



VSDM Ergebnisphase: LG 15: Evaluationsgutachten (Inklusive LG 14: Statistische Auswertungen)

Version 1.0_final
Stand 29.01.2018

Version	Stand	Hinweis	Autor
1.0_final	29.01.2018	Finales Dokument	Prof. Dr. Oliver Schöffski Thomas Adelhardt Stefan Brunner Markus Maryschok

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis 2

Tabellenverzeichnis 7

Abbildungsverzeichnis 15

Abkürzungsverzeichnis 18

Glossar 20

1. Zweck und Aufbau des Dokuments 21

2. Auftrag und Hintergrund 22

 2.1. Hintergrund 22

 2.2. Evaluationsgegenstand VSDM 22

3. Vorstellung der Projektbeteiligten 24

4. Datengrundlage und Methodik 26

 4.1. Schriftliche Befragung der Leistungserbringerinstitutionen 26

 4.2. Extremwertanalysen 28

 4.2.1. Erstellung der Interviewleitfäden inkl. Pretest 28

 4.2.2. Identifikation geeigneter LEI 30

 4.2.3. Auswertungsmethodik (Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring) 33

 4.3. Einbindung von Sekundärdaten 36

 4.3.1. Datenerhebung 36

 4.3.2. Vorgehen der Fidelity-Analyse 39

 4.3.3. Vorgehen zur Analyse der Konnektor-Protokolldaten 39

 4.3.4. Analyse der Incident-Meldungen 40

 4.4. Befragung der Patienten/-innen 41

 4.5. Einbindung des wissenschaftlichen Beirats 44

 4.6. Darstellung der Hypothesen 45

 4.6.1. Hypothesen zu den Kernfragen der Evaluation 45

 4.6.2. Abgeleitete Hypothesen aus dem Information System Success-Modell von DeLone & McLean 47

 4.6.3. Hypothesen zur IT-Affinität 49

 4.6.4. Hypothesen zu den Patienteninterviews 50

 4.6.5. Hypothesen zu objektiven Daten 50

4.6.6.	Nicht betrachtete Hypothesen	51
5.	Ergebnisse für ambulante LEI	52
5.1.	Charakterisierung der ambulanten LEI.....	52
5.2.	Ergebnisse der schriftlichen Befragung	61
5.2.1.	Querschnittsbetrachtung der MZP1 bis 4.....	61
5.2.2.	Informationsqualität zu MZP5	63
5.2.3.	Systemqualität zu MZP5	63
5.2.4.	Servicequalität zu MZP2 bzw. MZP5	65
5.2.5.	Zufriedenheit zu MZP5	67
5.2.6.	Nettonutzen zu MZP5	68
5.2.7.	Evaluationskriterien außerhalb des ISSM zu MZP5	70
5.2.8.	Vergleichende Betrachtung der Messzeitpunkte.....	72
5.3.	Prüfung der Hypothesen	75
5.3.1.	H1 bis H6: Zustimmung zu Dimensionen des DeLone & McLean ISSM.....	75
5.3.2.	H7: Das DeLone & Mclean ISS-Modell ist im Rahmen von VSDM gültig.....	77
5.3.3.	H8: Die Zustimmung zu den Dimensionen des ISS-Modells fällt zu MZP5 nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1.....	81
5.3.4.	H9: Alle Dimensionen des ISS-Modells weisen eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.....	82
5.3.5.	H10: Die direkt gemessene Zufriedenheit zu MZP5 fällt bei mindestens 50% der teilnehmenden LEI je Testregion neutral oder positiv aus.....	84
5.3.6.	H11: Die direkt gemessene Zufriedenheit fällt zu MZP5 positiver aus als zu MZP2	84
5.3.7.	H12: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der IT-Affinität und der Dimension der Nutzerzufriedenheit	85
5.3.8.	H16: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität	85
5.3.9.	H17: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.....	86
5.3.10.	H19: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität	86
5.3.11.	H20: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.....	86
5.3.12.	H21: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Umsetzungsgenauigkeit und der Systemqualität	87

5.3.13.	H22: Die Dauer der Einweisung ist positiv korreliert mit den Items der Einführungsprozesse	87
5.3.14.	Zusammenfassung der Hypothesenprüfung	87
5.4.	Subgruppenanalysen	88
5.4.1.	Versorgungsbereich	88
5.4.2.	Organisationsform.....	89
5.4.3.	Arztanzahl	90
5.4.4.	Geringe Bandbreite	92
5.4.5.	Internet über Mobilfunk	96
5.4.6.	TI-Variante.....	96
5.4.7.	Region	100
5.4.8.	Verwendetes Primärsystem.....	102
5.4.9.	Teilnahme an Vorpilotierung („Friendly User“).....	104
5.4.10.	Zeitpunkt des Einstiegs in die Erprobung	105
5.4.11.	Zwischenfazit der Subgruppenanalyse.....	106
5.5.	Ergebnisse der Extremwertanalysen im ambulanten Bereich.....	107
5.5.1.	Fördernde Faktoren.....	108
5.5.2.	Hemmende Faktoren	110
5.5.3.	Limitationen der Extremwertanalysen	117
5.6.	Beantwortung der Kernfragen für ambulanten LEI	118
6.	Ergebnisse für stationäre LEI	120
6.1.	Charakterisierung der stationären LEI	120
6.2.	Ergebnisse schriftlichen Befragung stationärer LEI	124
6.2.1.	Querschnittsbetrachtung der MZP1 bis 4.....	124
6.2.2.	Informationsqualität zu MZP5	125
6.2.3.	Systemqualität zu MZP5	126
6.2.4.	Servicequalität zu MZP2 bzw. MZP5	128
6.2.5.	Zufriedenheit zu MZP5	130
6.2.6.	Nettonutzen zu MZP5	132
6.2.7.	Evaluationskriterien außerhalb des ISSM zu MZP5	133
6.2.8.	Vergleichende Betrachtung der Messzeitpunkte.....	135

6.3.	Ergebnisse der Extremwertanalyse im stationären Bereich	137
6.3.1.	Fördernde Faktoren	139
6.3.2.	Hemmende Faktoren	140
6.4.	Beantwortung der Kernfragen für stationäre LEI	142
7.	Offene Angaben aus der schriftlichen Befragung der LEI	144
7.1.	Weitere Veränderungen im Bereich IT und EDV in der Praxis (F29).....	144
7.2.	Ursachen für impraktikable Arbeitsabläufe (F67)	145
7.3.	Positive Auffälligkeiten während der Erprobung (F70)	146
7.4.	Verbesserungsvorschläge bezüglich Einführung und Betrieb des VSDM (F71).....	146
8.	Ergebnisse Sekundärdatenanalyse	148
8.1.	Fidelity-Analyse.....	148
8.2.	Häufigkeiten der eGK-Einlesevorgänge	149
8.3.	Bearbeitungsdauer der EGK-Einlesevorgänge	151
8.4.	Häufigkeit der Hinweise zum Versicherungsnachweis	155
8.5.	Fehlerquoten der eGK-Einlesevorgänge	156
8.6.	Incident-Häufigkeit und Incident-Dauer	158
8.7.	Limitationen der Sekundärdatenanalyse	160
8.8.	Zusammenfassung der Sekundärdatenanalyse.....	161
9.	Ergebnisse der Patientenbefragung.....	162
9.1.	Charakterisierung der Stichprobe	162
9.2.	Inhaltliche Befragungsergebnisse	164
9.3.	Überprüfung von Hypothesen zur Patientenbefragung.....	169
9.4.	Kritische Würdigung der Befragungsergebnisse	170
9.5.	Limitationen der Patientenbefragung.....	174
9.6.	Zwischenfazit zur Patientenbefragung.....	174
10.	Limitationen.....	176
11.	Gesamtfazit	177
12.	Handlungsempfehlungen	179
13.	Anhang.....	185
13.1.	Anhang: Liste der Fragebogenelemente und Leitfadenelemente.....	185
13.2.	Anhang: Tabellenanhang (LG14)	195

13.2.1. Tabellen zur Charakterisierung der ambulanten LEI	195
13.2.2. Tabellen zu Evaluationskriterien außerhalb des ISSM (MZP5)	201
13.2.3. Tabellen zur Querschnittsbetrachtung der ambulanten LEI.....	202
13.2.4. Tabellen zur Querschnittsbetrachtung der stationären LEI.....	219
13.2.5. Tabellen zur Subgruppenanalyse	229
13.2.6. Tabellen zur Extremwertanalyse.....	249
13.2.7. Tabellen zur Sekundärdatenanalyse.....	250

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl Fragen nach Fragentyp..... 30

Tabelle 2: Auswahlkriterien Extremwertbefragung 31

Tabelle 3: Interpretationsregeln der qualitativen Inhaltsanalyse 36

Tabelle 4: Umfang VSDM-Performanceprotokolle mit Vorgangs-, LEI- und Konnektoranzahl nach Monat 37

Tabelle 5: Umfang VSDM-Fehlerprotokolle mit Vorgangs-, LEI- und Konnektoranzahl nach Monat 38

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Patientenbefragung hinsichtlich LEI und Interviewanzahl..... 42

Tabelle 7: Verteilung der Patienteninterviews nach KV-Bezirk und Versorgungsbereich 43

Tabelle 8: Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats 45

Tabelle 9: Referenzierte Dimensionen nach Donabedian und DeLone und McLean sowie die Messebenen nach Kirkpatrick je Kernfrage 47

Tabelle 10: Übersicht über das Erprobungsfeld Testregion Nordwest (Stand: 24.07.2017) 52

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der aktiven LEI nach der Organisationsform (Testregion Nordwest) 53

Tabelle 12: Ausschöpfungsstatistik der Befragungszeitpunkte (Testregion Nordwest)..... 53

Tabelle 13: Befragungsdauer (Online-Erhebung) des ambulanten Sektors (Testregion Nordwest) 55

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung Item F12 (ambulante LEI) - Nutzung von IT- und EDV-Anwendungen (Mehrfachnennung möglich) 60

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung Item F17 (ambulante LEI) - Konfiguration nach Wünschen der LEI möglich?..... 60

Tabelle 16: Entwicklung der ISS-Dimensionen (ambulant)..... 75

Tabelle 17: Hypothesenprüfung H7a – Korrelation der Items F53 und F64..... 78

Tabelle 18: Hypothesenprüfung H7a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53, F55, F64 78

Tabelle 19: Hypothesenprüfung H7b – Korrelation der Items F41, F42, F43, F44, F45, F46 und F64 79

Tabelle 20: Hypothesenprüfung H7b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F41, F42, F43, F44, F45 und F46..... 80

Tabelle 21: Hypothesenprüfung H7c/d – Korrelation der Items F57 und F64..... 80

Tabelle 22: Hypothesenprüfung H7c/d – Indikatoren des Vorzeichentests für Item F57	80
Tabelle 23: Hypothesenprüfung H8a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53 und F55...	81
Tabelle 24: Hypothesenprüfung H8b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F37 und F45 ..	82
Tabelle 25: Hypothesenprüfung H9a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53 und F55...	83
Tabelle 26: Hypothesenprüfung H9b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F37 und F45 ..	83
Tabelle 27: Hypothesenprüfung H12 – Korrelation der Items F9, F10, F11, F12 und F64	85
Tabelle 28: Überblick der Hypothesengültigkeit.....	88
Tabelle 29: Interviewdauer und -anzahl (ambulant).....	107
Tabelle 30: Durchschnittliche Zahl umgerüsteter Arbeitsplätze und dort tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ambulant)	108
Tabelle 31: Identifikation ungültiger eGK (ambulant).....	109
Tabelle 32: Online-Aktualisierung der VSD (ambulant)	109
Tabelle 33: Lesbarkeit der eGK mit dem Kartenterminal (ambulant).....	112
Tabelle 34: Systemabstürze (ambulant)	113
Tabelle 35: Einsatz alter Geräte als Rückfallmöglichkeit (ambulant).....	114
Tabelle 36: Charakteristika der stationären LEI.....	120
Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung Item F5 (stationäre LEI) – Gründe für die Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)	121
Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung Item F6 (stationäre LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	122
Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung Item F7 (stationäre LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	123
Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung Item F8 (stationäre LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit.	123
Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung Item F15 (stationäre LEI) - Einschätzung des Informationsstandes der Patienten/-innen	133
Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung Item F16 (stationäre LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen	134
Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung Item F16 (stationäre LEI) Nutzungsabsicht weitere Anwendungen eGK.....	134

Tabelle 44: Entwicklung der ISS-Dimensionen	136
Tabelle 45: Interviewdauer und -anzahl (stationär).....	137
Tabelle 46: Umgerüstete Arbeitsplätze und dort tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (stationär)	137
Tabelle 47: Notfallambulanz und ermächtigte Ärzte (stationär)	138
Tabelle 48: Anzahl der Antworten auf offene Fragen.....	144
Tabelle 49: Ergebnis Fidelity-Analyse für ambulante LEI	148
Tabelle 50: Ergebnis Fidelity-Analyse für stationäre LEI.....	149
Tabelle 51: Incident-Häufigkeit und Dauer nach Monat.....	159
Tabelle 52: Incident-Häufigkeit und Dauer nach Versorgungsbereich	159
Tabelle 53: Incident-Häufigkeit und Dauer nach TI-Variante	160
Tabelle 54: Patientenbefragung F8 – Verteilung nach Altersgruppen	162
Tabelle 55: Patientenbefragung F9 – Verteilung nach Geschlecht	162
Tabelle 56: Demographische Verteilung der Patientenbefragung im Vergleich zum GKV- Versichertenkollektiv.....	163
Tabelle 57: Patientenbefragung: F1 - Wie häufig waren Sie [innerhalb der letzten 12 Monate] hier in der Praxis / im Krankenhaus?	165
Tabelle 58: Patientenbefragung: F2 - Wann waren Sie das letzte Mal in der Praxis / im Krankenhaus?	165
Tabelle 59: Patientenbefragung: F3A - Ist Ihnen heute bei der Anmeldung etwas aufgefallen?	165
Tabelle 60: Patientenbefragung: F3B - Was genau ist Ihnen bei der Anmeldung aufgefallen? (Mehrfachantwort möglich)	166
Tabelle 61: Patientenbefragung F4 - Wissen Sie, dass Sie bereits eine elektronische Gesundheitskarte haben?	167
Tabelle 62: Patientenbefragung F5 - Wurde Ihre elektronische Gesundheitskarte heute bei der Anmeldung eingelesen?.....	167
Tabelle 63: Patientenbefragung F6 - Wissen Sie, dass diese Arztpraxis /dieses Krankenhaus an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte teilnimmt?.....	167
Tabelle 64: Patientenbefragung F7A - Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten jetzt online aktualisiert werden können?	168

Tabelle 65: Patientenbefragung F7B - Wie haben Sie erfahren, dass eine Online-Aktualisierung der Versichertendaten möglich ist? (Mehrfachantwort möglich)	168
Tabelle 66: Patientenbefragung - Übersicht der getesteten Fragestellungen.....	170
Tabelle 67: Patientenbefragung - Einfluss des Geschlechts auf das Antwortverhalten	171
Tabelle 68: Patientenbefragung - Einfluss der Altersgruppe auf das Antwortverhalten	172
Tabelle 69: Patientenbefragung – Altersverteilung nach K(Z)V-Region.....	173
Tabelle 70: Übersicht der Fragebogenitems (schriftliche Befragung)	191
Tabelle 71: Übersicht der Fragebogenitems (Patientenbefragung)	192
Tabelle 72: Übersicht der Fragebogenitems (Extremwertanalysen ambulante LEI).....	193
Tabelle 73: Übersicht der Fragebogenitems (Extremwertanalysen stationäre LEI).....	194
Tabelle 74: Häufigkeitsverteilung Item F5 (ambulante LEI) – Gründe für die Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)	195
Tabelle 75: Häufigkeitsverteilung Item F6 (ambulante LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	196
Tabelle 76: Häufigkeitsverteilung Item F7 (ambulante LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	197
Tabelle 77: Häufigkeitsverteilung Item F8 (ambulante LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit	197
Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung Item F9 (ambulante LEI) – Stellenwert EDV und IT	198
Tabelle 79: Häufigkeitsverteilung Item F10 (ambulante LEI) – Schnellere Tätigkeiten durch den PC	198
Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung Item F11 (ambulante LEI) - Suche nach digitalen Verbesserungspotentialen	199
Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung Item F17 (stationäre LEI) - Konfiguration nach Wünschen der LEI möglich?.....	199
Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung Item F18o (stationäre LEI) - Gründe technische Umrüstung nicht nach Wunsch der LEI (offene Fragestellung).....	199
Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung Item F18o (ambulante LEI) - Gründe technische Umrüstung nicht nach Wunsch der LEI (offene Fragestellung).....	200
Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung Item F72o (ambulante LEI) - Sonstige Anmerkungen (offene Fragestellung) (Mehrfachkategorisierung möglich).	200

Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung Item F15 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen	201
Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung Item F16 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen	201
Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung Item F69 (ambulante LEI) - Nutzungsabsicht weiterer Anwendungen	202
Tabelle 88: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (1)	203
Tabelle 89: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (2)	203
Tabelle 90: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (3)	203
Tabelle 91: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (1).....	205
Tabelle 92: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (2).....	205
Tabelle 93: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (3).....	206
Tabelle 94: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (4).....	206
Tabelle 95: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (5).....	206
Tabelle 96: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (1)	207
Tabelle 97: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (2)	208
Tabelle 98: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (3)	208
Tabelle 99: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (4)	208
Tabelle 100: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (5)	208
Tabelle 101: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (1)	210
Tabelle 102: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (2)	210
Tabelle 103: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (3)	210
Tabelle 104: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (4)	211
Tabelle 105: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (5)	211
Tabelle 106: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (1).....	213
Tabelle 107: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (2).....	213
Tabelle 108 Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (3).....	213

Tabelle 109: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (4).....	213
Tabelle 110: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (5).....	214
Tabelle 111: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (1)	215
Tabelle 112: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (2)	216
Tabelle 113: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (3)	216
Tabelle 114: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (4)	216
Tabelle 115: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (5)	216
Tabelle 116: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (1)	218
Tabelle 117: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (2)	218
Tabelle 118: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (3)	218
Tabelle 119: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (4)	219
Tabelle 120: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (5)	219
Tabelle 121: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (6)	219
Tabelle 122: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (1)	220
Tabelle 123: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (2)	220
Tabelle 124: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (3)	220
Tabelle 125: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (1)	221
Tabelle 126: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (2)	222
Tabelle 127: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (3)	222
Tabelle 128: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (4)	222
Tabelle 129: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (5)	222
Tabelle 130: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (1)	223
Tabelle 131: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (2)	224
Tabelle 132: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (3)	224
Tabelle 133: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (4)	224
Tabelle 134: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (1)	225

Tabelle 135: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (2)	226
Tabelle 136: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (3)	226
Tabelle 137: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (4)	226
Tabelle 138: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (1)	228
Tabelle 139: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (2)	228
Tabelle 140: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (3)	228
Tabelle 141: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (4)	228
Tabelle 142: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (5)	229
Tabelle 143: Subgruppenanalyse Versorgungsbereich (F64) zu MZP5.....	229
Tabelle 144: Subgruppenanalyse Organisationsform (F64) zu MZP5.....	230
Tabelle 145: Subgruppenanalyse Größenklasse (F42) zu MZP5	231
Tabelle 146: Subgruppenanalyse Größenklasse (F64) zu MZP5	232
Tabelle 147: Subgruppenanalyse Bandbreite (F42) zu MZP5	233
Tabelle 148: Subgruppenanalyse Bandbreite (F44) zu MZP5	234
Tabelle 149: Subgruppenanalyse Bandbreite (F64) zu MZP5	235
Tabelle 150: Subgruppenanalyse Bandbreite (F68) zu MZP5	236
Tabelle 151: Subgruppenanalyse TI-Variante (F42) zu MZP5	237
Tabelle 152: Subgruppenanalyse TI-Variante (F49) zu MZP5	238
Tabelle 153: Subgruppenanalyse TI-Variante (F64) zu MZP5	239
Tabelle 154: Subgruppenanalyse TI-Variante (F68) zu MZP5	240
Tabelle 155: Subgruppenanalyse Bundesland (F44) zu MZP5	241
Tabelle 156: Subgruppenanalyse K(Z)V-Bezirk (F44) zu MZP5	242
Tabelle 157: Subgruppenanalyse Primärsystem (F42) zu MZP5 (1)	243
Tabelle 158: Subgruppenanalyse Primärsystem (F42) zu MZP5 (2)	244
Tabelle 159: Subgruppenanalyse Primärsystem (F64) zu MZP5 (1)	245
Tabelle 160: Subgruppenanalyse Primärsystem (F64) zu MZP5 (2)	246

Tabelle 161: Subgruppenanalyse Friendly-User (F64) zu MZP5	247
Tabelle 162: Subgruppenanalyse Erprobungseinstieg (Kohorte) (F49) zu MZP5	248
Tabelle 163: Extremwertanalyse - Charakteristika der ambulanten LEI.....	249
Tabelle 164: Ambulante LEI: Anzahl Vorgänge und Konnektoren pro Kalenderwoche.....	250
Tabelle 165: Stationäre LEI: Anzahl Vorgänge und Konnektoren pro Kalenderwoche	251
Tabelle 166: Ambulante LEI: Anzahl Vorgänge (komplette Transaktionen) pro Kalenderwoche	252
Tabelle 167: Stationäre LEI: Anzahl Vorgänge (komplette Transaktionen) pro Kalenderwoche	253
Tabelle 168: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (ReadVSD.OnlineCheck.No-Update)	254
Tabelle 169: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (ReadVSD.OnlineCheck.Update)	255
Tabelle 170: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (AutoUpdateVSD.OnlineCheck.No-Update).....	256
Tabelle 171: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (AutoUpdateVSD.OnlineCheck.Update)	257
Tabelle 172: Stationäre LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (ReadVSD.OnlineCheck.No-Update)	258
Tabelle 173: Stationäre LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (ReadVSD.OnlineCheck.Update)	259
Tabelle 174: Ambulante LEI: Anzahl und Anteil der Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen	260
Tabelle 175: Stationäre LEI: Anzahl und Anteil der Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen	261
Tabelle 176: Ambulante LEI: Anzahl und Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis	262
Tabelle 177: Stationäre LEI: Anzahl und Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis	263

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Das ISSM nach DeLone und McLean.....	26
Abbildung 2: Struktur des Fragebogens differenziert nach Themenblöcken zu verschiedenen MZP ..	27
Abbildung 3: Gesamtvorgang der Fragebogenentwicklung.....	28
Abbildung 4: Anteil der Befragten nach Sektor und Profession zu EWB1.....	32
Abbildung 5: Anteil der Befragten nach Sektor und Profession zu EWB2.....	33
Abbildung 6: Ablaufmodell der Prozessvalidierung nach Mayring	34
Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung Item F5 (ambulante LEI) - Gründe für Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)	56
Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung Item F6 (ambulante LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	57
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung Item F7 (ambulante LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)	58
Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung Item F8 (ambulante LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit	58
Abbildung 11: Informationsqualität bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung.....	63
Abbildung 12: Systemqualität bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung.....	65
Abbildung 13: Servicequalität (Einführungsprozesse) bei ambulanten LEI in der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung	66
Abbildung 14: Servicequalität (Supportprozesse) bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung	67
Abbildung 15: Zufriedenheit der ambulanten LEI in der Abschlussbefragung	68
Abbildung 16: Nettonutzen bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung.....	69
Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung Item F15 (ambulante LEI) - Einschätzung des Informationsstandes der Patienten/-innen.....	70
Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung Item F16 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen	71
Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung Item F69 (ambulante LEI) - Nutzungsabsicht weiterer Anwendungen eGK	72
Abbildung 20: Hypothesenprüfung H10 – Frage F65 bei Abschlussbefragung.....	84

Abbildung 21: Subgruppenanalyse Versorgungsbereich für Frage F64 in der Abschlussbefragung...	89
Abbildung 22: Subgruppenanalyse Organisationsformen für Frage F64 in der Abschlussbefragung ..	90
Abbildung 23: Subgruppenanalyse LEI-Größenklasse (Dichotom) für Frage F42 in der Abschlussbefragung.....	91
Abbildung 24: Subgruppenanalyse LEI-Größenklasse (Dichotom) für Frage F64 in der Abschlussbefragung.....	92
Abbildung 25: Subgruppenanalyse Internetanbindung für Frage F42 in der Abschlussbefragung.....	93
Abbildung 26: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F44 in der Abschlussbefragung	94
Abbildung 27: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F64 in der Abschlussbefragung	95
Abbildung 28: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F68 in der Abschlussbefragung	96
Abbildung 29: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F42 in der Abschlussbefragung	97
Abbildung 30: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F49 in der Abschlussbefragung	98
Abbildung 31: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F64 in der Abschlussbefragung	99
Abbildung 32: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F68 in der Abschlussbefragung	100
Abbildung 33: Subgruppenanalyse Bundesland für Frage F44 in der Abschlussbefragung	101
Abbildung 34: Subgruppenanalyse KV-Region für Frage F44 in der Abschlussbefragung	102
Abbildung 35: Subgruppenanalyse Primärsystem für Frage F42 in der Abschlussbefragung	103
Abbildung 36: Subgruppenanalyse Primärsystem für Frage F64 in der Abschlussbefragung	104
Abbildung 37: Subgruppenanalyse Teilnahme an der Vorpilotierung ("Friendly User") für Frage F64 in der Abschlussbefragung	105
Abbildung 38: Subgruppenanalyse Zeitpunkt Erprobungseinstieg für Frage F49 in der Abschlussbefragung.....	106
Abbildung 39: Informationsqualität bei stationären LEI in der Abschlussbefragung.....	126
Abbildung 40: Systemqualität bei stationären LEI in der Abschlussbefragung.....	127
Abbildung 41: Servicequalität (Einführungsprozesse) bei stationären LEI in der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung.....	129
Abbildung 42: Servicequalität (Supportprozesse) bei stationären LEI in der Abschlussbefragung....	130
Abbildung 43: Zufriedenheit der stationären LEI in der Abschlussbefragung.....	131

Abbildung 44: Nettonutzen bei stationären LEI in der Abschlussbefragung	132
Abbildung 45: Übersicht VSDM-Arbeitsplätze und Mitarbeiter (stationär).....	138
Abbildung 46: Ambulante LEI: Häufigkeit der eGK-Einlesevorgänge pro Kalenderwoche.....	150
Abbildung 47: Ambulante LEI: Häufigkeit der eGK-Einlesevorgänge pro Kalenderwoche.....	151
Abbildung 48: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.No-Update	152
Abbildung 49: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.Update	153
Abbildung 50: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ AutoUpdateVSD.OnlineCheck.No- Update.....	153
Abbildung 51: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ AutoUpdateVSD.OnlineCheck.Update	154
Abbildung 52: Stationäre LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.No-Update .	154
Abbildung 53: Stationäre LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.Update.....	155
Abbildung 54: Ambulante LEI: Anteil Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen	156
Abbildung 55: Stationäre LEI: Anteil Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen.....	156
Abbildung 56: Ambulante LEI: Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis.....	157
Abbildung 57: Stationäre LEI: Anteil Vorgänge mit min. einem Fehler oder Hinweis.....	158
Abbildung 58: Vergleich der Altersstruktur der Patientenbefragung mit dem GKV- Versichertenkollektiv.....	163
Abbildung 59: Vergleich der Geschlechtsstruktur der Patientenbefragung mit dem GKV-Kollektiv	164

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	Absatz
AG	Auftraggeber
AN	Auftragnehmer
ARGE	Arbeitsgemeinschaft
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
bspw.	beispielsweise
bzgl.	bezüglich
bzw.	beziehungsweise
d. h.	das heißt
eGK	elektronische Gesundheitskarte
EWB	Extremwertbefragung
FAU	Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg
ggf.	gegebenenfalls
GKV	gesetzliche Krankenversicherung
inkl.	inklusive
ISS	Information System Success
IT	Informationstechnologie
KH	Krankenhaus
KIS	Krankenhausinformationssystem
KK	Krankenkasse
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
LE	Leistungserbringer
LEI	Leitungserbringerinstitution
LEO	Leistungserbringerorganisation
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
MZP	Messzeitpunkt
ORS1	Online-Rollout Stufe 1
PVS	Praxisverwaltungssystem

RLP	Rheinland-Pfalz
s.	siehe
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch
SH	Schleswig-Holstein
SIS	Secure Internet Service
SMC-B	Security Module Card Typ B
SNK	Sicheres Netz der KVn
PG	Praxisgemeinschaft
QES	Qualifizierte elektronische Signatur
TI	Telematikinfrastruktur
u.a.	unter anderem
ÜBAG	überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft
v.a.	vor allem
vgl.	vergleiche
VSD	Versichertenstammdaten
VSDM	Versichertenstammdatenmanagement
WEV	Wissenschaftliche Evaluation
WL	Westfalen Lippe
z. B.	zum Beispiel

Glossar

- Chi-Quadrat-Test:** Hierbei handelt es sich um einen Signifikanztest, der eingesetzt wird, um zwei Variablen anhand der beobachteten Häufigkeiten ihrer Merkmalsausprägungen zu analysieren. In der vorliegenden Evaluation wurde damit beispielsweise ermittelt, ob das Alter der Befragten LE einen Einfluss auf das Antwortverhalten hatte.
- Kruskal-Wallis-Test:** Mit diesem Test für unabhängige Stichproben wird getestet, ob sich die Tendenzen mehrerer unabhängiger Stichproben unterscheiden. In der vorliegenden Evaluation wird mittels dieses Testverfahrens beispielsweise untersucht, ob sich das Antwortverhalten (Tendenzen) je nach Versorgungsbereichen der LEI (unabhängige Stichproben) unterscheiden.
- Pearson Rangkorrelation:** Mittels der Rangkorrelation nach Pearson wird der Zusammenhang zwischen zwei Variablen gemessen. In der vorliegenden Evaluation wird damit beispielsweise untersucht, ob eine kürzere Schulungsdauer zu einer höheren Zufriedenheit mit den Einführungsprozessen führt.
- Regressionsanalyse:** Mittels einer Regressionsanalyse werden Beziehungen zwischen einer unabhängigen und einer oder mehrerer abhängigen Variablen untersucht. In der vorliegenden Evaluation wird mittels Regressionsanalyse beispielsweise getestet, welchen Einfluss das Antwortverhalten bei den Items F 9 („Unsere Praxis ist bei IT und EDV auf dem neuesten Stand“), F10 („Es gibt viele Arbeiten, die unser Praxisteam mit dem Computer leichter und schneller verrichten kann als ohne“ und F11 („Unser Praxisteam sucht stets nach Möglichkeiten die tägliche Arbeit durch IT und EDV zu verbessern“) auf die Beantwortung des Items F64 (Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteams mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...“) hat.

1. Zweck und Aufbau des Dokuments

Dieses Dokument dient dazu, den Aufbau und die Ergebnisse der wissenschaftlichen Evaluation (WEV) nachvollziehbar abzubilden. Insbesondere soll dabei die Datengrundlage der Evaluation nebst Qualitätsbewertung dargestellt werden, auf deren Basis die Kernfragen der Evaluation beantwortet werden. Des Weiteren werden die Ergebnisse zu den einzelnen Evaluationskriterien und den durchgeführten Subgruppenanalysen abgebildet. Um die methodischen und konzeptionellen Zusammenhänge der WEV verständlich zu illustrieren, werden das Studiendesign sowie die zugrundeliegende Methodik zusammenfassend beschrieben.

Anfangs wird in Kapitel 2 der Evaluationsauftrag sowie der Hintergrund erläutert, um den Zweck der WEV transparent abzubilden. Kapitel 4 beschreibt die Datengrundlage und die Methodik, auf welcher die einzelnen Befragungsinstrumente basieren. Die Datenquellen der WEV umfassen die „Schriftliche Befragung“ der Leistungserbringerinstitution (LEI) (vgl. Kapitel 4.1), die Extremwertanalysen („Telefonische Befragung“) (vgl. Kapitel 4.2), die Einbindung der vorhandenen Sekundärdaten (objektive Daten) (vgl. Kapitel 4.3) sowie die Befragung der Patienten/-innen (vgl. Kapitel 4.4). Die Einbindung des wissenschaftlichen Beirats als Gremium zur wissenschaftlichen Qualitätssicherung ist in Kapitel 4.5 abgebildet.

Anschließend werden auf Basis der erhobenen Daten die Hypothesen zu den Kernfragen der Evaluation vorgestellt und geprüft (vgl. Kapitel 4.6 und Kapitel 5.3). Die Ergebnisse aus der schriftlichen Befragung bezüglich der Querschnittsbetrachtung und den Dimensionen des Information System Success-Modells (ISSM) für den ambulanten Leistungsbereich werden in Kapitel 5 dargelegt. Die Ergebnisse für die stationären LEI sind entsprechend in Kapitel 6 erörtert. Darstellungen zu den Ergebnissen der Sekundärdatenanalyse sowie der Patientenbefragung sind in den folgenden Kapiteln 8 und 9 zu finden. Schließlich soll noch auf allgemeine Limitationen der Evaluation eingegangen werden, so dass die gegebenen Handlungsempfehlungen (vgl. Kapitel Handlungsempfehlungen12) korrekt eingeordnet werden können. Im Anhang dieses Dokuments sind u.a. umfassende Tabellen zu den einzelnen Frageitems der schriftlichen Befragung abgebildet.

Neben diesem Evaluationsgutachten existieren eine Kurzfassung des Evaluationsgutachtens (LG 16), ein Abschlussbericht (LG 17) sowie Empfehlungen für die Weiterentwicklung (LG 18), welche der Auftragnehmer (AN) WEV dem Auftraggeber (AG) übergeben hat.

2. Auftrag und Hintergrund

2.1. Hintergrund

Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen wurde durch den Gesetzgeber beauftragt, die Krankenversicherungskarten durch eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) zu ersetzen. Zur Einführung, Pflege und Weiterentwicklung der eGK und ihrer Infrastruktur als Basis für Telematikanwendungen im Gesundheitswesen wurde der Auftraggeber (gematik mbH) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung gegründet. Der gesetzliche Auftrag der gematik gemäß § 291a SGB V ist die Einführung, der Betrieb und die Weiterentwicklung der Telematikinfrastuktur (TI) im Gesundheitswesen, der eGK sowie zugehöriger Fachanwendungen für die Datenkommunikation zwischen Heilberuflern, Krankenhäusern, Krankenkassen und Versicherten. Die gematik entwickelt die übergreifenden IT-Standards für die Einführung der eGK sowie für den Aufbau und Betrieb einer bundesweiten, interoperablen und sektorenübergreifenden Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur (TI).

Dazu hat die gematik nach einer europaweiten Ausschreibung mehrere Auftragnehmer (AN) mit der gemäß der Testverordnung vorgegebenen und vom Auftraggeber (AG) näher definierten Erprobung von Fachanwendungen und Basisdiensten in einer ersten Stufe der TI –sogenanntes Online-Rollout-Stufe 1 (ORS1) beauftragt. Ziel des Online-Rollout-Stufe 1 (ORS1) war die Entwicklung, der Aufbau und der Betrieb einer TI in zwei Testregionen und die Erprobung, insbesondere der Fachanwendung "Versichertenstammdatenmanagement" ("VSDM") und des Basisdienstes "Qualifizierte elektronische Signatur" ("QES").

Die WEV hatte den Auftrag, die Erprobung von VSDM im Rahmen des ORS1 wissenschaftlich zu begleiten. Ziel der durchzuführenden Evaluation war die Bewertung von Akzeptanz und Praxistauglichkeit bzw. die Bewertung der Auswirkungen der Einführungen von Anwendungen und Basisdiensten auf Prozesse in den Institutionen der Leistungserbringer. Die Erkenntnisse aus der Evaluation bilden dabei einen Bestandteil für die Entscheidung der Gesellschafter über die Umsetzung des bundesweiten Rollouts.

2.2. Evaluationsgegenstand VSDM

Das VSDM verwaltet die Versichertenstammdaten (Daten nach § 291 Abs. 2, Nr. 1-10 SGB V) im Umfeld der eGK und der TI. Die Versichertenstammdaten (VSD) entstehen aus dem Versicherungsverhältnis zwischen Versichertem und Krankenkasse. Die Personalisierung sowie die Ausgabe der eGK an den Versicherten erfolgt über die Krankenkassen (§ 284 SGB V, § 291 SGB V). Diese tragen zugleich die Verantwortung für die Bereitstellung, Aktualisierung und Pflege der VSD. Die Krankenkassen haben also die Hoheit über die VSD. Mit der Fachanwendung VSDM werden die VSD sowohl auf der eGK gespeichert als auch über die TI verfügbar gemacht. Dadurch wird es möglich, den jeweils aktuellen Stand der Daten bei Bedarf abzurufen und auf der eGK zu aktualisieren.

Die VSD werden verwendet:

- zum Nachweis der Berechtigung der Inanspruchnahme von Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung
- zur Prüfung der Gültigkeit des Krankenversicherungsnachweises und
- als Abrechnungsgrundlage mit der Kassenärztlichen Vereinigung/Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KV/KZV) bzw. direkt mit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (§ 295 SGB V).

Ziel des VSDM ist die Verbesserung der Datenaktualität, insbesondere im Hinblick auf veränderliche Dateninhalte (z. B. Zuzahlungsstatus). Die Evaluation umfasste dabei v.a. die Bewertung von Akzeptanz und Praxistauglichkeit des VSDM seitens der teilnehmenden LEI. Dabei wurde auch die Sichtweise der Patienten/-innen berücksichtigt.

Mögliche Abläufe im Versorgungsablauf stellen sich dabei wie folgt dar: Beim Versichertenstammdatenmanagement können (Zahn-)Ärzte/-innen und Psychotherapeuten/-innen in Echtzeit („online“) überprüfen, ob die auf der elektronischen Gesundheitskarte gespeicherten Versichertenstammdaten aktuell sind bzw. ob überhaupt ein gültiges Versicherungsverhältnis besteht. Diese Online-Überprüfung ist bei jedem ersten Patientenkontakt im Quartal verpflichtend. Sie kann aber auch während des Quartals initiiert werden, wenn die Ärztin bzw. der Arzt das möchte. Hierzu ist jedoch stets die eGK der/des Versicherten notwendig.

Konkret läuft das Ganze beim Standardszenario („Integriertes Szenario“) so ab: Genau wie bisher stecken die Angestellten am Empfang die Karte in das Kartenterminal. Es wird eine Verbindung zum Versichertenstammdatendienst der Krankenkassen aufgebaut und die Daten auf der Karte werden überprüft. Jetzt gibt es mehrere Möglichkeiten:

Fall A: Die Daten sind aktuell. Der (Zahn-)Arzt bzw. die (Zahn)-Ärztin/Angestellte(r) erhält eine entsprechende Meldung. Die Angestellten entfernen die Karte aus dem Kartenterminal. Das Vorgehen ist exakt dasselbe wie beim Einlesen der Versichertendaten ohne Online-Überprüfung.

Fall B: Bei der Krankenkasse sind aktualisierte Stammdaten verfügbar, zum Beispiel eine neue Adresse. Die Daten auf der Gesundheitskarte des Patienten bzw. der Patientin werden entsprechend aktualisiert. Der (Zahn-)Arzt bzw. die (Zahn)-Ärztin/Angestellte(r) kann die aktualisierten Daten direkt in sein IT-System übernehmen, ohne sie eingeben zu müssen. Nach erfolgreicher Aktualisierung erhält der (Zahn-)Arzt bzw. die (Zahn)-Ärztin/Angestellte(r) eine entsprechende Mitteilung. Die Angestellten entfernen die Karte aus dem Kartenterminal.

Fall C: Die eGK ist nicht gültig – es kann kein gültiges Versicherungsverhältnis über die eGK nachgewiesen werden. In diesem Fall erhalten die Angestellten am Empfang einen entsprechenden Hinweis.

3. Vorstellung der Projektbeteiligten

Die WEV umfasste mehrere Projektbeteiligte, welche im Folgenden kurz vorgestellt werden:

Auftraggeber gematik (AG): Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte mbH, Berlin

Im Rahmen der WEV definierte der AG den konzeptionellen Rahmen der Evaluation und hatte die Koordination zwischen den Projektbeteiligten des ORS1 inne.

Auftragnehmer WEV (AN): Lehrstuhl für Gesundheitsmanagement, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU), Nürnberg.

Der AN WEV entwickelte das Studiendesign für die Evaluierung des ORS1. Dies umfasste insbesondere die Operationalisierung von Evaluationskriterien sowie die Erstellung von Datenmodellen und Fragebögen, die Festlegung der fachlichen Grundlagen für die Bewertung der Ergebnisse der Evaluation und der formalen Vorgaben für die Auswertungen sowie die Erstellung eines detaillierten Durchführungskonzeptes für die Evaluation. Die anschließende Durchführung und statistische Auswertung der WEV war ebenfalls Aufgabe des AN WEV.

Auftragnehmer ORS1, Los1 (AN ORS1, Los1): T-Systems, Frankfurt am Main (Testregion Südost)

Der AN ORS1 sollte im Auftrag der gematik die im Rahmen der TI notwendigen Gerätschaften konzipieren. Des Weiteren sollten die an der Erprobung teilnehmenden LEI der Testregion Südost durch den AN ORS1 akquiriert und die WEV durch die Lieferung von objektiven Daten qualitativ unterstützt werden. Der AN ORS1 des Los1 findet keine weitere Erwähnung, da die Gesellschafter der gematik beschlossen, keine gesonderten Maßnahmen zur Erprobung des VSDM in der weiteren Testregion (Südost) durchzuführen.

Auftragnehmer ORS1, Los2 (AN ORS1, Los2): CompuGroup Medical SE, Koblenz (Testregion Nordwest)

Der AN ORS1 konzipierte im Auftrag des AG, die im Rahmen der TI notwendigen Gerätschaften. Des Weiteren wurden die an der Erprobung teilnehmenden LEI durch den AN ORS1 akquiriert und die WEV durch die Lieferung von objektiven Daten qualitativ unterstützt.

Erprobungsteilnehmer/-innen (LEI), Testregion Nordwest

Die Erprobungsteilnehmer/-innen der Testregion Nordwest (Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz, Nordrhein-Westfalen) erprobten die seitens des AN ORS1 entwickelten Gerätschaften. Insgesamt umfasste das Erprobungsfeld planmäßig 500 ambulante Praxen und sechs Krankenhäuser, welche an der WEV teilnahmen.

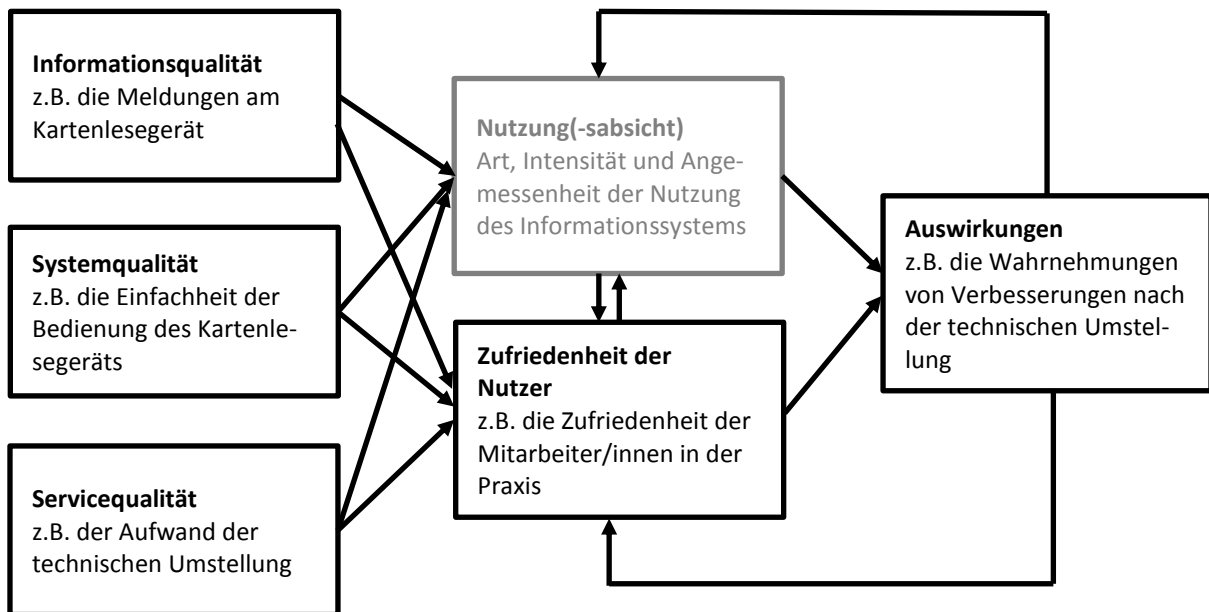
Arbeitsgemeinschaften (ARGEn) der Testregion Nordwest

Die drei ARGEn der Testregion Nordwest bestehen aus Vertretern der Krankenkassen, regionaler Verbände sowie berufsständische Organisation der Leistungserbringer (Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Krankenhäuser und Apotheker/-innen). Zusätzlich sind dort Vertreter/-innen der relevanten Bundesländer als ständige Gäste vertreten. Die ARGEn unterstützten die Kommunikation sowie den Erprobungsablauf in Zusammenarbeit mit dem AG. Im Rahmen der WEV erhielt der AN WEV Unterstützung bei der Planung und Durchführung der Informationsveranstaltungen durch die ARGEn (LG07).

4. Datengrundlage und Methodik

4.1. Schriftliche Befragung der Leistungserbringerinstitutionen

Das Fragebogendesign der (Online)-Befragung baute auf dem konzeptionellen Rahmen der WEV auf. Die Basis bildete das „Information System Success“-Modell von DeLone und McLean. Für die sechs Dimensionen und die definierten Evaluationskriterien wurden inhaltliche Fragen abgeleitet.



**Da VSDM eine spätere Pflichtanwendung darstellt, wird die Dimension der „Nutzungsabsicht“ in der WEV nicht weiter behandelt und ist in dieser Abbildung ausgegraut.*

Abbildung 1: Das ISSM nach DeLone und McLean

Das der Evaluation zugrundeliegende Modell ist in Abbildung 1 dargestellt. Die Pfeile stellen die Einflüsse der unterschiedlichen Dimensionen des Modells dar. Im Einzelnen beeinflussen die Dimensionen der Informationsqualität (z.B. die Meldungen am Kartenlesegerät), der Systemqualität (z.B. die Usability des Gerätes) und der Servicequalität (z.B. der Aufwand bei der technischen Umstellung), die Zufriedenheit der Nutzer/-innen als auch deren Nutzungsabsicht. Die Dimension Nutzungsabsicht/Nutzung wurde im Rahmen der Hypothesenbildung der Evaluation nicht separat betrachtet, da es sich bei der Anwendung VSDM um eine Pflichtanwendung handelt und sich folglich die separate Erhebung dieser Dimension erübrigte, weshalb sie in der Grafik in grau dargestellt ist. Die Dimension der Auswirkungen (der technischen Umstellung) (z.B. Wahrnehmung von Verbesserungen im Arbeitsablauf) wird sowohl von der Zufriedenheit als auch von der Nutzungsabsicht beeinflusst, was jedoch auf einem wechselseitigen Mechanismus beruht. Bei der Erstellung des Fragebogens wurden die Dimensionen des ISS-Modells herangezogen – die entwickelten Fragen wurden jeweils einer Dimension zugeordnet, wodurch eine wissenschaftliche Fundierung des Befragungsinstrumentes gewährleistet wurde.

Im Folgenden wird allgemein von der Fragebogenkonzeption gesprochen. Die postalische bzw. Fax-Variante der Fragebögen war deckungsgleich mit der Online-Version, so dass auf diese nicht gesondert eingegangen wird. Die Entwicklung der Fragebögen für die Extremwert- und die Patientenbefragung erfolgte parallel zu denjenigen der Online-Befragung auf derselben konzeptionellen Basis.

Die Fragenkonzeption wurde durch ein mehrstufiges Verfahren realisiert. Zunächst wurden mehrere Fragen für jedes Evaluationskriterium gesammelt. In einem zweiten Schritt wurde die Fragenliste hinsichtlich des zugrundeliegenden Evaluationskriteriums geprüft und ggf. ergänzt. Im Zuge dessen wurden Fragen selektiert und neu strukturiert. Besonderer Wert wurde dabei auf die Zielgenauigkeit der Formulierung der Fragen gelegt, um das zu untersuchende Evaluationskriterium bestmöglich zu operationalisieren. Die Mehrzahl der Evaluationskriterien wurde mit einer einzelnen Frage operationalisiert.

Struktur des Fragebogens nach Themenblöcken	Messzeitpunkt				
	1	2	3	4	5
Selbstauskunft					
Motivation					
IT Akzeptanz					
Kenntnisstand zur Erprobung der eGK					
Konfiguration					
Technische Umstellung					
Schulung / Information					
Handhabbarkeit					
Support					
Datenqualität					
Datenschutz / Datensicherheit					
Missbrauch					
Zufriedenheit					
Zusammenfassung					
Datenservice für ORS1 Los 1 und 2					

- Alle Fragen des Themenblocks werden zum MZP gestellt
- Gilt nicht für alle Fragen

Abbildung 2: Struktur des Fragebogens differenziert nach Themenblöcken zu verschiedenen MZP

Dabei wurde bereits der Zeitpunkt, zu dem die Frage gestellt wird, berücksichtigt und festgesetzt. Insbesondere zum MZP1 wurden einzelne Fragestellungen abgewandelt, um den Zustand vor der Erprobung detaillierter erheben zu können. Die auf Basis des ISS-Modells entstandenen Themenblöcke sind in Abbildung 2 nach dem Vorkommen in den einzelnen MZP dargestellt.

Für den stationären Sektor orientierte sich die Entwicklung der Fragebögen an der Befragungssituation für ambulante LEI, da zum Zeitpunkt der Fragebogenentwicklung für dieses ambulante Befragungsszenario der WEV umfassende Informationen zur Verfügung standen. Details zum Befragungsszenario in stationären LEI lagen zum damaligen Stand nur in einem Fall vor. Auch für stationäre LEI wurde je ein Fragebogen pro MZP genutzt, welcher an die jeweilige Projektleitung in den stationären LEI gerichtet war. Die Projektleitung in den Krankenhäusern wurde durch schriftliches Informationsmaterial und telefonische Gespräche mit dem WEV-Team entsprechend auf die bevorstehende Einladung informiert. Analog zum Befragungsdesign im ambulanten Versorgungsbereich oblag es der LEI selbst, die intern gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse in die Beantwortung der Fragebögen einfließen zu lassen. Die Formulierungen der Fragebögen MZP1 bis 5 wurden für stationäre LEI angepasst, wobei zu beachten ist, dass aufgrund von fehlender Relevanz nicht alle Fragen auf das stationäre Befragungsszenario angewendet werden konnten.

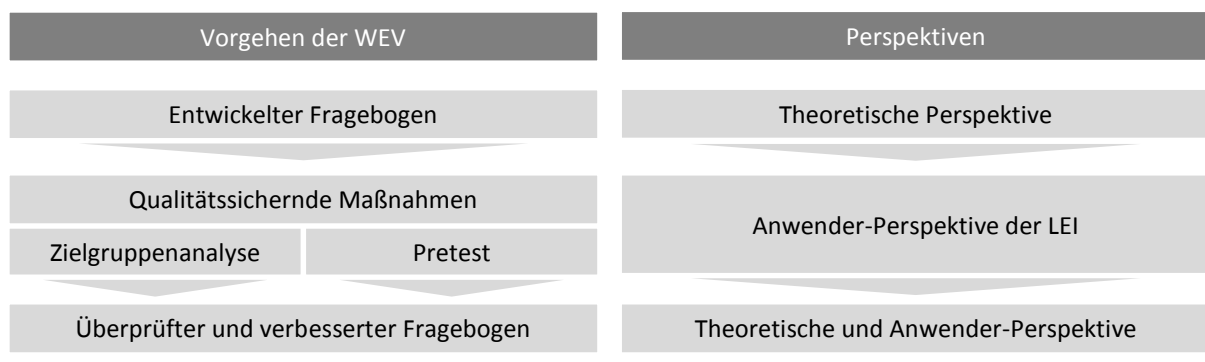


Abbildung 3: Gesamtvorgang der Fragebogenentwicklung

In Abbildung 3 ist der gesamte Vorgang zur Entwicklung des Online-Fragebogens dargestellt. Nach der theoretischen Entwicklung auf Basis der zugrundeliegenden ISS-Modells von DeLone und McLean sowie Kirkpatrick wurden qualitätssichernde Maßnahmen ergriffen. Diese sollten die theoretische Perspektive durch praktische Erfahrung untermauern. Eine qualitätssichernde Maßnahme stellte hierbei eine Zielgruppenanalyse dar. Die Zielgruppenanalyse wurde mit der Überprüfung der Rahmenbedingungen zur Befragungsrealisierung kombiniert und im persönlichen Gespräch in den Räumlichkeiten der zufällig ausgewählten LEI durchgeführt. Durch die Analyse der Rahmenbedingungen vor Ort konnten weitere Erkenntnisse über die Abläufe zur Fragebogenbeantwortung in den Institutionen gewonnen werden.

4.2. Extremwertanalysen

4.2.1. Erstellung der Interviewleitfäden inkl. Pretest

Da die Gründe für besonders positive oder negative Rückmeldungen im Rahmen der quantitativen LEI-Befragung zu Akzeptanz und Zufriedenheit (Fragebögen MZP1 bis MZP5) sehr differenziert sein können, wurde in der Gesamtkonzeption der WEV VSDM auch eine qualitative Erhebungsmethode

vorgesehen. Dazu wurden leitfadengestützte offene Interviews konzipiert. Die strukturierten Interviewleitfäden wurden während der Designphase WEV VSDM konzipiert mit dem Ziel insbesondere fördernde und hemmende Faktoren in Bezug auf Praxistauglichkeit sowie Akzeptanz von VSDM zu identifizieren. Darüber hinaus wurden während der Durchführungsphase gewonnene Erkenntnisse genutzt, um die Leitfäden geringfügig an die tatsächlichen Gegebenheiten der Erprobung von VSDM anzupassen. Bei der Erstellung der Interviewleitfäden wurde besonders darauf geachtet, dass die Fragen so konzipiert sind, dass die Hintergründe des extremen Antwortverhaltens der befragten LEI genauer aufgedeckt werden können. Hierzu wurden Fragen entworfen, die sowohl die besonders positiven, als auch die besonders negativen Eindrücke der LEI abfragen. Zusätzlich wurden Fragen zu Hintergrundinformationen der entsprechenden LEI mit eingebaut, um so genauer auf eventuelle Problemquellen schließen zu können.

Zur Qualitätssicherung wurden die Interviewleitfäden unter Einbeziehung ärztlicher Expertise auf Verständlichkeit geprüft und ein Pretest durchgeführt. Für den Pretest wurden drei LEI telefonisch kontaktiert, die ein extremes Antwortverhalten im Verlauf der Durchführungsphase aufwiesen. Anschließend wurde mit diesen LEI das Interview durchgeführt. Hierbei wurde besonders auf eventuelle Verständnisprobleme bei einzelnen Begriffen bzw. Fragen geachtet und diese dokumentiert. Aus dem Pretest ergaben sich keinerlei Änderungen an den Interviewleitfäden, da diese laut Pretest-Teilnehmerinnen und Teilnehmern bereits leicht verständlich und telefonisch einfach zu beantworten waren.

Des Weiteren wurde innerhalb der ersten zehn Extremwertbefragungen (EWB) besonderes Augenmerk auf Verbesserungspotenziale des Erhebungsinstruments gelegt. Der Interviewleitfaden diente als Orientierungshilfe und zur Grobstrukturierung des Gesprächs. Durch dieses Vorgehen und die Möglichkeit der Befragten sich in Form offener Antworten zu äußern konnten Verlaufsmuster bzw. Faktoren identifiziert werden, welche die Erprobung des VSDM begünstigten oder hemmten. Aufgrund der heterogenen Gruppe der LEI war es notwendig, verschiedene Versionen des Interviewleitfadens zu erstellen. Es wurde hierbei zwischen ambulanten und stationären LEI unterschieden. Die Interviewleitfäden für die Extremwertanalysen sind in Anlagen A1 und A2 zusammengestellt. Die Interviewführung war in folgende Blöcke gegliedert:

Block I – Einstieg

Zu Gesprächsbeginn wurde das Einverständnis zur Aufnahme des Gesprächs der LEI eingeholt. Es wurde dabei auf eine anonyme Auswertung hingewiesen. Weiterhin wurden das Ziel der Extremwertanalyse und der Ablauf des Interviews dargestellt. Ebenfalls wurde die Rolle des jeweiligen Interviewpartners in der Praxis erhoben.

Block II – offene Fragen

An dieser Stelle wurden die offenen Fragen gestellt. Diese bildeten die Grundlage für ein kurzes Gespräch, welches durch gezielte Nachfragen situativ durch die geschulte Kompetenz der Interviewer/innen gesteuert wurde. Zum Ende dieses Blocks wurde nach abschließenden Ergänzungen gefragt, die vorher nicht thematisiert wurden, der LEI aber trotzdem aufgefallen waren. So wurde die Möglichkeit geschaffen, auch Punkte zu berücksichtigen, die vorher eventuell nicht bedacht wurden.

Block III – Abschluss der Interviews

Das Gespräch wurde durch die Interviewer/innen kurz zusammengefasst und diese Zusammenfassung musste von den LEI bestätigt werden, wodurch Missverständnisse vermieden werden sollten. Im Anschluss wurde das Gespräch durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der FAU freundlich beendet. Die Anzahl der offenen Fragen ist sowohl für den ambulanten als auch den stationären Fragebogen in der Tabelle 1 angegeben.

Fragentyp	ambulant	stationär
Offene Fragen	8	10
Halboffene Fragen	5	7
Geschlossene Fragen	2	1
Gesamt	15	18

Tabelle 1: Anzahl Fragen nach Fragentyp

4.2.2. Identifikation geeigneter LEI

Die Extremwertanalysen erfolgten zu zwei Zeitpunkten. Hierbei wurde EWB1 auf Grundlage der Ergebnisse der MZP2 (30%-Kohorte) bzw. MZP4 (70%-Kohorte) identifiziert und am 06.06.2017 gestartet. EWB2 wurde auf Grundlage der Ergebnisse zu MZP5 durchgeführt und konnte am 10.07.2017 gestartet werden. Geplant war 5% positiv auffällige LEI und 5% negativ auffällige LEI je EWB auf Basis des Bewertungssitem F64 zu identifizieren. Dieses Item konnte im Rahmen der Extremwertanalysen als globales Kriterium zur Identifikation herangezogen werden, da es die direkte Zufriedenheit der LEI mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten abfragte. Darüber hinaus wurde das Bewertungssitem F64 zu allen fünf MZP erhoben und stand damit unabhängig vom MZP zur Verfügung.

Auch das Item F45 wurde zur Identifikation geeigneter LEI herangezogen, da es ebenfalls eine Übersicht über die Zufriedenheit mit der Integration des Einlesevorgangs der eGK in die Abläufe der Patientenmeldung gibt.

Unter Extremwerten wurden die beiden Randwerte der geordneten Merkmalswerte, der kleinste und der größte Wert, verstanden. Diese sind zu unterscheiden von Ausreißern, welche mit den übrigen

Messwerten unvereinbar sind. Bei der Verwendung ordinaler Antwortskalen, wie im Rahmen der Online-Befragungen zu den MZP1 bis 5 vorgesehen, lagen die Extremwerte auf den verwendeten 5er-Skalen an den beiden Polen der Skalen oder nahe an diesen. Ausreißer sind durch die Vorgabe kategorisierter Antwortmöglichkeiten nicht zu erwarten und Falscheingaben bei geschlossenen Fragen wurden durch die onlinebasierte Datenerhebung nahezu ausgeschlossen.

Sobald der bereinigte Datensatz vorlag, schloss sich die statistische Identifikation von Extremwerten an. Aufgrund der beiden EWB, der Anzahl von 500 LEI je MZP sowie der Anzahl der in den Fragebögen abgefragten Items wurde ein Vorgehen entwickelt, mit dem besonders positiv/negativ antwortende LEI auf Basis der subjektiven Daten identifiziert wurden. Hierbei wurden die in Tabelle 2 dargestellten Bewertungskriterien angewendet.

Im ambulanten Bereich konnten an den zwei EWB insgesamt 94 LEI befragt werden, wobei 50 hiervon ein positives und 44 ein negatives Antwortverhalten aufwiesen. Im stationären Bereich wurden alle sechs LEI zu EWB1 befragt, auch wenn kein extremes Antwortverhalten vorlag. Aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen EWB1 und EWB2 wurde auf eine nochmalige Befragung der stationären LEI zu EWB2 verzichtet und stattdessen sechs zusätzliche ambulante LEI befragt. Die Quoten wurden entsprechend angepasst.

Bewertungskriterium	Item ID	Frage
1	F64	„Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...“
2	F45	„Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenmeldung ein.“

Tabelle 2: Auswahlkriterien Extremwertbefragung

Basis der statistischen Identifikation bildeten die Ergebnisse der MZP 2, 4 und 5. Als globale Vertretervariable wurde das Item F64 (ISS-Dimension: Nutzerzufriedenheit) für die Extremwertanalyse herangezogen, da dieses für die Beantwortung einer Vielzahl an Forschungshypothesen verwendet wurde. LEI, die „sehr zufrieden (5)“ bzw. „sehr unzufrieden (1)“ mit dem Einlesen der eGK und den damit verbundenen Arbeitsschritten waren, konnten dadurch effizient identifiziert werden. Allerdings konnten allein durch diese Vorauswahl noch keine 50 LEI zu EWB1 und EWB2 identifiziert werden. Zur weiteren Abgrenzung wurde das Item F45 als Vertretervariable der ISS-Dimension Systemqualität herangezogen. LEI, die das Item F64 mit „sehr zufrieden (5)“ und das Item F45 mit „stimme voll und ganz zu (5)“ beantwortet hatten, wurden zu den positiv auffälligen Kandidaten der Extremwertanalyse zugeordnet. LEI, die das Item F64 mit „sehr unzufrieden (1)“ und das Item F45 mit „stimme überhaupt nicht zu (1)“ beantwortet hatten, wurden zu den negativ auffälligen Kandidaten der Extremwertanalyse zugeordnet. Durch dieses Vorgehen war es möglich maximal jeweils 5% positiver bzw. negativer Fälle zu EWB1 und EWB2 zu identifizieren.

Für die Extremwertbefragung wurde eine geschichtete Zufallsstichprobe genutzt, um geeignete LEI zu identifizieren. Eine detaillierte Übersicht zur Auswahl der LEI gibt Anlage A. Bei der Auswahl der LEI zu EWB1 wurde folgendermaßen vorgegangen (siehe hierzu auch Abbildung 4):

- Der stationäre Sektor wurde unabhängig vom Antwortverhalten zu EWB1 komplett befragt (N=6).
- Der ambulante Sektor war einer Quotierung unterworfen (N=44).
 - Die Quote für die Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) betrug 65% (n=29).
 - Die Quote für die Zahnärzte betrug 25% (n=11).
 - Die Quote für die Psychotherapeuten betrug 10% (n=4).
- Innerhalb des ambulanten Sektors wurden zu EWB1 zwei Friendly-User befragt (n=2).
 - Ein Friendly-User aus der Gruppe der Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) und Psychotherapeuten.
 - Ein Friendly-User aus der Gruppe der Zahnärzte.

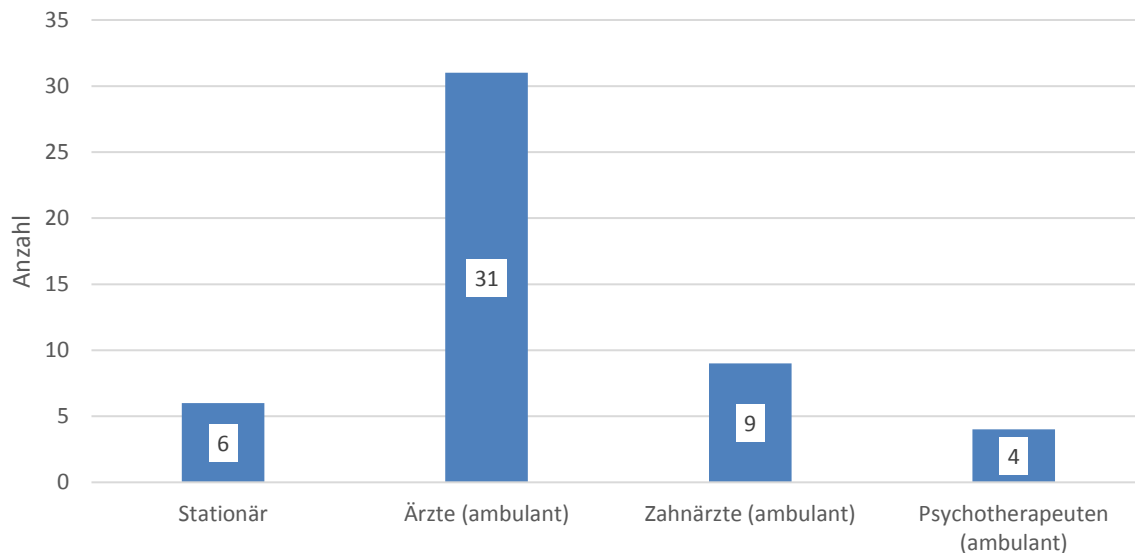


Abbildung 4: Anteil der Befragten nach Sektor und Profession zu EWB1

Das Vorgehen zu EWB2 gestaltete sich folgendermaßen:

- Der stationäre Sektor wurde aufgrund der kurzen Zeitspanne zwischen den Erhebungszeitpunkten zu EWB2 nicht nochmals befragt (N=0).
- Der ambulante Sektor war einer Quotierung unterworfen (N=50).
 - Die Quote für die Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) betrug 65% (n=32).
 - Die Quote für die Zahnärzte betrug 25% (n=13).
 - Die Quote für die Psychotherapeuten betrug 10% (n=5).
- Innerhalb des ambulanten Sektors wurden zu EWB2 zwei Friendly-User befragt.

- Ein Friendly-User aus der Gruppe der Ärzte (Hausärzte und Fachärzte) und Psychotherapeuten.
- Ein Friendly-User aus der Gruppe der Zahnärzte.
- Eine mehrfache Beteiligung der LEI an EWB1 und EWB2 war ausgeschlossen.

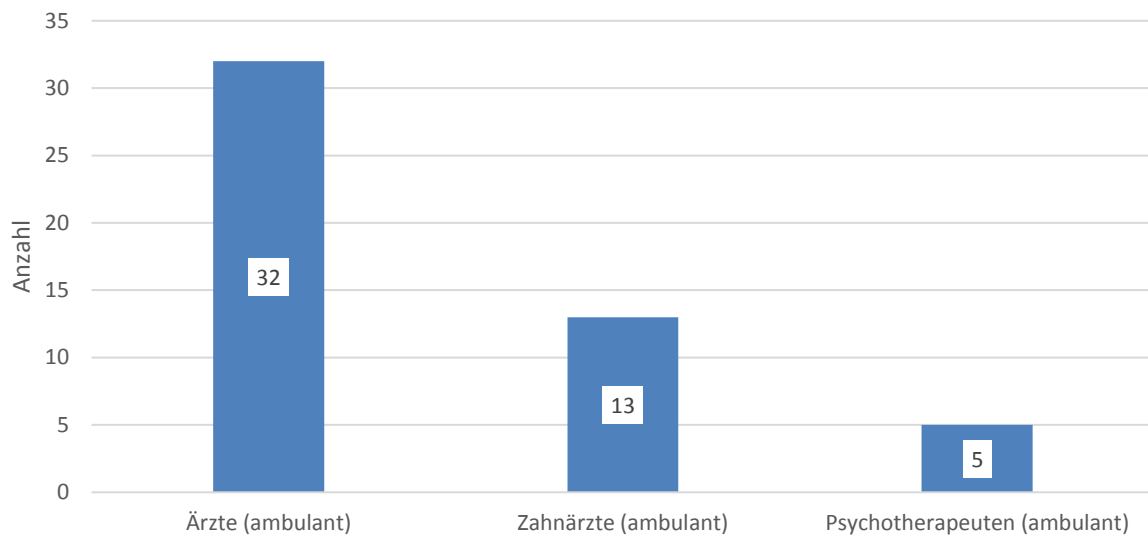


Abbildung 5: Anteil der Befragten nach Sektor und Profession zu EWB2

Die an EWB1 teilnehmenden LEI wurden anhand der Ergebnisse von MZP2 (30% Kohorte) sowie MZP4 (70% Kohorte) identifiziert. Die an EWB2 teilnehmenden LEI wurden anhand der Ergebnisse von MZP5 ermittelt. Aufgrund des geringen Abstands zwischen diesen MZP wurde darauf geachtet, dass keine LEI an beiden EWB teilnahmen. Da sich der Teilnehmerkreis bei EWB1 aus den Ergebnissen aus zwei MZP rekrutiert, wurde hier darauf geachtet, dass sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer entsprechend der Quotierung zusammensetzten. Es wurden folglich zu EWB1 30% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus MZP2 (30% Kohorte) und 70% der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus MZP4 (70% Kohorte) rekrutiert. Dies war nötig, um eine statistische Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

Zu EWB2 konnten die vorgegebenen Quoten weitestgehend eingehalten werden. Bei der Gruppe der Zahnärzte konnten lediglich vier statt sechs Zahnärztinnen und Zahnärzte mit einem negativen Antwortverhalten identifiziert werden. In Folge wurden acht anstatt sechs Zahnärzte mit positivem Antwortverhalten befragt.

4.2.3. Auswertungsmethodik (Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring)

Die Extremwertanalyse lieferte schwerpunktmäßig qualitative Ergebnisdaten auf Basis eines leitfadengestützten Telefoninterviews zu den positiven und negativen Auffälligkeiten in den identifizierten LEI

zu EWB1 und EWB2. Die Antworten der LEI aus den telefonischen Interviews wurden nach den Regeln der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist durch ihr systematisches Vorgehen geprägt. Veranschaulicht werden kann die Inhaltsanalyse durch das folgende Schaubild, in dem ein Ablaufmodell inklusive der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dargestellt wird (vgl. Abbildung 6):



Abbildung 6: Ablaufmodell der Prozessvalidierung nach Mayring

Im ersten Schritt wurden Analyseeinheiten bestimmt, in denen die Kodiereinheit, Kontexteinheit und Auswertungseinheit definiert wurden. Dies gestaltete sich wie folgt:

- Eine **Kodiereinheit** stellte jede Proposition in der Antwort einer LEI dar.
- Als **Kontexteinheit** wurden Sinnesabschnitte innerhalb der Antwort einer LEI festgelegt.
- Als **Auswertungseinheit** wurden die Antworten der LEI auf die einzelnen Fragen festgelegt. Wurden Antworten gegeben, die ebenfalls auf die Beantwortung weiterer Fragen zutreffen könnten, so wurden diese Antworten durch den Interviewer oder die LEI an entsprechender Stelle wiederholt und um Zustimmung bzw. Ablehnung der LEI gebeten. Ein Beispiel hierfür sind die Verbesserungsvorschläge, die theoretisch erst bei Frage EQA5 (ambulant) bzw. EQS7

(stationär) erhoben wurden. Einige LEI schlugen jedoch bereits zu anderen Fragen Verbesserungen vor. Deshalb wurden diese Verbesserungsvorschläge schließlich bei Frage EQA5/EQS7 wiederholt.

Anschließend wurde eine Paraphrasierung der zu analysierenden Kodiereinheiten vorgenommen, indem sich auf eine auf den Inhalt reduzierte Form beschränkt wurde. Dabei wurde eine einheitliche Sprache angestrebt. Nach der Festlegung des Abstraktionsniveaus wurden die Paraphrasen generalisiert, welche unterhalb des anvisierten Niveaus lagen. Dubletten, unwichtige und inhaltsleere Paraphrasen wurden durch die Selektion (und das Auslassen) gestrichen. Mit Hilfe der zweiten Reduktion wurden die über das Material verstreuten Paraphrasen zu einer neuen Aussage verdichtet. Diesen Vorgang nennt man Bündelung oder Konstruktion. Aus den Ergebnissen der zweiten Reduktion wurde induktiv ein Kategoriensystem gebildet. Die Überprüfung des Kategoriensystems am Ausgangsmaterial wurde durch drei Forscher durchgeführt (Forschertriangulation). Das Material wurde dabei so weit verdichtet, dass eine Zuordnung der Ergebnisse aus den telefonischen Extremwertbefragungen zu hemmenden und fördernden Faktoren des Projekts möglich war.

Nachfolgend wurde eine Überprüfung am Ausgangsmaterial durchgeführt. Zusammenfassend war das zentrale Ergebnis der qualitativen Inhaltsanalyse die Bildung von Kategorien. Dabei mussten folgende Interpretationsregeln beachtet werden (Tabelle 3 in Verbindung mit Abbildung 6).

Paraphrasierung	1.1	Entfernung nicht inhaltstragender Textteile (z. B. Ausschmückungen, Wiederholungen, Verdeutlichungen)
	1.2	Transformation der verbleibenden Textteile auf eine einheitliche Sprachebene
	1.3	Transformation auf grammatikalische Kurzform
Generalisierung	2.1	Generalisierung der Gegenstände der Paraphrasen auf die anvisierte Abstraktionsebene
	2.2	Generalisierung der Satzaussagen nach Vorgehen in 2.1
	2.3	Beibehaltung der Paraphrasen, die über dem anvisierten Abstraktionsniveau liegen
	2.4	Absicherung von Zweifelsfällen durch theoretische Vorannahmen
Erste Reduktion	3.1	Entfernung identischer Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit
	3.2	Entfernung von Paraphrasen, die auf einem neuen Abstraktionsniveau nicht inhaltstragend sind
	3.3	Beibehaltung der weiterhin inhaltstragenden Paraphrasen (Selektion)
	3.4	Absicherung von Zweifelsfällen durch theoretische Vorannahmen
Zweite Reduktion	4.1	Zusammenfassung ähnlicher Paraphrasen mit ähnlichem Gegenstand und ähnlicher Aussage zu einer Paraphrase (Bündelung)
	4.2	Zusammenfassung mehrerer Paraphrasen zu einem Gegenstand (Konstruktion/Integration)
	4.3	Zusammenfassung von Paraphrasen mit ähnlichem Gegenstand und verschiedenen Aussagen zu einer Paraphrase (Konstruktion/Integration)
	4.4	Absicherung von Zweifelsfällen durch theoretische Vorannahmen

Tabelle 3: Interpretationsregeln der qualitativen Inhaltsanalyse

4.3. Einbindung von Sekundärdaten

4.3.1. Datenerhebung

Im Rahmen des Projekts WEV VSDM wurden zusätzlich zur Befragung der LEI und der Patienten Sekundärdaten (sogenannte objektive Daten) erhoben. Bei den Daten handelte es sich im Sinne der WEV um Sekundärdaten, da der originäre Zweck dieser Daten der technischen Überwachung bzw. der Sicherstellung des Betriebs der TI und Ihrer Komponenten diente. Aus diesen Daten konnten jedoch Informationen mit Interessen für die WEV gewonnen werden. Diese bestanden aus vier Untergruppen:

- **Installations- und Schulungsprotokolle**, welche in Form von Standardformularen während bzw. im Nachgang zur Ersteinrichtung von VSDM in den LEI von den beteiligten professionellen endnutzernahen Dienstleistern bzw. Service-Technikern ausgefüllt wurden,
- **Protokolldateien des VSDM-Fachmoduls** der Konnektoren, die im Produktivbetrieb automatisch generiert wurden,
- **Incident-Meldungen** aus dem Incident-Management-System und
- **Service-Level-Reports** zur TI-Produktivumgebung.

Vom AN ORS1 Los2 wurden seit dem 28.11.2016 kontinuierlich VSDM-Konnektorprotokolle (Ablauf, Fehler und Performance) in 74 einzelnen Datenlieferungen bis zum 23.07.2017 an den AN WEV übergeben. Installations- und Schulungsprotokolle, Incident-Meldungen sowie Service-Level-Reports wurden kontinuierlich vom AN ORS1 Los2 ab dem 31.01.2017 in neun unterschiedlichen Lieferungen an den AN WEV übermittelt.

Installations- und Schulungsprotokolle: Die Installations- und Schulungsprotokolle wurden dem AN WEV als PDF-Scan übergeben. Insgesamt lagen 605 Installationsprotokolle und Ergänzungsdokumente zu 505 LEI sowie 516 Schulungsprotokolle zu 504 LEI vor. Die unstrukturierten Informationen in den PDF-Dateien wurden vom AN WEV in einer geeigneten Datenbank für die Zwecke der Fidelity-Analyse strukturiert erfasst. Da bis auf einzelne Fälle die Installations- und Schulungsprotokolle nahezu lückenlos vorlagen, war die Datenqualität als sehr hoch einzuschätzen und auch die Repräsentativität war für die Gesamtheit der Erprobungsteilnehmer/-innen von Los2 uneingeschränkt.

VSDM-Protokolldateien der Konnektoren: Dem AN WEV lagen 32.649.803 Datensätze in den VSDM-Ablaufprotokollen, 862.277 Datensätze in den VSDM-Fehlerprotokollen sowie 37.603.901 Datensätze in den VSDM-Performanceprotokollen der Konnektoren vor. Die VSDM-Protokolldateien deckten dabei einen Zeitraum vom 18.11.2016 bis zum 23.07.2017 ab. Sämtliche Datensätze konnten eindeutig einer LEI zugeordnet werden. Die Auswertungen des AN WEV stützten sich insbesondere auf die Datensätze aus den VSDM-Performanceprotokollen und wurden mit den VSDM-Fehlerprotokollen ergänzt. Tabelle 4 zeigt einen Überblick über die Datensätze in den vorliegenden VSDM-Performanceprotokollen nach Monat und Tabelle 5 dazu analog für die VSDM-Fehlerprotokolle. Hierbei ist die Anzahl der unterschiedlichen VSDM-Verarbeitungsvorgänge, der dabei identifizierten unterschiedlichen Konnektoren sowie die Zuordnung zu den identifizierten unterschiedlichen LEI mit abgetragen.

Monat	Anzahl Konnektoren	Anzahl LEI	Anzahl Vorgänge	Anzahl Datensätze
2016-11	21	21	4.391	132.099
2016-12	24	24	10.684	314.495
2017-01	200	195	67.124	1.961.776
2017-02	389	365	134.776	3.852.351
2017-03	502	456	196.975	5.442.108
2017-04	523	473	299.435	8.017.085
2017-05	528	482	249.713	6.696.699
2017-06	517	475	196.892	5.166.582
2017-07	480	439	246.994	6.020.706
Gesamt	--	--	1.406.984	37.603.901

Tabelle 4: Umfang VSDM-Performanceprotokolle mit Vorgangs-, LEI- und Konnektoranzahl nach Monat

Monat	Anzahl Konnektoren	Anzahl LEI	Anzahl Vorgänge	Anzahl Datensätze
2016-11	21	21	1.143	3.081
2016-12	26	26	2.875	6.401
2017-01	195	191	18.597	46.205
2017-02	379	359	42.238	103.313
2017-03	501	455	56.526	140.910
2017-04	513	471	72.151	179.792
2017-05	525	479	55.214	146.522
2017-06	507	469	45.347	115.343
2017-07	467	435	45.783	120.710
Gesamt	--	--	339.874	862.277

Tabelle 5: Umfang VSDM-Fehlerprotokolle mit Vorgangs-, LEI- und Konnektoranzahl nach Monat

Die VSDM-Protokolldateien waren in der Datenqualität einigen Einschränkungen unterlegen, da hinsichtlich der Vollständigkeit der Daten Unsicherheiten bestanden. Weder technisch noch organisatorisch konnte mit vertretbarem Aufwand festgestellt werden, ob dem AN WEV tatsächlich sämtliche VSDM-Protokolldateien aller teilnehmenden LEI aus dem Erprobungszeitraum vorgelegen haben. Besondere Zweifel zur Datenvollständigkeit gab die unter einigen Gesichtspunkten zu geringe Datenmenge auf. So konnten beispielsweise in den VSDM-Performance-Protokoll-Daten nur maximal 491 unterschiedliche LEI mit mindestens einer Nutzung pro Quartal identifiziert werden, obwohl 506 LEI VSDM installiert hatten. Zum anderen war die Kontinuität der Datenlieferungen der LEI höchst unterschiedlich, wodurch sich für manche LEI Lücken im Umfang mehrerer Kalenderwochen ergaben, die nicht allein durch Praxisschließzeiten erklärt werden konnten. Für die VSDM-Protokolldaten konnte die Frage der Datenvollständigkeit daher nicht abschließend beantwortet werden.

Incident-Meldungen: Die Incident-Meldungen des Incident-Management-Systems des AN ORS1 Los2 wurden dem AN WEV für die Monate von Dezember 2016 bis Juni 2017 lückenlos zur Verfügung gestellt. Dem AN WEV lagen sechs globale Incident-Meldungen sowie 1.351 relevante lokale Incident-Meldungen zur Produktivumgebung des AN ORS1 Los 2 für die Monate Dezember 2016 bis Juni 2017 vor. Die Daten konnten dadurch als vollständig eingeschätzt werden und können daher als uneingeschränkt repräsentativ für das Incident-Management-System des AN ORS1 Los2 angesehen werden.

Service-Level-Reports: Dem AN WEV lagen sechs Service-Level-Reports der Monate Januar 2017 bis Juni 2017, mit insgesamt 408 Service-Level-Kennzahlen zur Produktivumgebung vor. Nach einer statistischen Exploration hinsichtlich des Informationsgehalts wurde der mögliche Erkenntnisgewinn durch die Einbeziehung der Service-Level-Reports als sehr gering eingeschätzt, weshalb die Service-Level-Reports keiner weiterführenden Analyse unterzogen wurden. In diesem Zusammenhang wurde auch die Untersuchung der zwei Hypothesen H24 und H25 aufgegeben.

4.3.2. Vorgehen der Fidelity-Analyse

Für die Fidelity-Analysen konnten bei der Auswertung der Installations- und Schulungsprotokolle vier Gruppen von kritischen Komponenten mit insgesamt neun Teilkomponenten identifiziert werden:

1. Geschwindigkeit der Internetanbindung
 - Internetanbindung-Download
 - Internetanbindung-Upload
2. Softwarestand der dezentralen Komponenten sowie der Arbeitsplätze
 - Softwarestand des Konnektors
 - Softwarestand der Kartenterminals
 - Softwarestand Betriebssystem der Arbeitsplatz-Systeme
3. Funktionstests
 - Erfolgreicher Funktionstest VSDM
 - Erfolgreicher Funktionstest SIS/SNK
4. Schulung / Einweisung
 - Dauer
 - Anzahl der Teilnehmer/-innen

Für jede der neun Teilkomponenten konnten im Rahmen der Bewertung maximal zwei Punkte erreicht werden. Wurden Vorgaben nur teilweise eingehalten, wurde im Rahmen der Bewertung ein Punkt vergeben. Für nicht oder mangelhaft erfüllte Vorgaben wurden keine Punkte im Rahmen der Bewertung erteilt. Nicht alle kritischen Komponenten waren für alle LEI von Relevanz, bspw. wurden solche LEI, die erprobungsbedingt eine geringe Geschwindigkeit der Internetanbindung haben, nicht für die Bewertung dieser kritischen Komponente berücksichtigt. Die Bewertungen wurden für alle LEI und Teilkomponenten aggregiert, sodass am Ende vier Ergebniswerte zu den vier kritischen Komponenten zwischen 0% und 100% sowie ein Gesamtwert zwischen 0% und 100% ermittelt werden konnten.

4.3.3. Vorgehen zur Analyse der Konnektor-Protokolldaten

Bei der Analyse der Konnektorprotokolle wurden grundsätzlich keine Daten der Installationstage betrachtet. Die Einbeziehung der Konnektorprotokolle begann für jede LEI ab dem ersten Kalendertag nach dem LEI-individuellen Installationskalendertag. Für die Auswertung der Vorgangsdauer wurden ausschließlich sogenannte „komplette Transaktionen“ berücksichtigt, zusammengesetzt aus nachfolgenden Einzelschritten:

- Im Update Fall:
 - FM_VSDM.[ReadVSD|AutoUpdateVSD].OnlineCheck.Update
 - FM_VSDM.UFS.GetUpdateFlags
 - FM_VSDM.VSDD.PerformUpdates
 - 3x FM_VSDM.VSDD.GetNextCommandPackage

- Im No-Update Fall
 - FM_VSDM.[ReadVSD|AutoUpdateVSD].OnlineCheck.NoUpdate
 - FM_VSDM.UFS.GetUpdateFlags

Für die Analyse der Bearbeitungsdauer der Einlesevorgänge wurde die Gesamtbearbeitungszeit jedes einzelnen Vorgangs, der eine komplette Transaktion enthielt, aus dem Performanceprotokoll ausgewertet. Die Fehlermeldungen aus den Fehlerprotokolldateien der Konnektoren wurden in Abstimmung mit dem AG zur besseren Analysierbarkeit in sechs verschiedene Fehlerklassen eingeteilt:

- **Kartenfehler**
- **Hinweis (ungültiger Versicherungsnachweis)**
- **Technischer Fehler**
- **Hinweis**
- **Anwenderfehler**
- **Konfigurationsfehler**

Zur Berechnung der Fehlerquoten wurden in einem Vorbereitungsschritt anhand der eindeutigen Vorgangskennnummer den im Performanceprotokoll verzeichneten Vorgängen die Anzahl der im Fehlerprotokoll verzeichneten Einträge aus den zuvor genannten Fehlerklassen zugeordnet. Des Weiteren wurde eine zentrale Unterscheidung hinsichtlich der Fehlerursache vorgenommen, da Hinweise bezüglich eines ungültigen Versicherungsnachweises keine Fehler im Sinne der Sekundärdatenanalysen darstellten. Daher wurde eine separate Quote zur Bestimmung der Häufigkeit von Vorgängen mit Hinweisen zu einem ungültigen Versicherungsnachweis ermittelt. Diese errechnete sich aus dem Quotienten der Anzahl von Vorgängen mit mindestens einem Fehler der Fehlerklasse „Hinweis (ungültiger Versicherungsnachweis)“ dividiert durch die Gesamtzahl aller Vorgänge. Die eigentliche Fehlerquote wurde ermittelt durch die Division der Anzahl fehlerbehafteter Vorgänge (nur solche mit Fehlern aus den verbliebenen Fehlerklassen, also ohne Vorgänge mit Hinweisen zum Versicherungsnachweis) und der Gesamtzahl aller Vorgänge vermindert um die Anzahl solcher Vorgänge mit Hinweisen zu ungültigen Versicherungsnachweisen.

4.3.4. Analyse der Incident-Meldungen

Für die Analyse der Incident-Meldungen wurden in einem Vorbereitungsschritt alle 1.351 relevanten lokalen Incident-Meldungen, Incident-Meldungen einer LEI zugeordnet. Davon konnten 98 (7,3 %) keiner LEI zugewiesen werden, wodurch 1.253 Incident-Meldungen für die weiteren Analysen verblieben. Analog zur Analyse der Konnektorprotokolldateien wurden bei den lokalen Incidents solche aussortiert, die am oder sogar vor dem LEI-individuellen Installationstag lagen. Dabei wurden 45 Incidents ausgeschlossen und 1.208 Incident-Meldungen konnten zur Auswertung der Incident-Häufigkeit sowie der Incident-Bearbeitungsdauer herangezogen werden. Zur Bestimmung der Incident-Dauer wurde die Differenz des Zeitstempels vom Erfassungszeitpunkt und der Schließung der Incident-Meldung gebildet. Die Zeitdifferenz wurde zur besseren Verständlichkeit in Kalendertagesbruchteile umgerechnet.

4.4. Befragung der Patienten/-innen

Die Leistungsbeschreibung zur WEV des ORS1 der eGK fordert explizit auch die Einbindung der Patienten/-innen in die Ergebnisdarstellung. Zwar waren Patienten/-innen keine direkte Zielgruppe der Evaluation im engeren Sinne, werden jedoch für die Fachanwendung VSDM in die Befragung einbezogen. Mit dem Hintergrund des DeLone & McLean ISS Models ist hierbei vor allem die Ergebnisqualität (bspw. Zufriedenheit mit der Anmeldung bei den teilnehmenden Arztpraxen) von Bedeutung. Ziel der Patientenbefragung ist daher die Erfassung der wahrgenommenen Veränderungen der Patienten/-innen bei den Aufnahme- bzw. Entlassprozessen der Erprobungsteilnehmer/-innen. Des Weiteren sollte der Informationsstand der Patienten/-innen zur eGK sowie zur laufenden Erprobung erhoben werden.

Bei der Patientenbefragung handelte es sich um eine Teilerhebung anhand einer mehrstufigen Clusterstichprobe aus der Grundgesamtheit aller Erprobungsteilnehmer. In einem ersten Schritt wurden die Erprobungsteilnehmer der Testregion Nord-West gemäß der folgenden Merkmale geclustert:

- **Fachrichtung** (Hausarzt, Facharzt, Zahnarzt)
- **Geographische Verteilung** (KV-Region, Einwohnerzahl des Praxisstandortes)
- **Sektorale Zuordnung** (ambulanter Sektor, stationärer Sektor)

Im Merkmal „Fachrichtung“ wurden Psychotherapeuten/-innen explizit ausgeschlossen, da eine Befragung von Patienten/-innen vor Ort aufgrund der speziellen Rahmenbedingungen als nicht operationalisierbar angesehen wurde. Dies lag v.a. im geringen Patientenaufkommen in den psychotherapeutischen Praxen begründet. Auf diesen Umstand wurde bereits während der Informationsveranstaltungen seitens der relevanten LEI hingewiesen. Die geographische Verteilung nach städtisch sowie ländlich geprägten Gebieten wurde anhand der Einwohnerzahl des Praxisstandortes fixiert – ab einer Einwohnerzahl von mehr als 50.000 wurde die Umgebung als „städtisch“ charakterisiert.

Folgend wurde aus diesem Cluster eine Zufallsauswahl an LEI gezogen, welche die Verteilung der Grundgesamtheit hinsichtlich der Merkmale (Fachrichtung, geographische Verteilung, sektorale Zuordnung) möglichst genau abbildet. Die so ermittelten LEI wurden am 08.05.2017 per E-Mail bzw. postalisch angeschrieben und auf die potentielle Teilnahme an der Patientenbefragung hingewiesen. In den folgenden Tagen wurden die LEI telefonisch kontaktiert und die Möglichkeiten zur Teilnahme an der Befragung eruiert. Da aufgrund von Unabwägbarkeiten (bspw. Urlaubszeiten oder fehlende Teilnahmebereitschaft) nicht alle gezogenen LEI in die Patientenbefragung eingeschlossen werden konnten, wurden weitere LEI als Nachrücker kontaktiert. Diese waren in ihren Merkmalen mit den zuerst identifizierten Praxen identisch, sodass die Repräsentativität der Stichprobe überwiegend erhalten werden konnte. Die zwei eingeschlossenen Krankenhäuser wurden mittels einfacher Stichprobenziehung zufällig ausgewählt und konnten für die Befragung akquiriert werden. Die Stichprobenziehung des stationären Sektors ist demnach mit 30% der Grundgesamtheit aller Krankenhäuser nicht repräsentativ. Um eine hinreichend signifikante Aussage über die Situation im stationären Sektor treffen zu können,

wurde dieser Umstand vom AN WEV jedoch als angemessen bewertet. Eine detaillierte Aufgliederung der Häufigkeitsverteilung der Patientenbefragung nach KV-Bezirk, Versorgungsbereich, Organisationsform sowie regionaler Klassifikation ist in der nachfolgenden Tabelle 6 gelistet. Die dortigen Angaben zum gesamten Erprobungsfeld zeigen die Repräsentativität der Stichprobe.

	Patientenbefragung				Erprobungsfeld	
	LEI (n)	LEI (%)	Interviews (n)	Interviews (%)	LEI (n)	LEI (%)
K(Z)V-Bezirk	20	100,0%	500	100,0%	505	100,0%
K(Z)V SH	5	25,0%	125	25,0%	98	19,4%
K(Z)V NO	6	30,0%	153	30,6%	172	34,1%
K(Z)V WL	5	25,0%	122	24,4%	99	19,6%
K(Z)V RLP	4	20,0%	100	20,0%	136	26,9%
Versorgungsbereich	20	100,0%	500	100,0%	505	100,0%
Facharzt	6	30,0%	150	30,0%	166	32,9%
Hausarzt	9	45,0%	225	45,0%	166	32,9%
Zahnarzt	2	10,0%	75	15,0%	126	25,0%
Krankenhaus	2	10,0%	50	10,0%	6	1,2%
(Psychotherapie)	0	0,0%	0	0,0%	41	8,1%
Organisationsform	20	100,0%	500	100,0%	505	100,0%
BAG	6	30,0%	144	28,8%	118	23,4%
Einzelpraxis	10	50,0%	256	51,2%	354	70,1%
Praxisgemeinschaft	1	5,0%	25	5,0%	17	3,4%
ÜBAG	1	5,0%	25	5,0%	5	1,0%
Krankenhaus	2	10,0%	50	10,0%	6	1,2%
(MVZ)	0	0,0%	0	0,0%	5	1,0%
Regionale Klassifikation	20	100,0%	500	100,0%	505	100,0%
Städtisch	12	60,2%	301	60,2%	302	59,8%
Ländlich	8	39,8%	199	39,8%	203	40,2%

Tabelle 6: Häufigkeitsverteilung der Patientenbefragung hinsichtlich LEI und Interviewanzahl

Es wurde ersichtlich, dass die Stichprobe in ihrer Verteilung hinsichtlich der Versorgungsform näherungsweise der Grundgesamtheit des Erprobungsfeldes entsprach. Während die fachärztliche Versorgung nahezu der Grundverteilung entsprach, war die hausärztliche in der Stichprobe überrepräsentiert, die zahnärztliche Versorgung unterrepräsentiert. Dieser Umstand ist u.a. darauf zurückzuführen, dass in den zahnärztlichen Praxen die angestrebten 20 bis 27 Patienteninterviews an einem Werktag oftmals schwerlich zu erreichen waren. Diese Problematik wurde in den ersten Telefonkontakten mit den entsprechenden LEI ersichtlich. Die an der Erprobung teilnehmenden KV-Bezirke entsprechen näherungsweise der Verteilung der Grundgesamtheit. So wurden bspw. insgesamt 125 Patienteninterviews in Praxen der KV Schleswig-Holstein erhoben, was 25% der Gesamtzahl der Interviews entspricht. Psychotherapeutische Praxen wurden aus den bereits genannten Gründen nicht in die Patientenbefragung aufgenommen.

			Fachgruppe				
			FA	HA	ZA	KH	Gesamt
K(Z)V- Bezirk	K(Z)V SH	Anzahl	50	50	25	0	125
		In %	40,0%	40,0%	20,0%	0,0%	25,0% (19,4%)
	K(Z)V NO	Anzahl	50	103	0	0	153
		In %	32,7%	67,3%	0,0%	0,0%	30,6% (34,1%)
	K(Z)V WL	Anzahl	0	47	25	50	122
		In %	0,0%	38,5%	20,5%	41,0%	24,4% (19,6%)
K(Z)V RLP	Anzahl	50	25	25	0	100	
	In %	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	20,0% (26,9%)	
Gesamt	Anzahl	150	225	75	50	500	
	In %	30,0%	45,0%	15,0%	10,0%	100,0%	
			(32,9%)	(33,1%)	(25,0%)	(1,2%)	(92,2%)

Tabelle 7: Verteilung der Patienteninterviews nach KV-Bezirk und Versorgungsbereich

In Tabelle 7 ist die Verteilung der Patienteninterviews nach KV-Bezirk sowie Versorgungsbereich dargestellt. Die Werte in Klammern geben jeweils die relative Häufigkeit bezogen auf die Erprobungsgesamtheit an.

Die Patientenbefragung wurde vom AN WEV im Zeitraum zwischen dem 12.06.2017 und dem 24.07.2017 durchgeführt. Hierfür wurde pro LEI ein Werktag eingeplant, wobei alle anwesenden Patienten/-innen seitens der Interviewer/-innen auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen wurden. Ausgenommen hiervon waren ausdrücklich minderjährige Patienten/-innen (auch in Begleitung der Eltern), Patienten/-innen ohne ausreichende Sprachkenntnisse als auch Patienten/-innen, welche augenscheinlich aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage schienen an der Befragung teilzunehmen. Die Teilnahmebereitschaft liegt über alle LEI hinweg bei 81%. Die mittlere Befragungsdauer sowie der Median lagen bei 4 Minuten, die Standardabweichung beträgt 2 Minuten und 55 Sekunden.

Der verwendete standardisierte Fragebogen wurde vom AN WEV nach den in Kapitel 8.1.2.3 der Leistungsbeschreibung genannten Anforderungen gestaltet. Dabei wurden inhaltliche und formale Aspekte anhand von elf Items abgefragt, die sich wie folgt zusammensetzten:

- Neun inhaltliche Items (sieben Einfachnennungen sowie zwei Mehrfachnennungen)
- Zwei demographische Items (Alterskohorte, Geschlecht)

Im Rahmen der Patientenbefragung wurden nur gesetzlich Versicherte befragt, da die Fachanwendung VSDM auf diese Patientengruppe beschränkt war. Die inhaltlichen Fragestellungen umfassen die Häufigkeit sowie den Zeitraum der Arztbesuche seitens der Patienten/-innen in der relevanten LEI vor Ort, die Abfrage von eventuellen Auffälligkeiten (bspw. technische Probleme mit der eGK) sowie den allgemeinen Kenntnisstand der Patienten/-innen bezüglich eGK und Erprobung.

Die in den LEI in Papierform erhobenen Daten wurden im Anschluss digitalisiert - folglich lagen alle Patientenfragebögen als Datensatz in IBM-SPSS-Statistics vor. Danach erfolgte die Aufbereitung der Daten. Zu Beginn der Auswertung der quantitativen Patientendaten wurde eine statistische Exploration zur Qualitätssicherung durchgeführt. Anschließend wurde die deskriptive Statistik (z. B. Mittelwerte, Minimum, Maximum) ermittelt. Interquartilsabstände wurden aufgrund der geringen Auffälligkeiten in den Daten nicht für die Auswertung herangezogen. Anfänglich wurde in der Designphase die Anwendung des Prinzips der Sättigung angedacht, was sich durch den quantitativen Charakter des Fragebogens als nicht praktikabel erwies. Für die Untersuchung von Zusammenhängen zwischen Variablen wurden Arbeitshypothesen aufgestellt. Dazu wurde unterstützend eine explorative Datenanalyse zur Hypothesengenerierung durchgeführt. Für die Abbildung von Zusammenhängen zwischen zwei Variablen wurden schließlich Kreuztabellen erstellt und Chi-Quadrat-Tests durchgeführt. Die abgegebenen Freitextkommentare wurden auf Relevanz geprüft und ggf. anonymisiert, anschließend systematisiert und in ein Kategoriensystem überführt.

4.5. Einbindung des wissenschaftlichen Beirats

Zur Stärkung der Expertise im Bereich der eGK und TI hat der AN WEV VSDM einen wissenschaftlichen Beirat im Rahmen des Evaluationsprojekts ins Leben gerufen. Der Beirat setzt sich aus profilierten Wissenschaftlern und Praktikern aus dem Bereich medizinische Informatik und Telemedizin zusammen. Die Aufgabe des wissenschaftlichen Beirats besteht im Wesentlichen in der Beratung der Projektleitung bei wissenschaftlichen Fragestellungen, um einen reflektierten und qualitätsgesicherten Projektfortschritt zu gewährleisten. Dafür wurden die Evaluationskonzepte zu VSDM, die Konzeption des Fragebogen-Pretests sowie die Ergebnisse der Durchführungsphase einschließlich Implikationen gemeinsam mit dem Beirat diskutiert. Insbesondere für die Erarbeitung und Validierung von Handlungsempfehlungen konnte der wissenschaftliche Beirat durch die fundierte Expertise einen wertvollen Beitrag leisten. In Tabelle 8 sind die vier Mitglieder genannt, welche für den wissenschaftlichen Beirat gewonnen werden konnten. Als Sprecher des wissenschaftlichen Beirats wurde Herr Prof. Dr. Prokosh bestimmt.

Name	Institution	Fachgebiet
Prof. Dr. Martin Gersch	Freie Universität Berlin	Innovationsmanagement und E-Health
Prof. Dr.-Ing. Martin Staemmler	Fachhochschule Stralsund	Medizininformatik
Prof. Dr. Ulrich Prokosch (Sprecher)	FAU Erlangen-Nürnberg und CIO des UK Erlangen	Medizininformatik
Prof. Dr. Wolfgang Greiner	Universität Bielefeld und Mitglied des SVR Gesundheit	Gesundheitsökonomie

Tabelle 8: Mitglieder des wissenschaftlichen Beirats

Während der Projektlaufzeit der WEV VSDM wurden insgesamt drei Workshops mit dem wissenschaftlichen Beirat mit unterschiedlichem Fokus erfolgreich durchgeführt:

1. Im letzten Drittel der Designphase am 24. Februar 2015: Diskussion der Evaluationskonzepte für VSDM und Vorbereitung des Fragebogen-Pretests.
2. Gegen Ende der Durchführungsphase am 28. Juni 2017: Diskussion von Ergebnissen des begleitenden Reportings und Erarbeitung erster Handlungsempfehlungen.
3. Zu Beginn der Ergebnisphase am 9. August 2017: Diskussion und Erarbeitung weiterer Handlungsempfehlungen sowie Diskussion von Ergebnissen der Abschlussauswertung.

4.6. Darstellung der Hypothesen

4.6.1. Hypothesen zu den Kernfragen der Evaluation

Die Ziele der Evaluation werden durch fünf Kernfragen konkretisiert. Sämtliche Dimensionen des ISS-Modells nach DeLone und McLean sowie in den Qualitätsdimensionen nach Donabedian spiegeln sich in den Kernfragen wider. Zusätzlich können verschiedene Messebenen nach Kirkpatrick berücksichtigt werden.

Im Weiteren erfolgt eine Ausrichtung an den Kernfragen nach gleichem Aufbau. Für jede Kernfrage werden die aufgestellten Hypothesen vorgestellt. Anschließend werden in Tabelle 9 die referenzierten Dimensionen nach Donabedian, DeLone und McLean sowie die Messebenen nach Kirkpatrick je Kernfrage dargestellt.

Kernfrage 1: Ist die Fachanwendungen VSDM des Online-Rollouts (Stufe 1) aus Sicht der Leistungserbringer akzeptabel und praxistauglich? Um die Kernfrage 1 zu beantworten, werden die folgenden Hypothesen aufgestellt:

H1: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Informationsqualität eine Zustimmung.

H2: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Systemqualität eine Zustimmung.

H3: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Zufriedenheit eine Zustimmung.

Kernfrage 2: Sind die Auswirkungen der Einführung der Fachanwendung VSDM auf bestehende Strukturen und Prozesse aus Sicht der Leistungserbringer akzeptabel? Um die Kernfrage 2 zu beantworten, wird die folgende Hypothese aufgestellt:

H4: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items des Nettonutzens eine Zustimmung.

Kernfrage 3: Ist die Handhabbarkeit der dezentralen Produkte (Konnektoren, Kartenterminals, HBAs und SMCs) aus Sicht der Leistungserbringer akzeptabel und praxistauglich? Um die Kernfrage 3 zu beantworten, wird die folgende Hypothese aufgestellt:

H2: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Systemqualität eine Zustimmung.

Kernfrage 4: Sind die Einführungsprozesse (Einweisung und Schulung) aus Sicht der Leistungserbringer und ggf. der Versicherten praxistauglich? Um die Kernfrage 4 zu beantworten, wird die folgende Hypothese aufgestellt:

H5: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items zu Einführungsprozessen der Servicequalität eine Zustimmung.

Kernfrage 5: Sind die Supportprozesse zur Unterstützung von Einführungsprozessen neuer TI-Komponenten sowie für Installations- bzw. Umbaumaßnahmen praxistauglich? Welcher Bedarf an Support besteht bei der Einführung und im laufenden Betrieb der Komponenten? Sind die Auswirkungen der Supportprozesse, die die Installations- und Umbaumaßnahmen unterstützen, aus Sicht der Leistungserbringer akzeptabel? Sind die bei den Leistungserbringern entstehenden Aufwände akzeptabel? Um die Kernfrage 5 zu beantworten, wird die folgende Hypothese aufgestellt:

H6: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items zu Supportprozessen der Servicequalität eine Zustimmung.

Kernfrage	Dimensionen des ISS-Modells nach DeLone und McLean	Qualitätsdimension nach Donabedian	Messebenen nach Kirkpatrick
1	Systemqualität Informationsqualität Nutzung Zufriedenheit der Nutzer	Strukturqualität	Reaktion Lernen Verhalten
2	Auswirkungen (Nettonutzen)	Ergebnisqualität	Reaktion Lernen Verhalten
3	Systemqualität	Strukturqualität	Reaktion Lernen
4	Servicequalität	Prozessqualität	Reaktion Lernen Verhalten
5	Servicequalität	Prozessqualität	Reaktion Lernen Verhalten

Tabelle 9: Referenzierte Dimensionen nach Donabedian und DeLone und McLean sowie die Messebenen nach Kirkpatrick je Kernfrage

4.6.2. Abgeleitete Hypothesen aus dem Information System Success-Modell von DeLone & McLean

Im Rahmen der formativen Auswertung (Vergleich MZP2-4 mit MZP5) wird zunächst die Gültigkeit des ISS-Modells angenommen und überprüft. Daraus ergibt sich die übergeordnete Hypothese H7:

H7: Das DeLone & McLean ISS-Modell ist im Rahmen von VSDM gültig.

Diese Hypothese kann als gültig angenommen werden, wenn sich die nachfolgenden untergeordneten Hypothesen im Rahmen der formativen Auswertung als gültig erweisen:

H7a: Eine Steigerung der Informationsqualität führt zu einer Erhöhung der Nutzerzufriedenheit.

H7b: Eine Steigerung der Systemqualität führt zu einer Erhöhung der Nutzerzufriedenheit.

H7c: Eine Steigerung der Nutzerzufriedenheit beeinflusst den wahrgenommenen Nettonutzen positiv.

H7d: Eine Steigerung des wahrgenommenen Nettonutzens beeinflusst die Nutzerzufriedenheit positiv.

Im Rahmen der summativen Auswertung (Vergleich altes und neues System – MZP1 mit MZP5; Vergleich innerhalb des neuen Systems – MZP2 mit MZP5) wird angenommen, dass die Zustimmung zu den Dimensionen des ISS-Modells sich im Vergleich der beiden Systeme nicht signifikant verschlechtert, d. h. ein Zusammenhang zwischen zwei Variablen tritt nicht zufällig auf, sondern tritt auch in der Grundgesamtheit auf. Die Bewertung des neuen Systems sollte nicht gegenüber der Bewertung des alten Systems abfallen. Daraus ergibt sich die folgende übergeordnete Hypothese H8:

H8: Die Zustimmung zu den Dimensionen des ISS-Modells fällt zu MZP5 nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1.

Diese Hypothese kann als gültig angenommen werden, wenn sich die nachfolgenden untergeordneten Hypothesen im Rahmen der summativen Auswertung zu MZP1 und MZP5 als gültig erweisen:

H8a: Die Zustimmung zur Informationsqualität zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1.

H8b: Die Zustimmung zur Systemqualität zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1.

H8c: Die Nutzerzufriedenheit zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1.

In der Auswertungsphase ist zu beachten, dass es sich beim Vergleich von MZP1 und MZP5 streng genommen nicht um den gleichen Evaluationsgegenstand handelt. Vielmehr werden in diesem Vergleichspunkt zwei unterschiedliche Systeme betrachtet. Aufgrund dessen sind die Ergebnisse mit der nötigen Vorsicht zu interpretieren.

Neben dem Vergleich der beiden Systeme ist im Rahmen der summativen Auswertung zusätzlich die Entwicklung des neuen Systems zu untersuchen. Dazu werden MZP2 und MZP5 miteinander verglichen. Daraus ergibt sich die folgende übergeordnete Hypothese H9:

H9: Alle Dimensionen des ISS-Modells weisen eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.

Diese Hypothese kann als gültig angenommen werden, wenn sich die nachfolgenden untergeordneten Hypothesen im Rahmen der summativen Auswertung zu MZP2 und MZP5 als gültig erweisen:

H9a: Die Informationsqualität weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.

H9b: Die Systemqualität weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.

H9c: Die Nutzerzufriedenheit weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.

H9d: Der wahrgenommene Nettonutzen weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.

Darüber hinaus ist im internen Vergleich des neuen Systems (VSDM) die direkte Zufriedenheit der teilnehmenden LEI von Interesse. Direkt bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die LEI mittels des Items F65 („Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...“) direkt nach dem Vergleich der Situation am Ende der Erprobung mit der Situation vor der Erprobung gefragt werden. Daraus ergeben sich die beiden nachfolgenden Hypothesen.

H10: Die direkt gemessene Zufriedenheit zu MZP5 fällt bei mindestens 50% der teilnehmenden LEI je Testregion neutral oder positiv aus.

H11: Die direkt gemessene Zufriedenheit fällt zu MZP5 positiver aus als zu MZP2.

Da die Erprobung in den beiden Testregionen unterschiedlich verlaufen kann, differenziert H10 zwischen den beiden Testregionen. H11 bezieht sich auf die direkt gemessene Zufriedenheit über beide Testregionen hinweg.

4.6.3. Hypothesen zur IT-Affinität

Zu MZP1, bevor die Installation der neuen Komponenten in den Räumlichkeiten der LEI durchgeführt wird, werden im Fragebogen zusätzlich die vier Items F9, F10, F11 und F12 erhoben. Diese sollen die IT-Affinität der LEI erheben. Es wird angenommen, dass LEI, welche der Nutzung von IT und EDV im Praxisalltag offen gegenüberstehen (F9, F10, F11) und die bereits vorhandenen Möglichkeiten in diesem Bereich auch im Praxisalltag anwenden (F12), besser mit den neuen Komponenten der TI-Infrastruktur zurechtkommen und deren Zufriedenheit folglich höher ausfällt als bei LEI, die eine geringere IT-Affinität aufweisen.

H12: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der IT-Affinität und der Dimension der Nutzerzufriedenheit.

4.6.4. Hypothesen zu den Patienteninterviews

Die Auswertung der Patienteninterviews, die zu MZP5 durchgeführt werden, basiert auf den nachfolgenden Forschungshypothesen. Es wird angenommen, dass die Patienten im Rahmen der Erprobung von VSDM kaum Notiz von den veränderten technischen Abläufen während des Anmeldeprozesses nehmen werden. Im Idealfall läuft der Anmeldeprozess nach Erprobungsstart in der LEI ohne wahrnehmbare Veränderungen auf Seiten der Patienten ab. Aufgrund dessen sind die Befragungssitems im Patientenfragebogen sowie die entsprechenden Forschungshypothesen so spezifisch wie möglich, aber auch so allgemein wie möglich formuliert.

H13: Die Patienten nehmen keinen Unterschied im Anmeldeprozess in der LEI nach Einführung von VSDM wahr.

H14: Die Erprobung von VSDM ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht bekannt.

H15: Die Online-Aktualisierung der Versichertendaten ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht bekannt.

4.6.5. Hypothesen zu objektiven Daten

Im Rahmen der Auswertung der objektiven Daten werden die nachfolgenden Forschungshypothesen zugrunde gelegt.

H16: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität.

H17: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.

H18: Die Anzahl der Incidents ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.

H19: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität.

H20: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimensionen Nutzerzufriedenheit.

H21: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Umsetzungsgenauigkeit und der Systemqualität.

- H22: Die Dauer der Einweisung ist positiv korreliert mit den Items der Einführungsprozesse (F24, F25, F26, F27, F32, F33, F34).*
- H23: Die durchschnittliche Reaktionszeit für Incidents ist negativ korreliert mit den Items der Supportprozesse (F51, F52).*
- H24: Die Einhaltung der Service-Level ist positiv korreliert mit der Systemqualität.*
- H25: Die Einhaltung der Service-Level ist positiv korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.*

Ein positiver Zusammenhang bedeutet, dass höhere Werte der einen Variablen (z. B. Umsetzungsgenauigkeit) in Zusammenhang mit höheren Werten einer anderen Variablen (z. B. höhere Zufriedenheitswerte bei der Systemqualität) stehen. Ein negativer Zusammenhang bedeutet hingegen, dass höhere Werte der einen Variablen (z. B. durchschnittliche Reaktionszeit für Incidents) in Zusammenhang mit niedrigeren Werten einer anderen Variablen (z. B. niedrigere Zufriedenheitswerte mit den Supportprozessen) stehen.

Die Hypothesen H24 und H25 waren vorbehaltlich der Lieferung von Service-Level-Reports an die WEV formuliert. Nach einer statistischen Exploration hinsichtlich des Informationsgehalts wurde der mögliche Erkenntnisgewinn durch die Einbeziehung der Service-Level-Reports als sehr gering eingeschätzt, weshalb die Service-Level-Reports keiner weiterführenden Analyse unterzogen wurden. In diesem Zusammenhang wurde auch die Untersuchung der zwei Hypothesen H24 und H25 aufgegeben

4.6.6. Nicht betrachtete Hypothesen

Die Hypothesen H18 („Die Anzahl der Incidents ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit“) und H23 („Die durchschnittliche Reaktionszeit für Incidents ist negativ korreliert mit den Items der Supportprozesse“) wurden nicht untersucht, da die benötigten Daten für die Beantwortung nicht in der notwendigen Qualität vorlagen. Ursächlich waren dafür die Incident-Meldungen, welche bei vorangegangenen Analysen Inkonsistenzen zu den Daten der schriftlichen Befragungen erkennen ließen. Die Daten zu den Incident-Meldungen standen teilweise im Widerspruch zu Ergebnissen der schriftlichen Befragung der LEI. Des Weiteren erschienen die Incident-Daten auch für sich genommen unvollständig, wenn davon ausgegangen werden kann, dass unabhängig vom Versorgungsbereich die Supportinanspruchnahmehäufigkeit in etwa gleichverteilt war. Nur für LEI aus dem Bereich der Zahnärztinnen und Zahnärzte konnte vermutet werden, dass die Incident-Meldungen ein realitätsnahes Abbild lieferten. Eine nähere Untersuchung der Hypothesen H18 und H23 erschien auf dieser Basis nicht sinnvoll.

Ebenfalls nicht untersucht wurden die Hypothesen H24 („Die Einhaltung der Service-Level ist positiv korreliert mit der Systemqualität“) und H25 („Die Einhaltung der Service-Level ist positiv korreliert

mit der Dimension Nutzerzufriedenheit“), da die benötigten Daten für die Beantwortung nicht im Detailgrad vorlagen. Ursächlich war, dass die Kennzahlen der Service-Level-Reports nicht auf LEI-Ebene zur Verfügung standen und diese Informationen auch nicht mit anderen Datenquellen der WEV rekonstruiert werden konnten. Eine nähere Untersuchung der Hypothesen H24 und H25 war auf dieser Basis nicht möglich.

5. Ergebnisse für ambulante LEI

5.1. Charakterisierung der ambulanten LEI

Eine Übersicht sowohl des aktiven als auch inaktiven Erprobungsfeldes der Testregion Nordwest (Stand: 24.07.2017, Ende der Durchführungsphase) ist in Tabelle 10 dargestellt. Inaktive LEI haben während der Erprobung ihren Teilnahmevertrag gekündigt und wurden daher gemäß dem Auswertungskonzept für die spätere statistische Analyse nur bis zum Zeitpunkt ihres Ausscheidens gewertet. Insgesamt haben 81 Erprobungsteilnehmerinnen und Erprobungsteilnehmer in der Testregion Nordwest gekündigt. Gründe hierfür können u.a. die Praxisaufgabe bzw. -übergabe an eine Nachfolgerin bzw. einen Nachfolger sein.

Aktive Teilnehmer/-innen Los 2 zum 24.07.2017	Fachgruppe						Summe
	FA	HA	PT	KH	ZA	k.A.	
Aktive LEI Nordwest (ORS1 Los 2)	166	166	41	6	126	-	505
davon in Nordrhein	49	37	27	2	57	-	172
davon in Rheinland-Pfalz	56	46	4	-	30	-	136
davon in Schleswig-Holstein	26	40	10	1	21	-	98
davon in Westfalen-Lippe	35	43	-	3	18	-	99
Inaktive Teilnehmer/-innen Los 2 zum 24.07.2017	Fachgruppe						Summe
	FA	HA	PT	KH	ZA	k.A.	
Inaktive LEI Nordwest (ORS1 Los 2)	32	29	7	3	10	-	81
davon in Nordrhein	10	5	4	-	4	-	23
davon in Rheinland-Pfalz	8	11	-	-	-	-	19
davon in Schleswig-Holstein	4	5	1	-	4	-	14
davon in Westfalen-Lippe	10	8	2	3	2	-	25

Tabelle 10: Übersicht über das Erprobungsfeld Testregion Nordwest (Stand: 24.07.2017)

Organisationsform der aktiven LEI Testregion Nordwest Los 2		
Einzelpraxis	LEI	354
	Anteil	70,1%
Mehrfachpraxis (GP, BAG, ÜBAG)	LEI	140
	Anteil	27,7%
MVZ	LEI	5
	Anteil	1,0%
Krankenhaus	LEI	6
	Anteil	1,2%
Gesamt	LEI	505
	Anteil	100,0%

Tabelle 11: Häufigkeitsverteilung der aktiven LEI nach der Organisationsform (Testregion Nordwest)

Die Verteilung der aktiven Erprobungsteilnehmer/-innen zum 24.07.2017 in der Testregion Nordwest ist in Tabelle 11 aufgezeigt. Die überwiegende Mehrheit der Datensätze in der Registratur gehört mit 70,1% zu den teilnehmenden Einzelpraxen. Danach folgen Mehrfachpraxen (27,7%) sowie Medizinische Versorgungszentren (1,0%) und Krankenhäuser (1,2%).

Testregion Nordwest / Los 2 (ambulant + stationär)	MZP1	MZP2 70%	MZP3	MZP4	MZP2 30%	MZP5
Einladungen	481+9	367+4	366+4	366+4	121+2	500+6
- davon per E-Mail	450+9	320+4	328+4	330+4	96+2	454+6
- davon per Post	22	28	18	23	14	39
- davon per Fax	9	19	20	13	11	7
Teilnahme (absolut)	433+9	357+4	353+4	350+4	118+2	489+6
- davon online	406+9	311+4	315+4	316+4	93+2	445+6
- davon per Post	18	27	18	21	14	37
- davon per Fax	9	19	20	13	11	7
Keine Teilnahme	48	9	13	16	1	11
Teilnahmequote (Prozent)	90,2%	97,3%	96,5%	95,7%	97,6%	97,8%
Ausgeschiedene LEI (vor MZP)	37	0	78	80	76	80
Nachrücker (nach MZP)	59	3	138	136	15	0
Summe	586	586	586	586	586	586

Tabelle 12: Ausschöpfungsstatistik der Befragungszeitpunkte (Testregion Nordwest)

Einen Überblick über die Ausschöpfungsstatistik der einzelnen Befragungszeitpunkte ist in Tabelle 12 dargestellt und ist im Abschlussbericht (LG17) ebenfalls enthalten. Die angegebenen Werte setzen sich dabei aus Gründen der Übersichtlichkeit aus ambulanten Praxen plus dem stationären Sektor zusammen. Hierbei ist zu beachten, dass im Laufe der Erprobung drei Krankenhäuser ausschieden und

MZP1 für die Nachrücker als Referenzpunkt nacherhoben wurde. Daher wird dort die Anzahl an Krankenhäusern mit neun angegeben. In der Summe waren dem AN WEV über den gesamten Erprobungszeitraum 586 aktive und inaktive LEI bekannt. Während der Erhebungsphase wurde das Erprobungsfeld zum WEV-Stichtag (24.02.2017) in zwei Kohorten (70%-Kohorte und 30%-Kohorte) aufgeteilt, um ein näherungsweise ähnliches Nutzererlebnis in Bezug auf Dauer und Umfang von VSDM zu gewährleisten. Hintergrundinformationen bezüglich der Aufteilung des Erprobungsfeldes sind im Abschlussbericht (LG17, Kapitel 5) zu finden. Nach MZP5 hat eine LEI die Erprobung gekündigt, so dass insgesamt 506 Einladungen hierzu versendet wurden, jedoch nur 505 aktive LEI verzeichnet waren (Stand 24.07.2017, vgl. Tabelle 10).

Bezüglich der Teilnahmequote des MZP1 ist zu beachten, dass sich während des Befragungszeitraumes eine nennenswert hohe Anzahl an Erprobungsteilnehmern/-innen von der Erprobung abmeldeten und nicht an der Befragung teilnahmen. Die Quote war demnach verzerrt. Bei den übrigen MZP fielen die Kündigungen während der Erhebung gering aus, so dass die Teilnahmequoten lediglich geringfügig verzerrt wurden.

Die häufigste Einladungsform war die elektronische Variante über die Befragungsplattform Questback – sofern keine gültige E-Mail-Adresse der Erprobungsteilnehmerin / des Erprobungsteilnehmers zum Einladungszeitpunkt vorlag, wurde diese/dieser postalisch eingeladen. In der postalischen Einladung war der Fragebogen, ein Flyer mit Ausfüllhinweisen, ein Anschreiben sowie ein vorfrankierter Rücksendeumschlag beigefügt. Während der telefonischen Erinnerung seitens des AN WEV wurde es offensichtlich, dass einige LEI den Fragebogen als Fax bevorzugen, so dass auch einige Teilnehmer über diesen Weg an der Befragung teilnahmen. Die Rücklaufquoten sind insgesamt erfreulich hoch, wobei einige LEI urlaubsbedingt zu jedem MZP aus der Befragung ausschieden.

Zudem wird an der Anzahl der vor dem jeweiligen MZP ausgeschiedenen LEI sowie den Nachrückern ersichtlich, dass das Erprobungsfeld keine statische Menge darstellte, sondern vielmehr durchaus umfassenderen Fluktuationen ausgesetzt war. Da zu Beginn eines jeden MZP nicht immer 506 LEI dem AN WEV bekannt waren, variieren die Einladungen. 13 LEI konnten keiner Kohorte zugewiesen werden, da bei ihnen zum zweiten WEV-Stichtag die Installation noch nicht erfolgt war – diese konnten daher auch nicht zu MZP2 eingeladen werden. Weiterführende Hintergrundinformationen zur Datenerhebung sind im Abschlussbericht (LG17, Kapitel 5) zu finden.

Eine Übersicht zur benötigten Antwortdauer des ambulanten Sektors bezüglich der Befragungszeitpunkte ist in Tabelle 13 abgebildet. Basis hierfür sind die LEI, welche den Online-Fragebogen ohne Unterbrechung ausgefüllt haben, so dass eine statistische Auswertung vorgenommen werden konnte. Über die fünf MZP hinweg lässt sich festhalten, dass der Median jeweils unter 15 Minuten lag, der Durchschnitt war lediglich bei MZP2-70% über den avisierten 15 Minuten angesiedelt. Die Maxima sind nur bedingt aussagekräftig, da die Vermutung naheliegt, dass der bei der Befragung verwendete Browser durchgängig geöffnet war, wobei die Befragung nicht ausgefüllt wurde. Über die MZP hinweg zeigt sich ein leichter Trend hin zu kürzeren Antwortdauern. Da v.a. bei MZP2, also nach der

technischen Umstellung in den LEI, gehäuft offene Angaben gemacht wurden, kann die längere Beantwortungszeit zum Teil dadurch erklärt werden.

		MZP1	MZP2 -70%	MZP33	MZP4	MZP2 -30%	MZP55
Perzentile	5	216,20s (~3m36s)	287,70s (~4m48s)	231,25s (~3m51s)	189,00s (~3m09s)	202,40s (~3m22s)	236,10s (~3m56s)
	10	276,30s (~4m36s)	344,00s (~5m44s)	284,50s (~4m45s)	231,00s (~3m51s)	227,80s (~3m48s)	295,20s (~4m55s)
	20	329,40s (~5m29s)	452,00s (~7m32s)	359,00s (~5m59s)	320,80s (~5m21s)	294,40s (~4m54s)	395,20s (~6m35s)
	30	377,00s (~6m17s)	554,40s (~9m14s)	426,50s (~7m07s)	387,90s (~6m28s)	453,40s (~7m33s)	505,10s (~8m25s)
	40	451,40s (~7m31s)	634,00s (~10m34s)	483,00s (~8m03s)	456,20s (~7m36s)	591,20s (~9m51s)	588,40s (~9m48s)
	50	517,50s (~8m37s)	779,00s (~12m59s)	562,50s (~9m22s)	520,50s (~8m41s)	638,00s (~10m38s)	672,50s (~11m13s)
	60	577,80s (~9m38s)	884,00s (~14m44s)	666,00s (~11m06s)	601,60s (~10m02s)	731,40s (~12m11s)	799,20s (~13m19s)
	70	674,10s (~11m14s)	1048,60s (~17m29s)	798,50s (~13m18s)	698,10s (~11m38s)	873,30s (~14m33s)	911,50s (~15m11s)
	80	820,40s (~13m40s)	1270,00s (~21m10s)	972,00s (~16m12s)	860,20s (~14m20s)	1169,80s (~19m30s)	1126,60s (~18m47s)
	90	1101,10s (~18m21s)	1661,00s (~27m41s)	1371,00s (~22m51s)	1214,70s (~20m15s)	1622,90s (~27m03s)	1553,70s (~25m54s)
	95	1446,85s (~24m07s)	2421,40s (~40m21s)	1754,75s (~29m15s)	1620,80s (~27m01s)	2117,40s (~35m17s)	1965,75s (~32m46s)
N	Gültig	332	297	304	312	96	416
	Fehlend	101	61	49	38	22	73
Statistik	Minimum	131,00s (~2m11s)	172,00s (~2m52s)	92,00s (~1m32s)	117,00s (~1m57s)	113,00s (~1m53s)	126,00s (~2m06s)
	Maximum	4190,00s (~69m50s)	4717,00s (~78m37s)	3611,00s (~60m11s)	2537,00s (~42m17s)	4569,00s (~76m09s)	5134,00s (~85m34s)
	Median	517,50s (~8m37s)	779,00s (~12m59s)	562,50s (~9m22s)	520,50s (~8m41s)	638,00s (~10m38s)	672,50s (~11m13s)
	Mittelwert	638,23s (~10m38s)	929,66s (~15m30s)	722,09s (~12m02s)	640,42s (~10m40s)	821,34s (~13m41s)	833,06s (~13m53s)
	Standardabweichung	470,17s (~7m50s)	654,11s (~10m54s)	514,27s (~8m34s)	442,21s (~7m22s)	677,22s (~11m17s)	606,78s (~10m07s)

Tabelle 13: Befragungsdauer (Online-Erhebung) des ambulanten Sektors (Testregion Nordwest)

Bezüglich der Charakterisierung der ambulanten Erprobungsteilnehmer können die einmalig zu MZP1 erhobenen Items aufschlussreich sein. Darin wurde u.a. die Teilnahmemotivation, die Bedenken und Erwartungen an die Erprobung sowie die IT-Affinität abgefragt.

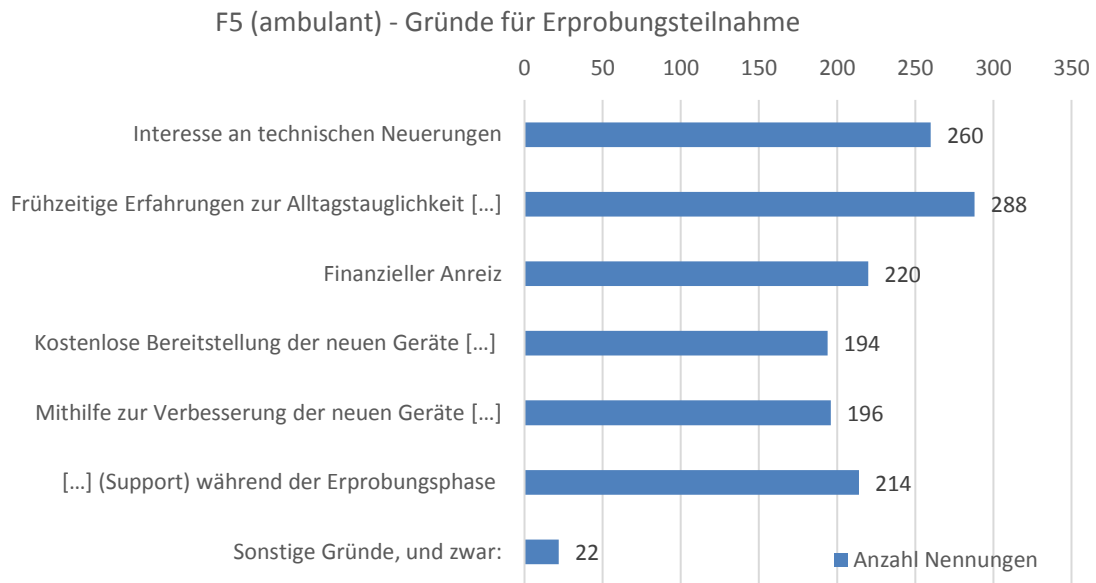


Abbildung 7: Häufigkeitsverteilung Item F5 (ambulante LEI) - Gründe für Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)

In Item F5 wurden die Gründe für die Teilnahme an der der Erprobung erfragt (vgl. Abbildung 7 und im Anhang Tabelle 74). Zu beachten ist, dass eine Mehrfachantwort möglich ist; der Anteil an den Fällen spiegelt die Anwohnhäufigkeit in Bezug auf die LEI dar, welche am MZP erfolgreich teilnahmen.

Es zeigt sich, dass das Interesse an technischen Neuerungen für 260 ambulante LEI (59,8%) die Motivation für die Erprobungsteilnahme darstellt. Weitere 288 Nennungen entfallen auf die „frühzeitige Erfahrung zur Alltagstauglichkeit der neuen Geräte / Anwendungen“ (66,2%), während 196 ambulante LEI (45,1%) die „Mithilfe zur Verbesserung der neuen Geräte / Anwendungen“ hervorheben. Der finanzielle Anreiz spielt bei 220 ambulanten LEI (50,6%) eine Rolle, wobei die „kostenlose Bereitstellung der neuen Geräte / Anwendungen“ mit 194 Nennungen (44,6%) ebenfalls als Motivation angegeben wird. In den „Sonstigen Gründen“ wurden weiterführende Angaben zur Motivation angegeben. So nannten 5 LEI (1,2%) die Ansprache seitens ihres EDV-Dienstleisters bzw. des AN ORS1 Los2 als Grund für ihre Erprobungsteilnahme. Weitere vier LEI lassen sich im Cluster „Verbesserung der Versorgungssituation“ zusammenfassen. Bspw. wird hier die effizientere Vernetzung des Gesundheitswesens genannt. Eine eigene Meinung über die TI wollen sich fünf ambulante LEI verschaffen (1,2%), während zwei LEI sich einen Informationsvorsprung erhoffen (auch durch ihre Funktion in einer LEO).

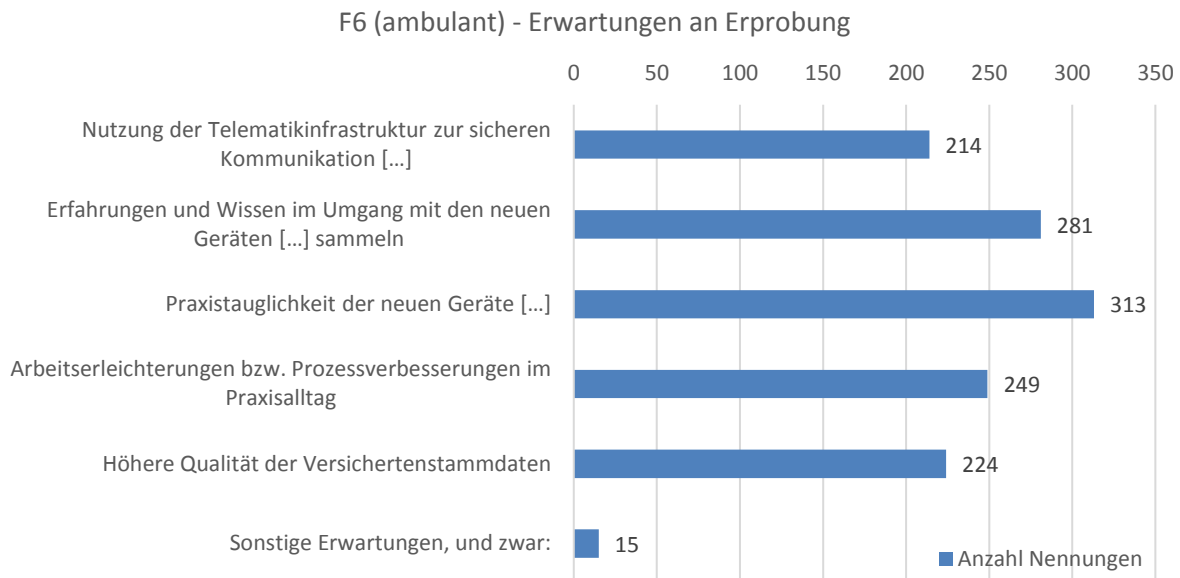


Abbildung 8: Häufigkeitsverteilung Item F6 (ambulante LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

Abbildung 8 und Tabelle 75 (im Anhang) geben die Erwartungen der ambulanten Erprobungsteilnehmer an die Erprobung wider, wobei auch hier eine Mehrfachnennung möglich war. Für knapp die Hälfte der befragten LEI (n=214, 49,2%) ist die „Nutzung der [TI] zur sicheren Kommunikation [...]“ eine antizipierte Erwartung, während 281 Praxen (64,6%) das Sammeln von „Erfahrungen und Wissen im Umgang mit den neuen Geräten / Anwendungen [...]“ hervorheben. Die häufigste Nennung (n=313, 72,0%) bezieht sich auf die Praxistauglichkeit der neuen Geräte und Anwendungen, Arbeitserleichterungen erwarten hingegen 249 Praxen (57,2%). In den „Sonstigen Erwartungen“ konnten seitens der LEI offene Angaben zur Thematik eingefügt werden, so dass nicht thematisierte Aspekte ebenfalls Beachtung finden. Hierbei werden v.a. die Erwartung an einen höheren Datenschutz (n=2, 0,5%), ein erhöhter Arbeitsaufwand (n=5, 1,2%) sowie die Erwartung einer erhöhten Effizienz in Form von Kosteneinsparungen oder geringerem Zeitaufwand bei der Abrechnung (n=4, 0,9%) genannt.

Die Bedenken der ambulanten LEI bezüglich der Erprobung VSDM sind in Abbildung 9 und Tabelle 76 (im Anhang) dargestellt. 74,9% der Praxen (n=325) geben hierbei mögliche „Startschwierigkeiten im Umgang mit den neuen Geräten [...]“ an, während „anfängliche technische Probleme“ von 88,0% der Praxen (n=382) genannt werden. „Verzögerungen bei der Patientenmeldung“ befürchten 315 Praxen (72,6%), während 13 LEI „keine Bedenken“ bezüglich der Erprobung haben. Der Aspekt der möglicherweise mangelnden Datensicherheit wird in 111 Fällen angesprochen (25,6%). In der Kategorie „Sonstige Bedenken“ sind die offenen Anmerkungen seitens der LEI zusammengefasst. Darin sind u.a. die Bedenken eines erhöhten Arbeitsaufwandes (n=7, 1,6%), Probleme mit den Krankenkassen (n=1, 0,2%) oder den Patienten/-innen (v.a. in Bezug auf die Aufklärung über eGK und Erprobung) (n=3, 0,7%) sowie die Möglichkeit eines unzureichenden Supports (n=2, 0,5%) enthalten.

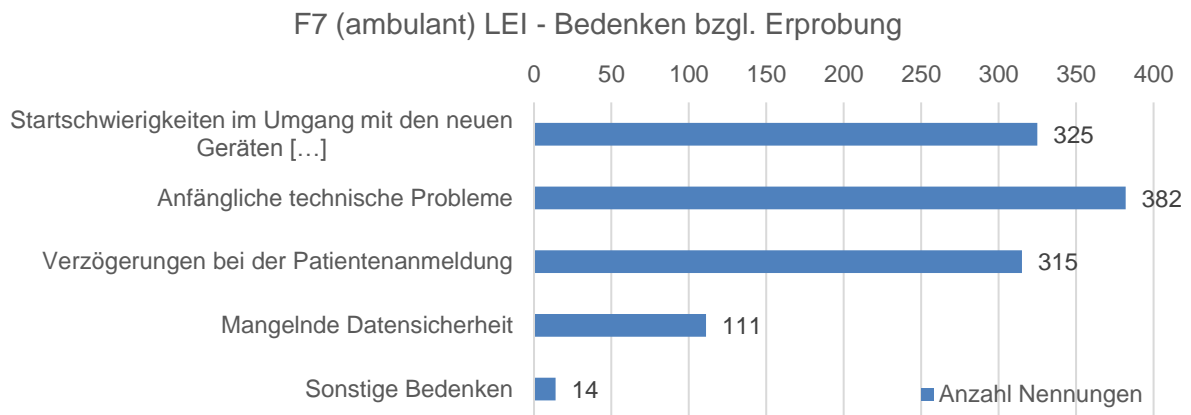


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung Item F7 (ambulante LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

Insgesamt zeigte sich, dass die ambulanten Erprobungsteilnehmer mangelnde Datensicherheit als einen relevanten Aspekt erkennen, einen erhöhten Arbeitsaufwand sowie technische Probleme der neuen Geräte nebst den nachfolgenden Verzögerungen bei der Patientenanmeldung dennoch einen größeren Stellenwert einräumen.

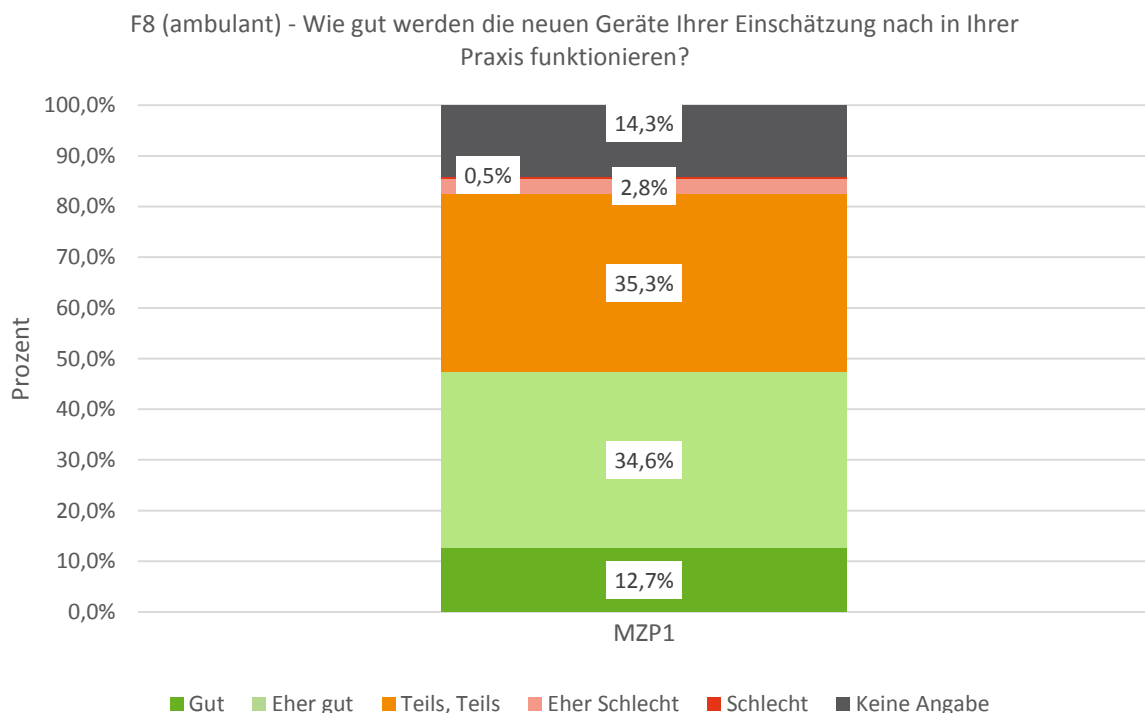


Abbildung 10: Häufigkeitsverteilung Item F8 (ambulante LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit

Abbildung 10 stellt die Einschätzung der LEI bezüglich der Funktionsfähigkeit der neuartigen Geräte bei ihnen in der Praxis zu MZP1 (vor der technischen Umstellung) dar. Es zeigt sich, dass der Großteil

der befragten LEI dies mit „teils, teils“ (n=153, 35,3%) oder „eher gut“ (n=150, 34,6%) beantworten. 55 Befragte (12,7%) gaben an, dass die Geräte ihrer Einschätzung nach „gut“ funktionieren werden, während 62 LEI (14,3%) diesbezüglich keine Angabe machen wollten.

Der Stellenwert von IT und EDV wurde ebenfalls zu MZP1 erhoben (vgl. Tabelle 78 im Anhang). Konkret sollte folgende Aussage bewertet werden: „Unsere Praxis ist bei IT und EDV auf dem neuesten Stand“. Es wird ersichtlich, dass der Aussage lediglich eine Praxis (0,2%) bzw. 16 LEI (3,7%) überhaupt nicht bzw. eher nicht zustimmen. 98 LEI (22,6%) gaben die Antwortkategorie „teils, teils“ an. Zustimmung findet die Aussage bei 166 LEI (38,2%) eher bzw. bei 151 LEI (34,8%) voll und ganz. Die Nennungen zur Aussage „Es gibt viele Arbeiten, die unser Praxisteam mit dem Computer leichter und schneller verrichten kann als ohne“ sind in Tabelle 79 im Anhang dargestellt. Es zeigt sich, dass eine große Mehrheit dieser Aussage zustimmt („stimme voll und ganz zu“ und „stimme eher zu“) - der Einsatz eines Computers gestaltet nach Ansicht der LEI die Arbeitsabläufe effizienter. Zudem gab eine Mehrheit an, dass sie selbst aktiv auf der Suche nach digitalen Verbesserungspotenzialen sei (vgl. Tabelle 80 im Anhang). Bereits heute wird eine Vielzahl an digitalen Anwendungen seitens der ambulanten LEI genutzt, welche in Item F12 erfragt wurden (vgl. Tabelle 14).

5. Ergebnisse für ambulante LEI

F12 – ambulante LEI		MZP1
Eigene Internetpräsenz	LEI	279
	Anteil Fälle	64,3%
Elektronische Terminplanung in der Praxis	LEI	289
	Anteil Fälle	66,6%
Terminvereinbarung online oder per E-Mail für Patient/inn/en	LEI	136
	Anteil Fälle	31,3%
Papierlose medizinische Patientenakte	LEI	294
	Anteil Fälle	67,7%
Papierlose Speicherung von Befunden	LEI	326
	Anteil Fälle	75,1%
Papierlose Speicherung von Bilddaten	LEI	295
	Anteil Fälle	68,0%
Spracherkennung zur Textverarbeitung	LEI	42
	Anteil Fälle	9,7%
Papierlose Bearbeitung von Formularen und Anträgen	LEI	259
	Anteil Fälle	59,7%
Papierloser Faxempfang und -speicherung	LEI	170
	Anteil Fälle	39,2%
Elektronische Unterstützung beim Qualitätsmanagement (z.B. QM-Handbuch)	LEI	270
	Anteil Fälle	62,2%
Keine Angabe	LEI	12
	Anteil Fälle	2,8%

Tabelle 14: Häufigkeitsverteilung Item F12 (ambulante LEI) - Nutzung von IT- und EDV-Anwendungen (Mehrfachnennung möglich)

Zu MZP1 wurde ebenfalls erfragt, ob die technische Umrüstung voraussichtlich nach Wünschen der LEI durchgeführt werden kann. Falls dies verneint wurde, wurden anschließend die Gründe hierfür erfragt (falls bekannt). Die Ergebnisse sind nachfolgend in Tabelle 15 dargestellt.

F17 – ambulante LEI		MZP1
Ja	LEI	324
	Anteil	74,7%
Nein	LEI	7
	Anteil	1,6%
Keine Angabe	LEI	103
	Anteil	23,7%

Tabelle 15: Häufigkeitsverteilung Item F17 (ambulante LEI) - Konfiguration nach Wünschen der LEI möglich?

Bei Betrachtung der Gründe, weshalb die künftige technische Konfiguration nicht wunschgemäß durchgeführt werden könne, zeigt sich, dass häufig keine Angabe hierzu gemacht wurde. Eine LEI (14,3%) gab an, dass es Probleme mit dem bevorzugten Stand-Alone-Szenario gebe, eine LEI war nicht über die möglichen Konfigurationsszenarien aufgeklärt. Eine Praxis gibt an, dass es keinen entsprechenden Kontakt gab, um die Konfigurationsmöglichkeiten zu besprechen (vgl. Tabelle 83). Im Stand-Alone-Szenario erfolgt die Online-Prüfung der VSD ohne Netzanbindung des Praxisverwaltungssystems der LEI an die TI. Dabei sind zwei unterschiedliche Ausgestaltungen des Szenarios zu beachten:

- **Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung:** Hier sind Praxis-IT-System und Online-Welt voneinander separiert. Hierzu wird kein separater Arbeitsplatz benötigt, jedoch eine Art Weiche innerhalb des Konnektors
- **Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung:** Hier erfolgt die einmal im Quartal obligate Online-Prüfung des VSDM an einem separaten Kartenterminal und Konnektor mit Netzzugang, die in keiner Weise mit dem Praxis-IT-System verbunden sind. Hierfür wird allerdings ein zweites Kartenterminal und ein zweiter Konnektor benötigt, um die Versichertendaten der eGK auch mit dem Praxis IT-System einzulesen.

Zu MZP1 wurde den Erprobungsteilnehmern gegen Ende des Fragebogens die Möglichkeit gegeben, bisher nicht thematisierte inhaltliche Anmerkungen zu geben. Insgesamt haben 57 LEI auf die Frage „Haben Sie abschließend noch weitere inhaltliche Anmerkungen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?“ geantwortet. Die Antworten beziehen sich nur zum Teil auf die Evaluation und sind im Anhang detailliert aufgelistet (vgl. Tabelle 84).

5.2. Ergebnisse der schriftlichen Befragung

5.2.1. Querschnittsbetrachtung der MZP1 bis 4

Bei den Items zur Informationsqualität zeigte sich zu MZP1 ein heterogenes Antwortverhalten. Während zwei der drei Items Zustimmungsquoten von rund 50% aufwiesen, wurde Item F39 („Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich“) mit 84% zugestimmt. Die Systemqualität wurde zu diesem MZP durchgängig als gut bewertet. So hatte hier das am schlechtesten bewertete Item immer noch eine Zustimmungsquote von 77,3%. Zur Servicequalität kann zu MZP1 keine Tendenz angegeben werden, da diese hier lediglich über ein Item gemessen wurde. Dieses Item F13 wies eine Zustimmungsquote von 51,7% auf. Auch die Zufriedenheit der LEI wurde zu MZP1 lediglich mit einem Item (F64) gemessen. Hier ließ sich mit 87,6% eine hohe Zustimmung verzeichnen. Ein Item (F59) lag zu MZP1 der Messung des Nettonutzens zugrunde. Hier gaben ebenfalls über die Hälfte der LEI an, der Aussage zuzustimmen (vgl. Tabelle 88).

Da der MZP2 in eine 70% und eine 30% Kohorte aufgeteilt war, folgt hier ebenfalls eine getrennte Darstellung der Ergebnisse. Das Meinungsbild zur Informationsqualität der LEI der 70%-Kohorte war zu MZP2 nicht eindeutig. Insgesamt erreichte hier nur eines der drei Items eine Zustimmungsquote

von 50%. Item F53 (Aktualität der VSD) und F55 (Fehlerfreiheit der VSD) wurde lediglich von 47,9% bzw. 43,7% zugestimmt. Bei der Systemqualität erreichten drei der neun zur Messung herangezogenen Items eine Zustimmungsquote von 50%. Besonders schlecht wurde hier mit einer Ablehnungsquote von 60,5% das Item F44 (Einlesezeit genauso lange wie vor VSDM) bewertet. Bei der Servicequalität zeigte sich zu MZP2 bei der 70%-Kohorte ein positives Bild. Mit F27 („Die Arbeit des Praxisteam wurde durch die Umstellung kaum gestört“) verfehlte hier lediglich ein Item von insgesamt zwölf eine 50%ige Zustimmungsquote. Bei der Zufriedenheit zu MZP2 konnten zwei der vier Items ein Niveau von mindestens 50% Zustimmung verzeichnen, wobei ein Item das Ziel knapp und ein Item das Ziel deutlich verfehlte. Die Items zur Messung des Nettonutzens wurden zum zweiten MZP von der 70%-Kohorte ebenfalls heterogen bewertet. Ein Item konnte eine Zufriedenheitsquote von 50% erreichen, wohingegen die anderen beiden dies nicht konnten (vgl. Tabelle 91).

Zu MZP3 erreichten zwei der drei Items zur Messung der Informationsqualität eine Zustimmung von mindestens 50%. Ein Item wies eine Zustimmungsrate von 47,9% auf. Lediglich drei der neun Items zur Messung der Systemqualität erreichten zu MZP3 eine 50%ige Zustimmungsquote. Item F44 wurde hierbei mit einer Ablehnungsquote von 60,1% am schlechtesten bewertet. Die Servicequalität wurde zu MZP3 gut bewertet. Alle fünf Items dieser Kategorie wiesen eine Zustimmungsquote von mindestens 50% auf. Zwei der vier Items zur Messung der Zufriedenheit der LEI erreichten eine Zustimmungsquote von 50%. Am schlechtesten wurde Item F68 (Ausgereiftheit des VSDM für die bundesweite Einführung) bewertet. 35,2% der LEI lehnten dabei dieses Statement ab, 26,3% antworteten indifferent, während 34,2% dem Statement zustimmten. Bei der Messung des Nettonutzens wurde zu MZP3 einem von drei Items mehrheitlich zugestimmt (vgl. Tabelle 96).

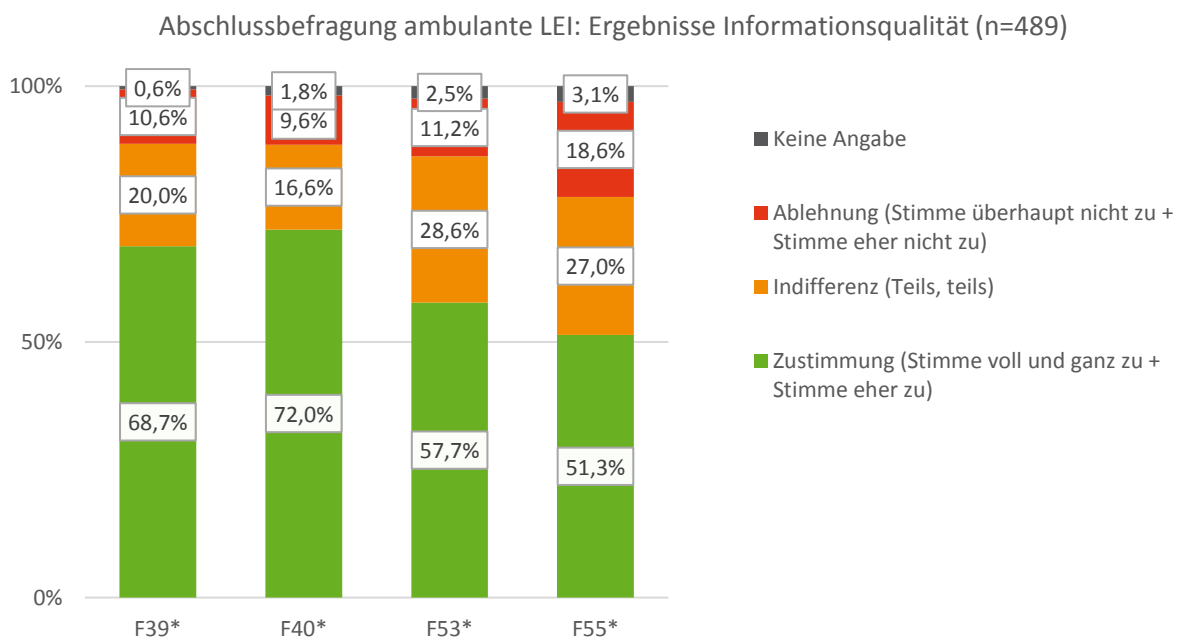
Zu MZP4 wurde die Informationsqualität durchgängig positiv bewertet. So wiesen hier alle drei Items eine Zustimmungsquote von über 50% auf. Bei der Systemqualität ließ sich zu MZP4 feststellen, dass vier von neun Items von über der Hälfte der befragten LEI zugestimmt wurde. Besonders schlecht ist hier mit einer Ablehnungsquote von 55,1% das Item F44 (Einlesezeit genauso lange wie vor VSDM) bewertet. Bei der Servicequalität erreichte jedes der fünf zur Messung herangezogenen Items eine mindestens 50%ige Zustimmungsquote. Besonders gut war hier mit einer Zustimmung von 87,7% Item F13 (Kenntnisstand des Praxisteam zur eGK) bewertet. Zwei der vier Items zur Messung der Zufriedenheit erreichten zu MZP4 eine Zustimmungsquote von mindestens 50% nicht, wohingegen die anderen beiden Items diese erreichten. Das Item F59 („Unser Praxisteam kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist“) stellte bei der Messung des Nettonutzens zu MZP4 einen Ausschlag in positiver Hinsicht dar. Insgesamt stimmten diesem Item 82,6% der Befragten zu. Die anderen beiden Items konnten keine Zustimmung von mindestens 50% erreichen (vgl. Tabelle 101).

Die Informationsqualität wurde zu MZP2 von der 30%-Kohorte der befragten LEI uneinheitlich bewertet. Eines der drei Items konnte mit 69,5% die Zustimmungsquote von 50% erreichen. Die anderen beiden Items schafften dies nicht. Bei der Systemqualität wiesen über die Hälfte (fünf von neun) der zur Messung herangezogenen Items eine Zustimmungsquote von mindestens 50% auf. Mit einer Zu-

stimmung von 94,9% wurde Item F58 („Unser Praxisteam vertraut darauf, dass die Versichertenstammdaten entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet und übertragen werden“) hier besonders positiv bewertet. Bei der Servicequalität zeigte sich zu MZP2 bei der 30%-Kohorte ein durchgängig positives Bild. Zehn der zwölf Items wiesen hier Zustimmungsquoten von mindestens 50% auf. Zwei Items (F27 und F52) blieben mit 49,2% bzw. 46,6% knapp darunter. Bei der Messung der Zufriedenheit zeigten drei der vier Items eine Zustimmungsquote von über 50% auf. Lediglich Item F68 (Ausgereiftheit des VSDM für die bundesweite Einführung) konnte dieses Ziel nicht erreichen. Eines der drei Items zur Messung des Nettonutzens konnte das Ziel der Zustimmungsquote von über 50% erreichen. Die anderen beiden Items verfehlten dieses (vgl. Tabelle 106).

5.2.2. Informationsqualität zu MZP5

Wie in Abbildung 11 zu sehen ist, kann die Informationsqualität (bestehend aus vier Fragebogenelementen) überwiegend als gut eingestuft werden. Bei allen vier Fragen hat mindestens die Hälfte der befragten ambulanten LEI zugestimmt („Stimme voll und ganz zu“ oder „Stimme eher zu“). Der Anteil fehlender Zustimmung liegt zwischen 9,6% und 18,6% in Abhängigkeit von der jeweiligen Frage.



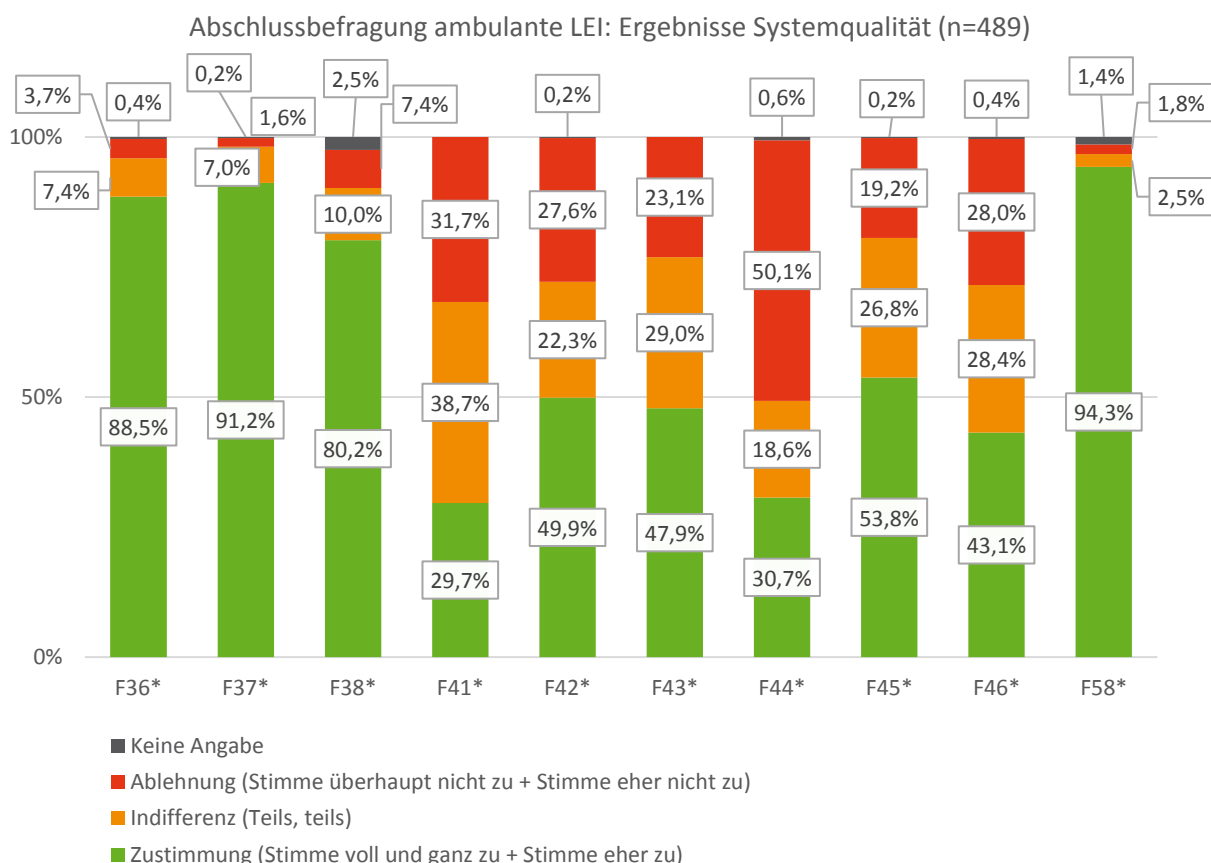
* **F39**: Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich, **F40**: Unser Praxisteam versteht die Meldungen am Kartenlesegerät jetzt besser als zu Beginn der Erprobung, **F53**: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55**: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei.

Abbildung 11: Informationsqualität bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung

5.2.3. Systemqualität zu MZP5

Abbildung 12 zeigt, dass die Beurteilung der Systemqualität (bestehend aus zehn Fragebogenelementen mit einer Zustimmungsskala und einem Fragebogenelement mit einer Veränderungsskala) durch

die ambulanten LEI in einigen Punkten sehr positiv, in anderen Punkten dagegen eher negativ ausfiel. Bei fünf von zehn Fragen überwog die Zustimmung unter den ambulanten LEI. Bei vier Fragen (F36, F37, F38 und F58) wurde eine Zustimmungquote von 50% mit Werten zwischen 80,2% und 94,3% sehr deutlich und bei Frage F45 mit einer Zustimmungquote von 53,8% nur knapp überschritten. Bei der Frage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung“ (F44) waren die nicht zustimmenden LEI mit 50,1% die Mehrheit. In den vier verbleibenden Fragen (F41, F42, F43, F46) lagen die Zustimmungswerte zwischen 29,7% und 49,9% bzw. der Anteil nicht zustimmender LEI zwischen 23,1% und 31,7%. Auffallend bei den Ergebnissen der Systemqualität war die Frage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei“ (F41) mit dem niedrigsten Anteil zustimmender LEI von nur 29,7%. Nicht in Abbildung 12 gezeigt, ist die Frage „Aus heutiger Sicht ist die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei der Verarbeitung und Übertragung der Versichertenstammdaten...“ (F60), bei der 46,0% das Datenschutzniveau mit VSDM besser oder etwas besser als im Basis-Rollout einschätzten. Etwas mehr als ein Drittel der LEI (35,6%) sah keine Veränderungen zum Basis-Rollout und 3,1% der ambulanten LEI sahen durch VSDM eine Verschlechterung des Datenschutzniveaus. Mit 15,3% machten bei der Frage F60 relativ viele LEI keine Angaben.



* **F36**: Die Bedienung des Kartenlesegeräts zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist einfach, **F37**: Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich, **F38**: Unser Praxisteam versteht die Arbeitsabläufe beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte jetzt besser als zu Beginn der Erprobung, **F41**: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei, **F42**: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich, **F43**: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell, **F44**: Das Einlesen der elektronischen

Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein, **F46:** Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenanmeldung nicht, **F58:** Unser Praxisteam vertraut darauf, dass die Versichertenstammdaten entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet und übertragen werden.

Abbildung 12: Systemqualität bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung

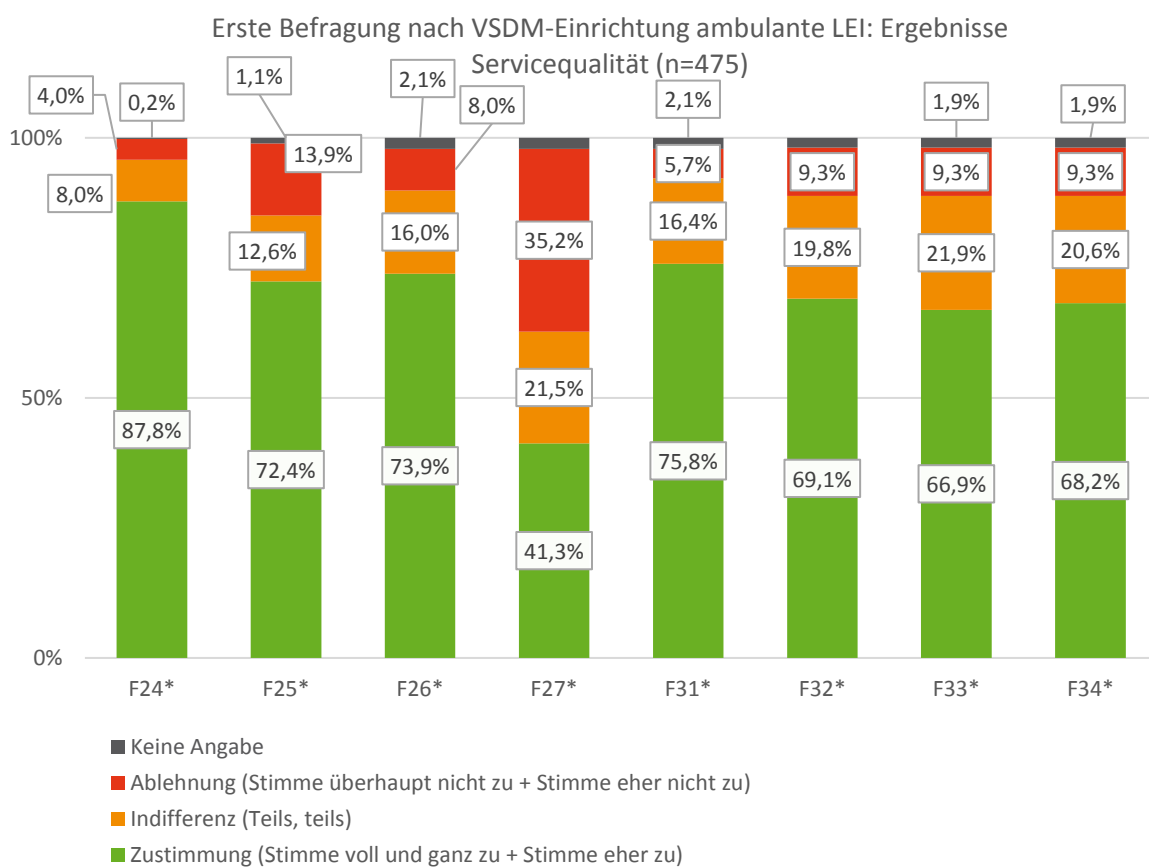
Im Bereich der Systemqualität zeigte sich, dass die Verständlichkeit der VSDM-Anwendung und -Komponenten akzeptabel war, jedoch die Stabilität (F41) und die Verfügbarkeit (F42) nicht als praxistauglich eingeschätzt wurden. Die genauen Hintergründe für die Probleme mit der Verfügbarkeit sind dem AN WEV nicht bekannt, jedoch lassen sich diese ebenfalls aus den Fehlerquoten der Einlesevorgänge (objektive Daten) für einzelne Kalenderwochen ableiten (vgl. Abbildung 56). Des Weiteren zeigte sich, dass die Abläufe der Patientenanmeldung (F43, F44, F45, F46) bei vielen LEI erkennbar beeinträchtigt waren. Ein Vergleich mit dem Ausgangszustand zeigte, dass die Stabilität (F41), die Verfügbarkeit (F42), die Schnelligkeit (F43) und die Integrationsfähigkeit in den Praxisalltag (F45, F46) weit hinter dem Ausgangszustand (Basis-Rollout) zurückblieben, bei dem die Zustimmungswerte zu den Fragen F41, F42, F43, F45 und F46 zwischen 77,3% und 87,3% lagen. Die Sekundärdatenauswertung der Leistungs- und Fehlerprotokolle der Konnektoren bestätigte die Ergebnisse der LEI-Befragung. Für ambulante LEI betrug die mittlere Fehlerquote bei Einlesevorgängen in den vier Wochen vor der Abschlussbefragung 14,3%, wobei Fehlschläge aufgrund von Hinweisen zu ungültigen Versicherungsverhältnissen nicht berücksichtigt wurden. Die Subgruppenanalysen im Bereich der Systemqualität haben ergeben, dass Einzelpraxen die Frage der Verfügbarkeit (F42) signifikant besser bewerteten als Praxen mit mehreren Leistungserbringern.

5.2.4. Servicequalität zu MZP2 bzw. MZP5

Die Servicequalität betrachtet zum einen die Einführungsprozesse (siehe Abbildung 13), wofür die Ergebnisse der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung herangezogen wurden. Zum anderen wurde die Servicequalität unter dem Gesichtspunkt der Unterstützung des laufenden Betriebs untersucht (Supportprozesse). Dafür wurden, wie auch bei den anderen Themen, die Ergebnisse der Abschlussbefragung herangezogen, was in Abbildung 14 dargestellt ist. Mit nur einer Ausnahme (F27) wurden die Einführungsprozesse als überwiegend praxistauglich beurteilt, der Anteil zustimmender LEI lag bei den relevanten Fragen zwischen 68,2% und 87,8%. Der Frage mit der geringsten Zustimmung „Die Arbeit unseres Praxisteam wurde durch die technische Umstellung kaum gestört“ (F27) haben nur 41,3% zugestimmt, ein gutes Drittel (35,2%) stimmte der Aussage nicht oder überhaupt nicht zu. Zugleich wurde der Umstellungsaufwand jedoch von 73,9% der ambulanten LEI als nachvollziehbar angegeben. Zu den Einführungsprozessen konnte festgestellt werden, dass diese praxistauglich waren, aber die technische Umstellung auf das VSDM den Praxisbetrieb in vielen Fällen einmalig störte (F27), wobei dem AN WEV keine gesicherten Informationen über die Umstellungsprozesse in den einzelnen LEI vorlagen (bspw. mögliche Umstellung im laufenden Betrieb), welche sich negativ auf das Antwortverhalten ausgewirkt haben könnten.

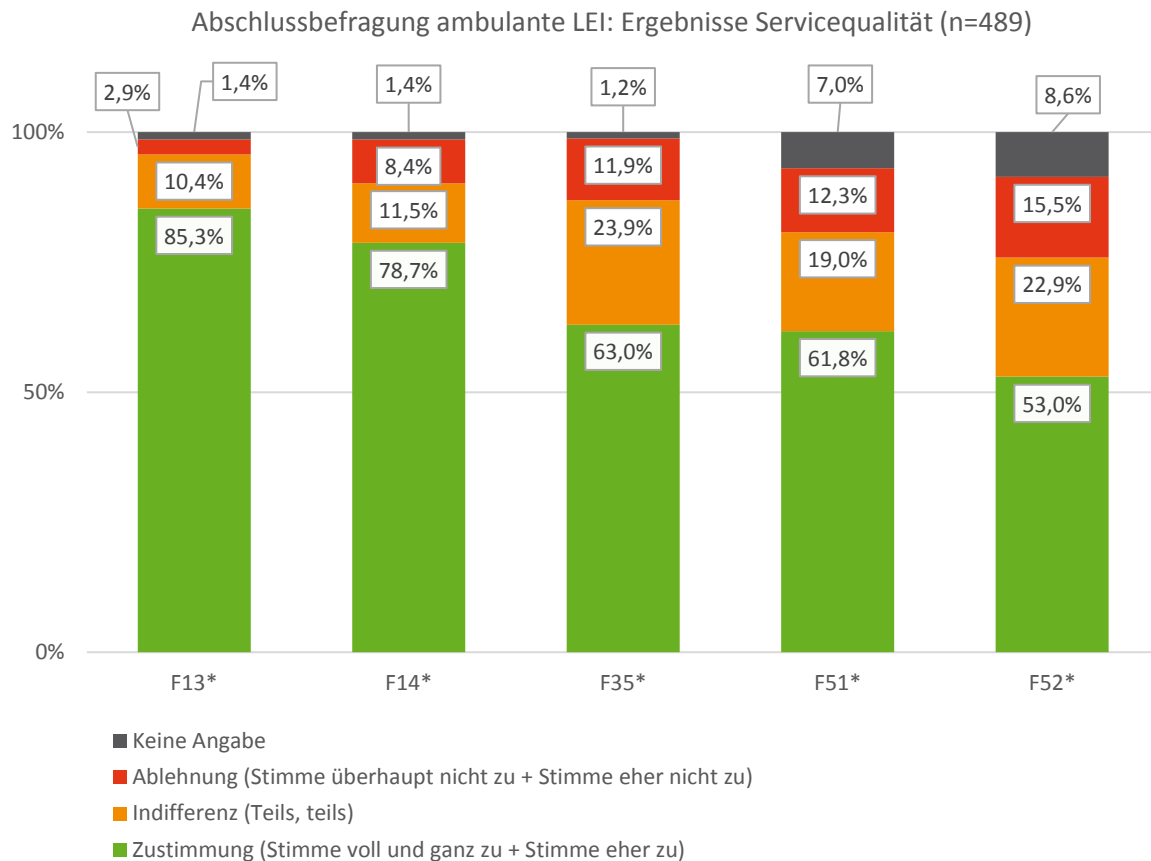
Die fünf Fragen zu den Supportprozessen wurden von der Mehrheit der ambulanten LEI zustimmend mit Werten zwischen 53,0% und 85,3% beantwortet. Zu den Supportprozessen lieferten die offenen Fragen der LEI-Befragung zu allen vier Befragungszeiten nach VSDM-Einrichtung eine in etwa ausgeglichene hohe Anzahl an sowohl positiven als auch negativen Erwähnungen in Bezug auf die Support-Zufriedenheit und die Schnelligkeit. Daraus kann geschlossen werden, dass die Supportqualität sehr heterogen von den LEI empfunden wurde.

Betrachtet man beide Teile der Servicequalität zusammen, kann festgestellt werden, dass sowohl die Einführungsprozesse, als auch die Supportprozesse als praxistauglich angesehen werden können. Bei den Einführungsprozessen war jedoch der Einrichtungsaufwand kritisch zu sehen und bei den Supportprozessen die Heterogenität der Supportqualität.



* **F24:** Der/die Servicemitarbeiter/in machte während der technischen Umstellung einen kompetenten Eindruck, **F25:** Der/die Servicemitarbeiter/in hat die technische Umstellung schnell durchgeführt, **F26:** Der Aufwand der technischen Umstellung war für unser Praxisteam nachvollziehbar, **F27:** Die Arbeit unseres Praxisteam wurde durch die technische Umstellung kaum gestört, **F31:** Unser Praxisteam ist mit der Qualität der Schulung zufrieden, **F32:** Durch die Schulung fühlt sich unser Praxisteam gut auf die Arbeit mit den neuen Geräten vorbereitet, **F33:** Unser Praxisteam ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen zu den neuen Geräten zufrieden, **F34:** Unser Praxisteam ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen von CompuGroup Medical zur Erprobung zufrieden.

Abbildung 13: Servicequalität (Einführungsprozesse) bei ambulanten LEI in der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung

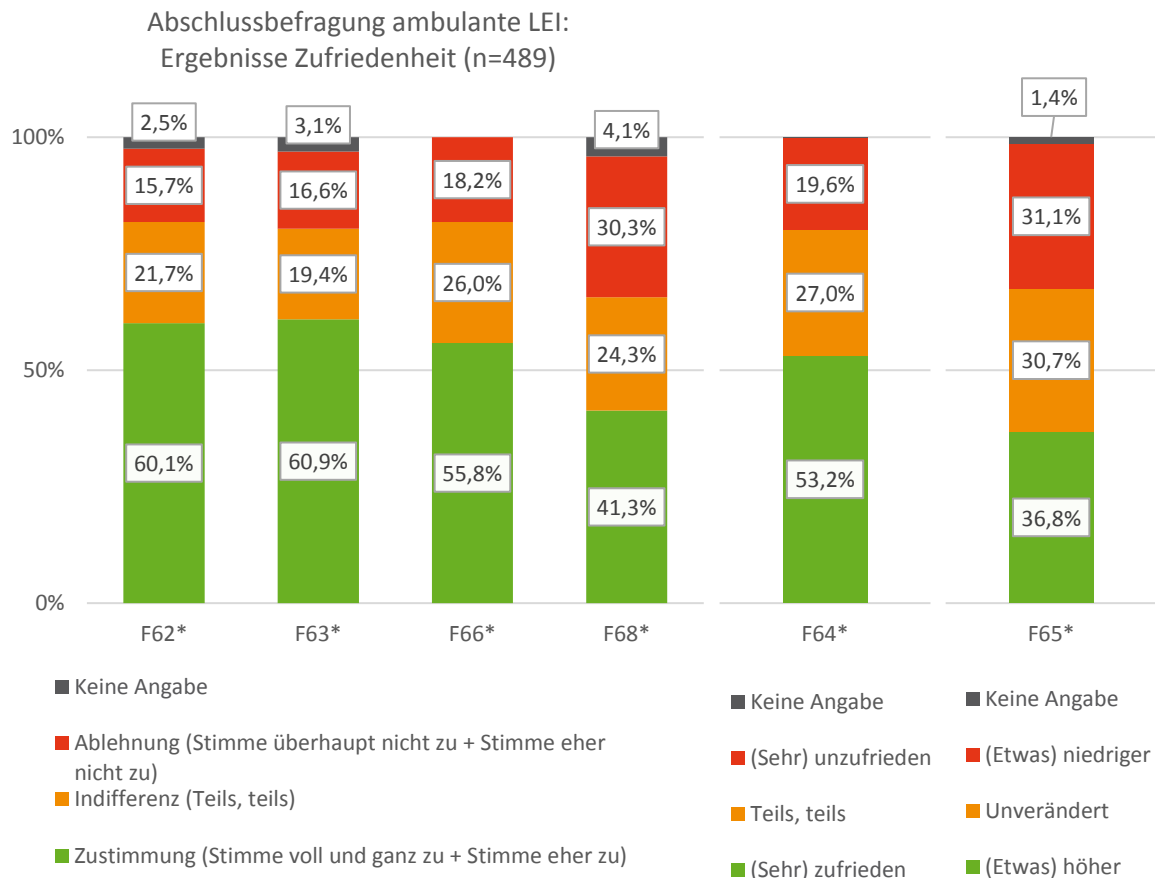


* **F13:** Unser Praxisteam ist über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut informiert, **F14:** Das Wissen unseres Praxisteam zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hat im Laufe der Erprobung zugenommen, **F35:** Insgesamt ist unser Praxisteam mit der Qualität des Informationsangebots im Rahmen der Erprobung zufrieden, **F51:** Unser Praxisteam ist mit der Hilfestellung durch den Support zufrieden, **F52:** Der Support antwortet schnell.

Abbildung 14: Servicequalität (Supportprozesse) bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung

5.2.5. Zufriedenheit zu MZP5

Die Antworten der ambulanten LEI auf Fragen zur Zufriedenheit sind in Abbildung 15 dargestellt. Den direkten Fragen nach Nützlichkeit und Zufriedenheit (F62, F63, F66) stimmte die Mehrheit der ambulanten LEI zu (zwischen 55,8% und 60,9%). Bei der Einschätzung der Eignung für die bundesweite Einführung (F68) waren die ambulanten LEI zurückhaltender, hier stimmten 41,3% dieser Aussage zu, wobei 24,3% indifferent antworteten. Knapp ein Drittel (30,3%) stimmte der Aussage „Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung“ (F68) nicht oder überhaupt nicht zu. In der Gesamtbeurteilung der Arbeitsschritte beim Einlesen (F64) gab eine knappe Mehrheit von 53,2% an, zufrieden oder sehr zufrieden zu sein. Ein knappes Fünftel (19,6%) war zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung jedoch sehr unzufrieden oder unzufrieden. Bei der Frage nach dem direkten Vergleich zur Situation vor der technischen Umstellung (F65) gab ein knappes Drittel der LEI (31,1%) an, mit VSDM (etwas) weniger zufrieden zu sein. Zur Zufriedenheit der Teilnehmer konnte abschließend festgestellt werden, dass eine knappe Mehrheit zufrieden mit VSDM war, jedoch wurde die Eignung von VSDM für eine bundesweite Einführung zurückhaltend eingeschätzt.



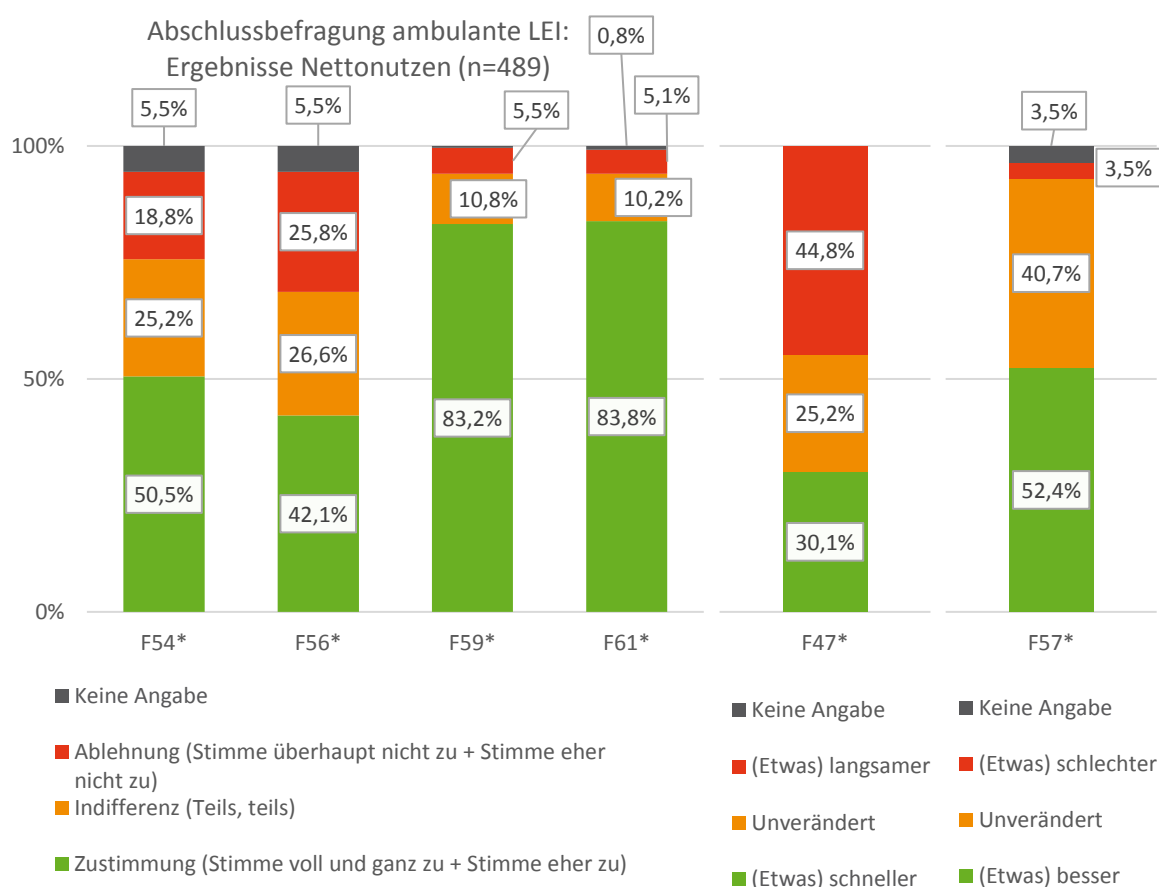
* **F62:** Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) zufrieden, **F63:** Das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ist für unsere Praxis nützlich, **F66:** Die Arbeitsabläufe nach der technischen Umstellung lassen sich mit dem Praxisalltag gut vereinbaren, **F68:** Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung, **F64:** Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten..., **F65:** Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteams mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte....

Abbildung 15: Zufriedenheit der ambulanten LEI in der Abschlussbefragung

5.2.6. Nettonutzen zu MZP5

Bei der Beurteilung des Nettonutzens zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung ließ sich erkennen, dass nur etwas mehr als die Hälfte (50,5%) der ambulanten LEI der Aussage zustimmte, dass „Die Aktualität der Versichertenstammdaten [...] sich im Laufe der Erprobung verbessert [hat]“ (F54). Eine Reduktion von Fehlern in den Stammdaten (F56) sahen nur 42,1% der ambulanten LEI. Auffallend war die starke Zustimmung zu den Fragen F59 („Unser Praxisteam kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist“) und F61 („Nach der technischen Umstellung kann unser Praxisteam jetzt leichter feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist“) mit 83,2% bzw. 83,8%. Bei Frage F59 wurde das Niveau der Ausgangssituation (Basis-Rollout) von damals 61,7% zustimmenden LEI deutlich übertroffen. Die Aussage über die Klarheit bezüglich des Versicherungsverhältnisses wurde in den offenen Fragen der

LEI-Befragung auch über alle vier Befragungszeitpunkte hinweg wiederholt und von einer großen Anzahl von LEI als ein positiver Aspekt hervorgehoben.



* **F54:** Die Aktualität der Versichertenstammdaten hat sich im Laufe der Erprobung verbessert, **F56:** Nach der technischen Umstellung treten weniger Fehler in den Versichertenstammdaten auf, **F59:** Unser Praxisteam kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist, **F61:** Nach der technischen Umstellung kann unser Praxisteam jetzt leichter feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist, **F47:** Aus heutiger Sicht sind die Arbeitsabläufe bei der Patientenanmeldung in unserer Praxis..., **F57:** Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt....

Abbildung 16: Nettonutzen bei ambulanten LEI in der Abschlussbefragung

Nachteilig im Bereich des Nettonutzens war aus Sicht der ambulanten LEI in vielen Fällen der erhöhte Zeitbedarf bei der Patientenanmeldung, da 44,8% der ambulanten LEI angaben, dass die Abläufe der Patientenanmeldung (etwas) langsamer als vor der VSDM-Einrichtung waren. Ursächlich könnten die häufigere Notwendigkeit der Versicherungsstatusklärung bzw. des Ausstellens einer Ersatzbescheinigung und der generell erhöhte Aufwand zur Patientenaufklärung sein, worauf Ergebnisse aus den offenen Angaben der Fragebögen sowie der Extremwertbefragung hindeuteten. Im Rahmen dieser Evaluation wird einheitlich der Begriff „Versicherungsstatusklärung“ verwendet, da aus den Rückmeldungen der LEI nicht ersichtlich war, ob das Ersatzverfahren oder andere Verfahren zur Klärung des Versicherungsstatus eingesetzt wurde. Es ist jedoch festzuhalten, dass im Rahmen des VSDM die Ablehnung einer nicht-gültigen eGK ein korrektes Systemverhalten darstellt, da lediglich eine gültige eGK einen

Versicherungsanspruch seitens der Patientin/ des Patienten bezeugt. Eine Abrechnung der medizinischen Leistung gegenüber der GKV ist nur auf Grundlage eines gültigen Versicherungsnachweises möglich. Die vor- und nachgelagerten zugehörigen Prozesse zur Versicherungsstatusklärung sind damit im Rahmen der Erprobung im technischen Sinne nicht Fehler der TI. Des Weiteren zeigte die Extremwertbefragung, dass die teilweise unzureichende Systemqualität ebenfalls einen erheblichen Einfluss auf den Zeitbedarf bei der Patientenanmeldung hat. Abschließend konnte zum Nettonutzen festgestellt werden, dass das Nutzenpotenzial (Sicherheit bezüglich des Versicherungsverhältnisses und Aktualität der Stammdaten) für die ambulanten LEI eindeutig im Alltag sichtbar wurde. Dem stand jedoch ein erhöhter Zeitbedarf für die Patientenanmeldung gegenüber, der für die LEI unterschiedlich hoch ausfiel. Ursächlich waren hier die unterschiedlichen Systemkonfigurationen und die ungleiche Häufigkeit nicht gültiger eGK. Insgesamt fiel der Nettonutzen daher neutral oder möglicherweise negativ aus.

5.2.7. Evaluationskriterien außerhalb des ISSM zu MZP5

F15 (ambulant) - Unserer Einschätzung nach ist der allgemeine Informationsstand der Patient/inn/en zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut.

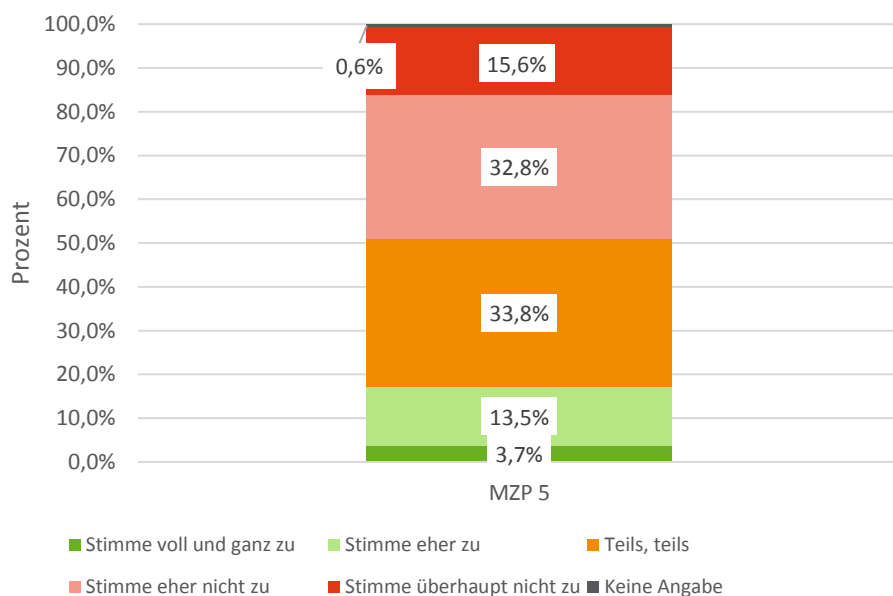


Abbildung 17: Häufigkeitsverteilung Item F15 (ambulante LEI) - Einschätzung des Informationsstandes der Patienten/-innen

Die Frage nach der Einschätzung der ambulanten LEI nach dem allgemeinen Informationsstand der Patientinnen und Patienten wird in Item F15 (vgl. Abbildung 17 und Tabelle 85) abgebildet. Hier zeigte sich, dass zu MZP5 mit 48,4% (n=236) fast die Hälfte der Befragten angab, der Aussage nicht zuzustimmen („stimme ganz und gar nicht zu“ und „stimme eher nicht zu“). Indifferent äußerten sich 33,8% (n=165), wohingegen 17,2% (n=84) der Aussage zustimmten.

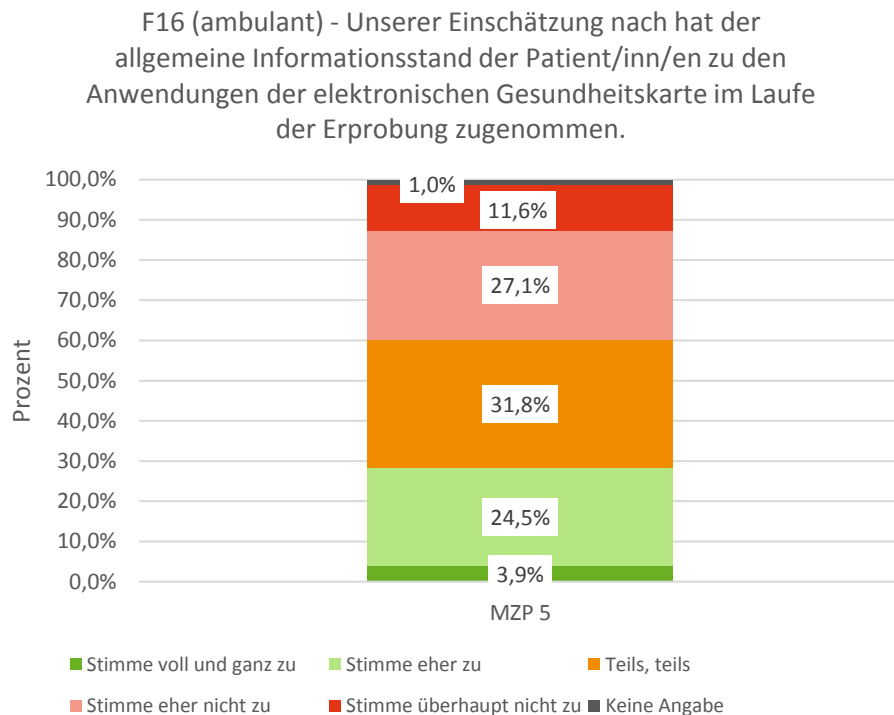


Abbildung 18: Häufigkeitsverteilung Item F16 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen

Die Frage, ob nach Einschätzung der LEI der allgemeine Informationsstand der Patient/inn/en zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte im Laufe der Erprobung zugenommen hat, wird in Item F16 abgebildet (vgl. Abbildung 18 und im Anhang Tabelle 86). Der Aussage stimmen lediglich 3,9% der LEI (n=19) „voll und ganz“ zu, weitere 24,5% (n=120) sehen „eher“ eine Zunahme. Eine große Gruppierung der Befragten stimmt der Aussage „eher“ bzw. „überhaupt nicht“ zu (n=133, 27,1% bzw. n=57, 11,6%). Mit der Antwortkategorie „teils, teils“ sehen 156 der ambulanten LEI (31,8%) ein gemischtes Fazit bezüglich der Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen zur eGK. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Wissensstand der Patienten/-innen bezüglich der eGK und deren Anwendungen während der Erprobung nach Einschätzung der ambulanten LEI nur unwesentlich zunahm.

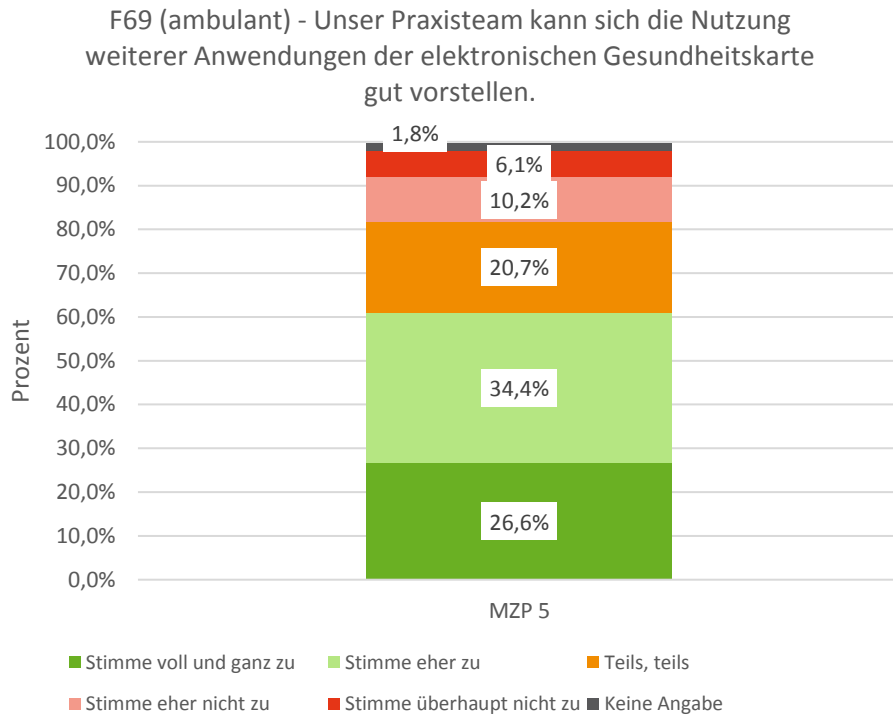


Abbildung 19: Häufigkeitsverteilung Item F69 (ambulante LEI) - Nutzungsabsicht weiterer Anwendungen eGK

Die zukünftige Nutzungsabsicht von weiteren Anwendungen der eGK wurde mittels Item F69 abgefragt. Das Antwortverhalten der ambulanten LEI zeigt hier, dass die Mehrheit (n=298 61%) der Befragten sich durchaus vorstellen konnte, zukünftig weitere Anwendungen der eGK zu nutzen. Lediglich 16,3% (n=80) konnten sich dies nicht oder nur eingeschränkt vorstellen. 20,7% (n=101) der LEI antworteten indifferent (vgl. Abbildung 19 und Tabelle 87).

5.2.8. Vergleichende Betrachtung der Messzeitpunkte

Im Zuge der Auswertung der Ergebnisse der ambulanten LEI wurden die Evaluationskriterien, die zu mehreren MZP abgefragt wurden, auch daraufhin untersucht, ob das Ausgangsniveau wieder erreicht werden konnte. Hierbei wurden als Ausgangsniveau je nach Evaluationskriterium die Ergebnisse des MZP1 herangezogen. Verglichen wurden diese mit den entsprechenden Ergebnissen zu MZP5. Eine genaue Übersicht über die Ergebnisse bietet Tabelle 16. Hierbei war festzustellen, dass im ambulanten Sektor insgesamt zehn Evaluationskriterien ihr Ausgangsniveau nicht wieder erreichen konnten. Bei diesen Kriterien handelt es sich um folgende:

- Handhabbarkeit [F36]
- Praxistauglichkeit technische Qualität: Stabilität [F41]
- Praxistauglichkeit technische Qualität: Verfügbarkeit [F42]
- Praxistauglichkeit technische Qualität: Antwortverhalten [F43]
- Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F45] [F46]
- Erlernbarkeit der Anwendung [F37]
- Verständlichkeit der Rückmeldungen [F39]
- Vertrauen in die Korrektheit der übermittelten VSD [F55]
- Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F64]

Auffallend hierbei ist, dass die Hälfte (5 von 10) der Evaluationskriterien, die ihren Ausgangswert nicht erreichen konnten, aus der Kategorie Praxistauglichkeit stammen. Fünf der Kriterien behandeln dabei die Prozesse rund um das Einlesen der eGK. Am deutlichsten wurde hier das Ausgangsniveau bei Item F41 unterschritten, das danach fragt, ob das Einlesen der eGK fehlerfrei funktioniert. Auch bei Item F42 konnte eine deutliche Verfehlung festgestellt werden. Hierbei ging es darum, ob das Einlesen der eGK zu jeder Zeit möglich war.

Bei der Analyse des Antwortverlaufs bei den einzelnen Items fiel auf, dass es sieben Items gab, bei denen eine konstante Verbesserung vom ersten beobachteten MZP an zu verzeichnen war. Bei diesen Items handelte es sich um:

- Informiertheit der Patient/inn/en (aus Sicht der Leistungserbringer/innen) [F15]
- Zufriedenheit mit VSDM insgesamt [F62] [F66]
- Empfundener Gesamtnutzen aus ärztlicher Sicht [F63]
- Zeitverlust/Zeitgewinn bei VSDM bei Erstkontakt im Quartal [F47]
- Einhaltung Datenschutz (aus Anwender/innen/sicht) [F60]
- Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F57]

Unter anderem die allgemeine Zufriedenheit mit VSDM, die mittels der Items F62 und F66 abgefragt wurde, konnte konstant gesteigert werden. Der empfundene Gesamtnutzen aus ärztlicher Sicht wies zusätzlich eine konstante Verbesserung auf. Die anderen Items folgten weitestgehend dem erwarteten Verlauf mit einer Verschlechterung direkt nach Einführung von VSDM und einer Verbesserung im weiteren Verlauf der Erprobung.

5. Ergebnisse für ambulante LEI

Evaluationskriterium [Item ID]	Vergleich mit Ausgangsniveau (MZP1<->MZP5)	Entwicklung während Erprobung (MZP1 zu MZP5)
Systemqualität		
Handhabbarkeit [F36]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach leicht steigend
Erlernbarkeit der Anwendung [F37]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach nur leicht verbessert
Erlernbarkeit der Anwendung [F38]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Praxistauglichkeit technische Qualität: Stabilität [F41]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach leicht verbessert
Praxistauglichkeit technische Qualität: Verfügbarkeit [F42]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Praxistauglichkeit technische Qualität: Antwortverhalten [F43]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach leicht verbessert
Praxistauglichkeit technische Qualität: Antwortverhalten [F44]	zu MZP1 nicht erhoben	leichte Verschlechterung von MZP2 zu MZP3, danach Verbesserung
Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F45]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F46]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Einhaltung Datenschutz (aus Anwender/innen/sicht) [F58]	erreicht	über alle MZP konstant
Einhaltung Datenschutz (aus Anwender/innen/sicht) [F60]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Informationsqualität		
Verständlichkeit der Rückmeldungen [F39]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Verständlichkeit der Rückmeldungen [F40]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Vertrauen in die Korrektheit der übermittelten VSD [F53]	erreicht	leichte Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach verbessert
Vertrauen in die Korrektheit der übermittelten VSD [F55]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach leichte Verbesserung
Auswirkungen (Netto Nutzen)		
Zeitverlust/Zeitgewinn bei VSDM bei Erstkontakt im Quartal [F47]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F54]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F56]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F57]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Reduktion Missbrauch [F59]	erreicht	Verbesserung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Reduktion Missbrauch [F61]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Nutzungsabsicht		
Blick in die Zukunft: Nutzung zukünftiger Anwendungen vorstellbar [F69]	zu MZP1 nicht erhoben	leichte Verschlechterung von MZP2 auf MZP3, danach verbessert
Servicequalität		
Kenntnisstand der Anwender [F13]	erreicht	Verbesserung von MZP1 zu MZP2, danach konstant
Kenntnisstand der Anwender [F14]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Informiertheit der Patient/inn/en (aus Sicht der Leistungserbringer/innen) [F15]	erreicht	konstante Verbesserung von MZP1 zu MZP5
Informiertheit der Patient/inn/en (aus Sicht der Leistungserbringer/innen) [F16]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Kompetenz und Effizienz des PED bei der Einführung / Implementierung [F24]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Kompetenz und Effizienz des PED bei der Einführung / Implementierung [F25]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Aufwand der Umstellung auf neue Technik incl. Notwendige Veränderungen im Praxis-Netz [F26]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben

Evaluationskriterium [Item ID]	Vergleich mit Ausgangsniveau (MZP1<->MZP5)	Entwicklung während Erprobung (MZP1 zu MZP5)
Praxistauglichkeit der Einführungsprozesse [F27]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der Schulung und Schulungsunterlagen [F31]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der Schulung und Schulungsunterlagen [F32]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Technik [F33]	zu MZP1 nicht erhoben	leichte Verschlechterung von MZP2 zu MZP3, danach konstant
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Erprobung [F34]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Erprobung [F35]	zu MZP1 nicht erhoben	Verschlechterung von MZP2 zu MZP3, danach konstant
Bei Support: Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Inanspruchnahme des Supports [F49]	zu MZP1 nicht erhoben	Verschlechterung von MZP3 zu MZP4, danach leichte Verbesserung
Bei Support: Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Inanspruchnahme des Supports [F50]	nur zu MZP2 erhoben	nur zu MZP2 erhoben
Bei Support: Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Kompetenz der Betreuung, Nützlichkeit der Antworten [F51]	zu MZP1 nicht erhoben	leichte Verschlechterung von MZP2 auf MZP3, danach verbessert und von MZP4 auf MZP5 konstant
Bei Support: Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Antwortzeiten der Betreuung [F52]	zu MZP1 nicht erhoben	von MZP2 bis MZP5 konstant
Zufriedenheit Zufriedenheit mit VSDM insgesamt [F62]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Empfundener Gesamtnutzen aus ärztlicher Sicht [F63]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F64]	nicht erreicht	Verschlechterung von MZP1 zu MZP2, danach leicht verbessert
Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F65]	nur zu MZP5 erhoben	nur zu MZP5 erhoben
Zufriedenheit mit VSDM insgesamt [F66]	zu MZP1 nicht erhoben	konstante Verbesserung von MZP2 zu MZP5
Einschätzung der Ausgereiftheit von VSDM für ein bundesweites Rollout [F68]	zu MZP1 nicht erhoben	konstant von MZP2 zu MZP4, danach verbessert

Tabelle 16: Entwicklung der ISS-Dimensionen (ambulant)

5.3. Prüfung der Hypothesen

5.3.1. H1 bis H6: Zustimmung zu Dimensionen des DeLone & McLean ISSM

H1: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Informationsqualität eine Zustimmung: Hypothese 1 erwies sich als gültig. Bei allen vier betrachteten Fragen F39 („Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich“), F40 („Unser Praxisteam versteht die Meldungen am Kartenlesegerät jetzt besser als zu Beginn der Erprobung“), F53 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell“) und F55 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei“) der Informationsqualität äußerten jeweils mehr als 50 % der LEI zu MZP5 eine Zustimmung („Stimme voll und ganz zu“ oder „Stimme eher zu“). In jeder Testregion antworteten also mindestens die Hälfte der Befragten auf jede der vier Fragen zur Informationsqualität wie vermutet positiv. Eine detaillierte Betrachtung ist in Abschnitten 5.2.2 (ambulant) und 6.2.2 (stationär) zu finden.

H2: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Systemqualität eine

Zustimmung: Hypothese 2 musste verworfen werden, da bei den Fragen F41 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei“), F42 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“), F43 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell“), F44 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung“) und F46 („Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenmeldung nicht“) weniger als 50 % der LEI zustimmend antworteten. Auf die Fragen zur Systemqualität antworteten also jeweils weniger als die Hälfte der Befragten zustimmend, weswegen die Behauptung (H2) sich nicht bestätigte. Eine detaillierte Betrachtung kann den Abschnitten 5.2.3 (ambulant) und 6.2.3 (stationär) entnommen werden.

H3: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Zufriedenheit eine

Zustimmung: Bei Frage F68 („Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement ausgereift genug für die bundesweite Einführung“) äußerten sich nur 41,3 % der LEI in der Abschlussbefragung zustimmend. Hypothese 3 musste daher verworfen werden, da nicht alle Fragen zur Zufriedenheit wie behauptet (H3) von mindestens der Hälfte der Befragten positiv beantwortet wurden. In den Abschnitten 5.2.5 (ambulant) und 6.2.5 (stationär) wurden die Fragen zur Zufriedenheit detailliert betrachtet.

H4: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items des Nettonutzens eine

Zustimmung: Hypothese 4 musste verworfen werden, da bei Frage F56 („Nach der technischen Umstellung treten weniger Fehler in den Versichertenstammdaten auf „) der Anteil zustimmend antwortender LEI in der Abschlussbefragung nur 42,1 % betrug. Die Behauptung, dass in jeder Testregion mindestens die Hälfte der Befragten jede Frage zum Nettonutzen positiv beantworteten, bestätigte sich also nicht. In den Abschnitten 5.2.6 (ambulant) und 6.2.6 (stationär) wurden die Fragen Bereichs Nettonutzen genauer betrachtet.

H5: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items zu Einführungsprozessen der Servicequalität eine

Zustimmung: Da bei Frage F27 („Die Arbeit unseres Praxisteam wurde durch die technische Umstellung kaum gestört.“) mit 41,3 % Zustimmung die notwendige 50 %-Marke nicht überschritten wurde, erwies sich Hypothese 5 als nicht gültig. Alle anderen Items zu Einführungsprozessen lagen deutlich über der geforderten Zustimmungsquote von 50 %. Die Behauptung (H5) wird also abgelehnt, weil nicht alle Fragen wie erwartet von mindestens der Hälfte der Befragten positiv beantwortet wurden. Eine detaillierte Betrachtung kann den Abschnitten 5.2.4 (ambulant) und 6.2.4 (stationär) entnommen werden.

H6: Mindestens 50 % der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items zu Supportprozessen der Servicequalität eine

Zustimmung: Hypothese 6 erwies sich als gültig. Mindestens 50 % der befragten LEI zeigten bei allen fünf Fragen zu dem Bereich der Supportprozesse eine Zustimmung. Da

alle Fragen zu Supportprozessen der Servicequalität wie erwartet von mindestens der Hälfte der Befragten jeder Testregion zustimmend beantwortet wurden, gilt die Behauptung (H6) als bestätigt. Eine detaillierte Betrachtung ist in den Abschnitten 5.2.4 (ambulant) und 6.2.4 (stationär) zu finden.

5.3.2. H7: Das DeLone & Mclean ISS-Modell ist im Rahmen von VSDM gültig

Die Hypothese „H7: Das DeLone & McLean ISS-Modell ist im Rahmen von VSDM gültig“ konnte als gültig angenommen werden. Die untergeordnete Hypothese H7b wird im Rahmen der WEV als gültig angesehen werden, da sich einerseits alle Items innerhalb des MZP5 als signifikant erwiesen haben und andererseits fünf der sechs Items beim Vergleich MZP1 und MZP5 als hochsignifikant herausgestellt haben. In diesem Falle kann H7b im Rahmen der WEV als gültig angenommen. Da die weiteren untergeordneten Hypothesen ebenfalls gültig sind, kann die Hypothese H7 im Rahmen der WEV als gültig angesehen werden.

H7a: Eine Steigerung der Informationsqualität führt zu einer Erhöhung der Nutzerzufrieden-

heit: Um die Hypothese H7a zu untersuchen, wurden zum einen Korrelationen der Variablen F53 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell“) sowie F55 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei“), welche die Informationsqualität widerspiegeln, und der Variable F64, welche die allgemeine Nutzerzufriedenheit abbildet, innerhalb des MZP5 analysiert. Zum anderen wurden aber auch Unterschiede der eben genannten Variablen zwischen MZP2 und MZP5 mithilfe von Vorzeichen-tests betrachtet. Bei der Betrachtung der Korrelationen zwischen den beiden relevanten MZP, war für beide Informationsqualität-Items jeweils ein hoch signifikanter Zusammenhang mit der Variable F64 feststellbar. Mit steigendem MZP nahm die Korrelationsstärke für F53 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell“) und F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...“) zu, während sie für F55 und F64 abnahm. Das bedeutet, dass insgesamt ein Zusammenhang zwischen der Informationsqualität und der Nutzerzufriedenheit festgestellt werden konnte. Je besser die Qualität der Daten empfunden wird, desto höher ist also die Zufriedenheit der Nutzer. Die genauen Werte sind der nachfolgenden Tabelle 17 zu entnehmen.

H7a – Pearsons R	F64
F53	0,368**
F55	0,372**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

F53: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei. **F64:** („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...“

Tabelle 17: Hypothesenprüfung H7a – Korrelation der Items F53 und F64

Betrachtet man die Unterschiede der Antworttendenzen für die Items F53 und F55 zwischen MZP2 und MZP5, zeigten sich mithilfe des Vorzeichentests signifikante Unterschiede bei beiden Items. Sowohl der Median der beiden Items zur Informationsqualität, als auch der des Items F64 stieg im Zeitverlauf von Kategorie 3 („teils, teils“) auf Kategorie 4 („zufrieden“ bzw. „stimme eher zu“). Die genauen Z-Werte sowie die Asymptotische Signifikanz sind der nachfolgenden Tabelle 18 zu entnehmen.

H7a – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F53	-2,846	0,004
F55	-2,081	0,037
F64	-5,875	0,000

F53: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei, **F64:** Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...

Tabelle 18: Hypothesenprüfung H7a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53, F55, F64

Die untergeordnete Hypothese H7a erwies sich somit sowohl innerhalb als auch zwischen den betrachteten MZP als gültig.

H7b: Eine Steigerung der Systemqualität führt zu einer Erhöhung der Nutzerzufriedenheit: Bei der Betrachtung der Korrelationen innerhalb von MZP5, war für sämtliche Systemqualität-Items jeweils ein starker hoch signifikanter Zusammenhang mit der Variable F64 feststellbar. Je besser die Systemqualität also war, desto höher war die Nutzerzufriedenheit innerhalb des MZP5. Die genauen Werte sind der nachfolgenden Tabelle 19 zu entnehmen.

H7b – Pearsons R	F64
F41	0,649**
F42	0,547**
F43	0,600**
F44	0,511**
F45	0,703**
F46	0,652**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

F41: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei, **F42:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich, **F43:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell, **F44:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein, **F46:** Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenanmeldung nicht.

Tabelle 19: Hypothesenprüfung H7b – Korrelation der Items F41, F42, F43, F44, F45, F46 und F64

Zusätzlich wurden die Unterschiede im Antwortverhalten zu Items der Systemqualität zwischen MZP2 und MZP5 untersucht. Hier waren die positiven Unterschiede in der Antworttendenz der LEI für alle Items bis auf F42 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“) signifikant. Die genauen Werte können der nachfolgenden Tabelle 20 entnommen werden. Zwar korrelieren die relevanten Items innerhalb eines MZP, unter der Voraussetzung jedoch, dass Hypothese 7b nur bei zusätzlicher Signifikanz der Unterschiede sämtlicher Items der Systemqualität zwischen MZP2 und MZP5 gültig war, erwies sich Hypothese 7b aufgrund der fehlenden signifikanten Unterschiede für F42 als nicht gültig. Da sich einerseits alle Items innerhalb des MZP5 als signifikant erwiesen haben und andererseits fünf der sechs Items beim Vergleich MZP1 und MZP5 als hochsignifikant herausgestellt haben, wird die Hypothese 7b im Rahmen der WEV jedoch als gültig erachtet.

H7b – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F41	-4,317	0,000
F42	-1,524	0,127
F43	-4,251	0,000
F44	-5,931	0,000
F45	-3,477	0,001
F46	-3,291	0,001

F41: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei, **F42:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich, **F43:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell, **F44:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein, **F46:** Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenanmeldung nicht.

Tabelle 20: Hypothesenprüfung H7b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F41, F42, F43, F44, F45 und F46

H7c: Eine Steigerung der Nutzerzufriedenheit beeinflusst den wahrgenommenen Nettonutzen positiv und H7d: Eine Steigerung des wahrgenommenen Nettonutzens beeinflusst die Nutzerzufriedenheit positiv: Item F57 zeigte sowohl innerhalb von MZP5 eine signifikante Korrelation mit dem wahrgenommenen Nettonutzen als auch eine signifikante Steigerung von MZP2 auf MZP5. Da, wie bei Betrachtung von H7a bereits erwähnt, auch das Item F64 eine signifikante Steigerung im Zeitverlauf aufwies, erwiesen sich Hypothesen 7c und 7d als gültig (s. Tabelle 21 und Tabelle 22). Das bedeutet, die Behauptung, dass sowohl die höhere Nutzerzufriedenheit den wahrgenommenen Nettonutzen als auch die Steigerung des wahrgenommenen Nettonutzens die Nutzerzufriedenheit positiv beeinflusst, konnte bestätigt werden.

H7c/H7d – Pearsons R	F64
F57	0,395**

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

F57: Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt ...

Tabelle 21: Hypothesenprüfung H7c/d – Korrelation der Items F57 und F64

H7c/H7d – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F57	-5,586	0,000

F57: Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt ...

Tabelle 22: Hypothesenprüfung H7c/d – Indikatoren des Vorzeichentests für Item F57

5.3.3. H8: Die Zustimmung zu den Dimensionen des ISS-Modells fällt zu MZP5 nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1

H8a: Die Zustimmung zur Informationsqualität zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1: Zur Prüfung der Hypothese 8a wurden die Items F53 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell“) und F55 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei“) untersucht. Der Median des Items F53 stieg von 3 („teils, teils“) zu MZP1 auf 4 („Stimme eher zu“) zu MZP5. Allerdings erwies sich dieser Unterschied nach dem Vorzeichentest als nicht signifikant. Der Median des Items F55 stagnierte über beide MZP bei 3 („teils, teils“). Mithilfe des Vorzeichentests konnten 89 negative Differenzen, 135 positive Differenzen sowie 147 Bindungen identifiziert werden, was auf eine sinkende Antworttendenz hinwies. Diese Unterschiede für F55 erwiesen sich als signifikant. Die genauen Werte hierfür können der nachfolgenden Tabelle 23 entnommen werden. Die Unterhypothese 8a erwies sich somit als nicht gültig, da F55 zu MZP5 signifikant schlechter ausfiel als zu MZP1.

H8a – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F53	-1,641	0,101
F55	-3,007	0,003

F53: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55:** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei.

Tabelle 23: Hypothesenprüfung H8a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53 und F55

H8b: Die Zustimmung zur Systemqualität zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1: Zur Prüfung der Hypothese 8b wurden die Items zur Systemqualität F37 („Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich“) sowie F45 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenmeldung ein“) betrachtet. Für F37 blieb der Median konstant bei Antwortkategorie 5 („Stimme voll und ganz zu“), während er für F45 von 5 („Stimme voll und ganz zu“) auf 4 („Stimme eher zu“) sank. Die Ergebnisse für beide Items sanken dem Vorzeichentest nach signifikant auf dem 5%-Signifikanzniveau. Da die Zustimmung zu Item F45 demnach zu MZP5 signifikant schlechter ausfiel als zu MZP1, erwies sich auch die Unterhypothese 8b als nicht gültig. Dies bedeutet, dass die Zustimmung zur Systemqualität sich im Ablauf der Befragung wider Erwarten verschlechterte. Die exakten Werte des Vorzeichentests können der nachfolgenden Tabelle 24 entnommen werden.

H8b – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F37	-7,580	-13,628
F45	-0,000	0,000

F37: Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein.

Tabelle 24: Hypothesenprüfung H8b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F37 und F45

H8c: Die Nutzerzufriedenheit zu MZP5 fällt nicht signifikant schlechter aus als zu MZP1: Zur Prüfung der Gültigkeit von Hypothese 8c wurde das Item F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...“) betrachtet. Der Median war zu beiden MZP konstant bei der Ausprägung 4 („Eher zufrieden“). Nach dem Vorzeichentest waren 28 negative Differenzen, 237 positive Differenzen sowie 117 Bindungen identifizierbar. Demnach war eine sinkende Tendenz im Antwortverhalten innerhalb des Items 64 zu vermuten. Diese Unterschiede erwiesen sich als höchst signifikant mit einem Z-Wert von -12,777 und einem p-Wert von 0,000. Die Behauptung, dass die Nutzerzufriedenheit sich im Laufe der Befragung nicht signifikant verschlechtert, konnte also nicht bestätigt werden. Somit erwies sich auch Hypothese 8c als nicht gültig.

Insgesamt musste die übergeordnete Hypothese 8 als nicht gültig betrachtet werden, da diese auf der Gültigkeit der Unterhypothesen 8a-8c beruhte, welche sich alle als nicht gültig erwiesen.

5.3.4. H9: Alle Dimensionen des ISS-Modells weisen eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf

H9a: Die Informationsqualität weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf: Zur Prüfung der Gültigkeit von Hypothese 9a werden die Items F53 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell.“) und F55 („Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei.“) untersucht. Der Median steigt für beide Items im Zeitverlauf von Kategorie 3 auf Kategorie 4. Dem Vorzeichentest nach erweisen sich die Unterschiede in beiden Items als signifikant. Die exakten Werte sind der nachfolgenden Tabelle 25 zu entnehmen. Unter Beachtung der asymptotischen Signifikanz ist H9a als signifikant und damit gültig einzustufen. Das heißt, im Laufe der Befragung verbesserte sich die Zustimmung bei Fragen der Informationsqualität wie vermutet.

H9a – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F53	-2,846	0,004
F55	-2,081	0,037

F53: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei

Tabelle 25: Hypothesenprüfung H9a – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F53 und F55

H9b: Die Systemqualität weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf: Zur Prüfung der Gültigkeit von Hypothese 9a werden die Items F37 („Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich“) und F45 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein“) untersucht. Der Modus des Items F37 steigt im Zeitverlauf von 4 zu MZP2 auf 5 zu MZP5, der von Item F45 von 3 zu MZP2 auf 4 zu MZP5. Diese Unterschiede im Antwortverhalten erweisen sich dem Vorzeichentest nach als signifikant und damit gültig. Das bedeutet, die Zustimmung bei Fragen zur Systemqualität stieg im Laufe der Befragung wie erwartet an. Die genauen Werte sind der nachfolgenden Tabelle 26 zu entnehmen.

H9b – Vorzeichentest	Z-Wert	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
F37	-2,280	0,023
F45	-3,477	0,001

F37: Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein

Tabelle 26: Hypothesenprüfung H9b – Indikatoren des Vorzeichentests für die Items F37 und F45

H9c: Die Nutzerzufriedenheit weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf: Die Nutzerzufriedenheit gemessen anhand des Items F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...“) steigt dem Vorzeichentest nach höchst signifikant mit einem Z-Wert von -5,875 und einer asymptotischen Signifikanz von <0,000. Der Median steigt von 3 („Teils, teils“) zu MZP2 auf 4 („Eher zufrieden“) zu MZP5. Das bedeutet, die Nutzerzufriedenheit steigt im Laufe der Befragung wie erwartet an und die Behauptung H9c ist damit gültig.

H9d: Der wahrgenommene Nettonutzen weist eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf: Der wahrgenommene Nettonutzen, gemessen anhand des Items F57 („Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt ...“), stieg von Ausprägung 3 („Unverändert“) zu MZP2 auf Ausprägung 4 („Etwas besser“) zu MZP5. Dieser Unterschied im Antwortverhalten der LEI erwies sich nach dem Vorzeichentest als höchst signifikant (asymptotische Signifikanz von 0,000) mit einem Z-Wert von -5,586. Das heißt, im Laufe der Befragung nahmen die Befragten den Nettonutzen immer stärker wahr. Somit ist die Hypothese H9d gültig.

Insgesamt konnte die übergeordnete Hypothese 9 als gültig betrachtet werden, da sämtliche Unterhypothesen 9a-9d sich als gültig erwiesen.

5.3.5. H10: Die direkt gemessene Zufriedenheit zu MZP5 fällt bei mindestens 50% der teilnehmenden LEI je Testregion neutral oder positiv aus

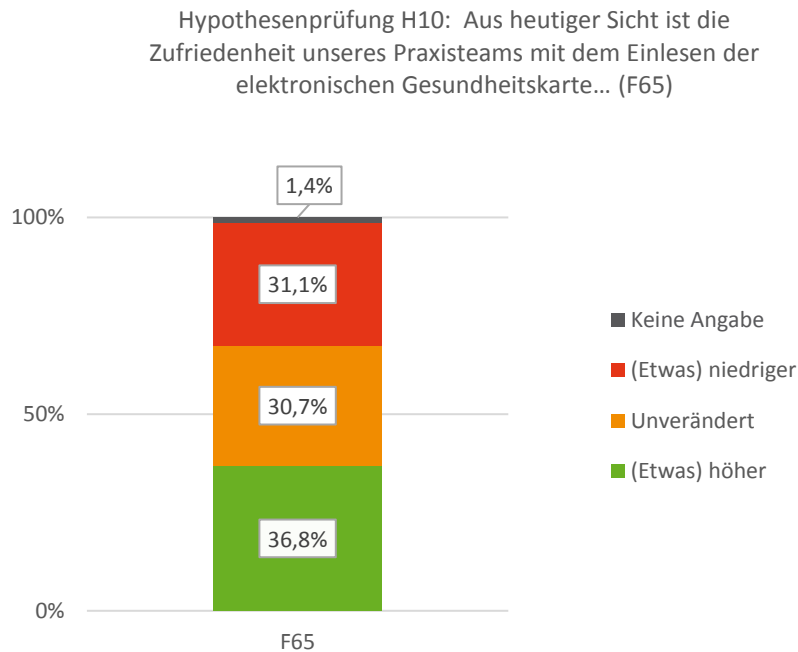


Abbildung 20: Hypothesenprüfung H10 – Frage F65 bei Abschlussbefragung

Hypothese 10 erwies sich als gültig. Insgesamt vervollständigten 67,5% der befragten LEI (n=489) das Item 65 („Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...“ mit „Höher“, „Etwas höher“ oder „Unverändert“. Die Voraussetzung der Annahme der Gültigkeit von Hypothese 10 war somit erfüllt (vgl. Abbildung 20). Anders ausgedrückt, gaben bei der letzten Befragung mindestens die Hälfte der Befragten an, dass ihre Zufriedenheit mit dem Einlesen der eGK mindestens unverändert bliebe oder sogar höher wurde als zu Beginn des Projektes.

5.3.6. H11: Die direkt gemessene Zufriedenheit fällt zu MZP5 positiver aus als zu MZP2

Um Hypothese 11 zu testen, wurden Unterschiede im Antwortverhalten der LEI bei Beantwortung des Items 64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...“) betrachtet. Der Median stieg von 3 („teils, teils“) zu MZP2 auf 4 („Eher zufrieden“) zu MZP4. Mithilfe des Vorzeichenstests konnten diese Unterschiede im Antwortverhalten mit einem Z-Wert von -5,875 und einem p-Wert von 0,000 als höchst signifikant

und damit gültig eingestuft werden. Das bedeutet, die Zufriedenheit bei der letzten Befragungsrunde fiel tatsächlich positiver aus als zu Beginn des Projektes.

5.3.7. H12: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der IT-Affinität und der Dimension der Nutzerzufriedenheit

Um die Hypothese 12 auf ihre Gültigkeit zu prüfen, wurden die Items F9 („Unsere Praxis ist bei IT und EDV auf dem neuesten Stand“), F10 („Es gibt viele Arbeiten, die unser Praxisteam mit dem Computer leichter und schneller verrichten kann als ohne“), F11 („Unser Praxisteam sucht stets nach Möglichkeiten die tägliche Arbeit durch IT und EDV zu verbessern“) und F12 (Anzahl der genutzten IT- und EDV-Möglichkeiten) in Zusammenhang mit F64 untersucht.

H12 – Pearsons R	F64
F9	0,109*
F10	0,209**
F11	0,112*
F12 (Anz. Nennung)	0,021

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

F9: Unsere Praxis ist bei IT und EDV auf dem neuesten Stand, **F10:** Es gibt viele Arbeiten, die unser Praxisteam mit dem Computer leichter und schneller verrichten kann als ohne, **F11:** Unser Praxisteam sucht stets nach Möglichkeiten die tägliche Arbeit durch IT und EDV zu verbessern, **F12:** Welche der folgenden Möglichkeiten im Bereich IT und EDV werden in Ihrer Praxis genutzt? **F64:** Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...

Tabelle 27: Hypothesenprüfung H12 – Korrelation der Items F9, F10, F11, F12 und F64

Nach Durchführung einer linearen Regressionsanalyse erwies sich lediglich Item F10 als ein hoch signifikanter Einflussfaktor mit einem Beta-Wert von 0,209 auf die Zufriedenheit der befragten LEI gemessen am Antwortverhalten in Item F64. LEI, die angaben, Arbeiten mit dem Computer leichter und schneller verrichten zu können als ohne, waren demnach signifikant zufriedener mit dem Einlesen der eGK und den damit verbundenen Schritten. Die Erklärungskraft des Modells durch das Item F10 lag allerdings bei lediglich 0,044. In Hinblick auf F10 erwies sich Hypothese 12 demnach als gültig. Die anderen Items zur IT-Affinität konnten aufgrund fehlender Signifikanz nicht zur Prüfung der Hypothese eingeschlossen werden (vgl. Tabelle 27).

5.3.8. H16: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität

Um die Hypothese 16 auf ihre Gültigkeit zu überprüfen, wurden die beiden Items F37 („Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich.“) und F45 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenmeldung ein.“)

auf eine signifikante Korrelation mit dem Median der objektiv gemessenen Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ geprüft. Die Korrelation nach Pearson ergab für keines der beiden Items eine signifikante Korrelation mit der Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“. Das heißt, die Systemqualität wurde von den Befragten nicht schlechter empfunden mit steigender Einlesedauer. Die Hypothese 16 erwies sich somit als ungültig.

5.3.9. H17: Die objektiv messbare Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ (Read VSD) ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit

Um die Hypothese 17 auf ihre Gültigkeit zu überprüfen, wurde das Item F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...“) auf eine signifikante Korrelation mit dem Median der objektiv gemessenen Zeitdauer des Gesamtvorgangs „Einlesen der Karte“ untersucht. Die Korrelation nach Pearson ergab jedoch keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen. Das bedeutet, die Nutzerzufriedenheit nahm mit steigender Einlesedauer nicht wie vermutet ab. Die Hypothese 17 erwies sich somit als ungültig.

5.3.10. H19: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität

Um die Hypothese 19 auf ihre Gültigkeit zu prüfen, wurden die Items F37 („Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich.“) und F45 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein.“) auf eine signifikante Korrelation mit der Fehlerquote der Vorgänge untersucht. Während für die Variablen F37 und die Fehlerquote kein signifikanter Zusammenhang festgestellt werden konnte, korrelierte das Item F45 signifikant negativ mit der Fehlerquote der Einlesevorgänge (Pearsons $R = -0,112^*$). Je mehr Fehler die Vorgänge aufwiesen, desto schlechter wurde also die Systemqualität bewertet. Die Hypothese 19 erwies sich somit als gültig.

5.3.11. H20: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit

Um die Hypothese 20 auf ihre Gültigkeit zu prüfen, wurde das Item F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...“) auf eine signifikante Korrelation mit der Fehlerquote der Vorgänge untersucht. Die Korrelation nach Pearson ergab einen signifikanten negativen Zusammenhang von $-0,113$. Das heißt, je mehr Fehler die Vorgänge aufwiesen, desto weniger zufrieden waren die befragten Nutzer. Die Hypothese 20 erwies sich demnach als gültig.

5.3.12. H21: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Umsetzungsgenauigkeit und der Systemqualität

Um die Hypothese 21 auf ihre Gültigkeit zu prüfen wurden Items F37 und F45 auf eine signifikante Korrelation mit den Fidelity Ergebnissen ohne Übererfüllung getestet. Der Korrelation nach Pearson gab es allerdings für keines der beiden Items einen signifikanten Zusammenhang. Es konnte also nicht nachgewiesen werden, dass die Systemqualität besser bewertet wurde je höher die Umsetzungsgenauigkeit war. Die Hypothese 21 erwies sich demnach als ungültig.

5.3.13. H22: Die Dauer der Einweisung ist positiv korreliert mit den Items der Einführungsprozesse

Um die Hypothese 22 auf ihre Gültigkeit zu prüfen, wurde das Item F35 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit der Qualität des Informationsangebots im Rahmen der Erprobung zufrieden.“) auf eine signifikante Korrelation mit der Schulungsdauer untersucht. Die Korrelation nach Pearson ergab allerdings keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den Variablen. Das bedeutet, eine längere Schulungsdauer hatte nicht eine höhere Zufriedenheit mit der Qualität des Informationsangebots zur Folge. Hypothese 22 erwies sich somit als ungültig.

5.3.14. Zusammenfassung der Hypothesenprüfung

Von 18 Haupthypothesen konnten neun angenommen werden und neun mussten verworfen werden. Als gültigen haben sich die folgenden Haupthypothesen erwiesen:

- H1: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items der Informationsqualität eine Zustimmung.
- H6: Mindestens 50% der LEI je Testregion zeigen bei sämtlichen Items zu den Supportprozessen der Servicequalität eine Zustimmung.
- H7: Das DeLone & Mclean ISS-Modell ist im Rahmen von VSDM gültig.
- H9: Alle Dimensionen des ISS-Modells weisen eine signifikante Zunahme der Zustimmung zwischen MZP2 und MZP5 auf.
- H10: Die direkt gemessene Zufriedenheit zu MZP5 fällt bei mindestens 50% der teilnehmenden LEI je Testregion neutral oder positiv aus.
- H11: Die direkt gemessene Zufriedenheit fällt zu MZP5 positiver aus als zu MZP2.
- H12: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der IT-Affinität und der Dimension der Nutzerzufriedenheit.
- H19: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Systemqualität.
- H20: Die Anzahl der Fehler im VSDM-Fachmodulprotokoll ist negativ korreliert mit der Dimension Nutzerzufriedenheit.

Ein vollständiger Überblick zu den Ergebnissen der Hypothesenprüfung ist in Tabelle 28 dargestellt. Die Forschungshypothesen lieferten einen ersten Ansatzpunkt für statistische Auswertungen und keinen abschließenden Betrachtungsrahmen. Ergaben sich in der Untersuchung der Hypothesen Hinweise auf Zusammenhänge, so wurden diese als weitere Ansatzpunkte für differenziertere Analysen genutzt

Hypothese	Angenommen	Abgelehnt	Hypothese	Angenommen	Abgelehnt
H1	x		H9	x	
H2		x	H9a	x	
H3		x	H9b	x	
H4		x	H9c	x	
H5		x	H9d	x	
H6	x		H10	x	
H7	x		H11	x	
H7a	x		H12	x	
H7b	x		H16		x
H7c / H7d	x		H17		x
H8		x	H19	x	
H8a		x	H20	x	
H8b		x	H21		x
H8c		x	H22		x

Tabelle 28: Überblick der Hypothesengültigkeit

5.4. Subgruppenanalysen

Die folgende Subgruppenanalyse basiert auf den Ergebnissen des MZP5 (n=489) als aktuellste Datenbasis.

5.4.1. Versorgungsbereich

Dem Kruskal-Wallis-Test nach zeigten sich für das Item F64 signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI unterteilt nach deren Versorgungsbereichen. Besonders auffällig war hierbei, dass die Subgruppe der Zahnärzte den höchsten Anteil zufriedener (63,2%) sowie den niedrigsten Anteil unzufriedener (12,8%) Befragter aufwies. Die am wenigsten zufriedenen (45,1%) sowie die am meisten unzufriedenen (24,1%) LEI waren in der Gruppe der Fachärzte zu finden (vgl. Abbildung 21). Eine Auflistung aller Werte kann dem nachfolgenden Tabellenband im Kapitel 13.2.5 entnommen werden.

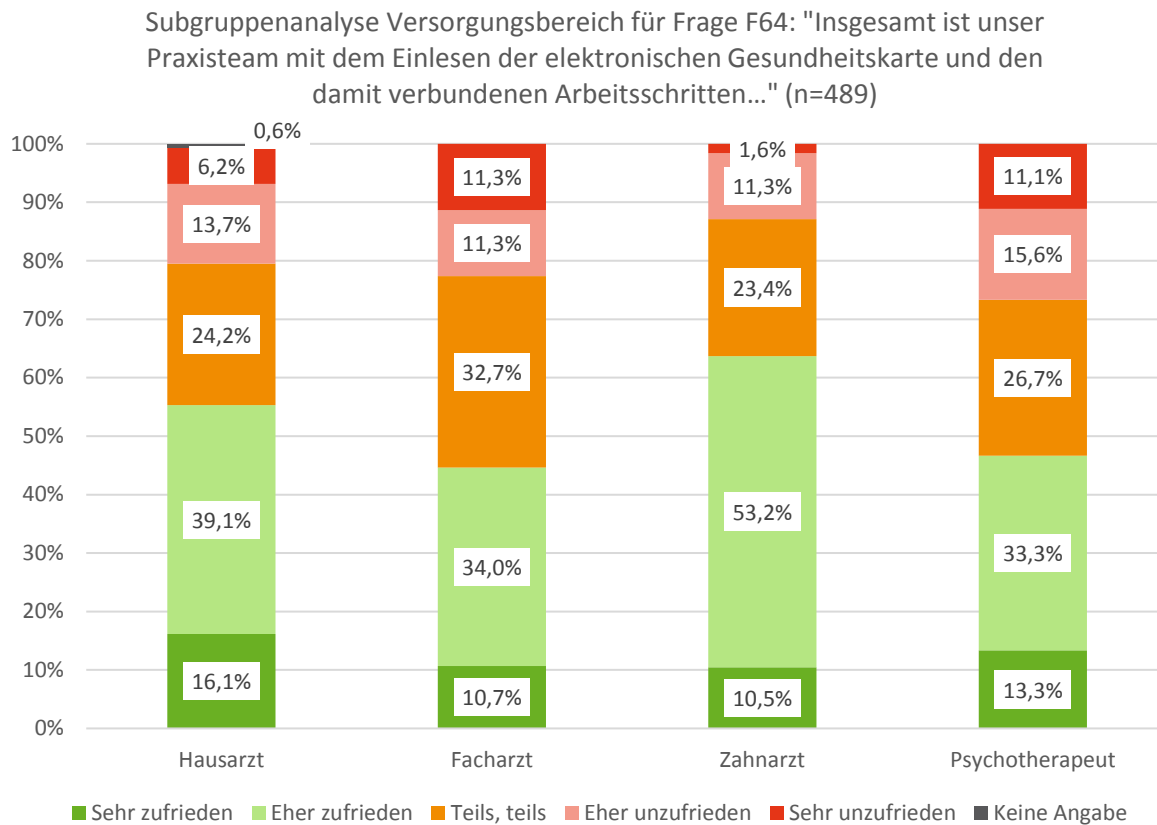


Abbildung 21: Subgruppenanalyse Versorgungsbereich für Frage F64 in der Abschlussbefragung

5.4.2. Organisationsform

Nach Durchführung des Kruskal-Wallis-Tests zeigten sich ausschließlich für das Item F64 signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI unterteilt nach deren Versorgungsbereichen.

Auffallend war hier mit 58,4% der größte Anteil zufriedener LEI in der Gruppe der Einzelpraxen (n=202). Der geringste Anteil war in der Gruppe der MVZ sowie der ÜBAG zu finden, wobei hier einschränkend erwähnt werden muss, dass von diesen Gruppen insgesamt nur vier bzw. fünf in der Untersuchung vertreten waren (vgl. Abbildung 22).

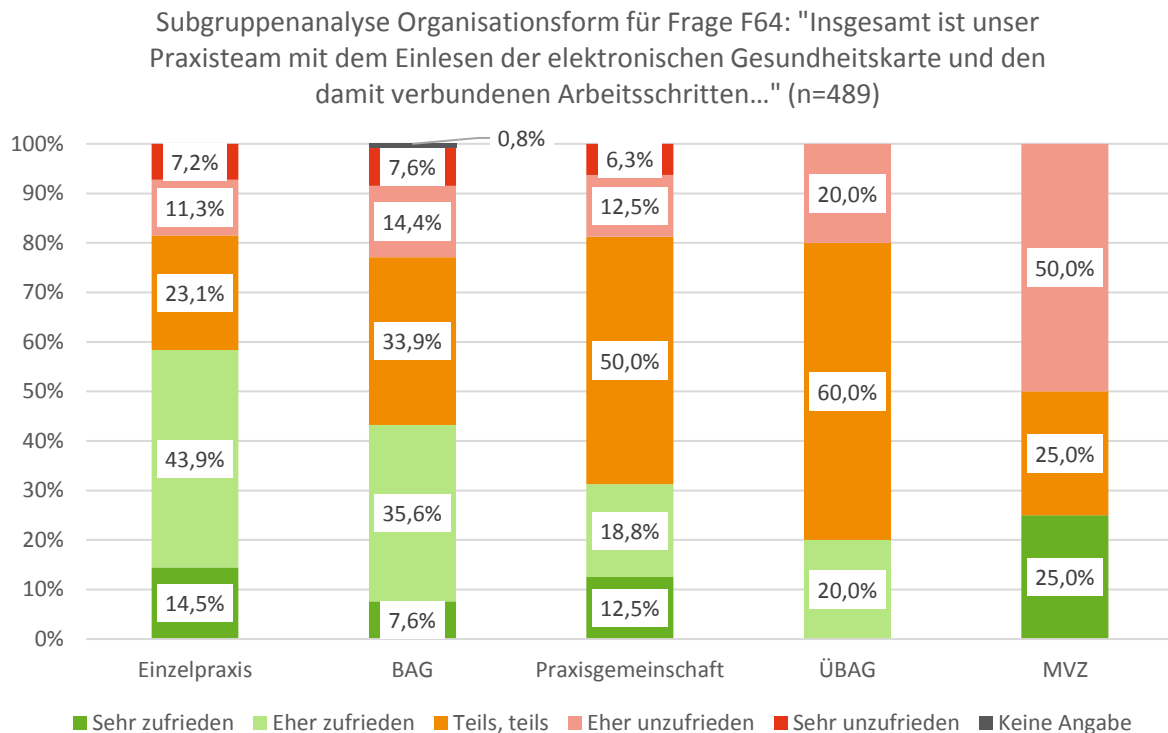


Abbildung 22: Subgruppenanalyse Organisationsformen für Frage F64 in der Abschlussbefragung

5.4.3. Arzanzahl

Nach dem Kruskal-Wallis-Test zeigten sich für die Items F42 und F64 signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI unterteilt nach deren Versorgungsbereichen.

53,0% der LEI mit nur einem Leistungserbringer stimmten zu der Aussage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“ (F42) zu. LEI mit mehreren Leistungserbringern stimmten dem Item lediglich zu 40,9% zu. Die Ablehnungsrate für das Item F42 lag bei diesen mit 33,1% höher als bei den Befragten aus Einzelpraxen (25,7%). Folgende Abbildung 23 bietet einen Überblick über die Frage F42.

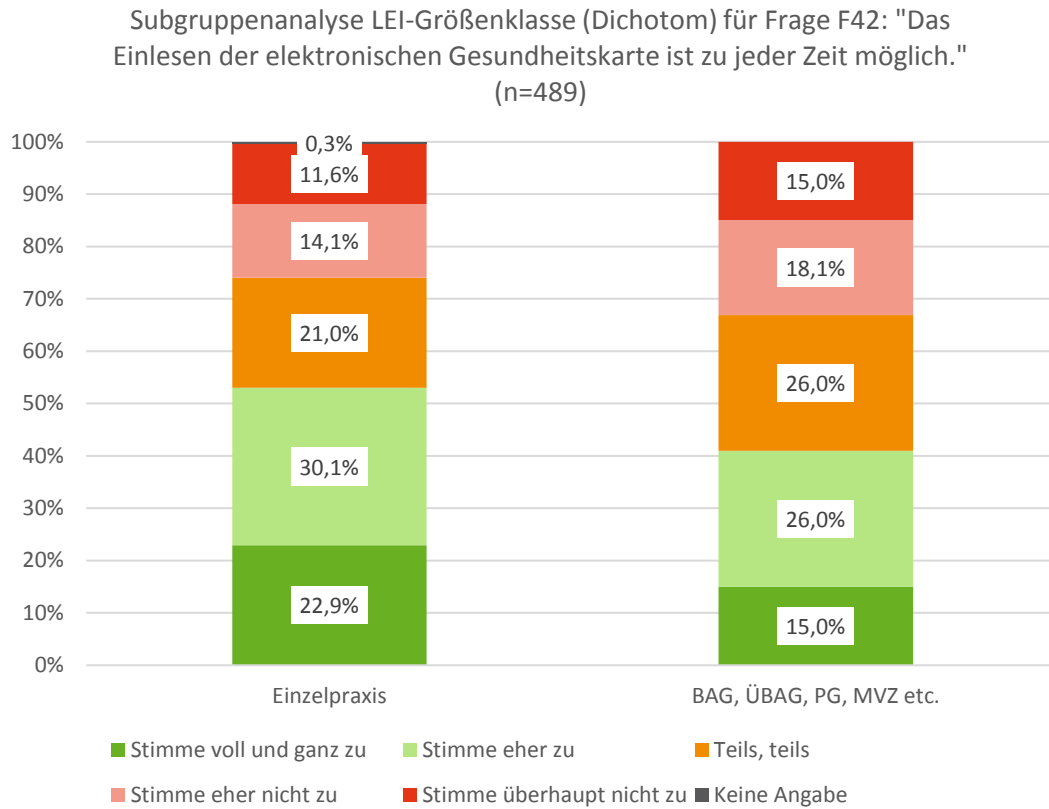


Abbildung 23: Subgruppenanalyse LEI-Größenklasse (Dichotom) für Frage F42 in der Abschlussbefragung

Auch hinsichtlich des Item F64 stimmte ein höherer Anteil der LEI mit nur einem Leistungserbringer zu (56,9%) als dies bei LEI mit mehreren Leistungserbringern (42,5%) der Fall war. Folgende Abbildung 24 verdeutlicht die Ergebnisse hinsichtlich der Frage F64.

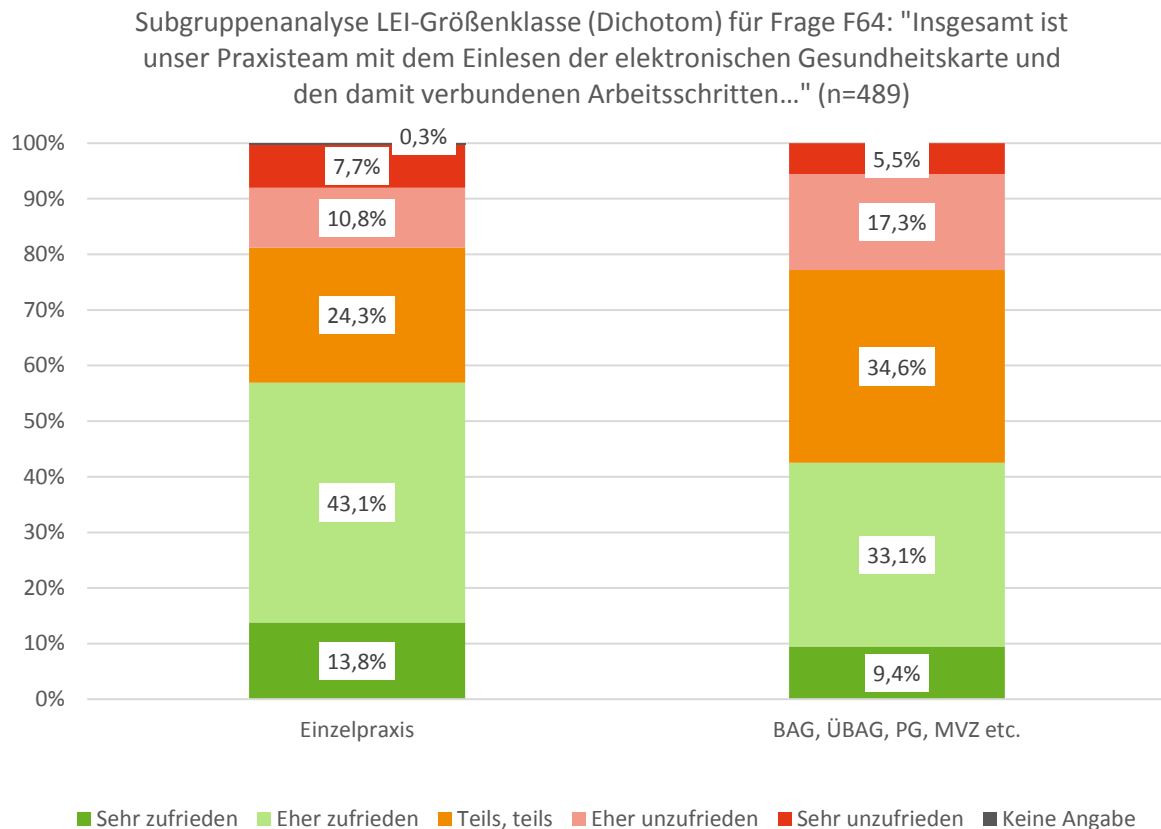


Abbildung 24: Subgruppenanalyse LEI-Größenklasse (Dichotom) für Frage F64 in der Abschlussbefragung

5.4.4. Geringe Bandbreite

In die Erprobung des VSDM wurden auch 24 ambulante LEI mit geringer Bandbreite eingeschlossen, welche während der Erprobungsphase eine Internetbandbreite zwischen 0 Mbit/s und einschließlich 1 Mbit/s für Down- und Upload hatten.

Nach dem Kruskal-Wallis-Test zeigten sich für die Items F42, F44 und F64 sowie F68 signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI unterteilt nach deren Internetanbindungs-Bandbreite.

Ein auffallend großer Anteil von 83,3% innerhalb der LEI mit nur einer geringen Bandbreite stimmte der Aussage des Items F42 „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“ voll und ganz oder eher zu. Unter den LEI mit größerer Bandbreite lag dieser Anteil bei 48,2% (vgl. Abbildung 25).

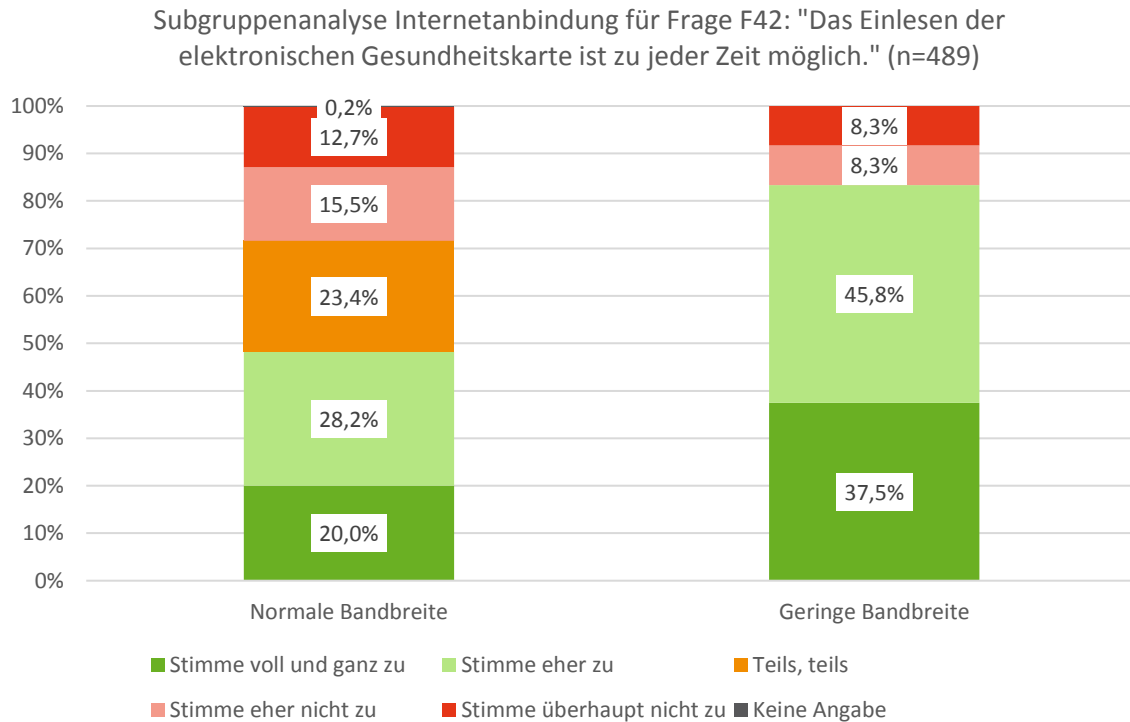


Abbildung 25: Subgruppenanalyse Internetanbindung für Frage F42 in der Abschlussbefragung

Ähnlich große Unterschiede machte die Subgruppenanalyse für Item F44 hinsichtlich der Bandbreite der LEI deutlich: LEI mit geringer Bandbreite gaben zu 62,5% an, der Aussage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung“ zuzustimmen, während von den LEI mit normaler Bandbreite lediglich 29,0% zustimmten. Über die Hälfte der LEI ohne geringe Bandbreite (51,0%) lehnten die Aussage sogar ab, während dies nur 33,3% der LEI mit geringer Bandbreite taten (vgl. Abbildung 26).

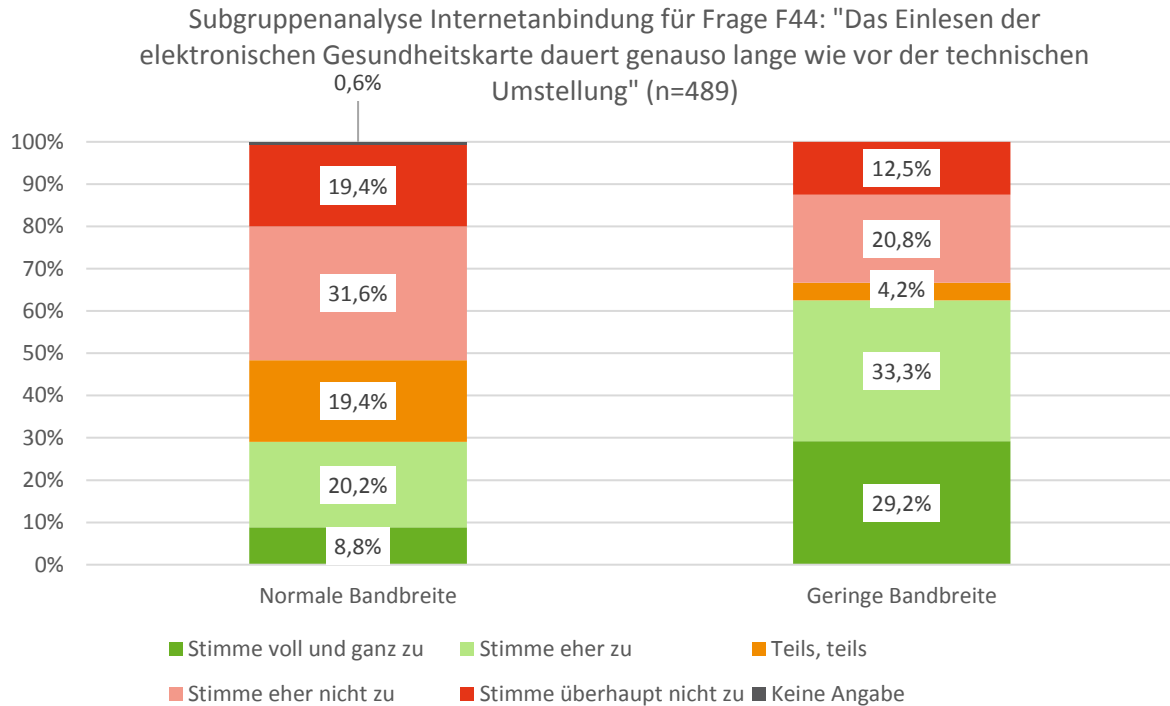


Abbildung 26: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F44 in der Abschlussbefragung

Bei Betrachtung des Antwortverhaltens in Item F64 innerhalb der beiden Gruppen waren ähnliche Tendenzen identifizierbar: 79,2% der Befragten mit einer Internetanbindung mit einer geringen Bandbreite gaben an, eher zufrieden oder sehr zufrieden zu sein, während dies bei Befragten mit normaler Bandbreite lediglich bei 51,8% der Fall war (vgl. Abbildung 27).

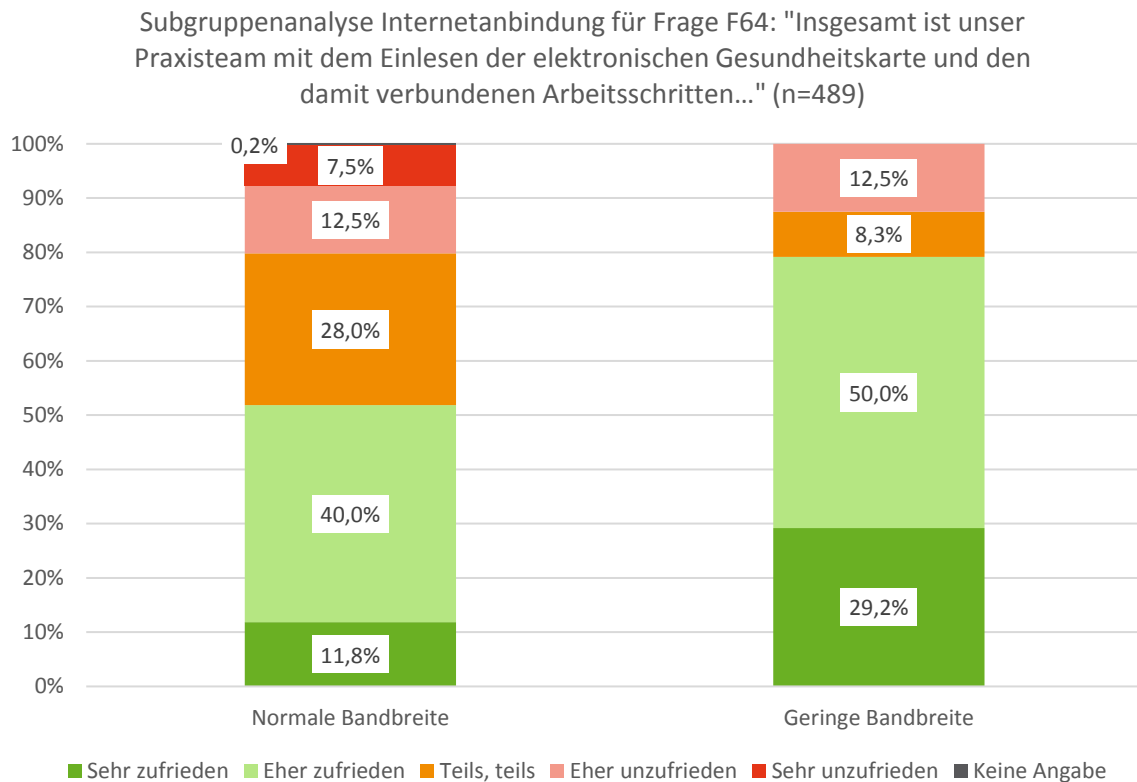


Abbildung 27: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F64 in der Abschlussbefragung

Auch für Item F68 waren in der Gruppe der LEI mit einer geringen Bandbreite höhere Zustimmungswerte (66,7%) zu finden als unter denen mit normaler Bandbreite (40,0%). Insgesamt waren 31,2% der LEI mit normaler Bandbreite nicht der Meinung, dass das VSDM (z.B. Online-Prüfung) ausgreift für die bundesweite Einführung sei. Unter den LEI mit einer geringen Bandbreite lag dieser Anteil bei 12,5%. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass lediglich 24 LEI angaben, eine Internetanbindung mit geringer Bandbreite in der Praxis zu haben. Der Großteil (n=465) besaß eine Internetanbindung mit normaler Bandbreite. Die genauen Werte sind den Tabellen im nachfolgenden Tabellenband im Kapitel 13.2.5 zu entnehmen (vgl. Abbildung 28).

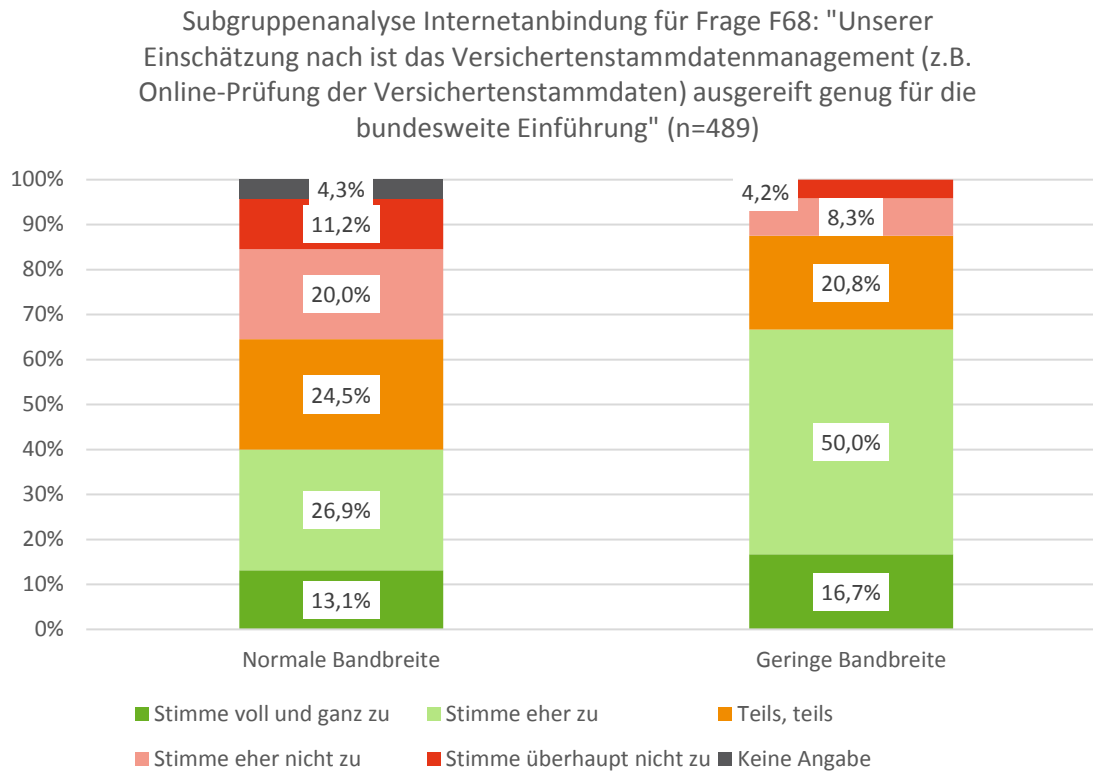


Abbildung 28: Subgruppenanalyse Bandbreite für Frage F68 in der Abschlussbefragung

Bezüglich dem Antwortverhalten und den statistischen Ergebnissen der LEI mit geringer Bandbreite muss jedoch einschränkend festgehalten werden, dass die Subgruppe lediglich 24 ambulanten LEI umfasste, davon knapp die Hälfte (54,2%) Zahnärzte/-innen waren und nur zwei Fachärzte/-innen enthalten waren. Die Zahnärzte/-innen wiesen im Mittel ein höheres Zufriedenheitsniveau in der Erprobung auf, während die Fachrichtung der Fachärzte/-innen im Mittel unzufriedener antwortete. Die statistischen Aussagen können daher deutlich verzerrt sein (vgl. Abbildung 21).

5.4.5. Internet über Mobilfunk

Der Kruskal-Wallis-Test zeigte für keine der relevanten Items signifikante Unterschiede im Antwortverhalten zwischen der Gruppe der LEI mit und der Gruppe der LEI ohne Internet über Mobilfunk.

5.4.6. TI-Variante

Dem Kruskal-Wallis-Test nach zeigten sich für die Items F42, F49 und F64 sowie F68 signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI unterteilt nach deren Bandbreite.

Dem Item F42 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“) stimmten mit einem Anteil von 66,7% die meisten LEI aus der Subgruppe TI Trennung (logisch) voll und

ganz oder eher zu. Die wenigsten Zustimmungen waren in der Subgruppe TI Trennung (physisch) zu verzeichnen. Aus dieser Gruppe stimmten lediglich 22,7% dem Item F42 zu. Von den Befragten mit einer TI-Online Anbindung gab rund die Hälfte (50,9%) an, die elektronische Gesundheitskarte zu jeder Zeit einlesen zu können, während die andere Hälfte dem Item indifferent (22,7%) oder ablehnend (26,2%) gegenüber stand (vgl. Abbildung 29).

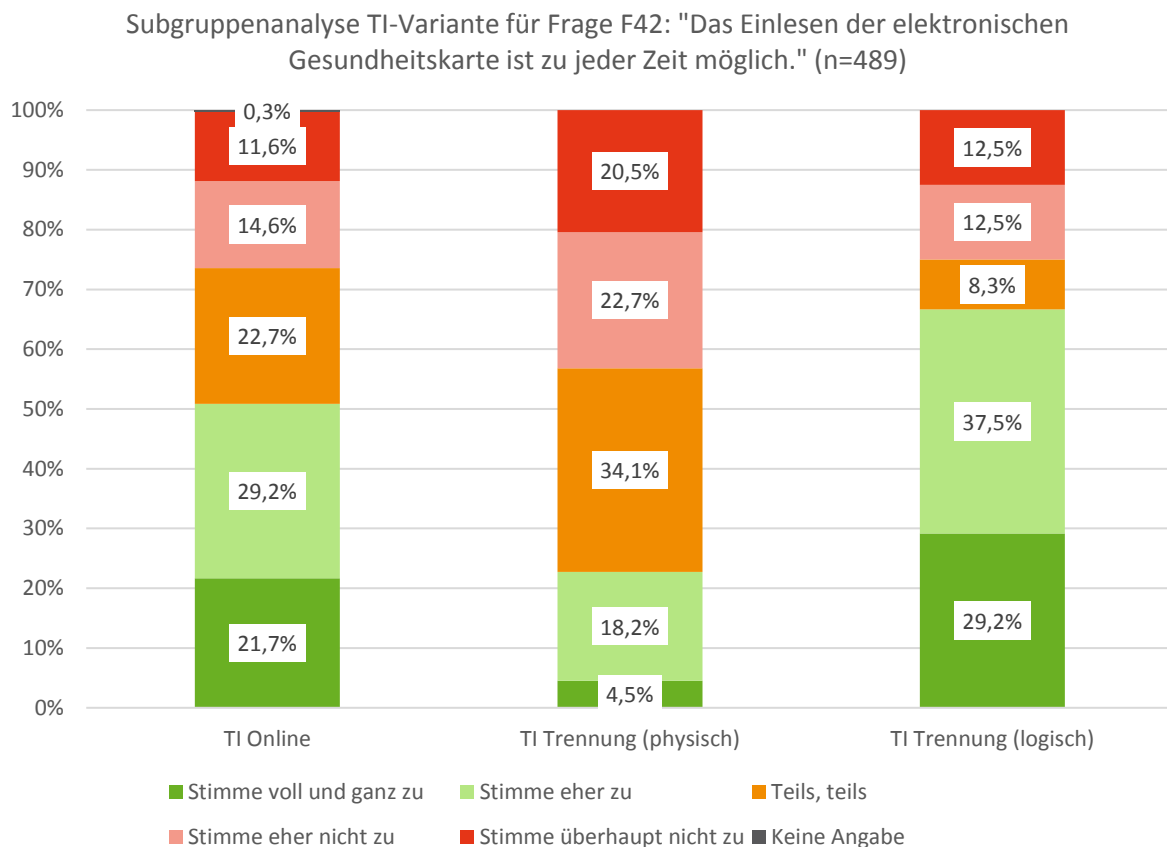


Abbildung 29: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F42 in der Abschlussbefragung

Konsistent zum Antwortverhalten in F42, in dem die Gruppe der LEI mit „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“ am seltensten angab, die eGK sei zu jeder Zeit lesbar, gab sie bei Item F49 am häufigsten (52,3%) an, den Support in den letzten 30 Tagen oft oder sehr oft in Anspruch genommen zu haben. Die Gruppe der LEI mit „Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung“ hingegen, die den höchsten Zustimmungsanteil in Item F42 bildeten, gaben in Item F49 am häufigsten an, den Support „nie“ oder „selten“ (52,1%), sowie am seltensten, ihn „oft“ oder „sehr oft“ (22,9%) in Anspruch genommen zu haben. Die Gruppe der LEI mit Online TI-Anbindung („Integriertes Szenario“) zeigte auch hinsichtlich des Items F49 wieder ein sehr heterogenes Antwortverhalten: 24,7% der LEI nahmen den Support in den letzten 30 Tagen „sehr oft“ oder „oft“ in Anspruch, 31,2% siedelten sich in der mittleren Kategorie „manchmal“ an und weitere 42,8% antworteten mit „nie“ oder „selten“ (vgl. Abbildung 30).

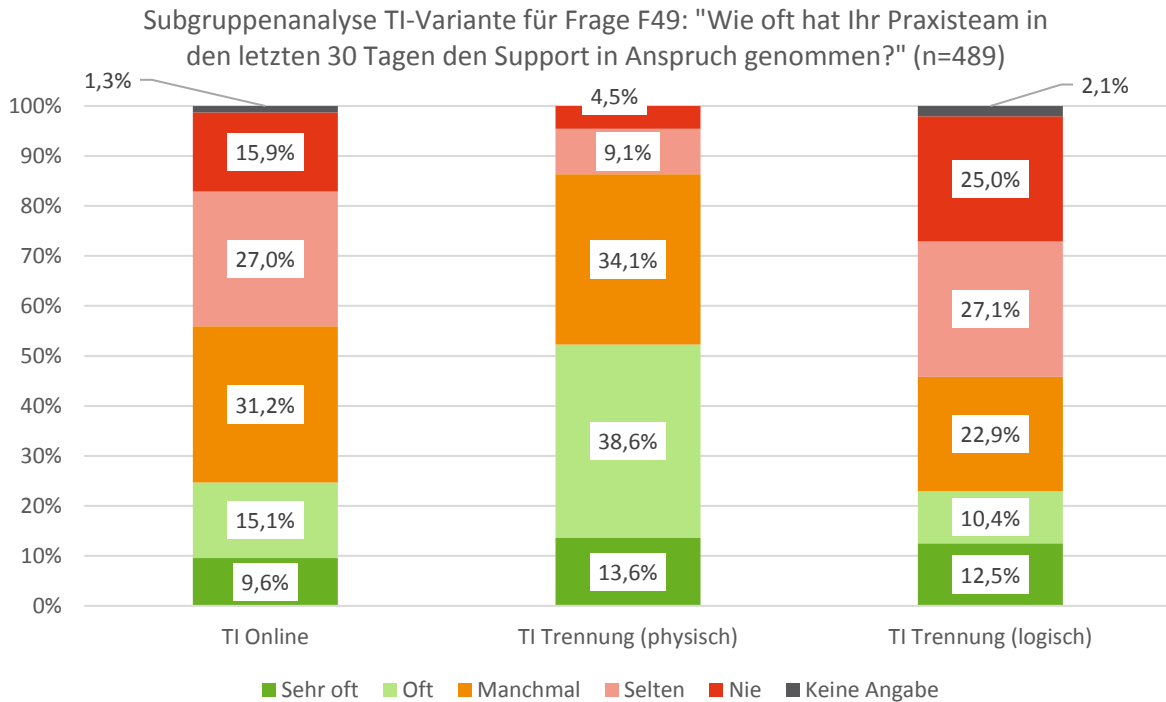


Abbildung 30: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F49 in der Abschlussbefragung

Den größten Anteil zufriedener LEI (F64) wiesen mit 75,1% die Gruppe der LEI mit „Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung“ auf, gefolgt von den LEI mit einer TI Onlineanbindung („Integriertes Szenario“) (51,4%). Am unzufriedensten schien die Gruppe der LEI mit „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“ zu sein: Diese wies mit 45,5% den geringsten Anteil zufriedener LEI auf, sowie mit 27,3% den größten Anteil unzufriedener LEI (vgl. Abbildung 31).

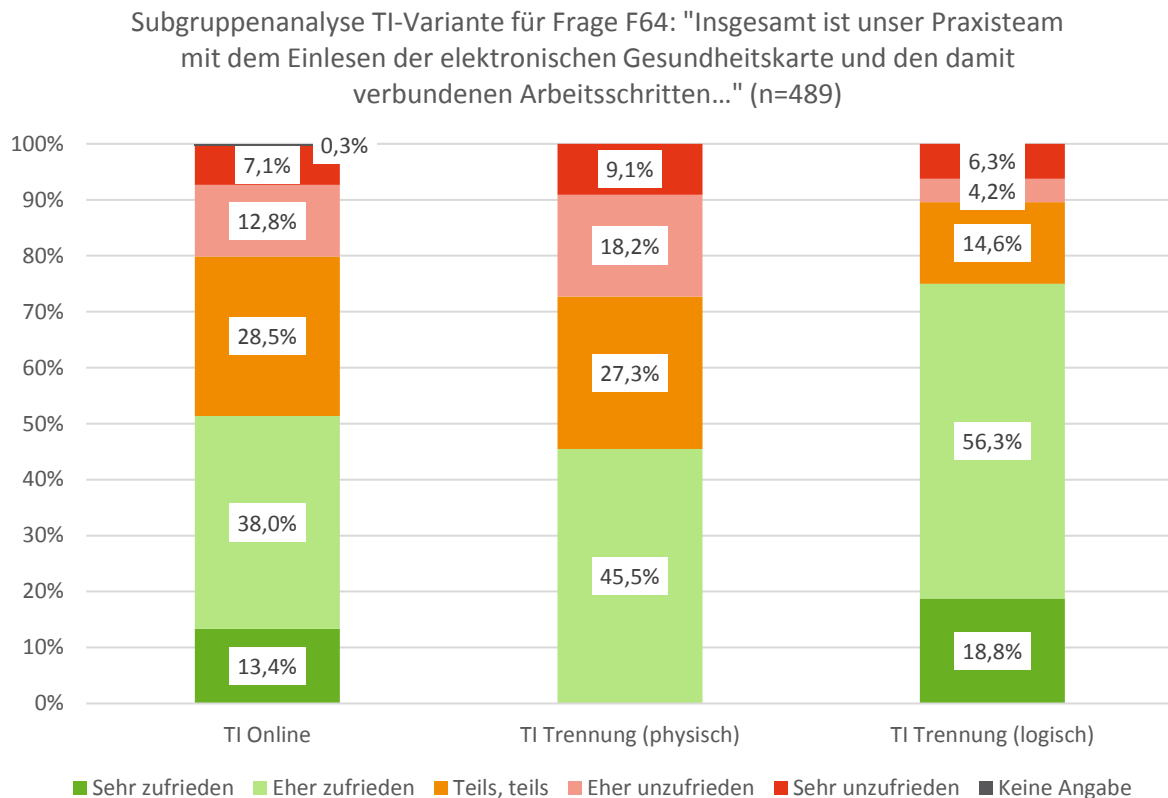


Abbildung 31: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F64 in der Abschlussbefragung

Auf die Aussage des Items F68 („Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung.“) war der größte Anteil zustimmender LEI in der Subgruppe der LEI mit „Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung“ zu finden (58,4%). Auch der kleinste Anteil ablehnender LEI stammte mit 18,7% aus dieser Subgruppe. Am wenigsten Zuspruch fand das Item F68 mit einer Zustimmungsrate von lediglich 27,3% von den LEI mit „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“. Die Gruppe der LEI mit einer Online TI-Anbindung („Integriertes Szenario“) zeigte, wie auch bereits in den vorangegangenen Items, sehr heterogene Antworttendenzen: 40,8% stimmten der Aussage voll und ganz oder eher zu, während 23,7% indifferent antworteten und weitere 30,7% ihre Ablehnung gegenüber der Aussage des Items äußerten (vgl. Abbildung 32).

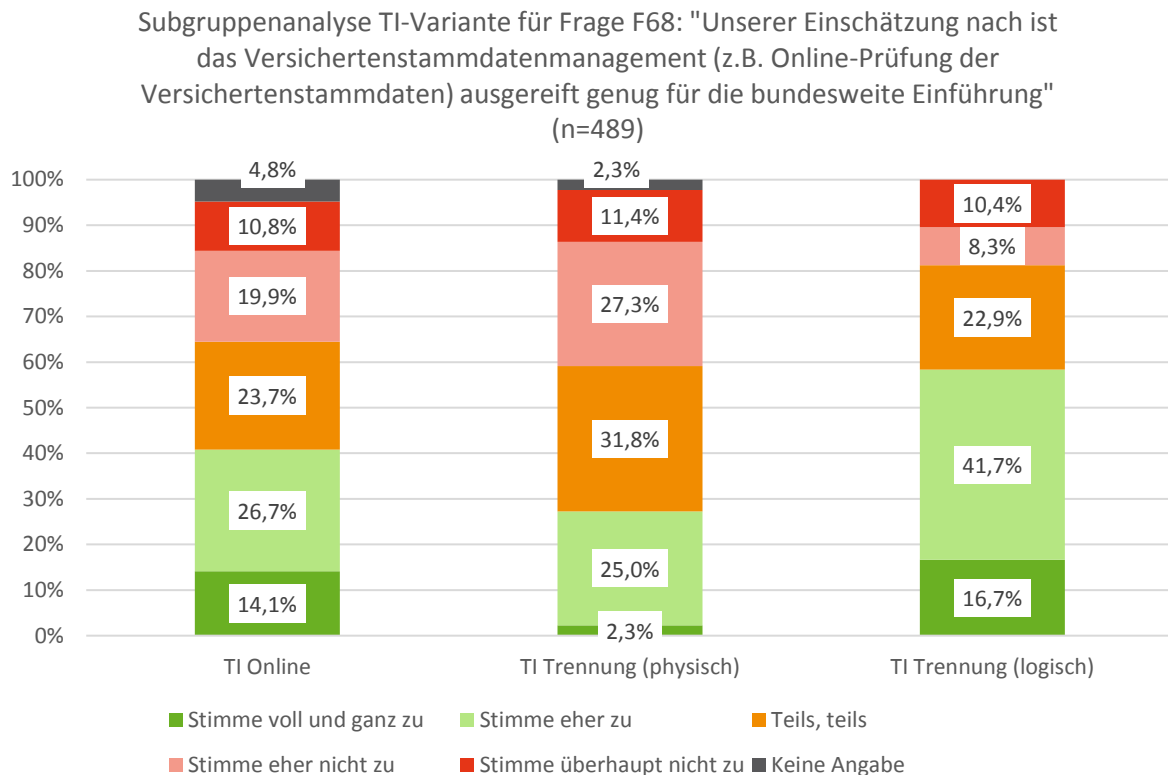


Abbildung 32: Subgruppenanalyse TI-Variante für Frage F68 in der Abschlussbefragung

5.4.7. Region

Der Kruskal-Wallis-Test zeigte lediglich für das Item F44 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung“) hinsichtlich der Subgruppen der Bundesländer signifikante Unterschiede im Antwortverhalten.

Tendenziell zeigten LEI aus Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen höhere Zustimmungsraten (37,8% und 29,0%) zur Aussage des Items F44 als Befragte aus Schleswig-Holstein (25,2%). Diese lehnten das Item mit einem Anteil von 55,8 % am häufigsten ab, gefolgt von den LEI aus Nordrhein-Westfalen, von denen 53,9% mit „Stimme eher nicht zu“ oder „Stimme überhaupt nicht zu“ antworteten (vgl. Abbildung 33).

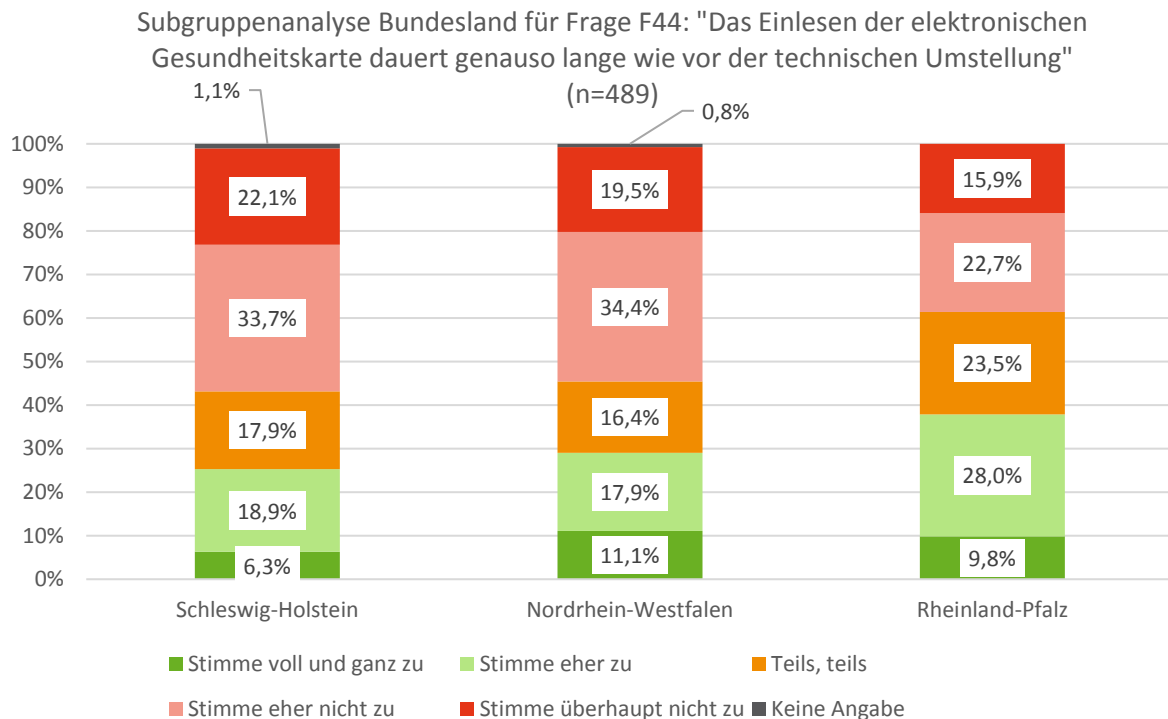


Abbildung 33: Subgruppenanalyse Bundesland für Frage F44 in der Abschlussbefragung

Unterteilt man die LEI nach K(Z)V-Bezirken statt nach Bundesländern, bestätigt sich dieses Bild. Die Unterschiede in den Antworttendenzen dieser Subgruppe waren wiederum lediglich für das Item F44 signifikant. Die höchsten Zufriedenheits- und niedrigsten Unzufriedenheitswerte waren im K(Z)V-Bezirk Rheinlandpfalz zu finden. Bei den LEI aus Nordrhein-Westfalen konnte festgestellt werden, dass die Befragten aus dem K(Z)V-Bezirk Nordrhein tendenziell positiver bei Item F44 geantwortet haben als die Befragten aus dem K(Z)V-Bezirk Westfalen-Lippe (vgl. Abbildung 34). Die genauen Werte sind im Anhang im Kapitel 13.2.5 enthalten.

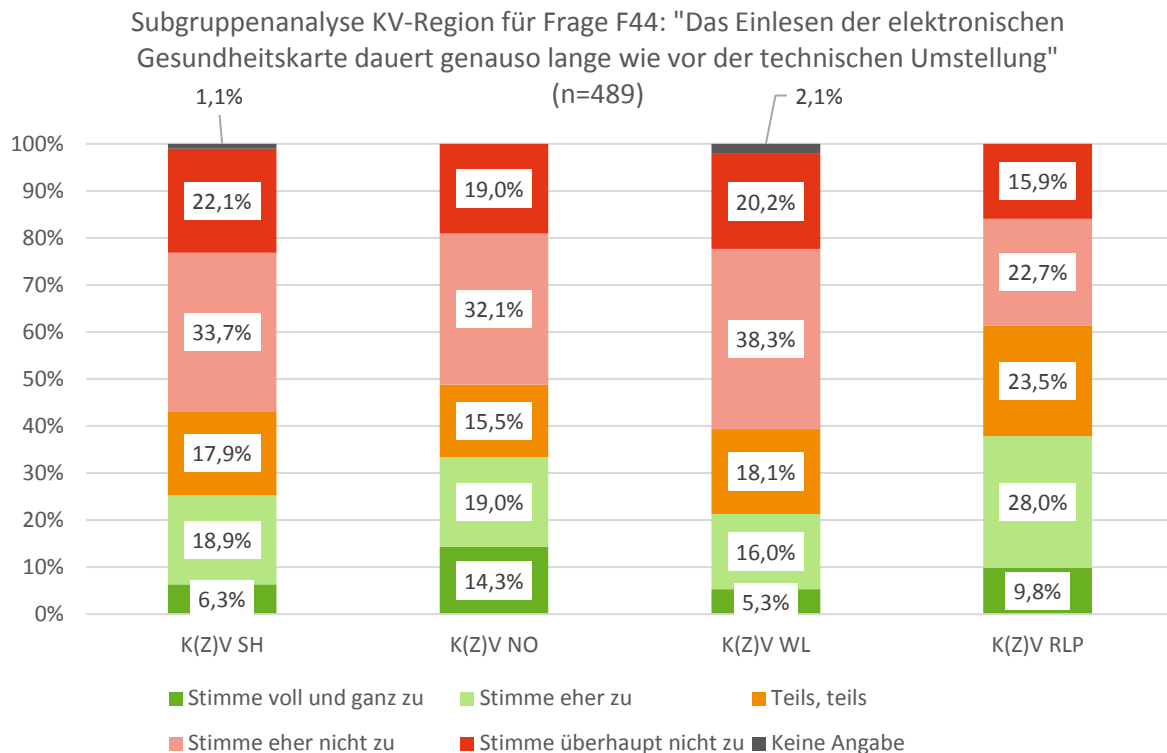


Abbildung 34: Subgruppenanalyse KV-Region für Frage F44 in der Abschlussbefragung

5.4.8. Verwendetes Primärsystem

Signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der LEI in Abhängigkeit davon, welches Praxisverwaltungssystem (PVS) diese verwendeten, konnten nach dem Kruskal-Wallis-Test für das Item F42 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich“) und das Item F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten...“) identifiziert werden.

Besonders auffällig war hinsichtlich des Items F42 die hohe Ablehnungsrate von 50,0% für die Nutzerinnen und Nutzer des PVS „Evident“. Auffallend positiv vervollständigten hingegen Nutzerinnen und Nutzer der Primärsysteme „ALBIS“ (60,8%), „ChreMaSoft“ (60,0%) sowie „Z1 PRO“ und „Z1 KFO PRO“ (60,0%) das Item (vgl. Abbildung 35).

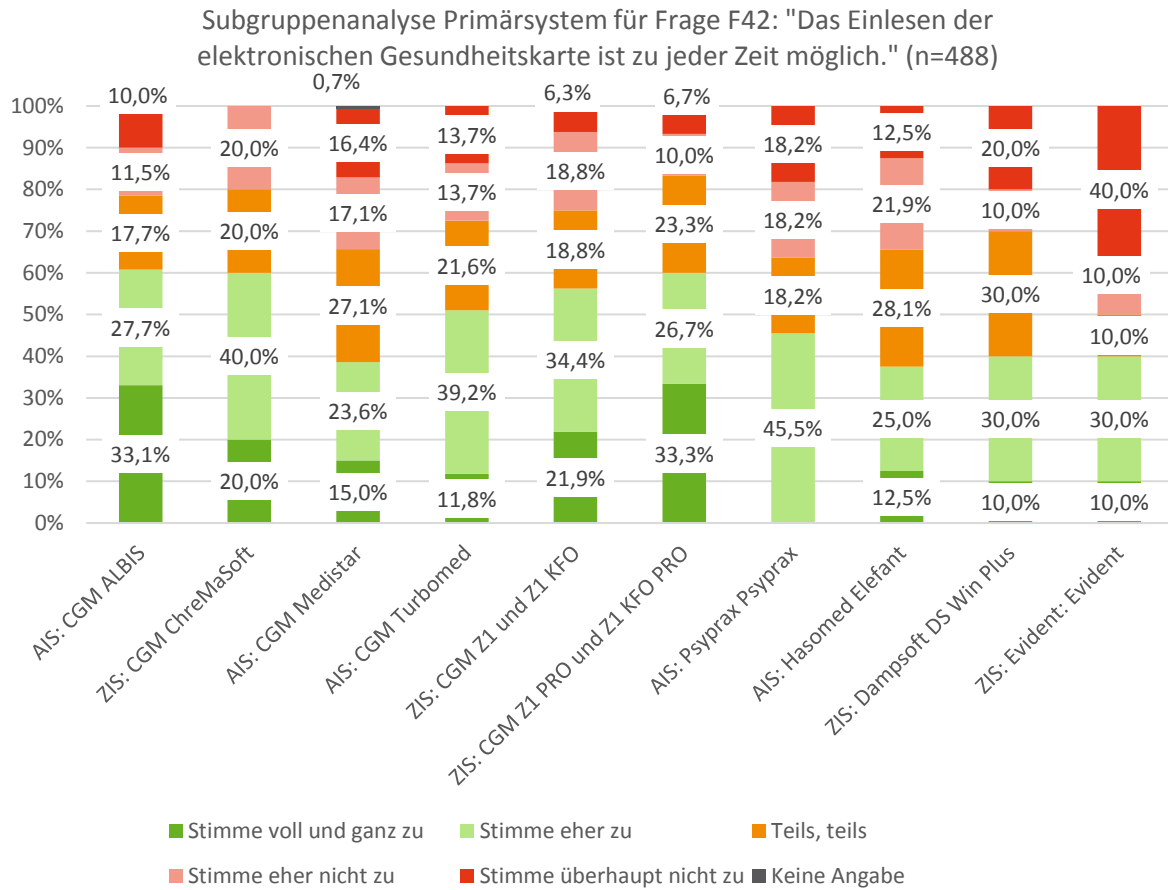


Abbildung 35: Subgruppenanalyse Primärsystem für Frage F42 in der Abschlussbefragung

Bei Betrachtung der Gesamtzufriedenheit (F64) fiel vor allem die überdurchschnittlich hohe Zufriedenheit der Nutzer der Primärsoftware „ZIS: CGM ChreMaSoft“ mit einer Zufriedenheitsrate von 90,0% ins Auge. Auch die Nutzerinnen und Nutzer der Software „ZIS: CGM Z1 PRO und Z1 KFO PRO“ wiesen eine vergleichsweise hohe Zufriedenheit (73,4%) auf. Den geringsten Zufriedenen-Anteil (27,3%) sowie den höchsten Anteil unzufriedener LEI (36,4%) bildete die Gruppe „AIS: Psyprax Psyprax“-Nutzer/-innen auf (vgl. Abbildung 36).

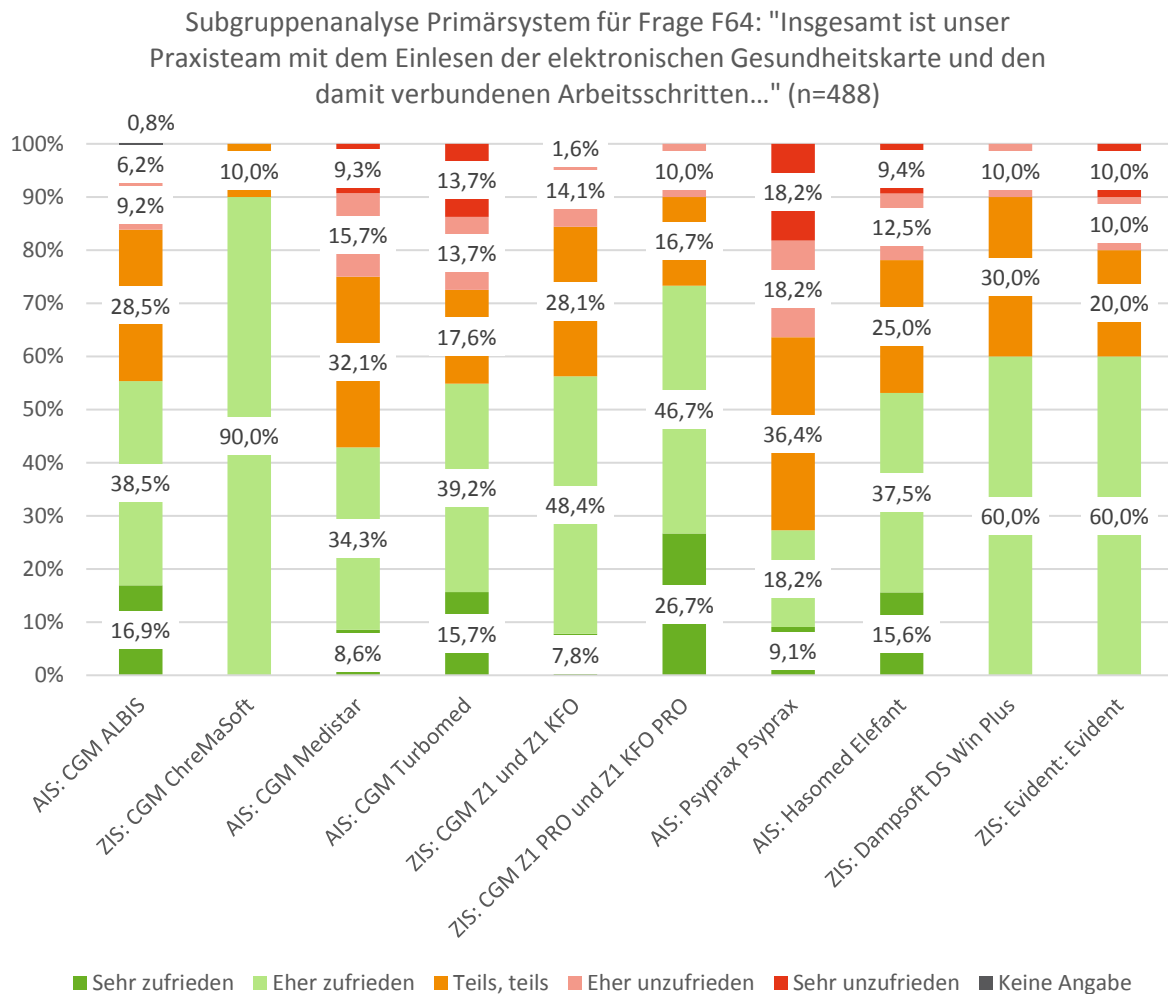


Abbildung 36: Subgruppenanalyse Primärsystem für Frage F64 in der Abschlussbefragung

5.4.9. Teilnahme an Vorpilotierung („Friendly User“)

Zwischen dem Antwortverhalten der Teilnehmer der Vorpilotierung und dem der Teilnehmer/-innen, die nicht an der Vorpilotierung teilgenommen hatten, gab es dem Kruskal-Wallis-Test nach für keine der relevanten Items signifikante Unterschiede.

Eine exemplarische direkte Gegenüberstellung des Antwortverhaltens der beiden Gruppen (Friendly User und Nicht-Friendly-User) für das Item F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...“) zeigte ebenfalls recht homogene Tendenzen (vgl. Abbildung 37).

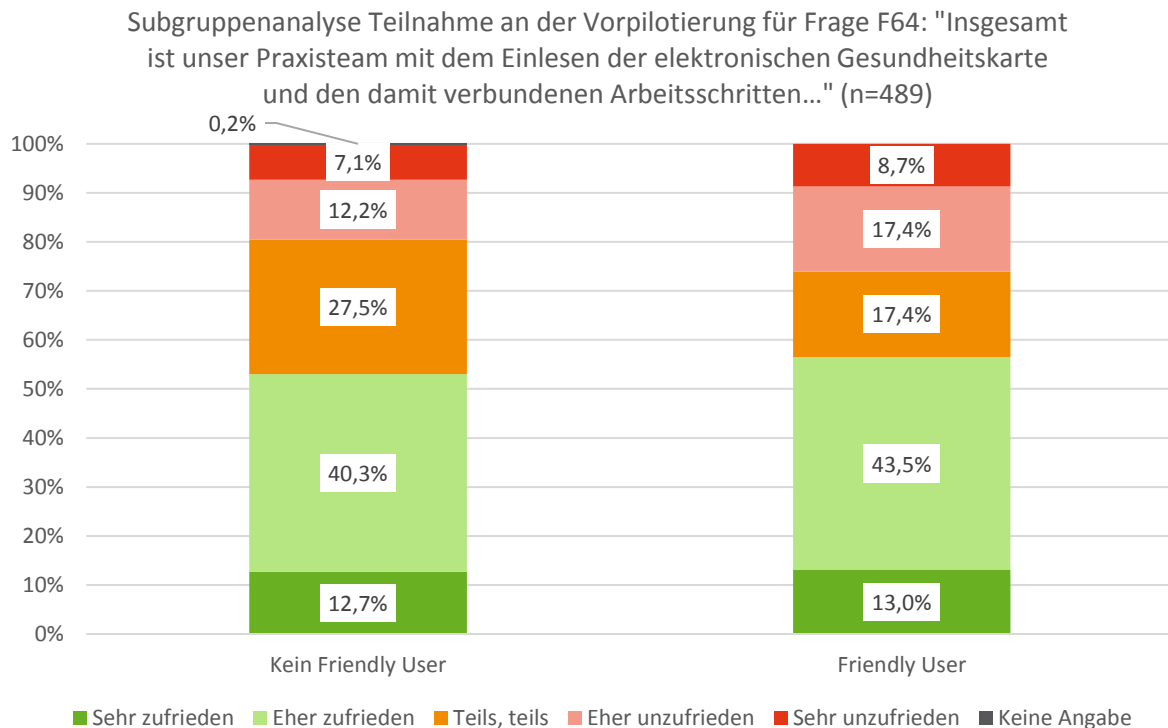


Abbildung 37: Subgruppenanalyse Teilnahme an der Vorpilotierung ("Friendly User") für Frage F64 in der Abschlussbefragung

5.4.10. Zeitpunkt des Einstiegs in die Erprobung

Der Kruskal-Willis-Test konnte signifikante Unterschiede im Antwortverhalten der 30%-Kohorte und der 70%-Kohorte für das Item F49 („Wie oft hat Ihr Praxisteam in den letzten 30 Tagen den Support in Anspruch genommen?“) bestätigen.

Mit einem Anteil von 34,2% hatte die 30 %-Kohorte häufiger angegeben, den Support sehr oft oder oft in Anspruch genommen zu haben als die 70%-Kohorte (24,0%). Den Support nie oder selten in den letzten 30 Tagen in Anspruch genommen zu haben, gaben hingegen 43,8% der 70%-Kohorte an und lediglich 35,8% der 30%-Kohorte (vgl. Abbildung 38).

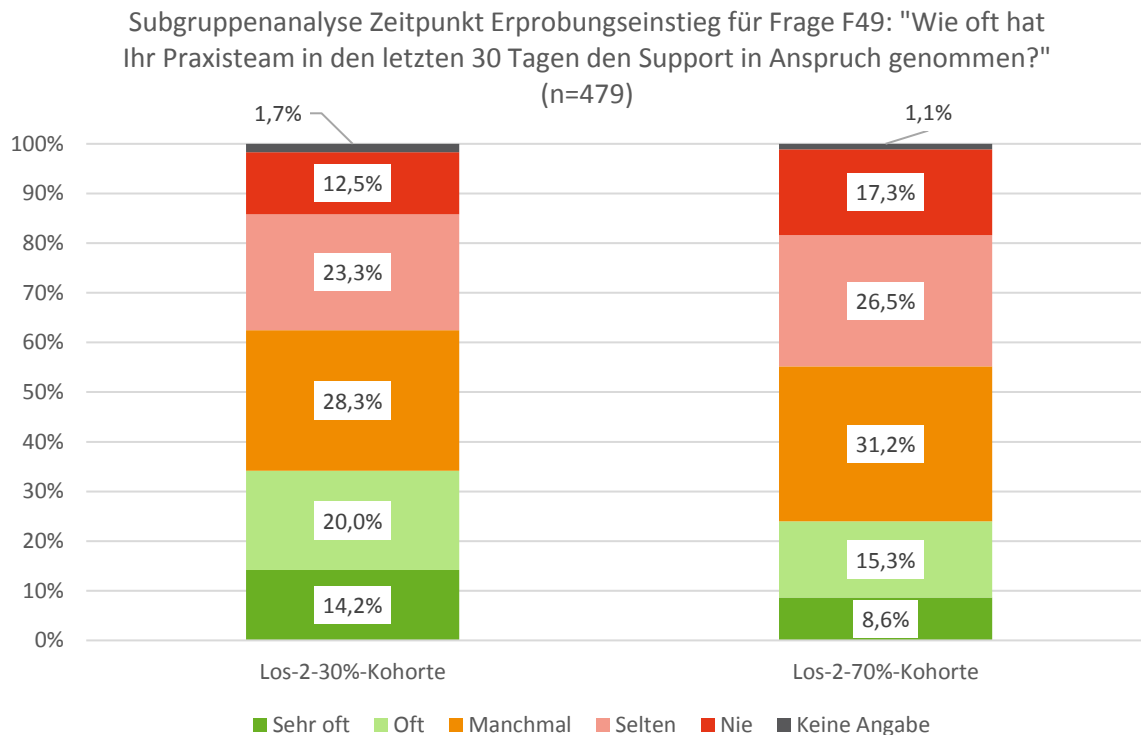


Abbildung 38: Subgruppenanalyse Zeitpunkt Erprobungseinstieg für Frage F49 in der Abschlussbefragung

5.4.11. Zwischenfazit der Subgruppenanalyse

Die meisten Unterschiede im Antwortverhalten konnten bei der Unterteilung der LEI in Subgruppen nach der Höhe der Bandbreite sowie nach der TI-Variante identifiziert werden. Hier konnten jeweils vier Items ausfindig gemacht werden, in denen signifikante Unterschiede in den Antworttendenzen innerhalb der Subgruppen existierten. Die Bandbreite spielte demnach eine entscheidende Rolle bezüglich der Beantwortung der Items F42 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich.“), F44 („Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung.“), F64 („Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...“) sowie F68 („Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die Bundesweite Einführung.“). Alle vier Items wurden von LEI mit einer geringen Bandbreite ausnahmslos deutlich positiver beantwortet als von LEI mit normaler Bandbreite. Untersucht man das Antwortverhalten der LEI nach TI-Anbindungsvariante, unterteilt in „Integriertes Szenario“, „Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung“ und „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“, waren Unterschiede im Antwortverhalten dieser Subgruppen in Bezug auf Item F42, F49 („Wie oft hat Ihr Praxisteam in den letzten 30 Tagen den Support in Anspruch genommen?“), F64 sowie F68 festzustellen. Alle vier Items wurden von der Subgruppe der Nutzerinnen und Nutzer des „Stand-alone-Szenarios mit logischer Trennung“ durchweg am positivsten und von den

Nutzerinnen und Nutzern des „Stand-alone-Szenarios mit physischer Trennung“ am negativsten bewertet.

Keine Rolle für die Beantwortung der Fragen schienen die Kriterien Internet über Mobilfunk sowie die Teilnahme an der Vorpilotierung („Friendly User“) zu spielen. Hier konnten innerhalb der Subgruppen für kein einziges relevantes Item signifikante Unterschiede hinsichtlich des Antwortverhaltens festgestellt werden.

Die übrigen Subgruppen wiesen jeweils für ein bis maximal zwei Items Unterschiede auf, wovon Item F64 besonders häufig betroffen ist. Insgesamt konnte festgestellt werden, dass Zahnärzte („Versorgungsbereich“), Einzelpraxen („Organisationsform“, „LEI-Größenklasse“), eine LEI mit geringer Bandbreite, LEI mit „Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung“ als TI-Variante und LEI mit den Primärsystemen „ALBIS“, „ChreMaSoft“ sowie „Z1 PRO“ und „Z1 KFO PRO“ die Gesamtzufriedenheit (Item F64) am positivsten bewerteten.

5.5. Ergebnisse der Extremwertanalysen im ambulanten Bereich

Für die telefonische Befragung der ambulanten LEI im Rahmen der Extremwertanalyse wurden insgesamt 94 Interviews zu zwei verschiedenen Zeitpunkten geführt (EWB1 und EWB2). Hierbei stimmten alle 94 Gesprächspartner einer Audioaufnahme zu. Tabelle 29 zeigt eine Übersicht über die durchschnittliche Dauer der Interviews. Diese werden getrennt nach den einzelnen EWB sowie als Gesamtwert angegeben.

	EWB1	EWB2	Gesamt
Durchschnittliche Dauer in Minuten [SD]	09:28 [07:13]	08:50 [03:00]	09:08 [03:38]
Interviewanzahl	44	50	94

Tabelle 29: Interviewdauer und -anzahl (ambulant)

Im Rahmen der Extremwertanalysen wurden insgesamt 94 ambulante LEI zu zwei Zeitpunkten befragt (EWB1 und EWB2). Durch vorab definierte Quoten wurde sichergestellt, dass jede am Projekt beteiligte Gruppe entsprechend repräsentiert ist (siehe hierzu Kapitel 4.2.2). Da im Rahmen der Extremwertanalyse darauf geachtet wurde, nicht dieselben LEI an EWB1 und EWB2 zu befragen, sind die Charakteristika an dieser Stelle für beide Zeitpunkte gesondert dargestellt.

Zu EWB1 konnten 44 ambulante LEI befragt werden, von denen 23 LEI (52,2%) ein positives sowie 21 LEI (47,7%) ein negatives Antwortverhalten aufwiesen. Zu EWB2 konnten 50 LEI befragt werden,

von denen 27 LEI ein positives sowie 23 LEI ein negatives Antwortverhalten aufwiesen. Eine Übersicht über alle Charakteristika der im Rahmen der EWB1 und EWB2 befragten ambulanten Teilnehmerinnen und Teilnehmer kann im Anhang (Tabelle 163) entnommen werden.

Die ambulanten LEI wurden zu beiden EWB zudem befragt, wie viele Arbeitsplätze in Ihrer Praxis umgerüstet wurden bzw. wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesen umgerüsteten Arbeitsplätzen arbeiten (Frage EQA2 und EQA2.1). Hierbei war zu erkennen, dass durchschnittlich 1,91 (EWB1) bzw. 1,32 (EWB2) Arbeitsplätze pro befragter LEI umgerüstet wurden. Die Zahl der an diesen umgerüsteten Arbeitsplätzen tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter lag im Durchschnitt bei 5,64 (EWB1) und 3,32 (EWB) pro LEI. Eine detaillierte Übersicht über das Antwortverhalten bietet Tabelle 30.

	EWB1 Anzahl	EWB2 Anzahl	Gesamt
Umgerüstete Arbeitsplätze [SD]	1,91 [1,60]	1,32 [0,51]	1,59 [1,18]
An den Arbeitsplätzen tätige Mitarbeiter/-innen [SD]	5,64 [8,02]	3,32 [1,61]	4,40 [5,73]

Tabelle 30: Durchschnittliche Zahl umgerüsteter Arbeitsplätze und dort tätiger Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (ambulant)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der EWB1 und EWB2 für den ambulanten Versorgungsbereich bezüglich der identifizierten fördernden bzw. hemmenden Faktoren dargestellt. Hierbei wurden die Antworten auf Frage EQA6 (weitere Anmerkungen) direkt den am besten zur jeweiligen Aussage passenden Fragen zugeordnet. Als Beispiel wurden unter EQA6 genannte zusätzliche positive Aspekte direkt in Frage EQA3 integriert.

Die Antworten auf die Fragen EQA3 und EQA3.1 wurden zu positiven Aspekten und die Antworten auf die Fragen EQA4 und EQA4.1 zu negativen Aspekten aggregiert. In einem nächsten Schritt wurden die negativen Aspekte und die Antworten auf Frage EQA5 (Verbesserungsvorschläge) aggregiert, um auf diese Weise Handlungsempfehlungen direkt ableiten zu können.

Die so aggregierten Ergebnisse sowohl zu den positiven als auch den negativen Aspekten wurden direkt zu fördernden bzw. hemmenden Faktoren zusammengefasst und sind dementsprechend in folgenden Kapiteln dargestellt. Wünsche und Änderungsbedarfe der LEI zur Erprobung des VSDM wurden direkt den jeweiligen hemmenden Faktoren als Verbesserungsvorschläge zugeordnet

5.5.1. Fördernde Faktoren

Folgende fördernde Faktoren wurden im Rahmen der Extremwertanalyse im ambulanten Bereich identifiziert:

- 1) Nutzen von VSDM für die LEI
- 2) Keine Änderungen im Arbeitsablauf
- 3) Support (bei Auftreten von Problemen)

Nutzen von VSDM für die LEI: Als erster fördernder Faktor konnte der Nutzen von VSDM für die LEI identifiziert werden. Hier stellte sich heraus, dass die Befragten den Nutzen, den sie durch das neue System ziehen, durchaus wahrnahmen. So wurden von den LEI als positive Aspekte unter anderem angegeben, dass mit dem neuen System nun eine sofortige Überprüfung des Versicherungsverhältnisses der Patientinnen und Patienten erfolgen konnte. Als weiterer Faktor wurde die sofortige Überprüfung der Aktualität der VSD angegeben. Auch die sofortige Verifizierung der Gültigkeit der eGK wurde hier genannt. Auch wurde als Vorteil erwähnt, dass der Datenschutz durch VSDM gewährleistet war.

Im Zuge der telefonischen Befragung im Rahmen der Extremwertanalyse wurden die LEI zudem befragt, ob die Identifikation ungültiger eGK sowie die Online-Aktualisierung der VSD in den jeweiligen Praxen funktionierte. Die Auswertungen zu den beiden Aspekten können in der Tabelle 31 und in der Tabelle 32 eingesehen werden.

Identifikation ungültiger eGK	Anzahl LEI
Funktioniert	89
Funktioniert schlecht/teilweise	1
Funktioniert nicht	1
Keine Angabe	3
Summe	94

Tabelle 31: Identifikation ungültiger eGK (ambulant)

Online-Aktualisierung der VSD	Anzahl LEI
Funktioniert	60
Funktioniert schlecht/teilweise	6
Funktioniert nicht	2
Keine Angabe	26
Summe	94

Tabelle 32: Online-Aktualisierung der VSD (ambulant)

Bei einem Großteil der LEI funktionierte die Identifikation ungültiger eGK ohne Probleme. Als Grund, dass die Identifikation nicht funktionierte, wurden unter anderem Verbindungsprobleme zur TI genannt. Hierauf wird bei den hemmenden Faktoren in Kapitel 5.5.2 näher eingegangen. Beim überwiegenden Teil der LEI gab es auch bei der Online-Aktualisierung keine Probleme. Hier machten insgesamt 26 Teilnehmerinnen und Teilnehmer keine Angabe, da ihnen die Aktualisierung der VSD noch

nicht bewusst aufgefallen war. Bei den LEI, bei denen die Aktualisierung nicht funktionierte, spielten wiederum Verbindungsprobleme zur TI eine Rolle.

Keine Änderungen im Arbeitsablauf: Wenn in den beteiligten Praxen durch die Umstellung auf VSDM keine Änderungen im Arbeitsablauf nötig waren, wurde dies als ein fördernder Faktor betrachtet. So wurde in diesen Praxen angegeben, dass keinerlei Anpassungsaufwand an neue Praxisabläufe notwendig war, da es gegenüber dem alten System, welches vor VSDM benutzt wurde, keine größeren Veränderungen gab. Somit konnte in den LEI weiterhin von eingespielten Routinen profitiert werden.

Support: Der Support muss an dieser Stelle als bedingt fördernder Faktor betrachtet werden. Aufgrund der positiven Anmerkungen der LEI soll dieser Faktor an dieser Stelle Erwähnung finden, jedoch kann er nicht auf gleicher Ebene wie die anderen Faktoren betrachtet werden, da der Inanspruchnahme des Supports in der Regel Probleme mit VSDM vorausgingen, welche an sich eher hemmend wirkten.

Von den befragten LEI wurde unter anderem angegeben, dass der Support gut erreichbar ist und ein schnelles Antwortverhalten aufweist. Ebenfalls wurden die kompetente und freundliche Hilfe sowie die gute Aufklärung bei neuen Geräten hervorgehoben. Da die LEI allerdings eine Vielzahl an Supportkanälen nutzen konnten (z. B. Support durch die CompuGroup Medical oder direkt durch den PVS-Hersteller), konnte im Zuge dieser Extremwertbefragung keine Analyse der einzelnen Supportkanäle erfolgen. Ebenso gab es zum Support auch gegenläufige Angaben, weshalb er bei hemmenden Faktoren ebenfalls Erwähnung findet. Festzustellen bleibt aber die Wichtigkeit eines schnellen effizienten Supports als fördernder Faktor für VSDM. Dies wurde explizit von den befragten LEI hervorgehoben.

5.5.2. Hemmende Faktoren

Folgende hemmende Faktoren wurden im Rahmen der Extremwertanalyse im ambulanten Bereich identifiziert:

1. Nicht einlesbare eGK
2. Systemabstürze (Hardware und Software)
3. Verlängerte Einlesedauer
4. Veränderungen/Verschlechterungen im Arbeitsablauf
5. Installation und Einweisung

Im Folgenden werden diese Faktoren vorgestellt, deren Gründe eruiert sowie deren potenzielle Auswirkungen dargestellt. Zudem werden zu jedem hemmenden Faktor Verbesserungsvorschläge angegeben, die ebenfalls in den Interviews von den LEI genannt wurden.

Nicht einlesbare eGK: Unter dem Begriff „Nicht Einlesbare eGK“ wurden im Rahmen der WEV sowohl gewünschtes Systemverhalten (bspw. Nicht-Einlesbarkeit durch gesperrte eGK) als auch nicht gewünschtes Verhalten (bspw. Nicht-Einlesbarkeit durch technische Probleme) subsummiert. Da die Unterscheidung der beiden Sachverhalte in der Evaluation für die Nutzer (LEI) nicht trennscharf zu unterscheiden waren, wird im Folgenden lediglich der Überbegriff „Nicht einlesbare eGK“ verwendet.

Nicht einlesbare eGK stellten für die LEI ein Problem im Praxisalltag dar. Als Gründe für die nicht Einlesbarkeit vieler eGK wurde seitens der LEI angegeben, dass im Zeitraum der Erprobung noch viele eGK der ersten Generation verwendet wurden, die mit den Geräten von VSDM nicht eingelesen werden könnten. Die eGK der ersten Generation umfasst dabei die Versionen G1 und G1plus. Das VSDM unterstützt die Kartengeneration G1plus, während die Generation G1 nicht unterstützt wird. Die Unterscheidung zwischen diesen Generationen war für die LEI nicht erlebbar, da beide Generationen lediglich mit dem Aufdruck „G1“ versehen waren. Ein weiteres Problem stellte laut Aussage der LEI dar, dass viele Patientinnen und Patienten mehrere eGK besitzen. Häufig wurden dann die älteren, für das VSDM-System nicht einlesbaren, da gesperrten eGK, erst einmal weiter benutzt, da diese, laut aufgedrucktem Ablaufdatum noch gültig waren. Die aktuellsten Karten wurden durch die Patientinnen und Patienten noch „geschont“ und dementsprechend beim Termin in der Praxis der LEI häufig nicht mitgeführt. Aus den Interviews konnte der genaue Grund, warum die eGK nicht einzulesen waren, nicht abgeleitet werden. Da es für die Auswirkungen jedoch unerheblich war, ob die eGK gesperrt oder ungültig waren, wird auf eine genauere Analyse an dieser Stelle verzichtet.

Als Folge der häufig nicht einlesbaren eGK gaben die LEI an, einen erhöhten Zeitaufwand zu verzeichnen. Ist eine eGK eines Patienten/einer Patientin nicht einlesbar, so muss der Patient gebeten werden, eine gültige eGK nachzureichen. Häufig ist dies mit einem nochmaligen Besuch der Praxis verbunden, weswegen die Akzeptanz der Patientinnen und Patienten darunter leidet. Zudem stellt dieser Vorgang auch für die Praxen einen nicht zu unterschätzenden logistischen Aufwand dar. Eine andere Alternative stellt die Benutzung einer Versicherungsstatusklärung in direkter bspw. telefonischer Rücksprache mit der Krankenkasse dar. Hierzu müssen die LEI eine Ersatzbescheinigung bei der jeweiligen Krankenkasse anfordern, um einen Abrechnungsfall zu schaffen. Dadurch stellte auch diese Versicherungsstatusklärung einen zusätzlichen Aufwand für die beteiligten Praxen dar. Zudem ergaben sich durch beide gerade erwähnten Alternativen, die bei nicht einlesbaren eGK angewendet werden mussten, Änderungen im gewohnten Arbeitsablauf der Praxen, die aufgrund der hohen Anzahl an unlesbaren eGK während des Erprobungszeitraums zu Problemen führten. Die Probleme der nicht einlesbaren eGK werden nach den Ergebnissen lediglich von gesperrten oder alten eGK verursacht. Wenn keine Fehlermeldungen aufgrund von gesperrten und ungültigen eGK auftraten, funktionierte das Gesamtsystem weitestgehend problemlos. Im Rahmen der Frage EQA4.1 des Leitfadens zur Extremwertanalyse wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu befragt, ob das Kartenlesegerät die eGK problemlos einlas oder ob die Karten mehrfach eingesteckt werden mussten bis sie erkannt wurden. Dabei kam es zu verschiedenen Aussagen, die durch zwei Forscher unabhängig voneinander kategorisiert und später zusammengeführt wurden. Tabelle 33 zeigt eine Übersicht über die Ergebnisse der

Frage nach der Funktionstüchtigkeit der Kartenlesegeräte beim Einlesevorgang. Hierbei ist zu beachten, dass das in Tabelle 33 dargestellte Antwortverhalten nicht in Bezug zur Funktionstüchtigkeit von VSDM steht, sondern lediglich die reine Funktionstüchtigkeit des Kartenterminals widerspiegelt.

Lesbarkeit der eGK mit dem Kartenterminal	Anzahl LEI
Funktioniert	74
Funktioniert teilweise	10
Funktioniert nicht	0
Keine Angabe	10
Summe	94

Tabelle 33: Lesbarkeit der eGK mit dem Kartenterminal (ambulant)

Beim größten Teil der LEI funktionierte das Kartenterminal problemlos. Insgesamt zehn LEI gaben an, dass dies nur teilweise funktionierte. Als Gründe wurden unter anderem genannt, dass ein mehrfaches Stecken nötig war. Insgesamt funktionierte der Einlesevorgang mit dem Kartenlesegerät bei einem Großteil der LEI ohne Probleme.

Als Auswirkung der nicht einlesbaren eGK kam es nach Angaben der LEI häufig zu Problemen bei der Quartalsabrechnung, da zum Stichtag noch nicht alle eGK nachträglich eingelesen werden konnten bzw. noch nicht für alle Fälle die Versicherungsstatusklärung abgeschlossen werden konnte. Hinzu kommen zudem die Reaktionen der Patientinnen und Patienten auf nicht einlesbare eGK. Hier wurde unter anderem berichtet, dass Patientinnen und Patienten häufig mit Unverständnis reagierten, wenn ihre eGK bei den an der Erprobung des VSDM teilnehmenden LEI nicht eingelesen werden konnte, hingegen in Arztpraxen die nicht an der Erprobung teilnahmen, problemlos eingelesen werden konnte. Hier reagierten die Patientinnen des Öfteren mit Ungeduld, eine LEI berichtete gar von einem Patientenverlust durch die Teilnahme an der Erprobung.

Verbesserungsvorschläge, welche aus den Interviews mit den LEI gesammelt werden konnten, waren zum einen eine Verbesserung des eGK-Managements durch die Krankenkassen. Hier sollte aus Sicht der befragten LEI darauf geachtet werden, dass möglichst alle Patientinnen und Patienten mit eGK der aktuellen Generation (eGK der zweiten Generation) ausgestattet sind. Auch war eine Anmerkung, alte eGK einzuziehen, sobald eine neue eGK verschickt wurde. So soll dem Problem vorgebeugt werden, dass Patienten aus mehreren eGK wählen können, welche laut aufgedrucktem Gültigkeitsdatum noch Gültigkeit besitzen. Im Falle von nicht einlesbaren eGK und Inanspruchnahme der Versicherungsstatusklärung wünschten sich die befragten LEI eine verbesserte Kooperation durch die Krankenkassen um die Versicherungsstatusklärung schneller und effizienter zu gestalten. Hierzu wurde unter anderem auch vorgeschlagen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Krankenkassen besser über die stattfindende Erprobung aufzuklären, um an dieser Stelle mehr Verständnis für die Situation der LEI zu schaffen. Auch eine effizientere Versicherungsstatusklärung wurde von den LEI gewünscht, da die bisherige Versicherungsstatusklärung aus Sicht der Befragten einen hohen Zeitaufwand nach sich zog.

Schließlich sahen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch noch eine Verbesserungsmöglichkeit der Abläufe bei gesperrten eGK in der besseren Aufklärung der Patientinnen und Patienten über die Erprobung des VSDM. Der Gedanke war hier, auch auf der Patientenseite mehr Verständnis für eventuelle Probleme mit der Einlesbarkeit der eGK zu schaffen.

Systemabstürze (Hardware und Software): Der zweite hemmende Faktor auf das VSDM stellten die Systemabstürze dar, welche die LEI zu verzeichnen hatten. Da im Zuge einer telefonischen Befragung die Gründe für die Systemausfälle nicht abschließend geklärt werden konnten, werden hier Systemabstürze aufgelistet die sowohl durch Hardware als auch durch Software ausgelöst wurden. Auch die Konsequenzen aus den Abstürzen waren, unabhängig des auslösenden Faktors, weitestgehend identisch.

Hardwareseitig gaben die befragten LEI verschiedene Gründe für die Systemabstürze an. Zum einen kam es häufig zu Problemen mit dem Konnektor. Dieser befand sich häufig in einem fehlerhaften Zustand, wodurch es zu Abstürzen kam. Mehrere LEI gaben zudem an, dass sie eine Häufung von Konnektorabstürzen nach längerer Zeit der Inaktivität beobachten konnten. Hier kam es oft zu Problemen nach dem Wochenende oder nach dem Praxisurlaub. Zudem klagten die LEI über häufige Defekte des Konnektors. Über Probleme durch Systemabstürze, ausgelöst durch das Kartenlesegerät, wurde ebenfalls berichtet. So gab es auch bei den Kartenlesegeräten Abstürze und defekte Geräte.

Über Systemabstürze, die durch die Software ausgelöst wurden, wurde ebenfalls berichtet. So gaben die LEI unter anderem an, dass die Software häufig „einfriert“ und dadurch nicht weitergearbeitet werden konnte. Zudem wurde von den LEI die Inkompatibilität zwischen VSDM und dem PVS bemängelt, was aus deren Sicht einen Grund für die Abstürze darstellte. Einige LEI berichteten über eine Häufung von softwareseitigen Systemabstürzen, nachdem Updates in das System eingespielt wurden. In der Folge musste häufig der Support diese Fehler durch eine Fernwartung wieder beheben, bevor die Praxis wieder arbeitsfähig war. Im Rahmen der Extremwertbefragung wurde die Häufigkeit von Systemabstürzen auch quantitativ abgefragt. Eine Übersicht über die Ergebnisse ist Tabelle 34 zu entnehmen. Hieran ist ersichtlich, dass bei über der Hälfte der befragten LEI Systemabstürze regelmäßig, auch noch zum Zeitpunkt des Telefoninterviews, vorkamen.

Systemabstürze	Anzahl LEI
Vorhanden (regelmäßig)	53
Anfänglich vorhanden	21
Keine Systemabstürze	20
Keine Angabe	0
Summe	94

Tabelle 34: Systemabstürze (ambulant)

Die Folge der auftretenden Systemabstürze sind häufige Neustarts des Systems. Hier wird der Aufwand, je nach Absturzgrund, sehr heterogen angegeben. Die meisten LEI, die über Systemabstürze berichten, können dieses Problem mit einem einfachen Neustart beheben (Netzstecker ziehen und wieder anschließen). Zwei der Befragten gaben an, dass nach Systemabstürzen eine komplizierte Bootreihenfolge eingehalten werden musste, bei der die einzelnen Teilkomponenten in einer bestimmten Reihenfolge neu gestartet werden mussten. (z.B. zuerst der Rechner, dann die Kartenlesegeräte). Verursachte der einfache Neustart eher einen geringen Zeitaufwand, konnte der kompliziertere Neustart bis zu 15 Minuten dauern. Bei laufendem Praxisbetrieb stellte dies für die Praxen eine erhebliche Störung des Praxisablaufs dar. Als Möglichkeit, den Praxisbetrieb dennoch aufrecht zu erhalten, griffen einige Praxen im Falle eines Systemabsturzes auf die alten Geräte zurück, welche vor VSDM im Einsatz waren. Um hier genaue Zahlen zu ermitteln, wurde jede LEI befragt, ob noch alte Geräte als Rückfallmöglichkeit in den jeweiligen Praxen vorhanden waren und ob diese schon einmal gebraucht wurden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 35 dargestellt. Hierbei ist zu erkennen, dass fast 70% der LEI noch über alte Geräte verfügten. Ungefähr 40% aller befragten LEI mussten die alten Geräte wegen Problemen wieder in Betrieb nehmen.

Alte Geräte als Rückfallmöglichkeit	Ja	Nein
In der LEI vorhanden?	64	30
In der LEI bereits eingesetzt?	37	27

Tabelle 35: Einsatz alter Geräte als Rückfallmöglichkeit (ambulant)

Im Falle von defekten Geräten, klagten die LEI zum einen über einen komplizierten Ablauf, um ein Ersatzgerät zu erhalten. So waren Ersatzgeräte aus Sicht der Befragten generell schlecht verfügbar bzw. deren Beschaffungsvorgang sehr bürokratisch. Beispielsweise berichten einige LEI von Wartezeiten auf Ersatzgeräte von bis zu vier Wochen. Zum anderen bedeutete es einen hohen Aufwand, ein Ersatzgerät erneut in die Praxisinfrastruktur einzubinden.

Zudem mussten bei längeren Systemausfällen, sobald die Probleme nicht selbst durch einen Neustart behoben werden konnten, wiederum Verfahren zur Versicherungsstatusklärung eingesetzt werden. Die Probleme, die hiermit entstanden, sind bereits unter dem Faktor „Nicht einlesbare eGK“ beschrieben. Bei nicht selbst lösbaren Problemen mit Hard-oder Software waren die LEI auf den Support angewiesen. Die LEI klagten hier über eine teilweise schlechte Erreichbarkeit bzw. lange Wartezeiten beim Support. Einige befragte gaben ebenfalls an, mit der Hilfe, die der Support geboten hat, nicht zufrieden gewesen zu sein. Aufgrund der Vielzahl an möglichen Supportkanälen und der telefonischen Befragung, konnte keine genaue Analyse zu den einzelnen Supportkanälen durchgeführt werden.

Verbesserungsvorschläge zur Thematik der hardwareseitigen Systemabstürze durch die LEI waren unter anderem eine schnellere Verfügbarkeit bzw. eine leichtere Installation von Ersatzgeräten. Auch wünschten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer eine Erhöhung der Hardwarestabilität. In Bezug

auf softwareseitige Abstürze, wurde eine bessere Kompatibilität des PVS zu VSDM angemerkt, um dadurch Softwareabstürze zu verringern.

Im Falle eines längeren Ausfalls durch Systemabstürze wünschten sich die LEI eine bessere Rückfallmöglichkeit des Systems, sodass der Praxisbetrieb auch während eines Ausfalls effizient weitergeführt werden kann. Eine effizientere Versicherungsstatusklärung wurde ebenfalls genannt und bereits unter dem Faktor „Nicht-einlesbare eGK“ erläutert.

Verlängerte Einlesedauer: Als dritter hemmender Faktor konnte der Zeitaufwand identifiziert werden, den die verlängerte Einlesedauer der eGK nach sich zog. Auffällig bei diesem Punkt war die Heterogenität der Angaben durch die Befragten. Während manche LEI angaben, dass der Einlesevorgang genauso lange dauert bzw. sogar schneller war als vor der Umstellung auf VSDM, gaben andere LEI an, dass sich der Vorgang mitunter erheblich verlängert habe. Auch die Praxisgröße hatte keinen beobachtbaren Einfluss auf das Antwortverhalten zu diesem Punkt.

Zu den Gründen für die Verlängerung der Einlesedauer konnten die LEI keine Angaben machen. Es gab jedoch auch Befragte, welche eine langsame Verbindung zur TI bzw. häufige Abbrüche bei der Verbindung zur TI beklagten, welche unter Umständen eine Verlängerung des Einlesevorgangs zur Folge hätten. Im Zuge der Extremwertbefragung konnte ein solcher Zusammenhang aber nicht analysiert werden, sodass die Gründe für die verlängerte Einlesedauer nicht abschließend angegeben werden können. Ein Zusammenhang von TI-Anbindungsvariante und gehäuften Problemen mit der Einlesedauer konnte nicht nachgewiesen werden.

Die Einlesezeit wurde von manchen LEI mit bis zu zwei Minuten pro Einlesevorgang angegeben, was den Zeitaufwand in den betreffenden Praxen merklich erhöhte. Vor allem bei einem hohen Patientenandrang stellte dies eine erhebliche Störung des Praxisablaufs dar. Aufgrund der durch die lange Einlesezeit verursachten Verzögerungen in der Praxis wurde von den LEI auch von ungeduldigen Patientinnen und Patienten berichtet.

Als Verbesserungsvorschläge wurde außer der Erhöhung der Geschwindigkeit des Einlesevorgangs noch eine verbesserte Patientenaufklärung genannt, um auch an diesem Punkt mehr Verständnis für mögliche langsamere Praxisabläufe zu schaffen. Außerdem wurde angemerkt, auf eine ausreichende Bandbreite der Internetverbindung der beteiligten Praxen zu achten, um den erhöhten Datenverkehr bewältigen zu können.

Veränderungen/Verschlechterungen im Arbeitsablauf: Einen weiteren hemmenden Faktor stellten Veränderungen bzw. Verschlechterungen im Arbeitsablauf der teilnehmenden Praxen dar. Hier gestalteten sich die Gründe, die zu den Veränderungen im Arbeitsablauf führten, relativ heterogen. Zum einen berichteten einige LEI über Veränderungen im PVS, wonach nun mehr Mausclicks nötig seien, um den gleichen Vorgang zu bearbeiten als vor der Umstellung auf VSDM. Dies dauerte im einzelnen Fall wohl nur wenige Sekunden, wurde aber durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Praxen

teilweise als störend und damit als Verschlechterung empfunden. Um welche Vorgänge es sich im Detail handelte, konnte diese telefonische Befragung auch aufgrund der Vielzahl an eingesetzten PVS nicht analysieren.

Bei Gemeinschaftspraxen bzw. Praxen, in denen jeweils mehr als nur eine Ärztin/ein Arzt beschäftigt war, wurde von den LEI als störend empfunden, dass beim Einlesevorgang jedes Mal zwischen den Ärztinnen und Ärzten umgeschaltet werden musste. Dies erfolgte vor VSDM automatisiert und stellte somit einen zusätzlichen Arbeitsschritt dar. Einige LEI mit zwei oder mehr Kartenlesegeräten bemängelten, dass diese nicht synchron benutzbar waren. So konnten zwar beide verwendet werden, jedoch musste mit dem Einlesen der eGK an einem Kartenlesegerät solange gewartet werden, bis der Einlesevorgang am anderen Kartenlesegerät abgeschlossen war. Dies wurde im Rahmen der Extremwertanalyse von zwei Ärztinnen und Ärzten angemerkt, die das Primärsystem Medistar benutzten. Auch dies stellte eine Verschlechterung der Arbeitsabläufe gegenüber dem Zustand vor der Umstellung auf VSDM dar, in welchem eine synchrone Benutzung von mehreren Kartenlesegeräten möglich gewesen war. Zudem wurde berichtet, dass sich die Internetgeschwindigkeit in einigen Praxen nach der Einführung von VSDM spürbar verlangsamt hatte. Da viele Praxen regelmäßig im Internet recherchieren bzw. für den Praxisbetrieb wichtige Abläufe online abgewickelt werden, stellt dies ebenfalls eine Verschlechterung der Arbeitsabläufe für die Praxen dar.

Die gerade angeführten Gründe zur Veränderung bzw. Verschlechterung der Arbeitsabläufe zogen alle entweder eine Behinderung des Arbeitsablaufs durch zusätzliche Arbeitsschritte oder durch Anpassungsaufwand an geänderte Arbeitsabläufe nach sich. Somit ergab sich für die LEI ein zeitlicher Mehraufwand.

Als Verbesserungsvorschläge wurde durch die LEI angemerkt, zusätzliche Arbeitsschritte möglichst zu vermeiden. Die Verkürzung der Arbeitsschritte zur Freischaltung des Systems (PIN-Eingabe) sowie die Vereinfachung des Umschaltvorgangs zwischen zwei oder mehr Ärztinnen und Ärzten bei Gemeinschaftspraxen sind Beispiele. Ebenfalls erwähnt wurde der Wunsch, die Kartenlesegeräte wieder synchron nutzbar zu machen. Zudem sollten die Auswirkungen von VSDM auf die Internetgeschwindigkeit der Praxis möglichst verringert werden.

Installation und Einweisung: Der fünfte identifizierte hemmende Faktor thematisiert die Prozesse rund um die Installation und Einweisung. Die Befragten äußerten sich hier kritisch bezüglich der benötigten Zeit zur Installation bzw. der Organisation des Installationsprozesses. Es wurden durch die Befragten LEI mitunter Installationsdauern von bis zu zwölf Stunden berichtet, bis das VSDM vollumfänglich eingerichtet war. Ebenfalls mussten teilweise eigene Softwarelösungen durch den PVS-Hersteller entwickelt werden, um das VSDM in die Praxisinfrastruktur zu integrieren. Bei der Installationsorganisation wurde angemerkt, dass im Vorfeld zu wenige Infos über die zu erwartende Installationsdauer bzw. die benötigten Ressourcen (z. B. Einsatz von medizinischen Fachangestellten während des Installationsprozesses) zur Installation an die LEI kommuniziert wurden.

Zur Einweisung des Praxispersonals in die neuen VSDM-Abläufe gab es teilweise gegenläufige Angaben. So wurde von manchen LEI angemerkt, dass die Einweisung zu kurz war. Andere LEI gaben an, dass diese zu lange ausfiel. Erklärbar ist dies dadurch, dass sich die Einweisungen/Schulungen tatsächlich in ihrer Länge deutlich unterschieden (siehe objektive Daten). Die Mehrheit der LEI, welche die Länge der Schulung erwähnten, waren jedoch der Meinung, dass diese zu kurz waren und wünschte sich eher mehr Aufklärung für das Praxispersonal. Angemerkt wurde ebenfalls, dass im Rahmen der Einweisung keine Anleitung zur eigenständigen Lösung von kleineren Problemen gegeben wurde. Hierzu hätten sich einige LEI explizit in der Lage gesehen, falls solche Informationen weitergegeben worden wären.

Durch die beschriebenen Umstände bei Installation und Schulung sahen viele befragte LEI einen deutlichen zeitlichen Aufwand durch die Installationsprozesse. Zudem fühlten sich die Praxismitarbeiterinnen und Praxismitarbeiter nicht gut informiert. Zum einen fehlten ihnen Informationen zu den Abläufen bzw. technischen Hintergrund in den Praxen. Zum anderen fehlten aus ihrer Sicht Hintergrundinformationen zur eGK bzw. der zugrundeliegenden TI im Allgemeinen. Den LEI fehlte auch die Kompetenz zur eigenständigen Lösung von kleineren Problemen, weshalb sich hier viele LEI eine bessere „Hilfe zur Selbsthilfe“ wünschten. Diese könne sowohl am Anfang bei der Schulung als auch in Form eines Leitfadens zur eigenständigen Problemlösung erfolgen.

Eine bessere Organisation der Installation wurde ebenfalls vorgeschlagen. Hier steht vor allem eine bessere Kommunikation der voraussichtlichen Dauer sowie die benötigten Ressourcen für die Installation im Vordergrund, damit die Praxen eventuelle Verzögerungen im Praxisablauf besser antizipieren können. Eine generelle Verkürzung der Installationsdauer war ebenfalls ein Wunsch der LEI.

5.5.3. Limitationen der Extremwertanalysen

Die vorliegende Extremwertanalyse ist als qualitative Erhebung einigen Limitationen unterworfen. Es kann bei den beobachteten Ergebnissen nicht ausgeschlossen werden, dass andere Faktoren, neben VSDM, noch eine Rolle spielten. Wurde eine solche Abhängigkeit von anderen Faktoren im Rahmen der Interviews festgestellt, so wurden die Ergebnisse nicht mit in die Auswertung einbezogen. Im Rahmen der Interviews wurden die Gespräche hauptsächlich mit dem der FAU benannten Ansprechpartner für die Erprobung von VSDM geführt. Darunter waren sowohl medizinische Fachangestellte bzw. an der Patientenmeldung beschäftigtes Personal als auch in den LEI beschäftigte Ärztinnen und Ärzte. Aus diesem Grund konnte nicht sichergestellt werden, dass wirklich alle Gesprächspartner tatsächlich auch direkt mit dem VSDM-System arbeiteten. Daher wurden in den Interviewleitfäden Fragen eingebaut, die nach einer Absprache mit dem gesamten Praxisteam fragen. Da hierbei eine Zustimmung von nahezu 100% erreicht wurde, kann darauf geschlossen werden, dass vor dem Interview ein Austausch zwischen den Beteiligten stattfand.

Während der Interviewgespräche wurde explizit Wert darauf gelegt eventuell auftretende Unklarheiten direkt während des Gesprächs zu beseitigen. Trotzdem kann nicht ausgeschlossen werden, dass einzelne LEI Fragen falsch verstanden. Sollte im Zuge der Auswertung ein solches falsches Verständnis identifiziert worden sein, wurden die Aussagen entsprechend behandelt und gingen ggf. nicht in die Auswertung ein. Durch den zusätzlichen Abgleich der Ergebnisse mit ausgewählten Ergebnissen der quantitativen Befragung wurden diese zusätzlich auf Plausibilität geprüft.

Im Rahmen der Extremwertbefragung wurden lediglich 100 LEI befragt, deren Aussagen nicht repräsentativ für die gesamte Stichprobe sind, da nur solche LEI mit einem extremen Antwortverhalten befragt wurden. Des Weiteren war die Stichprobe zahlreichen Quotierungen unterworfen, um die vorhandene Quotierung unterschiedlicher Versorgungsbereiche aus der Grundgesamtheit möglichst treffend nachzubilden.

Da es sich bei der Extremwertbefragung um eine qualitative Teilerhebung handelt, ist diese typischen Limitationen der qualitativen Forschung unterworfen. So ist ein sozial erwünschtes Antwortverhalten der Interviewpartner nicht auszuschließen. Mit der Betonung der Anonymität vor dem telefonischen Interview wurde versucht dieser Problematik entgegenzuwirken.

Beim qualitativen Setting haben die beteiligten Forscher regelmäßig großen Einfluss auf die Ergebnisse. Dieser Problematik wurde in der vorliegenden Studie durch eine Forschertriangulation entgegengewirkt. So wurden die Ergebnisse von insgesamt drei Forschern unabhängig codiert, um diese anschließend über ein Konsensverfahren zu vereinen. Dadurch konnte der Einfluss eines Forschers signifikant reduziert werden.

5.6. Beantwortung der Kernfragen für ambulanten LEI

Bezieht man die Ergebnisse der fünf betrachteten Dimensionen des DeLone & McLean ISS-Modells auf die Kernfragen der Evaluation, kann für die ambulanten LEI folgendes Gesamtfazit gezogen werden:

Kernfrage 1 – Akzeptanz und Praxistauglichkeit: Aufgrund der teilweise geringen Systemqualität und der daraus resultierend geringen Zufriedenheit waren die Akzeptanz und die Praxistauglichkeit von VSDM für ambulante LEI nur bedingt gegeben. Für Einzelpraxen fiel die Akzeptanz und Praxistauglichkeit höher als für LEI mit mehreren Leistungserbringern aus.

Kernfrage 2 – Auswirkungen auf Strukturen und Prozesse Leistungserbringer: Das Nutzenpotenzial von VSDM wurde für die ambulanten LEI klar ersichtlich und wurde von diesen eindeutig bestätigt. Dem stand jedoch ein erhöhter Zeitbedarf für die Patientenmeldung gegenüber, der für die LEI unterschiedlich hoch ausfiel. Ursächlich waren hier die unterschiedlichen Systemkonfigurationen und die ungleiche Häufigkeit nicht gültiger eGK. Insgesamt fiel der Nettonutzen daher neutral oder

möglicherweise negativ aus, da die Abläufe der Patientenanmeldung bei vielen LEI erkennbar beeinträchtigt waren. Aus Sicht der Patienten wurden jedoch überwiegend keine Veränderungen wahrgenommen.

Kernfrage 3 – Handhabbarkeit der dezentralen Produkte: Die Systemqualität zeigte in einigen Bereichen eine geringe Zustimmung durch die ambulanten LEI. Die Stabilität und die Verfügbarkeit wurden von den ambulanten LEI als nicht praxistauglich bewertet.

Kernfrage 4 – Praxistauglichkeit der Einführungsprozesse: Die Servicequalität zeigte für die Einführungsprozesse in vielen Bereichen eine hohe Zustimmung der ambulanten LEI. Die VSDM-Einrichtung war jedoch für viele ambulante LEI eine wahrnehmbare Beeinträchtigung des Praxisbetriebs. Die Versicherten waren über die Existenz der eGK überwiegend gut informiert, waren jedoch nur in etwa einem Drittel der Fälle über die Möglichkeiten von VSDM informiert.

Kernfrage 5 – Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Die Servicequalität zeigte bei den Supportprozessen, dass diese praxistauglich waren. Es gab jedoch Indizien, die auf deutliche Unterschiede in der Supportqualität zwischen den einzelnen ambulanten LEI hindeuteten.

6. Ergebnisse für stationäre LEI

6.1. Charakterisierung der stationären LEI

Insgesamt waren dem AN WEV sechs aktive LEI aus dem stationären Sektor zum Ende der Datenerhebungsphase bekannt (vgl. Tabelle 11). Nach MZP1 schieden drei Krankenhäuser aus der Erprobung aus, so dass bei den Nachrückern MZP1 als Referenzpunkt nacherhoben wurde. Die anschließenden Befragungen konnten für vier LEI planmäßig in der 70%-Kohorte fortgeführt werden – zwei Krankenhäuser waren zum ersten WEV-Stichtag noch nicht umgerüstet, so dass diese zur 30%-Kohorte zugeordnet wurden und somit nur die Phasen MZP2_30% und MZP5 durchlaufen konnten. Hintergrundinformationen bezüglich der Aufteilung des Erprobungsfeldes sind im Abschlussbericht (Kapitel 3.2.6) zu finden. Die Charakteristika der aktiven stationären Erprobungsteilnehmer sind in Tabelle 36 dargestellt.

Merkmale	N	Anteil (in %)
Organisationsform		
Krankenhaus	6	100,0
KV-Bezirk		
WL	3	50,0
NO	2	33,3
RLP	0	0,0
SH	1	16,7
TI-Anbindungsvariante		
Integriertes Szenario	6	100,0
Primärsystem		
CSC/iSOFT	4	66,7
AMC	1	16,7
Highdent Plus	1	16,7
Bettenanzahl		
1-100 Betten	1	16,7
101-500 Betten	3	50,0
501 und mehr	2	33,3
Sonstiges		
Notfallambulanz vorhanden	5	83,3
Ermächtigte Ärzte vorhanden	5	83,3
	Mittelwert	SD
Umgerüstete Arbeitsplätze	14	18,45
-dort tätige Mitarbeiter/-innen	14	9,52

Tabelle 36: Charakteristika der stationären LEI

Durchschnittlich wurden in den teilnehmenden Krankenhäusern 14 Arbeitsplätze technisch umgerüstet (SD: 18,45), wobei an diesen Arbeitsplätzen im Mittel 14 Mitarbeiter/-innen tätig waren (SD: 9,52).

Äquivalent zum ambulanten Sektor wurden zu MZP1 einmalige Items erhoben, welche u.a. die Teilnahmemotivation sowie die Bedenken und Erwartungen an die Erprobung abfragten.

F5 – stationäre LEI		MZP1
Interesse an technischen Neuerungen	LEI	6
	Anteil Fälle	66,7%
Frühzeitige Erfahrungen zur Alltagstauglichkeit der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	8
	Anteil Fälle	88,9%
Finanzieller Anreiz	LEI	4
	Anteil Fälle	44,4%
Kostenlose Bereitstellung der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	6
	Anteil Fälle	66,7%
Mithilfe zur Verbesserung der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	4
	Anteil Fälle	44,4%
Unterstützungsangebote (Support) während der Erprobungsphase	LEI	4
	Anteil Fälle	44,4%
Sonstige Gründe, und zwar	LEI	0
	Anteil Fälle	0,0%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 37: Häufigkeitsverteilung Item F5 (stationäre LEI) – Gründe für die Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)

Die Häufigkeitsverteilung des Items F5 („Welche Gründe waren in Ihrem Krankenhaus ausschlaggebend für die Teilnahme an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte?“) ist in Tabelle 37 dargestellt. Für acht LEI (88,9%) ist demnach die „frühzeitige Erfahrung zur Alltagstauglichkeit der neuen Geräte [...]“ ein Grund für die Erprobungsteilnahme. Jeweils sechs Krankenhäuser (66,7%) geben „Interesse an technischen Neuerungen“ und die „kostenlose Bereitstellung der neuen Geräte [...]“ als Motivation an. Den weitreichenden Support, die finanziellen Anreize sowie die Mithilfe zur Verbesserung der TI sind für jeweils vier LEI (44,4%) ausschlaggebend

F6 – stationäre LEI		MZP1
Nutzung der Telematikinfrastruktur zur sicheren Kommunikation mit ambulanten und stationären Leistungserbringern	LEI	5
	Anteil Fälle	55,6%
Erfahrungen und Wissen im Umgang mit den neuen Geräten / Anwendungen sammeln	LEI	6
	Anteil Fälle	66,7%
Praxistauglichkeit der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	7
	Anteil Fälle	77,8%
Arbeitserleichterungen bzw. Prozessverbesserungen im Praxisalltag	LEI	6
	Anteil Fälle	66,7%
Höhere Qualität der Versichertenstammdaten	LEI	9
	Anteil Fälle	110,0%
Sonstige Erwartungen	LEI	0
	Anteil Fälle	0,0%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 38: Häufigkeitsverteilung Item F6 (stationäre LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

Bezüglich der Erwartungen der stationären Erprobungsteilnehmer lässt sich festhalten, dass die „Praxistauglichkeit der neuen Geräte“ sowie die „höhere Qualität der Versichertendaten“ die häufigsten Nennungen sind (n=7, 77,8% bzw. n=9, 100,0%). Letzteres wird von allen neun befragten LEI angegeben. Die sichere Kommunikation mit sowohl ambulanten als auch weiteren stationären LEI wird demnach von fünf Befragten (55,6%) genannt. Sowohl Arbeitserleichterungen als auch Erfahrungen im Umgang mit den neuen Geräten werden von sechs LEI (66,7%) als Erwartung angegeben (vgl. Tabelle 38).

Tabelle 39 gibt die Häufigkeitsverteilung zu Item F7 für die stationären Erprobungsteilnehmer wieder. So sehen 88,9% (n=8) der Befragten „Verzögerungen bei der Patientenmeldung“ im Rahmen der Erprobung als möglicherweise bedenklich an. „Anfängliche technische Probleme“ werden von sieben (77,8%), „Startschwierigkeiten im Umgang mit den neuen Geräten“ von vier LEI (44,4%) genannt. Die weiteren Antwortkategorien werden jeweils einmal angegeben (je 11,1%) – bezüglich des Datenschutzes sehen die Befragten daher nur wenig Bedenken. Die Kategorie „Sonstige Bedenken“ wurde einmal genutzt (11,1%) und umfasst die „unzureichende Beachtung der Besonderheiten des stationären Sektors“ in der Erprobung bzw. in der Konzeption der Geräte.

F7 – stationäre LEI		MZP1
Startschwierigkeiten im Umgang mit den neuen Geräten / Anwendungen	LEI	4
	Anteil Fälle	44,4%
Anfängliche technische Probleme	LEI	7
	Anteil Fälle	77,8%
Verzögerungen bei der Patientenanmeldung	LEI	8
	Anteil Fälle	88,9%
Mangelnde Datensicherheit	LEI	1
	Anteil Fälle	11,1%
Sonstige Bedenken, und zwar:	LEI	1
	Anteil Fälle	11,1%
<i>Unzureichende Beachtung der Besonderheiten des stationären Sektors</i>	LEI	1
	Anteil Fälle	11,1%
Keine Bedenken	LEI	1
	Anteil Fälle	11,1%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 39: Häufigkeitsverteilung Item F7 (stationäre LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

F8 – stationäre LEI		MZP1
Schlecht	LEI	0
	Anteil	0,0%
Eher Schlecht	LEI	0
	Anteil	0,0%
Teils, Teils	LEI	1
	Anteil	11,1%
Eher gut	LEI	3
	Anteil	33,3%
Gut	LEI	1
	Anteil	11,1%
Keine Angabe	LEI	4
	Anteil	44,4%

Tabelle 40: Häufigkeitsverteilung Item F8 (stationäre LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit

Die Einschätzung der stationären LEI bezüglich der Funktionsfähigkeit der technischen Geräte (erhoben zu MZP1, vor der Installation) ist in Tabelle 40 dargestellt. Es zeigt sich, dass vier LEI (44,4%) die Antwortmöglichkeit „keine Angabe“ wählten, während drei Befragte (33,3%) eine „eher gut[e]“ Funktionsfähigkeit in ihrem Krankenhaus antizipieren. Je eine LEI (11,1%) gab „teils, teils“ bzw. „gut“ als Kategorie an.

Bezüglich der Frage, ob die technische Konfiguration nach den Wünschen der LEI umgesetzt werden kann, zeigt sich, dass fünf LEI (55,6%) dies bejahen. Ein Krankenhaus (11,1%) verneinte die Frage. Die übrigen Befragten (n=3, 33,3%) wählten die Antwortkategorie „keine Angabe“. Bei Beantwortung des Items F17 mit „nein“ wurde im Anschluss die Frage F18o gestellt. Hier gab das relevante Krankenhaus an, dass eine unzureichende Anzahl an Kartenlesegeräten geplant sei (vgl. Tabelle 81 und Tabelle 82 im Anhang).

6.2. Ergebnisse schriftlichen Befragung stationärer LEI

6.2.1. Querschnittsbetrachtung der MZP1 bis 4

Zu MZP1 wurde die Systemqualität durch die befragten LEI durchweg positiv bewertet. Alle relevanten Items wiesen zu diesem Zeitpunkt Zustimmungsquoten von mindestens 66,6% auf. Die Informationsqualität wurde zu MZP1 überwiegend positiv bewertet. Lediglich Item F55 (Fehlerfreiheit der VSD) wurde hier etwas schlechter bewertet, wobei immer noch alle Antworten im indifferenten bzw. zustimmenden Bereich lagen. Die Auswirkungen von VSDM wurden zu MZP1 sehr heterogen bewertet. Zu diesem MZP lag den Auswirkungen allerdings nur ein Item zugrunde. Hier wurde das Item F59 (leichte Feststellbarkeit, ob eGK gültig) von 33,3% der LEI abgelehnt. Die Nutzungsabsicht wurde zu MZP1 nicht erhoben. Auch die Servicequalität wurde relativ heterogen bewertet. So fand Item F13 (Informiertheit des Klinikteams) mit 66,6% eine hohe Zustimmung. Item F15 (Allgemeiner Informationsstand der Patienten) hingegen wurde von der Hälfte der Befragten abgelehnt. Die Zufriedenheit zeigte sich zu MZP1 gut mit einer Zustimmung von 66,7% der LEI. Bei der zukünftigen Nutzungsabsicht zeigte sich zu MZP1 ein heterogenes Bild. Aber auch hier gaben die Hälfte der befragten LEI an, sich die Nutzung weiterer Anwendungen der eGK vorstellen zu können (vgl. Tabelle 122).

Zu MZP2 stimmten die LEI den meisten Items zur Systemqualität überwiegend zu. Ausnahmen bildeten hier lediglich die Items F41 (Fehlerfreies Einlesen der eGK) und F44 (Einlesen der eGK dauert genauso lange wie vor der Umstellung auf VSDM). Besonders bei Item F44 stimmte keine LEI der Aussage zu. Bei der Informationsqualität antworteten zu MZP2 die meisten LEI zustimmend oder indifferent. Die Auswirkungen von VSDM wurden zu MZP2 durchweg gut bewertet. Hier wies jedes Item mindestens eine Zustimmungsquote von 50% auf. Bei der Servicequalität wurde zu MZP2 bei fünf von sieben Items (F13, F14, F15, 16, F24, F25 und F26) eine Zufriedenheit von mindestens 50% erreicht. Am schlechtesten wurde hier das Item F27 (Störung des Klinikteams durch die Umstellung auf VSDM) bewertet. Die Zufriedenheit wurde zu MZP2 als positiv angegeben. Vier von fünf Items wiesen hier eine Zustimmungsquote von mindestens 50% auf. Am schlechtesten wurde hier das Item F68 (Einschätzung der Ausgereiftheit von VSDM für bundesweiten Rollout) bewertet (vgl. Tabelle 125).

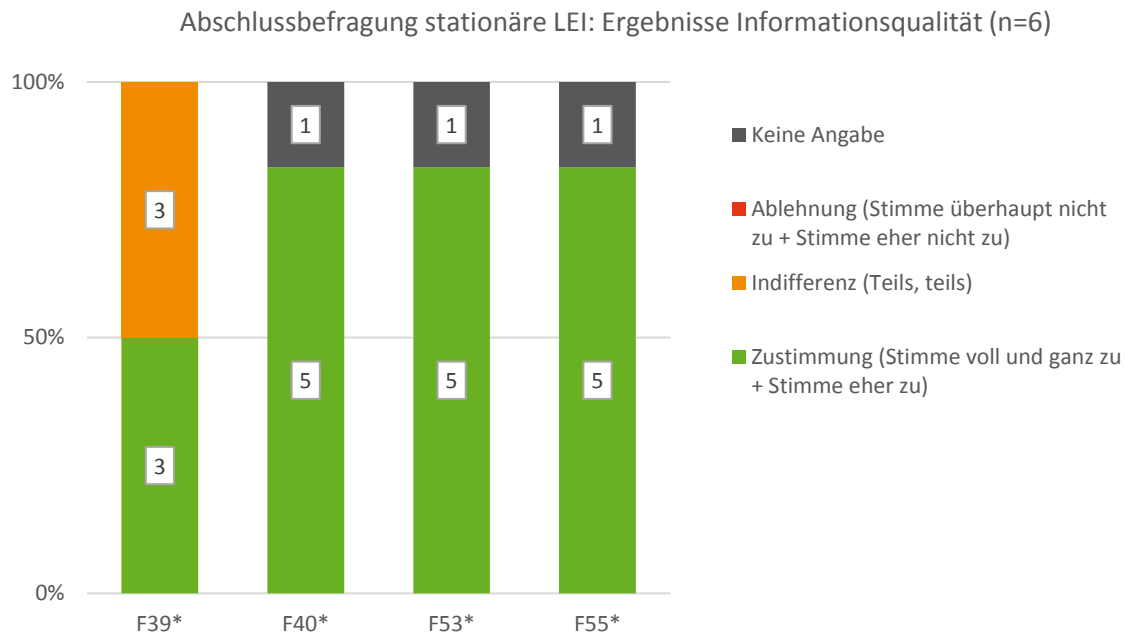
Die Systemqualität zu MZP3 ist gut bewertet. Sieben der zehn Items weisen hier eine Zustimmungsquote von mindestens 50% auf. Die Informationsqualität wurde zu MZP3 ebenfalls als gut bewertet. Alle LEI antworteten hier bei allen Items indifferent oder zustimmend. Das heißt, es gab hier keine ablehnenden Antworten. Bei den Auswirkungen von VSDM kam ein Item über die 50% Zustimmungsquote. Die Nutzungsabsicht wurde zu MZP3 positiv bewertet. Hier konnten sich insgesamt 75% der

LEI bei Item F69 eine zukünftige Anwendung vorstellen. Die Servicequalität wurde zu MZP3 ebenfalls positiv bewertet. Drei von vier Items lagen hier über einer Zustimmungsquote von 50%. Lediglich Item F15 (Allgemeiner Informationsstand der Patienten) wurde am schlechtesten bewertet. Bei der Zufriedenheit zeigte sich zu MZP3, dass vier von fünf Items eine Zustimmung von mindestens 50% erreichten. Das Item F68 wurde am schlechtesten bewertet (vgl. Tabelle 130).

Die Systemqualität zu MZP4 zeigte sich zu MZP4 gut bewertet. Sieben der zehn Items wiesen hier eine Zustimmungsquote von mindestens 50% auf. Item F44 (Einlesen der eGK dauert genauso lange wie vor der Umstellung auf VSDM) wurde hierbei am schlechtesten bewertet. Bei der Informationsqualität zeigten sich keine negativen Antworten der LEI bei den betrachteten Items. Auffällig hierbei ist, dass zu MZP4 bei Item F59 (leichte Feststellbarkeit ob eGK gültig) alle befragten LEI zustimmend antworteten. Die Nutzungsabsicht mit Item F69 zeigt zu MZP4 ein sehr heterogenes Bild. Jeweils 25% der LEI kommentierten die Aussage mit „stimme eher nicht zu“, „teils/teils“, „stimme eher zu“ und „stimme voll und ganz zu“. Bei der Servicequalität zeichnet sich zu MZP4 ein positives Bild ab. So wurden hier alle zugrundeliegenden Items mit mindestens einer 50%igen Zufriedenheitsquote bewertet. Bei Item F13 (Informiertheit des Klinikteams) und F35 (Qualität der Informationsmaterialien zur Erprobung) wurde sogar eine 100%ige Zustimmungsquote erzielt. Vier der fünf Items zur Messung der Zufriedenheit zu MZP4 wiesen mindestens eine Zustimmungsquote von 50% auf. Mit F68 (Einschätzung der Ausgereiftheit von VSDM für bundesweiten Rollout) wies lediglich ein Item eine geringere Zustimmung auf (vgl. Tabelle 134).

6.2.2. Informationsqualität zu MZP5

Abbildung 39 zeigt, dass die Informationsqualität (F39, F40, F53, F55) überwiegend als gut eingestuft werden kann. Bei allen vier Fragen haben mindestens drei der befragten stationären LEI der Frage zugestimmt („Stimme voll und ganz zu“ oder „Stimme eher zu“). Die Verständlichkeit der Meldungen am Kartenterminal (F39) wurde jedoch heterogen bewertet, da drei stationäre LEI bezüglich der Aussage „Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich“ die Antwort „teils, teils“ angaben.

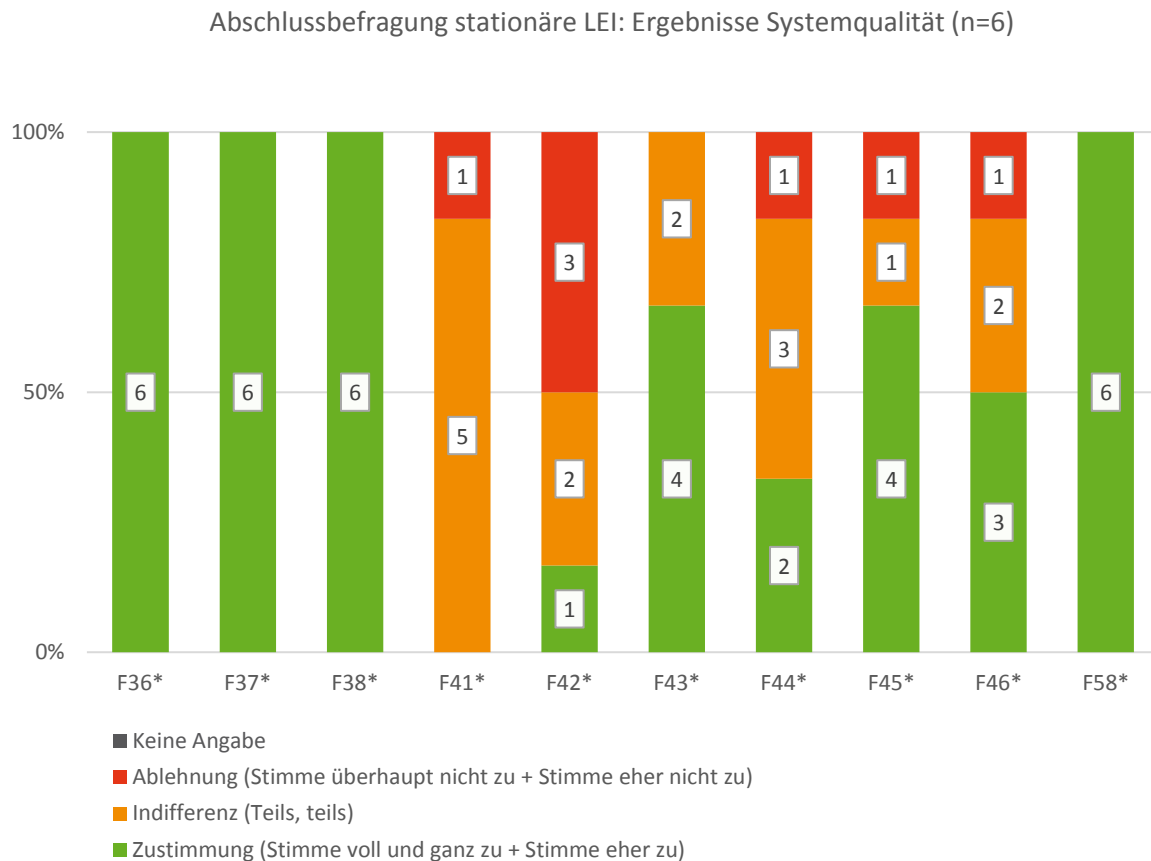


* **F39:** Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich, **F40:** Unser Team versteht die Meldungen am Kartenlesegerät jetzt besser als zu Beginn der Erprobung, **F53:** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte aktuell, **F55:** Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte fehlerfrei. **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 39: Informationsqualität bei stationären LEI in der Abschlussbefragung

6.2.3. Systemqualität zu MZP5

Abbildung 40 zeigt, dass die Beurteilung der Systemqualität (bestehend aus zehn Fragebogenelementen mit einer Zustimmungsskala und einem Fragebogenelement mit einer Veränderungsskala) durch die stationären LEI in einigen Punkten sehr positiv, in anderen Punkten dagegen eher negativ ausfiel. Bei sechs von zehn Fragen überwog die Zustimmung unter den stationären LEI. Bei vier Fragen (F36, F37, F38 und F58) zeigte sich mit sechs Zustimmungen ein sehr deutliches Ergebnis. Bei den Fragen F43 (Schnelligkeit des Einlesevorgangs) und F45 (Integration des Einlesevorgangs in die Patientenmeldung) äußerten sich vier stationäre LEI zustimmend. Bei Frage F46 „Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenaufnahme nicht“ stimmten nur drei stationäre LEI zu, zwei LEI waren indifferent und eine LEI stimmte dieser Aussage nicht zu.



* **F36:** Die Bedienung des Kartenlesegeräts zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist einfach, **F37:** Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich, **F38:** Unser Team versteht die Arbeitsabläufe beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte jetzt besser als zu Beginn der Erprobung, **F41:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei, **F42:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich, **F43:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell, **F44:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung, **F45:** Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenaufnahme ein, **F46:** Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenaufnahme nicht, **F58:** Unser Team vertraut darauf, dass die Versichertenstammdaten entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet und übertragen werden. **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 40: Systemqualität bei stationären LEI in der Abschlussbefragung

Bei der Frage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung“ (F44) stimmten nur zwei LEI zu. In den zwei verbleibenden Fragen (F41, F42) gab es keine bzw. nur eine einzelne zustimmende stationäre LEI. Auffallend war die Frage „Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei“ (F41) zu der keine einzige LEI eine Zustimmung angab. Nicht in Abbildung 40 gezeigt ist die Frage „Aus heutiger Sicht ist die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei der Verarbeitung und Übertragung der Versichertenstammdaten...“ (F60) bei der drei stationäre LEI das Datenschutzniveau mit VSDM besser oder etwas besser als im Basis-Rollout einschätzten. Zwei stationäre LEI sahen keine Veränderungen zum Basis-Rollout und eine LEI machte keine Angaben.

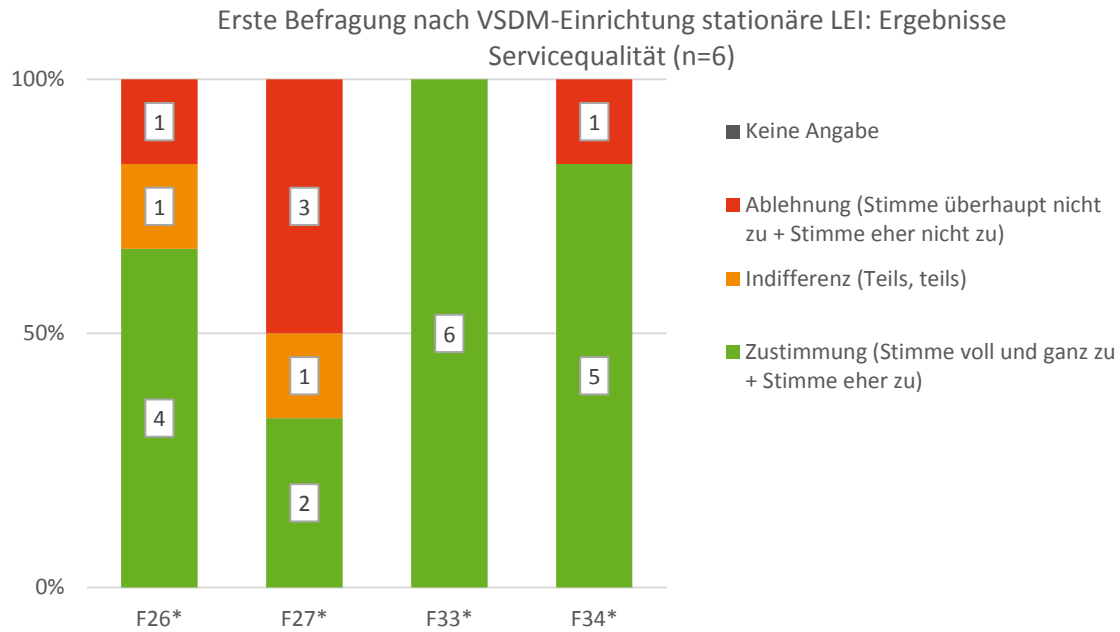
Im Bereich der Systemqualität zeigte sich, dass die Verständlichkeit der VSDM-Anwendung und -Komponenten für alle stationären LEI akzeptabel war, jedoch die Stabilität (F41) und die Verfügbarkeit (F42) nicht als praxistauglich angesehen werden können. Die genauen Hintergründe für die Probleme mit der Verfügbarkeit sind dem AN WEV nicht bekannt, jedoch lassen sich diese ebenfalls aus den Fehlerquoten der Einlesevorgänge (objektive Daten) für einzelne Kalenderwochen ableiten (vgl. Abbildung 57 des Kapitels 8.5). Des Weiteren stellte sich heraus, dass die Abläufe der Patientenaufnahme (F43, F44, F45, F46) bei den meisten LEI eher geringfügig beeinträchtigt waren. Ein Vergleich mit dem Ausgangszustand zeigte, dass die Stabilität (F41), die Verfügbarkeit (F42), und die Integrationsfähigkeit in den Praxisalltag (F45, F46) hinter dem zu MZP1 gemessenen Ausgangswert zurückblieben. Hinsichtlich der Schnelligkeit (F43) wurde nach der VSDM-Einrichtung der Ausgangszustand mit vier zustimmenden LEI wieder erreicht.

6.2.4. Servicequalität zu MZP2 bzw. MZP5

Die Servicequalität betrachtet zum einen die Einführungsprozesse (siehe Abbildung 41), wofür die Ergebnisse der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung herangezogen wurden. Zum anderen wurde die Servicequalität unter dem Gesichtspunkt der Unterstützung des laufenden Betriebs untersucht (Supportprozesse). Dafür wurden, wie auch bei den anderen Themen, die Ergebnisse der Abschlussbefragung herangezogen, was in Abbildung 42 dargestellt ist. Zur Servicequalität wurden bei stationären LEI weniger Fragen als bei ambulanten LEI erhoben, da nicht sämtliche Fragen aus dem Bereich Servicequalität für stationäre LEI relevant waren. In Abbildung 41 sind die Ergebnisse zu den vier Fragen (F26, F27, F33, F34) bezüglich der Einführungsprozesse dargestellt. Die Hälfte der stationären LEI stimmte der Aussage „Die Arbeit unseres Teams wurde durch die technische Umstellung kaum gestört“ nicht zu. Zugleich wurde der Umstellungsaufwand jedoch von vier stationären LEI als nachvollziehbar angegeben. Zu den Einführungsprozessen konnte festgestellt werden, dass diese für die stationären LEI praxistauglich sind, jedoch war der Aufwand für die VSDM-Einrichtung eine kritische Größe.

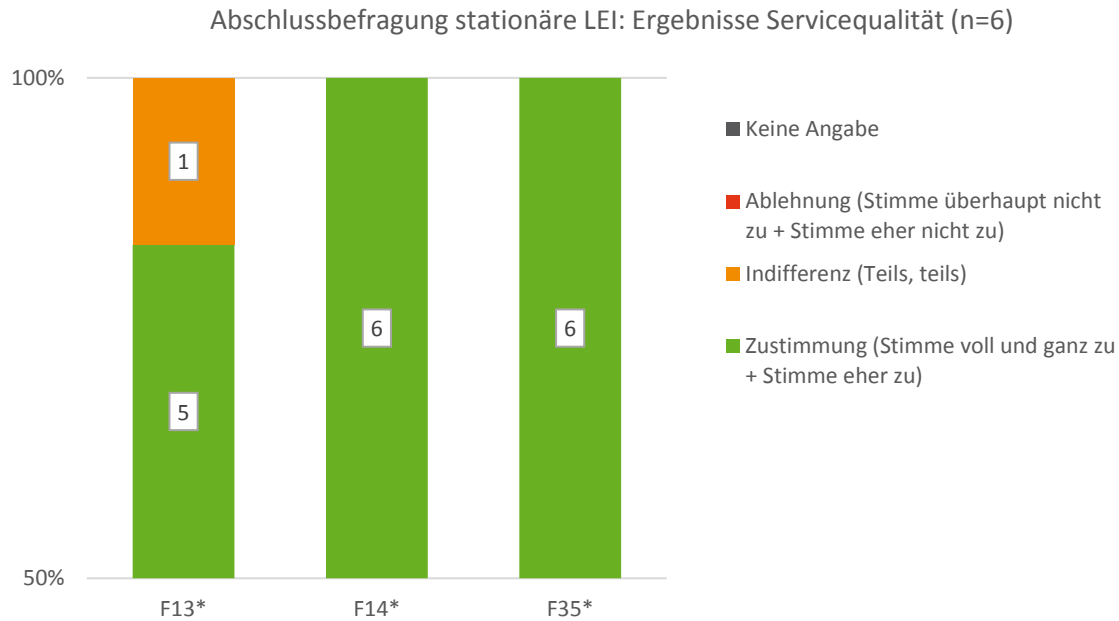
Die drei Fragen zu den Supportprozessen, dargestellt in Abbildung 42, wurden von fast allen stationären LEI nahezu vollständig mit Zustimmung beantwortet. Die Supportprozesse konnten damit für die stationären LEI als praxistauglich bewertet werden.

Betrachtet man beide Teile der Servicequalität für stationäre LEI zusammen, kann festgestellt werden, dass sowohl die Einführungsprozesse, als auch die Supportprozesse als praxistauglich angesehen werden können. Bei den Einführungsprozessen ist jedoch der Einrichtungsaufwand kritisch zu sehen.



* **F26:** Der Aufwand der technischen Umstellung war für unser Team nachvollziehbar, **F27:** Die Arbeit unseres Teams wurde durch die technische Umstellung kaum gestört, **F33:** Unser Team ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen zu den neuen Geräten zufrieden, **F34:** Unser Team ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen von CompuGroup Medical zur Erprobung zufrieden. **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 41: Servicequalität (Einführungsprozesse) bei stationären LEI in der ersten Befragung nach VSDM-Einrichtung

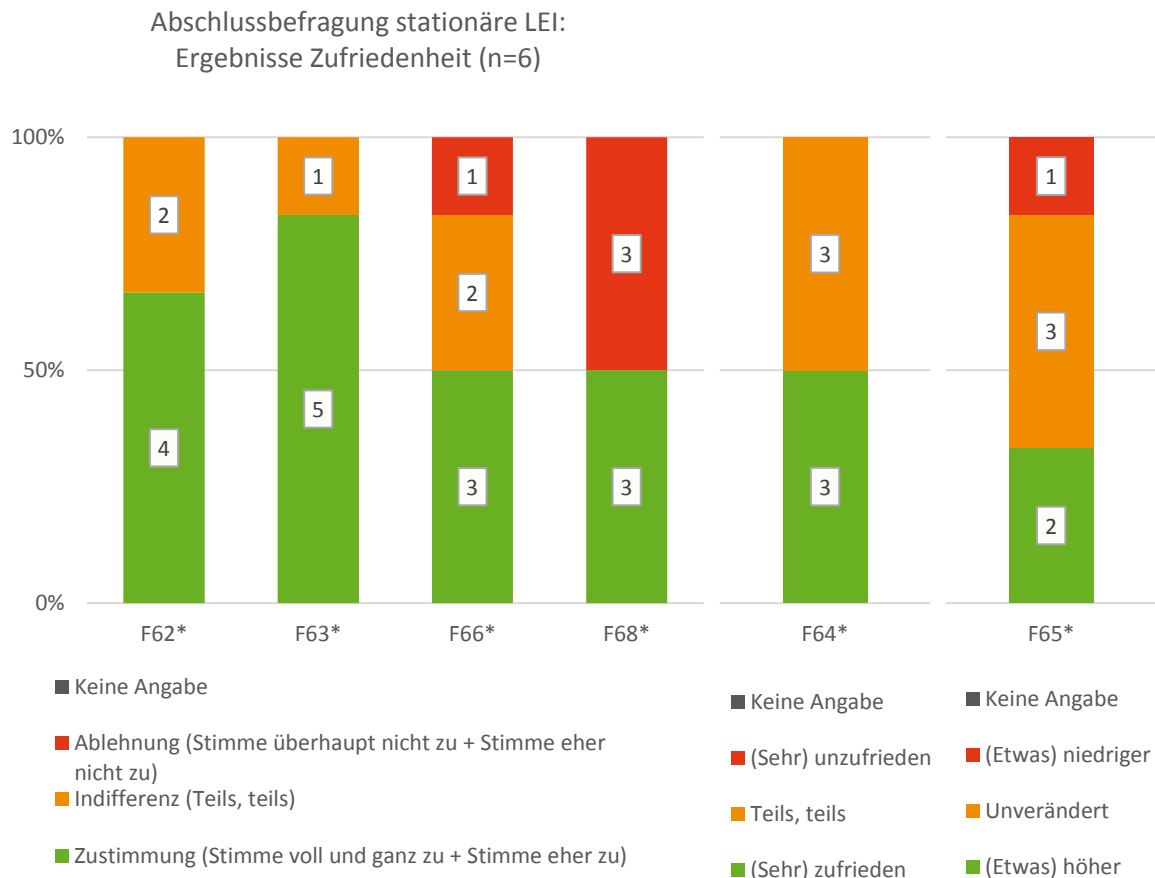


* **F13:** Unser Team ist über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut informiert, **F14:** Das Wissen unseres Teams zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hat im Laufe der Erprobung zugenommen, **F35:** Insgesamt ist unser Team mit der Qualität des Informationsangebots im Rahmen der Erprobung zufrieden. **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 42: Servicequalität (Supportprozesse) bei stationären LEI in der Abschlussbefragung

6.2.5. Zufriedenheit zu MZP5

Wie stationäre LEI auf Fragen zur Zufriedenheit geantwortet haben, ist in Abbildung 43 dargestellt. Den direkten Fragen nach Nützlichkeit und Zufriedenheit (F62, F63, F66) stimmten zwischen drei und fünf stationären LEI zu. Bei der Frage „Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung“ (F68) waren die Antworten der stationären LEI maximal unterschiedlich, da drei LEI der Aussage zustimmten und drei nicht. In der Gesamtbeurteilung der Arbeitsschritte beim Einlesen (F64) gaben drei stationäre LEI an (sehr) zufrieden zu sein. Die drei anderen LEI waren diesbezüglich indifferent. Unzufriedenheit wurde von keiner stationären LEI bei Frage F64 angegeben.



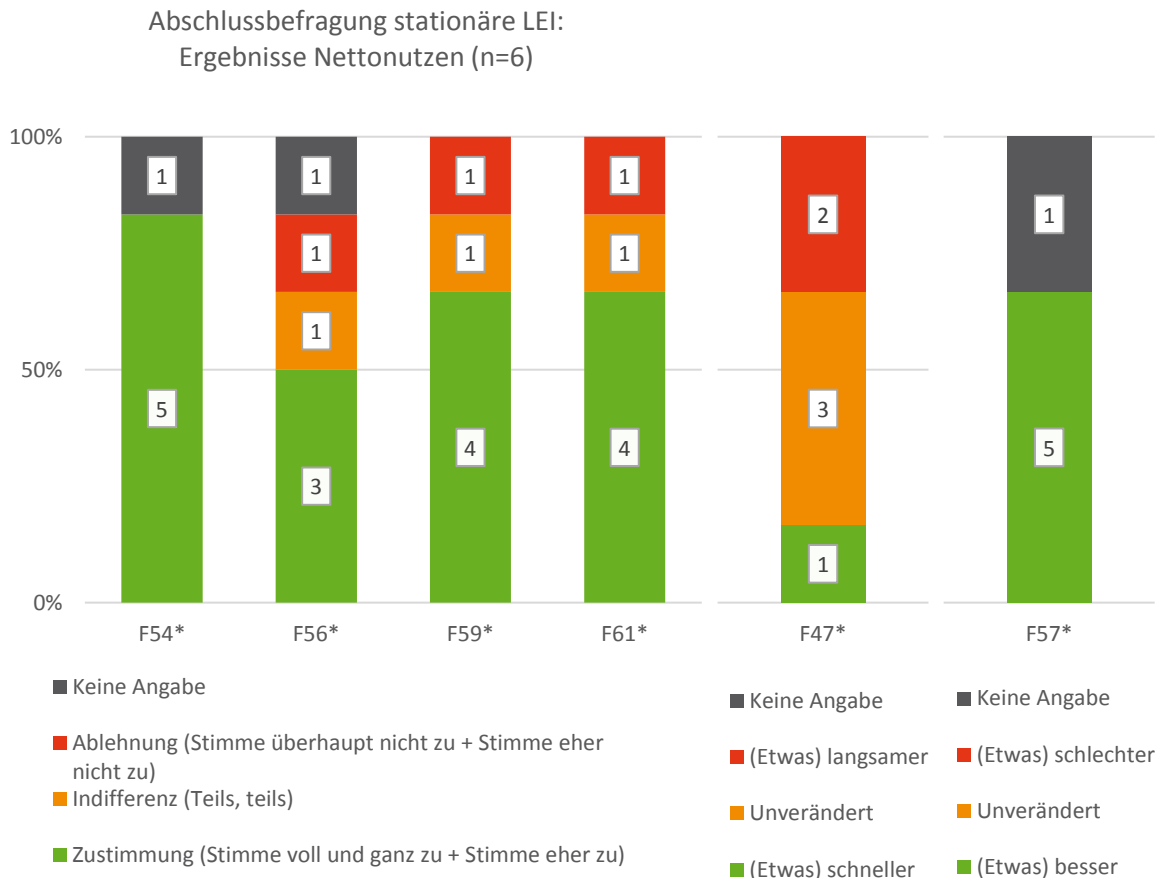
***F62:** Insgesamt ist unser Team mit dem Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) zufrieden, **F63:** Das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ist für unser Krankenhaus nützlich, **F66:** Die Arbeitsabläufe nach der technischen Umstellung lassen sich mit dem Krankenhausalltag gut vereinbaren, **F68:** Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z.B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung, **F64:** Insgesamt ist unser Team mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten..., **F65:** Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Teams mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte... **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 43: Zufriedenheit der stationären LEI in der Abschlussbefragung

In der Frage nach dem direkten Vergleich zur Situation vor der technischen Umstellung (F65) gab eine stationäre LEI an (etwas) weniger zufrieden zu sein, bei dreien war es unverändert und bei zweien war die Zufriedenheit (etwas) höher. Zur Zufriedenheit der Teilnehmer im stationären Bereich konnte abschließend festgestellt werden, dass in etwa die Hälfte mit VSDM zufrieden war. Die Eignung von VSDM für eine bundesweite Einführung wurde von den stationären LEI maximal verschieden eingeschätzt.

6.2.6. Nettonutzen zu MZP5

Bei der Beurteilung des Nettonutzens zum Zeitpunkt der Abschlussbefragung ließ sich erkennen, dass fünf stationäre LEI der Aussage „Die Aktualität der Versichertenstammdaten hat sich im Laufe der Erprobung verbessert“ (F54) zustimmten.



***F54:** Die Aktualität der Versichertenstammdaten hat sich im Laufe der Erprobung verbessert, **F56:** Nach der technischen Umstellung treten weniger Fehler in den Versichertenstammdaten auf, **F59:** Unser Team kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist, **F61:** Nach der technischen Umstellung kann unser Team jetzt leichter feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist, **F47:** Aus heutiger Sicht sind die Arbeitsabläufe bei der Patientenaufnahme in unserem Krankenhaus..., **F57:** Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt... **Anmerkung:** Auf die Angabe der Prozentanteile wurde aufgrund der kleinen Fallzahl verzichtet und stattdessen die absolute Antworthäufigkeit angegeben.

Abbildung 44: Nettonutzen bei stationären LEI in der Abschlussbefragung

Eine Reduktion von Fehlern in den Stammdaten (F56) sahen nur drei der stationären LEI. Vier stationäre LEI äußerten sich jeweils zu den Fragen F59 und F61 zustimmend. Bei Frage F59 wurde das Niveau der Ausgangssituation (Basis-Rollout) von damals zwei zustimmenden LEI deutlich übertroffen.

Nachteilig im Bereich des Nettonutzens ist der zum Teil erhöhte Zeitbedarf bei der Patientenaufnahme, da zwei stationäre LEI angaben, dass die Abläufe der Patientenmeldung (etwas) langsamer

als vor der VSDM-Einrichtung waren. Bei drei LEI war dieser unverändert und bei einer sogar schneller. Die Extremwertbefragung zeigte, dass die teilweise unzureichende Systemqualität einen erheblichen Einfluss auf den Zeitbedarf bei der Patientenanmeldung hatte. Abschließend konnte zum Nettutzen festgestellt werden, dass das Nutzenpotenzial (Sicherheit bezüglich des Versicherungsverhältnis und Aktualität der Stammdaten) für die stationären LEI eindeutig im Alltag sichtbar wurde. Dem stand jedoch in manchen Fällen ein erhöhter Zeitbedarf für die Patientenanmeldung gegenüber, der für die LEI unterschiedlich hoch ausfiel. Ursächlich waren hier die unterschiedlichen Systemkonfigurationen und die ungleiche Häufigkeit nicht gültiger eGK. Insgesamt fiel der Nettutzen daher neutral oder möglicherweise negativ aus.

6.2.7. Evaluationskriterien außerhalb des ISSM zu MZP5

F15 – stationäre LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	1
	Anteil	16,7%
Stimme eher nicht zu	LEI	2
	Anteil	33,3%
Teils, teils	LEI	1
	Anteil	16,7%
Stimme eher zu	LEI	2
	Anteil	33,3%
Stimme voll und ganz zu	LEI	0
	Anteil	0,0%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 41: Häufigkeitsverteilung Item F15 (stationäre LEI) - Einschätzung des Informationsstandes der Patienten/-innen

Mittels Item F15 wurde die Einschätzung der stationären LEI zum Informationsstand der Patientinnen und Patienten zur eGK abgefragt. Zu MZP5 gab die Mehrheit der Befragten an, dass der Informationsstand nicht gut ist. Insgesamt die Hälfte (50%, n=3) der Befragten lehnte die Aussage ab. Eine LEI (16,7%) antwortete indifferent, zwei LEI (33,3%) stimmten der Aussage „eher zu“ (vgl. Tabelle 41).

F16 – stationäre LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	1
	Anteil	16,7%
Stimme eher nicht zu	LEI	2
	Anteil	33,3%
Teils, teils	LEI	2
	Anteil	33,3%
Stimme eher zu	LEI	1
	Anteil	16,7%
Stimme voll und ganz zu	LEI	0
	Anteil	0,0%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 42: Häufigkeitsverteilung Item F16 (stationäre LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen

Bezüglich der Zunahme des Wissens der Patienten/-innen bezüglich der eGK (Item F16, vgl. Tabelle 42) zeigt sich ein eher negatives Antwortverhalten. Lediglich eine stationäre LEI stimmt der Aussage „eher zu“ (16,7%), während zwei Weitere die Antwortkategorie „teils, teils“ wählten (33,3%). Die Übrigen Befragten stimmen der Aussage „eher nicht“ bzw. „überhaupt nicht“ zu (n=2, 33,3% bzw. n=1, 16,7%).

F69 – stationäre LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	0
	Anteil	0,0%
Stimme eher nicht zu	LEI	0
	Anteil	0,0%
Teils, teils	LEI	1
	Anteil	16,7%
Stimme eher zu	LEI	4
	Anteil	66,7%
Stimme voll und ganz zu	LEI	1
	Anteil	16,7%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 43: Häufigkeitsverteilung Item F16 (stationäre LEI) Nutzungsabsicht weitere Anwendungen eGK

Item F69 fragte die stationären LEI nach der zukünftigen Nutzungsabsicht von weiteren Anwendungen der eGK. Mit 83,4% (n=5) konnte sich zu MZP5 ein Großteil der Befragten eine zukünftige Nutzung von weiteren eGK-Anwendungen vorstellen. Eine LEI (16,7%) äußerte sich hierzu indifferent (vgl. Tabelle 43).

6.2.8. Vergleichende Betrachtung der Messzeitpunkte

Im Zuge der Auswertung der Ergebnisse der stationären LEI wurden die Evaluationskriterien, die zu mehreren MZP abgefragt wurden, auch daraufhin untersucht, ob das Ausgangsniveau wieder erreicht werden konnte. Hierbei wurden als Ausgangsniveau je nach Evaluationskriterium die Ergebnisse des MZP1 herangezogen. Verglichen wurden diese mit den entsprechenden Ergebnissen zu MZP5. Eine genaue Übersicht über die Ergebnisse bietet Tabelle 44. Hierbei war festzustellen, dass im stationären Sektor alle Evaluationskriterien ihr Ausgangsniveau wieder erreichen konnten. Ausnahmen hiervon bieten die fünf folgenden Kriterien:

- Praxistauglichkeit technische Qualität: Stabilität [F41]
- Praxistauglichkeit technische Qualität: Verfügbarkeit [F42]
- Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F45]
- Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F46]
- Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F64]

Auffallend hierbei ist, dass vier von fünf Evaluationskriterien, die ihren Ausgangswert nicht erreichen konnten, aus der Kategorie Praxistauglichkeit stammen. Diese vier Kriterien behandeln dabei die Prozesse rund um das Einlesen der eGK. Am deutlichsten wurde das Ausgangsniveau bei Item F42 unterschritten, das danach fragt, ob das Einlesen der eGK zu jeder Zeit möglich ist. Auch bei Item F41 konnte eine deutliche Verfehlung festgestellt werden. Hierbei geht es um das fehlerfreie Einlesen der eGK.

Auf eine Analyse des Verlaufs der Bewertungen zwischen den einzelnen MZP wurde im stationären Bereich aufgrund der geringen Stichprobengröße verzichtet.

6. Ergebnisse für stationäre LEI

Evaluationskriterium [Item ID]	Vergleich mit Ausgangsniveau (MZP1<->MZP5)
Systemqualität	
Handhabbarkeit [F36]	erreicht
Erlernbarkeit der Anwendung [F37]	erreicht
Erlernbarkeit der Anwendung [F38]	nur zu MZP5 erhoben
Praxistauglichkeit technische Qualität: Stabilität [F41]	nicht erreicht
Praxistauglichkeit technische Qualität: Verfügbarkeit [F42]	nicht erreicht
Praxistauglichkeit technische Qualität: Antwortverhalten [F43]	erreicht
Praxistauglichkeit technische Qualität: Antwortverhalten [F44]	zu MZP1 nicht erhoben
Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F45]	nicht erreicht
Praxistauglichkeit (Einbettung in Prozess der Anmeldung) [F46]	nicht erreicht
Einhaltung Datenschutz (aus Anwender/innen/sicht) [F58]	erreicht
Einhaltung Datenschutz (aus Anwender/innen/sicht) [F60]	zu MZP1 nicht erhoben
Informationsqualität	
Verständlichkeit der Rückmeldungen [F39]	erreicht
Verständlichkeit der Rückmeldungen [F40]	nur zu MZP5 erhoben
Vertrauen in die Korrektheit der übermittelten VSD [F53]	erreicht
Vertrauen in die Korrektheit der übermittelten VSD [F55]	erreicht
Auswirkungen (Netto Nutzen)	
Zeitverlust/Zeitgewinn bei VSDM bei Erstkontakt im Quartal [F47]	zu MZP1 nicht erhoben
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F54]	nur zu MZP5 erhoben
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F56]	nur zu MZP5 erhoben
Höhere Aktualität/Qualität bei Stammdaten [F57]	zu MZP1 nicht erhoben
Reduktion Missbrauch [F59]	erreicht
Reduktion Missbrauch [F61]	nur zu MZP5 erhoben
Nutzungsabsicht	
Blick in die Zukunft: Nutzung zukünftiger Anwendungen vorstellbar [F69]	zu MZP1 nicht erhoben
Servicequalität	
Informiertheit der Patient/inn/en (aus Sicht der Leistungserbringer/innen) [F15]	erreicht
Informiertheit der Patient/inn/en (aus Sicht der Leistungserbringer/innen) [F16]	nur zu MZP5 erhoben
Kenntnisstand der Anwender [F13]	erreicht
Kenntnisstand der Anwender [F14]	nur zu MZP5 erhoben
Aufwand der Umstellung auf neue Technik incl. Notwendige Veränderungen im Praxis-Netz [F26]	nur zu MZP2 erhoben
Aufwand der Umstellung auf neue Technik incl. Notwendige Veränderungen im Praxis-Netz [F27]	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Technik [F33]	zu MZP1 nicht erhoben
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Erprobung [F34]	nur zu MZP2 erhoben
Qualität der bereitgestellten Informationen zur Erprobung [F35]	zu MZP1 nicht erhoben
Zufriedenheit	
Zufriedenheit mit VSDM insgesamt [F62]	zu MZP1 nicht erhoben
Empfundener Gesamtnutzen aus ärztlicher Sicht [F63]	zu MZP1 nicht erhoben
Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F64]	nicht erreicht
Zufriedenheit mit dem Einlesevorgang [F65]	nur zu MZP5 erhoben
Zufriedenheit mit VSDM insgesamt [F66]	zu MZP1 nicht erhoben
Einschätzung der Ausgereiftheit von VSDM für ein bundesweites Rollout [F68]	zu MZP1 nicht erhoben

Tabelle 44: Entwicklung der ISS-Dimensionen

6.3. Ergebnisse der Extremwertanalyse im stationären Bereich

Für die telefonische Befragung der stationären LEI im Rahmen der Extremwertanalyse wurden insgesamt sechs Interviews geführt (EWB1). Hierbei stimmten alle sechs Gesprächspartner einer Audioaufnahme zu. Aufgrund der zeitlichen Nähe zwischen den Befragungszeitpunkten wurde auf ein erneutes Interview zu EWB2 verzichtet. Tabelle 45 zeigt eine Übersicht über die durchschnittliche Dauer der Interviews. Diese werden getrennt nach den einzelnen MZP sowie als Gesamtwert angegeben.

	EWB1	Gesamt
Durchschnittliche Dauer in Minuten [SD]	09:39 [03:05]	09:39 [03:05]
Interviewanzahl	6	6

Tabelle 45: Interviewdauer und -anzahl (stationär)

Im Rahmen der Extremwertanalysen wurden insgesamt alle sechs beteiligten stationären LEI zu EWB1 befragt, dabei waren alle Interviewpartner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der IT-Abteilungen der jeweiligen Häuser. Eine Übersicht über die Charakteristika der befragten LEI kann Tabelle 36 des Kapitels 6.1 entnommen werden. Die stationären LEI wurden zudem befragt, wie viele Arbeitsplätze in Ihrer Klinik umgerüstet wurden bzw. wie viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesen umgerüsteten Arbeitsplätzen arbeiten (Frage EQS2). Eine Übersicht über das Antwortverhalten bietet Tabelle 46 in Verbindung mit Abbildung 45.

	EWB1	Gesamt
Umgerüstete Arbeitsplätze [SD]	14,33 [18,45]	14,33 [18,45]
An den Arbeitsplätzen tätige Mitarbeiter/-innen [SD]	14,40 [9,52]	14,40 [9,52]

Tabelle 46: Umgerüstete Arbeitsplätze und dort tätige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (stationär)

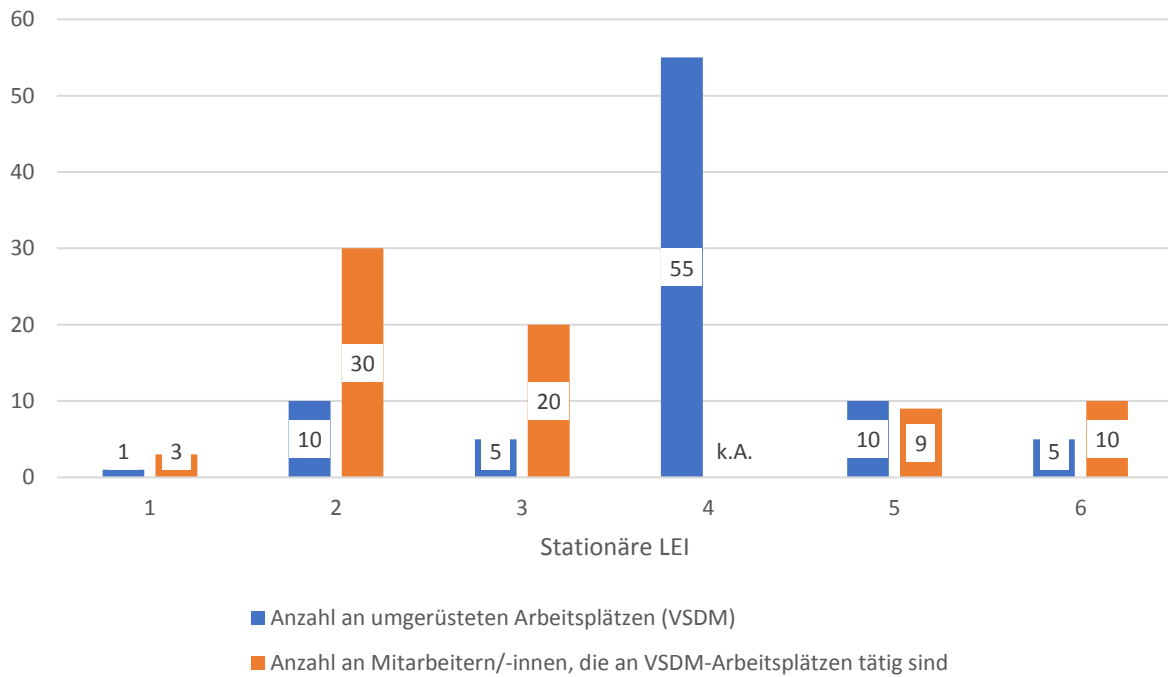


Abbildung 45: Übersicht VSDM-Arbeitsplätze und Mitarbeiter (stationär)

Es erfolgte ebenfalls eine Abfrage, ob die stationären LEI über eine Notfallambulanz bzw. ermächtigte Ärzte verfügen, und ob die Notfallambulanz bzw. die ermächtigten Ärzte in die Erprobung von VSDM eingebunden waren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 47 dargestellt.

	Ja	Nein
Notfallambulant vorhanden	5	1
Notfallambulanz benutzt VSDM	4	2
Ermächtigte Ärzte vorhanden	5	1
Ermächtigte Ärzte benutzen VSDM	3	3

Tabelle 47: Notfallambulanz und ermächtigte Ärzte (stationär)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der EWB1 für den stationären Versorgungsbereich bezüglich der fördernden bzw. hemmenden Faktoren dargestellt. Hierbei wurden die Antworten auf Frage EQS8 direkt den am besten zur jeweiligen Aussage passenden Fragen zugeordnet. Als Beispiel wurden unter EQS8 genannte zusätzliche positive Aspekte direkt in Frage EQS5 integriert.

Die Antworten auf die Fragen EQS5 und EQS5.1 wurden zu positiven Aspekten und die Antworten auf die Fragen EQS6 und EQS6.1 wurden zu negativen Aspekten aggregiert. In einem nächsten Schritt wurden die negativen Aspekte und die Antworten auf Frage EQS7 (Verbesserungsvorschläge) aggregiert, um auf diese Weise Handlungsempfehlungen direkt ableiten zu können.

Die so aggregierten Ergebnisse sowohl zu den positiven als auch den negativen Aspekten wurden direkt zu fördernden bzw. hemmenden Faktoren zusammengefasst und sind dementsprechend im Folgenden dargestellt. Wünsche und Änderungsbedarfe der LEI zur Erprobung des VSDM wurden als Handlungsempfehlungen den hemmenden Faktoren zugeordnet.

Bezüglich der Limitationen der Extremwertanalysen wird an dieser Stelle auf Kapitel 5.5.3 verwiesen werden. Die dort dargestellten Aspekte sind für den stationären Bereich ebenfalls gültig.

6.3.1. Fördernde Faktoren

Folgende fördernde Faktoren wurden im Rahmen der Extremwertanalyse im stationären Bereich identifiziert:

- 1) Nutzen von VSDM für Krankenhäuser
- 2) Keine Änderungen im Arbeitsablauf
- 3) Geschwindigkeit der Online-Prüfungen

Nutzen von VSDM für die Krankenhäuser: Ein fördernder Faktor, der für den stationären Bereich identifiziert werden konnte, ist der Nutzen von VSDM für die Krankenhäuser. Analog zum ambulanten Sektor, wurden von den beteiligten LEI die Anwendungen des Projekts bzw. deren Nutzen durchaus wahrgenommen. So wurde unter anderem die Möglichkeit der sofortigen Prüfung des Versicherungsverhältnisses sowie die schnelle Prüfung der eGK auf Aktualität bzw. deren schnelle Aktualisierung bei Änderungen der VSD erwähnt.

Keine Änderungen im Arbeitsablauf: Ebenfalls analog zum ambulanten Bereich stellte auch ein unveränderter Arbeitsablauf trotz Umstellung auf VSDM einen fördernden Faktor dar. Es wurde durch die befragten LEI explizit erwähnt, dass die Entwicklung und Beibehaltung von Routinen bei Standardabläufen, wie beispielsweise dem Patientenaufnahmeprozess, einen wichtigen Faktor für stationäre Einrichtungen darstellen. Falls dieser Patientenaufnahmeprozess unter dem neuen VSDM-System nicht durch Systemabstürze beeinträchtigt wurde, war der gesamte Prozess gegenüber dem Prozess vor der Umstellung auf VSDM unverändert.

Geschwindigkeit der Online-Prüfungen: Ein weiterer aus den Interviews identifizierter fördernder Faktor war die Geschwindigkeit der Online-Prüfungen im Rahmen des Einlesevorgangs der eGK. Hier wurde neben der reinen Funktionsfähigkeit, der unter dem Faktor „Nutzen von VSDM für Krankenhäuser“ angeführten Anwendungen von VSDM auch noch die Wichtigkeit deren Geschwindigkeit hervorgehoben. So war es gerade für stationären LEI von großer Bedeutung, dass beispielsweise die Prüfung der eGK auf Aktualität bzw. die Aktualisierung der VSD schnell und reibungslos funktionierten. Dies liegt vor allem darin begründet, dass stationäre Einrichtungen in der Regel mit mehr Patienten konfrontiert sind und somit auch kleinere Verzögerungen in den einzelnen Abläufen den Klinikablauf beeinflussen können.

6.3.2. Hemmende Faktoren

Folgende hemmende Faktoren wurden im Rahmen der Extremwertanalyse im stationären Bereich identifiziert:

- 1) Systemabstürze (Hardware und Software)
- 2) Installation
- 3) Heterogenität der Anforderungen in Krankenhäusern
- 4) Nicht einlesbare eGK

Systemabstürze (Hardware und Software): Als hemmender Faktor für die stationären LEI konnten analog zu den ambulanten LEI die auftretenden Systemabstürze identifiziert werden. Diese wurden, wie auch schon im ambulanten Bereich, von Hardware und Softwarefehlern ausgelöst. Diese sollen auch an dieser Stelle gemeinsam dargestellt werden, da eine abschließende Analyse über die auslösenden Faktoren über telefonische Befragungen nicht dargestellt werden konnte und die Auswirkungen der Systemabstürze unabhängig vom auslösenden Faktor ähnlich sind.

Die Gründe für die durch die Hardware ausgelösten Systemabstürze wurden von den LEI unter anderem mit regelmäßigen Abstürzen bzw. Defekten der Konnektoren angegeben. Ebenfalls wurde angemerkt, dass die Kartenlesegeräte, die im Zuge von VSDM ausgeliefert und installiert wurden, häufig Defekte aufwiesen und daher ausgetauscht werden mussten.

Softwareseitig wurde über Probleme berichtet, die innerhalb des Systems das Einlesen von eGK verhinderten. Dabei kam es nicht zu einem „einfrieren“ der kompletten Software, sondern zu einem Ausfall des Dienstes, der für das Einlesen von eGK konzipiert war.

Auswirkungen der Systemabstürze wurden durch die stationären LEI mit einem erhöhten Zeitaufwand angegeben. Hier musste zum einen das betreffende Teilsystem neu gestartet werden. In der Ausfallzeit und in der Zeit des Neustarts war ein Einlesen von eGK nicht möglich und es kam zu Unterbrechungen des Klinikbetriebs. Aufgrund der Systemausfälle in den betroffenen Einrichtungen musste auch häufig auf die alten Geräte bzw. die alte Infrastruktur zurückgegriffen werden, die dort oftmals noch parallel zur neuen VSDM-Infrastruktur in Betrieb war. Kam es aufgrund von Hardware-Defekten zu einer Situation, in der ein Gerät ausgetauscht werden musste, so war es nach Ansicht der LEI schwierig dieses Ersatzgerät in die laufende Infrastruktur zu integrieren. Als Problem wurde hier das sogenannte „Pairing“ von Austauschgeräten mit dem Konnektor angegeben. Zudem wurde angemerkt, dass im Falle eines Systemausfalls das momentane VSDM-Setting noch keine ausreichende Systemredundanz aufweist.

Als möglicher Verbesserungsvorschlag wurde durch die LEI angegeben, die Rückfallmöglichkeit des Systems allgemein zu verbessern, sodass ein Ausfall eines Konnektors nicht einen Systemausfall im

kompletten Krankenhaus nach sich zieht. Ebenfalls wurde gefordert, die Kompatibilität zwischen den Krankenhausinformationssystemen (KIS) und den Anwendungen des VSDM zu verbessern.

Installation: Die Installationsvorgänge rund um VSDM stellten ebenfalls einen hemmenden Faktor im klinischen Setting dar. Hier wurde seitens der LEI angemerkt, dass die Systemanforderungen, die VSDM an die IT-Infrastruktur stellt, im Vorfeld nicht ausreichend definiert bzw. kommuniziert wurden. Zusätzlich wurde die Erstinstallation als relativ aufwändig bzw. schwierig empfunden. Hier waren vor allem Netzwerkprobleme zu verzeichnen, weshalb das System anfänglich noch Stabilitätsprobleme aufwies, welche erst nach einem längeren Prozess abgestellt werden konnten.

Die Schwierigkeiten im Installationsprozess zogen einen erhöhten Zeitaufwand, einmal durch die Installation selbst und zum anderen durch die anfänglichen Ausfälle nach sich, bis das System stabil lief. Außerdem waren auch hier Rückgriffe auf die alten Geräte nötig, um die Ausfallzeiten zu überbrücken.

Die LEI sahen hier mögliche Verbesserungspotenziale in der besseren Definition und Kommunikation der Systemanforderungen im Vorfeld. So könnte sichergestellt werden, dass die jeweiligen IT-Systeme auf die Installation und den Betrieb des VSDM vorbereitet werden.

Heterogenität der Anforderungen in Krankenhäusern: In den Interviews mit den LEI wurde deutlich, dass sich die Gegebenheiten in den Krankenhäusern bzw. stationären Einrichtungen von den Gegebenheiten in den ambulanten Einrichtungen unterschieden. Stationäre Einrichtungen haben eine höhere Heterogenität der Anforderungen, was sich ebenfalls hemmend auf VSDM auswirkte. Begründet liegt dies darin, dass in einem Krankenhaus zum einen mehr Prozesse gleichzeitig ablaufen, zum anderen aber auch, dass es mehrere Beteiligte an diesen Prozessen gibt. Ein Beispiel stellten hier die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte dar, die in fünf der befragten LEI vorhanden waren und in drei auch VSDM benutzt haben. Diese ermächtigten Ärztinnen und Ärzte rechnen eigenständig mit der KV ab, sind aber hinsichtlich des Patientenanmeldeprozesses ein vollständig integrierter Teil des Klinikablaufs. Diese Ärztinnen und Ärzte müssen nun als Ausnahmefälle mit jeweils eigenen SMC-B-Karten in das System integriert werden, was laut Aussage der LEI erhebliche Probleme verursachen würde.

Hier würden sich die stationären LEI eine bessere Lösung wünschen, um die ermächtigten Ärztinnen und Ärzte leichter in das System integrieren zu können oder für diese Gruppe der Ärztinnen und Ärzte eine andere Form der Anbindung an das VSDM zu schaffen. Im Allgemeinen hatten die stationären LEI nach eigener Aussage das Gefühl, dass die Prozesse von VSDM primär an den Anforderungen der ambulanten LEI ausgerichtet sind. Hier wünschten sich die Befragten eine stärkere Berücksichtigung von Abläufen und Voraussetzungen im stationären Sektor.

Nicht einlesbare eGK: Unter dem Begriff „Nicht einlesbare eGK“ wurden im Rahmen der WEV sowohl gewünschtes Systemverhalten (bspw. Nicht-Einlesbarkeit durch gesperrte eGK) als auch nicht gewünschtes Verhalten (bspw. Nicht-Einlesbarkeit durch technische Probleme) subsummiert. Da die

Unterscheidung der beiden Sachverhalte in der Evaluation für die Nutzer (LEI) nicht trennscharf zu unterscheiden waren, wird im Folgenden lediglich der Überbegriff „Nicht einlesbare eGK“ verwendet.

Probleme durch nicht einlesbare eGK waren analog zum ambulanten Bereich auch im stationären Bereich ein hemmender Faktor. Auch hier wurde als ein Grund genannt, dass während der Erprobung noch zu viele Patientinnen und Patienten eGK der ersten Generation nutzten, die mit dem VSDM-System nicht eingelesen werden könnten. Die eGK der ersten Generation umfasst dabei die Versionen G1 und G1plus. Das VSDM unterstützt die Kartengeneration G1plus, während die Generation G1 nicht unterstützt wird. Die Unterscheidung zwischen diesen Generationen war für die LEI nicht erlebbar, da beide Generationen lediglich mit dem Aufdruck „G1“ versehen waren. Einzelne befragte LEI berichteten von 50% nicht einlesbaren eGK zu Spitzenzeiten.

Die Auswirkungen der Nicht-Einlesbarkeit der eGK ähnelten zum großen Teil denen im ambulanten Sektor. Zum einen wurde von einem erhöhten Zeitaufwand berichtet, da die eingespielten Klinikabläufe im Bereich der Patientenmeldung dadurch gestört wurden. Die bei gesperrten Karten zum Einsatz kommende Versicherungsstatusklärung mittels telefonischer Rücksprache mit den Krankenkassen wurden ebenfalls als relativ aufwändig angesehen. Einige stationäre LEI haben versucht die Probleme von nicht einlesbaren eGK abzumildern, indem an den betreffenden Patientenmeldungen gleichzeitig das VSDM und das „alte“ System als Rückfallebene betrieben wurden. Nach Auffassung der LEI war aber auch dieser synchrone Betrieb von zwei Systemen mit einem deutlich erhöhten Aufwand verbunden.

Als möglicher Verbesserungsvorschlag wurde aus der Sicht der LEI angeführt, alle Patienten flächendeckend mit eGK der neuesten Generation auszustatten. Die stationären LEI wünschten sich ebenfalls eine bessere Aufklärung der Krankenkassenmitarbeiter/-innen über die Erprobung des VSDM, damit sichergestellt ist, dass die Versicherungsstatusklärung effizient funktioniert.

6.4. Beantwortung der Kernfragen für stationäre LEI

Bei der Beantwortung der Kernfragen für die stationären LEI kommt man zu folgendem Gesamtfazit:

Kernfrage 1 – Akzeptanz und Praxistauglichkeit: Aufgrund der teilweise geringen Systemqualität und der daraus resultierend geringen Zufriedenheit waren die Akzeptanz und die Praxistauglichkeit von VSDM für stationäre LEI nur bedingt gegeben. Insbesondere die Eignung von VSDM für eine bundesweite Einführung wurde von den stationären LEI sehr unterschiedlich eingeschätzt.

Kernfrage 2 – Auswirkungen auf Strukturen und Prozesse der Leistungserbringer: Das Nutzenpotenzial von VSDM wurde für die stationären LEI klar ersichtlich und wurde von diesen bestätigt. Dem stand jedoch in manchen Fällen ein erhöhter Zeitbedarf für die Patientenaufnahme gegenüber, der für die LEI unterschiedlich hoch ausfiel. Ursächlich waren hier die unterschiedlichen Systemkonfigurationen und die ungleiche Häufigkeit nicht gültiger eGK. Insgesamt fiel der Nettonutzen daher

neutral oder möglicherweise negativ aus, da die Abläufe der Patientenaufnahme bei zwei LEI beeinträchtigt waren. Aus Sicht der Patienten wurden jedoch überwiegend keine Veränderungen wahrgenommen.

Kernfrage 3 – Handhabbarkeit der dezentralen Produkte: Die Systemqualität zeigte in einigen Bereichen eine geringe Zustimmung durch die stationären LEI. Die Stabilität und die Verfügbarkeit wurden von den stationären LEI als nicht praxistauglich bewertet.

Kernfrage 4 – Praxistauglichkeit der Einführungsprozesse: Die Servicequalität zeigte für die Einführungsprozesse in den meisten Bereichen eine hohe Zustimmung der stationären LEI. Die VSDM-Einrichtung war jedoch für die stationären LEI eine wahrnehmbare Beeinträchtigung der Patientenaufnahme. Die Versicherten waren über die Existenz der eGK überwiegend gut informiert, waren jedoch nur in etwa einem Drittel der Fälle über die Möglichkeiten von VSDM informiert.

Kernfrage 5 – Praxistauglichkeit der Supportprozesse: Die Servicequalität zeigt bei den Supportprozessen, dass diese praxistauglich sind.

7. Offene Angaben aus der schriftlichen Befragung der LEI

Zur Auswertung der offenen Fragenitems F29, F67, F70 sowie F71 wurde eine systematische Sichtung der Freitextkommentare der befragten LEI durchgeführt. Hierbei wurden die Antworten, welche zu MZP5 gegeben wurden, kategorisiert und mittels eines induktiven Verfahrens verdichtet. Zu beachten ist hierbei, dass die Fragen F29, F70 und F71 jedem LEI gestellt wurden. Frage F67 wurde in Abhängigkeit vom Antwortverhalten bei Item F66 gestellt, welches abfragt, ob die Arbeitsabläufe gut in den Alltag der LEI integriert werden konnten. Hierbei wurde Frage F67 denjenigen LEI gestellt, welche Item F66 mit Ausprägung 3-5 („teils/teils“, „stimme eher nicht zu“ und „stimme ganz und gar nicht zu“) beantworteten. Tabelle 48 gibt eine Übersicht über die Anzahl der abgegebenen Freitextkommentare getrennt nach den vier Items und den vier MZP. Zu MZP1 wurden die betroffenen Fragen noch nicht abgefragt, sondern lediglich eine offene Frage zu weiteren Anmerkungen gestellt. Die Antworten hierauf waren sehr heterogen und lieferten keine weiteren Erkenntnisse, sodass auf eine Darstellung an dieser Stelle verzichtet wird.

Fragenitem	MZP2 (70%)	MZP3	MZP4	MZP2 (30%)	MZP5
F29	80	92	67	18	78
F67	181	175	157	47	195
F70	251	203	201	85	301
F71	287	255	241	92	354

Tabelle 48: Anzahl der Antworten auf offene Fragen

7.1. Weitere Veränderungen im Bereich IT und EDV in der Praxis (F29)

Mittels Item F29 wurden die teilnehmenden LEI nach weiteren Veränderungen im Bereich IT und EDV in ihrem Praxisumfeld befragt. Hierbei zeigt sich, dass die meisten Veränderungen, die hier durchgeführt wurden, im Bereich der sonstigen Internet- und Netzwerkstruktur lagen. Es wurden demnach zusätzlich zur Umstellung auf VSDM in den Praxen neue Router für die allgemeine Internetanbindung oder neue Telefonanlagen installiert. Neue Serverlösungen und eine veränderte Onlineanbindung, beispielsweise durch eine Erhöhung der Internetbandbreite, wurden ebenfalls angegeben.

Folgt man der Häufigkeit der Nennungen so stehen an zweiter Stelle Veränderungen in der Hardwarestruktur der Praxen. Am häufigsten wurden hier neue Praxisrechner beschafft und installiert. Auch Veränderungen an der vorhandenen Hardware wurden genannt. Beispiele hierfür waren Arbeitsspeichererweiterungen sowie der Austausch einzelner Komponenten. Ebenfalls unter dieser Kategorie wurden Umstellungen auf neue Systeme wie z.B. das digitale Röntgen genannt.

An dritter Stelle folgen Veränderungen an der Praxis-Software. Hier wurden unter anderem Erweiterungen bzw. Verbesserungen am PVS der jeweiligen Praxen über Updates oder die Installation einer

neuen Anti-Virensoftware genannt. Weitere Nennungen zu Veränderungen waren z. B. die Anschaffung eines mobilen Lesegeräts, der Austausch von defekten Konnektoren oder eine räumliche Verlagerung der Geräte durch einen Umzug.

7.2. Ursachen für impraktikable Arbeitsabläufe (F67)

Das Item F67 gab den LEI mittels einer offenen Frage die Möglichkeit, Barrieren für die Vereinbarkeit der Arbeitsabläufe mit deren Praxisalltag vorzubringen. Am häufigsten wurden hier Probleme im Praxisablauf als Grund genannt. Hierunter fiel vor allem der erhöhte Zeitaufwand der Abläufe des VSDM. Auch der Aufwand für die telefonische Einholung eines Versicherungsnachweises für Patientinnen und Patienten mit nicht einlesbaren eGK bei den Krankenkassen wurde von den LEI als Grund für eine mangelnde Integrierbarkeit in den Praxisalltag gesehen. Weitere Nennungen waren Schwierigkeiten bei der Quartalsabrechnung und das Ausweichen auf andere Verfahren zur Versicherungsstatusklärung wegen nicht einlesbaren eGK.

Hardware-Probleme stellten ebenfalls ein Problem bei der Integration von VSDM in den Praxisalltag dar. So gaben viele LEI an, dass die Projekt-Hardware (z. B. Kartenlesegerät und Konnektor) zu instabil sei. Daraus folgte, dass bei vielen LEI regelmäßige Neustarts einzelner Hardwarekomponenten bzw. des Gesamtsystems nötig waren. Auffällig häufig wurde auch von Problemen mit dem Konnektor berichtet, welcher regelmäßig von Abstürzen betroffen war. Weitere Nennungen waren Probleme mit der Lautstärke des Konnektors sowie Probleme bei der parallelen Nutzung von zwei oder mehr Kartenlesegeräten. Probleme mit der parallelen Nutzung wurden in den offenen Angaben von Ärztinnen und Ärzten angegeben, die die Primärsysteme Medistar und Albis nutzten.

Probleme mit eGK wurden ebenfalls von vielen LEI angegeben. Allem voran wurde hier die Lesbarkeit der Karten bemängelt. Viele eGK waren in den Praxen der LEI nicht einlesbar, was negative Auswirkungen auf den Praxisalltag hatte. Weitere Gründe für die schlechte Vereinbarkeit der VSDM-Abläufe mit dem Praxisalltag waren Software-Probleme (Inkompatibilitäten von PVS und VSDM) sowie der Support, der aus Sicht einiger LEI zu langsam war bzw. diesen nicht wie gewünscht weiterhelfen konnte.

Die verlängerte Einlesezeit war ebenfalls ein Faktor, der im Zuge dieser Frage negative Erwähnung fand. Darüber hinaus wurde die mangelnde Kooperation einiger Krankenkassen von manchen LEI bemängelt. Hier wurde vor allem der geringe Informationsstand der Krankenkassenmitarbeiter über die Erprobung des VSDM genannt. Hierdurch erschwerte sich nach Angaben der LEI die Versicherungsstatusklärung bei nicht einlesbaren eGK.

7.3. Positive Auffälligkeiten während der Erprobung (F70)

Die teilnehmenden LEI wurden mittels der offenen Frage des Items F70 danach gefragt, was ihnen im Laufe der Erprobung positiv auffiel. Die meisten Befragten gaben hier an, die mit dem VSDM intendierten Vorteile auch so in ihrer Praxis wahrgenommen zu haben. Am häufigsten wurde die Möglichkeit der Identifikation von ungültigen eGK genannt. Auch die nun automatisch stattfindende Aktualisierung der VSD fand positive Erwähnung. Weitere Nennungen waren die Vermeidung von eGK-Missbrauch und das schnelle Einlesen der eGK.

Auch die Projekt-Hardware wurde von einigen LEI positiv hervorgehoben, nachdem sie auch von manchen als negativ beschrieben wurde. Hier lobten die meisten LEI die gute Stabilität des Systems. Warum manche LEI die Projekt-Hardware als positiven und andere als negativen Aspekt nannten, kann durch die Auswertung der offenen Fragen nicht analysiert werden. Mit einer hohen Patientenzufriedenheit sowie der Förderung des Patientenbewusstseins zur eGK und Digitalisierung wurden auch patientenbezogene Vorteile von VSDM positiv erwähnt.

Ebenfalls wurden Vorteile in Bezug zur Zusammenarbeit mit den Krankenkassen genannt. Hier wurden unter anderem die bereits weite Verbreitung von eGK der neuesten Generation sowie allgemein die Kooperation mit den KK gelobt. Auch die Handhabung des auf das VSDM angepassten PVS wurde von einigen LEI als positiv bewertet. Neben den erwähnten positiven Aspekten wurde unter dieser Frage jedoch auch von LEI angegeben, dass ihnen explizit nichts Positives aufgefallen sei.

7.4. Verbesserungsvorschläge bezüglich Einführung und Betrieb des VSDM (F71)

Mit Item F71 wurden mittels einer offenen Frage Verbesserungsvorschläge durch die LEI abgefragt. Am häufigsten Erwähnung fanden hierbei Verbesserungsvorschläge zu Hardware-Problemen. Viele LEI wünschten sich vor allem eine Verbesserung der Technik im Allgemeinen. Auch die Erhöhung der Stabilität des VSDM-Systems sowie die Fehlerbehebung bei den Hardwarekomponenten (Konnektor und Kartenlesegerät) wurden vorgeschlagen. Weitere Nennungen waren eine Verbesserung der Rückfallmöglichkeit bei Systemausfällen, eine bessere Verbindung zwischen Kartenlesegerät und Konnektor sowie eine Verringerung der Lautstärke des Konnektors.

Am zweithäufigsten wurden Verbesserungsvorschläge zu Problemen mit den eGK genannt. In diesem Zusammenhang wurde insbesondere ein verbessertes eGK-Management und somit eine flächendeckende Verbreitung von eGK der neuesten Generation von vielen LEI gewünscht, um die Lesbarkeit der eGK zu gewährleisten. Auch die bessere Aufklärung der Patientinnen und Patienten war für viele LEI ein Anliegen.

Eine Erhöhung der Kooperationsbereitschaft der Krankenkassen war ebenfalls ein häufiger Verbesserungsvorschlag. Hierunter fielen unter anderem der Wunsch nach einer besseren Schulung der Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter über die Erprobung des VSDM sowie der Wunsch nach einer allgemein besseren Kooperation.

Ebenfalls wurde von den LEI eine Beschleunigung der Einlesezeit gewünscht, um schnellere Praxisabläufe an der Anmeldung zu ermöglichen. Hierbei sollte auch die Geschwindigkeit der Online-Aktualisierung verbessert werden. Zudem gaben einige LEI an, eine Verbesserung der Supportqualität und der Erreichbarkeit des Supports zu wünschen. Auch eine Anleitung, um kleinere Probleme selbst lösen zu können, wurde von einigen LEI vorgeschlagen.

Als eine letzte Kategorie wird ebenfalls eine Verbesserung der Praxisabläufe angemerkt. Hier wurde vor allem eine Ablaufoptimierung der VSDM-Prozesse gefordert um den Zeitaufwand so gering wie möglich zu halten. Zusätzlich wünschten sich einige LEI verbesserte Verfahren zur Versicherungsstatusklärung, um die Auswirkungen von Systemausfällen oder nicht einlesbaren eGK so gering wie möglich zu halten.

8. Ergebnisse Sekundärdatenanalyse

8.1. Fidelity-Analyse

Tabelle 49 zeigt die Statistik zur Verteilung der Ergebniswerte für die ambulanten LEI und Tabelle 50 für die stationären LEI. Insgesamt waren die erreichten Werte alle sehr hoch und variierten zum Teil kaum. Die wesentliche Ursache für die geringe Variation waren die Auswahl der kritischen Komponenten sowie die Festlegung der Mindestvoraussetzungen, da diese in den meisten Fällen ohnehin notwendige Voraussetzungen für das korrekte Funktionieren der TI darstellten (bspw. Softwarestand). Daher war bei allen LEI eine nahezu gleichermaßen korrekte Umsetzung gegeben. Tatsächliche Unterschiede zeigten sich bei der kritischen Komponente Schulung, die in manchen LEI sehr kurz ausgefallen war (bspw. nur 15 Minuten) oder mit nur einer/m Teilnehmer/in besetzt war. Im Mittel wurden bei allen analysierten ambulanten LEI 92,5% der Anforderungen erfüllt. Am schlechtesten fiel dabei die Umsetzung der Schulung aus, mit einer durchschnittlichen Erfüllungsquote von 81,7%.

Fidelity-Analyse ambulante LEI	1. Internet	2. Software	3. Tests	4. Schulung	Gesamtergebnis
Anzahl relevante LEI	454	483	498	487	498
Mittelwert	88,4%	99,7%	97,0%	81,7%	92,5%
Standardabweichung	0,163	0,049	0,165	0,187	0,075
Minimum	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%
Median	100,0%	100,0%	100,0%	75,0%	93,8%
Maximum	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0 %

Tabelle 49: Ergebnis Fidelity-Analyse für ambulante LEI

Bei stationären LEI brachte die Fidelity-Analyse ähnliche Ergebnisse im Vergleich zu den ambulanten LEI. Im Mittel wurden bei allen analysierten stationären LEI 89,2% der Anforderungen erfüllt. Am schlechtesten fiel auch dabei die Umsetzung der Schulung aus, mit einer durchschnittlichen Erfüllungsquote von 89,2%. Die Schulung hat im Bereich der stationären LEI jedoch keine mit dem ambulanten Bereich vergleichbare Bedeutung.

Fidelity-Analyse stationäre LEI	1. Internet	2. Software	3. Tests	4. Schulung	Gesamtergebnis
Anzahl relevante LEI	6	5	6	6	6
Mittelwert	100,0%	100,0%	83,3%	70,8 %	89,2%
Standardabweichung	-	-	0,373	0,224	0,085
Minimum	100,0%	100,0%	0,0%	50,0%	78,6%
Median	100,0%	100,0%	100,0%	62,5%	88,2%
Maximum	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabelle 50: Ergebnis Fidelity-Analyse für stationäre LEI

Insgesamt konnte die Fidelity-Analyse keinen nennenswerten Beitrag zur Beantwortung der Kernfragen oder der WEV im Allgemeinen leisten.

8.2. Häufigkeiten der eGK-Einlesevorgänge

Insgesamt konnten seit Jahresbeginn 2017 bis zum 30. Juli 2017 (Ende Kalenderwoche 30) 1.332.644 eGK-Einlesevorgänge ambulanten LEI zugeordnet werden. Diese verteilten sich über 491 ambulante LEI. Die Anzahl der Einlesevorgänge pro LEI Kalenderwoche schwankte teilweise sehr stark und hatte ihre Höhepunkte jeweils kurz nach dem Beginn eines neuen Quartals mit 266,2 bzw. 240,0 Einlesevorgängen pro LEI und Woche. Für die sechs stationären LEI konnten insgesamt 59.207 Vorgänge identifiziert werden. Bei den stationären LEI schwankte die Kennzahl der Einlesevorgänge pro LEI und Woche weitaus weniger und es waren auch keine Spitzen zu Quartalsbeginn zu erkennen. Abbildung 46 zeigt die absolute Anzahl der Einlesevorgänge differenziert nach der Vorgangsart für ambulante LEI und Abbildung 47 für stationäre LEI. Die genauen Werte zu den Abbildungen können Tabelle 164 und Tabelle 165 aus dem Tabellenanhang entnommen werden.

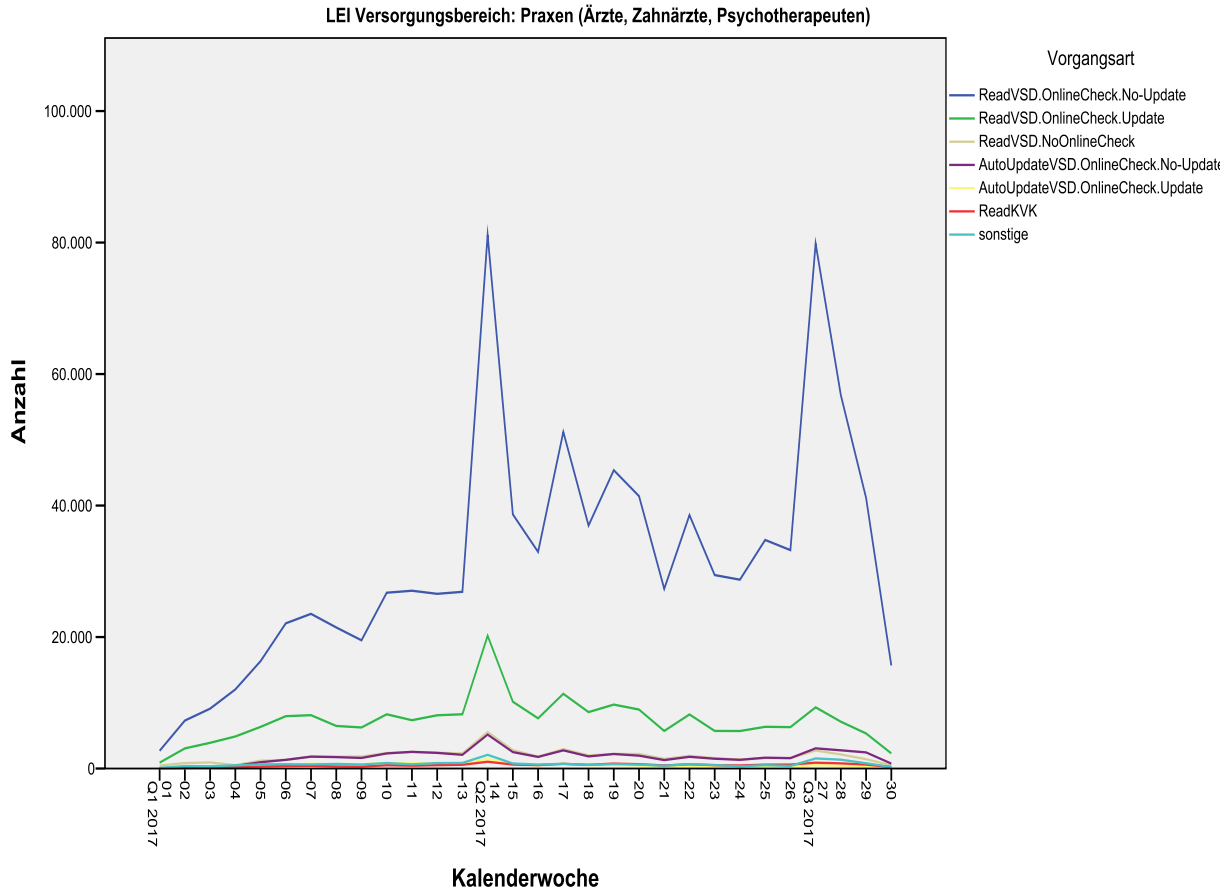


Abbildung 46: Ambulante LEI: Häufigkeit der eGK-Einlesevorgänge pro Kalenderwoche

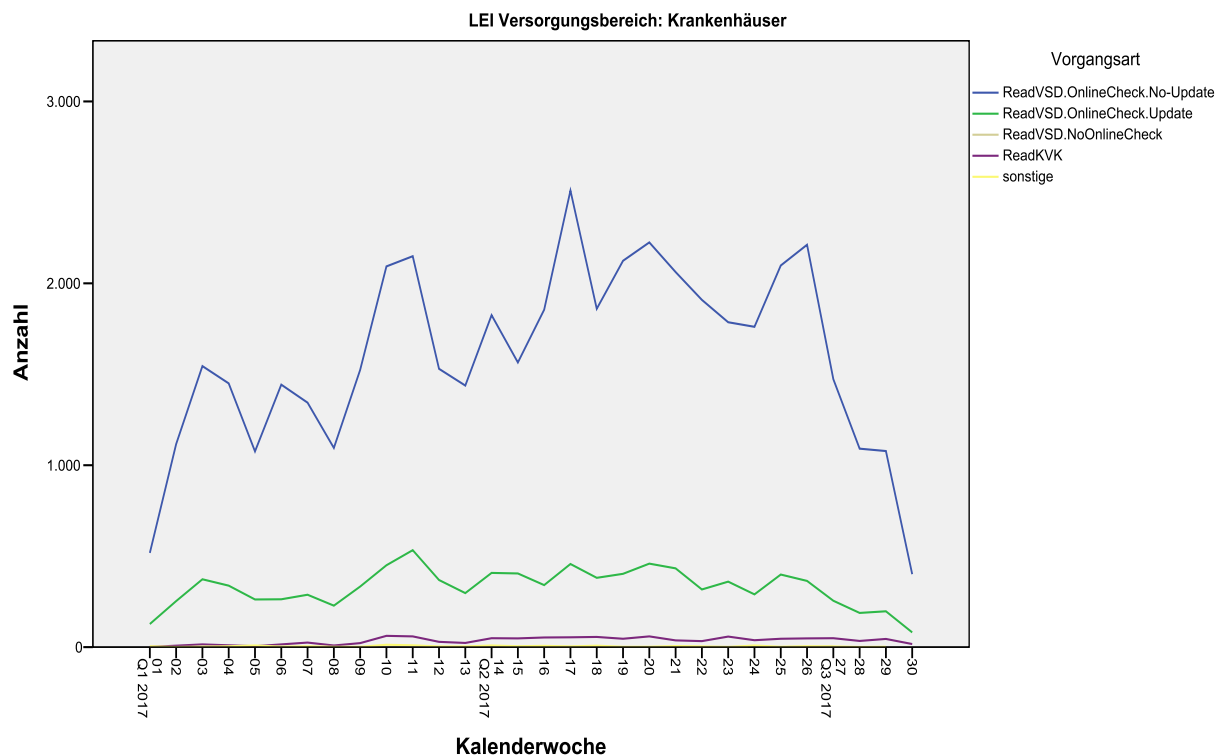


Abbildung 47: Ambulante LEI: Häufigkeit der eGK-Einlesevorgänge pro Kalenderwoche

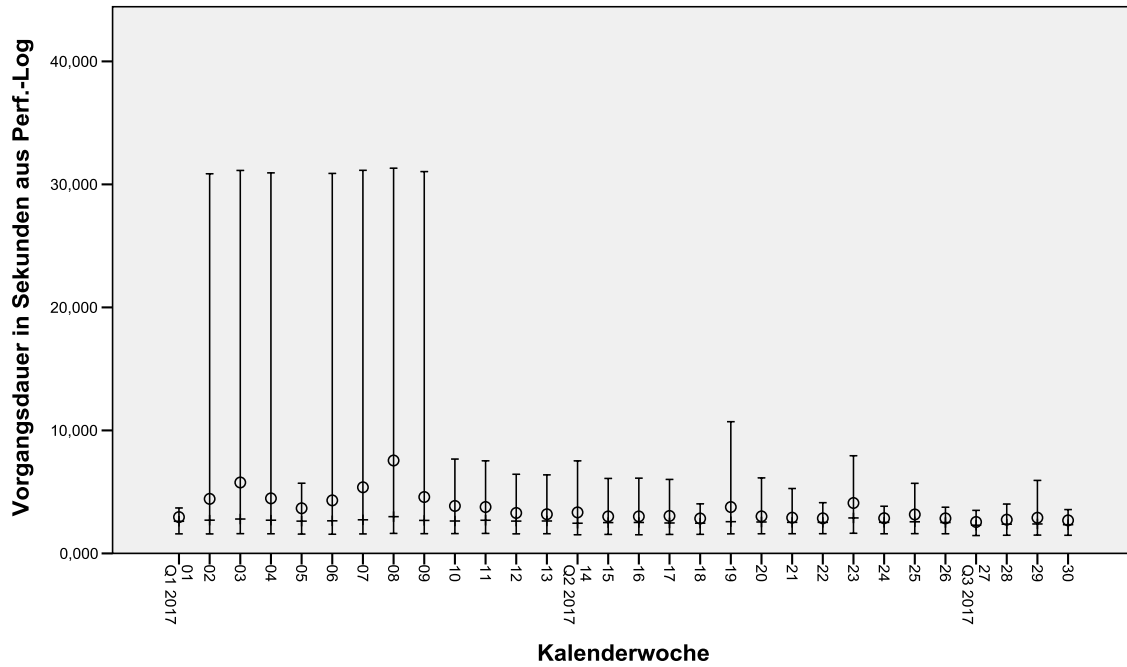
Diese Abbildungen zeigen deutlich, dass die Nutzung von VSDM jeweils zu Quartalsbeginn am stärksten war und anschließend teilweise um die Hälfte, gemessen an den Einlesevorgängen pro Kalenderwoche, zurückging.

8.3. Bearbeitungsdauer der EGK-Einlesevorgänge

Für die Analyse der Dauer der Einlesevorgänge wurde eine Unterscheidung nach Vorgangsart vorgenommen. Grundsätzlich musste zwischen Vorgängen mit Online-Gültigkeitsprüfung ohne Aktualisierung der Stammdaten („OnlineCheck.No-Update“) und solchen mit Aktualisierung der Stammdaten („OnlineCheck.Update“) unterschieden werden, da ein Update im Vergleich zum reinen Lesevorgang („No-Update“) erheblich länger dauert (vgl. Tabelle 168 mit Tabelle 169). Abbildung 48 bis Abbildung 53 zeigen die Dauer der unterschiedlichen Arten von Einlesevorgängen für ambulante und stationäre LEI pro Kalenderwoche. In jeder der Abbildungen sind stets Kalenderwochen mit Ausreißerwerten zu erkennen. Da die Abbildungen die Werte für sämtliche LEI zeigen, konnte davon ausgegangen werden, dass es sich bei den Ausreißerwerten um Kalenderwochen mit systemischen Verzögerungen handelt. Vom AG wurden bspw. für die Kalenderwochen 7, 11 und 23 systemische Störungen der TI bestätigt, die zu höheren Bearbeitungsdauern der Einlesevorgänge führten. Die Kalenderwochen-Mittelwerte lagen für ambulante LEI bei Vorgängen ohne Update zwischen 2,6 und 7,6 Sekunden und bei Vorgängen mit Update zwischen 5,6 und 7,4 Sekunden. Für stationäre LEI konnten über die Kalenderwochen hinweg 2,5 Sekunden als schnellster Mittelwert für Vorgänge ohne Update und 6,8 Sekunden als langsamster Mittelwert für Vorgänge mit Update identifiziert werden. Aus Tabelle 168 bis Tabelle

173 im Tabellenanhang können die detaillierten Werte mit Perzentilen und Standardabweichung entkommen werden.

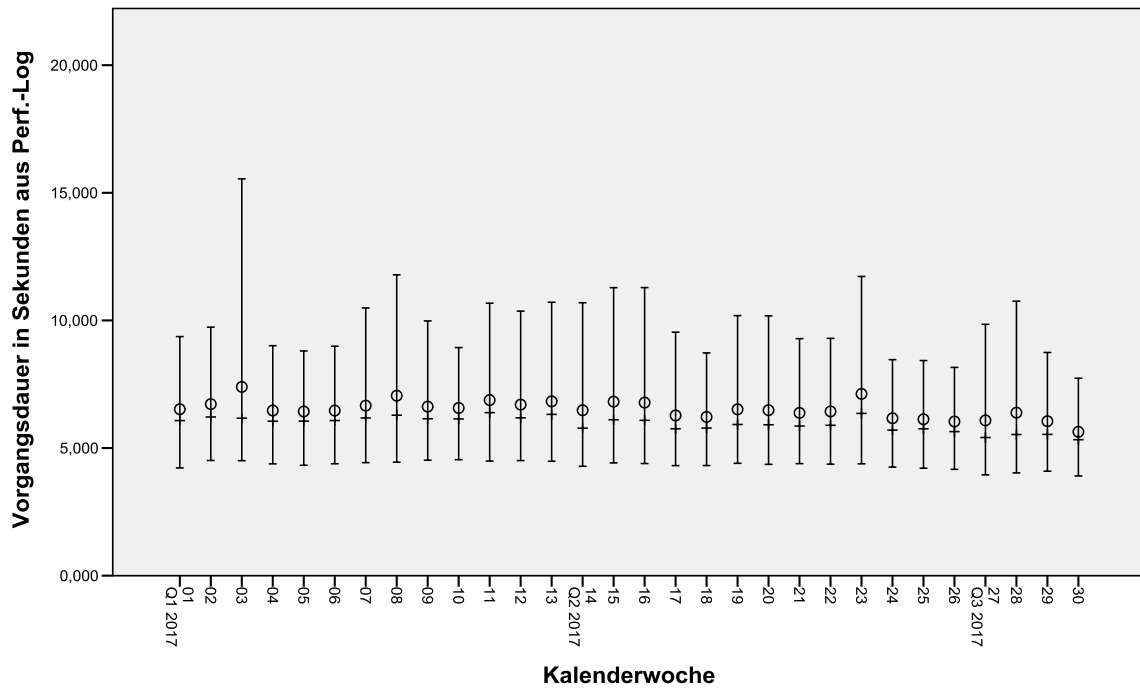
LEI Versorgungsbereich: Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten), Vorgangsart: ReadVSD.OnlineCheck.No-Update



Entlang der vert. Linien liegen 95% der Vorgänge. Kreis = Lage arithm. Mittelwert. Strich = Lage Median.

Abbildung 48: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.No-Update

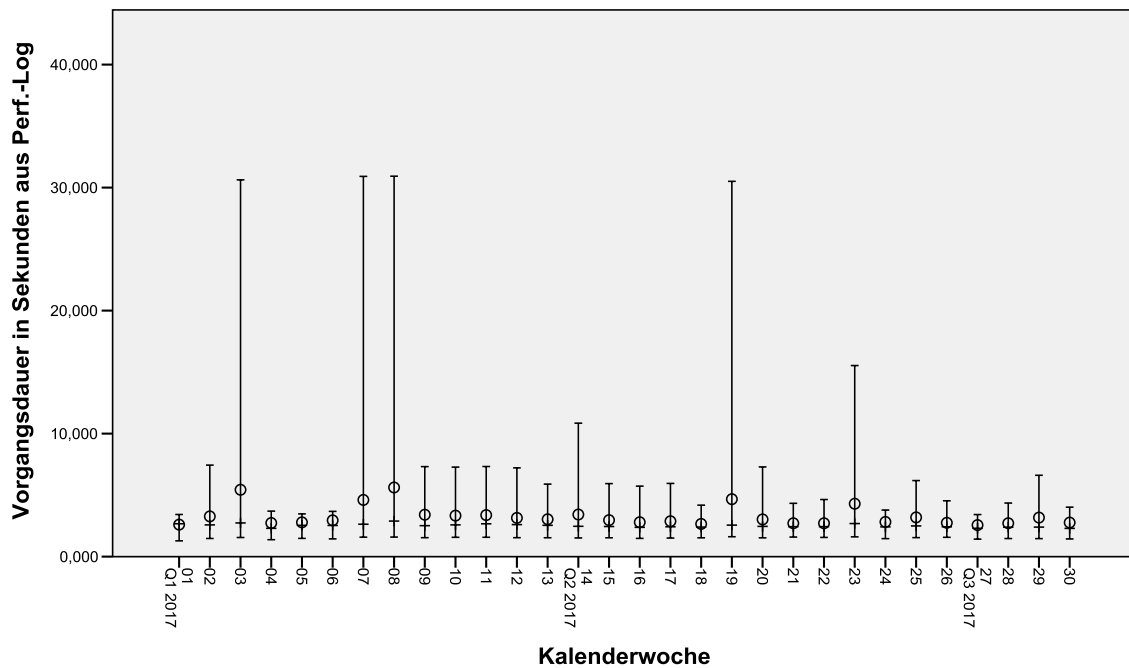
LEI Versorgungsbereich: Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten), Vorgangsart: ReadVSD.OnlineCheck.Update



Entlang der vert. Linien liegen 95% der Vorgänge. Kreis = Lage arithm. Mittelwert. Strich = Lage Median.

Abbildung 49: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.Update

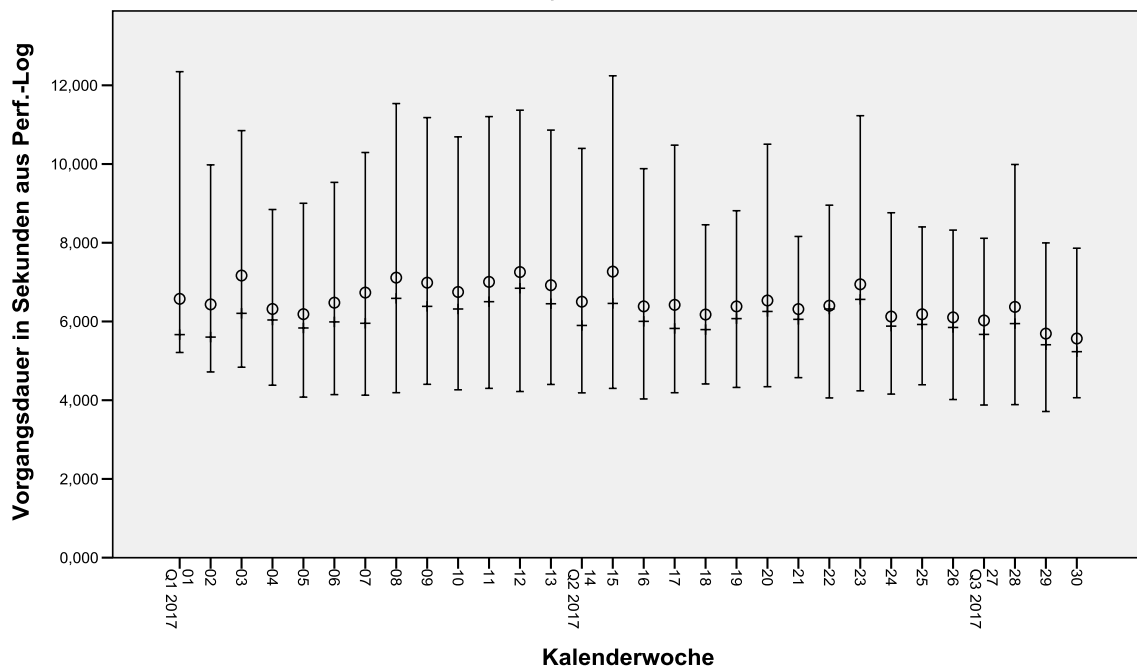
LEI Versorgungsbereich: Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten), Vorgangsart: AutoUpdateVSD.OnlineCheck.No-Update



Entlang der vert. Linien liegen 95% der Vorgänge. Kreis = Lage arithm. Mittelwert. Strich = Lage Median.

Abbildung 50: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ AutoUpdateVSD.OnlineCheck.No-Update

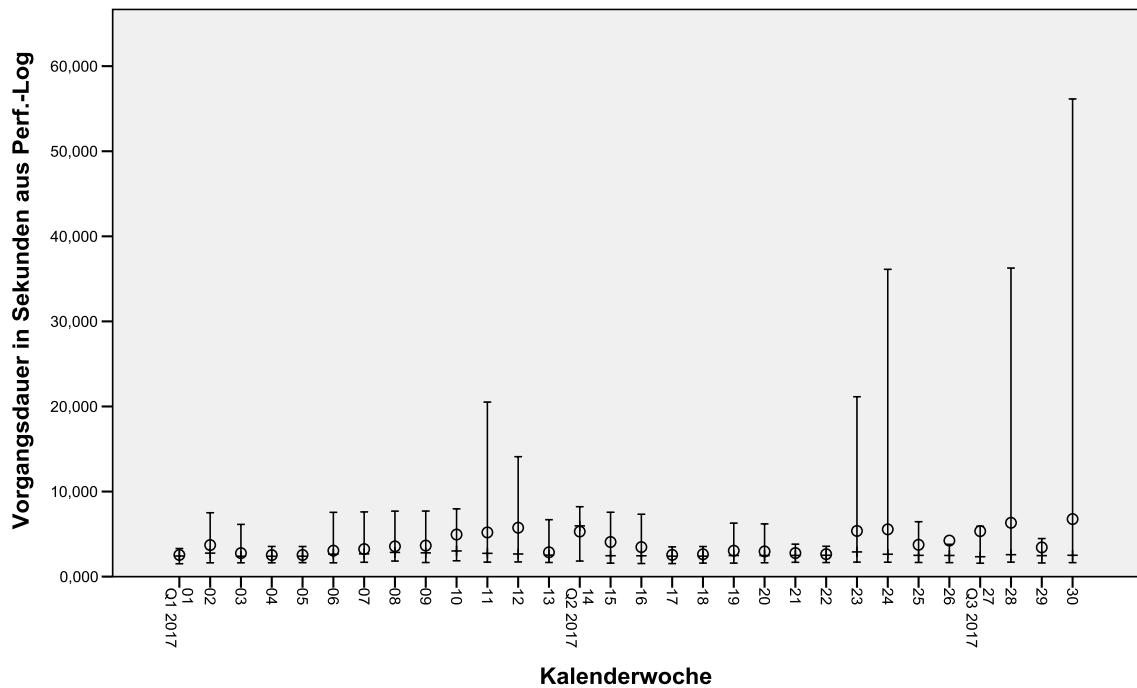
LEI Versorgungsbereich: Praxen (Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten), Vorgangsart: AutoUpdateVSD.OnlineCheck.Update



Entlang der vert. Linien liegen 95% der Vorgänge. Kreis = Lage arithm. Mittelwert. Strich = Lage Median.

Abbildung 51: Ambulante LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ AutoUpdateVSD.OnlineCheck.Update

LEI Versorgungsbereich: Krankenhäuser, Vorgangsart: ReadVSD.OnlineCheck.No-Update



Entlang der vert. Linien liegen 95% der Vorgänge. Kreis = Lage arithm. Mittelwert. Strich = Lage Median.

Abbildung 52: Stationäre LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.No-Update

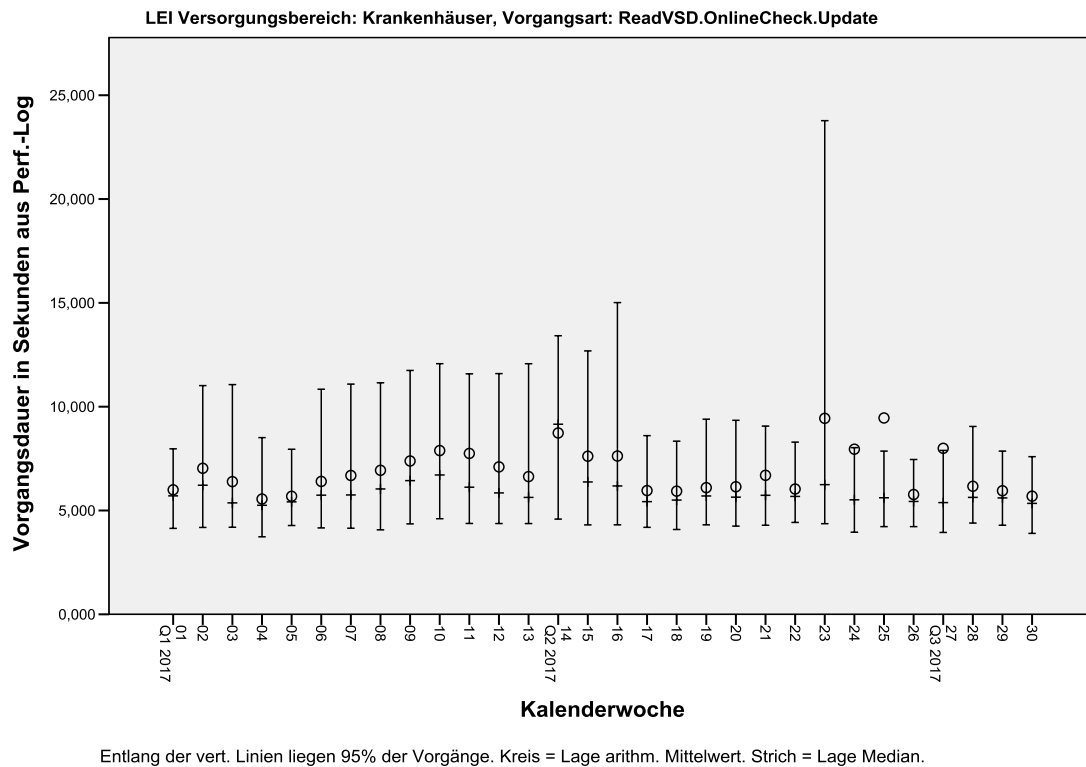


Abbildung 53: Stationäre LEI: Dauer der Vorgänge vom Typ ReadVSD.OnlineCheck.Update

Abschließend konnte festgehalten werden, dass Einlesevorgänge ohne Update etwa 3,2 Sekunden und Vorgänge mit Update etwa 6,5 Sekunden im Durchschnitt dauerten. Zudem wurde erkenntlich, dass die Einleседauer über die Kalenderwochen hinweg erheblichen Schwankungen unterlegen war.

8.4. Häufigkeit der Hinweise zum Versicherungsnachweis

Die Häufigkeit von Hinweisen zu ungültigen Versicherungsnachweisen ist in Abbildung 54 für ambulante LEI und Abbildung 55 für stationäre LEI dargestellt. Für ambulante LEI konnte insgesamt eine leicht rückläufige Tendenz der Häufigkeit von Hinweisen zu den Versicherungsnachweisen festgestellt werden. Hinweise vom Typ 106 („Zertifikat Online gesperrt“) hatten eine eindeutig fallende Tendenz. Diese hatten zu Beginn des Jahres eine Häufigkeit von 0,3% bis 1,2% bei den ambulanten LEI und lagen zu Beginn des dritten Quartals bei 0,1% bis 0,2%. Hinweise vom Typ 107 („Zertifikat Offline ungültig,“) und 114 („Gesundheitsanwendung gesperrt“) waren auch zu Beginn des dritten Quartals mit einem Anteil von 5,2% bis 6,3% unverändert häufig. Für stationäre LEI fielen die Werte sehr ähnlich aus, die Hinweise vom Typ 106 lagen bei 0,0% bis 0,2% zu Beginn des dritten Quartals und Hinweise vom Typ 107/114 hatten eine Häufigkeit von 6,9% bis 8,6%. Im gesamten Zeitraum war die Häufigkeit von Hinweisen zum Versicherungsnachweis eines beliebigen Typs 7,2% für ambulante LEI bzw. 6,8% für stationäre LEI. Das entsprach in etwa jedem 14. Einlesevorgang. Die genauen Werte zur Häufigkeit von Hinweisen zum Versicherungsnachweis können Abbildung 54 und dem Anhang (Tabelle 174 und Tabelle 175) entnommen werden.

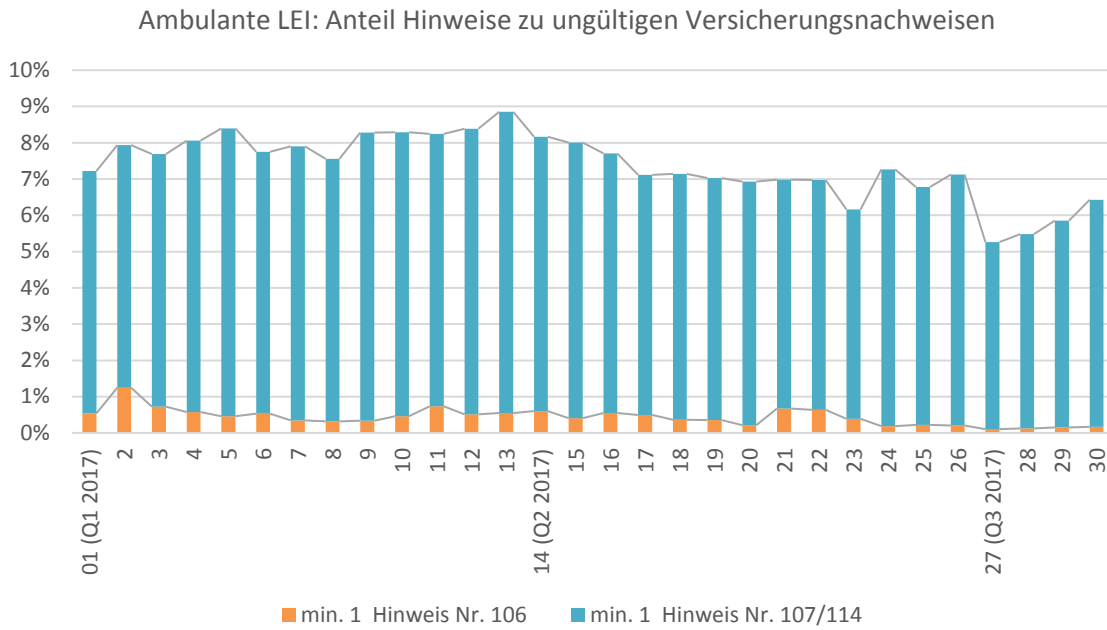


Abbildung 54: Ambulante LEI: Anteil Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen

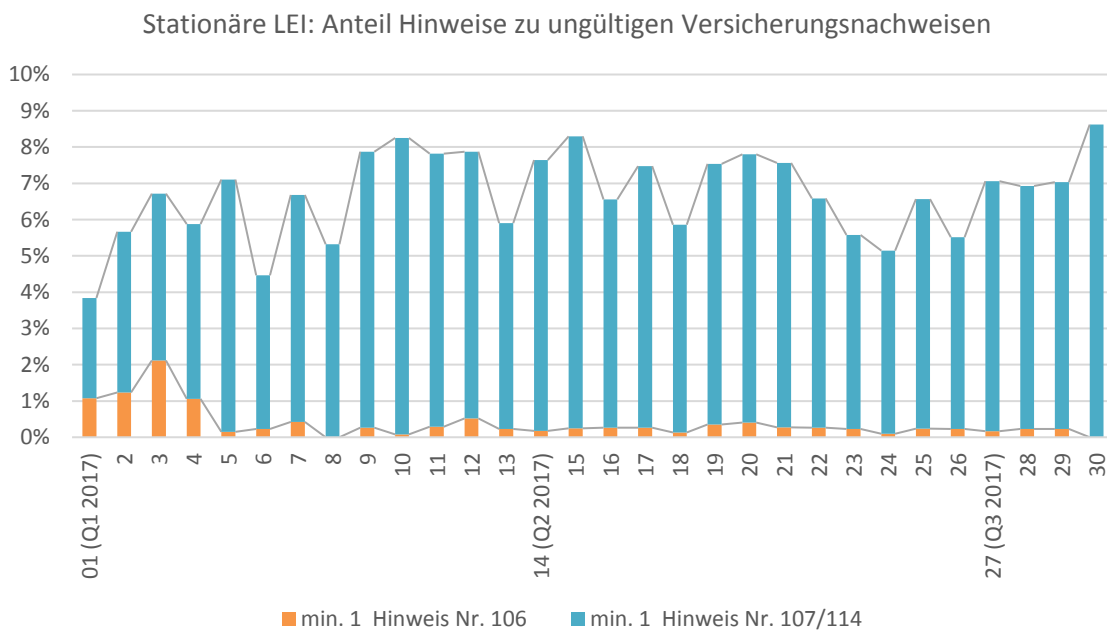


Abbildung 55: Stationäre LEI: Anteil Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen

8.5. Fehlerquoten der eGK-Einlesevorgänge

Fehler, die während der eGK-Einlesevorgänge auftraten, waren insgesamt durchaus häufig. Es zeigte sich jedoch eine leicht fallende Tendenz der Häufigkeit für ambulante LEI (s. Regressionsgerade in

Abbildung 56). Bei stationären LEI war die Fehlerhäufigkeit beinahe unverändert (s. Regressionsgerade) und zeigte häufig starke Ausreißerwerte (Abbildung 57). Insgesamt lag die Fehlerquote für ambulante LEI im Gesamtzeitraum bei 18,1% und für stationäre LEI bei 15,2%. Das entsprach etwa jedem fünften bis siebten Vorgang. Die Fehler aufgrund von Hinweisen zu Versicherungsnachweisen wurden dabei ausgeklammert und für diese Quoten nicht eingerechnet. Die genauen Werte zur Häufigkeit von Hinweisen zum Versicherungsnachweis können Abbildung 54 sowie im Anhang (Tabelle 174, Tabelle 175, Tabelle 176 und Tabelle 177) eingesehen werden.

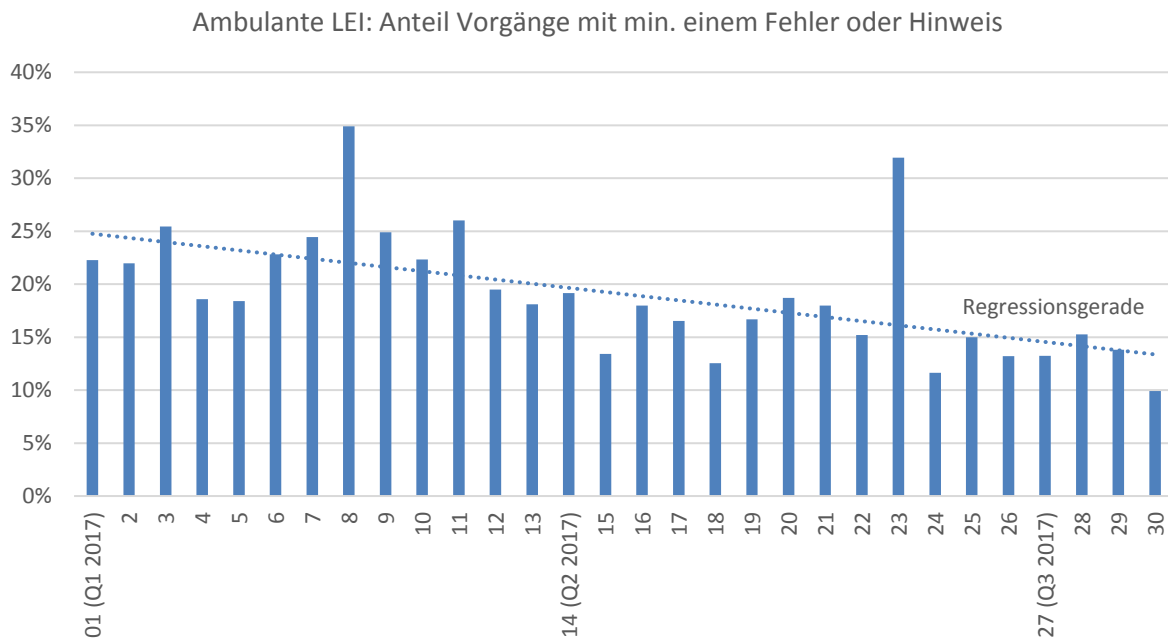


Abbildung 56: Ambulante LEI: Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis

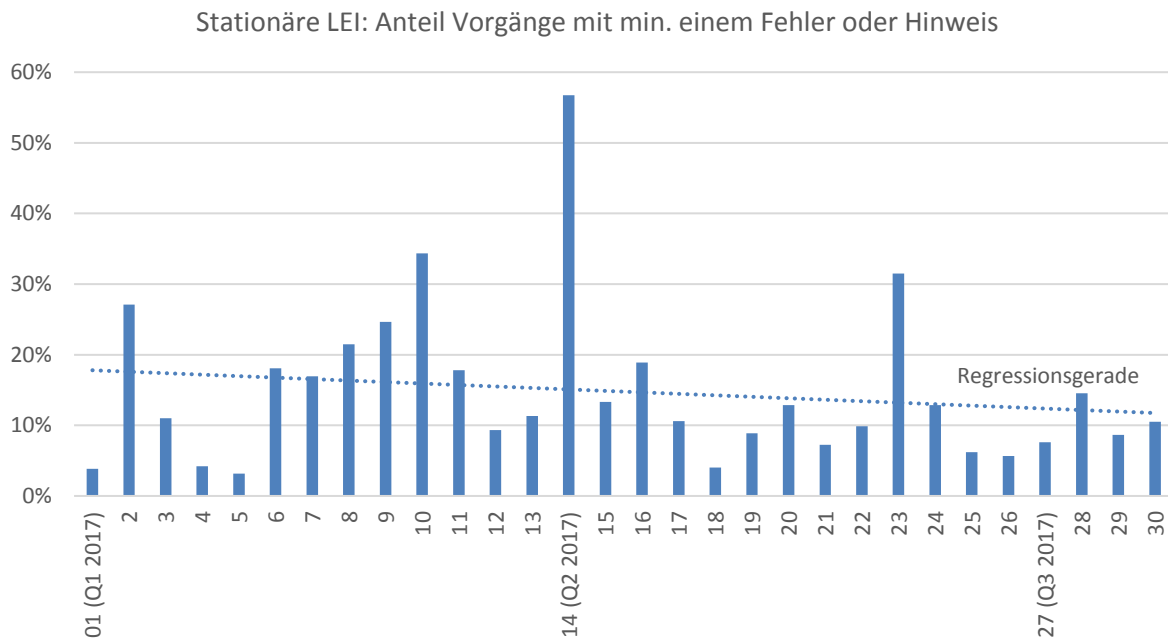


Abbildung 57: Stationäre LEI: Anteil Vorgänge mit min. einem Fehler oder Hinweis

8.6. Incident-Häufigkeit und Incident-Dauer

Insgesamt konnten 1.208 Incidents 368 verschiedenen LEI zugordnet werden. Im Gesamtzeitraum von sieben Monaten wurde mindestens eine Incident-Meldung nur für 72,9% der LEI registriert. Zu 27,3% der LEI lagen dem AN WEV keine Incident-Meldungen vor. Dieser Anteil erschien zu hoch, da aus den Ergebnissen der schriftlichen Befragung maximal ein Anteil von 17,4% der LEI mit der Kategorie „nie“ auf die Fragen der Supportinanspruchnahmehäufigkeit (F49, F50) antwortete. Pro LEI waren durchschnittlich 3,28 Incidents verzeichnet. Diese hatten eine mittlere Dauer von 3,1 Tagen mit einer Standardabweichung von 5,494. In Tabelle 51 sind die Häufigkeiten und die Incident-Dauern für jeden Monat getrennt dargestellt. Dabei konnte eine abnehmende Tendenz in der Anzahl der Incidents pro LEI sowie in der Dauer festgestellt werden. Der Monat Juni 2017 verzeichnete mit 1,37 Incidents pro LEI und Monat mit einer mittleren Gesamtdauer von 2,1 Kalendertagen die niedrigsten Werte.

Monat	Anzahl verschiedener LEI	Anzahl Incidents	Incidents pro LEI	Dauer in Tagen	Standardabw. Dauer in Tagen
2016-12	17	41	2,41	2,3	3,315
2017-01	70	106	1,51	4,6	7,455
2017-02	96	165	1,72	2,9	5,221
2017-03	153	284	1,86	2,9	5,598
2017-04	132	211	1,60	2,8	5,041
2017-05	164	243	1,48	3,9	6,251
2017-06	115	158	1,37	2,1	3,123
Gesamt	--	1.208	3,28	3,1	5,494

Tabelle 51: Incident-Häufigkeit und Dauer nach Monat

Bei der Analyse von Subgruppen zu den Incidents zeigten sich hinsichtlich zweier Merkmale Auffälligkeiten. Zum einen bei der Untersuchung der Incidents nach dem Versorgungsbereich (s. Tabelle 52) und zum anderen bei der Unterscheidung nach der TI-Anbindungsvariante (s. Tabelle 53).

Versorgungsbereich	Anzahl verschiedener LEI	Quoten aller LEI	Anzahl Incidents	Incidents pro LEI	Dauer in Tagen	Standardabw. Dauer in Tagen
Stationär	5	83,3 %	28	5,60	5,3	5,956
Zahnarzt	115	91,3 %	577	5,02	2,1	4,466
Hausarzt	110	66,3 %	295	2,68	3,3	5,057
Facharzt	119	71,7 %	273	2,29	4,7	7,290
Psychotherapeut	19	46,3 %	35	1,84	2,8	4,281
Gesamt	368	72,9 %	1.208	3,28	3,1	5,494

Tabelle 52: Incident-Häufigkeit und Dauer nach Versorgungsbereich

Beim Vergleich der Incidents pro LEI in den unterschiedlichen Versorgungsbereichen traten die Zahnärzte/-innen gegenüber den anderen ambulanten LEI mit 5,02 Incidents pro LEI stark hervor. Diese Kennzahl fiel zum Teil mehr als doppelt so hoch aus wie bei anderen ambulanten LEI-Gruppen. Des Weiteren konnten 47,8% der Incidents Zahnärztinnen und Zahnärzten zugeordnet werden, die im Gesamtfeld aller LEI jedoch nur mit einem Anteil von 24,9% vertreten waren. 115 Zahnärztinnen und Zahnärzte hatten mindestens einen verzeichneten Incident, was einem Anteil von 91,3% aller Zahnärztinnen und Zahnärzte im Gesamtfeld betrug. Dagegen traten von den anderen ambulanten LEI-Gruppen (Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut) nur zwischen 46,3% bis 71,7% mit mindestens einem Incident in Erscheinung. Subgruppenanalysen der schriftlichen Befragung wiesen Zahnärztinnen und Zahnärzte jedoch als zufriedenste Gruppe unter den ambulanten LEI aus. Hinsichtlich der Versorgungsbereiche Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten musste davon ausgegangen werden, dass von diesen LEI andere Supportangebote genutzt wurden, die nicht mit dem Incident-Management-System des AN ORS1 Los2 gekoppelt

waren. Die durchschnittliche Dauer der Incidents war mit 4,7 Tagen im Mittel bei Fachärztinnen und Fachärzten am höchsten. In nur 2,1 Tagen im Mittel wurden die Incidents bei Zahnärztinnen und Zahnärzten beendet.

Hinsichtlich der umgesetzten TI-Variante war das „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“ die mit den meisten verzeichneten Incidents pro LEI (5,22), welche zugleich mit 2,4 Tagen im Mittel am schnellsten beendet wurden. Die Ergebnisse der Subgruppenanalyse nach TI-Variante (s. Tabelle 53) entsprachen auch den Ergebnissen der schriftlichen LEI-Befragung, da dort ebenfalls die LEI mit „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“ am schlechtesten urteilten.

TI-Variante	Anzahl verschiedener LEI	Anzahl Incidents	Incidents pro LEI	Dauer in Tagen	Standardabw. Dauer in Tagen
Keine Angabe	1	1	1,00	7,1	0,000
Integriertes Szenario	292	884	3,03	3,2	5,599
Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung	36	188	5,22	2,4	4,748
Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung	39	135	3,46	3,2	5,747
Gesamt	368	1.208	3,28	3,1	5,494

Tabelle 53: Incident-Häufigkeit und Dauer nach TI-Variante

8.7. Limitationen der Sekundärdatenanalyse

Die Aussagekraft der Fidelity-Analyse war insgesamt sehr beschränkt, da der Informationsgehalt der analysierten Dokumente (Installations- und Schulungsprotokolle) hinsichtlich des Untersuchungsziels der Fidelity-Analyse nicht ausreichend war.

Die Datenlieferungen der VSDM-Konnektor-Log-Datenlieferungen wiesen für einzelne LEI teils erhebliche Lücken auf. Diese konnten nicht schlüssig durch Praxisschließzeiten erklärt werden. Vielmehr musste hier der Effekt der bewussten Nicht-Nutzung von VSDM und Probleme bei der Datenübertragung von den LEI über den AN ORS1 Los2 hin zum AN WEV als Ursachen angenommen werden. Die Vollständigkeit der Konnektor-Logdateien war somit nicht gegeben, weshalb Aussagen zur Nutzungshäufigkeit nur bedingt getroffen werden konnten.

Die Daten zu den Incident-Meldungen standen teilweise im Widerspruch zu Ergebnissen der schriftlichen Befragung der LEI. Des Weiteren erschienen die Incident-Daten auch für sich genommen unvollständig, wenn davon ausgegangen werden kann, dass unabhängig vom Versorgungsbereich die Supportanspruchnahmehäufigkeit in etwa gleichverteilt war. Nur für LEI aus dem Bereich der Zahnärztinnen und Zahnärzte konnte vermutet werden, dass die Incident-Meldungen ein realitätsnahes Abbild lieferten.

8.8. Zusammenfassung der Sekundärdatenanalyse

Die Fidelity-Analyse zeigte insgesamt sehr hohe Werte. Bei ambulanten LEI hatte der Bereich Schulung mit 81,7% den geringsten Zielerreichungsgrad. Die Fidelity-Analyse konnte nur einen geringen Beitrag zu Beantwortung der Kernfragen liefern.

Die Analysen zeigten deutlich, dass die Nutzung von VSDM jeweils zu Quartalsbeginn am stärksten war und anschließend teilweise um die Hälfte, gemessen an den Einlesevorgängen pro Kalenderwoche, zurückging. Abschließend konnte festgehalten werden, dass Einlesevorgänge ohne Update etwa 3,2 Sekunden und Vorgänge mit Update etwa 6,5 Sekunden im Durchschnitt dauerten. Zudem wurde erkenntlich, dass die Einlesedauer über die Kalenderwochen hinweg erheblichen Schwankungen unterlegen war. Im gesamten Zeitraum war die Häufigkeit von Hinweisen zum Versicherungsnachweis eines beliebigen Typs 7,2% für ambulante LEI bzw. 6,8% für stationäre LEI. Das entsprach in etwa jedem 14. Einlesevorgang. Die Fehlerquote für ambulante LEI lag im Gesamtzeitraum bei 18,1% und für stationäre LEI bei 15,2%. Das entsprach etwa jedem fünften bis siebten Vorgang. Die Fehler aufgrund von Hinweisen zu Versicherungsnachweisen wurden dabei ausgeklammert und für diese Quoten nicht eingerechnet.

Zu 72,9% der LEI konnte mindestens eine Incident-Meldung im Zeitraum von Dezember 2016 bis Juni 2017 verzeichnet werden. Pro LEI konnten 3,28 Incidents identifiziert werden, die im Mittel nach 3,1 Tagen (Standardabweichung 5,494) geschlossen waren. Für die Versorgungsbereiche Hausärztinnen und Hausärzte, Fachärztinnen und Fachärzte und Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten musste davon ausgegangen werden, dass die Incident-Daten unvollständig waren. Im Versorgungsbereich der Zahnärztinnen und Zahnärzte konnte für 91,3% der Zahnärztinnen und Zahnärzte mindestens eine Incident-Meldung identifiziert werden. Pro zahnärztlicher LEI waren 5,02 Incident-Meldungen verzeichnet, die im Mittel nach 2,1 Tagen geschlossen waren. LEI mit der Anbindungsvariante „Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung“ hatten im Vergleich zu den anderen Anbindungsvarianten mit 5,22 Incidents pro LEI die höchste Support-Inanspruchnahmehäufigkeit.

9. Ergebnisse der Patientenbefragung

9.1. Charakterisierung der Stichprobe

Insgesamt konnten 500 Patienteninterviews in 18 ambulanten sowie zwei stationären Einrichtungen erhoben werden, wobei pro LEI 20 bis 27 Interviews erhoben werden konnten. Die Spanne begründet sich mit der unterschiedlichen Teilnahmebereitschaft der Patienten/-innen sowie dem signifikant variierenden Patientenaufkommen in den LEI selbst. Durchschnittlich wurden 25 Patienteninterviews pro LEI erhoben.

Die Altersstruktur sowie die Geschlechtsverteilung der Patienten/-innen, welche an der Befragung teilnahmen, sind in Tabelle 54 und Tabelle 55 dargestellt. Letzteres wurde durch den/die Interviewer/-in eigenständig erhoben und nicht erfragt.

F8 – Alterskohorte	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
18 bis unter 20 Jahre	4	0,8%	0,8%
20 bis unter 30 Jahre	58	11,6%	12,4%
30 bis unter 40 Jahre	55	11,0%	23,4%
40 bis unter 50 Jahre	66	13,2%	36,6%
50 bis unter 60 Jahre	111	22,2%	58,8%
60 bis unter 70 Jahre	96	19,2%	78,0%
70 bis unter 80 Jahre	72	14,4%	92,4%
80 Jahre und älter	38	7,6%	100,0%
Weiß nicht / keine Angabe	0	0,0%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 54: Patientenbefragung F8 – Verteilung nach Altersgruppen

F9 - Geschlecht	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Weiblich	333	66,6%	66,6%
Männlich	167	33,4%	100,0%
Weiß nicht / keine Angabe	0	0,0%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 55: Patientenbefragung F9 – Verteilung nach Geschlecht

Tabelle 56 illustriert die erhobenen soziodemographischen Merkmale der befragten Patienten/-innen. Zum Vergleich wird ebenfalls die Verteilung des GKV-Patientenkollektivs für das Jahr 2016 gemäß der Gesundheitsberichterstattung des Bundes (GBE-Bund) angegeben. Die Alterskohorte „18 bis unter 20 Jahre“ der Patientenbefragung entspricht dabei der „15 bis unter 20 Jahre“-Gruppierung der GBE-Bund, da eine exaktere Aufgliederung nicht ausgewiesen ist. Des Weiteren ist zu beachten, dass Patienten/-innen unter 18 Jahren von der Patientenbefragung explizit ausgeschlossen sind, weshalb die Daten der Gesundheitsberichterstattung für diese Altersklassierung nicht abgebildet sind. Die relativen Häufigkeiten der GKV-Alterskohorten sind demnach auf das Gesamtversichertenkollektiv ohne die Altersgruppe „unter 15 Jahre“ bezogen (n=62.401.772).

9. Ergebnisse der Patientenbefragung

Alterskohorte	Weiblich			Männlich			Gesamt		
	Anzahl	In %	GKV (%)	Anzahl	In %	GKV (%)	Anzahl	In %	GKV (%)
18 bis unter 20 Jahre	4	0,8%	2,8	0	0,0	2,9%	4	0,8%	5,7%
20 bis unter 30 Jahre	44	8,8%	6,8	14	2,8	7,1%	58	11,6%	13,8%
30 bis unter 40 Jahre	36	7,2%	7,3	19	3,8	7,2%	55	11,0%	14,5%
40 bis unter 50 Jahre	45	9,0%	7,9	21	4,2	7,4%	66	13,2%	15,2%
50 bis unter 60 Jahre	70	14,0%	9,5	41	8,2	8,8%	111	22,2%	18,3%
60 bis unter 70 Jahre	56	11,2%	7,3	40	8,0	6,2%	96	19,2%	13,5%
70 bis unter 80 Jahre	54	10,8%	6,5	18	3,6	5,0%	72	14,4%	11,4%
80 Jahre und älter	24	4,8%	4,9	14	2,8	2,6%	38	7,6%	7,5%
Keine Angabe	0	0,0%	-	0	0,0	-	0	0,0%	-
Gesamt	333	66,6%	52,80%	167	33,4%	47,20%	500	100,0%	100,0%

Tabelle 56: Demographische Verteilung der Patientenbefragung im Vergleich zum GKV-Versichertenkollektiv

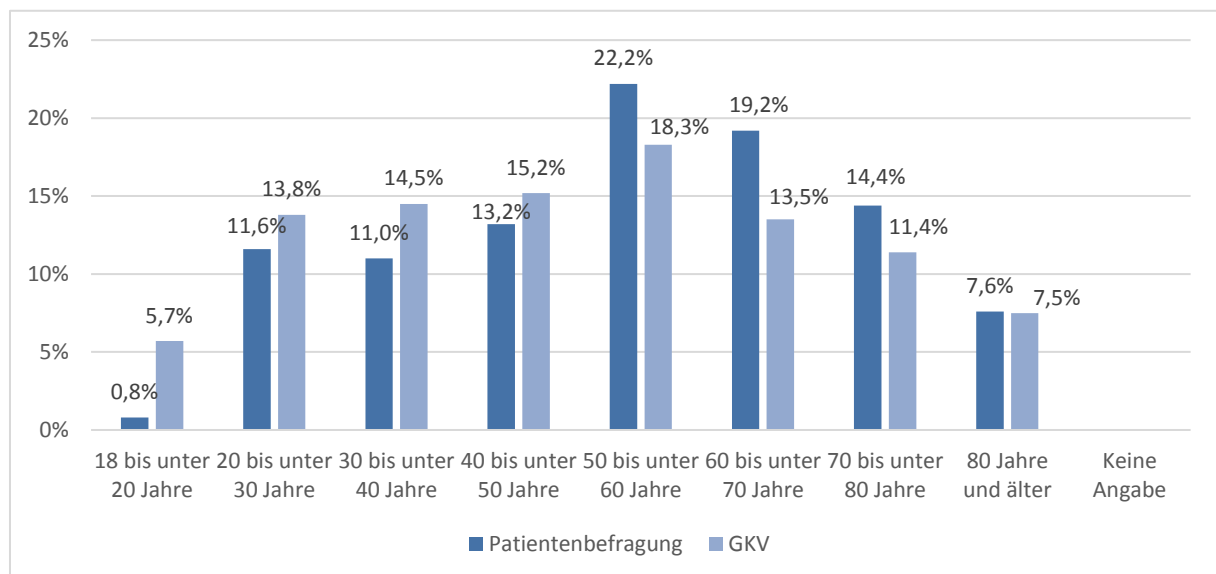


Abbildung 58: Vergleich der Altersstruktur der Patientenbefragung mit dem GKV-Versichertenkollektiv

Abbildung 58 stellt die Altersstruktur der erhobenen Patienteninterviews im Vergleich zum Versichertenkollektiv der GKV (auf Basis der genannten Annahmen) grafisch dar. Es zeigt sich, dass die Verteilungen der Stichprobe nicht direkt der Grundgesamtheit entsprechen. So ist eine leichte linksschiefe Verteilung der Patientenbefragung ersichtlich, sodass jüngere Versicherte tendenziell unterrepräsentiert und ältere Versicherte tendenziell überrepräsentiert sind.

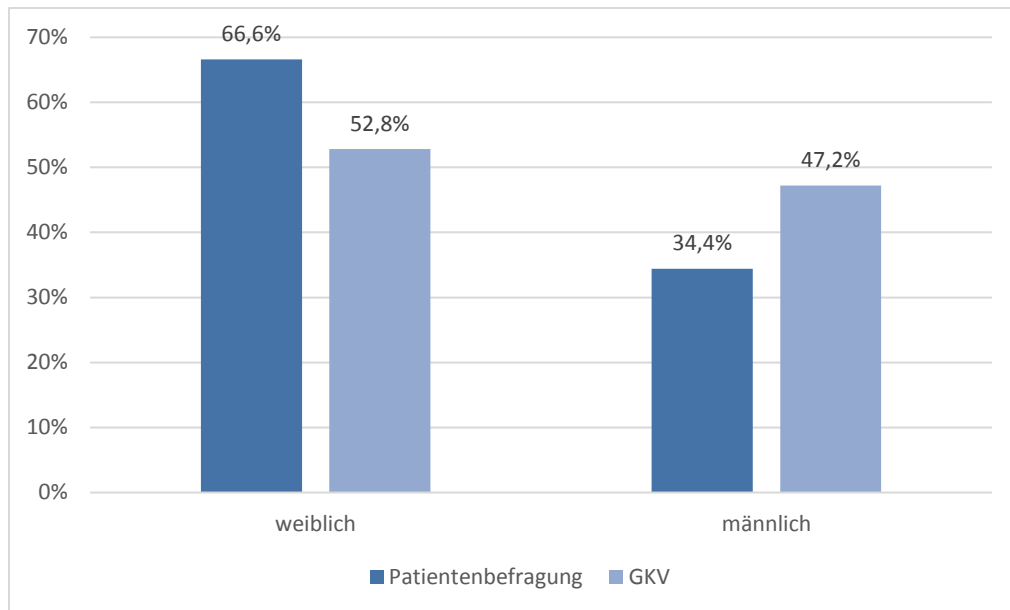


Abbildung 59: Vergleich der Geschlechtsstruktur der Patientenbefragung mit dem GKV-Kollektiv

In Abbildung 59 ist der Vergleich der Geschlechtsstruktur zwischen der Stichprobe der Patientenbefragung und dem Versichertenkollektiv der GKV dargestellt. Es ist ersichtlich, dass Patientinnen überproportional häufig an der Patientenbefragung teilnahmen und zugleich männliche Patienten unterproportional repräsentiert sind. Hinsichtlich der Repräsentativität der Stichprobe lässt sich auf Basis der Alters- bzw. Geschlechtsstruktur ableiten, dass jüngere bis mittlere Altersgruppen (18 bis unter 50 Jahre) im Vergleich mit dem GKV-Versichertenkollektiv etwas geringer vertreten sind sowie Frauen überproportional in die Auswertung einfließen. Die Stichprobe der Patientenbefragung ist damit nur eingeschränkt repräsentativ für das GKV-Versichertenkollektiv. Studien aus der Versorgungsforschung [vgl. Grobe, Steinmann, Szecsenyi 2017, Arztreport 2017, Berlin, Band 1] zeigen, dass bis zu 16% der männlichen und bis zu 9% der weiblichen GKV-Versicherten keinen Arztkontakt innerhalb von 12 Monaten haben. Daher ist die Stichprobe aussagekräftig für das Patientenkollektiv der an der Erprobung teilnehmenden LEI.

9.2. Inhaltliche Befragungsergebnisse

Im Folgenden ist das Antwortverhalten der Patienten/-innen zu den einzelnen Fragestellungen der Patientenbefragung zur Übersicht aufgelistet.

F1 – Häufigkeit Praxisbesuch/KH-Besuch	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Nie	76	15,2%	15,2%
Ein bis zweimal	180	36,0%	51,2%
Etwa ein bis zweimal im Quartal	137	27,4%	78,6%
Etwa einmal im Monat	50	10,0%	88,6%
Etwa zwei bis drei Mal im Monat	34	6,8%	95,4%

9. Ergebnisse der Patientenbefragung

Einmal pro Woche oder häufiger	16	3,2%	98,6%
Weiß nicht / keine Angabe	7	1,4%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 57: Patientenbefragung: F1 - Wie häufig waren Sie [innerhalb der letzten 12 Monate] hier in der Praxis / im Krankenhaus?

Aus den Antworten zu Frage 1 wird ersichtlich, dass 15,2% der Befragten in den letzten 12 Monaten noch nicht in der Praxis bzw. im Krankenhaus waren, wobei 20,0% etwa einmal im Monat oder häufiger einen Termin in der betrachteten LEI hatten.

F2 – Letzter Praxisbesuch / KH-Besuch	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Innerhalb der letzten 7 Tage	111	22,2	22,2
Innerhalb der letzten 4 Wochen	141	28,2	50,4
Der Besuch ist länger als 4 Wochen her	198	39,6	90,0
Ich kann mich nicht erinnern	11	2,2	92,2
Weiß nicht / keine Angabe	39	7,8	100,0
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 58: Patientenbefragung: F2 - Wann waren Sie das letzte Mal in der Praxis / im Krankenhaus?

Aus Tabelle 58 kann abgeleitet werden, dass 50,4% der befragten Patienten/-innen innerhalb der letzten vier Wochen zu Besuch in der betrachteten LEI waren. In 39,6% der Fälle liegt der Arztbesuch länger als einen Monat zurück.

F3-A – Auffälligkeiten (1)	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ja	29	5,8%	5,8%
Nein	449	89,8%	95,6
Nein (nicht relevant)	21	4,2%	99,8%
Weiß nicht / keine Angabe	1	0,2%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 59: Patientenbefragung: F3A - Ist Ihnen heute bei der Anmeldung etwas aufgefallen?

In Frage 3A wurden Auffälligkeiten bei der heutigen Anmeldung der Patienten/-innen in der betrachteten LEI abgefragt. Um lediglich die im Rahmen der Erprobung relevanten Auffälligkeiten zu betrachten, wurden die Angaben aus Item F3-B auf Relevanz untersucht. Es zeigt sich, dass 89,8% der Befragten keine besonderen Auffälligkeiten erkennen konnten, 5,8% Unregelmäßigkeiten erkennen konnten sowie 0,2% keine Angaben machen wollten bzw. mit „Ich weiß nicht“ antworteten. 21 Antworten, welche ursprünglich mit „Ja“ codiert waren, wurden aufgrund mangelnder Relevanz zur Erprobung unter „Nein (nicht relevant)“ subsummiert. Hierrunter fallen bspw. Angaben wie „Heute ist wenig los“ oder „Probleme bei der Terminvergabe“. Den 50 Befragten, welche Auffälligkeiten registrierten, wurde anschließend Frage 3B gestellt (vgl. Tabelle 60).

F3-B – Auffälligkeiten (2)	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ich hatte die Karte nicht dabei, hätte dies aber gebraucht.	2	3,5%	3,5%
Das Einlesen der Karte hat länger gedauert.	2	3,5%	7,0%
Es gab Rückfragen zu meiner Adresse.	4	7,0%	14,0%
Es gab Rückfragen zu meinem Zuzahlungsstatus.	1	1,8%	15,8%
Meine Karte wurde als ungültig erkannt.	8	14,0%	29,8%
Es gab technische Probleme mit der Karte.	4	7,0%	36,8%
Sonstige Gründe, und zwar:	36	63,2%	100,0%
<i>eGK als ungültig/gesperrt erkannt</i>	8	14,3%	-
<i>Fehlerhafte Stammdaten auf eGK</i>	1	1,8%	-
<i>Einlesen der eGK bei jedem Besuch notwendig</i>	6	10,5%	-
<i>Kein Bezug zur Erprobung</i>	21	37,5%	-
Weiß nicht / keine Angabe	0	0,0%	100,0%
Gesamt	57	100,0%	

Tabelle 60: Patientenbefragung: F3B - Was genau ist Ihnen bei der Anmeldung aufgefallen? (Mehrfachantwort möglich)

Hinsichtlich Frage 3B ist zu beachten, dass eine Mehrfachantwort seitens der Patienten/-innen möglich war, so dass insgesamt 57 Aspekte angegeben wurden. Bei der Betrachtung wird ersichtlich, dass zwei Patienten/-innen zu Protokoll gaben, Ihnen sei eine längere Einlesedauer der eGK bei der Anmeldung aufgefallen (3,5%). Rückfragen zu derzeitigen Adressdaten wurden in 7,0% der Auffälligkeiten genannt (n=4), während ebenfalls 7,0% sich auf technische Problem mit der eGK beziehen (n=4). Die Antwortkategorie mit den häufigsten Nennungen ist „Sonstige Gründe“, welche in Tabelle 60 ebenfalls gelistet sind. Hierbei wurden die Antworten im Sinne einer Auswertung systematisch kategorisiert. In der Clusterung „eGK als ungültig/gesperrt erkannt“ (n=8) sind Fälle zusammengefasst, in welchen die eGK der Patienten/-innen als ungültig (bspw. veraltete eGK nach Umzug) bzw. als bereits gesperrt erkannt wurde. Hierbei wurde oftmals angemerkt, dass zusätzlicher Aufwand in Form eines erneuten Besuchs des/der Patienten/-innen notwendig war oder eine aktuelle eGK der zweiten Generation (G2) von der Krankenkasse angefordert werden musste. Sechs Patienten/-innen merkten an, dass ihre eGK nun bei jedem Arztbesuch eingelesen wurde und nicht nur am Quartalsanfang. In der Kategorie „Kein Bezug zur Erprobung“ (n=20) sind für die Patientenbefragung in Hinblick auf die Kernfragen der Evaluation nicht relevante Antworten zusammengefasst. Beispiele hierfür wären Anmerkungen, dass heute weniger in der Praxis los sei, das Personal „sehr freundlich sei“ oder es „Probleme bei der Terminvergabe“ gab. Insgesamt wurden 36 für die Erprobung relevante Auffälligkeiten genannt (7,2%). Da jedoch nicht in jedem Falle ein Einlesen der eGK durchgeführt wurde (vgl. Tabelle 62), kann man annehmen, dass der tatsächliche Wert höher liegt. Auf Basis der eingelesenen eGK (66,2%) würde der Wert bei 10,9% liegen. Zu beachten ist hierbei, dass auch Aussagen wie „Einlesen der eGK ist bei jedem Besuch notwendig“ oder „eGK wurde als ungültig erkannt“ einfließen, welche im Rahmen der Erprobung keine Fehler im engeren Sinn darstellen.

F4 – Wissen eGK	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ja	428	85,6%	85,6%
Nein	63	12,6%	98,2%
Weiß nicht / keine Angabe	9	1,8%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 61: Patientenbefragung F4 - Wissen Sie, dass Sie bereits eine elektronische Gesundheitskarte haben?

Das Wissen der Patienten/-innen bezüglich der Existenz der elektronischen Gesundheitskarte wurde in Item F4 abgefragt. Demnach wissen 85,6% der Befragten, dass sie eine solche Karte bereits besitzen, wohingegen dies zum Befragungszeitpunkt 12,6% nicht bewusst war.

F5 – Heutiges Einlesen der eGK	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ja	331	66,2%	66,2%
Nein	158	31,6%	97,8%
Weiß nicht / keine Angabe	11	2,2%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 62: Patientenbefragung F5 - Wurde Ihre elektronische Gesundheitskarte heute bei der Anmeldung eingesehen?

Tabelle 62 stellt die Häufigkeiten zur Frage nach dem Einlesen der eGK am Interviewtag dar. In 66,2% der Fälle (n=331) wurde dies bejaht, in 31,6% verneint (n=158). Elf Patienten/-innen konnten oder wollten auf die Frage keine Antwort geben. Es fällt auf, dass in der erhobenen Stichprobe nicht bei jedem Besuch eines/r Patienten/-in die eGK auf Gültigkeit geprüft wurde.

F6 – Wissen Erprobung eGK	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ja	102	20,4%	20,4%
Nein	382	76,4%	96,8%
Weiß nicht / keine Angabe	16	3,2%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 63: Patientenbefragung F6 - Wissen Sie, dass diese Arztpraxis /dieses Krankenhaus an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte teilnimmt?

Das Wissen um die Erprobung der eGK in der betrachteten LEI wurde in Frage 6 der Patientenbefragung abgebildet. Es zeigt sich, dass 20,4% der Patienten/-innen um die Erprobung in der LEI wussten, während 76,4% dies verneinten.

F7-A – Wissen Aktualisierung VSDM (1)	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Ja	187	37,4%	37,4%
Nein	300	60,0%	97,4%
Weiß nicht / keine Angabe	13	2,6%	100,0%
Gesamt	500	100,0%	

Tabelle 64: Patientenbefragung F7A - Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten jetzt online aktualisiert werden können?

In Tabelle 64 sind sowohl Anzahl als auch relative Häufigkeiten zur Frage F7a – „Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten online aktualisiert werden können?“ – dargestellt. Insgesamt war 300 Patienten/-innen dieser Umstand nicht bewusst (60,0%), während 187 (37,4%) Personen mit „Ja“ antworteten. Falls die Frage F7-A mit „Ja“ beantwortet wurde, wurde im Anschluss Frage F7-B gestellt, welche den Hintergrund des Wissens der Patienten/-innen eruieren sollte.

F7-B – Wissen Aktualisierung VSDM (2)	Häufigkeit	In %	In % (kumuliert)
Aus der Presse	32	16,7%	16,7%
Durch Rundfunk und / oder Fernsehen	19	9,9%	26,6%
Durch den Informationsflyer hier in der Praxis	14	7,3%	33,9%
Sonstige Gründe, und zwar:	127	66,1%	100,0%
<i>Information seitens der Krankenkasse</i>	65	33,9%	-
<i>Privates Umfeld</i>	26	13,5%	-
<i>Aufklärung seitens der LEI</i>	6	3,1%	-
<i>Berufliches Umfeld</i>	6	3,1%	-
<i>Aus Internetmedien</i>	11	5,7%	-
<i>Einzelnennungen</i>	13	7,8%	-
Weiß nicht / keine Angabe	0	0,0%	100,0%
Gesamt	192	100,0%	

Tabelle 65: Patientenbefragung F7B - Wie haben Sie erfahren, dass eine Online-Aktualisierung der Versichertendaten möglich ist? (Mehrfachantwort möglich)

Hier zeigt sich, dass 16,7% der Befragten (n=32) die Möglichkeit zur Online-Aktualisierung der Versichertendaten aus der Presse entnahmen, 10,0% (n=19) aus dem Rundfunk sowie 7,3% (n=14) aus dem in den LEI ausliegenden Informationsangeboten. 66,1% (n=127) gaben sonstige Informationsquellen an. Hier wurden die Antworten ebenfalls geclustert, um eine Auswertung zu ermöglichen. Häufig wurde seitens der Patienten/-innen genannt, von ihrer Krankenkasse informiert worden zu sein. Dies wurde entweder durch Zeitschriften der Krankenkasse, telefonisch oder postalisch durchgeführt. 26 Befragte nannten das private Umfeld als Quelle (bspw. Familie oder Kollegen), sechs das berufliche Umfeld (bspw. Angestellte/r einer Krankenkasse). Elf Personen gaben an, dass sie durch Internetmedien über den Sachverhalt aufgeklärt wurden, sechs nannten aktive Aufklärung seitens der LEI als Grund. In der Kategorie „Einzelnennungen“ wurden alle Antworten zusammengefasst, welche lediglich einmal genannt wurden oder sich in keinem der bereits vorhandenen Cluster widerspiegeln. Beispiele hierfür wären die Antwort „Allgemeinwissen“ oder „Annahme“.

9.3. Überprüfung von Hypothesen zur Patientenbefragung

Folgende Hypothesen wurden im Auswertungskonzept des AN WEV (LG-03) im Vorfeld der Evaluation aufgestellt.

H13: Die Patienten nehmen keinen Unterschied im Anmeldeprozess in der LEI nach Einführung von VSDM wahr.

H14: Die Erprobung von VSDM ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht bekannt.

H15: Die Online-Aktualisierung der Versichertendaten ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht bekannt.

Auf Basis der Stichprobe und den Auswertungen im Rahmen der Patientenbefragung kann die **Hypothese H13** („Die Patienten nehmen keinen Unterschied im Anmeldeprozess in der LEI nach Einführung von VSDM wahr“) angenommen werden. Nur 36 (7,2%) wahrgenommene Auffälligkeiten bei der Anmeldung wurden insgesamt angegeben. Das Einlesen der eGK bei der Anmeldung erfolgte jedoch nur in 331 (66,2%) der Fälle. Auf Basis der Fälle mit eingelesener eGK (331 Fälle) entsprechen die 36 wahrgenommenen Auffälligkeiten einer Quote von 10,9%. Zu beachten ist hierbei, dass Aussagen wie „Einlesen der eGK ist bei jedem Besuch notwendig“ oder „eGK wurde als ungültig erkannt“ einfließen, welche im Rahmen der Erprobung keine Fehler im engeren Sinn darstellen. Hinsichtlich einer möglichen längeren Einlesedauer der eGK wurden zwei Nennungen gezählt (0,4% bzw. 0,6% auf Basis der eingelesenen eGK) (vgl. hierzu Tabelle 59 und Tabelle 62).

Die **Hypothese H14** („Die Erprobung von VSDM ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten/-innen nicht bekannt“) kann ebenfalls als gültig anerkannt werden. 102 Befragte gaben während des Interviews an, dass sie um die Erprobung der eGK wissen (20,4%). Demgegenüber besitzen 76,4% der befragten Patienten/-innen keine Kenntnis über die Erprobung (n=382), während 16 Enthaltungen gezählt werden können. Die Altersgruppe der Patienten/-innen korreliert mit dem Item F6 (p-Wert von 0,026), so dass ein Einfluss des Alters auf das Wissen um die Erprobung angenommen werden kann. Dieser ist mit einem Cramer-V von 0,153 als schwach anzusehen. Wird die Altersgruppe der über 80-Jährigen aus den statistischen Tests ausgeschlossen, so muss die Hypothese verworfen werden. Insgesamt zeigt sich jedoch, dass der überwiegenden Mehrheit die Erprobung der eGK nicht bekannt ist (vgl. hierzu Tabelle 63, Tabelle 68).

Die **Hypothese H15** („Die Online-Aktualisierung der Versichertendaten ist der überwiegenden Mehrheit der Patienten nicht bekannt“) kann als gültig erachtet werden. 37,4% der Befragten bejahten die Frage, ob sie von der Möglichkeit zur Aktualisierung der Versichertendaten Kenntnis haben (n=187). Dementsprechend verneinen dies 300 Patienten/-innen, was einem Prozentwert von 60,0% entspricht. Es kann kein signifikanter Einfluss des Alters auf das Antwortverhalten festgestellt werden. Item F7-B („Wie haben Sie erfahren, dass eine Online-Aktualisierung der Versichertendaten möglich ist?“) zeigt

auf, dass neben den vermuteten Informationskanälen „Presse“ sowie „Rundfunk“ das berufliche als auch persönliche Umfeld ebenfalls relevant sind. Häufig wurde genannt, dass die Krankenkassen telefonisch, per Post oder mittels Beitrag im krankenkasseneigenen Magazin ihre Patienten/-innen über die Möglichkeit der Online-Aktualisierung aufgeklärt haben (n=65, 33,9%) (vgl. Tabelle 64 und Tabelle 65).

9.4. Kritische Würdigung der Befragungsergebnisse

Die untersuchten Fragestellungen sind in der folgenden Tabelle 66 nochmals zur Übersicht aufgeführt.

Frage	Ausprägungen	Gültige Fälle
F3-A: Ist Ihnen heute bei der Anmeldung etwas aufgefallen?	Ja	474
	Nein	
F4: Wissen Sie, dass Sie bereits eine elektronische Gesundheitskarte haben?	Ja	488
	Nein	
F6: Wissen Sie, dass diese Arztpraxis / dieses Krankenhaus an der Erprobung der elektronischen Gesundheitskarte teilnimmt?	Ja	481
	Nein	
F7-A: Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten jetzt online aktualisiert werden können?	Ja	484
	Nein	

Tabelle 66: Patientenbefragung - Übersicht der getesteten Fragestellungen

Tabelle 67 gibt die Annahmen wieder, welche im Rahmen der Patientenbefragung auf Signifikanz getestet wurden. Als unabhängige Variablen wurde einerseits die Altersgruppe, andererseits das Geschlecht angenommen. Die p-Werte geben an, inwiefern diese Variablen Einfluss auf das Antwortverhalten der angegebenen Fragestellungen haben. Ab einem p-Wert von unter 0,05 (entspricht einem Signifikanzniveau von 5%) wird ein Einfluss der Variable als signifikant angenommen.

- Ungültige Werte in Form von „weiß nicht/keine Angabe“ wurden aus der Berechnung des p-Wertes ausgenommen, um diesen geringstmöglich statistisch zu verzerren
- Da in der Altersgruppe von 18 bis ausgeschlossen 20 Jahren lediglich vier erfolgreiche Patientenerhebungen vorliegen, wurde diese Gruppierung im Rahmen der statistischen Analyse ebenso ausgeschlossen, um die Testergebnisse nicht zu verfälschen
- Für das Item F3-A wurden die für die Erprobung nicht relevanten Angaben aus F3-B als fehlende Werte behandelt und damit ebenfalls aus der Betrachtung ausgeschlossen
- Die Berechnung der p-Werte erfolgt daher auf einer im Vergleich zur Datengrundlage geringeren Anzahl gültiger Fälle

Variable	Ausprägung	Geschlecht		p
		Weiblich (n=333)	Männlich (n=167)	
F3-A (Auffälligkeiten)	Ja	18 (5,7%)	11 (7,0%)	0,588
	Nein	298 (94,3%)	147 (93,0%)	
F4 (Wissen eGK)	Ja	281 (86,5%)	144 (88,3%)	0,559
	Nein	44 (13,5%)	19 (11,7%)	
F6 (Wissen Erprobung eGK)	Ja	62 (19,3%)	40 (25,0%)	0,151
	Nein	259 (80,7%)	120 (75,0%)	
F7-A (Wissen VSDM)	Ja	126 (39,4%)	59 (36,0%)	0,466
	Nein	194 (60,6%)	105 (64,0%)	

Tabelle 67: Patientenbefragung - Einfluss des Geschlechts auf das Antwortverhalten

Der mögliche Einfluss der Variable „Geschlecht“ auf das Antwortverhalten einiger im Rahmen der Evaluation relevanter Fragen wird in Tabelle 67 dargestellt. Es zeigt sich anhand eines Chi-Quadrat-Tests nach Pearson, dass bei keiner der untersuchten Variablen signifikante Einflüsse abgeleitet werden können, da die p-Werte über dem Signifikanzniveau von 0,05 liegen. Das Geschlecht hat demnach keinen signifikanten Einfluss auf die Wahrnehmung an der Anmeldung sowie dem Wissensstand bezüglich eGK, der Erprobung oder der möglichen Online-Aktualisierung der Versichertendaten.

In der folgenden Tabelle soll analysiert werden, ob die Altersgruppe einen signifikanten Einfluss auf das Antwortverhalten der Patienten/-innen beinhaltet.

Variable	Ausprägung	Altersgruppe												p		
		[20-30[(n=58)		[30-40[(n=55)		[40-50[(n=66)		[50-60[(n=111)		[60-70[(n=96)		[70-80[(n=72)			80≤ (n=38)	
F3-A (Auffälligkeiten)	Ja	6	(10,3%)	6	(11,1%)	4	(6,5%)	3	(2,7%)	8	(8,9%)	1	(1,6%)	1	(2,7%)	0,103
	Nein	52	(89,7%)	48	(88,9%)	58	(93,5%)	107	(97,3%)	82	(91,1%)	62	(98,4%)	36	(97,3%)	
F4 (Wissen eGK)	Ja	56	(98,2%)	45	(83,3%)	60	(90,9%)	99	(90,8%)	83	(87,4%)	59	(83,1%)	23	(63,9%)	<0,001
	Nein	1	(1,8%)	9	(16,7%)	6	(9,1%)	10	(9,2%)	12	(12,6%)	12	(16,9%)	13	(36,1%)	
F6 (Wissen Erprobung eGK)	Ja	16	(29,1%)	11	(20,0%)	9	(14,1%)	28	(26,2%)	27	(29,0%)	10	(14,5%)	1	(2,6%)	0,005
	Nein	39	(70,9%)	44	(80,0%)	55	(85,9%)	79	(73,8%)	66	(71,0%)	59	(85,5%)	37	(97,4%)	
F7-A (Wissen VSDM)	Ja	19	(33,3%)	15	(28,8%)	21	(32,3%)	46	(41,8%)	39	(41,9%)	30	(43,5%)	15	(39,5%)	0,487
	Nein	38	(66,7%)	37	(71,2%)	44	(67,7%)	64	(58,2%)	54	(58,1%)	39	(56,5%)	23	(60,5%)	

Tabelle 68: Patientenbefragung - Einfluss der Altersgruppe auf das Antwortverhalten

Wie in Tabelle 68 dargestellt, hat die Altersgruppierung auf das Antwortverhalten der Items F3-A sowie F7-A keinen signifikanten Einfluss. Für die Fragen F4 und F6 kann mit einem p-Wert von <0,001 bzw. 0,005 ein signifikanter Einfluss abgeleitet werden. Das Alter der befragten Patienten/-innen hat demnach einen signifikanten Einfluss sowohl auf den Wissenstand zur eGK als auch der Erprobung.

Bezüglich der Fragestellung F4 (Wissen um die eGK) kann daher festgehalten werden, dass je älter ein/e Patient/-in ist, desto unwahrscheinlicher ist es, dass er/sie bereits weiß, dass die eGK bereits vorhanden ist. Mit einem Cramer-V von 0,237 kann diesbezüglich ein schwacher Zusammenhang angenommen werden. Wenn die Altersgruppe der über 80-jährigen Patienten/-innen aus dem Chi-Quadrat-Test ausgenommen wird, zeigt sich jedoch, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen Altersgruppe und dem Item F4 mehr besteht. F6 (Wissen um die Erprobung) zeigt ein ähnliches Muster. Je älter ein/e Patient/-in, desto unwahrscheinlicher ist das Wissen um die Erprobung der eGK. Mit einem Cramer-V von 0,197 ist dieser Zusammenhang als schwach zu bezeichnen. Wird dabei die Altersgruppe der über 80-Jährigen ebenfalls vom Test ausgenommen, kann der Zusammenhang nicht bestätigt werden.

Mögliche Korrelationen zwischen den bereits vorgestellten Frageitems sowie den K(Z)V-Regionen, der regionalen Klassifizierung in ländliche Gebiete (LEI-Standort gleich oder weniger als 50.000 Einwohner) bzw. städtisch geprägte Regionen (über 50.000 Einwohner) sowie dem Versorgungsbereich wurden vom AN WEV durchgeführt, jedoch verworfen. Es zeigte sich in den statistischen Analysen ein vermeintlich signifikanter Effekt zwischen

- K(Z)V-Region und Item F4
- Regionaler Klassifikation und F6, F7
- Versorgungsbereich und F6.

Diese Effekte sind jeweils mit einem geringen Cramer-V-Wert als schwach einzustufen, der p-Wert indizierte einen signifikanten Einfluss. Nach weiteren Analysen und mit Blick auf die Altersverteilung liegt hier zudem die Vermutung einer Scheinkorrelation vor – der Einfluss der Drittvariable „Altersgruppe“ determiniert die vermeintlichen Korrelationen zwischen den genannten Items. Da der Informationsstand der Patienten/-innen signifikant von der Alterskohorte abhängig ist (vgl. Tabelle 17), verzerrt die ungleiche Verteilung anderer beeinflussender Merkmale die statistische Aussagekraft (bspw. Häufung einzelner Altersgruppen in manchen Regionen). Exemplarisch ist in folgender Tabelle 69 die Altersverteilung der Befragten pro K(Z)V-Region dargestellt.

Altersgruppe	K(Z)V-Bezirk							
	SH		NO		WL		RLP	
20 bis unter 30 Jahre	11	(2,2%)	20	(4,0%)	7	(1,4%)	20	(4,0%)
30 bis unter 40 Jahre	20	(4,0%)	12	(2,4%)	8	(1,6%)	15	(3,0%)
40 bis unter 50 Jahre	22	(4,4%)	17	(3,4%)	17	(3,4%)	10	(2,0%)
50 bis unter 60 Jahre	19	(3,8%)	34	(6,9%)	33	(6,7%)	25	(5,0%)
60 bis unter 70 Jahren	26	(5,2%)	25	(5,0%)	25	(5,0%)	20	4,0%
70 bis unter 80 Jahren	20	(4,0%)	28	(5,6%)	17	(3,4%)	7	(1,4%)
80 Jahre und älter	7	(1,4%)	16	(3,2%)	14	(2,8%)	1	(0,2%)

Tabelle 69: Patientenbefragung – Altersverteilung nach K(Z)V-Region

Es wird ersichtlich, dass in der K(Z)V-Region Rheinland-Pfalz im Vergleich zu Nordrhein ältere Patientengruppen in der Stichprobe weniger häufig sind. Da jüngere Patienten/-innen tendenziell ein umfangreicheres Wissen um die eGK besitzen, verzerrt sich die Statistik – es scheint, als ob die Patienten/-innen in Rheinland-Pfalz signifikant häufiger um die Existenz der eGK informiert sind (Item F4). Der Chi-Quadrat-Test indiziert diesen Zusammenhang mit einem p-Wert von 0,017. Der Einfluss der Drittvariable „Altersgruppe“ auf diese Korrelation lässt sich auch in den möglichen Zusammenhängen bei der regionalen Klassifizierung finden. In den ländlicheren Gebieten wurden tendenziell häufiger ältere Personen befragt, so dass auch hier eine Verzerrung durch eine Drittvariable besteht. Bestimmte Versorgungsformen, bspw. die untersuchten Krankenhäuser, weisen ebenfalls eine höhere Quote auf.

9.5. Limitationen der Patientenbefragung

Hinsichtlich der Interpretierbarkeit sowie der Aussagekraft der Patientenbefragung müssen einige Limitationen berücksichtigt werden. Aus der Geschlechtsverteilung wird ersichtlich, dass im Vergleich zum GKV-Versichertenkollektiv überproportional häufig Frauen an der Befragung teilgenommen haben. Männliche Patienten sind daher nicht ausreichend in der Stichprobe repräsentiert. Hinsichtlich der Altersstruktur kann festgehalten werden, dass in der Stichprobe ältere Patienten/-innen im Vergleich zum GKV-Patientenkollektiv gehäuft vorkommen. Zwar kann angenommen werden, dass diese auch häufiger eine LEI aufsuchen, dennoch sind sämtliche Rückschlüsse aufgrund der Altersstruktur vorsichtig zu interpretieren. Im Rahmen der statistischen Analyse wurde die Altersgruppe der 18 bis unter 20-Jährigen aufgrund der geringen Fallzahl (n=4) aus der Betrachtung ausgeschlossen, um die relevanten Parameter nicht zu verzerren. Auch die unterschiedliche Verteilung der Altersgruppen in den einzelnen Versorgungsbereichen oder der regionalen Klassifikation ist nicht identisch, weshalb die ermittelten Korrelationen hierbei nicht aussagekräftig sind und daher im Rahmen der Auswertung nicht gesondert dargestellt wurden. Es kann vermutet werden, dass diese (Schein-)Korrelationen letztlich auf die Drittvariable „Alter“ zurückzuführen sind. Des Weiteren können im Rahmen der Patientenbefragung nicht erhobene Merkmale Einfluss auf das Antwortverhalten haben (bspw. der Bildungsgrad). Die anhand der statistischen Tests ermittelten Korrelation, können daher auch durch unbekannte Einflussgrößen begründet sein. Deshalb können Korrelationen bestenfalls als Hinweis auf eine mögliche Kausalität interpretiert werden.

9.6. Zwischenfazit zur Patientenbefragung

Im Rahmen der Patientenbefragung wurden seitens des AN WEV insgesamt 500 Patientinnen und Patienten in 18 ambulanten und zwei stationären Einrichtungen der Testregion Nordwest befragt. Ziel der Patientenbefragung war die Erfassung der wahrgenommenen Veränderungen der Patienten/-innen bei den Aufnahme- bzw. Entlassungsprozessen der Erprobungsteilnehmer. Des Weiteren soll der Informationsstand der Patienten/-innen zur elektronischen Gesundheitskarte sowie der laufenden Erprobung abgefragt werden.

Die Clusterstichprobe zeigt im Vergleich zur Grundgesamtheit des GKV-Versichertenkollektivs eine linksschiefe Verteilung auf – ältere Patienten/-innen sind überproportional häufig vertreten, während Jüngere in ihrer Zahl unterrepräsentiert sind. 66,6% der Befragten sind weiblich, 34,4% männlich. Bezüglich der wahrgenommenen Veränderungen bei der Anmeldung lässt sich festhalten, dass 36 Befragte (7,2%) Aspekte wahrnahmen, welche auf die Erprobung zurückzuführen sind. Knapp die Hälfte dieser Nennungen fällt auf die Kategorie „eGK wurde als gesperrt erkannt“ (n=16), sechs Befragte (16,6%) gaben an, dass sie die eGK nun „bei jedem Besuch benötigen“, was im Rahmen der Erprobung bewusst als Anforderung an die LEI herangetragen wurde. Lediglich zwei Nennungen beziehen sich auf eine längere Einlesezeit der eGK (5,6%). Da jedoch nur in 331 (66,2%) Fällen ein Einlesen der eGK bei der Anmeldung erfolgte, entsprechen die 36 Fälle mit Auffälligkeiten einer Quote von

10,9%. Zu beachten ist hierbei, dass auch Aussagen wie „Einlesen der eGK ist bei jedem Besuch notwendig“ (6 Fälle) bzw. „Ich hatte die Karte nicht dabei, hätte dies aber gebraucht.“ (2 Fälle) miteinfließen, welche im Rahmen der Erprobung keine Fehler im engeren Sinn darstellen. Ohne diese Fälle reduziert sich die Anzahl der Auffälligkeiten auf 30, was einem Anteil von 9,1% der 331 Fälle mit eingeleseener eGK entspricht.

Bezüglich des Wissensstandes der Patienten/-innen um die eGK lässt sich auf Basis der erhobenen Stichprobe ableiten, dass 428 Befragte (85,6%) wissen, dass „sie bereits eine eGK besitzen“, 63 (12,6%) verneinen diese Frage. Des Weiteren zeigt sich, dass ein schwacher Zusammenhang zwischen der Altersgruppe und dem Wissen um die eGK besteht (p-Wert von 0,002 bei einem Cramer-V von 0,178). Diese Korrelation lässt sich auch zwischen der Altersgruppe und dem Wissen um die Erprobung der eGK nachweisen (p-Wert von 0,026 bei einem Cramer-V von 0,153). Falls die Alterskohorte der über 80-Jährigen aus der statistischen Betrachtung ausgeschlossen wird, muss die Hypothese des Zusammenhangs zwischen Alter und Wissen um die eGK jedoch verworfen werden (p-Wert von 0,238).

10. Limitationen

Für die WEV von VSDM müssen einige Limitationen angeführt werden, die durch die eingesetzten Methoden sowie die Projektstruktur des ORS1 bedingt waren. Die Auswahl der teilnehmenden LEI wurde gezielt gesteuert und entsprach keiner Zufallsauswahl. LEI wurden durch den AN ORS1 Los2 ausgewählt, wenn diese sich freiwillig meldeten und die installierten IT-Systeme in der LEI den Anforderungen der Erprobung entsprachen. Da die LEI aber diverse Kriterien als Teilnahmevoraussetzung erfüllen mussten, wäre eine Zufallsstichprobe für die WEV VSDM nicht operationalisierbar gewesen. Dadurch ergab sich ein starker Selektionseffekt, der im Ergebnis mutmaßlich zu einer überproportionalen Berücksichtigung von technologieaffinen LEI geführt hat. Des Weiteren wurden die LEI für die Teilnahme an der Erprobung und der Evaluation finanziell honoriert. In der schriftlichen Befragung wurde dies auch von einem großen Anteil der LEI (50,6%) als ein Motivationsgrund geäußert (vgl. Tabelle 37 und Tabelle 74). Daraus kann eine Verzerrung entstanden sein, da die LEI möglicherweise aufgrund des finanziellen Anreizes dem Projekt gegenüber positiver eingestellt waren. Dafür zeigten sich in den Befragungsergebnissen jedoch keine eindeutigen Belege.

Des Weiteren unterlagen die durchgeführte Evaluation und insbesondere die schriftliche Befragung einer großen Anzahl von beeinflussenden Faktoren, die weder kontrolliert noch strukturiert erfasst werden konnten. Dies betraf insbesondere die parallele Durchführung weiterer Befragungen zum gleichen Untersuchungsgegenstand durch andere Institutionen (bspw. sogenanntes Validierungsprojekt). Zudem gab es sowohl auf zentraler Ebene der TI als auch in den Umgebungen der LEI eine nicht genau bekannte Anzahl technischer Anpassungen und Veränderungen. Diese sind aufgrund der Durchführung der Erprobung im Alltagsbetrieb unvermeidlich gewesen. Jedoch erschwerten diese zusätzlichen Störgrößen die Interpretation der Daten.

Die Limitationen der Extremwertanalysen sind in Kapitel 5.5.3 zu finden, während die der Sekundärdatenanalyse in Kapitel 8.7 aufgeführt sind. Einschränkungen bezüglich der Patientenbefragung lassen sich in Kapitel 9.5 nachschlagen.

11. Gesamtfazit

Das Versichertenstammdatenmanagement (VSDM) bietet zwei wesentliche Funktionen. Zum einen kann die Gültigkeit eines Versicherungsverhältnisses mithilfe einer vorliegenden elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und einer Anbindung an die Telematikinfrastruktur (TI) in der Regel innerhalb von weniger als fünf Sekunden online bei der zuständigen Krankenkasse überprüft werden. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass Krankenkassen Änderungen zu den auf einer eGK gespeicherten Stammdaten (bspw. Adresse, Zuzahlungsstatus oder Name) auf die eGK schreiben können, sofern sich diese in einem VSDM-geeigneten Kartenterminal in einer Leistungserbringerinstitution (LEI) befindet. VSDM wurde im Rahmen des Online-Rollout Stufe 1 (ORS1) erstmalig bei über 500 LEI in drei Bundesländern in einem Pilotbetrieb über mehrere Monate unter Alltagsbedingungen erprobt.

Die wissenschaftliche Evaluation (WEV) hatte den Auftrag die Erprobung von VSDM im Rahmen des Online-Rollout Stufe 1 (ORS1) zu begleiten. Dafür wurden geeignete Erhebungsinstrumente entwickelt und sämtliche an der Erprobung teilnehmenden LEI im Zeitraum vom 19. September 2016 bis zum 24. Juli 2017 vor und während der VSDM-Erprobung bis zu fünf Mal durch die WEV befragt. Ergänzend wurden 100 telefonische Interviews begleitend zu den letzten beiden Befragungen durchgeführt. Des Weiteren wurden Sekundärdatenanalysen (bspw. Leistungs- und Fehlerprotokolle der TI-Konnektoren) vorgenommen, um die Befragungsdaten mit objektiven Merkmalen zu ergänzen. Je nach Befragungszeitpunkt und Fortschritt der VSDM-Einrichtung bei den teilnehmenden LEI beteiligten sich zwischen 120 und 495 LEI an den Befragungen mit einer Antwortquote zwischen 90,2% und 97,8%.

Die Befragungsergebnisse für ambulante LEI zeigten eine teilweise geringe Systemqualität und eine daraus resultierende geringe Zufriedenheit. Die Akzeptanz und die Praxistauglichkeit von VSDM war daher für ambulante LEI nur eingeschränkt gegeben. Beispielsweise empfanden viele LEI die Bedienung des Kartenlesegeräts als einfach, wohingegen das Einlesen der eGK oftmals nicht fehlerfrei funktionierte. Für Einzelpraxen fiel die Akzeptanz und Praxistauglichkeit höher aus als für LEI mit mehreren Leistungserbringern. Die Informationsqualität wurde von den LEI als mehrheitlich gut eingestuft. Das Nutzenpotenzial von VSDM war für die ambulanten LEI klar ersichtlich und wurde von diesen eindeutig bestätigt. Dem Nutzen stand jedoch ein erhöhter Zeitbedarf für die Patientenanmeldung gegenüber, der für manche LEI höher ausfiel als für andere. Möglicherweise fiel der Nettonutzen neutral oder negativ aus, da die Abläufe der Patientenanmeldung bei vielen LEI erkennbar beeinträchtigt wurden. Die Einführungsprozesse waren für die ambulanten LEI praxistauglich, die VSDM-Einrichtung (technische Umstellung) brachte jedoch für viele ambulante LEI eine einmalige spürbare Beeinträchtigung des Praxisbetriebs mit sich. Die Supportprozesse wurden von den ambulanten LEI als praxistauglich bewertet, jedoch gab es Indizien, die auf deutliche Unterschiede in der Supportqualität zwischen den einzelnen ambulanten LEI hindeuteten.

Die Befragungsergebnisse für die stationären LEI zeigten ein sehr ähnliches Bild im Vergleich zu den ambulanten LEI. Die Systemqualität war teilweise gering und auch die Zufriedenheit war gleichermaßen uneinheitlich. Insbesondere die Eignung von VSDM für eine bundesweite Einführung wurde von den stationären LEI sehr unterschiedlich eingeschätzt. Der Nutzen für stationäre LEI war ebenfalls sichtbar geworden, wurde aber durch einen erhöhten Zeitaufwand in der Patientenaufnahme möglicherweise zunichtegemacht. Die Einführungs- und Supportprozesse waren beide gleichermaßen praxistauglich, aber der Einrichtungsaufwand für VSDM stellte einen kritischen Faktor dar.

Im Rahmen der Patientenbefragung wurden seitens des AN WEV insgesamt 500 Patientinnen und Patienten in 18 ambulanten und zwei stationären Einrichtungen der Testregion Nordwest befragt. Nur 29 Befragte (5,8%) nahmen während der Patienten Anmeldung Aspekte wahr, welche auf die Erprobung zurückzuführen sind. Aus Patientensicht führte VSDM damit nur in wenigen Fällen zu wahrnehmbaren Auswirkungen. Darüber hinaus wussten 428 Befragte (85,6%), dass sie bereits eine eGK besitzen und nur 63 (12,6%) verneinten diese Frage. Dass die Versichertendaten auf der Karte online aktualisiert werden können, wussten jedoch nur 187 Personen (37,4%), der Mehrheit von 300 Personen (60,0%) war diese Möglichkeit unbekannt. Der Wissensstand der Patienten war gut in Bezug auf die Existenz der eGK, jedoch besteht im Hinblick auf das Wissen zu VSDM als erste Online-Anwendung der eGK nach Aussage der Patienten noch Aufklärungsbedarf.

Aus den Ergebnissen aller Teilbereiche der durchgeführten Evaluation wurden elf Handlungsempfehlungen erarbeitet. Diese umfassen drei Handlungsfelder zur technischen Ausreifung der zentralen und dezentralen TI-Komponenten, zwei Maßnahmen zur konzeptionellen Anpassung von VSDM an LEI-Anforderungen, drei organisatorische Maßnahmen zur Abmilderung zusätzlicher Arbeitsaufwände durch VSDM und drei grundsätzliche Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung

12. Handlungsempfehlungen

Auf Basis der Evaluationsergebnisse sowie den Diskussionen mit dem wissenschaftlichen Beirat wurden Handlungsempfehlungen erarbeitet bzw. zum Teil aus den Äußerungen der LEI in offenen Fragebogenelementen und telefonischen Interviews hergeleitet. Im Ergebnis konnten elf Maßnahmen identifiziert werden, die vier unterschiedlichen Kategorien zugeordnet werden können:

- Handlungsfelder zur technischen Ausreifung der zentralen und dezentralen TI-Komponenten,
- konzeptionelle Anpassungen von VSDM zur besseren Anpassung an LEI-Anforderungen,
- organisatorische Maßnahmen zur Abmilderung zusätzlicher Arbeitsaufwände und
- grundsätzliche Maßnahmen zur Akzeptanzsteigerung.

Handlungsfelder zur technischen Ausreifung der zentralen und dezentralen TI-Komponenten:

1. **Empfehlung:** Die Systemqualität von Konnektoren, Kartenlesegeräten und Primärsystemen sowie insbesondere deren fehlerfreies Zusammenspiel sollte gesteigert werden. Ebenfalls sollte für einen Routinebetrieb die Fehlerhäufigkeit bei Einlesevorgängen weiter reduziert werden. Durch Verbesserungen der Umsetzung bei zentralen Infrastrukturteilen sollten Verfügbarkeitsprobleme in diesem Bereich noch effektiver vermieden werden. Der AG sollte zur Erreichung der zuvor genannten Ziele die detaillierten Analysen der technischen Problemursachen weiterführen, um auf Basis dieser Erkenntnisse weitere Maßnahmen zur Verbesserung der Systemqualität ergreifen zu können.

Herleitung: Als Ergebnis der schriftlichen Befragung zeigte sich (siehe Abschnitt 5.2.3), dass in der Beurteilung durch die Erprobungsteilnehmer/-innen das Einlesen der eGK lediglich für ein knappes Drittel der ambulanten LEI fehlerfrei funktionierte (F41) und nur die Hälfte der ambulanten LEI bestätigt, dass jederzeit eGK eingelesen werden konnten (F42). Auch den offenen Angaben der schriftlichen Befragung der LEI sowie den telefonischen Interviews der Extremwertbefragung konnten mehrere Indizien für Einschränkungen bei der Systemqualität entnommen werden. Berichtet wurden eine hohe Fehlerhäufigkeit sowie eine mangelnde Systemstabilität (siehe Abschnitt 5.5.2 und Abschnitt 7.2). Explizit geäußert wurden häufig notwendige Neustarts insbesondere des Konnektors, aber auch Neustarts anderer Systemkomponenten wie des Primärsystems (Client- und/oder Server) oder der Kartenterminals. Durch die Analyse der Fehlerhäufigkeit bei den Einlesevorgängen (Analyse der Konnektor-Protokolldaten des Fachmoduls VSDM siehe Abschnitt 8.5) wurde die Plausibilität der Ergebnisse der LEI-Befragung bestätigt. Weitere Analysen der Konnektor-Protokolldaten in Abhängigkeit von den Kalenderwochen zeigten zudem einzelne Wochen mit extremen Werten (siehe Abschnitt 8.4 und Abschnitt 8.5). Beispielsweise war die Dauer der Einlesevorgänge bei ambulanten LEI in den Kalenderwochen 2 bis 11 sowie 19 einer auffällig hohen Schwankungsbreite unterlegen (siehe Tabelle 168, Standardabweichungen oberhalb von 5,0 Sekunden). Eine weitere Auffälligkeit in diesem Zusammenhang war in Kalenderwoche 23 zu verzeichnen, in der die Fehlerquote bei Einlesevorgängen bei ambulanten LEI über 30% (siehe Abbildung 56 und

Tabelle 176) betrug. Detailanalysen zeigten, dass bei der Hälfte der ambulanten LEI mindestens jeder dritte Einlesevorgang in KW23 fehlschlug. Auf Rückfrage wurden für die Kalenderwochen 7, 11 und 23 seitens des AG Störungen bei zentralen Komponenten der TI bestätigt (siehe Abschnitt 8.3). Nach einer bundesweiten Einführung von VSDM könnten vergleichbare Störungen zu einer Überforderung der Supportstrukturen sowie einer massiven Beeinträchtigung der Akzeptanz führen.

- Empfehlung:** Für LEI mit mehreren LE ist die Parallelisierung von Einlesevorgängen (bspw. bei Berufsausübungsgemeinschaften oder medizinischen Versorgungszentren) bzw. der schnelle und einfache Wechsel von Mandanten im Primärsystem (bspw. bei Praxisgemeinschaften) von erheblicher Bedeutung. Technische Hindernisse für diese beiden Funktionalitäten sollten ausgeräumt werden.

Herleitung: Während der Erprobung von VSDM zeigte sich deutlich, dass die Systemqualität und die Nutzerzufriedenheit in Einzelpraxen höher waren als in Einrichtungen mit mehreren LE (siehe Abschnitt 5.4.3). Als hemmende Faktoren wurden in diesem Zusammenhang ein blockierendes Verhalten von Primärsystemen bei parallelen Einlesevorgängen an zwei Kartenterminals (insb. Primärsysteme Medistar und ALBIS, siehe Abschnitt 5.5.2 und siehe Abschnitt 7.2), starr konfigurierte Zuordnungen von (Zahn-)Ärzten zu Kartenterminals bei LEI mit mehreren LE oder viele benötigte Mausclicks für LE-Wechsel (Mandantenwechsel) im Primärsystem beschrieben (siehe Abschnitt 5.5.2). Die betroffenen LEI äußerten daher eine teils erhebliche Beeinträchtigung der etablierten Arbeitsabläufe bei der Patientenanmeldung.

- Empfehlung:** Aus Sicht des AN WEV sind die in der Erprobung genutzten Konnektoren für Krankenhäuser nur bedingt geeignet. Den besonderen Anforderungen von Kliniken (bspw. große Anzahl von Arbeitsplätzen, Ausfallsicherheit für Rund-um-die-Uhr-Betrieb) sollte stärker Rechnung getragen werden.

Herleitung: Im Rahmen der Extremwertanalysen zeigte sich, dass für stationäre LEI mit mehr als 50 Arbeitsplätzen im VSDM-Betrieb die im Rahmen der Erprobung zur Verfügung stehenden Konnektoren an Kapazitätsgrenzen gestoßen sind (siehe Abschnitt 6.3.2). Aufgrund von maximal zehn gleichzeitigen VSDM-Anwendungsfällen („Einlesevorgängen“) pro Konnektor und der Notwendigkeit einer festen Paarung von Terminals und Konnektoren (ein Kartenterminal kann maximal an zwei Konnektoren gebunden werden) entstanden daraus besondere Probleme. Für einen reibungslosen Alltagsbetrieb war eine Aufteilung der Kartenterminals auf mehrere Konnektoren erforderlich, wodurch eine Fragmentierung der Konnektorressourcen entstand. Die Ausfallsicherheit war in diesem Zusammenhang nach Angaben der LEI unzufriedenstellend, da aufgrund der Fragmentierung nur eine unzureichende Redundanz der Konnektoren erzielbar war. Des Weiteren konnten freie Verarbeitungskapazitäten eines Konnektors nicht dynamisch zur Entlastung höher belasteter Konnektoren genutzt werden, da keine dynamische Lastverteilung zwischen den Konnektoren möglich war. Da fünf der sechs teilnehmenden stationären LEI nur zehn oder weniger Arbeitsplätze für die Nutzung von VSDM umgerüstet hatten, konnte für diese Empfehlung nur auf die Erfahrungen aus einer stationären LEI mit über 50 umgerüsteten Arbeitsplätzen zurückgegriffen werden (siehe Abschnitt 6.3).

Konzeptionelle Maßnahmen, um das VSDM und die TI konzeptionell besser an die Anforderungen der LEI anzupassen:

4. **Empfehlung:** Die Nutzung von VSDM im Kontext von Behandlungsfällen ermächtigter Ärzte/-innen in stationären LEI sollte auf Vereinfachungsmöglichkeiten (bspw. Implementierungsverbesserungen im Primärsystem, konzeptionelle Vereinfachung oder rechtlich / vertragliche Vereinfachung) geprüft werden.

Herleitung: Die Interviews der Extremwertanalyse zeigten, dass die Nutzung von VSDM durch Ärzte/-innen in stationären LEI im Rahmen der Erprobung nur eingeschränkt praxistauglich war. Als hemmender Faktor wurde die Notwendigkeit der Nutzung der für jede/n ermächtigte/n Ärztin/Arzt jeweils passenden individuellen SMC-B-Karte angeführt, was bei zentralisierten Patientenaufnahmestrukturen und einer größeren Anzahl ermächtigter Ärzte/-innen kaum operationalisierbar ist (siehe Abschnitt 6.3.2).

5. **Empfehlung:** Die Prozesse für die Beschaffung von Ersatzgeräten (Konnektoren und Kartenlesegeräte) sollten auf Möglichkeiten zur Vereinfachung überprüft werden. In die Überprüfung sollten auch die besonderen Anforderungen von Krankenhäusern aufgrund des vielfach vorhandenen Rund-um-die-Uhr-Betriebs einbezogen werden.

Herleitung: In der schriftlichen Befragung der LEI und den Interviews der Extremwertanalysen wurden die Prozesse zur Ersatzbeschaffung von Konnektoren und Kartenterminals als teilweise zu langwierig und zu bürokratisch beschrieben. Berichtet wurden zum Teil sehr lange Wartezeiten auf Ersatzgeräte (bis zu vier Wochen) und bürokratische Ersatzbeschaffungsprozesse (siehe Abschnitt 5.5.2).

Organisatorische Maßnahmen für die Abmilderung erhöhter Arbeitsaufwände in der Übergangsphase hin zur routinemäßigen bundesweiten Nutzung von VSDM:

6. **Empfehlung:** Für eGK der Generation G1 sollte aufgrund der Inkompatibilität mit VSDM ein vollständiges aus dem Verkehr ziehen sichergestellt werden. Bei eGK der Generation G1plus sollten weitere Fehleranalysen die Grundlage einer Risikoabschätzung bilden. Dabei sollte abgewogen werden, ob organisatorische oder technische Aspekte im Zusammenhang mit eGK der Generation G1plus eine Akzeptanzhürde im Rahmen der bundesweiten Nutzung von VSDM darstellen könnten und eine ggf. vorzeitige Erneuerung von G1plus-Karten vorteilhaft für die Akzeptanz von VSDM sein könnte. Zur Beschleunigung von eGK-Austauschprozessen könnte eine aktive Unterstützung durch die LEI in Betracht gezogen werden, bspw. in Form gezielter Aufklärung der Versicherten bei veralteten oder ungültigen eGK vonseiten der LEI-Mitarbeiter/-innen.

Herleitung: In den offenen Angaben der schriftlichen Befragung sowie den telefonischen Interviews der Extremwertanalysen traten sehr häufig Äußerungen der LEI auf, dass „alte eGK“ nicht eingelesen werden konnten (siehe Abschnitte 5.5.2, 6.3.2 und 7.2). Einige LEI äußerten explizit, dass es sich um G1-Karten handelte, die Probleme bereiteten. Ob dabei G1-Karten oder G1plus-Karten verantwortlich waren, konnte im Rahmen der WEV nicht genau ergründet werden, zumal dies aufgrund der äußerlichen Ähnlichkeit (beide tragen den Aufdruck G1

rechts oben) auch für LEI nicht eindeutig unterscheidbar war. Bei einem bundesweiten Routinebetrieb könnte eine Häufung von Fehlern in Zusammenhang mit eGK der Generation G1 bzw. G1plus eine große Akzeptanzhürde darstellen und zu einer erheblichen Belastung der Supportstrukturen führen. Da der Wechsel zur zweiten Kartengeneration ohnehin erforderlich ist, könnte eine Beschleunigung des Generationswechsels zur Vermeidung des zuvor beschriebenen Risikos sinnvoll sein.

- Empfehlung:** Versicherte der GKV sollten während der Übergangsphase hin zum bundesweiten Routinebetrieb von VSDM für das Thema der Kartengültigkeit stärker sensibilisiert werden. Insbesondere sollte darüber aufgeklärt werden, dass bei der VSDM-Nutzung ungültige eGK technisch deaktiviert werden und bei Vorlage einer ungültigen oder deaktivierten eGK aufseiten der Patienten sowie der LEI zusätzliche Aufwände entstehen. Dabei sollte explizit herausgestellt werden, dass es sich um eine gewollte Funktionalität von VSDM zur Missbrauchsprävention handelt. Des Weiteren könnte die Sensibilisierung unterstützt werden, wenn Versicherte und / oder Krankenkassen proaktiv vonseiten der LEI auf wiederholte Einsätze ungültiger eGK hingewiesen werden könnten (bspw. Zähler auf eGK für Einleseversuche trotz gesperrter eGK-Gesundheitsanwendung bzw. ungültigem Zertifikat).

Herleitung: Ein hemmender Faktor der wiederholt im Rahmen der Erprobung von VSDM von einer großen Anzahl an LEI geäußert wurde, waren Mehraufwände die durch gesperrte oder ungültige eGK verursacht wurden (siehe Abschnitte 5.5.2, 6.3.2 und 7.2). Berichtet wurde von teils erheblichen Mehraufwänden bei den LEI im Zusammenhang mit der Aufklärung der Versicherten, als auch durch Tätigkeiten für die Klärung des Versichertenstatus (bspw. telefonische Rücksprachen mit Krankenkassen oder Durchführung des Ersatzverfahrens).

- Empfehlung:** Für die Übergangsphase hin zur routinemäßigen bundesweiten VSDM-Nutzung sollten die Möglichkeiten zur Versichertenstatusklärung für LEI (bspw. Verweis der Versicherten an die Krankenkassen zur Klärung der Problemursache bei gesperrten eGK oder Anwendung des Ersatzverfahrens) bei Behandlungsfällen mit nicht einlesbaren eGK auf Verbesserungspotenziale überprüft werden. Zudem sollte vor dem Hintergrund einer möglicherweise gehäuften Inanspruchnahme der Rückfallmöglichkeiten eine ausreichende Ressourcenausstattung aufseiten der Krankenkassen sichergestellt sein.

Herleitung: Ein großer Anteil von LEI berichtete während der Erprobung wiederholt von erheblichen zusätzlichen Arbeitsaufwänden durch die Anwendung der zuvor erwähnten Rückfallmöglichkeiten falls eine eGK nicht eingelesen werden konnten. Berichtet wurden erhöhte Zeitaufwände bei der Patientenmeldung aufgrund des Verweis der Versicherten an die Krankenkassen und damit verbundene Aufklärungsarbeit, die Klärung von Missverständnissen und Zuständigkeiten in direktem Kontakt mit Krankenkassen, die Durchführung des Ersatzverfahrens, die zusätzlichen Verwaltungstätigkeiten im Zusammenhang mit nachgereichten gültigen eGK sowie Ersatzbescheinigungen und eine erhöhte Anzahl von Problemfällen im Rahmen der Quartalsabrechnung (siehe Abschnitten 5.5.2, 6.3.2 und 7.2). Einigen LEI äußerten darüber hinaus eine mangelnde Kooperationsbereitschaft seitens einzelner Krankenkassen bzw. deren Mitarbeiter/-innen (siehe Abschnitt 7.2). In der Übergangsphase hin zur routinemäßigen bundesweiten VSDM-Nutzung ist eine erhebliche Zunahme der Kontaktierung von

Krankenkassen durch Versicherte, der Inanspruchnahme des Ersatzverfahrens oder des Verfahrens zur Ausstellung von Ersatzbescheinigungen sowie allgemeinen Rücksprachen zur Versicherungsstatusklärung aufgrund nicht einlesbarer eGK zu erwarten. Für die Übergangsphase sollten die Rückfallmöglichkeiten möglichst effektiv umgesetzt und pragmatisch gehandhabt werden, damit die Zusatzaufwände für alle Beteiligten möglichst niedrig sind.

Maßnahmen für die grundsätzliche Steigerung der Akzeptanz des VSDM und der TI:

9. **Empfehlung:** Aufseiten des AG sollte das aus Erprobung und Evaluation generierte Wissen dazu genutzt werden, um Best Practices für Schulungs- und Informationsmaterialien zu erarbeiten oder niederschwellige Informationsangebote zu erstellen. Ein Schwerpunkt könnte dabei das Vorgehen bei Fehlermeldungen sowie die Diagnose und Abhilfe von Fehlerzuständen darstellen, damit LEI weniger stark auf die Unterstützung durch externe Supportangebote (User-Helpdesk etc.) angewiesen sind. In diesem Zusammenhang könnte auch die Verfügbarmachung von Test-eGK hilfreich sein, welche stets ein fest definiertes Verhalten (bspw. immer gültig, immer gesperrt) zeigen, um die VSDM-Funktionalität jederzeit einheitlich prüfen zu können.

Herleitung: Viele der durch die Evaluation identifizierten Probleme und Akzeptanzhürden hätten möglicherweise mit noch effektiveren Schulungsmaterialien abgemildert werden können. Insbesondere bei der Minimierung der zusätzlichen Arbeitsaufwände durch nicht einlesbare eGK könnten mit Informations- und Schulungsmaterialien positive Effekte erzielt werden. Dies betrifft nicht nur die Qualifizierung von Mitarbeitern aufseiten der LEI, sondern auch aufseiten der PED, Primärsystemhersteller oder der Krankenkassen. Beim AG laufen aufgrund der Beauftragung und Steuerung der Projekte zum ORS1 viele Informationen zusammen (insbesondere Hürden bei der Implementierung, Fehlerquellen, Lösungsansätze etc.). Die Bündelung des Wissens- und Erfahrungsschatzes des AG in der skizzierten Form könnte einen sinnvollen Beitrag für die bundesweite Einführung von VSDM leisten. Dies könnte aufseiten der Primärsystemhersteller beispielsweise die Implementierungsqualität steigern, da bei der Entwicklung von Schulungsmaterialien auf einem einheitlichen Kenntnisstand aufgebaut werden könnte.

10. **Empfehlung:** Um den Nutzwert der TI und damit die Akzeptanz für die LEI weiter zu steigern, könnte eine zeitnahe Einführung weiterer Anwendungen der TI innerhalb des gesetzlichen Auftrags des § 291a SGB V (bspw. Notfalldatenmanagement) sinnvoll sein.

Herleitung: In der Abschlussbefragung zeigten über 61 % der ambulanten LEI sowie fünf von sechs stationären LEI eine ausdrückliche Bereitschaft weitere Anwendungen der eGK bzw. der TI zu nutzen (siehe Abschnitt 5.2.7). Dieses Potenzial sollte für die weitere Steigerung der Akzeptanz der TI genutzt werden.

11. **Empfehlung:** Auch über den gesetzlichen Auftrag des § 291a SGB V hinaus könnte es sinnvoll sein, weitere Anwendungen auf Basis der TI zuzulassen (bspw. zertifizierte Anwendungen von Drittanbietern).

Herleitung: Aufgrund der hohen Bereitschaft zur Nutzung weiterer Anwendungen (siehe Handlungsempfehlung Nr. 10 und Abschnitt 5.2.7) sollte die Entstehung zusätzlicher nutzbringender TI-Anwendungen, über den gesetzlichen Auftrag hinaus, ermöglicht werden. Aus

Diskussionen mit dem wissenschaftlichen Beirat des AN WEV (siehe Abschnitt 4.5) wurde abgeleitet, dass in diesem Zusammenhang die Einbindung bzw. Tolerierung zusätzlicher innovationsfördernder Elemente ein geeigneter Lösungsansatz sein könnte.

13. Anhang

13.1. Anhang: Liste der Fragebogenelemente und Leitfadenelemente

Übersicht aller im Rahmen der Messzeitpunkte 1 bis 5 zu verwendenden Fragebogenitems der **schriftlichen Befragung**.

Frage ID	Frage Text
F1	Ambulant: Füllen Sie den Fragebogen alleine oder in Absprache mit dem Praxisteam aus? Stationär: Füllen Sie den Fragebogen alleine oder in Absprache mit dem Team aus?
F2	Ambulant: Bitte nennen Sie Ihre berufliche/n Position/en in der Praxis. Stationär: Bitte nennen Sie Ihre berufliche/n Position/en im Krankenhaus.
F3	Ambulant: Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an. Stationär: Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.
F4	Ambulant: Geben Sie bitte Ihr Alter an. Stationär: Geben Sie bitte Ihr Alter an.
F5	Ambulant: Welche Gründe waren in Ihrer Praxis ausschlaggebend für die Teilnahme an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte? Stationär: Welche Gründe waren in Ihrem Krankenhaus ausschlaggebend für die Teilnahme an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte?
F6	Ambulant: Welche Erwartungen sind in Ihrer Praxis mit der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte verbunden? Stationär: Welche Erwartungen sind in Ihrem Krankenhaus mit der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte verbunden?
F7	Ambulant: Welche Bedenken sind in Ihrer Praxis mit der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte verbunden? Stationär: Welche Bedenken sind in Ihrem Krankenhaus mit der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte verbunden?
F8	Ambulant: Wie gut werden die neuen Geräte Ihrer Einschätzung nach in Ihrer Praxis funktionieren? Stationär: Wie gut werden die neuen Geräte Ihrer Einschätzung nach in Ihrem Krankenhaus funktionieren?
F9	Ambulant: Unsere Praxis ist bei IT und EDV auf dem neuesten Stand. Stationär: Nicht abgefragt
F10	Ambulant: Es gibt viele Arbeiten, die unser Praxisteam mit dem Computer leichter und schneller verrichten kann als ohne. Stationär: Nicht abgefragt

- F11** Ambulant: Unser Praxisteam sucht stets nach Möglichkeiten die tägliche Arbeit durch IT und EDV zu verbessern.
Stationär: Nicht abgefragt
- F12** Ambulant: Welche der folgenden Möglichkeiten im Bereich IT und EDV werden in Ihrer Praxis genutzt?
Stationär: Nicht abgefragt
- F13** Ambulant: Unser Praxisteam ist über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut informiert.
Stationär: Unser Team ist über die Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut informiert.
- F14** Ambulant: Das Wissen unseres Praxisteam zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hat im Laufe der Erprobung zugenommen.
Stationär: Das Wissen unseres Teams zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte hat im Laufe der Erprobung zugenommen.
- F15** Ambulant: Unserer Einschätzung nach ist der allgemeine Informationsstand der Patient/innen zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut.
Stationär: Unserer Einschätzung nach ist der allgemeine Informationsstand der Patient/innen zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut.
- F16** Ambulant: Unserer Einschätzung nach hat der allgemeine Informationsstand der Patient/inn/en zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte im Laufe der Erprobung zugenommen.
Stationär: Unserer Einschätzung nach hat der allgemeine Informationsstand der Patient/inn/en zu den Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte im Laufe der Erprobung zugenommen.
- F17** Ambulant: Kann die technische Ausstattung für die Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte nach den Wünschen (z. B. Standort oder Anzahl der Kartenlesegeräte) Ihres Praxisteam konfiguriert werden?
Stationär: Kann die technische Ausstattung für die Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte nach den Wünschen (z. B. Standort oder Anzahl der Kartenlesegeräte) Ihres Krankenhauses konfiguriert werden?
- F18o** Ambulant: Bitte nennen Sie die Gründe (sofern Ihnen diese bekannt sind), warum die technische Ausstattung zur Erprobung nicht nach Ihren Wünschen konfiguriert werden kann.
Stationär: Bitte nennen Sie die Gründe (sofern Ihnen diese bekannt sind), warum die technische Ausstattung zur Erprobung nicht nach den Wünschen Ihres Krankenhauses konfiguriert werden kann.
- F19** Ambulant: Wurde die Konfiguration der technischen Ausstattung nach den Wünschen Ihres Praxisteam umgesetzt?
Stationär: Wurde die Konfiguration der technischen Ausstattung nach den Wünschen Ihres Krankenhauses umgesetzt?

- F20o** Ambulant: Bitte nennen Sie die Gründe (sofern Ihnen diese bekannt sind), warum die technische Ausstattung zur Erprobung nicht nach Ihren Wünschen konfiguriert werden konnte.
Stationär: Bitte nennen Sie die Gründe (sofern Ihnen diese bekannt sind), warum die technische Ausstattung zur Erprobung nicht nach Ihren Wünschen konfiguriert werden konnte.
- F21o** Ambulant: Was konnte nicht nach den Wünschen Ihres Praxisteam umgesetzt werden?
Stationär: Was konnte nicht nach den Wünschen Ihres Krankenhauses umgesetzt werden?
- F22** Ambulant: Wie lange liegt die technische Umstellung der Geräte (Kartenlesegeräte, usw.) in Ihrer Praxis zurück?
Stationär: Wie lange liegt die technische Umstellung der Geräte (Kartenlesegeräte, usw.) in Ihrem Krankenhaus zurück?
- F23** Ambulant: Wurde der vereinbarte Termin für die technische Umstellung von dem/der Servicemitarbeiter/in eingehalten?
Stationär: Nicht abgefragt
- F24** Ambulant: Der/die Servicemitarbeiter/in machte während der technischen Umstellung einen kompetenten Eindruck.
Stationär: Nicht abgefragt
- F25** Ambulant: Der/Die Servicemitarbeiter/in hat die technische Umstellung schnell durchgeführt.
Stationär: Nicht abgefragt
- F26** Ambulant: Der Aufwand der technischen Umstellung war für unser Praxisteam nachvollziehbar.
Stationär: Der Aufwand der technischen Umstellung war für unser Team nachvollziehbar.
- F27** Ambulant: Die Arbeit unseres Praxisteam wurde durch die technische Umstellung kaum gestört.
Stationär: Die Arbeit unseres Teams wurde durch die technische Umstellung kaum gestört.
- F28** Ambulant: Wurden in Ihrer Praxis nach der technischen Umstellung weitere Veränderungen im Bereich IT und EDV durchgeführt?
Stationär: Nicht abgefragt
- F29o** Ambulant: Welche weiteren Veränderungen im Bereich IT und EDV wurden in Ihrer Praxis durchgeführt?
Stationär: Nicht abgefragt
- F30** Ambulant: Wer hat die Veränderungen in Ihrer Praxis durchgeführt?
Stationär: Nicht abgefragt
- F31** Ambulant: Unser Praxisteam ist mit der Qualität der Schulung zufrieden.
Stationär: Nicht abgefragt
-

- F32** Ambulant: Durch die Schulung fühlt sich unser Praxisteam gut auf die Arbeit mit den neuen Geräten vorbereitet.
Stationär: Nicht abgefragt
- F33** Ambulant: Unser Praxisteam ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen zu den neuen Geräten zufrieden.
Stationär: Unser Team ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen zu den neuen Geräten zufrieden.
- F34** Ambulant: Unser Praxisteam ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen durch die CompuGroup Medical zur Erprobung zufrieden.
Stationär: Unser Team ist mit der Qualität der bereitgestellten Informationen zur Erprobung zufrieden.
- F35** Ambulant: Insgesamt ist unser Praxisteam mit der Qualität des Informationsangebots im Rahmen der Erprobung zufrieden.
Stationär: Insgesamt ist unser Team mit der Qualität des Informationsangebots im Rahmen der Erprobung zufrieden.
- F36** Ambulant: Die Bedienung des Kartenlesegeräts zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist einfach.
Stationär: Die Bedienung des Kartenlesegeräts zum Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist einfach.
- F37** Ambulant: Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich.
Stationär: Die Arbeitsschritte beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte sind verständlich.
- F38** Ambulant: Unser Praxisteam versteht die Arbeitsabläufe beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte jetzt besser als zu Beginn der Erprobung.
Stationär: Unser Team versteht die Arbeitsabläufe beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte jetzt besser als zu Beginn der Erprobung.
- F39** Ambulant: Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich.
Stationär: Die Meldungen am Kartenlesegerät sind verständlich.
- F40** Ambulant: Unser Praxisteam versteht die Meldungen am Kartenlesegerät jetzt besser als zu Beginn der Erprobung.
Stationär: Unser Team versteht die Meldungen am Kartenlesegerät jetzt besser als zu Beginn der Erprobung.
- F41** Ambulant: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei.
Stationär: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte funktioniert fehlerfrei.
- F42** Ambulant: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich.
Stationär: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte ist zu jeder Zeit möglich.

- F43** Ambulant: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell.
Stationär: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte geht schnell.
- F44** Ambulant: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung.
Stationär: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte dauert genauso lange wie vor der technischen Umstellung.
- F45** Ambulant: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein.
Stationär: Das Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte fügt sich gut in die Abläufe der Patientenanmeldung ein.
- F46** Ambulant: Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenanmeldung nicht.
Stationär: Die Dauer des Einlesens der elektronischen Gesundheitskarte beeinträchtigt die Abläufe der Patientenanmeldung nicht.
- F47** Ambulant: Aus heutiger Sicht sind die Arbeitsabläufe bei der Patientenanmeldung in unserer Praxis ...
Stationär: Aus heutiger Sicht sind die Arbeitsabläufe bei der Patientenanmeldung in unserem Krankenhaus ...
- F48** Ambulant: Wen kontaktiert Ihr Praxisteam heute als Erstes bei technischen Problemen beim Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte?
Stationär: nicht abgefragt
- F49** Ambulant: Wie oft hat Ihr Praxisteam in den letzten 30 Tagen den Support in Anspruch genommen?
Stationär: nicht abgefragt
- F50** Ambulant: Wie oft hat Ihr Praxisteam bisher nach der technischen Umstellung den Support in Anspruch genommen?
Stationär: nicht abgefragt
- F51** Ambulant: Unser Praxisteam ist mit der Hilfestellung durch den Support zufrieden.
Stationär: nicht abgefragt
- F52** Ambulant: Der Support antwortet schnell.
Stationär: nicht abgefragt
- F53** Ambulant: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte **aktuell**.
Stationär: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte **aktuell**.
-

- F54** Ambulant: Die Aktualität der Versichertenstammdaten hat sich im Laufe der Erprobung verbessert.
Stationär: Die Aktualität der Versichertenstammdaten hat sich im Laufe der Erprobung verbessert.
- F55** Ambulant: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte **fehlerfrei**.
Stationär: Unserer Einschätzung nach sind die Versichertenstammdaten auf der elektronischen Gesundheitskarte **fehlerfrei**.
- F56** Ambulant: Nach der technischen Umstellung treten weniger Fehler in den Versichertenstammdaten auf.
Stationär: Nach der technischen Umstellung treten weniger Fehler in den Versichertenstammdaten auf.
- F57** Ambulant: Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt ...
Stationär: Aus heutiger Sicht ist die Qualität der Versichertenstammdaten insgesamt ...
- F58** Ambulant: Unser Praxisteam vertraut darauf, dass die Versichertenstammdaten entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet und übertragen werden.
Stationär: Unser Team vertraut darauf, dass die Versichertenstammdaten entsprechend den geltenden Datenschutzbestimmungen verarbeitet und übertragen werden.
- F59** Ambulant: Unser Praxisteam kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist.
Stationär: Unser Team kann heute leicht feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist.
- F60** Ambulant: Aus heutiger Sicht ist die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei Verarbeitung und Übertragung der Versichertenstammdaten ...
Stationär: Aus heutiger Sicht ist die Einhaltung der geltenden Datenschutzbestimmungen bei Verarbeitung und Übertragung der Versichertenstammdaten ...
- F61** Ambulant: Nach der technischen Umstellung kann unser Praxisteam jetzt leichter feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist.
Stationär: Nach der technischen Umstellung kann unser Team jetzt leichter feststellen, ob die elektronische Gesundheitskarte ein gültiger Versicherungsnachweis ist.
- F62** Ambulant: Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) zufrieden.
Stationär: Insgesamt ist unser Team mit dem Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) zufrieden.
- F63** Ambulant: Das Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ist für unsere Praxis nützlich.
Stationär: Das Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ist für unser Krankenhaus nützlich.

- F64** Ambulant: Insgesamt ist unser Praxisteam mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...
Stationär: Insgesamt ist unser Team mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte und den damit verbundenen Arbeitsschritten ...
- F65** Ambulant: Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Praxisteams mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...
Stationär: Aus heutiger Sicht ist die Zufriedenheit unseres Teams mit dem Einlesen der elektronischen Gesundheitskarte...
- F66** Ambulant: Die Arbeitsabläufe nach der technischen Umstellung lassen sich mit dem Praxisalltag gut vereinbaren.
Stationär: Die Arbeitsabläufe nach der technischen Umstellung lassen sich mit dem Krankenhausalltag gut vereinbaren.
- F67o** Ambulant: Bitte nennen Sie stichwortartig die Ursache(n), weshalb die Abläufe nicht gut mit dem Praxisalltag vereinbar sind.
Stationär: Bitte nennen Sie stichwortartig die Ursache(n), weshalb die Abläufe nicht gut mit dem Krankenhausalltag vereinbar sind.
- F68** Ambulant: Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung.
Stationär: Unserer Einschätzung nach ist das Versichertenstammdatenmanagement (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) ausgereift genug für die bundesweite Einführung.
- F69** Ambulant: Unser Praxisteam kann sich die Nutzung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut vorstellen.
Stationär: Unser Team kann sich die Nutzung weiterer Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte gut vorstellen.
- F70o** Ambulant: Was ist Ihrer Praxis im Laufe der Erprobung positiv aufgefallen?
Stationär: Was ist Ihrem Team im Laufe der Erprobung positiv aufgefallen?
- F71o** Ambulant: Was sollte aus Sicht Ihrer Praxis bei Einführung und Betrieb des Versichertenstammdatenmanagements (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) verbessert werden?
Stationär: Was sollte aus Sicht Ihres Teams bei Einführung und Betrieb des Versichertenstammdatenmanagements (z. B. Online-Prüfung der Versichertenstammdaten) verbessert werden?
- F72o** Ambulant: Haben Sie abschließend noch weitere inhaltliche Anmerkungen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?
Stationär: Haben Sie abschließend noch weitere inhaltliche Anmerkungen, die bisher noch nicht thematisiert wurden?
-

Tabelle 70: Übersicht der Fragebogenitems (schriftliche Befragung)

Übersicht aller im Rahmen von Messzeitpunkt 5 zu verwendenden Fragebogenitems der **Patientenbefragung**.

Frage ID	Frage Text
P1	Ambulant: Bitte denken Sie einmal an die letzten 12 Monate zurück. Wie häufig waren Sie innerhalb dieses Zeitraums hier in der Praxis? Stationär: Bitte denken Sie einmal an die letzten 12 Monate zurück. Wie häufig waren Sie innerhalb dieses Zeitraums hier in der Klinik?
P2	Ambulant: Wann waren Sie das letzte Mal hier in der Praxis? Stationär: Wann waren Sie das letzte Mal hier in der Klinik?
P3a	Ambulant: Ist Ihnen heute bei der Anmeldung etwas aufgefallen? Stationär: Ist Ihnen heute bei der Anmeldung etwas aufgefallen?
P3b	Ambulant: Was genau ist Ihnen bei der Anmeldung aufgefallen? Stationär: Was genau ist Ihnen bei der Anmeldung aufgefallen?
P4	Ambulant: Wissen Sie, dass Sie bereits eine elektronische Gesundheitskarte haben? Stationär: Wissen Sie, dass Sie bereits eine elektronische Gesundheitskarte haben?
P5	Ambulant: Wurde Ihre elektronische Gesundheitskarte heute bei der Anmeldung eingesehen? Stationär: Wurde Ihre elektronische Gesundheitskarte heute bei der Anmeldung eingesehen?
P6	Ambulant: Wissen Sie, dass diese Arztpraxis an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte teilnimmt? Stationär: Wissen Sie, dass diese Klinik an der Erprobung der Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte teilnimmt?
P67	Ambulant: Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten jetzt online aktualisiert werden können? Stationär: Wissen Sie, dass Ihre Versichertendaten jetzt online aktualisiert werden können?
P68	Ambulant: Wie haben Sie erfahren, dass eine Online-Aktualisierung der Versichertendaten möglich ist? Stationär: Wie haben Sie erfahren, dass eine Online-Aktualisierung der Versichertendaten möglich ist?
P9	Ambulant: Bitte sagen Sie mir, in welche der nachfolgenden Altersgruppen ich Sie einordnen darf. Stationär: Bitte sagen Sie mir, in welche der nachfolgenden Altersgruppen ich Sie einordnen darf.
P10	Ambulant: Interviewer: Bitte Geschlecht der/des Befragten eintragen. Stationär: Interviewer: Bitte Geschlecht der/des Befragten eintragen.

Tabelle 71: Übersicht der Fragebogenitems (Patientenbefragung)

Übersicht aller im Rahmen von Messzeitpunkt 4 und 5 zu verwendenden Fragebogenitems der **Extremwertanalysen** für die ambulanten LEI.

Frage ID	Frage Text
EQA1	Ich würde das folgende Gespräch gerne aufzeichnen, damit wir es anschließend im Rahmen der Evaluation auswerten können. Dies geschieht anonymisiert. Ist das für Sie so OK?
EQA1.1	Dürfte ich Sie nach Ihrer Rolle in der Praxis befragen?
EQA2	Als erstes würde ich gerne wissen, wie viele Arbeitsplätze in Ihrer Praxis umgerüstet wurden?
EQA2.1	Wie viele Mitarbeiter arbeiten mit den umgerüsteten Arbeitsplätzen?
EQA2.2	Haben Sie zu den neuen Geräten von VSDM parallel noch die alten Geräte als Rückfallmöglichkeit im Einsatz?
EQA3	Was ist Ihnen und dem Praxisteam im Laufe der Erprobung besonders positiv aufgefallen?
EQA3.1	Was funktioniert in Ihrer Praxis besonders gut?
EQA3.2	Teilt diese Ansicht das gesamte Praxisteam?
EQA4	Können Sie sich auch an Dinge erinnern, die Ihnen und dem Praxisteam besonders negativ aufgefallen sind?
EQA4.1	Was funktioniert in Ihrer Praxis besonders schlecht?
EQA4.2	Teilt diese Ansicht das gesamte Praxisteam?
EQA5	Was sollte bei Einführung des Versichertenstammdatenmanagements unbedingt verbessert werden?
EQA5.1	Fällt Ihnen noch ein weiterer Aspekt ein?
EQA6	Möchten Sie noch einen weiteren Aspekt nennen, den wir bisher noch nicht thematisiert haben?
EQA7	Abschließend möchte ich die zentralen Inhalte unseres Gesprächs kurz zusammenfassen. Bitte korrigieren Sie mich, falls Sie Einwände haben.

Tabelle 72: Übersicht der Fragebogenitems (Extremwertanalysen ambulante LEI)

Übersicht aller im Rahmen von Messzeitpunkt 4 und 5 zu verwendenden Fragebogenitems der **Extremwertanalysen** für die stationären LEI.

Frage ID	Frage Text
EQS1	Ich würde das folgende Gespräch gerne aufzeichnen, damit wir es anschließend im Rahmen der Evaluation auswerten können. Dies geschieht anonymisiert. Ist das für Sie so OK?
EQS2	Als erstes würde ich gerne wissen, wie viele Arbeitsplätze in Ihrer Klinik umgerüstet wurden?
EQS2.1	Wie viele Mitarbeiter arbeiten mit den umgerüsteten Arbeitsplätzen?
EQS2.2	Haben Sie zu den neuen Geräten von VSDM parallel noch die alten Geräte als Rückfallmöglichkeit im Einsatz?
EQS3	Verfügt Ihre Klinik über eine Notfallambulanz?
EQS3.1	Gibt es VSDM in der Notfallambulanz
EQS4	Gibt es in Ihrer Klinik ermächtigte Ärzte?
EQS4.1	Gibt es ermächtigte Ärzte, die mit VSDM arbeiten?
EQS5	Was ist Ihnen und dem Klinikteam besonders positiv aufgefallen?
EQS5.1	Was funktioniert in Ihrer Klinik besonders gut?
EQS5.2	Teilt diese Ansicht das gesamte Praxisteam
EQS6	Können Sie sich auch an Dinge erinnern, die Ihnen und dem Klinikteam besonders negativ aufgefallen sind?
EQS6.1	Was funktioniert in Ihrer Klinik besonders schlecht?
EQS6.2	Teilt diese Ansicht das gesamte Klinikteam
EQS7	Was sollte bei Einführung des Versichertenstammdatenmanagements unbedingt verbessert werden?
EQS7.1	Fällt Ihnen noch ein weiterer Aspekt ein?
EQS8	Möchten Sie noch einen weiteren Aspekt nennen, den wir bisher noch nicht thematisiert haben?
EQS9	Abschließend möchte ich die zentralen Inhalte unseres Gesprächs kurz zusammenfassen. Bitte korrigieren Sie mich, falls Sie Einwände haben.

Tabelle 73: Übersicht der Fragebogenitems (Extremwertanalysen stationäre LEI)

13.2. Anhang: Tabellenanhang (LG14)**13.2.1. Tabellen zur Charakterisierung der ambulanten LEI**

F5 – ambulante LEI		MZP1
Interesse an technischen Neuerungen	LEI	260
	Anteil Fälle	59,8%
Frühzeitige Erfahrungen zur Alltagstauglichkeit der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	288
	Anteil Fälle	66,2%
Finanzieller Anreiz	LEI	220
	Anteil Fälle	50,6%
Kostenlose Bereitstellung der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	194
	Anteil Fälle	44,6%
Mithilfe zur Verbesserung der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	196
	Anteil Fälle	45,1%
Unterstützungsangebote (Support) während der Erprobungsphase	LEI	214
	Anteil Fälle	49,2%
Sonstige Gründe, und zwar:	LEI	22
	Anteil Fälle	5,1%
Frühe Information	LEI	2
	Anteil Fälle	0,5%
Ansprache durch EDV-Dienstleister / AN ORS1 Los2	LEI	5
	Anteil Fälle	1,2%
Eigene Meinungsbildung	LEI	5
	Anteil Fälle	1,2%
Beruflicher Nutzen	LEI	2
	Anteil Fälle	0,5%
Verbesserung der Versorgungssituation	LEI	4
	Anteil Fälle	0,9%
Technische Vorteile	LEI	4
	Anteil Fälle	0,9%
Weitere Gründe	LEI	2
	Anteil Fälle	0,5%
Keine Angabe	LEI	5
	Anteil	0,4%

Tabelle 74: Häufigkeitsverteilung Item F5 (ambulante LEI) – Gründe für die Erprobungsteilnahme (Mehrfachnennung möglich)

F6 – ambulante LEI		MZP1
Nutzung der Telematikinfrastruktur zur sicheren Kommunikation mit ambulanten und stationären Leistungserbringern	LEI	214
	Anteil Fälle	49,2%
Erfahrungen und Wissen im Umgang mit den neuen Geräten / Anwendungen sammeln	LEI	281
	Anteil Fälle	64,6%
Praxistauglichkeit der neuen Geräte / Anwendungen	LEI	313
	Anteil Fälle	72,0%
Arbeits erleichterungen bzw. Prozessverbesserungen im Praxisalltag	LEI	249
	Anteil Fälle	57,2%
Höhere Qualität der Versichertenstammdaten	LEI	224
	Anteil Fälle	51,5%
Sonstige Erwartungen, und zwar:	LEI	15
	Anteil Fälle	3,5%
Datensicherheit	LEI	2
	Anteil Fälle	0,5%
Erhöhter Aufwand	LEI	5
	Anteil Fälle	1,2%
Erhöhte Effizienz	LEI	4
	Anteil Fälle	0,9%
Weiteres	LEI	6
	Anteil	1,4%
Keine Angabe	LEI	5
	Anteil	0,4%

Tabelle 75: Häufigkeitsverteilung Item F6 (ambulante LEI) – Erwartungen an die Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

F7 – ambulante LEI		MZP1
Startschwierigkeiten im Umgang mit den neuen Geräten / Anwendungen	LEI	325
	Anteil Fälle	74,9%
Anfängliche technische Probleme	LEI	382
	Anteil Fälle	88,0%
Verzögerungen bei der Patientenmeldung	LEI	315
	Anteil Fälle	72,6%
Mangelnde Datensicherheit	LEI	111
	Anteil Fälle	25,6%
Sonstige Bedenken, und zwar:	LEI	14
	Anteil Fälle	3,2%
Erhöhter Arbeitsaufwand	LEI	7
	Anteil Fälle	1,6%

Probleme mit den Krankenkassen	LEI	1
	Anteil Fälle	0,2%
Probleme mit den Patienten/-innen	LEI	3
	Anteil Fälle	0,7%
Unzureichender Support	LEI	2
	Anteil Fälle	0,5%
Weiteres	LEI	3
	Anteil Fälle	0,7%
Keine Bedenken	LEI	13
	Anteil Fälle	3,0%
Keine Angabe	LEI	1
	Anteil	0,2%

Tabelle 76: Häufigkeitsverteilung Item F7 (ambulante LEI) – Bedenken bzgl. der Erprobung (Mehrfachnennung möglich)

F8 – ambulante LEI		MZP1
Schlecht	LEI	2
	Anteil	0,5%
Eher Schlecht	LEI	12
	Anteil	2,8%
Teils, Teils	LEI	153
	Anteil	35,3%
Eher gut	LEI	150
	Anteil	34,6%
Gut	LEI	55
	Anteil	12,7%
Keine Angabe	LEI	62
	Anteil	14,3%

Tabelle 77: Häufigkeitsverteilung Item F8 (ambulante LEI) – Einschätzung der Funktionsfähigkeit

F9 – ambulante LEI		MZP1
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	1
	Anteil	0,2%
Stimme eher nicht zu	LEI	16
	Anteil	3,7%
Teils, teils	LEI	98
	Anteil	22,6%
Stimme eher zu	LEI	166
	Anteil	38,2%
Stimme voll und ganz zu	LEI	151
	Anteil	34,8%
Keine Angabe	LEI	2
	Anteil	0,5%

Tabelle 78: Häufigkeitsverteilung Item F9 (ambulante LEI) – Stellenwert EDV und IT

F10 – ambulante LEI		MZP1
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	1
	Anteil	0,2%
Stimme eher nicht zu	LEI	5
	Anteil	1,2%
Teils, teils	LEI	17
	Anteil	3,9%
Stimme eher zu	LEI	102
	Anteil	23,5%
Stimme voll und ganz zu	LEI	304
	Anteil	70,0%
Keine Angabe	LEI	5
	Anteil	1,2%

Tabelle 79: Häufigkeitsverteilung Item F10 (ambulante LEI) – Schnellere Tätigkeiten durch den PC

F11 – ambulante LEI		MZP1
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	8
	Anteil	1,8%
Stimme eher nicht zu	LEI	26
	Anteil	6,0%
Teils, teils	LEI	83
	Anteil	19,1%
Stimme eher zu	LEI	154
	Anteil	35,5%
Stimme voll und ganz zu	LEI	163
	Anteil	37,6%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 80: Häufigkeitsverteilung Item F11 (ambulante LEI) - Suche nach digitalen Verbesserungspotentialen

F17 – stationäre LEI		MZP1
Ja	LEI	5
	Anteil	55,6%
Nein	LEI	1
	Anteil	11,1%
Keine Angabe	LEI	3
	Anteil	33,3%

Tabelle 81: Häufigkeitsverteilung Item F17 (stationäre LEI) - Konfiguration nach Wünschen der LEI möglich?

F18o – stationäre LEI		MZP1
Unzureichende Anzahl an Kartenlesegeräten	LEI	1
	Anteil	100,0%
Keine Angabe	LEI	0
	Anteil	0,0%

Tabelle 82: Häufigkeitsverteilung Item F18o (stationäre LEI) - Gründe technische Umrüstung nicht nach Wunsch der LEI (offene Fragestellung)

F18o – ambulante LEI		MZP1
Kein entsprechender Kontakt	LEI	1
	Anteil	14,3%
Probleme bei der Stand-Alone-Variante	LEI	1
	Anteil	14,3%
Kein Wissen über Konfigurationsoptionen	LEI	1
	Anteil	14,3%
Keine Angabe	LEI	4
	Anteil	57,1%

Tabelle 83: Häufigkeitsverteilung Item F18o (ambulante LEI) - Gründe technische Umrüstung nicht nach Wunsch der LEI (offene Fragestellung)

F72o – ambulante LEI		MZP1
Unkenntnis ggü. Existenz eGK	LEI	4
	Anteil	7,0%
Verärgerung über Projekt	LEI	5
	Anteil	8,8%
Interesse am Fortgang des Projekts	LEI	1
	Anteil	1,8%
Anmerkungen zum Fragebogen	LEI	1
	Anteil	1,8%
Missverständnis der Befragung	LEI	14
	Anteil	24,6%
Probleme mit eGK	LEI	15
	Anteil	26,3%
Patientenaufklärung über Erprobung	LEI	4
	Anteil	7,0%
Frage nach konkretem Erprobungsstart	LEI	4
	Anteil	7,0%
Hoffnung auf sichere Infrastruktur	LEI	1
	Anteil	1,8%
Sonstiges	LEI	9
	Anteil	15,8%
Nicht relevant	LEI	4
	Anteil	7,0%

Tabelle 84: Häufigkeitsverteilung Item F72o (ambulante LEI) - Sonstige Anmerkungen (offene Fragestellung) (Mehrfachkategorisierung möglich).

13.2.2. Tabellen zu Evaluationskriterien außerhalb des ISSM (MZP5)

F15 – ambulante LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	76
	Anteil	15,6%
Stimme eher nicht zu	LEI	160
	Anteil	32,8%
Teils, teils	LEI	165
	Anteil	33,8%
Stimme eher zu	LEI	66
	Anteil	13,5%
Stimme voll und ganz zu	LEI	18
	Anteil	3,7%
Keine Angabe	LEI	3
	Anteil	0,6%

Tabelle 85: Häufigkeitsverteilung Item F15 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen

F16 – ambulante LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	57
	Anteil	11,6%
Stimme eher nicht zu	LEI	133
	Anteil	27,1%
Teils, teils	LEI	156
	Anteil	31,8%
Stimme eher zu	LEI	120
	Anteil	24,5%
Stimme voll und ganz zu	LEI	19
	Anteil	3,9%
Keine Angabe	LEI	5
	Anteil	1,0%

Tabelle 86: Häufigkeitsverteilung Item F16 (ambulante LEI) - Zunahme des Informationsstandes der Patienten/-innen

F69 – ambulante LEI		MZP5
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	30
	Anteil	6,1%
Stimme eher nicht zu	LEI	50
	Anteil	10,2%
Teils, teils	LEI	101
	Anteil	20,7%
Stimme eher zu	LEI	168
	Anteil	34,4%
Stimme voll und ganz zu	LEI	130
	Anteil	26,6%
Keine Angabe	LEI	9
	Anteil	1,8%

Tabelle 87: Häufigkeitsverteilung Item F69 (ambulante LEI) - Nutzungsabsicht weiterer Anwendungen

13.2.3. Tabellen zur Querschnittsbetrachtung der ambulanten LEI

Ambulante Items		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F9	LEI	1	16	92	161	146	2	418
	in %	0,2%	3,8%	22,0%	38,5%	34,9%	0,5%	100,0%
F10	LEI	1	5	15	98	294	5	418
	in %	0,2%	1,2%	3,6%	23,4%	70,3%	1,2%	100,0%
F11	LEI	8	25	77	150	158	0	418
	in %	1,9%	6,0%	18,4%	35,9%	37,8%	0,0%	100,0%
F13	LEI	13	48	135	166	50	6	418
	in %	3,1%	11,5%	32,3%	39,7%	12,0%	1,4%	100,0%
F14	LEI	0	0	0	0	0	0	0
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F15	LEI	84	176	109	31	8	10	418
	in %	20,1%	42,1%	26,1%	7,4%	1,9%	2,4%	100,0%
F36	LEI	0	0	12	86	292	28	418
	in %	0,0%	0,0%	2,9%	20,6%	69,9%	6,7%	100,0%
F37	LEI	0	1	12	96	279	30	418
	in %	0,0%	0,2%	2,9%	23,0%	66,7%	7,2%	100,0%
F39	LEI	0	5	28	96	255	34	418
	in %	0,0%	1,2%	6,7%	23,0%	61,0%	8,1%	100,0%
F41	LEI	0	7	59	159	164	29	418
	in %	0,0%	1,7%	14,1%	38,0%	39,2%	6,9%	100,0%

Ambulante Items MZP1		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F42	LEI	0	5	20	89	276	28	418
	in %	0,0%	1,2%	4,8%	21,3%	66,0%	6,7%	100,0%
F43	LEI	1	5	24	87	273	28	418
	in %	0,2%	1,2%	5,7%	20,8%	65,3%	6,7%	100,0%
F45	LEI	1	3	25	89	272	28	418
	in %	0,2%	0,7%	6,0%	21,3%	65,1%	6,7%	100,0%
F46	LEI	5	9	24	108	241	31	418
	in %	1,2%	2,2%	5,7%	25,8%	57,7%	7,4%	100,0%
F53	LEI	3	31	164	162	33	25	418
	in %	0,7%	7,4%	39,2%	38,8%	7,9%	6,0%	100,0%
F55	LEI	5	26	132	180	49	26	418
	in %	1,2%	6,2%	31,6%	43,1%	11,7%	6,2%	100,0%
F58	LEI	1	4	23	149	223	18	418
	in %	0,2%	1,0%	5,5%	35,6%	53,3%	4,3%	100,0%
F59	LEI	17	56	65	156	102	22	418
	in %	4,1%	13,4%	15,6%	37,3%	24,4%	5,3%	100,0%

Tabelle 88: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (1)

Ambulante Items MZP1		Schlecht	Eher schlecht	Teils, teils	Eher gut	Gut	Keine Angabe	Gesamt
F8	LEI	1	11	151	144	53	58	418
	in %	0,2%	2,6%	36,1%	34,4%	12,7%	13,9%	100,0%

Tabelle 89: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (2)

Ambulante Items MZP1		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	1	27	224	142	24	418
	In %	0,0%	0,2%	6,5%	53,6%	34,0%	5,7%	100,0%

Tabelle 90: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP1 (3)

Ambulante Items MZP2 70%		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	3	5	37	140	162	10	357
	in %	0,8%	1,4%	10,4%	39,2%	45,4%	2,8%	100,0%
F15	LEI	76	132	100	33	15	1	357
	in %	21,3%	37,0%	28,0%	9,2%	4,2%	0,3%	100,0%
F24	LEI	4	12	30	90	220	1	357
	in %	1,1%	3,4%	8,4%	25,2%	61,6%	0,3%	100,0%
F25	LEI	18	32	47	103	153	4	357
	in %	5,0%	9,0%	13,2%	28,9%	42,9%	1,1%	100,0%
F26	LEI	9	20	60	118	142	8	357
	in %	2,5%	5,6%	16,8%	33,1%	39,8%	2,2%	100,0%
F27	LEI	77	57	78	67	71	7	357
	in %	21,6%	16,0%	21,8%	18,8%	19,9%	2,0%	100,0%
F31	LEI	7	12	58	152	119	9	357
	in %	2,0%	3,4%	16,2%	42,6%	33,3%	2,5%	100,0%
F32	LEI	7	21	70	153	99	7	357
	in %	2,0%	5,9%	19,6%	42,9%	27,7%	2,0%	100,0%
F33	LEI	9	21	82	143	97	5	357
	in %	2,5%	5,9%	23,0%	40,1%	27,2%	1,4%	100,0%
F34	LEI	7	24	71	156	92	7	357
	in %	2,0%	6,7%	19,9%	43,7%	25,8%	2,0%	100,0%
F35	LEI	8	19	70	162	92	6	357
	in %	2,2%	5,3%	19,6%	45,4%	25,8%	1,7%	100,0%
F36	LEI	6	14	40	127	168	2	357
	in %	1,7%	3,9%	11,2%	35,6%	47,1%	0,6%	100,0%
F37	LEI	2	8	33	157	155	2	357
	in %	0,6%	2,2%	9,2%	44,0%	43,4%	0,6%	100,0%
F39	LEI	11	31	86	110	115	4	357
	in %	3,1%	8,7%	24,1%	30,8%	32,2%	1,1%	100,0%
F41	LEI	80	72	136	54	13	2	357
	in %	22,4%	20,2%	38,1%	15,1%	3,6%	0,6%	100,0%
F42	LEI	47	66	90	72	79	3	357
	in %	13,2%	18,5%	25,2%	20,2%	22,1%	0,8%	100,0%
F43	LEI	52	69	106	86	42	2	357
	in %	14,6%	19,3%	29,7%	24,1%	11,8%	0,6%	100,0%
F44	LEI	122	94	65	47	26	3	357
	in %	34,2%	26,3%	18,2%	13,2%	7,3%	0,8%	100,0%
F45	LEI	41	43	111	102	58	2	357
	in %	11,5%	12,0%	31,1%	28,6%	16,2%	0,6%	100,0%

Ambulante Items MZP2 70%		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F46	LEI	63	73	104	66	49	2	357
	in %	17,6%	20,4%	29,1%	18,5%	13,7%	0,6%	100,0%
F51	LEI	16	26	74	123	96	22	357
	in %	4,5%	7,3%	20,7%	34,5%	26,9%	6,2%	100,0%
F52	LEI	18	37	80	125	73	24	357
	in %	5,0%	10,4%	22,4%	35,0%	20,4%	6,7%	100,0%
F53	LEI	9	36	130	123	48	11	357
	in %	2,5%	10,1%	36,4%	34,5%	13,4%	3,1%	100,0%
F55	LEI	19	46	123	112	44	13	357
	in %	5,3%	12,9%	34,5%	31,4%	12,3%	3,6%	100,0%
F58	LEI	0	4	19	117	209	8	357
	in %	0,0%	1,1%	5,3%	32,8%	58,5%	2,2%	100,0%
F59	LEI	6	27	38	113	165	8	357
	in %	1,7%	7,6%	10,6%	31,7%	46,2%	2,2%	100,0%
F62	LEI	29	50	83	123	60	12	357
	in %	8,1%	14,0%	23,2%	34,5%	16,8%	3,4%	100,0%
F63	LEI	31	49	81	114	67	15	357
	in %	8,7%	13,7%	22,7%	31,9%	18,8%	4,2%	100,0%
F66	LEI	28	60	97	119	49	4	357
	in %	7,8%	16,8%	27,2%	33,3%	13,7%	1,1%	100,0%
F68	LEI	52	81	86	88	31	19	357
	in %	14,6%	22,7%	24,1%	24,6%	8,7%	5,3%	100,0%
F69	LEI	32	39	78	112	88	8	357
	in %	9,0%	10,9%	21,8%	31,4%	24,6%	2,2%	100,0%

Tabelle 91: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (1)

Ambulante Items MZP2 70%		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	164	47	9	132	5	357
	in %	0,0%	45,9%	13,2%	2,5%	37,0%	1,4%	100,0%

Tabelle 92: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (2)

Ambulante Items MZP2 70%		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F50	LEI	19	51	90	115	79	3	357
	in %	5,3%	14,3%	25,2%	32,2%	22,1%	0,8%	100,0%

Tabelle 93: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (3)

Ambulante Items MZP2 70%		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	14	34	157	92	34	26	357
	in %	3,9%	9,5%	44,0%	25,8%	9,5%	7,3%	100,0%
F60	LEI	10	9	148	71	57	62	357
	in %	2,8%	2,5%	41,5%	19,9%	16,0%	17,4%	100,0%

Tabelle 94: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (4)

Ambulante Items MZP2 70%		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	34	74	106	110	29	4	357
	in %	9,5%	20,7%	29,7%	30,8%	8,1%	1,1%	100,0%

Tabelle 95: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-70% (5)

Ambulante Items MZP3		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	4	5	33	138	169	4	353
	in %	1,1%	1,4%	9,3%	39,1%	47,9%	1,1%	100,0%
F15	LEI	76	113	109	40	11	4	353
	in %	21,5%	32,0%	30,9%	11,3%	3,1%	1,1%	100,0%
F33	LEI	11	30	77	163	69	3	353
	in %	3,1%	8,5%	21,8%	46,2%	19,5%	0,8%	100,0%
F35	LEI	14	26	78	162	71	2	353
	in %	4,0%	7,4%	22,1%	45,9%	20,1%	0,6%	100,0%
F36	LEI	1	12	32	130	175	3	353
	in %	0,3%	3,4%	9,1%	36,8%	49,6%	0,8%	100,0%
F37	LEI	1	5	37	139	169	2	353
	in %	0,3%	1,4%	10,5%	39,4%	47,9%	0,6%	100,0%
F39	LEI	10	27	76	123	110	7	353
	in %	2,8%	7,6%	21,5%	34,8%	31,2%	2,0%	100,0%

Ambulante Items MZP3		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F41	LEI	63	83	123	60	21	3	353
	in %	17,8%	23,5%	34,8%	17,0%	5,9%	0,8%	100,0%
F42	LEI	41	65	89	91	65	2	353
	in %	11,6%	18,4%	25,2%	25,8%	18,4%	0,6%	100,0%
F43	LEI	42	56	118	96	39	2	353
	in %	11,9%	15,9%	33,4%	27,2%	11,0%	0,6%	100,0%
F44	LEI	93	119	64	55	20	2	353
	in %	26,3%	33,7%	18,1%	15,6%	5,7%	0,6%	100,0%
F45	LEI	33	46	107	108	57	2	353
	in %	9,3%	13,0%	30,3%	30,6%	16,1%	0,6%	100,0%
F46	LEI	48	75	112	68	48	2	353
	in %	13,6%	21,2%	31,7%	19,3%	13,6%	0,6%	100,0%
F51	LEI	21	21	84	111	87	29	353
	in %	5,9%	5,9%	23,8%	31,4%	24,6%	8,2%	100,0%
F52	LEI	24	33	86	111	69	30	353
	in %	6,8%	9,3%	24,4%	31,4%	19,5%	8,5%	100,0%
F53	LEI	15	27	117	136	54	4	353
	in %	4,2%	7,6%	33,1%	38,5%	15,3%	1,1%	100,0%
F55	LEI	19	48	112	121	48	5	353
	in %	5,4%	13,6%	31,7%	34,3%	13,6%	1,4%	100,0%
F58	LEI	1	6	20	120	201	5	353
	in %	0,3%	1,7%	5,7%	34,0%	56,9%	1,4%	100,0%
F59	LEI	7	18	35	117	169	7	353
	in %	2,0%	5,1%	9,9%	33,1%	47,9%	2,0%	100,0%
F62	LEI	18	50	87	129	60	9	353
	in %	5,1%	14,2%	24,6%	36,5%	17,0%	2,5%	100,0%
F63	LEI	24	52	72	109	83	13	353
	in %	6,8%	14,7%	20,4%	30,9%	23,5%	3,7%	100,0%
F66	LEI	21	54	107	116	53	2	353
	in %	5,9%	15,3%	30,3%	32,9%	15,0%	0,6%	100,0%
F68	LEI	44	80	93	87	34	15	353
	in %	12,5%	22,7%	26,3%	24,6%	9,6%	4,2%	100,0%
F69	LEI	28	37	85	116	75	12	353
	in %	7,9%	10,5%	24,1%	32,9%	21,2%	3,4%	100,0%

Tabelle 96: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (1)

Ambulante Items MZP3		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	172	54	11	112	4	353
	in %	0,0%	48,7%	15,3%	3,1%	31,7%	1,1%	100,0%

Tabelle 97: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (2)

Ambulante Items MZP3		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F49	LEI	46	72	117	69	47	2	353
	in %	13,0%	20,4%	33,1%	19,5%	13,3%	0,6%	100,0%

Tabelle 98: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (3)

Ambulante Items MZP3		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	10	20	156	96	53	18	353
	in %	2,8%	5,7%	44,2%	27,2%	15,0%	5,1%	100,0%
F60	LEI	5	12	137	66	72	61	353
	in %	1,4%	3,4%	38,8%	18,7%	20,4%	17,3%	100,0%

Tabelle 99: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (4)

Ambulante Items MZP3		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	23	70	100	123	33	4	353
	in %	6,5%	19,8%	28,3%	34,8%	9,3%	1,1%	100,0%

Tabelle 100: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP3 (5)

Ambulante Items MZP4		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	4	5	29	155	152	5	350
	in %	1,1%	1,4%	8,3%	44,3%	43,4%	1,4%	100,0%
F15	LEI	63	108	116	45	13	5	350
	in %	18,0%	30,9%	33,1%	12,9%	3,7%	1,4%	100,0%
F33	LEI	8	33	80	154	72	3	350
	in %	2,3%	9,4%	22,9%	44,0%	20,6%	0,9%	100,0%
F34	LEI	0	0	0	0	0	0	0
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
F35	LEI	11	27	88	159	63	2	350
	in %	3,1%	7,7%	25,1%	45,4%	18,0%	0,6%	100,0%
F36	LEI	4	12	27	133	172	2	350
	in %	1,1%	3,4%	7,7%	38,0%	49,1%	0,6%	100,0%
F37	LEI	3	7	24	148	165	3	350
	in %	0,9%	2,0%	6,9%	42,3%	47,1%	0,9%	100,0%
F39	LEI	12	28	71	126	110	3	350
	in %	3,4%	8,0%	20,3%	36,0%	31,4%	0,9%	100,0%
F41	LEI	51	61	140	74	23	1	350
	in %	14,6%	17,4%	40,0%	21,1%	6,6%	0,3%	100,0%
F42	LEI	34	55	103	90	67	1	350
	in %	9,7%	15,7%	29,4%	25,7%	19,1%	0,3%	100,0%
F43	LEI	35	58	99	108	48	2	350
	in %	10,0%	16,6%	28,3%	30,9%	13,7%	0,6%	100,0%
F44	LEI	74	119	66	64	25	2	350
	in %	21,1%	34,0%	18,9%	18,3%	7,1%	0,6%	100,0%
F45	LEI	25	55	89	120	60	1	350
	in %	7,1%	15,7%	25,4%	34,3%	17,1%	0,3%	100,0%
F46	LEI	37	85	92	83	51	2	350
	in %	10,6%	24,3%	26,3%	23,7%	14,6%	0,6%	100,0%
F51	LEI	19	18	75	114	98	26	350
	in %	5,4%	5,1%	21,4%	32,6%	28,0%	7,4%	100,0%
F52	LEI	18	34	68	111	84	35	350
	in %	5,1%	9,7%	19,4%	31,7%	24,0%	10,0%	100,0%
F53	LEI	8	29	114	138	54	7	350
	in %	2,3%	8,3%	32,6%	39,4%	15,4%	2,0%	100,0%
F55	LEI	11	34	111	132	48	14	350
	in %	3,1%	9,7%	31,7%	37,7%	13,7%	4,0%	100,0%

Ambulante Items MZP4		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F58	LEI	3	10	21	119	193	4	350
	in %	0,9%	2,9%	6,0%	34,0%	55,1%	1,1%	100,0%
F59	LEI	5	19	31	114	175	6	350
	in %	1,4%	5,4%	8,9%	32,6%	50,0%	1,7%	100,0%
F62	LEI	18	35	92	134	57	14	350
	in %	5,1%	10,0%	26,3%	38,3%	16,3%	4,0%	100,0%
F63	LEI	22	42	80	111	79	16	350
	in %	6,3%	12,0%	22,9%	31,7%	22,6%	4,6%	100,0%
F66	LEI	18	53	104	123	50	2	350
	in %	5,1%	15,1%	29,7%	35,1%	14,3%	0,6%	100,0%
F68	LEI	40	85	93	88	28	16	350
	in %	11,4%	24,3%	26,6%	25,1%	8,0%	4,6%	100,0%
F69	LEI	22	39	73	134	68	14	350
	in %	6,3%	11,1%	20,9%	38,3%	19,4%	4,0%	100,0%

Tabelle 101: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (1)

Ambulante Items MZP4		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	179	66	14	88	3	350
	in %	0,0%	51,1%	18,9%	4,0%	25,1%	0,9%	100,0%

Tabelle 102: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (2)

Ambulante Items MZP4		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F49	LEI	61	95	99	59	36	0	350
	in %	17,4%	27,1%	28,3%	16,9%	10,3%	0,0%	100,0%

Tabelle 103: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (3)

Ambulante Items MZP4		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	12	18	129	123	47	21	350
	in %	3,4%	5,1%	36,9%	35,1%	13,4%	6,0%	100,0%
F60	LEI	6	11	127	82	68	56	350
	in %	1,7%	3,1%	36,3%	23,4%	19,4%	16,0%	100,0%

Tabelle 104: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (4)

Ambulante Items MZP4		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	20	64	109	126	30	1	350
	in %	5,7%	18,3%	31,1%	36,0%	8,6%	0,3%	100,0%

Tabelle 105: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP4 (5)

Ambulante Items MZP2 30%		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	2	17	44	54	1	118
	in %	0,0%	1,7%	14,4%	37,3%	45,8%	0,8%	100,0%
F15	LEI	25	51	30	6	6	0	118
	in %	21,2%	43,2%	25,4%	5,1%	5,1%	0,0%	100,0%
F24	LEI	0	3	8	26	81	0	118
	in %	0,0%	2,5%	6,8%	22,0%	68,6%	0,0%	100,0%
F25	LEI	4	12	13	26	62	1	118
	in %	3,4%	10,2%	11,0%	22,0%	52,5%	0,8%	100,0%
F26	LEI	2	7	16	35	56	2	118
	in %	1,7%	5,9%	13,6%	29,7%	47,5%	1,7%	100,0%
F27	LEI	17	16	24	24	34	3	118
	in %	14,4%	13,6%	20,3%	20,3%	28,8%	2,5%	100,0%
F31	LEI	1	7	20	43	46	1	118
	in %	0,8%	5,9%	16,9%	36,4%	39,0%	0,8%	100,0%
F32	LEI	5	11	24	39	37	2	118
	in %	4,2%	9,3%	20,3%	33,1%	31,4%	1,7%	100,0%
F33	LEI	0	14	22	43	35	4	118
	in %	0,0%	11,9%	18,6%	36,4%	29,7%	3,4%	100,0%
F34	LEI	0	13	27	49	27	2	118
	in %	0,0%	11,0%	22,9%	41,5%	22,9%	1,7%	100,0%

Ambu- lante Items MZP2 30%		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F35	LEI	1	12	26	51	27	1	118
	in %	0,8%	10,2%	22,0%	43,2%	22,9%	0,8%	100,0%
F36	LEI	2	4	10	35	67	0	118
	in %	1,7%	3,4%	8,5%	29,7%	56,8%	0,0%	100,0%
F37	LEI	0	2	3	43	70	0	118
	in %	0,0%	1,7%	2,5%	36,4%	59,3%	0,0%	100,0%
F39	LEI	3	9	23	40	42	1	118
	in %	2,5%	7,6%	19,5%	33,9%	35,6%	0,8%	100,0%
F41	LEI	23	20	37	20	18	0	118
	in %	19,5%	16,9%	31,4%	16,9%	15,3%	0,0%	100,0%
F42	LEI	16	13	31	22	35	1	118
	in %	13,6%	11,0%	26,3%	18,6%	29,7%	0,8%	100,0%
F43	LEI	8	19	26	36	29	0	118
	in %	6,8%	16,1%	22,0%	30,5%	24,6%	0,0%	100,0%
F44	LEI	23	38	18	27	11	1	118
	in %	19,5%	32,2%	15,3%	22,9%	9,3%	0,8%	100,0%
F45	LEI	8	10	33	43	24	0	118
	in %	6,8%	8,5%	28,0%	36,4%	20,3%	0,0%	100,0%
F46	LEI	14	20	30	27	27	0	118
	in %	11,9%	16,9%	25,4%	22,9%	22,9%	0,0%	100,0%
F51	LEI	4	13	21	43	29	8	118
	in %	3,4%	11,0%	17,8%	36,4%	24,6%	6,8%	100,0%
F52	LEI	6	15	31	32	23	11	118
	in %	5,1%	12,7%	26,3%	27,1%	19,5%	9,3%	100,0%
F53	LEI	4	20	36	40	16	2	118
	in %	3,4%	16,9%	30,5%	33,9%	13,6%	1,7%	100,0%
F55	LEI	7	19	35	45	10	2	118
	in %	5,9%	16,1%	29,7%	38,1%	8,5%	1,7%	100,0%
F58	LEI	0	1	4	47	65	1	118
	in %	0,0%	0,8%	3,4%	39,8%	55,1%	0,8%	100,0%
F59	LEI	3	4	12	28	71	0	118
	in %	2,5%	3,4%	10,2%	23,7%	60,2%	0,0%	100,0%
F62	LEI	7	9	28	52	18	4	118
	in %	5,9%	7,6%	23,7%	44,1%	15,3%	3,4%	100,0%
F63	LEI	9	14	27	35	26	7	118
	in %	7,6%	11,9%	22,9%	29,7%	22,0%	5,9%	100,0%

Ambulante Items MZP2 30%		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F66	LEI	3	17	30	49	19	0	118
	in %	2,5%	14,4%	25,4%	41,5%	16,1%	0,0%	100,0%
F68	LEI	10	25	28	42	7	6	118
	in %	8,5%	21,2%	23,7%	35,6%	5,9%	5,1%	100,0%
F69	LEI	5	14	26	43	26	4	118
	in %	4,2%	11,9%	22,0%	36,4%	22,0%	3,4%	100,0%

Tabelle 106: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (1)

Ambulante Items MZP2 30%		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	58	24	2	33	1	118
	in %	0,0%	49,2%	20,3%	1,7%	28,0%	0,8%	100,0%

Tabelle 107: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (2)

Ambulante Items MZP2 30%		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F50	LEI	7	20	33	35	23	0	118
	in %	5,9%	16,9%	28,0%	29,7%	19,5%	0,0%	100,0%

Tabelle 108 Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (3)

Ambulante Items MZP2 30%		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	5	6	43	36	19	9	118
	in %	4,2%	5,1%	36,4%	30,5%	16,1%	7,6%	100,0%
F60	LEI	0	5	41	20	25	27	118
	in %	0,0%	4,2%	34,7%	16,9%	21,2%	22,9%	100,0%

Tabelle 109: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (4)

Ambulante Items MZP2 30%		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	7	21	33	49	8	0	118
	in %	5,9%	17,8%	28,0%	41,5%	6,8%	0,0%	100,0%

Tabelle 110: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2-30% (5)

Ambulante Items MZP2		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	3	7	54	184	216	11	475
	in %	0,6%	1,5%	11,4%	38,7%	45,5%	2,3%	100,0%
F15	LEI	101	183	130	39	21	1	475
	in %	21,3%	38,5%	27,4%	8,2%	4,4%	0,2%	100,0%
F24	LEI	4	15	38	116	301	1	475
	in %	0,8%	3,2%	8,0%	24,4%	63,4%	0,2%	100,0%
F25	LEI	22	44	60	129	215	5	475
	in %	4,6%	9,3%	12,6%	27,2%	45,3%	1,1%	100,0%
F26	LEI	11	27	76	153	198	10	475
	in %	2,3%	5,7%	16,0%	32,2%	41,7%	2,1%	100,0%
F27	LEI	94	73	102	91	105	10	475
	in %	19,8%	15,4%	21,5%	19,2%	22,1%	2,1%	100,0%
F31	LEI	8	19	78	195	165	10	475
	in %	1,7%	4,0%	16,4%	41,1%	34,7%	2,1%	100,0%
F32	LEI	12	32	94	192	136	9	475
	in %	2,5%	6,7%	19,8%	40,4%	28,6%	1,9%	100,0%
F33	LEI	9	35	104	186	132	9	475
	in %	1,9%	7,4%	21,9%	39,2%	27,8%	1,9%	100,0%
F34	LEI	7	37	98	205	119	9	475
	in %	1,5%	7,8%	20,6%	43,2%	25,1%	1,9%	100,0%
F35	LEI	9	31	96	213	119	7	475
	in %	1,9%	6,5%	20,2%	44,8%	25,1%	1,5%	100,0%
F36	LEI	8	18	50	162	235	2	475
	in %	2	10	36	200	225	2	475
F37	LEI	0,4%	2,1%	7,6%	42,1%	47,4%	0,4%	100,0%
	in %	2	10	36	200	225	2	475
F39	LEI	14	40	109	150	157	5	475
	in %	2,9%	8,4%	22,9%	31,6%	33,1%	1,1%	100,0%
F41	LEI	103	92	173	74	31	2	475
	in %	21,7%	19,4%	36,4%	15,6%	6,5%	0,4%	100,0%

Ambulante Items MZP2		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F42	LEI	63	79	121	94	114	4	475
	in %	13,3%	16,6%	25,5%	19,8%	24,0%	0,8%	100,0%
F43	LEI	60	88	132	122	71	2	475
	in %	12,6%	18,5%	27,8%	25,7%	14,9%	0,4%	100,0%
F44	LEI	145	132	83	74	37	4	475
	in %	30,5%	27,8%	17,5%	15,6%	7,8%	0,8%	100,0%
F45	LEI	49	53	144	145	82	2	475
	in %	10,3%	11,2%	30,3%	30,5%	17,3%	0,4%	100,0%
F46	LEI	77	93	134	93	76	2	475
	in %	16,2%	19,6%	28,2%	19,6%	16,0%	0,4%	100,0%
F51	LEI	20	39	95	166	125	30	475
	in %	4,2%	8,2%	20,0%	34,9%	26,3%	6,3%	100,0%
F52	LEI	24	52	111	157	96	35	475
	in %	5,1%	10,9%	23,4%	33,1%	20,2%	7,4%	100,0%
F53	LEI	13	56	166	163	64	13	475
	in %	2,7%	11,8%	34,9%	34,3%	13,5%	2,7%	100,0%
F55	LEI	26	65	158	157	54	15	475
	in %	5,5%	13,7%	33,3%	33,1%	11,4%	3,2%	100,0%
F58	LEI	0	5	23	164	274	9	475
	in %	0,0%	1,1%	4,8%	34,5%	57,7%	1,9%	100,0%
F59	LEI	9	31	50	141	236	8	475
	in %	1,9%	6,5%	10,5%	29,7%	49,7%	1,7%	100,0%
F62	LEI	36	59	111	175	78	16	475
	in %	7,6%	12,4%	23,4%	36,8%	16,4%	3,4%	100,0%
F63	LEI	40	63	108	149	93	22	475
	in %	8,4%	13,3%	22,7%	31,4%	19,6%	4,6%	100,0%
F66	LEI	31	77	127	168	68	4	475
	in %	6,5%	16,2%	26,7%	35,4%	14,3%	0,8%	100,0%
F68	LEI	62	106	114	130	38	25	475
	in %	13,1%	22,3%	24,0%	27,4%	8,0%	5,3%	100,0%
F69	LEI	37	53	104	155	114	12	475
	in %	7,8%	11,2%	21,9%	32,6%	24,0%	2,5%	100,0%

Tabelle 111: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (1)

Ambulante Items MZP2		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	222	71	11	165	6	475
	in %	0,0%	46,7%	14,9%	2,3%	34,7%	1,3%	100,0%

Tabelle 112: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (2)

Ambulante Items MZP2		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F50	LEI	26	71	123	150	102	3	475
	in %	5,5%	14,9%	25,9%	31,6%	21,5%	0,6%	100,0%

Tabelle 113: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (3)

Ambulante Items MZP2		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	19	40	200	128	53	35	475
	in %	4,0%	8,4%	42,1%	26,9%	11,2%	7,4%	100,0%
F60	LEI	10	14	189	91	82	89	475
	in %	2,1%	2,9%	39,8%	19,2%	17,3%	18,7%	100,0%

Tabelle 114: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (4)

Ambulante Items MZP2		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	41	95	139	159	37	4	475
	in %	8,6%	20,0%	29,3%	33,5%	7,8%	0,8%	100,0%

Tabelle 115: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP2 (5)

Ambulante Items MZP5		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	2	12	51	189	228	7	489
	in %	0,4%	2,5%	10,4%	38,7%	46,6%	1,4%	100,0%
F14	LEI	6	35	56	193	192	7	489
	In %	1,2%	7,2%	11,5%	39,5%	39,3%	1,4%	100,0%
F15	LEI	76	160	166	66	18	3	489
	in %	15,5%	32,7%	33,9%	13,5%	3,7%	0,6%	100,0%

Ambulante Items MZP5		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F16	LEI	57	133	155	120	19	5	489
	in %	11,7%	27,2%	31,7%	24,5%	3,9%	1,0%	100,0%
F33	LEI	11	43	119	203	107	6	489
	in %	2,2%	8,8%	24,3%	41,5%	21,9%	1,2%	100,0%
F35	LEI	13	45	117	207	101	6	489
	in %	2,7%	9,2%	23,9%	42,3%	20,7%	1,2%	100,0%
F36	LEI	7	11	36	185	248	2	489
	in %	1,4%	2,2%	7,4%	37,8%	50,7%	0,4%	100,0%
F37	LEI	2	6	34	195	251	1	489
	in %	0,4%	1,2%	7,0%	39,9%	51,3%	0,2%	100,0%
F38	LEI	7	29	49	209	183	12	489
	in %	1,4%	5,9%	10,0%	42,7%	37,4%	2,5%	100,0%
F39	LEI	16	36	98	173	163	3	489
	in %	3,3%	7,4%	20,0%	35,4%	33,3%	0,6%	100,0%
F40	LEI	9	38	81	201	151	9	489
	in %	1,8%	7,8%	16,6%	41,1%	30,9%	1,8%	100,0%
F41	LEI	82	73	189	104	41	0	489
	in %	16,8%	14,9%	38,7%	21,3%	8,4%	0,0%	100,0%
F42	LEI	61	74	109	142	102	1	489
	in %	12,5%	15,1%	22,3%	29,0%	20,9%	0,2%	100,0%
F43	LEI	38	75	142	148	86	0	489
	in %	7,8%	15,3%	29,0%	30,3%	17,6%	0,0%	100,0%
F44	LEI	93	152	91	102	48	3	489
	in %	19,0%	31,1%	18,6%	20,9%	9,8%	0,6%	100,0%
F45	LEI	39	55	131	157	106	1	489
	in %	8,0%	11,2%	26,8%	32,1%	21,7%	0,2%	100,0%
F46	LEI	56	81	139	135	76	2	489
	in %	11,5%	16,6%	28,4%	27,6%	15,5%	0,4%	100,0%
F51	LEI	20	40	93	184	118	34	489
	in %	4,1%	8,2%	19,0%	37,6%	24,1%	7,0%	100,0%
F52	LEI	22	54	112	152	107	42	489
	in %	4,5%	11,0%	22,9%	31,1%	21,9%	8,6%	100,0%
F53	LEI	12	43	140	198	84	12	489
	in %	2,5%	8,8%	28,6%	40,5%	17,2%	2,5%	100,0%
F54	LEI	17	75	123	176	71	27	489
	in %	3,5%	15,3%	25,2%	36,0%	14,5%	5,5%	100,0%

Ambulante Items MZP5		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F55	LEI	25	66	132	181	70	15	489
	in %	5,1%	13,5%	27,0%	37,0%	14,3%	3,1%	100,0%
F56	LEI	30	96	130	149	57	27	489
	in %	6,1%	19,6%	26,6%	30,5%	11,7%	5,5%	100,0%
F58	LEI	2	7	12	182	279	7	489
	in %	0,4%	1,4%	2,5%	37,2%	57,1%	1,4%	100,0%
F59	LEI	11	16	53	155	252	2	489
	in %	2,2%	3,3%	10,8%	31,7%	51,5%	0,4%	100,0%
F61	LEI	8	17	50	157	253	4	489
	in %	1,6%	3,5%	10,2%	32,1%	51,7%	0,8%	100,0%
F62	LEI	27	50	106	195	99	12	489
	in %	5,5%	10,2%	21,7%	39,9%	20,2%	2,5%	100,0%
F63	LEI	27	54	95	181	117	15	489
	in %	5,5%	11,0%	19,4%	37,0%	23,9%	3,1%	100,0%
F66	LEI	31	58	127	183	90	0	489
	in %	6,3%	11,9%	26,0%	37,4%	18,4%	0,0%	100,0%
F68	LEI	53	95	119	137	65	20	489
	in %	10,8%	19,4%	24,3%	28,0%	13,3%	4,1%	100,0%
F69	LEI	30	50	101	168	131	9	489
	in %	6,1%	10,2%	20,7%	34,4%	26,8%	1,8%	100,0%

Tabelle 116: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (1)

Ambulante Items MZP5		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	219	123	28	119	0	489
	in %	0,0%	44,8%	25,2%	5,7%	24,3%	0,0%	100,0%

Tabelle 117: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (2)

Ambulante Items MZP5		Nie	Selten	Manchmal	Oft	Sehr oft	Keine Angabe	Gesamt
F49	LEI	77	124	150	82	50	6	489
	in %	15,7%	25,4%	30,7%	16,8%	10,2%	1,2%	100,0%

Tabelle 118: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (3)

Ambulante Items MZP5		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	12	5	199	171	85	17	489
	in %	2,5%	1,0%	40,7%	35,0%	17,4%	3,5%	100,0%
F60	LEI	4	11	174	114	111	75	489
	in %	0,8%	2,2%	35,6%	23,3%	22,7%	15,3%	100,0%

Tabelle 119: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (4)

Ambulante Items MZP5		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	35	61	132	198	62	1	489
	in %	7,2%	12,5%	27,0%	40,5%	12,7%	0,2%	100,0%

Tabelle 120: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (5)

Ambulante Items MZP5		Niedriger	Etwas niedriger	Unverändert	Etwas höher	Höher	Keine Angabe	Gesamt
F65	LEI	63	89	150	142	38	7	489
	in %	12,9%	18,2%	30,7%	29,0%	7,8%	1,4%	100,0%

Tabelle 121: Querschnittsbetrachtung ambulante LEI MZP5 (6)

13.2.4. Tabellen zur Querschnittsbetrachtung der stationären LEI

Stationäre Items MZP1		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	1	0	2	2	1	6
	in %	0,0%	16,7%	0,0%	33,3%	33,3%	16,7%	100,0%
F15	LEI	0	3	2	1	0	0	6
	in %	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%
F36	LEI	0	0	0	3	2	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%
F37	LEI	0	0	0	2	3	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	50%	16,7%	100,0%
F39	LEI	0	1	0	1	2	2	6
	in %	0,0%	16,7%	0,0%	16,7%	33,3%	33,3%	100,0%
F41	LEI	1	0	0	3	1	1	6
	in %	16,7%	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
F42	LEI	0	0	0	3	2	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	100,0%

Stationäre Items MZP1		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F43	LEI	0	1	0	3	1	1	6
	in %	0,0%	16,7%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%
F45	LEI	0	0	1	2	2	1	6
	in %	0,0%	0,0%	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	100,0%
F46	LEI	0	0	0	4	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
F53	LEI	0	0	2	2	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%
F55	LEI	0	0	3	1	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
F58	LEI	0	0	0	3	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%
F59	LEI	0	2	1	1	1	1	6
	in %	0,0%	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%

Tabelle 122: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (1)

Stationäre Items MZP1		Schlecht	Eher schlecht	Teils, teils	Eher gut	Gut	Keine Angabe	Gesamt
F8	LEI	0	0	0	2	1	3	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	16,7%	50,0%	100,0%

Tabelle 123: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (2)

Stationäre Items MZP1		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	1	0	3	1	1	6
	In %	0,0%	16,7%	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	100,0%

Tabelle 124: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP1 (3)

Stationäre Items MZP2		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	0	1	3	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%
F15	LEI	0	2	3	0	1	0	6
	in %	0,0%	33,3%	50,0%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
F26	LEI	0	1	1	1	3	0	6
	in %	0,0%	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%	0,0%	100,0%

Statio- näre Items MZP2		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F27	LEI	2	1	1	1	1	0	6
	in %	33,3%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	0,0%	100,0%
F33	LEI	0	0	0	5	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F34	LEI	0	1	0	4	1	0	6
	in %	0,0%	16,7%	0,0%	66,7%	16,7%	0,0%	100,0%
F35	LEI	0	0	0	5	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F36	LEI	0	0	0	4	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
F37	LEI	0	0	0	3	3	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F39	LEI	0	1	3	1	1	0	6
	in %	0,0%	16,7%	50,0%	16,7%	16,7%	0,0%	100,0%
F41	LEI	2	0	3	0	1	0	6
	in %	33,3%	0,0%	50,0%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
F42	LEI	2	0	1	3	0	0	6
	in %	33,3%	0,0%	16,7%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F43	LEI	0	1	2	2	1	0	6
	in %	0,0%	16,7%	33,2%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F44	LEI	1	0	5	0	0	0	6
	in %	16,7%	0,0%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F45	LEI	0	0	3	2	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F46	LEI	1	0	1	2	2	0	6
	in %	16,7%	0,0%	16,7%	33,2%	33,3%	0,0%	100,0%
F53	LEI	0	2	2	2	0	0	6
	in %	0,0%	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
F55	LEI	0	1	2	3	0	0	6
	in %	0,0%	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F58	LEI	1	0	0	3	2	0	6
	in %	16,7%	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	100,0%
F59	LEI	1	1	0	3	1	0	6
	in %	16,7%	16,7%	0,0%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
F62	LEI	0	0	3	2	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F63	LEI	0	0	2	3	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
F66	LEI	1	0	2	3	0	0	6
	in %	16,7%	0,0%	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F68	LEI	2	3	0	1	0	0	6
	in %	33,3%	50,0%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%
F69	LEI	1	2	0	2	1	0	6
	in %	16,7%	33,3%	0,0%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%

Tabelle 125: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (1)

Stationäre Items MZP2		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	2	3	1	0	0	6
	in %	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 126: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (2)

Stationäre Items MZP2		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	0	0	2	3	0	1	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	0,0%	16,7%	100,0%
F60	LEI	0	0	3	2	0	1	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	33,3%	0,0%	16,7%	100,0%

Tabelle 127: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (3)

Stationäre Items MZP2		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	3	0	3	0	0	6
	in %	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 128: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (4)

Stationäre Items MZP2		Weniger als 1 Woche	Länger als 1 Woche	Länger als 2 Wochen	Länger als 3 Wochen	Länger als 4 Wochen	Keine Angabe	Gesamt
F22	LEI	0	0	0	2	4	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%

Tabelle 129: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP2 (5)

Stationäre Items MZP3		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	0	0	1	3	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
F15	LEI	0	2	1	1	0	0	4
	in %	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F33	LEI	0	0	2	2	0	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F35	LEI	0	0	2	2	0	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F36	LEI	0	0	0	2	2	0	4

Stationäre Items MZP3		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F37	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F39	LEI	0	0	3	0	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F41	LEI	0	1	2	1	0	0	4
	in %	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F42	LEI	0	1	2	1	0	0	4
	in %	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F43	LEI	0	0	0	3	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F44	LEI	0	3	0	1	0	0	4
	in %	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F45	LEI	0	0	1	1	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F46	LEI	0	1	0	3	0	0	4
	in %	0,0%	25,0%	0,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F53	LEI	0	0	1	2	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F55	LEI	0	0	1	2	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F58	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F59	LEI	0	0	1	2	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F62	LEI	0	0	2	1	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F63	LEI	0	0	2	1	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F66	LEI	0	1	1	0	2	0	4
	in %	0,0%	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F68	LEI	1	1	0	2	0	0	4
	in %	25,0%	25,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F69	LEI	1	0	0	2	1	0	4
	in %	25,0%	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 130: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (1)

Stationäre Items MZP3		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	2	1	0	1	0	4
	in %	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 131: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (2)

Stationäre Items MZP3		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	0	0	2	1	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F60	LEI	1	0	1	2	0	0	4
	in %	25,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 132: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (3)

Stationäre Items MZP3		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	0	1	2	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 133: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP3 (4)

Stationäre Items MZP4		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	0	0	1	3	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	100,0%
F15	LEI	0	1	1	2	0	0	4
	in %	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F33	LEI	0	0	1	3	0	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F35	LEI	0	0	0	3	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F36	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F37	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F39	LEI	0	0	2	1	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Stationäre Items MZP4		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F41	LEI	0	1	2	0	1	0	4
	in %	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F42	LEI	0	0	3	0	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F43	LEI	0	0	1	1	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	25,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F44	LEI	1	1	1	1	0	0	4
	in %	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F45	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F46	LEI	0	0	1	2	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F53	LEI	0	0	1	2	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F55	LEI	0	0	2	1	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F58	LEI	0	0	0	2	2	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F59	LEI	0	0	0	3	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F62	LEI	0	0	1	2	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F63	LEI	0	0	0	3	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	75,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F66	LEI	0	1	0	2	1	0	4
	in %	0,0%	25,0%	0,0%	50,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F68	LEI	1	1	1	0	1	0	4
	in %	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	0,0%	100,0%
F69	LEI	0	1	1	1	1	0	4
	in %	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 134: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (1)

Stationäre Items MZP4		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	1	2	1	0	0	4
	in %	0,0%	25,0%	50,0%	25,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 135: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (2)

Stationäre Items MZP4		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	0	1	1	1	0	1	4
	in %	0,0%	25,0%	25,0%	25,0%	0,0%	25,0%	100,0%
F60	LEI	0	0	1	2	0	1	4
	in %	0,0%	0,0%	25,0%	50,0%	0,0%	25,0%	100,0%

Tabelle 136: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (3)

Stationäre Items MZP4		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	0	2	1	1	0	4
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	25,0%	25,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 137: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP4 (4)

Stationäre Items MZP5		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F13	LEI	0	0	1	2	3	0	6
	in %	0,0%	0,0%	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	100,0%
F14	LEI	0	0	0	3	3	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F15	LEI	1	2	1	2	0	0	6
	in %	16,7%	33,3%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
F16	LEI	1	2	2	1	0	0	6
	in %	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%
F33	LEI	0	0	0	4	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
F35	LEI	0	0	0	4	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%

Statio- näre Items MZP5		Stimme über- haupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine An- gabe	Gesamt
F36	LEI	0	0	0	5	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F37	LEI	0	0	0	2	4	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	33,2%	66,7%	0,0%	100,0%
F38	LEI	0	0	0	5	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F39	LEI	0	0	3	1	2	0	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	100,0%
F40	LEI	0	0	0	4	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
F41	LEI	0	1	5	0	0	0	6
	in %	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F42	LEI	1	2	2	1	0	0	6
	in %	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%
F43	LEI	0	0	2	3	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	100,0%
F44	LEI	0	1	3	2	0	0	6
	in %	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
F45	LEI	0	1	1	1	3	0	6
	in %	0,0%	16,7%	16,7%	16,7%	50,0%	0,0%	100,0%
F46	LEI	0	1	2	2	1	0	6
	in %	0,0%	16,7%	33,3%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F53	LEI	0	0	0	4	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
F54	LEI	0	0	0	4	1	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	16,7%	16,7%	100,0%
F55	LEI	0	0	0	5	0	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
F56	LEI	0	1	1	3	0	1	6
	in %	0,0%	16,7%	16,7%	50,0%	0,0%	16,7%	100,0%
F58	LEI	0	0	0	3	3	0	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
F59	LEI	1	0	1	2	2	0	6
	in %	16,7%	0,0%	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%
F61	LEI	1	0	1	2	2	0	6
	in %	16,7%	0,0%	16,7%	33,3%	33,3%	0,0%	100,0%

Stationäre Items MZP5		Stimme überhaupt nicht zu	Stimme eher nicht zu	Teils, teils	Stimme eher zu	Stimme voll und ganz zu	Keine Angabe	Gesamt
F62	LEI	0	0	2	4	0	0	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	100,0%
F63	LEI	0	0	1	4	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	100,0%
F66	LEI	0	1	2	3	0	0	6
	in %	0,0%	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
F68	LEI	0	3	0	2	1	0	6
	in %	0,0%	50,0%	0,0%	33,3%	16,7%	0,0%	100,0%
F69	LEI	0	0	1	4	1	0	6
	in %	0,0%	0,0%	16,7%	66,7%	16,7%	0,0%	100,0%

Tabelle 138: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (1)

Stationäre Items MZP5		Langsamer	Etwas langsamer	Unverändert	Etwas schneller	Schneller	Keine Angabe	Gesamt
F47	LEI	0	2	3	1	0	0	6
	in %	0,0%	33,3%	50,0%	16,7%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 139: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (2)

Stationäre Items MZP5		Schlechter	Etwas schlechter	Unverändert	Etwas besser	Besser	Keine Angabe	Gesamt
F57	LEI	0	0	0	5	0	1	6
	in %	0,0%	0,0%	0,0%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
F60	LEI	0	0	2	3	0	1	6
	in %	0,0%	0,0%	33,3%	50,0%	0,0%	16,7%	100,0%

Tabelle 140: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (3)

Stationäre Items MZP5		Sehr unzufrieden	Eher unzufrieden	Teils, teils	Eher zufrieden	Sehr zufrieden	Keine Angabe	Gesamt
F64	LEI	0	0	3	3	0	0	6
	in %	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 141: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (4)

Stationäre Items MZP5		Niedriger	Etwas niedriger	Unverändert	Etwas höher	Höher	Keine Angabe	Gesamt
F65	LEI	0	1	3	2	0	0	6
	in %	0,0%	16,7%	50,0%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%

Tabelle 142: Querschnittsbetrachtung stationäre LEI MZP5 (5)

13.2.5. Tabellen zur Subgruppenanalyse

F64 – Versorgungsbereich		Hausarzt	Facharzt	Zahnarzt	Psychotherapeut
Sehr unzufrieden	LEI	10	18	2	5
	Anteil	6,2%	11,3%	1,6%	11,1%
Eher unzufrieden	LEI	22	18	14	7
	Anteil	13,7%	11,3%	11,3%	15,6%
Teils, teils	LEI	39	52	29	12
	Anteil	24,2%	32,7%	23,4%	26,7%
Eher zufrieden	LEI	63	54	66	15
	Anteil	39,1%	34,0%	53,2%	33,3%
Sehr zufrieden	LEI	26	17	13	6
	Anteil	16,1%	10,7%	10,5%	13,3%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	32	36	16	12
	Anteil	19,9%	22,6%	12,9%	26,7%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	39	52	29	12
	Anteil	24,2%	32,7%	23,4%	26,7%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	89	71	79	21
	Anteil	55,3%	44,7%	63,7%	46,7%
Keine Angabe	LEI	1	0	0	0
	Anteil	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	161	159	124	45
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	160	159	124	45
	Maximum	5	5	5	5
	Minimum	1	1	1	1
	Median	4	3	4	3
	Mittelwert	3,456	3,214	3,597	3,222
	Standardabweichung	1,109	1,138	0,883	1,204

Tabelle 143: Subgruppenanalyse Versorgungsbereich (F64) zu MZP5

F64 – Organisationsform		Einzelpra- xis	BAG	Praxisge- meinschaft	ÜBAG	MVZ
Sehr unzufrieden	LEI	25	9	1	0	0
	Anteil	7,2%	7,6%	6,3%	0,0%	0,0%
Eher unzufrieden	LEI	39	17	2	1	2
	Anteil	11,3%	14,4%	12,5%	20,0%	50,0%
Teils, teils	LEI	80	40	8	3	1
	Anteil	23,1%	33,9%	50,0%	60,0%	25,0%
Eher zufrieden	LEI	152	42	3	1	0
	Anteil	43,9%	35,6%	18,8%	20,0%	0,0%
Sehr zufrieden	LEI	50	9	2	0	1
	Anteil	14,5%	7,6%	12,5%	0,0%	25,0%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	64	26	3	1	2
	Anteil	18,5%	22,0%	18,8%	20,0%	50,0%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	80	40	8	3	1
	Anteil	23,1%	33,9%	50,0%	60,0%	25,0%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	202	51	5	1	1
	Anteil	58,4%	43,2%	31,3%	20,0%	25,0%
Keine Angabe	LEI	0	1	0	0	0
	Anteil	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	346	118	16	5	4
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige An- zahl	346	117	16	5	4
	Maximum	5	5	5	4	5
	Minimum	1	1	1	2	2
	Median	4	3	3	3	3
	Mittelwert	3,471	3,214	3,188	3,000	3,000
	Standard- abweichung	1,096	1,041	1,047	0,707	1,414

Tabelle 144: Subgruppenanalyse Organisationsform (F64) zu MZP5

F42 – LEI-Größenklasse (Dichotom)		Einzelpraxis	BAG, ÜBAG, PG, MVZ
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	42	19
	Anteil	11,6%	15,0%
Stimme eher nicht zu	LEI	51	23
	Anteil	14,1%	18,1%
Teils, teils	LEI	76	33
	Anteil	21,0%	26,0%
Stimme eher zu	LEI	109	33
	Anteil	30,1%	26,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	83	19
	Anteil	22,9%	15,0%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	93	42
	Anteil	25,7%	33,1%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	76	33
	Anteil	21,0%	26,0%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	192	52
	Anteil	53,0%	40,9%
Keine Angabe	LEI	1	0
	Anteil	0,3%	0,0%
Gesamt	LEI	362	127
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	361	127
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	4	3
	Mittelwert	3,388	3,079
	Standardabweichung	1,297	1,282

Tabelle 145: Subgruppenanalyse Größenklasse (F42) zu MZP5

F64 – LEI-Größenklasse (Dichotom)		Einzelpraxis	BAG, ÜBAG, PG, MVZ .
Sehr unzufrieden	LEI	28	7
	Anteil	7,7%	5,5%
Eher unzufrieden	LEI	39	22
	Anteil	10,8%	17,3%
Teils, teils	LEI	88	44
	Anteil	24,3%	34,6%
Eher zufrieden	LEI	156	42
	Anteil	43,1%	33,1%
Sehr zufrieden	LEI	50	12
	Anteil	13,8%	9,4%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	67	29
	Anteil	18,5%	22,8%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	88	44
	Anteil	24,3%	34,6%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	206	54
	Anteil	56,9%	42,5%
Keine Angabe	LEI	1	0
	Anteil	0,3%	0,0%
Gesamt	LEI	362	127
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	361	127
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	4	3
	Mittelwert	3,446	3,236
	Standard- abweichung	1,099	1,027

Tabelle 146: Subgruppenanalyse Größenklasse (F64) zu MZP5

F42 – Geringe Bandbreite		Trifft nicht zu	Trifft zu
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	59	2
	Anteil	12,7%	8,3%
Stimme eher nicht zu	LEI	72	2
	Anteil	15,5%	8,3%
Teils, teils	LEI	109	0
	Anteil	23,4%	0,0%
Stimme eher zu	LEI	131	11
	Anteil	28,2%	45,8%
Stimme voll und ganz zu	LEI	93	9
	Anteil	20,0%	37,5%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	131	4
	Anteil	28,2%	16,7%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	109	0
	Anteil	23,4%	0,0%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	224	20
	Anteil	48,2%	83,3%
Keine Angabe	LEI	1	0
	Anteil	0,2%	0,0%
Gesamt	LEI	465	24
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	464	24
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	3	4
	Mittelwert	3,274	3,958
	Standardabweichung	1,295	1,233

Tabelle 147: Subgruppenanalyse Bandbreite (F42) zu MZP5

F44 – Geringe Bandbreite		Trifft nicht zu	Trifft zu
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	90	3
	Anteil	19,4%	12,5%
Stimme eher nicht zu	LEI	147	5
	Anteil	31,6%	20,8%
Teils, teils	LEI	90	1
	Anteil	19,4%	4,2%
Stimme eher zu	LEI	94	8
	Anteil	20,2%	33,3%
Stimme voll und ganz zu	LEI	41	7
	Anteil	8,8%	29,2%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	237	8
	Anteil	51,0%	33,3%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	90	1
	Anteil	19,4%	4,2%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	135	15
	Anteil	29,0%	62,5%
Keine Angabe	LEI	3	0
	Anteil	0,6%	0,0%
Gesamt	LEI	465	24
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	462	24
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	2	4
	Mittelwert	2,673	3,458
	Standardabweichung	1,246	1,444

Tabelle 148: Subgruppenanalyse Bandbreite (F44) zu MZP5

F64 – Geringe Bandbreite		Trifft nicht zu	Trifft zu
Sehr unzufrieden	LEI	35	0
	Anteil	7,5%	0,0%
Eher unzufrieden	LEI	58	3
	Anteil	12,5%	12,5%
Teils, teils	LEI	130	2
	Anteil	28,0%	8,3%
Eher zufrieden	LEI	186	12
	Anteil	40,0%	50,0%
Sehr zufrieden	LEI	55	7
	Anteil	11,8%	29,2%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	93	3
	Anteil	20,0%	12,5%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	130	2
	Anteil	28,0%	8,3%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	241	19
	Anteil	51,8%	79,2%
Keine Angabe	LEI	1	0
	Anteil	0,2%	0,0%
Gesamt	LEI	465	24
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	464	24
	Maximum	5	5
	Minimum	1	2
	Median	4	4
	Mittelwert	3,362	3,958
	Standardabweichung	1,083	0,955

Tabelle 149: Subgruppenanalyse Bandbreite (F64) zu MZP5

F68 – Geringe Bandbreite		Trifft nicht zu	Trifft zu
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	52	1
	Anteil	11,2%	4,2%
Stimme eher nicht zu	LEI	93	2
	Anteil	20,0%	8,3%
Teils, teils	LEI	114	5
	Anteil	24,5%	20,8%
Stimme eher zu	LEI	125	12
	Anteil	26,9%	50,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	61	4
	Anteil	13,1%	16,7%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	145	3
	Anteil	31,2%	12,5%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	114	5
	Anteil	24,5%	20,8%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	186	16
	Anteil	40,0%	66,7%
Keine Angabe	LEI	20	0
	Anteil	4,3%	0,0%
Gesamt	LEI	465	24
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	445	24
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	3	4
	Mittelwert	3,112	3,667
	Standardabweichung	1,223	1,007

Tabelle 150: Subgruppenanalyse Bandbreite (F68) zu MZP5

F42 – TI-Variante		TI Online	TI Trennung (physisch)	TI Trennung (logisch)
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	46	9	6
	Anteil	11,6%	20,5%	12,5%
Stimme eher nicht zu	LEI	58	10	6
	Anteil	14,6%	22,7%	12,5%
Teils, teils	LEI	90	15	4
	Anteil	22,7%	34,1%	8,3%
Stimme eher zu	LEI	116	8	18
	Anteil	29,2%	18,2%	37,5%
Stimme voll und ganz zu	LEI	86	2	14
	Anteil	21,7%	4,5%	29,2%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	104	19	12
	Anteil	26,2%	43,2%	25,0%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	90	15	4
	Anteil	22,7%	34,1%	8,3%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	202	10	32
	Anteil	50,9%	22,7%	66,7%
Keine Angabe	LEI	1	0	0
	Anteil	0,3%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	397	44	48
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	396	44	48
	Maximum	5	5	5
	Minimum	1	1	1
	Median	4	3	4
	Mittelwert	3,348	2,636	3,583
	Standardabweichung	1,287	1,143	1,366

Tabelle 151: Subgruppenanalyse TI-Variante (F42) zu MZP5

F49 – TI-Variante		TI Online	TI Trennung (physisch)	TI Trennung (logisch)
Nie	LEI	63	2	12
	Anteil	15,9%	4,5%	25,0%
Selten	LEI	107	4	13
	Anteil	27,0%	9,1%	27,1%
Manchmal	LEI	124	15	11
	Anteil	31,2%	34,1%	22,9%
Oft	LEI	60	17	5
	Anteil	15,1%	38,6%	10,4%
Sehr oft	LEI	38	6	6
	Anteil	9,6%	13,6%	12,5%
Gesamt	LEI	397	44	48
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	392	44	47
	Maximum	5	5	5
	Minimum	1	1	1
	Median	3	4	2
	Mittelwert	2,753	3,477	2,574
	Standardabweichung	1,183	1,000	1,331

Tabelle 152: Subgruppenanalyse TI-Variante (F49) zu MZP5

F64 – TI-Variante		TI Online	TI Trennung (physisch)	TI Trennung (logisch)
Sehr unzufrieden	LEI	28	4	3
	Anteil	7,1%	9,1%	6,3%
Eher unzufrieden	LEI	51	8	2
	Anteil	12,8%	18,2%	4,2%
Teils, teils	LEI	113	12	7
	Anteil	28,5%	27,3%	14,6%
Eher zufrieden	LEI	151	20	27
	Anteil	38,0%	45,5%	56,3%
Sehr zufrieden	LEI	53	0	9
	Anteil	13,4%	0,0%	18,8%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	79	12	5
	Anteil	19,9%	27,3%	10,4%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	113	12	7
	Anteil	28,5%	27,3%	14,6%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	204	20	36
	Anteil	51,4%	45,5%	75,0%
Keine Angabe	LEI	1	0	0
	Anteil	0,3%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	397	44	48
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	396	44	48
	Maximum	5	4	5
	Minimum	1	1	1
	Median	4	3	4
	Mittelwert	3,379	3,091	3,771
	Standardabweichung	1,090	1,007	1,016

Tabelle 153: Subgruppenanalyse TI-Variante (F64) zu MZP5

F68 – TI-Variante		TI Online	TI Trennung (physisch)	TI Trennung (logisch)
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	43	5	5
	Anteil	10,8%	11,4%	10,4%
Stimme eher nicht zu	LEI	79	12	4
	Anteil	19,9%	27,3%	8,3%
Teils, teils	LEI	94	14	11
	Anteil	23,7%	31,8%	22,9%
Stimme eher zu	LEI	106	11	20
	Anteil	26,7%	25,0%	41,7%
Stimme voll und ganz zu	LEI	56	1	8
	Anteil	14,1%	2,3%	16,7%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	122	17	9
	Anteil	30,7%	38,6%	18,8%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	94	14	11
	Anteil	23,7%	31,8%	22,9%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	162	12	28
	Anteil	40,8%	27,3%	58,3%
Keine Angabe	LEI	19	1	0
	Anteil	4,8%	2,3%	0,0%
Gesamt	LEI	397	44	48
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	378	43	48
	Maximum	5	5	5
	Minimum	1	1	1
	Median	3	3	4
	Mittelwert	3,140	2,791	3,458
	Standardabweichung	1,233	1,036	1,184

Tabelle 154: Subgruppenanalyse TI-Variante (F68) zu MZP5

F44 – Bundesland		Schleswig-Hol- stein	Nordrhein-West- falen	Rheinland-Pfalz
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	21	51	21
	Anteil	22,1%	19,5%	15,9%
Stimme eher nicht zu	LEI	32	90	30
	Anteil	33,7%	34,4%	22,7%
Teils, teils	LEI	17	43	31
	Anteil	17,9%	16,4%	23,5%
Stimme eher zu	LEI	18	47	37
	Anteil	18,9%	17,9%	28,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	6	29	13
	Anteil	6,3%	11,1%	9,8%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	53	141	51
	Anteil	55,8%	53,8%	38,6%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	17	43	31
	Anteil	17,9%	16,4%	23,5%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	24	76	50
	Anteil	25,3%	29,0%	37,9%
Keine Angabe	LEI	1	2	0
	Anteil	1,1%	0,8%	0,0%
Gesamt	LEI	95	262	132
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	94	260	132
	Maximum	5	5	5
	Minimum	1	1	1
	Median	2	2	3
	Mittelwert	2,532	2,665	2,932
	Standard- abweichung	1,216	1,285	1,243

Tabelle 155: Subgruppenanalyse Bundesland (F44) zu MZP5

F44 – K(Z)V-Bezirk		K(Z)V SH	K(Z)V NO	K(Z)V WL	K(Z)V RLP
Stimme überhaupt nicht zu	LEI	21	32	19	21
	Anteil	22,1%	19,0%	20,2%	15,9%
Stimme eher nicht zu	LEI	32	54	36	30
	Anteil	33,7%	32,1%	38,3%	22,7%
Teils, teils	LEI	17	26	17	31
	Anteil	17,9%	15,5%	18,1%	23,5%
Stimme eher zu	LEI	18	32	15	37
	Anteil	18,9%	19,0%	16,0%	28,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	6	24	5	13
	Anteil	6,3%	14,3%	5,3%	9,8%
Ablehnung (Stimme überhaupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	53	86	55	51
	Anteil	55,8%	51,2%	58,5%	38,6%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	17	26	17	31
	Anteil	17,9%	15,5%	18,1%	23,5%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	24	56	20	50
	Anteil	25,3%	33,3%	21,3%	37,9%
Keine Angabe	LEI	1	0	2	0
	Anteil	1,1%	0,0%	2,1%	0,0%
Gesamt	LEI	95	168	94	132
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	94	168	92	132
	Maximum	5	5	5	5
	Minimum	1	1	1	1
	Median	2	2	2	3
	Mittelwert	2,532	2,774	2,467	2,932
	Standardabweichung	1,216	1,343	1,153	1,243

Tabelle 156: Subgruppenanalyse K(Z)V-Bezirk (F44) zu MZP5

F42 – Verwendetes Primärsystem (ohne Zahnärzte)		AIS: CGM ALBIS	AIS: CGM Medistar	AIS: CGM Turbomed	AIS: Psyp- rax Psyprax	AIS: Hasomed Elefant
Stimme über- haupt nicht zu	LEI	13	23	7	2	4
	Anteil	10,0%	16,4%	13,7%	18,2%	12,5%
Stimme eher nicht zu	LEI	15	24	7	2	7
	Anteil	11,5%	17,1%	13,7%	18,2%	21,9%
Teils, teils	LEI	23	38	11	2	9
	Anteil	17,7%	27,1%	21,6%	18,2%	28,1%
Stimme eher zu	LEI	36	33	20	5	8
	Anteil	27,7%	23,6%	39,2%	45,5%	25,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	43	21	6	0	4
	Anteil	33,1%	15,0%	11,8%	0,0%	12,5%
Ablehnung (Stimme über- haupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	28	47	14	4	11
	Anteil	21,5%	33,6%	27,5%	36,4%	34,4%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	23	38	11	2	9
	Anteil	17,7%	27,1%	21,6%	18,2%	28,1%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	79	54	26	5	12
	Anteil	60,8%	38,6%	51,0%	45,5%	37,5%
Keine Angabe	LEI	0	1	0	0	0
	Anteil	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	130	140	51	11	32
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	130	139	51	11	32
	Maximum	5	5	5	4	5
	Minimum	1	1	1	1	1
	Median	4	3	4	3	3
	Mittelwert	3,623	3,036	3,216	2,909	3,031
	Standardabweichung	1,319	1,299	1,238	1,221	1,231

Tabelle 157: Subgruppenanalyse Primärsystem (F42) zu MZP5 (1)

F42 – Verwendetes Primärsystem (nur Zahn- ärzte)		ZIS: CGM ChreMaSoft	ZIS: CGM Z1 und Z1 KFO	ZIS: CGM Z1 PRO und Z1 KFO PRO	ZIS: Dampsoft DS Win Plus	ZIS: Evident:
						Evident
Stimme über- haupt nicht zu	LEI	0	4	2	2	4
	Anteil	0,0%	6,3%	6,7%	20,0%	40,0%
Stimme eher nicht zu	LEI	2	12	3	1	1
	Anteil	20,0%	18,8%	10,0%	10,0%	10,0%
Teils, teils	LEI	2	12	7	3	1
	Anteil	20,0%	18,8%	23,3%	30,0%	10,0%
Stimme eher zu	LEI	4	22	8	3	3
	Anteil	40,0%	34,4%	26,7%	30,0%	30,0%
Stimme voll und ganz zu	LEI	2	14	10	1	1
	Anteil	20,0%	21,9%	33,3%	10,0%	10,0%
Ablehnung (Stimme über- haupt nicht zu, stimme eher nicht zu)	LEI	2	16	5	3	5
	Anteil	20,0%	25,0%	16,7%	30,0%	50,0%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	2	12	7	3	1
	Anteil	20,0%	18,8%	23,3%	30,0%	10,0%
Zustimmung (Stimme voll und ganz zu, stimme eher zu)	LEI	6	36	18	4	4
	Anteil	60,0%	56,3%	60,0%	40,0%	40,0%
Keine Angabe	LEI	0	0	0	0	0
	Anteil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	10	64	30	10	10
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	10	64	30	10	10
	Maximum	5	5	5	5	5
	Minimum	2	1	1	1	1
	Median	4	4	4	3	3
	Mittelwert	3,600	3,469	3,700	3,000	2,600
	Standardabweichung	1,075	1,208	1,236	1,333	1,578

Tabelle 158: Subgruppenanalyse Primärsystem (F42) zu MZP5 (2)

F64 – Verwendetes Primärsystem (ohne Zahn- ärzte)		AIS: CGM ALBIS	AIS: CGM Medistar	AIS: CGM Turbomed	AIS: Psyp- rax Psyprax	AIS: Hasomed Elefant
Sehr unzufrieden	LEI	8	13	7	2	3
	Anteil	6,2%	9,3%	13,7%	18,2%	9,4%
Eher unzufrieden	LEI	12	22	7	2	4
	Anteil	9,2%	15,7%	13,7%	18,2%	12,5%
Teils, teils	LEI	37	45	9	4	8
	Anteil	28,5%	32,1%	17,6%	36,4%	25,0%
Eher zufrieden	LEI	50	48	20	2	12
	Anteil	38,5%	34,3%	39,2%	18,2%	37,5%
Sehr zufrieden	LEI	22	12	8	1	5
	Anteil	16,9%	8,6%	15,7%	9,1%	15,6%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, e- her unzufrieden)	LEI	20	35	14	4	7
	Anteil	15,4%	25,0%	27,5%	36,4%	21,9%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	37	45	9	4	8
	Anteil	28,5%	32,1%	17,6%	36,4%	25,0%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zu- frieden)	LEI	72	60	28	3	17
	Anteil	55,4%	42,9%	54,9%	27,3%	53,1%
Keine Angabe	LEI	1	0	0	0	0
	Anteil	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	130	140	51	11	32
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	129	140	51	11	32
	Maximum	5	5	5	5	5
	Minimum	1	1	1	1	1
	Median	4	3	4	3	4
	Mittelwert	3,512	3,171	3,294	2,818	3,375
	Standardabweichung	1,076	1,092	1,285	1,250	1,185

Tabelle 159: Subgruppenanalyse Primärsystem (F64) zu MZP5 (1)

F64 – Verwendetes Primärsystem (nur Zahn- ärzte)		ZIS: CGM ChreMa- Soft	ZIS: CGM Z1 und Z1 KFO	ZIS: CGM Z1 PRO und Z1 KFO PRO	ZIS: Damp- soft DS Win Plus	ZIS: Evident: Evident
Sehr unzufrieden	LEI	0	1	0	0	1
	Anteil	0,0%	1,6%	0,0%	0,0%	10,0%
Eher unzufrieden	LEI	0	9	3	1	1
	Anteil	0,0%	14,1%	10,0%	10,0%	10,0%
Teils, teils	LEI	1	18	5	3	2
	Anteil	10,0%	28,1%	16,7%	30,0%	20,0%
Eher zufrieden	LEI	9	31	14	6	6
	Anteil	90,0%	48,4%	46,7%	60,0%	60,0%
Sehr zufrieden	LEI	0	5	8	0	0
	Anteil	0,0%	7,8%	26,7%	0,0%	0,0%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	0	10	3	1	2
	Anteil	0,0%	15,6%	10,0%	10,0%	20,0%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	1	18	5	3	2
	Anteil	10,0%	28,1%	16,7%	30,0%	20,0%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zu- frieden)	LEI	9	36	22	6	6
	Anteil	90,0%	56,3%	73,3%	60,0%	60,0%
Keine Angabe	LEI	0	0	0	0	0
	Anteil	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Gesamt	LEI	10	64	30	10	10
	Anteil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	10	64	30	10	10
	Maximum	4	5	5	4	4
	Minimum	3	1	2	2	1
	Median	4	4	4	4	4
	Mittelwert	3,900	3,469	3,900	3,500	3,300
	Standardabweichung	0,316	0,890	0,923	0,707	1,059

Tabelle 160: Subgruppenanalyse Primärsystem (F64) zu MZP5 (2)

F64 – Teilnahme an der Vorpilotierung		Trifft nicht zu	Trifft zu
Sehr unzufrieden	LEI	33	2
	Anteil	7,1%	8,7%
Eher unzufrieden	LEI	57	4
	Anteil	12,2%	17,4%
Teils, teils	LEI	128	4
	Anteil	27,5%	17,4%
Eher zufrieden	LEI	188	10
	Anteil	40,3%	43,5%
Sehr zufrieden	LEI	59	3
	Anteil	12,7%	13,0%
Unzufriedenheit (Sehr unzufrieden, eher unzufrieden)	LEI	90	6
	Anteil	19,3%	26,1%
Indifferenz (Teils, teils)	LEI	128	4
	Anteil	27,5%	17,4%
Zufriedenheit (Sehr zufrieden, eher zufrieden)	LEI	247	13
	Anteil	53,0%	56,5%
Keine Angabe	LEI	1	0
	Anteil	0,2%	0,0%
Gesamt	LEI	466	23
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	465	23
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	4	4
	Mittelwert	3,394	3,348
	Standardabweichung	1,080	1,191

Tabelle 161: Subgruppenanalyse Friendly-User (F64) zu MZP5

F49 – Zeitpunkt des Einstiegs in die Erprobung		Los-2-30%-Kohorte	Los-2-70%-Kohorte
Nie	LEI	15	62
	Anteil	12,5%	17,3%
Selten	LEI	28	95
	Anteil	23,3%	26,5%
Manchmal	LEI	34	112
	Anteil	28,3%	31,2%
Oft	LEI	24	55
	Anteil	20,0%	15,3%
Sehr oft	LEI	17	31
	Anteil	14,2%	8,6%
Keine Angabe	LEI	2	4
	Anteil	1,7%	1,1%
Gesamt	LEI	120	359
	Anteil	100,0%	100,0%
	Gültige Anzahl	118	355
	Maximum	5	5
	Minimum	1	1
	Median	3	3
	Mittelwert	3,000	2,713
	Standardabweichung	1,240	1,180

Tabelle 162: Subgruppenanalyse Erprobungseinstieg (Kohorte) (F49) zu MZP5

13.2.6. Tabellen zur Extremwertanalyse

Merkmale	EWB1		EWB2		Gesamt	
	N	%	N	%	N	%
Antwortverhalten						
Positiv	23	52,3	27	54,0	50	53,2
Negativ	21	47,7	23	46,0	44	46,8
Organisationsform						
Einzelpraxis	33	75,0	37	74,0	70	74,5
Berufsausübungsgemeinschaft	10	22,7	12	24,0	22	23,4
Praxisgemeinschaft	0	0,0	1	2,0	1	1,1
Medizinisches Versorgungszentrum	1	2,3	0	0,0	1	1,1
KV-Bezirk						
WL	13	29,5	10	20,0	23	24,5
NO	15	34,1	20	40,0	35	37,2
RLP	9	20,5	13	26,0	22	23,4
SH	7	15,9	7	14,0	14	14,9
TI-Anbindungsvariante						
Integriertes Szenario	36	81,8	38	76,0	74	78,7
Stand-alone-Szenario mit logischer Trennung	3	6,8	7	14,0	10	10,6
Stand-alone-Szenario mit physischer Trennung	3	6,8	4	8,0	7	7,5
Mobilfunk Internet	2	4,6	1	2,0	3	3,2
Primärsystem						
Medistar	21	22,3	8	18,2	13	26,0
ALBIS	28	29,8	14	31,8	14	28,0
Turbomed	13	13,8	9	20,5	4	8,0
Psyprax	3	3,2	1	2,3	2	4,0
Elefant	7	7,5	3	6,8	4	8,0
Z1	9	9,6	4	9,1	5	10,0
Z1 PRO	7	7,5	3	6,8	4	8,0
KFO PRO	2	2,1	0	0,0	2	4,0
ChreMaSoft	1	1,1	0	0,0	1	2,0
Evident	2	2,1	2	4,6	0	0,0
DS Win Plus	1	1,1	0	0,0	1	2,0
Interviewpartner						
Ärztin/Arzt / Psychotherapeutin/-therapeut	18	40,9	19	38,0	37	39,4
Sonst. Praxispersonal (z. B. med. Fachangestellte)	26	59,1	31	62,0	57	60,6

Tabelle 163: Extremwertanalyse - Charakteristika der ambulanten LEI

13.2.7. Tabellen zur Sekundärdatenanalyse

Kalender- woche	Anzahl Vorgänge	Prozent	Anzahl LEI	Anzahl Konnektoren	Vorgänge pro LEI
01 (Q1 2017)	4.236	0,3%	33	33	128,4
2	11.782	0,9%	74	74	159,2
3	14.679	1,1%	113	113	129,9
4	18.653	1,4%	168	169	111,0
5	26.155	2,0%	227	229	115,2
6	34.232	2,6%	294	305	116,4
7	37.045	2,8%	319	334	116,1
8	33.108	2,5%	332	350	99,7
9	30.720	2,3%	352	372	87,3
10	41.818	3,1%	383	411	109,2
11	41.283	3,1%	402	432	102,7
12	41.623	3,1%	418	451	99,6
13	41.621	3,1%	423	458	98,4
14 (Q2 2017)	116.602	8,7%	438	475	266,2
15	56.143	4,2%	368	400	152,6
16	45.763	3,4%	347	373	131,9
17	70.438	5,3%	445	485	158,3
18	51.009	3,8%	444	480	114,9
19	61.484	4,6%	457	496	134,5
20	56.296	4,2%	453	492	124,3
21	37.005	2,8%	428	464	86,5
22	52.173	3,9%	437	473	119,4
23	39.603	3,0%	435	470	91,0
24	38.233	2,9%	429	464	89,1
25	45.749	3,4%	437	473	104,7
26	43.999	3,3%	429	463	102,6
27 (Q3 2017)	97.901	7,3%	408	439	240,0
28	71.377	5,4%	381	412	187,3
29	52.143	3,9%	331	354	157,5
30	19.771	1,5%	266	277	74,3
Gesamt	1.332.644	100,0%	-	-	

Tabelle 164: Ambulante LEI: Anzahl Vorgänge und Konnektoren pro Kalenderwoche

Kalender- woche	Anzahl Vorgänge	Prozent	Anzahl LEI	Anzahl Konnektoren	Vorgänge pro LEI
01 (Q1 2017)	651	1,1%	1	1	651,0
2	1.378	2,3%	2	3	689,0
3	1.936	3,3%	2	3	968,0
4	1.803	3,0%	2	3	901,5
5	1.352	2,3%	2	3	676,0
6	1.724	2,9%	3	4	574,7
7	1.662	2,8%	3	4	554,0
8	1.334	2,3%	3	4	444,7
9	1.881	3,2%	4	8	470,3
10	2.618	4,4%	4	8	654,5
11	2.751	4,6%	5	9	550,2
12	1.932	3,3%	5	8	386,4
13	1.762	3,0%	3	5	587,3
14 (Q2 2017)	2.291	3,9%	4	7	572,8
15	2.026	3,4%	5	8	405,2
16	2.257	3,8%	6	9	376,2
17	3.025	5,1%	6	9	504,2
18	2.305	3,9%	5	8	461,0
19	2.575	4,3%	6	9	429,2
20	2.745	4,6%	6	9	457,5
21	2.538	4,3%	5	8	507,6
22	2.263	3,8%	6	8	377,2
23	2.206	3,7%	6	8	367,7
24	2.098	3,5%	6	8	349,7
25	2.545	4,3%	6	8	424,2
26	2.630	4,4%	6	9	438,3
27 (Q3 2017)	1.784	3,0%	6	9	297,3
28	1.314	2,2%	4	7	328,5
29	1.322	2,2%	4	8	330,5
30	499	0,8%	4	8	124,8
Gesamt	59.207	100,0%	-	-	

Tabelle 165: Stationäre LEI: Anzahl Vorgänge und Konnektoren pro Kalenderwoche

Kalender- woche	Anzahl Komplette Transaktionen	Anzahl Vorgänge Gesamt	Quote Komplette Transaktionen
01 (Q1 2017)	3.042	4.236	71,8%
2	9.257	11.782	78,6%
3	11.440	14.679	77,9%
4	15.304	18.653	82,0%
5	20.760	26.155	79,4%
6	26.677	34.232	77,9%
7	29.245	37.045	78,9%
8	25.378	33.108	76,7%
9	22.908	30.720	74,6%
10	31.201	41.818	74,6%
11	30.973	41.283	75,0%
12	32.189	41.623	77,3%
13	32.610	41.621	78,3%
14 (Q2 2017)	94.553	116.602	81,1%
15	46.080	56.143	82,1%
16	36.980	45.763	80,8%
17	57.033	70.438	81,0%
18	42.135	51.009	82,6%
19	50.572	61.484	82,3%
20	44.735	56.296	79,5%
21	29.180	37.005	78,9%
22	42.023	52.173	80,5%
23	31.886	39.603	80,5%
24	31.572	38.233	82,6%
25	37.199	45.749	81,3%
26	35.693	43.999	81,1%
27 (Q3 2017)	81.120	97.901	82,9%
28	57.537	71.377	80,6%
29	44.150	52.143	84,7%
30	17.187	19.771	86,9%
Gesamt	1.070.619	1.332.644	80,3%

Tabelle 166: Ambulante LEI: Anzahl Vorgänge (komplette Transaktionen) pro Kalenderwoche

Kalenderwoche	Anzahl Komplette Transaktionen	Anzahl Vorgänge Gesamt	Quote Komplette Transaktionen
01 (Q1 2017)	632	651	97,1%
2	1.338	1.378	97,1%
3	1.825	1.936	94,3%
4	1.721	1.803	95,5%
5	1.267	1.352	93,7%
6	1.545	1.724	89,6%
7	1.555	1.662	93,6%
8	1.275	1.334	95,6%
9	1.759	1.881	93,5%
10	2.343	2.618	89,5%
11	2.539	2.751	92,3%
12	1.788	1.932	92,5%
13	1.614	1.762	91,6%
14 (Q2 2017)	2.099	2.291	91,6%
15	1.848	2.026	91,2%
16	1.973	2.257	87,4%
17	2.637	3.025	87,2%
18	2.130	2.305	92,4%
19	2.377	2.575	92,3%
20	2.506	2.745	91,3%
21	2.344	2.538	92,4%
22	1.963	2.263	86,7%
23	1.978	2.206	89,7%
24	1.905	2.098	90,8%
25	2.356	2.545	92,6%
26	2.457	2.630	93,4%
27 (Q3 2017)	1.632	1.784	91,5%
28	1.164	1.314	88,6%
29	1.177	1.322	89,0%
30	448	499	89,8%
Gesamt	54.195	59.207	91,5%

Tabelle 167: Stationäre LEI: Anzahl Vorgänge (komplette Transaktionen) pro Kalenderwoche

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- chung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	2.231	2,952	2,899	0,6	1,6	2,2	2,6	3,1	3,7	40,9
02	6.502	4,434	6,835	0,5	1,6	2,2	2,7	3,2	30,9	50,6
03	8.272	5,766	8,749	0,5	1,6	2,2	2,8	3,3	31,1	51,3
04	10.671	4,475	7,004	0,5	1,6	2,2	2,7	3,2	30,9	68,6
05	14.438	3,669	5,413	0,5	1,6	2,2	2,6	3,2	5,7	51,1
06	18.675	4,312	6,725	0,6	1,6	2,2	2,7	3,2	30,9	69,9
07	20.651	5,375	8,191	0,6	1,6	2,2	2,7	3,3	31,1	51,4
08	18.198	7,554	10,269	0,5	1,6	2,3	3,0	6,0	31,3	61,3
09	16.118	4,585	7,088	0,6	1,6	2,2	2,7	3,2	31,0	74,1
10	22.321	3,857	5,643	0,6	1,6	2,2	2,6	3,2	7,7	71,5
11	22.499	3,773	5,106	0,5	1,6	2,2	2,7	3,2	7,5	134,4
12	23.446	3,287	3,665	0,5	1,6	2,2	2,6	3,2	6,4	41,6
13	24.002	3,183	3,148	0,5	1,6	2,2	2,6	3,2	6,4	61,1
14 (Q2 2017)	73.994	3,336	3,610	0,5	1,5	2,1	2,5	3,1	7,5	134,6
15	35.776	3,005	2,638	0,6	1,5	2,1	2,5	3,1	6,1	128,8
16	29.418	3,005	2,593	0,6	1,5	2,1	2,5	3,1	6,1	60,9
17	45.650	3,045	3,180	0,6	1,5	2,1	2,5	3,1	6,0	132,5
18	33.800	2,837	2,299	0,6	1,6	2,1	2,5	3,1	4,0	41,4
19	41.142	3,769	5,018	0,6	1,6	2,2	2,6	3,2	10,7	65,2
20	36.156	3,013	2,375	0,6	1,6	2,2	2,6	3,1	6,1	132,2
21	23.651	2,905	2,216	0,6	1,6	2,2	2,5	3,1	5,3	47,5
22	34.470	2,852	2,011	0,5	1,6	2,2	2,5	3,1	4,1	39,3
23	26.528	4,098	3,865	0,7	1,6	2,3	2,9	4,2	7,9	62,3
24	26.357	2,860	2,645	0,5	1,6	2,2	2,5	3,1	3,8	121,9
25	31.232	3,166	3,303	0,5	1,6	2,2	2,6	3,1	5,7	131,0
26	29.936	2,849	2,492	0,6	1,6	2,2	2,5	3,1	3,8	91,1
27 (Q3 2017)	72.291	2,554	2,003	0,6	1,5	1,9	2,3	3,0	3,5	62,8
28	50.249	2,740	2,402	0,6	1,5	2,1	2,4	3,0	4,0	61,5
29	38.535	2,899	2,819	0,7	1,5	2,1	2,4	3,0	5,9	121,6
30	15.049	2,686	2,655	0,8	1,5	2,0	2,3	3,0	3,6	56,3

Tabelle 168: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (ReadVSD.OnlineCheck.No-Update)

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- ichung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	746	6,521	2,094	3,3	4,2	5,3	6,1	7,6	9,4	30,8
02	2.634	6,720	2,113	3,2	4,5	5,4	6,2	7,6	9,7	39,8
03	2.957	7,395	3,917	3,3	4,5	5,4	6,2	7,8	15,5	34,7
04	4.134	6,470	1,929	2,8	4,4	5,4	6,1	7,4	9,0	38,7
05	5.112	6,433	1,982	2,3	4,3	5,3	6,1	7,4	8,8	32,5
06	6.429	6,466	1,957	3,1	4,4	5,3	6,1	7,4	9,0	37,2
07	6.394	6,662	2,223	2,0	4,4	5,4	6,2	7,5	10,5	39,9
08	5.160	7,051	2,910	3,3	4,4	5,4	6,3	7,8	11,8	37,1
09	4.866	6,623	2,159	2,8	4,5	5,4	6,1	7,4	10,0	32,4
10	6.233	6,569	2,266	3,0	4,5	5,4	6,1	7,3	8,9	50,3
11	5.582	6,878	2,529	3,1	4,5	5,4	6,4	7,7	10,7	53,0
12	5.946	6,701	2,331	2,8	4,5	5,4	6,2	7,5	10,4	33,3
13	6.106	6,829	2,393	3,4	4,5	5,4	6,3	7,7	10,7	55,1
14 (Q2 2017)	14.647	6,479	2,361	2,9	4,3	5,1	5,8	7,3	10,7	55,8
15	7.495	6,818	2,474	3,3	4,4	5,3	6,1	7,6	11,3	36,9
16	5.566	6,781	2,536	2,8	4,4	5,3	6,1	7,5	11,3	36,1
17	8.191	6,277	1,946	3,2	4,3	5,2	5,8	7,1	9,5	43,5
18	6.218	6,219	1,800	3,1	4,3	5,2	5,8	7,1	8,7	38,1
19	6.917	6,516	2,256	3,0	4,4	5,3	5,9	7,3	10,2	49,6
20	6.342	6,483	1,952	3,3	4,4	5,3	5,9	7,4	10,2	25,6
21	4.072	6,377	1,907	2,7	4,4	5,2	5,9	7,3	9,3	32,1
22	5.630	6,434	2,082	2,9	4,4	5,3	5,9	7,3	9,3	36,6
23	3.701	7,123	2,471	3,3	4,4	5,4	6,4	8,2	11,7	27,2
24	3.720	6,167	2,035	3,0	4,3	5,1	5,7	7,1	8,5	40,7
25	4.140	6,127	1,794	3,2	4,2	5,1	5,8	7,0	8,4	31,4
26	3.989	6,040	1,847	2,7	4,2	5,1	5,6	6,9	8,2	30,7
27 (Q3 2017)	5.538	6,084	2,734	3,3	3,9	4,8	5,4	6,6	9,8	40,1
28	4.324	6,386	3,644	3,0	4,0	4,9	5,5	6,9	10,8	121,9
29	3.054	6,052	2,129	3,2	4,1	4,9	5,5	6,8	8,7	30,5
30	1.341	5,635	1,799	3,2	3,9	4,7	5,3	6,1	7,7	30,3

Tabelle 169: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (ReadVSD.OnlineCheck.Update)

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- ichung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	56	2,601	0,651	1,2	1,3	2,3	2,7	3,1	3,4	3,7
02	88	3,270	1,800	1,3	1,5	2,2	2,6	3,3	7,4	8,1
03	182	5,434	8,310	1,3	1,6	2,2	2,7	3,3	30,6	32,7
04	394	2,732	2,986	1,3	1,4	1,8	2,3	2,9	3,7	30,9
05	912	2,787	2,611	1,2	1,5	2,1	2,5	3,0	3,5	31,7
06	1.215	2,950	3,347	1,0	1,4	2,1	2,5	3,0	3,7	32,2
07	1.700	4,609	7,028	0,8	1,6	2,2	2,6	3,2	30,9	42,5
08	1.563	5,621	7,752	1,1	1,6	2,2	2,9	5,8	30,9	38,9
09	1.485	3,406	3,966	1,1	1,5	2,2	2,5	3,1	7,3	43,2
10	2.099	3,332	3,793	1,2	1,6	2,2	2,6	3,1	7,3	51,0
11	2.355	3,375	3,503	1,1	1,6	2,2	2,7	3,2	7,3	52,1
12	2.260	3,146	2,988	0,9	1,5	2,2	2,6	3,1	7,2	47,7
13	2.028	3,035	2,762	1,3	1,5	2,2	2,5	3,1	5,9	32,9
14 (Q2 2017)	5.004	3,422	3,368	1,1	1,5	2,0	2,5	3,1	10,9	41,5
15	2.365	2,966	2,467	1,2	1,5	2,1	2,4	3,1	5,9	34,7
16	1.652	2,796	2,151	1,3	1,5	2,0	2,4	3,0	5,7	40,3
17	2.680	2,876	2,192	1,1	1,5	2,1	2,4	3,0	6,0	31,1
18	1.778	2,657	1,239	1,2	1,5	2,1	2,4	3,0	4,2	31,0
19	2.154	4,671	6,651	1,2	1,6	2,2	2,6	3,2	30,5	36,0
20	1.903	3,025	2,327	0,8	1,5	2,2	2,5	3,1	7,3	33,6
21	1.229	2,712	1,490	1,3	1,6	2,2	2,4	3,0	4,3	31,1
22	1.665	2,712	1,238	1,0	1,6	2,2	2,4	3,0	4,6	31,2
23	1.440	4,299	4,596	1,1	1,6	2,2	2,7	4,4	15,5	55,8
24	1.279	2,820	2,967	1,2	1,5	2,1	2,4	3,0	3,8	55,9
25	1.620	3,188	2,777	1,2	1,5	2,2	2,5	3,1	6,2	26,9
26	1.554	2,749	1,697	1,3	1,6	2,1	2,4	3,0	4,5	27,7
27 (Q3 2017)	3.021	2,564	1,759	1,2	1,4	2,0	2,3	2,9	3,4	31,6
28	2.714	2,714	1,678	1,0	1,5	2,1	2,4	3,0	4,4	31,1
29	2.360	3,172	3,309	0,9	1,5	2,1	2,4	3,1	6,6	56,2
30	727	2,767	2,661	1,3	1,4	2,0	2,3	2,9	4,0	27,6

Tabelle 170: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (AutoUpdateVSD.Online-Check.No-Update)

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- ichung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	9	6,575	2,325	5,2	5,2	5,5	5,7	6,0	12,3	12,3
02	33	6,434	1,620	4,4	4,7	5,4	5,6	7,6	10,0	10,7
03	29	7,167	3,453	4,3	4,8	5,4	6,2	8,0	10,8	22,9
04	105	6,317	1,395	4,1	4,4	5,3	6,0	7,0	8,8	11,1
05	298	6,186	1,670	2,4	4,1	5,0	5,8	7,3	9,0	14,6
06	358	6,478	2,258	3,6	4,1	5,2	6,0	7,5	9,5	33,0
07	500	6,734	3,564	3,4	4,1	5,2	6,0	7,4	10,3	57,8
08	457	7,114	2,502	3,2	4,2	5,3	6,6	8,7	11,5	27,3
09	439	6,986	2,148	3,5	4,4	5,4	6,4	8,1	11,2	16,0
10	548	6,750	2,363	3,0	4,3	5,3	6,3	7,7	10,7	30,3
11	537	7,006	2,160	3,3	4,3	5,4	6,5	8,1	11,2	20,1
12	537	7,256	2,794	2,4	4,2	5,5	6,8	8,1	11,4	32,3
13	474	6,921	2,353	3,6	4,4	5,4	6,5	7,9	10,9	31,9
14 (Q2 2017)	908	6,503	2,224	3,1	4,2	5,1	5,9	7,4	10,4	29,8
15	444	7,267	3,795	3,4	4,3	5,4	6,5	7,8	12,2	48,9
16	344	6,384	1,815	3,2	4,0	5,2	6,0	7,3	9,9	14,3
17	512	6,423	2,335	2,9	4,2	5,2	5,8	7,2	10,5	24,9
18	339	6,176	1,577	3,4	4,4	5,2	5,8	7,1	8,5	16,7
19	359	6,382	1,782	2,8	4,3	5,3	6,1	7,3	8,8	20,8
20	334	6,533	1,703	3,3	4,3	5,3	6,3	7,5	10,5	13,5
21	228	6,314	1,328	3,7	4,6	5,3	6,1	7,3	8,2	11,5
22	258	6,401	1,653	3,4	4,1	5,3	6,3	7,4	9,0	20,5
23	217	6,944	2,199	3,1	4,2	5,3	6,6	7,7	11,2	14,4
24	216	6,125	2,213	3,2	4,2	5,1	5,9	7,0	8,8	32,2
25	207	6,182	1,399	3,1	4,4	5,2	5,9	7,2	8,4	11,7
26	214	6,104	1,706	3,2	4,0	5,1	5,8	7,1	8,3	18,9
27 (Q3 2017)	270	6,025	2,024	3,2	3,9	4,9	5,7	7,0	8,1	20,4
28	250	6,370	2,597	3,1	3,9	5,0	5,9	7,1	10,0	30,0
29	201	5,692	1,404	3,2	3,7	4,7	5,4	6,6	8,0	11,2
30	70	5,567	1,304	3,6	4,1	4,8	5,2	6,3	7,9	11,9

Tabelle 171: Ambulante LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (AutoUpdateVSD.Online-Check.Update)

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- chung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	515	2,550	0,973	1,1	1,5	2,0	2,4	3,0	3,3	11,1
02	1.113	3,708	2,233	0,8	1,6	2,2	2,8	5,8	7,5	16,2
03	1.545	2,761	1,322	0,9	1,6	2,0	2,4	3,0	6,1	11,2
04	1.449	2,530	0,889	1,0	1,6	2,0	2,4	2,9	3,5	11,6
05	1.070	2,543	0,875	0,9	1,6	2,1	2,4	2,9	3,5	12,4
06	1.338	3,052	1,638	0,9	1,6	2,2	2,6	3,1	7,6	11,3
07	1.344	3,235	1,765	0,9	1,7	2,2	2,7	3,1	7,6	11,8
08	1.095	3,556	2,002	0,9	1,8	2,3	2,8	3,6	7,7	11,4
09	1.500	3,646	2,317	0,8	1,7	2,3	2,8	3,7	7,7	32,0
10	2.020	4,945	6,733	0,7	1,9	2,4	3,0	6,6	8,0	96,1
11	2.134	5,194	9,680	0,9	1,7	2,3	2,7	3,3	20,5	113,7
12	1.524	5,748	20,546	0,8	1,7	2,3	2,7	3,1	14,1	425,3
13	1.375	2,859	1,374	0,9	1,7	2,1	2,5	3,0	6,7	11,4
14 (Q2 2017)	1.797	5,298	4,176	1,0	1,8	2,5	6,0	7,3	8,2	64,1
15	1.550	4,068	8,386	0,9	1,6	2,1	2,5	3,1	7,6	130,7
16	1.722	3,469	6,854	0,8	1,5	2,1	2,4	3,1	7,3	104,2
17	2.306	2,555	1,620	0,8	1,5	2,1	2,4	2,9	3,5	58,8
18	1.842	2,625	2,779	0,8	1,6	2,1	2,4	2,9	3,5	114,4
19	2.098	3,046	3,459	0,9	1,6	2,1	2,5	3,0	6,3	122,0
20	2.195	2,960	4,052	0,8	1,6	2,1	2,5	3,0	6,2	177,7
21	2.044	2,768	3,312	0,7	1,7	2,1	2,5	3,0	3,8	140,8
22	1.758	2,639	1,319	0,9	1,7	2,2	2,5	3,0	3,6	31,9
23	1.729	5,368	8,170	1,0	1,7	2,3	2,9	6,0	21,1	166,0
24	1.686	5,556	15,164	1,0	1,7	2,2	2,6	3,1	36,1	431,6
25	2.096	3,740	6,408	0,9	1,7	2,1	2,5	3,0	6,5	56,9
26	2.211	4,235	12,074	1,0	1,6	2,1	2,5	3,0	3,8	259,6
27 (Q3 2017)	1.467	5,342	22,000	0,8	1,6	2,1	2,3	2,9	5,9	480,7
28	1.053	6,326	12,124	1,3	1,7	2,2	2,6	3,1	36,3	57,3
29	1.050	3,433	6,309	0,9	1,6	2,2	2,5	3,0	4,5	57,0
30	401	6,762	14,323	1,0	1,6	2,2	2,5	3,1	56,1	56,9

Tabelle 172: Stationäre LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs ohne Update (ReadVSD.OnlineCheck.No-Update)

Kalender- woche	Anzahl	Mittel- wert	Stan- dardabwe- ichung	Mini- mum	Perzentile					Maxi- mum
					5 %	25 %	50 %	75 %	95 %	
01 (Q1 2017)	117	5,996	1,223	4,0	4,1	5,1	5,7	7,1	8,0	9,6
02	225	7,033	2,474	3,4	4,2	5,1	6,2	9,0	11,0	15,7
03	280	6,390	3,352	3,2	4,2	4,7	5,4	6,8	11,1	29,2
04	272	5,552	1,570	3,4	3,7	4,5	5,3	6,1	8,5	17,2
05	197	5,685	1,208	3,8	4,3	4,9	5,4	6,3	8,0	10,7
06	207	6,401	2,229	3,7	4,2	4,9	5,7	7,2	10,8	19,4
07	211	6,687	2,502	3,4	4,1	5,1	5,7	7,5	11,1	18,0
08	180	6,936	2,493	3,3	4,1	4,9	6,0	9,1	11,2	13,5
09	259	7,385	2,599	3,4	4,4	5,3	6,4	9,9	11,7	18,4
10	323	7,886	2,713	3,6	4,6	5,7	6,7	10,7	12,1	18,0
11	405	7,748	8,379	3,5	4,4	5,3	6,1	7,6	11,6	118,2
12	264	7,102	5,787	3,3	4,4	5,2	5,8	6,9	11,6	60,2
13	239	6,634	2,576	3,6	4,4	5,1	5,6	7,4	12,1	20,3
14 (Q2 2017)	302	8,734	2,881	3,7	4,6	5,9	9,2	10,9	13,4	18,9
15	298	7,614	5,549	3,6	4,3	5,2	6,4	9,0	12,7	79,6
16	251	7,623	3,411	3,9	4,3	5,3	6,2	9,6	15,0	21,5
17	331	5,959	3,286	3,7	4,2	4,9	5,4	6,3	8,6	59,6
18	288	5,932	2,192	3,6	4,1	4,9	5,5	6,5	8,3	31,1
19	279	6,100	1,576	3,6	4,3	5,0	5,7	6,7	9,4	12,7
20	311	6,144	1,685	3,7	4,2	5,0	5,6	7,0	9,3	15,3
21	300	6,694	11,223	3,6	4,3	5,0	5,7	6,8	9,1	198,7
22	205	6,034	1,285	4,1	4,4	5,1	5,7	6,9	8,3	11,7
23	249	9,439	27,767	3,9	4,4	5,2	6,2	7,9	23,8	439,9
24	219	7,953	30,157	2,9	4,0	4,9	5,5	6,3	8,0	450,6
25	260	9,457	35,663	3,3	4,2	5,0	5,6	6,4	7,9	522,4
26	246	5,771	2,084	3,5	4,2	4,9	5,4	6,1	7,5	28,5
27 (Q3 2017)	165	7,994	20,011	3,5	3,9	4,7	5,4	6,4	7,9	200,0
28	111	6,167	2,391	3,4	4,4	5,0	5,6	6,6	9,0	21,1
29	127	5,950	2,409	3,6	4,3	4,8	5,6	6,6	7,9	29,8
30	47	5,689	1,437	3,6	3,9	4,8	5,3	6,4	7,6	11,9

Tabelle 173: Stationäre LEI: Statistik zur Dauer eines eGK-Einlesevorgangs mit Update (ReadVSD.OnlineCheck.Update)

Kalenderwoche	Ambulante LEI	Anzahl und Anteil der Vorgänge				Gesamt	
		Ohne Hinweis ungültiger VN	Min. 1 Hinweis ungültiger VN	Min. 1 Hin- weis Nr. 106	Min. 1 Hinweis Nr. 107/114		
01 (Q1 2017)	Anzahl	3.930	306	23	283	4.236	
	% in KW	92,8%	7,2%	0,5%	6,7%	100,0%	
	Anzahl	10.847	935	147	788	11.782	
	% in KW	92,1%	7,9%	1,2%	6,7%	100,0%	
	02	Anzahl	13.550	1.129	106	1.023	14.679
		% in KW	92,3%	7,7%	0,7%	7,0%	100,0%
	03	Anzahl	17.150	1.503	108	1.395	18.653
		% in KW	91,9%	8,1%	0,6%	7,5%	100,0%
	04	Anzahl	23.960	2.195	121	2.074	26.155
		% in KW	91,6%	8,4%	0,5%	7,9%	100,0%
	05	Anzahl	31.579	2.653	183	2.470	34.232
		% in KW	92,2%	7,8%	0,5%	7,2%	100,0%
	06	Anzahl	34.118	2.927	129	2.798	37.045
		% in KW	92,1%	7,9%	0,3%	7,6%	100,0%
	07	Anzahl	30.606	2.502	105	2.397	33.108
		% in KW	92,4%	7,6%	0,3%	7,2%	100,0%
	08	Anzahl	28.178	2.542	103	2.439	30.720
		% in KW	91,7%	8,3%	0,3%	7,9%	100,0%
	09	Anzahl	38.353	3.465	192	3.273	41.818
		% in KW	91,7%	8,3%	0,5%	7,8%	100,0%
	10	Anzahl	37.879	3.404	304	3.100	41.283
		% in KW	91,8%	8,2%	0,7%	7,5%	100,0%
	11	Anzahl	38.132	3.491	212	3.279	41.623
		% in KW	91,6%	8,4%	0,5%	7,9%	100,0%
	12	Anzahl	37.937	3.684	227	3.457	41.621
		% in KW	91,1%	8,9%	0,5%	8,3%	100,0%
	13	Anzahl	107.085	9.517	699	8.818	116.602
		% in KW	91,8%	8,2%	0,6%	7,6%	100,0%
	14 (Q2 2017)	Anzahl	51.649	4.494	228	4.266	56.143
		% in KW	92,0%	8,0%	0,4%	7,6%	100,0%
15	Anzahl	42.238	3.525	249	3.276	45.763	
	% in KW	92,3%	7,7%	0,5%	7,2%	100,0%	
16	Anzahl	65.429	5.009	348	4.661	70.438	
	% in KW	92,9%	7,1%	0,5%	6,6%	100,0%	
17	Anzahl	47.365	3.644	183	3.461	51.009	
	% in KW	92,9%	7,1%	0,4%	6,8%	100,0%	
18	Anzahl	57.166	4.318	216	4.102	61.484	
	% in KW	93,0%	7,0%	0,4%	6,7%	100,0%	
19	Anzahl	52.397	3.899	119	3.780	56.296	
	% in KW	93,1%	6,9%	0,2%	6,7%	100,0%	
20	Anzahl	34.420	2.585	248	2.337	37.005	
	% in KW	93,0%	7,0%	0,7%	6,3%	100,0%	
21	Anzahl	48.535	3.638	333	3.305	52.173	
	% in KW	93,0%	7,0%	0,6%	6,3%	100,0%	
22	Anzahl	37.162	2.441	153	2.288	39.603	
	% in KW	93,8%	6,2%	0,4%	5,8%	100,0%	
23	Anzahl	35.457	2.776	70	2.706	38.233	
	% in KW	92,7%	7,3%	0,2%	7,1%	100,0%	
24	Anzahl	42.649	3.100	102	2.998	45.749	
	% in KW	93,2%	6,8%	0,2%	6,6%	100,0%	
25	Anzahl	40.866	3.133	91	3.042	43.999	
	% in KW	92,9%	7,1%	0,2%	6,9%	100,0%	
26	Anzahl	92.750	5.151	102	5.049	97.901	
	% in KW	94,7%	5,3%	0,1%	5,2%	100,0%	
27 (Q3 2017)	Anzahl	67.462	3.915	88	3.827	71.377	
	% in KW	94,5%	5,5%	0,1%	5,4%	100,0%	
28	Anzahl	49.091	3.052	79	2.973	52.143	
	% in KW	94,1%	5,9%	0,2%	5,7%	100,0%	
29	Anzahl	18.500	1.271	34	1.237	19.771	
	% in KW	93,6%	6,4%	0,2%	6,3%	100,0%	
30	Anzahl	1.236.440	96.204	5.302	90.902	1.332.644	
	% in KW	92,8%	7,2%	0,4%	6,8%	100,0%	

Tabelle 174: Ambulante LEI: Anzahl und Anteil der Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen

Stationäre LEI		Anzahl und Anteil der Vorgänge				Gesamt	
		Ohne Hinweis ungültiger VN	Min. 1 Hinweis ungültiger VN	Min. 1 Hin- weis Nr. 106	Min. 1 Hinweis Nr. 107/114		
Kalenderwoche	01 (Q1 2017)	Anzahl	626	25	7	18	651
		% in KW	96,2%	3,8%	1,1%	2,8%	100,0%
	02	Anzahl	1.300	78	17	61	1.378
		% in KW	94,3%	5,7%	1,2%	4,4%	100,0%
	03	Anzahl	1.806	130	41	89	1.936
		% in KW	93,3%	6,7%	2,1%	4,6%	100,0%
	04	Anzahl	1.697	106	19	87	1.803
		% in KW	94,1%	5,9%	1,1%	4,8%	100,0%
	05	Anzahl	1.256	96	2	94	1.352
		% in KW	92,9%	7,1%	0,1%	7,0%	100,0%
	06	Anzahl	1.647	77	4	73	1.724
		% in KW	95,5%	4,5%	0,2%	4,2%	100,0%
	07	Anzahl	1.551	111	7	104	1.662
		% in KW	93,3%	6,7%	0,4%	6,3%	100,0%
	08	Anzahl	1.263	71	0	71	1.334
		% in KW	94,7%	5,3%	0,0%	5,3%	100,0%
	09	Anzahl	1.733	148	5	143	1.881
		% in KW	92,1%	7,9%	0,3%	7,6%	100,0%
	10	Anzahl	2.402	216	2	214	2.618
		% in KW	91,7%	8,3%	0,1%	8,2%	100,0%
	11	Anzahl	2.536	215	8	207	2.751
		% in KW	92,2%	7,8%	0,3%	7,5%	100,0%
	12	Anzahl	1.780	152	10	142	1.932
		% in KW	92,1%	7,9%	0,5%	7,3%	100,0%
	13	Anzahl	1.658	104	4	100	1.762
		% in KW	94,1%	5,9%	0,2%	5,7%	100,0%
	14 (Q2 2017)	Anzahl	2.116	175	4	171	2.291
		% in KW	92,4%	7,6%	0,2%	7,5%	100,0%
	15	Anzahl	1.858	168	5	163	2.026
		% in KW	91,7%	8,3%	0,2%	8,0%	100,0%
16	Anzahl	2.109	148	6	142	2.257	
	% in KW	93,4%	6,6%	0,3%	6,3%	100,0%	
17	Anzahl	2.799	226	8	218	3.025	
	% in KW	92,5%	7,5%	0,3%	7,2%	100,0%	
18	Anzahl	2.170	135	3	132	2.305	
	% in KW	94,1%	5,9%	0,1%	5,7%	100,0%	
19	Anzahl	2.381	194	9	185	2.575	
	% in KW	92,5%	7,5%	0,3%	7,2%	100,0%	
20	Anzahl	2.531	214	11	203	2.745	
	% in KW	92,2%	7,8%	0,4%	7,4%	100,0%	
21	Anzahl	2.346	192	7	185	2.538	
	% in KW	92,4%	7,6%	0,3%	7,3%	100,0%	
22	Anzahl	2.114	149	6	143	2.263	
	% in KW	93,4%	6,6%	0,3%	6,3%	100,0%	
23	Anzahl	2.083	123	5	118	2.206	
	% in KW	94,4%	5,6%	0,2%	5,3%	100,0%	
24	Anzahl	1.990	108	2	106	2.098	
	% in KW	94,9%	5,1%	0,1%	5,1%	100,0%	
25	Anzahl	2.378	167	6	161	2.545	
	% in KW	93,4%	6,6%	0,2%	6,3%	100,0%	
26	Anzahl	2.485	145	6	139	2.630	
	% in KW	94,5%	5,5%	0,2%	5,3%	100,0%	
27 (Q3 2017)	Anzahl	1.658	126	3	123	1.784	
	% in KW	92,9%	7,1%	0,2%	6,9%	100,0%	
28	Anzahl	1.223	91	3	88	1.314	
	% in KW	93,1%	6,9%	0,2%	6,7%	100,0%	
29	Anzahl	1.229	93	3	90	1.322	
	% in KW	93,0%	7,0%	0,2%	6,8%	100,0%	
30	Anzahl	456	43	0	43	499	
	% in KW	91,4%	8,6%	0,0%	8,6%	100,0%	
Gesamt	Anzahl	55.181	4.026	213	3.813	59.207	
	% in KW	93,2%	6,8%	0,4%	6,4%	100,0%	

Tabelle 175: Stationäre LEI: Anzahl und Anteil der Hinweise zu ungültigen Versicherungsnachweisen

Ambulante LEI		Anzahl und Anteil der Vorgänge			
		Fehlerfrei	Min. 1 Fehler oder Hinweis	Gesamt	
Kalenderwoche	01 (Q1 2017)	Anzahl	3.055	875	3.930
		% in KW	77,7%	22,3%	100,0%
	02	Anzahl	8.465	2.382	10.847
		% in KW	78,0%	22,0%	100,0%
	03	Anzahl	10.103	3.447	13.550
		% in KW	74,6%	25,4%	100,0%
	04	Anzahl	13.964	3.186	17.150
		% in KW	81,4%	18,6%	100,0%
	05	Anzahl	19.551	4.409	23.960
		% in KW	81,6%	18,4%	100,0%
	06	Anzahl	24.377	7.202	31.579
		% in KW	77,2%	22,8%	100,0%
	07	Anzahl	25.776	8.342	34.118
		% in KW	75,5%	24,5%	100,0%
	08	Anzahl	19.923	10.683	30.606
		% in KW	65,1%	34,9%	100,0%
	09	Anzahl	21.158	7.020	28.178
		% in KW	75,1%	24,9%	100,0%
	10	Anzahl	29.792	8.561	38.353
		% in KW	77,7%	22,3%	100,0%
	11	Anzahl	28.019	9.860	37.879
		% in KW	74,0%	26,0%	100,0%
	12	Anzahl	30.703	7.429	38.132
		% in KW	80,5%	19,5%	100,0%
	13	Anzahl	31.067	6.870	37.937
		% in KW	81,9%	18,1%	100,0%
	14 (Q2 2017)	Anzahl	86.562	20.523	107.085
		% in KW	80,8%	19,2%	100,0%
	15	Anzahl	44.722	6.927	51.649
		% in KW	86,6%	13,4%	100,0%
16	Anzahl	34.645	7.593	42.238	
	% in KW	82,0%	18,0%	100,0%	
17	Anzahl	54.613	10.816	65.429	
	% in KW	83,5%	16,5%	100,0%	
18	Anzahl	41.431	5.934	47.365	
	% in KW	87,5%	12,5%	100,0%	
19	Anzahl	47.639	9.527	57.166	
	% in KW	83,3%	16,7%	100,0%	
20	Anzahl	42.596	9.801	52.397	
	% in KW	81,3%	18,7%	100,0%	
21	Anzahl	28.234	6.186	34.420	
	% in KW	82,0%	18,0%	100,0%	
22	Anzahl	41.159	7.376	48.535	
	% in KW	84,8%	15,2%	100,0%	
23	Anzahl	25.290	11.872	37.162	
	% in KW	68,1%	31,9%	100,0%	
24	Anzahl	31.329	4.128	35.457	
	% in KW	88,4%	11,6%	100,0%	
25	Anzahl	36.258	6.391	42.649	
	% in KW	85,0%	15,0%	100,0%	
26	Anzahl	35.475	5.391	40.866	
	% in KW	86,8%	13,2%	100,0%	
27 (Q3 2017)	Anzahl	80.465	12.285	92.750	
	% in KW	86,8%	13,2%	100,0%	
28	Anzahl	57.164	10.298	67.462	
	% in KW	84,7%	15,3%	100,0%	
29	Anzahl	42.307	6.784	49.091	
	% in KW	86,2%	13,8%	100,0%	
30	Anzahl	16.665	1.835	18.500	
	% in KW	90,1%	9,9%	100,0%	
Gesamt		Anzahl	1.236.440	96.204	1.332.644
		% in KW	92,8%	7,2%	100,0%

Tabelle 176: Ambulante LEI: Anzahl und Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis

Ambulante LEI		Anzahl und Anteil der Vorgänge			
		Fehlerfrei	Min. 1 Fehler oder Hinweis	Gesamt	
Kalenderwoche	01 (Q1 2017)	Anzahl	602	24	626
		% in KW	96,2%	3,8%	100,0%
		Anzahl	948	352	1.300
	02	% in KW	72,9%	27,1%	100,0%
		Anzahl	1.607	199	1.806
	03	% in KW	89,0%	11,0%	100,0%
		Anzahl	1.626	71	1.697
	04	% in KW	95,8%	4,2%	100,0%
		Anzahl	1.216	40	1.256
	05	% in KW	96,8%	3,2%	100,0%
		Anzahl	1.349	298	1.647
	06	% in KW	81,9%	18,1%	100,0%
		Anzahl	1.288	263	1.551
	07	% in KW	83,0%	17,0%	100,0%
		Anzahl	992	271	1.263
	08	% in KW	78,5%	21,5%	100,0%
		Anzahl	1.306	427	1.733
	09	% in KW	75,4%	24,6%	100,0%
		Anzahl	1.577	825	2.402
	10	% in KW	65,7%	34,3%	100,0%
		Anzahl	2.084	452	2.536
	11	% in KW	82,2%	17,8%	100,0%
		Anzahl	1.614	166	1.780
	12	% in KW	90,7%	9,3%	100,0%
		Anzahl	1.470	188	1.658
	13	% in KW	88,7%	11,3%	100,0%
		Anzahl	915	1.201	2.116
	14 (Q2 2017)	% in KW	43,2%	56,8%	100,0%
		Anzahl	1.611	247	1.858
	15	% in KW	86,7%	13,3%	100,0%
	Anzahl	1.711	398	2.109	
16	% in KW	81,1%	18,9%	100,0%	
	Anzahl	2.502	297	2.799	
17	% in KW	89,4%	10,6%	100,0%	
	Anzahl	2.083	87	2.170	
18	% in KW	96,0%	4,0%	100,0%	
	Anzahl	2.170	211	2.381	
19	% in KW	91,1%	8,9%	100,0%	
	Anzahl	2.206	325	2.531	
20	% in KW	87,2%	12,8%	100,0%	
	Anzahl	2.176	170	2.346	
21	% in KW	92,8%	7,2%	100,0%	
	Anzahl	1.905	209	2.114	
22	% in KW	90,1%	9,9%	100,0%	
	Anzahl	1.427	656	2.083	
23	% in KW	68,5%	31,5%	100,0%	
	Anzahl	1.734	256	1.990	
24	% in KW	87,1%	12,9%	100,0%	
	Anzahl	2.231	147	2.378	
25	% in KW	93,8%	6,2%	100,0%	
	Anzahl	2.345	140	2.485	
26	% in KW	94,4%	5,6%	100,0%	
	Anzahl	1.532	126	1.658	
27 (Q3 2017)	% in KW	92,4%	7,6%	100,0%	
	Anzahl	1.045	178	1.223	
28	% in KW	85,4%	14,6%	100,0%	
	Anzahl	1.123	106	1.229	
29	% in KW	91,4%	8,6%	100,0%	
	Anzahl	408	48	456	
30	% in KW	89,5%	10,5%	100,0%	
	Anzahl	46.803	8.378	55.181	
Gesamt	% in KW	84,8%	15,2%	100,0%	

Tabelle 177: Stationäre LEI: Anzahl und Anteil Vorgänge mit mindestens einem Fehler oder Hinweis