View metadata, citation and similar papers at core.ac.uk

brought to you by CORE

provided by OTHES

universität wien

MAGISTERARBEIT

Titel der Magisterarbeit

„Warum wird im extramuralen Pflegebereich noch auf Papier dokumentiert und wie kann dies geändert werden?

Probleme bei der Einführung von elektronischer Dokumentationssoftware (electronic health records – EHR) im extramuralen Pflegebereich.“

Verfasser

Stefan Krasnik

angestrebter akademischer Grad

Magister (Mag.)

Wien, Februar 2012

Studienkennzahl laut Studienblatt	A 057/122
Studienrichtung laut Studienblatt	IDS Pflegewissenschaft
Betreuer	Mag. Dr. Berta Schrems

Inhaltsverzeichnis

1 MOTIVATION ZU DIESER ARBEIT 7

2 ZIEL DER ARBEIT 8

3 LITERATURSUCHE 8

4 AUFGABEN UND ANFORDERUNGEN AN DIE DOKUMENTATION 10

4.1 Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation 10

4.2 Dokumentation zur Unterstützung des Managements 11

4.3 Dokumentation als vernetzte Information 12

4.4 Dokumentation als Basis der Pflegeforschung 13

4.5 Dokumentation als Unterstützung für die Professionalisierung in der Pflege 13

4.6 Qualitätskriterien der Pflegedokumentation 14

4.7 Probleme bei der papiergestützten Pflegedokumentation 16

5 DER PFLEGEPROZESS 18

5.1 Der Pflegeprozess und Qualitätskriterien 18

5.2 Der Pflegeprozess und die elektronische Dokumentation 18

5.2.1 Anamnese – Assessment 19

5.2.2 Diagnose 19

5.2.3 Planung 20

5.2.4 Durchführung 20

5.2.5 Auswertung - Evaluation 21

6 EDV IM GESUNDHEITSWESEN 22

6.1 Erkenntnisse aus dem Einsatz elektronischer Dokumentation 23

6.1.1 Relevanz für die Pflege 23

6.1.2 Allgemeine Erkenntnisse 24

6.2 Nursing Minimum Data Set (NMDS) 28
6.2.1 Definition 28
6.2.2 Vergleich von NMDS 29
6.2.3 Vorteile und Probleme von NMDS 30

6.3 Modelle zur Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen 32

6.4 Probleme bei der Einführung von EDV Dokumentation 35
6.4.1 Probleme seitens der Technik 37
6.4.2 Probleme seitens der Managements 39
6.4.3 Probleme seitens des Pflegepersonals 41

7 DER EXTRAMURALE PFLEGEBEREICH 42

7.1 Definition von Hauskrankenpflege 42

7.2 Hauskrankenpflege als professionelle Pflegedienstleistung im extramuralen Bereich 43

7.3 Die Pflegekette 43
7.3.1 Definition von Case Management 44

7.4 Dokumentation in der Hauskrankenpflege 44

7.5 Dokumentationsqualität in der Hauskrankenpflege 47

7.6 Datensicherheit in der Hauskrankenpflege 47

8 EMPIRISCHE ERHEBUNG ZU HINDERLICHEN FAKTOREN BEI DER EINFÜHRUNG EINER EDV-DOKUMENTATION IN DER HAUSKRANKENPFLEGE 49

8.1 Methode 49

8.2 Das Experteninterview 49

8.3 Die ExpertInnen 50

8.4 Auswahl der ExpertInnen 51
8.4.1 ExpertInnen der Pflege 51
8.4.2 ExpertInnen des Managements 52
8.4.3 MIK OG 52
8.4.4 Österreichisches Hilfswerk 54

9 DER LEITFADEN 55

9.1 Die Entwicklung des Leitfadens 56
9.1.1 Elemente des PARiSH Modells 56
9.1.2 Elemente des ITAM Modells 57

10 ERGEBNISSE 57

10.1 Der Faktor „context“ bzw. Beschaffenheit des Systems 58
10.1.1 Das niederösterreichische Hilfswerk 58
10.1.2 Die MIK OG 59

10.2 Der Faktor „evidence“ bzw. Qualität des Systems 60
10.2.1 Zweck der Dokumentation für das Management 61
10.2.2 Zweck der Dokumentation für die Pflege 62
10.2.3 Grund für die Umstellung der MIK OG 63
10.2.4 Grund für den Umstellungswunsch im Hilfswerk 65

10.3 Der Faktor „facilitation“ bzw. Unterstützung bei der Umstellung 68
10.3.1 Prozess der Umstellung der MIK OG 68
10.3.2 Unterstützung der MitarbeiterInnen 69

10.4 Der Faktor „fit“ bzw. die Fähigkeit digital zu dokumentieren 70
10.4.1 Fachsprache 71

10.5 Der Faktor „ease of use“ bzw. Anforderungen der Benutzer (Benutzerfreundlichkeit) 72
10.5.1 Anforderungen an den Datentransfer 73
10.5.2 Anforderungen an die Endgeräte 73

10.6 Der Faktor „usefullness“ bzw. der persönliche Nutzen digitaler Dokumentation 75
10.6.1 Datenorganisation 76
10.6.2 Dokumentationsumfang 76
10.6.3 Entscheidungsfindung bzw. Organisation der Pflege 78

10.7 Pflegeprozess 79
10.7.1 Anamnese 80

10.8 Zusammenfassung 81

11 DISKUSSION 82

11.1 Dokumentation in der Pflegezeit 82

11.2 Finanzierung **83**

11.3 Einsparung **83**

11.4 Unterstützung des Pflegeprozess **83**

11.5 Heterogenität des Pflegepersonals **84**

12 RESÜMEE **85**

13 LITERATURVERZEICHNIS **86**

14 ANHANG **93**

14.1 Leitfaden tabellarisch **93**

14.1.1 Leitfaden Pflege 93

14.1.2 Leitfaden Management 96

14.2 Curiculum Vitae **99**

Abstract

Die folgende Arbeit untersucht die hinderlichen Faktoren bei der Einführung von elektronischen Dokumentationssystemen im extramuralen Pflegebereich. Durch eine ausführliche Literaturrecherche werden die Anforderungen und Aufgaben an die Dokumentation beschrieben und die aktuellen Erkenntnisse aus dem Einsatz elektronischer Dokumentation zusammengefasst. Auf Basis des ITAM und des PARiSH Modell wird ein Leitfaden erstellt, mit dessen Hilfe ExpertInnen der Pflege und des Managements des Hilfswerk Österreich und der MIK OG (Wien) zur elektronischen Dokumentation befragt werden. Aus den Ergebnissen dieser Leitfadeninterviews werden die Faktoren beschrieben, die Implementation von elektronischen Dokumentationssystemen verhindern.

Nach der Auswertung der Interviews zeigte sich, dass sich die allgemein hinderlichen Faktoren aus der Literatur ebenfalls für den extramuralen Bereich zutreffen. So sind vor allem die Finanzierung der Umstellung und die Unterstützung des Pflegeprozesses sowie die Heterogenität des Pflegepersonals entscheidende Faktoren bei der Einführung von elektronischen Dokumentationssystemen.

1 Motivation zu dieser Arbeit

Durch meine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter der Firma WPM – Wund Pflege Management Ges. m. b. H. werde ich ständig mit Pflegedokumentation verschiedenster Formen konfrontiert. Je nach Partnerinstitution unterscheiden sich die Art und der Umfang der Dokumentation erheblich. So wird in manchen Institutionen schon mit mehr oder weniger modernen, umfangreichen elektronischen Dokumentationssystemen gearbeitet, wohingegen mancherorts noch gänzlich auf Papier dokumentiert wird. Der Fokus meiner Tätigkeit liegt vor allem auf der Durchführung und Auswertung von Anwendungsbeobachtungen im Bereich des Wundmanagements. Durch die Beschäftigung mit dieser Thematik wurde mir immer mehr bewusst, dass ein elektronisches Dokumentationssystem gegenüber der Papiervariante viele Vorteile hat. Vor allem bei der Auswertung relevanter Daten stellt die elektronische Pflegedokumentation eine unglaubliche Erleichterung dar. So ist es neben leichterer Lesbarkeit auch wesentlich einfacher, die Übersicht auf die für die Fragestellung relevanten Daten zu begrenzen und diese automatisch weiter zu verarbeiten. Umfangreichere Auswertungen, die eine größere Fallzahl, einen längeren Dokumentationszeitraum und mehr Faktoren betrachten, sind bei Papierdokumentationssystemen aufgrund von personellem Mangel und Unübersichtlichkeit praktisch undurchführbar. So scheint es nur nachvollziehbar, dass schon seit geraumer Zeit an der Einführung von elektronischen Dokumentationssystemen gearbeitet wird (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.11). Im Laufe meiner Tätigkeit mit verschiedenen Partnerinstitutionen im stationären und extramuralen Bereich konnte ich feststellen, dass die Implementierung elektronischer Pflegedokumentationssoftware im stationären Bereich wesentlich weiter fortgeschritten ist. Dies bestätigt sich auch in der einschlägigen Fachliteratur. So erwähnen bereits Brobst et.al. 1997 die bevorstehende Etablierung von elektronischen Pflegeberichten im Krankenhaus. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin, Cunningham, Feldman, Hess Jr., Mason, Fenner McBride, Perkins, Romano, Warren und Wright 1997, S.214) Schon im Jahr 2001 beschrieb Kabinger in seinem Lehrbuch zur EDV in der Pflege, dass die elektronische Dokumentation im mobilen Pflegebereich deutlich schlechter etabliert sei. (vgl. Kabinger 2001, S.42) An diesem Zustand hat sich auch scheinbar nichts geändert. So weist Philippi im Jahr 2007 wieder darauf hin, dass die elektronische Datenverarbeitung im stationären Pflegebereich in Österreich deutlich besser entwickelt sei.

„Currently, hospitals are the leader in information communication technology (ICT) based data management and storage.“ (Philippi 2007, S.23)

Diese Aussagen führen zu der Frage, warum die Implementation eines digitalen Dokumentationssystems im extramuralen und im stationären Pflegebereich nicht gleich fortgeschritten sind. Warum dokumentiert die extramurale Pflege noch auf Papier und wie kann dies geändert werden?

Die Motivation dieser Arbeit bildet die Beschreibung der hinderlichen Faktoren bei der Implementation von elektronischen Dokumentationssystemen im extramuralen Bereich.

.

2 Ziel der Arbeit

Das Ziel der Arbeit ist es, die den Implementationsprozess von elektronischer Pflegedokumentation im extramuralen Bereich hinderlichen Faktoren zu identifizieren, zu beschreiben und im Idealfall Lösungsvorschläge zur Förderung der Implementation zu finden. Dadurch soll die Implementation von elektronischen Dokumentationssystemen im extramuralen Pflegebereich erleichtert und auf diesem Wege in weiterer Folge die Qualität der Pflegedokumentation verbessert werden.

Den ersten Schritt bildet hier eine Literatursuche, die als Grundlage für die Problembeschreibung durchgeführt wurde. Im zweiten Schritt werden die Erkenntnisse aus der Fachliteratur durch Interviews mit ExpertInnen ergänzt.

3 Literatursuche

Der Einsatz von elektronischen Dokumentationssystemen wird seit Mitte der Neunziger wissenschaftlich untersucht. In zahlreichen Arbeiten und Artikeln werden hier die verschiedenen Aspekte der Implementierung beschrieben und zusammengefasst. In diesen wissenschaftlichen Auseinandersetzungen mit der Thematik wurde jedoch der extramurale Bereich selten in das Zentrum gestellt. Dies wird sehr gut durch die Suchergebnisse von wissenschaftlichen Datenbanken sichtbar. Während die Suche nach „electronic health record“ 432 Ergebnisse in CINAHL ergibt, werden beim Suchbegriff „electronic health record AND home care“ lediglich vier Ergebnisse ausgegeben.

Auch Stoole et.al geben in einer Literatur review an, dass ein Großteil der Literatur mit dem Schwerpunkt „home care“ wenig empirische Daten enthält und eher aus Erfahrungsberichten

besteht. (vgl. Stolee, Steeves, Glenny und Filsinger 2010, S.171)

> *„The majority of the literature reviewed for this study was comprised of opinion-based articles or discussion papers, with very few empirical data.“ (Stolee, Steeves et al. 2010, S.171)*

Eine Eingrenzung der Suchkriterien auf Artikel der letzten zehn Jahre führte zu folgenden Ergebnisse (Tabelle 1) bei verschieden Suchmaschinen. Die nachfolgende Tabelle zeigt die Suchergebnisse der Datenbanken Google Scholar, Cihnal und PubMed bei den entsprechenden Suchworten.

Suchbegriff	Google Scholar Ergebnisse	Cihnal Ergebnisse	PubMed Ergebnisse
Pflegedokumentation + Qualität	1040 + 751	1	0 + 0
EHR + quality	20000 + 15800	102	1071
Electronic health record	218000 + 134000	282	19618 + 3880
Elektronische Dokumentation + Qualität	18000+15800	0	0 + 0
Nursing documentation + quality	40000+26900	131	6299 + 1372
Nursing documentation + „home care“ quality electronic	4610	5	319
Documentation AND home care		186	
EHR AND home care		1	

Tabelle 1. Anzahl der Treffer bei verschiedenen Suchmaschinen nach Suchbegriff

Bei der Sichtung dieser Artikel wurde nicht zwischen englischer und deutscher Terminologie differenziert. Begriffe wie „electronic patient record“, „nursing documentation“ oder „electronic health record“ beschreiben unterschiedliche Schwerpunkte und Umfänge von Pflegedokumentation. Im Rahmen dieser Literaturrecherche wurde jedoch bewusst auf die Eingrenzung auf einen Begriff verzichtet, da der Umfang der Dokumentation bei der Fragestellung nicht von Belang ist.

Die Literatursuche bildet die Basis für die Beschreibung von elektronischen

Dokumentationssystemen. Auf Basis der wissenschaftlichen Publikationen lassen sich die Aufgaben und Anforderungen an so ein System beschreiben. Im folgenden Abschnitt wird versucht, die Aufgaben und Anforderungen an Dokumentation zu umreißen und somit einen Rahmen zu schaffen, um die speziellen Anforderungen an ein elektronisches Dokumentationssystem zu beschreiben.

4 Aufgaben und Anforderungen an die Dokumentation

Die Dokumentation im Pflegebereich betrifft nicht nur die Pflege, sondern mehrere Berufsgruppen. So muss die Dokumentation neben den rechtlichen Anforderungen noch zusätzliche Aufgaben erfüllen. Der folgende Abschnitt behandelt die rechtlichen Grundlagen der Pflegedokumentation und deren zusätzlichen Aufgaben für das Management, die Pflegeforschung und andere Berufsgruppen sowie die Qualitätskriterien der Pflegedokumentation.

4.1 Rechtliche Grundlagen der Pflegedokumentation

> *„Die Pflegedokumentation ist die Verschriftlichung der u.a. im Rahmen des Pflegeprozesses gesetzten Aktivitäten und zählt zu den Berufspflichten der Angehörigen von Gesundheits- und Krankenpflegeberufen (Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG))§5.“ (Allmer, Burger, Chukwuma-Lutz, Oswald, Rappold, Rottenhofer, Staufer, Von Musil, Weissenbacher und Wild 2009, S.3)*

Der rechtliche Rahmen der Pflegedokumentation wird durch mehrere Gesetze gebildet.
Dazu zählen:

- das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG),
- das Ärztegesetz,
- das Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz (KAKuG),
- das Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG) und
- die Altenwohnheimgesetze, Heimgesetze und/oder Pflegeheimgesetze der Länder,
- das Dienstrecht sowie Patientencharta.

In diesen gesetzlichen Grundlagen werden die Basisanforderungen formuliert. Im Rahmen des GuKG §14 Absatz 2 wird eine Dokumentation des Pflegeprozesses als Teil des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs genannt. (vgl. GUKG 2009, §14(2))

> *„Darüber hinaus wird im KAKuG beschrieben, dass in der Krankengeschichte wesentlichen Leistungen aus dem pflegerischen Bereich zu dokumentieren sind (KAKuG § 10 Abs. 1)" (Allmer, Burger et al. 2009, S.3)*

Im Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (GQG) werden im speziellen Forderungen nach einer

> *„[..] flächendeckenden Sicherung und Verbesserung der Qualität im österreichischen Gesundheitswesen"* gestellt. (GQG 2004, §1)

Der Begriff „Qualität" wird in § 2 mit den Begriffen „ Strukturqualität", „Prozessqualität" und „Ergebnisqualität" gleichgesetzt, wobei sich unter „Prozessqualität" folgende Definition findet:

> *„Prozessqualität: Arbeitsabläufe und Verfahrensweisen, die nach nachvollziehbaren und nachprüfbaren Regeln systematisiert erfolgen und dem Stand des professionellen Wissens entsprechen, regelmäßig evaluiert und kontinuierlich verbessert werden." (GQG 2004, §2)*

Angewandt auf den Pflegebereich lässt sich die Forderung der Prozessqualität mit der Forderung nach dem Pflegeprozess gleichsetzen.

4.2 Dokumentation zur Unterstützung des Managements

Durch eine vollständige Dokumentation ist es möglich, die benötigten Arbeitsabläufe nachzuvollziehen und den dafür nötigen Aufwand zu rechtfertigen. Eine genau dokumentierte Pflegehandlung beschreibt den Pflegeaufwand, begründet die eingesetzten Ressourcen und ermöglicht dadurch eine Ermittlung der Kosten.

Dadurch entsteht Transparenz der erbrachten Leistungen und eine Sichtbarmachung der pflegerischen Tätigkeiten. Diese Informationen können in die Personalbedarfsplanung einfließen. Weiters ermöglicht die Dokumentation der pflegerischen Maßnahmen und der dafür benötigten Ressourcen einen Kosten – Leistungsvergleich. Dadurch können weiters die Planung der Arbeitsabläufe und der Materialdisposition unterstützt werden. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.19)

4.3 Dokumentation als vernetzte Information

Die Pflegedokumentation steht nicht für sich allein, sondern ist in die Patienten-, Klienten-, bzw. Bewohnerdokumentation integriert. Laut dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKUG 2010, §10/2) muss in dieser gesamten Dokumentation (Krankengeschichte)

- *„die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese),*
- *der Zustand des Pfleglings zur Zeit der Aufnahme (status praesens),*
- *der Krankheitsverlauf (decursus morbi),*
- *die angeordneten Maßnahmen*
- *sowie die erbrachten ärztlichen und gegebenenfalls*
- *zahnärztlichen Leistungen einschließlich*
- *Medikation (insbesondere hinsichtlich Name, Dosis und Darreichungsform) und*
- *Aufklärung des Pfleglings und*
- *sonstige angeordnete sowie erbrachte Leistungen, insbesondere der pflegerischen, einer allfälligen psychologischen bzw. psychotherapeutischen Betreuung sowie Leistungen der medizinisch- technischen Dienste“* dargestellt sein.

(KAKUG 2010, §10(2a & 2b))

Diese Aufzählung des KAKUG macht deutlich, dass hier verschiedene Dokumentationen zusammenfließen und ineinander greifen.

> *„Seit dem GuKG von 1997 ist die Pflegedokumentation ein wesentlicher Bestandteil der klinischen Dokumentation geworden.“ (Pagitz, Matzak, Angermair, Hildebrandt und Umshaus 2005, S.34)*

So wird die Möglichkeit einer berufsgruppenübergreifenden Vernetzung aller Dokumentationen geschaffen.

> *„Eine berufsgruppenübergreifende personenbezogene Dokumentation ist für den reibungslosen Ablauf und den Informationstransfer sowie für ein gutes und effizientes Zeitmanagement sinnvoll und hilfreich.“ (Allmer, Burger et al. 2009, S.5)*

Durch diesen berufsgruppenübergreifenden Informationsaustausch lässt sich die fachliche Kommunikation und Information zwischen verschiedenen Leistungserbringern sichern. (vgl. Höfert und Meißner 2008, S.78) und die erbrachten Leistungen nachvollziehbar im Verlauf darstellen. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.18)

4.4 Dokumentation als Basis der Pflegeforschung

> *„Die beste Dokumentation ist wertlos, wenn die in ihnen gesammelten und dokumentierten Daten nicht genutzt werden“ (Hübner 2004, S.232)*

Um die dokumentierten Daten verarbeiten zu können, ist es besonders wichtig, strukturiert zu dokumentieren. Hübner sieht an dieser Stelle den Einsatz von „Katalogen“ als einzige Möglichkeit, strukturierte Daten zu erzeugen. Mittels dieser „Kataloge“ ist es möglich das Datenniveau von narrativem Text höher zu heben und damit die dokumentierten Informationen auswertbar zu machen. Dies gelingt durch die Standardisierung des Vokabulars. Theoretisch ist es zwar möglich, solche Kataloge in Eigenregie selbst zu entwickeln, auf Grund des erheblichen Aufwandes ist jedoch die Verwendung eines nationalen oder internationalen Fachvokabulariums bzw. einer Klassifikation ratsam. Diese einheitliche Dokumentation ermöglicht somit zumindest innerhalb des gleichen Dokumentationssystems eine patientenübergreifende Auswertung. Um die Daten systemübergreifend zu vergleichen, muss jedoch eine Transformation durchgeführt werden. (vgl. Hübner 2004, S.231ff)

Das systematische Sammeln von Informationen und eine patientenübergreifende Auswertung bilden die Möglichkeit, statistische Methoden anzuwenden und so allgemein gültige Aussagen zu den Patienten zu formulieren. Dadurch lässt sich quantitative Pflegeforschung betreiben und Hypothesen überprüfen. (vgl. Mayer 2002, S.69ff)

4.5 Dokumentation als Unterstützung für die Professionalisierung in der Pflege

Durch eine umfassende Dokumentation ist es möglich, die erbrachten Leistungen der Pflege sichtbar zu machen. Durch die Darstellung der Leistung kann sowohl das Selbstbewusstsein der Berufsgruppe als auch die Eigenverantwortlichkeit der Pflege gestärkt werden. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.18)

Diese oben angeführten Aspekte der Pflegedokumentation kommen sowohl im stationären als auch im extramuralen Bereich zu Geltung. Sowohl die rechtlichen Aspekte als auch sämtliche anderen Punkte müssen in beiden Arbeitsbereichen gleichermaßen erfüllt sein. Jedoch ergeben sich durch das unterschiedliche Setting von stationär und ambulant verschiedene Schwerpunkte. So ist dem Aspekt der Vernetzung im extramuralen Bereich besonders große Bedeutung zuzuschreiben, da nicht in einem Team vor Ort zusammengearbeitet wird. Da im

extramuralen Bereich oft auch verschiedene Institutionen bei oder mit denselben KlientInnen arbeiten (z.B. mobiles Wundmanagement und mobile Hauskrankenpflege), stellt die Kontinuität der Dokumentation durchaus auch eine Herausforderung dar. Welche Qualitätskriterien muss Dokumentation demnach erfüllen, um den oben beschriebenen Funktionen gerecht zu werden?

4.6 Qualitätskriterien der Pflegedokumentation

Lehmann postuliert in seinem "Handbuch der medizinischen Informatik" eine Reihe von Qualitätskriterien für eine Dokumentation. Wenngleich diese Kriterien allgemein formuliert sind, können sie auch auf den Pflegebereich übertragen werden. (vgl. Lehmann 2004, S.94)

- **Vollzähligkeit** – Vollzähligkeit liegt dann vor, wenn alle zu dokumentierenden Objekte tatsächlich dokumentiert worden sind. Zum Beispiel sind in einer vollzähligen Pflegedokumentation sämtliche PatientInnen, die gepflegt wurden, angeführt.
- **Vollständigkeit** – Alle zu dokumentierenden Merkmale eines Objektes sollen vorhanden sein. In Bezug auf die Pflegedokumentation ist Vollständigkeit gegeben, wenn alle geforderten Daten bei einer/einem Patientin/Patienten erhoben wurden. Im Fall der Pflegedokumentation bietet die gesetzliche Grundlage Angaben zur Vollständigkeit. Somit gilt eine Pflegdokumentation als vollständig, wenn
    - sämtliche vom Pflegepersonal gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen dokumentiert sind (insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen),
      (vgl. GUKG 2009, §5),
    - der Pflegeprozess dokumentiert ist
      (vgl. GUKG 2009, §14),
    - der mitverantwortliche Tätigkeitsbereich dokumentiert ist
      (vgl. GUKG 2009, §15),
    - und sämtliche Maßnahmen von Seiten der Pflege im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit dokumentiert sind.
      (vgl. GUKG 2009, §16).

- **Richtigkeit** – (=Validität, Gültigkeit) Die dokumentierten Werte müssen mit der Wirklichkeit übereinstimmen. So muss zum Beispiel eine Risikoeinschätzung der Sturzgefährdung tatsächlich ein Risiko der Sturzgefährdung anzeigen.
- **Beobachtungsgleichheit** – Beobachtungsgleichheit fordert die gleiche Anwendung von gleichen Messmethoden. So muss die Risikoeinschätzung bei Sturzgefährdung immer dasselbe Ergebnis liefern, egal wer diese Risikoeinschätzung durchführt. Diese Forderung ist jedoch in der Realität nicht immer zu erfüllen. Zwar kann bei Anwendung von standardisierten Assessmentinstrumenten (zum Beispiel: Erfassung des Sturzrisikos mit Hilfe eine Skala) von hoher Beobachtungsgleichheit ausgegangen werden, beim Einsatz von nichtstandardisierten Assessmentinstrumenten (zum Beispiel: Erfassung der Bedürfnisse auf Basis der Aktivitäten des täglichen Lebens) ist jedoch eine gute Schulung erforderlich, um die Beobachtereinflüsse auf das Ergebnis möglichst gering zu halten. Daraus resultiert, dass die Beobachtungsgleichheit neben einem gleichen Wissensstand bestmöglich auch durch eine standardisierte Dokumentation erreicht werden kann.
- **Strukturgleichheit –** Unter Strukturgleichheit versteht man die Übereinstimmung in der Verteilung aller Merkmale der beobachteten Objekte mit Ausnahme des Gruppenmerkmales und der zu bestimmenden Zielgröße in allen Gruppen. Strukturgleichheit muss gegeben sein, um Zusammenhänge zwischen zwei Merkmalen eindeutig bestimmen zu können.
- **Reproduzierbarkeit –** (=Reliabilität) Reliabilität ist gegeben, wenn bei mehrmaliger Durchführung durch dieselbe Person dasselbe dokumentiert wird.

Die hier angeführten Qualitätsmerkmale von Lehman et.al. werden von Voesseler et.al. zum Teil übernommen, jedoch in reduzierter Form. Die AutorInnen sehen die Qualitätsmerkmale der Pflegedokumentation in Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit.

> *"Entscheidend für den Erfolg jeglicher Informationsverarbeitung ist die Qualität (Vollzähligkeit, Vollständigkeit und Richtigkeit) der erhobenen Daten"(Voesseler, Röhrig, Seggewies, Bürkle, Dahlmann, Mann, Sax und Stausberg 2009, S.165)*

Diese Reduktion der Kriterien lässt sich durch den allgemeinen Ansatz von Lehmann erklären. Während die allgemeinen Qualitätskriterien von Lehmann eine Dokumentation für Forschungszwecke beschreiben, beziehen sich Voesseler et.al. auf die praktischen Anforderungen an die Dokumentation. Als konkretes Beispiel der zu erhebenden Parameter

kann hier das Qualitätsprogramm für Wiener Wohn- und Pflegeheime aus dem Jahre 2007 angegeben werden. Hier wird neben einer Dokumentation der Bewohnerdaten eine Pflegedokumentation mit allen Schritten des Pflegeprozesses gefordert. Im Rahmen des GuKG §14 geregelten eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereichs sollen hier folgende Aspekte bei der Dokumentation beachtet werden:

- Die Sicht der Bewohner soll erkennbar sein.
- Die pflegerelevanten Aspekte im räumlichen Umfeld der Bewohner sind im Pflegeprozess zu berücksichtigen.
- Die pflegerelevanten Aspekte im sozialen Umfeld der Bewohner sind im Pflegeprozess zu berücksichtigen.
  (vgl. Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen 2007, S.12-15)

Die hier beschriebenen Anforderungen an eine systematische Dokumentation sind sehr umfangreich. Durch die ständig steigenden Anforderungen an die Dokumentation haben sich die ersten papiergestützten Dokumentationssysteme Anfang der 70er Jahre bis heute zu riesigen Formularbergen ausgeweitet. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.9)
Diese papiergestützte Dokumentationsweise führt zu nachfolgend beschriebenen Problemen.

4.7 Probleme bei der papiergestützten Pflegedokumentation

Ammenwerth und Schrader haben sich in ihren Arbeiten besonders mit Pflegedokumentation befasst und beschreiben sechs große Probleme, die bei papiergestützter Pflegedokumentation auftreten. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.27)
Diese sind:

- **Unvollständige Dokumentation –** Dokumentation wird oft nicht vollständig ausgefüllt. Dadurch wird das Qualitätskriterium „Vollständigkeit“ nicht erfüllt.
- **Sachlich falsche Verwendung von Dokumentationssystemen** – Ein oft beobachteter Fehler ist die falsche Handhabung der bereitgestellten Formulare. Zum einen werden dadurch nicht alle notwendigen Parameter erhoben (siehe „Vollständigkeit“) zum anderen können durch die falsche Handhabung der Formulare selbst standardisierte Assessmentinstrumente falsche Ergebnisse liefern (siehe Beobachtungsgleichheit).
- **Problem der Ziel- und Zuordnungsgenauigkeit** – Durch eine fehlende oder ungenaue Definition von Zielen beziehungsweise eine fehlende Zuordnung der

Interventionen lässt sich weder der Pflegeprozess noch ein Qualitätsmanagement im Sinne der Verbesserung der Pflege durchführen.

- **Sprachliche Ungenauigkeit, unklare Formulierung –** Eine ungenaue und nicht nachvollziehbare Beschreibung der Situation führt zu Problemen bei der „Reproduzierbarkeit". So kann durch eine unklare Formulierung nicht davon ausgegangen werden, dass bei gleicher Dokumentation auch die Wirklichkeit gleich aussieht.
- **Nachträgliche und nicht kontinuierliche Dokumentation –** Nachträgliches Dokumentieren aus dem Gedächtnis zu einem späteren Zeitpunkt bringt ein hohes Sicherheitsrisiko mit sich. Oft ist in papiergestützten Dokumentationssystemen keine kontinuierliche pflegerische Dokumentation nachweisbar.
- **Mangelnde Verfügbarkeit der Dokumentationsunterlagen für alle Berufsgruppen** – Da die konventionelle Patientendokumentation ein Unikat ist, kann der Zugriff nicht für alle relevanten Berufsgruppen garantiert werden. Dadurch können Informationsdefizite auftreten.

Die oben beschriebenen Probleme bilden den Grundimpuls, die klassische papiergestützte Dokumentation durch ein EDV gestütztes Dokumentationssystem zu ersetzen. Pagitz, Matzak, Angermaier, Hildebrandt und Umshaus beschreiben nach der Einführung von EDV Dokumentation in einer Ambulanz des LKH Innsbruck einen positiven Effekt auf die Vollständigkeit der Dokumentation. Hier ist auf Grund der neuen Software die Möglichkeit einer genaueren und umfangreicheren Dokumentation gegeben. Dadurch wurde eine größere Transparenz der Pflegeleistungen sowie eine Verbesserung der Information und Kommunikation (sowohl interdisziplinär als auch zu den PatientInnen) erreicht.

> *„Die EDV gestützte Pflegedokumentation ermöglicht eine deutlich umfangreichere und genauere Dokumentation als auf Papier." (Pagitz, Matzak et al. 2005, S.34-35)*

Mit der Verwendung einer elektronischen Dokumentationssoftware sollen die beschriebenen Probleme also vermieden beziehungsweise dezimiert werden. So ist es möglich, durch die genauere Definition von Zielen und der Zuordnung der Interventionen die Durchführung des gesetzlich geforderten Pflegeprozesses zu unterstützen.

5 Der Pflegeprozess

Unter dem Pflegeprozess wird ein Problemlösungsprozess zu Systematisierung der Pflegehandlungen sowie ein Hilfsmittel für das hermeneutische Fallverstehen verstanden. Der Pflegeprozess steht im Gegensatz zu einer intuitiven Pflegehandlung und stellt einen systematischen Problemlösungsprozess dar. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.20)

5.1 Der Pflegeprozess und Qualitätskriterien

Die oben aufgeführten Qualitätsmerkmale für die Pflegedokumentation lassen sich auf die Schritte des Pflegeprozesses übertragen. So wird im Rahmen der Diagnose das individuelle Problem ermittelt und mit standardisierten Assessmentinstrumenten bewertet. Durch die Verwendung eines Assessmentinstruments wird hier eine hohe Beobachtungsgleichheit ermöglicht. Die Wahl des richtigen Instruments muss sorgfältig getroffen werden, um hohe Validität (=Gültigkeit) zu erreichen. Durch die Auswahl des falschen Instruments wird bei gut geschulter Anwendung zwar eine hohe Beobachtungsgleichheit erreicht, jedoch das Falsche gemessen.

Anhand von Pflegediagnosen und Klassifikationssystemen werden die vorhandenen Probleme der PatientInnen einheitlich benannt. In Kombination mit den entsprechenden Ressourcen bilden diese Pflegediagnosen die Basis für die Findung von Zielen und die Planung von individuellen Maßnahmen zur Erreichung dieser Ziele. In der Durchführungsphase werden die Durchführung und eventuelle Abweichung von der Planung dokumentiert. In der Evaluationsphase wird die Wirksamkeit und Zielerreichung überprüft. Diese Evaluation verlangt nach Vollständigkeit der Daten.

5.2 Der Pflegeprozess und die elektronische Dokumentation

Stefan et al. weisen auf Untersuchungen und Befragungen hin, wonach das Pflegepersonal bis zu 50% der Arbeitszeit für die administrativen Tätigkeiten aufwendet. Hierbei entfallen 30% der Gesamtarbeitszeit auf die Pflegedokumentation. Laut Erfahrungen von Stefan et. al lässt sich mittels standardisierten Dokumentationsvorgängen und angepasster, benutzerfreundlicher Software dieser Zeitaufwand verkürzen. (vgl. Stefan, Eberl, Schalek, Streif und Harald; 2006, S.255)

Durch den Einsatz von elektronischer Dokumentationssoftware kann der gesamte

Pflegeprozess unterstützt werden. Im folgenden Punkt werden die Vorteile einer elektronisch geführten Dokumentation im Pflegeprozess erläutert. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.218)

5.2.1 Anamnese – Assessment

Durch den Einsatz einer softwareunterstützten Anamnese können sämtliche erhobenen Daten sofort in das System eingetragen werden. Da Systeme so gestaltet sind, dass Daten in der Bedeutung erkannt werden, können je nach eingegebenen Informationen entsprechend vertiefenden Fragen gestellt werden. Somit ist es möglich, die Erhebungsschritte auf ein Minimum zu reduzieren. Zum Beispiel findet eine Abfrage der benötigten Gehhilfen nur dann statt, wenn zuvor eine Mobilitätsbeschränkung angegeben wurde. Weiters ist es möglich, diese Daten zu überprüfen und bei Werten, die außerhalb des üblichen Bereichs liegen, zu reagieren. So können nicht nur Tippfehler vermieden werden, auch ein Hinweis auf ein Überschreiten/Unterschreiten von Grenzwerten ist möglich. Ein Beispiel wäre der Hinweis auf Mangelernährung durch niedrigen BMI. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.218) Die EDV- Dokumentation ermöglicht hier das Abarbeiten von definierten Erhebungsschritten, die sich an Modellen und Denkrichtungen der Pflege orientieren können. (vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.256)

5.2.2 Diagnose

Aufgrund der erhobenen Daten kann mittels Computerprogramm eine Auswahl aus möglichen Pflegediagnosen getroffen werden. Diese Diagnosen sind durch das jeweils verwendete Klassifikationssystem geordnet und erleichtern die Auswahl der passenden Pflegediagnose. Zu den möglichen Pflegediagnosen können mit dem Dokumentationssystem auch Hintergrundinformationen bereitgestellt werden, um bei der Wahl der Diagnose zu unterstützen. Einen weiteren Vorteil der EDV Dokumentation ist das sofortige Einfließenlassen des aktuellen Wissensstandes in die Entscheidungsfindung. So kann durch die direkte Verknüpfung mit Fachinformationen, wie zum Beispiel Begriffserklärungen oder Definitionen, eine Suche in Fachbüchern erspart werden. Eine intelligente Verknüpfung zwischen Anamnese und Diagnose befindet sich schon seit Brobst 1997 in Entwicklung und wird seitdem weiterentwickelt. Diese intelligente Verknüpfung von Anamnese und Diagnosen in Verbindung mit dem aktuellen Fachwissen stellt jedoch nur eine Hilfestellung dar. In

letzter Instanz ist jedoch die klinische Urteilskraft der Pflegeperson für die Wahl der zutreffenden Diagnose ausschlaggebend. Die elektronisch erhobenen Daten werden nun codiert, um eine patientenübergreifende Datenauswertung zu ermöglichen. Alle nicht standardisierten zusätzlichen Diagnosen können, sofern dies im System vorgesehen ist, zusätzlich noch via Freitext eingetragen werden, um der Individualität und der Vollständigkeit zu genügen. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.218 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.256)

5.2.3 Planung

Durch den Einsatz von intelligent verknüpften Datenbanken lassen sich aufgrund der Anamnesedaten und der daraus resultierenden Diagnosen auch eine Auswahl an standardisierten Pflegeplänen verknüpfen, die in die individuelle Planung einer Patientin/eines Patienten einbezogen werden können. Die Auswahl des passenden Pflegeplans obliegt in letzter Instanz wieder der fachlichen Urteilskraft der Pflegeperson. Somit werden Anamnese, Diagnose und Pflegeplan miteinander verknüpft. Durch die Standardisierung der Pflegepläne wird ein kontinuierliches Vorgehen gesichert, da sämtliche Mitglieder des Teams mit dem Pflegeplan vertraut sind. Weiters lassen sich diese standardisierten Pflegepläne einer Auswertung zuführen. Dies führt zu einer Auswertung/Evaluation der Pflegeplanung und einer damit ermöglichten Qualitätskontrolle. Weiters lassen sich mit Hilfe einer patientenübergreifenden Auswertung große Patientenpopulationen erfassen, welche der Pflegewissenschaft als Basis für Forschungen dienen können. Weiters sieht Brobst et.al schon seit 1997 die Möglichkeit durch eine Auswertung der Pflegeplanung auch eine Verbesserung der Pflegeziele zu erreichen. Dies erfordert jedoch eine Codierung der Pflegeziele und –maßnahmen. Hier wiederum ist die Verwendung einer internationalen Klassifikation (wie z.B. NIC) ratsam, um mit diesen Daten Leistungserfassungen, Leistungsbeurteilungen und Leistungsnachweise durchzuführen zu können.
(vgl.Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.219 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.256ff)

5.2.4 Durchführung

Durch die digitale Verlaufsdokumentation können erhobene Daten automatisch verknüpft und verarbeitet werden. So könnten sämtliche in das System der Organisation eingebundenen Geräte ihre Parameter in die Dokumentation übertragen. Ein Beispiel wäre hier die

automatisierte Dokumentation der Blutdruckwerte im Pflegebericht. Dies ermöglicht eine effizientere und genauere Dokumentation und verbessert die Möglichkeit einer schnelleren Pflegeintervention.
Auf Basis der Pflegeplanung lassen sich die Arbeitsabläufe koordinieren und somit Überschneidungen verhindern. Weiters kann auf geplante Maßnahmen (zum Beispiel Schlucktraining, Gehübungen, Lagerung) automatisch hingewiesen werden. Durch die elektronische Erfassung lassen sich einfach Wochenprotokolle sowie Berichte erstellen. Weiters lassen sich die Patientendaten leicht übertragen oder von anderen Fachkräften einsehen. Dies bringt zum Bespiel einen Vorteil bei der Verlegung von PatientInnen bzw. bei der Einholung einer Expertenmeinung. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.219 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.257)

5.2.5 Auswertung - Evaluation

Durch den Einsatz von Klassifikationssystemen und einer standardisierten Codierung lassen sich sämtliche digital erhobenen Daten auf einfachem Wege elektronisch zusammenführen und einer Auswertung zuführen. Laut Brobst fanden schon 1997 die ersten Bemühungen statt, durch eine Auswertung der Reaktion der PatientInnen auf die Pflegemaßnamen zu analysieren und entsprechend zu reagieren. Wirksame Pflegemaßnahmen können so identifiziert und weiterempfohlen werden. Im gleichen Zug werden weniger erfolgreiche Vorgehensweisen erkannt und können einer genaueren Betrachtung zugeführt werden. So lassen sich sämtliche Schritte des Pflegeprozesses im Sinne des Qualitätsmanagements überprüfen und evaluieren. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.220 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.257ff)

Abseits der elektronischen Unterstützung des Pflegeprozesses findet die Implementierung von EDV im Gesundheitswesen bereits seit Jahren statt. So existiert auch eine Vielzahl an Fachliteratur, die sich mit dem Einsatz von EDV im Gesundheitsbereich beschäftigt. Im folgenden Abschnitt werden diese Erkenntnisse dargestellt.

6 EDV im Gesundheitswesen

Verschiedene wissenschaftliche Arbeiten, die sich mit dem generellen Einsatz von elektronischer Dokumentation im Gesundheitsbereich befassen, kommen bezüglich der Vorteile zu höchst unterschiedlichen Ergebnissen.

Im Rahmen einer systematischen Review des Southern California Evidence-Based Practice Centers im Auftrag der Healthcare Research and Quality Agency zum Thema der Vor- und Nachteile von „health information technology (HIT)“ konnte ein generell positiver Effekt sowohl auf die Effizienz als auch auf die Effektivität der Leistungen im Gesundheitswesen nachgewiesen werden.

> *„HIT has the potential to enable a dramatic transformation in the delivery of health care, making it safer, more effective, and more efficient“ (Shekelle, Morton, Keeler, Wang, Chaudhry, Shin-Yi, Mojica, Maglione, Roth, Rolon, Di Valentine, Shanman und Newberry 2006, v.)*

Zu einem gegenteiligen Ergebnis kamen jedoch Himmelstein, Wright & Woolhandler (2009) , die in einer großen statistischen Analyse den Zusammenhang zwischen „Computerisierung“ (engl. computerization) von Spitälern mit deren Prozessqualität (Daten aus dem Dartmouth Health Atlas) und dem Verwaltungsaufwand untersuchten und zum Schluss kamen, dass die „Technisierung“ der Spitäler geringen Einfluss auf die Prozessqualität habe und keine Kosten reduziere. (vgl. Himmelstein, Wright und Woolhandler 2009, S.1)

In beiden Arbeiten wurde jedoch nicht explizit auf die elektronische Dokumentation eingegangen, sondern der gesamte Einsatz von EDV im Gesundheitswesen und deren Effekt einer Betrachtung unterzogen. Im nachfolgenden Punkt wird nun der Fokus auf den Einsatz von elektronischer Dokumentation gelegt.

6.1 Erkenntnisse aus dem Einsatz elektronischer Dokumentation

Im hier beschriebenen Punkt werden die Erkenntnisse der Fachliteratur aus dem Einsatz eines elektronischen Dokumentationssystems beschrieben.

6.1.1 Relevanz für die Pflege

Da der Pflegebetrieb auf eine funktionierende Dokumentation angewiesen ist, ist vor allem die Betriebssicherheit von EDV-Systemen ein großes Thema. Hier ist seitens der Institution besonders großer Wert auf die Systemsicherheit zu legen, da ein Systemabsturz bzw. ein Datenverlust massive Probleme hervorrufen kann. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222ff)

Der Einsatz einer elektronischen Dokumentationssoftware soll es ermöglichen, den Kernarbeitsbereich der Pflegepersonen durch Vereinfachung der Arbeitsprozesse mehr in Richtung Pflege zu verschieben und dadurch Effizienz zu steigern. (vgl. Krohn 2006, S.22) Weiters verspricht die Umstellung von einer papiergestützten Dokumentation eine deutliche Steigerung der Dokumentationsqualität. Durch eine regelmäßige im System integrierte Überprüfung der Vollständigkeit der Dokumentation kann die kontinuierliche Dokumentation des Pflegeprozesses überwacht werden und bei Bedarf automatisch auf Dokumentationslücken hingewiesen werden. Aufgrund einer guten Einbindung des Dokumentationssystems in den pflegerischen Prozess ist es möglich, die Dokumentationszeit zu verringern. Dies ist jedoch nur durch eine gute Abstimmung des Dokumentationsumfangs möglich. (vgl.Ammenwerth und Schrader 2003, S.30)

An der Universität Heidelberg wurde von Ammenwert und Schrader zu diesem Aspekt eine Untersuchung durchgeführt, in der nach drei bzw. neun Monaten nach der Einführung einer Dokumentationssoftware die Kategorien Dokumentationsdauer der Pflegeplanung und Durchführung die Qualität der Dokumentation evaluiert wurde. Die Qualität zeichnet sich vor allem durch Vollständigkeit, Verlaufsdarstellung aller Phasen des Pflegeprozesses, einer Vollständigkeit der Handzeichen und einer besseren Lesbarkeit der Dokumentation aus. Es wurde festgestellt, dass sowohl mehr als auch wesentlich vollständiger dokumentiert wurde. (vgl. Ammenwerth, Eichstadter, Happek, Hoppe, Kandert, Kutscha, Mansmann, Luther und Mahler 2002, S.89)

Weiters verhindert der Einsatz eines elektronischen Dokumentationssystems sprachliche

Ungenauigkeiten, die gegebenenfalls bei klassisch papierdokumentierten Pflegeberichten auftreten. Hier ermöglich die Computerdokumentation durch vorgegebene Leistungskataloge und Textbausteine eine einheitliche und präzise, eindeutige und prägnante Fachsprache durch die Formulierungsschwierigkeiten ausgeglichen werden können. Dies erleichtert die Dokumentation, spart Dokumentationszeit und ermöglicht eine präzisere Kommunikation innerhalb des Pflegeteams. Durch die Anwendung von Textbausteinen kann die Dokumentation einer theoriegeleiteten Pflegepraxis unterstützt und gefördert werden. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222 ; vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.28ff)
In der Planungsphase des Pflegeprozesses ist besondere Vorsicht geboten. Hier kann der Einsatz von vordefinierten Pflegeplänen zu unreflektierten Übernahme ohne die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse kommen. (vgl. Ammenwerth, Eichstadter et al. 2002, S.85) So weisen Ammenwerth et. al nach einer Evaluation der Dokumentationsqualität an der Universität Heidelberg auf diese Problematik hin und stellen die Forderung nach

> *„… Schulung der Pflegeprozessdokumentation auf Grundlage pflegerischer Konzepte sowie Qualitätsprüfungen und –rückmeldungen an die Stationen.“ (Ammenwerth, Eichstadter et al. 2002, S.90-91)*

Weiters zeigt eine Studie von Gjevon und Helleso bei einer Analyse von 91 Pflegedokumentationen aus dem mobilen Pflegebereich in Norwegen, dass bei der Anwendung eines digitalen Dokumentationssystems beinahe 70% des dokumentierten Inhalts nicht in Absprache mit den PatientInnen stattfindet und als subjektive Einschätzung dokumentiert worden ist. Dieses Ergebnis weist auf eine nicht patientenorientierte Dokumentation hin. Paradoxerweise wurde die Pflege an sich jedoch in dieser Studie als patientenorientiert beschrieben. Ob sich dieser Zustand durch die Tatsache begründen lässt, dass mit den PatientInnen tatsächlich nicht kommuniziert wurde, ist aus dieser Arbeit nicht nachzuvollziehen. Aus den Ergebnissen von Gjevon und Helleso lässt sich jedoch die Forderung ableiten, dass ein elektronisches Dokumentationssystem der Kommunikation zwischen PatientInnen und Pflege nicht im Wege stehen darf und die Dokumentation dies auch widerspiegelt. (vgl. Gjevjon und Helleso 2010, S.105)

6.1.2 Allgemeine Erkenntnisse

Bei elektronischen Dokumentationssystemen bietet sich vor allem die Verwendung von klinischen Behandlungspfaden (engl. clinical pathways) an. Hier können die zu dokumentierenden Schritte des Behandlungspfades schon vorgegeben werden, was zu einer

Vereinfachung der Dokumentation führt. Hierdurch wird der Planungsaufwand in erheblichem Maße reduziert, da nur mehr eine Individualisierung des Behandlungspfades auf die speziellen Bedürfnisse der PatientInnen notwendig wird.

Weiters ermöglicht eine eindeutige Formulierung der Pflegehandlungen eine weitaus einfachere und umfangreichere Auswertung der Daten. Durch eine einheitliche Formulierung lassen sich Auswertungen ohne größere Probleme zusammenfassen. Dadurch können die pflegerischen Handlungen besser in die Kostenkalkulation aufgenommen werden und in die Kostenträgerrechung einfließen.

(vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222 ; vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.28ff)

Durch die statistischen Auswertungsmöglichkeiten über eine große Fallzahl hinweg, können auch Qualitätsdaten erarbeitet werden, die der Institution die Möglichkeit geben, neben der Kostenkalkulation auch ihre Qualität nach außen zu kommunizieren indem diese Ergebnisse veröffentlich werden. (vgl. Shekelle, Morton et al. 2006, S.13)

Durch die elektronische Speicherung von Daten lässt sich der Informationstransfer wesentlich vereinfachen. So unterstützt ein elektronisches System die berufsgruppenübergreifende Vernetzung indem die gesamte Dokumentation von sämtlichen vernetzten Berufsgruppen eingesehen und ergänzt werden kann. Dadurch kann Informationsdefiziten entgegengewirkt werden. Diese sofortige Bereitstellung von arbeitsrelevanten Informationen erleichtert die Arbeitsroutinen und verbessert die berufsgruppenübergreifende Kommunikation.

(vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222 ; vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30 ; vgl. Guite, Lang, McCartman und Miller 2006, S.62)

Diese Forderung wird durch die „Healthcare Information and Management Systems Society´s Nursing Informatics Task Force“ (HIMSS NITF) unterstrichen, die jedoch in der fehlenden Interoperabilität der Systeme Probleme bei der interdisziplinären Kommunikation erkennt.

> *„Members of NITF believed that because of the lack of interoperability and depth of deployment, healthcare IT has not yet made the long-awaited positive impact on interdisciplinary communication.“*
>
> (Dykes, Cashen, Foster, Gallagher, Kennedy, MacCallum, Murphy, Schleyer und Whetstone 2006, S.37)

Vor allem die personen- oder möglicherweise sogar institutionsübergreifende Verarbeitung von Patientendaten kann aus datenschutzrechtlicher Sicht zu Problemen führen. Der Gesetzgeber beschreibt zu diesem Punkt im Bundesgesetz über den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 DSG) in §9

> *„Schutzwürdige Geheimhaltungsinteressen werden bei der Verwendung sensibler Daten ausschließlich dann nicht verletzt, wenn ... die Daten zum Zweck der Gesundheitsvorsorge, der medizinischen Diagnostik, der Gesundheitsversorgung oder -behandlung oder für die Verwaltung von Gesundheitsdiensten erforderlich ist, und die Verwendung dieser Daten durch ärztliches Personal oder sonstige Personen erfolgt, die einer entsprechenden Geheimhaltungspflicht unterliegen,..." (DSG 2000, §9/12)*

Aus diesem Abschnitt geht die prinzipielle Rechtmäßigkeit der gemeinsamen Verwendung von Daten innerhalb der Organisation hervor. Die elektronische Erfassung der Patientendaten kann jedoch bei PatientInnen zu Problemen führen, da viele Menschen skeptisch gegenüber der digitalen Datenverarbeitung sind. So geben zum Beispiel nur 58 Prozent der Amerikaner an, der digitalen Speicherung von Krankendaten zu trauen. Bei Daten auf Papier sind es jedoch immerhin 66 Prozent. (vgl. Ball und Golf 2006, S.77) Weiters besteht durch den Zugriff auf die Daten durch unterschiedliche Personen auch das Risiko des Datenmissbrauchs. So müssen programmiertechnische und betriebliche Strukturen geschaffen werden, die vor Datenmissbrauch schützen. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222ff)

Um die Privatsphäre sicher zu stellen, muss ein System gewährleisten, dass den verschiedenen Berufsgruppen nur die jeweils relevanten Daten zur Verfügung gestellt werden. So benötigen DiätologInnen beispielsweise neben dem Krankheitsbild nur ernährungsrelevante Daten. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222ff)

Von Seiten der AnwenderInnen zeigen Ball et.al sieben Punkte auf, die im Rahmen einer elektronischen Gesundheitsakte gegeben sein müssen. Diese sind:

- **Zugang zu den eigenen Daten**

  Jedem/r sollte es möglich sein, seine/ihre Daten leicht einzusehen. Die Einsicht der Daten unterstützt die Betroffenen darin, sich mehr in den Entscheidungsprozess einzugliedern und über die eigene Behandlung mitzubestimmen.
- **Selbstbestimmung der Datenfreigabe**

  Es sollte jeder Person möglich sein, über die Freigabe ihrer Daten zu bestimmen. So ist es jedem möglich die Nutzung seiner Daten zu kontrollieren und nachzuvollziehen.
- **Möglichkeit die Datenfreigabe zu delegieren**

Diese Freigabe der Daten sollte auch delegierbar sein, um individuell wichtige Personen in diesen Prozess mit einzubinden.

- **Aufklärung der PatientInnen, wie die Daten verwendet werden**
  Um die Entscheidung treffen zu können, ob und wie die persönlichen Daten verwendet werden, muss eine Aufklärung stattfinden, die leicht verständlich und nachvollziehbar ist.
- **Nachvollziehbarkeit**
  Es muss jederzeit nachvollziehbar sein, wem es möglich ist, welche Daten einzusehen und wer welche Informationen dokumentiert hat.
- **Datensicherheit**
  Zu jeder Zeit müssen die Datensicherheit, die persönliche Privatsphäre und der persönliche Wille der PatientInnen gewahrt sein.
- **Unabhängige Administration für den Datenaustausch**
  Die Verwaltung der Daten hat von einer unabhängigen Institution zu erfolgen, die keinerlei wirtschaftliche Interessen verfolgt und in der Vertreter des Volkes volles Mitspracherecht haben. Unter dieser Institution kann in Österreich das Gesundheitsministerium verstanden werden. (vgl. Ball und Golf 2006, S.76-77)

Neben den Vorgaben zum Umgang mit den Daten bildet die Datenmenge ein weiteres Problem der digitalen Dokumentationssysteme. Da alle erhobenen Daten jederzeit zur Verfügung stehen können, stellt die sinnvolle Selektion der aktuell relevanten Daten eine große Anforderung an die Konzeption der Software da. Da zu viele nicht relevante Daten möglicherweise den Blick auf relevante Information verdecken, muss sichergestellt werden, dass wichtige Informationen nicht in der Datenflut untergehen und die Pflegepersonen nicht überfordert sind. So sind zum Beispiel detaillierte Flüssigkeitsprotokolle, die älter als eine Woche sind, für den aktuellen Pflegealltag nicht relevant. Bei der Pflegeplanung können diese Daten jedoch schon bedeutsam sein.
Zusätzlich zu der Darstellung der Daten ist auch eine Definition der relevanten Daten unbedingt notwendig. Zum einen wird durch den flächendeckenden Einsatz eines solchen Standards die Möglichkeit geschaffen, die Auswertungen ebenfalls flächendeckend einzusetzen, zum anderen ermöglicht dieser Standard die Datenflut zu begrenzen.

6.2 Nursing Minimum Data Set (NMDS)

Die flächendeckende Implementierung von digitalen Dokumentationssystemen im Gesundheitsbereich birgt neben den vielen Möglichkeiten für die Optimierung der Behandlung des Einzelnen auch die große Chance, die erhobenen Daten nicht nur auf einer Institutionsebene, sondern auch bereichs- und organisationsübergreifend, überregional, bzw. national oder auch international einer Auswertung zu unterziehen. Die Voraussetzung dazu ist die Definition, welche Daten in einem Datensatz vorhanden sein müssen. (vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.224 ; vgl. Eberl und Batholomeyczik 2010, S.309) Nursing Minimum Data Sets bilden hier das Instrument, das diese komplexen Anforderungen erfüllen kann.

6.2.1 Definition

Die Grundstruktur des Nursing Minimum Data Set stammt aus den 1970er Jahren und wurde in den USA entwickelt. Ziel war die Standardisierung der essentiellen Pflegedaten. Eberl und Batholomeyczik beschreiben NMDS nach Werley, Devine, Zorn, Ryan und Westra als

> *„[...] minimales Set an Informationen mit einheitlichen Definitionen und Kategorien, das sich auf die spezifischen Definitionen der Pflege bezieht, welche die Informationsbedarfe von multiplen Datennutzern im Gesundheitswesen berücksichtigt“* definiert. *(Eberl und Batholomeyczik 2010, S.310).*

Weiters wird hier das Instrument NMDS als

> *„abstraktes Instrument zur Sammlung einheitlicher, standardisierter, vergleichbarer minimaler Pflegedaten ...“*

beschrieben. (Eberl und Batholomeyczik 2010, S.310)

Nach Goosen et.al können die Anforderungen an ein NMDS fünf Aspekten zugeordnet werden.

- So müssen die erhobenen Variablen sachbezogen sein. Daraus ergibt sich die Forderung, dass keine unnötigen Daten erhoben werden.
- Weiters muss jede Variable genau beschrieben sein.
- Des Weiteren müssen alle Ausprägungen der Variable definiert sein. Im Pflegebereich kann dies zum Beispiel durch eine vereinheitlichte Terminologie erreicht werden.
- Die einheitliche Terminologie muss direkt bei der Dokumentation auf die definierten Variablen angewendet werden können.
- Diese dokumentierten Daten können für verschiedene Fragestellungen

zusammengefasst und einer Auswertung zugeführt werden.

(vgl. Goosen, Epping, Feuth, Dassen, Hasman und van den Heuvel 1998, S.152)

Grundlegend gilt das Nursing Minimum Data Set der USA als „Goldstandard“ für den Aufbau eines NMDS. Dieses umfasst pflegerische, patientendemografische und dienstleistungsbezogene Datenelemente. Zu den dienstleistungsbezogenen Daten zählen hierbei nach Delaney et.al in Eberl et.al Pflegediagnosen, -interventionen und -ergebnisse sowie die Intensität der pflegerischen Versorgung. Bislang findet ein flächendeckender Einsatz des NMDS „Goldstandards“ jedoch nicht statt. Einzig in Belgien kommt eine abgeänderte Form, das belgische NMDS (B-NMDS) seit 1988 zur flächendeckenden Anwendung. Das B-NMDS beinhaltet zum Unterschied des „Goldstandards“ NMDS keine Pflegediagnosen und -ergebnisse (vgl. Eberl und Batholomeyczik 2010, S.310)

Da die Auswertungsmöglichkeiten ein entscheidendes Argument für die Einführung von digitaler Dokumentation sind, stellt sich die Frage, inwiefern die unterschiedlichen NMDS die Auswertungsmöglichkeiten begrenzen und ob es eine Möglichkeit gibt, die Daten zweier NMDS miteinander zu vergleichen.

6.2.2 Vergleich von NMDS

Um den Vergleich und die Interpretation der erhobenen Daten aus zwei verschiedenen NMDS zu ermöglichen, muss laut Goosen et.al in diesen NMDS

1. der Zweck der Datensammlung,
2. die Definition der Grundgesamtheit und
3. das Fachvokabular bei der Dokumentation

gleich sein. (vgl. Goosen, Epping et al. 1998, S.156) Da jedes NMDS vom „Goldstandard“ abweicht, muss nach Eberl und Bartholomeyczik ein NMDS in ein anderes übersetzt werden, um einen Vergleich zu ermöglichen. Dies würde zwar den Forderungen nach Goosen et.al gerecht werden, ist jedoch ohne weiteres nicht möglich, da bei einem NMDS immer soziokulturelle, systemische und regionale Aspekte in die Entwicklung einfließen. Somit ist laut Eberl und Bartholomeyczik eine wörtliche Übersetzung eines NMDS in eine andere Sprache nicht möglich, weil dies immer mit Verzerrungen verbunden ist. (vgl. Eberl und Batholomeyczik 2010, S.311ff) Somit ist die Auswertbarkeit der Daten auf ein NMDS beschränkt.

6.2.3 Vorteile und Probleme von NMDS

Der flächendeckende Einsatz eines Nursing Minimum Data Sets führt zu einer Vergleichbarkeit und Auswertbarkeit der Daten, durch die folgende Zusammenhänge untersucht werden können:

- Durch ein NMDS ist es möglich die Pflege über verschiedene Settings hinweg zu beschreiben. So können zum Beispiel Aussagen über klinische Populationen, geografische Distanzen und Zeiträume hinweg getätigt werden, die den gesamten Pflegeprozess sowie den Einsatz von Ressourcen betreffen.
- Bei einer Implementierung eines NMDS in ein elektronisches Dokumentationssystem wird es PflegeexpertInnen möglich, die Pflege aus verschiedenen Perspektiven einer Betrachtung zu unterziehen und zu vergleichen. So ist es möglich, in kritischen Pflegesituationen Expertenaussagen zu treffen. Weiters lassen sich diese Erkenntnisse in Datenbanken zusammenfassen, die die Basis der Pflegewissenschaft bilden können. Zusätzlich ist es möglich, mit diesen Daten den Pflegeaufwand abzuschätzen und so gesundheitspolitisch relevante Aussagen zur Pflege zu liefern.
- Die Möglichkeit der Vernetzung mit Datenbanken verschiedener Professionen im Gesundheitsbereich schafft die Voraussetzung des Datenaustausches und der Vernetzung. (vgl. Goosen, Epping et al. 1998, S.154ff)

Bei genauerer Betrachtung der Vorteile von Goosen et al. lassen sich starke Überschneidungen mit den Vorteilen der elektronischen Dokumentation erkennen. Dennoch treten beim Einsatz von NMDS folgende problematische Punkte auf, die zu beachten sind.

- Es besteht die Möglichkeit, dass zwar der gleiche Begriff in zwei verschiedenen NMDS verwendet wird, aber die Definition hinter diesem Begriff nicht die gleiche ist. Diese Problematik führt zum einen zu Problemen bei der Auswertung und kann nur bedingt korrigiert werden. Es steht hier also verstärkt die Forderung nach einer vereinheitlichten Definition im Vordergrund.
- Zum einen besteht die Forderung nach einem einheitlichen System von Pflegediagnosen, Interventionen und Pflegeergebnissen als Grundlage für die Einführung eines NMDS, jedoch geben Goosen et. al an, dass in der Realität noch nicht genug definierte Verknüpfungen vorhanden sind, die dies ermöglichen.
- Durch eine zu genaue Dokumentation wird die einheitliche Fachsprache oft viel feiner angewandt als es in der Klassifikation gefordert ist. Dies führt zu Auswertungsproblemen. Hier schlagen Goosen et. al den Einsatz eines

„Metathesaurus“ vor, der die Fachausdrücke mit der Klassifikation verbindet. Eben diese „Verbindung von Fachausdrücken“ stellt eine besondere Herausforderung dar.

- Die Entwicklung von Klassifikationen und standardisierter Fachterminologie stellt einen großen Aufwand dar. Die daraus resultierenden Lizenzgebühren führen oft zu Problemen.
- Bei der Datenauswertung spielt auch die Frage des Datenschutzes eine Rolle. So müssen hier Schutzmechanismen in der Struktur verankert sein, die eine Datenverarbeitung nur nach strengen Datenschutzrichtlinien ermöglichen.
- Zur Kontrolle fordern Ryan und Delaney (in Goosen et.al) die Überprüfung der Validität und Reliabilität der Datenbank. So müssen einige Datensätze mit der tatsächlichen Dokumentation verglichen werden.
- Die ständigen Veränderungen der NMDS Systeme verursachen große Kosten. So müssen vorhandene Daten aktualisiert und Instrumente sowie Methoden angepasst werden. Zusätzlich ist die Schulung von Personal ein großer Kostenfaktor.

(vgl. Goosen, Epping et al. 1998, S.155)

Die hier beschriebenen Probleme der Nursing Minimum Data Sets finden sich auch in den allgemeinen Schwierigkeiten wieder, die sich bei der Implementierung von elektronischen Dokumentationssysteme ergeben.

Zusammenfassend bietet die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems viele Vorteile im Bereich der Dokumentationsqualität und Datenauswertung. Ohne eine systemübergreifende Datenstruktur sind jedoch die Auswertungsmöglichkeiten stark eingeschränkt, da hier nur auf die Daten eines Dokumentationssystems zugegriffen werden kann. Ein Nursing Minimum Data Set bildet diese systemübergreifende Datenstruktur. Dieses Konzept schafft hier einen Standard der Dokumentation, der es ermöglicht, die oben beschriebenen Vorteile systemübergreifend zu realisieren. So bildet das NDMS die Grundlage für Informationsaustausch und Datenanalyse über die Systemgrenzen hinweg. Diese können hier durchaus Einfluss auf gesundheitspolitische Entscheidungen haben. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.224 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.253) So stellt sich hier die Frage, wie sich elektronische Dokumentationssysteme in das Gesundheitswesen implementieren lassen.

6.3 Modelle zur Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen

Das Thema der Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen in das Gesundheitswesen wird in der Fachliteratur schon seit 15 Jahren behandelt. 1999 entwickelte Dixon das ITAM Modell (information technology acceptance model) siehe Abbildung 1 zur Beschreibung der Einflussfaktoren zur Akzeptanz von IT.

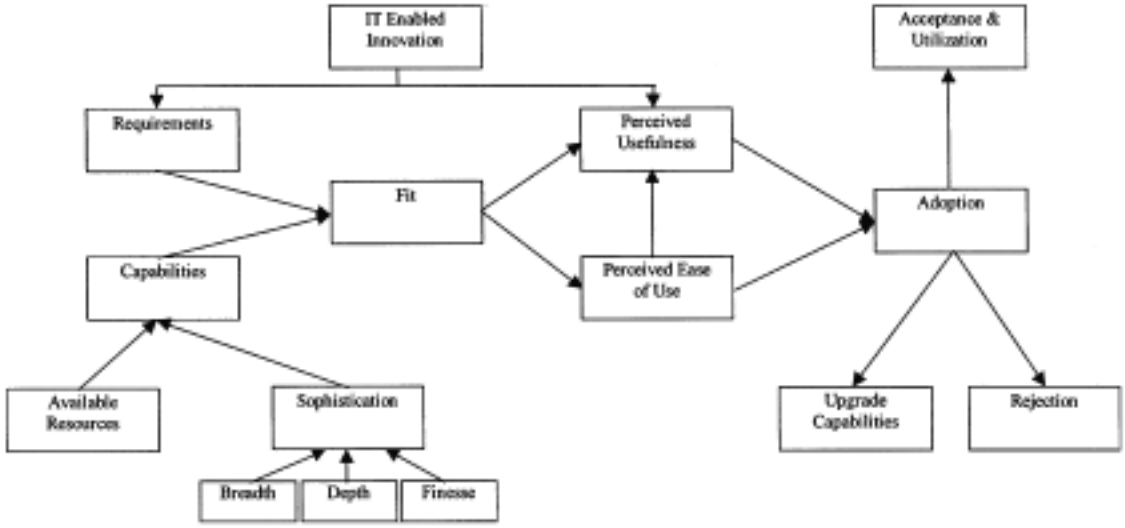

Abbildung 1 Struktur des ITAM Modells (Dixon 1999, S.119)

Die zentralen Aspekte des ITAM Modells bilden zum einen das Verhältnis zwischen den Ressourcen des Benutzers (Capabilities) und zum anderen die Anforderungen, die von der IT an den User gestellt werden ab. Dieses Verhältnis bestimmt die Fitness (Fit) und führt über die Faktoren „persönlicher Nutzen“ (percieved Usefullness) und „Benutzerfreundlichkeit“ (percieved Ease of Use“ zur Annahme der IT Lösung (Adoption). Dixon räumt jedoch ein, dass die Annahme von IT ein komplexer Vorgang ist. So werden teilweise nur einige Elemente der IT Lösung angenommen und andere eventuell nur delegiert. Als Beispiel wird auf einer Station von den Pflegepersonen die Dokumentation vollkommen elektronisch durchgeführt, da hier eindeutige Vorteile erkennbar sind (zum Beispiel schnellere Dokumentation). Zur Kommunikation zwischen den Pflegekräften werden jedoch weiterhin Notizzettel an den Monitor geklebt, da die Verwendung der elektronischen Memos aus ihrer Sicht nicht sinnvoll erscheint. Für die Pflegekräfte macht es somit keinen Sinn diese Handlung zu adaptieren. Mit dem ITAM Modell beschreibt Dixon die Vorteile der NutzerInnen als zentralen Aspekt zur Implementierung von IT Innovation und stellt die

BenutzerInnen von IT in den Vordergrund. (vgl. Dixon 1999, S.118ff)

> *„Technologies should empower nurses, not just introduce more complexity"*
> *(Krohn 2006, S.22)*

Rycroft-Malone et.al. beschreiben den Implementationsvorgang von evidenzbasierter Pflege durch das PARiSH- Modell (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) und führen Faktoren bei der Implementation von neuem Wissen in komplexe Systeme an. Der Fokus liegt hier zwar auf Evidence Based Nursing (EBN) als innovativer Prozess, da es sich jedoch bei Einführung der elektronischen Dokumentation ebenfalls um eine „Innovation" handelt, lässt sich dieses Modell in adaptierter Form anwenden. (vgl. Rycroft Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack und Tichen 2005, S.914) Im Gegensatz zu Dixon werden bei Rycroft- Malone et al. nicht die BenutzerInnen an sich, sondern das System ins Zentrum des Modells gerückt. Zu den Voraussetzungen einer gelungene Implementierung zählen hier *„evidence", „context"* und *„facilitation"*. Als Synonym zur Implementation von elektronischen Dokumentationssystemen lassen sich „evidence" mit „Qualität des Systems" sowie „context" mit „Beschaffenheit des Systems" gleichsetzen. Unter „Qualität des Systems" kann der Zugang zur Thematik verstanden werden. Wie wird Dokumentation wahrgenommen und welchen Stellenwert hat der Dokumentationsprozess im System? Unter „Beschaffenheit des Systems" wird die Struktur des Systems beschrieben. Diese Struktur des Systems wird durch Kultur und durch den Umgang innerhalb des Systems geprägt. So muss nach dem PARiSH Modell sowohl die Qualität als auch die Beschaffenheit des Systems positiv beeinflusst werden, um die Implementation zu ermöglichen. Der Faktor „facilitation" (Prozessbegleitung) beschreibt hier die Unterstützung bei der Umstellung des Systems. So wird die Einführung durch eine ganzheitlich orientierte Begleitung positiv beeinflusst. (vgl. Rycrof-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack und Tichen 2005, S.918ff) Weiters beschreibt das PARiSH Modell die hinderlichen Faktoren bei der Implementation. Diese umfassen folgende Punkte:

- **Unverständlichkeit der Innovation**
  Die Neuerung ist zu kompliziert, um anwendbar zu sein.
- **Fehlende Unterstützung des Managements**
  Selbst bei dem Versuch der Pflegeperson, Änderungen anzunehmen, werden sie von der Organisation nicht unterstützt.
- **Fehlende Anwendbarkeit**

Für viele Pflegepersonen scheint es keinen Sinn zu machen, sich dieser Neuerung anzunehmen.

- **Fehlende Motivation**

  Einigen Pflegepersonen fehlt die Motivation oder die Fähigkeit, sich mit elektronischer Dokumentation zu beschäftigen. Ihnen wären einfache, gerade Anweisungen ohne aktive Auseinandersetzung lieber.
  (vgl. Rycroft Malone, Harvey et al. 2005, S.915)

Die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems betrifft jedoch verschiedene Professionen. So arbeiten die verschiedenen Leistungserbringer mit diesem System und stellen auch unterschiedliche Ansprüche. Daraus ergeben sich komplexe Anforderungen. Weiters gilt es nach Alison Kitson das Gesundheitssystem nicht als Summe der Teilnehmer zu betrachten, sondern die Komplexität des Feldes nach folgenden Kriterien zu sehen.

> *„The (healthcare) system is best viewed as a complex, interactive, organic entity where experimentation, experimental learning and reflection are central to creating a culture of innovation, improvement and consequently effectiveness." (Kitson 2008, S.218)*

Diese Aussage lässt bereits erkennen, dass Veränderungen nicht einfach von außen diktierbar sind. So muss ein Weg gefunden werden, der es ermöglicht, ein Gesundheitssystem zu beeinflussen und Veränderung zu erreichen.

> *„… that successful translation of new knowledge into any system is a function of the level of local autonomy experienced by individuals, teams and the unit involved the change."(Kitson 2008, S.218)*

Kitson beschreibt hier die Verschiebung vom klassischen wissenschaftlichen Erkenntnisprozess zu neuen Methoden der Wissensgenerierung. Diese Methoden kennzeichnen sich durch einen Miteinbezug aller Schlüsselpersonen in der Problembeschreibung, der Methodenentwicklung, der Wissensvermittlung sowie in der Zielgruppendefinition. Durch den Miteinbezug sämtlicher Schlüsselpersonen wird auch deren mitgebrachtes „unwissenschaftliches" Wissen einer Bewertung unterzogen und kann somit in den Entscheidungsprozess einfließen. Laut Kitson ist eine Implementierung von neuen Systemen oder Ideen nur durch den Miteinbezug sämtlicher relevanten Disziplinen möglich. (vgl. Kitson 2008, S.226) Durch die Zusammenarbeit der Verantwortlichen der unterschiedlichen Bereiche ist es möglich, durch eine gemeinsame Gesprächsebene schneller

Fortschritte zu erlangen. (vgl. Rycroft Malone, Harvey et al. 2005, S.921)

Die Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen stellt das Gesundheitswesen vor mehrere Herausforderungen. So muss das System an die Bedürfnisse der verschiedenen Professionen und deren Arbeitsprozesse angepasst sein. Um eine hohe Akzeptanz bei den verschiedenen Professionen zu erreichen, müssen die Rahmenbedingungen und die Vorteile klar erkennbar sein. Dies fordert einen Miteinbezug sämtlicher relevanten Disziplinen in den Entwicklungs- und Abstimmungsprozess des Dokumentationssystems. Seitens der Pflege bedeutet das einerseits aktive Mitentwicklung der Software und Definition der Hardwarevorrausetzungen, aber auch ein prozessorientiertes Handeln nach dem Pflegeprozess, die Verinnerlichung einer Fachsprache und Anwendung einer Klassifikation. Eine gelungene Implementierung einer Softwarelösung ermöglicht nicht nur die Überprüfung und Qualitätssicherung der geleisteten Pflege, sondern verschafft auch einen Überblick über erbrachte Leistungen, ermöglicht die nahtlose Kommunikation verschiedener Professionen im Gesundheitsbereich und bietet die Grundlage zur Pflegeforschung.

In der Fachliteratur werden jedoch mehrere Probleme angeführt, die beim Implementationsprozess von elektronischen Dokumentationssystemen auftreten. Im folgenden Kapitel werden diese Probleme bei der Einführung aufgearbeitet und zusammengefasst.

6.4 Probleme bei der Einführung von EDV Dokumentation

> *„Mit einer EDV-gestützten Dokumentation ist es möglich, eine angemessene Pflegedokumentation gemäß den unterschiedlichen komplexen Anforderungen durchzuführen und dadurch langfristig formalen, pflegewissenschaftlichen und ökonomischen Ansprüchen zu genügen.“ (Ammenwerth und Schrader 2003, S.30)*

Bereits Brobst et al. beschrieben im Jahre 1997 den Beginn der Bemühungen EDV-Dokumentation zu implementieren und zeigten das Potential und die Vorteile von EDV Dokumentation auf. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.214-223).

Bei der Umsetzung dieser treten jedoch verschiedene Schwierigkeiten auf. So beschreiben Ammenwerth und Schrader 2003 eine Vielzahl von Problemen bei der Implementierung von EDV-gestützter Dokumentation. Zu diesen zählen:

- Probleme bei der Umsetzung und Akzeptanz des Pflegeprozesses
- geringe Computererfahrung der Pflegekräfte

- Angst vor übermäßiger Kontrolle pflegerischer Tätigkeiten
- mangelnde Formalisierung der pflegerischen Sprache
- Widerspruch zwischen intuitivem beruflichen Wissen und formalisierten EDV-Inhalten
- Fehlen von übergreifenden Pflegestandards
- unzureichende Technik zur Datenerfassung direkt am Patientenbett
- unklarer Nutzen (auch finanziell) bei hohem Einführungsaufwand

(vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30)

Diese Ergebnisse stammen zwar aus dem Jahre 2003 und haben somit zeitlich an Aktualität verloren, aber die ständige Weiterentwicklung der Technik sowie das immer tiefere Eindringen von technischen Errungenschaften in den Alltag würde nahe legen, dass sich das Verhältnis zwischen Pflegekräften und EDV geändert hat. Doch Stolee et. al. erarbeiteten im Jahre 2010 im Rahmen einer Übersichtsarbeit ebenfalls behindernde Faktoren bei der Einführung von EDV-gestützter Dokumentation. Diese Ergebnisse sind denen von Ammenwerth und Schrader erstaunlicherweise sehr ähnlich. Hierzu zählen:

- Kosten (Hardware/ Software / Training) speziell während der Implementationsphase
- Training (Kosten durch Zeitaufwand & dadurch beeinträchtigte Produktivität)
- fehlende Benutzerakzeptanz der Software
- schlechte Standards bei der Datenqualität
- Probleme, den wirklichen Benefit zu beweisen
- Sicherheit bezüglich ärztlicher Schweigepflicht
- nicht benutzerfreundliche Systeme
- keine benutzerfreundliche Entwicklung
- negativer Effekt in der Zusammenarbeit mit KlientInnen (Client interactions)
- fehlende Computerkenntnisse
- Inkompatibilitätsprobleme mit bestehenden Systemen
- hoher Bedarf an „Off-Site“ (rundum) Arbeit notwendig (z.B. Administration)
- fehlende Flexibilität der Software
- fehlende Unterstützung des Managements
- kontinuierliche Systemwartungsarbeiten (maintenance/upgrades)
- fehlende Individualität
- Probleme beim technischer Support

- komplexer Informationsbedarf
- permanente Weiterentwicklung von Information Technologie (IT) Systemen
- Problem bei der Kommunikation zwischen IT-Abteilung und Gesundheitspersonal
- Sammeln der falschen Informationen im System

(vgl.Stolee, Steeves et al. 2010, S.172ff)

Es ergeben sich hier eindeutige Überschneidungen mit den Ergebnissen von Ammenwerth und Schrader aus dem Jahre 2003. Wenngleich zwischen den beiden Aussagen sieben Jahre liegen, beschreiben beide Autorengruppen in vielen Punkten dieselben Probleme bei der Implementierung. Die hier aufgeführten Punkte lassen sich in Technik, Management und Anwender, im konkreten Fall das Pflegepersonal, kategorisieren.

6.4.1 Probleme seitens der Technik

Von Seiten der technischen Realisierung lässt sich ein zentraler Punkt aus den oben angeführten Punkten herausfiltern. So stellt sowohl die hardwaremäßige Realisierung als auch die Abstimmung der Software auf den praktischen Pflegealltag das zentrale Problem für die Technik dar.

Die Forderungen nach speziell angepasster Hardware finden sich auch in anderen Forschungsergebnissen wieder und lassen erkennen, dass die optimale Integration in den Pflegealltag spezielle Anforderungen an moderne EDV-Technologien stellt. So beschreiben Voesseler et. al. (2009) als Beispiel die Hardwareanforderungen bei der Durchführung der Pflegevisite/Pflegedokumentation und stellen hier besondere Anforderungen an das mobile Endgerät. Dieses muss neben dem geringen Gewicht und der langen Akkulaufzeit auch eine an den Dokumentationsprozess angepasste Bedienbarkeit der Software aufweisen. Die AutorInnen stellen auch die Forderung nach einer speziellen Adaption der Software, die einen schnellen Benutzerwechsel ermöglicht sowie die Aufgabenangemessenheit der Steuerung. Neben den Hard- und Softwareanforderungen werden auch Anforderungen an die Infrastruktur beschrieben, die parallele Arbeitsprozesse auf der Station ermöglichen. So müssen ausreichend Endgeräte vorhanden sein, die über denselben Datensatz verfügen. Dies erfordert eine mobile Datenverbindung über Funk, die aus datenschutzrechtlichen Gründen auch ausreichend verschlüsselt sein muss. Auch im Falle eines Konnektivitätsproblems darf der Betrieb nicht zum Erliegen kommen. (vgl. Guite, Lang et al. 2006 ; Voesseler, Röhrig et

al. 2009, S.62/166ff) Weiter muss neben der Ausfallsicherheit auch eine akzeptable Systemgeschwindigkeit erreicht werden. Systemgeschwindigkeit ist ein wichtiger Einflussfaktor auf die Benutzerfreundlichkeit. (vgl. De Vliegher, Paquay, Verniewuwe und Van Gansbeke 2010, S.512) So kann ein langsames Dokumentationssystem in extremen Fällen sogar den Alltag vor dem richtigen Arbeitsbeginn beeinflussen. Als Beispiel wird hier im Zitat beschrieben, wie sich eine Pflegeperson schon vor ihrem Dienstbeginn um das Dokumentationssystem kümmert, um rechtzeitig dokumentieren zu können.

> *„I get up in the morning and I start up my ENR. This ensures me that my ENR is ready for use when I get to my car, because the synchronization can easily take 15–30 min.“(De Vliegher, Paquay et al. 2010, S.511)*

Ähnliche Anforderungen an die Dokumentationssoftware werden auch von Payne et al. gestellt. Aufgrund ihrer Forschungsergebnisse werden neben dem angepassten Dokumentationsumfang und der optimierten Dokumentationsgeschwindigkeit auch die optimale Datenverfügbarkeit und Programmgeschwindigkeit gefordert. (vgl. Payne, Perkins, Kalus und Reilly 2006, S.629)

Die Ansprüche an die Software lassen besondere Probleme bei der Softwareimplementierung erkennen. So muss die Dokumentationssoftware direkt an die Bedürfnisse der Pflegepraxis angepasst werden. Die oben angeführten Aufzählungen lassen den Schluss zu, dass der Miteinbezug der Benutzer im Softwareentwicklungsprozess eher gering ist. So wird die fehlende Benutzerzentriertheit bei der Entwicklung sowohl von Ammenwerth et al. als auch von Stoole et al. angeführt. Hierzu beschreiben Ammenwerth et al. nach der Einführung einer Dokumentationssoftware am Uniklinikum Heidelberg, dass die Besonderheiten eines Settings während des Implementationsprozesses berücksichtigt werden müssen. Am Uniklinikum Heidelberg war die Benutzerakzeptanz die Software betreffend nach der Implementation bei allen Stationen auf gleichem Niveau, mit einer Ausnahme. Eine Station wies eine auffällig geringere Benutzerakzeptanz auf. Nach einer weiteren Studie ließ sich dies anhand des anderen Stationsschwerpunktes erklären. So handelte es sich bei dieser Station im Speziellen um eine Entbindungsstation. Entbindungsstationen unterscheiden sich deutlich von anderen Stationen, da hier die Patientinnen eine geringere Verweildauer haben und es sich hier um eine sehr ähnliche Population handelt (weiblich, jung, gesund etc.). Aus diesem Grund unterscheidet sich der Tätigkeitsbereich der Pflegekräfte massiv von den Tätigkeitsbereichen der anderen Stationen. Gerade auf dieser Station wiesen die Pflegekräfte auch schlechtere

Computerkenntnisse auf. (vgl. Ammenwerth, Eichstadter et al. 2002, S.92) Dieses Beispiel unterstreicht zum einen die Anforderung an das Dokumentationssystem, genau an den Arbeitsbereich angepasst zu sein, und zum anderen die Forderung an das Management, durch gezieltes Projektmanagement bei der Implementierung des Systems die Pflegekräfte zu unterstützen und so Ängste abzubauen.
Eine weitere Anforderung an die Software ist die Ermöglichung der Zusammenarbeit bzw. Vernetzung zwischen verschiedenen Systemen (=Interoperabilität). So muss die Software eine interdisziplinäre Kommunikation im Rahmen des Pflegeprozesses unterstützen. (vgl. Dykes, Cashen et al. 2006, S.37)

Wie oben erwähnt, ist das zentrale Problem der Softwareentwicklung die mangelnde Einbindung der Anforderungen der Zielgruppe in die Entwicklung. Der geringe Einfluss des Pflegepersonals auf den Entwicklungsprozess ihres Dokumentationssystems steht im Gegensatz zu den Anforderungen, die an dieses System gestellt werden. Um die Benutzerakzeptanz zu erhöhen, ist unbedingt eine Zusammenarbeit zwischen Softwareentwicklern und Pflegepersonal notwendig. Sämtliche Arbeitsabläufe müssen bei der Entwicklung bekannt sein, um eine Integration der Dokumentation in den Arbeitsalltag zu erreichen. Dies fordert zum einen ein strukturiertes Vorgehen der Pflege, sowohl im Rahmen des Pflegeprozesses als auch bei der Dokumentation, und zum anderen eine Anpassung der Soft- und Hardware an die Pflegesituation. So unterscheiden sich die Anforderungen aufgrund der Erfahrung des Pflegepersonals mit EDV, deren Tätigkeitsbereich und dem Setting, in dem gepflegt wird. (vgl. Ammenwerth, Eichstadter et al. 2002, S.92)

6.4.2 Probleme seitens der Managements

Aus Sicht des Managements bestehen bei der Implementierung eines elektronischen Dokumentationssystems zwei zentrale Probleme. So stellt die Umstellung auf eine elektronisch gestützte Dokumentation einen erheblichen Kostenfaktor dar. Dies umfasst nicht nur den Schulungsaufwand des Personals und den damit verbundenen Zeitaufwand, sondern auch den Ankauf der notwendigen Hardware und der Softwarelizenzen. Vor allem durch Sparmaßnahmen beim Hardwarekauf lassen sich auch Probleme bei der Nutzung erklären, wie dies im Abschnitt Technik beschrieben wurde. So kann der Kauf von günstigerer Hardware dazu führen, dass die Geräte den Anforderungen des Arbeitsalltags nicht mehr gerecht werden. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997 ; Ammenwerth und Schrader 2003,

S.172ff/30) Zusätzlich zum Schulungsaufwand bei der Einführung des Dokumentationssystems ist laut Guite etal. zusätzlich besonders auf eine ständige Förderung der Compliance zu achten und die Qualität der Dokumentation im Sinne der Qualitätssicherung zu überprüfen. (vgl. Guite, Lang et al. 2006, S.62)

Weiters ist es schwierig, den erheblich höheren personellen und finanziellen Aufwand zu rechtfertigen, wenn sich kein messbarer Vorteil, sei es finanziell oder qualitativ, erkennen lässt. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.172ff ; vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30)

In der Vergangenheit zeigten sich Vorteile durch die Einführung einer elektronischen Dokumentation auf Grund hoher Implementationskosten erst nach langer Zeit. Um diese „Return of Investment" Zeitspanne zu verringern, müssen einerseits die Kosten der Implementierung verringert und andererseits Problemlösungsstrukturen geschaffen werden, die den Implementierungsprozess unterstützen. (vgl. Arlotto 2006, S.27)

Die Implementation von elektronischer Dokumentation stellt einen erheblichen organisatorischen und finanziellen Aufwand dar. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht muss sich dieser Aufwand in irgendeiner Art und Weise bezahlt machen. Dies kann durch eine Effizienzsteigerung (geringerer Einsatz von Ressourcen) oder durch eine sichtbare Qualitätssteigerung (besseres Ergebnis nach den Qualitätskriterien) erreicht werden. Aus Sicht einer einzelnen Organisation hängt Effizienz von der Finanzierungsstruktur ab. So ist die Reduktion der Behandlungstage nur finanziell interessant, wenn die Institutionen mit Diagnosefallpauschalen bezahlt werden (in Österreich - LDFs = leistungsorgierte Diagnosefallgruppen). Die Verlegung der Patientenin/ des Patienten zu einem anderen Leistungsträger (vom Spital zur mobilen Pflege zum Beispiel) ist aus betriebswirtschaftlicher Sicht ebenfalls kein anzustrebendes Ziel, da aus wirtschaftlicher Sicht eine hohe Auslastung der Institution erstrebenswert ist. So macht eine Reduktion der Behandlungstage betriebswirtschaftlich nur für Kostenträger, wie zum Beispiel Krankenkassen oder Krankenversicherungen, Sinn, da diese den Gesamtkostenaufwand dadurch minimieren können. (vgl. Shekelle, Morton et al. 2006, S.13 ; vgl. Bundesminsiterium für Gesundheit 2011, S.17) Somit kann seitens der Organisation die Steigerung der Qualität (bessere Ergebnisse nach den Qualitätskriterien) als Begründung für Implementationsaufwand gesehen werden. Weiters lässt der Einsatz von LDFs auch die Effizienz- und Effektivitätssteigerung betriebswirtschaftlich gesehen interessant werden. Aus der Sicht der Kostenträger ist der Einsatz von elektronischer Dokumentation durch die Effizienz- und Effektivitätssteigerung zu

begründen. Hier bildet vor allem ein großflächig eingesetztes Nursing Minimum Dataset wie das B-NMDS aus Belgien, das einen Standard für die minimalen Informationen einer Dokumentation setzt, die Grundlage zur organisationsübergreifenden Analyse.

6.4.3 Probleme seitens des Pflegepersonals

Die Pflege wird in Bezug auf elektronische Dokumentationssysteme auf mehrfache Weise gefordert. So ist es schließlich das Pflegepersonal, das mit diesem Werkzeug vorzugsweise arbeiten muss. Eine erfolgreiche Implementierung fordert somit besonders die Akzeptanz seitens der Pflege. Ammenwerth et al. erkennen hier besonders zwei Faktoren, die die Benutzerakzeptanz der Pflege beeinflussen. Diese sind hier generell die Akzeptanz des Pflegeprozesses und die Fähigkeit des Pflegepersonals, mit Computern zu arbeiten.
(vgl. Ammenwerth, Mansmann, Iller und Eichstadter 2003, S.69) Diese zwei Faktoren stellen somit den Grundstein für eine gelungene Implementierung dar.

> „*User acceptance is often even seen as the crucial factor determining the success or failure of a new project" (Ammenwerth, Mansmann et al. 2003, S.70)*

Grundsätzlich scheint die Pflege keine Probleme mit elektronischer Dokumentation zu haben. So kommen De Veer und Francke (De Veer und Francke 2010) bei einer Befragung von 685 Pflegepersonen zum Ergebnis, dass Pflegende der Meinung sind, dass elektronische Dokumentationssysteme zwar durchaus die Qualität der Pflege verbessern, jedoch einen negativen Effekt auf die Arbeitsbedingungen haben. Diese negative Meinung war bei technikaffinen Pflegepersonen weniger stark ausgeprägt. (vgl. De Veer und Francke 2010, S.846). Seitens des Pflegepersonals treten auch Benutzerprobleme auf. Dies ist zum einen durch geringe Erfahrung im Umgang mit Computern zu erklären. So wurde EDV im Pflegebereich bis jetzt kaum angewendet. Zum anderen scheinen sich Pflegkräfte allgemein nicht mit Computern zu beschäftigen. Diese Unsicherheiten fördern Ängste, welchen nur durch ein gutes Projektmanagement entgegengewirkt werden kann. Andererseits lassen sich die Benutzerprobleme auch durch eine schlechte Anpassung des Systems an den Arbeitsprozess begründen. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30ff) Bezüglich der Arbeitsbedingungen liefert auch der Erfahrungsbericht von Guite et al. über die Umstellung auf eine elektronische Dokumentation des „Cristiana Care" health systems in Delaware, USA Informationen über die Befürchtungen der Pflegenden. So äußerten einige Pflegepersonen die Sorge, dass durch die Computerarbeit am Krankenbett die Pflege-PatientInnen-Beziehung negativ beeinflusst werden könnte. (vgl. Guite, Lang et al. 2006, S.62). Durch den Einsatz

eines EDV-Dokumentationssystems und der damit verbundenen direkten Verwendung von Computern am Krankenbett, können jedoch Probleme entstehen. So beschreiben Guite et al., dass der Einsatz von mobilen Endgeräten zwar die Kontinuität der Dokumentation sicherstellt, aber die Pflege-PatientInnen-Beziehung in den Hintergrund geraten kann. (vgl. Guite, Lang et al. 2006, S.62). Dieser Schluss könnte sich auch aus der Arbeit von Gjevjon und Helleso ziehen lassen, die in ihrer Arbeit auf die Tatsache hinweisen, dass 70% des dokumentierten Inhalts nicht in Absprache mit den PatientInnen stattfindet (vgl. Gjevjon und Helleso 2010, S.105). Da jedoch die Dokumentation ein Werkzeug der Pflege ist und Kommunikation fördern soll, stellt sich daraus die Forderung nach einer Software- und Hardwarelösung, die durch ihre Handhabung und ihre Konzeption den Arbeitsprozess unterstützen und keine Belastung im Arbeitsalltag darstellen.
Weiters wird das Pflegepersonal bei elektronischer Dokumentation gefordert, strukturiert vorzugehen und Daten strukturiert zu erheben. Nur strukturiert erfasste Daten können korrekt ausgewertet werden und somit sämtliche Vorteile von elektronischen Dokumentationssystemen sicherstellen. (vgl. Baron 2007, S.549)

7 Der extramurale Pflegebereich

Der Fokus dieser Arbeit liegt bei der Dokumentation im extramuralen Bereich. Das Wort extramural stammt aus dem Lateinischen und bedeutet in etwa „außerhalb der Mauern“ (lat. *extra* „heraus“, „außen“ und *murus* „Mauer“). Somit umfasst der extramurale Pflegebereich sämtliche Pflegehandlungen außerhalb des Spitals oder Pflegeheimes. Allgemein wird der Begriff Hauskrankenpflege als Synonym für den extramuralen Pflegebereich verwendet.

7.1 Definition von Hauskrankenpflege

Als Synonym für extramurale Pflege wird in Österreich häufig der Begriff „Hauskrankenpflege“ verwendet. Weiters sind im deutschsprachigen Raum Begriffe wie „häusliche Pflege“, „Gemeindepflege“, „ambulanter Pflegedienst“ oder „ambulante Pflege“ anzutreffen. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.12). Diese Begriffe umfassen alle in etwa das Gleiche und beschreiben die Pflege zu Hause bei den KlientInnen. Im Zusammenhang mit der Fragestellung ist es also wichtig anzumerken, dass hier nicht irgendein Begriff im Vordergrund steht, sondern die Tatsache, dass Pflege bei den Klientinnen zu Hause,

außerhalb einer stationären Gesundheitseinrichtung (Krankenhaus, Altenheim etc.) stattfindet. Dieses Pflegesetting wird hier in das Zentrum gestellt und bearbeitet.

7.2 Hauskrankenpflege als professionelle Pflegedienstleistung im extramuralen Bereich

Wie in der stationären Pflege, muss auch im extramuralen Bereich für ein passendes Umfeld gesorgt werden, in dem erfolgreich gepflegt werden kann. Im Vergleich zum stationären Bereich gibt es hier jedoch nicht sämtliche Dienstleistungen vor Ort. Zur Schaffung eines adäquaten Pflegemilieus, in dem gut gepflegt werden kann, werden somit oft Zusatzleistungen von anderen mobilen Diensten, so genannten „begleitenden Diensten" in Anspruch genommen. Deren Aufgabe ist es, die zu Pflegenden in allen „nicht pflegerischen" Belangen zu unterstützen. Zu diesen zählen neben der Haushaltshilfe zum Beispiel Essen auf Rädern, Besuchsdienste oder der Reinigungsdienst. Die Aufgabe der professionellen Pflege ist die Bedarfsfeststellung, die Planung und gegebenenfalls Durchführung von Pflege und Betreuungsmaßnahmen, die Evaluation deren Wirksamkeit sowie die Koordination der Dienste, um ein Milieu zu erhalten, in dem Pflege geleistet wird. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.29) Die einzelnen Dienstleistungen ergeben die Glieder der so genannten Pflegekette.

7.3 Die Pflegekette

Pflege- und betreuungsbedürftige Menschen benötigen im Allgemeinen mehr als eine Dienstleistung. Je nach System werden diese nicht immer von einer Organisation oder Einrichtung angeboten. So müssen bei Bedarf zeitgleich verschiedene Einrichtungen in Anspruch genommen werden. Diese Dienste gilt es aufeinander abzustimmen. In ihrer Gesamtheit bilden sie die sogenannte „Pflegekette". Eine Abstimmung der Pflegekette wird vor allem durch das Bereitstellen von Informationen ermöglicht. So werden hier besondere Anforderungen an die Mitarbeiter der verschiedenen Leistungserbringer bezüglich Kommunikation, Koordination und Kooperation gestellt, damit die Pflegekette in ihrer Gesamtheit *„...ein sinnvolles Ganzes bildet"* (Ertl und Kratzer 2007, S.47) Dies wird im Sinne der Qualitätssicherung der mobilen Pflege gefordert. Im Rahmen eines wissenschaftlichen Gutachtens des Ludwig Boltzmann Institutes zum Pflegenotstand in der mobilen Pflege wird hier der Einsatz einer hochqualifizierten Diplomkrankenpflegerin/ eines

hochqualifizierten Diplomkrankenpflegers als Kern der mobilen Pflege gefordert. Bei ihr soll die Gesamtverantwortung der Betreuung von KlientInnen/PatientInnen liegen, ohne alle Leistungen persönlich zu erbringen. Ihr obliegt somit die Kommunikation mit einem interprofessionellen Team, um sämtliche Aspekte der Betreuung optimal abzudecken (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2005, S.10).
Dieser Aspekt findet sich im Konzept des Case Management wieder.

7.3.1 Definition von Case Management

Case Management beschreibt einen Prozess

> *„…der Zusammenarbeit, in dem eingeschätzt, geplant, umgesetzt, koordiniert und überwacht wird und Optionen und Dienstleistungen evaluiert werden um dem gesundheitlichen Bedarf einer Person mittels Kommunikation und mit den verfügbaren Ressourcen auf qualitätsvolle und kostenwirksame Weise nachzukommen." (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (Hrsg.) 2004, S.114)*

Dieses Verfahren muss zweckmäßig und wirksam sein. Beim Case Management stehen die überprüfbare Handhabung und Gestaltung von Prozessen im Vordergrund. So wird

> *„… der Prozess der Bewältigung bzw. der Weg zur Lösung einer Problematik gemanagt" (Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (Hrsg.) 2004, S.114)*

Der Einsatz von Case Management erfordert eine angemessene Dokumentation aller Beteiligten, um diese Zusammenarbeit zu ermöglichen und evaluierbar zu machen.

7.4 Dokumentation in der Hauskrankenpflege

Neben Case Management, Pflegevisiten und Teambesprechungen nennen Ertl & Kratzer Dokumentationssysteme als ein weiteres Instrument für die erfolgreiche Teamarbeit. Sie wählen den Begriff „Pflege- und Betreuungsdokumentation", um die ganzheitliche Orientierung und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu unterstreichen.
Als Vorteile einer gemeinsamen Dokumentation aller Beteiligten nennen die Autorinnen eine höhere Effizienz beim Sammeln von relevanten Informationen aus verschiedenen Dokumentationen, die Möglichkeit einer ganzheitlichen Maßnahmenplanung und -durchführung sowie die Bewertung aller Ergebnisse. *„Durch die Einsparung von Zeit, Papier*

und die Vermeidung von Pflegefehlern tragen Dokumentationen erheblich zur Verminderung der Pflegekosten bei.“(Ertl und Kratzer 2007, S. 147)

Die Dokumentation unterliegt im stationären und im extramuralen Bereich den gleichen gesetzlichen Rahmenbedingungen. Durch die speziellen Besonderheiten des extramuralen Bereichs, wie zum Beispiel der Pflegekette, unterscheiden sich jedoch die Anforderungen an die Dokumentation. Ein heterogenes Feld, in dem verschiedene Professionen nicht zwangsläufig aus derselben Organisation kommen aber beim gleichen Patienten/ bei der gleichen Patientin tätig sind, stellt zusätzliche Anforderungen an die Dokumentation.

Ertl und Kratzer sehen die wesentlichen Unterschiede der Pflege- und Betreuungsdokumentation der Hauskrankenpflege zur Dokumentation im stationären Bereich vor allem in folgenden Punkten:

- **Umfassendere Erfassung der Stammdaten**

  Zusätzlich zu den grundsätzlichen Stammdaten wie Adresse, Alter, Geburtsdatum etc. müssen auch die Bezugspersonen ermittelt werden, in welcher Situation diese benachrichtigt werden können/sollen und welchen finanziellen, pflegerischen und sozialen Beitrag sie im Pflegeprozess leisten.

- **Datenschutzrechtliche Vereinbarung der Bezugspersonen**

  Aus datenschutzrechtlicher Sicht ist zu vereinbaren, welchen Personen Auskunft über den Zustand der KlientInnen gegeben werden darf. So ist es ihr/ihm überlassen, welche Angehörigen über den Pflegprozess informiert werden dürfen.

- **Zur Verfügung stehende Hilfsmittel**

  Für die Planung und die Organisation der Dienste ist es wichtig zu erheben, welche Hilfsmittel vorhanden sind und wie eventuell notwendige Anschaffungen finanziert werden können.

- **Genaue Beschreibung der Wohnumgebung**

  Durch eine genaue Erhebung der Wohnsituation ist es möglich zu ermitteln, ob die Pflege mit erschwerten Bedingungen zu rechnen hat. Beispiele wären hier eine fehlende Waschmaschine, ein fehlender Treppenlift oder kein Warmwasser bzw. keine Zentralheizung.

- **Kontaktadressen und Kontaktmöglichkeiten zur interdisziplinären Zusammenarbeit**

  Durch eine genaue Dokumentation der Kontaktdaten und Erreichbarkeiten der zusammenarbeitenden Professionen kann die interprofessionelle Zusammenarbeit

besser koordiniert werden.

- **Erhebung der mitwirkenden Dienste**

  Da die Pflegekette individuell gebildet wird und von Fall zu Fall verschieden ist, ist eine ganzheitlich orientierte und reibungslose Zusammenarbeit aller Dienste erforderlich. Um die verschiedenen Mitwirkenden optimal zu vernetzen, müssen diese Dienste schon zu Beginn des Pflegeprozesses erhoben werden (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.148)

Laut Ertl & Kratzer (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.147-151) mangelt es in der Hauskrankenpflege an bedarfsorientierten professionellen Dokumentationskonzepten, woraus eine hohe Unzufriedenheit der Mitarbeiter mit den vorhandenen, meist aus dem stationären Bereich übernommenen Dokumentationssystemen besteht. Diese Annahme von Ertl und Kratzer findet durch Stolee et al. Bestätigung, da auch hier die fehlende Benutzerakzeptanz und fehlende benutzerzentrierte Entwicklung Erwähnung finden. (vgl. Stolee, Steeves et al. 2010, S.172ff)

Einen weiteren problematischen Punkt bildet hier in der extramuralen Pflege vor allem die Trennung zwischen Dokumentationsplatz und Arbeitsplatz. Das Ludwig Boltzmann Institut für Medizin und Gesundheitssoziologie beschreibt in einem wissenschaftlichen Gutachten die zeitliche und räumliche Trennung der Dokumentationsarbeit von der Pflegearbeit als belastend.

So leidet neben der Qualität der Dokumentation auch das Pflegepersonal unter diesem Umstand, da die für die Dokumentation aufgewendete Zeit nicht in der Betreuungszeit inkludiert ist und deswegen wenig bzw. gar nicht finanziert wird. (vgl. Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie 2005, S.30)

Hieraus lassen sich besondere Anforderungen an die Organisation und an das elektronische Dokumentationssystem im Setting Hauskrankenpflege ableiten. So muss es möglich sein, klientennah zu dokumentieren und den Dokumentationsvorgang voll in den Betreuungsprozess zu integrieren. Dies setzt voraus, dass sowohl die technischen Voraussetzungen dazu geschaffen werden, als auch die organisatorischen Rahmenbedingungen dies ermöglichen.

7.5 Dokumentationsqualität in der Hauskrankenpflege

Bezüglich der Qualitätskriterien der Pflegedokumentation weist der extramurale Bereich besondere Anforderungen auf. So beeinflussen die notwendige interdisziplinäre Zusammenarbeit und die verschiedenen Datenschutzbestimmungen die Vollständigkeit der Dokumentation. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.150) Im Gegenteil zu einem stationären Setting ist die individuelle Infrastruktur der KlientInnen sehr unterschiedlich und stellt Dokumentationssysteme vor spezielle Herausforderungen. So weist jede Pflegesituation eine individuelle Struktur auf, da je nach Bedürfnissen unterschiedliche Leistungsträger hinzugezogen werden. Weiters ist je nach Einsatzort, persönlicher und finanzieller Situation das Pflegemilieu und die Finanzierungsstruktur unterschiedlich. Dieses heterogene Feld kann auch bei der Anwendung von Einschätzungsinstrumenten zu besonderen Problemen führen. Da jede/r Patient/in nicht nur ein individuelles Krankheitsbild hat, sondern auch ein individuelles Pflege- und Betreuungsumfeld, das durch unterschiedlichste Dienste gebildet wird, ist auch der Wissensstand und der Schulungsstand der verschiedenen Arbeitskräfte nicht zwingend vergleichbar oder nachvollziehbar. Dies kann zu Problemen beim Dokumentieren führen. Weiters kann durch einen berufsspezifischen Habitus die Vollständigkeit negativ beeinflusst werden. So können sich zum Beispiel Ärzte weigern, ihre Dokumentation anderen Berufsgruppen zur Verfügung zu stellen. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.150)

Da durch die verschiedenen Krankheitsbilder, der daraus resultierenden individuellen Pflegekette und Versorgungsstruktur (bedingt durch finanzielle Mittel, Wohnort sowie soziales Umfeld) viele sich beeinflussende Faktoren zu beachten sind, muss eine Dokumentationslösung für den extramuralen Bereich es ermöglichen, flexibel auf die Individualität des/der Einzelnen einzugehen und standardisiert zu dokumentieren.

7.6 Datensicherheit in der Hauskrankenpflege

Für einen effizienten, reibungslosen Ablauf der Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Experten und Expertinnen im Gesundheitswesen ist eine gemeinsame Dokumentation beziehungsweise der Zugriff auf gemeinsame Daten erforderlich. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.146) Dies ist zwar nach dem Datenschutzgesetz (DSG) §9 zulässig, führt jedoch speziell im extramuralen Bereich zu einigen Problemen. (vgl. DSG 2000, §9) So können bei den KlientInnen aufgrund der individuellen Bedürfnisse die in Anspruch genommenen Leistungserbringer unterschiedlich sein. Da diese Leistungserbringer je nach Situation auch

aus verschiedenen Organisationen stammen, muss hier besonders auf den Datenaustausch geachtet werden. In diesem Punkt stellt der extramurale Pflegebereich besondere Anforderungen an das Dokumentationssystem. (vgl. Ertl und Kratzer 2007, S.148) Der klassische Informationsaustausch einer Papierdokumentation via Postweg oder Fax gilt zwar immer noch als Standard, birgt jedoch die Probleme, dass unvollständige, unstrukturierte, verspätete oder nicht identifizierbare Papierstücke Kommunikationsbrüche verursachen, die zeit- und kostenaufwändig sind und die Behandlungsqualität negativ beeinflussen können. Zusätzlich besteht bei Papierdokumentation die Gefahr von manuellen Dateneingriffen. (vgl. Huneke und Hanzelmann 2009, S.256) Im Rahmen einer digitalen Dokumentation ist die Manipulation von Patientendaten zwar auch möglich, jedoch ermöglicht der Einsatz von kryptografischen Verschlüsselungsalgorithmen die Sicherung gegen unbefugte Einsicht und Manipulation. Somit bildet der Einsatz von elektronischen Dokumentationssystemen die Möglichkeit einer vernetzten Zusammenarbeit mit sicherem Datenaustausch. (vgl. Huneke und Hanzelmann 2009, S.261)

Die Besonderheiten des extramuralen Pflegebereichs erfordern auch eine besondere Anpassung der Dokumentationssoftware an dieses Feld. Vor allem das individuelle Umfeld der Klientin bzw. des Klienten stellt hier große Herausforderungen an die Flexibilität eines Dokumentationssystems in diesem Bereich dar. Eine Betrachtung der publizierten Fachliteratur zeigt große Lücken hinsichtlich den Anforderungen des extramuralen Settings auf.

Das Ziel der Arbeit ist die Beschreibung der hinderlichen Faktoren bei der Implementation einer elektronischen Dokumentationssoftware im extramuralen Pflegebereich. Da der Großteil der wissenschaftlich publizierten Artikel zu der Thematik „digitale Pflegedokumentation“ den Schwerpunkt auf den stationären Bereich legt und es sich bei den Arbeiten mit Schwerpunkt „extramurale Pflege“ um Erfahrungsberichte handelt, wurde die Methode des Experteninterviews gewählt um die Bedürfnisse und Anforderungen der extramuralen Pflege an ein elektronisches Dokumentationssystem zu erfassen.

8 Empirische Erhebung zu hinderlichen Faktoren bei der Einführung einer EDV-Dokumentation in der Hauskrankenpflege

Zur Erfassung der hinderlichen Faktoren bei der Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems im extramuralen Pflegebereich wurden im August 2011 Interviews mit ExpertInnen der Pflege und des Managements durchgeführt. Die methodische Grundlage bildete das Experteninterview.

8.1 Methode

Um die hinderlichen Faktoren bei der Einführung eines Dokumentationssystems im extramuralen Bereich beschreiben zu können, ist es notwendig, die Sichtweise der Beteiligten an diesem Prozess zu erfassen. Hier eignet sich vor allem ein qualitativer Zugang, da laut Mayer (2002) durch qualitative Interviews besonders Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle erfragt werden können (vgl. Mayer 2002, S.123). Des Weiteren soll das Interview durch einen Leitfaden unterstützt werden (vgl. Mayer 2002, S.131), der in der vorliegenden Erhebung auf Basis des ITAM und des PARiSH Modells entwickelt wurde. Diese in der Literatur verwendeten Modelle stellen die Grundlage der Befragung dar, wobei der Leitfaden eigens für jede Expertengruppe entwickelt wurde und so den Interviewer bei der Gesprächsführung unterstützte. Aufgrund der verschiedenen Perspektiven der ExpertInnen kommen diese Modelle bei der Leitfadenentwicklung zum Einsatz. So ist der Leitfaden des Managements an das PARiSH Modell angelehnt, während sich der Leitfaden der Pflege am ITAM Modell orientiert. Anhand der gewonnenen Informationen werden anschließend die Faktoren beschrieben, die eine Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems unterstützen beziehungsweise behindern.

8.2 Das Experteninterview

Das Experteninterview bildet nach Mayer (2002) eine gute Methode, um komplexe Wissensbestände zu erforschen und zu rekonstruieren und dient zur Ermittlung von Kontextwissen. (vgl. Mayer 2007, S.118) Laut Bogner et al. ergibt sich bei der Befragung von ExpertInnen auch der Vorteil, dass sich sowohl der Zugang zu den ExpertInnen als auch die

Möglichkeit deren Fachwissen abzufragen wesentlich einfacher gestaltet, als ressourcenintensive Feldbefragungen. (vgl.Bogner und Menz 2009b, S.8)

8.3 Die ExpertInnen

Laut Bogner, Littig und Menz (Bogner, Littig und Menz 2005) ist der Expertenstatus relational, d.h. die Zuschreibung des Expertentums wird vom Forschungsinteresse bestimmt. Dieser Expertenstatus wird in erster Linie von den ForscherInnen begrenzt auf die Fragestellung verliehen. In erste Linie sind dies Personen

- mit Verantwortung für den Entwurf, die Implementierung oder die Kontrolle einer Problemlösung oder
- Personen mit privilegiertem Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse.

(vgl. Meuser und Nagel 2005, S.73)

Die Durchführung von Experteninterviews dient jedoch nicht der Ermittlung von „sachdienlicher Information". Da der Fokus der Befragung auf den hinderlichen Faktoren aus Sicht der EntscheidungsträgerInnen und AnwenderInnen bei der Implementierung von elektronischen Dokumentationssystemen liegt, ist es von großer Bedeutung, die ExpertInnen anhand ihres „Deutungswissens" auszuwählen. Somit ist nicht deren reiner Wissensstand, der möglichst sachlich und reflektiert ist, ein Auswahlkriterium der ExpertInnen, sondern die Praxiswirksamkeit des Expertenwissens. (vgl. Bogner und Menz 2009a, S.72)

> *„Im theoriegenerierenden Experteninterview befragen wir Experten, weil ihre Handlungsorientierungen, ihr Wissen und ihre Einschätzung die Handlungsbedingungen anderer Akteure in entscheidender Weise (mit-)strukturieren und damit das Experteninterview die Dimension sozialer Relevanz aufweist. (Bogner, Littig und Menz 2009, S.72)*

Wie im Punkt „Probleme bei der Implementierung" beschrieben wurde, können sämtliche aus der Literatur bekannten Implementationsschwierigkeiten drei Punkten zugeordnet werden.

Diese sind:

- Entscheidung – Sicht des Managements
- Anwendung – Sicht der Pflege
- Technik – betrifft beide Gruppen

Diese drei Punkte lassen sich auf zwei zusammenführen, da sich die Probleme seitens der

technischen Realisierung durch eine Formulierung von Anforderung der Pflege und des Managements beschreiben lassen. So ist es möglich, sämtliche aus der Literatur bekannten Implementationsschwierigkeiten und hinderliche Faktoren durch Experteninterviews mit dem Management und dem Pflegepersonal zu ermitteln.

8.4 Auswahl der ExpertInnen

Da das Ziel der Befragung die Identifikation der hinderlichen Faktoren bei der Einführung eines elektronischen Dokumentationssystem war, wurde bei der Auswahl der Pflegeeinrichtungen darauf geachtet, dass sowohl ExpertInnen befragt werden, die mit herkömmlicher Papierdokumentation arbeiten, als auch ExpertInnen, die bereits elektronisch dokumentieren. Durch die Befragung von ExpertInnen mit verschiedenem Erfahrungshintergrund kann somit dargestellt werden, welche Faktoren notwendig waren, um umzustellen, wie die Umstellung geglückt ist und welche Faktoren an der Umstellung aktuell hinderlich waren.

8.4.1 ExpertInnen der Pflege

Die ExpertInnen der Pflege sind Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, da diese Berufsgruppe als Teil ihres Aufgabenbereichs für alle Schritte des Pflegeprozesses verantwortlich ist und diesen zu dokumentieren hat. (vgl. GUKG 2009, §14(2)). Weiters ist die Pflegedokumentation für die diplomierten Pflegepersonen das zentrale Werkzeug zum Leistungsnachweis. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.17) Aus dieser Perspektive können Pflegepersonen als ExpertenInnen bei der praktischen Anwendung von Dokumentationssystemen betrachtet werden. Den theoretischen Rahmen bilden hier zum einen das ITAM Modell, da hier BenutzerInnen von IT als zentraler Faktor gesehen werden. Zum anderen fließen auch Aspekte des PARiSH Modells in die Befragung ein.

Nach PARiSH wird die Implementierung des Dokumentationssystems durch den Faktor „evidence“ und „context“ Seitens der Pflege positiv beeinflusst. So ergeben sich hieraus Fragen nach dem Verständnis von Dokumentation und deren Stellenwert sowie Fragen nach der Beschaffenheit des Systems. In welchem Umfeld wird dokumentiert und welchen Stellenwert hat die Dokumentation in der gesamten Organisation? Hier finden Überschneidungen mit dem ITAM Modell statt. Dem ITAM Modell folgend, wird die Akzeptanz des Users zur IT als Verhältnis zwischen Ressourcen und persönlichem Nutzen

gesehen. Daraus ergibt sich bei den ExpertInnen der Pflege die Frage, welche Ressourcen sie bezüglich IT persönlich besitzen bzw. welcher persönliche Nutzen durch die Einführung einer EDV-Dokumentation gesehen wird.

8.4.2 ExpertInnen des Managements

Weiters sollen mit der Pflegeleitung und dem Management Interviews geführt werden. Hier liegt der Fokus der Befragung auf den Gründen, die seitens des Managements für beziehungsweise gegen die Einführung eines digitalen Dokumentationssystems sprechen. Fokus der Befragung bildet hier das PARiSH Modell, da es aufgrund der systemischen Betrachtungsweise die Sicht des Managements widerspiegelt. Auf den Grundlagen von „facilitation“ soll ermittelt werden, welche Schritte das Management zur Unterstützung der Implementation eines Dokumentationssystems setzt. Der Faktor „evidence“ findet sich in der Frage wieder, welchen Stellenwert Dokumentation seitens des Managements hat und wie Dokumentation seitens des Managements verstanden wird. Der Faktor „context“ beschreibt, wie der Umgang mit Dokumentation seitens des Managements umgegangen wird.

Aufgrund der engen beruflichen Kontakte zwischen der Firma WPM Wund Pflege Management und der MIK OG sowie dem Hilfswerk Österreich wurden diese beiden Organisationen ausgewählt, um die Experteninterviews durchzuführen. Um zu den ExpertInnen zu gelangen, wurde zuerst die Geschäftsführung bzw. die Bundesgeschäftsstelle um ein Interview angefragt. Mit Hilfe der Geschäftsführung wurde der Kontakt zu den Pflegepersonen hergestellt und diese um ein Interview gebeten.
Die Interviews wurden im August 2011 im Hilfswerk Österreich und der MIK OG (mobile individuelle Krankenpflege) durchgeführt. Im folgenden Kapitel werden die Betriebe sowie ihre Dokumentationssysteme beschrieben.

8.4.3 MIK OG

Die MIK OG (mobile individuelle Krankenpflege) hat ihren Sitz in Wien und ist ein Anbieter von Hauskrankenpflege mit dem Schwerpunkt auf psychiatrische Hauskrankenpflege. Der Leistungsumfang der MIK OG umfasst

- ambulante psychiatrische und somatische Fachpflege,
- Betreuung zu Hause oder in stationären Einrichtungen,

- Teampflege,
- Bezugspflege auf Wunsch,
- Angehörigenberatung und Unterstützung,
- Begutachtungen / Beratungen,
- Organisationsarbeiten und
- Akuteinsätze auf Anfrage.

Diese Leistungen werden im Rahmen einer Einzel- bzw. Dauerbeauftragung angeboten und sieben Tage die Woche 6:00 – 20:00 durchgeführt. Die MIG OG führt ihre Dokumentation vollständig digital und arbeitet mit einem System auf der Basis von Microsoft NAVISION in Kombination mit PDAs (=personal digital assistant) bzw. Smartphones als mobile Endgeräte.(vgl. MIK OG 2011)

Das Gaber Wirtschaftslexikon definiert PDA und Smartphone folgendermaßen:

> PDA: *„mobiler Rechner, der etwa die Größe eines Notizbuches hat. Die Vorderseite dieses Gerätes besteht fast ausschließlich aus einem Display, welches in den meisten Fällen druckempfindlich ist, um mit einem stiftähnlichen Stab Eingaben zu tätigen. Die Eingaben werden dabei entweder auf einer virtuellen Tastatur oder per Handschriftenerkennung gemacht. Einige Modelle besitzen auch eine kleine Tastatur oder ermöglichen den Anschluss einer externen Tastatur.“*
> *(Gaber Wirtschaftslexikon 2011b)*
>
> Smartphone: *„Mobiltelefon mit erweitertem Funktionsumfang. Dazu zählen neben der Telefonie und Short Message Service (SMS) üblicherweise Zusatzdienste wie Electronic Mail (E-Mail), World Wide Web (WWW), Terminkalender, Navigation sowie Aufnahme und Wiedergabe audiovisueller Inhalte. Auf Smartphones laufen gegenüber herkömmlichen Mobiltelefonen komplexere Betriebssysteme wie etwa Symbian OS, Blackberry OS oder das iPhone OS. Die hierdurch geschaffene Möglichkeit zur Installation weiterer Applikationen durch den Endnutzer verleiht Smartphones einen erweiterbaren und individualisierbaren Funktionsumfang.“*
> *(Gaber Wirtschaftslexikon 2011c)*

Bei Microsoft NAVISION handelt es sich um eine Softwarelösung, die mit Stand Dezember 2011 unter dem Namen „Microsoft Dynamics NAV“ vertrieben wird, bei der MIK OG jedoch noch als Microsoft NAVISION zum Einsatz kommt. Hierbei handelt es sich um ein

Softwarepaket zur Durchführung für ERP (=Enterprise Resource Planning). (vgl. Microsoft Dynamics NAV 2011) ERP bezeichnet generell die unternehmerische Aufgabe, die firmeninternen Abläufe durch einen effizienten Einsatz von Ressourcen zu optimieren. Microsoft NAVISION wird dabei an die Organisation angepasst. (vgl. Gaber Wirtschaftslexikon 2011a)

Nach einer telefonischen Interviewanfrage stellten sich die zwei Geschäftsführer der MIK OG als ExpertInnen des Managements für ein Interview zur Verfügung. (Interview EM1 und EM2) Nach den Interviews wurde mit Hilfe der Geschäftsführung Kontakt zu zwei Pflegepersonen aufgenommen, die sich zu einem Interview als ExpertInnen der Pflege bereit erklärten. (Interview EP3 und EP4)

8.4.4 Österreichisches Hilfswerk

Hilfswerk Österreich ist mit seinen Landes- und Teilverbänden einer der größten gemeinnützigen Anbieter gesundheitlicher, sozialer und familiärer Dienste in Österreich. (Hilfswerk Österreich 2010)

Das Hilfswerk bietet

- Pflege und Betreuung zu Hause,
- Unterstützung im Haushalt,
- Sicherheit zu Hause, Notruftelefon,
- Menüservice, Essen auf Rädern,
- Wohnen für Senioren, Tagesbetreuung,
- Angebot für Menschen mit Behinderung,
- Tagesmütter, Kinderbetreuung,
- Nachmittagsbetreuung, Lernen, Jugend,
- Beratung, Bildung, Familie,
- Soziale und psychosoziale Angebote,
- Weitere Angebote und Services und
- Internationale Hilfe an.

Das Hilfswerk Österreich beschäftigt 8402 Mitarbeiter und setzt jährlich Mittel von 221,84 Mio. € um. Es besteht aus mehreren Teilorganisationen (Landesverbänden), die operativ in der Pflege tätig sind und vom Dachverband national und international vertreten werden. Die Landesverbände sind grundsätzlich gemeinnützige Vereine oder gemeinnützige GmbHs. (vgl.

Hilfswerk Österreich 2010) Da sich die Vereine teilweise durch die Mittel der Länder finanzieren und dadurch an unterschiedliche länderspezifische Vorgaben gebunden sind, ist die Dokumentation in jedem Verein anders. Grundsätzlich bildet das GuKG als Bundesgesetz zwar die rechtlichen Vorgaben für ganz Österreich, die formale Ausführung der Dokumentation wird jedoch nicht spezifisch aufgeführt. So muss laut GuKG die Dokumentation lediglich nach den Schritten des Pflegeprozess durchgeführt werden. Die Pflegedokumentation wird jedoch in keinem der Landesverbände voll elektronisch durchgeführt. Nach einer eingehenden Personalrecherche im niederösterreichischen Hilfswerk wurden die fachliche Leitung für Gesundheit, Familie und Soziales der Bundesgeschäftsstelle des Hilfswerks Österreich und die dokumentationsverantwortliche Pflegedienstleitung des niederösterreichischen Hilfswerk als ExpertInnen des Managements interviewt. (Interview EM5 und EM6). Die Wahl der ExpertInnen wurde anhand ihrer beruflichen Nähe zu dem Thema „Pflegedokumentation“ begründet. Als ExpertInnen der Pflege wurden schließlich zwei Pflegepersonen einer Station des niederösterreichischen Hilfswerks gewählt, da durch das Interview mit der ExpertIn EM6 der Zugang erleichtert wurde.

Die leitfadengestützten Interviews wurden aufgezeichnet und anonymisiert. Die Interviews wurden anschließend nach Meusner et al. ausgewertet. Diese Auswertung fand in mehreren Phasen statt. Dazu wurden sämtliche Interviews zu allererst transkribiert (Transkription). Anschließend fand eine Sequenzierung nach thematischen Einheiten statt, die dem Gesprächsverlauf folgte (Paraphrase). Diese Gesprächssequenzen wurden schließlich zusammengefasst (Kodierung) und danach den verschiedenen Themengebieten zugeordnet (thematischer Vergleich). Diese Zuordnung bildete die Basis für eine weitere Verdichtung des Expertenwissens und eine Zusammenfassung des Wissens unter einer allgemein geltenden Begrifflichkeit (soziologische Konzeptualisierung). So werden Aussagen über die Struktur des Expertenwissens getroffen und anschließend vor dem Hintergrund bestehender Kenntnisse diskutiert. (vgl. Meuser und Nagel 2005, S.83-90 ; vgl. Meuser und Nagel 2009, S.56-57)

9 Der Leitfaden

Die Grundlage für die Entwicklung des Leitfadens bilden das PARiSH und das ITAM Modell, wobei sich das ITAM Modell hauptsächlich im Leitfaden Pflege wieder findet und das PARiSH Modell aufgrund der systemischen Perspektive den Schwerpunkt im Leitfaden

Management aufweist.

9.1 Die Entwicklung des Leitfadens

Die Grundlage des Experteninterviews bildet der Leitfaden, der theoretisch fundiert ist und auf Basis der Fachliteratur gebildet wurde. Durch die Bearbeitung des Themas verschafft sich der/die InterviewerIn die notwendigen Kompetenzen, um im Rahmen des Experteninterviews mit Hilfe des thematisch vorstrukturierten Leitfadens ertragreiche Ergebnisse zu liefern. So ist es unbedingt erforderlich auf dem Gebiet fachlich kompetent zu sein um die befragten ExpertInnen dazu zu bewegen, ihr Wissen zu offenbaren. Der Leitfaden an sich gilt nicht als fixes Ablaufschema, sondern eher als thematische Hilfestellung. Im Fokus sollen die Relevanzstrukturen des Befragten zur Geltung kommen, nicht die des Interviewers. Obwohl der literaturgestützte Leitfaden beim Experteninterview eine Zielrichtung vorgibt, ermöglichen narrative Elemente im Verlauf des Interviews zusätzlichen Informationsgewinn durch Rekonstruktion dieser Interviewpassagen. Weiters ist das Verhältnis zwischen Interviewer und Befragen von Bedeutung. So müssen die ExpertInnen die Forschenden als kompetent wahrnehmen um ihr Wissen zu offenbaren. (vgl. Bogner, Littig et al. 2009, S.52-55)

Den theoretischen Rahmen des Leitfadens bilden das ITAM und das PARiSH Modell.

Der Leitfaden für die Experteninterviews mit den ExpertInnen der Pflege fragt nach den persönlichen Ressourcen und den Anforderungen an ein Dokumentationssystem. Nach dem ITAM Modell lässt sich die Annahme einer elektronischen Lösung (adoption) durch diese Faktoren beschreiben. Der Leitfaden zur Befragung der ExpertInnen des Managements wurde auf Basis des PARiSH Modells entwickelt. Hier wurden die ExpertInnen des Managements nach der Beschaffenheit und Qualität des Systems gefragt, und wie/warum diese die Implementierung einer elektronischen Lösung fördern.

9.1.1 Elemente des PARiSH Modells

Um die Beschaffenheit des Systems (Faktor „context“) zu ermitteln, beginnt der Leitfaden des Managements mit der Frage, wie aktuell in der Einrichtung dokumentiert wird, auf welchem Medium dokumentiert wird und ob die Dokumentation in definierten Schritten stattfindet. Abhängig von einem digitalen oder traditionellen Dokumentationssystem stellt sich weiter die Frage, ob das Management mit der aktuellen Dokumentation zufrieden ist und ob alle

Anforderungen, die an das Dokumentationssystem gestellt werden, erfüllt werden beziehungsweise welche Anforderungen ein Dokumentationssystem in der Organisation zu erfüllen hat (Faktor „evidence“). Im Leitfaden zur Befragung des Pflegepersonals wird ebenfalls nach dem Faktor „evidence“ gefragt, indem der Stellenwert der Dokumentation im Arbeitsalltag einer Pflegeperson die Wichtigkeit der Dokumentation im Beruf abgefragt wird.
Da in Organisationen, die digital dokumentieren bereits ein Umstellungsprozess durchgeführt wurde, kann hier dieser Prozess und so der Faktor „facilitation“ abgefragt werden. Aus der Perspektive der Pflege beschreibt dieser Faktor die Voraussetzungen, um mit einem elektronischen Dokumentationssystem arbeiten zu können. Hier stellt sich die Frage, welche Ressourcen und Lernprozesse notwendig sind, um hochwertig zu dokumentieren und wie die Umstellung auf ein digitales System begleitet werden soll.

9.1.2 Elemente des ITAM Modells

Da Dokumentation immer einen Aufwand darstellt, stellt sich die Frage, ob und welcher Vorteil der Pflegeperson durch die Dokumentation entsteht. Hier zeigen sich auch Überschneidungen mit dem ITAM Modell, das im Faktor „usefulness“ auch den persönlichen Vorteil der Pflegepersonen als wichtigen Faktor sieht.
Im Gegensatz zu der systematischen Perspektive des PARiSH Modells bilden beim ITAM Modell die BenutzerInnen das zentrale Element. Deren Fähigkeiten mit dem Dokumentationssystem umzugehen (Faktor „fit“) sind neben dem Verhältnis zwischen „persönlichem Nutzen“ und „Benutzerfreundlichkeit“ entscheidend um IT anzunehmen (adoption). Um diese Faktoren zu ermitteln, wurden die Befragten nach ihren persönlichen Erfahrungen und Fähigkeiten im Umgang mit Computern und Dokumentationssystemen befragt. Der Faktor „persönlicher Nutzen“ (usefulness) und „Benutzerfreundlichkeit“ (ease of use) fragt nach den persönlichen Vorteilen, die eine elektronische Dokumentation bieten muss, und den Systemeigenschaften, die eine Nutzung sinnvoll machen. (vgl. Dixon 1999, S.118ff)

10 Ergebnisse

Nach wie vor ist das Thema der hinderlichen Faktoren eher am Rande zu erkennen. Dies liegt zum Teil daran, dass in den Interviews selbst Antworten auf Fragen, die im Leitfaden

angeführt waren, nicht aufscheinen. Die hinderlichen Faktoren sollten noch deutlicher Abschnitt für Abschnitt herausgearbeitet werden.

Bei der Erstellung des Leitfadens wurden die verschiedenen Haupt- und Nebenfragen den theoretisch fundierten Faktoren des PARiSH und des ITAM Modells zugeordnet. Da bei MIK OG bereits ein elektronisches Dokumentationssystem in Verwendung ist, im Hilfswerk jedoch noch auf Papier dokumentiert wird, stellt sich die Frage, wodurch sich dieser Zustand begründen lässt und welche Faktoren die Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems im Hilfswerk verhindern.

10.1 Der Faktor „context" bzw. Beschaffenheit des Systems

Der Faktor „context" beschreibt laut PARiSH Modell die Beschaffenheit/Struktur des Systems. Da sowohl das Hilfswerk Österreich als auch die MIK OG in der extramuralen Pflege tätig sind, sind auch die Rahmenbedingungen ähnlich. Dies gilt vor allem für das Umfeld, in dem die Pflege und somit auch die Dokumentation stattfindet. Da im extramuralen Pflegebereich jede/r Klient/in zu Hause gepflegt wird, sind auch die Bedingungen für die Pflege individuell sehr unterschiedlich. So ist der Aufwand einer Tätigkeit, wie zum Beispiel Körperpflege, nicht nur vom Zustand der PatientInnen, sondern auch sehr stark von der Umgebung abhängig, in dem Pflege stattfindet. Auch die Dokumentation findet auf Basis dieser individuellen Pflegeumgebung statt und wird in beiden Betrieben unterschiedlich gehandhabt.

10.1.1 Das niederösterreichische Hilfswerk

Die Dokumentation im niederösterreichischen Hilfswerk findet zweigeteilt statt. So wird die Zeitabrechnung für die Verrechnung mittels MDA (=mobile digital assistant) durchgeführt. Die Pflegedokumentation findet jedoch klassisch auf Papier statt. Die Struktur dieser Daten sind im Großen und Ganzen durch das GuKG definiert. Da die verschiedenen Hilfswerkorganisationen, so auch das niederösterreichische Hilfswerk, mitunter durch Landesmittel finanziert sind, wird die Art der Formulare mit dem Land abgesprochen. (EM5, Z. 1643-1659) Die klassische Papierdokumentation befindet sich in einer Mappe und wird mittels Formularen durchgeführt. Diese Mappen befinden sich bei den KlientInnen. Die Dokumentation wird nach fest definierten Schritten durchgeführt und ist prozessorientiert

(EM6, Z.1967-1973) Jeder Eintrag muss mit Datum und Handzeichen erfolgen, alle nicht benötigten Felder müssen ebenfalls mit Datum und Handzeichen entwertet werden, um so Manipulationen an der Dokumentation auszuschließen. (vgl. EP7, Z.2290-2295) Die Dokumentation wird innerhalb der Einsatzstunde durchgeführt. Der Zeitaufwand für die Dokumentation wird jedoch nicht extra geplant.(vgl. EM5, Z.1694-1699)

> *„Es ist aber jetzt nicht gesagt, ich hab eine Stunde Einsatzzeit, das sind 20 Minuten Körperpflege, zehn Minuten Insulininjektion, fünf Minuten Dokumentation. Das wird so nicht differenziert." (EM5, Z.1706-1707)*

Zusätzlich zu der Dokumentation werden noch Überleitungsberichte nach Bedarf erstellt. Die Pflegeplanung und die Steuerung des Pflegeprozesses wird von Primary Nurses durchgeführt, die den individuellen Zeitbedarf auf Basis ihres Fach- und Erfahrungswissens vor Ort ermittelt. (vgl. EM5, Z.1732-1733)

10.1.2 Die MIK OG

Die MIK OG dokumentiert komplett mit einem elektronischen Dokumentationssystem. Bereits seit 2006 sind die MitarbeiterInnen mit digitalen Endgeräten ausgestattet und dokumentieren so alle erbrachten Leistungen völlig papierlos. In diesem System sind sämtliche relevanten Stammdaten der KundenInnen sowie die Adressen der relevanten ÄrztInnen und Bezugspersonen gespeichert und abrufbar. So finden die Pflegepersonen sämtliche Informationen zu den KlientInnen sowie alle geplanten Maßnahmen im elektronischen System und können diese einsehen und als erledigt markieren sowie bei Bedarf ändern bzw. ergänzen. Bei PatientInnen, die Sozialhilfe empfangen, ist es bei einer Finanzierung durch den Fond Soziales Wien, dem Sozialfond der Stadt Wien, nötig eine Anwesenheitsbestätigung zu unterschreiben, die auch elektronisch mittels Unterschrift auf einem Touchpad durchgeführt werden kann. Zusätzlich lassen sich neben der aktuellen Medikation in der „History" auch alle dokumentierten Daten einsehen. (vgl. EM2, Z.575-603) Die gesamte Dokumentation der durchgeführten Tätigkeiten dauert zwischen einer Minute und 1:30 Minuten.

> *„Die Dokumentation ist bei uns eigentlich nicht so ein Thema, weil wirklich, vor allem wenn man Routine hat, in 1min bis 1:30 erledigt ist." (EM2, Z.632-633)*

Nach der Dokumentation werden die Daten automatisch mit einem Server synchronisiert und stehen im Büro zur Ansicht und Abrechnung bereit. (vgl. EM1, Z.57-78)

> *„... in der Pflegeplanung wird zum Beispiel aufgeführt, heute 30 Euro Taschengeld,*

Müll entsorgen, Gespräch mit Klient, Gespräch mit Angehörigen. Das ist vordefiniert. Er kann das aber auch umformulieren, Sachen hinzufügen oder Sachen weglassen. Gibt das quasi die Leistungen hakelt er ab, die von uns vordefiniert sind, ergibt das also ein Zeitfenster, das von uns festgelegt wurde, außer es ist halt eine Definition, dann schreibt er halt eine halbe Stunde mehr, aber das muss er mit uns koordinieren, gibt quasi die Leistungen an, versieht es mit einem Zeitfenster, schließt das dann ab, das ist dann am Gerät gespeichert und wenn er synchronisiert laufen die Daten zu mir auf den Server und ich kann mirs anschaun."(EM1, Z.69-77)

Die Basis für dieses System bildet eine adaptierte Form von Microsoft NAVISION.

Betreffend den Faktor „context" zeigt sich, dass in beiden Organisationen die gleichen Rahmenbedingungen gelten. So ist, bedingt durch die individuelle Pflegeumgebung der KlientInnen, die Pflegeleistung an sich nur über die benötigte Pflegezeit verrechenbar. Diese Pflegezeit wird sowohl in der MIK OG als auch im Hilfswerk bereits digital erfasst. Die gesetzlich geforderte Pflegedokumentation nach den Schritten des Pflegeprozesses findet im Hilfswerk jedoch noch auf Papier statt, während die MIK OG die Pflegedokumentation mit der Dokumentation der erbrachten Leistungen kombiniert hat. Der gesamte Dokumentationsvorgang der MIK OG benötigt unter zwei Minuten und stellt mit Sicherheit weniger Aufwand dar als die Dokumentation des Hilfswerks. Da der Zeitbedarf für die Dokumentation in beiden Organisationen nicht klar ausgewiesen ist, steht für die Dokumentation keine klar definierte Zeit zur Verfügung.
Durch eine genaue Erfassung der Dokumentationszeit im Hilfswerk könnte der tatsächliche Dokumentationsaufwand ermittelt werden und so die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems zur Reduktion dieser Dokumentationszeit begründet werden. Um die Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems in der Struktur zu begünstigen, muss demnach das System so beschaffen sein, dass die Vorteile eines Dokumentationssystems klar dem Dokumentationssytem zuordenbar sind.

10.2 Der Faktor „evidence" bzw. Qualität des Systems

Ein weiterer Faktor des PARiSH Modells wird durch den Zugang zum Thema Dokumentation beschrieben. So muss nach PARiSH sowohl „context" als auch „evidence" positiv beeinflusst werden, um die Implementation zu ermöglichen. Aus diesem Grund wurden alle Befragten

sowohl über den persönlichen Stellenwert, den Anforderungen und dem Zweck einer Dokumentation interviewt.

10.2.1 Zweck der Dokumentation für das Management

Bezüglich des Zwecks der Dokumentation aus der Sicht des Managements wurden sowohl von den Experten des Hilfswerks als auch von der Geschäftsführung der MIK OG zu einem großen Teil dieselben Antworten gegeben. In dieser Hinsicht gleichen sich die Anforderungen von Seiten des Managements an die Dokumentation. Als Kernaufgaben werden genannt:

- die transparente Darstellung der erbrachten Leistungen,
- die Erfüllung der Vorgaben des Krankenpflegegesetzes (GuKG) und
- die Dokumentation als Kommunikationsmittel.

(vgl. EM1, Z.92-116; vgl. EM2, Z.647-656; vgl. EM2, Z.665-686; vgl. EM6, Z.1992-2008; vgl. EM6, Z.2008-2013; vgl. EM5, Z.1665-1675; vgl. EM5, Z.1675-1691)

In diesen Punkten findet sich auch volle Übereinstimmung mit den bereits oben beschriebenen Anforderungen. Besonders die Darstellung der erbrachten Leistungen stellt einen wichtigen Faktor für das Management dar. Da die individuelle Pflegesituation eine pauschale Abrechnung unmöglich macht wird in der extramuralen Pflege nach Pflegezeit abgerechnet. (vgl. EM5, Z.1708-1750)

> *„Es ist ja ein Unterschied ob ich Körperpflege bei einem kognitiv, Mobilitätseingeschränkten mache, oder ob die haushalterischen Verhältnisse dementsprechend sind. Das macht schon einen Unterschied, ob ich Warmwasser habe oder ob ich einheizen muss. Habe ich ein perfekt eingerichtetes Bad, oder habe ich das nicht, sondern nur eine Waschschüssel. Das spielt alles bei der Zeiterfassung eine Rolle.“ (EM5, Z.1713-1716)*

Die Auswertung der Daten wird jedoch in beiden Betrieben völlig unterschiedlich gehandhabt. So finden in der MIK OG in der Regel keine Auswertungen über den Fall hinaus statt. (vgl. EM2, Z.698-714) Hier wird nur die einzelne Dokumentation ausgewertet und mittels Interviews bei den Patienten und den Angehörigen überprüft, ob diese mit der Leistung zufrieden sind. (vgl. EM1, Z.501-516)

> *„Statistik, machen wir nicht, eigentlich, ist auch nicht erforderlich. Es gibt niemanden der das irgendwie verlangen würde.“ (EM1, Z.125-126)*

Im Gegensatz zur MIK OG findet im Hilfswerk ein Auswertungsprozess der gesamten

Pflegedokumentation statt. Die Grundlage der Dokumentationsauswertung bildet eine Dokumentationsüberprüfungsliste. Anhand dieser Liste werden in jedem Stützpunkt monatlich drei Pflegedokumentationen einer Evaluation unterzogen und bewertet. Es wird jedoch nicht nur der Verlauf, sondern auch der Prozess von der Informationssammlung bis zur Evaluierung ausgewertet. (vgl. EM6, Z.2013-2042) Die Ergebnisse dieser Analysen fließen in den Landesverbänden zusammen, werden dort gesammelt und so Kennzahlen zu Aspekten wie Schmerz, Dekubitus oder Mobilität ermittelt. Diese Auswertung der Dokumentation zur Erstellung der Qualitätskennzahlen steht laut Aussage der Befragten erst am Beginn und ist noch nicht flächendeckend implementiert. Grund dafür ist vor allem der hohe Aufwand bei der Auswertung. (vgl. EM5, Z.1764-1779).

> *„Manche Landesverbände haben schon solche Qualitätskennzahlen und das ist zunehmend wo sich das entwickelt. Wie ist die Entwicklung von Dekubitus? Wie ist die Entwicklung von Mobilitätsstatus? Schmerz und so weiter.(EM5, Z.1767-1771)*
>
> *(...) und da haben wir gesagt, da wäre es jetzt gut, wenn wir da elektronische Unterstützung haben, weil alles was jetzt auf Qualitätskennzahlen hingeht und Auswertungen usw. das ist überhaupt nicht möglich, auch von den Kundenanzahlen her. Im Hilfswerk werden 20.000 Menschen betreut. Selbst bei einer Stichprobe muss das auch wer anschauen.“(EM5, Z.1804-1807)*

Da in der extramuralen Pflege im Gegensatz zu Pflegeheimen die PatientInnen/KlientInnen nicht an einem Ort sind, muss somit bei der Qualitätskontrolle verstärkt auf die Dokumentation zurückgegriffen werden. (vgl. EM5, Z.1750-1764)

> *„...weil es ist anders wie eine Pflegedienstleitung in einem Pflegeheim, weil da kann ich hingehen und ich habe eine Person, die hat einen sehr guten Überblick. Da hab ich 30 Patienten auf einem Fleck. Das geht in der HKP gar nicht, denn ich kann nicht zu 30 Patienten hinfahren und mir die Situation anschauen. Ich muss sehr stark auf die Pflegedokumentation zurückgreifen in der Auswertung.“ (EM5, Z.1759-1763)*

10.2.2 Zweck der Dokumentation für die Pflege

Die Frage „Wie wichtig empfinden Sie Dokumentation in Ihrem Beruf“ waren sich alle befragten ExpertInnen der Pflege soweit einig, dass es sich bei der Dokumentation um ein zentrales Element im Beruf und ein wichtiges Element der Pflege handelt. Die ExpertInnen der Pflege sind sich sehr wohl bewusst, dass die Dokumentation neben der gesetzlichen Absicherung (vgl. EP3, Z.988-997; vgl. EP7, Z.2245-2251; vgl. EP8, Z.2500-2513) auch ein

wichtiges Kommunikationsmedium ist. (vgl. EP7, Z.2231-2245) Zusätzlich bieten die dokumentierten Daten Unterstützung bei der Pflege, da alle wichtigen Informationen bei Bedarf zur Verfügung stehen. (vgl. EP7, Z.2231-2239)

> *„Dass ich selbst nachschaun kann, was ich gemacht habe. Ich habe da hundert Klienten und kann mir das nicht alles merken und dass ich auch selber schau, was war da genau los." (EP4, Z.1337-1340)*

> *„Ohne dem geht nix. Zur Kontrolle und zur Absicherung für einen Selber . Das um und auf. Oder um auch zu schaun was dokumentiert worden ist, wenn ich hinkomm kann ich nachlesen bei Ort und Stelle was passiert ist, was war einmal, da kann ich Schlüsse ziehen, warum ist der jetzt so und so drauf und warum geht's ihm schlechter, war der überhaupt anwesend, bevor ich anfangen muss zu telefonieren und nachforschen muss, schau ich lieber nach." (EP3, Z.991-996)*

> *„Ganz wichtig, weil ja nit immer dieselbe Person mit dem Klienten arbeitet, sondern mehrere, und da ist es besonders wichtig, dass man weiß, was die Pflege davor gemacht hat, und das kann man in der History dann nachschaun, was gemacht worden ist und man kann auch eine Pflegemaßnahme setzten nur für den einen Tag an dem die Kollegin pflegt, damit sie weiß was man machen soll." (EP4, Z.1324-1328)*

Der Faktor „evidence" beschreibt den Stellenwert von Dokumentation innerhalb der Organisation. Die Anforderungen an das Dokumentationssystem sind im Hilfswerk umfangreicher und umfassen zusätzlich zu den Anforderungen der MIK OG noch die Möglichkeit einer komplexen Auswertung und Bewertung der Dokumentation. So müssen zur erfolgreichen Implementierung eines Dokumentationssystems diese Anforderungen erfüllt werden. Bei der MIK OG waren die Anforderungen vor allem eine Verschlankung der Administration.

10.2.3 Grund für die Umstellung der MIK OG

Die Umstellung der MIK OG auf digitale Dokumentation fand bereits im Jahre 2006 statt. Der hauptsächliche Grund dafür war das Wachstum des Betriebes. Durch die steigenden Patientenzahlen wurde auch die Administration immer aufwendiger und teurer. So dokumentierten die Pflegepersonen früher alles auf Papier. Da bei einem/einer Klienten/in

jedoch mehrere Pflegepersonen tätig sind und jede Pflegeperson ihre Tätigkeiten für sich dokumentierte, mussten sämtliche erbrachten Leistungen der MitarbeiterInnen am Monatsende den KlientInnen zugeordnet und anschließend in das Rechnungsprogramm übertragen werden. (vgl. EM1, Z.140-175) Dieser *„...logistische Schwachsinn"(EM1, Z.175)* war der Hauptgrund für die Umstellung. Ein weiterer Grund war der oft nicht einschätzbare Umgang der KlientInnen mit der Dokumentation sowie die nicht sachgemäße Aufbewahrung. Da die Dokumentation beim Patienten verblieb, war weder der Datenschutz noch die Datensicherheit gewährleistet. (vgl. EM1, Z.140-175)

> *„Das war beim psychiatrischen Patienten natürlich ein Nachteil, dass wir vielleicht beim nächsten Besuch die Pflegedokumentation nicht mehr gefunden haben, sei es weil er es verbrannt hat, aus dem Fenster geschmissen hat, gegessen hat, ins Klo gestopft hat, aus dem Fenster geworfen hat, dass heißt ich habe nicht einmal einen Nachweis gehabt, was ist." (EM1, Z.154-158)*

Die Einführung eines elektronischen Systems versprach eine effizientere Verrechenbarkeit der erbrachten Leistungen und eine Verringerung der administrativen Kosten. Diese Anforderungen wurden durch dieses System auch erfüllt.

> *„(...) wie wir das System eingeführt haben im Jahr 2005 hatten wir so knapp 150 Klienten und waren administrativ ziemlich am Limit, da haben wir gesagt, es geht eigentlich nix mehr. Und jetzt haben wir über 500 Klienten und es ist eigentlich überhaupt kein Problem und haben eigentlich grad eine Halbzeitkraft mehr im Büro." (EM2, Z.690-693)*

Weiters fanden in der Vergangenheit zum Beispiel Wegzeitanalysen statt, um die MitarbeiterInnen besser einsetzen zu können.

> *„Da haben wir natürlich sehr viel Einsparungspotential gehabt weil wir da sehr viel zusammengelegt ham, weil da glei der eine Gemeindebau neben dem anderen war." (EM1, Z.137-138)*

Statistische Auswertungen werden von der MIK OG jedoch nicht durchgeführt. Laut den ExpertInnen des Managements sehe man keinen Bedarf, sich damit zu beschäftigen bzw. habe keine Zeit dazu. (vgl. EM1, Z.116-140; vgl. EM2, Z.714-729)

> *„Statistik, machen wir nit, eigentlich, ist auch nicht erforderlich. Es gibt niemanden der das irgendwie verlangen würde." (EM1, Z.125-126)*

> *„ (...) somit ist Querschnitt so gesehen nicht immer notwendig." (EM2, Z.711-712)*

Durch die Umstellung auf ein digitales Dokumentationssystem wurde das definierte Ziel der MIK OG erreicht und die Administration vereinfacht.

10.2.4 Grund für den Umstellungswunsch im Hilfswerk

Die Experten des niederösterreichischen Hilfswerks zeigen sich mit der aktuellen papiergestützten Form der Dokumentation nicht zufrieden. Vor allem in Punkto Informationsübermittlung bietet die aktuellen Papierform wenig Möglichkeiten. Durch eine elektronische Realisierung erhofft man sich eine kürzere und effizientere Bearbeitung von Anträgen und eine verbesserte Kommunikation zwischen den Professionen, der Verwaltung und den Krankenkassen. Bei der Auswertung und Verwertung der Dokumentation stößt das Hilfswerk zurzeit ebenso an Grenzen. (vgl. EM6, Z.2091-2114) Bei einer Menge von 20000 Patienten ist papiergestützt nicht einmal an eine Auswertung einer signifikanten Stichprobe zu denken. (vgl. EM5, Z.1805-1808)

> *„Ich würde sagen, dass es nicht mehr zeitgemäß ist. Im Sinne, dass wir von verschiedenen Datenübermittlungen, ich rede jetzt nur von dem Thema, Entlassungsmanagement oder Transferierung Krankenhaus Pflegeheim, das wäre optimal, wenn ich hier auf Knopfdruck Fakten, Daten, Situationen, Bedürftigkeit übermitteln könnte und wenn ich die auf Knopfdruck wieder zurückbekommen würde. Das ist ein großes Manko, die Schnittstellen zwischen stationären und extramuralen Bereich, dass da der Informationenfluss und diese Informationskette mehrmals unterbrochen ist, bzw. mangelhaft erfolgt. Das wäre ein Ziel, welches mit der elektronischen Dokumentation möglich wäre. Das ist nur eines von vielen Zielen. Detto wäre zum Beispiel die raschere Bearbeitung von diversen Anträgen, sei es jetzt die Beantragung von Intensivbetreuung, sei es die Beantragung auf Unterstützung auf die Beantragung von Pflegegeld. Das wäre ja elektronisch rascher, schneller, effizienter. Ist halt noch in Papierform, nebst dem, dass der Kunde ja sowieso das Einverständnis geben muss, ist das in Papierform etwas langatmig. Rascher und effizienter ist auf jeden Fall die Übermittlung von Zahlen, Daten und Fakten elektronisch. Keine Frage.*
>
> *Die Auswertung, die Generierung von Daten, Pflegerelevanten Daten ja, ist natürlich auf Knopfdruck, wenn ich ein EDV System habe, möglich. So muss ich es mühsamst aus der Dokumentation herauslesen, einfügen in eine Datei usw. Das ist natürlich*

nicht den Anforderungen entsprechend, wenn Sie mich so fragen. (EM6, Z.2095-2113)

Aus diesen Schwierigkeiten resultiert der Wunsch einer Umstellung auf ein elektronisches System. Ein elektronisches System soll vor allem die Dokumentation inhaltlich verbessern und es ermöglichen, Daten zu generieren, die in den Verbesserungsprozess der Pflege einfließen. Durch Auswertung der Pflegedokumentationen kann auch die Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen dargestellt und wirtschaftlich begründet werden. So können diese Ergebnisse auch für betriebswirtschaftliche Zwecke genutzt werden. (vgl. EM6, Z.2170-2186) Je länger ein/eine KlientIn in Behandlung ist, desto umfangreicher und aufwendiger wird eine Auswertung der Dokumentation. Durch den Einsatz eines elektronischen Dokumentationssystems ist es möglich, diese Auswertung durchzuführen und so den Erfolg von Pflegeleistungen über einen langen Zeitraum sichtbar zu machen und so den Aufwand zu rechtfertigen. (vgl. EM5, Z.1925-1928)

> *„Ich glaube aber auch, dass Pflegedokumentation auch im Sinne von Evaluierung mir dienlich sein kann, vielmehr weil ich die Daten habe. Das ist ja kein Patient, den ich ein Monat habe. Da sind Leute dabei, da gehst du drei bis vier Jahre hin und du weißt oft nicht, was war da am Beginn, da hast du solche Akte, ich nehm auch nicht die Dokumentation mit von drei Jahren. Ich glaub auch das es gut wäre im Sinn von Argumentation gegenüber den Angehörigen, oder den Fördergebern, dass ich sagen kann:“ den habe ich vor drei Jahren übernommen, da sein Mobilitätsstatus so und jetzt so, wir haben das gehalten. „ich glaub, dass Pflegepersonen in Zukunft vielmehr gefordert werden, ihre Ergebnisse zu argumentieren oder auch zu argumentieren, warum ich welche Leistung erbringe.“(EM5, Z.1922-1930)*

An der Tatsache, dass die bereits etablierte elektronische Dokumentation der Pflegezeit um die Tätigkeiten nach §15 GuKG (Tätigkeiten im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich) erweitert wurde, wird jedoch von Seiten der Experten des Hilfswerks Kritik geübt. Grund dafür ist die Tatsache, dass Pflegeprozess das Zentrum des Dokumentationssystems bilden soll und nicht die betriebswirtschaftlich motivierte Zeiterfassung.

> *„Und da haben wir gesagt, dass der Pflegeprozess im Mittelpunkt stehen muss und aus dem heraus sollen sich dann die quantitativen und qualitativen Zahlen ableiten. Weil eigentlich sollte aus dem Pflegeprozess herauskommen: Weil ich den Bedarf habe, wird der von den und den Berufsgruppen gedeckt, in dem und dem Ausmaß und das wird dann mit dem Kunden verrechnet. Derzeit zäumt man das Pferd ein wenig von hinten auf … „ (EM5, Z.1814-1818)*

Im Fall der befragten Organisationen zeigen sich unterschiedliche Gründe für den Wechsel des Dokumentationssystems. So ist der Wechsel der MIK OG mit einer Kostenersparnis zu begründen, während die Experten des Hilfswerks den Umstellungswunsch vor allem durch die verbesserte Kommunikation und Verarbeitung der Daten begründen und nicht in der Einsparung von Kosten. Die Umstellung der Dokumentation wird bei dem Hilfswerk als Kostenfaktor wahrgenommen.

> *„(...) und da sind keine zusätzlichen Gelder für solche Riesenprojekte und das ist ein Riesenprojekt, das geht in die Millionen, umzusetzen." (EM6, Z.2153-2154)*

Durch die Entscheidung der Geschäftsführung, das Dokumentationssystem der MIK OG umzustellen, wurde die Umstellung von der höchsten Stelle der Organisation unterstützt. Dies ist auch als Grund für die schnelle und erfolgreiche Umstellung der Dokumentation zu sehen.
So muss die Umstellung auf ein elektronisches Dokumentationssystem nicht nur von der Pflege gewollt sein, sondern auch vom Management als sinnvoll erachtet werden. Weiters stellt die Ausrichtung des Dokumentationssystems einen hinderlichen Faktor dar. So muss zum einen seitens der Pflege der Pflegeprozess als zentrales Element verwendet werden, zum anderen das Management unterstützt werden.

10.3 Der Faktor „facilitation" bzw. Unterstützung bei der Umstellung

Der Faktor „facilitation" beschreibt im PARiSH Modell die systemseitige Unterstützung bei der Adoption von Evidenz. (vgl. Rycroft-Malone, Harvey, Seers, Kitson, McCormack und Tichen 2005, S.918ff) Angewendet auf die Problematik der Implementation von elektronischen Dokumentationssystemen stellt sich daraus die Frage, inwiefern die Umstellung auf ein elektronisches System unterstützt wurde bzw. wird.

10.3.1 Prozess der Umstellung der MIK OG

Die Entscheidung der MIK OG, auf ein elektronisches System umzusteigen, wurde hauptsächlich nach betriebswirtschaftlichen Aspekten gefällt. Da zum Zeitpunkt der Umstellung noch nicht viele elektronische Dokumentationslösungen angeboten wurden, gestaltete sich die Auswahl des Systems als nicht besonders schwierig. Der einzige Anbieter präsentierte damals sein Produkt und wurde beauftragt, seine Software an die Anforderungen

der MIK OG anzupassen. (vgl. EM2, Z.786-801; vgl. EM2 Z.825-838) Nach einer doppelt dokumentierten Pilotphase von zwei Monaten wurde die Dokumentation komplett digital durchgeführt. Eine Schulung durch die Softwarefirma fand nur einmal statt. Während dieser Pilotphase fand reger Austausch mit der Softwarefirma und der MIK OG statt, in der durch ein Voneinander-Lernen die vielen auftretenden Probleme beseitigt wurden. (vgl. EM1, Z.265-283) Sämtliche darauf folgenden Schulungen und Anpassungen wurden durch ein Mitglied der Geschäftsführung durchgeführt, der in engem Kontakt mit den Entwicklern stand und das Bindeglied zwischen der MIK OG und der Softwarefirma darstellt. Dieser Mann ist der Hauptverantwortliche der MIK OG für die digitale Dokumentation. Er hatte ursprünglich keinen Bezug zu Technik. Durch seinen verstärkten Einsatz in diesem Bereich eignete er sich das notwendige Wissen an und bildet seitdem die Schnittstelle zwischen IT und Pflege. (vgl. EM1, Z. 283-302) Laut Aussage der Geschäftsführung könnte ein reiner IT Experte dieser speziellen Aufgabe nicht gerecht werden, da ihm der krankenpflegerische, und wirtschaftliche Hintergrund fehle, um in diesem Bereich Schnittstellenkompetenz an den Tag zu legen. (vgl. EM1, Z.302-320)

> *„Ich muss in dieser Firma ein Krankenpfleger sein, der natürlich krankenpflegerische Entscheidungen treffen kann, was das Geschäft betrifft, aber ich muss dann auch schaun, kann ich des vielleicht auch administrativ abwickeln,(...) it-mäßig, lösungsmäßig denken. (...) dann muss ich Vorausdenken krieg ich das Personal, welche Softwarelösung nehm ich da?“ (EM1, Z.312-318)*

10.3.2 Unterstützung der MitarbeiterInnen

Der IT Hauptverantwortliche der MIK OG bildet die erste Anlaufstelle für Support und Schulung und ist für die MitarbeiterInnen jederzeit erreichbar. Durch seine pflegerische und technische Kompetenz schafft er es, die Probleme der MitarbeiterInnen zu verstehen und den technischen Zugang zu erklären. Bei der Ersteinschulung erhält der neue Mitarbeiter zuerst ein Testgerät und versucht, sich selbstständig einzuarbeiten. Sämtliche auftretenden Fragen werden anschließend vom IT Hauptverantwortlichen beantwortet. Während der zwei Wochen Einschulungszeit wird ebenfalls bereits mit dem PDA dokumentiert und Gelerntes vertieft. (vgl. EM2, Z.855-868) Der IT Hauptverantwortliche ist auch nach der Einschulung permanent erreichbar und unterstützt die MitarbeiterInnen bei Problemen. Die Lösung von solchen Problem funktioniert sehr rasch. (vgl. EP4, Z.1359-1366) Die ExpertInnen der Pflege EP3 und EP4 schätzen diese Unterstützung und fühlen sich deswegen sicher.

„Es gibt immer einen Ansprechpartner. Der hat vielleicht nicht immer das Handy genau neben sich, aber man ist nie allein. Man fühlt sich sicher." (EP3, Z.1043-1044)

„ (...) sollte ich telefonisch nicht durchkommen sende ich eine SMS „bitte um Rückruf" das funktioniert ganz toll." (EP3, Z.1038-1040)

Der Faktor „facilitation" beschreibt die Unterstützung des Systems bei der Umstellung auf ein elektronisches Dokumentationssystem. Eine zentrale Rolle bei der Umstellung stellte der IT Verantwortliche der MIK OG dar, der sowohl in der Geschäftsführung tätig ist, als auch über pflegerisches und technisches Wissen verfügt. Laut Aussagen konnte nur durch diese Schnittstellenkompetenz eine Implementation gelingen. (vgl. EM1, Z.270-291)

Die folgenden Punkte befassen sich nun mit der Pflege an sich und stellen die Umstellung der Pflegedokumentation aus Sicht der Pflege auf Basis des ITAM Modells dar.

10.4 Der Faktor „fit" bzw. die Fähigkeit digital zu dokumentieren

Der Faktor „fit" wird durch das Verhältnis der Anforderungen (requirements) und der Fähigkeiten (capabilities) gebildet. In Bezug auf die elektronische Dokumentation bzw. auf die Handhabung von Computern zeigten sich die Befragten durchwegs optimistisch. So geben sämtliche ExpertInnen der Pflege an, dass sie keine Probleme hätten sich mit dem PC zurecht zu finden. Die Äußerungen bezüglich PC Fitness sind durchgehend positiv bzw. optimistisch. (vgl. EP3, Z.1002-1007; vgl. EP4, Z.1341-1350; vgl. EP7, Z.2251-2269; vgl. EP8, Z.2519-2527)

„(...) nicht 100%ig. Ich tu nichts programmieren, (lacht) aber ich finde mich zurecht." (EP3, Z.1006)

Es wird jedoch angemerkt, dass dies in der Pflege auf keinen Fall die Regel sei. So hätten besonders ältere Mitarbeiter oft Probleme mit Technik. In diesem Punkt herrschte Konsens sowohl bei den Experten des Managements als auch bei der Pflege. (vgl. EM2 Z.960-962; vgl. EM5 Z.1839-1840; vgl. EP8, Z.2569-2572) Bei der Einführung eine Dokumentationssoftware benötigt somit die Mitarbeiterschulung besondere Aufmerksamkeit, um die Fähigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen anzupassen.

„Es ghört wahrscheinlich eine gescheite Einschulung her. Und wie schon gesagt, dass hier andere Generationen arbeiten, für die ist ein Computer neue Welt, das dauert halt länger (...) Man sollte es jedem zutrauen können, aber es gibt immer Leute, die sind sehr untalentiert aber wahrscheinlich werden sie irgendwann damit umgehen können." (EP8, Z.2604-2611)

„Wenn man kein Vorwissen hat? Ich weiß, weil ich auch schon Mitarbeiter eingeschult habe, die kein Vorwissen haben, dass das nicht immer so einfach dann ist."(EP3, Z.1011-1012)

Laut dem IT Verantwortlichen der MIK OG hat es sich bewährt, den Umgang mit der Dokumentation nicht frontal zu lehren, sondern einen gleitenden Einstieg in die Thematik anzustreben. Anstelle einer einmaligen Intensivschulung, wird der neue MitarbeiterInnen für längeren Zeitraum begleitet.

„ (...) da lernt er immer mehr als wenn ich den Stift in der Hand habe und das Gerät und sage: "Schau so schauts aus" und was wir jetzt machen, ist das der neue Mitarbeiter, wenn er die ersten zwei Wochen mitgeht, sieht er auch die Dokumentation. Meine Mitarbeiter lassen dann die Neulinge alles eingeben. D.h. er dokumentiert. Somit hat er schon 14 Tage dokumentiert. Das funktioniert."(EM2, Z.858-863)

So kann sich der Mitarbeiter alle notwendigen Fähigkeiten aneignen, um die an ihn gestellten Anforderungen zu erfüllen.

Der Umgang mit der Hardware stellt jedoch nicht die einzige Anforderung an das Pflegepersonal. So nennen Pflegepersonen des Hilfswerks bei den Anforderungen auch die Kenntnis des Pflegeprozesses.

Man muss den Pflegeprozess können, die Diagnosen muss man können, das ist Basiswissen, aber das gehört zur Pflegebasisausbildung dazu. (EP7, Z.2376-2377)

Weiters ist laut ExpertInnen der Pflege auch die Verwendung einer Fachsprache notwendig, um gut dokumentieren zu können.

10.4.1 Fachsprache

Da im Dokumentationssystem der MIK OG abseits der geplanten Tätigkeiten im Sinne der Vollständigkeit Besonderheiten zusätzlich mittels Freitext dokumentiert werden, ergeben sich laut ExpertInnen der Pflege Formulierungsprobleme. Dieser frei formulierte Text wird auf der Abrechnung angezeigt. Da diese auch für nicht pflegerische Zwecke verwendet wird, werden

die Pflegepersonen dazu aufgefordert, möglichst verständlich zu dokumentieren und dennoch gleichzeitig das Fachvokabular zu verwenden. Bei dieser Freitexteingabe ist zwar eine automatische Vervollständigung des eingegebenen Textes aktiviert, dieses System übernimmt jedoch die Eingaben des Benutzers und lernt auch Rechtschreibfehler und Formulierungen des Benutzers mit. (vgl. EP3, Z.1222-1229)

> *„Fachwörter.. das ist eben auch ein Problem. Der Sachwalter und die Verwandten bekommen das dann zugeschickt als Rechnung. Die können dann mit Fachwörtern nix anfangen. Einerseits ist es erwünscht eine Fachsprache zu verwenden, andererseits sollte es auch verständlich sein. Man sollte eher umschreiben, ich darf auch keine Diagnosen stellen. Ich muss das umschrieben... Ich darf keine Diagnosen stellen* (Anm. medizinische Diagnosen)*, es passiert trotzdem. Die Sprache.“ (EP3, Z.1222-1229)*

Um den Faktor „fit“ positiv zu beeinflussen, muss das Verhältnis zwischen den Fähigkeiten (capabilities) und den Anforderungen (requirements) positiv beeinflusst werden. So benötigen die MitabeiterInnen einerseits Schulung im Umgang mit den elektronischen Eingabegeräten und der Dokumentationssoftware um die Fähigkeit zu erlangen die Dokumentation durchzuführen. Andererseits kann durch eine Abstimmung der Hard- und Software auf die Pflegepersonen und deren „capabilities“ eingegangen werden. Dies umfasst sowohl das Design des Endgerätes als auch der Software und wird durch die Benutzerfreundlichkeit beschrieben.

10.5 Der Faktor „ease of use“ bzw. Anforderungen der Benutzer (Benutzerfreundlichkeit)

Neben dem Faktor „usefulness“ beschreibt das ITAM Modell die Benutzerfreundlichkeit (ease of use) als zentrales Element bei der Adaption von IT. Die aus den Experteninterviews gewonnen Daten beschreiben hier wiederum einerseits die Anforderungen der BenutzerInnen der MIK OG, die bereits mit einem digitalen System arbeiten, im Gegensatz zu den ExpertInnen der Pflege des österreichischen Hilfswerks. Deren Anforderungen sind aufgrund der fehlenden Erfahrungswerte weniger konkret und beschreiben eher generelle Wünsche oder Vorstellungen.

10.5.1 Anforderungen an den Datentransfer

Das Dokumentationssystem der MIK OG ist bereits seit sechs Jahren im Einsatz. Durch den ständigen technischen Fortschritt wurde in diesen sechs Jahren mehrmals die Hardware adaptiert. Zu Beginn wurde die Dokumentation auf PDA geführt. Diese waren über eine Funkverbindung (Bluetooth) mit einem Mobiltelefon verbunden und haben so eine Verbindung zum Server aufgebaut. Durch die damaligen technischen Gegebenheiten war die Synchronisation mit dem Server sehr zeitaufwendig und fehleranfällig. So gab es permanent Probleme mit der Bluetoothverbindung (vgl. EM1, Z.417-420) und Übertragungsabbrüche. Durch die ständigen Verbesserungen der Mobiltelefone und der immer besser werdenden Datenübertragung stabilisierten sich jedoch diese Verbindungen. Vor einigen Monaten wurde die PDA-Telefon Variante gegen eine Smartphonelösung ausgetauscht, die bezüglich der Systemstabilität und Datenübertragung wesentliche Vorteile bringt und besser funktioniert. (vgl. EP3, Z.1045-1059; vgl. EM2, Z.634-637)

> *„Das ist mit den neuen Smartphones jetzt ca. 80mal so schnell wie vorher.“ (EM2, Z.635)*

Die Datenübertragung betreffend geben die ExpertInnen des Hilfswerks aufgrund fehlender Erfahrung keine konkrete Auskunft. In den Aussagen der Pflegenden finden sich lediglich Gründe für Vernetzung. Diese seien vor allem bessere Kommunikation innerhalb des Teams und Datensicherung (vgl. EP7, Z.2320-2334; vgl. EP8 Z.2620-2626)

> *„Sinn würde es schon machen. Wenn ich irgendwas ändere, einen Betreuungsbedarf zum Beispiel, dann will ich das eingeben und die xxx soll es gleich sehen und dementsprechende Maßnahmen einleiten.“(EP8, Z.2624-2626)*

> *„Dann ist noch wichtiger, dass ich vernetzt bin, damit ich alles da habe, wenn ich das Gerät verliere oder es kaputt wird.“ (EP7, Z.2334-2335)*

10.5.2 Anforderungen an die Endgeräte

Von Seiten der Hardware vergleichen die Pflegenden der MIK OG ihr aktuelles Endgerät vor allem mit dem Vorgängermodell. Der Umgang mit dem PDA war zwar einfacher, aber das gesamte System nicht so stabil. So müsse man sich vor allem an das neue Geräte gewöhnen. (vgl. EP3, Z.1045-1059) Neben dem generellen Umgang mit dem neuen Smartphone bemängeln die MitarbeiterInnen der MIK OG jedoch noch andere Dinge. So hat die aktuelle

Generation der Smartphones vor allem eine zu kurze Akkulaufzeit, um den ganzen Tag voll zu arbeiten. Trotz eines Ladegerätes im Auto scheint dieses Problem nicht ganz gelöst zu sein. (vgl. EP3, Z.1070-1087). Hier unterscheiden sich jedoch die Aussagen der MitarbeiterInnen der MIK OG. So beantwortet eine Expertin der Pflege der MIK OG die Frage: „Kommen sie mit dem Akku aus?“ mit *„Ja, wir haben ein Autoladegerät.“ (EP4, Z.1594).* EP3 hingegen beschreibt die Situation anders:

> *„Ich hab im Auto noch einen Stecker und muss zwischen Klienten noch anhängen, und echt sparsam sein, dass ich nicht unnötig auf und zu mach, sonst steh ich einmal vor dem Klienten und kann nicht rechtzeitig nachschaun. “ (EP3, Z.1078-1080)*

Zusätzlich kommt es bei den verwendeten Smartphones oft zu Empfangsproblemen. (vgl. EP4, Z.1583-1599) Neben der Akkulaufzeit und dem Netzempfang bemängeln die ExpertInnen der Pflege der MIG OG ebenfalls die Leserlichkeit des Displays sowie die Bedienbarkeit der Tastatur (vgl, EP4, Z.1378-1386)

> „*Bis man eine SMS so eingetippt hat. Früher waren das am Handy ein paar Sekunden. Da brauchst du viermal so lang.“ (EP3, Z.1060-1061)*

Die ExpertInnen der Pflege des Hilfswerks geben aufgrund der fehlenden Erfahrung im Umgang mit elektronischer Dokumentation keine detaillierten Anforderungen an. Gefordert wird lediglich ein leichtes, stabiles Gerät, das im gesamten Arbeitsalltag einfach zu bedienen ist und niemanden bei der Ausübung der Pflege behindert.

> *„Für die Mobile (Anm. mobile Pflege) ist wichtig, das robust ist und leicht ist. Das es nit rutscht, dass es mir nicht aus der Tasche rutschen kann. Und halt einfach zum bedienen.“*
>
> *(EP7, Z.2300-2302)*
>
> *„Es muss einfach und übersichtlicher sein.“ (EP8, Z.2566)*

Obwohl die hier beschriebenen Anforderungen an die Hardware der digitalen Dokumentation nicht sehr präzise sind, finden sich dennoch zwischen den Expertinnen der Pflege der MIK OG und des Hilfswerks grundlegend die gleichen Anforderungen an die Endgeräte eines elektronischen Dokumentationssystems. So ist das Hauptkriterium der Pflege die leichte Anwendbarkeit des Geräts. Die Dokumentation soll so wenig wie möglich Aufwand machen und schnell durchzuführen sein.

Seit dem Umstieg der MIK OG auf ein elektronisches System wurden im Laufe der Jahre verschiedene Endgeräte eingesetzt. Die ständige Weiterentwicklung der Hardware bedingte auch eine Softwareentwicklung, da seitens der Hersteller regelmäßig Änderungen des

mobilen Betriebssystems vorgenommen werden und diese Updates teilweise Veränderungen an der Software verlangen. (vgl. EM2, Z.879-892) Dieser Anpassungsprozess führte zu einer ständigen Veränderung der Benutzeroberfläche am Endgerät, die wiederum bei den Pflegepersonen zu Verwirrung führte. Diese Änderungen sind jedoch notwendig, um die Herstellergarantie nicht zu verlieren bzw. Verbesserungen im System zu implementieren (vgl. EM1, Z. 210-295; vgl. EM2, Z.879-905). Die immer wieder verändernde Benutzeroberfläche stellt die MitarbeiterInnen der MIK OG regelmäßig vor die Herausforderung, sich anzupassen und stellt auch ein Problem dar. (vgl. EP3, Z.1210-1216)

> *„(...) weil es könnte sich wieder was geändert haben. Es eh wöchentlich ein Protokoll über die Neuerungen. Was ist passiert, was ist nicht passiert, das bekommt man schriftlich in sein Fach hinein und wenn ich mir das vor Monaten anschau, es ist ja alles anders, wenn du da nicht am Laufenden bist, es ändert sich dauernd. Man kommt dann mit der Zeit durcheinander. Da werden Vereinbarungen auf einmal wieder hinfällig. (...) Das war beim PDA auch so.“ (EP3, Z.1210-1216*

Zusammenfassend fordern die Pflegekräfte ein sicheres, stabiles und schnelles System, dass den Arbeitsalltag unterstützt und dessen Bedienung leicht verständlich ist. Um diese Forderungen der Pflege zu erfüllen, werden die Endgeräte ständig weiterentwickelt und neue Technologien eingesetzt. Diese permanente Anpassung stellt jedoch einen hinderlich Faktor dar, da sich durch die fortschreitende Entwicklung der Geräte auch die Bedienung ändert. Es gilt diese permanente Änderung der Bedienung möglichst zu minimieren.

10.6 Der Faktor „usefullness“ bzw. der persönliche Nutzen digitaler Dokumentation

Laut dem ITAM Modell führt die Annahme (adoption) eines digitalen Dokumentationssystems über den persönlichen Nutzen, den die Arbeit mit diesem System bringt. Da nicht alle befragten ExpertenInnen bereits mit digitalen Systemen vertraut sind, werden diese Anforderungen an ein elektronisches Dokumentationssystem auf unterschiedliche Art formuliert. Zum einen kann von den ExpertInnen der MIK OG beschrieben werden, inwiefern die elektronische Dokumentation der Pflege nutzt und welche Vor- und Nachteile die Umstellung gebracht hat. Die ExpertInnen des Hilfswerks andererseits können aufgrund ihrer fehlenden Erfahrung jedoch nur den generell erwarteten Nutzen einer elektronischen Pflegedokumentation beschreiben.

10.6.1 Datenorganisation

Die Pflegenden der MIK OG sehen vor allem in der Organisation der Daten einen großen Vorteil bei der digitalen Dokumentation. Der Wegfall des „Papierkrams“ ist eine große Erleichterung für den Arbeitsalltag. (vgl. EP4, Z.1367-1378) Durch die strukturierte Dokumentation und die Möglichkeit jede geplante Pflegetätigkeit abzuhaken, wird beim Dokumentieren nichts vergessen oder geht verloren. (vgl. EP4, Z. 1559-1572)

> *„Du hast auch kein Problem, da reißt kein Zettel aus der Mappe und die Mappe ist schon zu voll, da kriegst nix mehr rein. Solche Sachen.“ (EP4, Z.1564-1565)*

Weiters lässt sich durch die digitale Erfassung der Inhalt besser nach wichtigen Informationen durchsuchen. (vgl. EP3, Z.1087-1096)

> *„Man kann leichter nachschaun beim Klienten, einfach durch das scrollen, man muss nicht lang suchen.“(EP4, Z.1091-1093)*

Diese Ergebnisse bestätigen die Anforderungen der ExpertInnen der Pflege des Hilfswerks. Deren Anforderungen decken sich in punkto Organisation der Daten mit den Erfahrungen der MIK OG. Vor allem die Datenorganisation und die Sicherheit, dass Daten nicht verloren gehen, werden als Gründe für die Einführung eines digitalen Dokumentationssystems genannt. (vgl. EP7, Z.2281-2295; vgl. EP8, Z.2554-2589)

> *„Ich glaube es wird auch nicht soviel vergessen bei gewissen Punkten.“*
> *(EP7, Z.2279-2280)*

Zusätzlich dazu gilt die Entwertung der nicht verwendeten Formularfelder mittels Datum und Handzeichen als aufwendig. Hier wird durch die Einführung einer elektronischen Lösung Verbesserung erwartet.

> *„Wenn ich daran denke, was wir alles entwerten müssen, alle Freiräume müssen wir mit Datum und Handzeichen entwerten, dass man nachträglich nichts mehr hineinschreiben kann. Das fällt auch alles weg. Drum glaube ich, dass das auf alle Fälle Zeit spart.“ (EP7, Z.2290-2293)*

10.6.2 Dokumentationsumfang

Bezüglich des Dokumentationsumfangs gaben die ExpertInnen der Pflege an, dass eine sinnvolle Dokumentation vor allem kurz und bündig sein soll. Auf die Frage, ob in der Pflege zu viel dokumentiert wird, zeigte sich ein Unterschied zwischen den ExpertenInnen der MIK

OG und dem Hilfswerk. So befanden die MitarbeiterInnen der MIK OG die elektronische Dokumentation als ausreichend (vgl. EP4, Z.1329-1333; vgl. EP3, Z.1329-1333), während die ExpertInnen beim niederösterreichischen Hilfswerk zumindest teilweise die klassische Papierdokumentation für zu umfangreich hielten. (vgl. EP7, Z.2245-2251; vgl. EP8, Z.2500-2513)

> *„Teilweise werden Sachen dokumentiert, die keinen interessieren. Das typische Beispiel wäre, wenn irgendwelche Heimhilfen oder Pflegehelfer Sachen hineinschreiben, die sowieso jeden Tag passieren, wir haben da so einen Tätigkeitsbericht, das was ich mach, und viele schreiben noch zusätzlich Dinge hinein, die zuviel sind und das wird dann zu lang. Und dann teilweise auch dieses Abhakerln, Hakerl Hakerl ... jeden Tag. Das macht man sowieso jeden Tag, wieso muss ich das immer machen? Da sollte eine Unterschrift reichen. (...) wenn man länger nicht dort war, schaut man in die Mappe rein und weiß alles, wenn natürlich gescheit dokumentiert ist. Wenn jeder alles rein schreibt und nur unnötige Sachen drinn stehen, dann bringt´s genau garnix. " (EP8, Z.2506-2519)*

> *„(...) und deswegen ist es auch wichtig, dass man genau dokumentiert und keine Romane schreibt, sondern in Kurzform das wichtigste drinnen steht"*
> *(EP4, Z.1338-1340)*

Der hier aufgeführte Punkt der „immer gleichen dokumentierten Sachen" wurde auch vom IT Beauftragten der MIK OG bestätigt.

> *„(...) eine standardisierte Dokumentation ist zwar schön wenn sie drinn ist, aber das sollte eh selbstverständlich sein. Wichtig ist, kriegt er irgendwelche Spezialmedikamente, kriegt er ein Geld, ghört besonders bei der Körperpflege aufgepasst, dass diese Highlights drinnenstehen." (EM2, Z.661-664)*

Zusätzlich zu diesem Dokumentationsaufwand erwarten sich die ExpertInnen der Pflege des Hilfswerks durch die digitale Dokumentation vor allem eine bessere Lesbarkeit, da die Handschrift der MitarbeiterInnen nicht immer lesbar ist. (vgl. EP8, Z.2554-2560; vgl. EP7, Z.2278-2279)

10.6.3 Entscheidungsfindung bzw. Organisation der Pflege

Sowohl in der MIK OG als auch im Hilfswerk Österreich werden pflegerische Entscheidungen auf Basis der Pflegedokumentation getroffen. So findet in der MIK OG bei jedem Klient/jeder Klientin alle drei Monate eine Pflegeplanung statt. Diese Pflegeplanung wird von den Pflegepersonen durchgeführt und umfasst eine Sichtung der Dokumentation und die Festsetzung von Maßnahmen wie zum Beispiel:

- Betreuungsgespräch mit Klienten
- Medikamente verabreichen
- Taschengeld auszahlen usw. (vgl. EP3, Z.1107-1111)

Das System unterstützt dabei die Pflegeperson, indem die dokumentierten Daten gut organisiert und übersichtlich dargestellt werden. Eine elektronisch durchgeführte Auswertung findet nicht statt. (vgl. EP4, Z.1419-1425) Laut Angaben der ExpertInnen des Managements benötigt eine vollständige Pflegeplanung für drei Monate in etwa fünf Minuten (vgl. EM2, Z.638-639). Die Pflegeplanung wird laut ExpertInnen der MIK OG entweder am Patient oder danach durchgeführt. (vgl. EM2, Z.644-646)

> *„Des ist eh verschiedentlich. Manche machen das direkt beim Klienten oder danach. Manche machen das zu Hause. Das können sich die Mitarbeiter aussuchen. Das ist nicht so die Dramatik.“ (EM2, Z.644-646)*

Die Pflegeplanung der MIK OG dient dazu, die Maßnahmen für den Zeitraum von drei Monaten festzulegen und so jeder Mitarbeiterin/ jedem Mitarbeiter eine Liste der Pflegemaßnahmen vorzugeben, die nur noch als „erledigt“ abgehakt werden bzw. beim Dokumentationsvorgang kurz adaptiert werden müssen. Dadurch reduziert sich der Dokumentationsaufwand für die Pflegenden.

Im Gegensatz zur MIK OG kommen bei der Pflegeplanung des Hilfswerks jedoch Assessmentinstrumente zum Einsatz. So wird mittels Assessmentinstrumenten die Situation der KlientInnen erneut eingeschätzt und anhand der Ergebnisse die Pflege geplant. Als Beispiel nennen die ExpertInnen des Managements hier die regelmäßige Schmerzerfassung.

> *„Dass es ein Grundassessment gibt und ein Differenziertes. Wir haben beim Schmerz gesagt: „Es muss in den Anamnesebögen überall Schmerz ein wesentliches Thema sein und es muss erfasst sein. Hat er Schmerz oder hat er nicht Schmerz?“ und alles was vor vier ist auf der numerischen Skala, ist das in der Dokumentation ganz normal dokumentiert aber bei einem Schmerzwert ab 4, haben wir eine spezielle*

Dokumentation dazu.“ (EM5, Z.1797-1801)

Laut den ExpertenInnen der Pflege der MIK OG kommen Assessments im Umfeld der psychiatrischen Pflege nicht vor (vgl. EP4, Z.1411-1418) bzw. werden in dieser Form nicht in der MIK OG angewandt oder nicht als solche wahrgenommen. Pflegerische Entscheidungen werden hier nicht anhand von standardisierten Instrumenten getroffen, sondern aus der fachlichen Beurteilung der dokumentierten Daten begründet.

10.7 Pflegeprozess

Während die reine Sichtbarmachung der Leistungen, die Organisation der Daten für verschiedene Teilnehmer sowie die Erfüllung der gesetzlichen Richtlinien den Ansprüchen der MIK OG gerecht wird, sind diese Funktionen für das Hilfswerk nicht ausreichend. Grund dafür ist die zentralere Stellung des Pflegeprozesses im Hilfswerk und die daraus resultierenden anderen Anforderungen. Die ExpertInnen des Hilfswerks stellen hier konkret die Forderung nach Unterstützung und Vorschlägen bei der Anamnese, Diagnose und bei der Planung der Maßnahmen (vgl. EP7, Z.2357-2359) Somit soll im Hilfswerk die Dokumentation vor allem die Schritte des Pflegeprozesses abdecken und nicht ein Abhaken von Tätigkeiten sein. Laut den ExpertInnen des Managements liegt die größte Herausforderung einer digitalen Dokumentation vor allem in der Unterstützung des Diagnostizierens. Hier stellt sich die Frage: Welches Assessmentinstrument wird gewählt und warum? (vgl. EM5, Z.1779-1813)

> *„Ich glaube die größere Krux ist vorher mit welchem Assessmentinstrument arbeite ich und was leitet sich aus dem ab. Welche Planung und welche Diagnosen hab ich, was ich als Zielsetzung und als Maßnahme hab. (...) eigentlich haben wir jetzt immer mehr die Erkenntnis gewonnen. Das Allerwichtigste an diesem Prozess ist der Prozess des Diagnostizierens und nicht das Ankreuzen und Abhaken der Pflegediagnose, sondern wie kommt’s zur Pflegediagnose. “(EM5, Z.1786-1796)*

Diese Anforderungen werden von Seiten der MIK OG nicht gestellt. So stellt die Dokumentation meist ein Ankreuzen und Abhaken dar.

„(...) in der Pflegeplanung wird zum Beispiel aufgeführt:

1. *heute 30 Euro Taschengeld,*
2. *Müll entsorgen,*
3. *Gespräch mit Klient,*

4. *Gespräch mit Angehörigen.*

   Das ist vordefiniert. Er kann das aber auch umformulieren, Sachen hinzufügen oder Sache weglassen. Gibt da quasi die Leistungen hakelt er ab die von uns vordefiniert sind (...)"(EM1, Z.69-72)

10.7.1 Anamnese

Aktuell wird in der Dokumentation der MIK OG der Schritt der Anamnese nicht dezidiert ausgewiesen. Um hier den gesetzlichen Anforderungen des GuKG gerecht zu werden (vgl. GUKG 2009, §5), ist das Management der MIK OG jedoch dabei, den Schritt der Anamnese einzuführen.

> *„Die hatten wir schon mal drinnen, haben sie aber dann wieder rausgenommen, weil wir gesagt haben: In dem Moment wo der erste Mitarbeiter vor Ort ist und die erste Leistungserfassung, die erste Pflegung? macht, ist das für mich eine Anamnese. Laut Krankenpflegegesetz muss das extra ausgewiesen werden, mit Pflegediagnosen. Und diese Pflegediagnosen werden wir in den nächsten Monaten nachreichen."*
> *(EM2, Z.733-738)*

Als Klassifikationssystem wird POP (PraxisOrientierte Pflegediagnostik) verwendet werden. (vgl. EM2, Z.740-742) Da die MIK OG die Anamnese nicht mit Hilfe von Assessmentinstrumenten durchführt, (vgl. EP4, Z.1417) unterscheiden sich die Anforderungen an die Pflegenden der MIK OG bezüglich Pflegeprozess von den Anforderungen des Hilfswerks.

Der persönliche Nutzen (Faktor „usefulness") eines elektronischen Dokumentationssystems hängt stark von einem schnellen und übersichtlichen Dokumentationsprozess ab. So soll der Dokumentationsumfang so gering wie möglich sein, und die dokumentierten Daten müssen schnell abrufbar und darstellbar sein. Des Weiteren beschreibt der Faktor „usefulness" eine Unterstützung des Dokumentationsprozesses. So sollen die organisationsspezifischen Anforderungen an die Dokumentation im System abgebildet sein und so die MitarbeiterInnen unterstützen.

10.8 Zusammenfassung

Anhand der Experteninterviews in der MIK OG und des österreichischen Hilfswerks zeigte sich, dass Dokumentation sowohl im Hilfswerk als auch in der MIK OG ein zentrales Element für die Pflege und das Management bildet. Die reine Erfassung der benötigten Pflegezeit findet sowohl im Hilfswerk als auch in der MIK OG völlig digital statt. Dieses System wurde im Hilfswerk zusätzlich erweitert um die Aktivitäten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichs nach GuKG §5. Im Unterschied dazu umfasst die Dokumentationssoftware der MIK OG auch sämtliche anderen Pflegeleistungen, die im Rahmen der psychiatrischen Krankenpflege durchgeführt werden. Die Tatsache, dass die gesamte Dokumentation innerhalb der Betreuungszeit stattfindet und nicht extra ausgewiesen wird, stellt einen hinderlichen Faktor für die Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems dar. So ist es nicht möglich, den zeitlichen Aufwand für die Dokumentation zu ermitteln und so den Vorteil eines elektronischen Dokumentationssystems bezüglich der Dokumentationsdauer sichtbar zu machen.

Während die Geschäftsführung der MIK OG die Rechtfertigung für den Umstellungsaufwand in einer kostengünstigeren Administration sah, stellen die ExpertInnen des niederösterreichischen Hilfswerks vor allem die Forderung nach einer Unterstützung der Kommunikation, des Pflegeprozesses und der damit möglichen Verbesserung der Pflege in den Vordergrund. Hier ergeben sich zwei grundlegend verschiedene Ausrichtungen: Die Umstellung der Pflegedokumentation der gewinnorientierten MIK OG stellt hier lediglich ein Mittel zur Gewinnoptimierung dar. Durch dieses klare Ziel der Geschäftsführung wird der Umstellungsprozess angetrieben. Durch die Non-Profit-Ausrichtung des Hilfswerks Österreich ist die Gewinnoptimierung kein erklärtes Ziel. Die ExpertInnen des Managements sehen die Einführung der Pflegedokumentation als Mittel zur Steigerung der Qualität und Sichtbarmachung der Leistungen. Die betriebswirtschaftlich motivierte Perspektive elektronischer Dokumentationssysteme lässt sich jedoch auch bei der Implementation im Hilfswerk erkennen. Diese steht jedoch im Gegensatz zu der Perspektive der Pflege. Um die Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems zu unterstützen, sind sowohl die Anforderungen der Pflege als auch des Management zu erfüllen.

Weiters stellen die Anforderungen des Pflegepersonals an das Endgerät bzw. an die Bedienung des Endgerätes einen hinderlichen Faktor da. Da diese Anforderungen nur durch permanente Entwicklung erfüllt werden können, ist das Pflegepersonal ständig mit dem

Erlernen von neuen Bedienelementen und neuer Handhabung beschäftigt. Dies stellt weniger technikaffine Pflegekräfte vor eine große Herausforderung. So muss die Pflege ständig bei der Bedienung des Dokumentationssystems begleitet und unterstützt werden. Diese Unterstützung umfasst nicht nur den Umgang mit der Hard- und Software des Systems, sondern fordert ebenfalls die Schulung des Pflegeprozesses und der Fachsprache.
Ein weiterer Faktor ist die Größe der Organisation. So betreut das niederösterreichische Hilfswerk 7500 KundInnen. Österreichweit sind es über 20000. Die Einführung einer elektronischen Software für tausende Pflegepersonen kostet Millionen. (vgl. EM5, Z.2142-2153) Zur Zeit der Umstellung der MIK OG im Jahre 2006 waren hier lediglich 10-12 Personen betroffen. (vgl. EM2, Z.799-802) Ein Vergleich des Implementationsprozesses ist auf Grund der Größenunterschiede nur unter Vorbehalt möglich. Für die erfolgreiche Umstellung der MIK OG sorgte jedoch der IT Verantwortliche, der durch seine umfassenden Kenntnisse eine zentrales Element der Implementierung darstellt.

11 Diskussion

Wie schon in der Literatur beschrieben wurde, führt die Anwendung eines papiergestützten Dokumentationssystems zu Problemen. (vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.27) Aus der Fachliteratur geht hervor, dass durch die Einführung eines elektronischen Dokumentationssystems eine Lösung dieser Probleme möglich ist. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.222 ; vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.28ff) Somit stellte sich die Frage, welche Faktoren diese Implementierung hindern. Im Anschluss wurden diese Faktoren mit Hilfe der durchgeführten Experteninterviews ermittelt, beschrieben und vor dem Hintergrund der Fachliteratur diskutiert.

11.1 Dokumentation in der Pflegezeit

In der Fachliteratur wird eine Verkürzung der Dokumentationsszeit beschrieben. (vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.255) Da jedoch die Dokumentationsdauer im Hilfswerk nicht erfasst ist, kann die Dokumentationszeit nicht als Argument für die Implementierung herangezogen werden. Um die Implementierung zu unterstützen, ist somit klar zu erfassen, welche Zeit für die Dokumentation aufgewandt wird.

11.2 Finanzierung

Schon aus der Literatur zeigt sich, dass der Kostenaufwand der Implementierung eines elektronischen Systems ein behindernder Faktor ist. Das Hilfswerk Österreich plant die Umstellung auf ein elektronisches Dokumentationssystem zwar für 2015, es ist jedoch nicht sicher, dass dieser Zeitpunkt auch gehalten werden kann. Bedingt durch die Non-Profit-Struktur des Hilfswerks und die Heterogenität der GeldgeberInnen ist die Finanzierung dieser Umstellung schwer zu bewerkstelligen. Durch die klare Organisationsstruktur und die wesentlich geringere Zahl der KlientInnen konnte die Umstellung der Dokumentation der MIK OG innerhalb von sechs Monaten durchgeführt werden. Die Implementation wird durch klare Organisationsstrukturen begünstigt.

11.3 Einsparung

Die ExpertInnen der MIK OG gaben als Grund für die Umstellung vor allem die Einsparung administrativer Kosten an. Dieser Hauptgrund rechtfertigte die Investitionskosten und die Kosten des Umstellungsprozesses. Im Zuge dieser Umstellung wurde die Dokumentation der durchgeführten Leistungen ebenfalls implementiert. Die Hauptmotivation jedoch bildete der finanzielle Anreiz. Die Leistungsabrechnung des Hilfswerks wurde betriebswirtschaftlich motiviert ebenfalls auf ein elektronisches Verfahren umgestellt und um die Tätigkeiten des §15 GuKG erweitert. Hierbei ähneln sich die beiden Systeme, da die durchgeführten Tätigkeiten jeweils zur Auswahl stehen und abgehakt werden. Die ExpertInnen im Hilfswerk stellen jedoch höhere Anforderungen an die Dokumentationssoftware die somit auch aufwendiger zu implementieren ist. So wird hier eine Dokumentation gefordert, die den Pflegeprozess als zentrales Element aufweist. Die Unterstützung des Pflegeprozesses wird gefordert (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.218 ; vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.255ff) um die Grundlage für eine Qualitätsverbesserung der Pflege zu gewährleisten. Ein Dokumentationssystem mit diesen Anforderungen ist komplexer, schwieriger zu implementieren und kostenintensiver

11.4 Unterstützung des Pflegeprozess

In den gesetzlichen Rahmenbedingungen beschreibt der Gesetzgeber den Umfang der Dokumentation wie folgt.

„Die Dokumentation hat insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen zu enthalten.“ (GUKG 2009, §5/2)

Vor allem bezüglich der Pflegeplanung ist die elektronische Dokumentation der MIK OG genauer zu betrachten. Laut Stefan et al. (vgl. Stefan, Eberl et al. 2006, S.178) ist die Pflegeplanung ein Prozess, der in Absprache mit den KlientInnen und den an der Pflege Beteiligten stattfindet. Nach den Aussagen der ExpertInnen der MIK OG wird unter Pflegeplanung lediglich die Planung der Pflegehandlungen verstanden. Im Rahmen der Pflegeplanung der MIK OG findet keine Absprache der Ziele mit dem Patienten oder den Angehörigen statt, wie es bei Stefan et al. gefordert ist.

Ebenso wird die gesetzlich geforderte Verwendung von Pflegediagnosen erst in Zukunft im Dokumentationssystem implementiert sein. Inwiefern eine Dokumentation nach dem Pflegeprozess, wie er in §14 des GuKG gefordert wird, vom Dokumentationssystem der MIK OG unterstützt wird, ist nicht klar. Durch die Dokumentation mittels Freitext findet in der MIK OG keine elektronische Unterstützung der Diagnose, Anamnese und Analyse statt. Diese Dokumentation mittels Freitext erfüllt ebenfalls nicht die Anforderungen der ExpertInnen des Hilfswerks. Hier soll das Dokumentationssystem die Schritte der Anamnese, Diagnose und Analyse unterstützen. Somit decken sich diese Forderungen mit dem bereits behandelten Punkt „Der Pflegeprozess und die elektronische Dokumentation“. (vgl. Brobst, Clarke Coughlin et al. 1997, S.218)

Diese Unterstützung des Pflegeprozesses stellt jedoch einen wichtigen Faktor dar, der Implementierung beeinflusst. So beschreiben auch Ammenwerth und Schrader die geringe Akzeptanz des Pflegeprozesses als hinderlichen Faktor bei der Implementierung von EDV Dokumentation.(vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30)

11.5 Heterogenität des Pflegepersonals

Unter den aus der Literatur bekannten Problemen der Pflege bei der Implementierung von EDV finden sich unter anderem die Punkte:

- geringe Computererfahrung der Pflegekräfte
- fehlende Benutzerakzeptanz der Software
- fehlende Flexibilität der Software

(vgl. Ammenwerth und Schrader 2003, S.30 ; vgl. Stolee, Steeves et al. 2010, S.172ff) Diese deutlichen Anforderungen der Pflegepersonen an die Soft- und Hardware des

Dokumentationssystems finden sich auch in den Experteninterviews wieder. Durch ein intuitives, angepasstes Design des Systems wird der Faktor Bedienungsfreundlichkeit des ITAM Modells positiv beeinflusst.
Da im extramuralen Pflegebereich auch viel älteres Pflegepersonal beschäftigt ist, das kein Krankenpflegediplom hat, muss vor allem beim Design der Endgeräte und der Schulung des Systems auf diesen Faktor eingegangen werden. So stellt diese Heterogenität der Pflegepersonen einen hinderlichen Faktor für die erfolgreiche Implementation dar. So beschreiben hier auch Stolee et al. die fehlende Benutzerakzeptanz der Software bzw. die fehlenden Computerkenntnisse der Benutzer. (vgl. Stolee, Steeves et al. 2010, S.172ff)

12 Resümee

Die Implementation eines elektronischen Dokumentationssystems stellt den extramuralen Pflegebereich vor eine Vielzahl von Herausforderungen. Gleichzeitig erschließen sich jedoch durch die Anwendung elektronischer Dokumentation viele Möglichkeiten, die den Pflegeberuf in vielen Bereichen unterstützen. Angesichts immer knapperer finanzieller Ressourcen ist der effiziente und effektive Einsatz von Mitteln die Herausforderung an die Pflege der Zukunft. Der Einsatz eines elektronischen Dokumentationssystems bildet die Grundlage für die Lösung dieser Probleme. So gilt es eine Umstellung der Dokumentation in Angriff zu nehmen und sich dieser Herausforderung zu stellen. Die in der Fachliteratur behandelten Probleme finden sich ebenfalls in den Experteninterviews wieder. So liegen zwischen der Arbeit von Ammenwerth und Schrader und der vorliegenden Arbeit zwar sieben Jahre, jedoch sind die beschriebenen Ursachen der Probleme bei der Implementierung nach wie vor aktuell. Da eine allgemeine Fragestellung, wie in dieser Arbeit, nur allgemeine Ergebnisse liefert, lassen sich aus dieser Arbeit auch nur allgemeine hinderliche Faktoren definieren. So kann davon ausgegangen werden, dass die Probleme bei der Implementation im Allgemeinen unabhängig vom Setting sind, in dem Pflege stattfindet. Der extramurale Pflegebereich beinhaltet jedoch viele Fachbereiche, wie zum Beispiel die psychiatrische Hauskrankenpflege und das Wundmanagement. Aus diesem Grund wäre der nächste sinnvolle Schritt diese Fragestellung weiter einzugrenzen und die Implementationsschwierigkeiten eines speziellen Fachbereichs der extramuralen Pflege auf Basis dieser Arbeit zu bearbeiten.

13 Literaturverzeichnis

Bei manchen Journals fehlen die Seitenzahlen

Sammelbandzitation prüfen. Autoren des Beitrags (Jahr), Titel. In: Autoren (Hg): Titel des Buches. Verlag, Ort und Seite von bis.

Allmer, F., Burger, V., Chukwuma-Lutz, S., Oswald, M., Rappold, E., Rottenhofer, I., Staufer, D., Von Musil, J., Weissenbacher, M. und Wild, M. (2009). Arbeitshilfe für die Pfegedokumentation. http://www.goeg.at/de/BerichtDetail/bericht/133.html (abgerufen am 14.4.2010), Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG.

Ammenwerth, E., Eichstadter, R., Happek, T., Hoppe, B., Kandert, M., Kutscha, A., Mansmann, U., Luther, G. und Mahler, C. (2002). "Auswirkungen EDV-gestützer Pflegedokumentation." PRINTERNET **11**(2): 85-92.

Ammenwerth, E., Mansmann, U., Iller, C. und Eichstadter, R. (2003). "Factors affecting and affected by user acceptance of computer-based nursing documentation: results of a two-year study." Journal of the American Medical Informatics Association **10**(1): 69-84.

Ammenwerth, E. und Schrader, U. (2003). EDV in der Pflegedokumentation. Hannover, Schlütersche Verlag und Druckerei GmbH & Ca. KG.

Arlotto, P. (2006). "Transforming IT - Governing for Value Realization." Journal of Healthcare Information Management **20**(2): 27-29.

Ball, J. M. und Golf, J. (2006). "Banking in Health: Personal Records an Information Exchange." Journal of Healthcare Information Management **20**(2): 71-83.

Baron, R. (2007). "Quality Improvement with an Electronic Health Record: Achievable, but Not Automatic." Annals of Internal Medicine **147**: 549-552.

Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2005). Das Experteninterview -Theorie, Methode, Anwendung. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaft.

Bogner, A., Littig, B. und Menz, W. (2009). Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfehler - 3. grundlegend überarbeitete Auflage. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Bogner, A. und Menz, W. (2009a). Das theoriegenerierende Experteninterview - Erkenntnisinteresse, Wissensformen, Interaktion. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz. (Hg.) Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfehler - 3. grundlegend überarbeitete Auflage Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 61-99.

Bogner, A. und Menz, W. (2009b). Experteninverviews in der qualitativen Sozialforschung - Zur Einführung in einen sich intensivierende Methodendebatte. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz. (Hg.) Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfehler - 3. grundlegend überarbeitete Auflage Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 7-35.

Brobst, R., Clarke Coughlin, A., Cunningham, D., Feldman, J. M., Hess Jr., R. G., Mason, J. E., Fenner McBride, L. A., Perkins, R., Romano, C. A., Warren, J. J. und Wright, W. (1997). Der Pflegeprozeß in der Praxis. Bern; Göttingen; Toronto; Seattle;, Hans Huber.

Bundesminsiterium für Gesundheit (2011). Das österreichische LKF-System, Bundesminsiterium für Gesundheit,.

Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen (2007). Qualitätsprogramm für wiener Wohn- und Pflegeheime, Dachverband Wiener Sozialeinrichtungen**:** 12-15.

De Veer, A. J. E. und Francke, A. L. (2010). "Attitudes of nursing staff towards electronic patient records: A questionaire survey." International Journal of Nursing Studies

47(7): 846-854.

De Vliegher, K., Paquay, L., Verniewuwe, S. und Van Gansbeke, H. (2010). "The experience of home nurses with an electronic nurising health record." International Nursing Review **57**: 508-513.

Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V (Hrsg.) (2004). Überleitung und Case Management in der Pflege. Hannover, Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Dixon, D. R. (1999). "The behaviour side of information technology." International Journal of Medical Informatics **56**: 117-123.

DSG (2000). "Bundesgesetz u□ber den Schutz personenbezogener Daten (Datenschutzgesetz 2000 – DSG 2000)." BGBI 165/1999.

Dykes, P., Cashen, M., Foster, M., Gallagher, J., Kennedy, M., MacCallum, R., Murphy, J., Schleyer, R. und Whetstone, S. (2006). "Surveying acute care providers in the U.S. to explore the impact of HIT on the role of nurses and interdisciplinary communication in acute care settings." Journal of Healthcare Information Management **20**(2): 36-44.

Eberl, I. und Batholomeyczik, S. (2010). "Die Übertragung des Belgischen Nursing Minimum Data Set II (B-NMDS II) auf bundesdeutsche Krankenhäuser. Ergebnisse der ersten Untersuchungsphase zum Übersetzungs- und Adaptionsprozess des Instruments " Pflege **23**(5): 309-319.

Ertl, R. und Kratzer, U. (2007). Hauskrankenpflege wissen - planen - umsetzen. Wien, Facultas.

Gaber Wirtschaftslexikon. (2011a). "Defiition: ERP." abgerufen am 31.12, 2011, von http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/erp.html.

Gaber Wirtschaftslexikon. (2011b). "Defiition: PDA." abgerufen am 31.12, 2011, von http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/personal-digital-assistent.html?referenceKeywordName=PDA.

Gaber Wirtschaftslexikon. (2011c). "Defiition: Smartphone." abgerufen am 31.12, 2011, von http://wirtschaftslexikon.gabler.de/Definition/smartphone.html.

Gjevjon, E. und Helleso, R. (2010). "The quality of home care nurses´ documentation in new electronic patient records." Journal of clinical nursing **19**: 100-108.

Goosen, W. T. F., Epping, P. J. M. M., Feuth, T., Dassen, T. W. N., Hasman, A. und van den Heuvel, W. J. A. (1998). " A Comparison of Nursing Minimal Data Sets." Journal of the American Medical Informatics Association **5**(2): 152-163.

GQG (2004). "Bundesgesetz zu Qualität von Gesundheitsleistungen." BGBI 179/2004.

Guite, J., Lang, M., McCartman, P. und Miller, J. (2006). "Nursing Adminssions Process Redesigned to Leverage EHR." Journal of Healthcare Information Management **20**(2): 55-64.

GUKG (2009). "Bundesgesetz über Gesundheits- und Krankenpflegeberufe." BGBI 130/2009.

Hilfswerk Österreich. (2010). "Hilfswerk Österreich 2010/2011." abgerufen am 13.12, 2011, von http://www.hilfswerk.at/download.php?id=1260.

Himmelstein, D. U., Wright, A. und Woolhandler, S. (2009). "Hospital Computin and the Costs an Quality of Care: A National Study." The American Journal Of Medicine **20**(10): 1-7.

Höfert und Meißner (2008). Von Fall zu Fall - Amulante Pflege im Recht. Heidelberg, Springer Medizin Verlag.

Hübner, U. (2004). "Pflegedokumentation und Informationstechnologie - Chancen und Grenzen." PRINTERNET **4**: 231-233.

Huneke, F. und Hanzelmann, D. (2009). "Transsektoraler Datentransfer: Fallstricke und Lösungsansätze." Rechtsdepeche **6**: 256-262.

Kabinger, R. (2001). EDV in der Krankenpflege. Wien, Facultas.

KAKUG (2010). "Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten." BGBI 61/2010.

Kitson, A. L. (2008). "The need for systems change: reflections on knowlege translation and organizational change." Journal Of Advanced Nursing **65**(1): 217-228.

Krohn, R. (2006). "How Healthcare IT Can Address the Nursing Shortage." Journal of Healthcare Information Management **20**(2): 21-23.

Lehmann, L. (2004). Handbuch der medizinischen Informatik. München, Hanser Verlag.

Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (2005). Pflegenotstand in der mobilen Pflege? Diagnosen und Lösungsmöglichkeiten - Endbericht, Ludwig Boltzmann Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie,.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien, Facultas.

Mayer, H. (2007). Pflegeforschung kennenlernen. Wien, facultas.vuc.

Meuser, M. und Nagel, U. (2005). ExpertInneninterviews - vielfach erprobt, wenig bedacht - Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz. (Hg.) Das Experteninterview Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 71-93.

Meuser, M. und Nagel, U. (2009). Experteninterviews und der Wander der

Wissensproduktion. In: A. Bogner, B. Littig und W. Menz. (Hg.) Experteninterviews - Theorien, Methoden, Anwendungsfehler - 3. grundlegend überarbeitete Auflage Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften**:** 35-61.

Microsoft Dynamics NAV. (2011). "Micorosoft Dynamics NAV: Überblick." abgerufen am 31.12, 2011, von http://www.microsoft.com/germany/dynamics/produkte/nav/ueberblick/.

MIK OG. (2011). "Homepage der MIK OG." abgerufen am 13.12., 2011, von www.mik-og.at.

Pagitz, M., Matzak, G., Angermair, L., Hildebrandt, H. und Umshaus, G. (2005). "edv-gestützte pflegedokumentation im ambulanzbereich: praktischer erfahrungsbereicht." Österreichische Pflegezeitschrift **1**: 34-35.

Payne, T. H., Perkins, M., Kalus, R. und Reilly, D. (2006). "The Trasition to Electronic Documentation on a Teaching Hospital Medical Service." AMIA 2006 Symposium Proceedings: 629-633.

Philippi, T. (2007). "Electronic Health Record development in Austria." Eurohealth **13**(3): 23-24.

Rycrof-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A. L., McCormack, B. und Tichen, A. (2005). "An exploration of the factor that influence the imlementation of evidence into practice." Journal of clinical nursing **13**.

Rycroft Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A. L., McCormack, B. und Tichen, A. (2005). "An exploration of the factor that influence the imlementation of evidence into practice." Journal of clinical nursing **13**.

Rycroft-Malone, J., Harvey, G., Seers, K., Kitson, A. L., McCormack, B. und Tichen, A. (2005). "An exploration of the factor that influence the imlementation of evidence

into practice." Journal of clinical nursing **13**: 913-924.

Shekelle, P. G., Morton, S. C., Keeler, E. B., Wang, J. K., Chaudhry, B. I., Shin-Yi, W., Mojica, W. A., Maglione, M., Roth, E. A., Rolon, C., Di Valentine, J. D., Shanman, R. und Newberry, S. J. (2006). "Costs and benefits of health information technology." Evidence Report - Technology Assessment(132): 1-71.

Stefan, H., Eberl, J., Schalek, K., Streif, H. und Harald;, P. (2006). praxishandbuch pflegeprozess. Wien New york, SpringerWienNewYork.

Stolee, P. P., Steeves, B., Glenny, C. und Filsinger, S. (2010). "The Use of Electronic Health Information Systems in Home Care: Facilitators and Barriers." Home Healthcare Nurse: **28**(3): 167-181.

Voesseler, C., Röhrig, R., Seggewies, C., Bürkle, T., Dahlmann, C., Mann, V., Sax, U. und Stausberg, J. (2009). "Mobile digitale Dokumentation State Of The Art." Forum der Medizin Dokumentation und Medizin Informatik **4**: 165-167.

14 Anhang

14.1 Leitfaden tabellarisch

14.1.1 Leitfaden Pflege

Hauptfragen	**Nachfragen und Präzisierung auf Basis des PARiSH Modells**
Hier wird nach dem Faktor „context“ gefragt: Beschaffenheit des Systems	
Wie wichtig empfinden Sie die Dokumentation in Ihrem Beruf?	• Würden Sie sagen, dass zu viel dokumentiert wird? • Bringt Ihnen das Dokumentieren einen Vorteil? • Wenn ja, welchen?
Hier wird der Faktor „Fitness“ erfragt, indem die Ressourcen und Anforderungen ermittelt werden.	
	Nachfragen und Präzisierung auf Basis des ITAM Modells
Beschäftigen Sie sich in der Freizeit mit diesen Computern und haben sie Erfahrung damit?	• Wenn nein, wieso haben Sie sich bis jetzt noch nicht damit beschäftigt? • Wenn nein, würden Sie sagen, dass Sie das ohne Probleme alleine lernen könnten? • Wenn ja, würden Sie sagen, dass Sie technisch fit sind?
Dokumentation ist ein wichtiges Element der Pflege. Die technische Entwicklung macht auch nicht vor dem Pflegeberuf halt. Hier wird immer öfter computerunterstützt dokumentiert.	
Sind Sie mit solchen elektronischen Dokumentationssystemen schon in Kontakt gekommen?	• Wenn ja, haben Sie schon damit gearbeitet? • Wenn ja, welche Erfahrungen haben

	Sie damit gemacht? • Wenn nein, warum nicht? • Wenn nein, würden Sie gerne mit solchen Systemen arbeiten? Wenn ja, warum? • Wenn nein, warum?
Hier wird der Faktor „usefulness“ abgefragt	
Hat dieses Programm ihren Arbeitsalltag unterstützt?	• Wenn ja, inwiefern? • Wenn nein, warum nicht?
Welche Hardwareeigenschaften muss dieses Dokumentationssystem aufweisen, dass man damit vernünftig arbeiten kann? Wie muss es aussehen und was muss es können?	• Welche Größe muss es haben? • Wie schwer und handlich muss so ein Gerät sein? Ist es notwendig mit der Zentrale vernetzt zu sein?
Was muss /müsste dieses Dokumentationsprogramm können, um Sie zu unterstützen?	• Könnte Sie ein Dokumentationssystem bei den Schritten des Pflegeprozesses unterstützen? • Wenn ja, wie und bei welchen? • Wäre dies auch bei verschiedenen Assessmentinstrumenten möglich? • Wenn ja, welche? • Könnte Ihnen ein Dokumentationssystem dabei helfen wichtige pflegerische Entscheidungen zu fällen? • Wenn ja, Welche ? • Glauben Sie, dass ein Dokumentationssystem den Arbeitsalltag erleichter?

	Nachfragen und Präzisierung auf Basis des PARiSH Modells
Hier wird nach den Faktor „context“ gefragt“: Beschaffenheit des Systems	
Welche Voraussetzungen müssen Ihrer Meinung nach erfüllt sein, um mit einer elektronischen Dokumentation arbeiten zu können?	• Welche Erfahrungen und Lernprozesse sind notwendig? • Welche Ressourcen, was brauchen Sie, um vernünftig und hochwertig zu dokumentieren? • Wie muss die Transparenz gestaltet sein (Datenschutz und Zugriffsmöglichkeiten - Kontrolle)? Wer muss und wer darf auf keinen Fall Zugriff auf Teile oder die gesamte Dokumentation haben?
Hier wird nach dem Faktor „facilitation“ gefragt: Begleitung bei der Umstellung des Systems	
Wie stellen Sie sich die Einführung in das neue System vor?	• Wie soll das System in den Arbeitsalltag eingeführt werden? • Wie wollen Sie geschult werden? • Wie lange soll die Umstellung dauern?
Wie soll mit Änderungen und Verbesserungen umgegangen werden?	• Wie stellen sie sich den Umgang mit Feedback vor? • Wie soll sich das System anpassen?
Wie sehr soll die Pflege in das System eingebunden werden?	• Finden Sie einen Miteinbezug der Pflege in die Entwicklung dieses Systems sinnvoll, und wenn ja, in welcher Art und Weise?

14.1.2 Leitfaden Management

Die Basis für den Leitfaden des Managements bildet das PARiSH Modell. So ist beim Leitfaden für das Management vor allem der systemische Bezug von Bedeutung.

Hauptfragen bzw. offene Einstiegfragen	**Nachfragen und Präzisierungen auf Basis des PARiSH-Modells**
Hier wird der Faktor „context“ abgefragt	
Wie wird in Ihrer Einrichtung dokumentiert?	• Digital • Papier • Wird bei Ihnen nach definierten Schritten dokumentiert? • Wenn ja, welche sind diese? • Zu welchem Zeitpunkt wird dokumentiert? • Ist das Dokumentieren in Ihrer Institution ein definierter Arbeitsschritt oder wird parallel dokumentiert?
Hier wird der Faktor „evidence“ abgefragt	
Welchen Zweck erfüllt Dokumentation für Sie? (evidence)	• Ist Ihnen die Dokumentation behilflich ihre Arbeitsabläufe zu kontrollieren? • Nützt ihnen die Dokumentation zur Qualitätskontrolle? • Werten Sie die dokumentierten Daten aus? • Hat die Dokumentation einen hohen Stellenwert in Ihrer Organisation?
Hier wird der Faktor „context“ abgefragt	
Wenn Papierdokumentation:	• Erfüllt die Papierdokumentation die Anforderungen, die Sie an eine Dokumentation stellen? • Wenn nein, warum nicht (technisch

	oder inhaltlich)? • Was müsste anders sein, damit die Anforderungen erfüllt werden? • Planen Sie in naher Zukunft die Umstellung auf digitale Dokumentation? • Wenn ja, warum? • Wenn ja, wie planen Sie diesen Umstieg?
Wenn digitale Dokumentation:	• Seit wann wird in Ihrer Einrichtung digital dokumentiert? • Was waren die Gründe für die Umstellung? • Welche Vorteile hat eine digitale Dokumentation gegenüber der Papierversion? • Erfüllt Ihre derzeitige Dokumentation die Anforderungen, die Sie an eine Dokumentation stellen? • Wenn nein, warum nicht (technisch oder inhaltlich)? • Was müsste anders sein, damit die Anforderungen erfüllt werden
Hier wird der Faktor „facilitation“ abgefragt	
Wenn digitale Dokumentation: Wie erfolgte die Umstellung auf die digitale Dokumentation?	• Können Sie den Prozess der Umstellung beschreiben? • Wie haben Sie entschieden, auf welches System Sie umstellen?– Hardware und Software • Haben Sie bei der Implementierung auf die Anpassung an die

	einrichtungsspezifischen Bedürfnisse geachtet? • Wenn nein, warum??? • Wer ? War bei der Entscheidungen zur digitalen Dokumentation beteiligt? Wie wurde entschieden? • Wie haben Sie die Implementierung des neuen Systems begleitet? • Inwiefern fanden Schulungen statt und wie wurden die Mitarbeiter auf die Umstellung vorbereitet? • Wie wird in Ihrer Organisation das Thema Datenschutz behandelt und kontrolliert? • Finden Verbesserungen des Systems statt? Wenn ja, in welcher Form?
Hier wird der Faktor „evidence“ abgefragt	
Ist diese Art der Implementierung und Qualitätskontrolle eine Vorgangsweise, die auch bei anderen Neuerungen angewandt wird?	• Wenn nein, warum gerade bei der Umstellung von Papier- auf eine Digitaldokumentation?
Würden Sie die Implementierung der digitalen Dokumentation heute wieder so vornehmen?	• Wenn nein, was würden Sie anders machen? Wenn ja, hat die Umstellung Ihre Erwartungen erfüllt? Wenn ja, was würden Sie jemandem raten, der den Prozess noch vor sich hat? • Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Aspekte, die es bei der Implementierung einer digitalen Dokumentation zu beachten gilt?

14.2 Curiculum Vitae

Stefan Krasnik

Geboren am/in	7.November 1984/St. Veit an der Glan (K)
Staatsbürgerschaft	Österreich
Email	stefan.krasnik@gmail.com

Ausbildung

1991-1995	Volksschule, Feistritz im Rosental, Kärnten
1995-1999	Bundesgymnasium Mössingerstraße, Klagenfurt, Kärnten
1999-2004	HTL Mössingerstrasse Technische Informatik, Klagenfurt, Kärnten
2005-2012	Studium der Pflegewissenschaft an der Universität Wien, Wien

Bisherige Arbeitgeber

Feb 2006	Freiwilliges Praktikum Frankziskusheim Klagenfurt, Kärnten
Jan 2006 – Jan 2007	Assistent der Pflegeexpertin Andrea Smoliner, quantitative Datenauswertung, Literatursuche, Mitarbeit an Forschungsanwendungsprojekten im Rudolfinerhaus, Wien
2007/2008/2009	Mitarbeit beim Pflegekongress der Firma Pflegenetz
2010 – 2011	Anstellung bei der Firma Pflegenetz im Bereich Projektmanagement/Webmanagement, Relaunch www.pflegenetz.at
Seit 2009	Anstellung bei der Firma WPM Wund Pflege Management GmbH als wissenschaftlicher Mitarbeiter

Projekte

2004	Maturaprojekt „Universal Sensory Management“ Entwicklung eines mobile Datenspeichers zur Auswertung eines Läufers
Seit 2008	Mitarbreit bei Prof. Christine Binder- Fritz an der medizinischen Universiät Wien im Rahmen des Asia Projektes, zur Erfassung des Gesundheitsverständnisses von indochinesischen Immigranten
2008-2009	Mitarbeit im Forschungslabor bei Prof. Kolland an der Universität Wien zur Erfassung der Wohnbedürfnisse der Generation 50+ im Auftrag von Leiner/Kika
2010-2012	Mitarbeit im Forum freiberufliche Pflege (www.forum-freiberufliche-pflege)