

# **Implementierung eines neuen elektronischen Assessmenttools (ePA-AC®) – eine Chance für das Pflege- und Risikomanagement**

Ein Pilotprojekt des Krankenhauses Barmherzige Schwestern Wien, Abteilung  
Innere Medizin

## **Implementation of a new electronic assessmenttool (ePA-AC®) – an opportunity for nursing and risk management**

A pilot project of the hospital Merciful Sisters Vienna Department of Internal Medicine

## **Masterarbeit**

Zur Erlangung des akademischen Grades

### **Master of Science in Nursing Practice (MSc)**

der Fachhochschule FH Campus Wien  
Masterlehrgang: Advanced Nursing Practice

**Vorgelegt von:**

Isabella Lekovic

**Personenkennzeichen:**

1430012020

**Erstbegutachter:**

Mag. Dr. Oliver Radinger

**Zweitbegutachterin:**

Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Anneliese Lilgenau

**Eingereicht am:**

26. 11. 2018

Erklärung:

Ich erkläre, dass die vorliegende Bachelorarbeit / Masterarbeit von mir selbst verfasst wurde und ich keine anderen als die angeführten Behelfe verwendet bzw. mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe.

Ich versichere, dass ich diese Bachelorarbeit / Masterarbeit bisher weder im In- noch im Ausland (einer Beurteilerin/einem Beurteiler zur Begutachtung) in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe.

Weiters versichere ich, dass die von mir eingereichten Exemplare (ausgedruckt und elektronisch) identisch sind.

Datum: .....

Unterschrift: .....

## **Kurzfassung**

Assessmenttools werden schon seit langem in Krankenhäusern angewandt. Ziel ist es hier, die Pflegepersonen zu entlasten, aber auch Risiken zu vermeiden, sowie die Sicherheit der PatientInnen zu erhöhen.

In der hier vorliegenden Arbeit liegt das Assessmenttool ePA-AC® im Fokus der Aufmerksamkeit. Es wird dieses schon seit längerem in Deutschland und der Schweiz verwendet, diese Arbeit jedoch liegt das Hauptaugenmerk auf ein Projekt in Österreich im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern.

Mithilfe einer ausführlichen Literaturrecherche, sowie elf Experteninterviews, welche qualitativ ausgewertet wurden (Inhaltsanalyse nach Mayring) wurden die Auswirkungen einer Implementierung von ePA-AC® aufgezeigt.

Es konnte somit festgestellt werden, dass digitale Kompetenz für Pflegepersonen von großer Bedeutung ist. Wenn sie im Umgang mit Assessmenttools wie ePA-AC® ausreichend geschult werden, ihnen aber auch die notwendige Ausrüstung zur Verfügung steht (ZB Laptops), dann bedeutet die Implementierung eine große Zeitersparnis im Arbeitsalltag. Aufgrund der Vorschläge des Programms in Bezug auf Notwendigkeiten in der Pflege (Pflegeplanung), aber auch bezüglich unterschiedliche Risiken, denen die PatientInnen ausgesetzt ist, ist es für die Pflegepersonen einfacher, hier die richtigen Entscheidungen zu treffen und nichts zu übersehen. Des Weiteren kann jederzeit und von jedem Ort auf alle Informationen zu PatientInnen zugegriffen werden, was eine weitere große Erleichterung im Arbeitsalltag bedeutet.

Somit kann durchaus davon gesprochen werden, dass die Implementierung von Assessmenttools wie ePA-AC® nicht nur eine Zeitersparnis für die MitarbeiterInnen bedeutet, sondern auch eine Verringerung des Risikos für PatientInnen sowie eine Erhöhung der PatientInnensicherheit.

## **Abstract**

Assessment tools have long been used in hospitals for a long time with the goal to support the caregivers, but also to avoid risks and to increase the safety of patients.

In the present work, the focus is on the assessment tool ePA-AC®. It has been used for a long time in Germany and Switzerland, but this work focuses on a project in Austria in the Hospital of the Sisters of Mercy.

With the help of a detailed literature search as well as eleven interviews with experts, that were evaluated in a qualitative way (content analysis “Mayring”), the effects of an implementation of ePA-AC® were shown.

It could be mentioned that digital competence is of great importance for caregivers. If they are adequately trained in using assessment tools such as ePA-AC®, but also have the necessary equipment (for example laptops), then the implementation saves a lot of time in everyday working life. Because of the program's proposals for care needs (nursing planning), but also for the different risks to which the patients are exposed, it is easier for the caregiver to make the right decisions and do not forget something. Furthermore, all information about the patient can be accessed at any time and from any place, which means a further great support in the daily work routine.

Thus, it can be argued that implementing assessment tools such as ePA-AC® not only saves employees time, but also reduce patient risk and increase patient safety.

## **Abkürzungsverzeichnis**

ePA-AC®	Ergebnisorientiertes Pflege Assessment Acute Care
KPI	Key Performance Indicator
SPI	Selbstpflegeindex
SOP	Standard Operating Procedures

## **Schlüsselbegriffe**

Assessmenttools

Risikomanagement

ePA-AC®

Digitale Kompetenz

Pflegeassessment

# Inhaltsverzeichnis

<b>KURZFASSUNG</b> .....	<b>III</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>IV</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>V</b>
<b>SCHLÜSSELBEGRIFFE</b> .....	<b>VI</b>
<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>VII</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Problemstellung</b> .....	<b>2</b>
<b>1.2 Zentrale Fragestellungen</b> .....	<b>4</b>
<b>1.3 Ziel der Arbeit</b> .....	<b>6</b>
<b>1.4 Literaturrecherche</b> .....	<b>7</b>
<b>1.5 Aufbau der Arbeit</b> .....	<b>8</b>
<b>2. THEORETISCHER RAHMEN</b> .....	<b>9</b>
<b>2.1 IT-Instrumente in der Pflege</b> .....	<b>9</b>
<b>2.2 Risikomanagement in der Pflege</b> .....	<b>10</b>
2.2.1 Definition der Begriffe Risiko und Riskikomanagement .....	10
2.2.2 Risiken in der Pflege.....	12
2.2.3 Risikomanagement in der Pflege.....	13
<b>2.3 Digitale Kompetenz</b> .....	<b>19</b>
2.3.1 Definition .....	19
2.3.2 Digitale Kompetenz in der Pflege – Implementierung .....	20
<b>2.4 Pflegeassessment</b> .....	<b>24</b>
<b>2.5 Assessmentinstrumente in der Pflege</b> .....	<b>24</b>
<b>2.6 Pflegetheorie nach Orem</b> .....	<b>25</b>
2.6.1 Selbsthilfe-Defizit-Modell .....	25
2.6.2 Selbstfürsorge.....	26
2.6.3 Pflegerische Intervention .....	26
2.6.4 Beziehung zum Pflegeprozess .....	27
<b>2.7 Expertenstandard des DNQP</b> .....	<b>29</b>
<b>2.8 ePA-AC®</b> .....	<b>30</b>
2.8.1 Allgemeine Beschreibung.....	30
2.8.2 Kategorien und Aufbau des ePA-AC® .....	31
2.8.3 Ziele und Funktionen von ePA-AC®.....	33

2.8.4	Vorteile der Nutzung von ePA-AC® .....	35
<b>2.9</b>	<b>Praktische Anwendung des ePA-AC® .....</b>	<b>36</b>
2.9.1	Umsetzungsmöglichkeit und -zeitpunkt .....	36
2.9.2	Kodierung der Items .....	37
2.9.3	Selbstpflegeindex (SPI) .....	38
2.9.4	Risikodiagnostik .....	39
<b>2.10</b>	<b>Projekt „e-Fieberkurve“ der Barmherzigen Schwestern .....</b>	<b>39</b>
<b>2.11</b>	<b>Dokumentation in der Pflege .....</b>	<b>43</b>
2.11.1	Rechtsgrundlagen .....	43
2.11.2	Zweck .....	44
<b>3.</b>	<b>METHODIK .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1</b>	<b>Forschungsdesign .....</b>	<b>47</b>
3.1.1	Qualitative Forschung .....	47
3.1.2	Das narrative Interview .....	48
<b>3.2</b>	<b>Forschungsmethode .....</b>	<b>52</b>
<b>3.3</b>	<b>Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....</b>	<b>53</b>
<b>3.4</b>	<b>Stichprobe .....</b>	<b>58</b>
<b>3.5</b>	<b>Kategorienübersicht .....</b>	<b>59</b>
<b>4.</b>	<b>ERGEBNISSE .....</b>	<b>60</b>
<b>4.1</b>	<b>Dokumentationsablauf .....</b>	<b>60</b>
4.1.1	Interpretation der Interviews .....	60
4.1.2	Zusammenfassung .....	70
<b>4.2</b>	<b>Arbeitsumfeld .....</b>	<b>73</b>
4.2.1	Interpretation der Interviews .....	73
4.2.2	Zusammenfassung .....	84
<b>4.3</b>	<b>Digitale Kompetenz .....</b>	<b>86</b>
4.3.1	Interpretation der Interviews .....	86
4.3.2	Zusammenfassung .....	91
<b>4.4</b>	<b>Risikoerkennung .....</b>	<b>92</b>
4.4.1	Interpretation der Interviews .....	92
4.4.2	Zusammenfassung .....	99
<b>4.5</b>	<b>Zusammenfassung der Ergebnisse .....</b>	<b>101</b>
<b>5.</b>	<b>CONCLUSIO UND AUSBLICK .....</b>	<b>103</b>
	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>105</b>
	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>109</b>
	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>FEHLER! TEXTMARKE NICHT DEFINIERT.</b>

**ANHANG..... 111**

## 1. Einleitung

Die Menschheit erlebt immer größere Fortschritte und Entwicklungen. Derzeit werden alle Prozesse im Privatleben und der Arbeitswelt beschleunigt. Veränderungen geschehen jeden Tag und alle haben das Ziel, die tägliche Arbeit zu erleichtern und effizienter zu gestalten. Viele diese Veränderungen werden von Verbesserungen in der Medizin und Pflege begleitet (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317). In den vergangenen fünf Jahren erschien eine ganze Reihe von Veröffentlichungen zu standardisierter Pflegediagnostik und ihrer Bewertung zu Assessmentinstrumenten allgemein und zu einzelnen, vor allem zu neu entwickelten, Instrumenten unterschiedlichster Art. Gesamte Ausgaben wissenschaftlicher Fachzeitschriften beschäftigten sich mit Instrumenten als Schwerpunktthema (vgl. Spirig et al., 2007, S. 182-184).

Assessment bedeutet, Informationen über PatientInnen und deren Leben zu sammeln und mit ihnen über Schwierigkeiten zu sprechen und wie sich diese auf das persönliche Wohlbefinden auswirken. Dies hilft den Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, die Situation der PatientInnen zu verstehen, was deren Bedürfnisse sind und was sie für die Zukunft planen sollen. Dies ist ein sehr wichtiger Prozess in der Pflege (Reuschenbach, 2011, S. 31). Bartholomeyczik und Halek präzisieren den Begriff als ein Instrument zur „Einschätzung der Pflegebedürftigkeit“ (2004, S. 9), wobei sie auf eine enorme Vielzahl an Dokumenten dieser Art hinweisen (ebd.).

Relativ neu sind kritische Stimmen, die den zusätzlichen Schulungsaufwand für Assessmentinstrumente nicht für sinnvoll halten, solange nicht nachgewiesen ist, dass es den PatientInnen nach ihrer Anwendung auch besser geht. Üblicherweise möchten ArbeitgeberInnen, so wie auch MitarbeiterInnen, nicht die Zeit in zusätzlichen Schulungen investieren, wenn nicht ganz sicher gewährleistet werden kann, dass es zu einer Verbesserung ihrer Arbeitqualität kommt (vgl. Bähring et al., 2008, S. 89-111)

Ein wichtiges Detail in der Diskussion über Assessmentinstrumente, neben der Tatsache, dass ein pflegerisches Assessment eine wichtige Grundlage des Pflegeprozesses darstellt, ist die Frage, wie Instrumente aussehen können oder müssen, welchen Kriterien sie genügen müssen und was ihre Anwendung in der Pflege bedeutet (vgl. Bähring et al., 2008, S. 89-111).

Seit 30 Jahren beschäftigen sich WissenschaftlerInnen mit der Fragestellung, welche Faktoren bei der Implementierung neuer Informationssysteme im klinischen Umfeld zum Erfolg und welche zum Scheitern führen.

Vorerst konzentrierten sich die Studien auf die technischen und ökonomischen Auswirkungen, während soziale, kulturelle, politische Fragen bzw. Fragen bezüglich der Arbeitsgestaltung bei der Erklärung von Erfolg und Misserfolg kaum berücksichtigt wurden (vgl. Weiß, 2010, S. 12).

Seit den siebziger Jahren sind das Wissen aus der Soziologie, der Anthropologie, der Psychologie und der Geschichte in den Studien über pflegerische und klinische Systeme einbezogen worden. Während der achtziger Jahre kam als Untersuchungsobjekt der Aspekt der Mensch-Computer-Schnittstelle hinzu. Mit der Erfahrung, dass Informationssysteme eine Interaktion von Mensch und Technologie erfordern, wurde der Fokus zunehmend auf die Interaktion von Technik und dem sozialen Umfeld gelegt. Die Forderung, dass eine erfolgreiche Technik sozial akzeptiert, praktisch, nützlich und nutzbar sein soll, erhöhte die Bedeutung sozialwissenschaftlicher Erkenntnisse für die pflegerische Informatik. Die entstandenen soziotechnischen Ansätze sehen technische und soziale Aspekte als untrennbar miteinander verbunden an und als gleichermaßen bedeutend für die Gestaltung, Implementierung und Evaluation von Informationssystemen. Wears et al. fassen die Thematik in drei Punkten zusammen:

- 1) Organisationen sind gleichermaßen sozial wie technisch,
- 2) die sozialen und technischen Faktoren sind stark miteinander verknüpft und beeinflussen einander
- 3) dementsprechend wird als Erfolgsfaktor für ein gutes Design und eine erfolgreiche Implementierung nicht allein die technische Umsetzung gesehen, sondern auch die Anpassung an das umgebende soziale System (vgl. Weiß, 2010, S. 12).

## **1.1 Problemstellung**

Beispiele für Neuerungen in der Medizin sind bei den Methoden der Diagnostik und Behandlung zu sehen und betreffen somit die Menge sowie die Vielfalt der Messungen aller möglichen Parameter (Blutdruck, Temperatur, dynamometrische Messung der Muskelstärke etc.) in der strikten zeitlichen Form (Anzahl und Periodizität, Zeitpunkt der Nahrungszunahme), die Methoden der Verabreichung von Medikamenten (enterale, parenterale, intradermale, intravenöse etc.) und therapeutische Behandlungen. All dies beinhaltet unter Umständen die Verwendung verschiedener Programme, die bei der Arbeit mit PatientInnen verwendet werden und welche die Arbeit mit ihnen erleichtern, weil sie die Transparenz von Daten, Diagnosen und Dosen, die sie verwenden, bereitstellen.

Dieser Trend wird bereits von einigen Krankenhäusern in Deutschland und der Schweiz mit großem Erfolg genutzt. Diese Erläuterung war ebenfalls der Treiber des Pilotprojekts ePA-AC® im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien auf der Inneren Medizin (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).

Die standardisierten Pflegeassessmentinstrumente sind schon ein großer Teil der Praxis im Arbeitsalltag geworden. Einer der wichtigsten Vorteile ist die individuelle Einschätzung des Zustandes der PatientInnen, weil er es ermöglicht, eine patientInnenorientierte Pflege zu gewährleisten. Dadurch wird die Pflegeforschung, die Ausbildung, das Management und die Praxis unterstützt und eine patientInnenorientierte, sichere, effektive, ergebnisvolle und zeitnahe pflegerische Versorgung sichergestellt (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).

Pflegepersonen benutzen in deren Arbeitsabläufen täglich viele verschiedene Erhebungsinstrumente und -methoden, um grundlegende PatientInneninformationen zu sammeln. Da diese Arbeitsmethode, die seit Langem praktiziert wird, viel Zeit und Arbeit in Krankenhäusern erfordert, entstand die Idee und die Notwendigkeit, Arbeitsabläufe zu bündeln und das Engagement für PatientInnen zu erhöhen. Gerade deshalb entstand die Idee des Krankenhauses Barmherzigen Schwestern Wien, wesentliche Daten einmal zu erheben und die gewonnenen Daten für alle weiteren Schritte zentral zur Verfügung zu stellen. Im BHS Wien, das Teil der Vinzenz Gruppe ist, wurde anhand des Pilotprojektes VinDoc (Vinzenz Documentation), in dem ePA-AC® (ergebnisorientierte Pflege Assessment AcuteCare) integriert ist, dieser Versuch unternommen (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).

Das Assessmenttool ist seit vielen Jahren in Deutschland und der Schweiz erfolgreich etabliert und hat sich in der pflegerischen Praxis als sehr erfolgreiches und nützliches Instrument erwiesen. Da ePA-AC® in Österreich als eine neue Methode wahrgenommen wird, ist es von Bedeutung zu sehen, was sich dadurch im Arbeitsumfeld der Pflegekräfte ändern wird und ob es aufgrund der bisherigen Erfahrung des pflegerischen Personals zu Vorteilen durch dieses Programm kommt. Obwohl die Pilotphase von VinDoc derzeit noch läuft, können alle an dem Programm beteiligten Praktiker die Arbeit der Methode und seine Wirksamkeit aufgrund ihrer Erfahrungen bereits bewerten (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).

Derzeit wird im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien die Pflegedokumentation elektronisch durchgeführt. Die Risikotools werden nach den internen Standards eingesetzt.

Diese Methode ermöglicht eine umfassende Beurteilung der PatientInnen sowie die anschließende Überwachung des PatientInnenzustands und des Bedarfs an pflegerischer Versorgung. Der Einsatz einer derartigen Methode in der Medizin bzw. im Pflegebereich, bei der nach einer einzigen Abfrage des PatientInnenzustands mehrere Risikoeinschätzungen vorgenommen werden, war bis zu dieser Zeit wenig bekannt. Der Begriff „Schwesterinformatik“ beinhaltet die Integration der Pflege sowie ihres gesammelten Informations- und Wissensmanagements durch Informations- und Kommunikationstechnologien, um die Gesundheit von Menschen und Familien auf der ganzen Welt zu verbessern (vgl. Bartholomeyczik & Hunstein, 2006, S. 317).

Um die Risiken in der Arbeit des pflegerischen Personals zu minimieren, wurde zur Sicherstellung einer effektiven und rechtzeitigen Behandlung von PatientInnen das standardisierte Assessmentinstrument ePA-AC® angewendet. Dieses Programm wurde im Jahr 2002 von Dirk Hunstein entwickelt.

Bisherige Forschungsarbeiten konzentrierten sich hauptsächlich auf die Arbeit und die Funktionsweise der ePA-AC®-Methode, nicht jedoch auf ihre Auswirkungen auf die Arbeitsumgebung der Gesundheits- und Krankenpfleger, sowie auch anderer BenutzerInnen des Systems wie z.B. ÄrztInnen. Arbeiten, die sich auf die Auswirkungen und das Arbeitsumfeld beziehen, sind etwas begrenzt. Aus Sicht der befragten MitarbeiterInnen des Krankenhauses Barmherzige Schwestern Wien sind solche Forschungsarbeiten notwendig, um einen besseren Überblick auf die unterschiedlichen Auswirkungen, die diese neue Methode mit sich bringt, zu haben. Die Anwendung und Weiterentwicklung von ePA-AC® wird in Krankenhäusern mit unterschiedlichen Schwerpunkten wie Kardiologie, Onkologie, Chirurgie etc. zur dringend benötigten Realität.

## **1.2 Zentrale Fragestellungen**

Mit Kontinuität ist gemeint, dass sich auf die vereinbarten Ziele und die Pflege alle MitgliederInnen des Pflegeteams, die an der Versorgung beteiligt sind, der PatientInnen, aber auch an den aktuellen PatientInnenzustand anpassen (vgl. Isfort und Weidner, 2001, S. 22-26).

Aus dem vorhergehenden Satz ergibt sich, dass anhand der Pflegedokumentation ersichtlich ist, welche Versorgungsprobleme vorliegen und welche Ziele mithilfe einer solchen Pflege erreicht werden sollen. Es ist auch möglich zu sehen, ob sich der Zustand der PatientInnen während des Pflegeprozesses in Richtung des Versorgungsziels

verbessert hat und ob die Pflegemaßnahmen geändert werden müssen, um das Pflegeziel zu erreichen (vgl. Isfort und Weidner, 2001, S. 22-26).

In der Praxis ist die Pflegedokumentation oft unvollständig. Es fehlen vor allem Ziele und Pflegeergebnisse (vgl. Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004, S. 187-195).

Daraus folgt, dass in Zukunft komplexere PatientInnenzustände in kürzerer Zeit beurteilt, dokumentiert und evaluiert werden müssen. Bei der Auswahl eines Modells für die Beurteilung des PatientInnenzustandes muss darauf geachtet werden, dass das Modell praktisch ist und der Dokumentationsprozess einfach. Ein Modell zur Dokumentation des PatientInnenzustandes muss in der Praxis demnach unterschiedliche Anforderungen erfüllen. Das Sammeln von Informationen zur Pflegequalität und zum Pflegebedarf erfordert den Zugriff auf Daten über die Pflegeziele, Pflegeergebnisse und Pflegediagnosen. Das verwendete Modell muss den Informationsfluss in der Praxis aufrechterhalten und praktisch sein, um die Aktualität und Vollständigkeit der Dokumentation zu erhöhen. (vgl. Bartholomeyczik & Morgenstern, 2004, S. 187-195).

Neben Pflegediagnoseklassifikationen, wie die North American Nursing Diagnosis Association Klassifikation (NANDA – Klassifikation) oder Emergency Nurse Practitioner Pflegediagnosen (ENP-Pflegediagnosen), wird zunehmend auch das standardisierte Assessmentinstrument ePA-AC® eingesetzt (vgl. Hunstein, Sippel & Dintelmann, 2007, S. 190-196).

Als Bewertungsinstrument wurde ePA-AC® entwickelt, um die Bewertung von Schritten im Gesundheits- und Pflegeprozess abzubilden. Dieses konzeptionelle Programm beinhaltet auch ein besseres Zeitmanagement bei der PatientInnenarbeit und somit eine bessere Qualität der Arbeit. Außerdem enthält es eine bessere und genauere Pflegediagnose von Krankheiten. Aus den Ergebnissen der Bewertung kann eine Pflegediagnose anhand des aktuellen Krankheitsbildes abgeleitet werden (vgl. Hunstein, Sippel & Dintelmann, 2007, S. 190-196).

Während der Arbeit in der Praxis wird die ePA-AC®-Methode ohne zusätzliche Modelle zur Pflegediagnostik angewendet. Dies macht die Methode tatsächlich einfacher und ermöglicht eine praktikable Dokumentation der Pflege, da für die Beurteilung des Zustands des Patienten während des Pflegeprozesses ständig dieselben ePA-AC®-Items verwendet werden. Oft stellt sich jedoch die Frage, welche Informationen bei der Pflegeplanung fehlen, wenn die Methode auf diese Weise verwendet wird. Um diese Frage zu beantworten, ist es notwendig, den Inhalt der Informationen zu untersuchen, die während der ePA-AC®-Beurteilung des PatientInnenzustandes gesammelt wurden. Es ist verständlich, dass bisher kein Modell in der Lage ist, den Gesamtzustand des Patienten

zu erfassen, wie in der Pflegetheorie und anderen relevanten Theorien beschrieben ist. (vgl. Corbin & Strauss, 1998, S. 5-8).

Modelle wie ePA-AC® sind auf bestimmte PatientInnenbedingungen beschränkt. Bei der Auswahl eines Modells muss man auf diese Beschränkungen besonders achten. Ein Teil dieser Masterarbeit widmet sich dieser Forschung und soll bei der Auswahl eines Modells behilflich sein, das die Situation des PatientInnen in der Praxis am besten bewerten kann, zu unterstützen. Diese Arbeit basiert auf der Notwendigkeit, den aktuellen Stand der Forschung zum Thema ePA-AC® zu verbessern und spezifische Forschungsfragen zu beantworten. Im Folgenden werden die konkreten Fragestellungen der Masterarbeit genannt:

#### **Hauptforschungsfrage:**

„Welche Auswirkungen hat die Implementierung eines neuen elektronischen Assessmenttools (ePA-AC®) auf die Arbeitsumwelt aus der Sicht der Pflegepersonen?“

#### **Daraus folgen weitere Subforschungsfragen:**

- Welche Voraussetzungen sind aus der Sicht der Pflegepersonen in der alltäglichen Arbeitsumwelt notwendig?
- Welche Auswirkung hat die Implementierung von ePA-AC® auf das Risikomanagement bzw. die PatientInnensicherheit?
- Wie beeinflusst das neue Dokumentationssystem die Arbeitsabläufe während des Stationsaufenthaltes der PatientInnen?

### **1.3 Ziel der Arbeit**

Das Ziel der Masterarbeit ist es, der Veränderungen in der Arbeitsumgebung und der Aktivitäten zu evaluieren, die aufgrund des Einsatzes von ePA-AC® entstehen, um eine bessere und erfolgreichere Pflege zu erreichen. Ziel und Forschungsschwerpunkt besteht darin, Informationen über die Nutzung der ePA-AC® Methode, mit Schwerpunkt auf das Projekt im BHS Wien, zu erhalten. Um zu relevanten Daten zu kommen, mussten bestimmte Bewertungskriterien erfüllt werden. Es war zunächst notwendig, dass alle Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, die an der ePA-AC® Methode beteiligt sind,

ein Diplom des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege haben. Des Weiteren wurde geprüft, ob die Umsetzung der ePA-AC® Methode die Sicherheit der PatientInnen und die Effizienz der Arbeit beeinträchtigt wurde.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist auch die Einstellung des pflegerischen Personals zur Einführung der ePA-AC® Methode im Rahmen eines Pilotprojekts in seiner täglichen Anwendung zu erheben und abzuleiten, ob dadurch ein besserer Zugang und eine bessere Zusammenarbeit mit den PatientInnen ermöglicht wird. Der theoretische Rahmen wurde durch Interviews und deren qualitative Datenanalyse validiert und durch die Beantwortung der Fragestellungen erweitert. Basierend auf der durchgeführten Umfrage wurden die in dieser Arbeit verwendeten Kategorien definiert.

Während der gesamten Arbeit mit dem pflegerischen Personal war es von Bedeutung, nicht nur die für die Verbesserung des Programms wichtigen Informationen zu erhalten, sondern auch die Herausforderungen und Probleme für Personen herauszufinden, die täglich an diesem Pilotprojekt teilnahmen. Ferner wurden Informationen über die Wirksamkeit der Anwendung von Programmen in der Arbeit mit PatientInnen gesammelt und ebenso untersucht, wie sicher die Speicherung und Eingabe von Daten ist, welche Faktoren das Programm für die tägliche Arbeit einfacher macht und wo seine Vorteile liegen. Auf diese Weise können in Hinsicht auf die Interessen der PatientInnen und des pflegerischen Personals neue Systeme für Gesundheitsbereiche erforscht werden, die nicht von einem aktuell verwendeten Programm abgedeckt werden.

Diese Forschungsarbeit hat das Ziel, die ePA-AC®-Methode den Gesundheits- und Krankenpflegepersonen näher zu bringen und zu zeigen, welche Vor- und Nachteile diese Methode in den Bereichen hat, die für die Arbeit in der Pflege am wichtigsten sind. Im Fokus standen dabei vor allem der Dokumentationsablauf mit der ePA-AC®-Methode, die Einschulungsqualität, die digitale Kompetenz der MitarbeiterInnen und die Risikotools, die für die Verbesserung der PatientInnensicherheit sehr wichtig sind.

## **1.4 Literaturrecherche**

Die systematische Literaturrecherche erfolgte seit Jänner 2016 bei den Datenbankanbietern Cinahl, Scopus und Medline mithilfe EBSCO, PubMed (National Library of Medicine) und Google Scholar. Zusätzlich wurden Bücher und Fachartikel online über die Medizinbibliothek der Universitätsklinik Wien, der Bibliothek des FH Campus Wien, der Fachbibliothek Bildungswissenschaften in Wien zur Recherche verwendet. Die Suche fand im deutschen und englischen Sprachraum statt. Es ist jedoch an dieser Stelle

relevant zu erwähnen, dass aufgrund des Fokus auf ein österreichisches Projekt nur eine geringfügige Anzahl an englischen Quellen zu Verfügung stand. Auch die Hintergründe der Theorien, die in der hier vorliegenden Arbeit bearbeitet wurden, waren oft älter als 5 Jahre, was sich aus der Thematik dieser Arbeit ergibt.

Relevant für die Recherche, die mit Boole'schen Operatoren durchgeführt wurde, waren folgende Begriffe: ePA – AC®, PatientInnen, nurse, IT, klinischen, Krankenhaus, Instrumente, Effektivität und Effizienz, Assessment, Bewältigungsverhalten, Dokumentationsprozess, Arbeitsumfeld positiv/negativ, Risikoerkennung, digitale Kompetenz.

## **1.5 Aufbau der Arbeit**

Die hier vorliegende Masterarbeit beginnt mit einer Einleitung, in welcher näher auf die Problemstellung, aber auch auf zentrale Fragestellungen sowie das Ziel der Arbeit eingegangen wird. Des Weiteren wird ein Überblick über die Literaturrecherche geboten und der Aufbau der Arbeit präsentiert.

Das zweite Kapitel bildet den theoretischen Rahmen. So werden hier unterschiedliche IT-Instrumente, welche in der Pflege verwendet werden, präsentiert. Weiters werden die Begriffe Risiko sowie Risikomanagement näher betrachtet, wobei auch hier der Fokus auf dem Bereich der Pflege liegt. Auch die digitale Kompetenz wird näher beschrieben, ebenso wie Pflegeassessmentinstrumente, wobei hier ePA-AC® im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht. Auch die praktische Anwendung von ePA-AC® wird vorgestellt, sowie das Projekt „eFieberkurve“, welches im Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern stattfand. Ebenso wird näher auf die Dokumentation in der Pflege eingegangen.

Im Rahmen des dritten Kapitels wird die Methodik vorgestellt, die der hier vorliegenden Arbeit zugrunde liegt. So wird nicht nur näher auf qualitative Forschung im Allgemeinen, sondern auch konkret auf die Forschungsmethode dieser Arbeit sowie die Stichprobe eingegangen. Den Abschluss des Kapitels bildet eine Übersicht über die Kategorien, welche aufgrund einer Inhaltsanalyse nach Mayring gebildet werden konnten.

Das vierte Kapitel präsentiert die Ergebnisse der durchgeführten Inhaltsanalyse, welche auf Experten Interviews beruht.

Den Abschluss der hier vorliegenden Arbeit bilden eine Conclusio sowie ein Ausblick.

## 2. THEORETISCHER RAHMEN

Im Folgenden werden relevante Inhalte vorgestellt, welche durch den empirischen Teil der Arbeit gestützt werden

### 2.1 IT-Instrumente in der Pflege

Die Entwickler Karen und Wager unterscheiden zwei Hauptklassen pflegerischer IT-Systeme: eine administrative und eine klinische Hauptklasse. Diese Systeme unterscheiden sich in ihrer Abhängigkeit von den Zielen ihrer Arbeit und ihrer Daten. Verwendung finden sie in:

1. Verwaltungssystemen: Diese enthalten die primären Verwaltungs- oder Finanzdaten und werden zur Erleichterung des Managements im Gesundheitssektor verwendet: Personalverwaltung, Lieferung von Arzneimitteln und Ausrüstung, Bestandsführung von Materialien, Aufzeichnungen usw.
2. Klinischen Systemen: Diese umfassen Informationen über die Gesundheit von PatientInnen bezüglich deren Diagnosen und Behandlungen, die Versorgung und die Überwachung des Gesundheitszustands (vgl. Wager et al., 2005).

Diese pflegerischen EDV-Systeme in beiden dieser Klassen können vereinigt werden. Die elektronische Aufzeichnung des Verlaufs der Krankheit wird in diesem System erfasst, das für die Führung, die Aufbewahrung mithilfe eines elektronischen Trägers, die Suche und die Ausgabe der pflegerischen Personalaufzeichnungen gemäß den Informationsanforderungen (einschließlich der elektronischen Kanäle der Verbindung) verwendet wird. Die persönliche elektronische Gesundheitsakte besagt, dass jede Aufnahme durch eine spezifische Gesundheitsversorgung professionell für konkrete PatientInnen individuell auf elektronischen Medien gespeichert werden soll (vgl. Wager, et al., 2005).

Die elektronische pflegerische Personalaufzeichnung ist geschützt, die Beschäftigten werden in der realen Zeit aufgezeichnet, die Ressourcen für das Krankenhaus werden gezeigt und sie enthält die Informationen über die PatientInnen. Es ermöglicht dem Arzt/der Ärztin, Entscheidungen zu treffen, wenn diese erforderlich sind – basierend auf Informationen über den Gesundheitszustand der PatientInnen. Das System ermöglicht die Automatisierung und Vereinfachung von Arbeitsabläufen in der klinischen Praxis und

bietet ebenso die Möglichkeit, Daten für nicht klinische Zwecke zu sammeln (vgl. Shortliffe/Cimino, 2006).

Die elektronische pflegerische Geschichte-EDV-Steuerung ist eine Systemanwendung, die in Echtzeit Zugriff auf Gesundheitsdaten und ihre Analysen ermöglicht. Es kann die Qualität der Pflege verbessern, die Interaktion zwischen medizinischen Organisationen erleichtern und beschleunigen, sowie das Management im Gesundheitswesen vereinfachen. Das System der elektronischen Führung der Historie der Krankheit organisiert jene Komponenten, die den Mechanismus der Bildung herstellen, sowie die Nutzung und Aufbewahrung der Aufzeichnungen über die PatientInnen (vgl. Shortliffe et al., 2006).

Die e-Geschichte der Krankheit ist eine digitale Sammlung von Informationen über den Gesundheitszustand des Einzelnen, dem eine lebenslange pflegerische Versorgung zur Verfügung gestellt wird. Es ist auf solche Weise organisiert, dass bevollmächtigten BenutzerInnen des Systems gleichzeitiger Zugriff auf diese Information gewährt wird (vgl. Shortliffe et al., 2006).

## **2.2 Risikomanagement in der Pflege**

Das Folgende Kapitel beschäftigt sich mit der Thematik rund um Risiko und Risikomanagement

### **2.2.1 Definition der Begriffe Risiko und Risikomanagement**

Sollen die Begriffe des Risikos sowie des Risikomanagements näher definiert werden, so hat sich für die Praxis folgende Definition als praktikabel erwiesen.

"Risiko ist die aus der Unvorhersehbarkeit der Zukunft resultierende, durch zufällige Störungen verursachte Möglichkeit, geplante Ziele zu verfehlen" (Knust, 2005, S.15).

Diese Definition macht jedoch keinerlei Aussage in Bezug auf die Unkenntnis oder auch Kenntnis von Eintrittswahrscheinlichkeiten und somit den Schadensausmaßen, die mit den Risiken einhergehen (vgl. Knust, 2005, S.15f).

Es kann in diesem Zusammenhang auch die folgende Definition für den Begriff des Risikos präsentiert werden:

"Es beschreibt immer ein Wagnis bzw. die Möglichkeit, dass eine Handlung oder Aktivität einen körperlichen oder materiellen Schaden oder Verlust zur Folge hat oder mit anderen Nachteilen verbunden ist" (Duden, 2007, S. 432).

Es kann Risiko jedoch auch als eine unerwünschte Nebenfolge einer Handlung bezeichnet werden sowie als eine Möglichkeit, dass sich Erwartungen auf Grund unterschiedlicher Störprozesse nicht erfüllen (vgl. Holzer, 2005, S.33).

Betrachtet man die obigen Definitionen, so zeigt sich, dass der Begriff des Risikos im allgemeinen Sprachgebrauch deutlich negativ besetzt wird und in diesem Sinne als das Gegenteil des Begriffs der Sicherheit verstanden wird.

Es finden sich auch für den Begriff des Risikomanagements in der Literatur eine große Anzahl von unterschiedlichen Erklärungen, um diesen Begriff näher definieren zu können. Eine mögliche Definition ist die folgende:

"Risikomanagement ist ein kontinuierlicher, projektbegleitender Prozess und ein wichtiger Bestandteil der Projektmanagementaktivitäten mit dem Ziel, Risiken frühzeitig zu entdecken und etwas dagegen zu unternehmen" (Hindel et al., 2006, Glossar).

Es kann weiter festgestellt werden, dass grundsätzlich der Risikobegriff vier Merkmale aufweist, so tritt zum ersten Risiko nur dann auf, wenn Menschen aktiv bestrebt sind, unterschiedliche Ziele zu verfolgen und sie auf externe oder auch interne Umstände reagieren bzw. im Rahmen dieser Umstände agieren, wobei sich diese überraschend verändern können. Es ist an dieser Stelle relevant zu erwähnen, dass der Begriff des Risikos auch dann angewandt wird, wenn Ziele nicht erreicht werden. Zum zweiten kann als ein bestimmendes Merkmal von Risiko die Unsicherheit gesehen werden. Es ist die Aufgabe des Risikomanagements, Unsicherheiten sowohl einzugrenzen als auch sinnvoll und in der Praxis einzuschätzen sowie im Anschluss im Rahmen von Entscheidungen zu berücksichtigen.

Als drittes Merkmal können die Auswirkungen von Risiken auf Ziele oder Erwartungen genannt werden. Es ist hier die Aufgabe des Risikomanagements, diese Auswirkungen sowohl zu messen als auch einzuschätzen. Zu guter Letzt kann Risiko auch ein Überbegriff von Gefahr und Chance sowie Chance und Bedrohung gesehen werden, wobei der Begriff des Risikos sich eben in diesem Spannungsfeld befindet (vgl. Brühwiler, 2011, S.23).

### **2.2.2 Risiken in der Pflege**

Es ist jede Organisation mit einer großen Anzahl von Risiken konfrontiert, dies gilt auch für den Bereich der Pflege. In diesem Zusammenhang können Risiken in zwei unterschiedliche Arten eingeteilt werden, nämlich zum einen in jene, die das Arbeitsumfeld von außen bedrohen, zum anderen aber auch in jene, welche im Rahmen des Unternehmens selbst auf Grund ihres Wirkens und ihrer Prozesse sowie ihrer Struktur entstehen und damit die KundInnen bzw. PatientInnen oder auch das Umfeld oder das Unternehmen selbst bedrohen. Es ist somit jedes Unternehmen sowohl Risikopfer als auch Erzeuger von Risiko.

Es ist somit wichtig, dass die Organisation nicht nur für externe Risiken gewappnet ist, sondern insbesondere für jene Risiken, welche von ihr selbst erzeugt werden. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Nutzen, den eine gewisse Aktion hervorbringt, durch die Risiken übertroffen wird. Ein Unternehmen sollte sein Risikopotenzial unter Kontrolle haben, damit für die KundInnen, insbesondere im Pflegebereich für die PatientInnen, Sicherheit gewährleistet werden kann. Es wurde sehr lange Zeit nicht erkannt, dass Gesundheitseinrichtungen schon auf Grund des Umstandes, dass sie PatientInnen behandeln, aber auch auf Grund der Art, auf die sie organisiert sowie strukturiert sind, erhebliche Risiken für PatientInnen generieren, die theoretisch vermeidbar wären (vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S.19f).

Die oben genannte Beschreibung von Risiko von Conen und Hochreutener bezieht sich am Treffendsten auf die Thematik des Gesundheitswesens, da sie sich insbesondere mit der Organisation Krankenhaus beschäftigt. All jene Organisationen, die in ihrem Betätigungsfeld mit einem hohen Risiko arbeiten müssen oder auch, deren allgemeine Tätigkeiten verbunden sind mit einem erhöhten Risiko, müssen das jeweilige Risiko kalkulierbar machen oder zumindest abschätzbar. Es zeigt sich dies darin, dass in derartigen Organisationen häufig im Rahmen der Qualitätssicherung auch weiter ein Risikomanagement betrieben wird (vgl. Hochreutener/Conen, 2005, S.19f).

Risiken für PatientInnen, MitarbeiterInnen und Organisationen sind im Gesundheitswesen somit weit verbreitet. Daher ist es für ein Unternehmen notwendig, über qualifizierte Risikomanager zu verfügen, die Risikomanagementpläne mit dem Ziel der Minimierung der Exposition bewerten, entwickeln, implementieren und überwachen. Es gibt viele Prioritäten für eine Gesundheitsorganisation wie Finanzen, Sicherheit und vor allem PatientInnenversorgung. Viele PatientInnenrisiken können reduziert werden, indem ÄrztInnen und MitarbeiterInnen angemessen geschult werden, eine starke Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen gefördert wird, Beratungsdienste für

PatientInnen geleistet werden und Kompetenzbeurteilungen durchgeführt werden (vgl. Weinberger, 2018).

Zu einer weiteren Maßnahme gehört das Critical Incident Reporting System (CIRS). Dies ist ein freiwilliges, anonymes Meldesystem und beinhaltet folgende Schritte: Analyse von unerwarteten Ereignissen, Checklisten, Befragungen, Beschwerden, Vernetzungstreffen mit anderen Spitälern, Risikoaudits und Ausbildung von MitarbeiterInnen zu zertifizierten Risikomanagern (vgl. Projektleiter der BH Schwestern).

Risikomanagement ist keine selbstständige Tätigkeit. Sie ist ein Bestandteil der Verantwortung des Managements und ein integrierter Teil der organisatorischen Prozesse sowie aller Projekte und Veränderungsprozesse (vgl. Projektleiter der BH Schwestern).

### **2.2.3 Risikomanagement in der Pflege**

Auch der Begriff des Risikomanagements wird, je nachdem, auf welche Branche er angewandt wird, zum Teil sehr unterschiedlich interpretiert. Es zeigt sich hier das Problem, dass es für den Begriff des Risikomanagements keine allgemein verbindliche Definition gibt. So steht im wirtschaftlichen Bereich etwa bei Unternehmen oder Banken vor allem die Absicherung finanzieller Risiken im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

Eine wesentlich umfassendere Bedeutung jedoch kommt dem Risikomanagement in all jenen Bereichen zu, in welchen Menschenleben zu schützen sind und nicht ausschließlich materielle Werte. Derartige Bereiche werden somit als Hochsicherheits-/Hochrisikobereiche bezeichnet, da hier im Allgemeinen das Risiko sehr hoch eingeschätzt wird und aus diesem Grund dem Faktor der Sicherheit eine sehr hohe Bedeutung zukommt (vgl. Paula, 2007, S.4).

Ein weit verbreiteter Begriff für derartige Arbeitswelten ist jener der high reliability organisation (HRO), welcher in etwa mit Hoch-Zuverlässigkeitsorganisation übersetzt werden kann. Es zeigt dieser Ausdruck sehr deutlich die besonderen Anforderungen, die an derartige Arbeitswelt gestellt werden. Ein Krankenhaus oder auch andere Organisationen, in denen Menschen gepflegt werden, können als HRO gesehen werden. Es gelten hier ganz besondere Bedingungen, da die Patienten ohnehin schon auf Grund von Erkrankungen oder Verletzungen eine Vorschädigung aufweisen. Deshalb müssen sie als besonders anfällig betrachtet werden. Weiter ist es relevant zu erwähnen, dass die Leistungserbringung in direkter Art und Weise erfolgt und es somit nicht möglich ist, die Wirkung zurückzunehmen (vgl. Paula, 2007, S.4).

Aus diesem Grund kommt gerade der präventiven Vermeidung von Fehlern eine sehr große Bedeutung zu, da es nur sehr schwer oder oftmals gar nicht möglich ist, Fehler nachträglich zu korrigieren (vgl. Paula, 2007, S.4).

Betrachtet man die Definition des Risikomanagements von Hochreutener und Conen (2005), so beschreiben sie den Begriff folgendermaßen.

"Klinisches Risikomanagement hat zum Ziel, das Risiko, das der Patient eingeht, in dem er sich einer Gesundheitsorganisation anvertraut, zu minimieren oder anders gesagt: die Patientensicherheit zu optimieren, indem die Ursachen vermeidbarer Behandlungsfehler eliminiert werden. Damit schützt die Organisation nicht nur ihre Kunden, sondern langfristig auch sich selbst" (Hochreutener/Conen, 2005, S. 20).

Es soll jedoch an dieser Stelle auch noch eine weitere Definition für Risikomanagement vorgestellt werden.

"An adverse event that is planned or unplanned and can potentially impact an organization, operation, process or project. It is usually defined in negative terms as an outcome. If a risk has a positive outcome, it will be an opportunity" ([http://www.exit18.com/risk\\_management\\_definition.htm](http://www.exit18.com/risk_management_definition.htm))

Es kann somit festgestellt werden, wenn die obigen Definitionen betrachtet werden, dass es sich beim Risikomanagement um eine Managementmethode handelt, welche das eindeutige Ziel verfolgt, in einer systematischen Form sowohl Risiken als auch Fehler zum einen zu erkennen, zum anderen aber auch zu analysieren und zu verhindern sowie die Folgen von Fehlern und Risiken zu begrenzen. Des Weiteren sollen die hier zu ergreifenden Maßnahmen in Bezug auf ihre Wirksamkeit kontinuierlich bewertet werden. Dies kann etwa im Sinne der Dokumentationspflicht in der Pflege geschehen (vgl. Kahla-Witzsch, 2005, S.15).

### Einsatzgebiete des Risikomanagements

Es gibt unterschiedliche Methoden und auch Techniken für die Beurteilung und die Ermittlung von Risiken, da auch die Einsatzgebiete derartiger Methoden und Techniken sehr unterschiedlich sind und es somit nicht möglich ist, sie in jeder Organisation und jedem Arbeitsumfeld in uneingeschränkter Art und Weise einzusetzen. Es bieten sich nach Führinger und Gausmann (2004) gerade im Pflegebereich die folgenden Einsatzgebiete für das Risikomanagement an. So analysiert Risikomanagement im Krankenhaus oder in Pflegeeinrichtungen Prozesse, aber auch Strukturen sowie Ergebnisse aus der Sicht der tatsächlichen Schadensereignisse (vgl. Führinger/Gausmann, 2004).

Somit dient das Risikomanagement in diesem Zusammenhang nicht nur der Identifizierung, sondern auch der Bewertung von potenziellen Risiken sowie der Umsetzung von Maßnahmen, die als risikopräventiv bezeichnet werden können. Weiter setzt sich das Risikomanagement im Krankenhaus bzw. im Pflegebereich allgemein das Ziel, zur Förderung des Risikobewusstseins der MitarbeiterInnen, damit sie sensibilisiert werden für eventuelle Gefahrenquellen. Weiter hat das Risikomanagement auch zum Ziel, dass aus begangenen Fehlern gelernt wird. Auf diese Art und Weise soll es möglich sein, eine Wiederholung der jeweiligen Fehler zu vermeiden. Es kommt so zu einer Erhöhung der PatientInnensicherheit (vgl. Führinger/Gausmann, 2004).

### Der Risikomanagementprozess

Betrachtet man den Risikomanagementprozess, so sieht dieser im Sinne eines typischen Ablaufs nacheinander die Erkennung, die Bewältigung sowie die Überwachung von potenziellen Gefahren vor. Die folgende Abbildung 1 zeigt einen graphischen Überblick über den Risikomanagementprozess (vgl. Schöder, online)

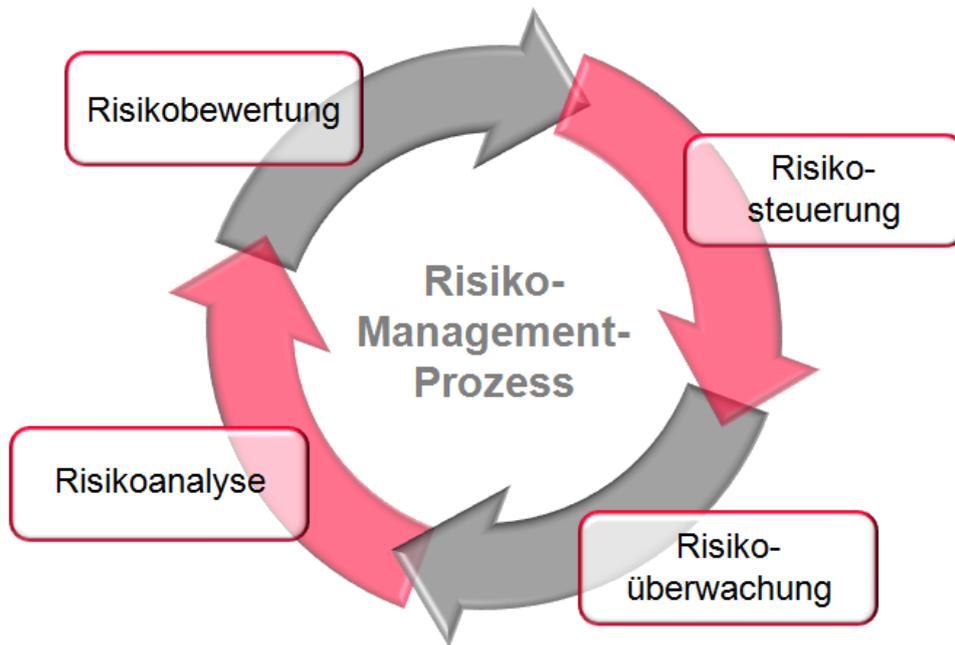


Abbildung 1: Risikomanagementprozess

Betrachtet man hier den Bereich der Risikoerkennung genauer, so versteht man darunter den Versuch, schon im Vorfeld so viele potenzielle Risiken wie nur irgendwie möglich aufzudecken. Es bedeutet aus diesem Grund Risikomanagement auch, dass systematisch nach möglichen Fehlerquellen in der Arbeitsumwelt der Pflege gesucht wird (vgl. Paula, 2007, S. 72).

In Bezug auf die Risikobeurteilung kann festgestellt werden, dass diese Phase die Ergebnisse der Risikoerkennung zur Grundlage hat. So beinhaltet sie eine nach Möglichkeit vollständige, aber in jedem Fall kontinuierliche sowohl qualitative als auch quantitative Beurteilung aller Risiken, die identifiziert werden konnten (vgl. Denk, 2005, S. 91).

Es können die Ergebnisse der Risikobewertung in Form einer sogenannten Risikomatrix dargestellt werden. Es bietet dieses Instrument die Möglichkeit darzustellen, aus welchem Risiko in ihrer Abhängigkeit von der jeweiligen Eintrittswahrscheinlichkeit sowie von der Schadenshöhe, die zu erwarten ist, welcher Handlungsbedarf resultiert. Auf diese Weise hilft eine derartige Risikomatrix, Relevanzen und Prioritäten im Rahmen der Risikobewältigung zu setzen (vgl. Kahla-Witzsch, 2005, S. 53). Im Folgenden wird im Rahmen der Abbildung 2 eine beispielhafte Risikomatrix präsentiert (vgl. Cyanocenter, online):

		Schadensausmaß		
		Gering	Mittel	Hoch
Eintrittswahrscheinlichkeit	Häufig	Mittleres Risiko	Hohes Risiko	Hohes Risiko
	Gelegentlich	Geringes Risiko	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
	Selten	Geringes Risiko	Geringes Risiko	Mittleres Risiko

Abbildung 2: Risikomatrix

Betrachtet man den Bereich der Risikobewältigung näher, so kann die Bewältigung potenzieller Risiken als der eigentliche Zweck von Risikomanagement gesehen werden. Naturgemäß sind die meisten Prozesse mit einem gewissen Risiko behaftet. Aus diesem Grund ist es nur möglich, potenzielle Risiken zu bewältigen, indem die einzelnen Gefahrenquellen so gut wie möglich eliminiert werden. Es ergibt sich die Gesamtwirkung der Risikobewältigung dann aus der Kombination der unterschiedlichen Einzelmaßnahmen, die vorgenommen werden. So ermöglicht etwa eine gute Vorarbeit im Sinne einer Erfassung, einer Analyse sowie einer Bewertung der Arbeitsvorgänge in zielgerichteter Art und Weise, die wichtigsten Probleme zu lösen (vgl. Paula, 2007, S. 110).

Wird nun der Faktor der Risikoüberwachung näher betrachtet, so wird hierunter eine stetige Kontrolle des Risikoprozesses, aber auch eine laufende Überprüfung der Wirksamkeit des Risikoprozesses gesehen. So werden hier im Rahmen der Risikoüberwachung vier unterschiedliche Fragen beantwortet:

- Wurden im Vorfeld alle Risiken identifiziert, sind neue dazugekommen oder welche entfallen?
- Ist die Bewertung der Risiken noch zutreffend?

- Kam es in Bezug auf das Schadensausmaß der Risiken zu einer korrekten Einschätzung?
- War es möglich, die Maßnahmen zur Risikovermeidung umzusetzen? (vgl. Kahla-Witzsch, 2005, S. 55).

### Ziele des Risikomanagements

Es können die unterschiedlichsten Ziele des Risikomanagements beschrieben werden. So soll zum einen das Überleben der gesamten Organisation sichergestellt werden. Weiter sollen sowohl die Strategien als auch die Ziele mit der Risikofähigkeit abgeglichen werden. Ein weiteres Ziel des Risikomanagements ist eine Verbesserung, aber auch der Effizienz der Organisation sowie eine Erhöhung der Planungssicherheit (vgl. Brühwiler, 2011, S. 36ff).

Des Weiteren ist hier zu erwähnen, dass die Sicherheit der Infrastruktur erhalten werden soll. Hier können als Beispiele etwa unterschiedliche Gerätschaften, aber auch der Arbeitsplatz an sich sowie die vorhandenen Räumlichkeiten genannt werden. Auch die Sicherheit der MitarbeiterInnen und der Umwelt zu gewährleisten, kann als ein Ziel des Risikomanagements gesehen werden. Zu guter Letzt ist hier auch zu erwähnen, dass im Rahmen des Risikomanagements die Bedürfnisse vom Kunden, aber auch MitarbeiterInnen, also von PatientInnen sowie Pflegepersonal, befriedigt werden sollen (vgl. Brühwiler, 2011, S. 36ff).

Es kann somit festgestellt werden, dass das Ziel des Risikomanagements ein kontrollierter sowie effektiver Umgang, aber auch eine rechtzeitige Erkennung sowie Umsetzung von Chancen ist und nicht eine allgemeine Vermeidung von Risiken. Es besteht die weitere Zielsetzung darin, dass bei den MitarbeiterInnen das Risikobewusstsein gefördert wird und sie sensibilisiert werden für mögliche Gefahrenquellen, sodass es zu einer stärkeren Identifikation der MitarbeiterInnen mit ihrer Aufgabe kommt. So besteht hier ein relevanter Aspekt darin, dass aus Fehlern, die einmal begangen wurden, auch gelernt wird und sie sich somit nicht wiederholen. Es kann so die PatientInnensicherheit erhöht werden, aber es kommt auch zu einer Absicherung der Beschäftigten im Krankenhaus/Pflegebereich im Falle einer Anspruchsstellung (vgl. Kahla-Witzsch, 2005, S. 15).

Es kann somit zusammenfassend festgestellt werden, dass im Rahmen des Fehlermanagements, aber auch des Risikomanagements die Thematik rund um PatientInnensicherheit von großer Relevanz ist. So ist in der Gesundheitsversorgung die PatientInnensicherheit ein sehr wichtiges gesundheitspolitisches Thema geworden.

## 2.3 Digitale Kompetenz

Digitale Kompetenz im Sinne eines Wissens rund um den Umgang mit Informations- sowie Kommunikationstechnologien (IKT) steht in diesem Kapitel im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit.

### 2.3.1 Definition

Es haben die Informations- sowie Kommunikationstechnologien (IKT) in den modernen Gesellschaften einen relevanten Stellenwert eingenommen. So kann etwa festgestellt werden, dass 28% des österreichischen Wirtschaftswachstums auf derartige Technologien zurückgeführt werden können. Prognosen gehen hier noch von einer weiteren Steigerung der Wertschöpfung durch den Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien aus. Es durchdringen inzwischen die IKT jeden einzelnen gesellschaftlichen Bereich. Sie sind somit allgegenwärtig geworden und haben den Alltag der Menschen nicht nur im beruflichen (Arbeit), sondern auch privaten Bereich als der Freizeit verändert. Interaktive, digitale Medien spielen eine immer gewichtigere Rolle für die Entwicklung der Zivilgesellschaft. Als Beispiel kann hier etwa die gesellschaftliche Teilhabe genannt werden und somit auch die Festigung sowie die Entwicklung von demokratischen Strukturen, da dies in zunehmendem Maße mittels digitaler Medien erfolgt. Ein kritisch-reflektierter sowie sachgerechter Umgang mit Informations- sowie Kommunikationstechnologien kann somit folgerichtig als eine der Schlüsselkompetenzen im Arbeitsleben gesehen werden (vgl. Bruneforth et al., 2016, S. 95).

In der heutigen Zeit wird der Begriff der Medienkompetenz in vielen Fällen durch jenen der digitalen Kompetenz ersetzt. Es ist nicht einfach, den Begriff der Medienkompetenz zu definieren, da hier eine große Anzahl von unterschiedlichen Faktoren berücksichtigt werden muss. So ist es notwendig, inhaltliche Beschreibungen wie Computer, Medien, aber auch IKT mit unterschiedlichen Konzepten wie Fertigkeiten, Literarität sowie Kompetenz miteinander zu verknüpfen (vgl. Bruneforth et al., 2016, S. 95).

Somit wurde nach der neuen EU-Diktion von Ilomäki, Kantosalo und Lakkala (2011) der Begriff der digitalen Kompetenz (digital competence) in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit gestellt, da dieser sich zunehmend durchsetzt und eine große Anzahl von Vorteilen bietet. So werden mit der allgemeinen Bezeichnung "digital" unterschiedliche Wortkombinationen wie etwa Internet, Computer oder IKT vermieden, da diese in ihrem Gegenstandsbezug die jeweiligen Inhalte, die angestrebt werden, zu eng fassen. Ähnlich sieht es auch für den Kompetenzbegriff aus, der gegenüber

unterschiedlichen Fertigkeiten, skills sowie bezüglich der Literarität, die auf kulturelle Grundkenntnisse abzielt, breiter gefasst ist (vgl. Ilomäki, 2016, S.658ff).

So macht der Begriff der digitalen Kompetenz, der auch von der EU vorgeschlagen wurde, deutlich, dass sich der Inhalt der Medienkompetenz deutlich gewandelt hat und es möglich ist, ihn heute mit digitaler Kompetenz gleichzusetzen. Es stellt die digital competence in der heutigen Wissensgesellschaft eine der Grundfertigkeiten dar und kann somit mit Lesen, Schreiben oder Rechnen in Bezug auf ihre Relevanz gleichgesetzt werden. Allerdings geht sie über ein derartiges Basiswissen, wie es durch die sogenannte digital literacy bezeichnet wird, hinaus (vgl. Ilomäki, 2016, S.658ff).

Ferrari (2012) bietet hier eine sehr umfassende Definition, die auf 15 verschiedenen Kompetenzmodellen basiert, welche aus Implementierungsinitiativen, Schulcurricula, akademischen Publikationen sowie Zertifizierungsschemata entnommen wurden.

„Digital Competence is the set of knowledge, skills, attitudes (thus including abilities, strategies, values and awareness) that are required when using ICT and digital media to perform tasks; solve problems; communicate; manage information; collaborate; create and share content; and build knowledge effectively, efficiently, appropriately, critically, creatively, autonomously, flexibly, ethically, reflectively for work, leisure, participation, learning, socializing, consuming, and empowerment.“ (Ferrari , 2012, S.3f)

Im Rahmen der obigen umfassenden Definition werden nicht nur Kenntnisse im Sinn des Knowledge, also der Medienkunde sowie Fertigkeiten bei der Anwendung zum Sinne der Problemlösung (skills im Sinne von Mediennutzung), sondern auch der Kommunikation (Medienkommunikation) sowie des Managements von Informationen (Medieninformatik) inkludiert. Es wird auch eine generell gesellschaftskritische Haltung (attitudes im Sinne von Medienkritik) angesprochen (vgl. Bruneforth et al., 2016, S. 96).

### **2.3.2 Digitale Kompetenz in der Pflege – Implementierung**

Es bilden Pflege sowie IT erst dann eine Symbiose im Sinne einer Zusammenarbeit, wenn es möglich ist, dass die IT im Hintergrund läuft und sie der Aufgabenkomplexität im pflegerischen Bereich auch gerecht wird sowie sich den verschiedenen Sektoren in der Pflege sowie den unterschiedlichen Tätigkeitsfeldern anpasst (Quelle).

Es umfasst die Digitalisierung, wie schon oben erwähnt, beinahe alle Lebens- und Arbeitsbereiche des Menschen und somit auch den Gesundheits- sowie Pflegebereich. Insbesondere vor dem Hintergrund des demographischen Wandels, aber auch des Fachkräftemangels in der Pflege, aber auch in Bezug auf Selbstbestimmung und

Lebensqualität von pflegebedürftigen Menschen ist es möglich, dass digitale Technologie einen großen Mehrwert im Rahmen der Pflege mit sich bringen. So können sie als technische Haushaltshilfe fungieren und Menschen bei der Hausarbeit helfen oder auch neue Kommunikationsmittel sowie Mobilitätslösungen für die soziale und kulturelle Teilhabe bis in das hohe Alter ermöglichen. Es helfen Sensorsysteme, Notsituationen zu antizipieren und somit Leben zu retten. Unterschiedliche Konzepte können den Pflegealltag erleichtern und Pflegekräfte somit entlasten. Damit es möglich ist, die Digitalisierung im Rahmen der Pflege effektiv nutzen zu können, ist es notwendig, dass das Pflegepersonal neue Kompetenzen aufbaut (vgl. GFI, 2017, S.5f)

Sowohl in Bezug auf den Umgang mit dem Pflegenden als auch bezüglich des Umgangs mit den neuen Technologien, wie etwa dem Assessmenttool ePA-AC®. Vom Beirat IT-Weiterbildung wurden fünf unterschiedliche Handlungsfelder identifiziert, welche im Folgenden ausgeführt werden (Abbildung 3; vgl. GFI, 2017, S.6)

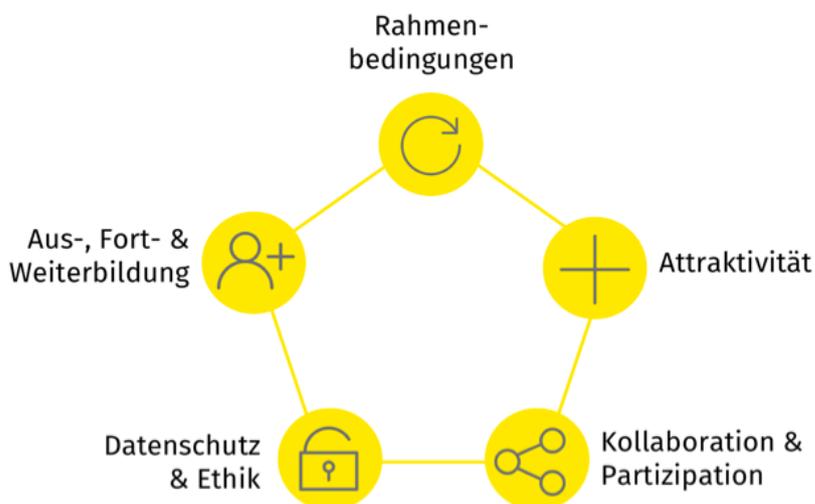


Abbildung 3: Handlungsfelder/Implementierung von neuer Software

Im Handlungsfeld 1 werden Anforderungen hinsichtlich Rahmenbedingungen definiert. Im Rahmen dieses ersten Handlungsfeldes soll etwa die Eigen-, aber auch die Mitverantwortung gestärkt werden. Es bedeutet eine zunehmende Digitalisierung ein neues Denken der Führungskräfte, aber auch des gesamten Pflegefachpersonals. Wie oben erwähnt, verändert die zunehmende digitale Vernetzung sowie Durchdringung aller Lebensbereiche mit unterschiedlichen digitalen Technologien Arbeits- und

Geschäftsprozesse. Somit kommt es hier zu Auswirkungen auf die Form der Zusammenarbeit der Menschen und es ist notwendig, dass Digitalisierung im Pflegebereich auch mit neuem Personalmanagement sowie Führungskonzepten und verbesserten und neuen Strategien der Weiterbildung verbunden wird. Aus diesem Grund sollte auch die Management- sowie Leitungsebene darin geschult werden, die Pflegefachkräfte am Prozess der Veränderung zu beteiligen und in einer diskursiven Form neue Arten der "Pflegearbeit 4.0" auszuhandeln (vgl. GFI, 2017, S.7).

In Bezug auf einen verantwortungsvollen Umgang mit der neuen Nutzbarkeit digitaler Hilfsmittel müssen Pflegekräfte geschult werden. Auch das Zeitmanagement erfordert eine Stärkung. Es bietet der Einsatz unterschiedlicher Assessmenttools die Möglichkeit einer Stärkung der Rolle der Pflege und somit auch einer Kompetenzsteigerung bei den Führungskräften, welche den Einsatz der Technologie in partizipativer Art und Weise gestalten. Für dieses Vorgehen ist Vertrauen notwendig, aber auch eine Neuregelung von Rechten und Pflichten im Rahmen von Vertriebsvereinbarungen, die jedoch eine inhaltliche und zeitliche Flexibilität im Sinne der Pflegekräfte nicht missen sollten (vgl. GFI, 2017, S.7).

Auch ein interdisziplinärer Austausch in Bezug auf technische Entwicklungen im Bereich der Pflege sollten in den ausbildenden Einrichtungen in kooperativer Art und Weise durchgeführt werden (vgl. GFI, 2017, S. 8).

Ausgangspunkt und Voraussetzung ist eine technische Grundausstattung, nicht nur in den Krankenhäusern sowie Pflegeeinrichtungen, sondern auch in den Weiterbildungseinrichtungen. Es ist in diesem Zusammenhang auch das neue Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (e-Health-Gesetz) von großer Relevanz. Ab Mitte 2018 sollen flächendeckend Arztpraxen sowie Krankenhäuser in die Telematik Infrastruktur angeschlossen werden (vgl. GFI, 2017, S. 8).

Das Handlungsfeld 2 beschreibt eine Stärkung der Aus-, Fort- sowie Weiterbildung. So sollten die Kernkompetenzen der Pflegeinformatik, aber auch informationstechnische Grundbildung unbedingt in der grundständigen Pflegeausbildung berücksichtigt werden. Derzeit ist im Rahmen der Curricula nur spärlich und sehr wenig eine EDV-Ausbildung eingebunden. Es ist jedoch notwendig, dass die Curricula für die Ausbildung der Pflegekräfte ein mehrdimensionales Verständnis von Medienkompetenzvermittlung beinhalten, wobei hier nicht nur die rein technische Seite, also die Anwendung der jeweiligen Software, von großer Relevanz ist, sondern auch die Dimensionen technikinduzierter Kollaboration sowie Kommunikation sowie des selbstständigen

Lernens und ein Verständnis von rechtlichen, ethischen sowie ökonomischen Rahmenbedingungen (vgl. GFI, 2017, S. 10).

Weiter sollten die IT-bezogenen Kompetenzprofile von Pflegefachkräften in Bezug auf die unterschiedlichen Bereiche, Arbeitssituationen, aber auch Qualifikations- sowie Verantwortungsstufen passgenau unterschieden werden (vgl. GFI, 2017, S. 11). Die Vermittlung in Bezug der Fakten auf Datenschutz sowie Ethik stehen im Mittelpunkt des dritten Handlungsfeldes. Oftmals muss Ethik in einer digitalen Welt erst erlernt werden. Im Moment steht die Gesellschaft vor der dritten Welle der Digitalisierung. Es werden immer mehr Abläufe automatisiert, auch wenn dies viele neue Möglichkeiten für die Gesellschaft in sich birgt, so ist es hier doch eine neue Interaktion mit automatisierten Prozessen sowie eine neue Vernetzung ganz bestimmter Informationen, wobei sich hier die Frage nach der Bewertung stellt. Es können viele Möglichkeiten in Bezug auf die Digitalisierung, die eine digitale Kompetenz voraussetzt, zu Angst oder Unsicherheit führen. Auch das gewohnte Wertesystem kann sich verändern und verschieben (vgl. GFI, 2017, S. 13). Von großer Bedeutung ist auch der Datenschutz als Schutz der Pflegebedürftigen, aber auch der Beschäftigten. So ist es notwendig, dass Pflegefachkräfte die rechtlichen Rahmenbedingungen wissen, etwa wenn es um die Vergabe und Nutzung von Passwörtern geht (vgl. GFI, 2017, S. 13).

Es beschäftigt sich das vierte Handlungsfeld mit Kollaboration und der Förderung der Partizipation im Sinne einer Zusammenarbeit in professioneller Art und Weise zwischen den einzelnen Personen, die mit dem Patienten/der Patientin in Berührung kommen (vgl. GFI, 2017, S. 15).

So sollte Pflegewissenschaft, aber auch Pflegepraxis sowie Informatik schon in der Ausbildung miteinander verbunden werden (vgl. GFI, 2017, S. 16).

In der heutigen Zeit ist auch das Handlungsfeld 5 von großer Bedeutung, nämlich eine Verbesserung der Attraktivität der Pflegeberufe. So verbessert eine digitalisierte Pflege die Arbeitsbedingungen der Fachkräfte und öffnet den Beruf auch für neue Zielgruppen. So führen digitale Systeme nachweislich zu einer Steigerung der Qualität, wenn es um die Versorgung von Pflegebedürftigen und PatientInnen geht. Es kann die Sicherheit der PatientInnen erhöht werden oder auch unterschiedliche Assessmenttool bei der geeigneten Wahl der Behandlung verwendet werden. Es bietet eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen nicht nur zufriedene, sondern auch besser versorgte PatientInnen, was die Attraktivität des Berufsfeldes für Auszubildende weiter steigert. Es beinhaltet die technische Innovationskraft, die die Digitalisierung der Pflege mit sich bringt, eine

Chance, dass neue Zielgruppen angesprochen werden, die sich für den Beruf der sozialen Dienstleistungs- und Gesundheitsberufe interessiert (vgl. GFI, 2017, S. 17).

## **2.4 Pflegeassessment**

Unter Pflegeassessment wird die Anwendung von Assessmentstrategien in der Pflege verstanden, d. h. Messen, Bewerten und Einschätzen von pflegerelevanten und pflegebezogenen Zuständen. Der Einsatz von verschiedenen Assessmentinstrumente ist in allen Phasen des Pflegeprozesses möglich, besonders im Rahmen der Pflegeanamnese. Somit wird eine objektive Einschätzung des IST – Zustandes der PatientInnen gewährt.

(vgl. <http://www.pflegeassessment.de/>, abgerufen am 03.11.2018)

Pflegewissenschaft darf nicht zum Selbstzweck werden, sondern muss immer auch den Betroffenen nutzen, seien es die PatientInnen, deren Angehörige oder die Pflegefachpersonen. Sie muss aber auch berufspolitisch und damit gesundheitspolitisch und in letzter Konsequenz für „die Gesellschaft“ relevant sein, auch wenn die Umsetzung der Erkenntnisse nicht immer einfach oder schnell geht (vgl. Bartholomeyczik, 2009).

Um etwas messen zu können, muss das zu messende Konzept oder Konstrukt zuvor mittels geeigneter Indikatoren definiert worden sein. Die Operationalisierung von Pflegebedürftigkeit und Pflegebedarf spielt eine wichtige Rolle. Doch wie lassen sich solch komplexe Konzepte in eine überprüfbare, transparente Form bringen? An dieser Stelle setzen Klassifikationssysteme, Assessmentinstrumente und Pflegediagnosen an (vgl. Bartholomeyczik, 2004b).

Sie ermöglichen es, den zunächst unscharfen Begriff der Pflegebedürftigkeit (PatientInnen / Bedarfsseite) zu operationalisieren, d.h. in messbare Begriffe zu überführen, um daraus den „objektivierten“ Pflegebedarf, letztlich Handlungen abzuleiten (Pflege-/Angebotsseite) und deren Erfolg abschließend zu überprüfen (vgl. Hunstein, 2009).

## **2.5 Assessmentinstrumente in der Pflege**

Zu den Assessmentinstrumenten gehören strukturierte Fragebögen, Skalen, Test und Interview Leitfäden, welche zum Sammeln von Daten verwendet werden. Eine Reihe von Assessmentinstrumenten wurde entwickelt, um das Pflegepersonal in seiner

Bewertungsrolle zu unterstützen. Ein Assessmentinstrument muss nicht nur praktikabel sein, sondern auch gültig und zuverlässig (vgl. Bartholomeyczik, 2004b, S. 187-195).

Als Beispiel wird die Braden-Skala genannt. Der Braden Score (oder Braden Skala) wird zur Identifizierung des Risikos der Entwicklung von Druckgeschwüren (Dekubitus) verwendet. Es ist wichtig, dass bei PatientInnen, die ein Risiko für einen Dekubitus haben, eine angemessene Pflegeplanung, sowie -maßnahmen erstellt werden. Die systematische Verwendung einer Risikobewertungsskala hilft, die Aufmerksamkeit auf die Prävention von Dekubitus zu lenken. Die Verwendung eines Assessmentinstruments ohne Wissen, Fähigkeiten, Zeit und Materialien führt zu einer Null-Wirkung. Für den Einsatz und die fachgerechte Anwendung des Pflegeassessments ist ein Fachwissen bezüglich Pflegediagnosen Voraussetzung, denn somit wird der Pflegebedarf, die Pflegeart und die Qualität ermittelt und eine Grundlage des pflegerischen Handelns geschaffen (vgl. Bartholomeyczik, 2004b, S. 187-195).

Im nächsten Kapitel wird auf die ePA-AC® Methode mehr eingegangen, welches aus mehreren Assessmentinstrumenten besteht.

## **2.6 Pflegetheorie nach Orem**

Die Theorie von Orem wird auch als Selbstpflegetheorie oder Selbsthilfedefizittheorie bezeichnet. Es handelt sich hier um ein Modell, welches eine individualisierte sowie ganzheitliche Ausrichtung widerspiegelt (vgl. Bäumer, 2008, S.53).

### **2.6.1 Selbsthilfe-Defizit-Modell**

Dorothea E. Orem wurde im Jahr 1914 in Baltimore geboren, entwickelte die Grundlagen ihrer Theorie in den 60er und 70er Jahren, wobei sie sich später jedoch kontinuierlich weiterentwickelte. Sie selbst bezeichnete ihr Modell als Selbsthilfe-Defizit-Modell. Es sind drei miteinander verwandte Theorien in das Modell von Orem miteingebunden, nämlich die Theorie der Selbstpflege, die Theorie des Selbstpflegetheories sowie die Theorie der Pflegesysteme (vgl. Meleis, 2012, S.424).

Betrachtet man die Theorie der Selbstpflege näher, so beschreibt Orem die Selbstpflege als eine zielgerichtete Handlung, welche der Mensch sowohl aus eigenem Antrieb für sich selbst vornimmt, aber auch für hilfebedürftige Familienmitglieder. Es handelt sich hier um eine Form allgemein menschlichen Verhaltens, welches sowohl in der Kultur als auch in dem sozialen Umfeld, in dem ein Individuum aufwächst, erlernt wird (vgl. Bäumer, 2008,

S.53). An dieser Stelle kann erwähnt werden, dass sich die Theorie von Orem nicht ausschließlich auf chronische Erkrankte bezieht (vgl. Riegel, 2012, S.4)

In Bezug auf die Theorie des Selbstpflegetheories kann festgestellt werden, dass diese den Begriff der Selbstpflege noch weiter vertieft. So beschreibt diese Theorie die Voraussetzungen sowie Ziele und Bedingungen für die Selbstpflege, wobei sich diese Faktoren auf die menschlichen Normalfunktionen, aber auch die Entwicklung und die Gesundheit von Menschen beziehen. Weiter wird im Rahmen der Theorie des Selbstpflege-Defizit beschrieben, auf welche Art und Weise die Entwicklung der Fähigkeit von Menschen zu Selbstpflegehandlungen vorstättengeht und welche Faktoren hier diese Entwicklung beeinflussen. Im Rahmen der Theorie der Pflegesysteme wird von Orem beschrieben, auf welche Art und Weise Pflege gestaltet und organisiert werden muss, wenn bei einem Patienten/einer Patientin die Fähigkeit zur Selbstpflege eingeschränkt oder auch gar nicht mehr vorhanden ist (vgl. Bäumer, 2008, S.53).

### **2.6.2 Selbstfürsorge**

Es stellt Orem die persönliche Verantwortung des einzelnen Individuums bezüglich seiner Gesundheit in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit. Des Weiteren sind hier auch Handlungen, die das Leben sowie die Gesundheit und das Wohlbefinden des Menschen erhalten, von großer Bedeutung. Es ist nach der Theorie von Orem jeder Mensch dazu motiviert, sich selbst zu versorgen. Somit hält der Mensch mit seinen Handlungen eine Balance zwischen Anforderungen, die an seine Selbstversorgung gestellt werden, aber auch seinen Fähigkeiten in Bezug auf das Gerecht werden dieser Anforderungen in Balance, damit es dem Menschen möglich ist, diese Balance aufrechtzuerhalten, muss ein kranker, aber auch ein gesunder Mensch unterschiedliche Handlungen vollziehen, wie etwa die Aufnahme von ausreichend Luft, Wasser und Nahrung, ein zufriedenstellendes Ausscheiden, ein ausgewogenes Verhältnis von Ruhe sowie Aktivität, das Verhüten von Gefahren sowie "normal" Sein. Wenn der Mensch krank oder verletzt ist, so sieht er sich erhöhten Anforderungen ausgesetzt, auf Grund der Abweichungen in seiner physischen, psychischen oder auch Verhaltensstruktur (vgl. Bäumer, 2008, S.53).

### **2.6.3 Pflegerische Intervention**

Ist es den PatientInnen oder auch seinen Angehörigen nicht mehr möglich, den Anforderungen an die Selbstfürsorge nachzukommen, wenn also die Balance zwischen

den Anforderungen und den Fähigkeiten auf eine Art und Weise gestört ist, dass die Ressourcen nicht mehr ausreichen, um die Defizite zu kompensieren, so entsteht ein Bedarf an einer pflegerischen Für-Sorge (vgl. Orem et al., 2003, S.8).

So werden auf Grund des pflegerischen Handelns die Fähigkeiten zur Selbstfürsorge unterstützt und ergänzt. Es kommt also zu einem Ausgleichen der Defizite. Es ist hier die Rolle der Pflegeperson komplementär zu jener des Patienten/der Patientin. Die Pflegeperson stützt die Gesundheit, damit der Patient/die Patientin diese nach Möglichkeit wiedererlangen kann oder auch, damit es ihm/ihr möglich ist, mit einer bleibenden Krankheit umzugehen. Es kann als Ziel der pflegerischen Intervention gesehen werden, dass die Selbstfürsorge wiedererlangt bzw. aufrechterhalten wird. Es ist hier aber auch in der Theorie von Orem ein übergeordnetes Ziel definiert, nämlich jenes, dass die normalen Funktionen, aber auch die Gesundheit und das Wohlbefinden gefördert werden.

Es unterstützen die Pflegenden die Selbstpflege auf unterschiedliche Weise. Es kann dies vollständig kompensatorisch geschehen, wobei hier von den Pflegepersonen alle Handlungen der Selbstpflege für den Patienten/die Patientin ausgeführt werden oder auch teilweise kompensatorisch, wobei hier der Patient/die Patientin jene Handlungen der Selbstpflege noch selbst ausführt, zu denen er imstande ist. Im Rahmen der unterstützend-edukativen Selbstpflege ist die Pflegekraft dem Patienten/der Patientin dort behilflich, wo Einschränkungen zu überwinden sind (vgl. Bäumer, 2008, S.53).

#### **2.6.4 Beziehung zum Pflegeprozess**

Betrachtet man Orem's Modell der Selbstfürsorge, so ist es möglich, dass man diese auf die einzelnen Stufen des Pflegeprozesses bezieht, nämlich die Einschätzung, Ursachen und Gründe die Zielsetzung und Planung, die Ausführung sowie die Evaluierung (vgl. Smith/Parker, 2015, S.116f).

##### **Phase 1: Einschätzung**

Betrachtet man hier die erste Phase (Einschätzung) näher, so wird hier festgestellt, in welchem Ausmaß und ob überhaupt der Patient ausreichend individuelle Fähigkeiten besitzt, um erhöhten Anforderungen in Bezug auf die Selbstfürsorge nachkommen zu können. Dies bedeutet eine Feststellung des Defizits an Selbstpflegeressourcen. Es variiert das Verhältnis zwischen Anforderungen und Kapazität mit der Zeit und es kommt hier zu einer Beeinflussung auf Grund vieler unterschiedlicher Faktoren, wobei unter dem

Einfluss dieser Faktoren neue Bedürfnisse der Selbstpflege entstehen und somit auch neue Erfordernisse an das Handeln der beteiligten Personen. So kann etwa die aktuelle Situation durch die Selbstpflegekapazität reduziert werden (vgl. Bäumer, 2008, S.53).

#### Phase 2: Ursachen und Gründe für Defizite

Im Rahmen der zweiten Phase kommt es zu einer Ermittlung der Gründe, die dazu geführt haben, dass das Defizit aufgetreten ist. Es können hier etwa Informations-, Motivationsmangel, mangelnde Fähigkeiten oder auch ein eingeschränktes Verhaltensrepertoire genannt werden (vgl. Bäumer, 2008, S.53f).

#### Phase 3: Zielsetzung und Planung

Der Ausgangspunkt für die Zielsetzung, aber auch die Planung, sind die Defizite in der Selbstfürsorge. So werden in einem ersten Schritt die Ziele in unterschiedlicher Reichweite formuliert. Die Erhaltung der self-care beschreiben oder auch den möglichen Grad der Wiederherstellung. Im Anschluss wird von den Pflegepersonen und, soweit es den PatientInnen möglich ist, mit ihm gemeinsam, festgelegt, ob und in welcher Art und Weise die Pflegeperson entweder vollständig oder teilweise ersetzend oder auch unterstützend sowie beratend tätig werden soll und kann (vgl. Bäumer, 2008, S.54).

#### Phase 4: Ausführung

In Bezug auf die Ausführung beschreibt Orem sechs Möglichkeiten des pflegerischen Handelns.

1. Etwas für einen anderen tun
2. Einen anderen führen oder leiten
3. Physische Unterstützung zur Verfügung stellen
4. Psychologische Unterstützung zur Verfügung stellen
5. Eine Umgebung schaffen, die Entwicklungen positiv unterstützt
6. Einen anderen unterrichten (vgl. Bäumer, 2008, S.54)

#### Abschluss: Evaluierung

Abschließend kommt es zur Ermittlung der Situation, nämlich inwieweit es dem Patienten/der Patientin möglich war, seine/ihre Selbstvorsorge aufrecht zu erhalten oder auch wiederherzustellen. Gegebenenfalls kann im Rahmen der Theorie von Orem der vierstufige Zyklus, der eben beschrieben wurde, von neuem beginnen (vgl. Bäumer, 2008, S.54).

## 2.7 Expertenstandard des DNQP

Es handelt sich bei den nationalen Expertenstandards des DNQP um monodisziplinäre sowie evidenzbasierte Instrumente. Diese zeigen den spezifischen Beitrag der Pflege in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Bewohnern, aber auch PatientInnen sowie ihren Angehörigen auf. Weiter dienen sie als Basis in Bezug auf eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität in der Pflege, in Gesundheits- sowie Pflegeeinrichtung. Die Funktion der nationalen Expertenstandards des DNQP besteht hauptsächlich darin, dass neben einer Definition beruflicher Aufgaben sowie einer Förderung der Verantwortung in Bezug auf eine evidenzbasierte Berufspraxis auch Innovation in Gang gesetzt wird. Weiter werden analog zur ärztlichen Leitlinie auch interprofessionelle Kooperationen in Gesundheitsrichtungen gefördert (vgl. Hindrichs, 2018, S.13).

Es können als Aufgabe der Expertenstandards sowohl die Qualitätssicherung als auch die Qualitätsentwicklung genannt werden. In Bezug auf die Qualitätssicherung bedeutet dies eine Definition beruflicher Aufgaben sowie beruflicher Verantwortungen sowie eine Darstellung des aktuellen Wissens in der Pflege. Des Weiteren aber auch eine Anpassung an die unterschiedlichen Bedürfnisse der Bevölkerungsgruppe, die betroffen ist sowie Zielsetzungen und Kriterien bezüglich einer Erfolgskontrolle der Pflege. Des Weiteren ist es Aufgabe der Qualitätssicherung, dass Handlungsspielräume sowie Alternativen vorgegeben werden (vgl. Hindrichs, 2018, S. 13).

Betrachtet man hier die Qualitätsentwicklung, so sollen Innovationen in Gang gesetzt werden, aber auch eine evidenzbasierte Berufspraxis sowie berufliche Identität und Beweglichkeit gefördert werden. Des Weiteren soll im Sinne einer Qualitätsentwicklung die Basis für einen konstruktiven Dialog bezüglich Gesundheitsfragen mit anderen Gesundheitsberufen geschaffen werden.

Es erfolgt die Auswahl der Themen für die einzelnen Expertenstandards nach Anregungen und Vorschlägen aus der Berufsgruppe durch den Lenkungsausschuss des DNQP. Es handelt sich bei den Expertenstandards des DNQP um monodisziplinäre Standards der Berufsgruppe der Pflegenden. Es können im Unterschied dazu die Expertenstandards nach §113 SGB XI auch für andere Berufsgruppen, die an der Pflege beteiligt sind, gültig sein.

Bis zum heutigen Tag hat das DNQP 10 Expertenstandards für die Pflege entwickelt. Die folgende Abbildung zeigt alle 10 Expertenstandards für die Pflege sowie jenen für das

Hebammenwesen in chronologischer Reihenfolge mit ihrem jeweiligen Aktualisierungsstand. Im Jahr 2018/19 sollen die beiden Expertenstandards zum Schmerz in einer Aktualisierung möglicherweise zu einem Expertenstandard zusammengeführt werden. Einen Überblick bietet die folgende Abbildung 4 (vgl. Hindrichs, 2018, S. 14).

Nationale Expertenstandards (DNQP)				
Titel/Thema		Erstellung	1. Aktualisierung	2. Aktualisierung
1.	Dekubitusprophylaxe in der Pflege	2002	2010	2018
2.	Entlassungsmanagement in der Pflege	2003	2009	In Arbeit 2018
	Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten und tumorbedingten chronischen Schmerzen in der Pflege	2004		
3.	Sturzprophylaxe in der Pflege	2005	2013	
4.	Förderung der Harnkontinenz	2006	2014	
5.	Pflege von Menschen mit chronischen Wunden	2007	2016	
6.	Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege	2009	2017	
7.	Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen in der Pflege	2011		
8.	Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen in der Pflege	2015		
9.	Physiologische Geburt	2017		
10.	Erhaltung und Förderung der Mobilität	2014		
11.	Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz	2018		

Abbildung 4:Expertenstandards des DNQP

## 2.8 ePA-AC®

Im Rahmen dieses Kapitels wird auf das Programm ePA-AC® näher eingegangen.

### 2.8.1 Allgemeine Beschreibung

Die Abkürzung „ePA-AC®“ bedeutet: „ergebnisorientiertes PflegeAssessmentAcuteCare“. Sie wurde in Deutschland im Jahr 2002 vom Dirk Hunstein entwickelt und hauptsächlich im deutschsprachigen Raum dort verwendet (<http://www.epa-online.info/>, abgerufen am 20.08.2018).

ePA-AC® ist ein Werkzeug, mit dem eine Beschreibung des Zustandes der PatientInnen (in elektronischer Form) erstellt wird. Die Darstellung erfolgt in Form eines Baumalgorithmus (vgl. Bartholomeyczik et al., 2008, S. 13-24).

ePA-AC® ist ein standardisiertes Instrument, mit dem die Versorgungsqualität und bestimmte Aspekte der Behandlung in der Notfallversorgung beurteilt werden können. Die Bedeutung der Methode besteht darin, dass die Merkmale der Langzeitpflege im Krankenhaus zu unterschiedlichen Zeiten auf einer standardisierten Basis erfasst werden. Die erhaltenen Daten können für die spätere Planung der individuellen Betreuung oder Prognose verwendet werden (vgl. Lahmann et al., 2006).

Zur Messung von PatientInnenfähigkeiten und den Beeinträchtigungen der PatientInnen ist die Methode ePA-AC® als ein pflegewissenschaftliches abgesichertes Kennzahlensystem geeignet. Die strukturierte Frageliste der konkreten Themen hilft zu bestimmen, auf welchen Gebieten sich die PatientInnen in einer Abhängigkeit befinden und in welchen Bereichen sie unabhängig sind (vgl. Lahmann et al., 2006).

In Kombination mit anderen verfügbaren Daten kann unter Verwendung der Methode ePA-AC® vorhergesagt werden, wie schnell PatientInnen nach einer Operation wieder gehen können. ePA-AC® wurde mit dem Ziel entwickelt, die möglichen Veränderungen im Zustand der PatientInnen zu messen. Daher können die gesammelten Daten auch verwendet werden, um die Qualität basierend auf dem Key Performance Indicator (KPI) (z.B. Pflegeergebnisse) zu bewerten. Die Pflegeanamnese wird generiert, d.h., die Pflegebedürftigkeit mit der Schwierigkeitsstufe der PatientInnen über dem Selbstpflegeindex (SPI), wird abgebildet. Im ePA-AC® ist dieser der zentrale Score und wird von zehn funktionalen und bewussten Kategorien (siehe Abbildung 5) mit 57 Items errechnet.

Das System ermöglicht es, dass die Pflegeanamnese nicht mehr auf 35 separaten Formularen aufgezeichnet werden muss, was bedeutet, dass die benötigten Schritte reduziert sind.

### **2.8.2 Kategorien und Aufbau des ePA-AC®**

Es ist das Assessmenttool ePA-AC® auf eine Art und Weise konzipiert, dass es möglich ist, es in den unterschiedlichsten pflegerischen Einrichtungen einzusetzen. Aus diesem Grund ist es nicht in bewusster Art und Weise auf eine ganz bestimmte Pflegetheorie abgestimmt. Es ist dies auch nicht notwendig, da es bis zum heutigen Tage nicht belegt werden konnte, dass es auf Grund der Anwendung einer ganz bestimmten Pflegetheorie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität kommt (vgl. Bartholomeyczik/Halek, 2009).

Der theoretische Hintergrund dieses Assessmenttools wird jedoch durch die Pflegetheorie nach Orem (1995) beeinflusst (Kapitel 2.6). Es wird im Rahmen dieser

Theorie beschrieben, dass im Normalfall das Individuum in der Lage ist, für sich selbst zu sorgen. Es kann jedoch bei einer Beeinträchtigung dieser Fähigkeiten dazu kommen, dass es unumgänglich ist, dass beruflich Pflegende zum Einsatz kommen. Es spielt aus diesem Grund im Rahmen des Assessmenttools ePA-AC® der Selbstpflegeindex (SPI) eine große Rolle. Es wird hier errechnet, inwieweit ein Versorgungsdefizit beim jeweiligen Individuum erwartet wird, wenn der Patient seinen stationären Aufenthalt beendet hat.

Es setzt sich das ePA-AC® bei einer grundsätzlichen Betrachtung aus zwei Teilen zusammen. So werden zum einen stabile und somit unveränderliche Stammdaten wie etwa der BMI oder auch die Versorgungsform zuhause erhoben, zum anderen aber auch die veränderlichen PatientInnenfähigkeiten sowie PatientInnenzustände (vgl. Debatin, 2015, S.264f).

Die folgende Abbildung 5 zeigt einen Überblick über die Kategorien des ePA-AC® (nach Hunstein, 2009, S. 60-78, eigene Abbildung):

ePA-AC® Kategorien
1. Bewegung
2. Körperpflege und Kleiden
3. Ernährung
4. Ausscheidung
5. Kognition/ Bewusstsein
6. Kommunikation/ Interaktion
7. Schlafen
8. Atmung
9. Schmerzen
10. Dekubitus/Wunden

Abbildung 5: ePA-AC® Kategorien

Betrachtet man die 10 Kategorien der obigen Abbildung, so ermittelt sich hier jeden Tag der neue Zustand des Patienten/der Patientin. Es besitzt jede dieser Kategorien eine unterschiedliche Anzahl an Items, wobei diese von der Pflegefachkraft eingeschätzt werden.

Die Risiken werden mithilfe ePA-AC® identifiziert und im 24-Stunden-Takt überprüft. Kostenträger und Expertenstandards fordern die Kriterien, die damit erfüllt werden können (vgl. Lahmann et al., 2006).

ePA-AC® hat neben den erwähnten noch weiteren Funktionen, wobei in der vorliegenden Arbeit ausschließlich auf jene referenziert werden, welche für diese Arbeit am nützlichsten sind (vgl. Bartholomeyczik, 2004). Zur Vollständigkeit werden die weiteren Funktionen von ePA-AC® nachstehend angeführt.

### **2.8.3 Ziele und Funktionen von ePA-AC®**

Das Assessmentinstrument ePA-AC® macht nicht nur Aussagen über Fähigkeiten von PatientInnen oder nimmt eine Risikoeinschätzung vor, sondern liefert beispielsweise auch wichtige Informationen zu relevanten PatientInnenzustände und garantiert eine sichere Dokumentation (vgl. Fiebig, 2007).

Es macht das Assessmentinstrument ePA-AC® nicht ausschließlich Aussagen in Bezug auf die Fähigkeiten der PatientInnen oder bietet eine Risikoeinschätzung, sondern es liefert auch relevante Informationen in Bezug auf DRG-relevanten Zuständen der PatientInnen und garantiert eine Dokumentation, die MDK-sicher ist.

So macht das Instrument Aussagen über die Fähigkeiten eines Patienten/einer Patientin, inwieweit es diesem möglich ist, für sich selbst zu sorgen. Hierzu werden Symptome und Kennzeichen unterschiedlicher pflegerelevanter Phänomene in Akutkrankenhäusern in standardisierter Art und Weise erfasst und bewertet. Des Weiteren kommt es zu einer Darstellung von Veränderungen bezüglich der Fähigkeiten von PatientInnen, im Rahmen und Verlauf des gesamten Prozesses der Versorgung (vgl. Fiebig, 2007).

Das ePA-AC® soll weiter unterschiedliche Informationen voraussagen können, inwieweit ein Patient einen poststationären Pflegeaufwand benötigt. Auf Grund der Verwendung unterschiedlicher Triggerpunkte werden nachfolgende Prozesse angesteuert. Hier können als Beispiele etwa Leitlinien oder auch differenzierte und vertiefendere Diagnostiken genannt werden.

Ein weiteres Ziel ist eine Risikoeinschätzung von Dekubitus, Mangelernährung, Sturz, nosokomialer Pneumonie sowie unterschiedlicher poststationärer Versorgungsdefizite. Es werden in der neuen Version des ePA-AC® auch Schwerpunkte der Verwirrtheit sowie des Deliers und der Demenz berücksichtigt. Ein zusätzliches Ziel ist die Initialisierung von Pflegehandlungen. Es gibt das ePA-AC® Informationen über DRG-relevante PatientInnenzustände und versichert eine MDK-sichere Dokumentation.

Es ist an dieser Stelle relevant zu erwähnen, dass dieses Instrument auch standardisierte Hinweise zulässt in Bezug auf die Schwere der Pflegebedürftigkeit und es ermöglicht, auf Grund der Ermittlung von Routinedaten die Pflege messbarer zu machen. Zu guter Letzt ist es als Ziel des Instruments ePA-AC® noch festzustellen, dass dieses Tool es ermöglicht, die Epidemiologie der Pflegebedürftigkeit in Akutkrankenhäusern transparent zu machen (vgl. Rapp, 2013, S.28f).

Anhand der obigen Ausführungen ist zu erkennen, dass mittels des ePA-AC® PatientInnen erfasst werden, die ein poststationäres Versorgungsdefizit aufweisen. Es hebt sich genau in diesem Punkt das ePA-AC®-Assessment von anderen Instrumenten ab (vgl. Fiedler et al., 2017, S.182). Auch die Transparenz der Pflege im Akutkrankenhaus ist ein Unterschied zwischen diesem Tool und anderen, früher verwendeten Tools (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Es zeigt die folgende Abbildung 6 einen Überblick:



Abbildung 6: Kategorien und automatische Ableitungen aus ePA (Schulungsunterlagen ePA-AC®, 2018)

ePA-AC® kann auch als Prozess-Steuerungsmethode gesehen werden, denn über die SPI Tiefe lässt sich der Umfang der Pflegeplanung lenken. PatientInnen mit hohem Pflegebedarf (d. h. niedrigem SPI) könnten eine umfassende individuelle Pflegeplanung erhalten und bei PatientInnen mit hoher Selbstständigkeit könnten dagegen Standardpflegepläne eingesetzt werden (vgl. Lahmann et al., 2006).

#### **2.8.4 Vorteile der Nutzung von ePA-AC®**

Die Anwendung dieser Methode erhöht die Qualität des Berichtes der pflegerischen Betreuung wesentlich. Die dadurch entstehenden Vorteile sind, dass mit der korrekten Verwendung der elektronischen pflegerischen Dokumentation die Pflege mehr Zeit für die PatientInnen hat. Es werden die Prozesse, die mit dem Erhalten und den Sortierungen der pflegerischen Dokumentation verbunden sind, vereinfacht und jene Flächen freigemacht, die früher für die Aufbewahrung der Archive der traditionellen Dokumente notwendig waren. Die Verwendung der elektronischen Version vereinfacht es, die Daten über die Qualität der geleisteten pflegerischen Betreuung, die gemachten Bestimmungen, die durchgeführten pflegerischen Prozeduren, die Ausgänge der Behandlung, die Aufwände und die Gewinne zu analysieren. Es wird dadurch auch die Möglichkeit zur Sammlung und Analyse von epidemiologischen Daten für die pflegerische Statistik geboten. Die Sammlung und Analyse von Daten wird erleichtert, die für die Durchführung verschiedener Studien erforderlich sind. Das ergibt die Möglichkeit, diejenigen Teile der gefundenen Gesetzmäßigkeiten zu automatisieren, die eine Grundlage für wissenschaftliche Veröffentlichungen werden können. Der Zeitaufwand für die Verschreibung von Medikamenten wird reduziert. Es werden die Kosten sowie der Zeitaufwand für die Führung der Dokumentation gesenkt. Der PatientInnenfluss steigt und die Qualität der Rückmeldungen verbessert sich (vgl. Lahmann et al., 2006).

Die Vorteile der Nutzung dieser Methode liegen für die pflegerischen MitarbeiterInnen und die PatientInnen auf der Hand. Die elektronische Dokumentation der Pflege von PatientInnen bedeutet, dass ihre persönlichen Risiken und Selbstbedienungsfähigkeiten von Anfang an dokumentiert sind. Die Tatsache, dass sie alle 24 Stunden überprüft werden, ist zum Beispiel bei Dekubitus nützlich. Es ist viel einfacher, die Qualität der pflegerischen Versorgung zu verbessern, da genau bekannt ist, was die PatientInnen tun können, wie viel Hilfe sie benötigen und wie die notwendigen Maßnahmen zu planen sind (vgl. Projektleiter der BH Schwestern).

Das Wissen, welche Daten übernommen werden, ist Vorbedingung für die fließende Übermittlung auch an die Kollegen, welche die Krankengeschichte der PatientInnen nicht kennen. Die Dokumentation wird auch bei etwaiger neuerlicher stationärer Aufnahme der PatientInnen leichter, da die Daten aus dem alten Fall übernommen werden können (vgl. Lahmann et al., 2006). Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass es sich hier um keine vollständige Liste der Vorteile der Methode ePA-AC® handelt.

Das Konzept vom Assessmentinstrument ePA-AC® ist so ausgerichtet, dass es in verschiedenen pflegerischen Einrichtungen eingesetzt werden kann, dass es bewusst auf

keine einzelne Pflgetheorie abgestimmt ist. Bis heute ist es wissenschaftlich nicht belegt, dass die Anwendung einer bestimmten Theorie zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität führt (vgl. Bartholomeyczik & Halek, 2009).

Jedoch wird der theoretische Hintergrund durch die Pflgetheorie nach Orem (1985) beeinflusst, denn die besagt, dass das Individuum normalerweise in der Lage ist für sich selbst zu sorgen. Der Einsatz von Pflegepersonen kommt zur Stande, wenn diese Fähigkeiten eine Beeinträchtigung haben, deshalb spielt der Selbstpflegeindex (SPI) in dem Assessmentinstrument ePA-AC® eine wichtige Rolle (vgl. Hunstein, Sippel & Dintelmann, 2007).

## **2.9 Praktische Anwendung des ePA-AC®**

Soll der praktische Umgang von ePA-AC® erläutert werden, so kann hier bei einer Erklärung das Handbuch ePA-AC® 2.0 herangezogen werden. Es unterscheidet sich die elektronische Version des Programms in Bezug auf die Regeln des Tools nicht von der Papierversion. Es können lediglich in Bezug auf den Aufbau der Bildschirmmasken bzw. in Bezug auf die Verknüpfung von nachfolgenden Prozessen Unterschiede gesehen werden.

### **2.9.1 Umsetzungsmöglichkeit und -zeitpunkt**

Nach den Expertenstandards des DNQP wird von der Pflegekraft innerhalb der ersten 24 Stunden eine Ersteinschätzung des Patienten/der Patientin vorgenommen. So sieht es auch der erste Schritt im Pflegeprozess vor, dass die Stammdaten erhoben werden. Dies führt schon zu einer ersten Grobeinschätzung der Fähigkeiten des Patienten/der Patientin zur Selbstpflege. Kommt es bei der Ersteinschätzung zu Einschränkungen, so ist es notwendig, alle Items der entsprechenden Kategorien am Erhebungsbogen einzuschätzen. Wenn PatientInnen bei der Aufnahme keinerlei Einschränkungen ihrer Fähigkeiten aufweisen, so wird im Stammbblatt ein Kreuz im Feld "keine Beeinträchtigung" festgehalten (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Wenn sich der Zustand des Patienten/der Patientin jedoch im Verlauf der Behandlung ändert und möglicherweise die Fähigkeiten zur Selbstpflege abnehmen, so ist es notwendig, einen differenzierten Erhebungsbogen anzulegen. Dies wird im Stammbblatt unter dem Punkt "Veränderungen im Verlauf" notiert. Dies bedeutet, dass das Anlegen des Erhebungsbogens zeitlich versetzt in Bezug auf das Aufnahmedatum des

Patienten/der Patientin nötig war. Im Feld "ePA angelegt am" wird nun das zugehörige Datum eingetragen. Im Rahmen der EDV-Version dieses Tools kommt es zu diesem Schritt automatisch, wenn eine Zwischeneinschätzung vorgenommen wird (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Es zeigt sich die Relevanz einer derartigen Zwischeneinschätzung eines Patienten/einer Patientin darin, dass so Veränderungen im Zustand des Patienten/der Patientin aufgezeigt werden können. Des Weiteren ist es möglich, den Verlauf des Zustandes einzelner PatientInnen im Rahmen ihres stationären Aufenthalts transparent darzustellen. Laut Empfehlung des ePA-AC®-Handbuches sollte es täglich zu derartigen Zwischeneinschätzungen kommen. Dies wird damit begründet, dass ePA-AC® mit einem Diagnose- sowie einem Maßnahmenkatalog (wie etwa LEP, der Leistungserfassung in der Pflege) verknüpft ist. Mittels dieser Kataloge ist es möglich, mit Hilfe der täglichen ePA-AC®-Einschätzung eine Begründung für erhobene Maßnahmen zu finden. Kommt es zu keiner Veränderung des Zustandes des Patienten/der Patientin, so werden auch die Maßnahmen weitergeführt, wie dies bisher der Fall war, wodurch es zu einem wesentlich geringeren Dokumentationsaufwand kommt. Vorgenommen wird die Beurteilung des PatientInnenzustandes von der jeweiligen Pflegefachkraft, welche die PatientInnen betreut (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Nur so ist es möglich, dass es zu einer individuellen Einschätzung kommt. Es ist hier wichtig, dass die Bewertung zeitnahe stattfindet, aber auch, dass der augenblickliche Zustand des jeweiligen Patienten/der jeweiligen Patientin konkret beurteilt wird und in keinem Fall die möglichen Fähigkeiten oder auch die Selbsteinschätzung des Patienten/der Patientin. Ist es bei einem Patienten/einer Patientin nur sehr schwer möglich, ihn einzuschätzen, so wird im Rahmen des Handbuches empfohlen, dass sich die Pflegefachkraft mit KollegInnen berät oder auch den jeweiligen Fall bei der Übergabe im Team diskutiert.

### **2.9.2 Kodierung der Items**

Es sind die Items der Kategorien skaliert. Es bedeutet dies, dass die Zustände des Patienten/der Patientin, aber auch dessen/deren Fähigkeiten im Rahmen von Zahlenwerten ausgedrückt werden. Betrachtet man hier die fähigkeitsbezogenen Items, so weisen diese vier unterschiedliche Ausprägungsgrade auf (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Auf Grund der Tatsache, dass im ePA-AC® hauptsächlich die Erfassung von Fähigkeit im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit steht, wird die Zahl 4 als höchste Zahl verwendet, wenn das Vorhandensein von Fähigkeiten sehr ausgeprägt ist. Die niedrigste Zahl, in diesem Fall 1, wird dann angewendet, wenn eine Fähigkeit nur sehr eingeschränkt oder gar nicht vorhanden ist, also eine vollständige Beeinträchtigung vorliegt. Zwischenwerte bieten hier die Zahlen 2 und 3. Im Allgemeinen liegt bei einer Bewertung eines Items mit 1 oder 2 ein erhöhtes Risiko vor und dem jeweiligen Item muss eine erhöhte Aufmerksamkeit geschenkt werden (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Es existieren jedoch im Rahmen der Kategorien unterschiedliche Items, bei denen es nicht sinnvoll ist, eine Skalierung nach vier Zahlen vorzunehmen. Insbesondere gilt dies dann, wenn es möglich ist, ein Item nur mit Ja oder Nein zu beantworten. Als Beispiel kann hier etwa die Frage danach betrachtet werden, ob sich das Gangbild verändert hat. In diesem Fall werden in der Praxis die jeweiligen Aussagen mit 1 bewertet, wenn sie zutreffen, negative Antworten jedoch mit 4.

Im Anhang des Handbuchs sind zum besseren Verständnis zwei Kategorien abgebildet, nämlich jene der Bewegung sowie der Körperpflege. Es verdeutlichen die Schaubilder hier, wie die Kategorien aufgebaut sind und dass Einschätzungen existieren, bei denen es nicht sinnvoll möglich ist, eine Viererskalierung einzusetzen.

### **2.9.3 Selbstpflegeindex (SPI)**

Der sogenannte SPI wurde entwickelt, um ein mögliches Versorgungsdefizit, welches poststationär auftritt, auszuschließen. Es errechnet sich der Selbstpflegeindex (SPI) auf Grund der Einschätzung neun funktionaler sowie eines kognitiven Items. Auf Grund der Tatsache, dass die Items in vier Stufen skaliert werden, bedeutet ein SPI von 10, dass eine totale Abhängigkeit des Patienten/der Patientin vorliegt. Weist ein Patient/eine Patientin jedoch einen SPI von 40 auf, so bedeutet dies, dass er/sie voll selbstständig ist. Es wurde der SPI entwickelt, damit es möglich war, der Forderung des Expertenstandards in Bezug auf Entlassungsmanagement nachkommen zu können. Es besteht immer dann ein poststationäres Versorgungsdefizit, wenn der SPI des Patienten/der Patientin anhand seiner ePA-AC®-Einschätzung einen Wert von unter 32 aufweist (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Es können der SPI aber in weiterer Folge auch das Dekubitusrisiko übersichtlich dargestellt werden. So ist es möglich, die ermittelten Ergebnisse anhand einer Grafik darzustellen. So ist es möglich, das Vorliegen eines Risikos zu erkennen, aber auch die

Entwicklung des Patienten/der Patientin während seines Aufenthaltes im Verlauf zu betrachten. Unter dem Punkt Ergebnisse wird aufgeführt, ob ein Risiko für einen Sturz oder eine Pneumonie besteht. Wenn das Assessmenttool ein positives Ergebnis anzeigt, so wird auch der Grund des Risikos im Feld daneben angezeigt.

#### **2.9.4 Risikodiagnostik**

Es wird mittels der Einschätzung der 10 Kategorien des ePA-AC® eine Ermittlung unterschiedlicher Bereiche von Risiken unternommen.

Der SPI berechnet die Gefahr eines poststationären Versorgungsdefizits. Es finden sich in der Papierversion des ePA-AC® grün hinterlegte Felder, welche sich auf den SPI beziehen. Es ist der Richtwert von 32 des SPI einrichtungsbezogen festzulegen, da unterschiedliche Schwerpunkte in verschiedenen Einrichtungen zu finden sind. Betrachtet man das Dekubitusrisiko, so wurde hier die sogenannte Braden Skala in das Assessmenttool ePA-AC® integriert. Diese sind blau unterlegt und es ist möglich, die Abstufung erneut konkret auf die jeweilige Einrichtung bezogen festzulegen. Je höher der Punktwert, desto unwahrscheinlicher ist das Risiko für einen Dekubitus (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

In Bezug auf das Pneumonierisiko kann festgestellt werden, dass hier die gelb unterlegten Felder maßgeblich sind. Es besteht dann ein Risiko, wenn eines dieser Felder einen Wert von 1 oder 2 aufweist. Die rosa hinterlegten Felder bezeichnen das Sturzrisiko in der Papierversion und spielen die gleiche Rolle wie die gelb hinterlegten. Es besteht auch hier eine prinzipielle Gefahr für die PatientInnen, wenn mehrere Felder mit einer Einschätzung von 1 oder 2 vorgenommen wurden (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

Es ermitteln sich weiter mit Hilfe des Stammblasses, aber auch mit Hilfe der Einschätzung der Kategorien des ePA-AC® unterschiedliche Hinweise in Bezug auf eine Mangelernährung. Betrachtet man das Abklärungserfordernis in Bezug auf Verwirrtheit, Delir oder Demenz, so sind hier in der Papierversion die Felder mit einem roten Einser gekennzeichnet, der für eine tiefergehende Diagnostik in Bezug auf diesen Punkt wichtig sind (vgl. Handbuch ePA-AC® 2.0).

### **2.10 Projekt „e-Fieberkurve“ der Barmherzigen Schwestern**

In der Vinzenz Gruppe wird die Philosophie der Bezugspflege in der Organisationsform der Bereichspflege umgesetzt. Bezugs-/Bereichspflege bedeutet die wertschätzende, verantwortungsvolle Beziehung zwischen PatientInnen und deren Vertrauensperson und

den Pflegenden. Bereichspflege ist eine Form der Pflegeorganisation, bei der PatientInnen einem Bereich (bestehend aus mehreren Zimmern) und damit einem Pflegeteam zugeordnet werden. Die koordinierende Pflegeperson (Bezugspflegende) und die beigeordneten Pflegepersonen sind im jeweiligen Pflegebereich für die umfassende Pflege und Betreuung „ihrer“ PatientInnen zuständig und verantwortlich. Den PatientInnen sind „ihre“ Bezugspflegenden gut bekannt und bei der Dienstplanung wird darauf geachtet, dass eine größtmögliche Kontinuität gewährleistet wird. Die/der Bezugspflegende führt die Pflegeanamnese durch, ist verantwortlich für die Planung und Durchführung der Pflege, nimmt an der Visite teil und ist primäre AnsprechpartnerIn sowie KoordinatorIn für die PatientInnen im interprofessionellen Behandlungsteam.

Das Ziel ist, die Kontinuität der pflegerischen Betreuung und den Informationsfluss zwischen den Berufsgruppen sicher zu stellen. Grundlage dafür sind die Werte- und Ethikdokumente des Krankenhauses und der Vinzenz Gruppe; diese orientieren sich an den Pflegemodellen von Nancy Roper und Dorothea Orem (Literatur aus BHS Wien, <https://www.bhswien.at/>, abgerufen am 01.09.2018).

Das Pilotprojekt VinDoc (Vinzenz Dokumentation) beinhaltet eine elektronische Fieberkurve, in der alle Berufsgruppen des Krankenhauses mit eingebunden sind. Das Projekt startete Anfang 2013 und läuft aktuell noch immer. Der Produktivstart auf der Pilotstation im BHS Wien fand am 5.10.2015 statt. (Informationen vom Projektleiter). Die folgende Abbildung 7 gibt einen Überblick über den Projektzeitstrahl (Präsentation Projektlenkungs-ausschuss 2015):

# Programm VinDoc (Projekte 1-4)

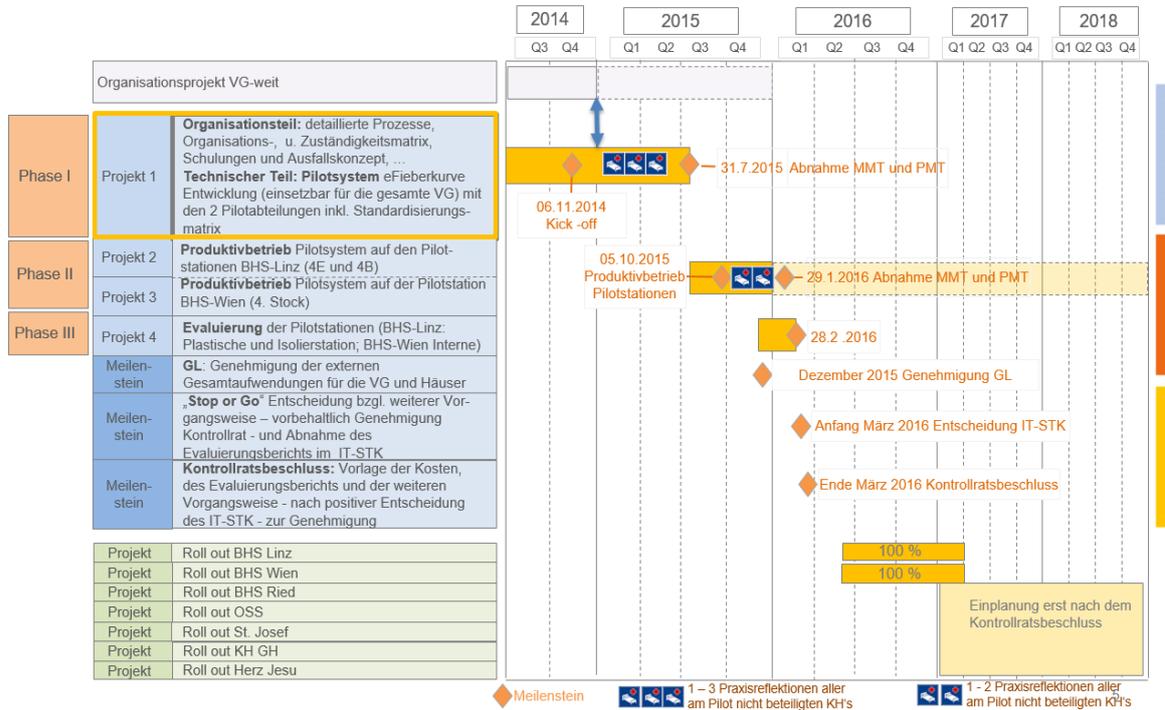


Abbildung 7: Projektzeitstrahl VinDoc (eigene Abbildung)

Anbei werden im Erzählverfahren die wesentlichen Eckpunkte des VinDoc Projekts und die handelnden Rollen des Projekts dargestellt:

Im Rahmen der Vorbereitung auf eine elektronische PatientInnenakte wurde von den Projekt Auftraggeberinnen der Vinzenz Gruppe beschlossen, die bereits digitale Pflegedokumentation, die mittels Pflegedatenbank der Firma Lobmaier Datentechnik durchgeführt wurde, auf die multiprofessionelle VinDoc Dokumentation auszuweiten. Damit wurden im gesamten Projekt die dokumentierenden Prozesse multiprofessionell beschrieben und dargestellt (Information vom Projektleiter).

Anfang 2013 wurde mit der Produktsuche und dem Schreiben des Lastenhefts begonnen. Um eine möglichst breite Zustimmung für das Thema „digitale PatientInnendokumentation“ zu bekommen, wurde das Lastenheft von medizinischen, pflegerischen und MitarbeiterInnen der IT aller Krankenhäuser gemeinsam erarbeitet. Im Rahmen eines Auswahlverfahrens wurde die Firma Meona aus Freiburg beauftragt, die definierten Anforderungen im Lastenheft gemeinsam mit dem Projektteam der Vinzenz Gruppe umzusetzen (Information vom Projektleiter).

Damit alle Prozesse des Kerngeschäfts im Krankenhaus berücksichtigt werden können, wurde der Entwicklungsprozess in 10 Einzelprozesse aufgeteilt und beschrieben:

1. Arzneimittelgebahrung von der Anordnung bis zur Vergabedokumentation
2. Vitalzeichendokumentation
3. Dekurs
4. Visitenprozess
5. medizinische Einzelleistungen
6. rechtskonforme Pflegedokumentation
7. Behandlungspfade
8. Leistungsdokumentation
9. Entlassung und
10. medizinische Spezifikationen erarbeitet (Information von Projektmappe).

Zusätzlich wurden Referenzbesuche in Würzburg und an der Uniklinik Freiburg absolviert, um klinische Prozesse der elektronischen PatientInnendokumentation besser verstehen zu können und für den österreichischen Markt und Anforderungen zu beschreiben. Insgesamt wurden über 700 spezifische Anforderungen an die elektronische Fieberkurve verschriftlicht und an die Firma Meona übergeben (Informationen vom Projektleiter).

Parallel zum eFieberkurvenprojekt wurde im Rahmen der Führungskräfteklausur der PflegedirektorInnen und der Pflegequalitätsbeauftragten der Vinzenz Gruppe beschlossen, dass ePA-AC® als Assessmentmethode digital auf allen bettenführenden Stationen eingeführt werden soll. Somit wurde gemeinsam mit Meona, ePA GmbH und den pflegerischen Projektmitgliedern die Methode ePA-AC® im Lastenheft beschrieben und umgesetzt (Informationen vom Projektleiter).

Weiters wurden im Rahmen des Projekts Standardvoraussetzungen, die zu berücksichtigen sind, geprüft und beschrieben. Dabei handelt es sich um technische Details (WLAN Abdeckung und Hardware- und Hardwarekomponenten), personelle Voraussetzungen (Key User Konzept bestehend aus Medizin und Pflege im erforderlichen Ausmaß, IT – Dienstposten, Erweiterung der IT – Bereitschaft) und organisatorische Voraussetzungen (Projektauftraggeber für Rollout ist der jeweilige Hausgeschäftsführer, Bereitstellung von ProjektmitarbeiterInnenressourcen, Projektmonitoring (Informationen von Projektmappe).

Nach erbrachter Auslieferung von Seiten Meona und tiefgreifender Testung aller klinischen Prozesse im Probetrieb wurde die NutzerInnenschulung organisiert.

Da es sich bei dem Produkt der Firma Meona um ein Medizinprodukt handelt, war es notwendig, alle UserInnen nachweislich zu schulen, da ansonsten ein Start mit der elektronischen PatientInnendokumentation rechtlich nicht durchführbar gewesen wäre.

Für die Medizin wurde ein Schulungsumfang von vier Stunden vereinbart, für die Pflege waren es ebenfalls vier Stunden plus einer separaten vierstündigen ePA-AC® Schulung. Die TherapeutInnen (Physiotherapie, Ergotherapie...), SpezialistInnen (Stoma- und Kontinenzberatung, Diabatesexperten, Hygiene...) wurde eine einstündige Schulung abgehalten.

Parallel zum Pilotbetrieb wurde ein separates Projekt zur Evaluierung durch ein NICHT Projektmitglied vereinbart. Dieses Projekt startete sechs Monate nach Beginn der Pilotphase und beinhaltete Interviews mit den AnwenderInnen (Information vom Projektleiter).

## **2.11 Dokumentation in der Pflege**

Dieses Kapitel ist den Grundlagen der Dokumentation in der Pflege gewidmet.

### **2.11.1 Rechtsgrundlagen**

Für Gesundheitsberichte sind die Dokumentationspflichten vielfältig geregelt. Seit dem Jahr 1997 ist der Begriff „Pflegedokumentation“ im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) verankert. Ebenfalls gelten weiter noch organisationsrechtliche Bestimmungen wie die Krankenanstaltengesetze sowie Spezialgesetze wie z.B. das Arzneimittelgesetz, das Medizinproduktegesetz, das Suchtmittelgesetz, das Unterbringungsgesetz und das Heimaufenthaltsgesetz. Darüber hinaus bestehen Dokumentationspflichten aufgrund der PatientInnencharta (Vereinbarung zwischen dem Bund und einzelnen Bundesländern zur Sicherstellung der PatientInnenrechte) sowie auf Basis des Behandlungsvertrags zwischen BehandlerInnen/TrägerInnen der Einrichtung und PatientInnen. Die Dokumentation ist förderlich für das Informationsbedürfnis und Recht von PatientInnen, der Sicherstellung einer fachgerechten Behandlung und der PatientInnensicherheit. Ebenfalls trägt sie zur Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege bei, indem pflegerisches Handeln sichtbar und nachvollziehbar wird (vgl. Bartholomeyczik, 2009, S. 13-24).

In dem GuKG wurden zwei bedeutsame Inhalte für Gesundheits- und Krankenpflege neu eingeführt: die Dokumentationspflicht als Berufspflicht (§5 GuKG) und der eigenverantwortliche Tätigkeitsbereich (§14 GuKG) in dem der Pflegeprozess als zentrales Element gesehen wird. Der Hinweis, dass „insbesondere die Pflegeanamnese,

die Pflegediagnose, die Pflegeplanung und die Pflegemaßnahmen“ ausführlich zu dokumentieren sind, führte im beruflichen Alltag bei der Umsetzung zu Unsicherheiten. Es war unklar, wie detailliert jeder Schritt des Pflegeprozesses zu dokumentieren ist. Deshalb wurde im Jahr 2010 im Auftrag vom Bundesministerium für Gesundheit die Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation mit praxistauglichen Empfehlungen erstellt. Diese wird seitdem von der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpflege als wichtiges Grundlagen- und Nachschlagewerk genutzt vgl. <http://www.medizinrecht-pflegerecht.com/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/GuKG/gukg%2014.php>; abgerufen am 03.11.2018).

### **2.11.2 Zweck**

Eine Aktualisierung der Arbeitshilfe fand 2014 statt. Hier wurde deutlich, dass die Dokumentationspflicht weiter zu Irrtümern führt. Diese Irrtümer werden im Weiteren besprochen (vgl. <http://www.medizinrecht-pflegerecht.com/Berufsrecht/Gesundheitsberufe/GuKG/gukg%2014.php>; abgerufen am 03.11.2018).

Irrtum 1: Alle Schritte des Pflegeprozesses müssen durchgeführt und dokumentiert werden.

Aufgrund einer falschen Interpretation des GuKG als Berufsrecht entstand der obige Irrtum, denn der GuKG gibt eine Berechtigung und nicht eine Verpflichtung zur Durchführung gesetzliche beschriebene Aufgaben vor. Die Pflegedokumentation ist ein Teil der Krankengeschichte und jeder trägt selbst für seinen Teil Verantwortung (§ 10KAKuG). Die Entscheidung, ob und welche Schritte des Pflegeprozesses in Krankenanstalten durchzuführen und zu dokumentieren sind, ist aus pflegerischer Sicht zu beurteilen und kann je nach Organisationseinheit und PatientInnen variieren. Je weniger ein Aufenthalt in einer Krankenanstalt ist, desto weniger sind die einzelnen Pflegeprozess-Schritte notwendig. Der/die ArbeitgeberIn hat zu entscheiden, welche konkreten Schritte des Pflegeprozesses in einer Organisationseinheit durchgeführt werden müssen und zu dokumentieren sind (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Irrtum 2: Ein Pflegeplan ist gleich wie Pflegeplanung.

Der zweite Irrtum besteht darin, dass die Begriffe Pflegeplan und Pflegeplanung als Synonyme verwendet werden. Dies ist jedoch nicht korrekt. Die Pflegeplanung gehört zum kognitiven Planungsprozess, welche auf die Fähigkeit des kritischen Denkens basiert und immer stattfindet, egal, ob alle Schritte des Pflegeprozesses durchgeführt werden und im Pflegeplan verschriftlicht sind. Aufgrund dessen ist der Pflegeplan das Ergebnis von Pflegeassessment und Pflegeplanung. Der schriftliche Pflegeplan beinhaltet die für die Durchführung pflegerischer Interventionen relevanten Informationen (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Irrtum 3: Ein Pflegeplan erfordert immer Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen

Ein Pflegeplan kann, muss aber nicht den gesamten Pflegeprozess abbilden. Ob ein Pflegeplan Pflegediagnosen, -ziele und -interventionen beinhaltet, ist von der jeweiligen Situation abhängig. Beispielsweise sind für eine postoperative Unterstützung bei der Körperpflege als ausschließliche Folge einer Operation oder für das Baden eines Säuglings als entwicklungsphysiologisch bedingte Pflege keine Pflegediagnosen und -ziele erforderlich. Risikodiagnosen wiederum sind nur dann erforderlich, wenn diese auf einem erhöhten individuellen Risiko wie z.B. Immunsuppression beruhen. Hingegen erfordern Risiken, die mit einer Maßnahme allgemein bzw. typischerweise verbunden sind wie z.B. Infektionsrisiko bei einem venösen Zugang nicht zwingend eine Risikodiagnose. Diese für eine Maßnahme typischen Risiken werden durch die Anwendung allgemeiner Standards/Leitlinien/Standard Operating Procedures (SOP) abgedeckt (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Irrtum 4: Alles, was nicht dokumentiert ist, ist nicht geschehen.

Dieser Satz ist unvollständig und muss folgendermaßen lauten: Alles, was nicht dokumentiert ist, ist im Zweifel nicht geschehen. Richtig ist hingegen, dass alle wesentlichen diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren sind. Was wesentlich ist, ist aus pflegerischer Sicht zu beurteilen. Regelwidrigkeiten und Zwischenfälle sind jedenfalls zu dokumentieren. Es ist daher aus fachlicher Sicht nicht nur zu beurteilen, ob und welche Schritte des Pflegeprozesses erforderlich sind, sondern auch, wie umfangreich und detailliert jeweils zu dokumentieren

ist. Auch dazu obliegt es dem Arbeitgeber analog zu den Ausführungen zu Irrtum 1 Vorgaben zu machen (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Irrtum 5: Bei einer Verletzung der Dokumentationspflicht haftet immer die einzelne diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson.

Falls es zu einer Verletzung der Dokumentationspflicht kommt, wird vermutet, dass eine dokumentierte Maßnahme nicht getätigt wurde. Insofern ein Schaden vorliegt und ein Dokumentationsmangel ist erheblich für den Schadenseintritt, so kommt es zur Beweislastumkehr. Das heißt, dass eine beklagte Person oder Organisation beweisen muss, dass sie keine Schuld trifft. Gibt es jedoch aufgrund anderer Beweise keinen Zweifel am zugrundeliegenden Sachverhalt, ist ein Dokumentationsmangel haftungsrechtlich irrelevant. In den meisten Schadenersatzfällen haftet der Rechtsträger in dem die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson angestellt ist, gegenüber den PatientInnen. In manchen Fällen kann jedoch Haftung von Angestellten bestehen (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Irrtum 6: Trotz Expertenstandard/ Leitlinien/SOPs muss immer ausführlich dokumentiert werden.

Standard Operating Procedures (SOPs), auch standardisierte Protokolle genannt, sind Maßnahmenpakete, die in bestimmten Situationen von unterschiedlichen Anwendern einheitlich durchgeführt werden. Das Verweisen auf Standards oder Ähnliches in der Pflegedokumentation ist in der Regel ausreichend. Jedoch müssen Abweichungen vom jeweiligen Standard, Regelwidrigkeiten und Zwischenfälle zusätzlich beschrieben werden. (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8)

Irrtum 7: Pflegedokumentation ist ident mit der Leistungsdokumentation.

Die Pflegedokumentation folgt in ihrem Aufbau den einzelnen Schritten des Pflegeprozesses, welcher sich an die PatientInnen orientiert und deshalb kann sie nicht gleichgesetzt werden mit der Leistungsdokumentation (vgl. Rappold, 2014, S. 3-8).

Daraus folgt, dass eine begleitende Pflegedokumentation erfolgen muss, wo Pflegeleistungen erbracht werden.

### **3. METHODIK**

Das Kapitel „Methodik“ beschäftigt sich mit den Hintergründen und den Vorgängen der Untersuchung, welche im Rahmen der hier vorliegenden Arbeit durchgeführt wurde.

#### **3.1 Forschungsdesign**

##### **3.1.1 Qualitative Forschung**

Es steht am Beginn jeder Forschungsarbeit die Formulierung der Forschungsfrage. Diese wird durch theoretische Vorüberlegungen geleitet. In diesem ersten Schritt sind die Formulierung der Forschungsfrage, aber auch theoretische Vorüberlegungen sowie die Entscheidung für eine Erklärungsstrategie im Sinne einer qualitativen oder quantitativen Forschung sehr eng miteinander verbunden. Es resultiert aus dieser Phase die Entwicklung einer Strategie für die gesamte Untersuchung. Diese schließt die spezifische Fall- sowie Methodenauswahl mit ein und beeinflusst somit auch die Datenerhebung. Es bildet den Abschluss des Forschungsprozesses die Auswertung der Daten sowie die Interpretation der Ergebnisse (vgl. Gläser/Laudel, 2010, S.33).

Es sollen Beobachtungen dazu beitragen, bereits bestehende Theorien weiter zu entwickeln. Es gehen hier die Forschungsprozesse also von Theorien aus, auf deren Grundlage die soziale Realität beobachtet wird. Im Anschluss werden aus den Beobachtungen theoretische Schlüsse gezogen (vgl. Gläser/Laudel, 2010, S.24). Es wird in diesem Zusammenhang unter einer Theorie ein ganzes Netzwerk von Aussagen verstanden, die in logisch-konsistenter Art miteinander verknüpft sind, damit Erkenntnisse über einen Bereich von Sachverhalten geordnet werden können, aber auch Tatbestände erklärt werden und vorhergesagt werden können (vgl. Häder, 2015, S.22).

Es ist möglich, in der empirischen qualitativen Forschung zwei grundlegenden Paradigmen zu unterscheiden, wenn es um die Erhebung empirischer Daten geht. Es handelt sich hierbei um die Methoden der quantitativen sowie der qualitativen Forschung (vgl. Gläser/Laudel, 2010, S.24). Im Rahmen der quantitativen Forschung liegen die Daten in Form von Zahlen auf (vgl. Punch, 2014, S.3). Im Gegensatz dazu beschreibt die qualitative Forschung Untersuchungen, bei denen sinnverstehende sowie interpretative, wissenschaftliche Verfahrensweisen herangezogen werden, um sozial relevante Daten erheben und aufbereiten zu können. Es beruhen qualitative Methoden auf der Interpretation von unterschiedlichen Sachverhalten, die als Ergebnis eine verbale Beschreibung eben dieser Sachverhalte haben (vgl. Graneheim/Lundman, 2004, S.106). Es stellt im Rahmen der qualitativen Sozialforschung die Hypothesen- bzw.

Theoriebildung das angestrebte Ziel dar. Es wird somit versucht, durch Abduktion, Deduktion, aber auch Induktion unterschiedliche Theorien aufzubauen und Neues zu schaffen (vgl. Mayring, 2015, S.20).

Im Gegensatz dazu werden im Rahmen der quantitativen Forschung Methoden verwendet, die zu einer numerischen Darstellung von empirischen Sachverhalten führen sollen. Es beruhen die quantitativen Methoden darauf, soziale Sachverhalte, welche mittels Zahlen ausgedrückt werden, interpretieren zu können. Entweder werden hier Merkmale der Sachverhalte oder auch die Häufigkeit des Auftretens unterschiedlicher Merkmale mittels Zahlen beschrieben (vgl. Gläser/Laudel, 2010, S.27). Es kann die Theorieprüfung als das Ziel der quantitativen Forschung gesehen werden. Gemäß dem deduktiven Prinzip sollen Hypothesensysteme geprüft werden und so Bekanntes oder auch Vermutetes getestet werden. Es ist die Wahl der jeweiligen Methode abhängig vom zugrundeliegenden Gegenstand sowie Ziel der Untersuchung (vgl. Gläser/Laudel, 2010, S.27).

### **3.1.2 Das narrative Interview**

In der Forschung wird unter narrativem Interview eine mündliche Befragung verstanden, die durch planmäßiges Vorgehen und wissenschaftlicher Zielsetzung ausgezeichnet ist. Das narrative Interview ist eine beliebte Methode in der Pflegeforschung, besonders bei qualitativen Forschungsprojekten. Es kommt häufig zum Einsatz, um Erlebnisse, Erfahrungen, Meinungen oder Gefühle der befragten Personen in Erfahrung zu bringen (vgl. Mayer, 2011, S. 186).

Das narrative Interview als methodische Datenerhebung eignet sich optimal für autobiografische, somit selbst erlebte Geschichten. Weitere Anwendungen des narrativen Interviews finden sich beispielsweise in der Analyse von Statuspassagen, Analyse von Biografien und narrativen ExpertInnenengesprächen. In der Gesundheits- und Pflegeforschung könnten z.B. das subjektive Erleben von Krankheitsverläufen, das Erleben der Institution Krankenhaus oder die Berufserfahrungen und Arbeitsabläufe von Pflegepersonen erforscht werden. Es ist prinzipiell ein offenes, d.h. nicht standardisiertes Interview, das ohne Fragebogen oder Interviewleitfaden durchgeführt wird. Erzählen lassen sich nur Prozesse, nicht Zustände, Haltungen, Ansichten und Theorien. Deshalb ist es kein geeignetes Erhebungsinstrument, wo Dinge beschrieben und abstrakt oder hypothetisch reflektiert werden sollen (vgl. Przyborski, 2010, S. 95).

Schütz definiert ein narratives Interview folgendermaßen:

„Es ist nur dann anwendbar, wenn eine Geschichte erzählt werden kann, d. h., wenn die soziale Erscheinung (zumindest partiell) erlebten Prozesscharakter hat und wenn dieser Prozesscharakter dem Informanten auch vor Augen steht. Damit sind in der Regel soziale Abläufe ausgeschlossen, die gewöhnlich unterhalb der tagtäglichen Aufmerksamkeitsschwelle liegen. Zum Beispiel kann mit Hilfe des narrativen Interviews kaum ermittelt werden, was die Routinen beruflichen Handelns oder was sublimale Störungen eines Interaktionslaufs sind“ (Przyborski, 2010, S. 95).

Durch die freie Erzählung wird versucht zu subjektiven Bedeutungsstrukturen zu gelangen. Üblicherweise gibt es ein Thema, worüber die befragte Person frei über sein Erlebnis, Ereignis oder Geschehensablauf spricht. Die InterviewerIn unterbricht während des Erzählens nicht, nur wenn der rote Faden verloren geht, greift er durch Zwischenfragen ein (vgl. Mayring, 2002, S. 72 – 74).

Die Erhebung mit dem narrativen Interview ist nur dann geeignet, wenn die Untersuchungsgegenstände bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Diese sind gegeben, wenn die befragte Person selbst handelnd oder in dem Vorgang involviert war (nur so kann die Bildung einer kognitiven Repräsentation des Handlungsablaufs erfolgen), eine gewisse Widmung an Aufmerksamkeit in Bezug auf das Geschehen in der Vergangenheit besteht und das untersuchte soziale Phänomen Prozesscharakter hat (vgl. Küsters, 2009, S. 30).

Mayring (2002) unterteilt das narrative Interview in drei Teile. Im ersten Teil wird der befragten Person das Thema in einer Eingangsfrage vorgestellt und begründet. Danach erfolgt die Erzählung. Im dritten und letzten Teil nach Abschluss der Erzählung werden durch die Interviewerin bzw. Interviewer Fragen gestellt, um unklare Punkte zu klären (vgl. Mayring, 2002, S. 74 – 75).

Für die Durchführung eines narrativen Interviews wird empfohlen, sich einen ruhigen Ort auszuwählen, um eine ungestörte Aufmerksamkeit und eine gute Akustik für die Tonbandaufnahme sicherzustellen. Ebenfalls muss auf die angekündigte Interviewzeit geachtet werden, auch dass diese von Dritten nicht gestört wird. Wichtig ist dabei auch, genügend Zeit einzuplanen, da Interviews länger dauern können (vgl. Helfferich, 2011, S. 177).

Die Strukturierung des Gesprächs läuft über den universellen Ablaufplan des Interviewers. Diese bzw. dieser stellt am Anfang die Eingangsfrage, in der er auch das Thema erklärt und begründet. In dieser Phase versucht die/der InterviewerIn eine Vertrauensbasis zu erlangen, um eine subjektive Erzählung in Gang zu setzen. Darauf folgt die Erzählung, die die befragte Person präsentiert. Die/der InterviewerIn hat in dieser

Phase eine passive Rolle, sie/er greift nur ein, wenn der rote Faden verloren geht. Die/der InterviewerIn beschränkt sich lediglich darauf, zu nicken und den Blickkontakt zu halten. Sie bzw. er muss erzählend schweigen und sich emotional auf das Gespräch einlassen, indem sie bzw. er z. B. lacht und bei traurigen Stellen ernst und verständnisvoll ist. Gleichzeitig muss dies jedoch wertfrei geschehen. Im Gegensatz zur Alltagskommunikation kann es zu langen Pausen seitens der/des ErzählerIn kommen, die die/der InterviewerIn aushalten muss, ohne die Rederolle zu übernehmen. Nur in Ausnahmefällen, also bei sehr langem Schweigen, soll die Interviewerin bzw. der Interviewer nachfragen. Zum Schluss ist der/dem InterviewerIn gestattet, Fragen bei Unklarheiten zu stellen. Dafür sind Warum-Fragen geeignet, damit die befragte Person wieder zur intendierten subjektiven Bedeutungsstruktur gelangt (vgl. Mayring, 2002, S. 72–75).

Der Nachfrageteil kann in zwei Teilbereiche gegliedert werden:

Immanente Nachfragen: Den kurzen Notizen, die während der Haupterzählung angelegt wurden und auf Lücken oder anderen Auffälligkeiten hinweisen, werden nun Fragen angeknüpft. Das heißt, das immanente Nachfragen soll auf bisher Unerzähltem, das aber in der Haupterzählung präsent war, hinzielen (vgl. Mayring, 2002).

Exmanente Nachfragen: Nach Beantwortung aller immanenten Fragen folgt die Phase des exmanenten Nachfragens. Hier steht der InterviewerIn eine freie Auswahl zu, um sich selbst mit Themen ins Interview einzubringen, die die befragte Person zu Beschreibungen und Argumentationen auffordert (vgl. Küsters, 2009, S. 61 – 63).

Empfehlenswert ist es, sich im Anschluss des Interviews sich Notizen über die Gesprächssituation zu machen, sowie über Beobachtungen von dem emotionalen und sonstigen Zustand der befragten Person, deren Stimme und Redeweise, den Ort und die Atmosphäre. Ebenso werden Eindrücke und Gedanken über die Person selbst verschriftlicht. Dies bildet eine Basis für die Interaktionsbeziehung, in der das Interview geführt wurde. Nachdem das Interviewprotokoll geschrieben wurde, ist es für die InterviewerIn notwendig, eine innere Distanz zu dem/der Befragten zu schaffen, um die Analyse bewältigen zu können. Es sollte so viel festgehalten werden wie für die anzuwendende Auswertungsmethode notwendig ist (vgl. Mayring, 2002, S. 72 – 75).

Einige Vorbereitungen vor dem Interview sind von Bedeutung: Geeignet ist es bei den Unterlagen des Interviewenden, dass sich ein Informationsblatt über das Forschungsprojekt und eine Einwilligungserklärung (Datenschutz) für die befragte Person befindet. Empfehlenswert ist auch, eine Visiten- oder Kontaktkarte bereitzuhaben, falls die befragte Person Interesse an weiteren Informationen hat. Der Umgang mit der

Technik ist im Voraus einzuüben, indem z.B. die Ausstattung überprüft und Ersatzbatterien mitgenommen werden. Wenn die Möglichkeit besteht, ist es empfehlenswert, die Aufnahmequalität vor Ort zu testen (vgl. Helfferich, 2011, S. 177–178).

Ebenfalls sind für den/die InterviewerIn folgende Punkte während des Interviews wichtig: Der/die InterviewerIn sollte sich inhaltlich auf die Ausführungen der befragten Person konzentrieren, da diese wertvolle Informationen vermitteln. Des Weiteren ist darauf zu achten, dass der Redefluss der befragten Person nicht unterbrochen wird, sondern eventuelle Nachfragen zu einem späteren Zeitpunkt gestellt werden. In diesem Zusammenhang sind auch Denkpausen zuzulassen. Der/die InterviewerIn sollte sowohl negative als auch positive Bewertungen vermeiden, damit kein Anpassungsverhalten zwischen den AkteurInnen entsteht, und auch das eigene Vorwissen zurückstellen. Ein angemessenes Verhalten in schwierigen Interviewsituationen zu beherrschen ist empfehlenswert (vgl. Bähring et al., 2008, S. 98 – 99).

Transkription ist der Vorgang der Verschriftlichung gesprochenen Materials, z.B. von Interviewaufnahmen. Für die qualitative Analyse ist die wörtliche Transkription wichtig, da dies die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung ist. Die Transkription ist ein schwieriger, aufwendiger und zeitraubender Prozess, jedoch ist diese eine gute Möglichkeit, sich mit dem Inhalt vertraut zu machen. Es werden drei Formen der Transkription unterschieden:

Die phonetische Umschrift wird nach dem internationalen phonetischen Alphabet (IPA) genutzt (z. B. [ge:n] für gehn).

Die literarische Umschrift beachtet bei der Verschriftlichung sprachliche Eigenheiten wie Elisionen (z.B. sehn für sehen) und Assimilationen (z.B. willst für willst du), gibt Gesprächspausen an und notiert Wortabbrüche.

Die Übertragung in normales Schriftdeutsch bedeutet, dass das Gesprochene gemäß den Normen geschriebener Sprache wiedergegeben wird. Das heißt, dass Dialekt und andere sprachliche Merkmale (Versprecher, Betonungen, Wortdehnungen wie „ähm“ und „hm“) unberücksichtigt bleiben (vgl. Bähring et al., 2008).

Bei der Transkription ist zu bedenken, dass sie nicht eine vollständige Wiedergabe der Wirklichkeit darstellt, da viele Informationen verloren gehen, wie z.B. Mimik, Gestik, Stimmungen oder Einflüsse der Umgebung. Deshalb wird empfohlen auch ein kommentiertes Transkript zu erstellen, in dem man sich die zusätzlichen Informationen notiert. Das Ziel bei der Erstellung des Transkripts ist die Herstellung eines dauerhaft verfügbaren Protokolls, das mithilfe geeigneter Notationszeichen den Gesprächsverlauf

wirklichkeitsgetreu wiedergibt bzw. so aufbereitet ist, dass es für die Auswertung und Interpretation brauchbar ist (vgl. Bähring et al., 2008).

Die Auswertung des qualitativen Materials wird in nachvollziehbaren Arbeitsschritten analysiert und interpretiert. Das Ziel dabei ist, die Repräsentation sozialer Handlungsweisen zu verfolgen. Dazu gehören bedeutsame Techniken der Auswertung: die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring, der Grounded Theory Ansatz nach Glaser/Strauss, die Globalauswertung nach Legewie und die objektive Hermeneutik nach Oevermann et. al. (vgl. Mayring, 2002).

Aus den Transkripten wird ersichtlich, wie die Gespräche geführt wurden, in welche Richtung das Gespräch ging. In der Abschrift der Interviews, die mit jedem/jeder Befragten geführt wurden, werden alle, von jedem einzelnen gegebenen Äußerungen in ihrer Rede wiedergegeben. Das Gespräch wird so genau wie möglich in eine schriftliche Form übersetzt, um bestimmte Begriffe, die schriftlich nicht vorliegen, nicht zu übersehen (vgl. Mayring, 2002).

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine systematische und intersubjektiv überprüfbare Textanalysemethode, die aus einem Ablaufmodell aus neun Stufen besteht. Es folgt eine Erstellung eines Kategoriensystems, das die Interpretation des Datenmaterials für eine Zusammenfassung unterstützt (vgl. Mayring, 2002).

### **3.2 Forschungsmethode**

In der qualitativen Forschung haben somit Interviews eine lange Tradition. Im Mittelpunkt steht dabei, den Betroffenen selbst zur Sprache kommen zu lassen. Das bedeutet, dass die befragten Personen subjektive Deutungen von Ereignissen und Erlebnissen erzählen, womit tiefere Einblicke in gewisse Phänomene oder Situationen gewonnen werden sollen, um ein möglichst „wahrheitsgetreues“ Gesamtbild des Forschungsgegenstandes entstehen zu lassen. Das qualitative Interview findet immer persönlich statt. Es kann mit Einzelpersonen oder in Gruppen stattfinden. Bei Interviews werden standardisierte, halb standardisierte und nicht standardisierte Methoden unterschieden (vgl. Mayer, 2011, S. 186 – 191).

In dieser Arbeit wurde das narrative Interview als Forschungsinstrument verwendet, welches von dem deutschen Soziologen Fritz Schütze in den 70er Jahren entwickelt wurde (vgl. Mayer, 2011, S. 186 – 191). Dieser Theorietechnik haben Schütze und

andere deutsche Soziologen angenommen und sie als eigenständige qualitative Forschungsmethode vorangetrieben (vgl. Küsters, 2009, S.18). Die grundlegende Annahme ist, dass eine Gesellschaft von Individuen in symbolischen Interaktionen hervorgebracht und verändert wird. Diese Interaktion wird als Kommunikationsprozess gesehen. Es wird von drei Basisregeln der Kommunikation und Interaktion ausgegangen: der Reziprozitätskonstitution (Herstellung interaktiver Reziprozität), der Einheitskonstitution (Konstituierung sozialer Einheiten und Selbstidentitäten) sowie der Handlungsfigurkonstitution (innere Ordnung von Aktivitätsstadien). Im Wesentlichen gilt, dass die Prozesse der Verständigung nicht abgeschnitten werden dürfen und der soziale Charakter von Interviews systematisch in Rechnung zu stellen ist. Aus dieser Tatsache heraus entwickelte Schütze das narrative Interview, als Instrument, das Wissen über die grundlegenden Strukturen der Verständigung erheben sollte (vgl. Przyborski, 2010, S .79f)

Um die Veränderung der Arbeitsumwelt und den Einfluss auf die Pflegepersonen erfassen zu können, wird eine qualitative Forschungsmethode gewählt. Die Grundlagen der Arbeit bilden narrative Interviews, die im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien in der Abteilung Innere Medizin durchgeführt wurden. Die Interviews wurden nach dem Transkribieren nach der Methode der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring verarbeitet.

### **3.3 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Philipp Mayring, geboren 1952, entwickelte seit 1980 die qualitative Inhaltsanalyse als Instrument zur systematischen Textanalyse. Sie wurde erstmals 1982 publik gemacht und wurde seitens des Autors mehrfach überarbeitet und weiterentwickelt. Sein Hintergrund zur Entwicklung der Methode war, dass es in der sozialwissenschaftlichen Methodenliteratur keine systematische, umfassende Anleitung zur Auswertung komplexeren sprachlichen Materials gibt, aus der klare Interpretationsregeln abgeleitet werden können. Die Grundidee der qualitativen Inhaltsanalyse besteht darin, von der methodologischen Grundlage der quantitativen Inhaltsanalyse auszugehen, aber den Prozess der Zuordnung von Kategorien zu Textpassagen als einen qualitativ-interpretierenden Akt, der inhaltanalytischen Regeln folgt, zu konzipieren. In dieser Hinsicht ist die qualitative Inhaltsanalyse ein gemischter Methodenansatz: Zuordnung von Kategorien zu Text als qualitativer Schritt, Durcharbeiten der Textpassagen und Analyse von Häufigkeiten von Kategorien als quantitativer Schritt. (vgl. Mayring, 2015, S. 10-15)

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine systematische und intersubjektiv überprüfbare Textanalysemethode, die aus einem Ablaufmodell aus neun Stufen besteht. Es folgt eine Erstellung eines Kategoriensystems, welches die Interpretation des Datenmaterials für eine Zusammenfassung unterstützt (vgl. Mayring, 2002, S. 140 – 148).

Die Zusammenfassung bzw. die Abstraktion verläuft in mehreren Schritten. Durch den Einsatz von Makrooperatoren wird die Zusammenfassung konkretisiert. Erstens erfolgt die Bestimmung der Analyseeinheit (siehe Abbildung 8). Zweitens werden die einzelnen Codiereinheiten in eine einheitliche Sprachebene und grammatikalische Kurzform überführt. Nicht inhaltstragende, ausschmückende Textbestandteile werden fallengelassen (Paraphrasierung). Im nächsten Schritt wird durch den „Makrooperator Generalisation“ ein Abstraktionsniveau der ersten Reduktion festgelegt. Unter diesen Abstraktionsniveaus kommt es zur Verallgemeinerung der Paraphrasen. Entstehen inhaltsgleiche Paraphrasen, werden diese gestrichen. Ebenso weggelassen werden unwichtige und nichtssagende Paraphrasen „Makrooperator Auslassen und Selektion“. Nach Beendigung der Reduktionsphase müssen nochmals der Erhalt und die Sinnhaftigkeit des ursprünglichen Textes überprüft werden (vgl. Mayring 2015, S. 68 f.).

Im nächsten Schritt werden die neuen Aussagen wieder in ein Kategoriensystem zusammengestellt und erneut rücküberprüft. Aufgrund dieses Modells und der Verwendung der Makrooperatoren ist es nun möglich, Interpretationsregeln der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse aufzustellen. Es wird auf vier Punkte, die Paraphrasierung, Generalisierung, erste und zweite Reduktion, Bezug genommen, aufgrund deren das Material reduziert wird. Eine große Menge an Datenmaterial kann damit auf ein überschaubares Maß reduziert werden. Immanente Inhalte bleiben erhalten und dadurch wird der Zweck der qualitativen Inhaltsanalyse erreicht (vgl. Mayring 2015, S. 68 f.).

Die Erhaltung des systematischen Vorgehens der Inhaltsanalyse ist eines der Hauptanliegen der vorgeschlagenen Methoden. Systematisches Vorgehen bedeutet in diesem Zusammenhang in erster Linie: Orientierung an vorab festgelegten Regeln der Textanalyse. Dies wird im Vorfeld in einem Vorgehensmodell definiert, das die einzelnen Analyseschritte definiert und deren Reihenfolge festlegt. Es ist aber auch immer notwendig, zusätzliche Regeln festzulegen. Schließlich spiegelt sich die systematische Qualität der Inhaltsanalyse auch in ihrer Methode der "Dissektion" wieder. Die Definition von inhaltanalytischen Einheiten (Erfassungseinheiten, Kontexteinheiten, Kodiereinheiten) sollte grundsätzlich auch in der qualitativen Analyse beibehalten werden. Konkret bedeutet dies, dass man sich entscheidet wie das Material angegangen

werden soll, welche Teile in welcher Reihenfolge analysiert werden sollen, welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit eine Kodierung durchgeführt werden kann. Im Zuge der induktiven Kategorienbildung kann es sinnvoll sein, solche inhaltsanalytischen Einheiten sehr offen zu halten. Trotzdem ist das Verfahren auch hier durch eine Zerlegung des Materials gekennzeichnet, die von einer Passage zur nächsten fortschreitend durchgeführt wird. Eine Antwort darauf ist bei einem solchen analytischen Ziel, die Einheiten entsprechend breit zu definieren. Dennoch ist es wichtig, dass solche Einheiten theoretisch fundiert sind, um anderen AnalystInnen den Zugang zu Logik und Methode der Analyse zu ermöglichen. Zur Bearbeitung des Materials und zur Kategorienbildung gibt es drei wie oben beschriebene Grundverfahren: Zusammenfassung, Explikation, Strukturierung. (vgl. Mayring, 2014, S.39 – 40)

Das Kategoriensystem hat einen hohen Stellenwert in der qualitativen Inhaltsanalyse. Sie sollte ausführlich beschrieben werden, denn sie trägt auch zur Intersubjektivität des Verfahrens bei und hilft anderen, die Analyse zu rekonstruieren oder zu wiederholen. (vgl. Mayring, 2014, S.41). Es ist ein zentrales Element inhaltsanalytischer Verfahren, dass der Text nicht als Ganzes interpretiert, sondern in Segmente unterteilt wird. Diese Segmentierung muss im Voraus definiert werden. Nur wenn die Segmentierungsregeln, die bei der Inhaltsanalyse als Analyseeinheiten bezeichnet werden, explizit sind, kann ein zweiter Begutachter/eine zweite Begutachterin zu ähnlichen Ergebnissen kommen. Diese Segmentierung ist wichtig auf drei Ebenen: Zunächst muss entschieden werden, wie sensibel die Analyse sein soll. Reicht es aus, im Text leichte Untertöne zu erkennen, um sie zu codieren oder sind vollständige Wörter, Sätze oder Absätze notwendig? Die zweite Entscheidung ist, wie viele Materialien relevant sind, um zu einer Codierungsentscheidung zu kommen. Die dritte Segmentierung betrifft die Teile des Textes, die mit dem Kategoriensystem konfrontiert sind. (Mayring, 2014, S.52)

Die quantitative Methode unterscheidet folgende Einheiten, die auch für die qualitative Inhaltsanalyse wichtig sind:

- Die Kodiereinheit ermittelt die kleinste zu bewertende Materialkomponente und den Mindestanteil an Text, der in eine Kategorie fallen kann.
- Die Kontexteinheit ermittelt die größte Textkomponente, die in eine Kategorie fallen kann.
- Die Aufzeichnungseinheit bestimmt, welche Textabschnitte mit einem System von Kategorien konfrontiert werden. (Mayring, 2014, S.52)

Die Stärke der qualitativen Inhaltsanalyse gegenüber anderen Interpretationsmethoden liegt gerade darin, dass die Analyse in einzelne, im Voraus bestimmte, Interpretationsschritte aufgelöst werden. Der ganze Prozess wird dadurch für andere Personen nachvollziehbar gemacht und intersubjektiv überprüfbar; daher kann er auch auf andere Themen übertragen werden, steht anderen zur Verfügung und kann als eine wissenschaftliche Methode angesehen werden. Es ist möglich, ein allgemeines Modell zur Orientierung zu konstruieren. Die Stadien der Analyse in diesem Modell können in Abbildung 8 gesehen werden (Mayring, 2014, S.52):

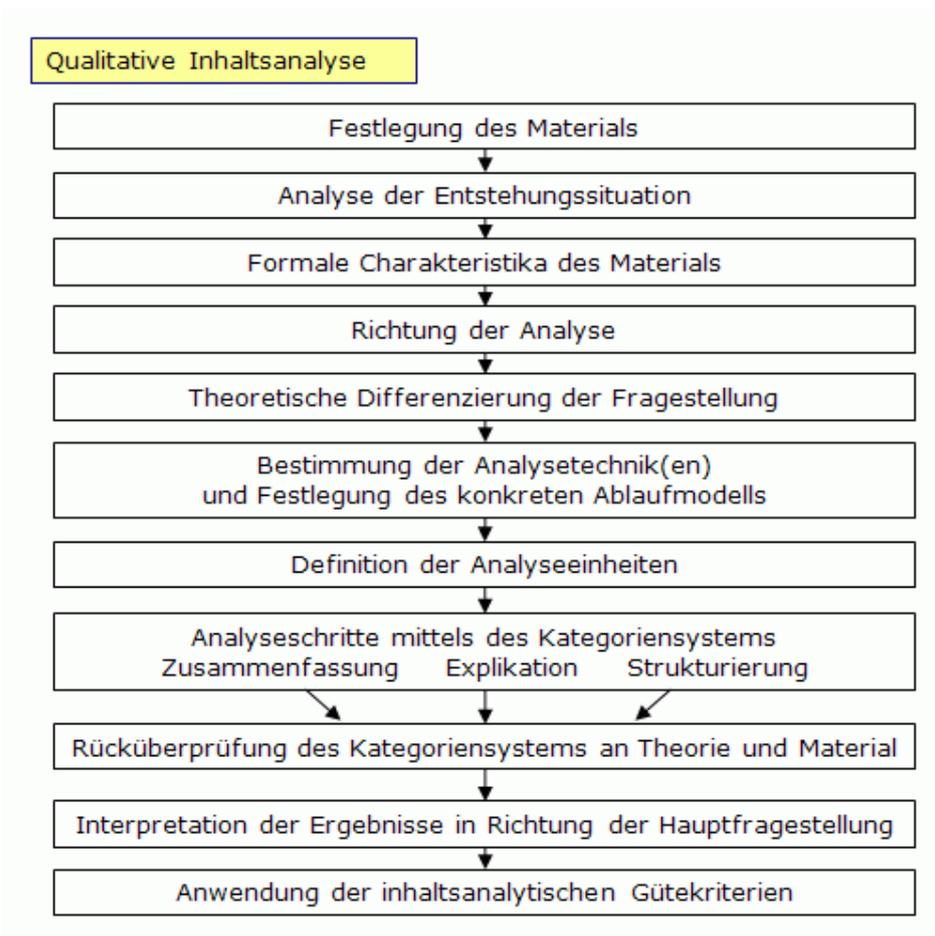


Abbildung 8: Ablaufmodell nach Mayring

Alle Interviews wurden mit der qualitativen Inhaltsanalyse von Mayring bearbeitet. Die Basiseinheit der Analyse ist jeder Teil des Textes, der sich auf die Kategorie oder Struktur der Arbeit in einer Organisation bezieht. Diese untersucht, wie die Arbeit mit der ePA-AC® Methode, die Verbesserung der Speicherung und Eingabe von

PatientInnendaten beeinflusst hat. Zunächst wurden einige der mehrfach vorkommenden Aussagen durch die Arbeit beobachtet, basierend darauf wurden die Kategorien definiert. Daraus wurde eine Schlussfolgerung zu den vier Hauptkategorien gezogen, die durch Interviews mit dem pflegerischen Personal definiert wurden (vgl. Mayring, 2015).

Auf diese Weise werden unbehandelte Daten in der ursprünglichen Form mit den Phänomenen in Zusammenhang gebracht, die in dem Theorieteil dieser Arbeit beschrieben sind. Durch die Analyse aller Interviews, die mit dem pflegerischen Personal des Pilotprojekts durchgeführt wurden, wurden vier Kategorien als Ergebnis der Umfrage identifiziert. Die nachfolgende Tabelle veranschaulicht ein Beispiel des methodischen Vorganges nach Mayring.

Erster Durchgang der Zusammenfassung					
Fall	S.	Nr.	Paraphrase	Generalisierung	Reduktion
F	4	1	Äh das war äh schon ein bisschen kürzer. Das haben die Chefen auch gemeint, dass äh die Einschulung ein bisschen zu kurz war.	Dauer des Trainings	<b>K4 = Arbeitsumfeld</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualität des Trainings</li> <li>• Trainingsthema</li> <li>• Unterstützung nach dem Training</li> <li>• Niveau des erworbenen Wissens</li> </ul>
F	4	2	Weil sich der Vortragende meiner Meinung nach zu viel mit ärztlichen Inhalten beschäftigt hat, die uns jetzt nicht unbedingt betreffen und es war ein es waren glaub ich vier Stunden und wir haben Pflegeplanung an sich gar nicht durchgenommen.	Schulungsinhalte	
F	4	3	Wir haben am Anfang, die erste Woche oder die ersten zwei Wochen waren Leute ja da von Meona.	Unterstützung bei der Beherrschung des Programms	

F	4	5	Die Schulung an sich für uns als Pflege ähm nicht so relevant. Also wir ham ganz viel ärztliche Relevanz ghabt.	Bewertung des Gelernten	
---	---	---	---	-------------------------	--

Abbildung 9: Ein Beispiel für den methodischen Vorgang nach Mayring

### 3.4 Stichprobe

Die Interviews wurden im März, April, Mai 2016 im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien in der Abteilung Innere Medizin durchgeführt. Sie wurden mit elf MitarbeiterInnen von der Pilotstation des Krankenhauses geführt, davon fanden Interviews mit dem Projektleiter und einem Projektmitarbeiter statt, um die Möglichkeiten für das Pflegemanagement zu eruieren.

Im Folgenden wird der Verlauf der Interviews in Bezug auf den Ort des Interviews, die Zeit, wann es geführt wurde und wie viel Forschung im Durchschnitt betrieben wurde, beschrieben. Die Interviews wurden im Raum des Stationskoordinators durchgeführt. Der Raum war ruhig, beleuchtet und Geräusche wurden während des Interviews vermieden. In Übereinstimmung mit dem Stationskoordinator wurde entschieden, dass die beste Zeit für die Durchführung der Interviews während der Arbeitszeiten der Befragten ist.

Es gab die berechtigte Befürchtung, dass die MitarbeiterInnen nach den Arbeitszeiten nicht am Arbeitsplatz bleiben wollen, um ein zusätzliches Gespräch zu führen. Was die vollständige Struktur der Befragten betrifft war die Gruppe gemischt. Die wichtigsten Bedingungen bezüglich der Befragten waren eine mindestens einjährige Berufserfahrung in der Praxis und das Diplom der Gesundheits- und Krankenpflege.

Wichtig ist hier zu betonen, dass elektronische pflegerische Dokumentation für alle verfügbar ist, die im Krankenhaus angestellt sind, deshalb war anzunehmen, dass Computerkenntnisse vorhanden sind. Diese Bedingungen wurden für die Befragung von pflegerischem Personal im Krankenhaus festgelegt, weil nur auf diese Weise Daten über die Arbeit im ePA-AC® -Programm und über dessen Vorkenntnisse und Schwächen in Bezug auf Arbeitsmethoden erhalten werden konnten, die seit vielen Jahren verwendet werden.

Vor Beginn des Interviews wurden die Befragten über die Thematik informiert, sowie über die Anonymität und dass die Teilnahme freiwillig ist. Nach Unterzeichnung der

Einverständniserklärung (siehe Anhang) wurde das Interview gestartet, welches mit einem Diktiergerät aufgenommen wurde.

### 3.5 Kategorienübersicht

Es konnten im Rahmen der Inhaltsanalyse nach Mayring vier unterschiedliche Kategorien gebildet werden. Diese sind, inklusive einer Beschreibung der jeweiligen Kategorie, in der folgenden Abbildung 10 abgebildet:

Kategorie	Beschreibung	Ankerbeispiel
Dokumentationsablauf	Übersicht, Erfassung und Handhabung von PatientInnen-daten	"Ich find's irgendwie besser wie im alten System und es ist einfacher in der Planung." (I2: 62-63)
Arbeitsumfeld	Grundausrüstung und Einschulung der MitarbeiterInnen	"Also am Wochenende und so ist es kein Problem, aber wenn jetzt die Interne Visite hat, passiert das schon öfter, das einfach keine Geräte da sind (I4: 11-112)
Digitale Kompetenz	Grundkenntnisse in der Verwendung von Computern, insbesondere ePA-AC	"Das Programm ist einfach." (I4: 102)
Risikoerkennung	Ermittlung möglicher Risiken bei PatientInnen	"Da macht der Computer eine Einschätzung und sagt...oh, Gefährdung ...und du hast auch trotzdem noch eine Experteneinschätzung zur Auswahl."(I8: 93-95)

Abbildung 10: Kategorienübersicht

## **4. ERGEBNISSE**

Das folgende Kapitel beschreibt die Ergebnisse der Analyse der Aussagen, welche im Rahmen der Interviews erhoben wurden.

### **4.1 Dokumentationsablauf**

#### **4.1.1 Interpretation der Interviews**

InterviewpartnerIn 1 stellt in diesem Zusammenhang fest, dass sein/ihr Arbeitsalltag durch die Einführung von ePAC-AC schon viel praktischer geworden ist. Früher wurden die Kurven immer gesucht, weil sie die ÄrztInnen häufig mitgenommen haben. Jetzt stehen mehrere Laptops oder PC zur Verfügung und es ist jedem jederzeit möglich, die jeweilige Kurve, die benötigt wird, anzuschauen (74-76). Im Allgemeinen empfindet er/sie ePAC-AC auch wesentlich besser als die frühere Pflegedatenbank (26). Es wird alles auf einer Seite dargestellt, dies wäre schon viel praktischer und es wäre möglich, alles auf einmal zu lesen, was für InterviewpartnerIn 1 einen klaren Vorteil darstellt. Des Weiteren wäre früher alles mit der Hand geschrieben gewesen und es hätte häufig Probleme gegeben, dass es nicht möglich war zu lesen, was geschrieben worden war (31-34). Die Pflegeplanungen jedoch würden überschätzt werden, es kann vom jeweiligen Benutzer/der jeweiligen Benutzerin des Systems selbst ausgewählt werden, was der/die PatientIn gerade braucht (64-65). Es kann hier alles bearbeitet werden, etwa wie oft etwas gemacht werden muss oder wie oft am Tag oder auch wann genau, all das kann in der Software eingestellt werden (70-71).

InterviewpartnerIn 2 stellt in diesem Zusammenhang fest, dass ePAC-AC neu und sehr praktisch wäre, weil damit vieles schneller gehen würde. Es wäre nun zum Beispiel die Möglichkeit, alles mittels OneClick auf einmal zu befüllen. Das wäre zum einen Vorteil, jedoch zum anderen auch ein Nachteil, weil es dazu verleitet, dass nicht mehr so genau wie früher dokumentiert wird. Früher wäre es notwendig gewesen, wirklich Punkt für Punkt alles durchzuklicken und zu befüllen, jetzt verleitet das System dazu, einfach alles auf einmal mit einem Klick zu befüllen. Auch wenn das sehr praktisch ist, kann es ein großer Nachteil sein, neu ist auch, dass die Planung direkt aus den Eingaben erstellt werden kann bzw. Vorschläge vom Programm gebracht werden (3-10).

Eben diese Planung könne nun übernommen werden oder auch nochmal überarbeitet. InterviewpartnerIn 2 stellt hier fest, dass dies möglicherweise einfach fauler macht, weil vorher war es notwendig, sich selbst Gedanken zu machen, jetzt jedoch muss man sich nicht mehr so genau mit den PatientInnen auseinandersetzen, etwa was diese benötigen

und wo man ihnen helfen kann. Des Weiteren stellt er/sie jedoch fest, dass früher viel Unnötiges geplant worden ist, einfach damit etwas zum Abzeichnen da ist. Es wäre etwa bei selbstständigen PatientInnen nicht notwendig, 100 verschiedene Sachen zu planen (12-18). Er/sie betont als Nachteil des Programms, dass früher zwei oder drei Seiten vorhanden waren, das wäre wesentlich übersichtlicher gewesen, weil da wirklich genau das draufgestanden wäre, was ausgefüllt worden ist. Jetzt jedoch würde man eine lange Liste mit Dingen bekommen, die einfach im Programm inkludiert sind, auch wenn bei diesen Punkten gar nichts ausgefüllt worden ist (26-28). Er/sie beschreibt, dass hier ein siebenseitiger Bericht herauskommt und sich andere Häuser beim Pflegeentlassungsbericht schon beschwert haben, dass sie sich nicht ausgekannt haben bzw. sie nichts mit dem Ausdruck anfangen konnten (30-32). Dieser Nachteil wäre jedoch bekannt und InterviewpartnerIn 2 hofft, dass dieses Problem bald gelöst wird (34-35). InterviewpartnerIn 2 erklärt auch noch, was unter dem Begriff OneClick verstanden wird. Dies wird dann verwendet, wenn bei PatientInnen alles unauffällig ist, wenn es sich also um selbstständige und mobile PatientInnen handelt. Dann kann OneClick angeklickt werden, dies bedeutet unauffällig und es werden automatisch alle Felder mit unauffällig befüllt (39-41). Es kann jedoch manuell hier noch ausgebessert werden, wenn PatientInnen dennoch irgendwo Hilfe brauchen. Es ist aber immer notwendig, dies eben manuell zu ändern. Dennoch muss man sich nicht einzeln durch alle Punkte durchklicken und somit bedeutet dies weniger Arbeit. Soll aber eine Analyse gemacht werden, muss alles richtig befüllt sein, da sonst die Analyse nicht richtig funktioniert (43-47). Er/sie betont, dass man dennoch händisch alles noch einmal durchschauen sollte, etwa ob PatientInnen doch Hilfe brauchen oder nicht und hier dann entsprechend angepasst werden sollte (49-51).

Im Allgemeinen empfindet er/sie die Pflegeplanungen jedoch als übersichtlicher (60). Er/sie findet es besser als im alten System und auch in Bezug auf die Planung einfacher. Auch vorher wurden schon Dinge vorgeplant, hier ist es jedoch leichter, unterschiedliche Dinge zusammen zu tun. Des Weiteren ist die Software besser durchdacht als die frühere. InterviewpartnerIn 2 stellt hier fest, dass es möglicherweise daran liegt, dass das Programm hier auf dieser Station getestet wird und somit passgenau auf die Station programmiert wurde. Häufig wären Blöcke vorgegeben, die man übernehmen könnte. Es wären hier jedoch nur zwei Sachen notwendig, 10 Dinge unnötig und es war früher notwendig, ewig herumzubasteln, bis etwas gepasst hat. Dies wäre jetzt nicht mehr notwendig (62-69). Er/sie findet es so 1000 Mal praktischer, es ist übersichtlicher, man kann alles lesen und es ist nicht notwendig, in der Nacht irgendwo zu stehen und zu überlegen, was die jeweilige Notiz wohl heißen könnte (79-81).

Insbesondere ist dies etwa bei Dosierungen von Medikamenten wichtig. Einen Nachteil sieht er/sie jedoch darin auch, nämlich dass Dinge sofort abgezeichnet werden müssen, wenn sie getan werden. Dies bedeutet, dass der/die MitarbeiterIn irgendwie "gläsern" wird, da man ganz genau sieht, wann wer was abzeichnet und unterschrieben hat. Wenn das händisch gemacht wird, dann steht keine Uhrzeit und kein Datum dabei. Jetzt jedoch im Programm würde dies alles genau festgehalten werden (83-88). In Bezug auf die Anamnese stellt InterviewpartnerIn 2 fest, dass sich hier das alte und das neue Programm von den Inhalten sehr ähnlich sind, jedoch vom Aufbau her würden sie sich ein wenig unterscheiden (96-97).

Gewisse Bereiche wie Schlafen oder Bewegung sind aufgeteilt, aber eben ein wenig anders als früher (99-100). Im Rahmen der Zwischeneinschätzungen kann auch festgestellt werden, wann etwas evaluiert werden muss (103). Es werden jedoch nicht so riesige Planungen vorgenommen. Es würde sich der/die MitarbeiterIn sowieso immer wieder durchschauen bzw. seine/ihre PatientInnen kennen und wenn er/sie dann sieht, dass PatientInnen eben jetzt keine Hilfe mehr etwa beim Waschen brauchen, weil er/sie dies nun wieder selber machen kann, dann wird hier eben abgesetzt und in diesem Sinne hat man dann ohnehin Zwischeneinschätzungen. Bei mobilen PatientInnen alle sieben Tage, bei allen anderen wird dies etwa jeden dritten Tag gemacht (105-109). Auf die Frage, ob er/sie nun weniger oder mehr Arbeit hätte, stellt InterviewpartnerIn 2 fest, dass dies sowohl als auch wäre. Er/sie nimmt hier als Beispiel Infusionen, die er/sie früher einfach angehängt und abgehängt hat. Jetzt muss er/sie genau abzeichnen, wann er/sie es an- und wann er/sie es abgehängt hat (116-120). Dies würden einen Mehraufwand ergeben, auch wenn es nur ein paar Klicks wären (122-123). Dennoch wäre es leicht möglich, hier einmal etwas zu vergessen (125). Es würde dann komisch ausschauen, wenn die Linie über den ganzen Tag gezogen ist. Er/sie stellt auch fest, dass das neue System noch ein paar Kinderkrankheiten hat, es eben also noch nicht ganz ausgereift ist, da es noch in der Pilotphase ist. Er/sie meint, dass wenn das Programm übernommen wird, noch viele, viele Kleinigkeiten geändert werden sollten (127-131).

InterviewpartnerIn 3 stellt in diesem Zusammenhang fest, dass es viele Vorteile des ePAC-AC-Systems gibt (2). Er/sie meint jedoch, es würde auch Nachteile geben. Das Programm wäre jedoch eine Arbeitserleichterung, da viele Dinge schneller durchgeführt werden können, etwa die Anamnese oder auch die Entlassungsberichte oder auch verschiedene Dinge rund um Medikamente (4-7). Als Beispiel nennt er/sie hier das Einschachteln der Medikamente, da das im Programm wesentlich lesbarer ist, als dies früher der Fall war (9). Es gäbe jetzt keine Probleme mehr zu entziffern, was die ÄrztInnen geschrieben haben (11-12). Auch Infusionen müssen nicht mehr vorher

niedergeschrieben werden (14-15), früher war es notwendig, dies manuell aufzuschreiben. Er/sie bezieht sich hier auf die Infusionen für den nächsten Tag, was natürlich eine zusätzliche Arbeit für den Nachtdienst bedeutet. Dies wäre nun nicht mehr nötig (17-18). Es wird einfach alles ausgedruckt (20). Am nächsten Tag kann man dann die Liste für die ganze Station auswählen und es werden die Infusionen für den nächsten Tag ausgedruckt (22-23).

Des Weiteren ist es jetzt auch nicht mehr möglich, Anordnungen zu übersehen. Früher standen einmalige Anordnungen häufig hinten und wenn dem Pflegepersonal dann nicht gesagt wurde, dann wurde manches erst am Abend gesehen oder ganz übersehen. Nun jedoch ist eine Anordnung rot markiert und das kann nicht mehr passieren. Auch die Anamnese würde eben sehr viel schneller gehen (25-31). Gleiches gilt auch für die Pflegeplanung, da vorher die Diagnose und die Ziele dazugeschrieben werden mussten und dann je nach Diagnose selber eben die Ziele erörtert werden mussten (33-35). Jetzt wird einfach nur mehr angeklickt, was sehr viel Zeit spart (39). Die Entlassungsberichte jedoch würden nicht passen (49). Es entspricht hier die Aussage von InterviewpartnerIn 3 jener von InterviewpartnerIn 2, beim Entlassungsbericht würden es sich um sieben Seiten handeln (51). Das wäre somit nicht wirklich gut lesbar (53). Es gab schon Anrufe von Krankenhäuser, dass sie etwa einen Entlassungsbericht nicht verstanden hätten (58-59). Hier war der Ältere besser, da man ganz genau wusste, was die PatientInnen für einen Bedarf haben und nur die wichtigsten Sachen festgehalten wurden (61-62).

Das Eintragen der Vitalparameter wiederum wäre wesentlich einfacher (126). Jeder könne jederzeit zu jeder Information zugreifen. Da jedoch die ÄrztInnen die Kurve meistens am Vormittag haben, muss gewartet werden, bis die Kurve frei ist. Dies führt häufig zu Problemen und es ist dann besonders stressig (130-137). Anrufe in der Nacht sind jedoch nicht mehr notwendig, wenn es Fragen gibt, da eben jeder auf jede Information zugreifen kann und auch im System festgehalten ist, welche PatientInnen welche Medikamente bekommen (139-141). Es kann somit also dann genau angeordnet werden (143). Manche Medikamente können jedoch nicht angeordnet werden, das muss dann von einer bestimmten Person umgeschrieben werden (147-148). In diesem Fall wird dann eine Notiz gemacht (150-151).

Es stellt InterviewpartnerIn 4 fest, dass häufig nur von anderen PatientInnen per OneClick übernommen wird, insbesondere dann, wenn der Stress besonders ist und viele Aufnahmen sind. Dann ist es einfacher, etwas nur zu übernehmen und nicht groß nachzuschauen (45-48). Dies klingt auch für ihn/sie fahrlässig, aber er/sie meint, dass sich die Personen halt dann denken, dass sowieso einmal in der Woche alles neu gemacht wird und es dann kein Problem ist, einfach auf Übernehmen zu klicken (50-52).

Es ist ja schließlich möglich, das ganze komplette Paket der letzten PatientInnen zu übernehmen. Es gibt auf der Seite im Programm unten einen Button "alles übernehmen" und schon sind die Daten der letzten PatientInnen in den neuen übernommen (56-57). Es ist nicht einmal mehr notwendig, sich hier etwas durchzulesen (59). Er/sie stellt fest, dass dies sicher öfter passiert als man denkt (61).

In Bezug auf die Pflegeplanungen findet er/sie, dass hier kein besonders großer Unterschied zu früheren Pflegedatenbank vorliegt (66). Beides wäre einfach zum Anklicken gewesen und es wäre überall dasselbe zu planen gewesen (68-69). Es wäre jedoch praktisch beim neuen Programm, dass manche Dinge automatisch geplant werden würden (78-79). Wenn jetzt etwa eingegeben wird, dass ein Katheter geplant ist, so macht das Programm automatisch eine Planung, selbes gilt für den Venflon. Das wäre sehr praktisch (81-83). Dennoch würde es sich hier um eine Standardplanung handeln, wie InterviewpartnerIn 4 betont (87). Vom pflegerischen Standpunkt aus würde die Software den Alltag leichter machen. Im medizinischen Bereich jedoch würden manche Dinge länger brauchen (89-90).

So müssen jetzt zum Beispiel alle Medikamente angeklickt werden und auch alle Infusionen einzeln angeklickt, was wesentlich mehr Zeit braucht (92-93). Aber gerade die OneClick-Funktion findet er/sie toll (142). Eigentlich bedeutet OneClick, dass PatientInnen komplett selbstständig sind (144), es ist jedoch immer möglich, diesen Button zu drücken, da sich das Formular dann selbst ausfüllt (146). Er/sie muss dann nur mehr durchgehen und das verändern, was verändert werden muss. Es ist nicht mehr notwendig, überall händisch etwas hineinzuschreiben (148-149). Es handelt sich somit bei der Arbeit der Pflegeperson nur mehr um eine Aktualisierung, wenn etwa PatientInnen von ihrer Mobilität her selbstständig sind, aber inkontinent, so ist es möglich, hier per OneClick alle Felder für mobile PatientInnen zu übernehmen und ausschließlich beim Faktor "Ausscheidung" etwas zu ändern (151-156). Dies wäre sehr sinnvoll (158). In der Anamnese wäre nicht mehr viel drinnen, es wären nur mehr einzelne Punkte. Es würde beim ePAC-AC darum gehen, was PatientInnen können und was nicht (164-166). Auch InterviewpartnerIn 5 stellt fest, dass heute wesentlich mehr angeklickt wird, um ja sicherzugehen, dass nichts übersehen wird (67). Dies würde daran liegen, dass man ja sagen kann, am nächsten Tag tut man ja einfach weg, wenn man es nicht mehr braucht, wenn man dennoch dieses Feld braucht, dann ist es gut. Man sollte eher mehr als weniger eingeben. Es werden jedoch auf Grund dieser Eingabe PatientInnen nicht höher eingestuft. Es ist jedoch eine Umgewöhnungsphase, in der sich alle im Moment mit der neuen Software befinden (69-76).

InterviewpartnerIn 5 empfindet das Programm durchaus als Erleichterung, er/sie betont

hier insbesondere den Nachtdienst, wo er/sie nur auf eine bestimmte Seite schaut und gleich nachschaut, wie etwa der Blutdruck des/der PatientIn am Vormittag war. Er/sie braucht dann hier nicht mehr weiter zu kontrollieren und nicht darauf aufpassen, dass er/sie wirklich alles mitbekommt. Er/sie findet das Ganze positiv (134-136).

InterviewpartnerIn 7 empfindet die Anamnese als relativ detailliert. Er/sie wäre auf der Psychosomatik tätig und von vielem, was in dem Programm stehen würde, hätte er/sie keine Ahnung (33-35). Gerade die Pflegebedarfsdinge würden ihn/sie kaum betreffen. Dies bedeutet für ihn/sie, dass er/sie in das Programm geht, einmal auf OneClick klickt und alles ausgefüllt ist. Es wird dann alles so ausgefüllt, als ob PatientInnen total selbstständig wären und nichts brauchen würden. Häufig ist das auf der Psychosomatik auch der Fall (37-39). Wenn er/sie jedoch dennoch etwas braucht, dann schreibt InterviewpartnerIn 7 das um (41). Die Psychosomatanamnese des Programms konnte von der Station zum größten Teil mitgestaltet werden. Es wurde hier schon im Vorfeld überlegt, was in der Anamnese unbedingt erfragt werden muss (47). Somit ist dies eigentlich super gelungen und passt (49). Es wurden ausreichend Ideen gesammelt, was er/sie als für sehr wichtig erachtet (51).

Es existiert im Programm eine Spalte Pflege, eine Spalte ÄrztInnen, wobei hier jedoch nicht genau dieselben Fragen gestellt werden. In vielen Fällen wird die Anamnese dann gemeinsam gemacht (53-55). Wenn jedoch ÄrztInnen alleine die Anamnese machen, dann fragt InterviewpartnerIn 7 die PatientInnen nicht alles doppelt (57-58). Er/sie meint, das würde komisch überkommen, da ja ohnehin schon einiges im Programm steht, was er/sie wissen will. Er/sie fragt nur noch, was für ihn/sie als Informationen wichtig sind und das war es dann (60-61). Dies wäre angenehm (63). Mit Pflegeplanung jedoch hätte er/sie nur wenig zu tun auf der Psychosomatik (70-71). Er/sie hätte es jedoch am selben Tag erst gebraucht und hätte es als recht einfach empfunden, eine derartige Planung zu machen (73-76).

Das Programm hätte die Möglichkeit, einen Button "Analyse" anzuklicken und dann Vorschläge kommen, was alles geplant werden kann (78-79). Im Anschluss wird der Person, die die Daten eingibt, noch die Möglichkeit zugestanden, zu sagen, das möchte sie oder das möchte sie anders (81-82). Es kann hier alles hinzugefügt werden oder nicht. Insofern wäre dieses Programm eine große Zeitersparnis (84). Man würde sofort von PatientInnen etwa alle Allergien und ähnliche wichtige Informationen bekommen (141). InterviewpartnerIn 7 ist mit dem Programm total zufrieden und hofft, dass es auch wirklich umgesetzt wird, da es eine große Arbeitserleichterung bedeutet und sicherer ist (143-144).

Auch InterviewpartnerIn 8 sieht eine deutliche Erleichterung. Es würde der Computer

etwa automatisch Medikamente vorschlagen, die im Haus wären. Die könnten dann angeklickt werden (155-156). Es kann jedoch jederzeit in der Planung oder auch in jedem Bereich alles weggeklickt werden und es wird dann nur der Teil in die Planung übernommen, der eben überbleibt. Das ist jeder Person selbst überlassen (73-75). Er/sie betont, dass am Ende der Pflegedatenbank schon auf Maßnahmenpakete umgestellt wurde (49-51). Jetzt wäre alles geballter in einem einzigen System und es ist nicht notwendig, jeden einzelnen Faktor wie etwa Körperpflege extra zu planen (53-54).

Des Weiteren muss jetzt wirklich genau in das Programm hineingeschrieben werden, welches Medikament konkrete PatientInnen bekommen (148-149). Gerade auf der Psychosomatik, auf der InterviewpartnerIn 8 tätig ist, würde das Reden im Mittelpunkt stehen, ebenso so wie das Dokumentieren. Aus diesem Grund weiß er/sie nun, was in den Therapien der PatientInnen passiert. Dies ist für ihn/sie ein großer Pluspunkt (179-181). Früher wäre es immer notwendig gewesen, nachzufragen, was die eine oder andere Person gesagt hat und wie es ausgemacht war und ob PatientInnen möglicherweise unterschiedliche Pflegepersonen oder Therapeuten gegeneinander ausspielen möchten. Jetzt ist dies nicht mehr möglich, da alles fix im Programm festgehalten ist (183-185). Er/sie empfindet das Programm als ein Gesamtpaket (193).

Betrachtet man die Aussagen von InterviewpartnerIn 9, so stellt dieser/diese fest, dass das Programm eigentlich in Blättern denkt. Es existiert ein Anamneseblatt, ein Pflegeberichtsblatt sowie ein Wundmanagementblatt. Ist etwa das Anamneseblatt abgeschlossen und die Muss-Fragen sind drinnen, dann kann ja nichts mehr verändert werden (26-33). Gerade in Bezug auf die Fieberkurve wurden mit dem Programm viele Managementideen über Bord geworfen, die in der Pflegedatenbank verankert sind. Diese regelt sehr viele Prozesse und kontrolliert diese auch, lässt jedoch viele Sachen einfach nicht zu (39-43). Es würden hier Unterschriften und Zeitgrenzen fehlen. Das Programm, das jetzt aktuell ist, würde sehr viel zulassen, es gibt nur sehr wenige Beschränkungen, die man an einer Hand abzählen kann. So existieren etwa einzelne Bereiche wie etwa der Reanimationsstatus, den nur ÄrztInnen dokumentieren können (45-49).

Auch wenn es eine Abweichung bei den Medikamenten gibt, wird dies sofort sichtbar (51). Wichtig wäre bei diesem Programm hauptsächlich der Zeitpunkt. Es ist also nicht mehr so wichtig, wo eine Information hingeschrieben wird, sondern wann sie dokumentiert wird. InterviewpartnerIn 9 stellt hier fest, dass die Anamnese kein eigenes Blatt im obigen Sinne mehr wäre (74-76) oder bzw. nur bis zu einem gewissen Grad (78). Viele Fragen würden jedoch auch unnötig sein (80-82).

Es nennt InterviewpartnerIn 9 hier etwa die Frage um den Stuhl (133). Er/sie meint, dass es für einen Pflegedienst, der mittlerweile ein Bachelorstudium hat, nicht mehr notwendig

ist, dass Muss-Fragen in einem Programm vorkommen (138-140). Er/sie ist der Meinung, dass die Pflegeperson selbst entscheiden sollte, ob bestimmte Faktoren wie etwa der Stuhlgang wichtig sind oder nicht und spricht hier von kompetenter Pflege und meint, dass dies ein Widerspruch wäre, wenn dann derartige Muss-Fragen vorgegeben werden (147-151). Seiner/ihrer Meinung nach sollte somit nur dokumentiert werden, was für die jeweilige Erkrankung wichtig ist (159-160). Es wissen die Pflegekräfte ohnehin auf Grund ihrer Ausbildung Bescheid (162). Er/sie ist der Meinung, dass sich hier zu wenig Gedanken gemacht wurden und somit manches in das Extrem getrieben wurde (321-325).

Schon für kleine Erkrankungen würde eine Pflegediagnose mit einer Ätiologiesymptomatik geführt werden, andererseits jedoch würde auf den Stationen Kostendruck und Einsparungsdruck bestehen und es wäre eigentlich gar nicht mehr möglich, dass man sich diesen Luxus auch leistet, einfach eine Pflegediagnose zu machen, wenn diese bei einer kleineren Erkrankung gar nicht notwendig ist. Im Gegenteil wäre es wichtig, vernünftige Maßnahmenplanungen zu machen und diese dann auch verbindlich umzusetzen. So wird etwa auf der Station von InterviewpartnerIn 9 mit Aromapflege und Aromaexperten gearbeitet (327-334).

Es haben dann die anderen MitarbeiterInnen von ihm/ihr persönlich die Anweisung, das umzusetzen. Wichtig ist für ihn/sie auch, dass eine Kontinuität in der Pflege gewährleistet ist (339-344). Er/sie beschreibt hier auch, dass es oftmals gar nicht notwendig wäre, eine derart umfangreiche Dienstübergabe in der Früh zu machen, wenn alle Personen sich selber kurz hinsetzen würden und sich die Informationen holen würden, die sie bräuchten (346-349). Auch er/sie betont aber die bessere Lesbarkeit durch das Programm (360).

Er/sie ist der Meinung, dass es nur dann wichtig ist, was geschrieben wird, wenn jemand anderer dies auch liest (362; 364). Im Moment wird häufig mehr dokumentiert als eigentlich vorgeschrieben ist. Dies liegt daran, dass die MitarbeiterInnen den Sinn dahinter erkennen. In der Pflegeplanung ist dies seiner/ihrer Meinung nach dieselbe Situation. Er/sie meint jedoch, dass es einen großen Unterschied zwischen dem Akutsetting gibt (371-375) und dem Langzeitsetting (377). Bei einem Langzeitsetting ist es wichtig, eine ausführliche Anamnese, aber auch Gewohnheiten zu erheben (377-379). InterviewpartnerIn 9 sieht ePAC-AC als eine Möglichkeit, in extrem kurzer Zeit sehr viel zu erfassen. Es wurden hier auch sehr viele Ideen miteinbezogen (384-388). Dies sollte vermeiden, dass es bei unterschiedlichen Untersuchungen nach unterschiedlichen Skalen bei denselben PatientInnen Widersprüche gibt (390-394). Somit hat ePAC-AC auch die Pflegequalität gesteigert (398). Es wäre durchaus möglich, die Pflegeplanung komplett mit ePAC-AC zu machen (441).

Dies kann damit begründet werden, dass nicht nur der aktuelle Stand festgehalten wird, sondern auch der Zielzustand und es wäre hier schon möglich, zu Beginn die Ziele abzubilden (443-444). Früher wurde alles mit verschiedenen Programmen gemacht, jetzt jedoch ist dies gerade bei selbstständigen PatientInnen (Stichwort OneClick) nicht mehr notwendig (446-452). Aus diesem Grund wurde OneClick eingeführt, da dieses eine große Zeitersparnis darstellt (454-457). Alleine schon die Beobachtung von PatientInnen, etwa wenn sie selbstständig in den Aufzug springen, zeigt, dass sie mobil sind. Es kann dann einfach auf OneClick geklickt werden und alles ist dokumentiert. Des Weiteren kann alles dokumentiert werden, wozu sich das Pflegepersonal Gedanken macht oder auch, wenn es um andere Dinge geht wie Hilfestellungen (463-466). Den MitarbeiterInnen gefällt die Möglichkeit des OneClicks sehr gut, wobei jedoch hier früher die Frage war, ob das nicht der Qualität schaden würde, wenn zu viel dokumentiert wird, etwa in den Anmerkungen (497-502). Wenn jedoch etwa beim Gangbild nur ja oder nein angegeben werden kann (504-506), so sagt das noch nichts darüber aus, wie stark der Mensch in dieser Hinsicht Hilfe benötigt (508). Aus diesem Grund gibt es auch die Möglichkeit, Anmerkungen hinzuschreiben (512-515). Dies bezieht sich nicht nur auf die Pflege und die Medizin, sondern auch auf Physiotherapie, Seelsorge und Entlassungsmanagement sowie alle anderen Berufsgruppen, die in diesem System tätig sind (763-765).

In der Pflege kann allgemein hier sehr gut profitiert werden, auch die MedizinerInnen auf der Station sehen jetzt, dass sie vom neuen System profitieren, da viele Dinge nun für sie einfacher sind (883-886). Da jetzt die ersten PatientInnen wiederkommen, die bereits im System sind, ist es hier möglich, Medikamenten vom vorigen Aufenthalt oder auch Anamnesen zu übernehmen (888-890; 892). Dies bringt eine große Zeitersparnis und somit extreme Vorteile (894-897).

Des Weiteren ist das System ständig verfügbar und es müssen nicht die einzelnen Personen immer allen Kurven nachlaufen (899-900). Des Weiteren entfällt in der Früh der Streit zwischen den KollegInnen, wessen Arbeit wichtiger ist, da jeder die wichtigen Informationen braucht. Des Weiteren gibt es eine Zeitersparnis auf Grund des Fehlens telefonischer Anordnungen. Es ist jetzt nicht mehr notwendig, einer einzelnen Person sehr lange nachzulaufen, da sie gerade nicht erreichbar ist. Nun muss die andere Person nur mehr den Laptop aufmachen und eintippen, was notwendig ist. Die Anamnese ist verschlankt worden und Dokumentationen müssen nicht mehr doppelt und dreifach gemacht werden (902-908). Es ist die Anamnese in der Kurve und überall sonst, wo sie noch notwendig ist (910). Er/sie betont an dieser Stelle, dass sich das Programm eher für eine Kurzzeitpflege eignet, für den Langzeitpflegebereich würde es sicher nicht das machen, was eine Pflegeplanung machen soll, da hier die Pflegeplanung eine ganz

andere Aufgabe hat (1029-1032; 1034). Eine besondere Herausforderung würde die Archivierung von Daten darstellen, da jetzt wesentlich mehr Informationen archiviert werden müssten (1059-1060).

InterviewpartnerIn 10 empfindet die Dokumentation jetzt als einfacher, da es nicht ununterbrochen notwendig ist, nach Fieberkurven zu suchen, was sehr viel Zeit spart. Es ist jetzt möglich, dass alle gleichzeitig in die Kurve schauen, sowohl ÄrztInnen auch Pflegepersonal und dann mit dem PatientInnen gemeinsam arbeiten (28-30). Weiter wäre auch das Einschachteln von Medikamenten einfacher, weil lesbar ist, was die ÄrztInnen schreiben. Wenn PatientInnen ein Medikament benötigen so ist es möglich, dass ÄrztInnen das einfach anordnen. Er/sie muss nicht extra auf die Station kommen, wie dies etwa beim Nachtdienst oftmals sehr kompliziert war. ÄrztInnen können jetzt von jedem Laptop aus das jeweilige Medikament anordnen (32-35).

InterviewpartnerIn 10 empfindet dies als sehr praktisch und wesentlich schneller, auch die OneClick-Funktion empfindet er/sie als großen Vorteil (37-38). So stellt auch er/sie fest, dass es, wenn PatientInnen selbstständig sind, nicht mehr notwendig ist, jedes Feld einzeln auszufüllen. Er/sie macht einfach einen OneClick und das Programm füllt alles automatisch aus. Es ist für ihn/sie nur mehr notwendig zu ändern, was nicht passt (40-42). Weiter empfindet er/sie die neue Software als wesentlich übersichtlicher. Es ist möglich, unterschiedliche Dinge zu übernehmen oder auch zu überarbeiten. Wenn die Anamnese richtig ausgefüllt ist, dann passen auch die anderen Dinge. Des Weiteren übernimmt die Software automatisch die Planung (44-47).

InterviewpartnerIn 11 stellt in diesem Zusammenhang fest, dass die Informationen wesentlich rascher bei den Personen sind, die sie benötigen, ohne dass es notwendig ist, dass die Person physisch anwesend ist. Auch eine Papierkurve muss nicht unbedingt persönlich der Person zur Verfügung stehen (124-127). Es ist möglich, von jedem Arbeitsplatz, wo eine Person sich vorbereitet, aus zu arbeiten, sei es in der Ambulanz oder im entsprechenden Therapieraum (129-130).

Es stehen jederzeit alle notwendigen Informationen zur Verfügung, was sicherlich eine der größten Errungenschaften des Programms ist (132-134). Er/sie stellt in diesem Zusammenhang weiter fest, dass sich das Wording verändern wird, es wird nicht mehr so bleiben, wie es früher in der Pflegedatenbank war. Auch ein paar inhaltliche Dinge werden sich verändern. Grundsätzlich jedoch bleibt, dass die PatientInnen einen Durchführungsnachweis haben, eine Anamnese und ein Entlassungsbrief geschrieben werden muss. An diesen Faktoren wird sich nicht viel ändern (208-209; 211-213). Die e-Fieberkurve Meona kann als extrem gewinnbringend und als eine extreme Bereicherung gesehen werden. Gerade die MedizinerInnen sehen sie als Bereicherung, haben jedoch

gleichzeitig auch die meiste Kritik daran, wenn komplexe Anordnungen gemacht werden müssen, da dies mittels digitaler Wege länger dauert. Sie entspricht jedoch den gesetzlichen Vorgaben (401-406).

#### **4.1.2 Zusammenfassung**

Die Kategorie Dokumentationsablauf bezieht sich auf die Erfassung der PatientInnendaten in der elektronischen Fieberkurve, in dem die ePA-AC® Methode integriert ist, sowie deren Übersicht und Handhabung. Sozusagen liegt der Kernprozess dieser Kategorie in der Abbildung des Pflegeprozesses mit allen seinen Elementen (Pflegeanamnese, Festlegung der Pflegediagnosen, Pflegeziele setzen, Maßnahmenplanung, Durchführung und Evaluation).

Die Pflegedokumentation ist ein wichtiger Bestandteil der PatientInnenversorgung, sowie im Berufsalltag von Gesundheits- und Krankenpflegern, welche aber auch Zeit in Anspruch nimmt.

Die Pflegeanamnese ist ein relevanter Teil des Pflegeprozesses, welcher eine Reihe von PatientInneninformationen enthält, sowie deren Zustand und eventuelle dazugehörige Umstände.

„Also die jetzige Pflegeanamnese geht schneller gegen die Anamnese von früher, also bedeutend schneller. Denn jetzt gibt es eine Spalte Pflege und eine Spalte Ärzte, das sind aber nicht ganz dieselben Fragen, aber beide sind sichtbar. Wir machen es oft so, dass wenn der Arzt die Anamnese zuerst macht, frag ich nicht alles nochmal doppelt, nur noch was ausständig ist.“ (I7)

Hier wird ersichtlich, dass die Anamnesen vom pflegerischen und medizinischen Bereich für alle sichtbar sind, dies führt das etwaige PatientInneninformationen für alle zu Verfügung stehen. Ebenfalls werden die PatientInnen nicht mit denselben Fragen mehrmals konfrontiert, welches zu Verwirrung führen könnte.

Aus den Interviews geht heraus, dass die größte Anzahl des pflegerischen Personals meint, dass das Ausmaß der Daten, die in der Datenbank gesammelt und gespeichert werden, ausreichend sind und dadurch die grundlegenden PatientInneninformationen ersichtlich sind. Auf diese Weise wird ein guter Einblick in die Krankengeschichte der PatientInnen gewährleistet.

„Ich finde auch die Oneclick - Funktion toll. Oneclick bedeutet, dass ein Patient komplett selbständig ist. Aber grundsätzlich kann ich das immer drücken, weil dann füllt er automatisch alles aus als selbständigen Patienten und ich geh nur noch durch und veränder das, was ich verändern muss, zum Beispiel Hilfe bei der Mobilität.“ (I4)

Die Oneclick - Funktion in der ePA-AC® Methode ist für selbstständige PatientInnen gedacht, die keine pflegerische Hilfestellung benötigen. Diese Funktion vermeidet unnötigen Zeitverlust bei der die Gesundheits- und Krankenpflegeperson die Pflegeanamnese komplett mit unauffällig ausfüllt. Es gibt aber die Möglichkeit, die Oneclick – Funktion zu tätigen und dann einzelne Punkte zu aktualisieren, die notwendig sind.

„Oneclick ist, wenn alles unauffällig ist beim Patienten, also wenn das ein selbständig mobiler Patient ist. Das heißt alles unauffällig und es werden alle Felder automatisch mit unauffällig befüllt und ich kann dann manuell hergehen und ausbessern, wenn irgendwo jemand doch Hilfe braucht.“ (I10)

Aus den Interviewziten ist es ersichtlich, dass die ePA-AC®-Methode den Prozess der Pflegeanamnese erheblich beschleunigt hat.

Die Pflegeplanung ist eine systematische Erfassung des Pflegebedarfs und beschreibt eine zielgerichtete Vorgehensweise bei der Versorgung von pflegebedürftigen PatientInnen. Es enthält eine Beschreibung der Probleme und Bedürfnisse, die erwarteten Gesundheitsziele, der geplanten/durchgeführten Pflegeinterventionen und die Evaluierung

„Wenn du mit der Anamnese fertig bist, dann kannst du auf Analyse gehn und erscheinen schon die Vorschläge, was du alles planen könntest und kannst jetzt einfach sagen, ja das möchte ich jetzt, das möchte ich nicht oder das möchte ich anders, kannst es hinzufügen oder nicht, es geht einfach schneller.“ (I8)

Somit entsteht mehr Zeit für die PatientInnen, da weniger Zeit für die Pflegedokumentation benötigt wird.

Aus dem Interviews mit dem Pflegepersonal ist es klar, dass wenn die Pflegeanamnese ausführlich durchgeführt wird, kommen passende Pflegeplanungen auf die Risiken abgestimmt, welche die PatientInnen haben.

„Wenn die Anamnese korrekt und ausführlich ausgefüllt ist, werden die Risikotools und die Pflegeplanung automatisch gemacht. Also er schlägt mir zu Pflegeproblemen die Pflegeplanung vor. Die ich aber nicht nehmen muss. Das ist wirklich praktisch...auch wenn ich eingebe, dass der Patient einen Katheter oder Venflon hat, dann plant er das automatisch.“ (I2)

Als praktikabel wird die Integration der hausinternen Pflegekataloge und Standardpflegepläne gesehen. Dies bietet eine Steigerung der PatientInnensicherheit und Behandlungsqualität an. Ebenfalls als praktikabel wird gesehen, dass die ePA-AC® Methode automatisch Pflegeinterventionen vorschlägt, die dann vom gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankpflege noch aktiviert werden müssen. Das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal hat die Möglichkeit, die Vorschläge für die Pflegeplanung anzunehmen oder abzuändern.

Im nächsten Zitat ist ersichtlich, dass die ePA-AC® Methode nicht als ein einzelnes Programm gesehen wird, da es in der Pflegedokumentation integriert ist, sowie in der elektronischen Fieberkurve. Die elektronische Fieberkurve wird als ein Ganzes gesehen.

„Nachdem wir ja eigentlich die Pflegeplanung auch schon digital hatten und halt nur die Kurvenführung nicht, weiß ich nicht, ob es unbedingt viel Zeit spart, aber es ist genauer, man kann alles lesen, ich muss nicht händisch irgendwelche Kurven schreiben, wo es halt viele Fehlerquellen gibt.“ (I9)

Positiv gesehen wird, dass es keine händische Kurvenführung gibt, da alles leserlich ist und somit Fehlerquellen reduziert werden.

„Es gibt keine Probleme beim Entziffern der Schrift, weil vorher hatten wir die. Und ich muss keine Kurven mehr suchen...eine Krankengeschichte ist in gleicher Zeit für alle verfügbar.“ (I1)

Die digitalen Pflegedokumentationen hat den Vorteil das alle eingegebenen Daten immer lesbar sind und zur jeder Zeit für das gesamte medizinische und pflegerische Personal zur Verfügung steht.

Wenn alle Fakten berücksichtigt werden, ist es klar, dass der Einsatz der ePA-AC® Methode die Arbeit vom pflegerischem Personal erheblich erleichtert und somit die Transparenz, Verfügbarkeit und Genauigkeit von PatientInnendaten erhöht.

## **4.2 Arbeitsumfeld**

### **4.2.1 Interpretation der Interviews**

InterviewpartnerIn 1 stellt in Bezug auf die Einstellung fest, dass diese relativ kurz gewesen wäre. Auch die ChefInnen hätten gemeint, dass die Einschulung für das Programm zu kurz war. Sie hatten schon in einem Monat alles geschafft, obwohl immer noch Fragen übriggeblieben wären (18). Es gäbe sehr wohl auch jetzt noch Ansprechpersonen namens Thomas und Wolfgang (21).

Des Weiteren existiert eine Hotline, bei welcher die InterviewpartnerIn jederzeit anrufen könne, wenn es Schwierigkeiten mit dem Programm gibt (23). Eine weitere Frage in diesem Zusammenhang war jene, ob ausreichend Laptops für das Personal zur Verfügung stehen würden. Dies wurde mit einem eindeutigen ja beantwortet (81). Dennoch stellt der/die InterviewpartnerIn auf Rückfrage fest, dass es immer noch zu wenige wären (83), es aber irgendwie reichen würde (85).

Betrachtet man die Aussagen von InterviewpartnerIn 2, so stellt dieser/diese fest, dass eine Einschulung stattgefunden hätte, diese wäre über mehrere Wochen gegangen und es wäre immer ein wenig Information dazugekommen. Auf jeden Fall wäre die Einschulung aber in Ordnung gewesen (71-72). Dennoch wird hier von InterviewpartnerIn 2 eingeschränkt, dass er/sie eigentlich nicht direkt an einem Seminar teilgenommen hätte, da dieses Seminar vor seiner/ihrer Zeit gewesen wäre (74). Er/sie selbst hätte noch das alte System gekannt und wäre auch noch mit den Papierkurven vertraut (76-77).

Auf die Frage nach der Anzahl der Laptops, die dem Pflegepersonal, aber auch den ÄrztInnen zur Verfügung stehen würden, gibt InterviewpartnerIn 2 an, dass zwar viele Laptops existieren würden, aber es immer noch zu wenig wären (91). Ein weiteres Problem wäre es, dass die ÄrztInnen sich immer noch Laptops dazu ausborgen würden, etwa dann, wenn diese gerade eine Visite machen. In diesen Fällen stehen dem Personal zu wenig Laptops zur Verfügung (93-94).

Es gab im Arbeitsumfeld von InterviewpartnerIn 2 auch den Fall, dass das System nicht funktioniert hat. Er/sie erinnert sich hier an eine Situation, die etwa eine Woche zurückliegt. Es wäre an einem Wochenende gewesen, wobei er/sie selbst jedoch die Situation nur am Rande mitverfolgt hätte (133-134). Er/sie hätte dann jedoch in einem Notfallordner, der im Rahmen des Programms existiert, nachgelesen, was in einem derartigen Notfall zu tun wäre (136-137; 139). Es wäre in dem Fall notwendig, alles handschriftlich zu machen und im Anschluss alles nachzutragen, damit im System wieder die vollständigen Informationen vorhanden sind, da Papierkurven im eigentlichen Sinne seit Einführung der Software nicht mehr existieren (141-142).

Es stellt InterviewpartnerIn 3 in Bezug auf die Einschulung fest, dass sie "eh gepasst hat" (64). Es wäre jedoch eine nicht besonders lange Einschulung gewesen. Es wäre jeden Donnerstag, aber auch in der Praxis jeden Tag auf der Station eine Art von Einschulung gewesen (64-66). Somit wurde die extra Einschulung noch von einem/einer LeiterIn unterstützt (70-71).

Er/sie selbst stellt in Bezug auf die Frage, ob ausreichend Laptops zur Verfügung stehen würden, definitiv fest, dass dies in manchen Fällen nicht der Fall wäre. Also am Vormittag oder am Nachmittag gäbe es hier kein Problem, aber wenn die ÄrztInnen Visite machen, dann haben sie oft selbst kein Laptop mit, weshalb sie auf die Laptops der Station zurückgreifen (79-80). Es sind zwar Laptops verfügbar, allerdings wäre es besser, wenn jede Person einen hätte (82). Insbesondere würde es zu Problemen kommen, wenn mehrere Personen gleichzeitig die Laptops benötigen würden oder wenn PraktikantInnen oder SchülerInnen auf der Station wären (84-85).

Ein weiteres Problem, das aus der Tatsache entstehen würde, dass zu wenige Laptops auf der Station vorhanden wäre bzw. nicht jede Person ihren eigenen Laptop hat, ist für InterviewpartnerIn 3, dass man sich immer neu einloggen und dann abmelden muss, was zum Teil relativ mühsam ist. Es ist immer notwendig, die Karte für das Laptop aus dem Gerät zu entfernen. Es ist nicht möglich, hier eingeloggt zu bleiben (87-89). Das wäre nicht erlaubt und dann muss man sich, wenn man das Programm noch einmal braucht, neu einloggen (91). Dieses würde wieder Zeit kosten (93). Es wäre nicht nur notwendig, bis das Programm BenutzerInnen wieder eingeloggt hat, sondern man muss auch noch das Passwort eingeben, was wiederum einen deutlichen Zeitfaktor darstellt (95). Auch InterviewpartnerIn 3 hatte schon einmal Probleme mit dem System, so erwähnt er/sie hier einen konkreten Fall, dass eine Woche vorher eine Anamnese gemacht worden wäre, dann jedoch die Daten auf einmal weg gewesen wären (99-100).

InterviewpartnerIn 1 stellt fest, dass eine Schulung stattgefunden hatte. Es wären jedoch auf dieser Schulung mehr ÄrztInnen gewesen und es wurde dort hauptsächlich erklärt,

wie ein Medikament angeordnet wird, also etwas, was im Prinzip von der Pflegeperson, die hier als InterviewpartnerIn fungiert, gar nicht gemacht werden darf. Er/sie stellt hier fest, dass die anderen Thematiken dann gar nicht mehr wirklich reingepasst hätten. Es wurde im Anschluss auf der Station noch weiter geschult, da es nicht möglich war, diese für die Pflegeperson wichtigen Themen in die Schulung miteinzubeziehen. Er/sie selbst stellt jedoch fest, dass das System ohnehin selbsterklärend wäre (95-100).

Es wären noch nicht wirklich Systemabstürze auf seiner Station passiert. In Bezug auf die Anzahl der Laptops, die auf der Station zur Verfügung stehen, stellt InterviewpartnerIn 4 fest, dass am Wochenende hier kein Problem besteht, aber etwa, wenn Visite von den ÄrztInnen durchgeführt wird, dann passiert es schon öfter, dass kein Laptop mehr zur Verfügung steht (111-112).

Es besteht hier ein deutlicher Zusammenhang mit der Kategorie "Dokumentation", da InterviewpartnerIn 4 hier feststellt, dass die TherapeutInnen auch auf anderen Stationen ihre Informationen dokumentieren und dann mit zwei Computern auf die Visite gehen würden. Auch auf der internen Station wäre man mit zwei Computern auf der Visite. Dies zeigt deutlich die Probleme bei der Dokumentationspflicht, aber ebenso deutlich die Schwierigkeiten rund um eine zu geringe Anzahl von Laptops.

Weiter stellt InterviewpartnerIn 4 hier fest, dass es eine große Anzahl von Visitenwagen gibt, aber etwa auf der dritten medizinischen Abteilung gibt es keinen einzigen Pflegewagen, auf dem schon ein Computer integriert wäre. Dies würde sich InterviewpartnerIn 4 jedoch wünschen (114-118). Die Visitenwägen würden oben eine kleine Ablagefläche besitzen (120). Es wäre hier dann eben eine Tastatur und eine Maus integriert. Es wäre jedoch auch notwendig, noch andere Dinge in den Wagen geben zu können, die auf der Station wichtig sind, wie etwa Windelhosen (122-123). Als weitere Beispiele nennt er/sie hier Getränke oder auch Venflons (125). Gerade für die Pflege würde sich InterviewpartnerIn 4 einen derartigen Wagen wünschen, etwa im Nachtdienst, wenn es notwendig ist, eine Blutdruckrunde zu machen (127-129). Es ist nicht möglich, ein Blutdruckmessgerät auf den Visitenwagen zu bringen, es ist einfach zu wenig Platz (133-134). Er/sie würde sich hier insbesondere Laden oder ähnliches wünschen (140).

Betrachtet man die Aussagen von InterviewpartnerIn 5, so stellt dieser/diese in Bezug auf die Schulung fest, dass anfangs alles ein wenig kompliziert geklungen hätte, der/die SchulungsleiterIn jedoch sehr viel erklärt hätte. Es wären durchaus Inhalte vorgekommen, die nicht so wichtig waren, von seiner/ihrer Seite her gesehen. Insbesondere ist sehr auf das Medizinische für ÄrztInnen eingegangen worden und nicht unbedingt auf das, was Pflegepersonen benötigen. Da er/sie aber vorher schon von KollegInnen ein wenig von dem Programm gezeigt bekommen hat und er/sie sich bei der

Schulung auch schon angemeldet hatte, hat er/sie dann doch einiges probiert. Er/sie denkt schon, dass er/sie sich aus diesem Grund leichter getan hat. Die KollegInnen hätten ihm/ihr im Nachtdienst gezeigt, wie alle möglichen Dinge funktionieren und er/sie hat dann die restliche Zeit des Nachtdienstes damit verbracht, diverse Dinge des Programms auszuprobieren. Im Prinzip hat es ihm/ihr dann recht gut gefallen, er/sie fand das Programm recht übersichtlich und sehr gut lesbar. Auch wenn es notwendig ist, sich mit der Planung erst ein wenig anzufreunden. Jetzt kommt er/sie schon recht gut damit zurecht (2-14).

Die Schulung hatte nur einen Vormittag, etwa vier Stunden lang, von 8 bis 12 gedauert (16). Es handelte sich also bei der Schulung von InterviewpartnerIn 5 um eine einmalige Sache, im Anschluss wären er/sie und die KollegInnen noch auf der Station ein wenig geschult worden in Bezug auf ePAC-AC. Er/sie stellt jedoch weiter in diesem Zusammenhang fest, dass es während dieser Einführung auf der Station in den meisten Fällen für ihn/sie notwendig war, zur Visite wegzugehen. Aus diesem Grund hat er/sie davon nicht allzu viel mitbekommen (20-21).

Es gab in Bezug auf ePAC-AC auch noch einen weiteren Termin, bei dem die KollegInnen noch einmal geschult worden sind. Bei dem war er/sie jedoch nicht dabei, da er/sie Nachtdienst gehabt hat. Somit hätte er/sie nur eine einzige Schulung gehabt. Er/sie meint auch, dass es für ihn/sie ein großer Vorteil gewesen wäre, dass er/sie von Anfang an viel Dienst gehabt hätte und somit die Möglichkeit, mit dem Programm in der Praxis zu üben (23-27). Auch InterviewpartnerIn 5 hätte in Thomas und Wolfgang eine Ansprechperson, gerade der Thomas hätte ihm/ihr oft kleine Tricks gezeigt, wie man etwas mit ePAC-AC macht. Er hätte ihm/ihr auch erklärt, wie man was planen muss und wie es ihm/ihr möglich ist, sich noch einmal differenziert alles anzuschauen, was er/sie wirklich braucht. Aus diesem Grund empfindet er/sie jetzt den Umgang mit dem Programm als relativ einfach (61-64).

Auch InterviewpartnerIn 5 ist der Meinung, dass zu wenig Laptops vorhanden sind. So meint er/sie etwa, dass gerade heute wieder die ÄrztInnen Laptops geholt hätten und dann schon wieder zu wenig Geräte da gewesen wären, obwohl an diesem Tag personalmäßig sehr wenig los gewesen wäre, aber wenn viele ÄrztInnen kommen, dann sind immer zu wenig Laptops für alle da (112-114). Er/sie hätte dieses Problem auch schon mit Wolfgang angesprochen, wobei dieser jedoch gemeint hätte, dass dies im Moment nicht möglich wäre (116-118). Es wäre eine große Erleichterung, mehrere Laptops zu haben.

Hierzu stellt InterviewpartnerIn 5 fest, dass wenn etwa drei Personen auf der Internen und zwei auf der Psychosomatik sind, dann gäbe das schon ein Problem. Könnte jeder

jederzeit an den Laptop, dann wäre es möglich, hier parallel zu arbeiten, etwa schon während der Visite, was einiges an Zeit sparen würde. In manchen Fällen, wenn das möglich ist, hat InterviewpartnerIn 5 hier seinen/ihren Laptop schon bei der Visite mit und schreibt mit, was ÄrztInnen sagen, da es dann möglich ist, das gleich zu dokumentieren, was viel einfacher wäre (120-126). Er/sie könnte etwa den Blutdruck schon in das System schreiben, während andere Personen wieder etwas anderes machen. Für ihn/sie liegen die Vorteile auch darin, dass er/sie etwa keine Kurven mehr schreiben muss, was einen weiteren Zeitvorteil bedeutet (128-130).

Werden nun die Aussagen von InterviewpartnerIn 6 betrachtet, so fand dieser/diese die Einschulung grundsätzlich ganz gut, jedoch meint auch er/sie, dass sie in einem Punkt ziemlich in die falsche Richtung gegangen wäre. So wie seine/ihre VorgängerInnen auch, stellt InterviewpartnerIn 6 fest, dass viele medizinische Sachen bei der Schulung behandelt wurden, etwa wie Medikamente angeordnet werden würden. Derartige Einzelheiten wären jedoch für das Pflegepersonal nicht wichtig gewesen. Es wäre jedoch im Rahmen der ganzen Schulung kein einziges Mal vorgekommen, etwa wie ein Foto eingespielt wird. Auch für Wunddokumentation und Pflegeplanung wäre im Rahmen der Schulung dann keine Zeit mehr gewesen (9-13). Diese Themen wurden nicht einmal angerissen. Insofern fand InterviewpartnerIn 6 die Schulung für die Pflege nicht so extrem relevant. Er/sie meint, dass es hier einen großen Überschuss für die ÄrztInnen an Information gegeben hätte (15-18). Die ÄrztInnen hätten ja nur zwei Stunden Einschulung gehabt, die den ÄrztInnen jedoch viel gebracht hätten, da diese nun wüssten, wie Medikamente korrekt angeordnet würden. Er/sie selbst jedoch ist in der Schulung gesessen und ihm/ihr war nicht wirklich klar, wofür er/sie nun eigentlich hier sitzt (17-22). Dieses Problem bestand, obwohl ausschließlich Pflegepersonen bei der Schulung anwesend waren (24-26). Es ist jedoch auch heute noch möglich, dass AnsprechpartnerInnen bei Problemen gefunden werden.

Am Anfang, in den ersten zwei Wochen, waren Leute von Meona da (28-29). Da die Schulung nicht auf Pflege beschränkt gewesen war, waren bei InterviewpartnerIn 6 noch sehr viele Fragen offen. Er/sie fand es extrem sinnvoll, dass ihm/ihr permanent über die Schulter geschaut wurde. Jetzt wäre hauptsächlich der/die BereichsleiterIn als Ansprechperson verfügbar (31-33). Weiter würde es noch eine Hotline geben (37). Auch Probleme hätte es mit dem System bei InterviewpartnerIn 6 schon gegeben, er/sie nennt hier konkret die elektronische Fieberkurve, die ständig nicht funktionieren würde und große, grobe Fehler machen würde (41). Es würde also nicht das ganze ePAC-AC nicht funktionieren, sondern die gesamte Fieberkurve (43).

In Bezug auf die Frage nach einer Einschulung zu ePAC-AC, stellt InterviewpartnerIn 7

fest, dass die Implementierung seiner/ihrer Meinung nach ganz gut verlaufen wäre. Es wäre für ihn/sie nur etwas schwierig gewesen, dass die Fortbildung sich viel zu viel mit ärztlichen Inhalten beschäftigt hätte, die das Pflegepersonal nicht unbedingt betreffen. Hier stimmt er/sie also mit seinen/ihren VorgängerInnen überein. Er/sie hätte etwa vier Stunden Schulung gehabt und die Pflegeplanung wurde im Rahmen dieser Schulung gar nicht durchgenommen. Für ihn/sie hätte es sich dann jedoch später herausgestellt, als er/sie in der Praxis mit dem System gearbeitet hat, dass das Programm irgendwie fast selbsterklärend wäre (2-9).

Auch bei ihm/ihr wären die ÄrztInnen und das Pflegepersonal getrennt geschult worden. Es wären in dem Kurs etwa 10 Leute gesessen und nacheinander auf diese Art und Weise alle drangekommen (19-21). Definitiv wären aber Pflegepersonal und ÄrztInnen getrennt gewesen (23). Dennoch wurde in der Schulung sehr viel erklärt, wie Medikamente angeordnet würden, was für InterviewpartnerIn 7 durchaus in Ordnung ist. Er/sie fand es durchaus interessant, darüber etwas zu hören, wenn ein ganzer Tag Zeit ist (25-27), aber für ihn/sie persönlich in seiner/ihrer Arbeitspraxis wäre das eben nicht wichtig (29). Es würde auch Ansprechpersonen geben, so waren in der Anfangsphase etwa eine Woche lang zwei Personen als AnsprechpartnerInnen da (65). Es war immer möglich, diese Personen zu fragen. Jetzt wären es Wolfgang und Thomas, die als Ansprechpartner fungieren, wobei InterviewpartnerIn 7 hier kaum mehr Hilfe benötigen würde (67-68).

Auch für ihn/sie gibt es immer wieder Situationen, in denen zu wenig Laptops auf der Station sind, in denen er/sie etwa einen sucht, aber keinen finden kann. Er/sie stellt hier fest, dass durchaus mehr Geräte vorhanden sein könnten (104-105). Er/sie selbst erinnert sich an einen Systemausfall, bei der er/sie jedoch nicht mehr im Dienst war. Ab und zu würde etwas passieren, etwa dass eine Meldung kommt, dass ein Systemfehler vorliegen würde, das wäre für ihn/sie aber kein Problem. Er/sie stellt hier fest, dass kein System perfekt wäre, also würde er/sie dann einfach das Programm beenden und noch einmal neu einsteigen (110-114). Es würde dies jedoch nicht allzu häufig geschehen (116).

Im Prinzip findet er/sie es sehr angenehm, dass er/sie die Kurven, die notwendig sind, nicht ununterbrochen suchen muss. Weiter gibt es nicht ständig Diskussionen mit den ÄrztInnen, da diese alle Informationen auf dem Laptop vor sich haben (120-124). Auch wenn es jetzt einfacher wäre, würden jedoch gerade in der Nacht die ÄrztInnen häufig die Dokumentationen im Computer nicht nutzen. ÄrztInnen müssten nur den Laptop aufklappen und sich die Informationen raussuchen oder neue Informationen von ihm/ihr eingeben. Dennoch kommt er/sie häufig rüber und fragt einfach, damit er/sie nicht in die

Kurve etwas reinschreiben muss (133-137).

InterviewpartnerIn 8 stellt ebenso wie seine/ihre VorgängerInnen fest, dass mehr Laptops notwendig wären. Auch größere Laptops sowie größere Wägen, um alles, was man in der Pflege braucht, schon bei sich zu haben (25-28). Es war jedoch die Beschaffung der vorhandenen Laptops sehr einfach und ist sehr gut gegangen. Es wäre jetzt eine Teststation vorhanden und es sind auch Ressourcen zur Verfügung gestellt worden. Auch InterviewpartnerIn 8 stellt jedoch fest, dass es eine zu kurze Einschulungsphase gegeben habe und hauptsächlich das ärztliche Modul durchgenommen wurde. Es wurde daraufhin zwar noch eine weitere kurzfristige Schulung organisiert, aber so ganz ideal war das seiner/ihrer Meinung nach nicht. Er/sie stellt jedoch fest, dass es mit kleineren Fehlern trotzdem funktioniert hätte und diese Fehler jetzt nicht unbedingt betriebsverhindernd oder patientInnengefährdend gewesen wären. Er/sie selbst meint, dass sich das Personal, wie er/sie das als Führungskraft gesehen hat, sehr engagiert gezeigt hat und nach zwei Wochen war es bereits so, als hätte es keine Änderung der Arbeitsumwelt gegeben (30-42).

Für ihn/sie ist Hardware im Sinne von Computern unbedingt notwendig, da sonst nichts laufen würde. Er stellt fest, dass das beste und schnellste Computerprogramm nichts wert wäre, wenn kein Laptop vorhanden wäre, mit dem gearbeitet werden könnte (46-47; 49). Auf Rückfrage betont er/sie noch einmal, dass es zwar wichtig gewesen wäre, das ärztliche Modul durchzunehmen, die Schulung aber dennoch eben zu kurz und ausschließlich auf das ärztliche Modul beschränkt gewesen wäre. Aus diesem Grund hätten viele Personen, die dem Krankenpflegepersonal zugeordnet werden, im Anschluss gefragt, warum sie das überhaupt wissen müssten, etwa wie Medikamente angeordnet werden. Dennoch stellt er/sie fest, dass gerade die Pflegepersonen den größten Teil zu lernen hätten, da ÄrztInnen ePAC-AC nicht brauchen würden (79-83).

Die Pflegepersonen brauchen ihre Fieberkurve und wissen, wie sie dokumentieren müssen. Die ÄrztInnen jedoch müssen auch wissen, wie Medikamente angeordnet werden (85-86). Auch InterviewpartnerIn 8 hatte Ansprechpersonen bei Fragen, etwa aus dem Grund, weil die Vorgesetzten im Meona-Team sitzen würden und diese aus diesem Grund sehr gut geschult wären und auch ihn/sie sehr gut geschult hätten. Er/sie wäre von Anfang an ein/eine Key-UserIn gewesen, wobei er/sie hier noch von KollegInnen unterstützt worden wäre (118-121).

Es hätte auch immer wieder Probleme gegeben, das wäre für ihn/sie jedoch nicht so schlimm gewesen, da es sich um ein Testsystem handeln würde (123-124). In Bezug auf die Frage nach einem Systemausfall stellt InterviewpartnerIn 8 fest, dass in manchen Fällen der Server überlastet ist und das Programm dann langsamer laufen würde, aber

es hätte keine richtigen Systemausfälle gegeben, auch wenn das System selbst "manchmal seine Zicken" machen würde (131-132). Er/sie würde sich jedoch immer denken, dass es sich eben um ein Testsystem handelt und wenn dann eine Fehlermeldung aufkommt, würde er/sie sich denken, dass eben nichts perfekt ist. In den letzten vier Monaten wären zwei bis drei Mal Probleme aufgetreten (134-137). Es hätte sich hier jedoch um nichts Tragisches gehandelt (139).

InterviewpartnerIn 9 stellt in Bezug auf sich selbst als AnsprechpartnerIn fest, dass er/sie keine telefonischen Anordnungen mehr im Krankenhaus akzeptiert. Dies würde insbesondere deshalb sein, weil überall in den Dienstzimmern jetzt Laptops stehen würden und somit telefonische Anordnungen nicht notwendig wären (253-255). Es müsste ja ausschließlich der Laptop aufgemacht werden, wenn die ÄrztInnen schon nicht rüberkommen möchten. So ist es für die ÄrztInnen möglich, ein Medikament anzuordnen. Somit werden keine telefonischen Anordnungen mehr gegeben.

Es ist jedoch für InterviewpartnerIn 9 aus diesem Grund notwendig, etwa über die Fieberkurve viel zu wissen und auch die Pflegepersonen wissen, wie Medikamente angeordnet werden können (257-261). Zum Pflegemodul des Programms würden sie auch die ganzen anderen Anordnungen beherrschen, während die MedizinerInnen das Pflegemodul nicht brauchen (263-264). Aus diesem Grund wäre für MedizinerInnen auch weniger Schulung notwendig. InterviewpartnerIn 9 betont hier, dass das nicht daran liegt, dass die ÄrztInnen klüger sind, sondern daran, dass sie weniger Inhalt vermittelt bekommen müssen (266-267; 269).

Er/sie stellt weiter fest, dass es in den Schulungen gar nicht möglich war, wirklich bis zum Pflegemodul zu kommen. Aus diesem Grund wurde das Pflegemodul nicht geschult. Es hätte hier mindestens zwei Stunden mehr an Schulungszeit gebraucht und das wäre sich nicht ausgegangen. Er/sie selbst hätte einen Monat vor der Planung gesessen, als die Schulungen begonnen hatten (269-274). Es wäre für ihn/sie ein Problem gewesen, als er/sie festgestellt hat, dass er/sie mit einem neuen Programm startet, aber die Pflege das Pflegemodul noch nicht einmal gesehen hätte (276-277).

Die Schulung wurde direkt von der Firma vorgenommen (279). Es wurde dann das Pflegemodul aus Ermangelung anderer Möglichkeiten am Nachmittag in Stundenaktionen mit den Personen, die eben gerade anwesend waren, durchgegangen. Er/sie stellt hier selber fest, dass er/sie sicher nicht alle Personen hierbei erwischt hat, aber er/sie hat das Beste daraus gemacht (281-283).

Dennoch wären die PflegemitarbeiterInnen bereit gewesen, es auszuprobieren. Er/sie betont hier, dass sie vermutlich hier aus anderen Teams herausstechen würden, dennoch meint er/sie, dass der Wert der Pflegediagnostik in vielen Fällen massiv überschätzt wird

und den MitarbeiterInnen ziemlich egal ist (292-294).

Bezüglich der Anschaffung neuer Laptops stellt InterviewpartnerIn 9 fest, dass er/sie insgesamt zwei Rechner aufgestockt hat. Es wäre nicht mehr gewesen, es wäre weiter ein wenig umgerüstet worden, so wurden Fixrechner in Laptops mit Dockingstationen umgewandelt (594-597). Der Gedanke dahinter wäre gewesen, dass mehr Mobilität notwendig war. Es ist jetzt nicht nur die Pflege mobil, sondern auch die MedizinerInnen. Er/sie hätte sich weiter überlegt, dass es nicht an jedem Arbeitsplatz notwendig wäre, diesen mit einem Fixrechner auszustatten, wenn alle mobil unterwegs sein können. In diesem Zusammenhang wäre ja ein Fixrechner im Dienstzimmer nicht unbedingt notwendig (599; 601-604). Somit existieren weniger Fixrechner als früher (606).

Andererseits jedoch existieren mehr Laptops und es wurden Dockingstationen eingerichtet, die einen großen Komfort bringen. Es ist so möglich, das Gerät mitzunehmen, das mit einem Monitor klein, mobil und handlich ist. Dennoch ist es, wenn die jeweilige Person auf ihrem Arbeitsplatz sitzt, möglich, mit einem vernünftigen großen Monitor zu arbeiten, der das Arbeiten erleichtert (608-611). InterviewpartnerIn 9 bezieht sich auch auf die neuen großen Visitenwägen. Er/sie ist jedoch nach wie vor nicht davon überzeugt, dass diese wirklich notwendig wären. Sie sind ziemlich teuer und haben für ihn/sie nur einen einzigen Vorteil, nämlich jenen, dass es möglich ist, einen Monitor mitzuführen (613-615).

Er/sie stellt fest, dass hier noch evaluiert werden muss, ob diese Dinge wirklich benötigt werden. So würden manche sagen, ja, sie brauchen einen Monitor, andere jedoch, dass ihnen dieses Ding viel zu groß und unhandlich wäre. Sie würden lieber mit einem kleinen, mobilen und handlichen Gerät arbeiten. Die Wünsche der MitarbeiterInnen sind hier so unterschiedlich, dass es ihm/ihr im Moment nicht möglich ist zu sagen, wohin die Tendenz geht. Er/sie persönlich hält große Visitenwägen für unnötig und eine unnötige Geldausgabe (617-622).

In Bezug auf die Pflegewägen besteht in etwa dieselbe Thematik. Auch hier stellt sich die Frage, ob ein großer Monitor gebraucht wird oder nicht. Wird ein großer Monitor benötigt, so kostet die Sache etwa 4.500 Euro mehr, weil dann noch ein mobiler Akku und eine spezielle Verkabelung sowie eine Halterung für den Monitor benötigt wird. Insgesamt wäre das jetzt vielleicht gar nicht so teuer, aber die Firmen, die so etwas installieren und liefern, lassen sich das teuer zahlen, da es hier noch nicht sehr viel Auswahl und Konkurrenz gibt. Wenn nun ein großer Monitor nicht notwendig ist und Laptops verwendet werden, dann kann jeder Wagen verwendet werden (628-634). Bis jetzt wurde für den mobilen Arbeitsplatz keine spezielle Hardware angeschafft, die vorher nicht da war (636-637).

Es würden zwei Laptopwagen existieren, was ausreichend wäre (639). Es wird ein Wagen, auf den der Laptop drauf passt, sehr gerne verwendet da es klein und handlich ist und man das Laptop abstellen kann bzw. nebenbei tippen (641-642). Auf die Frage nach AnsprechpartnerInnen bei Problemen mit der neuen Software wurden im Unternehmen von InterviewpartnerIn 9 zwei Key-UserInnen definiert (661). Einer/eine davon war er/sie selbst (664). Somit gab es immer einen/eine Key-UserIn in der Medizin, wobei dieser/diese jedoch nur mehr oder weniger aktiv ist (672; 674).

Weiter existiert noch ein/eine Key-UserIn in der Pflege neben ihm/ihr. Er/sie hatte diesen/diese MitarbeiterIn schon relativ früh in das Boot geholt und sich immer wieder mit ihm/ihr zusammengesetzt. So war dieser/diese auch schon bei den Schulungen der MitarbeiterInnen dabei (676-679). Primär jedoch wurde die Schulung von der Firma Meona durchgeführt, wobei von dieser Firma in der ersten Woche auch am Tag eine Person auf der Station war (681-682). Dennoch haben sich die MitarbeiterInnen eher an ihn/sie oder an andere AnsprechpartnerInnen gewendet, die sie bereits kannten (686-687). InterviewpartnerIn 9 führt dies auf die Stationsgebundenheit der MitarbeiterInnen zurück (689). Sie würden somit lieber mit jemanden sprechen, den sie bereits kennen.

Es existiert jedoch auch eine allgemeine Emailadresse, wo jede Person Fehler hinmelden kann oder auch Wünsche schreiben kann (691-693). Es wurde jedoch das mündliche Gespräch mit der Zeit bevorzugt (695-698). Weiter existierte in den ersten Monaten eine eigene Hotline im Sinne einer Durchwahl, die jedoch untertags meistens von InterviewpartnerIn 9 besetzt war oder auf einen anderen der internen AnsprechpartnerInnen umgeleitet wurden (700-701; 703; 705). Es war somit eigentlich rund um die Uhr irgendetwas erreichbar (710).

Noch einmal kommt InterviewpartnerIn 9 auf die Schulung zurück und stellt fest, dass der Funktionsumfang des Programms so groß ist, dass es gar nicht möglich ist, alles in einer Schulung abzudecken, da das Programm den kompletten Kernprozess des Krankenhauses abbildet (759-761). Es hätte auch nur eine definierte Gruppe eine Einschulung gehabt. Es wurde jedoch mittlerweile diese Gruppe sehr stark ausgeweitet. So wird jetzt auch das Sekretariat geschult und auch Personen, die im Röntgen arbeiten, haben eine lesende Einschulung. Die PhysiotherapeutInnen jedoch möchten noch keine Schulung in Bezug auf dieses Programm. Auch KonsiliarärztInnen haben nicht an der Schulung teilgenommen. InterviewpartnerIn 9 stellt fest, dass hier im Moment alles ein wenig dynamisch ablaufen würde (767-775).

Primär jedoch hatten alle MedizinerInnen, alle TurnusärztInnen sowie alle, die irgendwie im Krankenhaus Dienst machen und mit dem Programm zu tun haben könnten, eine Schulung (777-779). Als Beispiel nennt er/sie hier etwa alle PflegemitarbeiterInnen und

alle Personen, die mit dem Entlassungsmanagement zu tun haben (781-783). Weiter auch die OrganisationsassistentInnen (785).

InterviewpartnerIn 10 stellt in Bezug auf die Einschulung fest, dass diese etwas kurz war. Er/sie stellt fest, dass am Anfang ein Seminar abgehalten wurde und dann noch auf der Station noch eine kurze Einschulung erfolgte. Es war jedoch für viele Dinge wie etwa Wunddokumentation oder auch Pflegeplanung gar keine Zeit mehr im Rahmen der Schulung. Es wurde ihnen jedoch gezeigt, wie Medikamente angeordnet werden. Viele Sachen mussten von den MitarbeiterInnen selbst erarbeitet werden, weil sie in der Schulung aus Zeitgründen nicht erarbeitet werden konnten (3-8). Das Seminar wurde von der Firma Meona abgehalten, auf der Station wurde von Wolfgang geschult (10-11). Weiter waren in der ersten Woche zwei Personen von Meona im Krankenhaus, die viele Fragen beantwortet haben. Dies empfand InterviewpartnerIn 10 als sehr praktisch, weil ihm/ihr direkt über die Schulter geschaut wurde beim Arbeiten. Sonst wäre es jedoch jederzeit möglich gewesen, interne AnsprechpartnerInnen, beispielsweise Wolfgang oder Thomas, zu fragen. Weiter existiert noch eine Hotline, diese wäre insbesondere am Wochenende oder im Nachtdienst von großer Relevanz (13-16).

InterviewpartnerIn 10 erinnert sich auch einen Systemausfall am Wochenende. Des Weiteren wäre manchmal der Server überlastet, weshalb das Programm dann langsamer laufen würde. Dies würde jedoch nicht allzu oft vorkommen. Einmal erinnert er/sie sich daran, dass er/sie die Pflegeplanung erstellt hätten, dann jedoch alles weg gewesen wäre und man wieder von vorne hätte anfangen können (18-21).

In Bezug auf die Frage, ob ausreichend Laptops zur Verfügung stehen würden, stellt InterviewpartnerIn 10 fest, dass durchaus mehr Laptops angeschafft wurden, es aber immer noch zu wenig sind. Am Nachmittag oder am Wochenende wäre die Anzahl der Laptops ausreichend, wenn sich jedoch die ÄrztInnen noch welche ausborgen, insbesondere dann, wenn sie eine Visite durchführen, dann sind zu wenig Geräte vorhanden. In den meisten Fällen jedoch wäre es in Ordnung (23-25).

In Bezug auf die Schulung stellt InterviewpartnerIn 11 fest, dass ausschließlich Pflegepersonen anwesend waren (62). Es war jedoch das Angebot vorhanden, dass nicht nur in der Pilotstation, sondern auch von anderen Stationen Personen teilnehmen könnten. Dieses Angebot wurde zum Teil auch angenommen, mit dem Hinweis, dass es den Personen neue Erkenntnisse oder neue Wege und Informationen bieten würde (64-68). Er/sie selbst empfand die Schulung als prinzipiell sehr gut und stellt fest, dass vor allem der Pflege sehr viel Raum zur Interpretation und zur Diskussion gegeben wurde, etwa wie Risiken bewertet werden (70-72).

Hier jedoch unterscheidet er/sie sich deutlich von den anderen InterviewpartnerInnen, die

sehr klar darauf hingewiesen haben, dass gerade die Bereiche, die für Pflegepersonen wichtig sind, in der Schulung zu kurz gekommen wären. Für InterviewpartnerIn 11 ist diese Auseinandersetzung mit der Pflege ein Schlüssel zum Erfolg, auf Grund der guten Schulung hätte es für die MitarbeiterInnen kaum Probleme gegeben, als das Programm gestartet wäre. Er/sie hätte nur kleine Stolpersteine vorgefunden (74-78). Etwa dass keine 100%ige Auswertung möglich wäre (80-82). Durch den Support jedoch wäre es möglich gewesen, dass die MitarbeiterInnen sehr schnell ihrer Arbeit qualitativ hochwertig nachgehen können (84-86).

#### **4.2.2 Zusammenfassung**

Die Kategorie Arbeitsumfeld bezieht sich auf die Grundausstattung von EDV – Techniken und Einschulung der MitarbeiterInnen.

Die qualitativen Interviews ergaben, dass in dem Krankenhaus vermehrt über Optimierungsmöglichkeiten von Arbeitsabläufen (z.B. auch durch den Einsatz von IT) nachgedacht wurde, um die Produktivität zu erhöhen und die Beschäftigten zu entlasten.

„Änderung der Arbeitsumwelt...wesentlich mehr Laptops, also damit müssen sicher auch Führungskräfte rechnen, die das in Zukunft implementieren werden, im Vorhinein einfach mehr Laptops zur Verfügung zu stellen.“ (I9)

Damit keine Wartezeiten bezüglich der Ausstattung entstehen, müssen Führungskräfte rechtzeitig mit der Organisation von EDV – Techniken beginnen. Bevor mit dem Projekt gestartet wurde, wurden mehr Laptops bereitgestellt.

„Ja, wir haben mehr Laptops bekommen. Aber es sind eigentlich immer noch zu wenig(Laptops). Am Nachmittag und am Wochenende geht's, wenn weniger Personal ist, weil andere Gesundheitsberufe sich Laptops ausborgen, dann sind es zu wenige. Aber meistens passt es.“ (I7)

Auf der Projektstation wurde für ausreichende Laptops und Computer gesorgt, jedoch steht manchmal trotzdem keiner zur Verfügung, da mehrere Berufsgruppen zur selben Zeit elektronisch arbeiten. Die Ergebnisse zeigen, dass nur eine geringe Zufriedenheit

des Gesundheits- und Krankenpflegepersonal bezüglich der Beschaffung von Computern und Laptops bzw. deren Anzahl besteht.

Eine Einschulung der MitarbeiterInnen für etwas Neues ist von großer Bedeutung, da die Handhabung und Basiswissen vermittelt wird. Die Einschulung von der elektronischen Fieberkurve fand vor dem Projektstart statt und dauerte vier Stunden. Das pflegerische und medizinische Personal besuchte die Einschulung getrennt voneinander.

„Die Einschulung glaub ich dauerte vier Stunden...Pflege und Ärzte waren getrennt.“ (I2)

„In der Einschulung war nur die Pflege und es war eben ganz lange nur wie ordne ich Medikamente an und über Pflegeplanung oder Wunddokumentation war gar nichts... das mussten wir uns im Nachhinein erarbeiten. Die Einschulung war zu kurz, so viele medizinische Themen in kurzer Zeit“ (I7)

Die gesamte Einschulung befasste sich mit Themen, die weniger relevant für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal war, wie z.B. Anordnung von Medikamenten. Themen wie der Pflegeprozess, sowie Wunddokumentation wurden nicht besprochen, welches für die alltägliche Arbeit auf den Stationen wichtig ist, jedoch hat sich dies das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal selbstständig im Nachhinein angeeignet. Die Ergebnisse zeigen, dass die Einschulungsinhalte sich auf die jeweilige Berufsgruppe orientieren sollten und eine entsprechende Zeit für die Einschulung in Betracht gezogen werden sollte, da die Einschulung zu kurz empfunden wurde. In weiteren Interviews wurde erwähnt, dass im Nachhinein eine Einschulung bezüglich der ePA-AC® Methode stattfand, welche positiv vom Gesundheits- und Krankenpflegepersonal angenommen wurde.

„Es hat sich aber dann herausgestellt, als wir mit dem System begonnen zu arbeiten, dass irgendwie fast von selbst sich erklärt.“ (I4)

Die MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals finden die Handhabung der elektronischen Fieberkurve, in dem die ePA-AC® - Methode integriert ist für selbsterklärend, d.h. das Programm ist von logischen Prozessen aufgebaut.

„In der ersten Woche waren zwei Personen von der Firma Meona da, die haben uns viele Fragen beantwortet. Das war praktisch, weil Sie uns über die Schulter geschaut haben. Sonst sind die Bereichsleitung und der Stationskoordinator da, die wir fragen können. Und dann gibt es noch die Hotline, das ist gut und gedacht für am Wochenende oder im Nachtdienst.“ (18)

Die MitarbeiterInnen hatten Ansprechpersonen die an dem Projekt beteiligt und in dem Krankenhaus beschäftigt waren, ebenfalls standen MitarbeiterInnen der Firma Meona am Anfang des Pilotprojektes auf den Stationen für Fragen zur Verfügung. Als praktikabel und sicherheitsgebend wurde die Hotline, die am Wochenende und im Nachtdienst verfügbar war, genannt.

## **4.3 Digitale Kompetenz**

### **4.3.1 Interpretation der Interviews**

InterviewpartnerIn 1 stellt hier fest, dass am Anfang alles recht schwer war und unterscheidet sich hier deutlich von den anderen InterviewpartnerInnen. Dennoch war es im Nachtdienst für ihn/sie besser, dass er/sie nicht mehr so viel mit der Hand schreiben musste. Es gab jedoch bei den ärztlichen Anordnungen noch Schwierigkeiten. Es wäre jedoch ein Vorteil, dass die neuen Anordnungen oder Verordnungen mit Rot beschriftet wären (3-8). So würden gleich alle Änderungen sofort gesehen werden (10).

InterviewpartnerIn 3 stellt in Bezug auf digitale Kompetenz fest, dass bei Fragen zwar immer die Möglichkeit war, Rückfrage zu halten, jedoch eigentlich das System sehr schnell begriffen wurde (75; 77). Auch InterviewpartnerIn 4 empfand das neue Programm als einfach im Sinne von einfach gestaltet (102).

Betrachtet man InterviewpartnerIn 5 in Bezug auf seine Antworten, welche der Kategorie digitale Kompetenz zugeordnet werden können, so stellte dieser/diese fest, dass er/sie selbst sich hingesezt hat und nach der Schulung, die seiner/ihrer Meinung nach nicht ausreichend war, zu sich selbst gesagt hat, dass er/sie sich eben heute mit dem einen und morgen mit den anderen von dem Programm beschäftigt (29-30).

Auf diese Art und Weise hat er/sie sich selber sein Wissen aufgebaut. Er/sie hat sich einmal auf das eine, einmal auf das andere konzentriert. Er/sie hat auch den/die AnsprechpartnerIn der Firma, der/die in der ersten Woche nach der Schulung im Haus war, genutzt und sich immer wieder mit ihm/ihr hingesezt und das eine oder andere ausprobiert. So war es ihm/ihr möglich, innerhalb von kurzer Zeit die wichtigsten Sachen

durchzugehen, was für ihn/sie persönlich sehr wichtig war (32-37). Es wäre der/die AnsprechpartnerIn mit der Firma mit ihm/ihr alles step by step durchgegangen, was für ihn/sie sehr hilfreich gewesen wäre. Er/sie hätte ihn/sie dann auch gelobt, dass er/sie sehr gut mit dem Programm zurechtkommen würde, wobei InterviewpartnerIn 5 dann im Scherz gesagt hat, ja, klar, weil er/sie doch der/die Ältere wäre (39-43).

Des Weiteren hat er/sie sich zuhause, als er/sie das erste Mal eine Schulung gehabt hat, einen Computer gekauft, damit er/sie auch zuhause sich ein wenig mit diesem Thema auseinandersetzen konnte. Für ihn/sie selbst wäre die Möglichkeit, nur in der Arbeit mit einem Computer umzugehen, einfach zu wenig gewesen (51-53). Dennoch hatte er/sie das Ganze als eher einfach empfunden (55), er/sie hat sich einfach leichtgetan (57). Für InterviewpartnerIn 5 waren die Begriffe etwas ungewohnt und somit etwas schwierig. Ansonsten jedoch hätte er/sie keine großen Probleme gehabt (81). Er/sie hat im Nachhinein festgestellt, dass es besser gewesen wäre, schon früher davon zu wissen. Vielleicht, gibt er/sie zu, hat er/sie auch manches einfach überhört (83-85).

Auch InterviewpartnerIn 7 empfand den Umgang mit dem Programm als sehr einfach (11) und stellt fest, dass man hier jetzt nicht so wahnsinnig viel falsch machen kann. Es wäre ihm/ihr auch nicht passiert, dass er/sie einfach so dagesessen wäre und nicht gewusst hätte, wo er/sie jetzt hinklicken soll oder wie etwas geht. Es wäre möglich, hier Sachen zu probieren und sie dann auch wieder zu löschen. Insofern wären Fehler nicht sehr tragisch. Er/sie meint jedoch, dass das Programm seiner/ihrer Meinung nach selbsterklärend wäre (14-17).

Er/sie betont hier noch, dass er/sie und seine/ihre KollegInnen vermutlich einfach schlau genug dafür gewesen wären (31). Für InterviewpartnerIn 7 ist es schwierig zu sagen, ob die Umstellung für ihn/sie schwierig war, da die Pflegeplanung bei ihm/ihr schon immer digital war, nur eben die Kurvenführung nicht. Er/sie stellt fest, dass jetzt alles genauer ist und nicht händisch nicht irgendwelche Kurven geschrieben werden müssen und somit Fehlerquellen vermieden werden (148-151). Des Weiteren ist es nicht notwendig, Kurven zu suchen und er/sie stellt fest, dass es hier möglicherweise doch Zeit spart, wenn sich die Pflegepersonen hier die notwendigen Kompetenzen aneignen (153-154).

Auch InterviewpartnerIn 8 stellt fest, dass es möglich ist, dass man im Programm arbeitet, wie man das möchte, das empfindet er/sie als sehr praktisch. Im Prinzip wäre das Programm nichts anderes als ein Computerspiel, wo er/sie sich eben zur Lösung langsam herantasten würde (126-127).

Es stellt InterviewpartnerIn 8 weiter in diesem Zusammenhang fest, dass es bei der Pflege kaum Ressentiments gegen das Programm gegeben hätte. Es wären die Personen, die in der Pflege tätig sind, von Anfang an sehr gut dabei gewesen, erstaunlich

gut sogar. Er/sie hätte sich gedacht, dass es hier mehr Probleme geben würde (158-160). Er/sie konnte auch keine Unterschiede zwischen älteren und jüngeren MitarbeiterInnen feststellen. Es würde ihm/ihr hier als Beispiel eine Person einfallen, wo er/sie sich gedacht hätte, die wäre schon kurz vor der Pension und würde hier Probleme haben. Diese hat sich jedoch wirklich in die neue Software reingekniet und war somit innerhalb kurzer Zeit führend auf diesem Gebiet. Er/sie meint, das wäre vielleicht Zufall gewesen, möglicherweise wäre es schwieriger, ein derartiges Programm zu lernen, wenn man nicht computeraffin ist (165-169).

Es wäre dann vermutlich schwieriger, aber dadurch, dass die meisten Personen ohnehin schon am Computer Erfahrungen gesammelt haben, auch mittels der alten Pflegedatenbank, stellt er/sie fest, dass dies jetzt nicht so tragisch gewesen wäre. Alles in allem wäre die Einführung ein großer Pluspunkt gewesen (171-175). Er/sie gibt jedoch auch zu, dass er/sie denkt, dass nicht alle MitarbeiterInnen wissen, dass ePAC-AC eigentlich ein ganz eigenes Ding ist (197).

Betrachtet man hier die Aussagen von InterviewpartnerIn 9, stellt auch dieser/diese fest, dass ohne Probleme gestartet wurde (285-286). Das Team wäre extrem proaktiv und würde sehr schnell nach neuen Lösungen suchen. Es wäre extrem neuerungswillig und hätte Freude an Neuem (288-290). Es gab auch Rückmeldungen aus der Gruppe der Pflegepersonen, dass sie festgestellt hätten, sie haben das mal so gemacht oder mal so gemacht, aber gar nicht gebraucht. Eigentlich hätte er/sie gedacht, dass die Umstellung länger dauern würde. Er/sie hätte mit drei bis vier Tagen gerechnet, bis alle Fieberkurven in Betrieb wären (725-728).

Es war jedoch schon möglich, am zweiten Tag komplett umzustellen, weil eben am ersten Tag schon so viel geschafft wurde (430-431). Zuerst sollten auch jene PatientInnen, die innerhalb von drei Tagen entlassen werden, nicht mehr mit dem Programm erfasst werden, ursprünglich war die Grenze noch länger, dann jedoch, am zweiten Tag, wurde festgestellt, dass die MitarbeiterInnen mit dem Eingeben der Daten so schnell sind und das so gut funktioniert, dass alle, die auch übermorgen entlassen werden, auf das neue System umgestellt werden, weil dann gibt es nicht mehr zwei unterschiedliche Versionen (733-737; 739-740).

Aus diesem Grund existiert jetzt nur noch dieses eine System und InterviewpartnerIn 9 betont noch einmal, dass er/sie eben beim Umstellen in seinem/ihrer Krankenhaus wesentlich schneller war als gedacht (742-746).

Es stellt InterviewpartnerIn 9 in Bezug auf die digitale Kompetenz seiner/ihrer MitarbeiterInnen fest, dass in der Pflege schon sehr lange eine Pflegedatenbank existiert, im Haus wäre bereits seit über 10 Jahren eine derartige Pflegedatenbank installiert (7-

10). Somit wären es die Personen aus der Pflege gewohnt, digital zu arbeiten und es würde sich bei der Umstellung auf das neue System ausschließlich um einen Systemwechsel handeln. Er/sie betont hier, dass natürlich die Fieberkurve anders wäre, diese jedoch wäre für die Pflege nicht so wichtig wie für die MedizinerInnen. Man hat den MedizinerInnen ja alles genommen, was sie bisher hatten (12-15). Hier gab es jedoch größere Probleme, da den MedizinerInnen ein Blatt mit einer Fieberkurve sehr wichtig war und am Monitor häufig nur ein Ausschnitt gezeigt wird. Es war hier schwierig für die MedizinerInnen, sich umzustellen. Die Personen, die in der Pflege arbeiten, hatten es leichter, da sie sich schon länger mit der digitalen Welt beschäftigen mussten. Er/sie selbst stellt jedoch fest, dass der Anblick einer Datenbank nicht viel anders ist als der Anblick eines Blatt Papiers (17-24).

Für ihn/sie ist digitale Kompetenz auch für die Zukunft in der Pflege wichtig (164-165). Es kann eine derartige Änderung, die hier im Krankenhaus vollzogen wurde, auf Grund der Einführung der neuen Software durchaus Angst bei den MitarbeiterInnen auslösen, wenn diese nicht die Sicherheit haben, mit dem Programm auch umgehen zu können. Es wurde hier sehr viel diskutiert, insbesondere auch darüber, ob wirklich alle Fragen notwendig wären, die vom Programm gestellt werden würden (133-188).

Es wäre hier auf Grund der digitalen Kompetenz der MitarbeiterInnen eine größere Verantwortung in dem Pflegedienst hineingenommen worden. Diese wäre seiner/ihrer Ansicht nach gut (190-191). Ansonsten wäre es nicht möglich, dass eine Weiterentwicklung stattfindet (193). Er/sie ist der Meinung, dass langfristig gesehen ein derartiger Schritt in der Pflege sehr hilfreich ist (195). Es wäre jedoch nicht das Bild, das die Pflegekräfte den MedizinerInnen vermitteln, wenn sie ein höheres Ausmaß an Wissen in Bezug auf Digitalisierung aufweisen, sondern das, das sie selbst von sich haben (197-198). Es würden sich die Pflegepersonen ernster nehmen und sich selber weiterentwickeln und sich auch mehr zutrauen. Er/sie denkt schon, dass hier weiteres Wissen und weitere Kompetenzen sehr hilfreich sein können (200-202). Es würden nun andere Begriffe und andere Strukturen eingeführt werden (226). Es müssen sich somit die Personen, die sich neu mit dieser Software auseinandersetzen, unterschiedliche Sachen merken, dass etwa Anleiten oder Unterstützen nun anders genannt wird (222-224). Auch die Struktur ist nun auf eine unterschiedliche Anzahl von Ebenen aufgeteilt (226-229). Es war somit notwendig, eine ganz andere Denkstruktur mitzubringen, auf der das neue Programm aufbaut. Er/sie hat sich jedoch nicht allzu viele Sorgen gemacht, weil für ihn/sie persönlich die Umstellung nicht so groß war, wie er/sie sie für seine MitarbeiterInnen empfunden hat (231-236). Er/sie war überzeugt davon, dass sich die Station sehr schnell in das Ganze hineinfindet. Ursprünglich hätte er/sie sich eher

gedacht, dass die neuen Pflegeklassifikationen wesentlich schwieriger wären, was aber interessanterweise nicht so war (238-240).

InterviewpartnerIn 9 gibt auch an, Kontakt mit anderen Krankenhäusern aufgenommen zu haben, in denen die Software ePAC-AC etabliert ist (476; 478). Er/sie meint jedoch, dass ePAC-AC in jedem System, in dem er/sie sich anschaut, anders aussieht (486-487; 489). Dies liegt darin, dass ePAC-AC ausschließlich eine Idee verkauft, aber kein Programm, sondern eben nur die Idee dahinter, die Rechenoperationen im Hintergrund. Wie das Programm dann aussieht, wie es optisch umgesetzt wird, ist etwas ganz anderes (489; 491-493). Er/sie stellt hier definitiv fest, dass sich in seinem/ihrer Haus vermutlich alle selber unterschätzt haben, obwohl Strukturen weggenommen wurden, gab es nur am Anfang ein wenig Irritation, da alles auf einmal gemacht werden kann. Es hätten sich die MitarbeiterInnen jedoch relativ schnell reingefunden (519-523).

Ein Problem wäre jedoch gewesen, dass ein Com bei ePAC-AC bei allen PatientInnen nicht funktioniert hat, da ein Programmierfehler drinnen war (525-528). Es wurde hier dann ausgedruckt und händisch dokumentiert (530-531). Für den Notfall wird hier also immer noch, trotz hoher digitaler Kompetenz der MitarbeiterInnen, im Notfall Papier und Kugelschreiber verwendet. Dieser offene Zugang zeigt sehr viel Kompetenz der MitarbeiterInnen, aber auch sehr viel Vertrauen in die MitarbeiterInnen (540-543).

In Bezug auf die Frage, ob jüngere oder ältere Personen eher Probleme in Bezug auf die Digitalisierung in diesem Bereich gehabt hätten, stellt InterviewpartnerIn 9 fest, dass dies ganz gemischt gewesen wäre. Ein paar Personen hätten ihn/sie sehr stark überrascht. Es waren ein paar ältere MitarbeiterInnen mit Feuer und Flamme dabei und haben das Testsystem schon vor der Schulung ausprobiert (573-576). Und diese MitarbeiterInnen hätten sich dieses und jenes angeschaut und wären total in ihrer Aufgabe aufgegangen, dafür haben sich einige Jüngere, wo er/sie sich gedacht hätte, dass es hier kein Problem wäre, das neue Programm einzuführen, nicht so gut angestellt. Es gäbe hier also keinen Unterschied der Altersgruppen (578-582). Insgesamt jedoch bewertet er/sie die digitale Kompetenz seiner/ihrer MitarbeiterInnen als extrem positiv, wobei er/sie feststellt, dass diese möglicherweise nicht auf alle Station verallgemeinbar ist (584-586). Er/sie betont auch, dass es schwierig ist, alle Funktionen, die das Programm hat, zu kennen, da das Programm sehr umfangreich ist. Er/sie muss sich teilweise selber in das reindecken, alleine schon, wenn er/sie an die Funktionen denkt, die ausschließlich von den MedizinerInnen verwendet werden (666-670).

InterviewpartnerIn 11 stellt fest, dass die Umstellung grundsätzlich positiv war, sogar äußert positiv, da das Projekt ja auch schon lange Zeit gediegen war. Es wurde sehr viel investiert, sowohl in die MitarbeiterInnen als auch in die Schulungen, aber natürlich auch

in die Software (39-44). ePAC-AC wurde marketingmäßig bei den MitarbeiterInnen sehr gut platziert (46-47). Dies gilt für MedizinerInnen ebenso wie das Pflegepersonal, wobei hier die Tatsache, dass sich die Personen nicht allzu schwer mit dem Programm getan haben, vermutlich ein hoher Verdienst der Bereichsleitung und der KoordinatorInnen war (49-50).

Diese hätten sehr gut dem Team vermittelt, wie sie Schritt für Schritt mit dem Programm umgehen können. Es wurde die ePAC-AC-Schulung zum Risikotool komplett herausgelöst und dann noch einmal aus der e-Fieberkurvenschulung herausgelöst. Inhaltlich fand InterviewpartnerIn 11 das sehr gut, da es bei der ePAC-AC-Schulung nicht unbedingt um die Digitalisierung ging (52-56).

Geändert hätte sich jedoch sehr viel (116-118), jedoch nicht nur durch ePAC-AC, sondern digitale Kompetenz wäre in der Arbeitswelt grundsätzlich wichtig, da ja eine elektronische PatientInnendokumentation für alle Gesundheitsberufe zur Verfügung steht (120-122). Das erste Mal in Kontakt mit ePAC-AC wäre er/sie auf einem Fachkongress gekommen (282-283). Es war hier häufig sehr schwierig, die unterschiedlichen Produkte voneinander zu trennen (305-306).

#### **4.3.2 Zusammenfassung**

Unter digitaler Kompetenz werden Grundkenntnisse von EDV – Systemen verstanden im Sinne der Verwendung von Computern zum Abrufen, Bewerten, Speichern, Produzieren und Austauschen von Informationen.

„Es waren keine Unterschiede zwischen jüngeren und älteren Mitarbeitern zu sehen. Sicher ist es schwieriger, wenn man keine EDV – Kenntnisse hat. Aber dadurch, dass die meisten schon ein bisschen Erfahrung gesammelt haben mit der alten Pflegedatenbank, ist das jetzt nicht so tragisch gewesen.“ (I9)

Bezüglich des Altersunterschiedes des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals waren keine Unterschiede der digitalen Kompetenz sichtbar, da im Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien die Pflegedokumentation seit Jahren elektronisch durchgeführt wird. Demnach haben die MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Krankenpflegebereiches das notwendige Wissen und auch EDV-Kenntnisse, um mit der ePA-AC® Methode problemlos arbeiten zu können. Für neue MitarbeiterInnen, die keine Erfahrung mit

elektronischer Pflegedokumentation haben, ist es empfehlenswert, eine Einschulung von IT-Grundkenntnisse anzubieten.

„Die Herausforderung auf das Pflegemanagement war im Rahmen des Projektes derzeit ausschließlich in der Veränderung von schon vorhandenen Prozessen. Für die Pflege war die Umstellung auf dieses System nicht so ein großer Schritt, weil die Pflege in der Vinzenz Gruppe seit 2000 elektronisch in der Pflegedatenbank dokumentiert. Das war sicherlich für die Mediziner die wesentlich größere Herausforderung.“ (I11)

Da für das Gesundheits- und Krankenpflegepersonal eine elektronische Pflegedokumentation bekannt war, war es für die Pflegenden mehr eine Programmänderung als eine Umstellung, jedoch für das medizinische Personal war die elektronische PatientInnenakte etwas komplett Neues.

## **4.4 Risikoerkennung**

### **4.4.1 Interpretation der Interviews**

InterviewpartnerIn 1 stellt in Bezug auf Risikoerkennung fest, dass dieser Faktor sehr stark von den Einschätzungen abhängt (37). Er/sie bezieht sich hier auf die Ersteinschätzung oder auch die Zwischeneinschätzung, die von den PatientInnen vorgenommen wird und der Schwere ihrer Erkrankung, also dem Zustand. Jene PatientInnen, die als schwierige PatientInnen in diesem Sinne bezeichnet werden können, werden alle drei bis fünf Tage eingeschätzt in Bezug auf Veränderungen, aber auch in Bezug auf den allgemeinen Zustand, ob sich etwas verschlechtert oder etwas verbessert hat. Hier muss ganz genau ausgefüllt werden (39-44).

Es wird dies in Form einer Anamnese durchgeführt, am Anfang stehen Gewicht und Größe, aber auch die Bewegungsfähigkeit der PatientInnen. Es ist jedoch oftmals nicht bekannt, in welcher Art und Weise die PatientInnen etwa zuhause versorgt werden oder wurden (47-49). Früher mussten hier unterschiedliche Skalen ausgefüllt werden, wobei dies das System jetzt selbst macht (52). Es empfindet dies InterviewpartnerIn 1 als sehr gut, dass jetzt nicht mehr unterschiedliche Skalen gemacht werden müssen, da die Einschätzungen nicht so oft gemacht werden müssen und bei einer guten Einschätzung alles genauer dokumentiert ist (56-57).

InterviewpartnerIn 2 stellt fest, dass mit dem OneClick auch gleich die Risikotools erstellt

werden (54). Dies musste früher bei jedem Tool einzeln gemacht werden (145). Es ist jetzt nicht mehr notwendig, jede Skala einzeln durchzumachen, weil in der ePAC-AC-Einschätzung alles mit drinnen ist. Dies ist eine große Erleichterung und das System erkennt schon anhand der Anamnese, ob ein gewisses Risiko besteht oder nicht (147-150). Dies empfindet InterviewpartnerIn 2 als große Erleichterung (152).

Werden nun die Aussagen von InterviewpartnerIn 3 betrachtet, so stellt auch dieser/diese fest, dass wenn die Anamnese richtig ausgefüllt ist, auch die Risikotools bzw. die Sturzskala oder die NER-Skala automatisch ausgefüllt werden (41-42). Es ist somit nicht mehr notwendig, dass man sich in diesem Sinne um Risiken kümmert. Das Programm macht das selbst (44-45). Dies empfindet InterviewpartnerIn 3 als wesentlich besser als dies früher der Fall war (47). Es hat hier jedoch auch schon Probleme gegeben, als sich InterviewpartnerIn 3 die Skalen anschauen wollte und die Eingaben alle weg waren. Es handelte sich hier um einen Fehler vom Programm, jetzt würde es wieder funktionieren (102-104).

In Bezug auf InterviewpartnerIn 4 kann festgestellt werden, dass die ePAC-AC-Software nun wesentlich schneller ist, wenn es um die Erstellung einer Anamnese geht. Dennoch würde es öfter das Problem geben, dass etwas eingegeben wird und es dann auf einmal weg ist (3-4). Er/sie spricht hier vom selben Problem wie InterviewpartnerIn 3 zuvor. Es ist dann notwendig, dass etwas zwei Mal eingegeben werden muss, was sehr mühsam ist. Er/sie hofft, dass dieses Problem bald gelöst wird (6-7).

In Bezug auf die Risikoskalen stellt InterviewpartnerIn 4 fest, dass dies früher besser war, weil man die Details gesehen hat. Im Rahmen der Pflegedatenbank hat es oben rot geleuchtet in der Früh (9-10), es war dann klar, dass die Risikoskala neu gemacht werden muss. Er/sie ist der Meinung, dass dies bei ePAC-AC nicht derartig offensichtlich ist. Man muss extra und konkret darauf schauen, ob es notwendig ist (12-14). Man wird etwa bei einem Sturz der PatientInnen nicht vom Programm darauf hingewiesen, dass eine neue Einschätzung notwendig ist (16). Er/sie bezieht sich hier auf Lagerungen, aber auch auf die Dekubitusrisikoskala und die Ernährungsskala (18-19). Er/sie betont, dass es hier jetzt keinen Hinweis gibt, was für ihn/sie ein Problem wäre (25). Es muss somit in ePAC-AC immer geschaut werden, ob etwas zu evaluieren ist (30).

InterviewpartnerIn 4 gibt hier allerdings an, dass möglicherweise die Risikofaktoren auch angezeigt werden (32). Wenn man genau schaut, sieht man es schon, aber er/sie empfand es im alten System besser, weil man hier irgendwie gezwungen war, darauf zu schauen, wenn etwas zu ändern war (34-35; 37). Des Weiteren stellt er/sie fest, dass vieles einfach von vorigen PatientInnen übernommen werden kann (39-40). Dies kann durchaus ein Risiko in sich bergen. Es werden von den Risikotools unterschiedliche

Dinge in Bezug auf die PatientInnen vorgeschlagen, was InterviewpartnerIn 4 nicht schlecht findet (71). Es ist dann möglich, einfach auf weiter zu klicken und die Vorschläge des Programms anzuschauen. Es ist dann auch möglich, noch etwas zu ändern (73-74). Auch InterviewpartnerIn 5 findet es gut, dass jetzt nicht mehr alles einzeln gemacht werden muss (89). Er/sie ist der Meinung, dass der Schwerpunkt gleich auf dem jeweiligen Risiko und Problem der PatientInnen liegt und das einfacher zu erkennen ist. Wenn etwa PatientInnen eine Wunde aufweisen, so besteht ein Risiko für Dekubitus (91-93).

InterviewpartnerIn 7 stellt fest, dass durch die Einführung in das Programm alles sehr streng geworden ist. Häufig wurde den PatientInnen früher einfach das Medikament gegeben, das sie zuhause auch genommen haben, obwohl das eigentlich gar nicht erlaubt war (126-129). Jetzt ist das nicht mehr möglich, dennoch würde das Programm einiges erleichtern (131).

In Bezug auf die Risikotools und die ePAC-AC-Einschätzung stellt InterviewpartnerIn 7 fest, dass eine Ersteinschätzung, eine Zwischeneinschätzung und eine Endschätzung notwendig sind, wobei das immer dieselben Fragen wären, jedoch auf unterschiedlichen Reitern im Programm. Es wird dann im Anschluss noch eine Analyse gemacht und das Programm gibt an, ob ein Risiko für eine Pneumonie oder einen Sturz oder ähnliches bei PatientInnen vorliegt (88-92).

Er/sie hat jedoch noch nie viel davon gehalten, wenn ihm/ihr jemand sagt, was er/sie tun sollte (94-95) und ist der Meinung, dass man das als Pflegefachkraft selbst erkennen muss, welche Risiken bei PatientInnen bestehen. Dennoch akzeptiert er/sie, dass die Software hier eben bestimmte Risiken vorgibt, da von der Person, die die Daten eingibt, ja immer noch entschieden werden kann, ob das, was im Programm steht, stimmt oder nicht. Ist man nicht der Meinung, kann ein Begriff laut ExpertInneneinschätzung geschrieben werden, in der die jeweilige Begründung angegeben wird, warum man mit dem Programm nicht übereinstimmt (97-100).

Es sieht InterviewpartnerIn 8 in Bezug auf die Erkennung von Risiken, dass die kurze Einschulungsdauer für ihn/sie als Führungskraft eine besondere Herausforderung dargestellt hat. Die vier Stunden waren einfach zu wenig. Es gab hier durchaus Auswirkungen auf das Pflegemanagement, also auf den Alltag. Er/sie sieht jedoch durch das Programm eine wesentlich höhere PatientInnensicherheit sowie Medikamentensicherheit gegeben, insbesondere auch durch die neue elektronische Fieberkurve. Es entsteht hier auch wesentlich mehr Sicherheit bei den Pflegenden, da sie sich sicher sein können, dass die Sachen, die angeordnet sind, auch wirklich stimmen (2-9).

Auch die Lesbarkeit betont InterviewpartnerIn 8 hier, es werden die PatientInnen wesentlich stringenter administriert. Es ist der ganze Ablauf von der Aufnahme bis zur Entlassung eine lineare Angelegenheit (11-13). Jeder weiß ganz genau, was wann passiert und es nicht notwendig, hier immer zwischen zwei oder drei unterschiedlichen Programmen hin und her zu switchen. Die Risikoeinschätzung ist somit wesentlich schneller. Es muss nicht jede Skala einzeln berechnet werden, sondern es wird alles in einem Programm berechnet (15-23).

Dennoch ist auch er/sie der Meinung, dass manches im Programm unnötig ist. Wenn etwa eine Pflegekraft eine Planung für Körperpflege braucht, dann ist sie irgendwie fehl am Platz (56-57). Trotzdem ist ePAC-AC oder auch ePAC-AC+ ein wertvolles Tool, das viele Vorschläge macht (59-61). Die Vorschläge gehen hier aus den Risiken heraus, was für Pflegeplanungen angewendet werden könnten (63). Es wird so also zuerst eine ePAC-AC-Einschätzung gemacht, das Programm macht dann die Analyse und dann ist zu erkennen, wo Probleme sein könnten. Im Anschluss ist es möglich, auf ePAC-AC+ zu gehen und dann wird zu diesen Problemen die Pflegeplanung vorgeschlagen, wobei jedoch die Vorschläge nicht angenommen werden müssen (67-69; 71).

Er/sie ist des Weiteren der Meinung, dass die Risikotools mit den Skalen übereinstimmen (90-91). Auch wenn der Computer eine Einschätzung macht und eine Gefährdung sieht, so haben die BenutzerInnen dennoch die Möglichkeit, eine ExpertInneneinschätzung abzugeben (93-95). Es kann somit die Pflegeperson die ePAC-AC-Einschätzung overrulen. Insbesondere wenn ePAC-AC irgendetwas als nicht gut empfindet, die PflegeexpertInnen jedoch anderer Meinung sind, ist das eine gute Möglichkeit (99-100). Auch die Wunddokumentation ist in der Pflegeplanung, also im Pflegeplan, integriert (106). Es scheint aber auch eine Wundeinschätzung im ePAC-AC ein, der letzte Punkt am Schluss von ePAC-AC ist Wunde, Haut bzw. Dekubitusrisiko (110-111). Auch wenn hier die Wunden an der Stelle aufscheinen, wird dennoch in der Pflegedatenbank bearbeitet (113-114).

Es stellt InterviewpartnerIn 9 fest, dass eine weitere Sicherheit für die PatientInnen ist, dass bei einem Medikament immer dabeisteht, ob es ärztlich schon freigegeben wurde oder nicht. Wird ein Medikament ausgegeben oder verteilt, so kommt dann ein Hinweis, dass das Medikament eben noch nicht freigegeben wurde und die BenutzerInnen werden gefragt, ob sie trotzdem geben möchten. Klicken die BenutzerInnen hier auf ja, dann ist es möglich, das Medikament dennoch auszugeben (57-59). Im Prinzip könnten das somit auch PflegehelferInnen machen (61).

Der große Unterschied ist nur, dass dies dokumentiert und festgehalten wird und somit das Risiko, dass jemand ein Medikament gibt, das eigentlich gar nicht gegeben werden

dürfte, sehr gering ist (63-64). Es ist dann möglich, mit den MitarbeiterInnen ein Gespräch zu führen und insofern auch Risiken bei der Behandlung der PatientInnen zu erkennen (66-70). Es ist durchaus möglich, Probleme der PatientInnen direkt anzulegen, eigentlich jedoch wird dies im Fieberkurvenfeld getan, weil dort ein Editor aufgeht, wenn man draufklickt und dieser verwendet werden sollte (94-96).

Es ist jedoch das ganze Programm sehr gut miteinander verwoben, es wird jetzt nicht mehr so dokumentiert wie früher. Somit steht nicht alles an unterschiedlichen Orten und es ist das Risiko, dass etwas übersehen oder verwechselt wird, wesentlich geringer (100-105). Als Beispiel nennt InterviewpartnerIn 9 hier, dass die Venflons immer vorne in der Kurve stehen und auch bei der Pflegedokumentation noch einmal angezeigt werden, ganz gleich, wo dokumentiert wird, dass ein Verbandswechsel gemacht wurde (107-109). Dennoch lässt das Programm der Pflege wesentlich mehr Verantwortung (181). Oftmals werden kritische Faktoren bei PatientInnen, wie etwa Allergien oder Infektionen, auch doppelt im Programm angezeigt (920-924).

Das ePAC-AC-Tool zeigt im Allgemeinen eine recht hohe Treffsicherheit in Bezug auf die Risikoerkennung (929-930). Gerade die Spinnennetzgrafik findet InterviewpartnerIn 9 besonders spannend, weil sie sehr aussagekräftig ist. In kürzester Zeit sieht er/sie vor sich, was die PatientInnen brauchen und wo es benötigt wird (932-935). Des Weiteren kann abgelesen werden, wo PatientInnen sich jetzt befinden, wo sie hergekommen sind und wohin ihre Entwicklung gegangen ist (937-940). Dies gilt, obwohl nur wenige konkrete Skalen wie die Sturzrisikoskala in das System integriert sind (942-943). Es sind aber auch unterschiedliche neue Dinge drinnen, wie etwa die Nutrition Risk Scale oder etwa die Bradenskala (945-947). Diese wurden zwar schon vorher erhoben, jetzt jedoch ist es eine Kombination aus unterschiedlichen Fragen (949-950).

Es existieren in der neuen Software auch eine große Anzahl von neuen Sachen, wie etwa der Selbstpflegeindex, der nach Meinung von InterviewpartnerIn 9 eine sehr spannende Sache ist, wobei er/sie meint, dass diese auch für die Personalberechnung verwendet werden kann und nicht nur für die Risikoerkennung (952-955; 957-958). Es ist jedoch der Eindruck von InterviewpartnerIn 9, dass die MitarbeiterInnen extrem zufrieden mit der Risikoerkennung sind und das Programm treffsicher einschätzt. Dies passt auch zu seiner/ihrer eigenen Wahrnehmung, da er/sie selbst sehr viel mit dem Programm ausprobiert hat (973-979).

InterviewpartnerIn 11 stellt hier fest, dass im Bereich der Vizenzgruppe mit der Pflegedatenbank schon ein elektronisches Tool zur Verfügung stand, bevor die neue Software eingeführt wurde. Dieses konnte sich wiederum in einzelnen Risikotools abbilden lassen. Es gab, um diese Risikotools prozesshaft einzusetzen, ein Regelwerk

dazu, das angewendet wurde, welches seine Stärken, aber auch seine Schwächen hat. Für die Einführung von ePAC-AC war dies nun die große Chance, dass sich Führungskräfte mit der Pflegeberatung abstimmen (16-21; 23-25). Auch mit der Direktion konnten hier Prozesse noch einmal beleuchtet werden in Bezug auf ihre Sinnhaftigkeit sowie auf das reale PatientInnenrisiko, da ePAC-AC ja nicht nur das Risiko misst (27-29), sondern unterschiedliche Zusammenhänge herstellen kann (31-32).

Es können so Zusammenhänge zwischen verschiedenen Risiken hergestellt werden und es wird immer alles im Zusammenhang gesehen. Des Weiteren wird angegeben, wie oft eingeschätzt werden muss und welche Zeitabfolge eingeschätzt werden muss. Die einzige Antwort, die hier wichtig ist, ist wenn es um die Veränderung des Risikos geht (34-37). InterviewpartnerIn 11 stellt hier noch fest, dass der Ausdruck des "realen Risikos" möglicherweise nicht ganz korrekt wäre (93).

In der Pflegedatenbank würde es die Bradenskala geben und zu dieser gäbe es unendliche viele wissenschaftliche Artikel, die sich auf das Dekubitusrisiko und dessen Erfassung mit der Bradenskala beziehen (95-98). Es wäre dieses Risiko auch real, aber es würde noch nichts über das Risiko eines Sturzes ausgesagt oder über das Risiko von Inkontinenz oder anderen Risiken. Das Problem wäre hier, dass ausschließlich auf ein einziges Risiko fokussiert wird (100-101; 103; 105). In ePAC-AC ist die Bradenskala inkludiert, aber es werden auch andere Risiken mit diesem Risiko verglichen und erst das Gesamtergebnis ausgegeben (107-109). Es wird somit das Betreuungsangebot nach allen Risiken entschieden und nicht nur nach einem einzigen (111-112; 114). InterviewpartnerIn 11 stellt hier weiter fest, dass es schon Rückmeldungen in Bezug auf Änderungen der Arbeitswelt gegeben hat. So wurde eben von den starren Regelungen in Bezug auf die Berechnung von Risiken abgewichen und den Pflegepersonen wesentlich mehr Kompetenz zugeschrieben. Bei allen PatientInnen ist verpflichtend, ein Einführungsrisiko zu erheben (136-142). Dies gilt auch für PatientInnen, die ausschließlich tagesklinisch aufgenommen werden und bei denen es offensichtlich keinen Pflegebedarf gibt. Es wird trotzdem auch bei diesen PatientInnen ein Risikoscreening gemacht (144-146; 148).

Auf Grund ihrer Ersteinschätzung und auf Grund des Gesprächs mit den PatientInnen, aber auch auf Grund der Prognose legen die Pflegepersonen dann fest, wann die nächste Risikoeinschätzung stattfinden wird (150-152; 154). In Kombination mit der Schulung der MitarbeiterInnen hat sich dieses Vorgehen bisher als sehr gut herausgestellt. Die Pflegepersonen steuern nun ganz bewusst, welches Risiko die jeweiligen PatientInnen haben. Sie denken wesentlich stärker über diesen Punkt nach (156-158). Dies bezieht sich auf das reale Risiko, das wirklich bei den PatientInnen

besteht, sodass diese entweder einen Schaden oder eine Gesundheitseinbuße erleiden. Es legt dann eben die Pflegeperson fest, wann wieder kontrolliert und eingeschätzt wird. Auch bei jeder akuten Veränderung des Gesundheitszustandes muss neu das Risiko für den PatientInnen eingeschätzt werden, wobei dies eher im Notfallbereich aktuell ist (160-164; 166). Mit der Bradenskala muss alle fünf Tage eingeschätzt werden, was in keinsten Weise zu einer Qualitätsverbesserung führt (166-167; 169). Gerade PatientInnen, die im internistischen Bereich Probleme haben, müssen häufiger neu evaluiert werden, etwa damit es zu keinem Dekubitus kommt. Es muss hier auch rascher mit Maßnahmen reagiert werden (169-171; 173).

Es bezieht sich hier InterviewpartnerIn 11 besonders auf Mobilisationspläne, wo es notwendig ist, die Frequenz zu erhöhen, wenn das Risiko steigt, etwa wenn PatientInnen plötzlich fiebern (173-175). Diese Eigenverantwortlichkeit der Pflegekräfte hat sich laut Meinung von InterviewpartnerIn 11 in der Praxis sehr gut bewährt. Die eigenverantwortliche Krankenbeobachtung ist ein eigenverantwortlicher Teil der Pflege und es ist eben für InterviewpartnerIn 11 ein Teil der Krankenbeobachtung, dass nicht einfach fix alle fünf Tage eingeschätzt wird, ganz egal, ob dies zielführend und sinnvoll ist (177-179; 181-184). Es kam hier zu großen Veränderungen (217-218). Das Risiko soll nun direkt bei den PatientInnen ausgewertet werden und nicht im Rahmen einer dezentralen Pflegeberatung, sondern persönlich eben von den Pflegekräften (223-230).

Sind die Maßnahmen bei PatientInnen nicht zielführend, so ist ein verpflichtendes Konsilium notwendig. Oft sind hier StationskoordinatorInnen gefordert, ein Konsilium zu Dekubitus oder auch zum Sturzrisiko zu machen (232-234). Manche Schäden können jedoch nicht verhindert werden, weil es dafür eine medizinische Indikation gab, etwa weil PatientInnen nicht umgelagert werden durften (236-238). Manchmal ist auch auf Grund des Gesundheitszustandes oder der terminalen Situation der PatientInnen mancher Schaden nicht verhinderbar. Wenn jedoch ein Schaden an PatientInnen zu verhindern gewesen wäre und dieser schon passiert ist, dann ist es notwendig, eine Fallbesprechung anzusetzen. Dies wurde auch schon zwei Mal durchgeführt (240-243; 245).

Eine weitere Möglichkeit, dass bei PatientInnen ein Risiko nicht erkannt wird, ist etwa, dass keine ausreichende Dokumentationsqualität im Hintergrund steht und PatientInnen bereits mit einer Schädigung eingeliefert wurden. Hier sind sehr viele unterschiedliche Komponenten von den Pflegepersonen zu beachten (247-250).

Eine weitere Möglichkeit, die InterviewpartnerIn 11 hier betont, ist es, dass es das große Ziel in seinem Bereich ist, dass die MitarbeiterInnen mit den aktuellen Kennzahlen vertrauter werden, also etwa, dass einmal jährlich eine Präsentation gemacht wird (261-

265). In dieser Präsentation wird dann etwa vorgestellt, wie viele Dekubitusfälle zu einem gewissen Grad aufgetreten sind und wo hier noch die Pflege ausbaufähig wäre. Es können so auch die MitarbeiterInnen des gehobenen Dienstes mit diesen Problemen konfrontiert werden (267-270). Es soll hier des Weiteren auch besprochen werden, dass etwa in gewissen Fällen der Dekubitus nicht vermeidbar war, etwa auf Grund medizinischer Indikation, im anderen Fall jedoch vermeidbar (272-276).

Abschließend kann in Bezug auf die Aussagen von InterviewpartnerIn 11 festgestellt werden, dass es für ihn/sie wichtig ist, noch weitere Informationen und Maßnahmen festzuhalten (368-369). Es soll hier festgehalten werden, wie oft eine Pflegemaßnahme gemacht wird und dann noch weiter untersucht werden (380-384), ob es in der Literatur Mindeststandards oder ein Mindestmaß der Anzahl, wie oft etwa ein Mensch am Tag Körperpflege oder Hautpflege benötigt, gibt (386-388).

#### **4.4.2 Zusammenfassung**

Im Großen und Ganzen ist eine Risikoerkennung der kombinierte Aufwand von Ermittlung und Analyse potenzieller (zukünftiger) Ereignisse, die sich negativ auf Einzelpersonen auswirken können.

Nach Erfassung der Pflegeanamnese wird mit Hilfe der ePA-AC® Methode automatisch die Risikoerkennung durchgeführt. Damit ein reales Ergebnis entsteht, ist eine vollständige ausgefüllte Pflegeanamnese Voraussetzung.

„Wenn die Anamnese korrekt und komplett ausgefüllt ist, dann werden die Risikoskalen automatisch gemacht.“ (I6)

Die Risikoerkennung mittels ePA-AC® Methode dient der Verbesserung hinsichtlich Risikoprävention und für das Bestimmen des konkreten Patientinnen Risikos zum Zeitpunkt der Erhebung. Somit können alle notwendigen Maßnahmen eingeleitet werden und dadurch sichergestellt werden, dass kein Risiko übersehen wird.

„Die Grundvoraussetzung für eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson ist es, dass sie sich mit der Risikodokumentation auseinandersetzt, um es nachzuvollziehen, warum welche Maßnahmen gesetzt sind, warum welche Prozesse gestartet sind. Für die

Einführung von ePAC-AC war genau das jetzt die große Chance oder die große Eingriffsmöglichkeit für die Führungskräfte, abgestimmt mit der Pflegeberatung und mit der Direktion, hier Prozesse noch einmal zu beleuchten und auf die Sinnhaftigkeit beziehungsweise auf das reale Patientenrisiko hinzuweisen.“ (I11)

Dass Wissen über Risikoeinschätzungen, deren Ziele, sowie Maßnahmen gehören zu den Grundvoraussetzung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals. Die ePA-AC® Methode soll dazu anregen, die Sinnhaftigkeit und die Richtigkeit der Einschätzung kontinuierlich zu überprüfen.

Die Risikoerkennung mittels ePA-AC® Methode zeigt eine positive Reaktion des Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, da sie schneller geht und dadurch Zeit spart. Als praktikabel wird genannt, dass nicht alle Skalen separat erfasst werden müssen.

„Stichwort ePAC-AC, die Risikoeinschätzung geht viel schneller. Da man nicht einzelne Skalen öffnen muss und einzeln ausfüllen muss, sowie die Braden – Skala, Mangelernährung usw., es ist alles in einem und geht rasch.“ (I5)

Sobald die Daten in ePA-AC® eingegeben wurden, wird die Risikoprüfung automatisch durchgeführt und es wird darauf hingewiesen, dass aufgrund des aktuellen PatientInnenzustands Dekubitus-, Pneumonie-, Sturzrisiken usw. bestehen. Es handelt sich hierbei um Prozesse, die die Arbeit des pflegerischen Personals erleichtern und eine bessere Qualität der Dienstleistungen für die PatientInnen bieten können, da dadurch wiederum Zeit gewonnen wird, welches für die direkte Pflege an PatientInnen verwendet wird.

„Ein Vorteil der früheren Risikoskalen ist, dass man gesehen hat, wann die zum Evaluieren ist, da in der Pflegedatenbank rot aufgeleuchtet ist. Und bei der ePAC-AC sieht man das eigentlich gar nicht, man wird nicht drauf hingewiesen“ (I4)

Aus den Interviews geht heraus, dass die frühere Pflegedatenbank einen Vorteil hatte bezüglich der Sichtbarkeit, wann und welche Risikoskala zu eruieren ist. Es wird empfohlen eine Sichtbarkeit für die ePA-AC® Methode zu erstellen.

„Die Ersteinschätzung oder Zwischeneinschätzung wird bei jedem Patienten gemacht. Das hängt auch davon ab, wie der Patientenzustand ist. Bei pflegebedürftigen Patienten machen wir öfter natürlich, alle drei, vier, fünf Tage die Einschätzungen, ob etwas sich geändert hat, ob jemand sich verschlechtert oder verbessert hat.“ (I2)

Bei jedem neuen Patienten/jeder neuen Patientin wird eine Ersteinschätzung der Risiken vom Gesundheits- und Krankenpflegepersonal durchgeführt. Je nach PatientInnenzustand werden die Intervalle der Zwischeneinschätzungen von den Pflegenden geplant, um sicherzustellen, dass die Frequenz der Risikoeinschätzungen sich am tatsächlichen Risiko der Patientinnen orientiert.

#### **4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse**

Eines der am Programm rund um ePA-AC® beteiligten Krankenhäuser ist das Krankenhaus Barmherzige Schwestern Wien für Innere Medizin. Die Ergebnisse zeigen durch Interviewzitate, was die Meinung der Gesundheits- und KrankenpflegerInnen über die ePA-AC® Methode ist. Die Ergebnisse wurden in vier Kategorien aufgeteilt: Dokumentationsablauf, Arbeitsumfeld, digitale Kompetenz und Risikoerkennung.

Jede der genannten Kategorien beinhaltet Interviewzitate, in denen die InterviewpartnerInnen über ein Thema, welches in eine bestimmte Kategorie eingeht, sprechen.

In der dritten Kategorie, digitale Kompetenz, waren in Bezug auf den Altersunterschied kaum Unterschiede der digitalen Kompetenz sichtbar. Eine Schlussfolgerung aus den Forschungsergebnissen ist es, dass es notwendig ist, eine Einschulung von IT-Grundkenntnissen für neue MitarbeiterInnen, die keine Erfahrung mit elektronischer Pflegedokumentation haben, anzubieten.

Die Implementierung der ePA-AC® Methode zeigt eine Besserung des Risikomanagements, da die Pflegeanamnese ausführlich durchgeführt werden muss, um die automatische Erkennung der Risiken durchführen zu können, sodass kein Risiko bei PatientInnen übersehen werden kann. Doppeldokumentationen werden vermieden und dadurch steigt die Effektivität der Pflege. Somit wird die Zeit während des Stationsaufenthaltes der PatientInnen qualitativ genutzt und ein Fokus auf die Bedürfnisse der PatientInnen gelegt.

Die vierte Kategorie bezieht sich auf das Thema Risikoerkennung. Die Ergebnisse der empirischen Forschung ergaben, dass zur Grundvoraussetzung des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auch das Wissen über Risikoeinschätzungen, deren Ziele, sowie Maßnahmen gehört. Die Reaktion des Gesundheits- und Krankenpflegepersonals auf die ePA-AC® Methode war äußerst positiv, da sie nach ihrer Meinung schneller geht und sie dadurch Zeit sparen. Als praktikabel wird die Methode bezeichnet, da mithilfe von ePA-AC® nicht alle Skalen einzeln erfasst werden müssen. Die Implementierung von ePA-AC® auf hat das Risikomanagement bzw. die PatientInnensicherheit deutlich verbessert.

Das pflegerische Personal hat sich, nach einer Einschulung, in welcher jedoch kein ausreichendes Wissen zur Verfügung gestellt wurde, mit einer großen Anzahl von Problemen konfrontiert, die aber nur von kurzer Dauer waren. Nach Ansicht des Pflegepersonals sind die alltäglichen Voraussetzungen für die Anwendung eines neuen elektronischen Tools eine gute und ausreichende Ausstattung von Computern/Laptops, sowie auch längere und detaillierte Einschulungen des Personals notwendig.

Der Beruf des pflegerischen Personals nimmt unterschiedliche Rollen bei der Gesundheitsförderung ein. Er ist entscheidend für die Arbeit mit Menschen, die unter verschiedenen Arten von Krankheiten leiden. Der Arbeitsplatz und die vorherrschenden Arbeitsbedingungen beeinflussen das individuelle Wohlbefinden. Mit dieser Arbeit soll herausgefunden werden, ob die Verwendung der ePA-AC® Methode eine Erleichterung in der alltäglichen Arbeitsumwelt von Pflegepersonen entstehen würde und welche Auswirkungen die Implementierung der Methode auf die Arbeitsumwelt hat nach der Sicht der Pflegepersonen. Die Einschulung führte nicht zu dem gewünschten Wissensstand, sie war zu kurz und konzentrierte sich auf Inhalt, die nicht für das Pflegepersonal von Bedeutung waren. Im Gespräch mit den MitarbeiterInnen wurde deutlich, dass die meisten Probleme gelöst werden konnten und sie hauptsächlich über die Vorteile sprachen, die sie mit dem neuen Programm erzielt haben, hinsichtlich der Sichtbarkeit, als auch der Effizienz und Effektivität im Umgang mit PatientInnen.

Aus der Sicht der MitarbeiterInnen sind unterschiedliche Voraussetzungen in der alltäglichen Arbeitsumwelt notwendig, wie zum Beispiel gute EDV-Kenntnisse, Aufmerksamkeit beim Ausfüllen der Dokumentation und Geduld, weil von Zeit zu Zeit ein Systemausfall passieren kann.

## 5. CONCLUSIO UND AUSBLICK

Diese Masterarbeit entstand aus der Notwendigkeit, Leistungen nach der Einführung der ePA-AC® Methode in das Pflegedokumentationssystem zu erfassen. Die positive Praxis mit Krankenhäusern in Deutschland und der Schweiz hat die Idee beeinflusst, mit ähnlichen Programmen in Krankenhäusern in Wien zu beginnen.

Im Mittelpunkt der hier folgenden Arbeit stand die Fragestellung, welche Auswirkungen die Implementierung eines neuen elektronischen Assessmenttools, im konkreten Fall ePA-AC®, auf die Arbeitsumwelt der Pflegepersonen aus deren eigenen Sicht hat. Es konnte hier gezeigt werden, dass mithilfe des neuen Programms durchaus eine große Zeitersparnis für die MitarbeiterInnen in ihrem täglichen Arbeitsablauf möglich ist. Dennoch wäre eine genauere und umfassendere Einschulung notwendig gewesen, weiters zeigte sich im Rahmen von Interviews, dass die Software noch nicht ganz ausgereift ist. So kam es zum Teil zu Systemabstürzen, wobei bereits eingegebene Daten wieder verschwanden. Es war dann für die Pflegepersonen notwendig, die gesamte Eingabe noch einmal vorzunehmen, was diese verständlicherweise als mühsam empfanden.

Gerade die Möglichkeit, alle Informationen über PatientInnen jederzeit und von jedem Ort gesammelt in einem Programm abrufen zu können, wurde als großer Vorteil in der praktischen Anwendung von ePA-AC® gesehen.

In Bezug auf die Frage, welche Voraussetzungen für eine Anwendung des Assessmenttools in der täglichen Praxis notwendig sind, zeigte sich, dass hier sowohl eine ausreichende Schulung des Personals, als auch eine ausreichende Anzahl an Computern Voraussetzung sind. Insbesondere wurde hier im Rahmen der Interviews darauf hingewiesen, dass häufig zu wenige Laptops zur Verfügung stehen würden, weshalb es häufig nicht möglich wäre, die notwendigen Eingaben am Computer dann zu machen, wenn es in den Arbeitsablauf passt. Auch an Wägen, auf welchen Platz für Laptops sowie andere wichtige Sachen, die während PatientInnenbesuche gebraucht werden, ist, herrscht im Krankenhaus ein Mangel. Es kann somit festgestellt werden, dass die äußeren Voraussetzungen passen müssen, damit ein derartiges Assessmenttools sinnvoll eingesetzt werden kann. Allein Motivation bei den MitarbeiterInnen ist nicht ausreichend, es muss auch den MitarbeiterInnen ermöglicht werden, praktisch sinnvoll mit dem Programm zu arbeiten.

Betrachtet man die Frage näher, welche Auswirkungen Implementierung von ePA-AC® auf das Risikomanagement bzw. auf die PatientInnensicherheit hat, so hat das Programm

den großen Vorteil, dass es automatisch, nach Eingabe der PatientInnendaten, mögliche Risiken aufwirft. Es ist jedoch jederzeit der Pflegepersonen möglich, diese Vorschläge zu overrulen, wenn sie als ExpertInnen einer anderen Meinung sind als das Programm. Das gleiche gilt auch für die Pflegeplanung. Auch hier kann die Pflegeperson als ExpertIn jederzeit aus ihrer Erfahrung heraus handeln. Es zeigte sich jedoch auch ein Nachteil bezüglich der PatientInnensicherheit, nämlich jener, dass es sehr einfach ist, alle Daten gesunder PatientInnen zu übernehmen und dann nur einzelne Faktoren zu ändern. Hier kann leicht etwas übersehen werden, gerade dann, wenn die Pflegeperson in Eile ist. Dennoch kann festgestellt werden, dass aufgrund der Vorschläge des Programms möglicherweise die Pflegepersonen auf Risiken aufmerksam gemacht werden, an die sie anderenfalls vielleicht gar nicht gedacht hätten. Es sind im Programm die unterschiedlichsten Risikoskalen integriert, weshalb es für die Pflegepersonen nicht mehr notwendig ist, einzelne Skalen extra auszufüllen.

In Bezug auf die Dokumentation bzw. das System, das hinter der Dokumentation der PatientInnendaten steckt, äußerten sich alle befragten Personen in den Interviews sehr positiv. Hier wäre es eine große Zeitersparnis, mit dem neuen Programm zu arbeiten. Des Weiteren wäre es sehr hilfreich, dass zu jeder Zeit und an jedem Ort auf alle Daten der PatientInnen zugegriffen werden kann.

Die Zeit wird zeigen, ob die Einführung des ePA-AC® -Programms den Erfolg erleben wird, den es in den Kliniken in Deutschland und der Schweiz erlebt hat. Hier gibt es durchaus Kontakt zwischen Österreich und Ländern, in denen das Programm bereits etabliert ist. Ein erster Eindruck, der durch die hier vorliegende Arbeit entstanden ist, zeigt, dass das Programm ePA-AC® durchaus eine Erleichterung für den Arbeitsalltag von Pflegepersonen darstellt und somit vermutlich in der Zukunft häufiger verwendet wird.

## Literaturverzeichnis

### Bücher

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine: Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen. Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG. 2.Aufl., Hannover, 2009.

BÄUMER, Rolf (Hrsg.): Thiemes onkologische Pflege. 56 Tabellen ; [mit 49 Filmen auf DVD], Stuttgart/New York, 2008.

BRÜHWILER, Bruno: Risikomanagement als Führungsaufgabe. ISO 31000 mit ONR 49000 wirksam umsetzen (Risikomanagement), Bern, 2011.

BRUNEFORTH, Michael u. a. (Hrsg.): Nationaler Bildungsbericht Österreich 2015 Band 2. Fokussierte Analysen bildungspolitischer Schwerpunktthemen, Graz, 2016.

CORBIN, Juliet/STRAUSS, Anselm: Ein Pflegemodell zur Bewältigung chronischer Krankheit, In P. Woog (Ed.), Chronisch Kranke pflegen. Das Corbin-Strauss-Modell. Wiesbaden, 1998.

DEBATIN, Jörg F.: IT im Krankenhaus. Von der Theorie in die Umsetzung, Berlin, 2015.  
eP Handbuch ePA-AC 2, Wiesbaden .

FERRARI, Anusc Digital competence in practice: An analysis of frameworks, 2012 .

FIEDLER, Christine, KÖHRMANN, Martin /KOLLMAR Rainer : Pflegewissen Stroke Unit. Für die Fortbildung und die Praxis (Fachwissen Pflege), Berlin, Germany, 2017.

FÜHRINGER Marsha, GAUSMANN Peter: Klinisches Risikomanagement im DRG-Kontext. Integration von Risiko-Kontrollpunkten in klinische Pfade. Kohlhammer Verlag Stuttgart, 2004.

GESELLSCHAFT FÜR INFOMATIK (GFI): Leitlinien Pflege 4.0. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in Pflegeberufen, 2017 .

GLÄSER, Jochen/LAUDEL Grit: Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen (Lehrbuch), Wiesbaden, 2010.

HÄDER, Michael: Empirische Sozialforschung. Eine Einführung, 2015.

HALEK, Margareth Wie misst man Pflegebedürftigkeit? Hannover, Schlütersche, 2003.

HARTMANN, Werner/HUNDERTPFUND, Alois: Digitale Kompetenz: Was die Schule dazu beitragen kann. Hep Verlag, 2015.

HELFFERICH, Corneli Die Qualität der qualitativen Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Springer Fachmedien GmbH, 4.Aufl., Wiesbaden, 2011. S. 177-178.

HINDEL, Bernd: Basiswissen Software-Projektmanagement. Aus- und Weiterbildung zum Certified Professional for Project Management nach iSQI-Standard, Heidelberg, 2006.

HINDRICHS, Sabine/ROMMEL Ulrich: Expertenstandards praktisch anwenden. Im Kontext von Strukturmodell und neuem Pflegebedürftigkeitsbegriff, Hannover, 2018.

HOCHREUTENER Marc-Anton/CONEN Dieter: Was bedeuten Risiken im Gesundheitswesen. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen, in: Patientensicherheit 2005 , Wien 2005.

HUNSTEIN, Dirk/DINTELMANN, Yvonne/ SIPPE, Birgit : Developing a screening instrument as a standardized assessment of signs and symptoms concerning basic nursing care needs in hospital nursing care. In N. Oud, Sermeus, W. & Ehnfors, M. (Ed.), ACENDIO 2005. Proceedings of the fifth biennial European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes held in Bled, Slovenia. Bern: Verlag Hans Huber, 2005.

HUNSTEIN, Dirk: Das ergebnisorientierte PflegeAssessment AcuteCare (ePA-AC®). In: Bartholomeyczik S, Halek M (Eds.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlüter'sche: 2009. S. 60-78.

KAHLA-WITZSCH/ ANETTE Heike: Praxis des klinischen Risikomanagement (Krankenhaus-Management professionell), Landsberg/Lech, 2005.

KAREN A./DBA WAGER/WICKHAM F./DBA LEE/JOHN P.: Managing Health Care Information Systems: A Practical Approach for Health Care Executives, Glaser Published by Jossey-Bass, 2005.

KNUST, Ann Darstellung und kritische Analyse des Risikomanagements in der unternehmerischen Wohnungswirtschaft, 2005.

MAYER, Hann Pflegeforschung anwenden. Elemente und Basiswissen für Studium und Weiterbildung. Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 3.Aufl., Wien, 2011, S. 186-191.

MAYRING, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. Beltz Verlag, 5.Aufl., Weinheim und Basel, 2002. S.72-148.

MAYRING, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, Weinheim/Basel, 2015.

MAYRING, Phillip: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim: Deutscher Studien Verlag. 1993 & 2000.

MELEIS, Afaf Ibrahim: Theoretical nursing. Development and progress, Philadelphia, 2012.

OREM, Dorothea E., Renpenning, Kathie McLaughlin u. Susan G. Taylor: Self Care Theory in Nursing. Selected Papers of Dorothea Orem, New York, 2003.

PRZYBORSKI, Wolhlab – Sahr: Qualitative Sozialforschung – Ein Arbeitsbuch, Oldenbourg Wissenschaftsverlag, München, 2010.

PUNCH, Keith: Introduction to social research. Quantitative and qualitative approaches, Los Angeles/London/New Delhi [etc], 2014.

RAPP, Boris: Fallmanagement im Krankenhaus. Grundlagen und Praxistipps für erfolgreiche Klinikprozesse, Stuttgart, 2013.

RAPPOLD, Elizabet/ ROTTERNHORFEN, Ingrid/ ET.AL.: Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation des Bundesministeriums für Gesundheit. 2. Aufl., Gesundheit Österreich GmbH/ Geschäftsbereich Obig, Wien, 2010.

REUSCHENBACH Bernd: Gütekriterien. In: Reuschenbach B., Mahler C. : Pflegebezogene Assessmentinstrumente-Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis. Bern, Verlag Hans Huber, 2011.

SHORTIFFE, Edwatd & CIMINO, James: "Biomedical Informatics; Computer Applications in Health Care and Biomedicine" ([3d ed), Springer Science + Business Media, LLC, 2006.

SMITH, Marlaine C/PARKER Marilyn E.: Nursing theories & nursing practice, Philadelphia, PA, 2015.

STEINMAYR, Ricarda/ REUSCHENBACH, Bernd. : Erfassung von Angst im Krankenhaus. In B. Reuschenbach & C. Mahler (Hrsg.), Handbuch pflegebezogener Assessmentverfahren. Bern: Huber Verlag, 2011, S. 441-458.

WEISS, Jeffrey: Pflege im DRG System. Bestandsaufnahme der Darstellung der Pflege im DRG-System unter Berücksichtigung der zukünftigen Optimierungsmöglichkeiten auf Grundlage einer Literaturliteraturarbeit, ergänzt mit einer Analyse von PatientInnen dokumentationen mit Herausarbeiten der Konsequenzen für die Praxis. Hamburger Fern-Hochschule. Diplomarbeit, 2010.

#### Zeitschriften:

BÄHRING, Katrin/HAUFF, Sven/ SOSSDORF, Maik/ THOMMES, Kirsten: Methodologische Grundlagen und Besonderheiten der qualitativen Befragung von Experten in Unternehmen: Ein Leitfaden. In: Die Unternehmung, 2008/1, S. 89 – 111.

BARTHOLOMEYCZIK S/SIEGER M: Einführung: Wandel des Gesundheitswesens und Aufgabenfelder der Pflege. Pflege & Gesellschaft 13, 2008, 3: 195-196.

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine/HALEK, Margareta (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Möglichkeiten und Grenzen ; überarbeitete, erweiterte und ergänzte Beiträge einer Fachtagung zu diesem Thema am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke in Zusammenarbeit mit der "Nationalen Assessmentgruppe Deutschland", Hannover (Schlütersche : Pflege), 2007.

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine/HUNSTEIN, Dirk: Standardisierte Assessmentinstrumente – Möglichkeiten und Grenzen. Positionspapier. PRIN-TERNET 05/06, S. 315–317.

BARTHOLOMEYCZIK, Sabine/MORGENSTERN, Maria: Qualitätsdimensionen in der Pflegedokumentation – eine standardisierte Analyse von Dokumenten in Altenpflegeheimen, Pflege, 2004, 17, pp. 187-195.

BUNDESÄRZTEKAMMER: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK), Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern), Band 32, 1. Auflage 2016, S. 8-16.

FIEBIG, Madlen: Eine Untersuchung zum Zusammenhang von PatientInnenzuständen und Pflegeaufwand. Fachbereich Pflegewissenschaft. Darmstadt, Fachhochschule Darmstadt. Diplomarbeit, 2007.

GRANEHEIM, Ulla H., LUNDMANN, Berit: Qualitative content analysis in nursing research. Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. In: Nurse education today 24 (2), S. 105–112, 2004.

HALEK, Margaretha/ MAYER Hass: Die prädiktive Validität der originalen und der erweiterten Norton-Skala in der Altenpflege. In: Pflege 2002, 15, 309-317.

HUNSTEIN, Dirk/ FIEBIG, Madlen/ SIPPEL, Birgit./ DINTELMANN, Yvonne.: Clinical Testing of ePA-AC®, a screening instrument to assess relevant clinical indicators of care dependency in acute care clinics. Paper presented at the Acendio 2007- Seventh biennial

European Conference of the Association for Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes, 2007.

ILOMÄKI, Liisa u. a.: Digital competence – an emergent boundary concept for policy and educational research, in: Educ Inf Technol 21, 2016, 3, 655–679.

MERTENS Elke/ TANNEN, Antje/ LOHRMANN Christa/ DASSEN, Theo: Pflegeabhängigkeit im Krankenhaus Eine beschreibende Studie. 2002. In: Pflege. 15-195, 195-201.

PATRICK, Jahn: Interview „Wir brauchen eine schnelle Lösung“ Die Schwester Der Pfleger 54. Jahrg. 2015, S. 8 – 15.

PAULA, Helmut: Patientensicherheit und Risikomanagement im Pflege- und Krankenhausalltag, Heidelberg, 2007.

RIEGEL, Barbara/ Jaarsma, Tiny/STRÖMBERG Anna : A middle-range theory of self-care of chronic illness, in: Advances in Nursing Science 35, 2012, 3, 194–204.

SPIRIG, Rebecca/ FIERZ Katharina/ HASEMANN, Wolfgang/ VINCENZI, Cristine: Editorial Assessments als Grundlage für eine evidenzbasierte Praxis. Pflege 2007, 20, S. 182-184.

Internet:

CYANOCENTER UB Sytebewertung. Risikoabschätzung. URL: <https://toxische-cyanobakterien.de/systembewertung/risikoabschaetzung/>, 20.11.2018.

GQMG-ARBEITSGRUPPE: Risikomanagement: Audits im Rahmen des klinischen Risikomanagements - Risikoaudits - GQMG POSITIONSPAPIER Köln, 2017. [https://www.gqmg.de/Dokumente/positionsblaetter/GQMG\\_Positionspapier\\_Risikoaudits\\_webversion.pdf](https://www.gqmg.de/Dokumente/positionsblaetter/GQMG_Positionspapier_Risikoaudits_webversion.pdf) , 01.09.2018.

KOLLAK I., Was gehört in die Pflegedokumentation?, [https://www.springer.com/cda/content/document/cda\\_downloadaddocument/9783662535646-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1607898-p181024970](https://www.springer.com/cda/content/document/cda_downloadaddocument/9783662535646-c1.pdf?SGWID=0-0-45-1607898-p181024970), 01.09.2018.

Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien, Offizielle Webseite, <https://www.bhswien.at/>, 27.08.2018 und 01.09.2018.

o.A. URL: [http://www.exit18.com/risk\\_management\\_definition.htm](http://www.exit18.com/risk_management_definition.htm), 20.11.2018.

o.V. <http://www.epa-online.info/> , 20.08.2018.

SCHEIBLER Petr Qualitative versus quantitative Forschung. <https://studienlektor.de/tipps/qualitative-forschung/qualitative-quantitative-forschung.html>, 01.09.2018.

SCHRÖDER, Axel: Risikomanagementprozess: Risikoüberwachung. URL: <https://axel-schroeder.de/risikomanagementprozess-risikoüberwachung/>,20.11.2018.

SOPs in der Intensivmedizin, [https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw\\_anaesthesiologie/Intensiv\\_up2date\\_SOPs\\_in\\_der\\_Intensivmedizin.pdf](https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_anaesthesiologie/Intensiv_up2date_SOPs_in_der_Intensivmedizin.pdf) , 03.09.2018.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Risikomanagementprozess .....	16
Abbildung 2: Risikomatrix .....	17
Abbildung 3: Handlungsfelder/Implementierung von neuer Software .....	21
Abbildung 4:Expertenstandards des DNQP .....	30
Abbildung 5: ePA-AC® Kategorien .....	32
Abbildung 6: Kategorien und automatische Ableitungen aus ePA (Schulungsunterlagen ePA-AC®, 2018) .....	34
Abbildung 7: Projektzeitstrahl VinDoc (eigene Abbildung).....	41
Abbildung 8: Ablaufmodell nach Mayring .....	56
Abbildung 9: Ein Beispiel für den methodischen Vorgang nach Mayring .....	58
Abbildung 10: Kategorienübersicht .....	59



## Anhang



### Einverständniserklärung

Ich wurde von der verantwortlichen Person dieses Forschungsprojektes mündlich vollständig über Sinn und Zweck des Forschungsprojektes aufgeklärt. Es gab die Möglichkeit Fragen zu stellen, habe die Antworten verstanden. Über den möglichen Nutzen dieses Forschungsprojektes wurde ich informiert.

Ausreichend Zeit wurde mir gegeben, mich zur Teilnahme an diesem Forschungsprojekt zu entscheiden und weiß, dass die Teilnahme daran freiwillig ist. Mir ist bekannt, dass ich jederzeit und ohne Angabe von Gründen diese Zustimmung widerrufen kann, ohne dass sich dieser Entschluss nachteilig auf mich auswirken wird.

Es wurde klargestellt, dass meine Daten anonym gespeichert und ausschließlich für wissenschaftliche Zwecke verwendet werden. An meiner Beteiligung an der Untersuchung entstehen mir weder Kosten noch werde ich finanziell geschädigt.

Hiermit erkläre ich meine freiwillige Teilnahme an diesem Forschungsprojekt.

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift der TeilnehmerInnen

\_\_\_\_\_  
Datum      Unterschrift der Untersucherin