



## Fragebogen

Bestandsaufnahme versorgungsrelevanter Informationen

Lars Treinat, ZTG GmbH

**5. Sitzung des eGBR-Fachbeirat**

**Bochum, 30. April 2013**



[www.ztg-nrw.de](http://www.ztg-nrw.de)

Partner des

Gesundheitscampus Nordrhein-Westfalen

# Entwurf eines Fragebogens

## Ergebnisse der Arbeitsgruppe aus dem Frühjahr 2013

- Mitgearbeitet in der AG haben Vertreter aus dem Bereich der Gesundheitsfachberufe, Gesundheitshandwerker und sonstigen Erbringer ärztlich verordneter Leistungen
- Aktuell verwendete Dokumente und Musterbögen wurden berücksichtigt

**Fragebogen**

**Bestandsaufnahme versorgungsrelevanter Informationen aus Sicht der Gesundheitsfachberufe, Gesundheitshandwerker und sonstigen Leistungserbringer**

1.) Ihre Berufs-/Leistungserbringergruppe: \_\_\_\_\_

2.) Welche Informationen benötigen Sie aus Sicht Ihrer Berufsgruppe/Leistungserbringergruppe im Versorgungskontext?

Kategorie / welche Information wird benötigt?	Wichtigkeit, dass Information beim LE vorliegt (1 bis 5) (1 = sehr wichtig, 5 = unwichtig)	Dringlichkeit der Umsetzung (1 bis 5) (1 = sehr eilig, 5 = nicht eilig)	Liegt die Information bereits heute im Rahmen der etablierten Versorgungsprozesse (in Papierform) vor?	Wäre die Information für eine Verbesserung der Versorgungszusammenarbeit wichtig?
1. durchgeführte ärztliche Behandlung	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
2. medizinische Diagnosen	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
3. aktuelle Medikation	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
3.1. Informationszugriff auf bestimmte Medikamentengruppen / Wirkstoffe außerhalb der eigenen Versorgung Wenn ja, welche:	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
4. Informationen zum Pflegeprozess (z.B. Dekubitus, Stoma, enterale Ernährung, Beatmung)	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
5. Informationen zum Rehabilitationsprozess	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:

**Fragebogen**

**Bestandsaufnahme versorgungsrelevanter Informationen aus Sicht der Gesundheitsfachberufe, Gesundheitshandwerker und sonstigen Leistungserbringer**

6. sonstige Informationen z.B. Mobilitätseinschränkung Wenn ja, welche:	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. welche:
---	---	---	--	---

**3.) Welche weiteren Informationen benötigen Sie aus Sicht Ihrer Berufsgruppe/Leistungserbringergruppe darüber hinaus für die Organisation der Versorgung?**

Kategorie / welche Information wird benötigt?	Wichtigkeit, dass Information vorliegt (1 bis 5) (1 = sehr wichtig, 5 = unwichtig)	Liegt Information durch eGK in verfügbarer Form vor?	Liegt Information durch etablierte Muster/Vordrucke vor?	Sollte die Information für eine Verbesserung der Versorgungszusammenarbeit elektronisch vorliegen/übermittelt werden?
1. Versichertenstatus	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2. aktuelle Gültigkeit der Versichertenkarte	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3. Einschränkung des Leistungsanspruchs	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Zuzahlungsstatus, noch zu leistende Zuzahlung	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Teilnahme an Selektivvertrag	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Entlassungs-/Verlegungszeitpunkt	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Fragebogen**

**Bestandsaufnahme versorgungsrelevanter Informationen aus Sicht der Gesundheitsfachberufe, Gesundheitshandwerker und sonstigen Leistungserbringer**

7. sozialer Kontext (z.B. schulpflichtige Kinder) ggf. welche:	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. weitere Informationen ggf. welche:	1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, Muster/Vordruck:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**4.)** Welche aktuell eingesetzten Verfahren (Formulare, Dokumenten, Muster, etc.) sollten aus Sicht Ihrer Berufsgruppe/Leistungserbringergruppe **möglichst bald als Anwendung** im Rahmen der Telematikinfrastruktur umgesetzt werden? Bitte bewerten Sie jeweils auch die Wichtigkeit und Dringlichkeit, dass eine entsprechende Anwendung eingeführt wird. (1 = sehr wichtig, 5 = unwichtig) / (1 = sehr dringlich, 5 = nicht dringlich)

4.1) \_\_\_\_\_

4.2) \_\_\_\_\_

4.3) \_\_\_\_\_

**5.)** Welche weiteren, in der derzeitigen Praxis verbesserungsbedürftigen Prozesse wären aus Sicht Ihrer Berufsgruppe/Leistungserbringergruppe relevant und geeignet für eine **Erprobung** als nutzerorientierte Anwendung der Telematikinfrastruktur (z.B.: Überleitungsmanagement, Therapiebericht, Pflegebericht, Wunddokumentation, Heil- und Kostenpläne, Genehmigungsverfahren, etc.)?

5.1) \_\_\_\_\_

5.2) \_\_\_\_\_

5.3) \_\_\_\_\_

## Haben Sie noch Fragen?



### Kontakt:

ZTG Zentrum für Telematik im Gesundheitswesen GmbH  
Universitätsstraße 142  
44799 Bochum

Ansprechpartner: Lars Treinat  
Telefon 0234 . 97 35 17 - 25  
Telefax 0234 . 97 35 17 - 30  
E-Mail [l.treinat@ztg-nrw.de](mailto:l.treinat@ztg-nrw.de)  
Internet [www.ztg-nrw.de](http://www.ztg-nrw.de)