

Aus der Abteilung Allgemeinmedizin
(Prof. Dr. med. M. M. Kochen, MPH, FRCGP)
im Zentrum Innere Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen

**Akzeptanz elektronischer Befragung zur Lebensqualität
in der Hausarztpraxis**

INAUGURAL - DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizinischen Fakultät
der Georg-August-Universität zu Göttingen

vorgelegt von

Anna Janina Seibert

aus

Hildesheim

Göttingen 2010

Dekan: Prof. Dr. med. C. Frömmel

I. Berichterstatter: Prof. Dr. disc. pol. W. Himmel

II. Berichterstatter/in: Prof. Dr. med. N. von Steinbüchel

Tag der mündlichen Prüfung: 12.04.2011

INHALT

1. EINLEITUNG	4
2. STAND DER FORSCHUNG	5
2.1 Lebensqualitätsforschung in der Medizin	5
2.1.1 Definition	5
2.1.2 Erhebungsinstrumente	6
2.1.3 Gründe und Ziele der Lebensqualitätsforschung	8
2.1.4 Anwendungsfelder	9
2.2 Bedeutung des Konzepts Lebensqualität in der hausärztlichen Praxis	10
2.2.1 Lebensqualität und chronische Erkrankung	10
2.2.2 Diskrepanz zwischen objektivem und subjektivem Befund	12
2.2.3 Lebensqualitätserhebung aus Sicht der Patienten	13
2.2.4 Lebensqualitätserhebung aus Sicht der Ärzte	14
2.2.5 Hindernisse der Lebensqualitätserhebung	14
2.2.6 Vorteile der Erhebung von Lebensqualität für Arzt und Patient	16
2.2.7 Standardisierte Lebensqualitätserhebungen in der klinischen Praxis	17
2.2.8 Voraussetzung für die Durchführbarkeit von Patientenbefragungen – elektronische Erhebung von Lebensqualität	18
2.2.9 Zusammenfassung und zukünftige Aufgaben	19
3. FRAGESTELLUNG	21
4. MATERIAL UND METHODEN	22
4.1 Methodische Anlage der Untersuchung	22
4.2 Teilnehmende Praxen und Patienten	23
4.3 Durchführung der Untersuchung	23
4.4 Fragebögen und andere Instrumente	24
4.5 Datenanalyse	25
4.6 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission	28
5. ERGEBNISSE	29
5.1 Stichprobe	29
5.2 Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Patienten	31

		3
5.3	Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Praxismitarbeiterinnen	35
5.4	Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Hausärzten	37
5.5	Hindernisse gegenüber elektronischen Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Praxismitarbeiterinnen	42
5.6	Hindernisse gegenüber elektronischen Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Hausärzten	44
6.	DISKUSSION	49
6.1	Diskussion der Methode	49
6.2	Vorteile elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Patienten, Praxismitarbeiterinnen und Hausärzten	50
6.3	Subjektive Hindernisse gegenüber routinemäßigen Lebensqualitätsbefragungen in der Hausarztpraxis	52
6.4	Ansätze zur Optimierung elektronischer Patientenbefragungen in der Hausarztpraxis	54
6.5	Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerung	56
7.	ZUSAMMENFASSUNG	58
8.	LITERATURVERZEICHNIS	60
9.	ANHANG	66
9.1	Informiertes Einverständnis für Ärzte	67
9.2	Patienteninformation und informiertes Einverständnis für Patienten	68
9.3	Ergebnis Ausdruck	70
9.4	Interviewleitfaden Patienten	71
9.5	Interviewleitfaden Ärzte	76
9.6	Interviewleitfaden Praxispersonal	81
9.7	Interviewleitfaden Abschlussinterview Ärzte	84

1. Einleitung

Gesundheitsbezogene Lebensqualität bzw. Health-related Quality of Life (HRQoL) ist ein multidimensionales Konzept, das in den letzten Jahrzehnten immer mehr an Bedeutung gewonnen hat. Es umfasst das körperliche, seelische, geistige und soziale Wohlbefinden des Menschen (Albert et al. 2002) und trägt der Tatsache Rechnung, dass „keine Krankheit in einem Vakuum existiert“ (Higginson und Carr 2001, S.1297). Will man die ganze Komplexität lebensschneidender und -verändernder Erkrankungen wie z.B. Krebs oder anderer chronischer Erkrankungen verstehen, sollten sich Ärzte und medizinisches Fachpersonal nicht auf objektiv messbare Laborparameter und Untersuchungsbefunde (EKG, Blutstatus etc.) beschränken; vielmehr sollten sie auch die vom Menschen subjektiv erlebten Einschränkungen und Auswirkungen der Erkrankung auf verschiedene Lebensbereiche und damit seine Lebensqualität kennen und berücksichtigen.

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität lässt sich u.a. mit standardisierten Fragebögen erheben. Die übliche Erhebung „mit Papier und Bleistift“ ist jedoch aufwendig und die Auswertung kostet Zeit, so dass die Befragungsergebnisse nicht zeitnah zur Verfügung stehen, also in der ärztlichen Konsultation aktuell zumeist nicht vorliegen. In der vorliegenden Arbeit sollen daher Möglichkeiten elektronischer und damit zeitnaher Erhebungen und Auswertungen der Lebensqualität vorgestellt und in Hinblick auf ihre Akzeptanz durch Patienten, Praxispersonal und Hausärzte untersucht werden.

2. Stand der Forschung

2.1 Lebensqualitätsforschung in der Medizin

Zwar ist seit jeher die Wahrnehmung oder die Verbesserung der Lebensqualität, die durch die Frage „Wie geht es Ihnen?“ zum Ausdruck kommt, Ziel des ärztlichen Handelns - neu ist jedoch der Versuch, das subjektive Befinden des Patienten mittels objektiver Verfahren zu messen (Bullinger 2002). Letztlich ist es nämlich die Beeinträchtigung des subjektiven Wohlbefindens, die den Patienten zum Arzt führt und deren Wiederherstellung Ziel der Behandlung sein sollte.

Die Entwicklung der Lebensqualitätsforschung verlief in mehreren Phasen. Sie begann in den frühen siebziger Jahren mit konzeptionellen Definitionen. In den achtziger Jahren lag der Forschungsschwerpunkt auf der Frage der Messbarkeit von Lebensqualität sowie der Entwicklung von Messinstrumenten (Fragebögen), die in groß angelegten klinischen Studien hinsichtlich ihrer psychometrischen Güte (Validität, Reliabilität, Responsivität) überprüft wurden. Seit den neunziger Jahren steht zudem die Anwendung der Messinstrumente in verschiedenen Feldern der angewandten Forschung im Vordergrund wie z.B. der Epidemiologie oder Gesundheitsökonomie (Bullinger et al. 2000, Ravens-Sieberer und Cieza 2000).

2.1.1 Definition

Die gesundheitsbezogene Lebensqualität eines Menschen setzt sich aus mehreren Bereichen zusammen (Carlson et al. 2001). Sie beschreibt die subjektive Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes und kann folglich am besten vom Patienten selber unter Berücksichtigung seiner jeweiligen Lebensumstände bestimmt werden. Bei erkrankten Personen wird sie davon beeinflusst, wie sich die Erkrankung auf unterschiedliche Lebensbereiche auswirkt und welche Bedeutung diesen Lebensbereichen jeweils zugeschrieben wird. So kann es bspw. sein, dass zwei Patienten mit dem gleichen Schweregrad ein und derselben Erkrankung unterschiedliche Beeinträchtigungen der Lebensqualität angeben, weil sie dem Lebensbereich, der durch

die Erkrankung eine Einschränkung erfährt, eine unterschiedliche Bedeutung beimessen (Testa und Simonson 1996).

Es gibt eine große Anzahl an verschiedenen, zum Teil sehr komplexen Definitionsversuchen (Kapapa et al. 2006). Mittlerweile herrscht dahingehend ein Konsens, dass eine operationale Definition am sinnvollsten ist: also eine Definition, in der das Phänomen Lebensqualität nicht direkt beschrieben wird, sondern über die Erfassung der Komponenten des Phänomens und deren Beziehung zueinander definiert wird (Bullinger 2000). Aus der Zusammenschau mehrerer Definitionsversuche lässt sich gesundheitsbezogene Lebensqualität als ein multidimensionales Konstrukt betrachten, das mindestens die Dimensionen physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden und Funktionsfähigkeit beinhaltet und nach Möglichkeit von der betroffenen Person selber zu erfragen ist (Testa und Simonson 1996). Die Sicht „von außen“, also die eines Beobachters, kann zwar die Selbstbeurteilung ergänzen, aber nicht ersetzen (Bullinger 2006).

2.1.2 Erhebungsinstrumente

Um Lebensqualität messen zu können, benötigt man standardisierte Verfahren, die die Frage „Wie geht es Ihnen?“ detailliert abbilden und damit objektiv fassbar und folglich vergleichbar machen. Hierzu wurde in den letzten Jahrzehnten eine Vielzahl unterschiedlicher Messinstrumente entwickelt. Sie erfassen einzelne Aspekte von Lebensqualität indirekt: durch eine Serie von Fragen (= „Items“), die sich jeweils auf denselben Aspekt beziehen. Ein Beispiel für solch ein Messinstrument ist der 30 Fragen umfassende Lebensqualitätsfragebogen QLQ-C30 der European Organisation for Research and Treatment of Cancer [EORTC] (Aaronson et al. 1993), der in ca. 10 Minuten zu beantworten ist. Er wurde ursprünglich zur Beurteilung der Lebensqualität von Krebspatienten entwickelt, wird aber mittlerweile auch für Patienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen genutzt. Im EORTC QLQ-C30 gibt es bspw. das Item: „Bereitet es Ihnen Schwierigkeiten, einen längeren Spaziergang zu machen?“ der Skala „Körperliche Funktion“. Die Antworten auf die Items werden in Punktwerte übersetzt, die zu Skalen zusammengefasst werden können. Die resultie-

renden Skalenwerte repräsentieren dann die aktuellen Ausprägungen der verschiedenen Lebensqualitätsaspekte (Testa und Simonson 1996). Um die unterschiedlichen Erhebungsinstrumente einsetzen zu können, wurden sie in Studien nach klassischen testtheoretischen Methoden auf Validität, Reliabilität und vor allem Änderungssensitivität hin überprüft. Mittlerweile steht ein großes, internationales Instrumentarium zur Erhebung von Lebensqualität zur Verfügung, wobei die meisten Verfahren in Form von selbstausfüllbaren Fragebögen vorliegen (Bullinger 2002).

Die Erhebungsinstrumente zur Lebensqualität können in zwei Kategorien eingeteilt werden: in krankheitsspezifische und krankheitsübergreifende (generische) Verfahren. Die krankheitsspezifischen Messinstrumente decken eine bestimmte Erkrankung bzw. deren Behandlung ab. So richtet sich z.B. der Saint George's Respiratory Questionnaire (SGRQ) speziell an Patienten mit Atemwegserkrankungen (Jones et al. 1991). Die krankheitsübergreifenden (generischen) Messinstrumente hingegen erfassen die allgemeine gesundheitsbezogene Lebensqualität und sind so also bei den Patienten unabhängig von ihrem jeweiligen Grundleiden einsetzbar. Vergleicht man die zwei Erhebungsinstrumente miteinander, so bieten die krankheitsspezifischen Verfahren den Vorteil einer höheren Differenzierungsfähigkeit und besseren Veränderungssensitivität, wohingegen die krankheitsübergreifenden Verfahren eine bessere Vergleichbarkeit über unterschiedliche Erkrankungsgruppen hinweg ermöglichen (Mühlig und Petermann 1998). Um sowohl allgemeine wie auch spezifische Faktoren zu berücksichtigen, gehen die Empfehlungen dahin, nach Möglichkeit Messinstrumente mit einem Modulcharakter zu verwenden. Diese sollten eine individuelle Kombination zwischen globalen und krankheitsspezifischen Indikatoren ermöglichen, um so zum einen eine allgemeine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, zum anderen aber auch gezielt einzelne - von unterschiedlichen Krankheiten unterschiedlich stark beeinflusste - Lebensbereiche zu erfassen und der unterschiedlichen Gewichtung beeinträchtigter Lebensbereiche Rechnung zu tragen (Böhmer und Kohlmann 2000).

2.1.3 Gründe und Ziele der Lebensqualitätsforschung

Forschung auf dem Gebiet gesundheitsbezogener Lebensqualität ist von wachsender klinisch-medizinischer und gesundheitspolitischer Bedeutung und erfährt eine immer größer werdende Akzeptanz (Bullinger et al. 2000, Koller und Lorenz 2003). Die Erhaltung bzw. Verbesserung der Lebensqualität hat sich innerhalb kürzester Zeit als wichtiger Zielparameter in der Medizin etabliert und stellt vor allem bei chronisch Kranken neben der Überlebenszeit eines der bedeutendsten Behandlungsziele dar (Ravens-Sieberer und Cieza 2000).

Einer der wichtigsten Gründe hierfür ist der in der WHO-Definition von 1948 verankerte Wandel des Gesundheitsverständnisses. Gesundheit wird seitdem nicht mehr nur als Abwesenheit von Krankheit oder Gebrechen, sondern als ein Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens bezeichnet. Mehr und mehr setzt sich die Erkenntnis durch, dass für die Beurteilung von medizinischen Behandlungsverfahren nicht nur objektive Zielkriterien wie Laborparameter, Überlebenszeit und Komplikationsraten von Bedeutung sind, sondern dass auch das subjektive Befinden des Patienten - der Einfluss von Erkrankung und Behandlung auf sein Leben - nicht außer Acht gelassen werden darf. Der Patient als Experte seiner eigenen Gesundheit rückt in den Mittelpunkt der Betrachtung und sein subjektiver Bericht ist zunehmend ausschlaggebend, wenn es um die Beurteilung und Entscheidungsfindung bei Behandlung und Therapie geht (Bullinger et al. 2000).

Auch die epidemiologischen und gesundheitspolitischen Entwicklungen der letzten Zeit sind Gründe für eine Intensivierung der Lebensqualitätsforschung. Sie führen zu einem veränderten Fokus in der Therapie- und Gesundheitsforschung und bedingen eine stärkere Evaluation des Nutzens medizinischer Maßnahmen. Medizinische Fortschritte in Diagnostik und Therapie sowie verbesserte soziale Rahmenbedingungen haben eine höhere Lebenserwartung sowie eine Veränderung des Krankheitsspektrums in Industrienationen nach sich gezogen. Akute Infektionskrankheiten mit Folge einer frühzeitigen Sterblichkeit der Patienten wurden von chronischen, weniger lebensbedrohlichen, aber langfristig behandlungsbedürftigen Krankheiten abgelöst (Hoffman et al. 1996).

Chronisch kranke Patienten haben im Gegensatz zu akut Erkrankten nur in Ausnahmefällen Aussicht auf vollständige Heilung. Für sie steht neben der Lebensdauer also vor allem die Lebensqualität im Vordergrund, wenn es um die Behandlung ihrer Erkrankung geht. Dies erfordert die Bestimmung eines veränderten, an die langfristige Versorgung chronisch Kranker angepassten Betreuungsbedarfs (Hoffman et al. 1996). Gleichzeitig sind aber auch Sparmaßnahmen aufgrund knapper werdender Mittel in vielen Gesundheitssystemen der westlichen Welt (Bullinger 2002), der wachsende Einfluss von Patientenorganisationen sowie eine veränderte Arzt-Patient-Beziehung begünstigende Faktoren für die zunehmende Bedeutung und Berücksichtigung subjektiver Evaluationskriterien (Hoffmann 2004).

2.1.4 Anwendungsfelder

Lebensqualität als zusätzlicher Parameter zur Beurteilung medizinischer Behandlungen und Therapien wurde zunächst vor allem auf dem Gebiet der Onkologie besonders intensiv diskutiert. Gerade in diesem Bereich der Medizin steht der Verlängerung des Lebens um einige Monate (Lebensquantität) oft der Verlust an Lebensqualität durch erhebliche Therapienebenwirkungen gegenüber (Guyatt et al. 2007). Mittlerweile hat die Erhebung von Lebensqualität aber auch in anderen medizinischen Bereichen Einzug gehalten und findet sich in unterschiedlichsten Typen von medizinischen und gesundheitswissenschaftlichen Studien wieder. Die Anwendungsfelder von Lebensqualitätserhebungen kann man in folgende Bereiche einteilen (Greenfield und Nelson 1992, Bullinger 2000, Bullinger 2002, Greenhalgh 2009):

- Epidemiologische Analysen von Versorgungsstrukturen und Optimierung der Gesundheitsversorgung
- Evaluation des Nutzens und der Wirksamkeit medizinischer Interventionen aus Patientensicht in klinischen Studien
- Beurteilung der Versorgungsqualität und Monitoring der Qualitätssicherung
- Abschätzung des Nutzens von Maßnahmen und Technologien in gesundheitsökonomischen Kosten-Nutzen-Analysen
- Individuelles Therapiemonitoring zur Therapieplanung und -entscheidung.

Auf den letzten Anwendungsbereich - das Therapiemonitoring und die Anpassung der Therapie beim einzelnen Patienten - soll im Folgenden näher eingegangen werden.

2.2 Bedeutung des Konzepts Lebensqualität in der hausärztlichen Praxis

Die Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität findet vor allem in onkologischen Arbeitsfeldern eine große Akzeptanz (z.B. Albert et al. 2002, Detmar et al. 2000) und nimmt in Ergänzung zu traditionellen Untersuchungen eine immer größere Rolle ein (Koller und Lorenz 2003). Es sind aber nicht nur krebskranke (bzw. schwer- oder todkranke) Patienten, bei denen die Erkrankung eine Lebensveränderung bedeutet und die lernen müssen, ihre Krankheit zu akzeptieren und in ihr Leben zu integrieren, da häufig eine komplette Heilung nicht möglich ist; auch chronisch Kranke ohne unmittelbar lebensbedrohliche Diagnose stehen vor demselben Problem. Hier sind es vor allem Hausärzte, die solche Patienten regelmäßig betreuen und über Jahre hinweg begleiten. Daher spielt die Erhaltung bzw. Verbesserung von Lebensqualität gerade in hausärztlichen Settings eine wichtige Rolle; ihre Erhaltung und Förderung stellt eines der Hauptbehandlungsziele dar (Koller und Lorenz 2002).

2.2.1 Lebensqualität und chronische Erkrankung

„Chronische Krankheiten“ zeichnen sich durch einen sich langsam entwickelnden und / oder langandauernden Verlauf meist ohne Aussicht auf vollständige Heilung aus. Der Einfluss der chronischen Erkrankung auf die Lebensqualität ist bei verschiedenen Erkrankungen und Erkrankungsstadien unterschiedlich (Alonso et al. 2004, Wensing et al. 2001). Zu den weltweit häufigsten chronischen Erkrankungen mit steigender Prävalenz zählen die Erkrankungen der Atemwege: Asthma und chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) (Lopez und Murray 1998). Anhand dieser soll im Folgenden die Auswirkung auf die Lebensqualität beispielhaft veranschaulicht werden.

Asthma bronchiale ist eine chronisch entzündliche Erkrankung der Atemwege mit einer bronchialen Hyperreaktivität und variablen Obstruktion, die meist durch Behandlung oder spontan reversibel ist. In seiner typischen Form tritt es bereits in der Kindheit auf und besteht häufig lebenslang (Holgate et al. 2004). Die Prävalenz in Deutschland beträgt bei Kindern ca. 10% und bei Erwachsenen ca. 5%. Die COPD ist im Gegensatz dazu als eine fortschreitende, durch Therapie (Bronchodilatoren / Glukokortikoide) nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion bei vorliegender chronischer Bronchitis und / oder Lungenemphysem definiert. Eine vollständige Heilung ist nicht möglich. Die Prävalenz der COPD ist in Deutschland nicht genau bekannt, wird aber auf 10-15% der erwachsenen Bevölkerung geschätzt (Bundesärztliche Vereinigung 2009).

Die Lebensqualität der Patienten mit Asthma und COPD wird durch die obstruktive Ventilationsstörung nachhaltig negativ beeinflusst (Jones et al. 1989). Durch die für die Erkrankungen typischen physischen Symptome wie anfallsweise auftretende Atemnot, Auswurf und chronischer Husten ist die körperliche Belastbarkeit eingeschränkt und die allgemeine Leistungsfähigkeit herabgesetzt. Das u.U. nächtliche Auftreten der Symptomatik kann zu Schlafstörungen führen (Petermann und Bergmann 1994). Zudem leiden die Patienten häufig unter einer Einschränkung der emotionalen Befindlichkeit und psychischen Stabilität. Ihre Freizeitgestaltung, soziale Funktionsfähigkeit (z.B. Teilnahme an sportlichen Alltagsaktivitäten) und ihre soziale Integration sind ebenfalls oft eingeschränkt (Stigmatisierung als „kranke“ oder „behinderte“ Person). Mitunter können sogar psychopathologische Sekundärsymptome wie bspw. Ängste, Depressionen und soziale Unsicherheit auftreten (Hanson 1982, Quirk und Jones 1990, Quirk et al. 1991, Williams 1989). Die Berücksichtigung der psychosozialen Situation und das Erkennen von psychosozialen Belastungen und Problemen sind wichtige Elemente in der Behandlung, da sie sich negativ auf das Selbstmanagement und die Einhaltung der Therapie von Erwachsenen auswirken können (Valderas et al. 2008).

Gemäß der „Nationalen Versorgungs-Leitlinie Asthma“ der Bundesärztlichen Vereinigung (2009) ist die regelmäßige Erfassung der subjektiven, krankheitsbedingten Lebensqualität ein wichtiger Bestandteil der Asthma-Diagnostik, da neben Symptomre-

duktion, Erhalt der bestmöglichen Lungenfunktion, Reduktion der bronchialen Hyperreagibilität und Reduktion der Letalität auch die Steigerung der Lebensqualität ein wichtiges Behandlungsziel chronischer Atemwegserkrankungen ist.

2.2.2 Diskrepanz zwischen objektivem und subjektivem Befund

Krankheit beeinträchtigt einen Menschen in dem Maße, in dem sie von ihm subjektiv als Belastung oder Einschränkung empfunden wird. Dies korreliert mitunter nur wenig mit der objektiv messbaren Schwere der Erkrankung, die z.B. durch Laborwerte oder bildgebende Untersuchungsverfahren bestimmt wird. So zeigten Renwick und Connolly (1996), dass bei obstruktiven Atemwegserkrankungen die Kenntnis der Atemstoßkapazität (forciertes expiratorisches Volumen in einer Sekunde [FEV1]) und der bronchialen Hyperreagibilität nur 10% der Varianz der Lebensqualität erklären. Objektiver Befund und subjektives Befinden stehen also in einem nur losen Zusammenhang und können nur unvollständig wechselseitig erklärt werden (Wilson IB und Cleary 1995). Ähnliche Ergebnisse zeigten sich auch in Studien über andere chronische Erkrankungen, wie z.B. Diabetes mellitus (Rose et al. 1998), Krebs (Koller et al. 1999) und periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) (Müller-Bühl et al. 2003). Die durch Erkrankung und Behandlung subjektiv erlebten Erfolge und Einschränkungen sind folglich ein wichtiges zusätzliches Kriterium der klinischen Praxis. Es ergänzt und erweitert die Beurteilung des Behandlungserfolges, soll aber die zahlreichen traditionellen klinischen Outcome-Kriterien keinesfalls ersetzen (Kapapa et al. 2006, Lohr und Zebrack 2009).

Ärzte neigen dazu, bei der Einschätzung des Gesundheitszustandes ihrer Patienten andere Kriterien zu verwenden als die Patienten selber (Jones et al. 1994). Sie überschätzen oft die Korrelation zwischen der Messung physiologischer Parameter und dem Gesundheitszustand (Guyatt et al. 2007). Wiederholt hat sich gezeigt, dass die Einschätzung der Ärzte die von den Patienten geäußerten Einschränkungen ihrer Lebensqualität nur unvollkommen widerspiegeln. Der Einfluss von Erkrankung und Behandlung auf das Leben ihrer Patienten scheint von den behandelnden Ärzten systematisch unterschätzt zu werden (Sprangers und Aaronson 1992, Jones et al.

1994, Wilson KA et al. 2000, Suarez-Almazor et al. 2001). Die regelmäßige Erhebung der Lebensqualität und das Gespräch darüber können helfen, die „Lücke“ zwischen der Patientensicht auf der einen und der Arzteinschätzung auf der anderen Seite zu schließen. Dies fördert die Patientenzufriedenheit und somit auch die Compliance, die gerade in der Behandlung chronischer Erkrankungen essentiell ist (van der Molen und Kocks 2006).

2.2.3 Lebensqualitätserhebung aus Sicht der Patienten

Lebensqualitätserhebungen sind nur dann in der klinischen Praxis sinnvoll, wenn sowohl Ärzte als auch Patienten der Messung und Besprechung verschiedener Aspekte der Lebensqualität einen hohen Wert beimessen. Obwohl ein großer Anteil an Patienten die Erhebung des funktionellen Gesundheitszustandes und des emotionalen Wohlbefindens als zur medizinischen Versorgung zugehörig betrachtet, geschieht dies in der Realität eher unregelmäßig und unsystematisch (Schor et al. 1995). In einer Studie von Detmar et al. (2000) waren fast alle Patienten - über 95% von 273 insgesamt befragten Krebspatienten mit palliativer Chemotherapie - dazu bereit, die physischen Aspekte ihrer Erkrankung und Behandlung mit ihrem Arzt zu besprechen; 90% gaben an, dass sie dies aus eigener Initiative heraus tun würden. Über 90% der Patienten wünschten sich, auch über ihr emotionales Befinden sowie Probleme ihres täglichen Lebens mit ihrem Arzt zu sprechen, wobei 25% dies nur auf Nachfrage ihres Arztes tun würden. Die Messung der Lebensqualität kann helfen, individuelle Probleme in unterschiedlichen Lebensbereichen aufzudecken und diese anzusprechen. Patienten sind zufriedener mit der Konsultation, haben eine höhere Compliance und berichten über weniger Symptome, wenn das ärztliche Gespräch sowohl physische als auch psychosoziale Aspekte beinhaltet (Gutteling et al. 2008).

2.2.4 Lebensqualitätserhebung aus Sicht der Ärzte

Auch wenn Ärzte Lebensqualität als wichtiges Kriterium der Behandlung erkannt haben und der Erhebung von Informationen zur Lebensqualität ein zunehmendes Interesse entgegen bringen, wird die Lebensqualität in der klinischen Praxis nur selten strukturiert und systematisch erhoben. Skevington et al. (2005) haben 280 Hausärzte bezüglich ihrer Einstellung zu Lebensqualitätsinformationen und der Anwendung systematischer Lebensqualitätsbefragungen in ihrer Praxis befragt. Fast alle Befragten (97%) schätzten Lebensqualität als „ziemlich wichtig“ bis „sehr wichtig“ ein; 73% bewerteten Informationen zur Lebensqualität als dienlich für das Behandlungsmanagement, 57% für die Zufriedenheit und Compliance, 51% für das Therapiemonitoring und 46% für die Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation. Trotz dieser Ergebnisse erfragten nur 11% die Lebensqualität ihrer Patienten mittels Fragebögen, die meisten von ihnen zudem unregelmäßig und unstrukturiert während der Konsultation. Auch bei Taylor et al. (1996), die in einer explorativen Studie 154 niedergelassene Onkologen zur standardisierten Messung der Lebensqualität befragten, erhoben nur 7% der Ärzte die Lebensqualität ihrer Patienten in strukturierter Form. In einer Studie von Morris et al. (1998) fanden 80% der 260 teilnehmenden Onkologen in Hongkong, Australien und Neuseeland, dass Lebensqualitätserhebungen vor dem Therapiebeginn durchgeführt werden sollten, weniger als 50% führten diese Messungen auch tatsächlich durch.

2.2.5 Hindernisse der Lebensqualitätserhebung

Gründe, die der Implementierung von standardisierten Lebensqualitätsbefragungen in der klinischen Praxis im Wege stehen, lassen sich im Wesentlichen in 3 Kategorien zusammenfassen (Deyo und Carter 1992, Greenhalgh und Meadows 1999):

1. Praktische Barrieren
2. Methodische Barrieren
3. Einstellungsbarrieren.

Praktische Barrieren beziehen sich auf das generelle Fehlen von Ressourcen wie Zeit, Personal, Geld, Software etc., die für die routinemäßige Nutzung der Lebensqualitätserhebung essentiell sind (Morris et al. 1998, Skevington et al. 2005). Sie werden benötigt, um die Daten im Praxislauf zu erheben, auszuwerten, zu speichern und unmittelbar nutzbar zu machen. Ärzte benötigen die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung sofort und in einer verständlichen Darstellungsform. Um dies umsetzen zu können, bedarf es entsprechender Ressourcen (Valderas et al. 2008).

Methodische Barrieren beziehen sich auf die fehlende Erfahrung in Bezug auf die Nutzung der Erhebungsinstrumente sowie die adäquate Interpretation der Ergebnisse. Ärzte sind weniger vertraut mit Lebensqualitätsinstrumenten und deren Ergebnissen als mit gängigen Labormessungen oder bildgebenden Untersuchungen. Sie fühlen sich unsicher und sehen sich teilweise nicht in der Lage, solche Belange anzusprechen, weil ihnen das Training für einen routinierten Umgang mit Erhebung, Interpretation und Reaktion auf verschiedene Aspekte der Lebensqualität fehlt (Frost et al. 2007, Hahn et al. 2007, Lohr und Zebrack 2009).

Einstellungsbarrieren beinhalten die Skepsis von Ärzten, Personal und Patienten bezüglich der Relevanz und Wertigkeit von Informationen zur Lebensqualität in der Patientenversorgung (Hahn et al. 2007, Valderas et al. 2008, Lohr und Zebrack 2009). Obwohl zahlreiche Studien bereits die Vorteile von Lebensqualitätsmessungen (vgl. Kapitel 2.2.6) gezeigt haben, ist unter Ärzten weiterhin die Überzeugung verbreitet, dass man diese Informationen genauso gut durch die Frage nach dem aktuellen Befinden der Patienten bzw. durch die eigene Einschätzung erheben kann (Morris et al. 1998, Frost et al. 2007). Auch die Güte von Lebensqualitätsmessungen und ihre Vergleichbarkeit mit anderen klinischen Messungen wie Blutdruck, Herzfrequenz etc. wird - trotz gegenteiliger Belege (z.B. Hahn et al. 2007) - weiterhin in Frage gestellt. Hier ist eine weitere Aufklärung von Ärzten, Praxispersonal und Patienten vonnöten.

2.2.6 Vorteile der Erhebung von Lebensqualität für Arzt und Patient

Gesundheitsbezogene Lebensqualität kann mittels standardisierter Fragebögen erhoben werden. Ihre regelmäßige Erhebung bietet sowohl für den Arzt als auch für den Patienten eine Reihe von Vorteilen: Ärzte unterscheiden sich z.T. sehr stark in ihrer Fähigkeit, Schwierigkeiten von Patienten im psychosozialen Bereich zu erkennen, genauso wie Patienten sich erheblich in der Fähigkeit unterscheiden, ihre Probleme und Anliegen deutlich zu artikulieren. Daraus resultiert, dass Ärzte die Probleme ihrer Patienten nicht selten unterschätzen bzw. gar nicht als solche wahrnehmen (Detmar und Aaronson 1998). Die strukturierte Erhebung der Lebensqualität mit Hilfe der oben erwähnten Fragebögen könnte dem Arzt dabei helfen, Zusatzinformationen über seine Patienten zu gewinnen, um so den klinischen Eindruck zu vervollständigen (Albert et al. 2002, Feldman-Stewart und Brundage 2009). Auch ließen sich zeitliche Veränderungen in der Lebensqualität der Patienten oder unerwartete Probleme identifizieren und Ärzte könnten sie gezielt zur Sprache bringen und frühzeitig darauf reagieren (Espallargues et al. 2000, Velikova et al. 2002). Da eine reduzierte Lebensqualität auch mit einer verminderten Compliance und in der Folge mit einem schlechteren Behandlungsergebnis einhergehen kann, ist das Gespräch hierüber sinnvoll (Carlson et al. 2001). Patienten haben gerade durch die Erhebung der Lebensqualität im Verlauf den Vorteil, dass sie einen Überblick über ihre Erkrankung und die daraus resultierenden Einschränkungen gewinnen. So können sie besser lernen, mit der eigenen Erkrankung umzugehen (Brundage et al. 2003). Auch die geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient (*shared decision making*) wird durch die Erhebung der Lebensqualität unterstützt, da Patienten so das Gefühl bekommen, mehr Einfluss zu haben und ernster genommen zu werden (Albert et al. 2002).

In einer Vielzahl von Studien wurde gezeigt, dass die Erfassung der Lebensqualität die Kommunikation zwischen Arzt und Patient fördert. Sie gibt bestimmte Anstöße für Gesprächsthemen und kann die Kommunikation erleichtern und strukturieren (Albert et al. 2002, Greenhalgh 2009, Velikova et al. 2004). Die Erhebung der Lebensqualität kann aber keinesfalls das Gespräch ersetzen, sondern eher als eine Art Ausgangspunkt für die Kommunikation dienen (Koller und Lorenz 2002).

2.2.7 Standardisierte Lebensqualitätserhebungen in der klinischen Praxis

Studien, die die standardisierte Erhebung von Lebensqualität in der klinischen Praxis untersuchten, zeigen vielversprechende Ergebnisse. Jacobs et al. (2001) haben die Durchführbarkeit der systematischen Lebensqualitätserhebung und ihren Einfluss auf das Behandlungsmanagement von Ärzten bei Patienten mit Asthma bronchiale oder COPD untersucht. 175 Patienten füllten während eines 15-monatigen Zeitraumes vor jeder Konsultation einen Fragebogen zur Lebensqualität aus; 14 Ärzte erhielten die Ergebnisse zur Konsultation und notierten ihre diagnostischen und therapeutischen Interventionen. Es zeigte sich eine positive Assoziation zwischen der Angabe von körperlichen Beschwerden und einer Veränderung der Medikation. Die Angabe von emotionalen Beschwerden führte zu häufigeren Beratungen und Terminen in der Praxis. 92% der Patienten befürworteten die systematische Lebensqualitätserhebung; 71% der Ärzte beurteilten die Erhebung bestimmter Lebensqualitätsaspekte als nützlich.

Detmar et al. (2002) untersuchten in einer prospektiven, randomisierten Crossover-Studie den Einfluss von standardisierten Lebensqualitätsbefragungen in Bezug auf die Unterstützung der Arzt-Patient-Kommunikation und der Wahrnehmung der Ärzte hinsichtlich lebensqualitätsbezogener Probleme ihrer Patienten. 214 Patienten (114 Experimentalgruppe, 100 Kontrollgruppe) und 10 Ärzte nahmen an der Untersuchung teil. Die Patienten der Experimentalgruppe füllten einen Lebensqualitätsfragebogen (EORTC QLQ-C30, vgl. Kap. 2.1.2) aus, dessen Ergebnis den Ärzten vor der Konsultation übermittelt wurde. Die Kommunikation von Ärzten und Patienten verbesserte sich bei allen 10 Ärzten sowie bei 87% der Patienten der Experimentalgruppe. Die Ärzte identifizierten einen größeren Prozentsatz von Problemen in lebensqualitätsrelevanten Bereichen und sprachen verschiedene Aspekte der gesundheitsbezogenen Lebensqualität während der Konsultationen häufiger an.

2.2.8 Voraussetzung für die Durchführbarkeit von Patientenbefragungen – elektronische Erhebung von Lebensqualität

Um die Erhebung von Daten zur Lebensqualität in die Routine der hausärztlichen Praxen integrieren zu können, müssen einige Voraussetzungen erfüllt sein (Higginson und Carr 2001):

1. Die Messmethode muss valide, angemessen und von den Patienten akzeptiert sein.
2. Die Daten müssen leicht zu erheben sein.
3. Die Datenverarbeitung und der Vergleich mit früheren Daten sollten sehr schnell erfolgen und einfach sein, um den Zeitwängen in hausärztlichen Praxen gerecht zu werden.
4. Die Ergebnisse müssen benutzerfreundlich dargestellt werden und für Arzt und Patienten leicht zu interpretieren sein.
5. Die Kosten müssen in Hinblick auf den Nutzen und die Effizienz angemessen sein (Koller und Lorenz 2003).
6. Sowohl Arzt als auch Patient müssen bereit sein, die Daten zu erheben und über die Lebensqualität zu sprechen (Detmar et al. 2000, Velikova et al. 2002).

Papier-Fragebögen sind für die Routineanwendung wenig praktikabel, da sie die genannten Voraussetzungen zum größten Teil nicht erfüllen. Schon die Datenerhebung und anschließende Auswertung des Fragebogens sind viel zu zeitaufwendig, als dass sie in den täglichen Ablauf von Hausarztpraxen eingegliedert werden könnten. Wie schon in einigen Studien in Krankenhäusern gezeigt, bildet die Anwendung von elektronischen Fragebögen eine sehr gute Alternative (Velikova et al. 1999). Die Erhebung der Lebensqualität z.B. mit Hilfe eines Touchscreen und sofortigem Ausdruck der Ergebnisse für die Konsultation wird von Patienten und Klinikpersonal gut akzeptiert und als nützlich bewertet. Sie ist vor allem auch für ältere Patienten bzw. Patienten mit geringer Bildung oder wenig Computererfahrung verständlich und praktikabel (Berry et al. 2004, Wright et al. 2003). Velikova et al. (1999) zeigten, dass die

Gütekriterien von elektronischen Fragebögen mit der von Papier-Fragebögen sehr gut vergleichbar sind und dass auch der Zeitaufwand für die Patienten gleich bleibt.

Die elektronische Datenerfassung hat zudem den Vorteil, dass die erhobenen Daten automatisch ausgewertet und an die Praxissoftware übermittelt werden, so dass sie dem Arzt insgesamt wesentlich schneller zur Verfügung stehen. Dadurch, dass die Ergebnisse automatisch in der elektronischen Patientenakte gespeichert werden können, gehen insgesamt weniger Daten verloren und man kann aktuelle Daten einfach mit früher erhobenen vergleichen, um eine Aussage über den Verlauf machen zu können. Eine Verlängerung der Konsultationszeit durch die Ergebnisübermittlung vor der Konsultation und ggf. Besprechung der Ergebnisse in der Konsultation wurde nicht oder nur in geringem Ausmaß (2 – 5 min) festgestellt (Velikova et al. 2002). Auch wenn die Anschaffung, Installation und Programmierung einer computergestützten Methode zur Lebensqualitätserhebung erst einmal relativ teuer ist, so wird sie über die Zeit insgesamt günstiger sein, als einen Mitarbeiter mit dem Einscannen und Auswerten von Papierfragebögen zu betrauen (Velikova et al. 1999).

Die Umsetzung dieser Art der Erhebung in die Praxis erfordert mehrere Schritte. Zunächst muss ein Computer-Programm entwickelt werden, das mit den gängigen Praxissoftwareprogrammen kompatibel ist. Des Weiteren muss das Personal hinsichtlich der Handhabung des Befragungscomputers und der Interpretation der Ergebnisse geschult werden (Velikova et al. 2002).

2.2.9 Zusammenfassung und zukünftige Aufgaben

Die Erhebung von Lebensqualität in der klinischen Praxis bietet eine Reihe von Vorteilen. Studien haben gezeigt, dass die Erhebung mittels Computer eine einfache, zeitsparende und akzeptable Methode ist, durch die die Akzeptanz und Anwendbarkeit der Lebensqualitätserfassung in der klinischen Praxis erheblich verbessert werden konnte (Taenzer et al. 2000). Der Großteil der Studien wurde dabei im klinischen (stationären) Setting durchgeführt (z.B. Velikova et al. 2002 und 2004, Berry et al.

2004). Kaum untersucht ist dagegen die Anwendung von computergestützten Lebensqualitätsbefragungen in der hausärztlichen Praxis.

Gerade in der Hausarztpraxis sind die Ärzte mit einer Vielzahl chronisch kranker Patienten konfrontiert, bei denen es weniger um die Heilung als um die Integration der Erkrankung in das alltägliche Leben geht. Hier ist die Erfassung der Lebensqualität, besonders im Verlauf, von Interesse. Es wäre wünschenswert, die Lebensqualitäts-erhebung in dieses Setting einzugliedern und die Erfahrungen von Ärzten, Praxispersonal und Patienten damit systematisch zu erheben.

3. Fragestellung

Nach unserem Wissensstand gab es noch keine Studie, die die elektronische Erhebung der Lebensqualität in der Hausarztpraxis und die Akzeptanz aller Beteiligten systematisch untersucht hat. Daher stehen folgende Fragestellungen im Mittelpunkt dieser Arbeit:

1. Wie bewerten Hausärzte, Praxispersonal und Patienten die Möglichkeit elektronischer Patientenbefragungen?
2. Welche Hindernisse zeigen sich bei der elektronischen Erhebung der Lebensqualität?

Aus den Ergebnissen der Arbeit sollten sich Möglichkeiten ergeben, die Erhebung der Lebensqualität in der Hausarztpraxis zu optimieren, um die Akzeptanz und Praxistauglichkeit zu verbessern.

4. Material und Methoden

4.1 Methodische Anlage der Untersuchung

Die vorliegende Doktorarbeit ist in das Projekt „Kontinuierliche Messung von Lebensqualität als Ergänzung zu klinischen Outcomes“ eingebettet, das die Abteilung Allgemeinmedizin innerhalb des Projektverbunds „Medizinische Versorgung in der Praxis / MedViP-II“ durchgeführt hat (www.medvip.uni-goettingen.de; Förderung: Bundesministerium für Bildung und Forschung). Die Untersuchung war als Pilotstudie mit einer umschriebenen Anzahl von teilnehmenden Hausarztpraxen angelegt (max. 20 Praxen), um die Machbarkeit und Akzeptanz elektronischer Patientenbefragungen zu eruieren.

Im Verlauf des Projekts war es technisch gelungen, einen sogenannten Tablet-PC (s. Kap. 4.4) zur Patientenbefragung („Lebensqualitätsrecorder“ oder „QL-Recorder“) über Funknetz (WLAN) mit der Praxissoftware zu verbinden, um den Datenaustausch zwischen beiden zu ermöglichen. Das Praxispersonal und die Hausärzte wurden in einer einstündigen Schulung mit der Handhabung des Lebensqualitätsrecorders und der Interpretation der Ergebnisse vertraut gemacht. Die Praxismitarbeiterinnen sollten dann gezielt Patienten mit chronischen Atemwegserkrankungen oder anderen chronischen Erkrankungen ansprechen und sie fragen, ob sie bereit wären, während ihrer Wartezeit den Fragebogen auszufüllen. Nach Beendigung des Fragebogens erhielten Patienten und Ärzte einen Ausdruck der Ergebnisse, die dann in der Konsultation besprochen werden konnten. Um eine Verlaufsbeobachtung zu erhalten, konnten Patienten den Fragebogen bei jedem weiteren Arztbesuch erneut ausfüllen. Jede Praxis nahm ein Jahr lang an der Studie teil. Die Intensität der Patientenbefragungen wurde den teilnehmenden Praxen in Abhängigkeit von Patientenaufkommen etc. im Sinne einer Machbarkeits- bzw. Beobachtungsstudie überlassen.

Im Rahmen der vorliegenden Doktorarbeit sollte die Akzeptanz solcher elektronischer Erhebungen von Seiten der Patienten, Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen mit Hilfe halbstandardisierter telefonischer Leitfadeninterviews erhoben werden.

4.2 Teilnehmende Praxen und Patienten

Hausarztpraxen: Teilnehmer eines interaktiven Diskussionsforums für die allgemein-ärztliche Praxis (allgmed-I; www.listserv.dfn.de/listen/) wurden per e-mail kontaktiert, über die Studie informiert und zur Teilnahme eingeladen. Teilnahmebereite Hausärzte gaben ihr Einverständnis zur Teilnahme an der Studie (informiertes Einverständnis; vgl. Anhang 9.1 S.68).

Patienten: Patienten mit einer chronischen Atemwegserkrankung (chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung [COPD] oder Asthma bronchiale) oder einer anderen chronischen Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie, Rückenschmerzen, Osteoporose) wurden durch die Praxismitarbeiterinnen oder die Ärzte selbst zur Teilnahme an der Lebensqualitätsbefragung eingeladen. Die Patienten erhielten eine schriftliche Information zur Studie und erklärten sich mit ihrer Unterschrift bereit, an der Studie teilzunehmen. Neben der Teilnahme an der elektronischen Befragung konnten Patienten zusätzlich ihr Einverständnis zum Telefoninterview durch Angabe ihrer Telefonnummer und eines möglichen Rückruftermins erklären (Patienteninformation und informiertes Einverständnis; vgl. Anhang 9.2 S.69-70).

4.3 Durchführung der Untersuchung

Teilnehmende Hausärzte, Praxismitarbeiterinnen und Patienten, die ihr Einverständnis erklärt hatten, wurden telefonisch in halbstandardisierten Leitfadeninterviews zu Akzeptanz, Erfahrungen und Nutzen der Lebensqualitätsmessung befragt. Ein Jahr nach Einführung der elektronischen Lebensqualitätsbefragung wurden teilnehmende Ärzte erneut befragt, um eine rückblickende Bewertung des elektronischen Verfahrens zu erheben. Vor Durchführung des ersten Telefoninterviews sollten Ärzte und Praxismitarbeiterinnen bereits mindestens 5 Befragungen an Patienten durchgeführt haben, um ein Mindestmaß an Erfahrungen sammeln zu können. Die Patienten sollten möglichst zeitnah nach ihrer Lebensqualitätsbefragung telefonisch interviewt werden. Vor Beginn der Doktorarbeit wurden Technik, Schulungen und Materialien zu elektronischen Patientenbefragungen in Pilotpraxen getestet.

4.4 Fragebögen und andere Instrumente

Elektronische Erhebung der Lebensqualität: Es wurden zwei verschiedene Lebensqualitäts-Fragebögen in elektronischer Form auf tragbaren Tablet-PCs ("Lebensqualitätsrecorder"; vgl. Abb. 1) angeboten: Der St. George's Respiratory Questionnaire (Jones et al. 1991) zur Befragung von Patienten mit Atemwegserkrankungen und der EORTC QLQ-C30 (Aaronson et.al. 1993, Osoba et al. 1997), der zur Befragung von Patienten mit unterschiedlichen chronischen Erkrankungen eingesetzt werden kann. Die Patienten konnten durch Antippen der PC-Oberfläche mittels eines PC-Stiftes die Fragen nacheinander beantworten. Nach Abschluss der Befragung wurden die Patientenangaben automatisch verrechnet, an die Praxis-EDV übermittelt und konnten hier als Ergebnisausdruck mit graphischer Verlaufsdarstellung ausgedruckt werden (Bsp. für einen Ergebnisausdruck; vgl. Anhang 9.3 S.73).

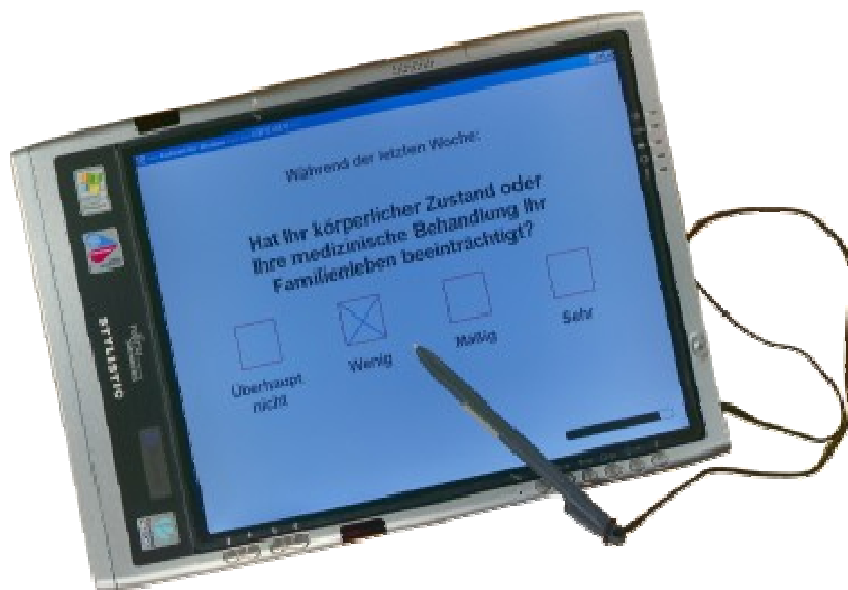


Abbildung 1: Lebensqualitätsrecorder (Sigle und Porzsolt 1996)

Leitfadeninterviews zur Erstbefragung: Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Patienten wurden in halbstandardisierten Telefoninterviews zu Beginn der Studie zu ihren Erfahrungen mit der elektronischen Lebensqualitätsmessung interviewt.

Die Leitfäden setzten sich aus offenen und geschlossenen Fragen zusammen und bezogen sich auf Bedienbarkeit, technische und organisatorische Durchführung,

Darstellung der Ergebniswerte, Nutzen und Akzeptanz der Befragung (s. Anhang 9.4-9.6 S.72-84). Der Aufbau wurde so gewählt, dass zunächst jeweils eine geschlossene Frage mit dichotomer Antwortmöglichkeit (z.B. ja / nein) bzw. einer 6-stufigen Skala (analog der in Deutschland verwendeten Schulnoten) gestellt wurde und der Interviewpartner seine Einschätzung dann in Form einer offenen Antwort noch weiter ausführen konnte. Am Ende des Interviews wurden demographische Daten wie Alter, Erfahrung im Umgang mit Computern, Geschlecht etc. erhoben. Die Interviewleitfäden wurden in einer Pilotphase erstellt und geprüft.

Leitfadeninterviews zur Abschlussbefragung: Im Laufe der Studie wurde ein weiterer Telefoninterview-Leitfaden entwickelt, um abschließend die Erfahrungen teilnehmender Hausärzte erfragen zu können. Auch dieser Leitfaden beinhaltete sowohl offene als auch geschlossene Fragen (s. Anhang 9.7 S.85-87). Er begann mit drei offenen Fragen, die sich auf Erfahrungen, Hinderungsgründe und Verbesserungsvorschläge im Umgang mit der Lebensqualitätsbefragung bezogen. Auf diese Fragen folgten neun geschlossene Fragen, bei denen Faktoren genannt wurden, die die Anwendbarkeit von elektronischen Patientenbefragungen im Alltag laut Literatur (vgl. Kap. 2) möglicherweise beeinflussten: Aufgabenverteilung, Vergütung, Patientenakzeptanz, Zeit, Verfügbarkeit der Ergebnisse, Darstellung der Ergebnisse, Versorgungsangebote und Werbung. Sie konnten auf einer 10-stufigen Skala bewertet werden (1 = „unwichtig“; 10 = „sehr wichtig“). Zum Abschluss wurden weitere demographische Daten wie Größe der Praxis, Vorhandensein eines Qualitätsmanagementsystems und Beteiligung der Praxis am studentischen Unterricht (= universitäre Lehrpraxis) erfragt.

4.5 Datenanalyse

Geschlossene Fragen: Die Antworten auf die geschlossenen Fragen der Interviews wurden deskriptiv (vornehmlich relative Häufigkeiten; Mittelwerte und Standardabweichungen) ausgewertet.

Offene Fragen: Die Antworten auf die offenen Fragen wurden nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2000) von drei Mitgliedern der Forschungsgrup-

pe (Anja Rogausch, Anna Seibert, Sabine Thüring) unabhängig voneinander ausgewertet und anschließend diskutiert. Die qualitative Inhaltsanalyse umfasst einen zirkulären Prozess, bei dem das vorhandene (üblicherweise sprachliche) Material zusammengefasst und gekürzt wird, ohne jedoch seinen wesentlichen Inhalt zu verlieren (Abbildung 2).

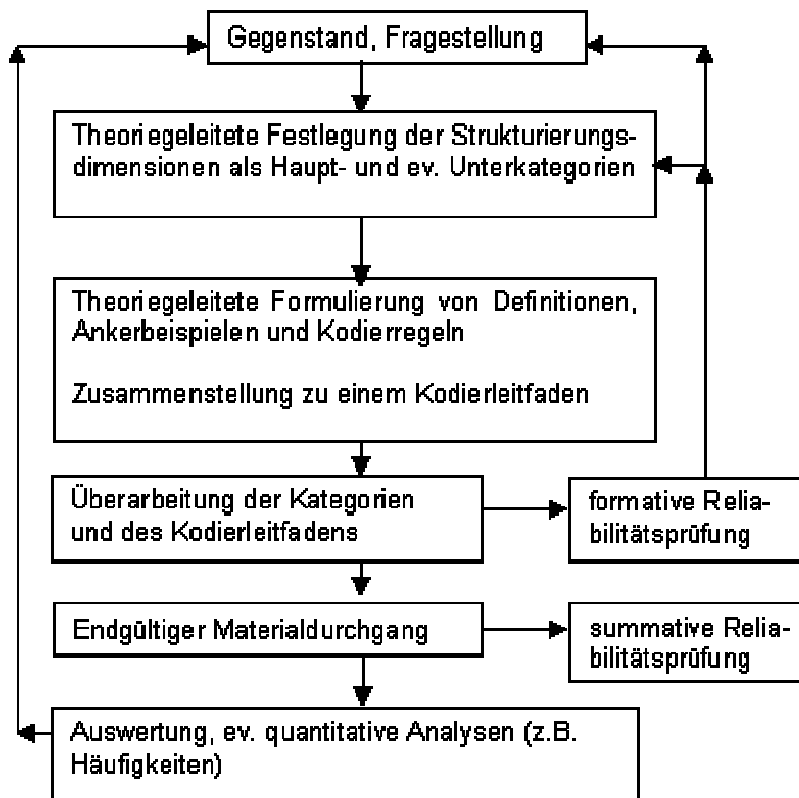


Abbildung 2: Ablaufmodell deduktiver Kategorienbildung (Mayring 2000)

Zunächst wurden die Strukturierungsdimensionen „Vorteile“ bzw. „Hindernisse“ von elektronischen Lebensqualitätsbefragungen als Hauptkategorien festgelegt. Die Äußerungen der Befragten wurden dann unter Verwendung der Software atlas.ti diesen Hauptkategorien zugeordnet. Im Anschluss wurde ein Kodierleitfaden erstellt. Die unter einer Kategorie zusammengefassten Äußerungen erhielten einen gemeinsamen Oberbegriff. Mithilfe einer Definition wurde die Hauptaussage der Kategorie zusammengefasst und durch Ankerbeispiele veranschaulicht, die repräsentativ für alle dieser Kategorie zugeordneten Aussagen stehen. Per Kodierregel wurde festgelegt, welche Äußerungen dieser Kategorie zuzuordnen sind. Zwei Beispiele für dieses Vorgehen finden sich in Abbildung 3. In den Kapiteln 5.2 ff. finden sich alle Katego-

rien der Inhaltsanalyse, der besseren Übersicht halber wurde dort jedoch auf die Darstellung der einzelnen Kodierregeln verzichtet. Da Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Patienten die Vorteile und Hindernisse elektronischer Befragungen z.T. ähnlich darstellten, wurden in den einzelnen Kodierleitfäden bewusst die gleichen Kategorien und Definitionen verwendet.

Kategorie	Definition <i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>	Ankerbeispiele	Kodierregel <i>Diese Kategorie ist zu verwenden, wenn...</i>	N
Ganzheitliche Patientenwahrnehmung	...sie eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten durch Gewinnung von Zusatzinformationen ermöglichen.	Arzt kann sich Gesamtbild machen. Einzelheiten werden dargestellt, da so viele unterschiedliche Aspekte erfragt werden.	...der Aspekt betont wird, dass Zusatzinformationen für einen umfassenderen, ergänzenden Patientenüberblick gewonnen werden.	130
Verlaufsbeurteilung	...man durch Wiederholung der Befragung Aussagen über den Verlauf des Befindens über die Zeit treffen kann.	Wenn man öfter hinget, hat Arzt Verlauf, kann sehen, wie es mir so geht und mit vorherigen Befragungen vergleichen.	...der Aspekt der wiederholten Befragung über die Zeit zur Beurteilung der Entwicklung der LQ betont wird.	73

Abbildung 3: Beispielauszug aus einem Kodierleitfaden

Im Anschluss wurden die Äußerungen der Befragten mithilfe des Kodierleitfadens erneut durchgesehen und auf ihre richtige Zuordnung hin überprüft. Die Kodierleitfäden wurden von den drei Ratern bis zur Fertigstellung des endgültigen Leitfadens immer wieder aufeinander abgestimmt und diskutiert. Am Ende der Auswertung wurden die Äußerungen der Befragten zusätzlich quantitativ analysiert (Anzahl der Zitate), wobei hier jeder Interviewpartner nur einmal gezählt wurde, unabhängig davon, ob ein bestimmter Aspekt in einem Interview einmal oder mehrfach erwähnt wurde (s. letzte Spalte in Abbildung 3). Die zu dieser Kategorie gehörigen Zitate wurden jeweils gezählt.

4.6 Datenschutz und Genehmigung durch die Ethikkommission

Teilnehmende Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen gaben ihr Einverständnis zur telefonischen Befragung zugleich mit dem Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Die teilnehmenden Patienten konnten sich neben dem freiwilligen Einverständnis zur Studienteilnahme noch einmal separat durch Angabe ihrer Telefonnummer und eines möglichen Rückruftermins zu der Teilnahme am Telefoninterview bereit erklären. Zu Beginn der Telefoninterviews wurde vom Interviewer noch einmal darauf hingewiesen, dass alle Angaben anonym erhoben werden. Auf den Fragebögen wurden keine persönlichen Daten notiert, Praxen und Interviewpartner wurden nur als Kennziffer erfasst. Die Studie wurde durch den Datenschutzbeauftragten und die Ethikkommission der Universität Göttingen genehmigt (Antragsnummer: 22/4/05).

5. Ergebnisse

5.1 Stichprobe

Infolge der Einladung bekundeten 24 Hausärzte ihr Interesse an detaillierteren Informationen (alle Ärzte für Allgemeinmedizin); 20 Ärzte (17 Praxen) willigten ein, an der Studie teilzunehmen. Hauptgründe für eine Nichtteilnahme waren zum einen Vorbehalte gegen den Gebrauch von WLAN, zum anderen waren nicht immer alle Ärzte einer Gemeinschaftspraxis mit der Teilnahme einverstanden. Drei Ärzte zogen im Nachhinein ihre Einverständniserklärung zur Studienteilnahme aus persönlichen Gründen zurück (schwere Erkrankung einer Praxismitarbeiterin; Wechsel der Praxissoftware; Zeitmangel), so dass die Studie nur in 14 Praxen stattfinden konnte.

Es wurden insgesamt 664 elektronische Lebensqualitätsbefragungen (bei 523 Patienten) durchgeführt mit großer Variation zwischen den Praxen (Range = 5-205 Befragungen). 523 Patienten füllten den elektronischen Fragebogen einmal aus, 110 wurden zweimal innerhalb eines Jahres befragt (21 Patienten dreimal, 8 Patienten viermal und 2 Patienten fünfmal).

Insgesamt wurden 280 Patienten, alle 27 Praxismitarbeiterinnen, die mit der Erhebung der Lebensqualität unmittelbar befasst waren, sowie alle 17 Ärzte aus den 14 teilnehmenden Arztpraxen bezüglich ihrer Akzeptanz des Lebensqualitätsrecorders interviewt. Die Charakteristika der Studienteilnehmer sind in der Tabelle 1 dargestellt. Während alle Praxismitarbeiter weiblich waren, waren es bei den Patienten knapp zwei Drittel (63%) und bei den Ärzten 18%. Die Ärzte waren im Mittel 50 Jahre alt, die Patienten waren im Durchschnitt älter (Mittelwert: 62 Jahre), wohingegen die Praxismitarbeiterinnen deutlich jünger waren (Mittelwert: 33 Jahre). Bezüglich der Erfahrungen im Umgang mit Computern gab es einen deutlichen Unterschied zwischen Ärzten und Praxismitarbeiterinnen auf der einen Seite und den Patienten auf der anderen Seite. Die Zahl der telefonisch interviewten Patienten variierte von Praxis zu Praxis (Mittelwert: 19 Patienten / Praxis; Range = 3-91).

Ein Viertel der insgesamt befragten Patienten (125/523 Patienten) bzw. 27% der telefonisch interviewten Patienten (75/280) hatte als Diagnose eine chronische Atemwegserkrankung (Asthma bronchiale oder COPD) und füllte folglich den SGRQ Fragebogen aus. Die restlichen Patienten litten unter diversen - meist multiplen - chronischen Krankheiten (z.B. Diabetes mellitus Typ II, Osteoporose oder chronischem Rückenschmerz) und beantworteten den EORTC QLQ-C30. Gut ein Viertel (27%) der interviewten Patienten bewertete ihre Erkrankung als „leicht“, 38% als „mittel“ und 30% als „schwer“ (5% beantworteten die Frage nicht).

Tabelle 1: Charakteristika der befragten Ärzte, Praxismitarbeiterinnen und Patienten

Charakteristika	Ärzte (n=17)	Praxismitarbeiterinnen (n=27)	Patienten (n=280)
Weiblich; n (%)	3 (18)	27 (100)	177 (63)
Alter; Mittelwert (SD*)	50 (8)	33 (12)	62 (13)
Praxisjahre; Mittelwert (SD)	13 (9)	7 (6)	13 (10)
Computerkenntnisse; n (%)			
- viel	15 (88)	24 (89)	65 (23)
- etwas	2 (12)	3 (11)	45 (16)
- wenig	-	-	36 (13)
- keine	-	-	135 (48)

* Standardabweichung

5.2 Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Patienten

Obwohl die Hälfte der Patienten keine oder nur wenig Erfahrung mit Computern hatte (Tabelle 1), schienen sie keine Schwierigkeiten im Gebrauch des Lebensqualitätsrecorders zu haben: Die meisten Patienten bewerteten die Benutzerfreundlichkeit des Recorders sowie die Erklärungen der Praxismitarbeiterinnen als „gut“ (Abbildung 4). Ungefähr 10% der Patienten (Range in den Praxen: 6% bis 14%) hatten das Gefühl, die Befragung habe ihre Wartezeit verlängert. Dies war hauptsächlich der Fall, wenn die Befragung nach der Konsultation stattgefunden hatte. Circa 60% der Patienten (165/280) erhielten einen Ausdruck ihrer Befragungsergebnisse und waren im Durchschnitt mit der Verständlichkeit durchaus zufrieden (Abbildung 4).

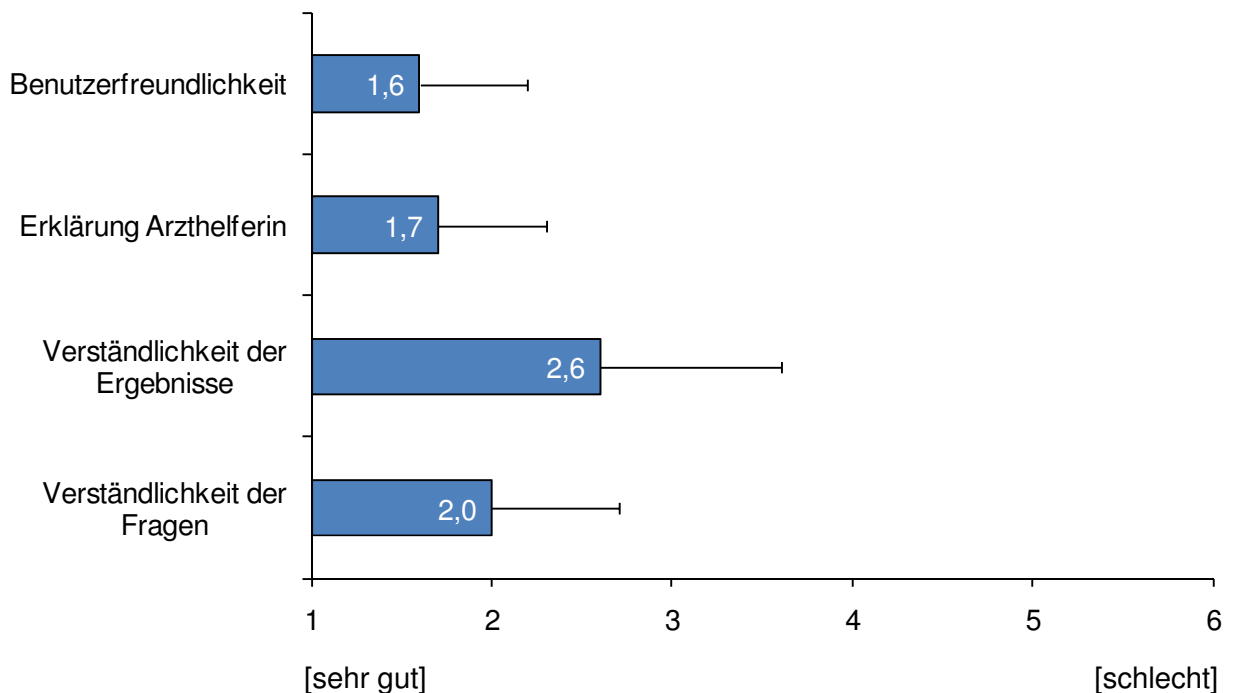


Abbildung 4: Bewertung des Lebensqualitätsrecorders durch Patienten (Mittelwerte und Standardabweichungen)

Da viele Patienten den Fragebogen erst nach der Konsultation ausfüllten, gab nur ungefähr ein Viertel der Patienten (62/280; 22%; Range: 18-29%) an, dass sie bereits mit dem Hausarzt über die Befragungsergebnisse gesprochen hätten. Die Hälfte

der übrigen Patienten (108/218; 50%; 45-59%) hatte die Absicht, bei der nächsten Möglichkeit mit ihrem Arzt über die Ergebnisse zu sprechen (39% wollten dies nicht tun, 9% waren unentschlossen). Die meisten dieser Patienten sahen keine Notwendigkeit, über ihre Befragungsergebnisse zu sprechen, z.B. weil sie aktuell nicht das Gefühl hatten, unter einer Einschränkung ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität zu leiden (15 Personen).

Knapp 70% der Patienten (193/280; 63-75%) betrachteten die elektronische Befragung als ein nützliches Hilfsmittel, um ihre Behandlung zu verbessern (16% stimmten nicht zu, 15% waren unentschlossen). Eine große Mehrheit der Patienten (86%; 82-91%) würde es begrüßen, wenn die elektronische Lebensqualitätsbefragung in Zukunft fortgeführt würde. Tabelle 2 fasst die von Patienten am häufigsten geäußerten Gründe zusammen, warum Lebensqualitätsbefragungen in Hausarztpraxen weiterhin durchgeführt werden sollten. Viele Patienten waren der Meinung, dass es dadurch leichter fällt, relevante Informationen zu sammeln und wichtige Aspekte während der Konsultation anzusprechen. Auch die Möglichkeit der Verlaufsbeurteilung sowie die Möglichkeit der besseren Selbstreflexion durch die Befragungen schätzten viele Patienten als positiv ein.

Tabelle 2: Vorteile elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht von Patienten

Kategorie	Definition <i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>	Ankerbeispiele	N*
Ganzheitliche Patientenwahrnehmung	...sie eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten durch Gewinnung von Zusatzinformationen ermöglichen.	Arzt kann sich Gesamtbild machen. Einzelheiten werden dargestellt, da so viele unterschiedliche Aspekte erfragt werden.	130
Verlaufsbeurteilung	...man durch Wiederholung der Befragung Aussagen über den Verlauf des Befindens über die Zeit treffen kann.	Wenn man öfter hingehet, hat Arzt Verlauf, kann sehen, wie es mir so geht und mit vorherigen Befragungen vergleichen.	73
Kommunikationshilfe (z.B. für sensible Themen, verschlossene oder vergessliche Patienten)	...sie es erleichtern, Informationen über sensible Themen mitzuteilen, verschlossenen Patienten mehr Informationen zu entlocken und Patienten gewisse Sachen wieder in Erinnerung rufen, die sie sonst vergessen würden mitzuteilen.	Weil man die Sachen, die gefragt werden, nicht unbedingt erzählt. Fragen holen noch was raus, was man sonst nicht sagen würde.	72
Selbstreflexion des Patienten	...Patienten die Möglichkeit haben, ihren eigenen Gesundheitszustand zu reflektieren und ihn durch Verhaltensänderung ggf. zu verbessern.	Um zu gucken, ob man schlechter oder besser wird und was man verändern kann.	60
Aktuelles Befinden	...sie das gegenwärtige Befinden des Patienten widerspiegeln.	Für Arzt hilfreich zu wissen, wie gut es mir aktuell gerade genau geht.	54
Patienten-Fürsorge	...sie das Gefühl vermitteln, dass Arzt sich um den Patienten kümmert und ihn ernst nimmt.	Gefühl, dass man sich Gedanken um Patient macht. Patient hat das Gefühl, dass er ernst genommen wird und dass man auf ihn eingeht.	50
Therapieplanung / -veränderung	... man anhand ihrer Ergebnisse den Erfolg einer Behandlung überprüfen kann.	Der Arzt kann das, was gut ist bzw. geholfen hat weiterführen.	47

Fortsetzung Tabelle 2

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>			
Impuls für Arzt-Patient-Gespräch	...sie das Arzt-Patient-Gespräch erleichtern, indem sie Ausgangspunkte für den Gesprächsanstoß liefern.	Wenn man schon die Fragen auf dem PC beantwortet hat, dann weiß Arzt schon Bescheid wo er nachfragen muss.	42
Forschung	...neue Erkenntnisse für die Forschung liefern.	Ist ja nicht so ein Problem, das zu beantworten, mache gerne mit, um Studie zu helfen.	31
Ressourcen-Management	...die Wartezeit der Patienten genutzt wird, um Informationen zu gewinnen, so dass der Arzt während der Konsultation mehr Zeit für andere Dinge hat.	Man hat ja Zeit zum Beantworten der Fragen und der Arzt gewinnt auch Zeit.	29
Objektivierbarkeit	...der Arzt einen objektiven Befund über das Befinden des Patienten hat, an dem er seine subjektive Wahrnehmung überprüfen kann.	Ist mehr oder weniger Bestätigung für Arzt, Bestätigung seiner Einschätzung.	20
Informationen über psychisches Befinden	...dass sie auch das psychische Befinden widerspiegeln.	Man kriegt mehr raus, wie es einem innerlich ist.	9

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

5.3 Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Praxismitarbeiterinnen

Nach Angabe der Praxismitarbeiterinnen konnten die Lebensqualitätsbefragungen gut in den täglichen Ablauf integriert werden. Die technische Durchführbarkeit wurde von ihnen im Mittel mit der Note 2,5 (SD = 0,8) und die Durchführbarkeit im Praxisalltag insgesamt mit der Note 2,0 (SD = 0,8) bewertet. Die Praxismitarbeiterinnen benötigten - nach ihrer eigenen Einschätzung - im Mittel 6 min. (SD = 2,4; Range: 1-10 min.) um den Patienten den Lebensqualitätsrecorder zu erklären, die durchschnittliche Dauer für die Durchführung der elektronische Befragung betrug 7 ± 4 min. (Range: 1-37 min.). Etwa zwei Drittel der Praxismitarbeiterinnen bewerteten diesen Zeitaufwand als akzeptabel (11% fanden es inakzeptabel; 22% waren unentschlossen). Die Mehrheit der Praxismitarbeiterinnen (70%) gab an, dass sie den zukünftigen Gebrauch der elektronischen Lebensqualitätsbefragungen begrüßen würden.

Die von den Praxismitarbeiterinnen beschriebenen Vorteile der Lebensqualitätsbefragungen lassen sich verschiedenen Kategorien zuordnen (Tabelle 3). Da die Praxismitarbeiterinnen z.T. die Vorteile der elektronischen Befragungen ähnlich darstellten wie Ärzte und Patienten, wurden hier bewusst die gleichen Kategorien und Definitionen in den Tabellen verwendet. Die Praxismitarbeiterinnen betonten in erster Linie, dass sie solche Befragungen als ein Zeichen der Patientenfürsorge betrachten. Sie bewerteten aber auch die Selbstreflexion des Patienten, die Verlaufsbeurteilung sowie die Gewinnung relevanter zusätzlicher Informationen als wichtige Vorteile.

Tabelle 3: Vorteile elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht von Praxismitarbeiterinnen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>		
Patienten-Fürsorge	...sie das Gefühl vermitteln, dass Arzt sich um den Patienten kümmert und ihn ernst nimmt.	Weil Patienten Gefühl haben, dass man sich um sie kümmert.	12
Selbstreflexion des Patienten	...Patienten die Möglichkeit haben, ihren eigenen Gesundheitszustand zu reflektieren und ihn durch Verhaltensänderung ggf. zu verbessern.	Dass Patient sich selber mal einschätzt in einigen Lebenslagen.	4
Verlaufsbeurteilung	...man durch Wiederholung der Befragung Aussagen über den Verlauf des Befindens über die Zeit treffen kann.	Überblick von Patient, wie er sich verbessert / verschlechtert.	3
Ganzheitliche Patientenwahrnehmung	...sie eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten durch Gewinnung von Zusatzinformationen ermöglichen.	Weil das nicht schlecht ist für Überblick von Patient.	3
Kommunikationshilfe für sensible Themen	...sie es erleichtern, Informationen über sensible Themen mitzuteilen.	Arzt bekommt Infos, die er sonst nicht bekommt, die Patienten sonst nicht zwingend sagen.	2
Therapieplanung / -veränderung	... man anhand ihrer Ergebnisse den Erfolg einer Behandlung überprüfen kann.	Bsp: Patient war total depressiv, hat Medis bekommen, dann besser. Bin gespannt was rauskommt bei der nächsten Befragung. Dadurch: Wie schlägt Therapie an?	2
Qualitätskontrolle	...sie eine Möglichkeit darstellen, die Qualität einer Praxis zu kontrollieren und ggf. zu verbessern.	Verbesserung der Qualität.	2
Aktuelles Befinden	...sie das gegenwärtige Befinden des Patienten widerspiegeln.	Wie sind Patienten drauf? Durch Befragung gut zu beurteilen.	1
Impuls für Arzt-Patient-Gespräch	...sie das Arzt-Patient-Gespräch erleichtern, indem sie Ausgangspunkte für den Gesprächsanstoß liefern.	Z.T. wissen Patienten gar nichts von Ihren Einschränkungen, z.T. schon (die meisten). Sinnvoll, wenn Patienten das noch mal mit Doktor besprechen.	1

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

5.4 Bewertungen elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Hausärzten

Den Angaben der Hausärzte nach, waren die Lebensqualitätsbefragungen nützlich für die Patientenversorgung und konnten gut in die tägliche Arbeitsroutine integriert werden (Abbildung 5). Ihre Bewertung der Verständlichkeit der ausgedruckten Ergebnisse liegt im Mittel bei 2,7, streut aber stark zwischen 1 bis 6. Die sofortige Ergebnisbereitstellung wurde als wichtig angesehen (Mittel: 2,4). Fast alle Hausärzte (16/17) würden die Benutzung von Lebensqualitätsbefragungen in der Zukunft begrüßen.

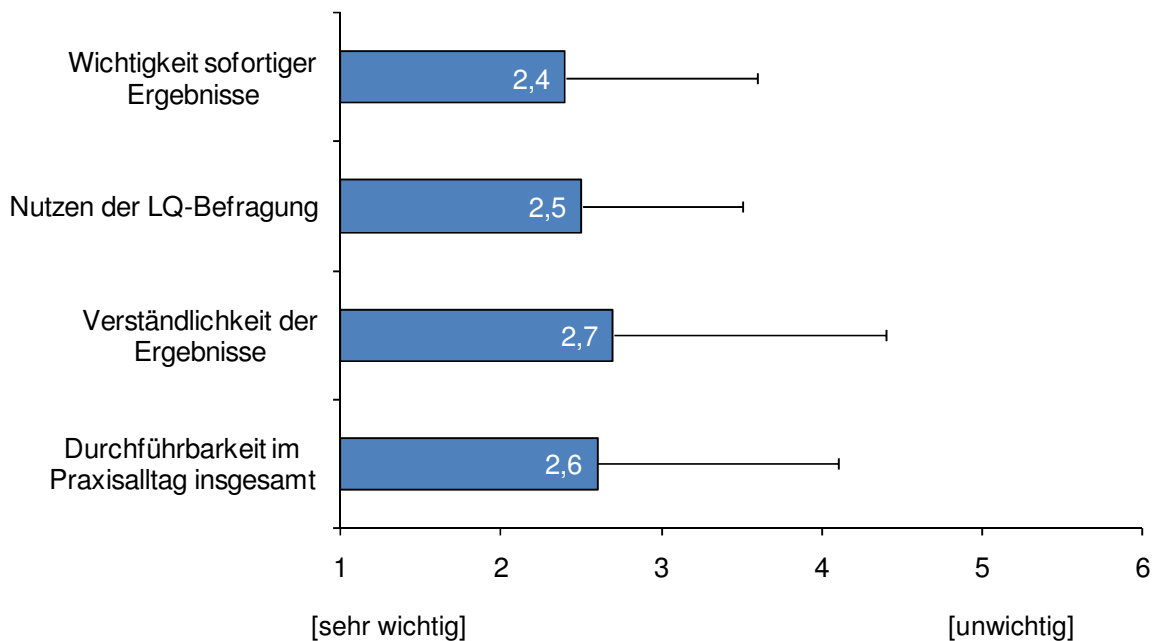


Abbildung 5: Bewertung des Lebensqualitätsrecorders durch Ärzte (Mittelwerte und Standardabweichungen)

Die von den Hausärzten geäußerten Vorteile bezüglich der Lebensqualitätsbefragungen lassen sich in Kategorien zusammenfassen: Am häufigsten wurde hierbei zu Beginn der Studie der Aspekt der Verlaufsbeurteilung des Patienten und seiner Krankheit über die Zeit genannt (Tabelle 4). Häufig erwähnten die Hausärzte aber auch die Gewinnung von Zusatzinformationen, die Objektivierbarkeit der Arztein-schätzung, die Möglichkeit des Therapiemonitoring sowie eine Erleichterung der Arzt-Patient-Kommunikation in speziellen Themengebieten.

Tabelle 4: Vorteile elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht der Hausärzte zu Beginn der Studie

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>		
Verlaufsbeurteilung	...man durch Wiederholung der Befragung Aussagen über den Verlauf des Befindens über die Zeit treffen kann.	Zeitlicher Ablauf interessant, man muss mehrere Eindrücke haben.	11
Ganzheitliche Patientenwahrnehmung	...sie eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten durch Gewinnung von Zusatzinformationen ermöglichen.	Weil Befragung viele Infos liefert, die ich so von Patient nicht habe, die ich so aus Erlebtem mit Patient nicht habe; Gewinn.	9
Objektivierbarkeit	...der Arzt einen objektiven Befund über das Befinden des Patienten hat, an dem er seine subjektive Wahrnehmung überprüfen kann.	Gegenkontrolle zu meinem Eindruck; mich selbst zu überprüfen und Möglichkeit Aspekte zu sehen, die ich übersehen habe. Für Patient Eindruck, dass unabhängige Größen / Tests meine Meinung bestätigen; greifbares Ergebnis und Dokumentation.	9
Kommunikationshilfe für sensible Themen (z.B. psychisch, sozial)	...sie es erleichtern, Informationen über sensible Themen mitzuteilen und zu erfragen.	Anonyme Befragung, da sind Patienten eher bereit Probleme anzugeben, als direkt vor Arzt, man spricht / fragt an, was sonst nicht so artikuliert wird.	8
Therapieplanung / -veränderung	... man anhand ihrer Ergebnisse den Erfolg einer Behandlung überprüfen kann.	Schwächen erkennen in Therapie und Umgang mit Patienten, ggf. Konsequenzen daraus ziehen.	8
Patienten-Fürsorge	...sie das Gefühl vermitteln, dass Arzt sich um den Patienten kümmert und ihn ernst nimmt.	Patient hat Gefühl, er kann endlich mal alles los werden, Vertrauensbasis schaffen / fördern.	6
Impuls für Arzt-Patient-Gespräch	...sie das Arzt-Patient-Gespräch erleichtern, indem sie Ausgangspunkte für den Gesprächsanstoß liefern.	Wenn man sieht, dass sich etwas verschlechtert, ansprechen, so hat man Handhabe, um Problem anzusprechen.	5
Ressourcenmanagement	...die Wartezeit der Patienten genutzt wird, um Informationen zu gewinnen, so dass der Arzt während der Konsultation mehr Zeit für andere Dinge hat.	Hoffe und erwarte, dass zusätzlich andere Daten sehr bequem aufbereitet werden können. Schneller mehr Infos und dadurch mehr Zeit für eigentliche Beratung.	4

Fortsetzung Tabelle 4

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>		
Marketing	...sie einen professionellen Eindruck vermitteln und somit gut für das Marketing einer Praxis sind.	Macht professionelleren Eindruck; jeder Patient beantwortet standardisierten Fragebogen.	3
Aktuelles Befinden	...sie das gegenwärtige Befinden des Patienten widerspiegeln.	Nutzen: Wenn ich aktuelle Daten erheben kann.	2
Patientenbindung	...sie eine engere Praxisanbindung der Patienten durch regelmäßige Befragungswiederholungen bewirken.	Nutzen: Im Rahmen Patientenbindung.	2
Compliance	...sie die Compliance der Patienten verbessern sowie besser überprüfbar machen können.	Nutzen: Compliance.	1
Selbstreflexion des Patienten	...Patienten die Möglichkeit haben, ihren eigenen Gesundheitszustand zu reflektieren und ihn durch Verhaltensänderung ggf. zu verbessern.	Es geht mir im Prinzip darum, dass Patient es sich anschauen und nachdenken kann.	1
Informationen über psychisches Befinden	...dass sie auch das psychische Befinden widerspiegeln.	LQ, geht es häufig auch um psychische Dinge.	1

Befragt nach ihren Erfahrungen mit elektronischen Patientenbefragungen nach Ablauf des einjährigen Erhebungszeitraums, nannten die Hausärzte die folgenden wesentlichen Punkte: Die Befragten äußerten sich am häufigsten positiv über die zusätzlichen Informationen durch die Befragung sowie die Möglichkeit des gezielten Informationsgewinns. Die Aspekte der Verlaufsbeurteilung sowie der Erleichterung des Arzt-Patient-Gesprächs wurden am zweit- bzw. dritthäufigsten genannt (vgl. Tabelle 5). Da im Abschlussinterview z.T. ähnliche Vorteile genannt wurden wie zu Beginn der Studie, wurden in den zwei Tabellen absichtlich die gleichen Kategorien und Definitionen verwendet.

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

Tabelle 5: Vorteile elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht der Hausärzte nach Ablauf eines Jahres

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>		
Ganzheitliche Patientenwahrnehmung	...sie eine ganzheitliche Wahrnehmung des Patienten durch Gewinnung von Zusatzinformationen ermöglichen.	Da kamen dann trotzdem (...) noch mal schriftlich ganz andere Bereiche dazu.	7
Gezielter Informationsgewinn	...sie ein Instrument darstellen, mit dessen Hilfe man gezielt Informationen erheben kann, z.B. Erstanamnese etc..	Ich glaube, dass das eine ganz ganz wichtige Geschichte ist mit dieser Eingabemöglichkeit. Meiner Meinung nach aber eher dann, wenn ich andere Sachen zusätzlich mache, z.B., dass die Patienten ihre Anamnese eingeben können und Fragebögen damit machen können.	7
Verlaufsbeurteilung	...man durch Wiederholung der Befragung Aussagen über den Verlauf des Befindens über die Zeit treffen kann.	Wie verändert sich die Lebensqualität von Patienten mit Krankheit X im Verlauf?	4
Impuls für Arzt-Patient-Gespräch	...sie das Arzt-Patient-Gespräch erleichtern, indem sie Ausgangspunkte für den Gesprächsanstoß liefern.	Ich war eigentlich positiv überrascht, dass die im Fragebogen angesprochenen Themen auch öfter Thematik der Konsultationen wurden.	3
Kommunikationshilfe für sensible Themen (z.B. psychisch, sozial)	...sie es erleichtern, Informationen über sensible Themen mitzuteilen und zu erfragen.	Bereiche, die man nicht so oft anspricht, wie finanzielle Probleme oder Schlafprobleme.	2
Selbstreflexion des Patienten	...Patienten die Möglichkeit haben, ihren eigenen Gesundheitszustand zu reflektieren und ihn durch Verhaltensänderung ggf. zu verbessern.	Beim Patienten Problembewusstsein und Phantasie angeregt werden, um da dran selber auch zu arbeiten.	2
Patienten-Fürsorge	...sie das Gefühl vermitteln, dass Arzt sich um den Patienten kümmert und ihn ernst nimmt.	Große Akzeptanz durch die Patienten.	2
Ressourcenmanagement	...die Wartezeit der Patienten genutzt wird, um Informationen zu gewinnen, so dass der Arzt während der Konsultation mehr Zeit für andere Dinge hat.	Es geht halt viel schneller. Man guckt da einmal drauf und sieht dann in welche Richtung das läuft und kann's auch nebeneinander legen.	2

Fortsetzung Tabelle 5

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>LQ-Befragungen bringen den Vorteil, dass...</i>		
Therapieplanung / -veränderung	... man anhand ihrer Ergebnisse den Erfolg einer Behandlung überprüfen kann.	Auch wenn ich dann irgendwie therapeutisch interveniert habe, konnte ich das wirklich sehr viel schöner nachvollziehen, als wenn ich die Leute nur befrage.	2
Objektivierbarkeit	...der Arzt einen objektiven Befund über das Befinden des Patienten hat, an dem er seine subjektive Wahrnehmung überprüfen kann.	Die andere Erfahrung, die ich damit gemacht habe, dass ich sie eben auch gut verwenden konnte in der Dokumentation gegenüber Renten und anderen Anfragen von Behörden. Die ja sehr auf objektive Daten aus sind.	1

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

5.5 Hindernisse gegenüber elektronischen Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Praxismitarbeiterinnen

Die Praxismitarbeiterinnen benannten „Zeitmangel“ als die Hauptbarriere in Bezug auf regelmäßige Lebensqualitätsbefragungen („Wenn viel zu tun ist, haben wir keine Zeit für Befragungen“; so oder ähnlich 16 Praxismitarbeiterinnen). Aber auch technische Probleme sowie eine Ablehnung der Befragung von manchen Patienten empfanden die Praxismitarbeiterinnen oft als hinderlich (Tabelle 6).

Tabelle 6: Hindernisse elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht der Praxismitarbeiterinnen

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>Hinderlich bei LQ-Befragungen ist...</i>		
Ressourcenknappheit	..., dass im normalen Praxisalltag häufig nicht genug Ressourcen (Zeit, Räume, Personal) zur Verfügung stehen.	Abhängig von Zeit; momentan z.B. wenig Zeit wegen Quartalsabrechnung; wenig Räume (2 Sprechzimmer), Befragungen nicht im Wartezimmer, da Patient dort nicht alleine, ein bisschen störend, da dann 2. Behandlungsraum belegt ist.	20
Technik	... das Auftreten von technischen Problemen u.U. bedingt durch die Einführung der LQ-Befragung.	Problem mit Drucker, PC relativ belastet, dauert lange, bis Ausdruck kommt.	19
Patientenablehnung	..., wenn die Patienten die Befragung aus verschiedenen Gründen ablehnen.	Manche waren nicht so erfreut und wollten es nicht.	12
Verständnisprobleme	..., dass ältere Patienten und Ausländer Probleme mit der Durchführung bedingt durch z.B. Verständnis- oder Leseprobleme haben können.	V.a. Ältere, man muss sich schon mit ins Zimmer setzen. Generell problematisch, wenn Patient älter als 70/80 Jahre.	6
Mangelnde Gewohnheit	..., dass sie noch nicht so präsent sind und dadurch häufig die Durchführung bzw. die Ergebnisansicht (fehlende Benachrichtigung) vergessen wird.	Hindernisse: eigene Vergesslichkeit.	3
Darstellung	..., wenn die Ergebnisdarstellung nicht optimal (z.B. schwierig zu lesen und zu interpretieren) ist.	Vielleicht Skalen verändern, Ergebnisausdruck für Patienten.	1
Fragebogen	..., wenn der Fragebogen zu ausführlich und zu kompliziert ist.	Problem Fragebogen Asthma: teilweise zu lang und Fragen zu kompliziert.	1

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

5.6 Hindernisse gegenüber elektronischen Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Hausärzten

Bei der Befragung der Hausärzte zu Beginn der Studie erwähnten auch sie den Mangel an Ressourcen - vor allem der Zeit - als die Hauptbarriere in Bezug auf regelmäßige Lebensqualitätsbefragungen („Wenn wenig los ist, klappt es gut, sonst geht es unter“; so oder ähnlich 6 Ärzte). Ein weiteres Hindernis für die Hausärzte waren mangelnde Motivation der Beteiligten und eine unzureichende Ergebnisdarstellung (Tabelle 7). Aufgrund der z.T. ähnlichen Darstellung der Hindernisse wurden bei den Tabellen von Ärzten und Praxismitarbeiterinnen sowie bei den Tabellen der Ärzte zu Beginn der Studie und nach Ablauf eines Jahres identische Kategorien und Definitionen verwendet.

Tabelle 7: Hindernisse elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht der Hausärzte zu Beginn der Studie

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>Hinderlich bei LQ-Befragungen ist...</i>		
Ressourcenknappheit	..., dass im normalen Praxisalltag häufig nicht genug Ressourcen (Zeit, Räume, Personal) zur Verfügung stehen.	Erhöhter Zeitaufwand für einzelne Arzthelferin; Stoß-Zeiten, Quartalanfang machen Probleme.	13
Darstellung	..., wenn die Ergebnisdarstellung nicht optimal (z.B. schwierig zu lesen und zu interpretieren) ist.	Das Ergebnis auf ersten Blick intuitiv erkennbar machen. Nicht noch, dass Arzt Patient den Ergebnisausdruck erklären muss.	7
Motivation	..., wenn die Beteiligten (Ärzte, Personal und Patienten) keine bzw. nur wenig Motivation und / oder Interesse zeigen.	Fehlende Motivation der Arzthelferin.	7
Konsultationsanlass	..., dass der Konsultationsanlass des Patienten nicht immer mit der LQ-Befragung zu vereinbaren ist.	Ob es nicht was Wichtigeres zu besprechen gab; was Wichtiges: LQ-Befragung zur Seite gelegt.	6
Mangelnde Gewohnheit	..., dass sie noch nicht so präsent sind und dadurch häufig die Durchführung bzw. die Ergebnisansicht (fehlende Benachrichtigung) vergessen wird.	Zufall; ist was, was ich nicht so im Hinterkopf habe.	6
Technik	... das Auftreten von technischen Problemen u.U. bedingt durch die Einführung der LQ-Befragung.	Hardware-Problem / Funktion WLAN, Patienten müssen an Anmeldung stehen bleiben und ein Rechner ist sehr langsam dadurch geworden.	6
Unklare Konsequenz	..., wenn unklar ist, ob und wenn ja welche Konsequenz die Ergebnisse haben.	Weiß nicht, was ich mit Ergebnis machen soll.	3
Verständnisprobleme	..., dass ältere Patienten und Ausländer Probleme mit der Durchführung bedingt durch z.B. Verständnis- oder Leseprobleme haben können.	Ausländische Patienten, die meinen, sie verstehen es nicht.	3

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

Auch rückblickend gaben zahlreiche Hausärzte im Abschlussinterview nach Ablauf eines Jahres an, dass wesentliche Hinderungsgründe für routinemäßige Lebensqualitätsbefragungen in mangelnden Ressourcen und fehlender Motivation lägen (Tabelle 8). Entsprechend würden ihrer Meinung nach ausreichend Zeit, Personal und Räumlichkeiten Lebensqualitätsbefragungen im Praxisalltag erleichtern.

Tabelle 8: Hindernisse elektronischer Befragungen zur Lebensqualität (LQ) aus Sicht der Hausärzte nach Ablauf eines Jahres

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>Hinderlich bei LQ-Befragungen ist...</i>		
Ressourcenknappheit	..., dass im normalen Praxisalltag häufig nicht genug Ressourcen (Zeit, Räume, Personal) zur Verfügung stehen.	Weil es halt zeitlich sehr eng ist, weil die Patienten Hilfestellung dabei brauchen bei der technischen Umsetzung. Hilfestellung brauchen bei der Beantwortung der Fragen. Weil dazu personell und zeitlich einfach kein Raum ist.	14
Motivation	..., wenn die Beteiligten (Ärzte, Personal und Patienten) keine bzw. nur wenig Motivation und / oder Interesse zeigen.	Helferinnen liebten es nicht, sabotierten es eher.	9
Erhebungsprobleme	..., dass Patienten der Aspekt der technischen Erhebung der Lebensqualität abschreckt und bei der Durchführung hinderlich ist.	Akzeptanz der Technik seitens der Patienten muss besser werden, wollen eher Papier-Fragebogen.	7
Mangelnde Gewohnheit	..., dass sie noch nicht so präsent sind und dadurch häufig die Durchführung bzw. die Ergebnisansicht (fehlende Benachrichtigung) vergessen wird.	Weil es meistens so im Alltag dann doch einfach irgendwie untergegangen ist.	6
Technik	... das Auftreten von technischen Problemen u.U. bedingt durch die Einführung der LQ-Befragung.	Technisch war es, trotz aller Mühe, dann manchmal etwas aufwendig.	6
Fragebogen	..., wenn der Fragebogen zu ausführlich und zu kompliziert ist.	Und es ist auch so die Frage, ob das 50 Fragen sein müssen.	4

Fortsetzung Tabelle 8

Kategorie	Definition	Ankerbeispiele	N*
	<i>Hinderlich bei LQ-Befragungen ist...</i>		
Konsultationsanlass	..., dass der Konsultationsanlass des Patienten nicht immer mit der LQ-Befragung zu vereinbaren ist.	Patienten haben konkretes Anliegen, das im Vordergrund steht; wird abgearbeitet.	4
Verständnisprobleme	..., dass ältere Patienten und Ausländer Probleme mit der Durchführung bedingt durch z.B. Verständnis- oder Leseprobleme haben können.	Gerade bei älteren Leuten muss halt schon einer mitgehen und das erklären.	4
Aufklärung	..., wenn im Vorfeld (durch Flyer etc.) nicht ausreichend über Sinn und Zweck der Befragung aufgeklärt wurde.	Es wäre wahrscheinlich auch ganz hilfreich in so ein paar Sätzen die Intention zu erklären.	3
Darstellung	..., wenn die Ergebnisdarstellung nicht optimal (z.B. schwierig zu lesen und zu interpretieren) ist.	Was sicher noch verbesserungswürdig ist, wäre so die Graphik.	3
Unklare Konsequenz	..., wenn unklar ist, ob und wenn ja welche Konsequenz die Ergebnisse haben.	Weil ich mit den Skalen nicht viel anfangen konnte. Das war mir einfach zu abstrakt.	3
Vergütung	..., dass die Befragungen nicht vergütet werden.	Das ist ja ein nicht honorierter Einsatz. Wir können ja nichts mehr machen, was nicht honoriert wird.	2
Arzt-Patient-Verhältnis	..., wenn das Arzt-Patient-Verhältnis sehr neu und somit noch nicht so gefestigt ist.	Neue Praxis übernommen zu der Zeit, neue Patienten. Beziehung, die notwendig um Leute zu motivieren, bestand noch nicht. Konfrontation neuer Arzt und neue Praxis, hatte selber Hemmungen, dann noch sowas zu machen.	1

Abbildung 6 zeigt, wie stark - nach Meinung der Hausärzte im Abschlussinterview - verschiedene Einflussgrößen die Lebensqualitätsbefragungen im medizinischen Alltag erschweren oder erleichtern können. Als sehr wichtig bewerteten die Hausärzte ein ausreichendes Versorgungsangebot, um Patienten bei Einschränkungen der Lebensqualität gezielt überweisen zu können, sowie den Zeitfaktor. Eine ausreichende

* Anzahl Zitate; jeder Interviewpartner wurde nur einmal gezählt.

Vergütung für die Befragung wurde als wichtig erachtet, wobei als angemessene Vergütungssumme pro Patientenbefragung im Durchschnitt 12 € (SD: 9; Range 4-30) genannt wurden. Am wenigsten wichtig wurde eine auf den Lebensqualitätsergebnissen basierende Behandlungsempfehlung angesehen.

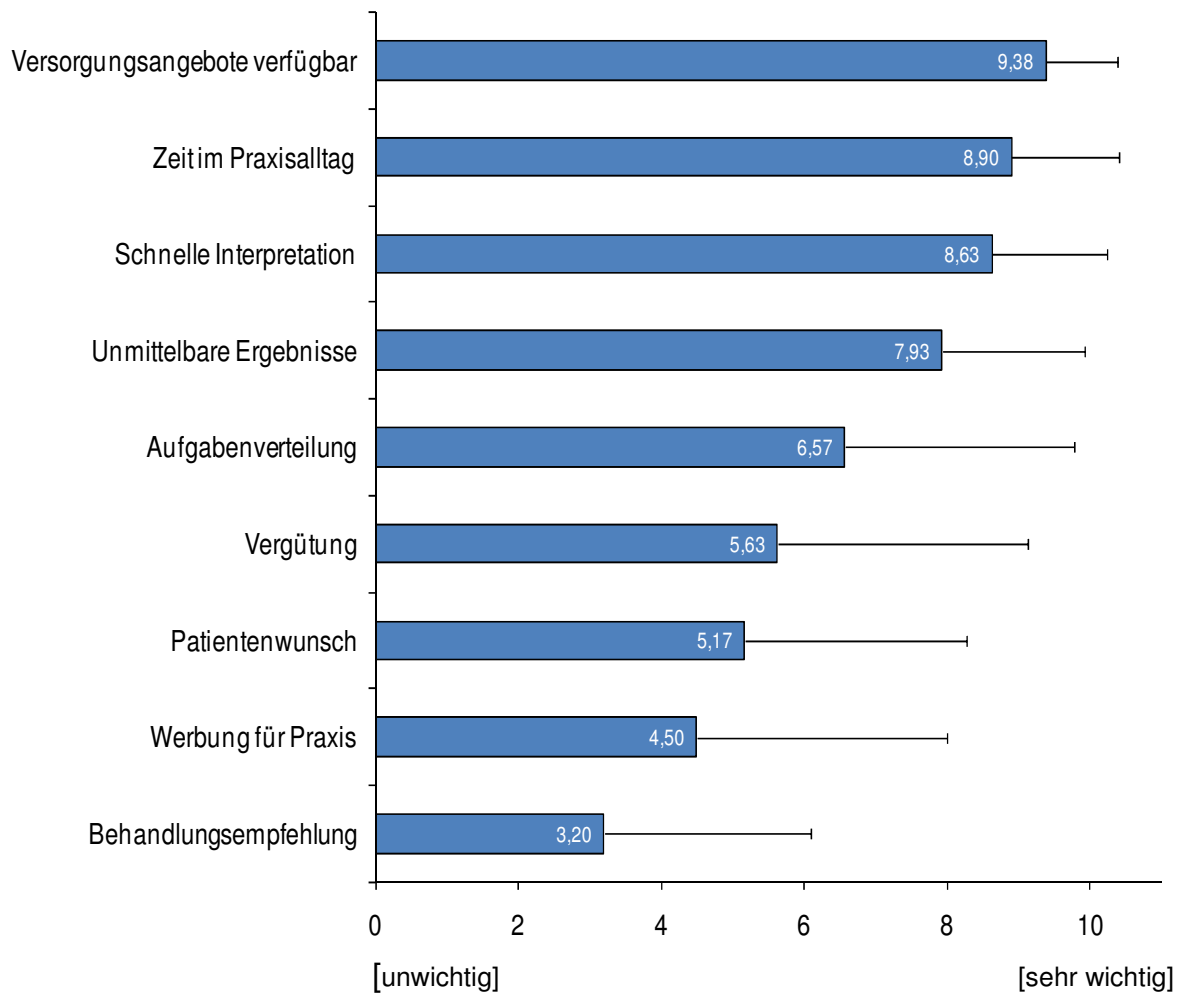


Abbildung 6: Gewichtung verschiedener Einflussgrößen in Bezug auf Lebensqualitätsbefragungen (Mittelwerte und Standardabweichungen)

6. Diskussion

Diese Studie untersuchte die Durchführbarkeit von elektronischen Lebensqualitätsbefragungen in 14 Hausarztpraxen und die Einstellung von Ärzten, Praxismitarbeiterinnen und Patienten gegenüber einem solchen Angebot. Elektronische Lebensqualitätsbefragungen in Hausarztpraxen lassen sich in den Praxisalltag integrieren und werden von den Beteiligten gut akzeptiert. Es können wichtige zusätzliche Informationen über die Lebensqualität von Patienten gewonnen werden. Äußere Rahmenbedingungen (z.B. Ressourcenknappheit, technisch-organisatorische Probleme) erschweren jedoch den alltäglichen Gebrauch und stehen der regelmäßigen Anwendung im Wege.

6.1 Diskussion der Methode

Die vorliegende Untersuchung wurde mit einer kleinen Stichprobe durchgeführt. Daraus folgt, dass kein Anspruch auf Repräsentativität erhoben werden kann. Das erscheint dennoch akzeptabel, weil auch nicht-repräsentative Erfahrungen in Bezug auf die Akzeptanz, die Umsetzbarkeit sowie Vorteile und Hindernisse von Lebensqualitätsbefragungen in deutschen Hausarztpraxen gerade während der Anfangsphase der Implementation eines innovativen Angebots wichtige Erkenntnisse liefern. Bezieht man diese Ergebnisse in den weiteren Entwicklungsprozess mit ein, können sie genutzt werden, um schließlich ein gut funktionierendes System von Lebensqualitätsbefragungen im hausärztlichen Setting zu schaffen.

Neben der Limitierung durch eine geringe Stichprobengröße ist auf einen möglichen Selektionsbias hinzuweisen. Die teilnehmenden Hausarztpraxen meldeten sich aus eigener Initiative auf die Ausschreibung der Studie in einer Mailingliste, so dass man davon ausgehen kann, dass sie der Erhebung von Lebensqualität ein gewisses Interesse entgegen brachten. Es ist deshalb anzunehmen, dass die Ärzte eine Auswahl an sogenannten „early adopters“ darstellten, die generell eine gewisse Offenheit für Veränderungen und Innovationen zeigen (Rogers 1995, Wright et al. 2003).

Weiterhin ist zu beachten, dass zwar alle Ärzte und Praxismitarbeiterinnen, die in die Studie involviert waren, befragt werden konnten, aber nur etwas mehr als die Hälfte der teilnehmenden Patienten (280/523; 54%). Diese Non-Responder konnten nicht interviewt werden, da sie keine Telefonnummer auf dem „informed consent“ angegeben haben. Da die Gründe hierfür nicht bekannt sind, kann eine gewisse Verzerrung der Stichprobe auch hier nicht ausgeschlossen werden. Es ist z.B. vorstellbar, dass diese Patienten der Lebensqualitätsbefragung weniger positiv gegenüber eingestellt waren. In einer größer angelegten Studie könnte man es den Patienten freistellen, ob sie telefonisch befragt werden oder stattdessen lieber anonym einen schriftlichen Fragebogen ausfüllen wollen. Im Rahmen unserer Studie erscheint die Teilnahmequote - wie der Selektionsbias bei den Hausärzten - akzeptabel, da es zunächst um die Pilotierung der Prozeduren sowie um die Analyse von qualitativen Aspekten hinsichtlich von Vorteilen und Hindernissen von Lebensqualitätsbefragungen ging.

6.2 Vorteile elektronischer Lebensqualitätsbefragungen aus Sicht von Patienten, Praxismitarbeiterinnen und Hausärzten

Die Erhebung von Lebensqualität ist ein wichtiges zusätzliches Instrument zur Beurteilung des Behandlungserfolges als Ergänzung zu traditionellen klinischen Outcome-Kriterien gerade auch in der hausärztlichen Praxis (Lohr und Zebrack 2009). In der vorliegenden Studie konnten wir zeigen, dass der elektronischen Erhebung der Lebensqualität von Patienten, Praxismitarbeiterinnen und Hausärzten eine große Akzeptanz entgegen gebracht wurde und die Mehrheit der Teilnehmer mit der technischen Umsetzung zufrieden war. Die, besonders von den Hausärzten, als wichtig erachtete unmittelbare Verfügbarkeit der Befragungsergebnisse (vgl. Abbildung 6) wurde durch die Verbindung des Tablet-PCs über Funknetz (WLAN) mit der Praxissoftware gewährleistet. Die Ergebnisse konnten so automatisch übermittelt, ausgewertet und ausgedruckt werden und standen noch während desselben Praxisbesuches zur Verfügung. Durch die Speicherung der Befragungsergebnisse in der elektronischen Patientenakte war die Möglichkeit einer Verlaufsbeurteilung durch Vergleich der Ergebnisse unterschiedlicher Befragungszeitpunkte gegeben. Eine zusätzliche Arbeitsbelastung der Praxismitarbeiterinnen bzw. Ärzte durch Auswertung oder

Archivierung der Ergebnisse, die es bei Papierfragebögen gegeben hätte, bestand nicht (Velikova et al. 1999). Übereinstimmend mit anderen Studien hatten die Patienten trotz unterschiedlicher Erfahrung im Umgang mit Computern keine Schwierigkeiten im Gebrauch des Lebensqualitätsrecorders (Berry et al. 2004, Wright et al. 2003).

Die Hausärzte schätzten vor allem die zusätzlichen Informationen, die sie durch die standardisierte Erhebung von gesundheitsbezogener Lebensqualität erhielten. Durch diese wurden sie auf Einschränkungen in ganz bestimmten Lebensbereichen aufmerksam, die in der täglichen Routine häufig nicht zur Sprache kommen (Valderas et al. 2008). Auch der Aspekt der Verlaufsbeurteilung, der es ermöglicht zeitliche Veränderungen in der Lebensqualität der Patienten zu erkennen und frühzeitig darauf zu reagieren (Espallargues et al. 2000, Velikova et al. 2002), wurde von den Hausärzten in unserer Studie als positiv hervorgehoben. Vergleichbar mit anderen Studien (z.B. Greenhalgh 2009, Velikova et al. 2004) gaben die Hausärzte an, dass die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragungen die Kommunikation zwischen Arzt und Patient erleichtern, indem sie Anstöße für bestimmte Gesprächsthemen liefern, und es so z.B. ermöglichen auch sensiblere Themen anzusprechen, die sonst häufig ausgeklammert werden.

Die Praxismitarbeiterinnen sahen die Lebensqualitätsbefragungen vor allem als positiv für die Patienten an, da sie ihrer Meinung nach das Gefühl vermitteln, dass der Arzt sich um den Patienten kümmert und ihn ernst nimmt. Durch diese Stärkung der Patientenposition kann die geteilte Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient (*shared decision making*) gefördert werden (Albert et al. 2002).

Die Patienten bewerteten, genauso wie die Hausärzte, vor allem die mögliche Gewinnung von Zusatzinformationen als wichtigsten Vorteil der standardisierten Lebensqualitätserhebung. Durch die vielen unterschiedlichen Aspekte, die in den Fragebögen angesprochen wurden, kann der klinische Eindruck vervollständigt werden und der Hausarzt hat die Möglichkeit den einzelnen Patienten sowie seine Lebensumstände besser zu verstehen (Lohr und Zebrack 2009). Hausärzte, Praxismitarbeiterinnen und Patienten würden mehrheitlich die Durchführung zukünftiger elektroni-

scher Lebensqualitätsbefragungen begrüßen und sehen sie als nützliche Ergänzung in der Patientenversorgung (Higginson und Carr 2001, Gutteling et al. 2008).

6.3 Subjektive Hindernisse gegenüber routinemäßigen Lebensqualitätsbefragungen in der Hausarztpraxis

Obwohl die elektronischen Befragungen technisch funktionierten, von den Beteiligten gut akzeptiert wurden und wichtige Informationen über die Lebensqualität der Patienten lieferten, variierte die Anzahl der durchgeführten Befragungen deutlich zwischen den einzelnen Praxen (vgl. Kapitel 5.1). Während einige wenige Praxen dieses Instrument häufig und regelmäßig einsetzten, nutzten die meisten teilnehmenden Hausarztpraxen es weniger als erwartet. Übereinstimmend mit anderen Studien (z.B. Morris et al. 1998, Skevington et al. 2005) konnten auch wir zeigen, dass es eine Diskrepanz zwischen dem Nutzen, den Ärzte in der Erhebung von Lebensqualität sahen, und der Häufigkeit der tatsächlichen Durchführung der Befragung gab. Dies verdeutlicht, dass es offensichtlich immer noch einige Hindernisse gibt, die bei der routinemäßigen elektronischen Erhebung von Lebensqualität störend sind und die es zu bewältigen gilt. Wie von Deyo und Carter 1992 beschrieben (vgl. Kapitel 2.2.5), so kann man auch die in unserer Studie erhobenen Hinderungsgründe in 3 Kategorien zusammenfassen:

Praktische Barrieren: Sowohl Praxismitarbeiterinnen als auch Hausärzte gaben als Haupthinderungsgrund die fehlende Verfügbarkeit von Ressourcen an. Zwar konnte durch die elektronische Befragung - im Vergleich zu Papier-Bleistift-Messungen - der Arbeits- und Zeitaufwand deutlich reduziert werden (Velikova et al. 1999), nichtsdestotrotz waren sie vor allem im normalen Praxisalltag häufig die limitierenden Faktoren. Gerade zum Quartalsanfang oder in der Urlaubszeit, wo einzelne Praxen einander vertraten und ein hohes Patientenaufkommen bestand, konnte nicht gewährleistet werden, dass nebenher noch zusätzliche Befragungen durchgeführt wurden. Obwohl die Praxismitarbeiterinnen mehrheitlich den Zeitaufwand für das Erklären der Studienziele sowie für den Gebrauch und Umgang mit dem Lebensqualitätsrecorder als akzeptabel bewerteten, fehlte ihnen neben ihren eigentlichen administrativen und

medizinischen Aufgaben während eines arbeitsreichen Tages häufig die Zeit die Befragungen tatsächlich durchzuführen. Hinzu kam, dass die Praxismitarbeiterinnen gerade bei älteren Patienten z.T. eine ausführlichere Erklärung geben bzw. sogar beim Ausfüllen des Fragebogens helfen mussten und somit noch extra Zeit benötigten. Da ältere Patienten häufiger Einschränkungen in der Lebensqualität haben, wären aber gerade hier die Ergebnisse regelmäßiger Befragungen interessant (Wensing et al. 2001). Ähnlich den Praxismitarbeiterinnen fehlten auch den Hausärzten in einer beschäftigten Praxis oft die Kapazitäten. Die Ergebnisdiskussion und die adäquate Reaktion auf Defizite in der Lebensqualität sind zusätzliche Aufgaben, die zur Optimierung des praktischen Nutzens von Lebensqualitätsbefragungen wünschenswert wären, durch zeitliche Zwänge im Praxisalltag von Ärzten aber häufig nicht zu leisten sind (Guyatt et al. 2007, Lohr und Zebrack 2009). Personalmangel, fehlende Verfügbarkeit freier Räume sowie technische Probleme waren weitere praktische Barrieren, die die Durchführung von Lebensqualitätsbefragungen einschränkten.

Methodische Barrieren: Methodische Barrieren wie bspw. die fehlende Erfahrung in Bezug auf die adäquate Interpretation der Ergebnisse (Frost et al. 2007, Hahn et al. 2007) oder Unklarheiten hinsichtlich ihrer Konsequenz wurden von Hausärzten und Praxismitarbeiterinnen zwar erwähnt, spielten in der Gewichtung insgesamt aber eine eher untergeordnete Rolle.

Einstellungsbarrieren: Obwohl der Forschung auf dem Gebiet gesundheitsbezogener Lebensqualität ein immer größeres Interesse entgegen gebracht wird und in zahlreichen Studien (z.B. Albert et al. 2002, Detmar et al. 2002) der Nutzen von Lebensqualitätserhebungen bereits belegt wurde, war es auch in unserer Studie so, dass als ein Hinderungsgrund mangelnde Motivation oder sogar Ablehnung der Beteiligten angegeben wurde. Auffällig hierbei war jedoch, dass die Hausärzte eine mangelnde Motivation ihrer Praxismitarbeiterinnen und die Praxismitarbeiterinnen eine ablehnende Haltung einiger Patienten angaben, d.h. also, dass immer eine andere Teilnehmergruppe als die befragte angeführt wurde. Hier wäre zu klären, ob dies tatsächlich an einer generellen Skepsis von Ärzten, Personal und Patienten bezüglich der Relevanz und Wertigkeit von Lebensqualitätsinformationen liegt (Valderas et al. 2008) oder

aber ob die mangelnde Motivation vorgeschoben wurde, um eine geringe Befragungsrate zu rechtfertigen, obwohl in Wirklichkeit andere Gründe (z.B. Arbeitsüberlastung der Praxismitarbeiterinnen) dafür ausschlaggebend waren.

Interessanterweise war eine der teilnehmenden Praxen in der Lage, eine hohe Anzahl an elektronischen Lebensqualitätsbefragungen durchzuführen. Diese Praxis ist zuständig für die Bevölkerung einer größeren Insel und wird von einem Allgemeinarzt und seinem Praxisteam geführt, die sich durch spezielle organisatorische Fähigkeiten, Engagement und nachgewiesenem Forschungsinteresse auszeichnen (Kurzke 2008). Diese idealen Voraussetzungen und Besonderheiten sollte man nicht als Bedingung für eine erfolgreiche Umsetzung eines Lebensqualitätskonzeptes in der Hausarztpraxis betrachten. In diesem einen Fall aber waren sie wohl entscheidend für den Erfolg.

6.4 Ansätze zur Optimierung elektronischer Patientenbefragungen in der Hausarztpraxis

Zur erfolgreichen Integration von elektronischen Lebensqualitätsbefragungen in die Routine hausärztlicher Praxen, muss der Aufwand, der zur Durchführung einer Lebensqualitätsbefragung benötigt wird, durch den Nutzen der Befragung für Arzt und Patient gerechtfertigt sein. Um den Nutzen und die Durchführbarkeit von elektronischen Lebensqualitätsbefragungen weiter zu erhöhen, können - auch nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie - folgende Schritte vorgeschlagen werden:

Aufgabenverteilung: In unserer Studie führten die Praxismitarbeiterinnen die Befragungen neben ihren eigentlichen Tätigkeiten noch zusätzlich aus. Die Einstellung von gezielt für die Befragungen zuständigen Mitarbeitern ist sicherlich in einer Hausarztpraxis aufgrund eines limitierten Budgets nicht möglich (Valderas et al. 2008), dennoch könnte eine klarere Aufgabenverteilung (vgl. Abbildung 6) und somit die Benennung von Mitarbeitern, die gezielt für die Befragungen zuständig sind und sich verantwortlich fühlen, helfen, dass die Befragungen häufiger und regelmäßiger durchgeführt werden.

Ausdruck der Ergebnisse: Die farbige Unterlegung von schlechten (z.B. rot) und guten (z.B. grün) Lebensqualitätsergebnissen sowie zusätzliche kurze wörtliche Zusammenfassungen auf dem Ergebnisausdruck wurden von den Ärzten in unserer Studie vorgeschlagen und könnten helfen, die Ergebnisse leichter verständlich zu machen. Gegebenenfalls könnte man auch für Ärzte und Patienten zwei unterschiedliche Ausdrücke erstellen, die auf die jeweiligen Bedürfnisse zugeschnitten sind (Brundage et al. 2003).

Interpretation der Ergebnisse: Der Vergleich der Lebensqualitätsergebnisse einzelner Patienten mit den altersstandardisierten Durchschnittswerten der Bevölkerung (z.B. durch Angabe des Durchschnittswertes auf dem Ergebnisausdruck) könnte den Ärzten helfen, Einschränkungen der Lebensqualität ihrer Patienten besser einzuschätzen. Die automatische Erzeugung von Behandlungsempfehlungen, die den Ärzten helfen soll, Anstöße oder Ideen hinsichtlich möglicher Konsequenzen der Befragungsergebnisse zu finden (Frost et al. 2007), wurde von den Ärzten in unserer Studie als am wenigsten wichtig erachtet und z.T. sogar abgelehnt. Gründe hierfür könnten sein, dass es nicht die Ideen sind, die den Ärzten fehlen, sondern die Zeit, um diese umzusetzen.

Erhöhung der Präsenz: Sowohl Allgemeinärzte als auch Praxismitarbeiterinnen gaben an, dass Lebensqualitätsbefragungen noch nicht im Bewusstsein präsent seien und dadurch häufig sowohl die Durchführung als auch die Ergebnisansicht vergessen werden würden. Eine automatische Erinnerung in der elektronischen Patientenakte jedes Vierteljahr, sowie bspw. ein farbiges Symbol, das dem Hausarzt eine durchgeführte Befragung anzeigt, könnten helfen, die Präsenz zu steigern.

Anpassung an persönliche Bedürfnisse: In der vorliegenden Studie wurden zwei verschiedene Fragebögen angeboten. Die beteiligten Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen beklagten z.T., dass diese deutlich zu lang seien und Aspekte erfassen würden, die im klinischen Alltag nicht immer von Interesse seien. Um die klinische Bedeutung der Lebensqualitätsbefragungen zu erhöhen, könnte es hilfreich sein, den Hausärzten zu ermöglichen, die Fragebögen sowie die Ergebnisausdrücke gezielt an ihr Patienten Klientel und ihr Behandlungsspektrum anzupassen (Greenhalgh 2009).

Anreize: Teilnehmende Hausärzte und Praxismitarbeiterinnen erhielten eine geringe finanzielle Aufwandsentschädigung für die Durchführung der Studie. Ein Mangel an Belohnung für die Erhebung und Diskussion von Lebensqualität kann sich nachteilig

auf die Motivation auswirken und wird als eines der größten Hindernisse bei der Durchführung von regelmäßigen Lebensqualitätsbefragungen angesehen (Albert et al. 2002).

Die Berücksichtigung der vorgeschlagenen Punkte könnte helfen die Praxistauglichkeit von elektronischen Lebensqualitätsbefragungen in Hausarztpraxen zu verbessern und dadurch die Erhebungen zu erleichtern. In größer angelegten Studien auf diesem Gebiet sollte dies überprüft und nach weiteren Optimierungsmöglichkeiten gesucht werden.

6.5 Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Die elektronische Erhebung der Lebensqualität ist in Hausarztpraxen technisch durchführbar und lässt sich prinzipiell in den Praxisablauf integrieren.
2. Ärzte, Praxispersonal und Patienten begrüßen die elektronische Erhebung der Lebensqualität und sehen ihren Vorteil vor allem in der Gewinnung von zusätzlichen Informationen.
3. Hindernisse, wie vor allem der Mangel an Ressourcen, stehen der regelmäßigen Erhebung der Lebensqualität in Hausarztpraxen im Wege.
4. Um die Akzeptanz und Praxistauglichkeit von Lebensqualitätsbefragungen in Hausarztpraxen zu optimieren, wäre weitere Forschung auf diesem Gebiet begrüßenswert.

Die vorliegende Studie hat untersucht, ob und wie sich elektronische Lebensqualitätserhebungen in die Routine einer normalen Hausarztpraxis integrieren lassen. Die Tatsache, dass sowohl Ärzte, Praxismitarbeiterinnen als auch Patienten der elektronischen Erhebung von Lebensqualität eine große Akzeptanz entgegenbrachten und zukünftige Erhebungen begrüßen würden, zeigt, dass ein generelles Interesse an routinemäßigen Lebensqualitätsbefragungen besteht und ist somit ein idealer Ausgangspunkt für weitere Forschung auf diesem Gebiet. Die technische Machbarkeit und die einfache Bedienbarkeit, die unter diesen Bedingungen gezeigt werden kann-

ten, können als belastbare Ergebnisse betrachtet werden und sind ein erster Schritt auf dem Weg von der Theorie in die Praxis. Das „ungeschützte“ Setting, in dem unsere Studie stattfand, hat aber auch gezeigt, dass die regelmäßige Erhebung von Lebensqualität immer in Konkurrenz mit den Ressourcen (v.a. Zeit) einer normalen Hausarztpraxis stand. Hier gibt es vor allem hinsichtlich der Durchführung und Umsetzung elektronischer Lebensqualitätsbefragungen noch weiteren Optimierungsbedarf.

Wegen des methodischen Ansatzes und der kleinen Stichprobengröße unserer Pilotstudie wurden zwar die subjektiven Vorteile, die die Beteiligten in den Lebensqualitätsbefragungen sahen, erhoben, nicht aber die wirklichen Konsequenzen der Erhebungen gemessen. Folglich konnten wir keine objektiven Aussagen über die tatsächlichen Auswirkungen von Lebensqualitätsbefragungen, wie bspw. Verbesserung der Arzt-Patient-Kommunikation, des Patientenwohlbefindens oder der Versorgung, treffen. Zukünftige klinische Studien sollten in einem größer angelegten kontrollierten Rahmen stattfinden und die Generalisierbarkeit der Ergebnisse dieser Studie überprüfen sowie sich mit den realen Auswirkungen von Lebensqualitätsbefragungen auf das Patientenmanagement beschäftigen. Die vorliegende Studie bietet eine Grundlage dafür.

7. Zusammenfassung

Hintergrund: Für die Behandlung chronisch kranker Patienten ist die gesundheitsbezogene Lebensqualität ein besonders wichtiges Kriterium. Bisher wurde die Lebensqualität von Patienten in Hausarztpraxen jedoch kaum systematisch untersucht. Die Möglichkeit, die Lebensqualität mittlerweile elektronisch zu erheben, könnte die Anwendung im Praxisalltag erleichtern. Vor der Planung einer großangelegten Studie sollten die notwendigen Prozeduren in einer Pilotstudie sorgfältig getestet werden.

Fragestellung: Wird eine elektronische Erhebung von Lebensqualität in Hausarztpraxen von Patienten, Ärzten und Praxispersonal akzeptiert? Welche Hindernisse und welche Optimierungsmöglichkeiten sehen die Beteiligten?

Methode: In 14 deutschen Hausarztpraxen wurde die Pilotstudie durchgeführt. Zwei Fragebögen zur Lebensqualität (St. George's Respiratory Questionnaire und EORTC QLQ-C30) wurden den Patienten elektronisch auf Tablet-PCs („Lebensqualitätsrecorder“) dargeboten. Durch Einbindung über ein abgesichertes Funknetz in die Praxis-EDV konnten die Ergebnisse der Lebensqualitätsmessung sofort automatisch übermittelt und als Papierausdruck bereitgestellt werden. Patienten, Praxispersonal und Hausärzte wurden zu Beginn der Studie in halbstandardisierten Telefoninterviews zur Akzeptanz dieses elektronischen Verfahrens befragt. Nach Ablauf eines Jahres erfolgte zusätzlich ein telefonisches Abschlussinterview mit den Hausärzten. Die Auswertung der geschlossenen Fragen erfolgte deskriptiv, die Antworten auf die offenen Fragen wurden mit Hilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Im Verlauf eines Jahres füllten 523 Patienten die elektronischen Fragebögen aus (1- bis 5-mal, 664 Fragebögen zur Lebensqualität gesamt). Die Anzahl variierte stark zwischen den einzelnen Praxen. Insgesamt wurden 280 Patienten, 27 Praxismitarbeiterinnen und 17 Hausärzte interviewt. Fast alle Hausärzte (16/17 = 94%), die meisten Praxismitarbeiterinnen (19/27 = 70%) und die Mehrheit der Patienten (240/280 = 86%) gaben an, dass sie die zukünftige Nutzung der Lebensqualitätsbefragungen begrüßen würden. Als Planungsvoraussetzungen für zukünftig regelmäßige Lebensqualitätsbefragungen war den befragten Hausärzten besonders wichtig: die Gewährleistung eines ausreichenden Versorgungsangebots (Mittelwert: $9,4 \pm 1,0$ SD; Skala: 1-10), die Verfügbarkeit von ausreichend Zeit ($8,9 \pm 1,5$) sowie eine

einfache Ergebnisinterpretation ($8,6 \pm 1,6$). Sie waren der Meinung, dass Lebensqualitätsbefragungen die Arzt-Patient-Kommunikation erleichtern und eine gute Möglichkeit der Verlaufsbeurteilung bieten. Die Praxismitarbeiterinnen betrachteten die Lebensqualitätsbefragungen vor allem als ein Zeichen der Patientenfürsorge. Die Patienten sahen sie als ein Werkzeug an, das das ärztliche Verständnis ihrer persönlichen Lebensumstände erleichtert und dem Arzt eine umfassendere Patientenwahrnehmung ermöglicht.

Schlussfolgerungen: Elektronische Patientenbefragungen lassen sich in den Alltag von Hausarztpraxen integrieren und werden von der Mehrheit der Beteiligten geschätzt. Sie können wichtige zusätzliche Informationen bieten, die sowohl für die Konsultationen in der täglichen Routine als auch in der Forschung von Relevanz sein können. Äußere Rahmenbedingungen (z.B. Ressourcenknappheit, technische Probleme) sind häufig beklagte Hindernisse für routinemäßige Patientenbefragungen und sollten für die zukünftige Anwendung in der Hausarztpraxis bedacht bzw. überwunden werden.

8. Literaturverzeichnis

- Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, Filiberti A, Flechtner H, Fleishman SB, de Haes JCJM (1993): The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 85: 365-376
- Albert US, Koller M, Lorenz W, Kopp I, Heitmann C, Stinner B, Rothmund M, Schulz KD (2002): Quality of life profile: from measurement to clinical application. *Breast* 11: 324-334
- Alonso J, Ferrer M, Gandek B, Ware Jr. JE, Aaronson NK, Mosconi P, Rasmussen NK, Bullinger M, Fukuhara S, Kaasa S et al. (2004): Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Qual Life Res* 13: 283-298
- Berry D, Trigg LJ, Lober WB, Karras BT, Galligan ML, Austin-Seymour M, Martin S (2004): Computerized symptom and quality-of-life assessment for patients with cancer Part I: Development and pilot testing. *Oncol Nurs Forum* 31: E75-E83
- Böhmer S, Kohlmann T: Verfahren zur Bewertung von Gesundheitszuständen und Lebensqualität; in: Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin; hrsg. v. Ravens-Sieberer U, Cieza A; Econmed, Landsberg 2000, 53-71
- Brundage M, Leis A, Bezjak A, Feldmann-Stewart D, Degner L, Velji K, Zetes-Zanatta L, Tu D, Ritvo P, Pater J (2003): Cancer patients' preferences for communicating clinical trial quality of life information: A quality study. *Qual Life Res* 12: 395-404
- Bullinger M: Lebensqualität - Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung; in: Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin; hrsg. v. Ravens-Sieberer U, Cieza A; Econmed, Landsberg 2000, 13-25
- Bullinger M (2002): Lebensqualität: Ein neues Thema in der Medizin? *Zentralbl Gynakol* 124: 153-156
- Bullinger M (2006): Methodische Grundlagen und Aspekte der Lebensqualität. *Dtsch Med Wochenschr* 131: 5-7
- Bullinger M, Ravens-Sieberer U, Siegrist J: Gesundheitsbezogene Lebensqualität in der Medizin - eine Einführung; in: Lebensqualitätsforschung aus medizinpsychologischer und -soziologischer Perspektive; Hogrefe, Göttingen 2000, 11-25

Bundesärztliche Vereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften 2009: Nationale Versorgungs-Leitlinie Asthma Kurzfassung. Version 1.0.

Link: <http://www.asthma.versorgungsleitlinien.de/> (letzter Zugriff am 11.10.2009)

Carlson LE, Speca M, Hagen N, Taenzer P (2001): Computerized quality-of-life screening in a cancer pain clinic. *J Palliat Care* 17: 46-52

Detmar SB, Aaronson NK (1998): Quality of life assessment in daily clinical oncology practice: a feasibility study. *Eur J Cancer* 34: 1181-1186

Detmar SB, Aaronson NK, Wever LD, Muller M, Schornagel JH (2000): How are you feeling? Who wants to know? Patients' and oncologists' preferences for discussing health-related quality-of-life issues. *J Clin Oncol* 18: 3298-301

Detmar SB, Muller MJ, Schornagel JH, Wever LD, Aaronson NK (2002): Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *JAMA* 288: 3027-3034

Deyo RA, Carter WB (1992): Strategies for improving and expanding the application of health status measures in clinical settings. A researcher-developer viewpoint. *Med Care* 30: MS176-MS 186

Espallargues M, Valderas JM, Alonso J (2000): Provision of feedback on perceived health status to health care professionals: a systematic review of its impact. *Med Care* 38: 175-186

Feldman-Stewart D, Brundage MD (2009): A conceptual framework for patient-provider communication: a tool in the PRO research tool box. *Qual Life Res* 18:109-114

Frost MH, Bonomi AE, Cappelleri JC, Schünemann HJ, Moynihan TJ, Aaronson NK, Clinical Significance Consensus Meeting Group (2007): Applying quality-of-life data formally and systematically into clinical practice. *Mayo Clin Proc* 82: 1214-1228

Greenfield S, Nelson DS (1992): Recent developments and future issues in the use of health status assessment measures in clinical settings. *Med Care* 30 (Suppl 5): MS23-MS41

Greenhalgh J (2009): The application of PROs in clinical practice: what are they, do they work, and why? *Qual Life Res* 18: 115-123

Greenhalgh J, Meadows K (1999): The effectiveness of the use of patient-based measures of health in routine practice in improving the process and outcome of patient care: a literature review. *J Eval Clin Pract* 5: 401-416

Gutting JJ, Darlington A-SE, Janssen HLA, Duivenvoorden HJ, Busschbach JJV, de Man RA (2008): Effectiveness of health-related quality-of-life measurement in clinical practice: a prospective, randomized controlled trial in patients with chronic liver disease and their physicians. *Qual Life Res* 17: 195-205

Guyatt GH, Ferrans CE, Halyard MY, Revicki DA, Symonds TL, Varricchio CG, Kotzeva A, Valderas JM, Alonso JL, Clinical Significance Consensus Meeting Group (2007): Exploration of the value of health-related quality-of-life information from clinical research and into clinical practice. *Mayo Clin Proc* 82: 1229-1239

Hahn EA, Cella D, Chassany O, Fairclough DL, Wong GY, Hays RD (2007): Precision of health-related quality-of-life data compared with other clinical measures. *Mayo Clin Proc* 82: 1244-1254

Hanson EI (1982): Effects of chronic lung disease on life in general and on sexuality: Perceptions of adult patients. *Heart Lung* 11: 435-441

Higginson IJ, Carr AJ (2001): Measuring quality of life: Using quality of life measures in clinical setting. *BMJ* 322: 1297-1300

Hoffman C, Rice D, Sung HY (1996): Persons with chronic conditions. *JAMA* 276: 1473-1479

Hoffmann KA (2004): Der Patient, das (un-)bekannte Wesen- Die subjektive Sicht der Nutzer. *Psychiatr Prax* 31: 263-268

Holgate ST, Bousquet J, Chung KF, Bisgaard H, Pauwels R, Fabbri L, Rabe K, Doherty M, Snell NJC, Cuss F (2004): Summary of recommendations for the design of clinical trials and the registration of drugs used in the treatment of asthma. *Respir Med* 98: 479-487

Jacobs JE, van de Lisdonk EH, Smeele I, van Weel C, Grol RPTM (2001): Management of patients with asthma and COPD: monitoring quality of life and the relationship to subsequent GP interventions. *Fam Pract* 18: 574-580

Jones PW, Baveystock CM, Littlejohns P (1989): Relationships between general health measured with the sickness impact profile and respiratory symptoms, physiological measures, and mood in patients with chronic airflow limitation. *Am Rev Respir Dis* 140: 1538-1543

Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM (1991): The St George's Respiratory Questionnaire. *Respir Med* 85 (Suppl B): 25-31

Jones PW, Quirk FH, Baveystock CM (1994): Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illness. *Monaldi Arch Chest Dis* 49: 79-82

Kapapa T, König K, Heissler H, Ly MP, Zumkeller M, Schneekloth C, Rickels E (2006): Die gesundheitsbezogene Lebensqualität als Ergänzung zu klinischen Outcome-Kriterien in der Neurochirurgie. *Neurol Rehabil* 12: 37-41

Koller M, Lorenz W (2002): Quality of life: a deconstruction for clinicians. *J R Soc Med* 95: 481-8

Koller M, Lorenz W (2003): Survival of the quality of life concept. *Br J Surg* 90: 1175-1177

Koller M, Kussmann J, Lorenz W (1999): Symptom reporting in cancer patients II: Relations to social desirability, negative effect, and self-reported health behaviours. *Cancer* 77: 983-995

Kurzke U (2008): Das Elend der Hausärzte. *Z Allg Med* 84: 422-427

Lohr KN, Zebrack BJ (2009): Using patient-reported outcomes in clinical practice: challenges and opportunities. *Qual Life Res* 18: 99-107

Lopez AD, Murray CCJL (1998): The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med* 4: 1241-1243

Mayring P 2000: Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung /Forum: Qualitative Social Research [On-line Journal]*, 1(2). Link:
<http://www.qualitative-research.net/fqs-texte/2-00/2-00mayring-d.htm> (letzter Zugriff am: 25.04.2007)

Morris J, Perez D, McNoe B (1998): The use of quality of life data in clinical practice. *Qual Life Res* 7: 85-91

Mühlig S, Petermann F (1998): Krankheitsspezifische Erhebungsverfahren zur Lebensqualität bei Patienten mit Asthma und chronisch-obstruktiver Bronchitis. *Rehabilitation* 37: XXV-XL

Müller-Bühl U, Engeser P, Klimm HD, Wiesemann A (2003): Quality of life and objective disease criteria in patients with intermittent claudication in general practice. *Fam Pract* 20: 36-40

Osoba D, Aaronson N, Zee B, Sprangers M, te Velde A (1997): Modification of the EORTC QLQ-C30 (version 2.0) based on content validity and reliability testing in large samples of patients with cancer. The study group on quality of life of the EORTC and the symptom control and quality of life committees of the NCI of Canada clinical trials group. *Qual Life Res* 6: 103-108

Petermann F, Bergmann KC: Lebensqualität und Asthma. Quintessenz, München 1994

Quirk FH, Jones PW (1990): Patient's perception of distress due to symptoms and effects of asthma on daily living and an investigation of possible influential factors. *Clin Sci* 79: 17-21

Quirk FH, Baveystock CM, Wilson R, Jones PW (1991): Influence of demographic and disease related factors on the degree of distress associated with symptoms and restrictions on daily living due to asthma in six countries. *Eur Respir J* 4: 167-171

Ravens-Sieberer U, Cieza A: Vorwort; in: *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin*; hrsg. v. Ravens-Sieberer U, Cieza A; Econmed, Landsberg 2000, 7

Renwick DS, Connolly MJ (1996): Impact of obstructive airways disease on quality of life in older adults. *Thorax* 51: 520-525

Rogers EM: Innovativeness adopter categories; in: *Diffusion of innovations*; The Free Press, New York 1995

Rose M, Burkert U, Scholler G, Schirop T, Danzer G, Klapp BF (1998): Determinants of the quality of life of patients with diabetes under intensified insulin therapy. *Diabetes Care* 21: 1876-1885

Schor EL, Lerner DJ, Malspeis S (1995): Physicians' assessment of functional health status and well-being. The patient's perspective. *Arch Intern Med* 155: 309-314

Sigle J, Porzsolt F (1996): Practical aspects of quality-of-life measurement: design and feasibility study of the quality-of-life recorder and the standardized measurement of quality of life in an outpatient clinic. *Cancer Treat Rev* 22 (Suppl A): 75-89

Skevington SM, Day R, Chisholm A, Trueman P (2005): How much do doctors use quality of life information in primary care? Testing the trans-theoretical model of behaviour change. *Qual Life Res* 14: 911-922

Sprangers MAG, Aaronson NK (1992): The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *J Clin Epidemiol* 7: 743-760

Suarez-Almazor ME, Conner-Spady B, Kendall CJ, Russell AS, Skeith K (2001): Lack of congruence in the ratings of patients' health status by patients and their physicians. *Med Decis Making* 21: 113-121

Taenzer P, Bultz BD, Carlson LE, Specia M, DeGagne T, Olson K, Doll R, Rosberger Z (2000): Impact of computerized quality of life screening on physician behavior and patient satisfaction in lung cancer outpatients. *Psycho-Oncology* 9: 203-213

Taylor KM, Macdonald KG, Bezjak A, Ng P, DePetrillo AD (1996): Physicians' perspective on quality of life: An exploratory study of oncologists. *Qual Life Res* 5: 5-14

Testa MA, Simonson DC (1996): Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med* 334: 835-840

Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, Guyatt G, Ferrans CE, Halyard MY, Revicki DA, Symonds T, Parada A, Alonso J (2008): The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res* 17: 179-193

Van der Molen T, Kocks JWH (2006): Do health-status measures play a role in improving treatment in chronic obstructive pulmonary disease? *Expert Opin Pharmacother* 7: 57-61

Velikova G, Wright EP, Smith EP, Cull A, Gould A, Formann D, Perren T, Stead M, Brown J, Selby PJ (1999): Automated collection of quality-of-life data: A comparison of paper and computer touch-screen questionnaires. *J Clin Oncol* 17: 998-1007

Velikova G, Brown JM, Smith AB, Selby PJ (2002): Computer-based quality of life questionnaires may contribute to doctor-patient interaction in oncology. *Br J Cancer* 86: 51-59

Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, Selby PJ (2004): Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 22: 714-724

Wensing M, Vingerhoets E, Grol R (2001): Functional status, health problems, age and comorbidity in primary care patients. *Qual Life Res* 10: 141-148

Williams SJ (1989): Chronic respiratory illness and disability: A critical review of the psychosocial literature. *Soc Sci Med* 28: 791-803

Wilson IB, Cleary PD (1995): Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA* 273: 59-65

Wilson KA, Dowling AJ, Abdolell M, Tannock IF (2000): Perception of quality of life by patients, partners and treating physicians. *Qual Life Res* 9: 1041-1052

Wright EP, Selby PJ, Crawford M, Gillibrand A, Johnston C, Perren TJ, Rush R, Smith A, Velikova G, Watson K (2003): Feasibility and compliance of automated measurement of quality of life in oncology practice. *J Clin Oncol* 21: 374-382

9. Anhang

9.1 Informiertes Einverständnis für Ärzte

Georg-August-Universität Göttingen • Abteilung Allgemeinmedizin
 Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP
 Humboldtallee 38 • 37073 Göttingen



Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie „Messung von Lebensqualität in der Hausarztpraxis“

Ich bin durch die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen über Ziele und Inhalte der o.g. Studie informiert worden und damit einverstanden, dass in meiner Praxis Lebensqualitätsdaten von Patienten über einen tragbaren Tablet-PC (Lebensqualitätsrecorder) erhoben werden. Die Geräte dürfen über WLAN und die Geräte-Datenträger-Schnittstelle (GDT) des Praxis-EDV-Systems angeschlossen werden. Ich bin bereit, in Frage kommende Patienten mit Asthma bronchiale (vgl. Ein- und Ausschlusskriterien) über die Studie aufzuklären und um Teilnahme zu bitten (informiertes Einverständnis). Bei Einverständnis werden die Patienten bei jedem Praxisbesuch, aber nicht häufiger als 1 mal / Woche gebeten, vor der Konsultation die Lebensqualitätsinstrumente elektronisch auszufüllen. Für die Dauer der Studie erhalte ich leihweise einen Tablet-PC (Fujitsu-Siemens Stylistic ST5020), auf dessen sorgfältige Behandlung alle Praxismitarbeiter achten werden: Dieser wird nur gegen Unterschrift der Patienten zur Befragung ausgegeben und bei Nichtgebrauch diebstahlsicher eingeschlossen.

Ich bin damit einverstanden, dass für die Studie benötigte Patientendaten aus meiner Praxis in anonymisierter Form auf Diskette kopiert werden und in die statistische Auswertung eingehen. Vor Beginn des Daten-Exportes wurde durch meine Mitarbeiter eine aktuelle Sicherungskopie meiner Praxis-Daten nach Vorschrift durchgeführt.

Die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen verpflichtet sich, Haltung und Auswertung der Daten gemäß den Auflagen des Datenschutzgesetzes durchzuführen. Eine persönliche Zuordnung der Patientendaten ist nur durch mich als Hausarzt / Hausärztin möglich.

Die Abteilung Allgemeinmedizin verpflichtet sich weiterhin, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Im unwahrscheinlichen Fall eines durch die Datenextraktion verursachten EDV-Problems, das die Praxisverwaltungs-Software betrifft, trägt die Abteilung Allgemeinmedizin Sorge und Kosten für anfallende Reparaturen durch die Software-Firma.

Nach Abschluss der Auswertungen erhalte ich als Teilnehmer der Studie ausführliche Rückmeldungen zu den Ergebnissen der Studie als Ganzes. Von der Möglichkeit, zusätzlich individuelle Auswertungen für meine Praxis zu erhalten, möchte ich / möchte ich nicht (*Zutreffendes bitte einkreisen*) Gebrauch machen.

Datum und Unterschrift

Datum und Unterschrift

9.2 Patienteninformation und informiertes Einverständnis für Patienten

Hausarztpraxis - XYZ
Dr. med. Annette XYZ
Dr. med. Michael XYZ
Facharzt für Allgemeinmedizin

XYZ-Straße 10
XYZ Musterstadt
Tel.: 0123123123
Fax: 0123123124

Liebe Patientin, lieber Patient,

als Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin möchte ich Sie bitten, an einer Studie der Abteilung Allgemeinmedizin Göttingen zur Lebensqualität von Patienten mit Atemwegserkrankungen teilzunehmen.

Es geht darum, Ihnen als Patientin / Patient anzubieten, dass Sie bereits vor dem Arztbesuch einige Fragen zu Ihrem gegenwärtigen Wohlbefinden und Gesundheitszustand am Computer beantworten können. Gerne hilft Ihnen eine Praxismitarbeiterin dabei. Damit ich mir ein besseres Bild von Ihrem Befinden machen kann, werden Ihre Angaben in Ihrer Patientenakte gespeichert. Dies hilft mir, Veränderungen in Ihrem Wohlbefinden über die Zeit hinweg betrachten zu können. Die Erhebung ergänzt das persönliche Gespräch, aber ersetzt es nicht.

Die Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen möchte dieses neue Modell wissenschaftlich begleiten. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob die Erhebung von Lebensqualitätsangaben am Computer bei der Behandlung von Asthma bronchiale helfen kann. Daher möchte eine Projektmitarbeiterin Sie kurz fragen, wie Sie über die Computerbefragung im Wartezimmer denken: Kann dies eine Unterstützung für die hausärztliche Behandlung sein?

Die Daten des Praxis-Computers werden nach zwei Jahren anonym unter strenger Beachtung aller Datenschutzbedingungen ausgewertet. Angaben zur Diagnose, Behandlung und Lebensqualität werden dazu in eine Datenbank der Abteilung Allgemeinmedizin übertragen, ohne dass sich die Identität von Patienten oder Ärzten erkennen lässt.

Eine Nicht-Teilnahme bringt keinerlei Nachteile für Sie mit sich; Sie können Ihr Einverständnis jederzeit zurückziehen, ohne dadurch Nachteile zu erfahren.

Bei allen Rückfragen können Sie sich auch jederzeit gerne an die Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin wenden: Dipl.-Psych. Anja Rogausch; Abteilung Allgemeinmedizin, Humboldtallee 38, 37073 Göttingen, Tel.: 0551-39 95 37; e-mail: arogaus@gwdg.de; www.medvip.uni-goettingen.de/projekt_lebensqualitaet.

Mit besten Grüßen,

Ihre Hausarztpraxis

Dr. med. Annette XYZ und Dr. med. Michael XYZ

Georg-August-Universität Göttingen • Abteilung Allgemeinmedizin

Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP

Humboldtallee 38 • 37073 Göttingen



Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie
 „Messung von Lebensqualität in der Hausarztpraxis“
 (Praxis XYZ)

Ich, (Name der Patientin / des Patienten), wurde vollständig über das Forschungsprojekt mit dem o.g. Titel aufgeklärt. Ich habe den Aufklärungstext gelesen und verstanden. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen, und habe die Antworten verstanden und akzeptiere sie. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zur Teilnahme an dieser Studie zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme an dieser Studie freiwillig ist. Ich weiß, dass ich jederzeit und ohne Angaben von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf die weitere Behandlung durch meine Ärztin / meinen Arzt auswirken wird. Ich habe eine Kopie der Patienteninformation und dieser Einwilligungserklärung erhalten.

- Ich bin damit einverstanden, dass die im Rahmen der Studie erhobenen Daten in anonymisierter Form gespeichert, zusammengeführt und zu Forschungszwecken verwendet werden. Ich erkläre hiermit meine freiwillige Teilnahme an der Studie.
- Ich bin außerdem damit einverstanden, dass mich eine Projektmitarbeiterin / ein – mitarbeiter zu einer kurzen Befragung anruft oder anspricht (ggf. streichen).

Telefonnummer: _____

Günstigste Zeit für einen Anruf: _____

 Datum, Unterschrift des/r Patienten/in

 Datum, Unterschrift des/r aufklärenden Arztes/Ärztin

Bei Rückfragen:

Dipl.-Psych. Anja Rogausch; arogaus@gwdg.de

Abteilung Allgemeinmedizin; Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 0551-39 95 37; www.medvip.uni-goettingen.de/projekt_lebensqualitaet

9.3 Ergebnisausdruck

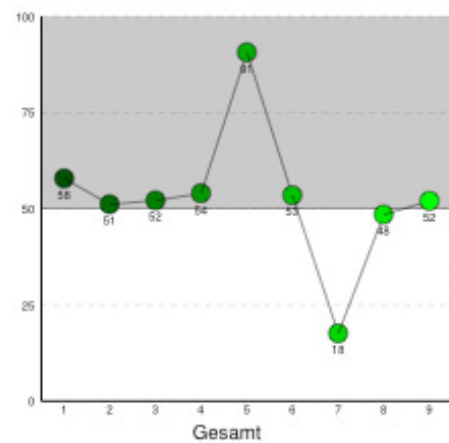
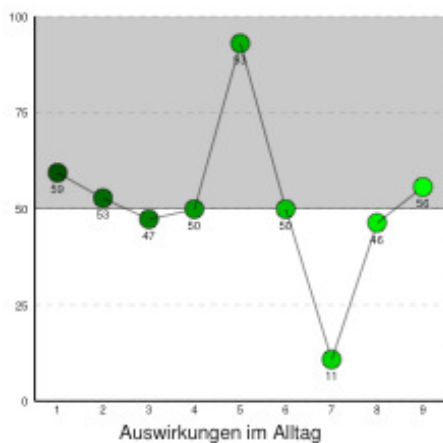
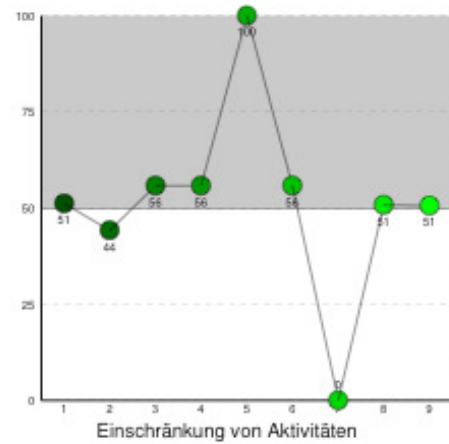
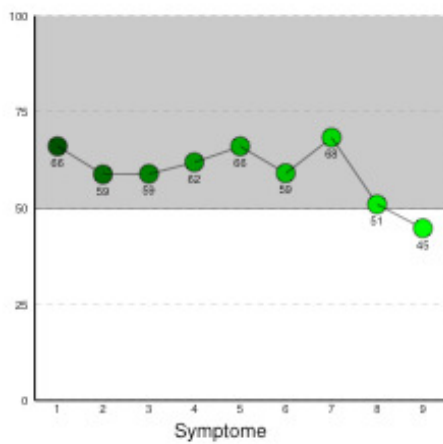


Messung nach St George's Respiratory Questionnaire Deutsch 0.4 e aam

Gruppe/PID: 6
 Name: Heinrich Appeldorn
 Geburtsdatum: 02.04.1936
 Alter: 69.9 Jahre

1: 27.02.2006 10:40:51	2: 27.02.2006 10:46:28	3: 27.02.2006 11:50:10	4: 27.02.2006 13:44:32	5: 27.02.2006 13:55:40	6: 27.02.2006 14:32:11	7: 27.02.2006 14:42:48
8: 27.02.2006 15:30:25	9: 27.02.2006 18:20:33					

Ergebnisse:



Universität Göttingen - Messung der Lebensqualität in der Praxis
 Bei Fragen hilft: Dipl. Psych. Anja Rogausch 0551-39-9537

9.4 Interviewleitfaden Patienten

Praxis:

Code Interviewpartner:

Datum:

<p>Befragung der Patienten</p> <p>zur Studie:</p> <p>„Elektronische Erfassung der Lebensqualität in Hausarztpraxen“</p> <p>Leitfaden</p>
--

Guten Tag Frau / guten Tag Herr _____!

Mein Name ist _____. Ich rufe aus der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen an. Sie haben bei Ihrer/Ihrem Hausärztin/-arzt Dr. _____ an der elektronischen Lebensqualitätsbefragung teilgenommen. Ich würde gerne Ihre Erfahrungen mit dieser Form der Erhebung Ihres Befindens kennen lernen, was Sie gut oder auch schlecht fanden? Das wird 10 bis 15 Minuten dauern. Passt es Ihnen jetzt zeitlich?

Die Angaben werden anonym (ohne Namen usw.) erhoben.

(1) Wer hat Sie in Ihrer Hausarztpraxis zur Lebensqualitätsbefragung eingeladen, der Arzt/Ärztin oder die Arzthelferin?

- Arzt
- Arzthelferin

(2) Bitte geben Sie auf einer Notenskala von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an, wie verständlich Sie die Erklärungen fanden, die Sie zur Lebensqualitätsbefragung am Computer erhalten haben?

Sehr gut(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Ungenügend (6)

weiß nicht

(Bei „3“ oder schlechter)

Was hätten Sie sich bei der Erklärung noch gewünscht?

(3) Wieder auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6: Wie fanden Sie die Bedienbarkeit des Computers, z.B. das Antippen der Antworten?

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	ungenügend (6)

weiß nicht

(Bei „3“ oder schlechter)

Was fanden Sie bei der Bedienung des Computers nicht gut?

Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Ja Nein
 Wenn ja, welche?

(4) Geben Sie bitte wieder von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an, wie verständlich Sie die Fragen am Computer fanden?

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Ungenügend (6)

weiß nicht

(Bei „3“ oder schlechter)

Können Sie sich noch an Fragen erinnern, die für Sie unverständlich waren?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

(5) Hatten Sie ausreichend Ruhe, um die Fragen zu beantworten? Würden Sie sagen eher ja oder eher nein?

Eher ja Eher nein

Weiß nicht

(6) Hat sich Ihre Wartezeit in der Praxis durch die Befragung verlängert? Ja oder Nein?

Ja Nein → Frage (7)

Weiß nicht

Wenn ja, um wie viele Minuten ungefähr? _____ min

Hat Sie die Verlängerung gestört oder war es akzeptabel für Sie?

gestört akzeptabel

Weiß nicht

(7) Haben Sie den Ausdruck Ihrer Befragungsergebnisse erhalten?

Ja Nein

Wenn ja, wie verständlich fanden Sie den Ergebnisausdruck? Bitte geben Sie Ihre Bewertung wieder auf einer Schulnotenskala von 1 bis 6 an.

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Ungenügend (6)

weiß nicht

(Bei „3“ oder schlechter)

Welche Informationen hätten Sie sich auf dem Ergebnisausdruck noch gewünscht?

(8) Haben Sie die Ergebnisse Ihrer Lebensqualitätsbefragung mit Ihrem Arzt/Ärztin besprochen?

Ja (→ Frage 9) Nein

Wenn nein, können Sie mir sagen, warum es nicht möglich war, mit Ihrem Arzt/Ärztin darüber zu sprechen?

Hätten Sie gerne mit Ihrem Arzt/Ärztin über die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung gesprochen?

Ja Nein

weiß nicht

Könnten Sie mir sagen, warum Sie (*Zutreffendes einsetzen*) angegeben haben?

→ Frage(10)

(9) Falls Gespräch geführt wurde: Bitte geben Sie wieder auf einer Notenskala von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend an, wie Sie das Gespräch über die Ergebnisse Ihrer Lebensqualitätsbefragung mit Ihrem Arzt/Ärztin fanden.

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sehr schlecht(6)

Weiß nicht

Was hat Ihnen an der Besprechung Ihrer Lebensqualitätsergebnisse gut gefallen?

Was hat Ihnen nicht so gut gefallen?

(10) Ihr Hausarzt erhält dieselben Ergebnisse Ihrer Lebensqualitätsbefragung, die Sie auch erhalten haben. Haben Sie den Eindruck, dass diese Informationen Ihrem Arzt hilfreich sein können bei Ihrer Behandlung?

Eher ja Eher nein

Weiß nicht

Könnten Sie mir sagen, warum Sie (*Zutreffendes einsetzen*) angegeben haben?

(11) Finden Sie, dass das ganze Verfahren der Lebensqualitätsbefragung eine eher gute Idee ist oder eher nicht?

Eher ja Eher nein

Weiß nicht

Könnten Sie mir das bitte näher erklären?

Welche Vorteile sehen Sie für sich?

Welche Bedenken haben Sie?

(12) Würden Sie es begrüßen, wenn die Lebensqualitätsbefragung auch zukünftig in Ihrer Hausarztpraxis durchgeführt würde?

Ja

Nein

Weiß nicht

Könnten Sie mir sagen, warum Sie (Zutreffendes einsetzen) angegeben haben?

Zum Abschluss benötige ich von Ihnen noch einige kurze Angaben zur Statistik.

Wie viele Jahre sind Sie schon Patient/Patientin in dieser Praxis? _____Jahre

Wie alt sind Sie? _____Jahre

Welche chronische Erkrankung haben Sie?

Seit wie vielen Jahren haben Sie Erkrankung? _____Jahre

Würden Sie Ihre chronische Erkrankung als *leicht – mittel – oder schwer* einschätzen?

Wie viel Erfahrung haben Sie im Umgang mit Computern? *Viel – etwas – wenig – keine*

Selbstbeantwortend: Geschlecht: weiblich - männlich

Haben Sie noch Fragen oder Ergänzungen?

Vielen Dank für Ihr Interesse und Ihre Unterstützung!

Falls Sie später noch Fragen oder Anmerkungen haben sollten, können Sie uns jederzeit telefonisch erreichen, unter der Telefonnummer, die auf Ihrer Einverständniserklärung steht.

Noch einmal ganz herzlichen Dank!

9.5 Interviewleitfaden Ärzte

Praxis:

Code Interviewpartner:

Datum:

Befragung der Ärztinnen/Ärzte

zur Studie:

„Elektronische Erfassung der Lebensqualität in Hausarztpraxen“

Leitfaden

Guten Tag Frau Dr. / Herr Dr. _____!

Mein Name ist _____. Ich rufe aus der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen an. Es geht um die elektronische Erhebung der Lebensqualität, die ja auch in Ihrer Praxis durchgeführt wird. Wir möchten Ihre bisherigen Erfahrungen mit dieser Form der Lebensqualitätserhebung kennen lernen, um evtl. noch notwendige Veränderungen dadurch zu erkennen. Das wird 15 Minuten dauern. Passt es Ihnen jetzt zeitlich?

Ihre Angaben werden anonym (ohne Namen usw.) erhoben.

(1) Wer lädt in Ihrer Praxis meistens zur Lebensqualitätsbefragung ein? Sie selbst oder die Arzthelferinnen?

Ärztin/Arzt

Arzthelferin (*weiter* → Frage 4)

Wenn Arzt einlädt, wie werden die Patienten ausgesucht/ („erkannt“)?

(2) Wie viele Patienten pro Woche werden schätzungsweise in Ihrer Praxis mit dem Lebensqualitäts-Rekorder zu ihrer Lebensqualität befragt? _____ wöchentlich

(3) Wenn Sie die Patienten zur Lebensqualitätsbefragung eingeladen haben, waren die Reaktionen der Patienten eher ablehnend oder eher zustimmend?

Eher ablehnend

eher zustimmend

weiß nicht

Aus welchen Gründen wurde abgelehnt?

- (4) Wie wichtig ist es für Sie, dass Ihnen die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung sofort zur Konsultation zur Verfügung stehen? Bitte geben Sie dies auf einer Notenskala von 1 = sehr wichtig, bis 6 = unwichtig an.

Sehr wichtig (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Unwichtig (6)

Könnten Sie das bitte kurz begründen

- (5) Wann wurden die Lebensqualitätsbefragungen meistens durchgeführt? Vor oder nach der Konsultation?

vor Konsultation

nach Konsultation

warum nachher?

Möchten Sie das gerne ändern?

- (6) Bei wie vielen Patienten haben Sie bisher den Ergebnisausdruck zur Lebensqualität angesehen? Bei jedem Patienten, bei manchen Patienten oder bei keinem Patienten?

bei jedem Patienten

bei manchen Patienten

bei keinem Patienten

(weiter → Frage 8)

Wovon war es abhängig, ob Sie die Ergebnisse angesehen haben?

Was müsste Ihrer Meinung nach verändert werden, um Ihnen dies möglich oder leichter zu machen?

- (7) Wie verständlich fanden Sie die Darstellung der Ergebniswerte? Bitte geben Sie dies auf einer Notenskala von 1 = sehr verständlich bis 6 = unverständlich an.

Sehr verständlich(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	unverständlich(6)

Was müsste Ihrer Meinung nach geändert werden, um die Werte verständlicher darzustellen?

Können Sie sagen, wie die Patienten den Ergebnisausdruck verstanden haben? (evtl. Reaktionen)

(8) Mit wie vielen Patienten haben Sie bisher die Ergebnisse der Lebensqualitätsbefragung besprochen? Mit jedem Patienten, mit manchen Patienten, mit keinem Patienten?

mit jedem Patienten

mit manchen Patienten

keinem Patienten

(weiter → Frage 11)

Wovon war es abhängig, ob Sie die Ergebnisse besprochen haben?

Was müsste Ihrer Meinung nach verändert werden, um Ihnen die Besprechung zu erleichtern?

(9) Wenn Sie die Lebensqualitätsergebnisse mit Ihren Patienten besprochen haben, hat das die Konsultation deutlich verlängert oder nicht?

ja

nein

Um wie viel Minuten ungefähr?

War die Verlängerung akzeptabel oder störend für Sie?

akzeptabel

störend

(10) Waren die Ergebnisse der standardisierten Befragung hilfreich für das Gespräch? Eher ja oder eher nein?

Eher ja

Eher nein

Wenn ja, inwiefern waren die Ergebnisse hilfreich?

Wenn nein, könnten Sie das bitte kurz begründen!

- (11) **Hatte die Information über die Lebensqualität Ihrer Patienten bisher einen Einfluss auf die Behandlungsplanung oder eher nicht?**

eher ja eher nein

Wenn ja, könnten Sie sich an 1 oder 2 Beispiele erinnern?

- (12) **In welcher Hinsicht könnten Ihrer Meinung nach die Ergebnisse der standardisierten Lebensqualitätsbefragung in der Versorgung Ihrer Patienten von Nutzen sein?**

Welche Veränderungen wären Ihrer Meinung nach notwendig, um die Ergebnisse nutzen zu können?

- (13) **Wie ließ sich bisher der Ablauf der Lebensqualitätsbefragung in Ihren Praxisablauf eingliedern? Bitte geben Sie dies auf einer Notenskala von 1 = sehr gut bis 6 = sehr schlecht an.**

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sehr schlecht(6)

Was war hinderlich/problematisch?

Konnten die Probleme behoben werden oder sollte noch etwas verändert werden?

Hätten Sie sich mehr Unterstützung durch die Projektmitarbeiter gewünscht?

- (14) **Nach Ihrer bisherigen Erfahrung: Waren die Informationen, die Sie in der Schulung erhielten ausreichend, um die Lebensqualitätsergebnisse nutzen zu können? Geben Sie dies bitte auf einer Notenskala von 1 = völlig ausreichend, bis 6 = gar nicht ausreichend an?**

a) Schulung 1 2 3 4 5 6

Was fanden Sie gut, was hat Ihnen gefehlt

(b) und wie ausreichend fanden Sie das weitere Informationsmaterial

	1	2	3	4	5	6
b) weiteres Informationsmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was fanden Sie gut, was hat Ihnen gefehlt?

(15) Wie bewerten Sie insgesamt den Nutzen der elektronischen Lebensqualitätsbefragung für Ihre Praxis? Auf der bekannten Notenskala von 1 = sehr nützlich, bis 6 = gar nicht nützlich.

Sehr nützlich (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Gar nicht nützlich (6)

Könnten Sie das bitte kurz begründen?

(16) Würden Sie es nach Ihrer jetzigen Erfahrung begrüßen, auch in Zukunft die elektronische Lebensqualitätsbefragung routinemäßig in Ihrer Praxis einzusetzen? Eher ja oder eher nein?

<input type="checkbox"/> Eher ja	<input type="checkbox"/> Eher nein
----------------------------------	------------------------------------

Könnten Sie bitte kurz Ihre Meinung begründen?

Zum Abschluss benötige ich noch einige kurze Angaben für die Statistik:

1. Seit wann praktizieren Sie in dieser Praxis? _____ (Jahre)
2. Ist Ihre Praxis eine Gemeinschaftspraxis oder eine Praxisgemeinschaft?
3. Wie alt sind Sie? _____ (Jahre)
4. Wie würden Sie Ihre Sicherheit im Umgang mit Computern beschreiben?

Viel	etwas	wenig	keine
------	-------	-------	-------
5. *Selbstbeantwortend:* Geschlecht: männlich weiblich

Haben Sie noch irgendwelche Fragen oder Ergänzungen zu dem Thema?

Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

9.6 Interviewleitfaden Praxispersonal

Praxis:

Code Interviewpartner:

Datum:

<p>Befragung des Praxispersonals</p> <p>zur Studie</p> <p>„Elektronische Erfassung der Lebensqualität in Hausarztpraxen“</p> <p>Leitfaden</p>
--

Guten Tag Frau _____!

Mein Name ist _____. Ich rufe aus der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen an. Es geht um die elektronische Erhebung der Lebensqualität, die ja auch in Ihrer Praxis durchgeführt wird. Wir möchten Ihre bisherigen Erfahrungen mit dieser Form der Lebensqualitätserhebung kennen lernen, um evtl. noch notwendige Veränderungen zu erkennen. Das wird ca. 15 Minuten dauern. Passt es Ihnen jetzt zeitlich?

Ihre Angaben werden anonym (ohne Namen usw.) erhoben.

(1) Haben Sie bisher Patienten zur Lebensqualitätsbefragung in Ihrer Praxis eingeladen?

und/oder den Lebensqualitäts-Recorder erklärt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein → <i>wer macht das meistens</i>
und/oder den Ergebnisausdruck erklärt?	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein → <i>wer macht das meistens</i>
	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein → <i>wer macht das meistens</i>

(2) Wie viele Patienten pro Woche werden schätzungsweise in Ihrer Praxis mit dem Lebensqualitäts-Recorder zu Ihrer Lebensqualität befragt? _____ wöchentlich

Wie werden diese Patienten ausgesucht/„erkannt“?

Wenn Sie den Ergebnisausdruck ausgegeben haben, können Sie sagen, wie die Patienten die Ergebnisdarstellung verstanden haben? (evtl. Reaktionen)

(3) Wenn Sie die Patienten zur Lebensqualitätsbefragung eingeladen haben, waren die Reaktionen der Patienten eher ablehnend oder eher zustimmend?

Eher ablehnend eher zustimmend

weiß nicht

Aus welchen Gründen wurde abgelehnt?

(4) Wie viel Zeit benötigten Sie ungefähr pro Patient, für die Erklärung und Einweisung am LQ-Recorder? _____Minuten

Empfinden Sie diesen zeitlichen Aufwand als akzeptabel oder störend in Ihrem Praxisablauf?

(5) Wie ließ sich bisher der technische Ablauf der Lebensqualitätsbefragung in Ihren Praxisablauf eingliedern? Bitte geben Sie dies auf einer Notenskala von 1= sehr gut bis 6= sehr schlecht an.

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sehr schlecht (6)

Was war hinderlich/problematisch?

Konnten die Probleme behoben werden oder sollte noch etwas verändert werden?

Hätten Sie sich mehr Unterstützung durch die Projektmitarbeiter gewünscht?

(6) Bitte geben Sie auf der bekannten Notenskala von 1 = sehr gut bis 6= sehr schlecht an, wie ließ sich die Lebensqualitätsbefragung insgesamt in Ihren Praxisablauf eingliedern?

Sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	(5)	Sehr schlecht (6)

Was war hinderlich? Sollte etwas verändert werden?

- (7) **Nach Ihrer bisherigen Erfahrung: Waren die Informationen, die Sie in der Schulung erhielten ausreichend, um die Befragung durchführen zu können? Bitte geben Sie dies von 1 = völlig ausreichend bis 6 = überhaupt nicht ausreichend an.**

a) Schulung

Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen gefehlt?

(b) und wie ausreichend fanden Sie das weitere Informationsmaterial?

1 2 3 4 5 6

b) weiteres Informations-
material

Was fanden Sie gut? Was hat Ihnen gefehlt?

- (8) **Würden Sie es nach der jetzigen Erfahrung begrüßen, auch in Zukunft die elektronische Lebensqualitätsbefragung routinemäßig in Ihrer Praxis einzusetzen? Eher ja oder eher nein oder nein?**

Eher ja

Eher nein

Könnten Sie mir das bitte kurz begründen?

Zum Abschluss benötige ich noch einige kurze Angaben für die Statistik:

6. Wie lange sind Sie schon als Arzthelferin tätig? _____(Jahre)
7. Seit wann sind Sie in dieser Praxis tätig? _____(Jahre)
8. Wie alt sind Sie? _____(Jahre)
9. Wie würden Sie Ihre Erfahrung im Umgang mit Computern beschreiben?

Viel	etwas	wenig	keine
------	-------	-------	-------
10. *Selbstbeantwortend:* Geschlecht: männlich weiblich

Haben Sie noch irgendwelche Fragen oder Ergänzungen zu der Lebensqualitätserhebung?

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung

9.7 Interviewleitfaden Abschlussinterview Ärzte

Praxis:

Code Interviewpartner:

Datum:

Abschlussbefragung der Ärztinnen/Ärzte
zur Studie:
„Elektronische Erfassung der Lebensqualität in Hausarztpraxen“
Leitfaden

Guten Tag Frau Dr. / Herr Dr. _____!

Mein Name ist _____. Ich rufe aus der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen an. Es geht um die elektronische Erhebung der Lebensqualität, die über ein Jahr hinweg in Ihrer Praxis angeboten wurde. Ich würde Sie nun zum Abschluss noch einmal gerne rückblickend zu Ihren Erfahrungen befragen. Das wird knapp 15 Minuten dauern. Passt es Ihnen jetzt zeitlich?

Ihre Angaben werden anonym (ohne Namen usw.) erhoben.

1. Welche Erfahrungen haben Sie – stichwortartig – im vergangenen Jahr mit den Lebensqualitätsbefragungen gemacht?

2. Was sind aus Ihrer Sicht Gründe, warum Lebensqualitätsbefragungen im Praxisalltag manchmal schwer durchführbar sind?

3. Wie könnte man Lebensqualitätsbefragungen im Praxisalltag erleichtern?

4. Ich würde Ihnen nun einige Faktoren nennen, die möglicherweise die Anwendbarkeit der Lebensqualitätsbefragungen im Praxisalltag beeinflussen. Bitte sagen Sie mir zu jedem Punkt, für wie wichtig Sie ihn halten – auf einer Skala von 1 bis 10:

1 würde „unwichtig“ bedeuten; 10 „sehr wichtig“.

Und nun der erste Faktor	
a) Klare Aufgabenverteilung: Für wie wichtig halten Sie es, dass festgelegt ist, welche Praxismitarbeiterin für die Patientenbefragungen zuständig ist?	
b) Vergütung: Für wie wichtig halten Sie es, dass systematische Patientenbefragungen vergütet werden?	
b2) Bei Wert von 5 oder größer: Welchen Betrag pro Patientenbefragung würden Sie für angemessen halten?	Euro
c) Wunsch durch Patienten: Für wie wichtig halten Sie es, dass Befragungen durch die Patienten ausdrücklich gewünscht werden?	
d) Zeit: Für wie wichtig halten Sie es, dass im Praxisalltag Zeit für systematische Patientenbefragungen zur Verfügung steht?	
e) Unmittelbare Verfügbarkeit der Ergebnisse: Für wie wichtig halten Sie es, dass Befragungsergebnisse unmittelbar als Ausdruck oder am Bildschirm zur Verfügung stehen?	
f) Interpretation der Befragungsergebnisse: Für wie wichtig halten Sie es, dass Befragungsergebnisse auf einen Blick verständlich sind?	
g) Empfehlungen aufgrund von Befragungsergebnissen: Für wie wichtig halten Sie es, dass der Ergebnisausdruck eine Empfehlung für die Behandlung des Patienten umfasst (Bsp.: Überweisung zu Physiotherapie)?	
h) Versorgungsangebote in der Region: Für wie wichtig halten Sie es, dass Versorgungsangebote verfügbar sind, um Patienten mit bestimmten Einschränkungen der Lebensqualität (z.B. psychischer Belastung) gezielt überweisen zu können?	
i) Werbung für Praxis: Für wie wichtig halten Sie es, dass Praxen auf ihre Qualitätsmerkmale wie das Angebot von Lebensqualitätsbefragungen öffentlich hinweisen können?	

Möchten Sie an dieser Stelle noch weitere Punkte ergänzen?

Zum Abschluss noch einige wenige Fragen:

5. Darf ich fragen, wie groß Ihr Praxis ungefähr ist, d.h. wie viele Scheine Sie in etwa haben:
- unter 500 500-999 1000-1499 1500-2000 über 2000
6. Verwendet Ihre Praxis ein Qualitätsmanagementsystem? Wenn ja, welches?
- EPA-Modell (Europäisches Praxisassessment in Hausarztpraxen)
 - Stiftung Praxistest e.V. der Bertelsmann-Stiftung
 - ISO 9001:2000 Basismodell
 - EFQM Excellence Modell
 - KTQ-Modell für Praxen
 - QEP-Modell der KBV
 - KPQ Praxis Qualitätsmanagement
 - QP (Qualitätspraxen, Anpassung des EFQM Modells auf Hausarztpraxen)
 - Sonstiges: _____
7. Ist die Praxis sog. akademische Lehrpraxis, d.h. finden regelmäßig Blockpraktika oder Hospitationen durch Medizinstudenten statt? Ja Nein

Abschluss der Befragung:

8. Haben Sie noch Fragen oder Ergänzungen zu dem Thema?

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dem Projekt und Ihre Unterstützung!

Danksagung

Ich möchte mich an dieser Stelle bei Prof. Dr. Michael M. Kochen, MPH, FRCGP und meinem Doktorvater Prof. Dr. Wolfgang Himmel für die freundliche Überlassung des Themas der Dissertation bedanken.

Mein besonderer Dank gilt Prof. Dr. Himmel und vor allem Dr. Anja Rogausch, Dipl.-Psych., die mich während der Arbeit ausgezeichnet betreuten, berieten und in jeder Hinsicht unterstützten. Sie standen mir mit großem Engagement zur Seite und gaben mir viele hilfreiche und wichtige Anregungen.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Ärzten, Praxismitarbeiterinnen und Patienten, die sich zur Teilnahme an diesem Projekt bereit erklärt haben und so freundlich waren, ihre Daten bereitzustellen sowie ihre Ansichten mit mir zu diskutieren.

Lebenslauf

Ich, Anna Janina Seibert, wurde am 17.11.1983 in Hildesheim geboren und bin in Elze (Niedersachsen) aufgewachsen. Ich bin das einzige Kind meiner Eltern, Rolf Seibert, Dipl.-Ing. für Luft- und Raumfahrttechnik, und Ulrike Jakutteck-Funda (geb. Jakutteck), staatlich geprüfte Augenoptikerin und Augenoptikermeisterin.

Ich wurde 1990 in die Astrid-Lindgren Grundschule Elze eingeschult und wechselte 1994 auf das Gymnasium Christophorusschule Elze, wo ich im Sommer 2003 meine Schullaufbahn mit dem Abitur beendete.

Im Wintersemester 2003/2004 begann ich das Studium der Humanmedizin an der Georg-August-Universität Göttingen und absolvierte im Sommer 2005 den ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung. Den klinischen Abschnitt meines Studiums verbrachte ich ebenfalls in Göttingen. Das Praktische Jahr begann ich im Sommer 2008 und verbrachte die Tertiale Innere Medizin und Chirurgie im Krankenhaus Bremen-Mitte. Mein Wahltertial Pädiatrie absolvierte ich im St. Bernwardskrankenhaus Hildesheim. Im November 2009 legte ich den zweiten Abschnitt der ärztlichen Prüfung erfolgreich ab und erlangte meine Approbation als Ärztin. Seit Mitte April 2010 habe ich meine Weiterbildung in der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie des Krankenhauses Bremen-Mitte begonnen.

Während meines Studiums arbeitete ich als studentische Hilfskraft der Abteilung Psychosomatik im Kursus Ärztliche Basisfähigkeiten sowie in der Intensiv- und Krankenpflege im Aufwachraum des Krankenhauses Neu Bethlehem.