

BACHELORARBEIT

Digitalisierung der Pflegedokumentation in Krankenhäusern

▪

Vorgelegt am 27.05.2020

von Jeannie Buchholz



1. Prüferin: Prof. Dr. Adina Dreier-Wolfgramm

2. Prüferin: Kathrin Dehning

▪

**HOCHSCHULE FÜR ANGEWANDTE
WISSENSCHAFT HAMBURG**

Department Pflege und Management

Alexanderstraße 1

20099 Hamburg

Zusammenfassung

Hintergrund: Im Bereich der Pflegedokumentation in Krankenhäusern könnte die Digitalisierung viel Potenzial beinhalten. Durch die veränderten Arbeitsprozesse bedingt durch die Digitalisierung könnte es zu Nutzen sowie zu Herausforderungen kommen. Bislang besteht wenig Evidenz zum Nutzen und Herausforderungen bei der Digitalisierung in der Pflege in Krankenhäusern. Dies betrifft insbesondere die Pflegedokumentation.

Ziel: Die Arbeit beschäftigt sich mit der folgenden Fragestellung: „Welchen Nutzen und welche Herausforderungen bringt die bisherige Digitalisierung der Pflegedokumentation für Pflegekräfte in Krankenhäusern mit sich?“. Dabei ist das Ziel einen Überblick über den größtmöglichen Nutzen und auftretende Anwendungsschwierigkeiten bzw. Herausforderungen zu schaffen und zu beschreiben.

Methode: Es wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed durchgeführt. Ergänzend wurde außerdem eine Handsuche bei verschiedenen Verlagskatalogen (z.B. hpsmedia, Springer), Google Scholar und Beluga durchgeführt.

Ergebnisse: Viele Aspekte der elektronischen Pflegedokumentation zeigten ein heterogenes Bild. Es ergaben sich sowohl Nutzen, wie auch Herausforderungen. Unter anderem wurde in den meisten Studien die bessere Lesbarkeit, Transparenz und Vollständigkeit der Pflegedokumentation als Nutzen gesehen. Wodurch sich überwiegend der Nutzen einer Qualitätserhöhung der Pflegedokumentation ergab. Der veränderte Zeitbedarf wurde sehr unterschiedlich wahrgenommen, nur wenige gaben eine Zeitersparnis an. Bei der Verfügbarkeit und Funktionalität der Technik entstanden verschiedene Herausforderungen.

Schlussfolgerung: Bei den meisten Aspekten der elektronischen Pflegedokumentation ergaben sich unter bestimmten Bedingungen Nutzen und/oder Herausforderungen. Es konnten nur wenige eindeutige Nutzen und Herausforderungen analysiert werden. Alleinig eine Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation scheint zu keinem Nutzen zu führen. Die unterschiedlichen Bedingungen und Gegebenheiten rund um die elektronische Pflegedokumentation haben einen Einfluss z.B. wie die Verfügbarkeit von Computern ist. Daher gibt es noch viel Forschungsbedarf im Bereich der elektronischen Pflegedokumentation.

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	I
Tabellenverzeichnis.....	I
Abkürzungsverzeichnis	I
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	4
2.1 <i>Definition Digitalisierung in der Pflege und der Pflegeprozess.....</i>	<i>4</i>
2.2 <i>Pflegedokumentation.....</i>	<i>6</i>
2.3 <i>Rahmenbedingungen der elektronischen Pflegedokumentation.....</i>	<i>8</i>
2.4 <i>Stand der Digitalisierung der Pflegedokumentation</i>	<i>9</i>
3 Fragestellung und Zielsetzung.....	10
4 Methodik.....	10
5 Ergebnisse	15
5.1 <i>Informationsverarbeitung.....</i>	<i>22</i>
5.2 <i>Darstellung von Inhalten.....</i>	<i>23</i>
5.3 <i>Zeitbedarf für die Pflegedokumentation</i>	<i>24</i>
5.4 <i>Vernetzung und Technik</i>	<i>24</i>
5.5 <i>Qualität der Pflegedokumentation</i>	<i>26</i>
5.6 <i>Patientennutzen</i>	<i>28</i>
5.7 <i>Kritische Studienbewertung der Ergebnisse</i>	<i>29</i>
6 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung	29
7 Zusammenfassung und Ausblick	33
I. Literaturverzeichnis	34
I. Eidesstattliche Erklärung	38

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Modifiziertes 6 Phasen Modell nach Fiechter & Meier (eigene Darstellung) (S.5)

Abbildung 2: Flow Chart Pubmed (Relevanzprüfung) (S.13)

Abbildung 3: Flow Chart Graue Literatur (Relevanzprüfung) (S.15)

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchbegriffe (S.11)

Tabelle 2: Übersicht der Studien (S. 18-21)

Abkürzungsverzeichnis

BGW	Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
DKG	Deutsche Krankenhausgesellschaft
DRG	Diagnosis Related Groups
E-Health-Gesetz	Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen
EinSTEP	Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation
HIMSS	Healthcare Information and Management Systems Society
MDK	Medizinischer Dienst der Krankenversicherung
n	Stichprobengröße
PfIBG	Pflegeberufegesetz
SGB	Sozialgesetzbuch
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

1 Einleitung

Heutzutage wirkt sich die Digitalisierung auf alle Gesellschafts- und Lebensbereiche aus. Die Digitalisierung wirft neue Möglichkeiten auf, aber gleichzeitig auch neue Anforderungen und Herausforderungen. Durch die Digitalisierung kommt es zu Veränderungen von Prozessen und somit auch zu einer veränderten Arbeitsgestaltung.¹

Im Vergleich zu anderen Branchen, sowie im internationalen Vergleich, gilt insgesamt das Gesundheits- und Sozialwesen bisher als schwach digitalisiert.² Dabei muss beachtet werden, dass in der Pflege geringeres Digitalisierungspotenzial durch soziale Interaktion und zwischenmenschliche Fürsorge zwischen Pflegekraft und Patienten*innen besteht.³ Trotzdem ist in der Pflege die Digitalisierung wahrnehmbar, durch beispielsweise den Einsatz von Robotik, vernetzte Hilfs- und Monitorsysteme sowie Informations- und Kommunikationstechnologien.⁴

Durch digitalisierte Handlungsbereiche in der Pflege kann es zu einer veränderten Arbeitsgestaltung kommen, Prozesse werden immer stärker standardisiert und automatisiert.⁵ Im Rahmen dessen kann die Digitalisierung großen Nutzen bringen. Darunter fällt unter anderem der Nutzen einer Zeitersparnis und eine Verbesserung der Versorgungsqualität. Mögliche Herausforderungen stellen wachsender Leistungsdruck, neue Aufgaben und fehlende Akzeptanz der Pflegekräfte dar.⁶

Darüber hinaus könnte optimalerweise durch den Nutzen der Digitalisierung auch ein Beitrag zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege geleistet werden, wodurch dem aktuellen Fachkräftemangel in Deutschland entgegengewirkt werden könnte.⁷

¹ Vgl. Bräutigam et al. (2017), S. 7.

² Vgl. Bräutigam et al. (2017), S. 7.

³ Vgl. Daum, M. (2017), S. 2.

⁴ Vgl. Daum, M. (2017), S. 2.

⁵ Vgl. Healthcare Practice (2018), S.4.

⁶ Vgl. Bräutigam et al. (2017), S. 15.

⁷ Vgl. Daum, M. (2017), S. 2.

Ein besonderes Potenzial für die Digitalisierung könnte in der pflegerischen Dokumentation liegen. Die pflegerische Intervention des Dokumentierens nimmt einen hohen Zeitfaktor in Anspruch. Laut einer Erhebung der gemeinnützigen Klinikmanagementgesellschaft Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS) Europe nimmt die Dokumentation 36% des täglichen Aufwands in Anspruch.⁸ Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Digitalisierung der pflegerischen Dokumentation viel Potenzial beinhaltet.

Im Bereich der Pflegedokumentation in Krankenhäusern könnte die Digitalisierung einen großen Nutzen bringen. Auf Grundlage von Standardisierungen könnte eine elektronische Pflegedokumentation zu Qualitätssteigerungen des Pflegeprozesses und der pflegerischen Versorgung beitragen.⁹ Dies könnte durch eine erhöhte Transparenz der Daten erfolgen, wodurch mühsame Informationssuchen und Nachfragen sich minimieren könnten. Durch die zuvor handschriftliche Dokumentation konnten durch schwer leserliche Angaben Informationen verloren gehen oder sogar Fehler entstehen. Mit Hilfe von integrierten elektronischen Checklisten, Erinnerungshilfen und Alarmfunktionen könnte die Arbeitsorganisation unterstützt werden und der Pflegeprozess verbessert umgesetzt werden.¹⁰ Außerdem könnte unter anderem die Organisation, Vernetzung und Kommunikation zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen durch die geschaffene Transparenz verbessert werden.¹¹ Eine elektronische Dokumentation könnte den Zeitaufwand der Pflegedokumentation reduzieren und doppelte Dokumentationen vermeiden.¹² Durch die Zeitersparnis könnte mehr Zeit in die direkten Pflegemaßnahmen am Patienten investiert werden und somit könnte auch die Versorgung und Zufriedenheit der Patienten*innen verbessert werden.¹³

Durch die verschiedenen Faktoren z.B. die Transparenz der Daten, verbesserte Vernetzung, mögliche Zeitersparnis und Qualitätssteigerungen der Pflegedokumentation ist davon auszugehen, dass sich künftig die

⁸ Vgl. Oswald, J./ Goedereis, K. (2019), S. 59-61.

⁹ Vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018), S.24.

¹⁰ Vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018), S.24.

¹¹ Vgl. Bräutigam et al. (2017), S.14-15.

¹² Vgl. Evans, M. et. al. (2018), S. 3.

¹³ Vgl. Bräutigam et al. (2017), S.14-15.

wahrgenommenen Arbeitsbedingungen auf Seiten der Pflegekräfte verbessern könnten.¹⁴

Da beispielsweise eine Qualitätssteigerung der Pflegedokumentation die Arbeitsorganisation und Durchführung pflegerischer Intervention erleichtern könnte.

Neben den genannten Nutzen ist auch davon auszugehen, dass es bei der Digitalisierung der Pflegedokumentation durch den Wandel Herausforderungen geben wird. Insbesondere in der Einführungsphase konnten Herausforderungen identifiziert werden, die im Zusammenhang mit der Einführung der Technik und Schulungen stehen. Dieser Mehraufwand in der Einführungsphase muss eingeplant werden.¹⁵ Die Pflegekräfte benötigen eine Einführung und Schulungen, um mit einem System elektronisch dokumentieren zu können. Zudem beeinflusst die Benutzerfreundlichkeit der elektronischen Systeme zur Pflegedokumentation, die Akzeptanz der Pflegekräfte. Zudem wird von Seiten der Pflegekräfte die Benutzerfreundlichkeit unterschiedlich wahrgenommen und gleichzeitig ist der Umfang der elektronischen Kompetenzen der Pflegekräfte heterogen.¹⁶

Bislang besteht wenig Evidenz zum Nutzen und Herausforderungen bei der Digitalisierung in der Pflege in Krankenhäusern. Dies betrifft insbesondere die Pflegedokumentation. Daher wird in dieser vorliegenden Arbeit dieser Aspekt thematisiert.

Dazu werden einleitend theoretische Grundlagen zu den Themen: Digitalisierung in der Pflege und der Pflegeprozess, Pflegedokumentation, Rahmenbedingungen der elektronischen Pflegedokumentation und Stand der Digitalisierung dargelegt. Im Anschluss wird die Fragestellung vorgestellt, die Methodik dieser Arbeit erläutert und die Ergebnisse der Studien zusammengefasst. Im Anschluss werden die Ergebnisse und weiterer Forschungsbedarf diskutiert. Sodass abschließend eine Zusammenfassung und eine Ausblick stattfinden kann.

¹⁴ Vgl. Evans, M. et. al. (2018), S. 3.

¹⁵ Vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018), S.25.

¹⁶ Vgl. Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018), S. 25-26.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Definition Digitalisierung in der Pflege und der Pflegeprozess

Bei der Digitalisierung geht es um den Wandel von analogen zu digitalen Zuständen. Durch die zunehmende Nutzung von digitalen Technologien wird ein Wandel in den Arbeitsabläufen angestrebt.¹⁷ In der Pflege gibt es viele verschiedene Bereiche und Maßnahmen, die unterschiedlich hohes Digitalisierungspotenzial aufweisen. Durch die Vielfältigkeit der einzelnen Bereiche variieren dementsprechend auch die Auswirkungen der Digitalisierung.

Nach der „Offensive Gesund Pflegen“ und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in ihrem Gemeinschaftsprojekt „Pflege 4.0“ *„...geht es bei der Digitalisierung um mehr als nur die Einführung und den klugen Einsatz von Computern und Software. Die digitale Transformation setzt maßgeblich auf die Vernetzung von Dingen und Handlungen, indem Daten zusammengeführt und anschließend weitergenutzt werden.“*¹⁸

Besonders bei der elektronischen Pflegedokumentation ist dieses anwendbar und wünschenswert. Da bei der Umsetzung einer elektronischen Pflegedokumentation die Vernetzung zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen ermöglicht werden kann.

Daher wird in dieser Arbeit unter der Digitalisierung nicht nur der Wandel von analogen zu digitalen Zuständen verstanden, sondern auch die Schaffung einer digitalen Vernetzung der digitalen Funktionalitäten für einen Informationsaustausch. Bezogen auf die Pflegedokumentation ist eine Umsetzung einer elektronischen und vernetzten Pflegedokumentation gemeint, auf die alle zuständigen Pflegekräfte und zusammenarbeitenden Berufsgruppen Zugriff haben.

Um das Vorgehen bei pflegerischen Maßnahmen zu planen und zu steuern, wird in der Pflege nach dem Modell des Pflegeprozesses gearbeitet. In Deutschland ist das sechs schrittige Pflegeprozessmodell nach Fiechter und Meier am weitesten verbreitet.¹⁹

¹⁷ Vgl. Korff, M. (2018), S. 181.

¹⁸ Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018), S.9.

¹⁹ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005), S. 10.

Die Dokumentation des Pflegeprozesses bildet einen großen Teil der Pflegedokumentation ab, wobei der gesamte Pflegeprozess dokumentiert wird.²⁰ Mit dem Handeln der einzelnen Schritte des Pflegeprozessmodells können Pflegekräfte einen individuellen Pflegeplan für Patienten erstellen.

Der Pflegeprozess besteht aus sechs Phasen. Wie in nachfolgender Abbildung 1 dargestellt, setzt der Pflegeprozess sich aus der Informationssammlung, dem Erkennen der Probleme und Ressourcen, Festlegung der Pflegeziele, Planung der Pflegemaßnahmen, Durchführung der Pflege und zu guter Letzt mit der Evaluation der Pflege zusammen.

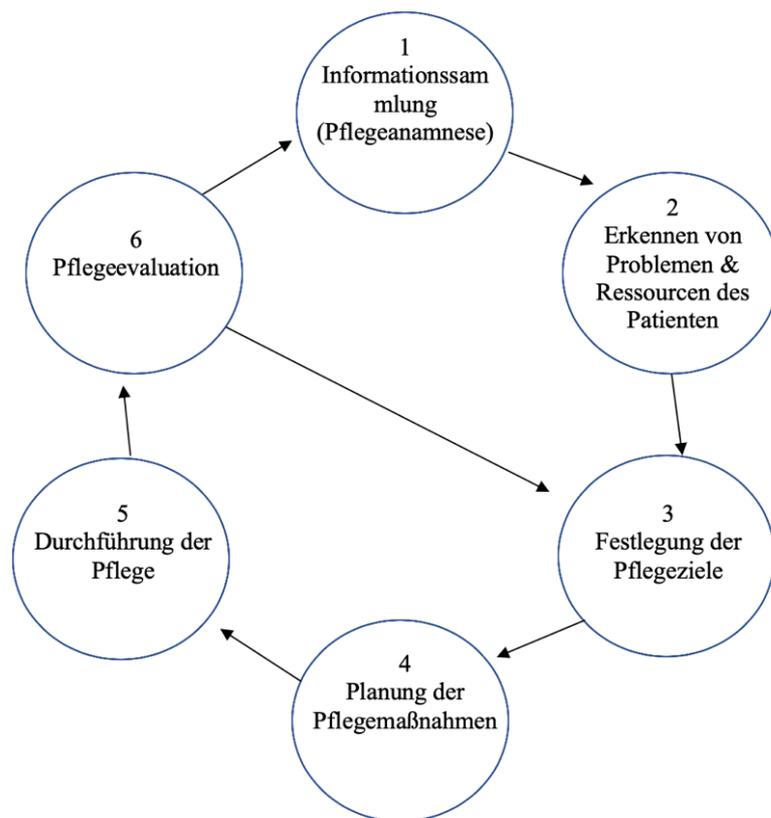


Abbildung 1: Modifiziertes 6 Phasen Modell nach Fiechter & Meier (eigene Darstellung)²¹

Damit ist der Prozess nicht abgeschlossen, denn es ist ein wechselseitiger Kreislauf. Stetig ist bei der Evaluation drauf zu achten, ob die Pflegeziele und dementsprechend die Maßnahmen angepasst werden müssten.

Jeder der einzelnen Schritte des Pflegeprozesses wird in der Pflegedokumentation dokumentiert.²² Dabei gilt zu beachten, das Prozessmodell legt keine Inhalte fest,

²⁰ Vgl. Ammenwerth, E. et. al. (2000), S.1.

²¹ Vgl. Ammenwerth, E. et. al. (2000), S.2.

²² Vgl. Ammenwerth, E. et. al. (2000), S.2.

sondern gibt nur einen Ablauf für die verschiedenen Handlungsschritte vor. Dabei zeigt das Prozessmodell auch nicht auf, wie die Schritte dokumentiert werden sollten.

In dieser Arbeit wird unter dem Begriff Pflegedokumentation die Dokumentation des Pflegeprozesses verstanden. Somit bildet der Pflegeprozess mit seinen sechs Schritten die Grundlage für den theoretischen Hintergrund der Pflegedokumentation.

2.2 Pflegedokumentation

Bei der Dokumentation geht es um das Sammeln, Ordnen und Auswerten von Daten, die in einer Form abgespeichert werden. Die Pflegedokumentation dient darüber hinaus zur Kommunikationsunterstützung, Absicherung und als Qualitätsnachweis.²³ Die Pflegedokumentation steht neben der ärztlichen Dokumentation. Die beiden Dokumentationen haben unterschiedliche Zuständigkeitsbereiche, aber beeinflussen sich dennoch. Die jeweiligen Dokumentationen und dessen Datenaustausch ist unerlässlich.²⁴

Verpflichtend wurde die Pflegedokumentation im Krankenhaus in Deutschland erst seit 1985 mit dem neuen Krankenpflegegesetz. Mit dem §5 des aktualisierten Krankenpflegegesetzes von 2020 wird das Ausbildungsziel beschrieben, bei dem auch die selbstständige Dokumentation von pflegerischen Maßnahmen aufgegriffen wird. Mit dem ersten Absatz werden die Aufgaben aufgelistet, die selbstständig durchzuführen sind, unter anderem die „...Durchführung der Pflege und Dokumentation der angewendeten Maßnahmen...“²⁵ In weiteren Paragraphen wird die Pflicht des Dokumentierens von pflegerischen Maßnahmen ebenfalls aufgegriffen, somit sind Pflegekräfte verpflichtet zu dokumentieren.

Jedoch gibt es gleichzeitig kein Gesetz oder eine Verordnung, wodurch die Pflegedokumentation konkret inhaltlich geregelt wird. Durch die Deutsche

²³ Vgl. Sträßner, H. (2010), S. 5.

²⁴ Vgl. Sträßner, H. (2010), S. 2-3.

²⁵ Gemäß §5 Abs. 3 PflBG <https://www.buzer.de/...>, abgerufen am 10.04.2020.

Krankenhausgesellschaft (DKG) wurden seit den 1980er Jahren Richtlinien bezüglich der Inhalte der Pflegedokumentation erstellt.²⁶

Die Pflegedokumentation orientiert sich am Pflegeprozess und soll die Qualität und Kontinuität der Pflege abbilden. Mit dem Krankenpflegegesetz von 1985 wurde die Pflegedokumentation nach dem Modell des Pflegeprozesses verbindlich.²⁷

Die Pflegedokumentation dient neben der Qualitätssicherung, dem Krankenhausmanagement und der Erfüllung der rechtlichen Rahmenbedingungen auch der Unterstützung der Patientenversorgung und Professionalisierung der Pflege. Darüber hinaus ermöglicht die Pflegedokumentation auch eine Unterstützung für die Pflegeforschung und Ausbildung.²⁸

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) überprüft die Dokumentation und nicht die durchgeführte Pflege selbst. Nur Dokumentiertes wurde juristisch durchgeführt und kann abgerechnet werden.²⁹ Der Pflegeprozess muss exakt dokumentiert werden, damit Leistungstransparenz und Qualitätssicherung bestehen kann. Es müssen die Grundsätze der Dokumentenklarheit und Dokumentenwahrheit eingehalten werden. Für die Dokumentationsklarheit, wo und wie Informationen dokumentiert werden müssen, muss der Krankenhausträger für Richtlinien zur Anwendung sorgen. Darüber hinaus muss vollständig, kontinuierlich und möglichst zeitnah, spätestens bis zum Ende der Arbeitsschicht dokumentiert werden. Dabei ist zu beachten, dass die akute Versorgung der Patienten*innen vor der Dokumentation steht, die Dokumentation ist nachrangig und durch diese darf keine Unterversorgung der Patienten*innen entstehen.³⁰ Bei nachträglichen Ergänzungen oder Berichtigungen ist darauf zu achten, dass diese zeitnah geschehen und das bereits Dokumentiertes nur durchgestrichen und nicht gelöscht werden darf. Insgesamt sollte bei der manuellen Dokumentation auf Leserlichkeit geachtet werden und Dokumentiertes muss mit dem Namenskürzel des Durchgeführten gekennzeichnet werden.³¹

²⁶ Vgl. König, J. (2015), S.10.

²⁷ Vgl. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005), S. 10.

²⁸ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2003), S. 7-9.

²⁹ Vgl. Kollak, I. (2017), S. 3.

³⁰ Vgl. Sträßner, H. (2010), S. 4-7.

³¹ Vgl. Sträßner, H. (2010), S. 7.

Die Träger der Krankenhäuser sind dafür zuständig, passende Computerprogramme für die Anforderungen zu beschaffen und die Mitarbeiter*innen zu schulen. Dabei müssen Datenschutzbestimmungen beachtet werden.³²

Pflegedokumentationen sollten Expertenstandards als Grundlage haben und Fachsprache beinhalten.³³

2.3 Rahmenbedingungen der elektronischen Pflegedokumentation

Mit dem „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz)“ von 2016 soll unter anderem die Telematikinfrastruktur und die elektronische Gesundheitskarte aufgebaut werden.³⁴

Die Pflegedokumentation wird dabei nicht explizit aufgegriffen, aber da diese im Zusammenhang mit anderen aufgegriffenen Anwendungen steht, wäre für eine reibungslose Telematikinfrastruktur eine digitale Pflegedokumentation sinnvoll. Um eine ganzheitliche Sicht auf den Gesundheitsstatus eines Patienten zu ermöglichen, sollten auch die verschiedenen Akteure miteinander vernetzt werden.

Für die Vernetzung ergibt sich auch aus einer digitalen Pflegedokumentation ein Zeitersparnis, da zur Weiterverarbeitung die Daten nicht wie zuvor erneut dokumentiert werden mussten. Mit einer digitalisierten Pflegedokumentation könnten die Daten einfach abgerufen werden.³⁵

Mit dem sogenannten bundesweiten Konzept „EinSTEP“ (Einführung des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation) wurde ein Strukturmodell entwickelt, welches den Dokumentationsaufwand reduziert und trotzdem Qualitätsstandards berücksichtigt. Jedoch kann das Strukturmodell in seiner Form bisher nur auf ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege, Tages- und Kurzzeitpflege angewandt werden.³⁶ Ein solches Strukturmodell wäre auch für Krankenhäuser wünschenswert.

³² Vgl. Dorfmeister, G. et al. (2018), S. 282.

³³ Vgl. Kollak, I. (2017), S.10.

³⁴ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2020), [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/...](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/) abgerufen am 05.05.2020.

³⁵ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2003), S. 2.

³⁶ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2018), [https://www.bundesgesundheitsministerium.de/...](https://www.bundesgesundheitsministerium.de/), abgerufen am 20.04.2020.

Die Einführung der Abrechnungen in Krankenhäusern nach den Diagnosis Related Groups (DRG) 2004 führte zu erhöhtem Aufwand beim Prozessmanagement und der Qualitätssicherung. Für eine erleichterte Abrechnung und Vermeidung von Doppeldokumentationen wurden digitale Systeme angestrebt.³⁷

2.4 Stand der Digitalisierung der Pflegedokumentation

Im Rahmen des „IT-Report Gesundheitswesen“ mit dem Schwerpunkt „Pflege im Informationszeitalter“ wurden im Jahre 2013/2014 Pflegedienstleitungen deutscher und österreichischer Krankenhäuser mit Hilfe eines standardisierten online Fragebogens befragt. Von den angeschriebenen 1754 Krankenhäusern, entsprechend 87,8% der deutschen Krankenhäuser, nahmen an der Befragung 464 Pflegedienstleitungen deutscher Krankenhäuser teil. Unter dem Fragenkomplex der IT-Ausstattung im Krankenhaus gab es vier spezifische Fragen zum Thema elektronische Pflegedokumentation.³⁸

Von den teilnehmenden deutschen Pflegedienstleitungen der Krankenhäuser gaben 31,3% an, eine elektronische Pflegedokumentation in mindestens einer Einheit umgesetzt zu haben. Davon haben 19,4% bereits eine vollständige elektronische Pflegedokumentation.³⁹

Im Vergleich zu Österreich, wo 67,1% der befragten Krankenhäuser eine elektronische Pflegedokumentation in mindestens einer Einheit angaben, zeigt Österreich eine deutlich höhere Umsetzungsrate als Deutschland. In Deutschland hat nur eins von drei Krankenhäusern eine elektronische Pflegedokumentation in mindestens einer Einheit.⁴⁰

Dies zeigt, dass die elektronische Pflegedokumentation noch nicht in allen Krankenhäusern in Deutschland angekommen ist.

Ein deutsches Krankenhaus war eines der ersten Krankenhäuser, welches 2011 als erstes Krankenhaus in Europa eine durchgängige papierlose elektronische Patientenversorgung gewährleistete und im Klinikalltag etablierte und damit den HIMSS Analytics Stag 7 Award erhalten konnte. Dabei ist die Rede von dem

³⁷ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2003), S. 2.

³⁸ Vgl. Hübner, U. et. al. (2015), S. 146-148.

³⁹ Vgl. Hübner, U. et. al. (2015), S. 28.

⁴⁰ Vgl. Hübner, U. et. al. (2015), S.145.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE).⁴¹ In einem Anwenderbericht des dort verwendeten KIS, werden von den dem damaligen IT-Leiter des UKEs einige Anwendungsvorteile dargelegt. Durch die einheitliche Darstellung und Bedienung des Systems, steigerte es die Flexibilität beim Aushelfen von Pflegekräften und Ärzten/Ärztinnen auf anderen Stationen.

Vorraussetzung für eine elektronische Pflegedokumentation sind zur Verfügung stehende elektronische Endgeräte. In dem genannten „IT-Report Gesundheitswesen“ wird ebenfalls die Verfügbarkeit von verschiedenen elektronischen Endgeräten erhoben. 98,3% gaben an den Anwendern würden PCs zur Verarbeitung von Patientendaten zur Verfügung stehen. Bei 50,9% stehen Notebooks zur Verfügung und bei nur 12,8% Tablet-PCs.⁴²

Daraus lässt sich schließen, dass bei fast allen Befragten zu mindestens PCs zur Verfügung stehen. Jedoch gibt es keine Angabe, wie viele zur Verfügung stehen, in welchem Verhältnis die verfügbaren Endgeräte zu der Personalbesetzung der Pflegekräfte ausreichend sind. Zudem ist zu erkennen, es stehen nur wenige mobile tragbare elektronischen Endgeräte zur Verfügung.

3 Fragestellung und Zielsetzung

Daher beschäftigt sich diese vorliegende Arbeit mit der folgenden Fragestellung:

„Welchen Nutzen und welche Herausforderungen bringt die bisherige Digitalisierung der Pflegedokumentation für Pflegekräfte in Krankenhäusern mit sich?“.

Dabei ist das Ziel dieser Arbeit einen Überblick über den größten möglichen Nutzen und auftretende Anwendungsschwierigkeiten bzw. Herausforderungen zu schaffen und zu beschreiben.

4 Methodik

Dazu wurde eine systematische Literaturrecherche in der Datenbank Pubmed durchgeführt. Ergänzend wurde außerdem eine Handsuche bei verschiedenen

⁴¹ Vgl. Soarian Clinicals (2012), S. 68-69.

⁴² Vgl. Hübner, U. et. al. (2015), S.44.

Verlagskatalogen (z.B. hpsmedia, Springer), Google Scholar und Beluga durchgeführt.

Folgende Suchbegriffe wurden verwendet (siehe Tabelle 1):

Suchbegriff (deutsch)	Synonyme (deutsch)	Suchbegriff (englisch)	Synonyme (englisch)
digital	elektronisch	digital	Computer based/ Digital transformation
Pflegedokumentation		Nursing documentation	Nursing record system
Krankenhaus		hospital	
Pflege		nursing	

Tabelle 1: Suchbegriffe

Dabei wurde die folgende Suchstrategie verwendet: „(nursing record system OR nursing documentation) AND (digital OR digital transformation OR computer based) AND hospital AND nursing“.

Aus der theoretischen Herleitung wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

(a) Krankenhaussetting, (b) deutsch und englisch sprachige Literatur, (c) Publikationszeitraum, (d) frei zugängliche Literatur

Es wurde besonderen Wert darauf gelegt, dass es sich bei der Literatur wirklich um das Setting Krankenhaus handelt. Es gibt viel Literatur, in der die verschiedenen Settings nicht klar abgegrenzt sind oder in denen es ebenfalls um andere Settings wie ambulant oder teilstationär ging. Nur deutsch und englisch sprachliche Literatur wurde miteingeschlossen, aufgrund der sprachlichen Kenntnisse der Autorin. Ergebnisse mit einem Publikationszeitraum ab dem Jahr 2000 wurden berücksichtigt, aufgrund der geringen Studienlage. Zusätzlich wurde nur Literatur, die frei zugänglich war, miteingeschlossen.

Als Ausschlusskriterium wurden definiert:

(a) Dokumentationen von anderen Berufsgruppen, (b) Eingrenzung durch bestimmte Krankheitsbilder, (c) Teildokumentation z.B. Medikationsplan

Literatur, die sich mit der klinischen Dokumentation von anderen Berufsgruppen wie z.B. Ärzten*innen oder Physiotherapeutin*innen befasst, wurde ausgeschlossen. Zudem wurde Literatur ausgeschlossen, die sich auf ein bestimmtes Krankheitsbild bezog.

Im Anschluss wurden die Daten gesichtet und auf ihre Relevanz geprüft. Die eingeschlossenen Studien wurden schließlich bewertet, analysiert und ausgewertet.

Dabei ergaben sich 418 Ergebnisse (siehe Abbildung 1 Flowchart). Nach einem Duplikat, Titel und Abstract Screening erfolgte der Ausschluss von 382 Ergebnissen. Beim Screening der Volltexte ergab sich ein weiterer Ausschluss von 32 Ergebnissen. Somit wurde ein Ergebnis bei der Bearbeitung der Fragestellung verwendet.

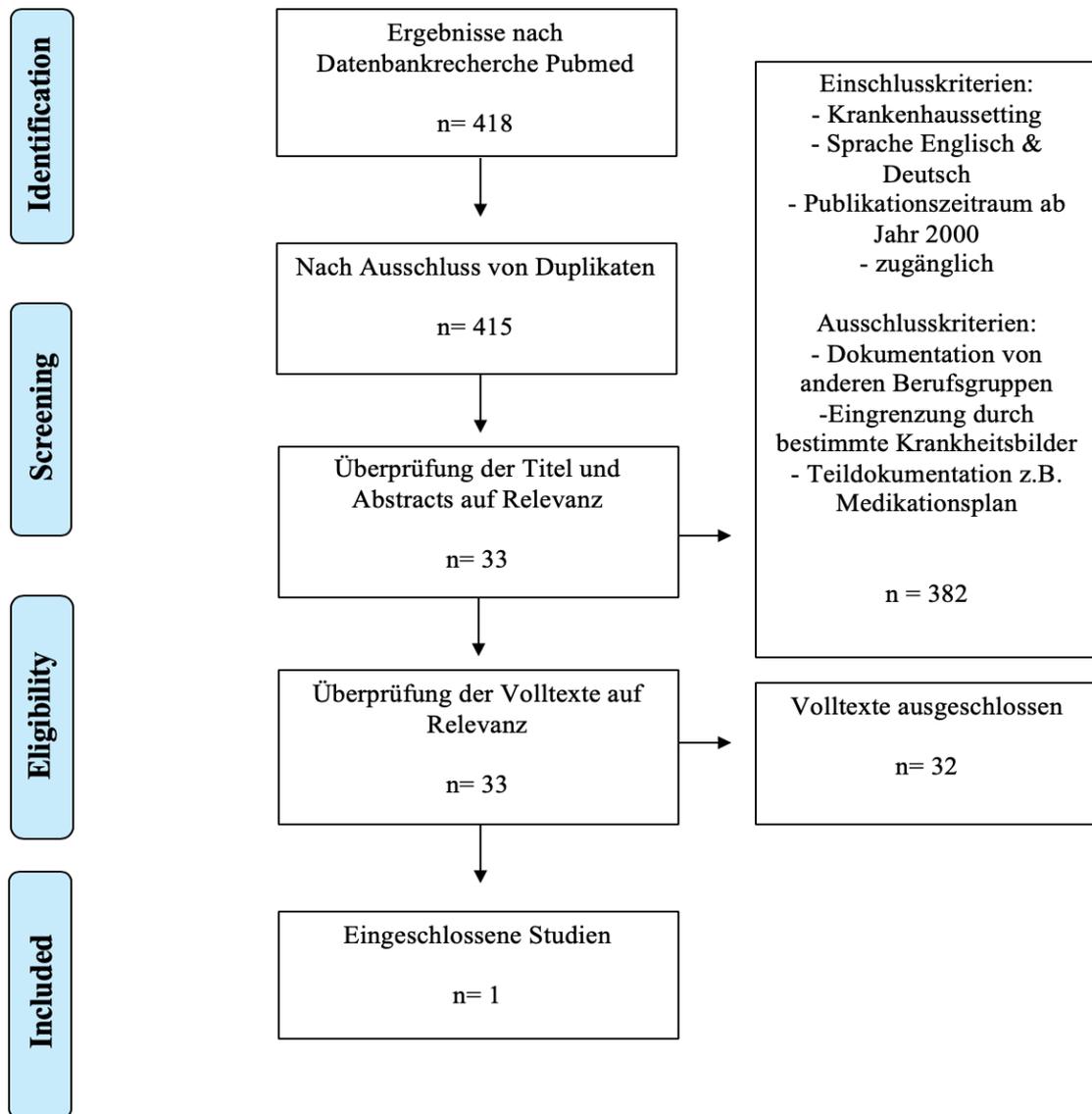


Abbildung 2: Flow Chart Pubmed (Relevanzprüfung)

Um weitere passende Literatur zur Fragestellung zu finden, wurde ergänzend zu Pubmed durch eine Handsuche in Verlagsdatenbanken, wie hpsmedia und Springer sowie bei Google Scholar und Beluga recherchiert. Die Suchbegriffe wurden in der deutschen Sprache verwendet und unterschiedlich kombiniert (siehe Tabelle 1).

Dazu wurden folgende Einschlusskriterien definiert:

- (a) Krankenhaussetting, (b) deutsch und englisch sprachige Literatur, (c) Publikationszeitraum

Auch in der grauen Literatur wurde ausschließlich das Setting Krankenhaus berücksichtigt. Nur deutsch und englisch sprachliche Literatur wurde

miteingeschlossen. Ergebnisse mit einem Publikationszeitraum ab dem Jahr 2000 wurden berücksichtigt.

Als Ausschlusskriterium wurden definiert:

(a) Dokumentationen von anderen Berufsgruppen, (b) Eingrenzung durch bestimmte Krankheitsbilder, (c) Teildokumentation z.B. Medikationsplan

Ergebnisse, die sich mit der Dokumentation von anderen Berufsgruppen als der Pflege beschäftigen wurden ausgeschlossen. Zudem wurde Literatur nicht berücksichtigt, die sich auf ein bestimmtes Krankheitsbild bezog.

Dabei ergaben sich 533 Ergebnisse (siehe Abbildung 2 Flowchart). 18 Ergebnisse aufgrund von Duplikaten wurden ausgeschlossen. Nach einem Titel und Abstract Screening erfolgte der Ausschluss von 503 Ergebnissen. Beim Screening der Volltexte ergab sich ein weiterer Ausschluss von 10 Ergebnissen. Es wurden letztlich zwei Studien miteingeschlossen. Zudem wurden zwei Studienberichte miteingeschlossen, die im Rahmen der in Pubmed gefunden Studie erstellt wurden. In den beiden Studienberichten werden die Ergebnisse der Studie von Pubmed teils genauer dargestellt, daher werden diese berücksichtigt.

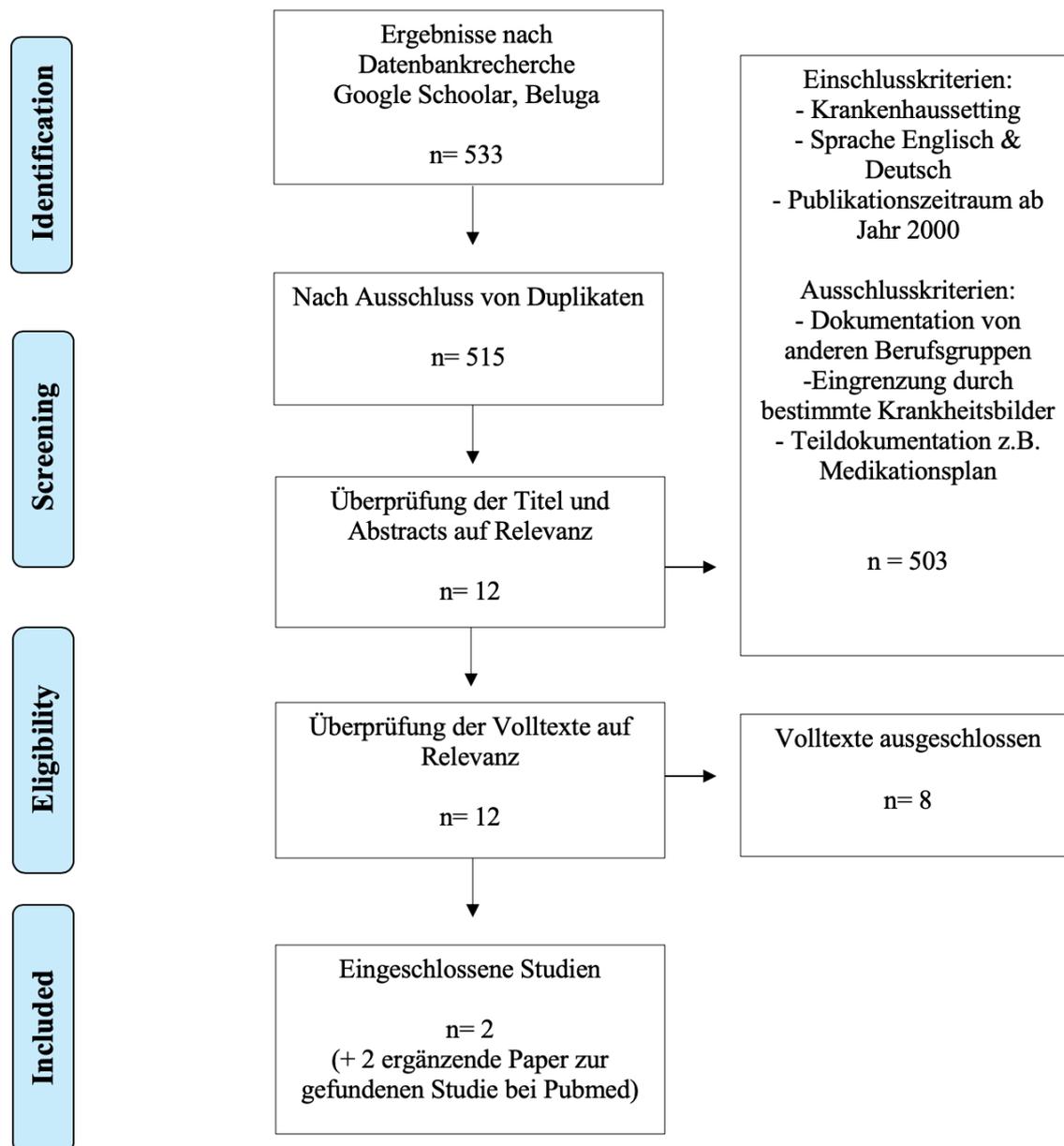


Abbildung 3: Flow Chart Graue Literatur (Relevanzprüfung)

Letztendlich wurden drei Studien aus der Literaturanalyse verwendet bzw. fünf Paper.

5 Ergebnisse

In diesem Abschnitt werden die drei ausgewählten Studien zusammengefasst und analysiert. Die drei Studien werden zunächst kurz beschrieben und im Anschluss tabellarisch dargestellt, bevor es zu der Analyse und Zusammenfassung der Ergebnisse kommt.

Es wurden zwei Literaturreviews und eine Interventionsstudie zur Analyse ausgewählt. Die beiden Literaturreviews befassen sich insgesamt mit 27 Studien und erschienen innerhalb der letzten fünf Jahre. Die drei Studien befassen sich mit der Sicht der Pflegekräfte zu einer elektronischen Pflegedokumentation und dessen Auswirkungen auf die Pflegekräfte. Aufgrund verschiedener Voraussetzungen und Bedingungen wie Technikvoraussetzungen, Benutzerfreundlichkeit und Akzeptanz der Pflegekräfte in den verschiedenen Studien, ergaben sich in vielen Aspekten keine eindeutigen Nutzen oder Herausforderungen. So konnten manche Aspekte nicht eindeutig einem Nutzen oder einer Herausforderung zugeordnet werden.

In allen drei Studien wurde die bessere Lesbarkeit als Nutzen betrachtet. In zwei Studien wurde die formale Vollständigkeit der elektronischen Pflegedokumentation als großer Nutzen identifiziert. Die Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation wurde überwiegend stark bewertet.

Beim Zeitbedarf ergab sich in wenigen Studien ein Zeitersparnis. Die Ergebnisse waren sehr heterogen und die meisten Studien gaben eher keine Zeitersparnis an. Inwiefern Doppeldokumentationen und somit Mehraufwand durch die elektronische Pflegedokumentation vermieden werden kann, ergab ebenfalls heterogene Ergebnisse.

Im Bereich der Technik wurde die Funktionalität teils als Herausforderung wahrgenommen. Auch die unzureichende Verfügbarkeit von technischen Geräten zur Dokumentation war hinderlich. Die Befürchtung der fehlenden Individualisierung der Pflegedokumentation wurde in verschiedenen Studien angegeben.

In den jeweiligen Studien wurden verschiedene Themenbereiche aufgestellt, um nützliche und/ oder herausfordernde Aspekte einer elektronischen Pflegedokumentation aus der Sicht von Pflegekräften darzustellen. Da die Themenbereiche jeweils nicht nur ausschließlich Nutzen oder Herausforderungen darstellen, wurde davon abgesehen die Ergebnisse nach Nutzen und Herausforderungen zu unterteilen. Die heterogenen Ergebnisse werden innerhalb der spezifischen Themenbereiche dargestellt. Unter bestimmten Bedingungen entstehen jeweils Nutzen oder Herausforderungen. In den Studien wurden die Themenbereiche unterschiedlich benannt, variierten bei der Anzahl und den eingeschlossenen Aspekten.

Um möglichst umfassend die verschiedenen Aspekte abzubilden, wurden die folgenden Themenbereiche erfasst: Informationsverarbeitung, Darstellung von Inhalten, Zeitbedarf für die Pflegedokumentation, Vernetzung und Technik, Qualität der Pflegedokumentation und Patientennutzen. Dabei ist zu beachten, dass die Aspekte und Einflüsse zu den einzelnen Themenbereichen oft eng im Zusammenhang stehen und ebenfalls auch andere Aspekte beeinflussen.

Studie	Design	Populationsbeschreibung	Ergebnisse
<p>Titel: Erfahrungen von Pflegenden im Krankenhaus während der Implementierung einer IT- gestützten Pflegedokumentation</p> <p>Autor*innen: Meißner, A./ Schnepf, W.</p> <p>Jahr: 2015</p> <p>(Studie 1)</p>	<p>Systematischer Literaturreview und qualitative Metastudie</p> <p>Datenanalyse: Nach dem meta-ethnographischen Ansatz nach Noblit und Hare (1988)</p>	<p>9 qualitative Studien:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1. Studie: Kossman und Scheidenhelm (2008) USA.; Fragebögen n= 46, Interviews n=28 - 2. Studie: Laramee et. al. (2008) U.S.A.; Semistrukturierte Fokusgruppeninterviews n= 11 - 3. Studie: Lee et. al. (2005) Taiwan; Fragebögen n= 202 - 4. Studie: Lee et. al. (2007) Taiwan; Fokusgruppeninterviews n= 4 - 5. Studie: Lee et. al. (2009) Taiwan; Fokusgruppeninterviews n=4, Fragebogen n= 87 - 6. Studie: Rogers et. al. (2013) U.S.A; Interviews n=12 - 7. Studie: Sockolow et. al. (2014) U.S.A.; Fragebögen n=12 - 8. Studie: Stevenson et. al. (2011) Schweden; 	<ul style="list-style-type: none"> - bessere Informationsqualität (n= 4) - technische Funktionalität, Leistungsfähigkeit und Equipment herausfordernd (n= 3) - Mehraufwand durch unklare oder behindernde Eingabe (n=9) - Doppeldokumentation (n=5) - verändertes erleben von Zeit (n=6) - Patientennutzen durch Zeitersparnis und verbesserte Informationsqualität (n=3) - heterogene Ergebnisse des Nutzens - kurze Schulungen hilfreicher als lange Schulungen (n=2) - veränderte Informationsverwertung (Lesbarkeit, Eindeutigkeit,

		<p>Fokusgruppen n=21</p> <p>- 9. Studie: Whittaker et. al. (2009) Niederlande; Interviews n= 11</p>	<p>Übersichtlichkeit, Verständlichkeit, Erreichbarkeit)</p> <p>- Erfolg von Systemintegration in die Alltagsprozesse hängt von begleitenden Faktoren ab</p>
<p>Titel: Literaturreview zur elektronischen Pflegedokumentation: Unterstützende und hinderliche Aspekte aus Sicht von Pflegenden</p> <p>Autor*innen: Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F.</p> <p>Jahr: 2016</p> <p>(Studie 2)</p>	<p>Literaturreview</p> <p>Datenanalyse: Datenextraktion stabelle</p>	<p>18 Studien:</p> <p>- 1. Studie: Ammenwerth et. al. (2001) Deutschland; Fragebögen n=32 bis 46 (je nach Zeitpunkt)</p> <p>- 2. Studie: Ammenwerth et. al. (2011) Österreich; Fragebögen n= 94</p> <p>- 3. Studie: Carrington (2008) U.S.A.; Interviews n= 37</p> <p>- 4. Studie: Darbyshire (2000) Australien; Fokusgruppeninterviews n= 53</p> <p>- 5. Studie: Darbyshire (2004) Australien: Fokusgruppeninterviews n= 53</p> <p>- 6. Studie: Harris (1990) U.S.A.; Interviews n= 46</p>	<p>- einfacher und schnellerer Zugang zu Patienteninformationen (n= 6)</p> <p>- jederzeit gleichzeitig zugänglich (n= 2)</p> <p>- Markierungen wichtiger Inhalte nützlich (n= 4)</p> <p>- verbesserte Lesbarkeit (n= 6)</p> <p>- Erinnerungsfunktionen unterstützend (n= 4)</p> <p>- Reduktion von Doppeldokumentation (n= 2)</p> <p>- durch verschiedene Eingabemöglichkeiten, unklar wo welche Informationen dokumentiert werden sollten (n= 3)</p>

		<p>- 7. Studie: Kossman und Scheidenhelm (2008) U.S.A.; Fragebögen n= 46, Interviews n=28</p> <p>- 8.Studie: Lee (2005) Taiwan; Fragbögen n= 202</p> <p>- 9. Studie: Lee (2006) Taiwan; Intervoewa n= 20</p> <p>- 10. Studie: Lee (2007) Taiwan; Fokusgruppeninterviews n=22</p> <p>- 11. Studie: Lee (2008) Taiwan; Fokusgruppeninterviews n= 23</p> <p>- 12. Studie: Lee et. al. (2008) Taiwan; Fragebögen n= 549</p> <p>- 13. Studie: Lee et. al. (2009) Taiwan; Fragebögen n= 623, Fokusgruppeninterviews n= 24</p> <p>- 14. Studie: Sidebottom et. al. (2012) USA; Fokusgruppeninterviews n= 50</p> <p>- 15 Studie: Staggers et. al. (2011) USA; Interviews n= 26</p>	<p>- für die individuelle Pflege hinderlich (n= 5)</p> <p>- Systemgeschwindigkeit und -stabilität hinderlich (n= 6)</p> <p>- Einschätzungen von Pflegekräften im Verlauf der Benutzung positiver</p> <p>- erhöhte Vollständigkeit der Dokumentation durch Strukturierung</p> <p>- heterogene Wahrnehmung der Pflegekräfte zur Zeitersparnis</p>
--	--	--	---

		<p>- 16 Studie: Stevenson und Nilsson (2012) Schweden; Fokusgruppeninterviews n= 21</p> <p>- 17 Studie: Timmons (2003) England; Interviews n= 31</p> <p>- 18 Studie: Viitanen et. al. (2011) Finnland; Interviews n= 18</p>	
<p>Titel: Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen (ergänzend Forschungsberichte PIK-Studie 2000/2001)</p> <p>Autor*innen: Mahler, C. et. al. (Deutschland)</p> <p>Jahr: 2003 (Studie 3)</p>	<p>Nicht randomisierte Interventionsstudie mit vorher, während und nachher Vergleich</p> <p>Datenanalyse: Deskriptive Statistik</p>	<p>Fragebögen n=32 bis 46 (je nach Zeitpunkt)</p> <p>Schriftliche, standardisierte Fragebögen, Interviews, Dokumentenanalyse</p> <p>Erhebungen: kurz vor Einführung Kurz nach Einführung Knapp 1 Jahre nach Einführung Zeitraum: 1998-2001</p>	<ul style="list-style-type: none"> - signifikante Verbesserung in der Qualität der Dokumentation - Erhöhung formale Vollständigkeit - bessere Lesbarkeit - neben der Einführung einer rechnergestützten Pflegedokumentation, sind Unterstützungen notwendig - Individualisierung verbesserungsfähig

Tabelle 2: Übersicht der Studien

5.1 Informationsverarbeitung

Mit der Informationsverarbeitung sind die Informationsbeschaffung und die Informationseingabe gemeint. Bei der Informationsbeschaffung geht es um die Erreichbarkeit von pflegerischen Patienteninformationen.

Sechs Studien der Studie 2 gaben an, dass durch eine elektronische Pflegedokumentation die Informationsbeschaffung unterstützt und schneller möglich ist. Der Zugang wurde einfacher wahrgenommen. Dafür sprach die jederzeit und auch gleichzeitig zugängliche elektronische Pflegedokumentation.⁴³ Bei der papierbasierten Pflegedokumentation bestand nicht die Möglichkeit Informationen gleichzeitig einzusehen oder zu ergänzen, wenn die Unterlagen beispielsweise gerade von einer anderen Berufsgruppe benötigt wurden.

Jedoch wird die Informationsbeschaffung von vier Studien der Studie 2 nicht nur als nützlich erachtet. Denn um an die gewünschten Informationen in der elektronischen Pflegedokumentation zu gelangen, kann es durch lange elektronische Wege zu den Informationen, viel Zeit in Anspruch nehmen. Bis hin zu der Problematik, die in einer Studie beschrieben wurde, dass Pflegekräfte keinen Zugriff auf die Informationen hatten.⁴⁴

Bei der Informationseingabe ist die Doppeldokumentation ein großes Thema. Nach der Studie 2 konnten nach zwei Studien Doppeldokumentationen reduziert werden. Jedoch nach vier Studien nicht ganz vermieden werden, als hinderlicher Aspekt wurden beispielsweise die Doppeldokumentationen durch das Notieren von Informationen am Patientenbett genannt.⁴⁵ In der Studie 3 wurde dieser Aspekt auch aufgegriffen und es wurde problematisch dargestellt, dass keine digitalen mobilen Geräte zur Verfügung standen. Besonders Pflegekräfte, die Technik erfahren waren, befürworteten mobile Geräte zur besseren Unterstützung und schnelleren Vernetzung.⁴⁶ In allen Studien der Studie 1 wurden unklare Eingaben, als hindernd gesehen. Wodurch Mehraufwand und negative Gefühle bei den Pflegekräften ausgelöst wurden. In fünf Studien wurden unzutreffende

⁴³ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S.48.

⁴⁴ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S.48.

⁴⁵ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 50.

⁴⁶ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 154.

Auswahlmöglichkeiten oder Pflichtfelder, die eine Eingabe verhindern als Grund für Doppeldokumentation angegeben.⁴⁷

Gleichzeitig wurde in der Studie 3 eine Erhöhung der formalen Vollständigkeit angegeben.⁴⁸

5.2 Darstellung von Inhalten

Bei der Darstellung der Inhalte wurde auf die Lesbarkeit und Übersichtlichkeit eingegangen. Ein klarer Nutzen wurde bei der Lesbarkeit bei sechs Studien der Studie 2 angegeben.⁴⁹ Auch die Studie 3 bestätigte eine bessere Lesbarkeit, wodurch die Pflegekräfte angaben sich mehr Gedanken über ihr Dokumentiertes zu machen, da es klar zuzuordnen war, wer es geschrieben hat.⁵⁰ Die Handschriften bei der papierbasierten Pflegedokumentation teils zu entziffern erübrigt sich. So konnten Fehler und Missverständnisse aufgrund von undeutlicher Schrift vermieden werden.

Ebenso positiv bei fünf Studien der Studie 2 wurden Markierungen von wichtigen Inhalten aufgenommen. Hingegen ergaben sich aus drei Studien Herausforderungen, wenn sehr viele Informationen gleichzeitig angezeigt wurden und wenn für verschiedene Eingaben oft mehrere Wechsel von Eingabeoberflächen notwendig waren. Bei vielen gab es noch die Möglichkeit eine Information an verschiedenen Stellen einzutragen, wodurch es zu Verwirrung und Unklarheit führte.⁵¹

Nach der Studie 3 empfand die Mehrheit der Pflegekräfte die elektronische Pflegedokumentation als vollständiger und auch als deutlich übersichtlicher. Die bessere Lesbarkeit bestätigten alle Pflegekräfte. Hingegen gingen die Meinungen zu einem besseren Überblick über den Verlauf der Patientenversorgung auseinander, ca. 61% der Pflegekräfte gaben eine Verbesserung an.⁵²

⁴⁷ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

⁴⁸ Vgl. Mahler, C. et al. (2003), S. 150.

⁴⁹ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 49.

⁵⁰ Vgl. Mahler, C. et al. (2003), S. 150.

⁵¹ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 49.

⁵² Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 110.

5.3 Zeitbedarf für die Pflegedokumentation

Der Zeitbedarf der elektronischen gegenüber der papierbasierten Pflegedokumentation erhöhte sich bei der Studie 3 zunächst auf allen vier Stationen. Dem waren fehlende Computerkenntnisse der Pflegekräfte und der zu erlernende Umgang mit der elektronischen Dokumentation geschuldet. Zu einem späteren Zeitpunkt ergaben sich bei den Stationen, die auch vor der digitalen Umstellung bereits den gesamten Pflegeprozess dokumentierten, Zeiteinsparungen bei der elektronischen Pflegedokumentation.⁵³

In der Studie 1 wird darauf hingewiesen, dass es durch Effektivität und der Effizienz der elektronischen Pflegedokumentation zu veränderten Prozessen und Arbeitsläufen führte. Bei sechs Studien der Studie 1 wurde in den Fällen, bei denen es zu einer Zeitreduzierung kam, dies von den Pflegekräften als positiv wahrgenommen. Die eingesparte Zeit wurde in die direkte Pflege am Patienten investiert. Hingegen bei den Fällen, bei denen die Dokumentation mehr Zeit als zuvor in Anspruch nahm, wurde diese Zeit als fehlend in der direkten Pflege deklariert. Wodurch auch die gesamte Einstellung der Pflegekräfte der elektronischen Pflegedokumentation gegenüber sich verschlechterte.⁵⁴

Bei der Studie 2 gaben nur zwei von achtzehn Studien eine Zeitersparnis an. In den anderen Studien wurde eine Zeitersparnis verneint oder noch ein erhöhter Zeitaufwand angegeben.⁵⁵

Alleinig in der Studie 3 wurde der Einfluss der elektronischen Pflegedokumentation auf die Übergaben einbezogen. Ungefähr 60% der Pflegekräfte gaben an, es kam zu einer effizienteren Übergabe.⁵⁶

5.4 Vernetzung und Technik

Die Kommunikation und Vernetzung zwischen verschiedenen Berufsgruppen wurde durch die elektronische Pflegedokumentation nach der Studie 3 transparenter und nachvollziehbarer.⁵⁷ Bei der Studie 1 wird die Vernetzung nicht direkt aufgegriffen, aber ein besserer Informationszugang wurde drei Studien entnommen.⁵⁸

⁵³ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 154.

⁵⁴ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

⁵⁵ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 50.

⁵⁶ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 110.

⁵⁷ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 155.

⁵⁸ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

Doch auch die Technik und deren Handhabung spielt eine Rolle. Damit die Pflegedokumentation überhaupt elektronisch umgesetzt werden kann, muss die Voraussetzung bestehen, dass genügend Arbeitsplätze zur Dokumentation für die Pflegekräfte zur Verfügung stehen. Ansonsten kann es nach sechs Studien der Studie 1 zu Doppeldokumentation und mehr Aufwand kommen. Bei Wartezeiten auf einen Arbeitsplatz am PC geht Zeit verloren.⁵⁹ In der Studie 3 wurde auch bemängelt, dass es außerhalb des Stationszimmers keine technischen Möglichkeiten zum Dokumentieren gab.⁶⁰ So kann schnell Mehraufwand, durch Doppeldokumentation entstehen.

Auch die Technik an sich, kann nach sechs Studien der Studie 1, Nachteile mit sich bringen. Bei fehlender Technik oder schlecht funktionierender Technik kann es schnell zu unzureichender Informationsverarbeitung und Frustration der Pflegekräfte führen. Zudem wurde geringe Leistungsfähigkeit bei der Dateneingabe als zeitverzögernd angegeben. Darüber hinaus behindern Systemzusammenbrüche und Systemausfälle die Arbeit.⁶¹

Die Benutzerfreundlichkeit des Systems der elektronischen Pflegedokumentation hat, nach acht Studien der Studie 1, einen großen Einfluss auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte und auf deren Akzeptanz dem gegenüber.⁶² In der Studie 3 wurde die Benutzerfreundlichkeit eher hoch eingeschätzt.⁶³ Insgesamt war bei der Studie 3 auffällig, dass die Akzeptanz und Einstellung der Pflegekräfte gegenüber der elektronischen Pflegedokumentation sich in den Meinungsbildern widerspiegelte. Diejenigen, die generell ungern mit Computern arbeiteten und der elektronischen Pflegedokumentation kritisch gegenüberstanden, gaben meist einen höheren Zeitaufwand und einen geringen persönlichen Nutzen an. Hingegen befürworteten diejenigen, die eher gerne am Computer arbeiten auch eine elektronische Pflegedokumentation.⁶⁴

⁵⁹ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 546.

⁶⁰ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 144.

⁶¹ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 546.

⁶² Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 546.

⁶³ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 111.

⁶⁴ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 144.

Inwieweit mit der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation Schulungen der Pflegekräfte stattgefunden haben, wurde nur in der Studie 3 explizit erwähnt. In der Studie 3 gab es eine Schulung für eine allgemeine Einführung und praktische Übungen. Es wurde bei Bedarf auch noch eine Nachschulung angeboten. Die Dauer der Einführung variierte bei den vier Stationen zwischen zwei bis drei Stunden. Die Pflegekräfte gaben einheitlich an, dass eine Einarbeitung in das verwendete System zur elektronischen Pflegedokumentation relativ schnell erfolgen konnte.⁶⁵ Eine genaue Zeitangabe wurde nicht genannt.

In der Studie 1 gab es keine Angaben, in welchem Umfang Schulungen durchgeführt wurden, nur von einzelnen Studien welche Art hilfreich wäre. Um mit der elektronischen Pflegedokumentation arbeiten zu können, ist das Wissen zur Handhabung notwendig. Grundsätzlich sollten daher alle Pflegekräfte geschult werden, um mit dem Umgang vertraut zu werden und nicht einzelnen gut geschulten Pflegekräften mehr Arbeit zu verschaffen. Der Austausch und die Hilfen unter den Pflegekräften wurden von zwei Studien trotzdem als unterstützend gesehen. Kurze Schulungen wurden als hilfreicher empfunden, als längere Schulungen. Ebenso wurden Materialien zu Veränderungen bei Updates gewünscht.⁶⁶

5.5 Qualität der Pflegedokumentation

Nach der Studie 3 haben Planungs- und Erinnerungshilfen Auswirkungen auf die Vollständigkeit der Pflegedokumentation und der Arbeit nach dem Pflegeprozess.⁶⁷ Es ergab sich eine höhere Vollständigkeit des Pflegeprozesses. Durch die elektronische Erfassung konnte es ermöglicht werden, dass alle Einträge mit Datum, Uhrzeit und Signatur versehen waren. So konnte eine erhöhte Transparenz gewährleistet werden, die von den Pflegekräften geschätzt wurde. Auf allen vier Stationen empfanden die Pflegekräfte, es entstanden weniger inhaltliche Fehler und insgesamt eine Verbesserung der Qualität der Pflegedokumentation. Die haftungsrechtlichen Ansprüche an die Dokumentation konnten erfüllt werden.⁶⁸ Die Betreuung und Unterstützung bei der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation, sowie die hauptsächlich positive Einstellung der Pflegekräfte

⁶⁵ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 22.

⁶⁶ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 547.

⁶⁷ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 154.

⁶⁸ Vgl. Mahler, C. et. al. (2002), S. 89-98.

wurden als positiver Einfluss für eine qualitative Verbesserung gesehen. Andersherum wurde festgestellt, dass alleinig durch eine Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation keine Verbesserungen erreicht wurden.⁶⁹ In der Studie 1 kam es auch zu der Feststellung, dass der Erfolg der Systemintegration von begleitenden Faktoren abhängt.

Ebenfalls zu Nutzen kam es in der Studie 2, in der mehrere Studien angaben, Erinnerungen an ausstehenden Aufgaben sein unterstützend. Eine Studie davon untersuchte verschiedene Arten von Warn- und Erinnerungsmittellungen genauer. Dabei fiel auf, Erinnerungshilfen, die durch Anklicken eine direkte Bearbeitung zulassen, werden besser von Pflegekräften angenommen. Jedoch wurde auch angegeben, es wäre für Pflegekräfte unterstützender, wenn nur dringende Aufgaben und wenige Informationen als Erinnerungsmittellungen erscheinen würden. Mittellungen als Pop-up-Fenster wurden in einer Studie aufgegriffen und als hinderlich eingeschätzt.⁷⁰

Bei der Informationsqualität gibt es verschiedene Einflüsse, die unterschiedlich stark in den Studien berücksichtigt wurden.

In der Studie 1 gab es, wie in der Studie 2, ebenfalls ein heterogenes Bild der Pflegekräfte gegenüber einer Qualitätsveränderung der elektronischen Pflegedokumentation. In mehreren Studien wurde die Informationsqualität, unter der Voraussetzung einer funktionierenden und benutzerfreundlichen Technik, besser wahrgenommen. Dabei konnten Denkprozesse und die Strukturierung des Alltags unterstützt werden. Hingegen wurde die elektronische Pflegedokumentation kritisch gesehen, wenn durch die Technik Probleme oder Unklarheiten auftraten. Dadurch kann es zu Doppeldokumentationen und Mehraufwand kommen, weswegen wiederum mehr Zeit für das Dokumentieren in Anspruch genommen werden musste.⁷¹

⁶⁹ Vgl. Mahler, C. et. al. (2003), S. 151.

⁷⁰ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 50.

⁷¹ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

5.6 Patientennutzen

Für den direkten Patientennutzen, der teils schon aufgefasst wurde und eng mit den anderen Aspekten zusammenhängt und sich auch daraus ergibt, wurden dementsprechend ebenfalls nützliche und hinderliche Aspekte von den Pflegekräften angeführt.

Bei der Studie 1 wurde der Patientennutzen in zwei Bereiche unterteilt, in die zeitliche Komponente und die Informationsqualität. Bei der zeitlichen Komponente geht es darum, inwiefern durch die elektronische Pflegedokumentation mehr oder weniger Zeit, anstatt in die Pflegedokumentation, in die direkte Pflege umgewandelt werden konnte.⁷² Wie beim Abschnitt „4.3 Zeitbedarf für die Pflegedokumentation“ bereits erfasst, konnte keine eindeutige Zeitersparnis festgehalten werden

Die standardisierten Inhalte der elektronischen Pflegedokumentation wurden von Pflegekräften in der Studie 2 von mehreren Studien als unterstützend und wiederum von mehreren Studien als hinderlich empfunden. In Hinsicht auf die individuelle Pflege gaben mehrere Studien an, die standardisierten Inhalte der elektronischen Pflegeplanung würden die Individualität der Pflege einschränken. Angegebene Gründe dafür waren fehlende oder ungenaue Inhalte, sowie individuelle Ergänzungen waren kaum möglich.⁷³

Auch in der Studie 3 befürchteten unter 10% der Pflegekräfte die Individualität in der Pflege könnte mit einer elektronischen Pflegedokumentation verloren gehen. Als besonderer Nutzen wird die besser lesbare und besser verfügbare Pflegedokumentation erwähnt, wodurch es zur Transparenz in der Pflege kommt.⁷⁴ Zudem konnte durch eine erhöhte inhaltliche Vollständigkeit ein besserer Überblick über den pflegerischen Verlauf und die aktuelle Pflegesituation stattfinden.⁷⁵

Nach der Studie 1 wurde von mehreren Studien eine Qualitätssteigerung gesehen, wenn Informationen vorhanden und zugänglich waren. Jedoch hatten Pflegekräfte das Gefühl, dass eine geringere Versorgungsqualität herrschte, bei fehlenden, nicht korrekten oder nicht auffindbaren Daten.⁷⁶

⁷² Vgl. Meißner, A./ Schnepp, W. (2015), S. 545.

⁷³ Vgl. Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016), S. 50.

⁷⁴ Vgl. Ammenwerth, E. et al. (2001), S. 156.

⁷⁵ Vgl. Mahler, C. et al. (2003), S. 149.

⁷⁶ Vgl. Meißner, A./ Schnepp, W. (2015), S. 546.

5.7 Kritische Studienbewertung der Ergebnisse

Um zu beurteilen, ob die recherchierte Literatur geeignet ist, wurde diese bewertet. Die Bewertung fand mit Checklisten der EBN Gesellschaft zu den jeweiligen Studientypen statt.

Beide Literaturreviews bauten jeweils auf eine präzise formulierte Fragestellung auf. Bei der Eingrenzung der Studienausswahl wurden passende Kriterien verwendet. Mehrere Datenbanken wurden für eine ausführliche Literaturrecherche herangezogen. Die verwendeten Studien wurden in beiden Literaturreviews in einer Tabelle nachvollziehbar dargestellt. Bei der Studie 1 wurde nicht explizit aufgefasst, ob die beiden Autoren bei der Bewertung der Studien übereinstimmten. Bei der Studie 2 konnte in der Methode eine Übereinstimmung entnommen werden. Bei der Studie 1 wurden nur qualitative Studien miteingeschlossen. Hingegen wurden bei der Studie 2 zu den qualitativen Studien auch quantitative Studien berücksichtigt.

Die Ergebnisse bei der Studie 1 wurden schlüssig dargestellt, teilweise hätten die Ergebnisse noch präziser ausgeführt werden können. Bei der Studie 2 ergaben sich teils ähnliche Ergebnisse, wie in der Studie 1. Auch in der Studie 2 wurden die Ergebnisse schlüssig dargestellt. Wie sich Schulungen gestalten und ob die elektronische Pflegedokumentation Auswirkungen auf die Kommunikation und Vernetzung mit anderen Berufsgruppen hat, hätte genauer aufgefasst werden können. Bei beiden Studien sind die Ergebnisse generalisierbar.

Bei der Interventionsstudie wurde ebenfalls eine passende Fragestellung gewählt und die Auswahl der Teilnehmer begründet. Die Datensammlung und Datenanalyse wurden ausführlich beschrieben. Die Validität konnte erreicht werden und die Ergebnisse sind generalisierbar, besonders weil die Studie auf mehreren Stationen in Deutschland stattfand. Dabei ist nur anzumerken, dass die Ergebnisse im Zeitraum von 1998-2001 erhoben wurden.

6 Diskussion der Ergebnisse und Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen auf, dass von den Pflegekräften die einzelnen Aspekte einer elektronischen Pflegedokumentation nicht eindeutig als Nutzen oder Herausforderung angesehen wurden. Bei den meisten Themenbereichen ergaben sich unter bestimmten Bedingungen Nutzen und/ oder Herausforderungen.

Bei der Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation konnte anhand der Studien überwiegend der Nutzen einer Qualitätserhöhung der Pflegedokumentation festgestellt werden. Die Einflüsse auf eine Qualitätssteigerung waren unterschiedlich. In der Studie 3 wurden viele Gründe angegeben, wie Transparenz, Vollständigkeit des Pflegeprozesses und weniger inhaltliche Fehler.⁷⁷ Dies lässt darauf schließen, dass für die Qualität der Pflegedokumentation der Umgang der Pflegekräfte mit der elektronischen Pflegedokumentation eine große Rolle spielt. Um diesen großen Nutzen einer qualitativen elektronischen Pflegedokumentation zu erreichen, müssen die Pflegekräfte mit der Handhabung des Dokumentationsprogramms vertraut sein. Für Pflegekräfte scheint es sehr hilfreich zu sein, für eine zuverlässige und einheitliche Dokumentation, eine benutzerfreundliche Einführung, zu den verschiedenen Funktionen einer elektronischen Pflegedokumentation zu erhalten. In der Studie 2 kam es bei schlechtem Technikeinsatz jedoch auch zu Doppeldokumentationen, die wiederum für die Qualität der Pflegedokumentation herausfordernd sind, da Informationen verloren gehen könnten.⁷⁸ Bei welchen Rahmenbedingungen Doppeldokumentationen entstanden, wurde nur wenig aufgegriffen. In der Studie 2 wurde als ein Grund für die Doppeldokumentationen die Erfassung von Daten am Patientenbett auf Papier angegeben. Dies passt mit dem Wunsch nach mobilen elektronischen Geräten der Pflegekräfte aus der Studie 3 zusammen.

Aufgrund der vielfältigen genannten Einflüsse auf die Qualität der elektronischen Pflegedokumentation, lässt sich durch die alleinige Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation kein umgehender Nutzen erwarten. Jedoch bietet die elektronische Pflegedokumentation durch eine bessere Lesbarkeit, Verfügbarkeit und Transparenz eine Grundlage für eine Qualitätserhöhung der Pflegedokumentation. Der Nutzen kann unter anderem durch eine hohe Benutzerfreundlichkeit und einem abgestimmten Technikeinsatz gesteigert werden. Damit kann auch ein besserer Überblick über die Pflegesituation der Patienten*innen geschaffen werden und wiederum können Pflegemaßnahmen erleichtert durchgeführt und evaluiert werden. Somit kann eine qualitativ hohe

⁷⁷ Vgl. Mahler, C. et. al. (2002), S. 89-98.

⁷⁸ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

Pflegedokumentation auch einen Einfluss auf einen möglichen Patientennutzen nehmen.

Darüber hinaus stellt der Technikeinsatz bei der elektronischen Pflegedokumentation unter anderem Herausforderungen dar, wie die Funktionalität, Verfügbarkeit und Benutzerfreundlichkeit der Dokumentationsprogramme. Der Technikeinsatz durch technische Geräte wie z.B. durch Computer ermöglicht erst die Einführung und Umsetzung der elektronischen Pflegedokumentation. Dabei ist es wichtig, dass genügend technische Geräte zur Pflegedokumentation zur Verfügung stehen. Es besteht das Risiko von Systemzusammenbrüchen und Systemausfällen.⁷⁹ Wobei für eine qualitativ hochwertige und konsequent geführte elektronische Pflegedokumentation eine funktionierende Technik unabdingbar ist. Dabei ist zu beachten, dass die technischen Mittel für eine elektronische Pflegedokumentation nicht ausschließlich funktionieren müssen, sondern die Technik muss in der Handhabung für die Pflegekräfte auch benutzerfreundlich sein. Die Pflegekräfte haben unterschiedliche technische Kenntnisse im Umgang mit Computern, die berücksichtigt werden müssen. Nach acht Studien hatte die Benutzerfreundlichkeit auch einen Einfluss auf die Zufriedenheit und Akzeptanz der Pflegekräfte gegenüber der elektronischen Pflegedokumentation.⁸⁰

Bei der zeitlichen Komponente ergaben die Ergebnisse ein heterogenes Bild zur Zeitersparnis wieder. Nur die Studie 3 berücksichtigte explizit den Zeitbedarf in der Anfangsphase, der sich zunächst erhöhte. In der Anfangsphase müssen die Pflegekräfte sich erstmal mit der neuen Art des Dokumentierens vertraut machen und es finden im besten Fall Schulungen statt. Der Umgang mit der Technik und dem Dokumentationssystem muss erlernt werden.

Im Verlauf ergab sich bei der Studie 3 eine Zeitersparnis, bei den Stationen, die zuvor bereits den gesamten Pflegeprozess dokumentierten. Bei den anderen beiden Studien 2 & 3 gab es keinen klaren Nutzen. Von den beiden Studien gaben mehrere Studien eine Zeitersparnis an, aber bei den meisten Studien wurde eine Zeitersparnis verneint oder sogar ein erhöhter Zeitbedarf angegeben. Wenn es zu

⁷⁹ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 546.

⁸⁰ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 546.

einer Zeitersparnis kam, wurde dies positiv wahrgenommen und die Zeit wurde in die direkte Pflege am Patienten investiert.⁸¹

Anhand der Ergebnisse konnte ein Überblick über die größten Nutzen und Herausforderungen einer elektronischen Pflegedokumentation geschaffen werden. Da die Ergebnisse jedoch sehr heterogen sind und oftmals von verschiedenen Einflüssen und Bedingungen abhängen, ergibt sich weiterer Forschungsbedarf.

In Zukunft wäre es sinnvoll zu untersuchen, wie genau sich der Zeitbedarf der elektronischen Pflegedokumentation ergibt und unter welchen Bedingungen ein Nutzen im Sinne einer Zeitersparnis erlangt werden kann. Die Erhebungen zum Zeitbedarf sollten am besten zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattfinden. Dazu wäre es nach den Ergebnissen am besten mindestens zu zwei Zeitpunkten den Zeitbedarf zu erheben. Empfehlenswert wäre es in der Anfangsphase und im Verlauf den zeitlichen Bedarf zu untersuchen. Eine eindeutige Zeitersparnis durch die elektronische Pflegedokumentation könnte einen großen Nutzen bringen.

Im Bereich der Technik ergaben sich mehrere Herausforderungen, wie ausbaufähige Funktionalität, unzureichende Verfügbarkeit und unterschiedliche Benutzerfreundlichkeit der Dokumentationsprogramme. Da wäre es besonders interessant im Bereich der Benutzerfreundlichkeit weiter zu erforschen, durch welche Funktionen die Benutzerfreundlichkeit gesteigert werden kann und wie am besten auf die unterschiedlichen Bedürfnisse bei der Pflegedokumentation auf die Pflegekräfte eingegangen werden kann. In einer Studie beeinflusste die Benutzerfreundlichkeit auch die Zufriedenheit der Pflegekräfte mit der elektronischen Pflegedokumentation, dies sollte in dem Zusammenhang genauer betrachtet werden.

Um die Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation zu erleichtern, wäre es sinnvoll herauszufinden wie die Einführung am besten von statten gehen kann. In welchem Umfang Schulungen angeboten werden sollten und wie mit anderen Mitteln die Einführung erleichtert werden könnte. Zu der Gestaltung der Schulungen

⁸¹ Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 545.

gab es sehr wenig Angaben in den Studien. Lediglich wurde angegeben, dass kurze Schulungen hilfreicher als lange Schulungen angesehen wurden.⁸²

7 Zusammenfassung und Ausblick

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Digitalisierung der Pflegedokumentation großes Potenzial bietet. Bei der elektronischen Pflegedokumentation konnte herausgefunden werden, dass es besonders im Rahmen der Qualität der Pflegedokumentation durch die bessere Lesbarkeit und Vollständigkeit zu Verbesserungen und Nutzen kam. Herausforderungen entstanden durch eine ausbaufähige Verfügbarkeit und Funktionalität der Technik. Aufgrund von heterogenen Ergebnissen konnten viele Aspekte nicht eindeutig einem Nutzen oder einer Herausforderung zugeordnet werden, wie z.B. der Zeitbedarf. Um bei der Einführung einer elektronischen Pflegedokumentation Nutzen zu erzielen, muss diese begleitet und unterstützt werden. Aufgrund verschiedener Bedingungen und Gegebenheiten, wie Verfügbarkeit und Funktionalität der Technik, entstehen heterogene Ergebnisse.

Daher besteht Forschungsbedarf, bei der Frage nach den optimalen Bedingungen für eine erfolgreiche elektronische Pflegedokumentation mit möglichst großem Nutzen. Um die elektronische Pflegedokumentation noch weiter zu etablieren wäre es sinnvoll herauszufinden, wie die Benutzerfreundlichkeit und Funktionalität der Dokumentationssysteme verbessert werden kann und wie sich der Zeitbedarf einer elektronischen Pflegedokumentation nach längerfristiger Etablierung verhält.

Darüber hinaus wäre es auch von Bedeutung, dass die Förderung einer elektronischen Pflegedokumentation durch die Politik gelingt z.B. durch die Entwicklung eines Konzepts für Krankenhäuser wie das „EinSTEP“ für die elektronische Pflegedokumentation.

⁸² Vgl. Meißner, A./ Schnepf, W. (2015), S. 547.

I. Literaturverzeichnis

Ammenwerth, E./ Eichstädter, R. / Haux, R./ Pohl, U./ Rebel, S./ Ziegler, S. (2000):
Systematische Evaluation von Pflegedokumentationssystemen –
Studienprotokoll und Ergebnisse, Heidelberg 2000.

*Ammenwerth, E./ Eichstädter, R./ Happek, T./ Haux, R./ Hoppe, B./ Kandert, M./
Kutscha, A./ Luther, G./ Mahler, V./ Mansmann, U./ Pohl, U. (2001):*
PIK-Studie 2000/2001: Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation
auf vier Pilotstationen, Abschlussbericht, Studienprotokoll und Ergebnisse,
Heidelberg 2001.

Ammenwerth, E./ Eichstädter, R./ Schrader, U. (2003):
EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfadens für Praktiker, Hannover 2003.

Bilger, S./ Fuhrer, M./ Thilo, F. (2016):
Literaturreview zur elektronischen Pflegedokumentation: Unterstützende
und hinderliche Aspekte aus Sicht von Pflegenden. In: QuPuG 2016 3:
Newcomer-Lounge, S. 46.53.

Bräutigam, C./ Enste, P./ Evans, M./ Hilbert, J./ Merkel, S./ Öz, F. (2017):
Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit?, Düsseldorf
2017.

Bundesministerium für Gesundheit (2018):
Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation, 2018,
<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/entbuerokratisierung.html>,
abgerufen am 20.04.2020.

Bundesministerium für Gesundheit (2020):

E-Health-Gesetz, 2020,

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/e/e-health-gesetz.html> abgerufen am 05.05.2020.

Daum, M. (2017):

Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung, Stuttgart 2017.

Dorfmeister, G./ Rabe, J./ Jürgens, S./ Bechthold, P. (2018):

EDV-gestützte Patientendokumentation in der Intensivpflege – Aspekte des Qualitäts- und Risikomanagements sowie Zukunftspotentiale. In: Pfannstiel, M./ Krammer, S./ Swoboda, W. (Hrsg.): Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen IV. Impulse für die Pflegeorganisation, Wiesbaden 2018, S. 277- 292.

Evans, M./ Hielscher, V./ Voss, D. (2018):

Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt: Wie Technik die Pflege stärken kann. In: Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Forschungsförderung Policy Brief Nr. 004, Düsseldorf 2018.

Healthcare Practice (2018):

Digitalisierung in deutschen Krankenhäusern: Eine Chance mit Milliardenpotenzial für das Gesundheitssystem, 2018.

Hübner, U./ Liebe, J.-D./ Hüsters, J./ Thye, J./ Egbert, N./ Hackl, W./ Ammenwerth, E. (2015):

IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt Pflege im Informationszeitalter, Osnabrück 2015.

Initiative Neue Qualität der Arbeit (2018):

Digitalisierung in der Pflege: Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern, Berlin 2018.

Kollak, I. (2017):

Schreib´s auf! Besser dokumentieren in Gesundheitsberufen, Berlin 2017.

König, J. (2015):

Pflegedokumentation im Krankenhaus – gewusst wie: schnell, sicher und effizient dokumentieren, Hannover 2015.

Korff, M. (2018):

Warum sollten Stationen digitalisiert werden?. In: Bamberg, C./ Kasper, N./ Korff, M./ Herbold, R. (Hrsg.): Moderne Stationsorganisation im Krankenhaus, Berlin 2018, S. 179-189

Mahler, C./ Ammenwerth, E./ Eichstädter, R./ Hoppe, B./ Mansmann, U./ Tautz, A./ Wagner, A. (2002):

PIK-Studie 2000/2001: Evaluation rechnergestützter Pflegedokumentation auf vier Pilotstationen, Abschlussbericht, Qualitätsmessungen, Heidelberg 2002.

Mahler, C./ Ammenwerth, E./ Tautz, A./ Wagner, A./ Eichstädter, R./ Hoppe, B. (2003):

Die Auswirkungen eines rechnergestützten Pflegedokumentationssystems auf die Quantität und Qualität von Pflegedokumentationen. In: Pflege 2003, 16. Ausgabe, S. 144-152.

Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (Hrsg.) (2005):

Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege, Köln 2005.

Meißner, A./ Schnepf, W. (2015):

Erfahrungen von Pflegenden im Krankenhaus während der Implementierung einer IT-gestützten Pflegedokumentation Systematischer Literaturreview und qualitative Metastudie. In: Pflegewissenschaften: Kongressbeitrag Forschungswelten 2014, Nidda 2015, S. 541-550.

Oswald, J./ Goedereis, K. (2019):

Voraussetzungen und Potenziale des digitalen Krankenhauses. In: Klauber, J./ Geraedts, M./ Friedrich, J./ Wasem, J. (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2019: Das digitale Krankenhaus, Berlin 2019.

Pflegeberufegesetz (PflBG) (2017):

Gemäß §5 Ausbildungsziel Abs. 3
https://www.buzer.de/5_Pflegeberufegesetz-PflBG.htm, abgerufen am
10.04.2020.

Soarian Clinicals (2012):

Anwenderbericht: Mit Soarian zum digitalen Krankenhaus. In: inside: health IT SPECIAL, 2012, S. 68-71.

Sträßner, H. (2010):

Sicher dokumentieren. Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. In: CNE.fortbildung: Pflege im Unternehmen Krankenhaus, 2010.

I. Eidesstattliche Erklärung

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.“

Hamburg, den 27.05.2020

