken und Einrichtungen der ambulanten Pflege, zum stationären Sektor zählen Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen.⁵⁸

Diese sektorale Abgrenzung führt wegen mangelhafter Kommunikation zwischen den Sektoren zu einer Vielzahl von Problemen. So werden beispielsweise Untersuchungen, die beim Hausarzt bereits durchgeführt wurden, im Krankenhaus wiederholt.⁵⁹

Verdeutlichen lässt sich dieses beispielhaft an dem von Greiling und Dudek analysierten Prozess einer Totalendoprothese (TEP) eines Kniegelenks. Anhand des Wegs eines Patienten durch die Sektoren zeigen sie die Schnittstellen zwischen einzelnen Behandlern und die zu deren Überbrückung benötigten Dokumente auf (siehe Tabelle 4). Eine Befragung der Leistungserbringer hat ergeben, dass diese nicht immer in der gewünschten Form und Geschwindigkeit bereitgestellt werden, so dass es zu Mehrfachuntersuchungen und erheblichem anderweitigen Mehraufwand kommen kann.⁶⁰

Tabelle 4 – Benötigte Dokumente nach Schnittstellen am Beispiel einer Knie-TEP

Schnittstelle	Dokumente
Hausarzt – Orthopäde	<ul style="list-style-type: none">• Überweisung• Vorbefunde (Arztbriefe)
Hausarzt – Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none">• EKG• Schrittmacherausweis• Laborwerte
Orthopäde – Krankenhaus	<ul style="list-style-type: none">• Vorbefunde (Röntgenaufnahmen)
Krankenhaus – Rehabilitationseinrichtung	<ul style="list-style-type: none">• Aktueller Befundbericht• Behandlungsempfehlungen

⁵⁸ Vgl. O.V. (2014a), S.18ff.

⁵⁹ Vgl. Greiling / Dudek (2009), S. 23.

⁶⁰ Vgl. Greiling / Dudek (2009), S. 92ff, 107.

	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelles Röntgenbild • Bericht über den OP-Verlauf • Nebendiagnosen • Pflegeüberleitungsbogen • Physiotherapiebericht
Rehabilitationseinrichtung – Hausarzt	<ul style="list-style-type: none"> • Aktuelle Laborwerte • Röntgenbefunde • Untersuchungsbefunde vom Anfang und Ende der Rehabilitation • Gegebene und aktuell empfohlene Medikation • Therapieempfehlungen

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Greiling / Dudek (2009), S. 94ff, 106.

Niedergelassene Ärzte sind gemäß §17 der Musterberufsordnung der Bundesärztekammer ambulant tätige Ärzte in eigener Praxis.⁶¹ Diese lassen sich weiter danach unterscheiden, ob sie zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung zugelassen sind oder ausschließlich Privatpatienten behandeln. Hier ist eine weitere Differenzierung in von den Gesetzlichen Krankenkassen zugelassene, sogenannte „Vertragsärzte“, die Kassenpatienten behandeln und Privatärzte für Privatpatienten möglich.⁶²

Des Weiteren gibt es für Niedergelassene Ärzte verschiedene Arten an Organisationsformen: die Einzelpraxis mit nur einem praktizierenden Arzt und seinem Behandlungsteam (Arzt- und SprechstundenhelferInnen u.ä.) oder die Praxisgemeinschaft, in der mehrere Ärzte sich eine Praxis räumlich teilen, aber innerhalb dieser Gemeinschaft jeweils eigenständig arbeiten. Dem gegenüber steht die Gemeinschaftspraxis in der die praktizierenden Ärzte neben den Räumlichkeiten auch einen gemeinsamen Patientenstamm mit gemeinsamer Abrechnung pflegen.⁶³

Greiling und Dudek merken an, dass die Kommunikation – also der Austausch von Informationen über verschiedene Medienkanäle – zwischen den beiden Sektoren oft zu wünschen übrig lässt. Sie beziehen sich dabei unter anderem auf die persönliche Befragung eines Chirurgen in einem Krankenhaus, der angab zwischen Hausärzten und Medizinern des stationären Sektors finde keine direkte Kommunikation statt – mit Ausnahme des

⁶¹ Vgl. O.V. (2014c), S. 16.

⁶² Vgl. Simon (2013), S.269.

⁶³ Vgl. Simon (2013), S.283.

Arztbriefes, der aber oft erst Wochen später geschrieben und übermittelt werde, was zu Behinderungen und Verzögerungen an den Schnittstellen der beiden Sektoren führe.⁶⁴

In Hinblick auf das Einsparpotenzial, das solch eine optimierte intersektorale Kommunikation bieten würde, hat die Bundesregierung 2004 das Gesundheitsmodernisierungsgesetz in Kraft gesetzt das eine engere Zusammenarbeit der Sektoren vorsieht.⁶⁵ Es hat die Organisationsformen der ambulanten ärztlichen Versorgung um eine weitere – das Medizinische Versorgungszentrum – ergänzt. Darunter versteht man fachübergreifende Institutionen in denen Ärzte mindestens zweier Fachrichtungen praktizieren.⁶⁶

Schon der Vorgänger dieses Gesetztes – das GKV-Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 bildet die Grundlage für die sogenannte integrierte Versorgung, die zu einer besseren Koordinierung von in den jeweiligen Sektoren erbrachten Leistungen durch gezieltes Schnittstellenmanagement beitragen soll.⁶⁷ Ferner ermöglichen § 149a SGB V i. V. m. § 140b SGB V im Rahmen der integrierten Versorgung den Leistungserbringern eine gemeinsame Dokumentation über Patienten und auch generell können nach § 68 SGB V im Rahmen der gesetzlichen Richtlinien des Datenschutzes patientenbezogene Gesundheitsdaten elektronisch gespeichert und ausgetauscht werden.⁶⁸

Zentrale Grundlage für eine funktionierende integrierte Versorgung sehen Greiling und Dudek in einem einheitlichen EDV-System und einer gemeinsamen Dokumentation durch die Leistungserbringer, um „Datenredundanzen“ zu vermeiden.⁶⁹ An dieser Stelle können sektorenübergreifende Kommunikationswerkzeuge wie die elektronische Fallakte (EFA) für Abhilfe beim Schnittstellenmanagement sorgen, da sie allen an einer Behandlung beteiligten Institutionen und Leistungserbringern dezentral abrufbar aktuelle Informationen wie Ergebnisse von Voruntersuchungen, Befunde, Medikation u.ä. zur Verfügung stellt.⁷⁰ Der EFA-Standard definiert Schnittstellen und Datenformate. Diese können von den Anbietern anderer Netzwerke für die Dokumentation von Behandlungsdaten (z.B. Krankenhausinformationssystem (KIS), Praxisverwaltungssystem (PVS), Archiv) in ihre

⁶⁴ Vgl. Greiling / Dudek (2009), S. 107.

⁶⁵ Vgl. Greiling / Dudek (2009), S. 5.

⁶⁶ Vgl. Simon (2013), S. 284.

⁶⁷ Vgl. Simon (2013), S.395; Greiling / Dudek (2009), S. 46.

⁶⁸ Vgl. AK EPA/EFA (2011), S. 40.

⁶⁹ Vgl. Greiling / Dudek (2009), S. 109.

⁷⁰ Vgl. O.V (2014b), S. 2.

Produkte implementiert werden.⁷¹ Als kommunikatives und sektorenübergreifendes Bindeglied zwischen allen an einer Behandlung Beteiligten sorgt die EFA für stetigen Informationsfluss und Austausch u.a. durch eine Integrierung in die lokale Falldokumentation und kann so – für die Krankenkassen kostspielige – Doppelbehandlungen vermeiden.

Generell bündelt und organisiert ein elektronisches Aktensystem Schriftstücke bzw. elektronische Informationsobjekte nach zuvor definierten Ordnungskriterien und ermöglicht deren Verwaltung.⁷² Innerhalb eines solchen Systems meint die Bezeichnung elektronische Krankenakte „Implementierungen/ Systeme der patientenbezogenen elektronischen Speicherung von Behandlungsdaten und -dokumenten“.⁷³

Im Vergleich zu anderen Elektronischen Akten im Gesundheitswesen zeichnet sich die EFA dadurch aus, dass sie alle zur „Kommunikation bei einer gemeinsamen Behandlung von den Behandelnden als relevant eingestuftem Daten und Dokumente über alle Gesundheitsversorgungseinrichtungen hinweg“⁷⁴ bereitstellt. Die Inhalte werden dabei jeweils von Ärzten eingespeist und moderiert⁷⁵ und beziehen sich auf den gesamten Behandlungsablauf eines spezifischen Falles und daran beteiligte Leistungserbringer. Demnach werden die Daten fallbezogen und temporär zur Verfügung gestellt.

⁷⁶Im Gegensatz dazu betrachten zum Beispiel andere Aktensysteme nur die Informationen innerhalb einer einzigen Gesundheitsversorgungseinrichtung, so die Institutionelle Elektronische Fallakte und Institutionelle Elektronische Patientenakte (iEPA).

Die Einrichtungsübergreifende Elektronische Patientenakte (eEPA) und die Elektronische Gesundheitsakte (EGA) umfassen alle Behandlungen und die jeweiligen Einrichtungen und kann in Teilen auch vom Patienten geführt werden.⁷⁷

Wie eingangs von Greiling und Dudek zitiert, würde die EFA als einheitlicher Standard und gemeinsames Dokumentationswerkzeug eine sektorübergreifende, fallbezogene Kommunikation und Informationsverwaltung gewährleisten. Zustimmung oder Vorbehalte

⁷¹ Vgl. O.V (2014b), S. 5.

⁷² Vgl. AK EPA/EFA (2011), S. 50.

⁷³ AK EPA/EFA (2011), S. 51.

⁷⁴ AK EPA/EFA (2011), S. 16.

⁷⁵ Vgl. AK EPA/EFA (2011), S. 17.

⁷⁶ Vgl. AK EPA/EFA (2011), S. 38.

⁷⁷ Vgl. AK EPA/EFA (2011), S. 40.

dieser These gegenüber von Seiten der Ärzte des ambulanten Sektors sind mit Hilfe eines Fragebogens zu erheben dessen Grundlage in einem Pretest geschaffen werden soll.

3.1

3.2 Einflussfaktoren (nach HITREF-Framework)

Als Orientierung zur Erstellung des EFA-Fragebogens wird das HITREF-Framework als Grundlage verwendet.

Dem Framework liegt eine umfassende systematische Analyse der einschlägigen Literatur aus den Bereichen Informatik und Health Services Research zu Grunde. Die identifizierten Evaluationskriterien (Evaluation components) zu Themenkomplexen (Evaluation concepts) werden zusammengefasst und in einer zweidimensionalen Matrix den entsprechenden Stakeholdern zugeordnet:⁷⁸

Tabelle 5 – Evaluationskomponenten des HITREF-Frameworks

	Stakeholder						
	Umwelt	Kostenträger	Qualitätsbeauftragte	Geschäftsführung	IT-Abteilung	Ärzte	Patienten
Strukturqualität							
Hardware- und technische Qualität			X	X	X	X	X
Softwarequalität, z.B. Benutzerfreundlichkeit			X	X	X	X	X
Organisationelle Unterstützung / Leistungsfähigkeit				X	X	X	X
Funktionalität			X	X	X	X	X
Qualität der Informationslogistik							
Vollständigkeit und Korrektheit der Daten			X	X	X	X	X
Kosten der Informationsverarbeitung				X	X		
Benutzerzufriedenheit			X	X	X	X	X
Patientenbedenken bezüglich Sicherheit, Datenschutz oder Vertraulichkeit			X		X	X	
Patientenzufriedenheit mit, Einstellung gegenüber und Wahrnehmung von Gesundheits-IT			X		X	X	

⁷⁸ Zu diesem und dem folgenden Satz Vgl. Sockolow / Crawford / Lehmann (2012), S. 124f.

	Stakeholder						
	Umwelt	Kostenträger	Qualitätsbeauftragte	Geschäftsführung	IT-Abteilung	Ärzte	Patienten
Durchdringung	X			X	X		
Auswirkungen auf die Prozessqualität							
Effizienz des Arbeitsprozesses			X	X	X	X	
Angemessenheit der Patientenversorgung			X	X	X	X	
Organisations- bzw. soziale Qualität			X	X	X		
Auswahl / Entwicklung, von Einführung und Schulung in Gesundheits-IT			X	X	X	X	
Unerwartete Folgen / Nutzen			X	X	X		
Die Einführung behindernde und fördernde Faktoren				X			X
Auswirkungen auf die Ergebnisqualität							
Morbidität, Mortalität, Lebensqualität			X	X	X		
Kosten der Patientenversorgung				X		X	X
Patientenbezogenes Wissen		X	X	X			

Quelle: Sockolow / Crawford / Lehmann (2012), S. 124f.

Neben technischen identifiziert das Framework organisatorische, systemische und umweltbezogene Aspekte.⁷⁹

Da auch die EFA ein elektronisches Datensystem im Gesundheitssektor ist, lassen sich die relevanten Stakeholder übernehmen und sich daraus entsprechende Fragen ableiten.

Ein Beispiel: Die Niedergelassenen Ärzte, die Zielpopulation des zu erstellenden Fragebogens sind, finden sich ebenso wie ihre Patienten als Stakeholder des Gesundheitssystems im Framework. Auch im Bezug auf die EFA sind diese beiden Gruppen als Hauptstakeholder zu nennen; so speisen die Ärzte die fallrelevanten Informationen über ihre Patienten in die Dokumentation der EFA ein.

4 Operationalisierung / Fragebogenentwicklung

Der im Rahmen dieser Arbeit erstellte Fragebogen baut auf dem Electronic Health Record Nurse Satisfaction Survey (EHRNS) auf. Dieser erschien als geeignete Basis, da er zum

⁷⁹ Vgl. Sockolow / Crawford / Lehmann (2012), S. 129.

einen die Evaluationskonzepte des HITREF-Frameworks operationalisiert und zum anderen bereits auf Verlässlichkeit und Validität untersucht wurde.⁸⁰

Der EHRNS-Fragebogen wurde mir von der Autorin Dr. Paulina Sockolow zur unter der Auflage zur Verfügung gestellt, dass Ihr eventuelle Anpassungen zur Abnahme vorgelegt werden. Solche waren notwendig, um den einen Fokus stärkeren Fokus auf die elektronische Kommunikation sowie die Eigenschaften der EFA legen zu können.

Die mir zur Verfügung gestellte Version des Fragebogens zielte im Gegensatz zu der dem im zitierten Artikel vorgestellten nur noch darauf, die Erfahrungen mit einem bereits installierten elektronischen Aktensystem zu erfassen. Mit dem zu erstellenden Fragebogen sollen aber sowohl die Erfahrungen mit dem elektronischen wie nicht-elektronischen Datenaustausch, die Annahmen der nicht-elektronisch Austauschenden bezüglich existierender Systeme für den elektronischen Datenaustausch als auch die Erwartungen aller Teilnehmer an Systeme zum elektronischen Datenaustausch mit besonderem Fokus auf die Merkmale der EFA erhoben werden. Aus diesem Grund wurde der Fragebogen in fünf Teile aufgeteilt: In Teil A werden demographische Angaben erhoben sowie die aktuell praktizierte Art der Dokumentation und der Patientendatenübermittlung erhoben, in Teil B die Erfahrungen der auch elektronisch übermittelnden Teilnehmer mit der elektronischen Übermittlung, in Teil C die Erfahrungen der auch nicht-elektronisch übermittelnden Teilnehmer mit der nicht-elektronischen Übermittlung, in Teil D die Annahmen der nicht-elektronisch Übermittelnden bezüglich existierender Systeme zur elektronischen Übermittlung und in Teil E schließlich die Anforderungen aller Teilnehmer an Systeme zur elektronischen Übermittlung.

5 Ergebnisse der kognitiven Interviews

Der der in den kognitiven Interviews getestete Fragebogen findet sich in vollem Umfang im Anhang dieser Arbeit.

5.1 Zusammenfassung inhaltsähnlicher Fragen

Durch die weiter oben dargestellte Aufteilung des Fragebogens ergibt es sich, dass in den einzelnen Fragebogenteilen zum Teil inhaltsähnliche Fragen gestellt werden, die sich nur

⁸⁰ Sockolow / Weiner / Bowles et al. (2011), S. 574, 582ff.

in ihrem Fokus auf unterschiedlichen Übertragungsarten unterscheiden. Zur Verbesserung der Übersichtlichkeit werden diese in der folgenden Auswertung zusammengefasst.

5.1.1 Fragen B8, D4. Das System steht durchgängig zur Verfügung.

Der Begriff „durchgängig zur Verfügung stehen“ ist vage und könnte von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c). Darüberhinaus nimmt die Frage an, dass dies ein statischer Zustand ist (QAS-Problem 4b). Außerdem ist nicht klar, wie die Befragten die Antwortkategorien auslegen (QAS-Problemtyp 5b).

Zwei der Interviewpartner (je einer aus den beiden Gruppen der elektronisch und der nicht-elektronisch Übermittelnden) gaben an, dass „durchgängig zur Verfügung stehen“ für sie bedeute, dass sie das System zur elektronischen Datenübermittlung rund um die Uhr ohne Unterbrechung nutzen können. Der nicht-elektronisch Übermittelnde gab zusätzlich an, dass für ihn dazu auch zählt, dass es nicht zu Beschränkungen durch andere Benutzer kommt. Von den andern Befragten, bezog der bereits elektronisch Übermittelnde die Frage auf sein gesamtes Praxissystem und gab an, dass es für ihn bedeute, dass es sich um sein System handle und er mit diesem täglich arbeiten könne. Der noch nicht elektronisch Übermittelnde gab an, dass er darunter verstehe, dass die Funktionalität zum elektronischen Austausch in allen Praxissystemen vorhanden, also jederzeit in der Lage ist, Patientendaten elektronisch auszutauschen. Er merkte an, dass er sich diesbezüglich aber noch keine Meinung gebildet habe.

Unter „durchgängiger Verfügbarkeit“ soll im Rahmen dieser Frage verstanden werden, dass das System und die Infrastruktur zur elektronischen Patientendatenübermittlung selten ausfällt und von den Nutzern zu jeder Zeit ohne Einschränkung genutzt werden kann. Da dies so nur von der Hälfte der Befragten verstanden wird, sollte der verwendete Begriff in der Frage entsprechend klargestellt oder stattdessen danach gefragt werden, ob das System häufig ausfällt.

5.1.2 Fragen B9, D5. Es kommt häufig zu Problemen mit dem System.

Die Begriffe „Probleme“ und „häufig“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c). Darüberhinaus nimmt die Frage an, dass es sich hierbei um einen statischen Zustand handelt (QAS-

Problemtyp 4b), da kein Referenzzeitraum angegeben ist (QAS-Problemtyp 3d). Es ist nicht klar, wie die Befragten die Antwortkategorien auslegen (QAS-Problemtyp 5b).

Ein Interviewpartner (aus der Gruppe der elektronisch Übermittelnden) bezog sich bei seiner Antwort auf sein Praxissystem insgesamt und nicht nur auf die Softwarekomponenten und Infrastruktur zur elektronischen Patientendatenübermittlung. Probleme definierten die Befragten sehr unterschiedlich: Einer (nicht-elektronisch übermittelnd) gab an, dass er Probleme mit der Datensicherheit erwarte, ein anderer (ebenfalls nicht elektronisch-übermittelnd) definierte Probleme als Systemausfälle und geringe Verarbeitungsgeschwindigkeit. Der letzte Befragte (elektronisch übermittelnd) gab – nach dem Begriff „Probleme“ gefragt – an, dass es zeitweise nicht möglich gewesen sei, sich mit bestimmten Betriebssystemversionen an der Infrastruktur zur Datenübermittlung anzumelden.

Mit dem Begriff „häufig“ taten sich alle Befragten schwer: Ein Befragter gab ein, dass er es als häufig ansieht, wenn es einmal pro Woche zu einem Problem mit dem System kommt. Die anderen gaben an, dass sie ohne Hinweise dies schlecht quantifizieren könnten.

Die Interviewergebnisse zeigen, dass die Befragten den Begriff „Probleme“ sehr unterschiedlich auslegen. Deshalb sollte abgewogen werden, ob eine feiner granulいたte Erfassung gewünscht und somit eine Aufteilung dieser Fragen nötig ist. Der Begriff „häufig“ sollte genauer spezifiziert werden, da er bei fast allen Befragten zu erheblichen Verständnisproblemen führt.

5.1.3 Fragen B10, D6. Das System ist benutzerfreundlich.

Der Begriff „benutzerfreundlich“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c). Darüberhinaus nimmt die Frage an, dass es sich hierbei um einen statischen Zustand handelt (QAS-Problemtyp 4b), da kein Referenzzeitraum angegeben ist.

Mit dem Begriff benutzerfreundlich verbinden zwei Interviewpartner (einer elektronisch, einer nicht elektronisch übermittelnd) einen geringen Zeitaufwand bei der Bedienung, die beiden anderen Interviewpartner (ebenfalls einer elektronisch und einer nicht-elektronisch übermittelnd) eine intuitive, an gelernten Nutzungsparadigmen ausgerichtete Bedienung.

Auch hier stellt sich wie bei den Fragen B9 und D5 die Frage, ob Aspekte der Benutzerfreundlichkeit feingranularer erfasst werden sollen und die Fragen somit weiter aufgeteilt werden müssen.

5.1.4 Fragen B11, D7, E2. Wechsel von PVS/Dokumentationssystem in ein anderes Programm notwendig.

Der Begriff „von meinem PVS/Dokumentationssystem in ein anderes wechseln müssen“ ist vage und könnte von den Befragten möglicherweise unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c).

Frage B11 könnte von den Befragten als redundant empfunden werden, da in Frage B3 schon nach der Verwendung eines separaten Programms zum Zugriff gefragt wird (QAS-Problemtyp 8).

Ein Interviewpartner (nicht-elektronisch übermittelnd) interpretierte den „Wechsel in ein anderes Programm“ als Migration von seinem derzeit eingesetzten Praxissystem zu dem eines anderen Herstellers. Ein solcher Systemwechsel ist mit dieser Frage aber nicht gemeint, sondern lediglich der Wechsel in ein eigenständiges Programm in der Systemumgebung des Benutzers.

Von den elektronisch übermittelnden Interviewpartnern, die im Fragebogenteil B nach ihren Erfahrungen mit der elektronischen Übermittlung gefragt werden, wird diese Frage nicht als redundant zur ähnlich formulierten Frage B3 empfunden.

Auch die nicht-elektronisch übermittelnden Interviewpartner empfanden die ähnlich formulierten Fragen D7 und E2, die jeweils ihre Erfahrungen mit der nicht-elektronischen Übermittlung und ihre Erwartungen an eine elektronische Übermittlung erheben. Für diese ist allerdings festzustellen, dass beiden die Abkürzung PVS nicht bekannt sind.

Selbst wenn es nur bei einem Interviewpartner zu Verständnisproblemen kam, sollte in der Frage klarer formuliert werden, dass nach der Notwendigkeit des Wechsels in ein eigenständiges, neben dem vorhandenen Praxissystem zu Zwecken des Datenaustauschs installiertes Programm gefragt wird.

5.1.5 Fragen B12, D8, E1. Vom PVS abweichende Bedienung.

Der Begriff „abweichende Bedienung“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Von den elektronisch übermittelnden Befragten gab einer an, dass für ihn nicht ersichtlich ist, ob sich die Frage im Kontext seiner Erfahrungen mit der elektronischen Datenübermittlung (Fragebogenteil B) auf die Bedienung des Systems zur elektronischen Datenübermittlung oder auf seine tägliche Arbeit mit dem Praxissystem bezieht. Bezüglich seiner Anforderungen an die gewünschte Bedienung (Fragebogenteil E) war seinem Antwortverhalten zu entnehmen, dass er sich zu dieser Fragestellung zuvor noch keine Meinung gebildet hatte.

Der zweite elektronisch übermittelnde Befragte gab an, dass das von ihm eingesetzte System zur Patientendatenübermittlung wie sein Praxissystem den Benutzeroberflächenkonventionen des von ihm eingesetzten Betriebssystems folgt. Er merkte an, dass die Frage leichter verständlich wäre, wenn nach dieser Konformität gefragt würde.

Von den nicht-elektronisch übermittelnden Befragten gab einer auf die Frage im Kontext von Annahmen über existierende Systeme (Fragebogenteil D) an, dass er diese nicht beantworten könne, da ihm kein System bekannt sei.

Der andere der nicht-elektronisch Übermittelnden gab an, dass eine abweichende Bedienung für ihn bedeuten würde, dass sich ein System zur Patientendatenübermittlung nicht in das Praxissystem integrieren, also ein separates Programm sein würde. Insofern entsprachen diese Fragen für ihn inhaltlich den Fragen D7 respektive E2. Dieser Befragte interpretierte die in Fragebogenteil D abgefragten Annahmen über existierende System, also die erwartete Realität, als Anforderungen an solche Systeme. Diese sind aber Gegenstand des Fragebogens E.

Die Interviewergebnisse legen nahe, dass der Begriff „abweichende Bedienung“ in den Fragen klarer definiert oder mit einem Beispiel veranschaulicht werden sollte.

Darüber hinaus zeigen sie, dass Fragen über Annahmen über existierende Systeme von Befragten, die solche System nicht einsetzen, in der Regel nicht sinnvoll beantwortet werden können. Es ist zu überlegen, diese Fragen zu streichen.

5.1.6 Fragen B13, D9. Ausreichende Unterstützung bei der Benutzung des Systems.

Der Begriff „ausreichende Unterstützung“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b), darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben (QAS-Problemtyp 3d). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Drei der vier Interviewpartner definierten ausreichende Unterstützung als gut erreichbaren Ansprechpartner bei den Softwareanbietern, der im Problemfall Unterstützung leistet. Einer von diesen zählt darüberhinaus noch regelmäßige Updates und Unterstützung durch unabhängige IT-Dienstleister dazu.

Der letzte Interviewpartner merkte an, dass Unterstützung für ihn aus zwei Teilen besteht: Zum einen sollte nach der Unterstützung bei Problemen mit den Systemkomponenten in seiner Praxis und zum anderen nach der Behebung von Problemen mit der Infrastruktur seitens der Infrastrukturdienstleister unterschieden werden.

Aufgrund der Interviewergebnisse ist zu überlegen, diese Fragen wie vorgeschlagen in zwei aufzuteilen und separat zum einen nach der Unterstützung bei der Benutzung und zum anderen nach der Sicherstellung der Betriebsbereitschaft der Infrastruktur zu fragen.

Am Antwortverhalten der nicht-elektronisch übermittelnden Interviewpartner bezüglich der Fragen nach ihren Annahmen zur tatsächlich geleisteten Unterstützung war erkennbar, dass stattdessen deren Wünsche und Anforderungen wiedergegeben wurden. Dies legt nahe, dass diese Fragen nicht zu verwertbaren Antworten führen.

5.1.7 Frage B14, D10. Ausreichende Ressourcen zum Erlernen der Benutzung des Systems.

Der Begriff „ausreichende Ressourcen“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von

einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b), darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben (QAS-Problemtyp 3d). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Drei von vier Interviewpartnern gaben an, dass Sie unter „ausreichenden Ressourcen“ Informationsmaterialien und Onlinehilfen verstehen. Einer dieser sowie der verbliebene Interviewpartner gaben zeitliche Ressourcen an.

5.1.8 Fragen B15, C1, D11. Die benötigten Dokumente liegen rechtzeitig, vollständig und in aktueller Fassung vor, wenn sie wie genannt übermittelt werden.

Die Begriffe „rechtzeitig“, „vollständig“ und „aktuell“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b), darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben (QAS-Problemtyp 3d). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Zwei von vier Interviewpartnern bezogen diese Fragen nur auf die von ihnen ausgehende Kommunikation und nicht auf eingehende Dokumente von anderen Behandlern, was sich auch in ihren Definitionen der drei abgefragten Eigenschaften der Kommunikation widerspiegelte. Ein anderer bezog auch die Übermittlung von Abrechnungsdaten an die KV mit ein. Der letzte Befragte bezog seine Antwort im Kontext seiner Erfahrungen mit der elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil B) auf Anleitungen und Hilfetexte zur Benutzung des Systems, im Kontext mit seinen Erfahrungen bei manueller Übermittlung wie intendiert auf Patientendaten.

Ein Interviewpartner gab bei der Frage im Kontext mit seiner Einschätzung existierender Systeme (Fragebogenteil D) stattdessen seine Wünsche und Anforderungen an Systeme zum Patientendatenaustausch wieder.

Diese Interviewergebnisse legen nahe, dass zum einen klarer herausgestellt werden muss, dass es sowohl um ausgehende wie auch um eingehende Patientendaten geht. Darüberhinaus zeigten sich auch in dieser Frage wieder die mit der Beantwortung von Fragen zu unbekanntem Sachverhalten verbundenen Schwierigkeiten.

Ein Interviewpartner merkte an, dass er die Formulierung der Fragen seltsam fände und er Schwierigkeiten mit deren Beantwortung habe, da diese eigentlich jeweils drei Eigenschaften abfragten.

Ein anderer Befragter merkte bezüglich der Eigenschaft „rechtzeitig“ an, dass diese für ihn vom Krankheitsbild des Patienten abhänge. Unter vollständig verstand er, dass die gesamte Patientenakte übermittelt würde, und merkte an, dass eine Frage nach einem „ausreichenden Umfang“ die Intention der Frage besser widerspiegeln würde.

5.1.9 Fragen B16, C2, D12, E3. Die Dokumente können bei der genannten Form der Datenübermittlung unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden.

Die Begriffe „unmittelbare Übernahme“ und „Dokumente“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b), darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben (QAS-Problemtyp 3d). Fraglich ist auch, ob die Befragten übermittelte Dokumente in ihre Dokumentation übernehmen und diese Frage überhaupt auf sie zutrifft (QAS-Problemtyp 4a). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Für die beiden elektronisch Übermittelnden ist die unmittelbare Übernahme – sowohl ihre Erfahrungen (Fragebogenteil B) als auch ihre Anforderungen die elektronische Übermittlung betreffend (Fragebogenteil E) – gleichbedeutend mit einer automatisierten Übernahme der Dokumente in die Patientenakte sowie dem direkten Zugriff darauf aus dem PVS. Unter unmittelbarer Übernahme nicht-elektronisch übermittelter Patientendaten (Fragebogenteil C) verstehen die beiden Interviewpartner – abhängig vom jeweiligen Umgang mit den Dokumenten – einerseits die Digitalisierung und Übernahme in die elektronische Patientenakte und andererseits das manuelle Auswerten der eingegangenen Dokumente und die anschließende Ablage in der Papierakte.

Auch für die beiden nicht-elektronisch Übermittelnden bedeutet eine unmittelbare Übernahme im Kontext der elektronischen Übermittlung (Fragebogenteile D und E), dass die übertragenen Dokumente ohne weitere Benutzerinteraktion direkt im Praxissystem zur Verfügung stehen. Bezüglich der Erfahrungen bei der nicht-elektronischen Übermittlung

(Fragebogenteil C) beschrieb der ausschließlich papierbasierend Dokumentierende die unmittelbare Übernahme als „Verwertung der Informationen und Ablage in der Kartei“. Der ausschließlich elektronisch Dokumentierende fragte, ob die in seiner Praxis praktizierte Digitalisierung einer unmittelbaren Übernahme entspräche, da die in Papierform übermittelten Dokumente nach dem Eingang und bis zur Digitalisierung für Tage oder sogar Wochen in einer Digitalisierungsmappe lägen.

Die Interviewergebnisse legen nahe, dass insbesondere für die Frage zur nicht-elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil C) der Begriff „unmittelbare Übernahme“ klargestellt werden sollte als die Zeitspanne, die zwischen dem Eingang des Dokuments und einem möglichen Zugriff durch den Befragten vergeht.

Um die Antworten auf diese Fragen später mit dem tatsächlich praktizierten Umgang mit eingehenden Dokumenten in Verbindung setzen zu können, ist – wie bereits bei Frage A9 beschrieben – zu modifizieren.

5.1.10 Fragen B17, C3, D13. Patienten äußern Bedenken bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit bezüglich der genannten Form der Übermittlung ihrer Daten.

Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b), darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben (QAS-Problemtyp 3d).

Alle Interviewpartner äußerten, dass sich ihnen gegenüber – unabhängig von der Übermittlungsform – noch kein Patient zu diesem Thema geäußert hätte.

Ein Befragter merkte in diesem Zusammenhang an, dass dies auch damit zusammenhänge, dass die Patienten überhaupt nicht wüssten, wie ihre Dokumente übermittelt würden. Daher stellt sich die Frage, ob stattdessen oder zusätzlich die Befragten um ihre Einschätzung bezüglich des Bewusstseins ihrer Patienten die eingesetzten Übermittlungsformen betreffend gebeten werden sollten.

Zwei Interviewpartner drückten durch die Beantwortung der Frage ihre Einschätzung der Sicherheit und Vertraulichkeit der jeweiligen Übermittlungsform aus. Ein Befragter merkte an, dass ihm bei der Frage zu seinen Erfahrungen mit der nicht-elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil C) nicht klar sei, ob Fax auch hierunterfiele.

Diese Interviewergebnisse legen nahe, dass zum einen klarer herausgestellt werden müsste, welche Übertragungsformen in die Bereiche elektronisch bzw. nicht-elektronisch fallen, und zum anderen, dass in den Fragen klarer herausgestellt müsste, dass es nicht um die Einschätzung der Befragten die Sicherheit der Übermittlung betreffend geht, sondern um die der Patienten.

5.1.11 Fragen B18, D14. Die Anschaffungskosten für das System sind gemessen am Nutzen zu hoch.

Der Begriff „Nutzen“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei allen Interviewpartnern zeigten sich Schwierigkeiten bei der Beantwortung der Frage, die insbesondere mit dem Begriff Kosten zusammenhängen: Die nicht-elektronisch Kommunizierenden äußerten, dass sie diese überhaupt nicht abschätzen könnten, da ihnen diese nicht bekannt seien. Von den elektronisch Kommunizierenden bezog einer die Kosten auf die Anschaffungskosten seines gesamten Praxissystems, der andere äußerte, dass bei ihm keine zusätzlichen Kosten entstanden seien. Letzterer merkt ebenfalls an, dass es besser wäre, nach einer Einschätzung des Nutzens zu fragen. Diesen sahen alle Befragten in Einsparpotentialen bezüglich Zeit und Personal.

Diese Frage war als Alternative zur Erfassung der Zufriedenheit gedacht. Diese sollte wegen der geschilderten Schwierigkeiten gestrichen werden. Fragen zur Einschätzung der Realisierung der geschilderten Nutzenpotentiale folgen im weiteren Verlauf des Fragebogens.

5.1.12 Fragen B19, C4, D15. Der Arbeitsaufwand zur genannten Form der Datenübermittlung ist gering.

Die Begriffe „Arbeitsaufwand zur Übernahme“ und „gering“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die Antworten der Befragten legten nahe, dass im Zusammenhang mit dieser Frage in erster Linie die ausgehende Kommunikation betrachtet wurde und die mit Verarbeiten eingehender Dokumenten anderer Behandler verbundenen Prozesse nicht in die Bewertung einfließen. Dabei wurden Schritte der Informationsbeschaffung, -aufbereitung und -übermittlung mit einbezogen. Deshalb gaben einige Befragte an, dass der Aufwand abhängig vom Informationsbedarf des jeweiligen Falles abhänge. Der Begriff „gering“ wurde von einem Befragten als zu unklar definiert.

Auf Grund der Interviewergebnisse sollte zum einen erwogen werden, diese Frage aufzuteilen, um besser nach eingehender und ausgehender Kommunikation unterscheiden zu können. Zum anderen sollte der Begriff „gering“ näher spezifiziert und um einen quantitativen Hinweis ergänzt werden.

5.1.13 Fragen B20, C5, D16. Insgesamt bin ich zufrieden mit der genannten Form der Datenübermittlung.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei keinem der Interviewpartner zeigten sich größere Probleme mit dem Antwortprozess. Lediglich ein Gesprächspartner bezog sich in seiner Antwort auf sein gesamtes Praxissystem. Alle diskutieren aktiv die derzeit gelebte Praxis und mögliche Alternativen im Kollegenkreis und mit weiteren Gesprächspartnern oder schöpfen aus ihrer Praxiserfahrung.

Um solchen Missverständnissen vorzubeugen, sollte in der Frage der Bezug zur Datenübermittlung deutlicher herausgestellt werden.

5.1.14 Fragen B21, C6, D17. Ich würde anderen Kollegen die genannte Form der Datenübermittlung empfehlen.

Der Begriff „Kollege“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Zu den Kollegen zählten alle Befragten andere stationär tätige und niedergelassene Ärzte, mit denen sie zusammenarbeiten. Vertreter weiterer Gesundheitsberufe wurden von keinem Interviewpartner genannt. Kleinere Probleme zeigte sich eigentlich nur bei den nicht-elektronisch Übermittelnden bei der Beantwortung der Frage im Kontext ihrer Erfahrungen mit dem nicht-elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil C). Der eine gab an, noch nicht in die Situation gekommen zu sein, eine Übermittlungsart empfehlen zu müssen, der andere äußerte sich ähnlich, dass die nicht-elektronische Übermittlung ja der Normalfall sei und keiner Empfehlung bedürfe, und er aus diesem Grund eine ablehnende Antwortalternative gewählt hätte.

Auf Grund der Interviewergebnisse ist zu überlegen, die beiden möglichen Übertragungsalternativen einander gegenüberzustellen.

5.1.15 Fragen B22, C7, D18. Ich denke, die Patienten sind zufrieden mit der Nutzung der genannten Form der Übermittlung ihrer Daten.

Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die Interviewpartner gaben bezüglich der nicht-elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil C) an, keinerlei Rückmeldung von ihren Patienten erhalten zu haben. Lediglich einer der elektronisch Übermittelnden gab an, bezüglich der elektronischen Übermittlung Rückmeldungen von Patienten erhalten zu haben. Der andere elektronisch Übermittelnde merkte – wie bei den Fragen zu Patientenäußerungen bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit des eingesetzten Übermittlungsverfahrens (B17, C3, D13) – an, dass den Patienten nicht bewusst sei, wie ihre Daten übermittelt würden.

Deshalb ist zu überlegen, diese Fragen nach der Zufriedenheit der Patienten mit der jeweiligen Übermittlungsart unmittelbar jeweils nach den Fragen B17, C3 und D13 zu platzieren.

5.1.16 Fragen B23, C8, D19. Ich würde meinen Patienten die genannte Form der Datenübermittlung empfehlen.

Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei dieser Frage waren größtenteils keine Probleme mit der Beantwortung ersichtlich. Leidlich ein Interviewpartner aus der Gruppe der nicht-elektronisch Übermittelnden merkte im Zusammenhang mit seinen Erfahrungen mit der nicht-elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil C) an, dass er die Notwendigkeit zur Empfehlung nicht sehe und daher eher eine negative Antwortalternative gewählt hätte.

Diese Frage ist als Alternative zur Erfassung der Zufriedenheit mit der jeweiligen Übertragungsart gedacht. Auf Grund der Interviewergebnisse erscheint es sinnvoll, nicht nach einer pauschalen Empfehlung einer Übertragungsart zu fragen, sondern diese einander gegenüberzustellen.

5.1.17 Fragen B24, C9, D20. Die Behandlung kann wie geplant durchgeführt werden, wenn die Unterlagen wie genannt übermittelt werden.

Der Begriff „wie geplant“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die Ausführungen der Interviewpartner zum Begriff „wie geplant“ legen nahe, dass dieser eher umgangssprachlich ausgelegt wird. Ein formeller Prozess zur Planung und Kontrolle der Behandlung scheint nur von einem der befragten Ärzte (Gruppe der elektronisch Übermittelnden) eingesetzt zu werden.

Insgesamt wird von den Befragten als Voraussetzung für eine planmäßige Durchführung der Behandlung angesehen, dass die Patientendaten rechtzeitig und vollständig vorliegen. Insofern können diese Fragen als alternative Formulierungen zu den Fragen B15, C1, D11 angesehen und als solche für spätere Reliabilitäts- und Validitätstests im Erhebungsinstrument belassen werden.

Ein weiterer elektronisch Übermittelnder merkte bezüglich seiner Erfahrungen mit der elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil B) an, dass dies insbesondere dann der Fall ist, wenn sich die fraglichen Dokumente auf anderem Wege bezüglich Geschwindigkeit und Qualität nicht in gleicher Weise übermitteln ließen.

Auf Grund der letzten Anmerkung ist zu überlegen, ob eine zusätzliche Frage aufgenommen werden sollte, die erhebt, ob es Dokumente gibt, die sich besser zur elektronischen als zur nicht-elektronischen Übermittlung eignen.

5.1.18 Fragen B25, C10, D21. Die Behandlungsentscheidungen sind angemessen, wenn die Unterlagen wie genannt übermittelt werden.

Der Begriff „angemessene Behandlungsentscheidungen“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Zwei der vier Interviewpartner äußerten explizit, dass sie nicht wüssten, was unter „angemessenen Behandlungsentscheidungen“ zu verstehen sei. Für einen Interviewpartner bedeuteten angemessene Behandlungsentscheidungen, dass die Behandlung auf Grund der vorliegenden Patientendaten unmittelbar und ohne weitere Untersuchungen fortgesetzt werden könne. Für zwei weitere standen auch die Rechtzeitigkeit und der vollständige bzw. ausreichende Umfang im Vordergrund. Einer merkte darüber hinaus an, dass nicht ersichtlich sei, um wessen Entscheidungen es gehe: um seine eigenen oder die der Mitbehandler.

Zwei Interviewpartner merkten an, dass die Angemessenheit der Behandlung ihrer Meinung nach nicht vom Übermittlungsweg der Patientendaten abhinge.

Auf Grund dieser Bemerkungen ist darüber nachzudenken, diese Fragen zu konsolidieren und durch eine zu ersetzen, in der beide Übermittlungswege in ihrer Auswirkung auf die Angemessenheit der Behandlung gegenübergestellt werden. Darüberhinaus ist der Begriff „Angemessenheit“ näher zu spezifizieren oder durch Beispiele zu illustrieren.

5.1.19 Frage B26, D22. Beteiligung an der Einführung des Systems.

Der Begriff „Einführung des Systems“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Bezogen auf Frage B26, also der tatsächlichen Nutzung der elektronischen Datenübermittlung, könnte der Befragte sich eventuell nicht mehr genau erinnern, da der Zeitpunkt der Einführung schon zu lange zurück liegt (QAS-Problemtyp 5c).

Für zwei der vier Interviewpartner (beide aus der Gruppe der nicht-elektronisch Übermittelnden) war der Begriff „Einführung des Systems“ nicht klar genug definiert: Einer äußerte, dass die Frage für ihn bedeute, ob seine Praxis an der elektronischen Übermittlung teilnehmen solle, der zweite fragte, ob dies bedeute, dass ein System zur elektronischen Übermittlung in seiner Praxis installiert werden solle oder ob seine Praxis eine exponierte Stellung bei der Einführung eines solchen Systems einnehmen sollte.

Intention der Frage ist, zu erfahren, ob die Interviewpartner denken, dass ihre Praxen die Einführung eines Systems initiieren oder sich bereits etablierten Plattformen anschließen sollten. Dies sollte in der Frage deutlicher herausgestellt werden.

5.1.20 Frage B27, D23. Einfluss der Nutzer auf die Gestaltung des Systems.

Der Begriff „Gestaltung des Systems“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Unter „Gestaltung des Systems“ verstanden die Befragten, dass dieses mit ihnen getestet würde und in Zusammenarbeit mit den Entwicklern praxisnahe Lösungen entwickelt würden.

Zu diesem Sachverhalt gaben insbesondere die nicht-elektronisch übermittelnden Interviewpartner an, dass es ihnen schwer falle, sich über diesen Sachverhalt eine Meinung zu bilden. Deshalb sollte darüber nachgedacht werden, diese Frage aus Fragebogenteil D zu streichen.

5.1.21 Frage B28, D24. Aufklärung des Patienten.

Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die beiden elektronisch übermittelnden Interviewpartner gaben an, dass die Patientenaufklärung über die elektronische Übermittlung ihrer Daten in den Routinebetrieb integriert und somit nicht aufwändig sei. Von den beiden nicht-elektronisch Übermittelnden gab einer im Kontext seiner Annahmen über existierende Systeme zur elektronischen Patientendatenübermittlung (Fragebogenteil D) an, dass er einen Mehraufwand erwarte, der andere äußerte stattdessen seine Anforderungen an solche Systeme und hätte eine positive Antwortalternative gewählt.

Auf Grund der Interviewergebnisse sollte darüber nachgedacht werden, diese Frage in Fragebogenteil D zu streichen.

5.1.22 Fragen B30, C11, D25. Die genannte Art der Übermittlung trägt zur Patientensicherheit bei.

Der Begriff „Beitrag zur Patientensicherheit“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Für drei von vier Interviewpartner besteht ein Beitrag zur Patientensicherheit durch die jeweiligen Übertragungsmethoden darin, dass auf alle relevanten Befunde schnell zugegriffen werden könne. Für den vierten bedeutet dies, dass Doppelmedikationen und Doppeluntersuchungen vermieden werden. Insgesamt sagten die Befragten aber aus, dass der Begriff zu unklar sei. Deshalb sollte dieser klarer umschrieben oder mit Beispielen veranschaulicht werden.

5.1.23 Fragen B31, C12, D26. Die genannte Form der Datenübermittlung trägt zum Behandlungserfolg bei.

Der Begriff „Beitrag zum Behandlungserfolg“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Drei der vier Interviewpartner äußerten, dass sie keinen direkten Zusammenhang zwischen der Art der Patientendatenübermittlung und dem Behandlungserfolg sähen. Es käme letztlich darauf an, dass die benötigten Informationen zum richtigen Zeitpunkt zur Verfügung stehen. Einer der Befragten merkte an, dass eher nach dem Anteil der Fälle gefragt werden sollte, in dem dies für die gegebene Übermittlungsform nicht der Fall wäre.

5.1.24 Fragen B32, C13, D27. Die genannte Form der Datenübermittlung unterstützt eine effektive Kommunikation zwischen allen an der Versorgung eines Patienten beteiligten Behandlern.

Die Begriffe „effektive Kommunikation“ und „an der Versorgung des Patienten beteiligten Behandler“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die effektive Kommunikation zerfällt für die Interviewpartner in zwei Dimensionen: zum einen den Inhalt der Kommunikation, der die benötigten Informationen über den Patienten wiedergeben muss, zum andern auf das zeitgerechte Vorliegen der Daten. Insofern sind diese Fragen wieder als alternative Formulierung für die Fragen B15, C1, D11 anzusehen und können für weitere Fragebogentests weiterverwendet werden.

5.1.25 Fragen B33, C14, D28. Ich hatte persönlich Fälle, in denen die genannte Form der Übermittlung die Behandlung beeinträchtigt hat.

Der Begriff „die Behandlung beeinträchtigen“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage

thematisiert einen sensiblen Sachverhalt, da Probleme im Behandlungsverlauf möglicherweise haftungsrechtlich relevant sein könnten (QAS-Problemtyp 6a).

Eine Beeinträchtigung der Behandlung geht nach Angaben der Interviewpartner in erster Linie darauf zurück, dass Patientendaten nicht zeitgerecht oder in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen, um die Behandlung fortsetzen zu können. Insofern sind die Fragen auch wieder alternative Formulierungen zu den Fragen B15, C1, D11 und für weitere Fragebogentest interessant.

Ein Befragter gab an, dass er die Fragen einfacher beantworten könne, wenn nach dem Anteil der Fälle gefragt würde, in denen es wegen der Datenübermittlung zu Beeinträchtigungen kam. Insofern sollte überlegt werden, die Frage und Antwortkategorien dahingehend umzuformulieren.

Bedenken wegen des sensiblen Inhalts der Frage äußerte keiner der Befragten.

5.1.26 Frage B34, D29, E6. Mein System kann nicht mit den Systemen aller potentiellen Mitbehandler kommunizieren.

Der Begriff „potentielle Mitbehandler“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage setzt voraus, dass der Befragte über Wissen über die kommunikationstechnische Ausstattung anderer verfügt, das er möglicherweise nicht hat (QAS-Problemtyp 5a).

Zwei der Interviewpartner (aus der Gruppe der elektronisch Übermittelnden) gaben im Kontext ihrer Erfahrungen mit der elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil B) an, dass sie der Meinung seien, dass es theoretisch keine technischen Einschränkungen gäbe, die Systeme der Akteure im Gesundheitswesen miteinander zu vernetzen. Einer von diesen schlug eine Differenzierung nach „theoretisch möglich“ und „tatsächlich umgesetzt“ vor, um den Bezug der Frage auf die vorhanden Ausstattung noch einmal zu betonen.

Im Gegensatz dazu äußerte ein Befragter aus der Gruppe der nicht-elektronisch Übermittelnden im Kontext mit seinen Annahmen über existierende System zur elektronischen Übermittlung (Fragebogenteil D), dass aus seiner Sicht derzeit noch Normen und verbindliche Auflagen fehlten, er aber erwarte, dass diese mittelfristig durch die Kassenärztlichen Vereinigungen - insbesondere KV-Safenet betreffend - erlassen und

somit Systeme, die fähig sind Patientendaten elektronischen zu übermitteln, eine weitere Verbreitung finden würden.

Ein Befragter äußerte, dass er unter der Möglichkeit zur Kommunikation im Kontext mit seinen Anforderungen an Systeme zu elektronischen Übermittlung von Patientendaten (Fragebogenteil E) verstehe, dass ein unmoderierter Zugriff auf die Akten in den Systemen der anderen Behandler erfolgen könne. Es sollte herausgestellt werden, dass es in dieser Frage lediglich um die Möglichkeit der Kommunikation und nicht um eine bestimmte Art des Zugriffs geht.

5.2 Fragebogenteil A

5.2.1 Frage A1. In welchem Fachgebiet praktizieren Sie?

Der in der Frage verwendete Begriff „Fachgebiet“ ist vage (QAS-Problemtyp 3b). Er kann sowohl als der vom Befragten geführte Facharzttitel als auch als Bereich der vertragsärztlichen Zulassung aufgefasst werden. Deshalb sollte im Rahmen der kognitiven Interviews geklärt werden, was die Befragten unter dem Begriff „Fachgebiet“ verstehen?

Zwei Befragte gaben sowohl ihren Facharzttitel als auch ihren Zulassungsbereich an, wovon einer über zwei Zulassungen verfügt. Ein Befragter gab nur seinen Facharzttitel an. Ein Befragter ist angestellter Arzt ohne eigene Zulassung, der seine Facharztausbildung noch nicht abgeschlossen hat; dieser gab die Zulassung des Arztes an, bei dem er angestellt ist.

Die Ergebnisse der Interviews zeigen, dass der Begriff „Fachgebiet“ wie vermutet nicht einheitlich verstanden wird und präzisiert werden sollte.

Ziel dieser Frage ist es, herausfinden zu können, ob die Tätigkeitsgebiete der niedergelassenen Ärzte Einfluss auf deren Einsatz von Systemen zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten und die Präferenzen bezüglich der Merkmale der EFA haben. Fraglich ist, ob hier nach dem vollständigen Facharzttitel gefragt werden sollte, wie er in der Musterweiterbildungsordnung der Bundesärztekammer gelistet ist, oder ob es

ausreicht, die ebenfalls dort aufgeführten Fachgebiete zu erfragen, unter denen die Facharztbezeichnungen zusammengefasst sind.⁸¹

Eine Unterscheidung nach haus- und fachärztlicher Tätigkeit ist allerdings nur durch Abfrage der Arztgruppen möglich, wie sie für Zwecke der vertragsärztlichen Zulassung definiert sind.⁸²

5.2.2 Frage A2. Wie viele Ärzte (vollzeitäquivalent) sind - Sie eingeschlossen - mit Ihnen in der Praxis tätig?

Diese Frage weist mehrere potentielle Probleme auf: Zum einen ist der Satzbau durch den Einschub komplex (QAS-Problemtyp 3a), zum anderen ist der Begriff „vollzeitäquivalent“ möglicherweise unklar (QAS-Problemtyp 3b). Darüberhinaus fehlt der Frage ein expliziter Bezugszeitraum (QAS-Problemtyp 3d).

Die Nachfrage, ob der Satzbau kompliziert und deshalb unverständlich sei, wurde von allen Befragten verneint. Dennoch legen Aussagen wie „Keiner außer mir“ und „In meiner Praxis bin ich allein“ nahe, dass die Frage so verstanden wird, dass nur die neben dem Befragten in der Praxis tätigen Ärzte gezählt werden sollen. Einem der Befragten gab auf Nachfrage an, dass er sich bei seiner Angabe nicht mitgezählt habe.

Ein Befragter merkte an, dass diese Frage für ihn schwer zu beantworten wäre, da er in einer Praxisgemeinschaft tätig ist, er sich mit einem weiteren, rechtlich selbstständigen Arzt die Räumlichkeiten und Personal teilt.

Die Interviewergebnisse zeigen nicht nur, dass die Formulierung der Frage dazu führen kann, dass die Anzahl der in der Praxis Tätigen von den Befragten unzuverlässig angegeben wird, sie zeigen außerdem, dass mögliche Kooperationsformen nicht adäquat abgebildet werden können. Die unterschiedlichen Kooperationsformen können auch Auswirkungen auf die Datenhaltung und somit auch auf die EDV-Systeme haben.⁸³ Deshalb sollte dieser Frage zum einen eine Frage nach der Praxisform vorgeschaltet und zum anderen diese Frage selbst unmissverständlicher formuliert werden.

⁸¹ Vgl. O.V. (2014d), S. 20ff.

⁸² Vgl. O.V. (2014e), S. 11ff.

⁸³ Vgl. O.V. (2014f), S. A966f.

5.2.3 Frage A3. Falls Sie nicht alleine praktizieren, haben Ihre Kollegen ein anderes Fachgebiet?

Wie bei Frage A1 kann der Begriff „Fachgebiet“ möglicherweise auch hier unterschiedlich aufgefasst werden (QAS-Problemtyp 3b).

Diese Frage betraf nur zwei der Befragten: Bei dem einen Befragten sind die Kollegen im selben Fachgebiet tätig, bei dem anderen hat der Praxiskollege ein anderes Fachgebiet. Die Interviewergebnisse zeigten aber, dass das Verständnis des Begriffs „Fachgebiet“ von den Befragten zu Frage A1 konsistent verstanden wurde. Insofern sollten der Begriff dort entsprechend präzisiert werden.

5.2.4 Frage A4. Welche ist die für Ihren Praxisstandort zuständige KV?

Die Frage nach der für die Praxis für den Praxisstandort zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung erscheint unproblematisch. In den Interviews zeigten sich keine Hinweise auf Probleme mit der Beantwortung.

5.2.5 Frage A5. Wo befindet sich Ihre Praxis?

Die gegebenen Antwortkategorien sind zu unspezifisch, die Befragten interpretieren diese möglicherweise unterschiedlich (QAS-Problemtyp 7d). Darüberhinaus könnten auch Antwortkategorien fehlen (QAS-Problemtyp 7f).

Die Interviews zeigten, dass den Befragten die Einordnung ihrer Antwort in die Antwortkategorien schwerfiel. Drei von vier der Befragten gaben an, die Kategorien nach der Einwohnerzahl abzugrenzen, die sie mit den Antwortkategorien verbinden. Zwei davon wiesen explizit darauf hin, dass sie entsprechende quantitative Hinweise als hilfreich sehen. Ein anderer Befragter bezog seine Antwort auf demografische Faktoren; er merkte an, dass er mit seiner Praxis in den Vorstadtbereich gegangen sei, da dort die Familien mit Kindern lebten.

5.2.6 Frage A6. Wie alt sind Sie?

Bei dieser Frage sind nach Prüfung mit dem QAS keine potentiellen Probleme ersichtlich. Die Interviewergebnisse bestätigen dies.

5.2.7 Frage A7. Sind Sie männlich oder weiblich?

Auch hier sind nach der QAS-Prüfung keine Probleme ersichtlich, was sich in den Interviews bestätigte.

5.2.8 Frage A8. Nimmt Ihre Praxis an Programmen der Integrierten Versorgung teil?

Der Begriff „Integrierte Versorgung“ könnte von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3b). Außerdem ist in der Frage kein Referenzzeitraum genannt, so dass nicht klar ist, ob auch inzwischen beendete oder zukünftig geplante Programme mit berücksichtigt werden sollen (QAS-Problemtyp 3d).

Die Interviewergebnisse zeigten, dass es unter den niedergelassenen Ärzten kein einheitliches Verständnis des Begriffs „Integrierte Versorgung“ gibt. Drei von vier der Befragten konnten eine Definition geben, einer gab an, den Begriff zwar schon einmal gehört zu haben, sich unter diesem aber nichts vorstellen zu können. Von den drei gegebenen Definition entsprach einer eher den Disease Management Programmen, ein anderer gab die Hausarztprogramme als Beispiel an und der Schilderung der ablehnenden Haltung des dritten Befragten war zu entnehmen, dass Programme der integrierten Versorgung für ihn im weitesten Sinne die Vernetzung von Akteuren im Gesundheitswesen umfasst.

Die Frage sollte so umformuliert werden, dass zwischen den besonderen Versorgungsformen besser unterschieden wird. Es könnte nach der Teilnahm an besonderen Versorgungsformen gefragt und deren verschiedene Formen als Antwortkategorien angeboten werden.

5.2.9 Frage A9. Wie dokumentieren Sie in Ihrer Praxis?

Der Begriff „Dokumentieren“ ist vage und könnte von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3b). Dies trifft auch auf die gegebenen Antwortkategorien zu (QAS-Problemtyp 7c), die ebenfalls unvollständig sein könnten (QAS-Problemtyp 7f).

Die Interviews haben ergeben, dass die Befragten zwischen eigenen und fremden Dokumenten unterscheiden. Ihre eigenen Befunde dokumentieren alle Befragten

elektronisch. Dokumente aus anderen Quellen werden nur von der zwei der Befragten durch Einscannen elektronisch erfasst, die beiden anderen fassen diese in einer „klassischen“ Papierakte zusammen.

Die Frage sollte dahingehend geändert werden, dass sie eine abweichende Handhabung von eigenen und fremden Dokumenten berücksichtigt. Da bei einer möglichen Mehrfachnennung nicht ersichtlich wäre, welche Dokumente auf welche Art dokumentiert werden, sollte die Frage nach dem Kriterium eigene und fremde Dokumente aufgeteilt werden.

5.2.10 Frage A10. Falls Sie papierbasiert dokumentieren, planen Sie auf eine elektronische Dokumentation umzustellen?

Wie bei der vorhergehenden Frage könnten auch die hier verwendeten Begriffe („papierbasiert“ / „elektronisch“) von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3b). Auch ist hier kein Referenzzeitraum angegeben, so dass für die Befragten nicht ersichtlich ist, auf welchen Zeithorizont sich die Planungen zur Einführung beziehen sollen (QAS-Problemtyp 3d).

Die Befragten, die bei den Nachfragen zu Frage A9 angaben, fremde Dokumente nicht in die eigene elektronische Dokumentation zu übernehmen, gaben weiter an, dies zwar schon einmal erwogen, aber auf Grund des mit dem Digitalisieren der fremden Dokumente verbundenen Mehraufwands verworfen zu haben. Im Rahmen der kognitiven Interviews wurde nicht erfragt, ob sie eine Umstellung wieder erwägen würden, falls fremde Dokumente vermehrt elektronisch übertragen und unmittelbar in die eigene elektronische Dokumentation übernommen werden könnten und somit das Digitalisieren entfielen. Eine solche Frage sollte noch in den Fragebogen aufgenommen werden.

Analog zu den Empfehlungen zu Frage A9 sollte auch diese Frage erweitert bzw. in zwei Fragen aufgeteilt werden, um auch bei Umstellungsplänen Unterschiede in der Handhabung eigener und fremder Dokumente zu berücksichtigen.

5.2.11 Frage A11. Falls Sie elektronisch dokumentieren, welches Dokumentationssystem verwenden Sie?

Auch bei dieser Frage könnten die verwendeten Begriffe („papierbasiert“ / „elektronisch“) von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3b).

Darüberhinaus ist fraglich, ob dem Befragten die abgefragten Informationen überhaupt bekannt sind.

Alle Befragten konnten spontan das von ihnen eingesetzte System benennen. Ein Befragter merkte an, dass für die Erfassung und für die Archivierung unterschiedliche Systeme zum Einsatz kommen können und die Frage danach aufgeteilt werden sollte.

5.2.12 Frage A12. Ist Ihre Praxis an elektronische Kommunikationsnetze angebunden?

Da im Fragentext keine Angaben dazu gemacht wurden, ist fraglich, ob den Befragten bewusst ist, dass eine Mehrfachnennung möglich ist (QAS-Problemtyp 2a). Der verwendete Begriff „elektronische Kommunikationsnetze“ ist nicht näher spezifiziert und kann von den Befragten möglicherweise unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3b). Ebenso ist es möglich, dass die Antwortalternativen nicht alle gebräuchlichen Kommunikationsnetze abdecken (QAS-Problemtyp 7f).

Auch ohne expliziten Hinweis, gingen die Befragten davon aus, dass eine Mehrfachnennung möglich ist. Ein solcher Hinweis sollte sicherheitshalber trotzdem gegeben werden.

Drei von vier der Befragten gaben an, dass ihre Praxis an das Internet angeschlossen sei. Ebenso gaben drei von vier der Befragten an, dass ihre Praxis an das KV-Safenet angeschlossen sei, wobei einer auf Nachfrage hinzufügte, dass er sich bei dieser Aussage nicht ganz sicher sei, und bei einem anderen der Anschluss derzeit erst eingerichtet wird. Die Frage sollte so umformuliert werden, dass bereits beauftragte und kurzfristig geplante Anschlüsse berücksichtigt werden.

Zwei Befragte merkten an, dass ihnen in die Antwortkategorie „KV-Ident“ fehlt. Diese sollte der Frage also noch hinzugefügt werden.

5.2.13 Frage A13. Wie werden Patientendaten zwischen Ihnen und anderen Behandlern übermittelt?

Wie bei der letzten Frage ist auch bei dieser Frage die Möglichkeit der Mehrfachnennung im Fragentext nicht explizit erwähnt (QAS-Problemtyp 2a). Darüberhinaus sind die verwendeten Begriffe „Patientendaten“ und „weitere Behandler“ nicht näher spezifiziert

und werden möglicherweise von den Befragten unterschiedlich interpretiert (QAS-Problemtyp 3b). Die Frage geht außerdem davon aus, dass der Befragte Patientendaten mit weiteren Behandlern austauscht (QAS-Problemtyp 4a). Die Antwortkategorie „elektronische Übermittlung“ ist nicht näher spezifiziert und so ist fraglich, wie sie von den Befragten interpretiert wird (QAS-Problemtyp 7d). Darüberhinaus ist fraglich, ob die gegebenen Antwortalternativen vollständig sind (QAS-Problemtyp 7f).

Die Befragten gaben an, dass Sie selbst erhobene Befunde und Untersuchungsergebnisse mit Hausärzten und Fachärzten, an die sie ihre Patienten überweisen, austauschen. Vertreter weiterer Gesundheitsberufe wurden nicht genannt.

Die Antwortkategorien betreffend merkten drei der vier Befragten an, dass aus ihrer Sicht die direkte, nicht-elektronische Option „postalisch“ fehlt. Ein Interviewpartner äußerte, dass klarer herausgestellt werden sollte, ob die Medien Fax und E-Mail unter den Punkt elektronische Übermittlung fallen. Ein Befragter mahnte an, dass es nicht klar ersichtlich sei, ob auch Mehrfachnennungen möglich sind. Einer der Befragten sagte, dass der Patientendatenaustausch mit weiteren Behandlern über den Patienten eher unüblich sei.

Die Antwortkategorien sollten um die Option „postalisch zwischen den Behandlern“ erweitert und die Einordnung der Medien Fax und E-Mail besser herausgestellt werden. Da der Austausch von Patientendaten aber von anderen Befragten auch über den Patienten organisiert wird, soll diese Option erhalten bleiben. Es sollte der Hinweis gegeben werden, dass Mehrfachnennungen möglich sind.

Ein anderer Befragter merkte an, dass er plant, kurzfristig auch elektronisch Patientendaten auszutauschen. Ob er diese Kategorie in seiner Antwort schon gewählt hätte, blieb in den Nachfragen offen. Es sollte ein Hinweis erfolgen, dass die Frage sich auf die zum Zeitpunkt der Umfrage aktuell eingesetzten Übertragungsmedien bezieht, da auf Basis dieser Frage im Weiteren Fragebogenteile durchlaufen werden, welche die Erfahrungen mit den eingesetzten Medien erheben. Es besteht sonst die Gefahr, dass der Befragte einen Fragebogenteil beantworten soll, der für ihn eigentlich nicht relevant ist.

5.2.14 Frage A14. Welche Art überwiegt?

Die Antwortkategorien könnten von den Befragten missverstanden werden (QAS-Problemtyp 7d).

Alle Befragten hatten mit der Auswahl der für sie passenden Antwortkategorie Schwierigkeiten. Ein Befragter, der in Frage A14 angab, nicht elektronisch zu kommunizieren, wählte eine Antwortoption, die elektronische Kommunikation umfasste. Ein weiterer merkte an, dass er auch derzeit mit seiner KV schon zu Abrechnungszwecken elektronisch kommuniziere. Der dritte Befragte äußerte zunächst, dass er die Antwortkategorien missverständlich fände, konnte sich nach erneutem Durchlesen und Abwägen aber für eine passende entscheiden. Der vierte Befragte merkte an, dass die vier Antwortkategorien schwierig voneinander abzugrenzen wären, da drei davon auch Anteile von elektronischer Kommunikation enthielten.

Missverständnisse bezüglich der Antwortkategorien sind bei dieser Frage besonders kritisch, da von dieser Frage aus auf die von den Befragten im Weiteren zu beantwortenden Fragebogenteile verwiesen wird. Deshalb muss diese Frage unbedingt dahingehend angepasst werden, dass insbesondere für Befragte die nicht elektronisch kommunizieren die passende Antwortkategorie klar ersichtlich ist.

5.3 Fragebogenteil B

Nur zwei der vier Interviewpartner kommunizieren Patientendaten elektronisch und sollten deshalb diesen Fragebogenteil beantworten.

5.3.1 Frage B1. Welche Art von elektronischem/n System/en verwenden Sie?

In der Frage ist kein Referenzzeitraum angegeben, so dass für Befragte nicht klar ersichtlich ist, ob sie auch in der Vergangenheit oder zukünftig eingesetzte Systeme berücksichtigen sollen (QAS-Problemtyp 3d). Die Antwortalternativen „Virtuelle Akte“ und „Gerichtet (E-Mail oder E-Mail-ähnlich)“ sind nicht näher spezifiziert und können von den Befragten möglicherweise unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 7d). Außerdem sind die gegebenen Antwortkategorien möglicherweise unvollständig (QAS-Problemtyp 7f).

Die Befragten bezogen diese Frage wie intendiert auf die derzeit von ihnen eingesetzten Systeme zur elektronischen Patientendatenkommunikation.

Ein Befragter merkte an, dass er den Begriff „Virtuelle Akte“ nicht verständlich findet, und definiert diesen auf Nachfrage als „elektronische Onlineakten“, eine zentral gespeicherte

Sammlung von Patientendaten. Derselbe Befragte merkte auch an, dass für ihn nicht ersichtlich sei, ob Fax auch den elektronischen Kommunikationsmedien zuzuordnen ist.

Zu dieser Frage sollten die Antwortkategorien klarer spezifiziert werden.

5.3.2 Frage B2. Falls Sie eine virtuelle Akte verwenden, wo werden die Patientendaten gespeichert?

Der in der Frage verwendete Begriff „Patientendaten“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3c). Darüberhinaus ist kein Referenzzeitraum angegeben, so dass für die Befragten möglicherweise nicht ersichtlich ist, ob die in der Vergangenheit genutzte Datenablagepraktiken oder geplante Änderungen daran mit einzubeziehen sind (QAS-Problemtyp 3d). Fraglich ist auch, ob den Befragten der Speicherort überhaupt bekannt ist (QAS-Problemtyp 5a). Ferner sind die angegebenen Antwortkategorien „Externer Dienstleister“ und „Daten verbleiben im Praxissystem“ vage und könnten von den Befragten unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 7d). Ebenso könnten die verwendeten Antwortkategorien unvollständig sein (QAS-Problemtyp 7f).

Ein Befragter, der kurzfristig die EFA zur Kommunikation einsetzen wird, bezog diese Antwort schon auf diese.

Um solchen Missverständnissen vorzubeugen, sollte der Frage ein entsprechender Hinweis auf den Referenzzeitraum hinzugefügt werden.

5.3.3 Frage B3. Wie erfolgt der Zugriff?

Es ist kein Referenzzeitraum angegeben, so dass möglicherweise nicht erkennbar ist, ob frühere oder zukünftige Arten des Zugriffs berücksichtigt werden sollen (QAS-Problemtyp 3d). Die Art des Zugriffs könnte den Befragten unbekannt sein (QAS-Problemtyp 5a). Die Antwortkategorien „Web-Portal“ und „In PVS/Dokumentation integriert“ sind nicht näher spezifiziert, so dass sie den Befragten entweder unbekannt sind oder möglicherweise unterschiedlich ausgelegt werden könnten (QAS-Problemtyp 7c). Darüberhinaus könnten die gegebenen Antwortalternativen unvollständig sein (QAS-Problemtyp 7f).

Ein Interviewpartner merkte an, dass für ihn der verwendete Begriff „separates Programm“ nicht verständlich sei und er deshalb die Frage nicht abschließend beantworten könne. Er

empfahl, diese Antwortkategorie mit einigen Beispielen zu illustrieren. Der zweite Interviewpartner merkte an, dass er sich in den vorgegebenen Antwortkategorien nicht wiederfindet, da er einen mehrstufigen Prozess verwendet. Zunächst werden die zu übermittelnden Daten auf einen speziellen Rechner im Praxisnetzwerk kopiert, um sie von dort per E-Mail zu übertragen. Um Angriffen von außen vorzubeugen, wird dieser spezielle Rechner vom Praxisnetzwerk und somit von allen Patientendaten-haltenden Systemen getrennt, bevor er sich mit dem Internet verbindet.

Die Antwortkategorien „Separates Programm“ sollte gemäß der Anmerkung des Interviewpartners mit einigen Beispielen näher beschrieben werden. Die beschriebene Problematik aufwändiger Prozesse über Rechengrenzen hinweg, die von dem betreffenden Interviewpartner nicht unter die gegebenen Antwortkategorien subsummiert werden konnten, könnte zum einen über eine modifizierte Fragestellung oder durch eine zusätzliche Antwortoption (z.B. „Auf einem anderen Rechner“) abgefangen werden, da die in Antwortkategorien dargestellten Lösungen so prinzipiell auch auf diesen zutreffen.

5.3.4 Frage B4. Falls Sie ein separates Programm einsetzen, welches System verwenden Sie?

Die Befragten könnten den Namen des Herstellers und des von ihnen eingesetzten Programms nicht kennen (QAS-Problemtyp 5a).

Auf diese Frage antwortete nur einer der Interviewpartner. Dieser konnte das von ihm eingesetzte Programm allerdings nicht genau benennen und antwortete, dass es sich um „normales Windows“ handelt.

Da diese Frage leider nur von einem Befragten beantwortet wurde, fällt es schwer, eine Modifikationsempfehlung auszusprechen. Die Frage sollte zunächst nicht geändert und in einer weiteren, umfangreicheren Runde kognitiver Interviews erneut getestet werden.

5.3.5 Frage B5. Was hat die initiale Einrichtung des Systems in Ihrer Praxis gekostet?

Es ist nicht näher spezifiziert, was in die „initialen Einrichtungskosten“ miteinbezogen werden soll (QAS-Problemtyp 3c). Darüberhinaus könnte deren exakte Höhe dem Befragten nicht bekannt sein (QAS-Problemtyp 5a), was auch damit zusammenhängen

kann, dass die Einrichtung schon eine Weile in der Vergangenheit liegt (QAS-Problemtyp 5c).

Ein Befragter gab an, dass es keine zusätzlichen Einrichtungskosten gab, da alle notwendigen Software- und Infrastrukturkomponenten bereits vorhanden waren. Der zweite Befragte bezog die Frage nicht auf die zur elektronischen Kommunikation notwendigen Software- und Infrastrukturkomponenten, sondern auf sein gesamtes Praxissystem.

Auf Grund der Interviewergebnisse erscheint es fraglich, ob die angesprochene Zielgruppe die EDV-Kosten so genau differenzieren kann, wie es zur Beantwortung der Frage nötig wäre. Deshalb sollte eher danach gefragt werden, ob für die Einrichtung der für die elektronische Kommunikation notwendigen Komponenten zusätzliche Kosten entstanden sind.

5.3.6 Frage B6. Wie hoch sind die Betriebs/Nutzungskosten?

Wie bei den Einrichtungskosten ist auch bei den „Betriebs/Nutzungskosten“ den Befragten möglicherweise nicht klar, was mit einbezogen werden soll (QAS-Problemtyp 3c) oder aber ob die Befragten über das entsprechende Wissen verfügen (QAS-Problemtyp 5a). Es außerdem fehlt ein Referenzzeitraum (QAS-Problemtyp 3d).

Wie bei Frage B5 gab ein Befragter an, dass keine über die ohnehin anfallenden EDV-bezogenen Betriebs- und Nutzungskosten hinausgehenden anfallen. Der andere Befragte bezog die Frage wieder auf seine gesamten EDV-bezogenen Betriebs- und Nutzungskosten.

Die Interviewergebnisse legen, nahe, dass die angesprochene Zielgruppe die EDV-bezogenen Betriebs- und Nutzungskosten nicht so genau differenzieren kann, wie es zur Beantwortung der Frage nötig wäre. Deshalb sollte auch eher danach gefragt werden, ob für die elektronische zusätzliche Betriebs- und Nutzungskosten anfallen.

5.3.7 Frage B7. Wie werden diese abgerechnet?

Die Abrechnungsart könnte ebenso wie die Höhe der Betriebs- und Nutzungskosten unbekannt sein (QAS-Problemtyp 5a).

Das Antwortverhalten der Interviewpartner ließ keine Probleme bei der Beantwortung erkennen.

5.3.8 Frage B29. Die Aufklärung des Patienten über die Verwaltung der Einverständniserklärungen zur elektronischen Datenübermittlung ist aufwändig.

Die Frage geht von einer statischen Situation aus (QAS-Problemtyp 4b). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b). Außerdem könnte die Frage von den Befragten als redundant aufgefasst werden, da in Frage B29 nach einem ähnlichen Sachverhalt gefragt wird (QAS-Problemtyp 8)

Die Interviewpartner äußerten, dass für sie der Begriff „Verwaltung der Einverständniserklärungen“ unklar sei.

Mit dieser Frage soll erhoben werden, wie die niedergelassenen Ärzte zu dem mit der EFA verbundenen Autorisierungsverfahren stehen. Dies sollte in der Frage deutlicher herausgestellt und eventuell mit einem Beispiel veranschaulicht werden.

5.4 Fragebogenteil C

5.4.1 Einleitung

Zur Einleitung merkte ein Befragter an, dass digitales Fax ähnlich wie auch E-mail schnell und gut integrierbar ist. Zur Übermittlung von Daten durch den Patienten wurden noch CD und USB-Medien genannt.

5.5 Fragebogenteil D

5.5.1 Frage D1. Bieten andere Behandler die Möglichkeit der elektronischen Patientendatenübermittlung?

Der Begriff „andere Behandler“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). Die Frage setzt voraus, dass der Befragte über Wissen über die kommunikationstechnische Ausstattung anderer verfügt, das er möglicherweise nicht hat (QAS-Problemtyp 5a).

Bei ihren Antworten stützten sich beide Interviewpartner auf Anfragen von anderen Behandlern, die eine elektronische Datenübermittlung per E-Mail angeboten bzw. angefragt hatten.

Zwar ist anzunehmen, dass auch weitere nicht-elektronisch Übermittelnde niedergelassene Ärzte durch den kollegialen Austausch Einblick in die Übermittlungsmöglichkeiten ihrer Kollegen haben, dennoch sollte die Antwortoption „Weiß nicht“ angeboten werden.

5.5.2 Frage D2. Wenn die Möglichkeit angeboten wird, beabsichtigen Sie, diese kurzfristig zu nutzen?

In dieser Frage ist zwar eine Referenzperiode angegeben, diese ist jedoch nicht genau spezifiziert und könnte von den Befragten möglicherweise unterschiedlich interpretiert werden (QAS-Problemtyp 3d).

Einer der beiden Befragten gab an, dass er bis zu seiner Verrentung nicht elektronisch übermitteln möchte, der andere, dass seine Praxis entgegen seiner Aussage in Fragebogenteil A doch gelegentlich elektronisch mit einigen Radiologen kommuniziere.

Trotz der Irrelevanz einer exakteren Angabe der Referenzperiode für den Befragten, sollte diese exakter abgegrenzt werden, da nicht zu erwarten ist, dass alle nicht-elektronisch Übermittelnden eine ähnlich ablehnende Haltung der elektronischen Übermittlung gegenüber haben werden.

5.5.3 Frage D3. Wenn nicht beabsichtigt ist, die Möglichkeit kurzfristig zu nutzen, warum nicht?

Der einzige Interviewpartner, der zu dieser Frage gelangte, äußerte sich erst nach einer längeren Pause zur Frage, gab dann aber eine pointierte Antwort.

5.6 Fragebogenteil E

5.6.1 Frage E4. Bei vielen meiner Patienten ist es notwendig, Patientendaten mit weiteren Behandlern auszutauschen.

Der Begriff „weitere Behandler“ ist nicht näher spezifiziert und kann deshalb von Befragten möglicherweise unterschiedlich aufgefasst werden (QAS-Problemtyp 3c). Auch

ist der Begriff „viele“ nicht näher spezifiziert und es ist fraglich, was dies für die Befragten bedeutet (QAS-Problemtyp 5d).

Für alle sich äußernden Interviewpartnern umfassen die „weiteren Behandler“ an der Behandlung des Patienten beteiligte Fach- und Hausärzte.

Ein Befragter merkte an, dass er erwartet hätte, einen relativen Anteil angeben zu müssen. Dies ist zu überlegen, allerdings könnten sich dabei Probleme mit dem Abruf der für die Beantwortung benötigten Informationen aus dem Gedächtnis (QAS-Fehlertyp 5c) und bei der durchzuführenden mentalen Berechnung ergeben (QAS-Fehlertyp 5d).

5.6.2 Frage E5. Dabei konzentriert sich die Notwendigkeit des Austausches auf wenige Behandler.

Der Begriff „wenige Behandler“ ist nicht näher spezifiziert und es ist fraglich, was dies für die Befragten bedeutet (QAS-Problemtyp 5d).

Ein Interviewpartner merkte an, dass ihm die Einordnung schwerfalle, da kein quantitativen Hinweise auf Bedeutung des Begriffs „wenige“ gegeben würde. Es ist daher zu überlegen, wie ein solcher gegeben werden kann.

5.6.3 Frage E7. Das Fehlen von Vorgaben bezüglich des elektronischen Patientendatenaustausches verhindert die Nutzung.

Der Begriff „Vorgaben“ ist nicht näher spezifiziert und könnte deshalb von den Befragten möglicherweise unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Die Befragten haben unterschiedliche Vorstellungen, was mit dem Begriff Vorgaben gemeint sein könnte. Für einen bedeuten Vorgaben Bestimmungen der Kassenärztlichen Vereinigung, für einen anderen gesetzliche Vorgaben nicht näher bestimmten Inhalts und für einen dritten Vorgaben zum Datenschutz. Der vierte Befragte gab an, dass der Begriff zu unbestimmt sei.

Deshalb sollte genauer spezifiziert werden, was unter diesem Begriff zu verstehen ist, oder dieser mit Beispielen veranschaulicht werden.

Ein Interviewpartner merkte an, dass diese Frage implizit davon ausgeht, dass Vorgaben nicht existieren. Deshalb ist zu überlegen, dieser Frage eine nach der Existenz solcher Vorgaben voranzustellen.

5.6.4 Frage E8. Einheitliche Standards zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten sollten verbindlich festgelegt werden.

Die Begriffe „Einheitliche Standards“ und „verbindlich festlegen“ sind nicht näher spezifiziert und könnten deshalb von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b). Darüberhinaus könnte diese Frage von den Befragten als redundant empfunden werden, da in Frage E7 nach einem ähnlichen Sachverhalt gefragt wird (QAS-Problemtyp 8).

Für einen Befragten bedeuten verbindlich vorgegebene einheitliche Standards Datenübertragungsstandards und Vorgaben bezüglich Hard- und Software, die durch die Kassenärztliche Vereinigung festgelegt werden, sowie gesetzliche Vorschriften, die den Umfang des Übertragbaren regeln. Für einen zweiten sollten durch eine industrie-unabhängige Stelle Kommunikationsstandards festgelegt werden. Der dritte Befragte gab an, er verstehe darunter eine bundeseinheitliche Festlegung von Kommunikationswegen und Rahmenbedingungen durch die Ärztekammern und den Gesetzgeber. Nach Meinung des vierten Befragten sollten Kommunikations- und Dokumentenstandards ähnlich der elektronischen Gesundheitskarte gesetzlich festgeschrieben werden, eine Festlegung auf bestimmte Produkte wünscht er aber im Gegensatz zum ersten Befragten nicht. Dieser schlug vor, die Frage entsprechend aufzuteilen. Dies sollte in Erwägung gezogen werden, wobei sich der Begriff der „Standards“ weiter konkretisieren ließe.

5.6.5 Frage E9. Systeme zum elektronischen Patientendatenaustausch sind noch bei zu wenigen Behandlern vorhanden.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Ein Interviewpartner gab an, sein Wissen über die Möglichkeiten seiner Kollegen im kollegialen Austausch erworben zu haben. Darüberhinaus vermute er, dass die meisten Behandler wohl bereits über die Möglichkeit zur elektronischen Datenübermittlung

verfügten, und schlug vor, diese Frage in eine nach dem Vorhandensein und eine weitere nach der Nutzung aufzuspalten. Die Anmerkung eines anderen Befragten ging in eine ähnliche Richtung, indem er anmerkte, dass dieser Frage nach der Möglichkeit der Übertragung eine nach der Möglichkeit der Aufbereitung vorzugehen sollte. Ein weiterer Interviewpartner gab an, sich bereits intensiv mit der Fragestellung befasst zu haben, was ihn dazu veranlasste, aktiv bei seinen Kollegen für die elektronische Patientendatenübermittlung geworben zu haben. Der vierte Befragte gab an, dass ihm das zur Beantwortung nötige Wissen fehle.

Auf Grund der Interviewergebnisse sollte darüber nachgedacht werden, die vorgeschlagene Aufteilung zu übernehmen. Außerdem sollte eine Antwortoption „weiß nicht“ angeboten werden.

5.6.6 Frage E10. Die Auswahl und Verwaltung der zu übermittelnden Dokumente sollte durch die Behandler und nicht durch die Patienten erfolgen.

Die Begriffe „Auswahl“ und „Verwaltung“ sind nicht näher spezifiziert und könnten von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei drei der vier Interviewpartner gab es keine Hinweise auf Probleme mit der Beantwortung. Sie gaben Gründe an, die sie zu ihrer Antwort führten. Ein Interviewpartner zögerte mit der Beantwortung und bezog diese dann auf die von ihm gelebte Praxis anstatt auf seine Anforderungen an potentielle Systeme. Deshalb sollte darüber nachgedacht werden, in der Frage klarer herauszustellen, dass sich diese Frage auf potentielle Systeme zur elektronischen Patientendatenübermittlung bezieht.

5.6.7 Frage E11. Alle an der Behandlung eines Patienten Beteiligten sollten auf dieselben Dokumente zugreifen können.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei zwei der vier Interviewpartner gab es keinen Hinweis auf Probleme mit der Beantwortung der Frage. Die beiden anderen gaben an, dass sie den Begriff „dieselben

Daten“ im Zusammenhang dieser Frage als Zugriff auf die komplette Krankenakte des Patienten verstanden haben.

Intention der Frage ist, zu erheben, wie wichtig den Befragten die Eigenschaft der EFA ist, dass alle Behandler im Rahmen eines Behandlungsfalls direkt Zugriff auf die selben Dokumente haben. Die Frage sollte modifiziert werden, um dies deutlicher herauszustellen.

5.6.8 Frage E12. Es sollten nur die für den konkreten Behandlungsfall relevanten Dokumente zugänglich sein.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Das Antwortverhalten der Interviewpartner gibt keine Hinweise auf Probleme mit der Beantwortung der Frage. Sie wird von den Befragten zudem nicht als redundant zur Frage E11 empfunden.

5.6.9 Frage E13. Patienten sollten für jedes einzelne Dokument bestimmen können, welcher Behandler darauf zugreifen darf.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b). Diese Frage könnte von den Befragten als redundant empfunden werden, da die Fragen E10, E11 und E12 einen ähnlichen Sachverhalt thematisieren (QAS-Problemtyp 8).

Die Frage wurde von keinem der Befragten als redundant empfunden, da es aus ihrer Sicht einen Unterschied macht, ob nach Auswahl oder nach Zugriff bzw. Übertragung gefragt werde; beides seien abgrenzbare Sachverhalte.

Ein Befragter sah die dargestellte Situation den aktuellen Stand des Datenschutzes widerspiegeln. Intention der Frage ist es, die Einstellung der Befragten zu einem Merkmal der EFA zu erheben, nachdem der Zugriff auf die in der EFA hinterlegten Dokumente einem Behandler nur vollständig und nicht auf Basis einzelner Dokumente gewährt oder verweigert werden kann. Die Frage sollte so modifiziert werden, dass die Intention deutlicher erkennbar ist

5.6.10 Frage E14. Die zu übermittelnden Dokumente sollten in einer Behandler-übergreifenden Akte zusammengefasst sein.

Der Begriff „Behandler-übergreifende Akte“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Einer der vier Interviewpartner konnte mit dem Begriff „Behandler-übergreifende Akte“ gar nichts verbinden, die anderen gaben an, darunter eine zentral gespeicherte lebenslange Patientenakte zu verstehen.

Intention der Frage war, die Einstellung der Befragten bezüglich des Merkmals der EFA zu erheben, nachdem die Dokumente über ein zentrales, Behandler-übergreifendes Verzeichnis von Verweisen auf die dezentral gespeicherten, für den gegebenen Behandlungsfall relevanten Dokumente zugänglich gemacht werden. Dies sollte deutlicher herausgestellt werden.

5.6.11 Frage E15. Ich möchte auch über mobile Endgeräte (Smartphone/Tablett) auf die übermittelten Daten zugreifen können.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Bei dieser Frage gab das Antwortverhalten der Interviewpartner keine Hinweise auf Probleme bei der Beantwortung der Frage.

5.6.12 Frage E16. Der Nutzen des elektronischen Austauschs von Patientendaten ist noch nicht ausreichend belegt.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Angesprochen auf die komplizierte Formulierung der Frage in Verbindung mit den Antwortkategorien (doppelte Verneinung), merkten die Interviewpartner an, dass dies eigentlich unproblematisch und durch ihr Studium geübt wäre.

5.6.13 Frage E17. Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung sind zum Teil dem EDV-Einsatz zuzuschreiben.

In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Ein Teilnehmer ist bei der Beantwortung der Frage, obwohl mit dem Sachverhalt vertraut, zunächst zögerlich. Es sei schon so, dass er die EDV als großen Kostenpunkt sehe und er feststellen müsse, dass zwar die Systemanforderungen der PVS steigen würden, ohne dass jedoch eine wesentliche Erweiterung der des Leistungsumfanges zu verzeichnen wäre. Ein anderer Teilnehmer gab an keine Probleme bei der Beantwortung der Frage zu haben, während ein weiterer die Kostensteigerung eher nach Nutzen differenzieren würde.

Auf Grund der Interviewergebnisse ist zu überlegen, ob den Antwortkategorien die Option „weiß nicht“ bzw. „keine Meinung“ hinzugefügt werden sollte.

5.6.14 Frage E18. Es sollte finanzielle Anreize für die Teilnahme an der elektronischen Übermittlung geben.

Der Begriff „Finanzielle Anreize“ ist nicht näher spezifiziert und könnte von den Befragten möglicherweise unterschiedlich ausgelegt werden (QAS-Problemtyp 3c). In der Frage wird nach einer Einstellung gefragt, die der Befragte sich möglicherweise noch gar nicht gebildet hat (QAS-Problemtyp 5b).

Von den Interviewpartnern hatte keiner Probleme, den Begriff „finanzielle Anreize“ zu konzeptualisieren. Der eine verstand darunter eine Unterstützung bei Teilnahme, ein anderer gab als Beispiel die von den Kassenärztlichen Vereinigungen praktizierte Kostenübernahme für KV-Safenet-Anschlüsse, ein dritter eine Erstattung der nicht durch Einsparungen durch Nutzung des System gedeckte Kosten, der vierte Gutscheine für die Nutzung des Systems.

5.7 Anmerkungen zum Fragebogen insgesamt

Von den Teilnehmern wurde der Fragebogen insgesamt als zu lang empfunden. Neben der allgemeinen Praxistätigkeit könnten die Befragten maximal 10–15 Minuten für die Beantwortung eines Fragebogens aufbringen. Ein Teilnehmer bemerkte, dass eine

Honorierung von 50 Euro für eine halbe Stunde bei der Komplexität des Bogens zu gering sei.

Um bei der tatsächlichen Durchführung einen möglichst hohen Rücklauf sicherzustellen, sollte der Bogen gekürzt und die Zahlung einer finanziellen Kompensation gemäß des Ausfalls der Praxistätigkeit in Erwägung gezogen werden.

6 Fazit und Ausblick

Die kognitiven Interviews mit vier Niedergelassenen Ärzten haben gezeigt, dass der entworfene Fragebogen noch erheblichen Modifikationsaufwandes aufweist.

Trotz der verhältnismäßig kleinen Stichprobe war es möglich, problematische Formulierungen und unscharfe Definitionen in den Fragestellungen und Antwortmöglichkeitskategorien aufzudecken.

Um den Fragebogen wie angedacht als Erhebungsinstrument in der Studie zur Elektronischen Fallakte unter den niedergelassenen Ärzten verwenden zu können, müssten in einem ersten Überarbeitungsschritt die in den Interviewauswertungen vorgeschlagenen Änderungen durchgeführt werden. Danach sollte in einer weiteren Runde kognitiver Interviews getestet werden, ob die Modifizierungen zu einer Verbesserung des Fragebogenverständnisses geführt haben.

Daran anschließend sollte der Fragebogen einem Feldtest mit einer größeren, unter realistischen Gegebenheiten gezogenen Stichprobe unterzogen werden. Dabei ist ein besonderer Fokus auf die Prüfung quantitativer Merkmale wie Verlässlichkeit und Validität zu legen.

Sind auch diese Tests erfolgreich abgeschlossen, kann die gewünschte Umfrage durchgeführt werden. Wobei auf Grund der vorangegangenen Tests davon ausgegangen werden kann, dass man aussagekräftige Ergebnisse erhält.

Abbildung 2 – Erstellter Fragebogen, Seite 1

Fragebogen zur intersektoralen Kommunikation und zur Elektronischen FallAkte (EFA)

Die Kommunikation an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor gilt als eines der Schlüsselemente für den reibungslosen Ablauf sektorenübergreifender Behandlungsszenarien. Das Fraunhofer Institut für Software- und Systemtechnik (ISST) forscht an Lösungen und Werkzeugen, um den Austausch behandlungsrelevanter Patientendaten effektiver und effizienter zu gestalten. Ein Ergebnis dieser Forschungsarbeit ist die Spezifikation der Elektronischen FallAkte (EFA), die Basis für eine herstellerunabhängige Plattform zum sicheren Austausch von Patientendaten ist. Um die Perspektiven und Bedürfnisse aller an der Nutzung und Bereitstellung einer EFA-Plattform Beteiligten bei der Weiterentwicklung des Standards berücksichtigen zu können, führt das Fraunhofer ISST eine umfassende Studie durch.

Der erste Teil dieser Studie ist diese Umfrage unter den niedergelassenen Ärzten, deren Ziel es ist,

- den aktuellen Stand des Patientendatenaustauschs zwischen den ambulanten und stationären Leistungserbringern,
- die Verbreitung elektronischer Kommunikationsmedien,
- die Zufriedenheit mit den eingesetzten Kommunikationsmedien, sowie
- die Meinung über und die Erwartungen an die elektronische Übermittlung von Patientendaten

zu erheben.

Die Umfrage besteht aus fünf Teilen: Neben allgemeinen Fragen zur Praxis und deren Ausstattung sowie Fragen zu Einstellungen und Erwartungen bezüglich des elektronischen Patientendatenaustausches, die sich an alle Teilnehmer richten, werden in den übrigen Teilen Fragen zu Ihren Erfahrungen mit den Kommunikationsmedien gestellt, die von Ihnen jeweils verwendet werden. Sie müssen also nicht alle, sondern nur die auf Sie zutreffenden Teile beantworten.

Ihre Angaben werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt, und nur für die oben dargelegten Zwecke verwendet.

Im Voraus schon einmal vielen Dank für Ihre Teilnahme.

Abbildung 3 – Erstellter Fragebogen, Seite 2

Teil A - Praxis und Praxisausstattung (14 Fragen)

A1. In welchem Fachgebiet praktizieren Sie?

A2. Wie viele Ärzte (vollzeitäquivalent) sind - Sie eingeschlossen - mit Ihnen in der Praxis tätig?

A3. Falls Sie nicht alleine praktizieren, haben Ihre Kollegen in ein anderes Fachgebiet?

Ja

Nein

A4. Welche ist die für Ihren Praxisstandort zuständige KV?

A5. Wo befindet sich Ihre Praxis?

Großstadt (Kernbereich)

Großstadt (Vorstadt)

Kleinstadt

Auf dem Land

A6. Wie alt sind Sie?

Unter 35

35-44

45-54

55-64

65 oder älter

A7. Sind Sie männlich oder weiblich?

Männlich

Weiblich

A8. Nimmt Ihre Praxis an Programmen der Integrierten Versorgung teil?

Ja

Nein

A9. Wie dokumentieren Sie in Ihrer Praxis?

Papierbasiert

Elektronisch

A10. Falls Sie papierbasiert dokumentieren, planen Sie auf eine elektronische Dokumentation umzustellen?

Ja

Nein

A11. Falls Sie elektronisch dokumentieren, welches Dokumentationssystem verwenden Sie?

Hersteller/Produkt _____

Weiß nicht

A12. Ist Ihre Praxis an elektronische Kommunikationsnetze angebunden?

Internet

KV-Safenet

Sonstiges

A13. Wie werden Patientendaten zwischen Ihnen und anderen Behandlern übermittelt?

Abbildung 4 – Erstellter Fragebogen, Seite 3

<input type="checkbox"/> Durch den Patienten selbst (Papier, Film, CDs etc.)	<input type="checkbox"/> Telefonisch/per Fax durch beteiligte Behandler	<input type="checkbox"/> Elektronisch durch beteiligte Behandler	
A14. Welche Art überwiegt?			
<input type="checkbox"/> Ausschließlich elektronisch	<input type="checkbox"/> Überwiegend elektronisch	<input type="checkbox"/> Überwiegend durch Patienten / telefonisch / Fax	<input type="checkbox"/> Ausschließlich durch Patienten / telefonisch / Fax
↓	↓	↓	↓
Bitte beantworten Sie Teile B und E	Bitte beantworten Sie Teile B, C und E		Bitte beantworten Sie Teile C, D und E

Teil B - Patientendaten werden (auch) elektronisch übermittelt (34 Fragen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit von Ihnen eingesetzten Systemen zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten (nachfolgend „System“ genannt). Sollten Sie parallel mehrere Systeme verwenden, geben Sie in Ihren Antworten zu den Fragen B8-B34 bitte Ihren Gesamteindruck wieder.

B1. Welche Art von elektronischem/n System/en verwenden Sie?

Virtuelle Akte Gerichtet (E-Mail oder E-Mail-ähnlich) Sowohl, als auch Weiß nicht

B2. Falls Sie eine virtuelle Akte verwenden, wo werden die Patientendaten gespeichert?

Externer Dienstleister (vorheriges Exportieren in externes System) Daten verbleiben im Praxissystem (direkter Abruf aus Behandler-Systemen) Weiß nicht

B3. Wie erfolgt der Zugriff?

Web-Portal In PVS/Dokumentation integriert Separates Programm

B4. Falls Sie ein separates Programm einsetzen, welches System verwenden Sie?

Hersteller/Produkt _____ Weiß nicht

B5. Was hat die initiale Einrichtung des Systems in Ihrer Praxis gekostet?

Kosten _____ Weiß nicht

B6. Wie hoch sind die Betriebs/Nutzungskosten?

Kosten _____ Weiß nicht

B7. Wie werden diese abgerechnet?

Pauschal Monatlich Jährlich Pro Patient Pro Übertragung/Akte

B8. Das System steht durchgängig zur Verfügung.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B9. Es kommt häufig zu Problemen mit dem System.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B10. Das System ist benutzerfreundlich.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B11. Zur Nutzung des Systems muss ich von meinem PVS/Dokumentationssystem in ein anderes Programm wechseln.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 6 – Erstellter Fragebogen, Seite 5

B12. Die Bedienung des Systems weicht von der meines PVS ab.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B13. Ich habe ausreichend Unterstützung bei der Benutzung des Systems.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B14. Mir stehen ausreichende Ressourcen zum Erlernen der Benutzung des Systems zur Verfügung.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B15. Die benötigten Dokumente liegen rechtzeitig, vollständig und in aktueller Fassung vor, wenn sie elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B16. Die elektronisch übermittelten Dokumente können unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B17. Patienten äußern Bedenken bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit der elektronischen Übermittlung ihrer Daten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B18. Die Anschaffungskosten für das System sind gemessen am Nutzen zu hoch.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B19. Der Arbeitsaufwand zur elektronischen Datenübermittlung ist gering.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B20. Insgesamt bin ich zufrieden mit dem System.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B21. Ich würde anderen Kollegen die elektronische Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B22. Ich denke, die Patienten sind zufrieden mit der Nutzung der elektronischen Übermittlung ihrer Daten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B23. Ich würde meinen Patienten die elektronische Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 7 – Erstellter Fragebogen, Seite 6

B24. Die Behandlung kann wie geplant durchgeführt werden, wenn die Unterlagen elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B25. Die Behandlungsentscheidungen sind angemessen, wenn die Unterlagen elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B26. Ich bzw. meine Praxis waren an der Einführung des Systems beteiligt.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B27. Die Nutzer hätten mehr Einfluss auf die Gestaltung des Systems haben sollen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B28. Die datenschutzrechtlich notwendige Aufklärung des Patienten über das System ist aufwändig.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B29. Die Aufklärung des Patienten über die Verwaltung der Einverständniserklärungen zur elektronischen Datenübermittlung ist aufwändig.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B30. Die elektronische Datenübermittlung trägt zur Patientensicherheit bei.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B31. Die elektronische Datenübermittlung trägt zum Behandlungserfolg bei.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B32. Die elektronische Datenübermittlung unterstützt eine effektive Kommunikation zwischen allen an der Versorgung eines Patienten beteiligten Behandlern.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B33. Ich hatte persönlich Fälle, in denen die elektronische Übermittlung die Behandlung beeinträchtigt hat.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

B34. Mein System kann nicht mit den Systemen aller potentiellen Mitbehandler kommunizieren.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Teil C - Patientendaten werden (auch) manuell übermittelt (14 Fragen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erfahrungen mit der Übermittlung von Patientendaten durch den Patienten selbst, oder telefonisch oder per Fax durch die Behandler (nachfolgend „manuelle Übermittlung“ genannt).

C1. Die benötigten Dokumente liegen rechtzeitig, vollständig und in aktueller Fassung vor, wenn sie manuell übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C2. Die manuell übermittelten Dokumente können unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C3. Patienten haben Bedenken bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit der manuellen Übermittlung ihrer Daten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C4. Der Arbeitsaufwand zur manuellen Datenübermittlung ist gering.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C5. Insgesamt bin ich zufrieden mit der manuellen Übermittlung.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C6. Ich würde anderen Kollegen die manuelle Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C7. Ich denke, die Patienten sind zufrieden mit der manuellen Übermittlung ihrer Daten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C8. Ich würde meinen Patienten die manuelle Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C9. Die Behandlung kann wie geplant durchgeführt werden, wenn die Unterlagen manuell übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C10. Die Behandlungsentscheidungen sind angemessen, wenn die Unterlagen manuell übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 9 – Erstellter Fragebogen, Seite 8

C11. Die manuelle Übermittlung trägt zur Patientensicherheit bei.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C12. Die manuelle Übermittlung trägt zum Behandlungserfolg bei.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C13. Die manuelle Übermittlung unterstützt eine effektive Kommunikation zwischen allen an der Behandlung beteiligten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

C14. Ich hatte persönlich Fälle, in denen die manuelle Übermittlung die Behandlung beeinträchtigt hat.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Teil D - Patientendaten werden ausschließlich manuell übermittelt (29 Fragen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Erwartungen bezüglich Systemen zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten (nachfolgend „System“ genannt), wenn Sie solche noch nicht einsetzen.

D1. Bieten andere Behandler die Möglichkeit der elektronischen Patientendatenübermittlung?
 Ja Nein Weiß nicht

D2. Wenn die Möglichkeit angeboten wird, beabsichtigen Sie, diese kurzfristig zu nutzen?
 Ja Nein Unschlüssig

D3. Wenn nicht beabsichtigt ist, die Möglichkeit kurzfristig zu nutzen, warum nicht?
 Mein PVS verfügt derzeit nicht über die technischen Voraussetzungen zur elektronischen Patientendatenübermittlung. (Ergänzungsfrage zu EHRNS Q03 bzw. neue Frage zur Funktionalität)
 Der Hersteller meines PVS bietet keine Schnittstelle zur elektronischen Patientendatenübermittlung an.* (Neue Frage zur Adaptionfaktoren)
 Andere Gründe _____

D4. Das System wird durchgängig zur Verfügung stehen.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D5. Es wird häufig zu Problemen mit dem System kommen.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D6. Das System wird benutzerfreundlich sein.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D7. Zur Nutzung des Systems werde ich von meinem PVS in ein anderes Programm wechseln müssen.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D8. Die Bedienung des Systems wird von der meines PVS abweichen.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D9. Ich werde ausreichende Unterstützung bei der Benutzung des Systems haben.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D10. Mir werden ausreichende Ressourcen zum Erlernen der Benutzung des Systems zur Verfügung stehen.
 Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 11 – Erstellter Fragebogen, Seite 10

D11. Die benötigten Dokumente werden rechtzeitig, vollständig und in aktueller Fassung vorliegen, wenn sie elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D12. Die elektronisch übermittelten Dokumente werden unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D13. Patienten haben Bedenken bezüglich der Sicherheit und Vertraulichkeit der elektronischen Übermittlung ihrer Daten.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D14. Die Anschaffungskosten für ein System sind gemessen am Nutzen zu hoch.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D15. Der Arbeitsaufwand wird bei der elektronischen Datenübermittlung gering sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D16. Insgesamt werde ich mit einem System zufrieden sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D17. Ich würde anderen Kollegen die elektronische Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D18. Ich denke, die Patienten werden mit der elektronischen Übermittlung ihrer Daten zufrieden sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D19. Ich würde meinen Patienten die elektronische Datenübermittlung empfehlen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D20. Die Behandlung wird wie geplant durchgeführt werden können, wenn die Unterlagen elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D21. Die Behandlungsentscheidungen werden angemessen sein, wenn die Unterlagen elektronisch übermittelt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D22. Ich bzw. meine Praxis sollte an der Einführung des Systems beteiligt sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 12 – Erstellter Fragebogen, Seite 11

D23. Die Nutzer sollen Einfluss auf die Gestaltung des Systems haben.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D24. Die Aufklärung des Patienten über das System und die Verwaltung der Einverständniserklärungen zur elektronischen Datenübermittlung wird aufwändig sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D25. Ein System würde zur Patientensicherheit beitragen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D26. Ein System würde zum Behandlungserfolg beitragen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D27. Ein System würde eine effektive Kommunikation zwischen allen an der Behandlung beteiligten unterstützen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D28. Ich erwarte, dass ich persönlich Fälle haben werde, in denen die elektronische Übertragung die Behandlung beeinträchtigen wird.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

D29. Mein System wird nicht mit den Systemen aller potentiellen Mitbehandler kommunizieren können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Teil E - Einstellungen und Erwartungen an Systeme zum elektronischen Patientendatenaustausch (18 Fragen)

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Einstellungen und Erwartungen bezüglich Systemen zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten (nachfolgend „System“ genannt), unabhängig davon, ob Sie solche bereits nutzen.

E1. Die Bedienung des Systems sollte nicht von der meines PVS abweichen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E2. Zur Nutzung des Systems sollte ich nicht von meinem PVS in ein anderes Programm wechseln müssen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E3. Die elektronisch übermittelten Dokumente sollten unmittelbar in die Praxisdokumentation übernommen werden können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E4. Bei vielen meiner Patienten ist es notwendig, Patientendaten mit weiteren Behandlern auszutauschen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E5. Dabei konzentriert sich die Notwendigkeit des Austausches auf wenige Behandler.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E6. Ein System muss mit dem aller potentiellen Mitbehandler kommunizieren können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E7. Das Fehlen von Vorgaben bezüglich des elektronischen Patientendatenaustausches verhindert die Nutzung.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E8. Einheitliche Standards zur elektronischen Übermittlung von Patientendaten sollten verbindlich festgelegt werden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E9. Systeme zum elektronischen Patientendatenaustausch sind noch bei zu wenigen Behandlern vorhanden.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E10. Die Auswahl und Verwaltung der zu übermittelnden Dokumente sollte durch die Behandler und nicht durch die Patienten erfolgen.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Abbildung 14 – Erstellter Fragebogen, Seite 13

E11. Alle an der Behandlung eines Patienten Beteiligten sollten auf dieselben Dokumente zugreifen können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E12. Es sollten nur die für den konkreten Behandlungsfall relevanten Dokumente zugänglich sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E13. Patienten sollten für jedes einzelne Dokument bestimmen können, welcher Behandler darauf zugreifen darf.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E14. Die zu übermittelnden Dokumente sollten in einer Behandler-übergreifenden Akte zusammengefasst sein.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E15. Ich möchte auch über mobile Endgeräte (Smartphone/Tablet) auf die übermittelten Daten zugreifen können.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E16. Der Nutzen des elektronischen Austauschs von Patientendaten ist noch nicht ausreichend belegt.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E17. Kostensteigerungen in der Gesundheitsversorgung sind zum Teil dem EDV-Einsatz zuzuschreiben.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

E18. Es sollte finanzielle Anreize für die Teilnahme an der elektronischen Übermittlung geben.

Trifft voll zu Trifft eingeschränkt zu Trifft eher nicht zu Trifft überhaupt nicht zu

Participant Code: _____

Employee / Staff Perceptions Electronic Medical Record System Survey

Instructions to Participants.

The following survey is intended to help researchers from Drexel University better understand staff perceptions and attitudes about the electronic medical record. Specifically we are interested in learning about your experience using an electronic medical record and understanding what impact an electronic medical record has on patient care, and how it affects you.

Please check one (1) response for each question. **Thank you** for completing this survey.

Participant Code: _____

Your Job Title _____ Date _____

Have you had prior experience outside of your facility with any electronic medical records or computerized provider order entry systems? No ___ Yes ___ If yes, about how many years of experience _____

Years working in healthcare _____

Would you rate your computer knowledge as below average; average; above average; advanced? _____

Your Age _____ Gender _____

Please indicate the extent to which you agree with the following statements regarding the **electronic medical record**.
Please check only one (1) response per item.

	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Mildly Disagree	Mildly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
1. The <u>electronic medical record</u> is consistently available	[]	[]	[]	[]	[]	[]
2. The <u>electronic medical record</u> is subject to frequent system problems	[]	[]	[]	[]	[]	[]
3. The <u>electronic medical record</u> is user-friendly	[]	[]	[]	[]	[]	[]
4. Sufficient support is available to use the <u>electronic medical record</u>	[]	[]	[]	[]	[]	[]
5. The <u>electronic medical record</u> features enable me to perform my work well	[]	[]	[]	[]	[]	[]
6. Patient care data being recorded is accurate and valid	[]	[]	[]	[]	[]	[]
7. Patients have concerns about the <u>electronic medical record</u> security or confidentiality	[]	[]	[]	[]	[]	[]
8. Patient care services are provided in a timely manner	[]	[]	[]	[]	[]	[]
9. Patient care orders in the <u>electronic medical record</u> are appropriate	[]	[]	[]	[]	[]	[]
10. The electronic medical record contributes to the safety of patients	[]	[]	[]	[]	[]	[]
11. The <u>electronic medical record</u> supports effective communication between most team members about patient care	[]	[]	[]	[]	[]	[]
12. The <u>electronic medical record</u> contributes to patient outcomes	[]	[]	[]	[]	[]	[]

Participant Code: _____

		Strongly Disagree	Moderately Disagree	Mildly Disagree	Mildly Agree	Moderately Agree	Strongly Agree
13. The <u>electronic medical record</u> contributes to patient's knowledge of their health condition	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
14. The <u>electronic medical record</u> is worth the time and effort required to use it	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
15. Overall, I am satisfied with the <u>electronic medical record</u>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
16. I think patients are satisfied with clinicians using the <u>electronic medical record</u>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
17. My department had a role in introducing the <u>electronic medical record</u> at my facility	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
18. People who use the <u>electronic medical record</u> should have had more to say about its design	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
19. I have first hand knowledge that problems with the <u>electronic medical record</u> interfere with patient care	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
20. A reason for my facility's adoption of the <u>electronic medical record</u> was the system's ability to exchange patient information with nursing homes and hospitals	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
21. Sufficient resources are provided for me to learn to use the <u>electronic medical record</u>	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
22. Part of the increase in costs of healthcare is because of computers	[]	[]	[]	[]	[]	[]	[]
23. What worked well or what are your concerns related to the system:							

Thank you for completing this survey.

Literaturverzeichnis

AK EPA/EFA (2011)

AK EPA/EFA: Elektronische Akten im Gesundheitswesen. Ergebnisse des bundesweiten Arbeitskreises EPA/EFA, ohne Ort, 2011

Bohrnstedt (2010)

Bohrnstedt, George W.: Measurement Models for Survey Research in: Handbook of survey research Hrsg.: Mardsen, Peter V. / Wright, James D., Emerald Group, Bingley, 2010

Brancato / Macchiha / Murgia et al. (2014)

Brancato, G. / Macchia, S. / Murgia, M. / Signore, M. / Simeoni, G. / Blanke, K. / Körner, T. / Nimmergut, A. / Lima, P. / Paulino, R. / Hoffmeyer-Zlotnik, J.H.P.: Handbook of Recommended Practices for Questionnaire Development and Testing in the European Statistical System in:

http://ec.europa.eu/eurostat/ramon/statmanuals/files/Handbook_of_Practices_for_Quest.pdf abgerufen am 06.03.2014

Conrad / Blair (2014)

Conrad, Frederick G. / Blair, Johnny: Interpreting verbal reports in cognitive interviews: Probes matter in:

<http://www.amstat.org/sections/srms/Proceedings/y2001/Proceed/00312.pdf> abgerufen am 31.07.2014

Converse / Presser (1986)

Converse, Jean M / Presser, Stanley: Survey questions. Handcrafting the standardized questionnaire, Sage Publications, Thousand Oaks, 1986

DeMaio / Mathiowetz / Rothgeb et al. (2014)

DeMaio, Theresa / Mathiowetz, Nancy / Rothgeb, Jennifer M. / Beach, Mary Ellen / Durant, Sharon: Protocol for Pretesting Demographic Surveys at the Census Bureau in: <http://www.census.gov/srd/papers/pdf/sm93-04.pdf> abgerufen am

Ericsson, Simon (1980)

Ericsson, Anders K. / Simon, Herbert A.: Verbal reports as data in: Psychological Review, Vol. 87, Nr. 3, 1980, S. 215-251

Fowler (1995)

Fowler, Floyd J.: Improving survey questions: design and evaluation, Sage Publications, Thousand Oaks, 1995

Greiling / Dudek (2009)

Greiling, Michael / Dudek, Matthias: Schnittstellenmanagement in der integrierten Versorgung. Eine Analyse der Informations- und Dokumentationsabläufe, 1. Auflage, W. Kohlhammer, Stuttgart, 2009

Häyrinen, Saranto, Nykänen (2008)

Häyrinen, Kristiina; Saranto, Kaija; Nykänen, Pirkko: Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: A review of the research literature in: International Journal of Medical Informatics, Vol. 77, Nr. 5, 2008, S. 291-304

O.V. (2013a)

Ohne Verfasser: Ärzteumfrage: Länderprofil für Deutschland – Setzt sich IT im deutschen Gesundheitswesen durch? in:

http://www.accenture.com/SiteCollectionDocuments/Local_Germany/PDF/Accenture-Doctors-Survey-Germany-Country-Profile.pdf zuletzt abgerufen: 09.12.2013

O.V. (2013b)

Ohne Verfasser: EFA: Nutzen durch praktische Anwendungen steigern – Anwendertagung im Juni 2013 in Berlin in: Krankenhaus-IT Journal Jg. 2013, Nr. 4, 2013, S. 62-63

O.V. (2014a)

Ohne Verfasser: Gesundheitsausgabenrechnung. Methoden und Grundlagen (2008) in:

https://www.destatis.de/DE/Methoden/Methodenpapiere/Download/Gesundheitsausgabenrechnung.pdf?__blob=publicationFile abgerufen am: 24.08.2014

O.V. (2014b)

Ohne Verfasser: Die elektronische Fallakte – Ein Standard für die sektorübergreifende Arzt-Arzt-Kommunikation in:

https://www.fallakte.de/images/efa/downloads/EFA_Flyer_8s_2011_03_03.pdf abgerufen am 12. Juli 2014

O.V. (2014c)

Ohne Verfasser: (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und

Ärzte in: http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/MBO_08_20112.pdf abgerufen am 02.08.2014

O.V. (2014d)

Ohne Verfasser: (Muster-)Weiterbildungsordnung 2003 in:

http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/20130628-MWBO_V6.pdf abgerufen 02.08.2014

O.V. (2014e)

Ohne Verfasser: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der

vertragsärztlichen Versorgung in: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-899/BPL-RL_2014-04-17.pdf abgerufen 02.08.2014

O.V. (2014f)

Ohne Verfasser: Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und

Datenverarbeitung in der Arztpraxis in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 21, 2014, S. A936-A972

Schnell / Hill / Esser (2011)

Schnell, Rainer / Hill, Paul B. / Esser, Elke: Methoden der empirischen Sozialforschung, 9. Auflage, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2011

Simon (2013)

Simon, Michael: Das Gesundheitssystem in Deutschland – Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise, 4., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage Verlag Hans Huber, Bern, 2013

Sirken / Schechter (1999)

Sirken, Monroe G. / Schechter, Susan: Interdisciplinary Survey Methods Research in: Cognition and survey research Hrsg.: Sirken, Monroe et al., John Wiley & Sons, New York, 1999

Sokolow / Crawford / Lehmann (2012)

Sokolow, Paulina S. / Crawford, P. R. / Lehmann, Harold P.: Health Services Research Evaluation Principles – Broadening a General Framework for Evaluating Health Information Technology in: Methods of Information in Medicine, Vol. 51, Nr. 2, 2012, S. 122-130

Sokolow / Weiner / Bowles et al. (2011)

Sokolow, Paulina S. / Weiner, Jonathan P. / Bowles, Kathryn H. / Lehmann, Harold P.: A new instrument for measuring clinician satisfaction with electronic health records in: Computers, Informatics, Nursing, Vol. 29, Nr. 10, 2011, S. 574-585

Tourangeau / Rips / Rasinski (2000)

Tourangeau, Roger / Rips, Lance J. / Rasinski, Kenneth: The psychology of survey response, Cambridge University Press, Cambridge, 2000

Willis (2005)

Willis, Gordon B.: Cognitive Interviewing. A tool for improving questionnaire design, Sage Publications, Thousand Oaks, 2005

Willis / Lessler (2014)

Willis, Gordon B. / Lessler, Judith T.: Question Appraisal System. QAS-99 in: <http://appliedresearch.cancer.gov/areas/cognitive/qas99.pdf> abgerufen: 02.08.2014