

# **Bedeutung und Durchführung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation in Österreichs Gesundheitswesen**

## **Eine explorative Erhebung des Status quo und Möglichkeiten in stationären Gesundheitseinrichtungen**

Masterarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science in Health Studies

Studiengang

„Gesundheitsförderung und Personalmanagement“

Autorin: Selina Osztovcics, BA

Personenkennzeichen: 2110794014

Betreuer: Dr. Manfred Ritthammer

Datum: 29.05.2023

## **EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG**

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig ohne die Verwendung unerlaubter Hilfsmittel verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen verwendet habe. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäß den angegebenen Quellen entnommen wurden, sind als solche kenntlich gemacht. Sofern von der Studiengangsleitung eine Verwendung von Hilfsmitteln (insbesondere IT- und KI-gestützte) vorgesehen ist, erkläre ich, diese in der Arbeit mit dem jeweiligen Produktnamen, der Produktversion und einer Beschreibung des genutzten Funktionsumfangs vollständig angeführt zu haben.

Zudem versichere ich, dass ich diese Arbeit gemäß der geltenden Prüfungsordnung der FH Burgenland sowie den Richtlinien der Österreichischen Agentur für wissenschaftliche Integrität zur guten wissenschaftlichen Praxis verfasst habe. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch Ausland zur Begutachtung oder Beurteilung vorgelegt und nicht veröffentlicht.

Kleinzicken, 29.05.2023

**Ort, Datum**

**Unterschrift**

## **DANKSAGUNG**

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen Personen bedanken, die mich in unterschiedlichster Form während des Erstellungsprozesses meiner Masterarbeit unterstützt, begleitet und motiviert haben.

Zunächst gilt ein herzliches Dankeschön meinem Masterarbeitsbetreuer Herrn Dr. Manfred Ritthammer, der mir während dem Erstellen meiner Masterarbeit mit seiner fachlichen Kompetenz zur Seite gestanden ist. Vielen Dank, dass Sie mich durch Ihre Anregungen, Ideen und konstruktive Kritik immer wieder auf den richtigen Weg geführt haben.

Ein weiteres Dankeschön möchte ich auch meinen Arbeitskolleg\*innen zukommen lassen, die bei Fragen stets ein offenes Ohr für mich hatten.

Natürlich gebührt ein großer Dank meinen Eltern, die mich während meiner Ausbildung stets unterstützt und mir in schwierigen Zeiten Mut zugesprochen haben. Danke euch, dass ihr immer für mich da seid und mir mit eurem Rat zur Seite steht!

Besonders bedanken möchte ich mich auch bei meinem Partner Michael. Ich danke dir, dass du meine Launen, meine Ungeduld und meine gelegentlichen emotionalen Tiefpunkte ertragen hast und mich immer wieder aufs Neue motiviert hast.

Abschließend möchte ich mich auch bei allen Gesprächspartner\*innen bedanken, durch deren Offenheit und Bereitschaft ich mir ein umfassendes Bild aus der Praxis der medizinischen und pflegerischen Dokumentation machen konnte.

**Herzlichen Dank für die Unterstützung!**

## ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AltPflG	Altenpflegegesetz
ÄrzteG	Ärztegesetz
BMSGPK	Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger*in
ebd.	ebenda
ELGA	Elektronische Gesundheitsakte
ePA	Elektronische Patientenakte
EPA	Effiziente Pflegeanalyse
et al.	und andere (Autor*innen)
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FTE	Full Time Equivalent
GGZ	Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HeimAufG	Heimaufenthaltsgesetz
IKT	Informations- und Kommunikationstechnologien
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz
KHPfIEG	Krankenhauspflegentlastungsgesetz
KHZG	Krankenhauszukunftsgesetz
KIS	Krankenhausinformationssystem
KrPflG	Krankenpflegegesetz
MBO	Musterberufsordnung
MDA	Medizinische Dokumentationsassistent*innen
MHH	Medizinische Hochschule Hannover
MPG	Medizinproduktegesetz
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen

---

OGH	Oberster Gerichtshof
PA	Pflegeassistenz
PFA	Pflegefachassistenz
PfIBRefG	Pflegeberufereformgesetz
Psych-PV	Psychiatrie-Personalverordnung
SAP	Systemanalyse Programmentwicklung
SGB	Sozialgesetzbuch
VZÄ	Vollzeitäquivalent

## KURZFASSUNG

**Problemstellung:** Vor dem Hintergrund zahlreicher Veränderungen im Gesundheitswesen rücken auch die Dokumentationstätigkeiten in den Mittelpunkt der Betrachtung. Umfangreiche Dokumentationsaufgaben, gesetzliche Vorgaben sowie ungenügende IT-Lösungen nehmen viel Zeit in Anspruch, die dem Gesundheitspersonal im Versorgungs- und Pflegeprozess oftmals fehlt. Dahingehend gilt es, besondere Lösungsansätze und Strategien zu wählen, um eine Entlastung beim Gesundheitspersonal bezüglich Dokumentationstätigkeiten zu ermöglichen.

**Methodik:** Das methodische Design umfasst zu Beginn eine selektive Literaturrecherche. Auf Basis dieser Ergebnisse erfolgte das Verfassen des Theorieteils dieser Arbeit. Darauf aufbauend wurde eine qualitative Erhebung mittels leitfadengestützter, teilstrukturierter Expert\*inneninterviews durchgeführt.

**Ergebnisse:** Aus den Literatur- und Empirie-Ergebnissen geht hervor, dass zahlreiche Maßnahmen angewendet werden können, um den Prozess der Dokumentationstätigkeit zu verbessern. Allen voran der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften. Daneben werden unter anderem noch bei digitalen Softwarelösungen und Gesetzesvorgaben Verbesserungsmöglichkeiten gesehen. Bei all diesen Ansätzen liegen aber einige Stolpersteine vor, die einer Lösung bedürfen, sei es durch die Mitarbeiter\*innen, die Unternehmen oder sogar die Gesetzgeber\*innen.

**Schlussfolgerungen:** Als Fazit kann festgehalten werden, dass in der medizinischen und pflegerischen Dokumentation ein dringender Handlungsbedarf besteht. Der akute Personalmangel und die gleichzeitige fortschreitende Digitalisierung wirken sich sowohl forcierend als auch blockierend auf die Dokumentationstätigkeit aus. Um zukünftigen Herausforderungen gerecht zu werden, bedarf es der raschen Umsetzung gezielter Maßnahmen und eine breitere Akzeptanz bei allen Beteiligten, um eine Dokumentationsentlastung zu erzielen.

**Suchbegriffe:** Medizinische Dokumentation, Pflegedokumentation, Gesundheitswesen, Hindernisse, Überlastung, Ausbildung, Digitale Softwarelösungen

## **ABSTRACT**

**Problem:** Against the backdrop of numerous changes in the health care system, documentation activities are also becoming the focus of attention. Extensive documentation tasks, legal requirements and inadequate IT solutions take up a lot of time, which is often lacking for health care staff in the care and nursing process. In this respect, it is important to choose special solutions and strategies in order to relieve the burden on health care staff with regard to documentation activities.

**Methods:** The methodological design includes a selective literature research at the beginning. The theoretical part of this thesis was written on the basis of these results. Based on this, a qualitative survey was conducted using guided, semi-structured interviews with experts.

**Results:** The literature and empirical results show that numerous measures can be applied to improve the process of documentation activities. First and foremost, the use of medical documentation specialists. In addition, possibilities for improvement are seen in digital software solutions and legal requirements, among other things. With all these approaches, however, there are some stumbling blocks that need to be solved, be it by the employees, the companies or even the legislators.

**Conclusions:** In conclusion, it can be said that there is an urgent need for action in medical and nursing documentation. The acute shortage of staff and the simultaneous progress of digitalisation have both a forcing and blocking effect on documentation activities. In order to meet future challenges, there is a need for the rapid implementation of targeted measures and a broader acceptance by all parties involved in order to achieve a documentation relief.

**Keywords:** medical documentation, nursing documentation, health care, barriers, overload, curriculum, digital software solutions

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG .....</b>	<b>1</b>
1.1	Problemstellung und Stand der Forschung .....	1
1.2	Zielsetzung und Forschungsfragen .....	5
1.3	Methodik und Vorgehensweise .....	6
1.3.1	Literaturteil.....	7
1.3.2	Empirieteil.....	13
<b>2</b>	<b>BEGRIFFSABGRENZUNGEN .....</b>	<b>14</b>
2.1	Organisation.....	14
2.2	Dokumentation.....	14
2.2.1	Medizinische Dokumentation.....	15
2.2.2	Pflegerische Dokumentation.....	15
2.3	Gesundheitseinrichtungen .....	16
2.3.1	Stationär .....	17
2.4	Gesundheitsberufe .....	18
2.4.1	Medizin .....	19
2.4.2	Pflege .....	20
2.5	Medizinisch-pflegerisch bezogene Verwaltungsberufe .....	20
<b>3</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN .....</b>	<b>22</b>
3.1	Leistungseinheitsrechnung.....	22
3.2	Pflegepersonalregelung – PPR 2.0 Modell .....	23
<b>4</b>	<b>DARSTELLUNG DER IST-SITUATION .....</b>	<b>27</b>
4.1	Gesetzliche Vorgaben .....	27

---

4.1.1	Dokumentationspflicht .....	28
4.1.2	Rechtsgrundlage in der Pflege .....	30
4.1.3	Rechtsgrundlage in der Medizin .....	33
4.1.4	Folgen unterlassener Dokumentationsverpflichtung .....	35
4.1.5	Dienstrechtliche Ansätze .....	36
4.1.6	Rechtsgrundlage in Deutschland.....	38
<b>4.2</b>	<b>Durchführung der Dokumentation .....</b>	<b>41</b>
4.2.1	Typische Pflegedokumentation .....	41
4.2.2	Beispielhafte Auszüge aus der Pflegedokumentation.....	46
4.2.3	Typische medizinische Dokumentationen .....	49
4.2.4	Beispielhafte Auszüge aus der medizinischen Dokumentation .....	54
4.2.5	Zusammenführbarkeit der Dokumentation von Berufsgruppen .....	56
<b>4.3</b>	<b>Digitales Know-how in der Ausbildung .....</b>	<b>57</b>
<b>4.4</b>	<b>Zeitaufwand.....</b>	<b>61</b>
4.4.1	Dokumentationsaufwand am Beispiel einer Personalbedarfsrechnung.....	64
<b>4.5</b>	<b>IT-Lösungen .....</b>	<b>65</b>
4.5.1	Österreich.....	69
4.5.2	International.....	71
4.5.3	Kritik an digitalen Dokumentationssystemen .....	73
<b>4.6</b>	<b>Identifizierung von Herausforderungen und Barrieren .....</b>	<b>74</b>
<b>5</b>	<b>LÖSUNGSANSÄTZE UND STRATEGIEN .....</b>	<b>76</b>
5.1	Besonderheiten dokumentieren .....	77
5.2	Digitale Kompetenzen als Teil des Curriculums .....	79
5.3	Arbeitszeit als Ansatzpunkt für Personalveränderungen .....	80
5.4	Einsatz von zusätzlichen Fachkräften .....	81

---

<b>5.5</b>	<b>Ansatz im Bereich der Digitalisierung .....</b>	<b>84</b>
<b>5.6</b>	<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>88</b>
<b>6</b>	<b>EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>89</b>
<b>6.1</b>	<b>Methodische Vorgehensweise.....</b>	<b>89</b>
6.1.1	Beschreibung und Begründung des Forschungsdesigns .....	89
6.1.2	Konzeption des Interviewleitfadens .....	90
6.1.3	Auswahl und Beschreibung der Interviewpartner*innen .....	92
6.1.4	Durchführung der Erhebung .....	93
6.1.5	Datenmanagement .....	96
6.1.6	Datenauswertung und -analyse .....	97
6.1.7	Konstruktion des Kategorienschemas .....	98
<b>6.2</b>	<b>Darstellung und Interpretation der Ergebnisse nach Kategorien.....</b>	<b>100</b>
6.2.1	Kategorie 1: Erfahrungen mit der Dokumentation .....	100
6.2.2	Kategorie 2: Zeitlicher Dokumentationsaufwand im Fokus.....	104
6.2.3	Kategorie 3: Digitale Softwarelösungen und -systeme .....	108
6.2.4	Kategorie 4: Digitale Kompetenzen in der Berufsausbildung.....	114
6.2.5	Kategorie 5: Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften .....	116
6.2.6	Kategorie 6: Vorschläge zu Maßnahmen .....	119
<b>7</b>	<b>DISKUSSION UND AUSBLICK .....</b>	<b>123</b>
<b>7.1</b>	<b>Zusammenfassung der Erkenntnisse .....</b>	<b>123</b>
<b>7.2</b>	<b>Beantwortung der Forschungsfragen.....</b>	<b>125</b>
<b>7.3</b>	<b>Diskussion der Ergebnisse.....</b>	<b>132</b>
<b>7.4</b>	<b>Kritische Reflexion und Limitation.....</b>	<b>133</b>
<b>7.5</b>	<b>Schlussfolgerungen und Ausblick.....</b>	<b>134</b>

---

<b>8</b>	<b>VERZEICHNISSE .....</b>	<b>136</b>
8.1	Literaturverzeichnis.....	136
8.1.1	Literaturquellen.....	136
8.1.2	Internetquellen.....	143
8.1.3	Gesetzestexte .....	145
8.2	Abbildungsverzeichnis.....	147
8.3	Tabellenverzeichnis.....	149
<b>A</b>	<b>ANHANG .....</b>	<b>I</b>
A.1	Musterbeispiel Arztbrief .....	I
A.2	Vorlage Einverständniserklärung.....	II
A.3	Vorlage Interviewleitfaden .....	III
A.4	Kategorienschema.....	VI
A.5	Vorlage Postskript .....	VII
A.5	Teiltranskription - E1 .....	VIII
A.6	Teiltranskription - E2 .....	XIII
A.7	Teiltranskription - E3 .....	XIX
A.8	Teiltranskription - E4 .....	XXVI
A.9	Teiltranskription - E5 .....	XXXIII
A.10	Teiltranskription - E6.....	XL
A.11	Teiltranskription - E7.....	XLV
A.12	Suchprotokoll .....	LII

# 1 EINLEITUNG

„Attraktive Jobs und weniger Bürokratie“ lautet die Ansage des neuen Obmannes der ARGE Tiroler Altenheime Georg Berger. Dieser betont, dass viele Tätigkeiten im bürokratischen und administrativen Bereich in der Pflege durch Neuerungen überholt worden sind. Eine Entlastung der Pflegekräfte bei deren täglicher Arbeit ist das oberste Ziel. Daher sollen entsprechende Möglichkeiten zur Entlastung entwickelt werden (ORF Tirol, 2023, www).

Die vorliegende Masterarbeit befasst sich mit der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, die täglich von den Ärzt\*innen und Pflegekräften in Gesundheitseinrichtungen durchgeführt wird. Im Fokus steht dabei die Erhebung des Status quo in der Praxis, um einerseits bestehende Prozesse und Rahmenbedingungen im Zuge der Dokumentation zu analysieren und andererseits mögliche Herausforderungen sowie Stolpersteine für das Gesundheitspersonal zu identifizieren. Die im folgenden Kapitel dargestellte Problemstellung gibt Auskunft darüber, welchen Stellenwert die Dokumentationstätigkeit im Arbeitsalltag der medizinisch-pflegerischen Belegschaft einnimmt und welche Problemfelder in diesem Zusammenhang derzeit vorliegen. Weiters wird in diesem Kapitel näher auf die Forschungsfragen sowie die Zielsetzung der vorliegenden Masterarbeit eingegangen. Eine detaillierte Betrachtung des verwendeten methodischen Forschungsdesigns erfolgt in **Kapitel 1.3**.

## 1.1 Problemstellung und Stand der Forschung

*„Das Verhältnis zwischen Dokumentationsaufwand und Patientenarbeit stimmt nicht mehr überein“ (HIMSS Europe, 2015, S. 1).*

Derzeit wird neben den gesundheitspolitischen Diskussionen rund um den Ärzt\*innenmangel sowie Pflegekräftemangel und den komplexen Arbeitsbedingungen in Gesundheitseinrichtungen auch der Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zunehmend thematisiert.

Die Vielzahl an Dokumentationsaufgaben nimmt enorme Zeit in Anspruch, welche den Ärzt\*innen sowie auch dem Pflegepersonal bei der Behandlung von und den wichtigen

Gesprächen mit Patient\*innen beziehungsweise Bewohner\*innen fehlt. Der Anstieg an medizinischen Dokumentationsstätigkeiten ist vermehrt auf gesetzliche Vorgaben sowie eine zunehmende Anwendung von Risikomanagement in Gesundheitseinrichtungen zurückzuführen. Eine Tatsache und Belastung, die vom medizinischen und pflegerischen Personal oftmals unterschätzt wird (Gollner, Schnabel & Szabo, 2015, S. 41-42).

Thanner, Drack & Hornung (2015, S. 1-2) betonen in ihrer Studie, welche im Frauenklinikum St. Gallen in der Schweiz durchgeführt wurde, dass ein Großteil des Ärzt\*innenpersonals die Abwicklung von administrativen Tätigkeiten als Belastung wahrnimmt. Es zeigt sich, dass 25 % der ärztlichen Arbeitszeit auf die Dokumentation von klinischen Tätigkeiten bei stationären Patient\*innen fallen.

Auch die Arbeit in den Altenwohn- und Pflegeheimen hat eine enorme Veränderung vollzogen. Denn neue Pflegekonzepte, das Qualitätsmanagement sowie unterschiedliche Projekte stellen eine zeitgemäße Langzeitpflege ins Zentrum. Darüber hinaus haben auch die Dokumentationspflichten und Dokumentationsanforderungen sowie regelmäßige Überprüfungen durch verschiedene Behörden stark zugenommen. In einer Studie der Arbeiterkammer Oberösterreich „Der Oö- Mindestpflegepersonalschlüssel für Alten- und Pflegeheime auf dem Prüfstand“ haben die befragten Teilnehmer\*innen angegeben, dass der Dokumentationsaufwand, die administrativen Tätigkeiten und auch der Druck unterschiedlicher Kontrollbehörden erheblich zugenommen haben (Arbeiterkammer Oberösterreich, 2022, S. 3).

Weiters erstellte das Deutsche Krankenhausinstitut im Jahr 2015 eine quantitativ-statistische Bestandsaufnahme, um den ärztlichen Dokumentationsaufwand in deutschen Krankenhäusern zu eruieren. In Anbetracht der patient\*innenbezogenen Dokumentation (Aufnahme bis Entlassung) ist eine zeitintensive Zunahme in den Bereichen Patient\*innenakte, dem Erstellen von Entlassungsberichten, sowie dem Dokumentieren der Anamnese ersichtlich. Das schriftliche Beantworten der Anfragen von Kostenträger\*innen nimmt bei den administrativen Dokumentationsstätigkeiten (Verwaltungszweck) die meiste Zeit in Anspruch (Blum & Müller, 2003, S. 544).

Erwähnenswert ist hierbei, dass die Hälfte der täglichen Arbeitszeit auf Dokumentationsaufgaben fällt. Der Dokumentationsaufwand bei Ärzt\*innen beträgt

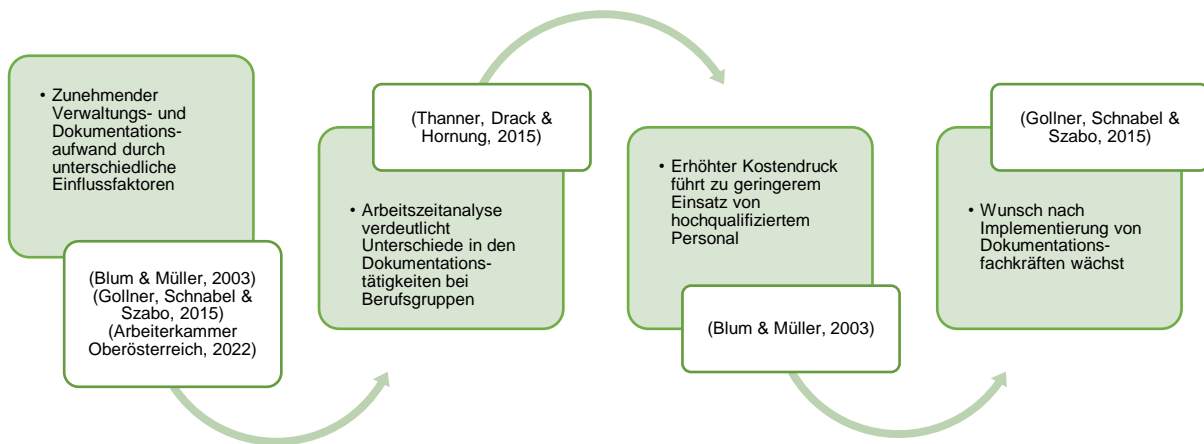
beispielsweise in der chirurgischen Abteilung insgesamt rund zwei Stunden und 42 Minuten je Arzt beziehungsweise Ärztin und Arbeitstag. Davon entfallen ungefähr zwei Stunden auf die Dokumentation von patient\*innenbezogenen Daten. Im Vergleich dazu entspricht der Aufwand in der inneren Medizin rund drei Stunden und 15 Minuten je Arzt oder Ärztin und Arbeitstag. Dabei ist zu beachten, dass eine starke Streuung bei den Aufwandswerten zwischen den einzelnen Ärzt\*innen vorliegt (z.B. durch unterschiedliche Organisationsstrukturen) (ebd., S. 545).

Darüber hinaus verdeutlichen die Ergebnisse nach Blum & Müller (2003, S. 547-548), dass der Dokumentationsaufwand in der heutigen Zeit auch zunehmend auf klassische Dokumentationsstrukturen und -stile zurückzuführen ist, welche nicht mehr hinterfragt werden, sondern als selbstverständlich angenommen werden. Daraus lässt sich schließen, dass die Optimierung und Anpassung der ärztlichen Dokumentation nicht nur durch die Führungskräfte bedingt sind, sondern auch andere Aspekte miteinfließen. Diese Problematik spiegelt sich desgleichen in den Studienergebnissen nach Thanner, Drack & Hornung (2015, S. 6) wider. Aufgrund von Hierarchieunterschieden bei einem erhöhten Ausmaß an Dokumentationsaufgaben besteht die Gefahr, dass die tatsächliche Belastung der Assistenzärzt\*innen durch den Vorgesetzten beziehungsweise die Vorgesetzte unterschätzt wird. Ein hoher Dokumentationsanteil bei der medizinischen Tätigkeit kann zusätzliches Konfliktpotenzial im Team der Ärzt\*innen hervorrufen. Die Ergebnisse der Arbeitszeitanalyse präsentieren ebenso, dass unter den Assistenzärzt\*innen ein höherer Dokumentationsaufwand vorliegt als bei den Oberärzt\*innen. Daraus resultiert, dass ein ungünstiges Verhältnis von administrativen und operativen Arbeitstätigkeiten für Assistenz- sowie Oberärzt\*innen vorherrscht (ebd., S. 6).

Auch der finanzielle Aspekt hinsichtlich des Dokumentationsaufwandes von Ärzt\*innen wird als kritisch betrachtet. Durch den zunehmenden Kostendruck auf die Gesundheitseinrichtungen wird es zukünftig immer schwieriger, sich hochqualifizierte Fachkräfte für die Tätigkeiten in der Dokumentation und Verwaltung zu leisten. Demzufolge ist es im Sinne einer Kostenersparnis für Gesundheitseinrichtungen unabdingbar, die Dokumentation nachhaltig zu optimieren (Blum & Müller, 2003, S. 548).

Auch in Österreichs Krankenhäusern werden die Ärzt\*innen durch die täglichen Dokumentationsstätigkeiten enorm beansprucht. Dies zeigt eine Erhebung durch Expert\*innen der Fachhochschule Burgenland, deren Basis eine Online-Befragung von Ärzt\*innen und Interviews mit Führungskräften bildeten. Die Befragung ergab eine deutliche Verbesserung des Dokumentationsprozesses durch die Einstellung einer medizinischen Dokumentationsfachkraft. Drei Viertel der befragten Teilnehmer\*innen gaben an, dass eine Verankerung von medizinischen Dokumentationsfachkräften als eine Stütze bei der täglichen Dokumentationsstätigkeit angesehen werden kann. Auch der Wunsch nach einer spürbaren Entlastung in diesem Bereich durch den Einsatz von Fachkräften wurde bei 76 % der befragten Ärzt\*innen deutlich. An diesem Punkt sollte angesetzt werden, um für zukünftige Herausforderungen im medizinischen Bereich bestmöglich gerüstet zu sein. Dadurch würde in weiterer Folge die Arbeitszufriedenheit des Ärzt\*innenpersonals gesteigert werden, da eine bessere Konzentration auf die tatsächliche Arbeitstätigkeit und die ärztlichen Kompetenzen gewährleistet würde. Weiters würde die Reduktion der ärztlichen Dokumentation auch mit einem Senken der Arbeitszeiten wie der Arbeitsbelastungen einhergehen (Gollner, Schnabel & Szabo, 2015, S. 41, 44 & 50).

Gesundheitseinrichtungen stehen vor der Herausforderung, die Qualitätsanforderungen und Kosten in Balance zu halten, ohne dabei die Zufriedenheit des Gesundheitspersonals aus dem Blickfeld zu verlieren, wodurch vor allem die Dokumentation eine Schlüsselrolle einnimmt. In **Abbildung 1** werden die identifizierten Probleme dieser Thematik grafisch dargestellt.



**Abbildung 1:** Ursachen und Probleme bei der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfragen

Die vorliegende Masterarbeit setzt sich zum Ziel, die Durchführung von Dokumentations-tätigkeiten durch die Mitarbeiter\*innen näher zu betrachten. Weiters sollen Möglichkeiten zur Entlastung von medizinischen und pflegerischen Berufsfeldern in stationären Gesundheitseinrichtungen aufgezeigt werden. Der Nutzen dieser Masterarbeit liegt darin, auf Basis der Literaturrecherche die Arbeitsbereiche des Gesundheitspersonals sowie bereits vorliegende Konzepte in den Einrichtungen detailliert zu untersuchen, um mögliche Tendenzen hinsichtlich der Dokumentation ableiten zu können.

Die Forschungslücke dieser Masterarbeit besteht darin, dass in der Literatur wenig wissenschaftliche sowie auch praktische Evidenz zum Thema der Möglichkeiten zur Dokumentationsentlastung beim Gesundheitspersonal vorhanden sind. Durch die sich ständig verändernden Arbeitsbedingungen einhergehend mit dem Anstieg an diversen Belastungen sieht die Verfasserin in diesem Bereich einen Forschungsbedarf. Weiters wird mittels Einsatzes einer qualitativen Erhebung ein wesentlicher Beitrag zum Forschungskontext geleistet.

Nach der Identifizierung der Forschungslücke und dem Verfassen der Problemstellung sowie dem Festlegen der Zielsetzung sind folgende Forschungsfragen für diese Arbeit von Relevanz, welche wesentlich zum Forschungskontext beitragen sollen:

Theoretische Fragestellungen:

- Welche Herausforderungen und Barrieren bringt die Dokumentationstätigkeit für medizinisch-pflegerische Berufsgruppen im Arbeitsalltag mit sich?
- Wie kann die inhaltliche Gestaltung und operative Durchführung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation in stationären Gesundheitseinrichtungen optimiert werden?

Empirische Fragestellungen:

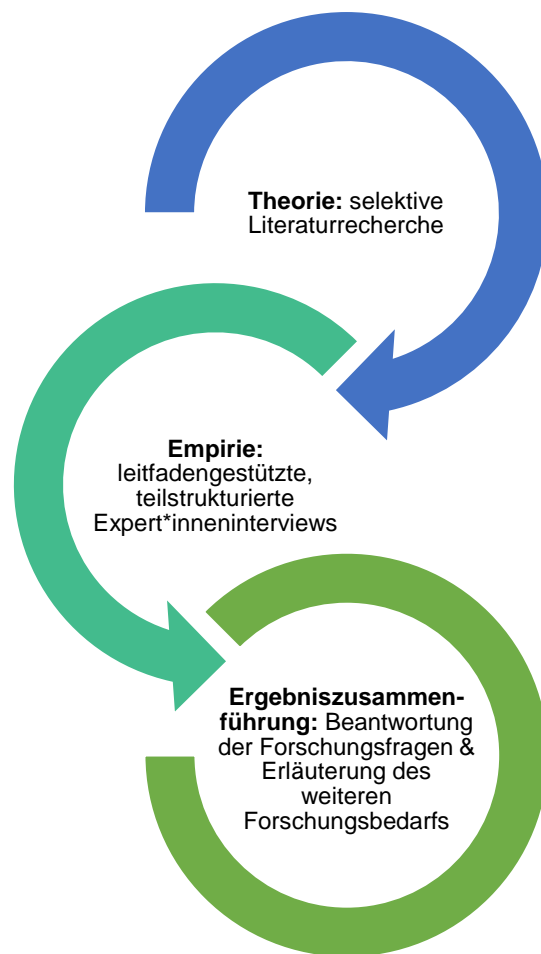
- Welche Maßnahmen unterstützen die Ärzt\*innen- und Pflegeberufe bei der Reduzierung des Dokumentationsaufwands und Ressourcenverbrauchs in einer stationären Gesundheitseinrichtung?
- Wie lässt sich die Dokumentationsentlastung in ausgewählten stationären Einrichtungen implementieren und bewerten?

### **1.3 Methodik und Vorgehensweise**

In diesem Abschnitt wird näher auf die Methodik sowie das Forschungsdesign der Arbeit eingegangen. Eine selektive Literaturrecherche sowie eine empirische Erhebung in Form von leitfadengestützten, teilstrukturierten Expert\*inneninterviews werden für diese Masterarbeit zum Einsatz kommen. Im Folgenden werden sowohl die ausgewählte Methodik als auch deren Vorgehensweise beschrieben und begründet.

Als Forschungsansatz wurde ein qualitatives Methodendesign gewählt, um die zugrundeliegenden Forschungsfragen im Hinblick auf die Exploration und Neuartigkeit des vorliegenden Themas zu beantworten. Mithilfe eines qualitativen Ansatzes ist eine flexiblere und offenere Befragung der Bedürfnisse der Expert\*innen möglich (Berger-Grabner, 2016, S. 132-134).

Der Prozess der Evidenzgenerierung für die vorliegende Masterarbeit wird in der nachfolgenden Grafik veranschaulicht (s. **Abbildung 2**).



**Abbildung 2:** Prozess der Evidenzgenerierung, Quelle: Eigene Erstellung

### 1.3.1 Literaturteil

Im Literaturteil werden zu Beginn die für die vorliegende Masterarbeit wichtigsten Begrifflichkeiten definiert und abgegrenzt, um ein gemeinsames Verständnis für das Forschungsthema zu schaffen (s. **Kapitel 2**). Im Anschluss daran werden theoretische Grundlagen und Modelle bearbeitet (s. **Kapitel 3**). Zudem wird die Dokumentationstätigkeit und deren Durchführung von Mitarbeiter\*innen in stationären Gesundheitseinrichtungen näher beschrieben. Dabei sollen vor allem die Aufgabengebiete, welche die Dokumentation betreffen, sowie die dafür notwendige Ausbildung und das Know-how des medizinischen und pflegerischen Personals detailliert beleuchtet werden. Des Weiteren ist es auch von Relevanz, den derzeitigen Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu eruieren und abzubilden. In Anbetracht der zunehmenden Digitalisierung wird auch ein Einblick in die digitalen

Softwaresysteme gegeben. Nähere Ausführungen zur Ist-Situation der Dokumentationstätigkeit sind in **Kapitel 4** zu finden.

Um die oben genannten Themengebiete auf wissenschaftlich fundierter Basis darzustellen, erfolgte ein umfangreicher Rechercheprozess. Aufgrund der Neuartigkeit des Themas wurde eine selektive Literaturrecherche durchgeführt, um auch im empirischen Teil dieser Masterarbeit flexibler auf die Forschungsfragen eingehen zu können. Gemäß dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) kann die selektive Literatursuche sowohl anstelle als auch ergänzend zur systematischen Recherche Anwendung finden. Dabei ist zu erwähnen, dass bei einem ausschließlichen Einsatz der selektiven Literaturrecherche zwar eine gewisse Flexibilität und Effizienz gegeben ist, jedoch keine Vollständigkeit der Daten gewährleistet werden kann. Das selektive Recherchieren nach Informationen setzt eine unendliche Menge potenzieller Informationen zu einer Fragestellung voraus (2013, S. 55). Im Rahmen dieser Arbeit wurde eine selektive Suche in allen für dieses Thema relevanten Datenbanken, Suchmaschinen und Bibliothekskatalogen durchgeführt.

Ziel der selektiven Literatursuche war es, in unterschiedlichen Datenbanken und Suchmaschinen nach veröffentlichten Artikeln und Studien, die mit der Thematik vertraut sind, zu recherchieren. Im Zuge der Recherche nach veröffentlichten Publikationen konnten aktuelle, themenrelevante sowie evidenzbasierte Erkenntnisse aus der vorhandenen Literatur gewonnen werden. Es wurden sowohl Quellen in deutscher als auch in englischer Sprache herangezogen.

Für die Recherche wurden zunächst Datenbanken, Suchbegriffe („Keywords“), sowie Ein- und Ausschlusskriterien definiert. Die Treffer der Suche wurden unter Verwendung von Boole'schen Operatoren ermittelt, und im weiteren Verlauf eingeschränkt. Eine detaillierte Betrachtung der verschiedenen Arbeitsschritte im Zuge der selektiven Literaturrecherche ist auf den nachfolgenden Seiten dargestellt.

### **Datenbanken**

Die selektive Literaturrecherche nach relevantem Datenmaterial wurde in facheinschlägigen Datenbanken, elektronischen Zeitschriftenbibliotheken, in Bibliothekskatalogen sowie per Handsuche durchgeführt. Um eine vertiefende

Erarbeitung der vorliegenden Thematik zu ermöglichen, wurden einzelne Studien und Artikel aus den folgenden beiden Datenbanken herangezogen:

- PubMed
- Cochrane Library

Zusätzlich wurde in den Suchmaschinen der Bibliothek der Fachhochschule Burgenland, Springerlink sowie Google, Google Scholar und Google Books recherchiert.

Hierbei ist zu erwähnen, dass zum vorliegenden Thema eine geringe Anzahl an relevanten Publikationen in den Datenbanken identifiziert werden konnte, wodurch vermehrt in Bibliothekskatalogen und Suchmaschinen recherchiert wurde.

### **Suchbegriffe**

Um die selektive Literaturrecherche bestmöglich durchführen zu können, wurden für die Suche nach passendem Datenmaterial unterschiedliche Keywords in deutscher und englischer Sprache definiert. Diese Schlüsselwörter kamen unter Verwendung der Boole'schen Operatoren „UND/AND“ und „ODER/OR“ zum Einsatz und sind in der folgenden **Tabelle 1** dargestellt.

**Tabelle 1:** Suchbegriffe in deutscher und englischer Sprache, Quelle: Eigene Erstellung

Suchbegriffe in deutscher Sprache	Suchbegriffe in englischer Sprache
Gesundheitswesen	healthcare
Pflege / pflegerisch	care / nursing
Medizin / medizinisch	medicine / medical
Dokumentation	documentation
Medizinische Ausbildung	medical education
Lehrplan	curriculum
Fachleute	professionals
Elektronische Gesundheitsdienste	e-Health
Rahmenwerke	frameworks
Hindernisse	barriers
Priorität	priority
Überlastung	overload
Technische Aspekte	technical aspects

### Ein- und Ausschlusskriterien

Zur konkreten Zieldefinierung der vorliegenden Arbeit wurden Ein- und Ausschlusskriterien definiert, die in der nachfolgenden **Tabelle 2** abgebildet sind. Damit konnte im Zuge der Literatursuche eine Eingrenzung der Themengebiete, welche in die Arbeit einbezogen wurden, erfolgen und weiters identifizierte Veröffentlichungen bewertet werden.

**Tabelle 2:** Ein- und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Erstellung

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<b>Inhaltliche Aspekte</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Dokumentation (medizinisch, pflegerisch)</li> <li>▪ Dokumentationsaufwand</li> <li>▪ Aufgabengebiet</li> <li>▪ Entlastungsmöglichkeiten</li> <li>▪ Österreich &amp; internationaler Vergleich</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pflege- &amp; Fachkräftemangel</li> <li>▪ Administration wie z.B. Bestellwesen</li> <li>▪ Verwaltungstätigkeiten</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Strukturen und Abläufe</li> <li>▪ Ausbildung &amp; Know-how</li> <li>▪ Zeitaufwand</li> </ul>	
<b>Zielgruppen / Dialoggruppen</b>	Medizinisches und pflegerisches Gesundheitspersonal (Ärzt*innen und Pflegekräfte)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Technisches Personal</li> <li>▪ Küchenservice</li> <li>▪ Reinigungspersonal</li> <li>▪ MTD-Berufe</li> </ul>
<b>Setting / Region</b>	Stationäre Gesundheitseinrichtungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Krankenhaus</li> <li>▪ Pflegeeinrichtungen</li> </ul> (Österreich und internationale Ansätze)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Rehabilitationseinrichtungen</li> <li>▪ Ambulante Gesundheitseinrichtungen</li> </ul>
<b>Publikationsart</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Qualitative Studien</li> <li>▪ Quantitative Studien</li> <li>▪ Systematic Reviews</li> <li>▪ Handbücher</li> <li>▪ Zeitschriften</li> <li>▪ Metaanalysen</li> </ul>	Nicht-wissenschaftliche Publikationen
<b>Zeitraum</b>	2003-2023 (ausgenommen Gesetzestexte)	Vor 2003
<b>Sprache</b>	Deutsch & Englisch	Literatur in anderen Sprachen

Jenes identifizierte Datenmaterial, auf welches die formulierten Ausschlusskriterien zutreffen, wurde nicht in die weitere Recherche miteinbezogen, da kein Bezug zur vorliegenden Thematik hergestellt werden konnte.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass durch die selektive Literatursuche eine evidenzbasierte Beantwortung der zugrundeliegenden Forschungsfragen vonstattenging. In weiterer Folge wurden die gewonnenen Erkenntnisse durch Expert\*inneninterviews mit Einblicken in die Berufspraxis ergänzt.

Zur übersichtlichen Darstellung wird der Selektionsprozess der Literatursuche, aufgrund welcher Kriterien bestimmte Veröffentlichungen aus- oder eingeschlossen wurden, in einem Flussdiagramm (s. **Abbildung 3**) aufbereitet. Dieses Diagramm beinhaltet die genaue Anzahl der recherchierten, wissenschaftlichen Publikationen. Weiters wurde ein Suchprotokoll geführt (s. **Anhang A.12**Suchprotokoll), um die Nachvollziehbarkeit des methodischen Vorgehens zu gewährleisten.

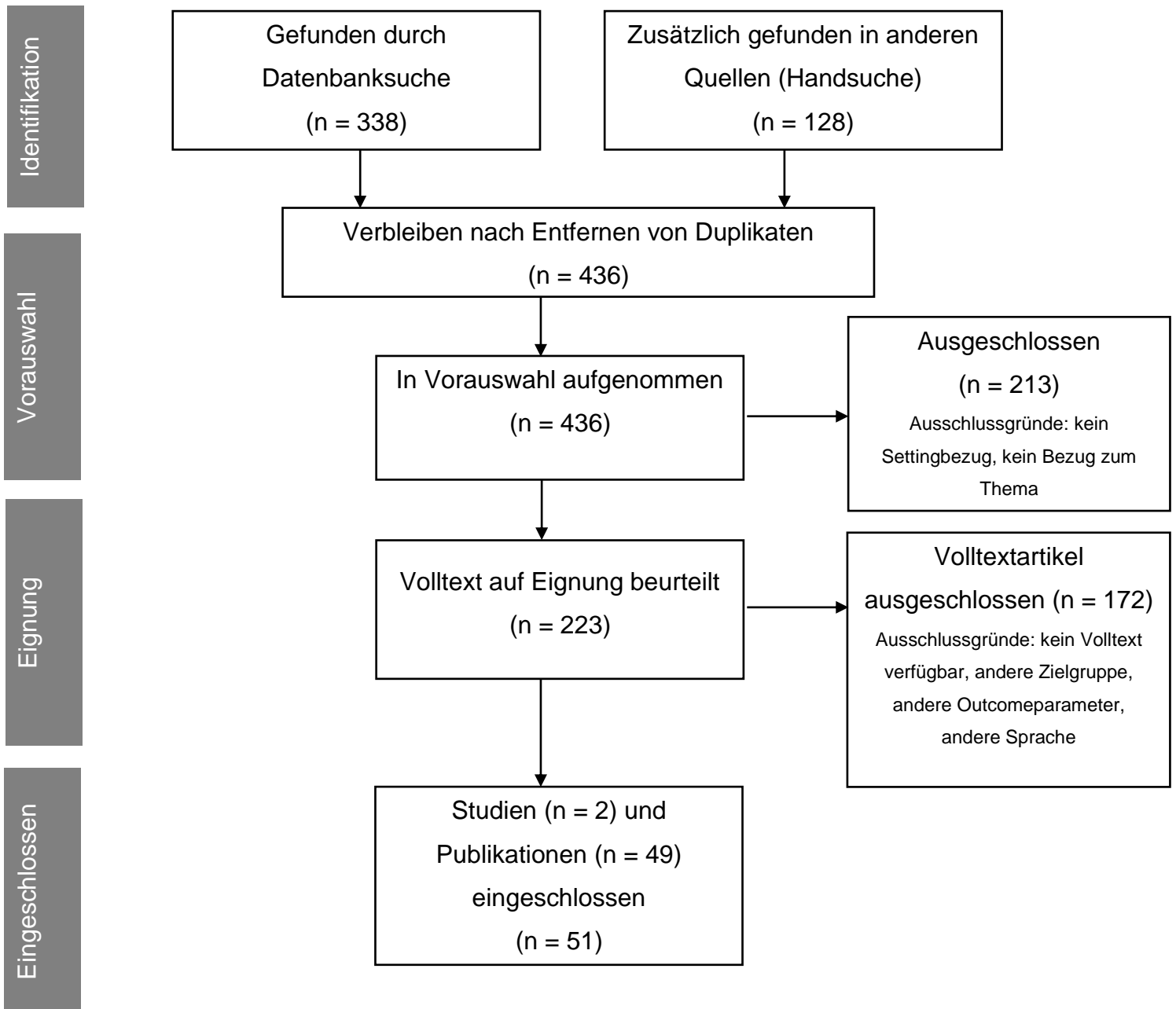


Abbildung 3: Flussdiagramm zur Abbildung des Selektionsprozesses der Literatursuche, Quelle: Eigene Erstellung

### **1.3.2 Empirieteil**

Basierend auf der vorab durchgeführten Eruiierung des Forschungsstandes und den Erkenntnissen des Theorieteils wurde die Masterarbeit durch ein qualitatives Methodendesign erweitert.

Dabei wurden teilstrukturierte, leitfadengestützte Expert\*inneninterviews durchgeführt. Mittels dieses qualitativen Zugangs sollen die aktuellen Handlungsfelder, Probleme und Tendenzen aus der Praxis besser abglichtet werden. Die Interviews wurden mit Führungskräften und Mitarbeiter\*innen in den Sektoren Medizin und Pflege geführt. Eine ausführliche Beschreibung der methodischen Vorgehensweise erfolgt in **Kapitel 6.1** dieser Masterarbeit.

Schlussendlich erfolgte ein Zusammenführen der Ergebnisse aus dem theoretischen und dem empirischen Teil dieser Arbeit, um die wichtigsten Erkenntnisse ableiten zu können. Nach einer Zusammenfassung der Kernerkenntnisse, welche sich aus der vorliegenden Masterarbeit ableiten lassen, und einer kritischen Auseinandersetzung mit der Methodik und den Forschungsergebnissen, gibt die Arbeit einen Ausblick, in dem zusätzliche Handlungsfelder identifiziert werden (s. **Kapitel 7**).

## **2 BEGRIFFSABGRENZUNGEN**

Um ein gemeinsames Verständnis für das Forschungsthema zu schaffen, erfolgt im vorliegenden Kapitel die Definition und Abgrenzung der wichtigsten Begrifflichkeiten, welche im Zuge der Masterarbeit zum Einsatz kommen werden.

### **2.1 Organisation**

Unter Organisation wird das planvolle und sinnvolle Gestalten verstanden, wobei vor allem im stationären Bereich der Ablauf in den einzelnen Abteilungen gut koordiniert und organisiert sein sollte. Dabei liegt der Fokus beispielsweise auf der Erstellung von Dienstplänen für das medizinische und pflegerische Personal. Diese dienen sowohl der Sicherstellung der Patient\*innenversorgung als auch der Auswertung von Mitarbeiter\*inneneinsätzen und der Verwaltung der Arbeitsstunden (z.B. Überstunden). Eine gute Organisation ist auch bei der Personalplanung unabdingbar, um jederzeit eine ausreichende Patient\*innenversorgung gewährleisten zu können (Lobnig & Grossmann, 2013, S. 7-8). In Anlehnung an die Masterarbeit ist auch bei der Dokumentationstätigkeit eine gute Organisation im Pflegeprozess unabdingbar, um Behandlungsergebnisse und dergleichen übersichtlich, vollständig und korrekt abbilden zu können.

### **2.2 Dokumentation**

Die Dokumentationen von Medizin und Pflege nehmen in der gegenständlichen Masterarbeit einen zentralen Stellenwert ein. Rechtsgrundlage für das Dokumentations- und Berichtswesen in österreichischen Krankenhäusern bildet das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen, erlassen 1996 (BGBl. Nr. 745/1996) in der derzeit geltenden Fassung. Gemäß diesem Bundesgesetz (§1) ist die Dokumentationstätigkeit wie folgt festgelegt:

*„Das Bundesgesetz über die Dokumentation im Gesundheitswesen bildet die den datenschutzrechtlichen Bestimmungen entsprechende rechtliche Grundlage für die Dokumentation von gesundheitsbezogenen Daten im intra- und extramuralen ambulanten und im stationären Versorgungsbereich sowie*

*für die Verarbeitung der Daten von Patientinnen/Patienten sowie Leistungserbringerinnen/Leistungserbringern in pseudonymisierter Form.“*  
(Österreichische Bundesregierung, 1996b, www)

Folglich werden die beiden wichtigen Begriffe, nämlich die medizinische und die pflegerische Dokumentation, definiert und abgegrenzt, da diese im Mittelpunkt der Arbeit stehen.

### **2.2.1 Medizinische Dokumentation**

Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgungsqualität basieren vorwiegend auf der Dokumentation von Behandlungsdaten. In der heutigen Zeit ist die Diagnostik in der Medizin viel differenzierter als früher, wodurch auch der Aufwand an medizinischer Dokumentation zunimmt.

Die medizinische Dokumentationstätigkeit kann sich auf verschiedene Arten von Information und Wissen stützen. Dies umfasst Informationen über individuelle Patient\*innenbefunde und durchgeführte Therapien sowie Kenntnisse über diagnostische Verfahren und Behandlungen diverser Krankheitsbilder. Auch Ergebnisse von Arzneimittelvergleichen oder Verzeichnisse medizinischer Publikationen zählen dazu. Weiters gehören alle patient\*innenbezogenen Aufzeichnungen, welche bei der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeit entstehen, zum Beispiel bei der Versorgung von Patient\*innen, zum Bereich der medizinischen Dokumentation. Diese Dokumentation kann auch im Bereich der Forschung angewandt werden. Einen wesentlichen Bereich nimmt ebenso die Verwaltungsdokumentation ein, wo es vor allem um die Erstellung von Dienstplänen und die Verwaltung von Medikamenten geht (Leiner et al., S. 1, 4 & 9).

### **2.2.2 Pflegerische Dokumentation**

Mitarbeiter\*innen der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe sind im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit verpflichtet, die von ihnen verrichteten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren. Die Pflegedokumentation und deren Vorgaben sind gesetzlich im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) festgehalten und ist somit verpflichtend durchzuführen (Gesundheit Österreich GmbH, 2017, S. 2).

Die Dokumentation in der Pflege beginnt mit der Aufnahme und endet mit der Entlassung von Patient\*innen und Bewohner\*innen in den jeweiligen Gesundheitseinrichtungen. Diese Art von Dokumentation stellt die fachlichen Aspekte der Pflegetätigkeit dar und dient vor allem der Sicherstellung der Qualität sowie der Nachvollziehbarkeit pflegerischen Handelns. Die einzelnen Schritte im Pflegeprozess umfassen das Pflegeassessment, die Pflegediagnostik, das Planen und Durchführen von Pflegeinterventionen sowie die Ergebnisbeurteilung im Sinne der Evaluation (ebd., S. 8).

Sowohl die medizinische Dokumentation als auch die Pflegedokumentation umfassen eine Vielzahl an einzelnen Aktivitäten, die festgeschrieben werden müssen. Demzufolge nimmt die Dokumentationstätigkeit auch einen enormen zeitlichen Aufwand in Anspruch, der durch zukünftige Entwicklungen und stetig steigende Anforderungen weiter zunehmen wird. Die Medizin und Pflege stehen derzeit, aber auch in naher Zukunft, vor großen Herausforderungen, die es bestmöglich zu bewältigen gibt. Um Ideen und Lösungsansätze in der Praxis zu generieren, werden in dieser Arbeit mögliche Ansätze aufgezeigt, die zur Dokumentationsentlastung zum Einsatz kommen können.

## **2.3 Gesundheitseinrichtungen**

Unter einer Gesundheitseinrichtung wird jene Organisation verstanden, deren Hauptaufgabe es ist, in der Versorgung oder Behandlung von Patient\*innen oder der Förderung der öffentlichen Gesundheit zu unterstützen.

Laut dem Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) §1 lautet die Definition wie folgt:

*„(1) Unter Krankenanstalten (Heil- und Pflegeanstalten) sind Einrichtungen zu verstehen, die*

- zur Feststellung und Überwachung des Gesundheitszustands durch Untersuchung,*
- zur Vornahme operativer Eingriffe,*
- zur Vorbeugung, Besserung und Heilung von Krankheiten durch Behandlung,*

- zur Entbindung,
- für Maßnahmen medizinischer Fortpflanzungshilfe oder
- zur Bereitstellung von Organen zum Zweck der Transplantation bestimmt sind.

(2) Ferner sind als Krankenanstalten auch Einrichtungen anzusehen, die zur ärztlichen Betreuung und besonderen Pflege von chronisch Kranken bestimmt sind.“ (Österreichische Bundesregierung, 1957, www)

Zu den Gesundheitseinrichtungen in Österreich zählen neben allgemeinen Krankenhäusern auch Sonder- und Schwerpunkt-Krankenanstalten, Alters- und Pflegeeinrichtungen, Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, Medizinische Versorgungszentren, Arztpraxen, Physiotherapiepraxen, Laboratorien, Ambulatorien sowie Apotheken. Demzufolge werden Gesundheitseinrichtungen in den ambulanten und stationären Versorgungsbereich gegliedert (DocCheck Flexikon, 2019, www).

Gemäß dem österreichischen Medizinproduktegesetz (MPG) §2 Allgemeine Begriffsbestimmungen (23) wird eine Gesundheitseinrichtung wie folgt definiert:

*„Einrichtung des Gesundheitswesens ist jede Einrichtung, Stelle oder Institution, in der Medizinprodukte durch Angehörige der Heilberufe oder dazu befugte Gewerbeberechtigte berufsmäßig betrieben oder angewendet werden, einschließlich jener Einrichtungen des Bundesheeres, die der Sanitätsversorgung dienen“* (Österreichische Bundesregierung, 1996a, www).

In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf dem stationären Versorgungsbereich, wobei vor allem die Verwaltung und die Organisation von Dokumentationsstätigkeiten des Gesundheitspersonals in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen näher erforscht werden.

### **2.3.1 Stationär**

In Österreich wird die stationäre medizinische Versorgung sowohl von öffentlichen als auch von privat-gemeinnützigen und rein privaten Krankenhäusern gewährleistet. Zu den Träger\*innen beziehungsweise Betreiber\*innen von Krankenhäusern zählen die Länder mit deren Landesgesellschaften, Gemeinden,

Sozialversicherungsträger\*innen sowie die privaten und konfessionellen Träger\*innen (BMASGK, 2019, S. 22).

Der Begriff „stationär“ stammt aus der Gesundheitswissenschaft und befasst sich mit medizinischen Versorgung oder pflegerischen Leistungen eines Menschen in einer Gesundheitseinrichtung. Unter dem stationären Bereich wird jene Behandlung verstanden, bei der die Patient\*innen zeitlich ununterbrochen – das heißt mindestens einen Tag und eine Nacht – einen Aufenthalt im Krankenhaus verbringen. Patient\*innen verweilen einerseits zur ärztlichen Beobachtung, andererseits zur Vorbereitung auf anstehende operative Eingriffe oder auch zur Nachsorge im Krankenhaus. Neben den Krankenanstalten zählen auch Pflegeeinrichtungen sowie Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen zu den stationären Gesundheitseinrichtungen (DocCheck Flexikon, 2019, www).

## **2.4 Gesundheitsberufe**

Ein Gesundheitsberuf ist gemäß des Kompetenztatbestandes Gesundheitswesen (Art. 10 Abs. 1 Z 12 B-VG) ein gesetzlich geregelter Beruf, dessen Berufsbild die Maßnahmenumsetzung zur Fürsorge für den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung inkludiert. Im Rahmen der Gesundheitsversorgung sind damit jene Tätigkeiten gemeint, die unmittelbar an beziehungsweise unmittelbar oder mittelbar für den Menschen zur Förderung, Erhaltung, Wiederherstellung oder Verbesserung einer ganzheitlichen Gesundheit und in allen Lebensphasen beitragen (BMSGPK, 2020, S. 4).

Folgende Gemeinsamkeiten sind für Gesundheitsberufe in Österreich gültig:

- Schutz vom Gesetzgeber durch einen Tätigkeits- bzw. Berufsvorbehalt, einen Bezeichnungsvorbehalt sowie einen Ausbildungsvorbehalt.
- Leistung eines wichtigen Beitrags zur Gesundheitsversorgung im intra- und extramuralen Bereich, in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation.
- Berufsankennung beziehungsweise Nostrifikation bei erworbener Qualifikation im Ausland.

- Gewissenhafte Ausübung des Berufes ohne Unterschied der Person.
- Wahrung des Wohlergehens und der Gesundheit der Menschen unter Einhaltung von Vorschriften und Berufspflichten (BMSGPK, 2020, S. 4).

#### **2.4.1 Medizin**

*„Die Ausübung des ärztlichen Berufes umfasst jede auf medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen begründete Tätigkeit, die unmittelbar am Menschen oder mittelbar für den Menschen ausgeführt wird“* (BMSGPK, 2020, S. 8).

Zu diesen Tätigkeiten zählen beispielsweise:

- Untersuchung auf vorliegende bzw. nicht vorliegende körperliche oder psychische Krankheiten,
- Beurteilung und Behandlung von Krankheiten,
- Vornahme operativer Eingriffe,
- Vorbeugung vor Krankheiten,
- Verordnung von Heilmitteln, Heilbehelfen sowie medizinisch-diagnostischen Hilfsmitteln und vieles mehr (ebd., S. 8).

#### **Berufsberechtigung**

Zur Ausübung des Berufes des Allgemeinmediziners beziehungsweise der Allgemeinmedizinerin sowie Fachärzt\*in sind jene Personen zugelassen, die allgemeine Erfordernisse, vorgeschriebene besondere Erfordernisse sowie die Eintragung in die Ärzteliste erfüllen (BMSGPK, 2020, S. 9).

Zu den gesetzlichen Interessensvertretungen der Ärzt\*innen zählen die „Österreichische Ärztekammer“ und die Ärztekammern in den einzelnen Bundesländern. Sollte eine Nostrifikation von Berufsqualifikationen aus anderen Ländern notwendig sein, erfolgt diese durch eine medizinische Universität in Österreich (BMSGPK, 2020, S. 12).

### **2.4.2 Pflege**

Gemäß Gesundheits- und Krankenpflegegesetz § 1 sind Gesundheits- und Krankenpflegeberufe wie folgt gegliedert:

- der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege (DGKP),
- die Pflegefachassistenz (PFA) und
- die Pflegeassistenz (PA) (Österreichische Bundesregierung, 1997, www).

Hinsichtlich der Dokumentation in der Pflege sind nach §5 des GuKG wesentliche Vorschriften festgelegt, welche bei Ausübung der Tätigkeit eingehalten werden sollten:

- Bei der Berufsausübung der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe ist es verpflichtend, die gesetzten gesundheits- sowie krankenpflegerischen Maßnahmen an den Patient\*innen zu dokumentieren.
- Weiters umfasst diese Dokumentation die Bereiche der Anamnese, der Diagnose, der Planung sowie ebenso die Maßnahmen bei der Pfl egetätigkeit.
- Auf Verlangen der pflegebedürftigen Personen beziehungsweise der Patient\*innen oder auch bevollmächtigter Menschen ist eine Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewährleisten. Auch eine Zurverfügungstellung von Kopien ist gegen Kostenersatz möglich.
- Sollte eine freiberufliche Tätigkeit (§ 36) in diesem Gesundheitsberuf ausgeübt werden, ist eine Aufbewahrung der Aufzeichnungen und auch der sonstigen Dokumentationsunterlagen für die Dauer von mindestens zehn Jahren vorgesehen (Österreichische Bundesregierung, 1997, www).

Zu betonen ist hierbei, dass auch gesetzliche Vorgaben im Mittelpunkt eines Kapitels (s. 4.1) der vorliegenden Masterarbeit stehen. Rechtliche Grundlagen nehmen einen zentralen Stellenwert bei der Berufsausübung des Gesundheitspersonals, vor allem auch bei der Dokumentationstätigkeit, ein.

## **2.5 Medizinisch-pflegerisch bezogene Verwaltungsberufe**

Die Dokumentationsaufgaben im medizinischen Bereich beanspruchen viele Zeitressourcen, die dem Gesundheitspersonal für Behandlungen und Gespräche mit

Patient\*innen sowie Angehörigen fehlen. Demnach ist es wesentlich, die Arbeitsabläufe zu analysieren und Maßnahmen zu setzen, um Unterstützung in diesem Bereich zu ermöglichen. Dafür können unterschiedliche Assistenzberufe zum Einsatz kommen:

- **Medizinische Assistenzberufe** wie medizinische Fachassistenz oder auch Laborassistenz. Auch **Ordinationsassistent\*innen**, die im primären Versorgungsbereich tätig sind, können dafür vorgesehen werden.
- **Medizinische Dokumentationsfachkräfte**, die beim Dokumentieren und Kodieren im medizinisch-pflegerischen Arbeitsalltag unterstützen.
- **Medizinische Sekretär\*innen**, deren Aufgaben im medizinischen und kaufmännischen Bereich liegen (Österreichische Bundesregierung, 2012, [www](#)).

In den nachfolgenden Kapiteln wird eingangs auf die theoretischen Grundlagen der Masterarbeit eingegangen. Neben den gesetzlichen Grundlagen, dem Aufbau und den Inhalten der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, wird der Fokus auch auf die zeitlichen und personellen Ressourcen sowie auf den Erwerb digitaler Kompetenzen und der Implementierung von Softwarelösungen gelegt.

### **3 THEORETISCHE GRUNDLAGEN**

Nachfolgend wird näher auf zwei theoretische Modelle eingegangen, die für die vorliegende Arbeit von Relevanz sind. Es wird eine Übersicht über die Leistungseinheitsrechnung und das PPR 2.0 Modell geboten.

#### **3.1 Leistungseinheitsrechnung**

Um den Personalbedarf zu berechnen und abzubilden, wird im Rahmen dieser Masterarbeit auf die „Leistungseinheitsrechnung“ zurückgegriffen. Diese Methode wird zur leistungsorientierten Personalbedarfsbestimmung herangezogen, um den Arbeitsaufwand zu eruieren, welcher bei der Durchführung einer Leistung – in diesem Fall bei der Dokumentationstätigkeit – zustande kommt. In weiterer Folge kann davon der Zeitaufwand sowie der Personalbedarf abgeleitet werden (Naegler & Garbsch, 2021, S. 107-108).

Somit konzentriert sich diese Berechnungsform auf den Zusammenhang zwischen dem Ergebnis der Leistung und dem Leistungspotenzial pro Mitarbeiter\*in. Jedoch liegt die Schwierigkeit darin, den exakten Aufwand sowie die dafür aufgewendete Zeit zu erfassen. Beispielsweise kann in Anlehnung an diese Arbeit der Dokumentationsaufwand bei der Aufnahme von Patient\*innen erhoben werden oder auch die Anzahl der Patient\*innen pro Pflegekraft. Ergänzend dazu ist es zentral hervorzuheben, dass ebenso Dokumentationstätigkeiten (bei allen Tätigkeiten) ein Teil des geschätzten beziehungsweise kalkulierten Zeitaufwandes sind. Diese Methode geht eng mit dem PPR 2.0 Modell einher, welches im nächsten Kapitel (s. **3.2**) beschrieben wird, da dieses eine spezifische Weiterentwicklung der Leistungseinheitsrechnung ist (ebd., S. 111-112).

Die Leistungseinheitsrechnung wird vorrangig zur Kalkulation und zur Analyse des Arbeitsaufwandes (Netto-Brutto-Wert) für unterschiedliche Bereiche in stationären Gesundheitseinrichtungen, wie beispielsweise in bettenführenden Stationen, eingesetzt (Zulehner, 2022, S. 107). Dafür wird das Vollzeitäquivalent (VZÄ), im Englischen mit FTE (Full Time Equivalent) abgekürzt, herangezogen, welches ein relatives Maß zur Berechnung der Ressourcenkapazität darstellt. Weiters wird durch diesen Wert die Anzahl an Vollzeitbeschäftigten angeführt, die notwendig sind, um den

jährlichen Stundenbedarf personell abzudecken (ebd., S. 84-85). Zur Berechnung des Stunden- und Dokumentationsaufwandes werden im weiteren Verlauf der Masterarbeit die Berufsgruppen der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, der Pflegefachassistenten und der Pflegeassistenten näher in den Fokus genommen.

### **3.2 Pflegepersonalregelung – PPR 2.0 Modell**

Unter dem Instrument der PPR werden Grundsätze sowie Maßstäbe verstanden, welche zur Ermittlung des Bedarfs an Fachpersonal für den pflegerischen Dienst in bettführenden Einrichtungen dienen. Die Basis zur Ermittlung der Arbeitsmenge bilden die Patient\*innenanzahl sowie die für die Patient\*innen zu erbringenden pflegerischen Leistungen. Ergänzend dazu wird zur Berechnung auch der Zeitbedarf für die Pflege pro Patient\*in und Tag ermittelt, der aus der Arbeitsmenge und den Leistungen abgeleitet wurde (Naegler & Garbsch, 2021, S. 110).

*„Ziel der PPR ist eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen Pflegekonzept orientierte Pflege stationär und teilstationär zu behandelnder Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenbehandlung [...] bedürfen“* (Zuhlehner, 2022, S. 112).

Zur Berechnung werden folgende drei wesentliche Bereiche herangezogen:

**Pflegegrundwert:** Dieser Wert umfasst 33 Minuten pro Patient\*in und Tag. Er wird basierend auf jenen Tagen berechnet, an denen die Patient\*innen tatsächlich auf den Bettenstationen liegen, wobei die Einstufung der einzelnen Patient\*innen einmal pro Tag durchgeführt wird (Zuhlehner, 2022, S. 112; Naegler & Garbsch, 2021, S. 110-111).

**Fallwert:** Für die gesamte Aufenthaltsdauer einer Patientin beziehungsweise eines Patienten (Fall) werden 75 Minuten als Fallwert berechnet. Dabei beziehen sich die Leistungen vor allem auf Tätigkeiten mit externen Patient\*innenaufnahmen, Stationsverlegungen sowie Entlassungen und die Versorgung von verstorbenen Patient\*innen (Zuhlehner, 2022, S. 113; Naegler & Garbsch, 2021, S. 111).

**Pflegestufen und Patientengruppen (Kategorisierung):** Für die Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs ist es wesentlich, die Patient\*innen aufgrund der für sie

notwendigen Pflegeleistungen in zwei bestimmte Pflegebereiche einzuordnen: Allgemeine Pflege (A) und Spezielle Pflege (S)

In der **allgemeinen Pflege** sind Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger\*innen für die Anordnung sowie Durchführung von Leistungen der Körperpflege, Ernährung, Bewegung und Lagerung sowie Ausscheidung verantwortlich. Bei der **speziellen Pflege** hingegen ist die Anordnungsverantwortung den Ärzt\*innen und die Durchführungsverantwortung den Pflegekräften zugeschrieben. Zu den Leistungsbereichen gehören unter anderem die medikamentöse Versorgung, Wund- sowie Hautbehandlungen und Operationen, invasive Maßnahmen sowie akute Krankheitsphasen (Staflinger, 2019, S. 40).

Weiters ist jeder der beiden Pflegebereiche in vier Stufen unterteilt:

- (1) Grundleistungen
- (2) Erweiterte Leistungen
- (3) Besondere Leistungen
- (4) Hochaufwendige Leistungen (Zulehner, 2022, S. 113).

Der Bereich der allgemeinen Pflege umfasst jenen Tätigkeitsbereich, für welchen das Diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonal einerseits die Anordnungsverantwortung und andererseits die Durchführungsverantwortung trägt. Nach den folgenden Merkmalen erfolgt die Einordnung in die vier Leistungsbereiche: Körperpflege, Ernährung, Ausscheidung sowie Mobilisation und Positionswechsel. Die Patient\*innen werden einmal täglich zu einer der vier vorhandenen Pflegestufen zugeordnet:

- **A1** = Jene Patient\*innen, die selbständig sind und nur eine minimale Unterstützung hinsichtlich Pflege- und Serviceleistungen benötigen.
- **A2** = Jene Patient\*innen, die weitestgehend selbständig sind, dennoch Hilfe oder Unterstützung bei unterschiedlichen Leistungen benötigen.
- **A3** = In diesem Fall ist eine vollständige Pflege der Patient\*innen durch die Pflegekräfte notwendig.

- **A4** = Bei Patient\*innen dieser Gruppe muss ein bestimmter Index mit Punkten erreicht werden, um hier zugeordnet zu werden (Zulehner, 2022, S. 114-115).

Im Gegensatz dazu werden unter der speziellen Pflege jene Tätigkeiten verstanden, für welche das Diplomierte Gesundheits- und Pflegepersonal die Durchführungsverantwortung innehat, wobei in diesem Fall die Anordnungsverantwortung beim Arzt beziehungsweise bei der Ärztin liegt. In diesem Bereich erfolgt die Orientierung der Einordnungsmerkmale an folgenden Leistungsbereichen: *„Leistungen im Zusammenhang mit Operationen, invasiven Maßnahmen und akuten Krankheitsphasen; Leistungen im Zusammenhang mit medikamentöser Versorgung; Leistungen im Zusammenhang mit Wund- und Hautbehandlung“* (ebd., S. 115).

Die Einordnung in die vier Stufen wird wie folgt durchgeführt:

- **S1** = Hier werden jene Patient\*innen zugeordnet, die zum Beispiel folgende grundlegende Leistungen bekommen: Routineüberwachung, Tropfen, Salben und Injektionen, Versorgung kleiner Wunden sowie Wechsel von Pflaster- oder auch Flexülenverbänden.
- **S2 bis S4** = Diesen Bereichen werden jene Patienten\*innen zugeordnet, die mindestens ein Einordnungsmerkmal aus einem der Leistungsbereiche der Leistungsstufen S2 bis S4 zutreffen muss (ebd., S. 115).

Schlussendlich ergeben sich aus der Kombination der beschriebenen Leistungsbereiche und Einordnungsmerkmale 16 unterschiedliche Pflegestufen, welchen die Patient\*innen zugeordnet werden, die mit Pflegeaufwandsaminuten versehen sind (s. **Tabelle 3**). Erwähnenswert ist hierbei, dass die Pflegeminutenwerte den aufwandsorientierten Pflegebedarf pro Patient\*in abbilden (Zulehner, 2022, S. 116).

**Tabelle 3:** Minutenwerte und PPR 2.0 Übersicht, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Zulehner (2022, S. 116)

Patienten- gruppe	Stufe	A Minuten	S Minuten	PPR 2.0 Minutenwerte	A Minuten	S Minuten	PPR Minutenwerte
A1/S1	1	20	39	59 min	20	32	52 min
A1/S2	2	20	56	76 min	20	42	62 min
A1/S3	3	20	92	112 min	20	68	88 min
A1/S4	4	20	131	151 min			nicht vorgesehen
A2/S1	5	75	39	114 min	66	32	96 min
A2/S2	6	75	56	131 min	66	42	108 min
A2/S3	7	75	92	167 min	66	68	134 min
A2/S4	8	75	131	206 min			nicht vorgesehen
A3/S1	9	164	39	203 min	147	32	179 min
A3/S2	10	164	56	220 min	147	42	189 min
A3/S3	11	164	92	256 min	147	68	215 min
A3/S4	12	164	131	295 min			nicht vorgesehen
A4/S1	13	296	39	335 min			nicht vorgesehen
A4/S2	14	296	56	352 min			nicht vorgesehen
A4/S3	15	296	92	388 min			nicht vorgesehen
A4/S4	15	296	131	427 min			nicht vorgesehen
<b>Pflegegrundwert</b>							
Pflegetag/Patient				33 min	30 min		
bei Isolationspflicht				123 min	nicht vorgesehen		
<b>Fallwert</b>							
Aufenthalt/Patient				75 min	70 min		

Alles in allem kann gesagt werden, dass das PPR 2.0 Modell ein hilfreiches Tool zur Ermittlung des Pflegepersonalbedarfs in bettenführenden Gesundheitseinrichtungen darstellt. Auch im Bereich der Dokumentation und des damit einhergehenden Aufwandes wird diese als besonders hilfreich angesehen. Des Weiteren stellt diese Methode einen Anwendungsfall der Leistungseinheitsrechnung, welche eingangs beschrieben wurde, dar.

## 4 DARSTELLUNG DER IST-SITUATION

Die Dokumentation im medizinischen und pflegerischen Bereich des Gesundheitswesens gewinnt durch eine zunehmende Bürokratisierung und sich verändernde Arbeitsbedingungen immer mehr an Bedeutung. In diesem Kapitel werden eingangs näher die gesetzlichen Vorgaben, vor allem die Rechtgrundlagen von Medizin und Pflege, betrachtet. Weiters wird die Durchführung der Dokumentationsaufgaben durch die Mitarbeiter\*innen in stationären Gesundheitseinrichtungen in den Fokus gerückt, um die tatsächlichen Dokumentationstätigkeiten zu eruieren. Danach wird ein Blick auf die Ausbildung und das notwendige Know-how des Gesundheitspersonals geworfen, um den Stellenwert von Dokumentation auch in Bezug auf Digitalisierung und die dafür erforderlichen Kompetenzen zu erheben. Anschließend wird der zeitliche Aufwand der zuständigen Mitarbeiter\*innen für die täglichen Dokumentationstätigkeiten skizziert, um gegebenenfalls mögliche Barrieren zu identifizieren. Zu guter Letzt stehen digitale Software- und Dokumentationssysteme im Fokus der Betrachtung.

### 4.1 Gesetzliche Vorgaben

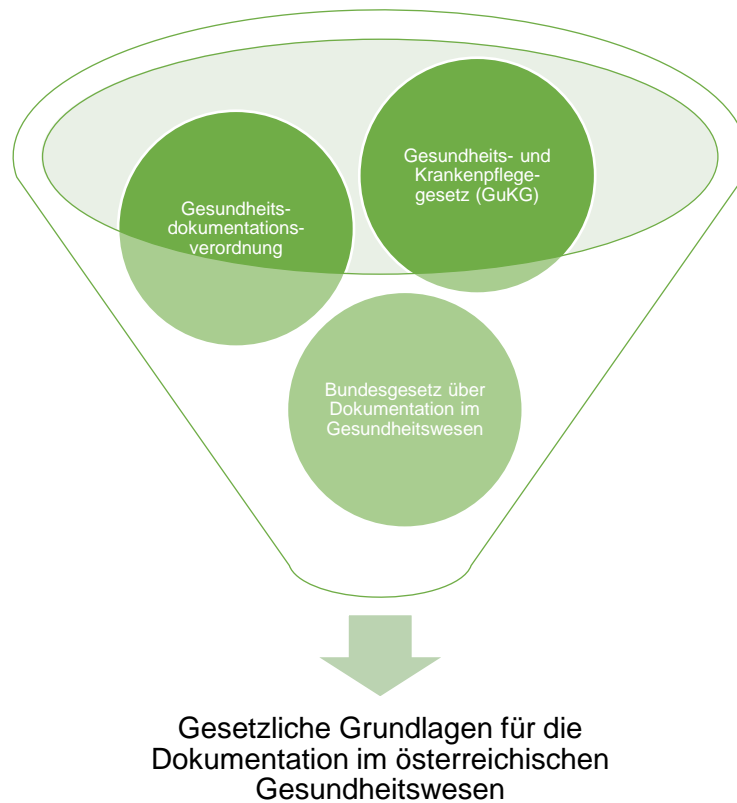
In Österreich sind die Rechtsgrundlagen der Dokumentation im Gesundheitsbereich besonders vielfältig, da unterschiedliche Berufsgruppen zur Dokumentation bei der Arbeitstätigkeit verpflichtet sind. Sowohl Mitarbeiter\*innen in der Gesundheits- und Krankenpflege als auch jene in Sozialberufen müssen gesetzlich verpflichtend dokumentieren. Aber auch weitere Personen, die in Gesundheitseinrichtungen wie Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen sowie der Hauskrankenpflege und dergleichen arbeiten, haben im Pflege- und Behandlungsprozess bestimmte Tätigkeiten zu verschriftlichen (s. **Kapitel 2.2**).

Die Dokumentationspflichten im Gesundheitsbereich dienen vor allem dazu, die Gesundheits- und Versorgungsqualität der Gesundheits- und Krankenpflege sowie auch jene der Ärzt\*innen für die betroffenen Patient\*innen und Bewohner\*innen zu gewährleisten. Eine qualitativ hochwertige und vollständige Dokumentation spricht sowohl für eine gute Zusammenarbeit als auch für das interne Qualitätsmanagement sowie die externe Qualitätskontrolle (Sträßner, 2010, S. 4).

#### 4.1.1 Dokumentationspflicht

Die Dokumentationspflicht in Österreich setzt sich einerseits aus berufsrechtlichen Regelungen wie zum Beispiel dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) und andererseits aus organisationsrechtlichen Regelungen wie beispielweise den Krankenanstaltengesetzen oder den Pflegeheimregelungen der einzelnen Länder zusammen. Ergänzend dazu sind weitere gesetzliche Bestimmungen wie beispielsweise das Heimaufenthaltsgesetz (HeimAufG) vorhanden. Erwähnenswert ist hierbei, dass sich die Dokumentationspflichten aus dem Behandlungsvertrag zwischen dem jeweiligen Träger der Einrichtung beziehungsweise dem einzelnen Berufsangehörigen sowie den Patient\*innen und Bewohner\*innen zusammensetzen. Darüber hinaus sind etwaige weitere Dokumentationspflichten der Arbeitgeber\*innen und Kostenträger\*innen zu berücksichtigen. Verantwortlich für die Einhaltung der Dokumentationspflichten der Mitarbeiter\*innen, die sich aus unterschiedlichen Gesetzen ergeben, sind die Führungskräfte von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen. Entsprechende Tools wie Formulare, Vorlagen und Dokumente in gedruckter oder elektronischer Form werden entsprechend dafür erarbeitet (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 2).

In diesem Zusammenhang spielen in Österreich einige Gesetzlichkeiten eine wesentliche Rolle. Die Gesetzesgrundlagen, wie beispielsweise die Novelle zum Dokumentationsgesetz und entsprechende Verordnungen, sind im Bundesgesetzblatt veröffentlicht und über das Rechtsinformationssystem des Bundes zugänglich (BMSGPK, 2022, [www](http://www.ris.bka.gv.at)). Die für diese Arbeit relevanten Gesetzlichkeiten sind in der nachfolgenden Grafik (s. **Abbildung 4**) dargestellt.



**Abbildung 4:** Darstellung der Gesetzesvorgaben für die Dokumentation im Gesundheitswesen,  
Quelle: Eigene Erstellung

Mit den Änderungen des Bundesgesetzes über die **Dokumentation im Gesundheitswesen** im Rahmen des Gesundheitsreformgesetzes 2013 und der **Verordnung zur Dokumentation** im ambulanten Bereich wurde von der Legislative gemäß den Datenschutzbestimmungen für Dienstleister\*innen eine gesetzliche Grundlage für die Dokumentation der ambulanten und stationären Versorgung im intra- sowie extramuralen Bereich entwickelt. Weiters ist dieses Änderungsgesetz auch für die Verarbeitung der Daten von Patient\*innen beziehungsweise Leistungsempfänger\*innen pseudonymisiert von zentraler Bedeutung (BMSGPK, 2022, [www](#)).

Das Dokumentationsgesetz wurde im Jahre 2017 im Rahmen des Vereinbarungsumsetzungsgesetzes erneut novelliert, wobei zeitgleich die **Gesundheitsdokumentationsverordnung** auf Grundlage dieses Bundesgesetzes deklariert wurde (Österreichische Bundesregierung, 1996b, [www](#)).

Diese Verordnung umfasst die Bestimmungen ...

- zur Dokumentation und Übermittlung der Daten aus dem ambulanten und stationären Bereich,
- der Diagnosen- und Leistungsdokumentationsverordnung sowie
- der Statistikverordnungen für landesfondsfinanzierte und nichtlandesfondsfinanzierte Krankenanstalten (Österreichische Bundesregierung, 2017, www).

Des Weiteren spielen auch das **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)** sowie das **Ärztegesetz (ÄrzteG)** eine wichtige Rolle, auf welche nachfolgend im Detail Bezug genommen wird.

Darüber hinaus ist zu betonen, dass in Österreich die vorab erwähnten gesetzlichen Vorgaben bei der Dokumentationstätigkeit durch die Mitarbeiter\*innen einzuhalten sind.

#### **4.1.2 Rechtsgrundlage in der Pflege**

Um ein grundlegendes Verständnis zu schaffen, wird der Begriff der Pflegedokumentation auf Gesetzesebene, der in den Ländern unterschiedlich definiert ist, näher erläutert. Rechtlich festgeschrieben ist die Pflegedokumentation in Österreich auf bundesgesetzlicher Ebene in folgenden sieben Gesetzen, die in **Abbildung 5** dargestellt sind. Hervorzuheben ist dabei, dass einige Gesetzlichkeiten auch auf den ärztlichen Bereich zutreffen.



**Abbildung 5:** Gesetze der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Rappold & Aisleither (2017, S. 2)

Die Pflegedokumentation hat verschiedene gesetzliche Anforderungen, die es zu beachten gibt. Die Art, der Umfang und der Detaillierungsgrad der Dokumentation liegen immer in den rechtlichen Kompetenzen der Pflegeberufe und werden ebenso von unterschiedlichen Faktoren beeinflusst. Daher sollten in der Pflege jene Personen dokumentieren, die auch die notwendigen Kompetenzen dafür besitzen. Die Praxis zeigt, dass Pflegekräfte die Pflegedokumentation als ein wichtiges Tool ansehen, um sich einerseits rechtlich abzusichern und um andererseits vor allem die bestmögliche Pflege sowie Betreuung der Bewohner\*innen umfassend sicherzustellen (Rappold & Aistleithner, 2017, S. 4-6).

Das **Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG)** nimmt für Angehörige dieser Berufsgruppe einen zentralen Stellenwert ein, da diese auch zur Dokumentation des Pflegeprozesses gesetzlich verpflichtet sind. Dieses GuK-Gesetz besagt in den Berufspflichten §5 Abs. 1, dass das Pflegepersonal bei der Berufsausübung die gesetzten gesundheits- und pflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren hat. Dabei müssen die einzelnen Prozessschritte beginnend mit der Pflegeanamnese und endend mit den Pflegemaßnahmen festgeschrieben werden. Es gilt zu berücksichtigen, dass auf Verlangen der Patient\*innen, Bewohner\*innen oder gesetzlichen Vertreter\*innen

sowie Bevollmächtigten eine Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren ist. Gegebenenfalls sind auch Kopien gegen Kostenersatz herzustellen. In Bezug auf die Dokumentation sowie sonstige Aufzeichnungen ist eine Aufbewahrung der dafür benötigten Unterlagen mindestens zehn Jahre einzuhalten. In § 5 Abs. 2 GuKG liegt der Fokus vor allem auf dem Bereich der pflegerischen Kernkompetenzen gemäß § 14 GuKG. Vorgesehen ist jedoch, dass der gesamte Kompetenzbereich gemäß den §§ 14-16, sowie 17ff GuKG dokumentiert werden muss (Österreichische Bundesregierung, 1997, www).

Beim **Gesundheitsqualitätsgesetz** ist beispielweise eine einheitliche Qualitätsberichterstattung von wesentlicher Bedeutung, für welche die Dokumentation die Grundlage zur Zielerreichung bildet (Österreichische Bundesregierung, 2004, www).

Die Herausforderungen im Bereich der Pflegedokumentation nehmen durch unterschiedliche Entwicklungen und Veränderungen stetig zu, wodurch ein neues Verständnis dieser Dokumentation notwendig ist. Um die pflegerische Dokumentation an die aktuellen Gegebenheiten anzupassen sowie sinnvoll zu gestalten, hat die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) im Jahr 2010 ein Projekt gestartet und gemeinsam mit Expert\*innen aus der Praxis Handlungsvorschläge entwickelt. Eine Interpretation des Pflegedokuments wurde erstellt und grundlegende Fehler im Dokument wurden bereinigt. Seit 2017 wird diese Arbeitshilfe kontinuierlich weiterentwickelt sowie ergänzt und in allen pflegerelevanten Versorgungsbereichen in Österreich angeboten. Es stellt einen Vorschlag für ein bundesweit und bereichsübergreifend abgestimmtes Pflegekompetenzbereichsdokument dar (Rappold & Aistleither, 2017, S. 1-2).

In diesem Dokument der GÖG werden allgemein die jeweiligen Anforderungen der Pflegedokumentation aufgelistet, insbesondere die verschiedenen Schritte im Pflegeprozess. Zu betonen ist hierbei, dass diese Arbeitshilfe jedoch nicht genau definiert, in welchen Situationen von welcher Person welche Tätigkeit zu erfassen beziehungsweise zu dokumentieren ist. Die Schritte, welche im Zuge des Pflegeprozesses durchzuführen und zu erfassen sind, sind sowohl von der pflegerischen Sicht als auch von der Organisationseinheit und den jeweiligen

Patient\*innen und Bewohner\*innen abhängig. Je kürzer der Krankenhausaufenthalt, desto weniger einzelne Pflegeprozessschritte werden angewendet. Somit lässt sich sagen, dass dieses Arbeitshilfe-Dokument mögliche Fehler im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation aufzeigt und diese in weiterer Folge mit entsprechenden Maßnahmen reduziert (Rappold & Aistleither, 2017, S. 10-12).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die in den letzten Jahren auf internationaler und nationaler Ebene entwickelte gesetzliche Vereinheitlichung der Pflegedokumentation zur Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege beigetragen hat. Die Pflegedokumentation ist eine unverzichtbare Maßnahme zur Sicherung und Verbesserung der Pflegequalität.

#### **4.1.3 Rechtsgrundlage in der Medizin**

Auch in der Medizin ist die Dokumentationspflicht von Ärzt\*innen gesetzlich verankert. Die Verpflichtung zur Bereitstellung einer angemessenen medizinischen Dokumentation setzt sich einerseits aus dem §51 **Ärztegesetz** und andererseits aus §10 Abs. 3 des **Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetzes** (KaKuG) zusammen. Die ärztliche Dokumentationspflicht muss eingehalten werden, um vor allem die medizinische Zusammenarbeit zu erleichtern und Beweise sicherzustellen. In diesem Zusammenhang verfügt die Ärzteschaft über eine Dokumentationspflicht und Auskunftserteilung bei der beruflichen Tätigkeit. Das heißt, dass tätige Personen in ihrer Berufsausübung verpflichtet sind, Dokumentationen über den Zustand der Patient\*innen bei den unterschiedlichen Behandlungsprozessen vorzunehmen (Österreichische Bundesregierung, 1998, www).

Gemäß dem Ärztegesetz §51 Abs. 1 sind Ärzt\*innen verpflichtet, Aufzeichnungen über jegliche Beratungen und Behandlungen bei den Patient\*innen zu dokumentieren. Die Dokumentation bezieht sich dabei auf [...] *„den Zustand der Person bei der Übernahme der Beratung oder Behandlung, die Vorgeschichte einer Erkrankung, die Diagnose, den Krankheitsverlauf sowie über die Art und Umfang der beratenden, diagnostischen oder therapeutischen Leistungen“* [...] (Österreichische Bundesregierung, 1998, www).

Zweckmäßig beruht die Dokumentation auf der einen Seite auf der Forcierung der Behandlungssicherung. Auf der anderen Seite dient sie im Falle eines

Gerichtsverfahrens zu Beweis Zwecken in der Eigenabsicherung des jeweiligen Arztes beziehungsweise der jeweiligen Ärztin. Darüber hinaus ist eine adäquate Dokumentation aller notwendigen Diagnosen, Maßnahmen und Gespräche, insbesondere bei der Behandlung von Patient\*innen durch mehrere verschiedene Ärzt\*innen, eine Grundvoraussetzung für eine ausreichende Informationsaufklärung der beteiligten Ärzt\*innen (Ploier, 2010, S. 26).

Nicht nur das Ärztegesetz, sondern auch das Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz verlangt eine umfassende Dokumentation. Besonders hinsichtlich des Zustands, der Anamnese, der Diagnose, des Verlaufs, der Art und des Umfangs der Leistungen einer Person sowie der Verabreichung von Arzneimitteln während der Beratung oder Behandlung. Die Aufzeichnungen und andere Unterlagen im Sinne des § 51 Abs. 1 ÄrzteG sind im niedergelassenen Bereich mindestens zehn Jahre und in Krankenhäusern mindestens 30 Jahre aufzubewahren, auch eine Einsicht durch die Patient\*innen ist vorgeschrieben (ebd., 2010, S. 26-28).

Die deutsche Literatur und Rechtsprechung weisen genauer darauf hin, worauf auch in der österreichischen Rechtsprechung oft Bezug genommen wird. Daher sollten die wesentlichsten Punkte in die Dokumentation aufgenommen werden. Neben den bereits erwähnten Aufgaben der Dokumentation wie unter anderem die Anamnese, sollten zusätzlich auch im Detail nach gesetzlichen Vorschriften folgende Bereiche von Ärzt\*innen erfasst werden:

- Funktionsbefunde,
- Medikamentenauswahl und Medikamentenverabreichung,
- Anamnesedaten,
- Operationsberichte,
- Fachberatungen,
- Patient\*innenbeschwerden,
- Protokolle und Berichte hinsichtlich Anästhesie und Operation,
- sowie gegebenenfalls Abweichungen von grundlegenden Behandlungen (Ploier, 2010, S. 26).

Alles in allem lässt sich sagen, dass die medizinische Dokumentation einen großen Teil der Arbeitstätigkeit von Ärzt\*innen einnimmt und auch für einen enormen

---

Zeitaufwand sorgt. Neben den umfangreichen Rechtsvorschriften fällt in der Praxis oftmals zusätzlicher Dokumentationsaufwand, der sich im Medizin- und Pflegeprozess ergibt, zulasten des Personals.

#### **4.1.4 Folgen unterlassener Dokumentationsverpflichtung**

Die Dokumentationspflicht gilt für alle Ärzt\*innen, nicht nur für jene, die in Krankenhäusern tätig sind. Das heißt, es müssen alle grundlegenden Ergebnisse und abgeleiteten Maßnahmen erfasst werden. Jedoch ist zu erwähnen, dass der Umfang der Dokumentationspflicht unterschiedlich sein kann – einerseits aufgrund der Behandlungsart, andererseits bezogen auf die berufsrechtliche Stellung der Ärzt\*innen. Das heißt, es ist abhängig davon, ob es sich um Fach- oder Spitalsärzt\*innen oder um praktisches Ärzt\*innenpersonal handelt. Dennoch ist jeder Arzt beziehungsweise jede Ärztin zur Dokumentation und Aufzeichnung während der Tätigkeit gemäß § 51 Abs. 1 ÄrzteG verpflichtet (OGH, 2004, www).

Sollte gegen die Dokumentationspflicht verstoßen werden, ist mit einem gerichtlichen Verfahren beziehungsweise mit beweisrechtlichen Konsequenzen zu rechnen. Wenn es demzufolge zu rechtlichen Auseinandersetzungen kommt, sind Dokumentationen und Aufzeichnungen sowie Patient\*innenakten als Beweismaterial von entscheidender Bedeutung. Die Rechtsprechung zur Dokumentationspflicht lautet wie folgt: *„Die Verpflichtung zur Führung ärztlicher Aufzeichnungen ergibt sich nicht nur aus Vorschriften des öffentlichen Rechts bzw. Standesrechts, sondern ist auch Bestandteil des zwischen dem Patienten und dem Arzt abgeschlossenen Behandlungsvertrages“* (OGH, 2014, www).

Grundsätzlich ist gesetzlich festgeschrieben, welche Person was dokumentieren darf: *„Zweck der ärztlichen Dokumentationspflicht sind Therapiesicherung, Beweissicherung und Rechenschaftslegung; alle wesentlichen diagnostischen Ergebnisse und therapeutischen Maßnahmen müssen spätestens am Ende des einzelnen Behandlungsabschnittes aufgezeichnet werden“* (OGH, 1997, www).

Wird gegen die Aufzeichnungspflicht im Rahmen der Berufsausübung verstoßen, ist im Gerichtsverfahren mit beweisrechtlichen Konsequenzen zu rechnen. In Anlehnung an die Gesetzesvorgaben des Obersten Gerichtshofs lauten die Folgen der unterlassenen Dokumentationsverpflichtung wie folgt:

---

---

*„Verletzungen der Dokumentationspflicht haben als beweisrechtliche Konsequenz zur Folge, dass dem Patienten beziehungsweise der Patientin zum Ausgleich der dadurch eingetretenen größeren Schwierigkeiten beim Nachweis ärztlicher Behandlungsfehler eine der Schwere der Dokumentationspflichtverletzung entsprechende Beweiserleichterung zusteht: Die unterlassene Dokumentation einer Maßnahme begründet die Vermutung, dass diese vom Arzt auch nicht getroffen wurde.“ (OGH, 2004, www)*

Da die Dokumentationspflicht als Nebenpflicht des Behandlungsvertrages von Ärzt\*innen gilt, wird bei Verletzung der gesetzlichen Dokumentationspflicht von einem Sorgfaltsverstoß ausgegangen. In diesem Fall hat zum Beispiel der Oberste Gerichtshof (OGH) eine unzureichende und lückenhafte ärztliche Dokumentation als Sorgfaltspflichtverletzung anzuerkennen. Daher wird der betroffenen Person zum Ausgleich der durch die Unterlassung der Dokumentationspflicht verursachten Schwierigkeiten, einen medizinischen Behandlungsfehler nachzuweisen, eine dem Schweregrad der Pflichtverletzung durch die Dokumentation entsprechende Beweiserleichterung zugutekommen (Ploier, 2010, S. 26-28).

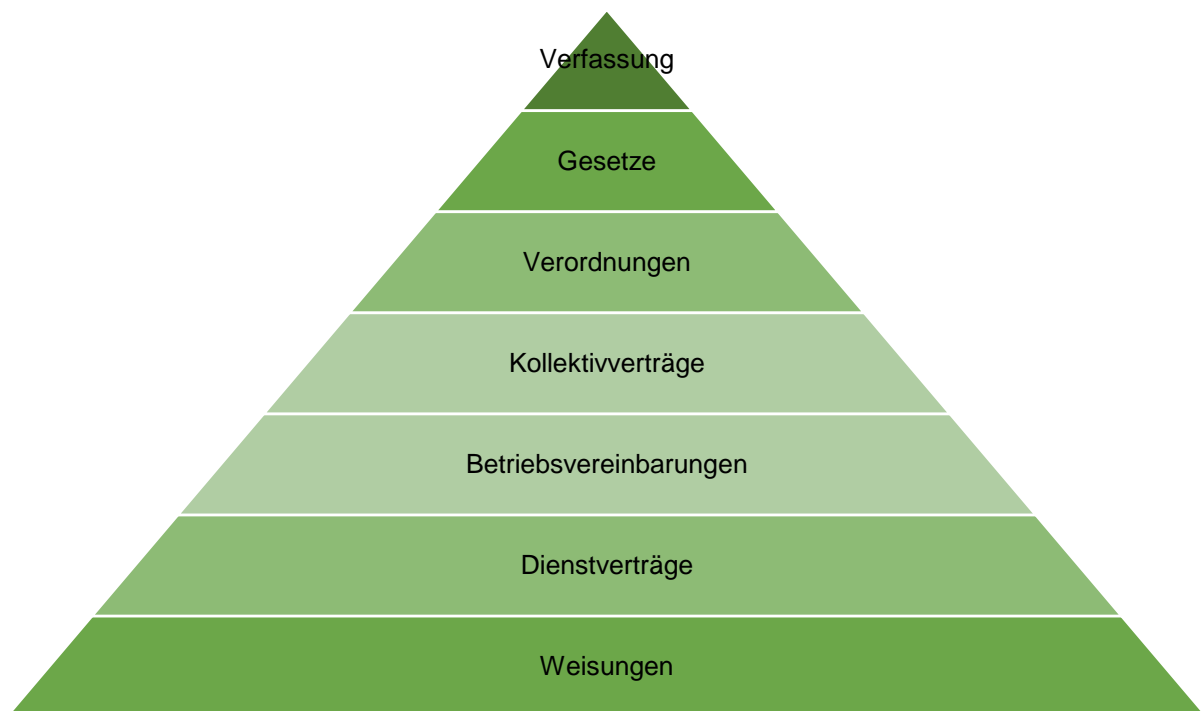
Selbst wenn ein Arzt beziehungsweise eine Ärztin grundsätzlich nachweisen könnte, dass Informationen über eine bestimmte Behandlung trotz unzureichender Dokumentation bereitgestellt wurden, wird es in der Praxis schwierig sein, diesen bestimmten Umstand in einem Gerichtsverfahren zu beweisen. Daher empfiehlt sich in jedem Fall eine ausführliche Dokumentation und Aufzeichnung zur Beweissicherung für mögliche Gerichtsverfahren.

Auch Pflegekräfte sind gemäß §5 GuK dazu verpflichtet, vollständig zu dokumentieren und aufzuzeichnen. Dadurch ergeben sich in möglicher Konsequenz gesetzlich geregelte Rechtsfolgen unterlassener Dokumentationsverpflichtungen, vergleichbar mit den Ärzt\*innen und anderen Gesundheitsberufen (Österreichische Bundesregierung, 1997, www).

#### **4.1.5 Dienstrechtliche Ansätze**

Neben den Vorgaben durch die Gesetzgebung sind im Rahmen der Dokumentation auch rechtliche Vorschriften von der dienstgebenden Person einzuhalten. Das heißt, das dabei nicht nur Daten ausgewertet werden, die gesetzeserfüllend sind, sondern

auch jene, die für den Dienstgeber beziehungsweise die Dienstgeberin erforderlich sind. Im Bereich des **Medizincontrollings** ist zu erwähnen, dass die dienstgebende Instanz in diesem Fall einige Daten benötigt, wohingegen diese jedoch für die Legislative nicht von Bedeutung sind. Einen wesentlichen Aspekt stellt in diesem Bereich die Abrechnung dar. Ihre Aufgabe besteht darin, dass die Kosten sowie Erlöse der medizinischen Leistungen im Krankenhaus zu bewerten sind. Des Weiteren ist sie eine Voraussetzung, um für die nächsten Jahre planen zu können. Dieser Bereich hat vor allem durch die Einführung von Diagnosen- und Fallgruppensystemen zunehmend an Wichtigkeit gewonnen. Dabei geht es um die Klassifizierung eines gesamten Behandlungsfalles mit dem Ziel einer pauschalen sowie bedarfsgerechten Vergütung, und nicht um die Beschreibung eines medizinischen Sachverhalts (Leiner et al., 2012, S. 66 & 85). Somit zeigt sich am Beispiel des Medizincontrollings, dass dieses für die Träger\*innen der einzelnen Gesundheitseinrichtungen unabdingbar ist, wohingegen es für Gesetzesgeber\*innen nicht relevant ist. In Anlehnung an den Stufenbau der Rechtsordnung (s. **Abbildung 6**) ist zu betonen, dass die innerbetrieblichen Aspekte durch unterschiedliche Formen ausgewiesen werden, sei es im Zuge der Dienststeinweisung oder eines Rundschreibens – so auch bei der Dokumentation. Bedeutsam ist hierbei, dass in diesem Stufenbau nachrangige Bestimmungen den voranstehenden nicht widersprechen dürfen (Haider, 2023, www).



**Abbildung 6:** Stufenbau der Rechtsordnung im Arbeitsrecht, Quelle: Haider (2023, www)

Zusammenfassend wird deutlich, dass es auch verschiedene Anordnungen durch die Dienstgeber\*innen gibt, die neben den gesetzlichen Vorschriften bei der Dokumentationstätigkeit einzuhalten sind. Verstöße gegen diese Weisungen der Dienstgeber\*innen können arbeitsrechtliche Folgen mit sich bringen. Je nach Schwere des Verstoßes kann beispielsweise von einer einfachen Ermahnung über eine schriftliche Abmahnung bis hin zu einer Kündigung oder Entlassung vorgegangen werden. Der konkrete Anlassfall muss auf Basis der jeweiligen Dienstrechte beurteilt werden, wobei in Österreich besonders das Angestelltengesetz (§27 Abs. 4) und die Vertragsbedienstetengesetze (§34 Abs. 2) der Bundesländer im Gesundheitswesen von Bedeutung sind (Österreichische Bundesregierung, 1921, www; Österreichische Bundesregierung, 1948, www).

#### **4.1.6 Rechtsgrundlage in Deutschland**

Um einen Ländervergleich anzustellen, wird folglich ein kurzer Einblick in das Dokumentationssystem in Deutschland gegeben, um Schnittstellen oder Unterschiede zu identifizieren. Wichtig zu betonen ist, dass die gesetzlichen Anforderungen an die Dokumentation von Medizin und Pflege sehr komplex sind.

Demnach gibt es in Deutschland ebenso rechtliche und gesetzliche Vorgaben, die im Rahmen der Pflegedokumentation einzuhalten sind. Die Verpflichtungen zur Dokumentation kommen in Deutschland aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) auf Bundesebene und anderen Landesvorschriften hervor. Das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und Altenpflegegesetz (AltPflG) wurden im Jahre 2020 durch das **Pflegeberufereformgesetz (PflBRefG)** abgelöst. Damit soll das Ziel der Modernisierung und Attraktivierung der Ausbildung zur Pflegefachkraft sowie zugleich die Aufwertung des Pflegeberufes verfolgt werden. Darin ist beispielweise die Pflegedokumentation, also das Erfassen angewandeter Maßnahmen, als eines der Ausbildungsziele vorgeschrieben (Bundesgesetzblatt Deutschland, 2017, www).

Auch die **Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV)** trägt gesetzlich ihren Teil dazu bei, denn diese gibt die jeweiligen Minutenwerte für die Erstellung eines individuellen Pflegeplans sowie der Dokumentation vor (Bundesgesetzblatt Deutschland, 1990, www).

Des Weiteren ergibt sich die Verpflichtung zur ärztlichen Dokumentationspflicht als berufliche Pflicht aus der **Musterberufsordnung (MBO)** §10 Abs. 1. Diese regelt, dass Ärzt\*innen dazu verpflichtet sind, während der Berufsausübung die festgestellten und getroffenen Maßnahmen ordnungsgemäß zu dokumentieren und aufzuzeichnen (Bundesärztekammer Deutschland, 2011, S. 12).

Es ist darauf hinzuweisen, dass eine Dokumentationsdurchführung im Sinne des Wesentlichkeitsgrundsatzes durchzuführen ist. Dieser Grundsatz besagt, dass bei der Dokumentation vor allem Auffälligkeiten, Besonderheiten oder auch Abweichungen von gewöhnlichen Versorgungsabläufen erfasst werden sollen, und nicht Routinearbeiten oder Selbstverständlichkeiten (Sträßner, 2010, S. 3-4).

Der Verlust von Dokumenten kann im Falle eines Rechtsstreits rechtliche Konsequenzen haben. Werden Pflegeakten vorzeitig verarbeitet und sind nicht mehr vorhanden, kann dies zu einer Beweislastumkehr führen. Konkret bedeutet dies, dass es der jeweiligen Pflegeperson obliegt, nachzuweisen, dass die betroffenen Bewohner\*innen oder Patient\*innen in der Einrichtung ordnungsgemäß versorgt werden. Die Pflegekräfte müssen nachweisen, dass kein Sorgfaltsfehler vorliegt – auch Ärzt\*innen müssen dies anhand der Patient\*innenakten beweisen. Das bedeutet

vor allem, dass ohne eine schriftliche Dokumentation ein Nachweis nicht möglich ist (Sträßner, 2010, S. 2-4).

Einen interessanten Ansatz haben Expert\*innen und Praktiker\*innen aus Deutschland entwickelt, um die Pflegedokumentation zu entbürokratisieren. Dabei wurde das sogenannte „**Strukturmodell**“ ins Leben gerufen, welches nach einem Praxistest im Jahr 2015 bundesweit verankert wurde. Mit diesem Modell soll der Dokumentationsaufwand in der Pflege deutlich gesenkt werden, ohne dabei die fachlichen Qualitätsstandards zu missachten oder Haftungsrisiken zu erhöhen (Bundesministerium für Gesundheit, 2023, [www](#)).

Dieses Strukturmodell ist in stationären und ambulanten Pflegeeinrichtungen der Langzeitpflege sowie in Tages- und Kurzzeitpflegeeinrichtungen anwendbar. Auch für pflegende Angehörige und pflegebedürftige Menschen ist diese Umsetzung von Vorteil. Denn weniger unnötiger Dokumentationsaufwand bedeutet mehr Zeit für die sofortige Pflege und Betreuung der Patient\*innen sowie Bewohner\*innen. Die Entwicklung des Modells erfolgte im Jahre 2014 durch einen Vertragspartnerbeschluss nach § 113 SGB XI (ebd., [www](#)).

In Anlehnung an die österreichischen Gesetzesvorgaben ist zu erwähnen, dass auch in anderen Ländern wie beispielsweise in Deutschland strenge Vorschriften hinsichtlich der Pflegedokumentation einzuhalten sind. Der Ansatz des Strukturmodells könnte ebenso in Österreich in Betracht gezogen werden, um den Aufwand bei der Arbeitszeit zu reduzieren. Die medizinische sowie pflegerische Dokumentation sind gleichermaßen wertvoll, obgleich sie trotz des Dokumentationsumfanges in der Pflege die auftretenden Unterschiede in der täglichen Praxis, der Pflegewissenschaft und -forschung nicht immer rechtlich bewertet wurden. Im Grunde ist hervorzuheben, dass die Dokumentation zusätzlich zum Schutz der Mitarbeiter\*innen herangezogen wird.

Aus diesen genannten Gründen kann gesagt werden, dass der Dokumentationsaufwand durch die gesetzlichen Vorgaben enorm beansprucht wird. Einerseits müssen sich die Pflegekräfte an die Gesetze halten, andererseits sind sie auch verpflichtet, die Pflege-, Betreuungs- und Behandlungsqualität bei den Bewohner\*innen und Patient\*innen hochzuhalten. Wie soll das Gesundheitspersonal

diesen enormen Herausforderungen zukünftig gerecht werden? Auf diese Frage wird im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit Bezug genommen, um ein Abbild der Problemfelder in den einzelnen Bereichen darzustellen und daraus folgende Lösungsansätze und Strategien abzuleiten.

## **4.2 Durchführung der Dokumentation**

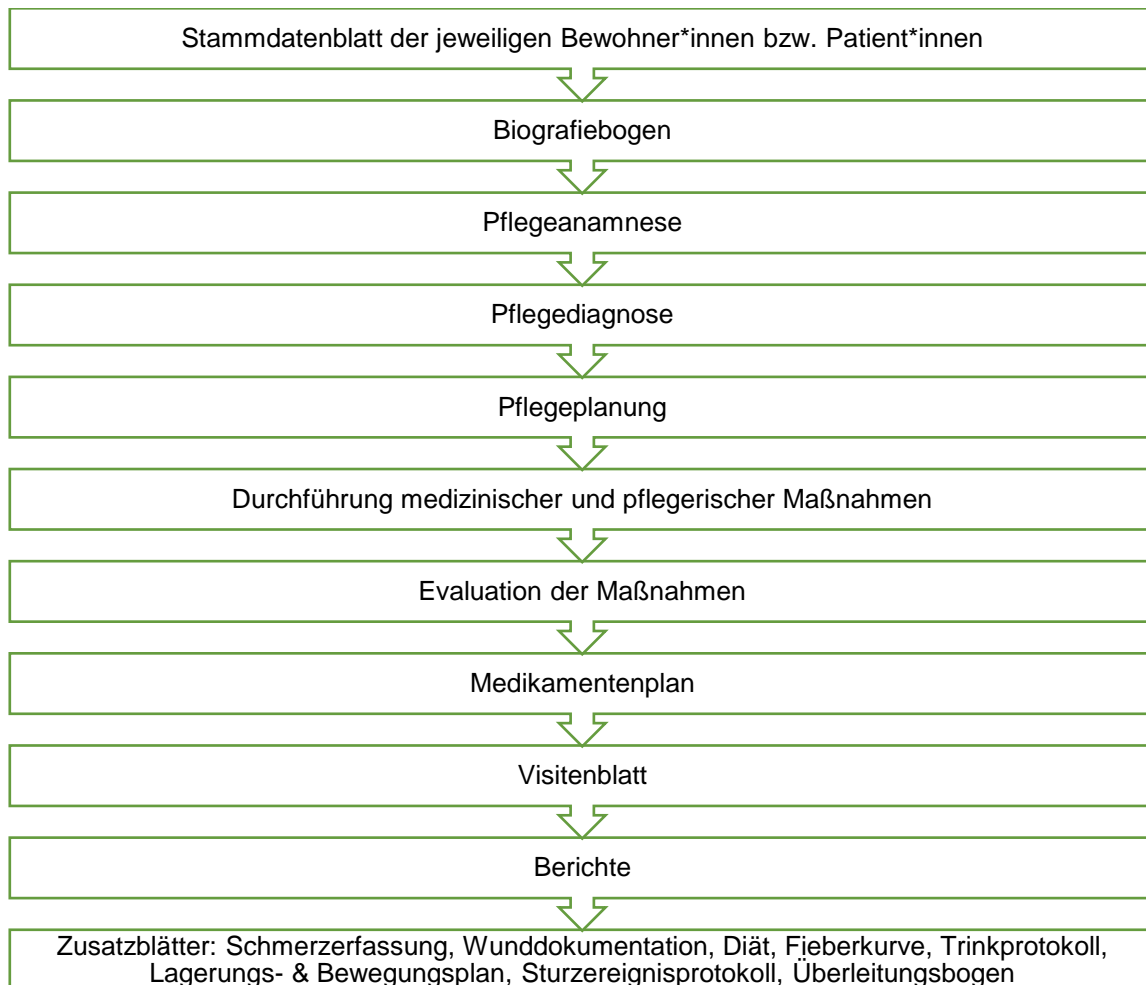
In diesem Kapitel wird die Durchführung der Dokumentation durch die Mitarbeiter\*innen im Detail behandelt. Besonderer Fokus wird auf die inhaltliche Ausführung der Dokumentationstätigkeit gelegt, das heißt darauf, welche Bereiche tatsächlich in der Praxis im Medizin- und Pflegesektor dokumentiert werden. Die medizinische und die pflegerische Dokumentation gehen eng miteinander einher, wodurch diese Informationsquellen unabdingbar sind. Denn ohne eine schriftliche Dokumentation kann die gewünschte Qualität bei der Pflege und Behandlung der Personen nicht gewährleistet werden.

### **4.2.1 Typische Pflegedokumentation**

In den letzten Jahren stand die Pflegedokumentation im Zentrum von Entbürokratisierungsdiskussionen. Ziel war es, eine Verschmälerung der Dokumentation zu schaffen und digitale Softwaresysteme zu installieren – auch derzeit wird dieses Thema stark diskutiert und ist medial besonders präsent. Denn die Pflegedokumentation ist für eine qualitativ hochwertige, wirksame und sichere Pflege von entscheidender Bedeutung. Ein einheitliches nationales Modell für die Dokumentation der Patient\*innenversorgung verbessert den Informationsfluss, sowohl in der Pflegepraxis und im Management als auch in der Forschung und Entwicklung, auf dem Weg hin zu einer evidenzbasierten Pflege (Mykkänen, Miettinen & Saranto, 2016, S. 466-467).

Im Rahmen der Pflegedokumentation ist auch eine Gliederung vorgegeben, die es bei der praktischen Berufsausübung einzuhalten gibt. Bereits in **Kapitel 2.2.2** wurden kurz die einzelnen Schritte, die gesetzlich vorgeschrieben sind, aufgelistet. Die folgende **Abbildung 7** veranschaulicht den detaillierten Aufbau der Pflegedokumentation.

Neben den gesetzlich, verpflichtenden Schritten sind jene Tätigkeiten, die in der Praxis zusätzlich erfasst werden, aufgelistet.



**Abbildung 7:** Schritte der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Panka (2017, S. 144)

Beginnend mit dem Stammdatenblatt, welches die personenbezogenen Daten der Patient\*innen enthält, und endend mit den Zusatzblättern, bei denen weitere Ergebnisse im Betreuungs- und Pflegeprozess dokumentiert werden.

- **Stammdatenblatt:** Hier werden alle formalen Daten und auch jene über den Zustand der jeweiligen Patient\*innen und Bewohner\*innen zusammengefasst. Das Stammdatenblatt bildet die Basis der weiteren patient\*innenorientierten Pflegeplanung.
- **Biografie:** Dabei werden unter anderem Informationen zur Lebensgeschichte und typische Verhaltensweisen der Person festgehalten.

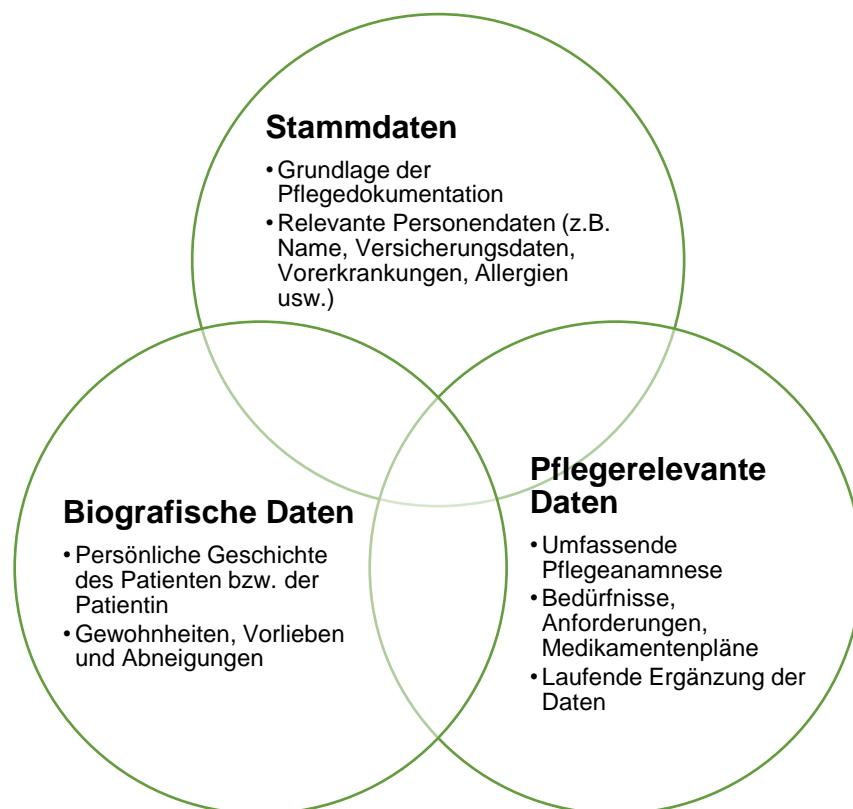
- Unter **Pflegeanamnese** ist die Erfassung der Vor- und Gesundheitsgeschichte des Patienten oder der Patientin zu verstehen, welche laufend aktualisiert werden muss. Hierunter fallen die Erkrankungen und der Pflegebedarf sowie andere Besonderheiten wie beispielsweise Lebensgewohnheiten. Im Rahmen eines Erstgesprächs werden die dafür notwendigen Informationen erfasst.
- Im Schritt der **Pflegediagnose** werden Probleme und Ressourcen der Patient\*innen identifiziert. Die dabei gesammelten Daten werden erfasst und mit vorhandenem Wissen bewertet, woraus mögliche Pflegediagnosen abgeleitet werden.
- In der **Pflegeplanung** werden sowohl Maßnahmen verschriftlicht als auch jene Ziele festgehalten, welche dadurch erreicht werden sollen. Überdies fallen hierunter Maßnahmen, welche von anderen Berufsgruppen verordnet wurden (z.B. Ergotherapeut\*innen, Logopäd\*innen, ...).
- Weiters werden **medizinische und pflegerische Maßnahmen** ausgeführt und umfassend dokumentiert, um diese getroffenen Tätigkeiten im Zuge von Veränderungen überblicksmäßig aufgelistet und rasch zur Hand zu haben.
- Nach der Durchführung der getroffenen Maßnahmen erfolgt im Rahmen der Evaluation die **Beurteilung der Pflege**, die Überprüfung der Zielerreichung und das Einholen von Feedback.
- Auch **Pflegeberichte** gehören zu Dokumentation. Diese schaffen einerseits einen guten Überblick und Orientierung zur Durchführung der Pflege und Notizen zu Auffälligkeiten, andererseits dienen sie als Leistungsnachweise.
- Unterschiedliche **Protokolle** wie beispielweise über die notwendigen Medikamente werden inkludiert. Auch ein Visitenblatt wird erstellt und regelmäßig aktualisiert.
- Schlussendlich werden **Zusatzblätter** geführt, die über die Wunddokumentation berichten oder auch die Schmerzlage erfassen (Döbele & Becker, 2016, S. 250-254).

Der Aufbau der Pflegedokumentation ist daher sehr umfangreich und nach den einzelnen, oben angeführten Schritten, gegliedert. Die Schritte von der Pflegeanamnese bis zur Pflegeevaluation sind nach dem §GuKG gesetzlich

vorgeschrieben, die anderen Vorgänge werden zusätzlich dokumentiert (Österreichische Bundesregierung, 1997, www).

Werden die einzelnen Inhalte betrachtet, ist ersichtlich, dass Pflegekräfte einen Großteil ihrer Arbeitszeit mit dem Dokumentieren von Aktivitäten im Pflegeprozess beschäftigt sind. Der Prozess des Berichteschreibens ist demnach besonders kompliziert gestaltet und verlangt dem Personal viel ab, wobei dies durch eine zunehmende Bürokratisierung besonders verdeutlicht wird. Im Zuge dieser Arbeit soll aufgezeigt werden, an welchen Stellschrauben gedreht werden muss, um diesem Problem entgegenzuwirken und in weiterer Folge den Beruf zu attraktiveren sowie das Personal zu empowern. Beispielweise kann an den einzelnen Schritten wie unter anderem den Diäten und dem Trinkprotokoll angesetzt werden, um den Dokumentationsaufwand zu reduzieren und mehr Zeit für die Patient\*innen und Bewohner\*innen zu gewinnen. Nähere Ausführungen werden in **Kapitel 5.1** erläutert.

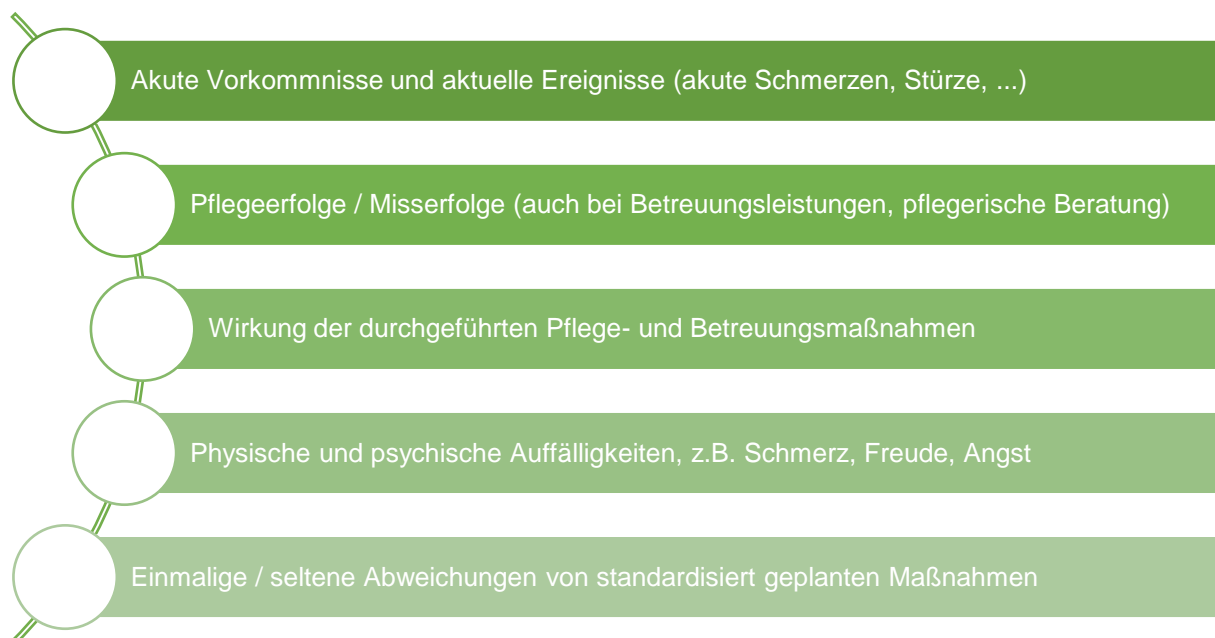
Um einen detaillierten Einblick in konkrete Inhalte der pflegerischen Dokumentation zu bekommen, sind diese in der nachfolgenden **Abbildung 8** aufgelistet.



**Abbildung 8:** Datenerfassung im Rahmen der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an PRO PflegeManagement (o.J.a, www)

Neben den bereits erwähnten Stammdaten, die als Grundlage für die Pflegedokumentation dienen und die relevante Personendaten wie Name, Versicherungsdaten, Allergien enthalten, zählen auch biografische sowie pflegerelevante Daten zu den Dokumentationsaufgaben. Die persönliche Geschichte sowie Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen werden anhand der biografischen Daten erfasst. Umfangreiche Ergebnisse der Pflegeanamnese sowie die Bedürfnisse, Anforderungen und Medikamentenliste sowie -pläne und die laufenden Datenergänzungen werden unter den pflegerelevanten Daten zusammengefasst (PRO PflegeManagement, o.J.a, www).

Ein Pflegebericht umfasst alle Inhalte, die für die Pflege und Betreuung der Patient\*innen und Bewohner\*innen relevant sind. Demnach ist es wesentlich, dass ein Pflegebericht physische und psychische Auffälligkeiten der jeweiligen Person inkludiert. Weiters sollen auch Erfolge und Misserfolge bei pflegerischen Maßnahmen sowie bei der Betreuung enthalten sein (PRO PflegeManagement, o.J.a, www). Konkret sind im Pflegebericht folgende Informationen, die in **Abbildung 9** dargestellt sind, zu dokumentieren.



**Abbildung 9:** Inhalte eines Pflegeberichts, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an PRO PflegeManagement (o.J.b, www)

Die Qualität der Pflegedokumentation ist national und international ein wichtiges Thema für Pflegekräfte. Die Pflegedokumentation sollte die rationalen und kritischen

Überlegungen hinter den klinischen Entscheidungen und Interventionen aufzeigen sowie gleichzeitig einen schriftlichen Nachweis über den Fortschritt des Patienten beziehungsweise der Patientin liefern, was jedoch häufig nicht der Fall ist. Derzeit gibt es eine Reihe von Konzepten, die bei der Pflegedokumentation unterstützen – beispielsweise narrative Diagramme, problemorientierte Ansätze, klinische Pfade und Fokusnotizen. Viele Pflegekräfte stoßen jedoch immer noch auf Hindernisse, wenn es darum geht, eine genaue und rechtlich einwandfreie Dokumentation zu führen. Eine Überprüfung der Pflegedokumentation der Patient\*innenversorgung und der Fortschritte bei der Erreichung der Ergebnisziele in einer Organisation ergab einen Mangel an klaren und leicht verständlichen Informationen über die Fortschritte der Patient\*innen. Demnach sollte eine gute Pflegedokumentation klar und deutlich die Beobachtungen, Maßnahmen und Ergebnisse der Pflege, und zwar zeitnah sowie genau, vermitteln (Blair & Smith, 2012, S. 160-161 & 165).

#### **4.2.2 Beispielhafte Auszüge aus der Pflegedokumentation**

Anhand der unterschiedlichen Inhalte des Pflegeberichtes ist deutlich erkennbar, dass die Pflegedokumentation sehr umfangreich ist und daher auch enorme Zeit in Anspruch nimmt. Um dies zu verdeutlichen und einen Blick in die Praxis zu wagen, ist nachfolgend die digitale Pflegedokumentation in zwei unterschiedlichen Softwaresystemen abgebildet.

**Abbildung 10** veranschaulicht den allgemeinen Pflegebericht im digitalen Softwaresystem „SanoCon“. Die beiden weiteren Grafiken bilden die Bewohner\*innenakte und die Eintragung der Medikationen ab (s. **Abbildung 11** und **Abbildung 12**).

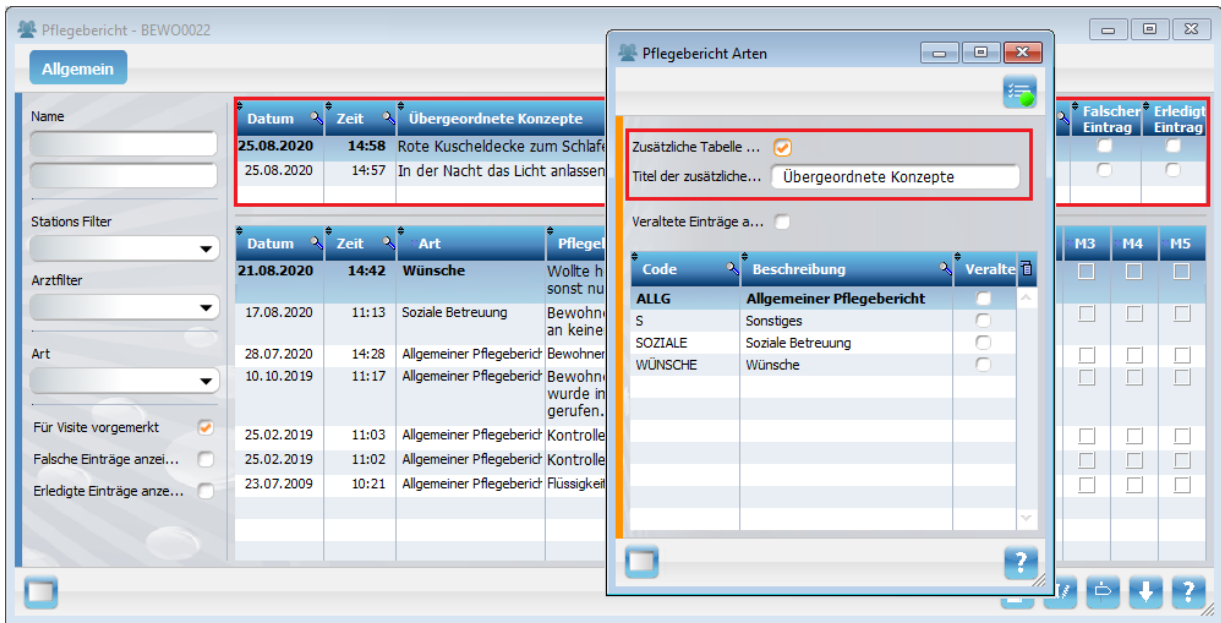


Abbildung 10: Beispielhafte Darstellung eines Pflegeberichts, Quelle: SanoCon (o.J., www)

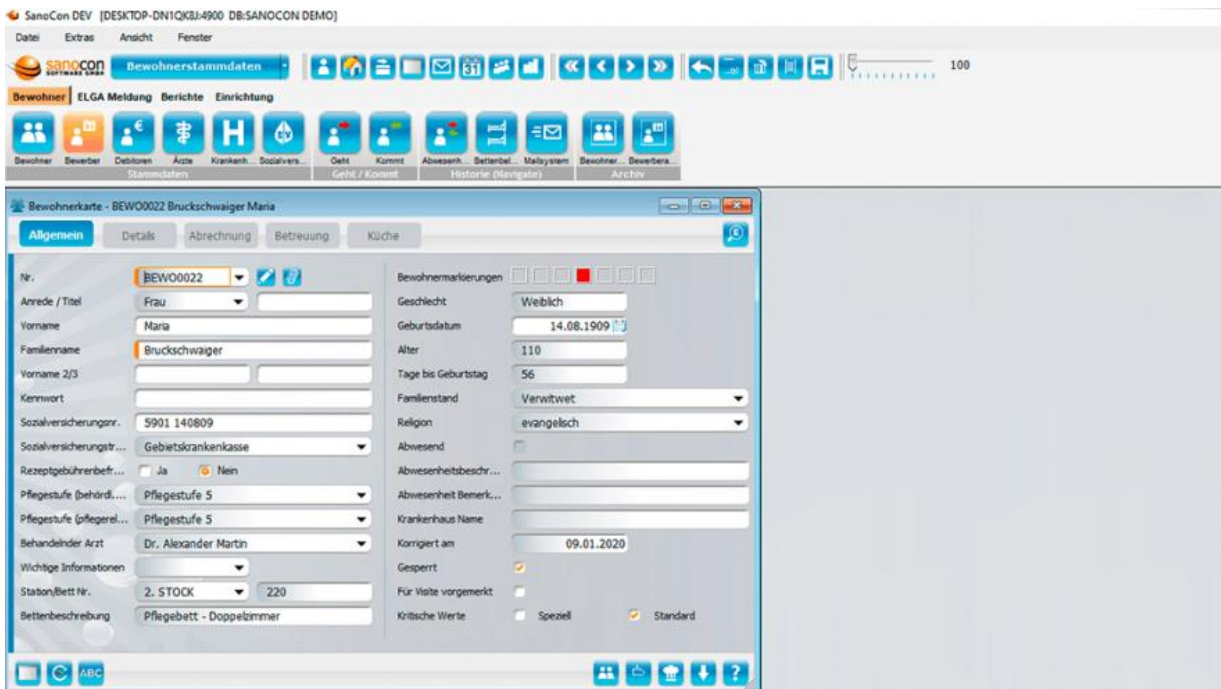


Abbildung 11: Beispielhafte Darstellung einer Bewohner\*innenakte, Quelle: SanoCon (o.J., www)

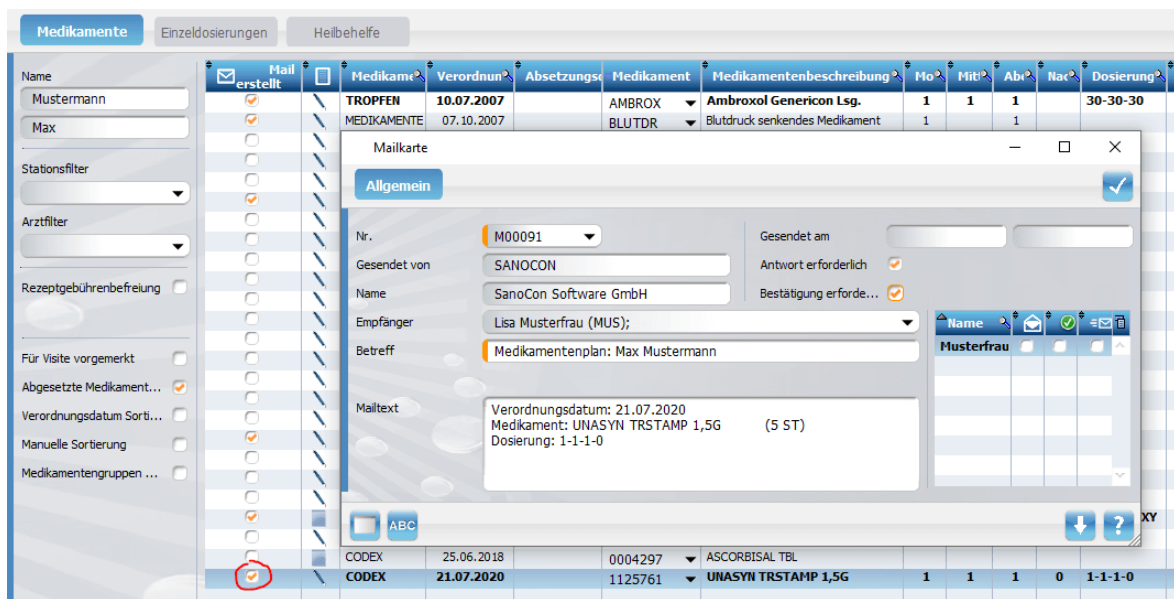


Abbildung 12: Beispielhafte Darstellung der Medikationen, Quelle: SanoCon (o.J., www)

Neben der Softwarelösung „SanoCon“ ist auch „Vivendi“ in Pflegeeinrichtungen zur Dokumentation im Einsatz. **Abbildung 13** veranschaulicht nähere Informationen zu einer Bewohner\*innenakte in einer stationären Einrichtung und **Abbildung 14** gibt einen Einblick in das Belegungsmanagement.

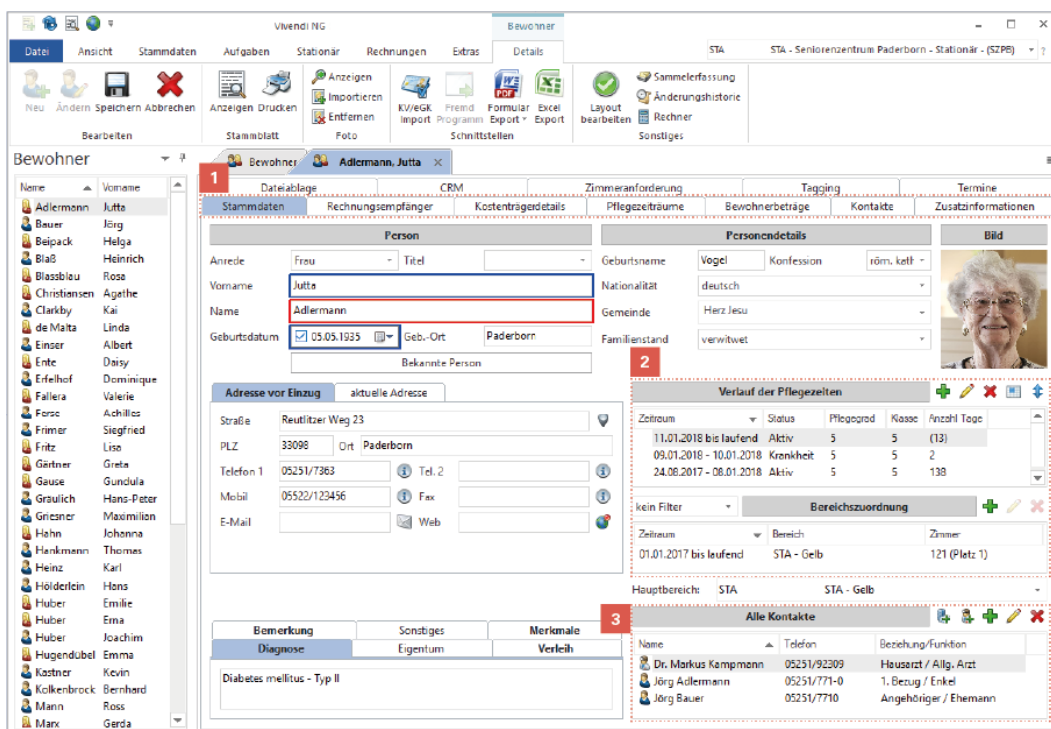
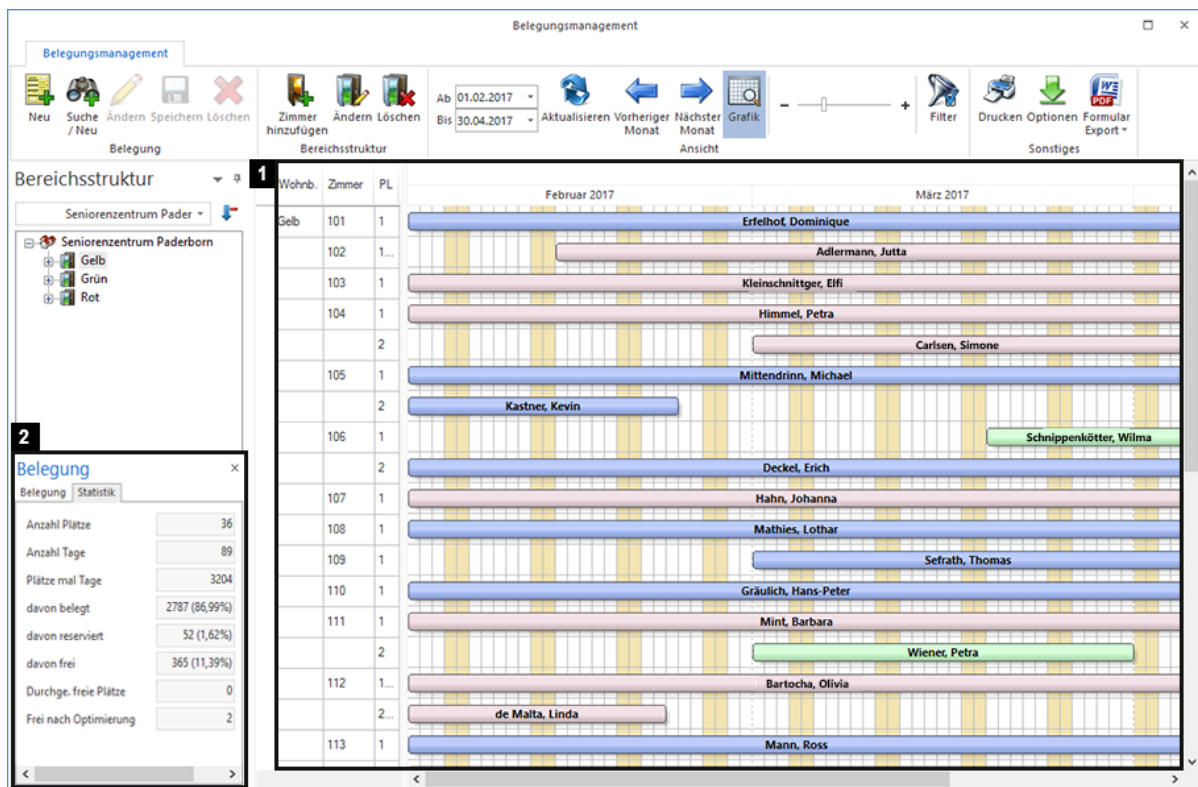


Abbildung 13: Beispielhafte Darstellung einer Bewohner\*innenakte in "Vivendi", Quelle: Connex Vivendi (o.J., www)



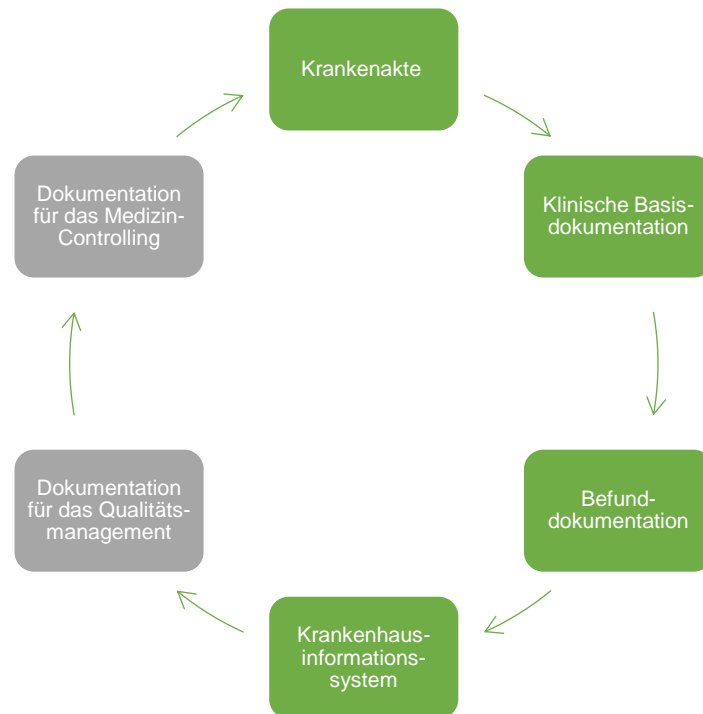
**Abbildung 14:** Beispielhafte Darstellung des Belegungsmanagement in "Vivendi", Quelle: Connex Vivendi (o.J., www)

Kurz zusammengefasst bedeutet das, dass sich die Dokumentation im Behandlungs- und Pflegeprozess von einzelnen Patient\*innen oder Bewohner\*innen als großer Aufwand neben der sonstigen Tätigkeit abzeichnet. Die einzelnen Schritte sind umfangreich aufzubereiten, jegliche Vorkommnisse müssen stets festgehalten werden. Auch der Einsatz unterschiedlicher Softwaresysteme kann zu Schwierigkeiten führen, wodurch vermehrt Schulungen notwendig sind. Einerseits soll die Dokumentation zum Schutz der Mitarbeiter\*innen dienen. Andererseits darf nicht außer Acht gelassen werden, dass die einzelnen Schritte und Inhalte der Pflegedokumentation mit zeitlichem Aufwand einhergehen, der demnach bei der Betreuung und Behandlung fehlt.

#### 4.2.3 Typische medizinische Dokumentationen

Die medizinische Dokumentation umfasst Dokumentationsformen im Behandlungs- und Betreuungsprozess der Patient\*innen. Nachfolgend wird näher vorgestellt, auf welche Art und Weise sie in unterschiedlichen Gesundheitseinrichtungen des

Gesundheitswesens aufzufinden sind. Zu Beginn werden die typischen medizinischen Dokumentationen in Krankenhäusern aufgelistet (s. **Abbildung 15**).



**Abbildung 15:** Typische medizinische Dokumentationsformen, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Leiner et al. (2012, S. 77-87)

## Krankenakte

Im Bereich der medizinischen Dokumentation ist der Begriff der Krankenakte sehr geläufig, da diese im Rahmen der medizinischen Versorgung eines Patienten beziehungsweise einer Patientin in einer Gesundheitseinrichtung erstellt wird. Es gibt in der heutigen Zeit sowohl noch papierbasierte als auch elektronische Krankenakten. Diesbezüglich ist zu erwähnen, dass diese beiden Dokumentationsarten – in Papierform oder digital – auch zu Unterschieden hinsichtlich dem zeitlichen Aufwand führen können. In der Krankenakte befinden sich Teildokumentationen wie beispielsweise die Anamnese- und Befunddokumentation oder auch Berichte und Übersichten, die unterschiedliche Aufgaben verfolgen. Werden diese Teile zusammengefasst, ergibt sich daraus zumeist eine patient\*innenbezogene sowie teilweise standardisierte Dokumentation. Erwähnenswert ist hierbei, dass alle Informationen einer Person darin zusammengefasst werden, wodurch jede\*r nur über eine einzige Krankenakte verfügen muss. Ärzt\*innen sollten für eine angemessene

Struktur in der Akte sorgen, da mehrere Behandlungsabschnitte darin abgelegt sind und diese sehr komplex sowie umfangreich ausfallen (Leiner et al., 2012, S. 77-79).

### **Klinische Basisdokumentation**

Eine weitere Dokumentationsform für Ärzt\*innen stellt die klinische Basisdokumentation dar. Diese ist standardisiert und umfasst neben einigen wenigen Personenangaben und Angaben zu den organisatorischen Umständen des Aufenthalts, auch Diagnosen (Aufnahme, Verlegung, Entlassung, Arztbrief) sowie umfangreichere Maßnahmen wie Therapien und Behandlungen aller Patient\*innen im Rahmen der medizinischen Versorgung. Des Weiteren können mithilfe dieser Dokumentationsform auch Ergebnisse in Form von Statistiken aufbereitet und beispielweise nach bestimmten Merkmalen wie dem Alter und Geschlecht geordnet werden. Um Patient\*innen mit bestimmten Diagnosen und Behandlungen wiederzufinden und diese Merkmale statistisch auswerten zu können, müssen relevante Informationen kodiert werden. Dafür gibt es viele gesetzliche Vorgaben, die von Ärzt\*innen eingehalten werden müssen (Leiner et al., 2012, S. 80-81).

### **Befunddokumentation**

Neben der klinischen Basisdokumentation werden auch Befunde dokumentiert, wobei in diesem Fall detailliertere Angaben zu vielen Einzelbefunden während der Versorgung für einen Patienten beziehungsweise einer Patientin angefertigt werden. In diese Formen fallen unter anderem Befunde körperlicher Untersuchungen, Röntgenbefunde, Laborbefunde und vieles mehr – diese sind wichtiger Bestandteil der Krankenakte von Patient\*innen. Hierbei ist anzuführen, dass zu jeder Person eine Vielzahl an unterschiedlichen Befunden vorliegen kann, wodurch es unmöglich ist, eine standardisierte Befunddokumentation für alle Patient\*innen in einer Gesundheitseinrichtung zu etablieren. Erkennbares Merkmal dieser Dokumentationsform ist der Zeitpunkt innerhalb des Krankheits- sowie des Behandlungsverlaufs, zu welchem der Befund angefertigt wurde (=Verkaufsdokumentation) (Leiner et al., 2012, S. 81-82).

### **Dokumentation in Krankenhausinformationssystemen**

Gemäß Leiner et al. (2012, S. 87) werden in einem Krankenhausinformationssystem, abgekürzt mit KIS, unterschiedliche Informationen, Maßnahmen und Tätigkeiten

verarbeitet und anschließend gespeichert. Das Ziel besteht darin, relevante Informationen über die Patient\*innen, das Leistungs- und Kostengeschehen, die Qualität der Patient\*innenversorgung sowie das medizinische Wissen bereitzustellen und abzubilden. Dabei nimmt die Dokumentation einen zentralen Stellenwert ein. Jene Informationen, die vom KIS bereitgestellt werden, sind umfassend zu dokumentieren. Im Zuge der Kooperation mit anderen Gesundheitseinrichtungen ist es im Sinne des Datenaustausches von patient\*innenbezogenen Daten sowie Dokumenten unabdingbar, das Krankeninformationssystem zu öffnen.

Die soeben genannten Dokumentationsformen gehören im Rahmen dieser Arbeit der medizinischen Dokumentation an und werden daher auch in den Fokus gerückt (s. grüne Markierung in **Abbildung 15**), wohingegen die Dokumentation im Bereich des Qualitätsmanagement und des medizinischen Controllings nicht im engeren Sinn zu dieser zählen (s. graue Markierung in **Abbildung 15**). Denn diese beiden Dokumentationsformen sind im Gegensatz zu den anderen Arten nicht gesetzlich vorgeschrieben. Beispielsweise handelt es sich im medizinischen Controlling bei der klassischen Leistungscodierung um eine nicht gesetzlich vorgeschriebene Leistung (BMSGPK, 2023, S. 6-7). Für die vorliegende Fragestellung dieser Arbeit wird jedoch das gesamte Spektrum von Dokumentationstätigkeiten – ohne nähere Differenzierung – betrachtet, dadurch begründet, dass es für die Mitarbeiter\*innen einen Aufwand im Alltag darstellt.

### **Dokumentation für das Qualitätsmanagement**

Im Rahmen des Qualitätsmanagement sind die drei Aspekte der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von enormer Bedeutung. Die medizinische Dokumentation ist nach Leiner et al. (2012, S. 84) im Bereich der Strukturqualität angesiedelt und schafft wichtige Informationen zur Bewertung der Prozess- und Ergebnisqualität herbei. Unter deren Aufgabenbereich fällt eine lückenlose und nachträgliche Bewertung individueller Krankheitsverläufe, die in einem Review-Prozess abgebildet werden. Weiters kann damit eine Überwachung des Qualitätsstandards einer Fachabteilung vonstattengehen, damit einzelne Indikatoren zur Qualitätssicherung bei der Behandlung beobachtet und aufgezeichnet werden.

## **Dokumentation für das Medizin-Controlling**

In manchen Krankenhäusern befindet sich eine Steuerungseinheit für das Medizin-Controlling, die die Bereiche der Medizin und der Betriebswirtschaft verbindet. Diese wurde infolge der enormen Anforderungen an das Qualitätsmanagement sowie der Optimierung der Kosten errichtet. Bei dieser Form werden unterschiedlichen Kodiertätigkeiten durchgeführt, auch Rechnungsprüfungen über das Berichtswesen gehören diesem Aufgabenpool an. Das Medizin-Controlling liefert durch die Ergebnisse verschiedene Analysen, um aufzuzeigen, welche Leistungen in Zukunft in der Krankenanstalt angeboten werden und wie die Optimierung von Behandlungsprozessen erfolgen soll. Des Weiteren soll damit auch die Strukturierung der finanziellen Gegebenheiten durchgeführt werden (Leiner et al., 2012, S. 86-87).

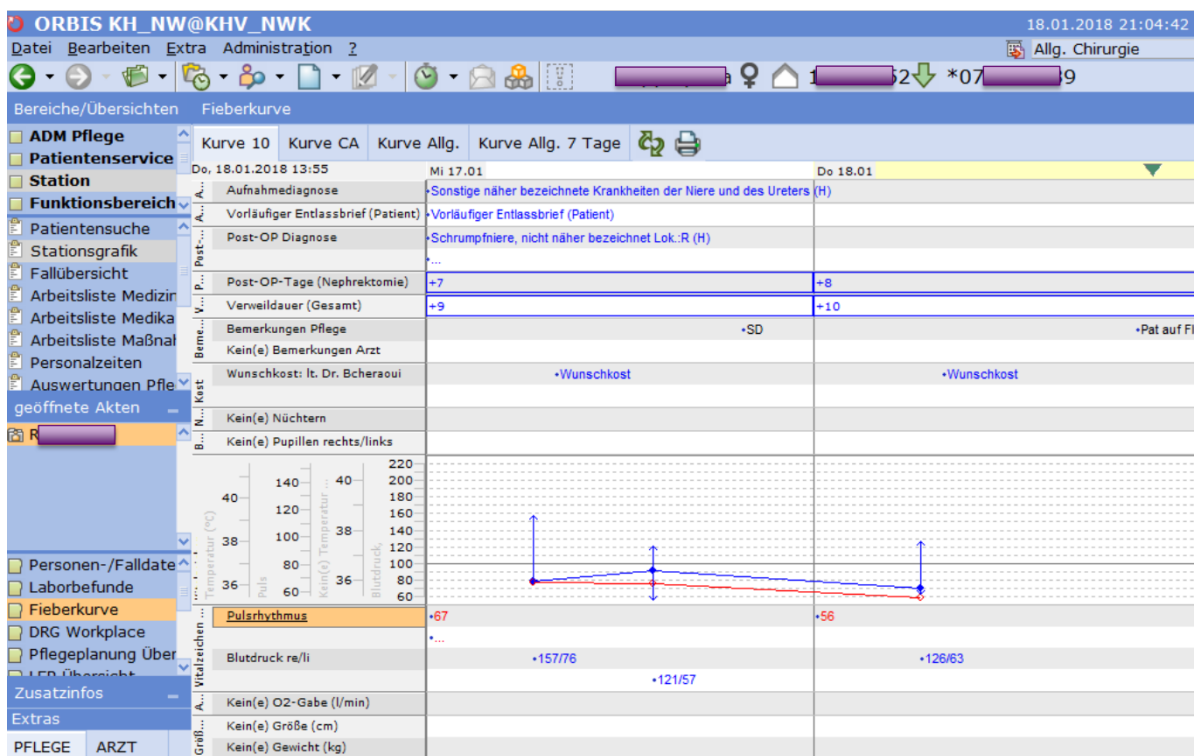
Zusammenfassend bedeutet dies, dass eine medizinische Dokumentation unterschiedliche Inhalte umfasst. Gemäß Sträßner (2010, S. 2-3) gehören neben der Aufklärung (Umfang, Inhalte) und der ärztlichen Anamnese, die sich patient\*innenorientiert nach der Behandlung richtet, auch diagnostische und therapeutische Maßnahmen zum Dokumentationsprozess. Weiters sind nähere Angaben zur Person sowie dem zeitlichen Umfang der Behandlung zu dokumentieren. Der Umfang der Dokumentation ist von der jeweiligen Situation abhängig.

Ergänzend dazu ist im Rahmen der medizinischen Dokumentation zu erwähnen, dass alle Berufe, ausgenommen die Berufsgruppe der Pflege, den Ärzt\*innen unterstehen. Dies betrifft die Berufe Physiotherapie, Radiotechnologie, Medizinisch-technische Assistent\*innen und dergleichen, die nach ärztlicher Anordnung eigenverantwortlich agieren (Arbeiterkammer Niederösterreich, 2018, S. 4 & 5, S. 10 & 11). In der vorliegenden Arbeit wird die Berufsgruppe der Medizin und Pflege in das Zentrum gerückt und deren Dokumentationstätigkeiten näher beleuchtet, wodurch eine Abgrenzung von den medizinischen Assistenzberufen erfolgt. Es wird aufgrund der Heterogenität der Berufsgruppen und der wenig einheitlichen Linien kein Schwerpunkt auf die Assistenzberufe gelegt. Dennoch ist hervorzuheben, dass einige Dokumentationstätigkeiten der Assistenzberufe auch in die medizinische Dokumentation einfließen, andere wiederum nicht. Beispielsweise findet die Dokumentation von Röntgentätigkeiten auch in der Medizin seinen Platz. Wobei die

Dokumentationstätigkeiten der Physiotherapie wiederum nicht in der medizinischen Dokumentation vorkommen (ebd., S. 11-13).

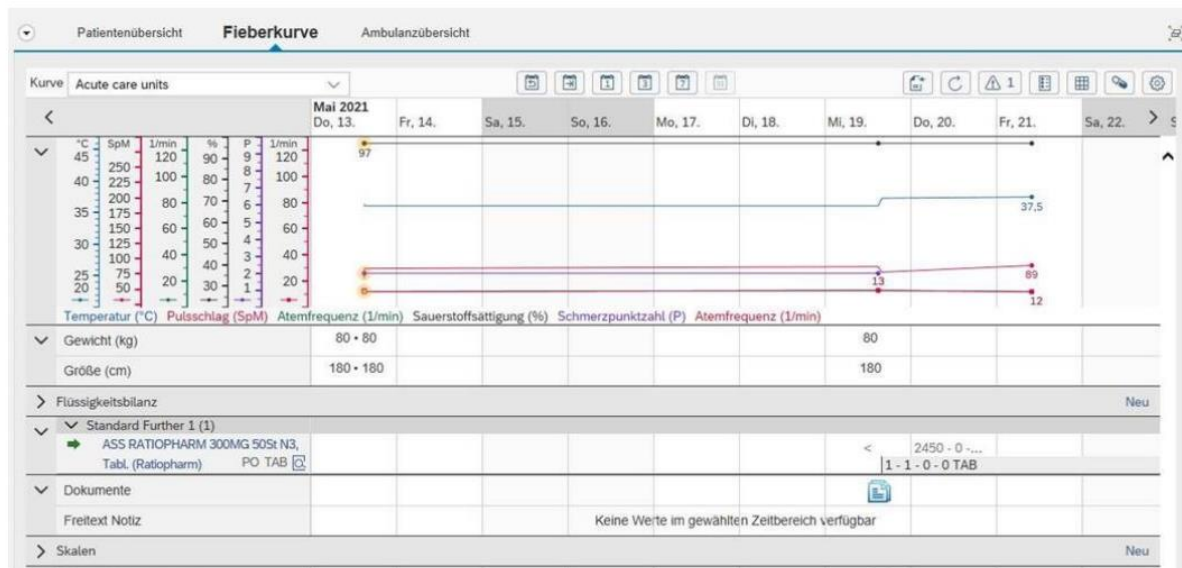
#### 4.2.4 Beispielhafte Auszüge aus der medizinischen Dokumentation

Um einen Einblick in die Praxis der medizinischen Dokumentation zu erhalten, ist nachfolgend eine elektronische Fieberkurve in einem Softwaresystem der Firma ORBIS abgebildet (s. **Abbildung 16**). Auf den ersten Blick ist deutlich erkennbar, dass bereits die Fieberkurve sehr genau dokumentiert werden muss. Diese stellt jedoch nur eine der vielen Dokumentationstätigkeiten im medizinischen Bereich dar.



**Abbildung 16:** Beispiel der Dokumentation einer elektronischen Fieberkurve in „Orbis“, Quelle: Welzbacher (2018, S. 14)

Des Weiteren ist ebenso die Fieberkurve im System SAP i.s.h.med bildhaft dargestellt (s. **Abbildung 17**), um einen Einblick in die unterschiedlichen Dokumentationssysteme zu bekommen.



**Abbildung 17:** Beispiel der Dokumentation einer elektronischen Fieberkurve in „SAP i.s.h.med“,  
Quelle: Cerner Health Services (2021, S. 8)

Ergänzend dazu ist im Anhang (s. **A.1** Musterbeispiel Arztbrief) ein Musterbeispiel für einen Arztbrief dargestellt (Thieme Via Medici, 2016, www). Neben den abgebildeten Beispielen werden zusätzlich viele weitere Tätigkeiten im Behandlungs- und Versorgungsprozess von Ärzt\*innen im jeweiligen Krankenhausinformationssystem (KIS) dokumentiert (s. **Kapitel 4.2.3**). Die digitalen Systeme dienen einerseits der Erleichterung bei der Dokumentation, da die getätigten Maßnahmen übersichtlich aufbereitet sind. Andererseits können durch den Einsatz unterschiedlicher Softwaresysteme auch Nachteile entstehen, wie beispielsweise Schwierigkeiten im Umgang mit den Systemen. Nähere Ausführungen sind dem **Kapitel 4.5** zu entnehmen.

Als Fazit wird festgehalten, dass durch eine zunehmende Bürokratisierung hinsichtlich der Dokumentation weniger Zeit für die Pflege und Betreuung der Patient\*innen und Bewohner\*innen bleibt. Denn die Mitarbeiter\*innen beschäftigen sich derzeit übermäßig mit administrativen und dokumentativen Tätigkeiten, die neben gesetzlichen Dokumentationspflichten noch zusätzlich anfallen. Ziel soll es sein, weniger Bürokratie zu schaffen, um das Gesundheitspersonal zu entlasten und dieses auch zu empoweren. Dafür ist es auf der einen Seite notwendig, die Strukturen zu ändern, und auf der anderen Seite wichtig, gute und innovative digitale Lösungen einzusetzen.

#### **4.2.5 Zusammenführbarkeit der Dokumentation von Berufsgruppen**

Der wachsende Fachkräftemangel im Gesundheitswesen und die sich verändernden Versorgungsansprüche einer alternden Bevölkerung stellen alle Beteiligten vor große Herausforderungen. Wie bereits in dieser Arbeit erwähnt, sind im Gesundheitswesen unterschiedliche Berufsgruppen vorzufinden (s. **Kapitel 2.4**), die auch verschiedenartige Maßnahmen und Leistungen dokumentieren – sei es durch gesetzliche Vorgaben oder Vorschriften durch den Dienstgeber (s. **Kapitel 4.1**). Daraus resultiert, dass eine Vielzahl an Dokumentationen im Rahmen eines Behandlungs- oder Pflegeprozesses vorkommen. Demnach stellt sich die Frage, ob es sinnvoll ist, Dokumentationstätigkeiten zusammenzutragen und in einer Quelle, sozusagen in einem System, zu dokumentieren, oder ob dies nicht möglich ist.

In der Medizin und Pflege sind unzählige Tätigkeiten zu dokumentieren, wobei auch in einigen Einrichtungen in den Organisationseinheiten unterschiedliche Systeme für diese Dokumentationen zum Einsatz kommen. Dies bringt oftmals Schwierigkeiten mit sich, seien es die ungenügenden Erfahrungen mit den Systemen oder auch die Motivation, sich damit zu befassen. Aus der Praxis zeigt sich, dass im Rahmen des Aufnahmeprozesses in vielen Fällen mehrfach dokumentiert wird. Zum Beispiel werden der Name, das Geburtsdatum und das Gesundheitsproblem vom Arzt beziehungsweise der Ärztin abgefragt und verschriftlicht. Kurze Zeit später werden diese Daten abermals von einer Pflegekraft erhoben und dokumentiert. Dies bringt einen zusätzlichen zeitlichen Aufwand mit sich, wodurch manche Berufsgruppen vermehrt Zeit aufwenden müssen, obwohl dieselben Informationen bereits dokumentiert wurden. Auch Assistenzberufe dokumentieren, wie bereits in dieser Arbeit erwähnt, Tätigkeiten, die ebenso für die Medizin relevant sind. In diesen Fällen wäre es überlegenswert, für die Medizin und Pflege ein einheitliches System zu verwenden und auch für Assistenzberufe. Würden Berufsgruppen zusammengeführt werden und die Dokumentation in einem gemeinsamen System mit unterschiedlichen Zusatzanwendung ermöglicht werden, würde das Risiko von Übertragungsfehlern verringert werden (Linczak, Tempka & Haas, 2003, S. 786-788).

In diesem Bereich wäre es von wesentlicher Bedeutung, wenn bereits bei der Aufnahme der Patient\*innen der Großteil der Dokumentation abgewickelt werden würde, sodass die teuren Berufsgruppen dies nicht erfassen müssen.

### 4.3 Digitales Know-how in der Ausbildung

Im folgenden Abschnitt wird der Fokus auf die medizinische und pflegerische Dokumentation in Anlehnung an digitales Grundwissen im Rahmen der Ausbildung bei den Berufsgruppen Ärzt\*innen und Pflegekräfte gelegt. Dabei wird kurz auf das Curriculum eingegangen, um die Lehrveranstaltungen, welche für die Digitalisierung und Informationstechnologie relevant sind, zu identifizieren und herauszufinden, wie viel Zeit in der Ausbildung dafür investiert wird. Durch die zunehmende Digitalisierung wird auch das Know-how hinsichtlich technischer und digitaler Systeme im Rahmen der Dokumentation immer wichtiger. Dies bedeutet, dass auch in der Ausbildung ein Schwerpunkt für EDV-Kenntnisse und digitale Kompetenzen gelegt werden sollte.

Vorweg ist zu betonen, dass sowohl der Ausbildungsbereich Humanmedizin als auch jener der Gesundheits- und Krankenpflege eine gesetzliche Dokumentations- und Auskunftspflicht beinhalten, die bei der Berufsausübung eingehalten werden müssen (s. **Kapitel 4.1**). Dennoch ist gesetzlich nicht festgeschrieben, dass die Dokumentation elektronisch zu erfolgen hat.

In Anlehnung an das **Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin** an der Medizinischen Universität Wien zeigt sich, dass Angehörige dieser Berufsgruppe während ihrer Ausbildung eine große Bandbreite an unterschiedlichen Lehrveranstaltungen besuchen. Beispielsweise bekommen die Studierenden im Modul „Wissenschaft und Medizin“ eine Einführung in computergestütztes Lernen, wo es um das Thema Wissenschaftliches Arbeiten geht. In Anbetracht der einzelnen Lehrveranstaltungen über die gesamte Studiendauer hinweg ist jedoch deutlich erkennbar, dass wenig Aufmerksamkeit auf die Dokumentation in Kombination mit den dafür notwendigen EDV-Kenntnissen gelegt wird. Es wäre hierbei besonders hilfreich, auch Möglichkeiten zur Verwendung von digitalen Softwaresystemen aufzuzeigen, um die Auszubildenden auf die Berufspraxis bestmöglich vorzubereiten – vor allem auch in Hinblick auf Lösungsorientierung und die zunehmende Digitalisierung. Auf mögliche Strategien und Maßnahmen, die in diesem Bereich umgesetzt werden können, wird in **Kapitel 5** eingegangen (Medizinische Universität Wien, 2023, S. 18, S. 22-24 & S. 36). Auch beim Humanmedizin-Studium an der Medizinischen Universität Graz zeichnet sich dasselbe Bild ab. Dabei werden ebenso die Grundlagen zu unterschiedlichen

medizinischen Bereichen gelehrt, Lehrveranstaltungen zum Erwerb digitaler Kompetenzen bei der Dokumentation fehlen allerdings zur Gänze (Medizinische Universität Graz, 2022, S. 24, S. 27, S. 30, S. 32, S. 34).

Wird im Gegensatz dazu ein Blick auf die Lehrpläne der **Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflege** gelegt – hier am Beispiel der Fachhochschule Burgenland –, so sind die Bereiche der Pflegedokumentation und der digitalen Kompetenzen auch in diesem Curriculum nicht zeitintensiv vertreten. Hier werden ebenso medizinische Grundlagen und Grundlagen des pflegerischen Handelns (z.B. Professionalisierung in der Pflege) sowie Rechtsgrundlagen gelehrt, dies umfasst jedoch nicht die gewünschten Kenntnisse und das Know-how für die praktische Berufsausübung im Sinne der stetigen und dynamischen Weiterentwicklung digitaler Technologien. Hervorzuheben ist dabei vor allem, dass in Zeiten von Technik und Digitalisierung wenig Lehrinhalte hinsichtlich der Nutzung von EDV-Systemen gebracht werden (Fachhochschule Burgenland, 2022, S. 4).

Die neusten Technologien führen nämlich zu einer nachhaltigen Veränderung und Beeinflussung des Ärzt\*innenberufes. Das rasche Fortschreiten digitaler Technologien, einhergehend mit der Transformation bestehender Organisations- und Arbeitsprozesse, ist bereits in der Medizin angekommen. In diesem Zusammenhang stellen sich oftmals Fragen wie beispielweise welche Herausforderungen die Digitalisierung im Arbeitsalltag mit sich bringt und über welche digitalen Kompetenzen die Ärzt\*innen in Zukunft verfügen sollen. In Anbetracht der Lehrinhalte in den Curricula wird deutlich, dass digitale Kompetenzen systematisch in die medizinische Ausbildung integriert werden müssen. Digitale Kompetenzen umfassen nämlich unterschiedliche Fähigkeiten wie beispielweise den Umgang und das Verstehen komplexer Informationen sowie die Kommunikation mit digitalen Werkzeugen (Hofstetter et al., 2022, S. 892).

Mit Ausnahme einiger Pilotprojekte sind die medizinischen Curricula jedoch noch nicht an die digitalen Herausforderungen der Zukunft angepasst worden – auch wenn mögliche Ansätze zur Verankerung digitaler Kompetenzen weltweit bereits gegeben sind. Dennoch ist eine enge interprofessionelle Kooperation von Medizin und Medizininformatik erforderlich und unabdingbar, um entsprechende Lernzielkataloge

aufzubereiten und angehende Ärzt\*innen auf die zukünftige digitale Medizin vorzubereiten. Einerseits können Mediziner\*innen die Art der zukünftigen medizinischen Entwicklungen, die für eine Verbesserung der Patient\*innenversorgung benötigt werden, abschätzen. Andererseits können die Medizininformatiker dazu das notwendige Know-how und die Kompetenzen beisteuern (Foadi, Koop & Behrends, 2020, A 599 & 600).

Studierende sollten im Rahmen ihres Studiums durch gezielte Trainings die notwendigen Kompetenzen erwerben, die im sich ständig wandelnden Gesundheitssystem essenziell sind. Wesentlich hierfür ist, den Zeitpunkt sowie die Art und Weise hinsichtlich des Erwerbs digitaler Kompetenzen festzulegen. Sollen Angehörige des Ärzt\*innenberufes im Sinne des „Learning by Doing“ berufsbegleitend lernen oder ist es sinnvoller die digitalen Grundkompetenzen in den medizinischen Lehrplan aufzunehmen? Ärzt\*innen sind stets gefordert, zeitliche Ressourcen dafür aufzuwenden, sich mit dieser Thematik auseinanderzusetzen und die Bereitschaft zur regelmäßigen Weiterbildung in diesem Bereich zu zeigen. Es ist durch wissenschaftliche Studien belegt, dass sowohl Wissenslücken als auch Unsicherheiten bezüglich der Potenziale und Limitationen sowie dem Umgang mit Informationssystemen und Datenbanken vorherrschen. Sind wenig Kenntnisse beim Personal vorhanden, führt dies in weiterer Folge auch zu negativen Auswirkungen auf die Bereitschaft, die neuen technologischen Gegebenheiten zu nutzen (Foadi, Koop & Behrends, 2020, A 598 & 599).

Auch im Forschungsbereich sind digitale Systeme in der heutigen Zeit nicht mehr wegzudenken, weshalb Ärzt\*innen neben digitalen Kompetenzen auch Wissenschaftskompetenzen benötigen. Damit soll es ermöglicht werden, den zukünftigen Herausforderungen kritisch und different entgegenzuwirken. Beispielsweise wurde an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) im Jahr 2019 ein Projekt namens „**DigiWissMed**“ zur Digitalisierung und Wissenschaftlichkeit in der Medizin initiiert. Ziel dieses Projektes war es, digitale Kompetenzen auf Jahrgänge und Fächer übergreifend in da Curriculum zu integrieren (ebd., A 600).

An diesem Pilotprojekt könnte auch Österreich ansetzen und so die Weiterentwicklung im medizinischen Curriculum durch die Integration von digitalen Kompetenzen und IT-

Know-How voranzutreiben. Dieses Thema sollte auf allen Ebenen Berücksichtigung finden, um die Ausbildung an die aktuellen und zukünftigen Gegebenheiten anzupassen und Auszubildende mit bestmöglichem Wissen auf die Berufspraxis vorzubereiten. Denn auch in der Gesundheits- und Krankenpflege sind diese Kompetenzen bei der Pflegedokumentation notwendig.

Alles in allem kann gesagt werden, dass die stetigen digitalen sowie technologischen Änderungen und Weiterentwicklungen bereits in der Aus-, Fort- und Weiterbildung gelehrt werden müssen. Dieser Schritt erfordert ein hohes Maß an Reflexion und Umdenken aller Beteiligten. Auf der einen Seite muss ein umfassendes Bewusstsein für die Digitalisierung und neueste Technologien gegeben sein, auf der anderen Seite das Potenzial für die Medizin im Bildungskonzept verankert sein. Dazu zählt nicht nur die Kompetenzentwicklung, sondern auch das Darstellen von Verantwortlichkeiten. Telieps, Peters, Falkenstern & Saul (2022, S. 13-14) betonen, dass es neben den sozialen, fachlichen, kommunikativen und organisatorischen Kompetenzen für Ärzt\*innen von wesentlicher Bedeutung ist, digitale (Gesundheits-) Kompetenzen zu erwerben – ein Allrounder-Mediziner ist somit erforderlich. Auch der Erwerb notwendiger Anwendungskompetenzen hinsichtlich EDV-Systemen in der Ausbildung ist unabdingbar. Damit können neue Innovationen und technische Errungenschaften besser verstanden werden und im Anschluss in der Berufspraxis umgesetzt werden. Die Covid-19-Pandemie hat gezeigt, wie schnell sich die Digitalisierung weiterentwickelt und wie viel seitdem mit digitalen Ansätzen in der Medizin und Pflege gearbeitet wird.

Daher gilt es zu berücksichtigen, dass Ärzt\*innen und Pflegekräfte an der digitalen Transformation teilhaben sollten und nicht nur als stille Zuschauer fungieren. Hervorzuheben ist, dass digitale Kompetenzen im Laufe der Ausbildung erworben werden müssen. Einerseits, um bestehende Angebote zu erkennen und bestmöglich zu nutzen. Andererseits, um bei künftigen Projekten in diesem Bereich mitzuwirken und diese mitzugestalten.

## 4.4 Zeitaufwand

Wie bereits des Öfteren in dieser Arbeit erwähnt, nimmt die Dokumentationstätigkeit im medizinischen und pflegerischen Bereich enorme Zeitkapazitäten in Anspruch. Demnach beschäftigt sich die Pflege in der heutigen Zeit viel mehr mit der Administration und Dokumentation als es vorgeschrieben ist. Durch diese Vielzahl an Dokumentationen kommt es oftmals aufgrund eines erhöhten Stresslevels zu ungewünschten Doppeldokumentationen und Fehldiagnosen sowie -behandlungen. Weiters reduziert sich die Zeit für die Betreuung und Pflege der Patient\*innen und Bewohner\*innen. Studien weisen auf unterschiedliche Ergebnisse hinsichtlich des tatsächlichen Dokumentationsaufwands von Pflegekräften und Ärzt\*innen hin.

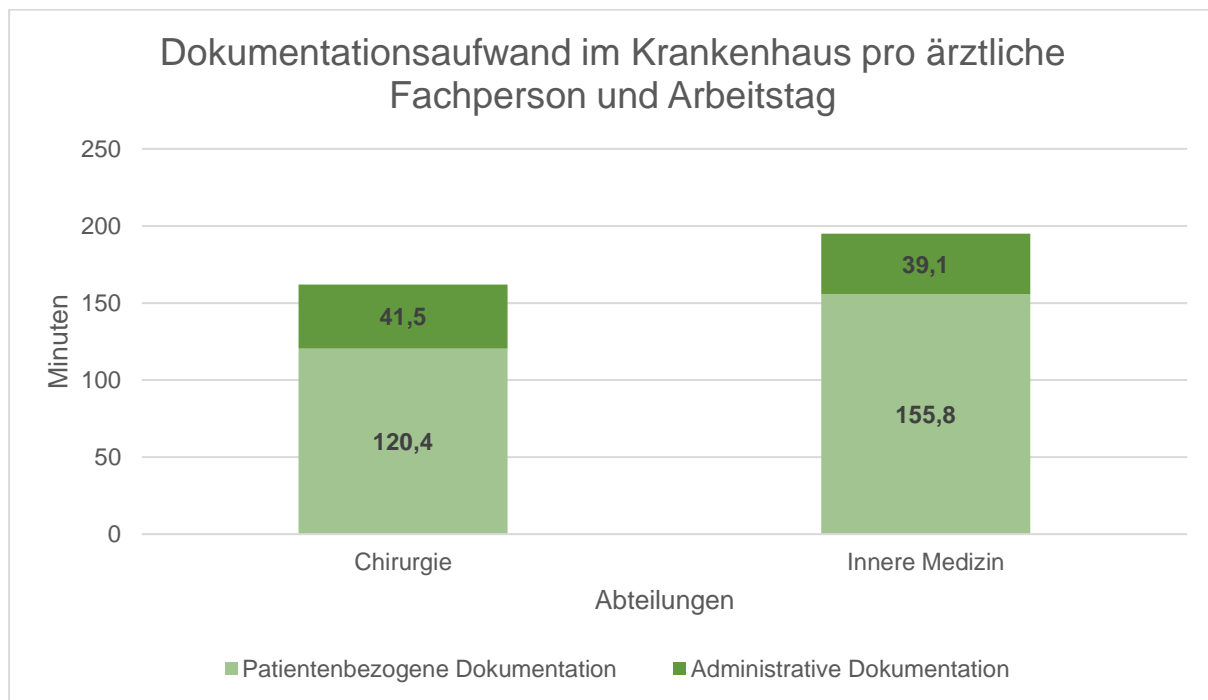
*„Eine Diplomkrankenschwester verbringe fast ein Viertel ihrer Arbeitszeit „nur mit Dokumentiererei. Und genau das ist, was wir ändern möchten, weil die Kernaufgabe ist in den letzten Jahren leider verloren gegangen – die Pflege pflegt nicht mehr, sie dokumentiert“.* So bringt Martina Aubel vom Joanneum Research die aktuelle Situation auf den Punkt. Sie sieht besonders in der Weiterentwicklung digitaler Lösungen den richtigen Ansatz, um weniger Zeit für die Dokumentation und mehr Zeit für die Patient\*innen zu schaffen (ORF Steiermark, 2023, www).

Wenn mehr als ein **Drittel der Arbeitszeit von Ärzt\*innen** und ein **Viertel der zeitlichen Kapazitäten von Pflegekräften** in großteils händischen Administrations- und Dokumentationsaufgaben fällt, ist es gut vorstellbar, welche hohe Belastung diese Dokumentationstätigkeiten für das österreichische Gesundheitswesen mit sich bringen. Soll es auf diese Art und Weise zukünftig weitergehen? Dann würde jedoch dem Arbeitsfachkräftemangel nicht entgegengewirkt, sondern „geholfen“ werden (Austria Presse Agentur, 2022, www).

Bezugnehmend auf die Problemstellung dieser Arbeit (s. **Kapitel 1.1**) zeigen sich Zeitunterschiede hinsichtlich des Dokumentationsaufwands in den unterschiedlichen Abteilungen und Fachbereichen. Des Weiteren verdeutlichen Hierarchieunterschiede beispielweise zwischen Assistenz- und Oberärzt\*innen ein ungünstiges Verhältnis von administrativen und operativen Arbeitstätigkeiten (Thanner, Drack & Hornung, 2015, S. 1-2).

Eine Studie aus Deutschland belegt wissenschaftlich, dass die Dokumentation von medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten zwischen 30 und 40 Prozent des Arbeitsalltags des Pflegepersonals sowie der Ärzt\*innen unterschiedlicher Fachbereiche und Hierarchiestufen einnimmt. Dies bedeutet vereinfacht gesagt, dass der Dokumentationsaufwand zwischen zwei und vier Stunden pro Arzt und Ärztin sowie Pflegekraft täglich beträgt. Der größte zeitliche Aufwand entfällt auf die Aufnahme- und Entlassungsberichte sowie auf die Befundungen und das Erstellen von Nachweisen für die entsprechenden Kostenträger. Nicht nur Studien aus Deutschland und Amerika stellen dies fest, auch eine Untersuchung der österreichischen Ärztekammer aus dem Jahr 2019 kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Hier gaben die befragten Ärzt\*innen und Pflegekräfte an, dass der Dokumentationsaufwand in den letzten zehn Jahren um rund 100 % angestiegen ist (Speech Processing Solutions, 2022, [www](#)).

Weitere ähnliche Erkenntnisse lieferte eine Erhebung aus dem deutschen Ärzteblatt, welche den enormen Dokumentationsaufwand in Krankenhäusern verdeutlicht. Die folgende **Abbildung 18** zeigt, dass die Aufwandswerte sehr stark zwischen den einzelnen Ärzt\*innen streuen. Dies dürfte den großen Unterschieden in der Organisation der Gesundheitseinrichtungen beziehungsweise der Arbeit der Ärzt\*innen zugrunde liegen. Aus der Studie der befragten Ärzt\*innen geht hervor, dass eine Dokumentationsentlastung beispielweise durch das Delegieren von Arbeitsaufgaben an andere Abteilungen und Berufsgruppen gewährleistet werden kann. Auch eine verbesserte Ausstattung und Organisation sowie digitale Lösungen können hierfür zum Einsatz kommen (Blum & Müller, 2003, S. 544-545).



**Abbildung 18:** Dokumentationsaufwand im Krankenhaus, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Blum & Müller (2003, S. 545)

Die zeitaufwändigsten Aufgaben bei der patient\*innenbezogenen Dokumentationstätigkeit sind die Erfassung der Verlaufsdokumentation in den Patient\*innenakten, die Erstellung vorläufiger oder endgültiger Entlassungsberichte sowie die Erfassung der Anamnese. In Bezug auf die administrative Dokumentation nehmen die Codierung von Diagnosen sowie das schriftliche Beantworten von Kostenträger-Anfragen die meiste Zeit in Anspruch (Blum & Müller, 2003, S. 544-545).

In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass die Dokumentation in den letzten Jahren einen enormen Anteil zur medizinischen und pflegerischen Arbeitszeit beisteuert, der zulasten einer umfassenden Betreuung von Patient\*innen und Bewohner\*innen geht. Eine andere Studie von Raspe et al. (2020, S. 117-119) wiederum verdeutlicht, dass bei jungen Ärzt\*innen der Wunsch nach einer geringeren Dokumentation und einer Reduktion der Arbeitsverdichtungen zunimmt. Die Ergebnisse der Befragung weisen einen erhöhten Verbesserungsbedarf hinsichtlich des Dokumentationsaufwandes auf. Bei Ärzt\*innen rangiert dieser Wunsch mit 88 % auf Platz eins der Umfrage, wobei bei den Pflegenden die Reduzierung des Aufwandes mit 83 % lediglich auf Platz vier gereiht wurde. Dennoch zeigt sich in diesem Bereich

ein dringender Handlungsbedarf – denn auch der Fachkräftemangel hinterlässt seine Spuren: die zeitlichen Ressourcen werden durch ihn immer weniger.

#### **4.4.1 Dokumentationsaufwand am Beispiel einer Personalbedarfsrechnung**

In diesem Abschnitt wird anhand einer Personalbedarfsrechnung näher beleuchtet, wie sich der Dokumentationsaufwand des Gesundheitspersonals in der Praxis abbildet. Nähere Ausführungen zu den theoretischen Grundlagen sind in **Kapitel 3** ersichtlich.

Zur Darstellung der Berechnung wird eine fiktive Pflegestation in einem Krankenhaus mit 20 Vollzeitäquivalenten (VZÄ) herangezogen. Ein VZÄ bedeutet eine Vollzeitbeschäftigung mit der entsprechenden Stundenanzahl, zum Beispiel 40 oder 38,5 Wochenstunden (Zulehner, 2022, S. 297). Die Aufteilung der 20 VZÄ erfolgt – wiederum fiktiv – in 10 VZÄ für DGKP, fünf VZÄ für PFA und fünf VZÄ für PA.

Dabei wird weiters angenommen, dass pro Vollzeitäquivalent rund 1.680 Leistungsstunden pro Kalenderjahr aktiv geleistet werden, dies entspricht einer häufigen Annahme im Bereich der Pflege. Aufgeteilt auf die drei Berufsgruppen der Pflege resultieren 16.800 Leistungsstunden für DGKP, 8.400 Leistungsstunden für PFA und 8.400 Leistungsstunden für PA, jeweils pro Station und pro Jahr.

Aus der Literatur geht hervor, dass der Dokumentationsaufwand rund ein Viertel der Arbeitszeit bei den Pflegekräften – wohl als Diplomierte Pflege zu verstehen – einnimmt (ORF Steiermark, 2023, www). Anhand dieses Beispiels wird nun näher auf den zeitlichen Aufwand eingegangen (s. **Tabelle 4**), wobei bei nicht Diplomierter Pflege geringere Werte angenommen wurden.

**Tabelle 4:** Darstellung des Dokumentationsaufwandes in Prozentwerten und Stunden, Quelle: Eigene Erstellung

Dokumentationsaufwand in Prozent	Errechnete Stunden an Dokumentation
25 % Dokumentationsaufwand bei DGKP	$16.800 \cdot 25 = \underline{4.200 \text{ Stunden pro Jahr}}$ umfasst die Dokumentation einer Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson
15 % Dokumentationsaufwand bei PFA	$8.400 \cdot 15 = \underline{1.260 \text{ Stunden pro Jahr}}$ umfasst die Dokumentation einer Pflegefachassistenz
5 % Dokumentationsaufwand bei PA	$8.400 \cdot 5 = \underline{420 \text{ Stunden pro Jahr}}$ umfasst die Dokumentation einer Pflegeassistenz

Vor allem für die Dokumentation durch die Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen bedeutet dies 4.200 Stunden pro Jahr und somit pro Kalenderjahr 2,5 VZÄ.

Aus diesen Ergebnissen geht hervor, dass bei den herangezogenen Zahlen ein hoher Dokumentationsaufwand für das Pflegepersonal anfällt. Auf beispielsweise ein gesamtes Krankenhaus mit 20 Stationen bezogen wird deutlich, dass die Dokumentation einen hohen Zeit- und Ressourcenfaktor darstellt. Demnach wäre es auch empfehlenswert, den Dokumentationsaufwand zu reduzieren, um mehr zeitlichen und finanziellen Aufwand in andere Bereiche investieren zu können.

#### 4.5 IT-Lösungen

Medizin und Pflege sind ein integraler Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems, vor allem weil die Pflegekräfte die größte Berufsgruppe abbilden. Die stetigen Entwicklungen und steigenden Anforderungen an das Gesundheitssystem verschaffen den medizinischen und pflegerischen Berufsgruppen mehr Relevanz und Bedeutung. Diese beiden Berufsgruppen sind gesetzlich verpflichtet, den Behandlungs- und Pflegeprozess abzubilden sowie die erbrachten Leistungen und Maßnahmen angemessen zu dokumentieren. Wie bereits oftmals erwähnt, nimmt die Dokumentationstätigkeit in der heutigen Zeit allerdings einen enormen Teil der Arbeitszeit des Gesundheitspersonals ein.

Die Digitalisierung durchdringt immer mehr Lebensbereiche, darunter auch das Berufs- und Arbeitsleben. All diese Bereiche erfordern daher spezifische Strategien, um die Voraussetzungen für das Gelingen der digitalen Transformation zu ermöglichen (Hofstetter et al., 2022, S. 891-892). Um den zeitlichen Aufwand zu minimieren, kommen unterschiedliche IT-Lösungen beispielsweise die Verwendung von digitalen Informations- und Dokumentationssystemen zum Einsatz.

Im Folgenden werden kurz die Vor- und Nachteile einer EDV-gestützten Dokumentation in Gesundheitseinrichtungen dargebracht.

### **Vorteile einer EDV- gestützten Dokumentation**

- Sicherstellung einer sprachlichen Genauigkeit sowie Klarheit bei Formulierungen aller Informationen und Ergebnisse im Pflegeprozess.
- Lösung zur vollständigeren Dokumentation sowie sachlich richtige Anwendung der Dokumentationssysteme.
- Kontinuierliche und zeitnahe Dokumentation durch regelmäßiges Nachfragen durch das System. Die Verfügbarkeit von genügend Computern muss hier gegeben sein.
- Automatische Generierung von Spezialdokumentation und unterschiedlichen Berichten.
- Verfügbarkeit der Dokumentationsunterlagen für alle Berufsgruppen zu jedem Zeitpunkt. Dies bringt eine Erleichterung der täglichen Arbeitsroutine sowie eine bessere stations- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation mit sich.
- Kontinuierliche Ermittlung der Qualitätsindikatoren auf den Daten der Gesamtdokumentation (Ammenwerth, Eichstädter & Schrader, 2003, S. 28-30).

### **Neben den positiven Effekten zeichnen sich auch Nachteile ab:**

- Geringe EDV-Kenntnisse bei den Pflegekräften unterschiedlicher Altersgruppen.
- Unzureichende technische Voraussetzungen (Ausstattungen) zur Datenerfassung beispielsweise direkt beim Bett der Patient\*innen.
- Unklarer Nutzen bei hohem Einführungsaufwand.

- Geringe Erfahrung bei der Umsetzung des Pflegeprozesses (Ammenwerth, Eichstädter & Schrader, 2003, S. 30-31).

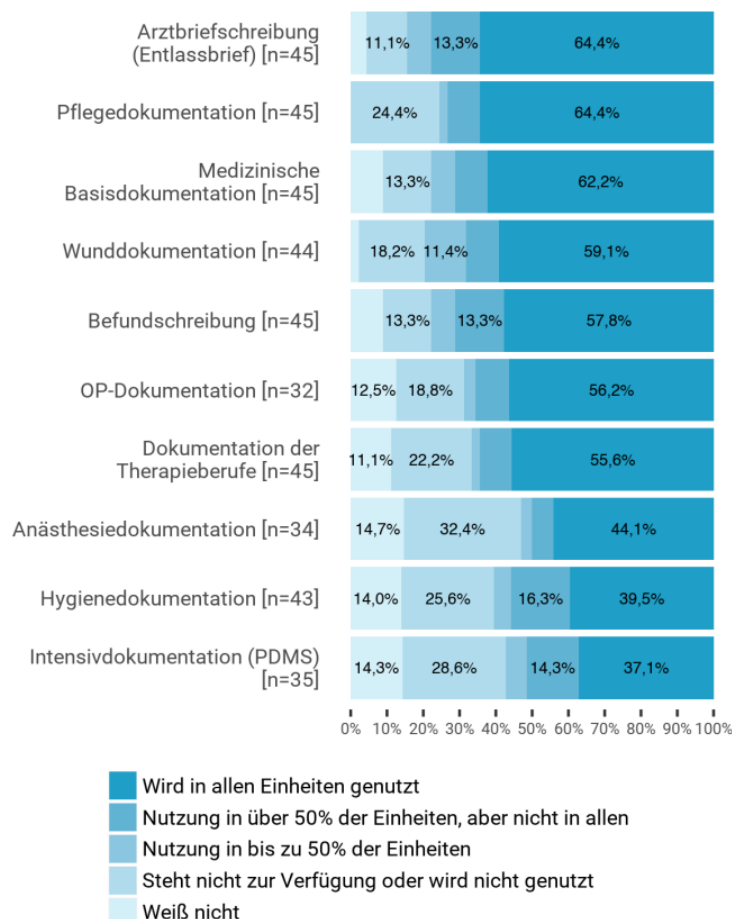
Die Auswahl eines geeigneten EDV-gestützten Dokumentationssystems stellt eine große Herausforderung dar und die Eignung ist von vielen Rahmenbedingungen abhängig. Dennoch wurden elektronische Dokumentationssysteme von zahlreichen Gesundheitseinrichtungen weltweit eingeführt, da sie viele Vorteile gegenüber den herkömmlichen händischen Papierdokumentationen bieten. Es zeigt sich auch, dass solche Systeme die Qualität der Patient\*innenversorgung verbessern, indem sie medizinische Fehler durch Standardisierung ausgleichen. Jedoch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass sich trotz der Einführung solcher Systeme der zeitliche Dokumentationsaufwand noch auf einem hohen Level befindet (ebd., S. 14).

Informations- und Dokumentationssysteme der Pflege sind ein wichtiges Tool von Krankenhausinformationssystemen oder können auch als eigenständige Einheiten in der stationären und ambulanten Pflege eingesetzt werden. Diese Systeme sind von zentraler Bedeutung, da Informationen die Basis für eine sichere sowie individuelle Patient\*innenversorgung bilden – ebenso wird damit ein Einblick in das Versorgungsgeschehen gegeben. In der Zukunft werden die Anforderungen der Pflege weiter zu- als abnehmen. Dies resultiert aus den Folgen des demografischen Wandels und dem damit verbundenen Pflegefachkräftemangel sowie der Multimorbidität der Patient\*innen. Daher sind IT-Systeme auf jene Art und Weise zu gestalten, dass deren Leistung höher ist als beispielweise nur das elektronische Abbilden der Fieberkurve auf Papier. Dennoch zeigt sich eine geringe Verbreitung in der Praxis, sei es in Pflegeeinrichtungen oder auch Krankenhäusern. Viele IT-Systeme, die am Markt angeboten werden, bieten unterschiedliche Möglichkeiten und Features an – jedoch werden diese von den einzelnen Institutionen nur selten in der Breite genutzt. Weiters ist zu betonen, dass sich viele Gesundheitseinrichtungen das Etablieren von Informations- und Dokumentationssystemen nicht leisten können und dadurch nur auf Standardversionen des Herstellers zurückgreifen (Sellemann, 2018, S. 13-14).

Wichtige Daten zum Verbreitungsgrad der Informations- und Dokumentationssysteme in der Pflege im Setting Krankenhaus liefert der „IT-Report Gesundheitswesen: Wie

reif ist die Gesundheits-IT aus Anwender-Perspektive?“. Die Ergebnisse in Österreich zeigen, dass die einzelnen klinischen Dokumentationsfunktionen nicht in jeder Abteilung zur Gänze verfügbar sind und genutzt werden. In Anlehnung an die untenstehende grafische **Abbildung 19** ist zu erwähnen, dass rund 64 % der Arztbrief- und Pflegedokumentationen in allen Einheiten zum Einsatz kommen. In manchen Einrichtungen sind bestimmte Dokumentationen in den einzelnen Stationen nicht in Verwendung, beispielsweise die Hygienesdokumentation (25,6 %) (Hübner et. al, 2020, S. 200).

Bitte schätzen Sie Verfügbarkeit und Nutzung folgender IT-Funktionen ein.



**Abbildung 19:** Klinische Dokumentationsfunktionen, deren eingeschätzte Verfügbarkeit und Nutzung, Quelle: Hübner et. al (2020, S. 200)

Somit zeigt sich, dass digitale Dokumentationssysteme bereits den österreichischen Markt erobert haben, diese jedoch in unterschiedlichem Ausmaß in Krankenhäusern oder Pflegeeinrichtungen Anwendung finden. Um einen Einblick in bereits umgesetzte

digitale Lösungen zu bekommen, werden nachfolgend nationale sowie internationale Beispiele aus der Praxis dargestellt.

#### 4.5.1 Österreich

In Österreich gibt es bereits digitale Dokumentationssysteme, die in Gesundheitseinrichtungen zum Einsatz kommen. Eingangs werden zwei sogenannte „Marktriesen“ vorgestellt, die vermehrt den österreichischen Markt eingenommen haben.

Das **myneva.care center** bietet Softwarelösungen für alle Sozialbereiche, unter anderem auch für die Langzeitpflege, an. Dieses Softwaresystem ist eine ganzheitliche, digitale Lösung für ein umfassendes Abbilden von Dokumentations- und Administrationsprozessen. Einen Aufgabenbereich bildet beispielsweise die Klient\*innenadministration und -abrechnung. Des Weiteren wird mit der Softwarelösung die Pflegeplanung und -dokumentation digital erfasst, was für die vorliegende Arbeit besonders interessant ist. Neben der Betreuungsplanung wird dieses System auch für medizinische und therapeutische Zwecke verwendet. Ergänzend dazu ist es auch vorteilhaft, das System für die Planung von Terminen und Ressourcen zu verwenden. Dies sind einige der vielseitigen Nutzungsmöglichkeiten der CareCenter Software. Im Mittelpunkt steht eine praxisorientierte Lösung, welche branchenübergreifend zu einer Entlastung der Mitarbeiter\*innen und mehr Zeit für Patient\*innen, Klient\*innen und Bewohner\*innen führt. Damit können einerseits Erfolge langfristig sichergestellt werden, und andererseits Prozesse optimiert und nachhaltig gestärkt werden (Myneva Group, o.J., [www](http://www.mynева.com)).

Als zweite Softwarelösung nimmt auch **SAP Healthcare** mit den Modulen SAP IS-H und i.s.h.med, das von der Firma Cerner entwickelte Krankenhausinformationssystem, einen zentralen Stellenwert ein. Im Setting Krankenhaus wird durch das flexible System eine individuelle Adaptierung der Arbeitsprozesse an die Mitarbeiter\*innen sowie das Organisationssystem ermöglicht. Demnach zeichnet sich diese Lösung durch eine Vielzahl an unterschiedlichen Anwendungsbereichen und Funktionalitäten aus – sei es bei der Planung, Dokumentation, Kommunikation und Auswertung von Daten. Der Aufgabenbereich des Moduls i.s.h.med umfasst neben der elektronischen Fieberkurve auch die medizinische Dokumentation (Wunddokumentation usw.), das

Operations- und Bettenmanagement, die Patient\*innenadministration sowie die klinischen Prozesse. Ergänzend dazu kann das Programm auch zum Schnittstellenmanagement zur ELGA verwendet werden (Cerner Health Services, 2021, S. 7-9).

Neben den Softwarelösungen „CareCenter“ und „SAP“ wird nachfolgend konkret auf zwei Projekte digitaler Technologien eingegangen, die im Pflege- und Behandlungsprozess eingesetzt werden.

Die **Geriatrischen Gesundheitszentren (GGZ)** der Stadt Graz haben ein digitales System zur Optimierung von Arbeitsprozessen in der Pflege eingeführt und sozusagen einen „Single Point of Care“ geschaffen. „ilvi“ soll einerseits helfen, die Pflegeprozesse zu digitalisieren und zu optimieren. Andererseits soll eine Entlastung bei der Tätigkeit von Pflegekräften geschaffen werden. In weiterer Folge können mit „ilvi“ die Pflege- und Dokumentationsarbeitsschritte, die bisher manuell im stationären Bereich durchgeführt wurden, vereinfacht werden. Dies führt zu einem optimierten, zielgerichteten Einsatz vorhandener Ressourcen in Pflege und Medizin sowie zu mehr Zeit für Patient\*innen und Bewohner\*innen. Die Mitarbeiter\*innen der GGZ können zum Beispiel mittels Mitarbeiter\*innenkarten in das System einsteigen, der Patient beziehungsweise die Patienten wird über einen QR-Code dadurch eindeutig identifiziert. Dabei können ganz einfach Patient\*innendaten wie beispielweise Blutdruckmessungen direkt über die Schnittstelle in die Patient\*innenakte des Krankenhausinformationssystems (KIS) übertragen werden. Auf diese Art und Weise erfolgt eine effizientere Durchführung der Dokumentation und eine Ressourceneinsparung wird ermöglicht. Den GGZ wurde für dieses nachhaltige Digitalisierungsprojekt der „Digitale Juwel“-Preis verliehen (Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz, 2022, www).

Nicht nur für den Pflegeprozess auch für medizinische Eingriffe ist ein innovatives **Projekt zur Prozessdigitalisierung im Operationssaal** vom Joanneum Research Health und der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft (KAGes) gestartet worden. Dabei wird an einem neuartigen Ansatz gearbeitet, der mögliche auftretender Fehler und entstehende Fehlerquellen bei chirurgischen Eingriffen reduzieren beziehungsweise vorbeugen soll. Im Rahmen dieses Projektes werden den

Anwender\*innen über den gesamten perioperativen Ablauf bei einer Operation notwendige Informationen gut strukturiert und übersichtlich aufbereitet zur Verfügung gestellt. Außerdem wird das OPcheck-System in das Krankenhausinformationssystem (KIS) integriert. Dadurch soll eine Steigerung hinsichtlich der Akzeptanz der Anwendung, des Ausfüllgrads sowie der Patient\*innensicherheit geschaffen werden. Das System wurde interdisziplinär mit künftigen Anwender\*innen konzipiert und entwickelt, wobei unter anderem Fokusgruppen oder auch Interviews und Workshops durchgeführt wurden (Joanneum Research, o.J., www).

In Anbetracht der beschriebenen Initiativen und Projekte ist hervorzuheben, dass bereits einige Innovationen im Sinne der digitalen Transformation umgesetzt werden. Dennoch wurden nicht in jeder Gesundheitseinrichtung digitale Softwaresysteme zur Erleichterung der Dokumentation integriert, was mancherorts derzeit noch zu Überlastungen führt.

#### **4.5.2 International**

Genauso wie in Österreich, wurden auch schon auf internationaler Ebene unterschiedliche digitale Dokumentationssysteme eingeführt, die zu einer Entlastung des Gesundheitspersonals, einer Optimierung der Arbeitsprozesse sowie einer Reduktion des zeitlichen Aufwandes führen sollen. Die Implementierung von digitalen Systemen ist ein wichtiger Schritt für die zukünftige Digitalisierung in stationären Gesundheitseinrichtungen. Im Folgenden wird ein Einblick in ausgewählte Länder und bereits integrierte Dokumentationssysteme gegeben.

- **Deutschland**

In Deutschland wird beispielsweise eine **Pflege- und Dokumentationssoftware (P&D)** eingesetzt, welche eine lückenlose Planung und Dokumentation ohne Doppelerfassungen beziehungsweise -diagnosen ermöglichen soll. Es werden hierbei verschiedene Planungs- sowie Dokumentationsmodelle intelligent und flexibel miteinander verknüpft, um diese Lösung sowohl stationär als auch ambulant einsetzen zu können. Dank diesem Dokumentationssystem ist eine bessere Benutzerführung der Patient\*innen möglich. Zudem ist eine gute Übersichtlichkeit gegeben, wodurch Aufgaben intelligent organisiert werden können. Damit kann der

Pflegeprozess besser geplant und den Patient\*innen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden (CompuGroup Medical, o.J., [www](#)).

- **Dänemark**

Auch Dänemark verfügt bereits über ein digitales Dokumentations- und Managementsystem, welches seit dem Jahr 2019 in allen Pflegeheimen in Aalborg eingesetzt wird. Dies ermöglicht den Mitarbeiter\*innen einen aktuellen Überblick über ihre Tätigkeiten und vernetzt sie beispielsweise mit den Angehörigen der Bewohner\*innen. Die darin integrierten Module minimieren die Behandlungszuweisung und die Standarddokumentation. Das System erleichtert weiters die Entscheidungsfindung, enthält relevante Berichte und unterstützt, indem es die Durchführung komplexer täglicher Aufgaben vereinfacht (Lutze, Trauzettel, Busch-Heizmann & Bovenschulte, 2021, S. 30-32).

- **Schweden**

Die schwedische Region Västra Götaland ist die erste, welche sogenannte „Medanets App“ zur patientennahen Anwendung implementiert hat. Dabei erfolgt die Registrierung der Daten von Patient\*innen mittels digitaler Pflegedokumentation über das Smartphone. Dies verringert einerseits die Zeit für administrative Tätigkeiten, andererseits wird dem Personal mehr Zeit für die Pflege der Patient\*innen geschaffen. Ergebnisse in den ersten Monaten nach der Einführung in der Region zeigen, dass sich die Anzahl der Fehldokumentationen im Krankenhaus um 75 % verringert hat – auf die jeweilige Station bezogen wurden dadurch monatlich 70 Stunden eingespart. Weiters erfolgt bei der Nutzung eine Echtzeit-Synchronisierung mit der elektronischen Pflegedokumentation, damit die korrekte Entscheidung zum richtigen Zeitpunkt, während des Pflegeprozesses, getroffen werden kann (Medanets-Digital Care and Human Touch, o.J., [www](#)).

In Anlehnung an die Ländervergleiche zeigt sich, dass viele Staaten bereits digitale Dokumentationssysteme für Medizin und Pflege implementiert haben und hinsichtlich technologischer Entwicklungen gut gewappnet sind. Zu betonen ist hierbei, dass es nur Projektbeispiele sind, die in bestimmten Regionen umgesetzt wurden und noch nicht in allen Gesundheitseinrichtungen implementiert sind. Auch die Struktur und Gestaltung der Gesundheitssysteme, in diesem Fall jene der Langzeitpflege,

unterscheiden sich in den betrachteten Ländern in verschiedenen Merkmalen – beispielsweise wird die Pflegebedürftigkeit andersartig definiert. Jedoch sind dies gute Ansätze für die Anwendung zukünftiger technologischer Errungenschaften in den Settings Krankenhaus und Pflegeheim.

#### **4.5.3 Kritik an digitalen Dokumentationssystemen**

Die Durchdringung digitaler Systeme gewinnt angesichts der großen Bedeutung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) in hochkomplexen Krankenhausorganisationen zunehmend an Bedeutung. Dabei ist zu betonen, dass die Einführung von digitalen Dokumentationssystemen nicht nur positiv bewertet wird. Die elektronische Pflegedokumentation soll Pflegekräfte bei der Pflegetätigkeit entlasten und die Behandlung sicherer und besser gestalten. Jedoch ist zu erwähnen, dass in der Praxis der Informationsaustausch zwischen dem Personal oftmals mündlich und auf dem Papier stattfindet. Die von der Hans-Böckler-Stiftung in Auftrag gegebene Studie mit dem Titel „Digitalisierung im Krankenhaus“ ergab, dass 58 % der Befragten schriftlich dokumentieren und nur 41 % die digitale Technik dazu verwenden. Die Digitalisierung nützt den Umfrageteilnehmer\*innen zufolge zwar etwas für die bereichs- und institutionenübergreifende Zusammenarbeit, nicht aber für die tägliche Arbeit. In Anlehnung an die Studie zeigt sich, dass eine erfolgreiche, flächendeckende Digitalisierung im Gesundheitssektor in Deutschland oft noch weit entfernt ist. Auch in Österreich besteht dabei Handlungsbedarf, da mancherorts keine digitalen Softwarelösungen eingesetzt werden oder aus unterschiedlichen Gründen nicht anwendbar sind (Bräutigam et al., 2017, S. 40-41).

Viele am Markt verfügbaren IT-Systeme bieten unterschiedliche, hilfreiche Möglichkeiten und Informationsquellen an, die jedoch von vielen Gesundheitseinrichtungen selten genutzt werden. Einerseits da es zeit- und personalintensiv ist, andererseits, weil der finanzielle Aufwand für kleine Gesundheitseinrichtungen zu hoch ist. Dadurch werden oftmals nur Standardversionen vom Hersteller genutzt, die in der Regel „nur“ dokumentieren und keine zusätzlichen Funktionen, die für den Pflegeprozess relevant sind, beinhalten. Herausfordernd wird es zukünftig sein, die bislang genutzten Dokumentations- und

Informationssysteme durch innovative und multiprofessionelle digitale Patientendokumentationssysteme zu ersetzen (Sellemann, 2018, S. 13-14).

#### **4.6 Identifizierung von Herausforderungen und Barrieren**

In den vorab beschriebenen Kapiteln wurde ein Einblick in den aktuellen Stand der medizinischen und pflegerischen Dokumentation in Österreichs Gesundheitssystem gegeben. Dabei konnten bestimmte Herausforderungen und Barrieren identifiziert werden, die zu einem vermehrten Dokumentationsaufwand führen. Nicht nur Stolpersteine, sondern auch gute und innovative Ansätze konnten aus der Literatur gewonnen werden. In Österreich ist die Dokumentationspflicht gesetzlich festgeschrieben, wobei bestimmte Tätigkeiten somit von allen Beteiligten verpflichtend zu erfassen sind. Hinsichtlich der tatsächlichen Dokumentationstätigkeit hat sich gezeigt, dass in der täglichen Praxis viel mehr Aktivitäten und Maßnahmen dokumentiert werden – sei es die Medikamentenliste oder Zusatzblätter wie das Trinkprotokoll. Auch im medizinischen Bereich haben Ärzt\*innen umfassend und korrekt zu dokumentieren, beispielweise in der Krankenakte oder der Befunddokumentation. Des Weiteren konnten im Bereich der Ausbildung wesentliche Barrieren identifiziert werden. Beispielweise konnten sowohl im Curriculum des Studiums für Humanmedizin als auch im Studienplan für Gesundheits- und Krankenpflege keine Lehrveranstaltungen in Bezug auf den Erwerb digitaler Kompetenzen erkannt werden. In diesem Bereich ist aus Sicht der Verfasserin ein großer Handlungsbedarf notwendig, um die Auszubildenden auf die zukünftige Arbeitswelt, welche zunehmend digitaler wird, bestmöglich vorzubereiten. Weiters war im Zuge der Literaturrecherche deutlich erkennbar, dass viele Studienergebnisse einen enormen Dokumentationsaufwand in der Medizin und Pflege bekräftigen. Auch in diesem Bereich sollte möglichst zeitnah angesetzt und sollten Lösungen erarbeitet werden, da durch den Fachkräftemangel dem Problem nicht weniger gering entgegengewirkt wird. Schlussendlich wurde ein Blick auf bereits vorhandene digitale Dokumentationssysteme und Forschungsprojekte in diesem Bereich – sowohl national als auch international – geworfen. Dabei konnte herausgefunden werden, dass innovative Ansätze eine Erleichterung bei der Dokumentationstätigkeit schaffen

würden. Zu betonen ist jedoch, dass in einigen Einrichtungen und Bereichen aus unterschiedlichen Gründen noch keine Softwarelösungen eingesetzt und angewendet werden.

Die Dokumentation im medizinischen und pflegerischen Bereich gewinnt immer mehr an Bedeutung und verlangt dadurch erhöhte Aufmerksamkeit, da Veränderungen und Herausforderungen damit einhergehen.

---

## 5 LÖSUNGSANSÄTZE UND STRATEGIEN

*“[...] I have applied everywhere for information, but in scarcely an instance have I been able to find hospital records fit for any purpose or comparison [...] If wisely used, these improved statistics would tell us more of the relative value of particular operations and modes of treatment than we have any means of obtaining at present?”* (Schrader, 2010, S. 17)

Dieses Zitat stammt von Florence Nightingale, die durch ihre Selbstlosigkeit und ihr Engagement, anderen zu dienen, die Krankenpflege als Beruf revolutionierte. Sie verdeutlicht mit ihrer Aussage aus dem Jahr 1863 den Mangel an vergleichbaren Daten, welche bei der Recherche nach wirksamen Behandlungsmethoden herangezogen werden können – dies ist auch heute noch so der Fall. Denn es ist besonders schwierig, übereinstimmendes Datenmaterial über Medizin und Pflege in verschiedenen Einrichtungen, Regionen und Ländern zu erhalten, aber auch innerhalb der einzelnen Gesundheitseinrichtungen (ebd., S. 17).

Für eine erfolgreiche Etablierung eines EDV-gestützten Pflegeprozesses ist es bedeutend, sich zu fragen, welche Aufgabe die Pflegedokumentation einnimmt. Dabei wird auf der einen Seite oftmals angegeben, dass diese gesetzlich gefordert ist und auf der anderen Seite, dass die Dokumentation in der Pflege eine wichtige Grundlage für das informierte Handeln bildet. Dass dieses Faktum schon länger Bestand hat, belegt auch ein weiteres Zitat von Florence Nightingale, welche vor mehr als 140 Jahren die Pflegekräfte zur Dokumentation ihrer Tätigkeiten anhielt: *“For it may safely be said, not that the habit of ready and correct observation will by itself make us useful nurses, but that without it we shall be useless with all our devotion. ... If you find it helps you to note down such things on a bit of paper, in pencil, by all means do so.”* (Schrader, Ammenwerth & Eichstädter, 2003, S. 13)

Heutzutage ist die Pflegedokumentation dafür zuständig, die pflegerischen Entscheidungen, Maßnahmen sowie Handlungen im Pflegeprozess nachvollziehbar zu gestalten. Ebenso ist diese ein wichtiges Kommunikationstool innerhalb und außerhalb der jeweiligen Gesundheitseinrichtung sowie innerhalb der Berufsgruppe und mit anderen Zuständigkeiten. Des Weiteren dient die Dokumentation als Arbeitshilfe bei der Abrechnung und strategischen Planung. Auch im Falle von

Haftungsprozessen unterstützt sie als ein wesentliches Beweismittel. Um eine Basis für die informierte Versorgung sicherzustellen, ist eine gute Pflegedokumentation notwendig (Schrader, Ammenwerth & Eichstädter, 2003, S. 14).

Dennoch ist zu betonen, dass in den letzten Jahren, beeinflusst durch die Digitalisierung, in vielen Bereichen des Gesundheitswesens neue Ansätze entwickelt wurden. Obgleich diese Ansätze nicht allerorts zum Erfolg führen, sind es die kleinen Lichtblicke, vor allem im internationalen Vergleich, an denen angesetzt werden sollte. Mit den neuen Zugängen soll der Dokumentationsaufwand reduziert, für eine Entlastung beim Gesundheitspersonal gesorgt sowie ein gutes, digitales Schnittstellenmanagement beim Dokumentieren ermöglicht werden. In diesem Kapitel werden überblicksartig mögliche Lösungsansätze und Strategien aufgezeigt, um Ideen für die Praxis zu generieren.

## **5.1 Besonderheiten dokumentieren**

Der Anstieg an Dokumentationstätigkeiten wird oftmals vermehrt auf gesetzliche Vorgaben zurückgeführt. Denn viele Tätigkeiten sind verpflichtend durchzuführen, da sie unterschiedlichen Rechtsgrundlagen zugrunde liegen. Dabei ist vor allem erwähnenswert, dass jahrein jahraus neue Gesetzlichkeiten für das Gesundheitswesen hinzukommen. In Anlehnung an die Literaturergebnisse aus **Kapitel 4.1** zeigt sich, dass bereits bei der Dokumentation viele Gesetzesgrundlagen zu berücksichtigen sind. Wird dabei das gesamte Gesundheitswesen betrachtet, ist deutlich erkennbar, dass vielzählige Gesetze in Österreich vorliegen, die bei der Berufsausübung grundsätzlich eingehalten werden müssen.

In Anbetracht der Gesetzesvorschriften ist zu erwähnen, dass in Österreich sowohl die Dokumentation in der Medizin und Pflege von allen Beteiligten verpflichtend durchzuführen ist. Die Rechtsgrundlagen, beispielsweise des GuKG oder des ÄrzteG, sind bei der Arbeitstätigkeit einzuhalten, wodurch die Aufzeichnungen vollständig und korrekt bei den geplanten Leistungen und durchgeführten Maßnahmen ausgeführt werden müssen (Österreichische Bundesregierung, 1997, [www](#); Österreichische Bundesregierung, 1998, [www](#)).

Weiters bedeutet dies, dass die gesetzliche Dokumentationspflicht zu Lasten der Arbeitszeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften geht. Jedoch ist zu betonen, dass hinsichtlich der Gesetze wenig Veränderungen vollzogen werden können. In einigen anderen Bereichen ist ein größeres Änderungspotenzial vorhanden, sei es bei der tatsächlichen Dokumentationstätigkeit in der Praxis oder auch bei den digitalen Softwaresystemen. Dennoch können auch Kleinigkeiten bei den Gesetzesvorgaben geändert werden, die zu einer Verbesserung der Dokumentationssituation führen.

Wie bereits in **Kapitel 4.1.6** angeführt, ist ein wesentlicher Aspekt hierbei, dass in Deutschland nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz im Rahmen der Dokumentationstätigkeiten besonders Auffälligkeiten oder sogenannte „Ausreißer“, die von den normalen Abläufen im Behandlungs- und Pflegeprozess abweichen, dokumentiert werden. Das heißt, dass der Fokus nicht auf das Erfassen von allen Routinetätigkeiten gelegt wird, sondern auf Besonderheiten, die vom normalen Versorgungsprozess abweichen. Dieser gesetzlich verpflichtende Ansatz ist besonders hervorzuheben, da dies eine Idee für das österreichische Gesundheitssystem wäre. Damit könnten alle Beteiligten bei der Dokumentationstätigkeit während der Arbeitszeit entlastet werden, und für mehr Zeit bei den Patient\*innen und Bewohner\*innen gesorgt werden. Nach dem Wesentlichkeitsgrundsatz sollen Pflegekräfte nicht nur Besonderheiten bei den Patient\*innen und Bewohner\*innen dokumentieren, auch Veränderungen der allgemeinen Gemütslage oder Auffälligkeiten bei der Essensversorgung sind festzuhalten (Sträßner, 2010, S. 3-4). Zu beachten gilt es, dass es hierfür einen gut durchdachten und strukturierten Plan zu erstellen gilt, der für möglichst alle Beteiligten ideal anwendbar ist. Diese Ausarbeitung und Aufbereitung werden jedoch ein großes Maß an Zeit erfordern.

Die Pflegedokumentation ist genauso wie die Pflegeplanung ein wichtiges Instrument im Pflege- und Betreuungsprozess. Dennoch nimmt ihre Ausführung enormen zeitlichen Aufwand in Anspruch und es ist oftmals unmöglich, die gesamten Dokumentationen und Planungen in der Pflege an geänderte Situationen anzupassen. Aufgrund der rechtlichen Vorgaben und Anforderungen gilt es abzuklären, wie die Dokumentationstätigkeit und deren Anwendung in Form von Softwaresystemen reduziert werden kann, um den Rechtsvorgaben gerecht zu werden. Eine schlanke

und aussagekräftige pflegerische Dokumentation ist dennoch ausreichend und auch die Aufzeichnungen im Pflegebericht können Abweichungen von grundpflegerischen Routineversorgungen in den Fokus stellen. Studienergebnisse, welche den Einsatz des neuen Strukturmodells in Deutschland abbilden, machen ersichtlich, dass es dadurch zu einer zeitlichen Entlastung gekommen ist. Denn einerseits wurden in der ambulanten Pflege mehr als 40 % Zeit eingespart, andererseits betrug auch hinsichtlich der Sammlung von Daten die Zeitersparnis rund 35 % (Weiß, 2015, S. 48-49).

Neben den medizinischen und pflegerischen Dokumentationspflichten, die gesetzlich einzuhalten sind, werden in der Praxis darüber hinaus oft mehr Tätigkeiten erfasst und abgebildet. Würden jedoch nur Veränderungen oder Besonderheiten, die sich von der alltäglichen Versorgung unterscheiden, dokumentiert werden, würde dies zu einer Entlastung bei den Pflegekräften und einer schmäleren Dokumentation führen.

## **5.2 Digitale Kompetenzen als Teil des Curriculums**

Die Informations- und Kommunikationstechnologie ist für jene Art und Weise, wie Gesundheitsdienstleistungen erbracht werden, von zentraler Bedeutung. Technologiegestützte Dienstleistungen im Gesundheitswesen werden oft als eHealth oder in jüngerer Zeit als digitale Gesundheit bezeichnet. Praktiker\*innen benötigen neue Kenntnisse, Fähigkeiten und Kompetenzen, um elektronische Gesundheitsdienste optimal nutzen zu können. Obwohl Universitäten oder Fachhochschulen ein angemessener Ort für eine solche Aus- und Weiterbildung sein könnten, ist ersichtlich, dass die Arbeitskräfte nicht ausreichend ausgebildet werden, um die Kompetenz für die Arbeit mit elektronischen Gesundheitsdiensten zu erlangen (Edirippulige et al., 2018, S. 697-698).

Elektronische Gesundheitsdienste werden als wichtig erachtet, jedoch gibt es interne und externe Faktoren, die den Fortschritt auf diesem Gebiet behindern. Interne Faktoren sind beispielsweise der überfüllte Lehrplan und konkurrierende Prioritäten für die Aufnahme neuer Themen. Wohingegen externe Faktoren ein wahrgenommener Mangel an Unterstützung durch die Gesundheitssysteme, in denen die Auszubildenden erfahrungsorientiertes Lernen erwerben, und eine mangelnde

Nachfrage von Akkreditierungsstellen, sind. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Bereich eHealth in der Ausbildung als wichtig, aber nicht wichtig genug angesehen wird (ebd., S. 701-702).

Demzufolge wird es künftig von zentraler Bedeutung sein, die Lehrpläne für Humanmedizin und Gesundheits- und Krankenpflege zu überarbeiten sowie die notwendigen Adaptierungen hinsichtlich digitaler Kompetenzen vorzunehmen. Für bereits ausgebildetes Personal wäre es in diesem Fall sinnvoll, Fort- und Weiterbildungen zur Digitalisierung anzubieten, da dieser Bereich in Zukunft einen höheren Stellenwert erhalten wird. Auch Seminare und geeignete Workshops wären hierbei ein guter Lösungsansatz, um Personen in Ausbildung und auch jene, die bereits in diesem Bereich tätig sind, bestmöglich zu schulen und vorzubereiten.

### **5.3 Arbeitszeit als Ansatzpunkt für Personalveränderungen**

Die Dokumentationstätigkeiten in den Settings Krankenhaus und Pflegeeinrichtung nehmen einen Großteil der Arbeitszeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften in Anspruch. Um diesem Problem entgegenzuwirken, wurde in Deutschland das **Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)** kundgemacht. Dieses Gesetz dient der mittelfristigen Verbesserung der Pflegesituation in deutschen Krankenhäusern. Demnach sollen Pflegekräfte mehr Zeit für die Pflege von Patient\*innen bekommen. Besonders für Krankenhäuser mit den Fachabteilungen für Geburtshilfe und die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen soll dies unterstützend sein. Des Weiteren soll die Finanzierung der Hebammen verbessert und weiterhin sichergestellt werden. Ebenso steht die Förderung der ambulanten Behandlung im Fokus. Um eine verbesserte Situation in der Pflege zu schaffen, wird das Instrument zur Personalbemessung (PPR 2.0) herangezogen. Nähere Informationen zum Modell sind in **Kapitel 3.2** ersichtlich. Damit sollen optimale Besetzungen für die jeweiligen Stationen errechnet sowie durchgesetzt werden. Die Probephase mit einem Praxistest in ausgewählten Krankenhäusern wurde am 1. Januar 2023 gestartet. Zwei Jahre später, sprich 2025, wird eine gesetzliche Verankerung angestrebt (Bundesministerium für Gesundheit, 2022b, [www](#)).

Erwähnenswert ist hierbei, dass nicht jede stationäre Behandlung auch eine Übernachtung der Patient\*innen erfordert. Um für eine Entlastung beim Krankenhauspersonal zu sorgen und für jene Patient\*innen, die es sich wünschen, in ihrem Eigenheim zu übernachten, wird eine Krankenhaustagesbehandlung eingeführt. Dies soll erreicht werden, indem die Anforderungen an die Dokumentation der tagesstationären Behandlung auf das notwendige, erforderliche Mindestmaß begrenzt werden. Besonders hervorzuheben ist bei diesem Gesetz, dass es Regelungen enthält, um die digitalen Anwendungen im medizinischen und pflegerischen Versorgungsbereich zu verbessern – vor allem hinsichtlich einer Stärkung der Nutzerfreundlichkeit und Erhöhung der Verbreitung der Systeme (ebd., 2022b, www). Auch in Österreich wird das PPR 2.0 Modell zur Personalplanung eingesetzt. Dennoch ist es von wesentlicher Bedeutung, in Anlehnung an das deutsche KHPfIEG Lösungswege zu erarbeiten, um dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

## **5.4 Einsatz von zusätzlichen Fachkräften**

Die Pflegedokumentation ist, wie bereits oftmals angeführt, im Pflegeprozess von besonderer Bedeutung. Dadurch bietet die Dokumentation der pflegerischen Daten und Fakten eine effektive Basis für die Kooperation auf allen Hierarchieebenen. Gemäß einer Studie des Normenkontrollrates der deutschen Bundesregierung nimmt die Dokumentation rund 13 % der Gesamtarbeitszeit einer Pflegeperson ein. Beispielsweise wird das Ausfüllen von Leistungsnachweisen jährlich über 400 Millionen Mal ausgeführt. Es zeigt sich, dass der Einsatz einer fachlichen Position des Pflegemanagements und der entsprechenden Fachkraft notwendig ist (Weiß, 2015, S. 48).

Bereits im Jahr 2003 wurden in Deutschland medizinische Dokumentationsassistent\*innen (MDA) eingesetzt, um sowohl für eine wirksame Unterstützung zu sorgen als auch eine Entlastung in der erforderlichen Qualität zu ermöglichen. In diesem Beispiel sind medizinische Dokumentationsassistent\*innen für die Verschlüsselung zuständig. Das bedeutet, dass die jeweiligen Behandlungsdiagnosen sowie die zur Versorgung getroffenen Maßnahmen

hinsichtlich Diagnose und Therapie nach vorgegebenen Regelwerken und Leistungskatalogen zu verschlüsseln sind. Dieser Ansatz wurde in Erwägung gezogen, da auch schon vor zehn Jahren ein Personalmangel bei den Ärzt\*innen vorherrschte und bis heute stetig zunahm. Des Weiteren bedeutet dies, dass der Einsatz dieser Berufsgruppe notwendig ist, da die Leistungsverdichtung zunimmt und weniger Mitarbeiter\*innen zur Dokumentation verfügbar sind. Medizinische Dokumentationsassistent\*innen können beispielsweise auf den Stationen eingesetzt werden und dabei neben den Codiertätigkeiten auch administrative Tätigkeiten wie Patient\*innenakten abwickeln. Ebenso können Bereichs-MDA für mehrere Stationen oder Krankenhäuser eingesetzt werden (Linczak, Tempka & Haas, 2003, A 2563-2564).

Hinsichtlich der Kosten ist zu sagen, dass MDA auch mindestens ein Drittel pro Arbeitsstunde günstiger sind als Ärzt\*innen. Ziel sollte es sein, einerseits die Ärzt\*innen zu entlasten, andererseits für eine höhere Qualität im Rahmen der Codiertätigkeit zu sorgen – zusätzlich soll der Ärzt\*innenberuf attraktiviert werden (Linczak, Tempka & Haas, 2003, A 2564).

In Anbetracht des zunehmenden Fachkräftemangels einhergehend mit dem Anstieg an Dokumentationsaufwand sollte ein Ausrufezeichen im Bereich des Personals gesetzt werden. Hierfür könnten beispielsweise medizinische Dokumentationsfachkräfte herangezogen beziehungsweise bestehendes Personal dafür ausgebildet werden. Auch die Zusammenlegung von Personal zu Gruppen unter Einbezug einer oder mehrerer Sekretär\*innen können zu einer Erleichterung führen.

In **Kapitel 1.1** dieser Arbeit wurde kurz auf eine Erhebung der Fachhochschule Burgenland eingegangen. Es zeigt sich, dass bei den Ärzt\*innen der Wunsch nach einer Unterstützung bei der Dokumentationsentlastung besonders hoch ist. Weiters wurde deutlich, dass der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften als eine große Stütze angesehen wird, um einerseits die Belastungen zu senken und andererseits die Arbeitszufriedenheit sowie die Arbeitsmotivation beim Gesundheitspersonal zu erhöhen (Gollner, Schnabel & Szabo, 2015, S. 41, 44 & 50). Dadurch wäre es möglich, auch administrative Tätigkeiten der Pflege oder Medizin an andere Berufsgruppen, wie eben Stationsassistent\*innen und dergleichen, zu

delegieren. Dabei sind neben den Terminvereinbarungen auch Telefonate hinsichtlich Krankentransport, Terminkoordinationen, Schriftverkehr und derartige Aufgaben gemeint. Diese Verwaltungsaufgaben werden derzeit noch in vielen Einrichtungen von den Pflegekräften erledigt, wodurch es zu keiner Entlastung bei der Dokumentation kommt. Das Delegieren von Aufgaben, die nicht im Arbeitsbereich der Pflege und Medizin notwendig sind, wäre ein hilfreicher Lösungsansatz. Demnach sollen eine gute Kooperation und Delegation von Aufgaben die Gesundheitsversorgung sicherstellen (Linczak, Tempka & Haas, S. 786-788).

Weiters wäre es hilfreich, die Organisationsstrukturen in Gesundheitseinrichtungen hinsichtlich der Zusammenarbeit von Berufsgruppen zu überarbeiten oder neu aufzustellen. Jede Gesundheitseinrichtung verfügt über eine eigene, individuelle Ablauforganisation sowie Informationsaufzeichnung. Demzufolge zeigt sich, dass verschiedene Organisationsformen vorzufinden sind. Unter Berücksichtigung des ökonomischen Aspekts ist es im Rahmen der Diagnosen- und Leistungsdokumentation bedeutend, die Dokumentation möglichst orts- und zeitnah zu tätigen. Des Weiteren ist es vorteilhaft, wenn die Codierung von Diagnosen sowie Leistungen in den einzelnen Fachabteilungen beziehungsweise auf jenen Stellen, die die Leistung erbringen, vonstattengeht. Im Sinne der Vereinbarung von Arbeitstätigkeiten ist es hilfreich, die Daten, welche gesetzlich vorgeschrieben sind, gemeinsam mit weiteren Dokumentationen, wie beispielsweise dem Schreiben des Arztbriefes und der Rechnungslegung, zu erfassen. Ebenso ist es wichtig, darauf Acht zu geben, dass alle im Krankenhaus erfassten sowie dokumentierten Informationen und Daten dafür verwendet werden (BMSGPK, 2023, S. 15).

Zusammenfassend ist dabei zu betonen, dass viele verschiedene Dokumentationssysteme für die unterschiedlichen Berufsgruppen eingesetzt werden. In einigen Bereichen, wie im Intensivbereich, ist dies auch notwendig. Dennoch ist es hierbei von hoher Wichtigkeit, lösungsorientierter zu denken, um beispielsweise nur an einer Quelle zu dokumentieren. Das heißt, dass alle Berufsgruppen auf für sie relevante Daten Zugriff haben, und ebenso dementsprechend dort dokumentieren können. Dies stellt nämlich in vielen Einrichtungen, wie aus dem Literaturteil dieser Arbeit hervorgeht, eine große Problematik dar. Dadurch rücken vermehrt Schulungen in den Vordergrund, für die wiederum wenig Zeit zur Verfügung steht.

Die Strukturen sollten anders aufgestellt werden, sodass ein einheitliches System für die Pflege und Medizin verwendet wird, auf welche die unterschiedlichen Organisationseinheiten Zugriff haben. Der medizinische Bereich ist spezieller und komplexer als jener der Pflege, dennoch ist es möglich, gemeinsam in einem System zu dokumentieren – sofern eine dafür umfassend organisierte Struktur vorhanden ist. An diesem Aspekt könnte angesetzt werden, um für eine Verringerung des Dokumentationsaufwandes und eine Entlastung bei allen Beteiligten zu sorgen (Linczak, Tempka & Haas, 2003, S. 785-786).

## 5.5 Ansatz im Bereich der Digitalisierung

Die EDV-Landschaft in Österreich ist sehr groß und vielfältig. Es gibt unterschiedliche **Krankenhausinformationssysteme** (KIS) und in weiterer Folge sind somit auch je nach Träger\*innenorganisation, Betreiber\*innen oder Einrichtungsart verschiedene Softwarelösungen vorhanden. Dabei wäre es notwendig, nach österreichweiten Zahlen hinsichtlich KIS-Systeme zu recherchieren, das heißt, wo es diese bereits gibt und welche davon zum Einsatz kommen.

In Deutschland sind diese Krankenhausinformationssysteme bereits weit verbreitet. Ein Beispiel dafür ist die Firma **DEDALUS**, welche Softwarelösungen, vorwiegend für die Akutversorgung (Krankenhaus, Akutbereich, Operationsbereich, Intensivbereich), anbietet. Die Dedalus Healthcare Group AG stellt eine Medizinsoftware her, worunter Produkte wie unter anderem ein Krankenhausinformationssystem und ein Dokumentenmanagementsystem, hineinfallen. Der Hauptaufgabenbereich der Dedalus-Gruppe liegt hauptsächlich im Bereich Healthcare, der Bereitstellung von Krankenhausinformationssystemen (KIS) für die stationäre Versorgung und der Abwicklung von bildgebenden Verfahren wie beispielsweise im Bereich Radiologie. Dieses Unternehmen für Lösungen zur digitalen Gesundheit und Vernetzung im Gesundheitswesen, hat den deutschen Markt bereits stark erobert, und auch in Österreich ist es schon verbreitet (Deadlus, o.J., [www](http://www.dedalus.com)).

Um einerseits die Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit der Mitarbeiter\*innen in der Pflege zu verbessern und andererseits die Wettbewerbsfähigkeit von Pflegeeinrichtungen am Markt zu stärken, wurde in Deutschland ein „Sprint-Doku-

Projekt“ initiiert. Dabei wurde die digitale Pflegedokumentation näher unter die Lupe genommen und hinsichtlich einer KI-gestützten Spracherkennung geprüft. Ziel dieses Projekts war es, Möglichkeiten und Strategien aufzuzeigen, wie die Dokumentationstätigkeit für das Pflegepersonal hinsichtlich verbesserter Arbeitsbedingungen und optimierter Prozesse sowie Qualitätssteigerungen gestaltet werden kann. Die Projektergebnisse zeigen, dass die Anpassung der technischen Infrastruktur an die spezifischen Anforderungen in einer Einrichtung als grundlegende Voraussetzung für die Anwendung einer elektronischen Pflegedokumentation in Zusammenhang mit KI-gestützter Spracherkennung und -steuerung angesehen wird. Demnach ist es notwendig, Anschaffungen geeigneter Hardware und Software sowie Lizenzrechten zu tätigen sowie für eine stabile Internetverbindung zu sorgen. Des Weiteren ist eine umfassende Aufklärung der Beteiligten hinsichtlich der Nutzung und der Vorteile des neuen Softwaresystems unabdingbar, um diese mit den notwendigen Veränderungen im Versorgungsprozess frühzeitig vertraut zu machen (Initiative Neue Qualität der Arbeit, 2022, S. 1-3).

Deutschland ist Österreich im Bereich der Digitalisierung des Gesundheitswesens einen Schritt voraus. Ein weiterer wichtiger Ansatz in diesem Bereich wird ebenso in Deutschland angewendet. Dabei ist vom sogenannten **Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG)** die Rede. Dieses Gesetz ist ein Investitionsprogramm zur Förderung sowie dem Vorantreiben der Digitalisierung von Krankenhäusern und ist im Jahr 2020 in Kraft getreten. Genauer gesagt geht es darum, eine moderne, innovative und digitale Versorgungsstruktur in Krankenhäusern zu etablieren. Dafür werden einerseits vom Bund 3 Milliarden Euro und andererseits von den Ländern zusätzliche 1,3 Milliarden Euro bereitgestellt. Damit sollen den Krankenhäusern Investitionen in Projekte zur Digitalisierung und eine bessere digitale Infrastruktur (z.B. Patient\*innenportale, elektronische Dokumentation von Leistungen, digitales Medikationsmanagement) sowie in zukunftsweisende und moderne Notfallkapazitäten ermöglicht werden. Es wird somit auch das Ziel verfolgt, künftigen Auswirkungen wie beispielsweise jenen der Covid-19-Pandemie und dergleichen wirksamer entgegenzutreten zu können (Bundesministerium für Gesundheit, 2022a, www).

Um einen guten Einblick in das Gesetz zu gewähren, ist nachfolgend ein Zeitplan zur Etablierung des KHZG abgebildet (s. **Abbildung 20**).

---

## Zeitplan nach KHZG

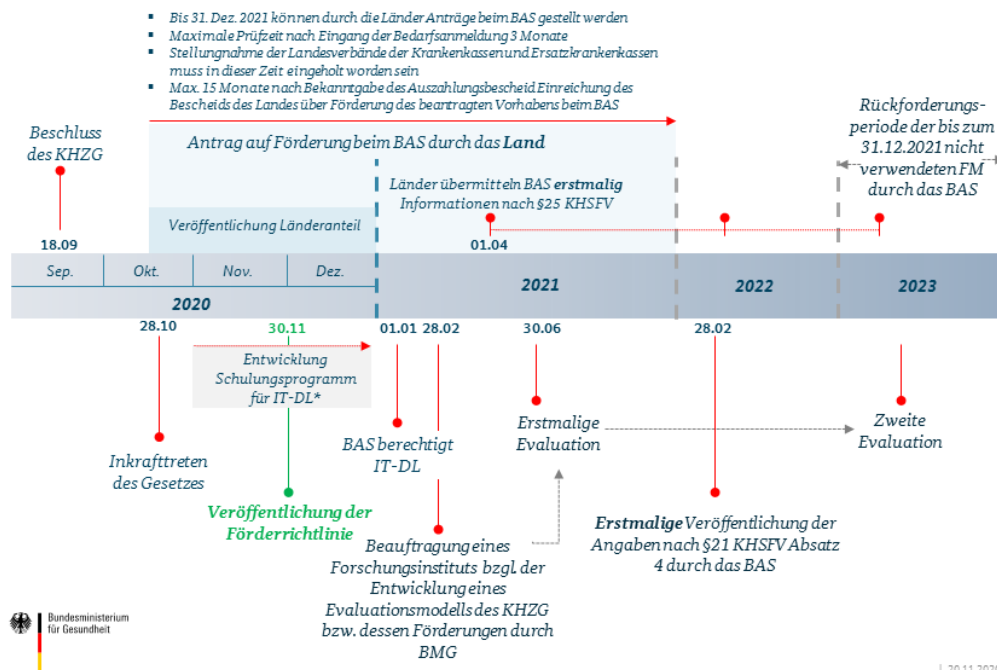


Abbildung 20: Zeitplan nach KHZG, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2022a, www)

Diese Ansätze sollen Denkanstöße für das österreichische Gesundheitssystem, insbesondere für die Verschlinkung der Dokumentationstätigkeiten, liefern. Denn die andauernde Überlastung und Überforderung von Ärzt\*innen und Pflegekräften wird zunehmend thematisiert, die Covid-19-Pandemie hat diese besonders verschärft. Seit dieser Krise sind digitale Lösungen unabdingbar und können zu einer Entlastung führen. Statt dem händischen Verschriftlichen von Ergebnissen und Informationen auf Papier, wäre der Einsatz von Tablets oder Smartphones inklusive einer App besonders hilfreich, um auf digitale Akten der Patient\*innen zugreifen zu können. Denn Dokumentationen auf Papier führen zu Fehldokumentationen, langen Laufwegen sowie dem Verlust kostbarer Zeit, welche bei der Patient\*innenbetreuung an allen Ecken und Enden fehlt. An diesem Punkt sollte angesetzt werden, um dem zunehmenden Zeit- und Kostendruck sowie dem bürokratischen Aufwand ein Ende zu setzen. Viele Krankenhäuser haben die Covid-19-Pandemie auch dafür genutzt, digitale Lösungen einzuführen, um die Mitarbeiter\*innen dadurch langfristig zu entlasten (Seer, 2020, S. 2-3).

In diesem Bereich stellt sich auch die Frage, ob die verwendeten Sprachfiles zur Dokumentation der medizinischen und pflegerischen Tätigkeiten ausreichend sind. Das heißt, ob genügend Geräte zur Verfügung stehen und ob die verfügbaren Geräte über die notwendigen Funktionalitäten verfügen, oder ob diese eine Überarbeitung benötigen. Wenn das Spracherkennungsprogramm ausreichend auf die sprechende Person trainiert ist, dann werden auch hohe Erkennungsraten erreicht. Daraus resultiert, dass die Nachbearbeitung weniger Zeit in Anspruch nimmt und durch eine kontrollierte Sprache eine effiziente Dokumentation vonstattengeht. Dennoch zeigt sich, dass diese den Dokumentationsaufwand nur in geringem Maß reduzieren. Bei der Etablierung und Verwendung sprachbasierter Lösungen im Rahmen der medizinischen und pflegerischen Dokumentation sind einige Hinweise zu beachten. Gemäß einer Umfrage von DFC-SYSTEMS unter Krankenhausentscheidern sind Faktoren wesentlich, die zu einer erfolgreichen Verankerung eines digitalen Dokumentationssystems krankenhausesübergreifend führen soll. Beispielsweise soll eine umfassende Funktionsfähigkeit der Diktatmanagement-Lösung für einen krankenhausesübergreifenden Einsatz in den gesamten medizinischen, pflegerischen und administrativen Abteilungen gewährleistet werden. Dies soll jedoch nicht auf eine einzelne Fachabteilung beschränkt werden. Weiters ist eine hohe Flexibilität bei der digitalen Erfassung von Informationen unabdingbar – sei es der Einsatz von stationären sowie mobilen Diktiergeräten oder auch Tablets und Smartphones zur Erfassung wichtiger Informationen. Zusätzlich ist es zentral, dass die verwendeten Geräte auch über hohe Erkennungsraten bei Verwendung von Spracherkennung und Sprachfiles verfügen. Schlussendlich ist auch, wie bereits erwähnt, eine übergreifende Nutzbarkeit notwendig, sodass die Lösung nicht nur in KIS-Systemen, sondern auch in anderen Fachbereichen wie unter anderem Radiologie und Verwaltung zum Einsatz kommt. Ziel soll es sein, Lösungen zu erarbeiten, deren Leistungsumfang die Erfassung von Dokumentationen mithilfe von Spracherkennungen oder digitalem Diktiergerät losgelöst von eingesetzten Informationssystemen gestattet (DFC-SYSTEMS GmbH, 2020, S. 6-8). An diesen Aspekten sollte in jeder Gesundheitseinrichtung angesetzt werden, um auch durch eine umfassende Spracherkennung den Zeitaufwand zu minimieren.

## 5.6 Zusammenfassung

Im Sinne der Entbürokratisierung der pflegerischen Dokumentation treten neue Perspektiven in Erscheinung, wie beispielweise die Entlastung der Pflegekräfte durch eine minimierte Pflegedokumentation oder digitale Lösungen. Eine Entlastung und Steigerung der Motivation des Gesundheitspersonals soll durch eine schlanke Dokumentation, die die fachlichen Kriterien umfasst und auch übersichtlich, praxisnah sowie zeitsparend aufbereitet ist, erreicht werden. Des Weiteren wird mehr Zeit für die patient\*innennahe Pflege und Betreuung ermöglicht. Erwähnenswert hierbei ist, dass auch andere Bereiche beteiligt werden, beispielsweise werden Impulse zur Gesundheitsförderung gegeben. Dies ist der Fall, da die Dokumentation die Kompetenzen der Ärzt\*innen und Pflegekräfte stärkt und somit keinen zusätzlichen Belastungsfaktor mehr im Berufsalltag darstellt (Bundesministerium für Gesundheit, 2023, [www](#)). Die Frage aller Fragen in Zukunft wird lauten: Wie kann eine Entbürokratisierung gewährleistet, eine Verschlankung der Dokumentation geschaffen und trotzdem alle gesetzlichen Vorgaben und Standards eingehalten werden?

Dieses Kapitel hat einige mögliche Lösungen zur Dokumentationsentlastung aufgezeigt, an denen beispielsweise Österreich ansetzen kann. Weitere Strategieansätze und Ideen sollen im Zuge der Durchführung von Interviews mit Expert\*innen aus der Praxis gewonnen werden.

## **6 EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG**

Die nachfolgenden Kapitel bilden den empirischen Teil dieser Masterarbeit ab, welcher sich aus leitfadengestützten, teilstrukturierten Expert\*inneninterviews zusammensetzt. Inhalte sind die Darstellung der Methodik sowie die Ergebnisse der empirischen Erhebung von Expert\*innen bezugnehmend auf die medizinische und pflegerische Dokumentationstätigkeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften. Die folgenden Unterkapitel geben Aufschluss über die Auswahl und Begründung der angewandten Methodik, die Erstellung des Interviewleitfadens, die Durchführung sowie über das Auswertungsverfahren (Datenanalyse, Bildung und Einteilung von Kategorien) der Expert\*inneninterviews. Die Zusammenfassung und Interpretation der gewonnenen Ergebnisse und Erkenntnisse erfolgen am Ende dieses Kapitels.

### **6.1 Methodische Vorgehensweise**

In diesem Abschnitt wird das methodische Design dieser Arbeit, welches sich aus Interviews mit ausgewählten Expert\*innen zusammensetzt, abgebildet.

Für die Datengewinnung können zahlreiche Instrumente und Methoden herangezogen werden. In diesem Fall erweist sich die Durchführung von Einzelinterviews als sinnvollste und hilfreichste Methode, da aufgrund der Gespräche mit den Expert\*innen wichtige Einflussfaktoren für medizinische und pflegerische Dokumentationstätigkeiten identifiziert werden können.

#### **6.1.1 Beschreibung und Begründung des Forschungsdesigns**

Im Rahmen der empirischen Untersuchung wird eine qualitative Datenerhebung mittels leitfadengestützter, teilstrukturierter Expert\*inneninterviews durchgeführt. Dabei geht es um eine systematisch aufgebaute Methode, bei der qualitative Daten generiert werden und der Interviewablauf gestaltet wird. Basis dieser Methode bildet ein Leitfaden, der vorab erstellt wurde und als Führungstool während des Interviews zum Einsatz kommt. Bei Expert\*inneninterviews geht eine spezielle Auswahl der Interviewpartner\*innen vorstatten, wobei deren Status ausschlaggebend für die Bezeichnung als Experte oder Expertin ist (Helfferich, 2022, S. 875-876).

Vorteilhaft bei dieser mündlichen und persönlichen Befragungsmethode ist ein höherer Informationsgehalt aufgrund offener Antwortmöglichkeiten. Des Weiteren ist es von wesentlicher Bedeutung, dass Unklarheiten durch das Nachfragen der Interviewerin vermieden werden. In dieser Arbeit werden Einzelinterviews mit den Expert\*innen durchgeführt, um möglichst spontane und freie Meinungsäußerungen der Interviewenden zu bekommen (Berger-Grabner 2016, S. 141-143).

Die in der vorliegenden Masterarbeit angewandten Expert\*inneninterviews wurden als teilstrukturierte, leitfadengestützte Befragungen aufbereitet. Gekennzeichnet ist diese Befragungsform dadurch, dass die Reihenfolge, in welcher die Fragen gestellt werden, vorab nicht festgelegt ist und diese sich nach dem Gesprächsverlauf richtet. Dies bedeutet, dass die Antworten so gestaltet sind, dass ein offenes Gesprächsklima sowie ein freies Erzählen durch die Expert\*innen ermöglicht wird (Misoch, 2015, S. 13-14, S. 65-66). Des Weiteren werden dadurch Einblicke in persönliche Sichtweisen, subjektive Wahrnehmungen sowie spezifisches Wissen geboten. Vorteilhaft bei teilstandardisierten Interviews ist es, dass sich die Möglichkeit ergibt, dass die einzelnen Interviews einem Vergleich unterzogen werden können. Die interviewführende Person schafft sich eine thematische Orientierung an dem vorgefertigten Leitfaden und darf ebenso das bereits erworbene Wissen in das Gespräch miteinfließen lassen (Mayring, 2016, S. 67-68).

Das Ziel dieser empirischen Erhebung besteht darin, mehr über das Praxis- und Erfahrungswissen sowie die subjektive Perspektive von Expert\*innen zum Thema der medizinischen und pflegerischen Dokumentation zu erfahren. Da die in der gegenständlichen Arbeit bearbeitete Thematik ein noch eher jüngeres Forschungsgebiet darstellt, ist das Generieren von Wissen auf einer breiteren Basis, wie bei einem quantitativen Forschungsdesign, nicht geeignet.

### **6.1.2 Konzeption des Interviewleitfadens**

Dieser Interviewleitfaden als sozialwissenschaftliche Methode wird erstellt und eingesetzt, um den Interviews eine bestimmte Struktur zu geben. Weiters kann dadurch bereits vorab die Qualität und Aussagekraft des Instrumentes bewertet werden. Der Leitfaden wird die wichtigsten Eckdaten, welche für diese Thematik wesentlich sind, beinhalten, um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können.

Nach dem Prinzip „So offen wie möglich, so strukturierend wie nötig“ erfolgt die Konzeption des Interviewleitfadens. Gekennzeichnet ist ein Leitfadeninterview durch einen vorab erstellten Leitfaden, welcher im Zuge des Interviews als Führungsinstrument dienen und einen groben Rahmen darstellen soll. Er trägt ebenso dazu bei, dass die Interviews strukturiert ablaufen und baut auf den Erkenntnissen des Literaturteils auf. Weiters wird dadurch ein durchgängiges Abfragen relevanter Themenblöcke ermöglicht und die für das Forschungsgebiet relevanten Informationen werden erhoben (Helfferich, 2022, S. 876 & 883).

Der im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit verwendete Interviewleitfaden wurde aufbauend auf den Erkenntnissen des Literaturteils konzipiert. Im Zuge der Durchführung der Interviews wurde darauf geachtet, dass die Fragen an die Expert\*innen sowohl verständlich als auch deutlich gestellt werden. Hierbei ist zu erwähnen, dass die Interviewerin während des Gesprächs flexibel sein muss, da sich die Reihenfolge der Fragestellungen nach dem Gesprächsverlauf richtet.

Basis für die Erstellung des Leitfadens bildete das **SPSS-Prinzip**, welches nachfolgend näher erläutert wird:

- **Sammeln:** Im ersten Schritt erfolgt das Sammeln von möglichst vielen Fragestellungen mittels eines Brainstormings, die für das Forschungsinteresse von Relevanz sein können.
- **Prüfen:** Danach wird der gesamte Fragenpool auf seine Brauchbarkeit geprüft, wobei ungeeignete Fragen für die weitere Verwendung gestrichen werden.
- **Sortieren:** Im dritten Schritt werden die verbleibenden Fragestellungen inhaltlich nach Themenbereich sortiert und gegliedert.
- **Subsumieren:** Zu guter Letzt werden die sortierten und überprüften Fragestellungen in einem Leitfaden subsumiert und zusammengefasst (Helfferich, 2022, S. 883-885).

Der Interviewleitfaden wurde in sechs Bereiche mit zusätzlichen Unterfragen gegliedert. Damit sollen möglichst alle Aspekte zur vorliegenden Thematik eruiert werden. Die einzelnen Themenbereiche sind nachfolgend (s. **Tabelle 5**) überblicksmäßig aufgelistet.

**Tabelle 5:** Themenbereiche des Interviewleitfadens, Quelle: Eigene Erstellung

Themenbereich 1	Allgemeines
Themenbereich 2	Medizinische und pflegerische Dokumentationstätigkeit
Themenbereich 3	Digitale Kompetenzen im Studienplan
Themenbereich 4	Zeitaufwand
Themenbereich 5	Digitale Softwarelösungen
Themenbereich 6	Ausblick, Lösungsansätze und Strategien

Zu Beginn des jeweiligen Interviews werden den beziehungsweise der Befragten ebenso die wesentlichen Informationen betreffend Tonbandaufnahme, Anonymität sowie Zweck des Interviews übermittelt.

Der gesamte Interviewleitfaden befindet sich im Anhang (s. **A.3** Vorlage Interviewleitfaden der vorliegenden Arbeit).

### 6.1.3 Auswahl und Beschreibung der Interviewpartner\*innen

Im folgenden Kapitel wird näher auf die Auswahl der Zielpersonen und der damit verbundenen Begründung eingegangen. Im Rahmen der qualitativen Erhebung wurde besonderer Wert auf die Auswahl der Expert\*innen gelegt.

Gemäß Helfferich (2022) handelt es sich bei Expert\*innen um Personen, welche über ein spezielles Wissen verfügen und die Funktion als Ratgeber oder auch Wissensvermittler einnehmen. Weiters zeichnen sich Expert\*innen durch ein Faktenwissen aus und geben ihre langjährigen Erfahrungen oder relevantes Know-how in diesem Bereich weiter. Sie weisen ebenso eine hohe Kompetenz auf und sind dadurch befugt, innerhalb eines gewissen Rahmens eigenverantwortlich zu gestalten, zu entscheiden und zu handeln (S. 877). Demzufolge wurden die Interviewpartner\*innen für die Expert\*inneninterviews auf jene Art und Weise ausgewählt, sodass einerseits Erfahrungen im Bereich der Dokumentation von Medizin und Pflege vorhanden sind, und andererseits genügend Informationsmaterial geschaffen und die einzelnen Fragestellungen gezielt beantwortet werden können.

Um einen umfassenden Einblick in die Dokumentation und digitalen Dokumentationssysteme diverser Gesundheitseinrichtungen zu erhalten, konnten

sieben relevante Expert\*innen für die Interviews gewonnen werden. Das Ausfindigmachen relevanter Expert\*innen erfolgte mittels Internet sowie durch Empfehlungen Dritter. Die ausgewählten Personen (Führungskräfte und Mitarbeiter\*innen) verfügen über Erfahrungen in den Bereichen der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, der Qualitätssicherung sowie dem Einsatz und der Anwendung von digitalen Softwarelösungen. Diese waren auch vereinzelt an der Entwicklung und Umsetzung diverser Publikationen und Projekte wesentlich beteiligt. Um das geplante Vorhaben zu schildern und die grundsätzliche Bereitschaft für die Interviewteilnahme zu eruieren, wurde mit den Expert\*innen per E-Mail der Kontakt aufgenommen. Nach erfolgter Zusage wurde per E-Mail ein Termin für das jeweilige Interview im Online-Format vereinbart. Weiters wurden währenddessen erste Informationen wie Forschungsthema, Zweck des Interviews, ungefähre Interviewdauer und Relevanz der Teilnahme übermittelt. Ebenso wurde von der Interviewerin auf eine anonymisierte Auswertung der erhobenen Daten hingewiesen und eine Einverständniserklärung von allen Expert\*innen unterzeichnet, um die Tonaufnahme datenschutzrechtlich abzusichern.

#### 6.1.4 Durchführung der Erhebung

Der Erhebungszeitraum der Expert\*inneninterviews mit sieben Expert\*innen erstreckte sich von Mitte April bis Anfang Mai 2023. Aus datenschutzrechtlichen Gründen werden die interviewten Personen inklusive der Angabe des Datums und der ungefähren Zeitdauer anonymisiert dargestellt (s. **Tabelle 6**).

**Tabelle 6:** Anonymisierte Auflistung der Interviewpartner\*innen, Quelle: Eigene Darstellung

Person	Datum	Dauer
Expert*in 1 (E1)	19.04.2023	50 Minuten
Expert*in 2 (E2)	20.04.2023	45 Minuten
Expert*in 3 (E3)	26.04.2023	50 Minuten
Expert*in 4 (E4)	27.04.2023	50 Minuten
Expert*in 5 (E5)	28.04.2023	45 Minuten
Expert*in 6 (E6)	02.05.2023	45 Minuten
Expert*in 7 (E7)	05.05.2023	35 Minuten

Im Rahmen der Vorbereitung sowie aus probetechnischen Gründen wurde im Vorfeld ein Pre-Test mit dem Masterarbeitsbetreuer durchgeführt, um die Verständlichkeit der Fragen sowie die gewünschte Ergebnisorientierung zu prüfen. Bei der Generierung und Formulierung der Fragen wurde darauf geachtet, dass die Fragen offen formuliert sind und gegebenenfalls adaptiert werden können.

Bei der Terminvereinbarung wurde auf die Bedürfnisse und zeitlichen Ressourcen der Interviewpartner\*innen Rücksicht genommen. Nach der ersten Kontaktaufnahme mit den Expert\*innen Anfang April 2023, wurde diesen vorab der Interviewleitfaden als Vorbereitung für das Interview sowie die Einverständniserklärung elektronisch mit der Bitte übermittelt, diese vor der Durchführung des Interviews unterzeichnet an die Interviewerin zur retournieren (s. **Anhang A.2** Vorlage Einverständniserklärung). Die Interviews wurden fast alle über das online Videokonferenztool „Microsoft Teams“ durchgeführt und mittels Sprachaufzeichnung aufgezeichnet. Ein Interview wurde über das Tool „GoTo“ abgehalten, wobei die Aufzeichnung mithilfe des Smartphones erfolgte. Die Interviewdauer variierte und lag zwischen 35 und 50 Minuten. Zu Beginn der Interviews erfolgte eine Kurzvorstellung der Interviewerin, die Darstellung des Forschungsvorhaben sowie in weiterer Folge das Bedanken für die Bereitschaft zur Teilnahme an dem Gespräch. Demnach sollte durch diese Einstiegsfragen eine vertraute Gesprächsbasis sowie ein guter Einstieg in das Interview geschaffen werden. Weiters konnten die Interviews in Anlehnung an den vorab aufbereiteten Interviewleitfaden durchgeführt werden, wobei auf Zwischenfragen oder andere Aspekte flexibel reagiert werden konnte. Es wurde auch versucht, auf eine bereits beantwortete Frage im Zuge einer anderen Frage nicht nochmals einzugehen beziehungsweise diese zu stellen. Da die ausgewählten Expert\*innen verschiedene erfahrungsmäßige Schwerpunkte bei ihrer Arbeitstätigkeit hatten, wurde auch in den einzelnen Interviews schwerpunktmäßig mehr oder weniger Fokus auf eine Ausführung der Beantwortung der Fragestellung gelegt. Darüber hinaus wurde in allen Abschnitten des erstellten Leitfadens darauf geachtet, dass die Gesprächspartner\*innen ihre persönlichen Erfahrungen aus der jeweiligen Tätigkeit einbringen konnten und genügend Raum für Gedanken und zur Reflexion hatten. Das Gespräch entwickelte sich zu einem sehr offenen Redefluss der Befragten, wodurch die Fragen ausführlich beantwortet wurden.

Bei allen durchgeführten Expert\*inneninterviews konnte gemäß des Leitfadens ein kontinuierliches Gespräch geführt werden, die Reihenfolge und der Detailgrad der behandelten Themenbereiche richtete sich nach dem Gesprächsverlauf.

Am Ende des Gesprächs erfolgte eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Aspekte durch die Interviewerin. Weiters bedankte sie sich nochmals bei den Expert\*innen für das interessante und lehrreiche Interview und beendete im Anschluss die Tonbandaufzeichnung. Schlussendlich konnten mithilfe der Expert\*inneninterviews vorhandene Wissenslücken durch berufliche Einblicke und die Erzählungen aus der Praxis geschlossen werden.

Es konnten alle Themenbereiche sowie die vorab definierten Unterfragen abgefragt und ausführlich gemäß der vorhandenen Zeit geklärt sowie beantwortet werden. Die Expert\*innen boten auch an, bei inhaltlichen Unklarheiten oder weiteren Ausführungen für eine erneute Kontaktaufnahme zur Verfügung zu stehen.

Das Verfassen und das Aufbereiten des Postskriptes wurden direkt nach dem Gespräch erstellt. Es zeigte sich, dass es keine großen Unterbrechungen oder besonderen Vorkommnisse während der einzelnen Interviews gab, welche den Redefluss beeinträchtigt hätten. Es wurde von den Expert\*innen umfangreich auf die gestellten Fragen geantwortet, womit ein guter Gesprächsfluss erfolgte und eine angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen wurde. Die Interviewerin versuchte auch, das Gesprochene nochmals zu wiederholen, sofern die Expert\*innen etwas nicht korrekt verstanden hatten.

Im Laufe der einzelnen Gespräche ist es, wie bereits erwähnt, größtenteils zu keinen technischen oder sonstigen Problemen gekommen, wodurch die Interviews vorwiegend komplikationslos abgelaufen sind. Lediglich zwei Gespräche wurden aufgrund von kurzzeitigen technischen Problemen oder einer instabilen Internetverbindung wenige Minuten verzögert gestartet oder kurzzeitig unterbrochen. Weiters musste ein Interview über eine Telefonkonferenz via Smartphone stattfinden, da die interviewte Person technische Probleme mit ihrem Notebook hatte und somit Microsoft Teams nicht funktionsfähig war. Das Gespräch wurde in diesem Fall mit einem Zweitgerät aufgezeichnet. Dennoch stellte dies keinen Störfaktor dar.

Von Seiten der interviewten Expert\*innen konnte ein positives Feedback in Bezug zum Forschungsthema und dem Interviewleitfaden sowie zur Gesprächsatmosphäre verzeichnet werden.

### **6.1.5 Datenmanagement**

Wie bereits erwähnt, erfolgte nach der Durchführung der einzelnen Interviews die Aufbereitung eines Postskripts (s. **Anhang A.5** Vorlage Postskript, welches als erster Dokumentationsschritt dient. Um die Ergebnisse und weiteren Informationen aus den Expert\*inneninterviews zu verwerten, wurden diese in Form einer Transkription ausgewertet und aufbereitet. Eine Transkription ist demnach eine Verschriftlichung der Audioaufnahme, welche von der Interviewerin mittels Microsoft Word durchgeführt wurde.

Um die Anonymität zu gewähren, wurde die gesamte Tonbandaufnahme ohne jegliche Namen abgespeichert. Des Weiteren wurden die Datenmaterialien nummeriert und mit einer Abkürzung am persönlichen Laptop der Interviewerin abgespeichert. Mögliche Rückführungen auf die interviewten Expert\*innen können ausgeschlossen werden, da die personenbezogenen Daten bei Verwendung anonymisiert werden.

Für eine einheitliche Vorgehensweise wurden vor Transkriptionsbeginn gewisse Transkriptionsregeln zum Festhalten der Verschriftlichung nach einheitlichen Kriterien festgelegt. Diese Transkriptionsregeln nach Dresing & Pehl (2013, S. 20-23) sind nachfolgend aufgelistet:

- Das Gesprochene der Interviewerin wird mit „I“ vor dem Satz gekennzeichnet und die Aussagen der Expert\*innen mit „E1, E2, ..., E7“, da mit sieben Personen Interviews durchgeführt wurden.
- Bei jedem Wechsel der sprechenden Person (Interviewerin oder Expert\*innen) erfolgt ein Zeilenumbruch.
- Beistrich- und Gedankenstrichsetzung erfolgt entsprechend dem Sprachrhythmus, um eine einfachere Lesbarkeit zu gewährleisten.
- Aussagen im Dialekt oder in Umgangssprache werden zur besseren Verständlichkeit in das Hochdeutsche übersetzt und dem Schriftdeutschen angenähert.

- Lückenfüller, Denkpausen oder Lautäußerungen (z.B. „Ähm, Mhm“) werden nicht transkribiert.
- Alle Eigennamen wie Wohnort, Name des Arbeitsinstitutes, Aufgabenbereich usw. werden aufgrund der Anonymität durch ein „X“ ersetzt.
- Lautstärke und Betonungen werden in der Transkription nicht gekennzeichnet.
- Umgangssprachliche Wortwiederholungen werden ebenso nicht angeführt.
- Nonverbale oder emotionale Äußerungen wie beispielsweise „lachen“ werden in Klammern mit „(lacht)“ angeführt.
- Jegliche umgangssprachliche Aussagen (wie z.B. „So schaut´s dann ...“) werden an das Schriftdeutsche angepasst („So sieht es dann ...“).
- Einwürfe der anderen Person während des Interviews werden ebenso in Klammer gesetzt (z.B. „Tatsächlich“).

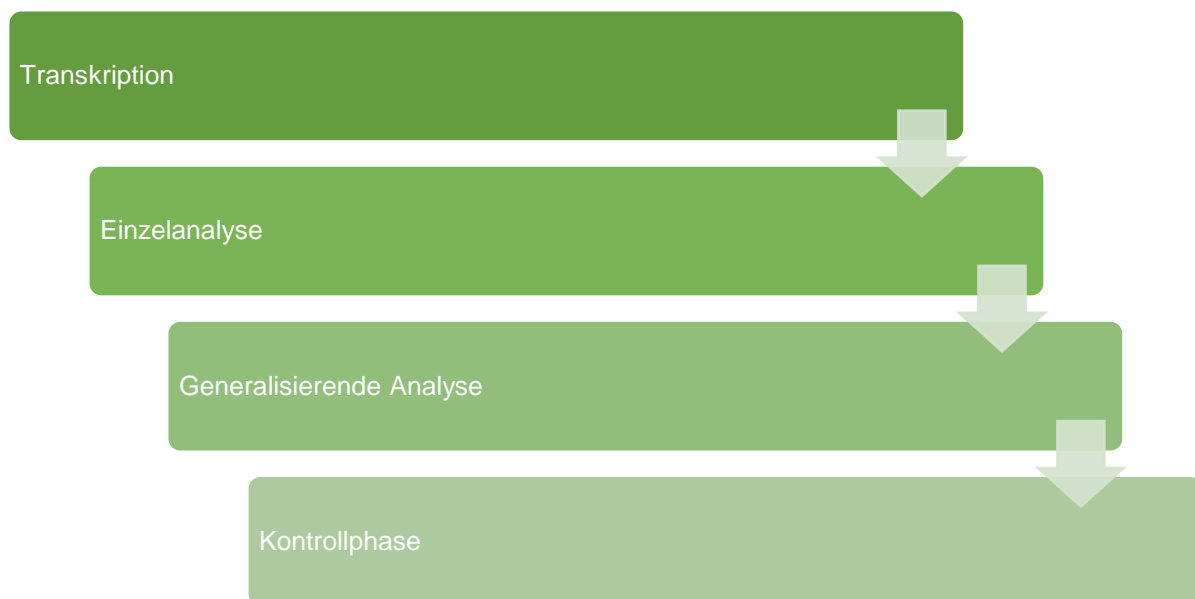
#### 6.1.6 Datenauswertung und -analyse

Die Auswertung der Expert\*inneninterviews erfolgte durch den Einsatz der Inhaltsanalyse nach Lamnek und Krell (2016), welche phasenweise aufgebaut ist. Nachfolgend werden vier Schritte der Auswertung aufgelistet und näher beschrieben:

- **Transkription:** Das Gespräch, welches mittels Aufnahmegerät aufgezeichnet wurde, wird im ersten Schritt abgetippt, um eine Lesbarkeit durch das Verschriftlichen in Textform zu gewährleisten. Dabei wird auf die in **Kapitel 6.1.5** festgelegten Transkriptionsregeln geachtet. Dieser Schritt ist vorteilhaft, um den Text auf etwaige Fehler oder Unstimmigkeiten zu prüfen.
- **Einzelanalyse:** In dieser Phase steht die Analyse des Interviews im Fokus. Ebenso erfolgen die Betonung und Filterung von zentralen Aussagen. Die hervorgehobenen Textteile werden in weiterer Folge wieder entnommen und dienen demnach zur inhaltsanalytischen Auswertung. Anschließend werden diese Textteile entsprechenden Kategorien zugeordnet. Die Ergebnisdarstellung nach Kategorien ist unter **Kapitel 6.2** einzusehen.
- **Generalisierte Analyse:** In diesem Abschnitt werden grundsätzlich mehrere Interviews betrachtet und gemeinsame Erkenntnisse werden ersichtlich. Es werden daher übereinstimmende Aspekte aber auch Unterschiedlichkeiten identifiziert, welche danach interpretiert werden.

- **Kontrollphase:** Der letzte Auswertungsschritt fokussiert die Analyse auf Fehlinterpretationen. Dabei werden die Interpretationen abermals überprüft und mit der Volltranskription abgeglichen. Weiters besteht die Möglichkeit auf die Tonaufzeichnung zurückzugreifen, um sich diese erneut anzuhören (Lamnek & Krell, 2016, S. 379-381).

Die nachfolgend angeführte Grafik (s. **Abbildung 21**) bildet das Vorgehen im Rahmen der Datenauswertung ab.



**Abbildung 21:** Vorgehensweise im Rahmen der Datenauswertung, Quelle: Eigene Erstellung

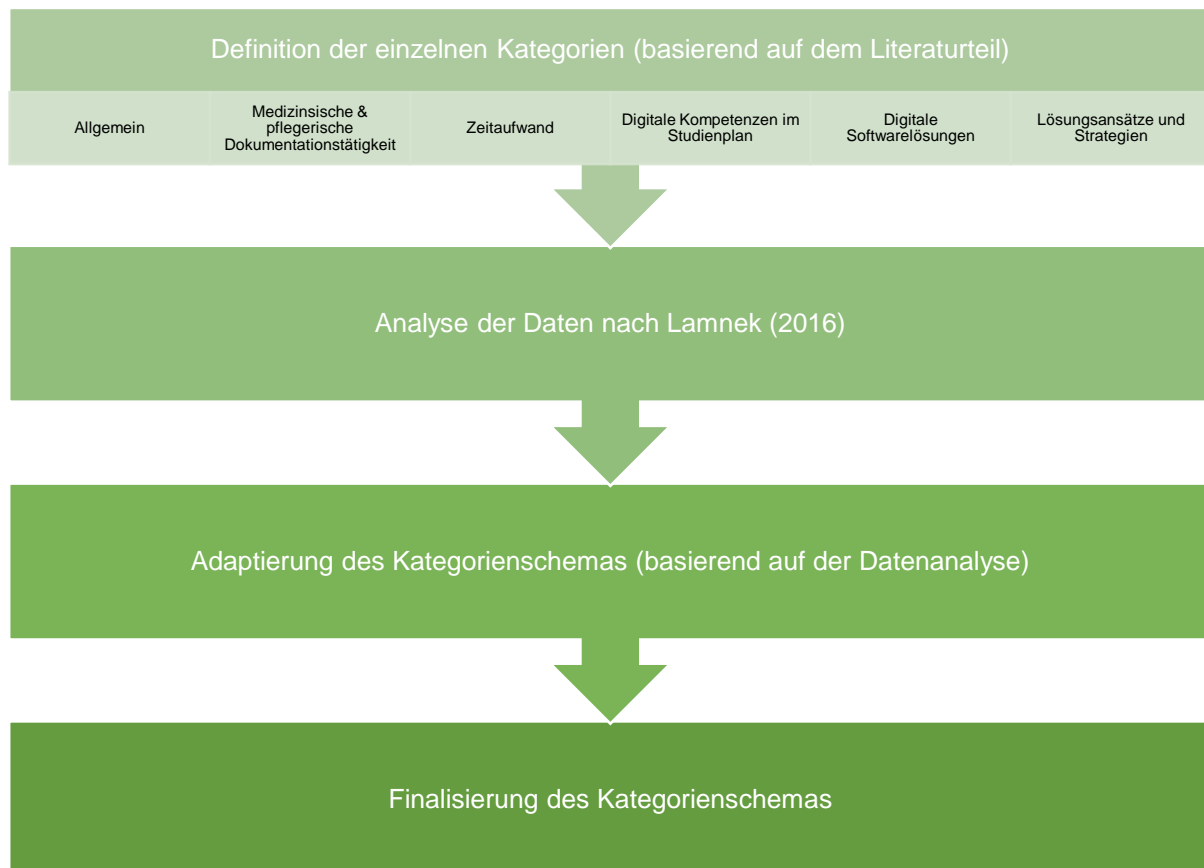
### 6.1.7 Konstruktion des Kategorienschemas

Nach der Transkription der Interviews erfolgte im nächsten Schritt die Analyse der erhobenen, inhaltlichen Daten. Dabei wurden die einzelnen Expert\*inneninterviews systematisch analysiert und nach relevanten, vorab definierten Kategorien (inklusive Unterkategorien) strukturiert und interpretiert. Diese jeweiligen Kategorien wurden auf Grundlage der selektiven Literaturrecherche gebildet und sind bereits im zuvor erstellten Interviewleitfaden ersichtlich.

Wie eingangs bereits erwähnt, ist zur Datenanalyse ein stufenweiser Prozess nach Lamnek & Krell (2016, S. 379-381) zum Einsatz gekommen. Dabei wurden die zuvor definierten Kategorien nach der Einzelanalyse unter Einfluss des Transkriptes angepasst. In Anlehnung daran erfolgte das Festlegen neuer Kategorien in einer

Kombination aus deduktivem und induktivem Vorgehen. Unter „deduktiv“ wird das Definieren von Kategorien verstanden, welche vor der Datenanalyse auf Basis der Ergebnisse des Literaturteils passiert. Im Gegensatz dazu findet die „induktive“ Kategorienbildung nach der Datenanalyse statt, da es die in der Befragung erhobenen Inhalte und Informationen in die Bildung des Kategorienschemas miteinbezieht (Mayring, 2010, S. 601-615).

Die nachfolgende Grafik (s. **Abbildung 22**) präsentiert den Erstellungsprozess des Kategorienschemas. Im Anschluss daran erfolgt die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse des Empirieteils.



**Abbildung 22:** Prozess der Kategorienbildung, Quelle: Eigene Erstellung

Im Anschluss an die Durchführung der Interviews wurde die induktive Kategorienbildung überarbeitet und mithilfe der Interview-Transkripte neu gegliedert.

Weiters kann im Anhang (s. **A.4** Kategorienschema) Einsicht in das finale Kategorienschema, welches für die Abbildung der Ergebnisse verwendet wurde, genommen werden.

## 6.2 Darstellung und Interpretation der Ergebnisse nach Kategorien

Die Inhalte des folgenden Kapitels sind die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse der qualitativen Forschung. Die Unterkapitel sind nach den vorab definierten Kategorien ausgerichtet. Die Teiltranskripte der einzelnen Expert\*inneninterviews sind im Anhang (ab **A.5** Teiltranskription - E1 ersichtlich).

Um einen guten Überblick zu schaffen, werden eingangs die finalisierten Kategorien, welche für die Ergebnisdarstellung gebildet wurden, anschaulich dargestellt (s. **Abbildung 23**).

### Kategorie 1

- Erfahrungen mit der Dokumentation

### Kategorie 2

- Zeitlicher Dokumentationsaufwand im Fokus

### Kategorie 3

- Digitale Softwarelösungen und -systeme

### Kategorie 4

- Digitale Kompetenzen in der Berufsausbildung

### Kategorie 5

- Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften

### Kategorie 6

- Vorschläge zu Maßnahmen

**Abbildung 23:** Darstellung der Kategorien zur Ergebnisaufbereitung, Quelle: Eigene Erstellung

In Anlehnung an die oben angeführten Kategorien werden im folgenden Kapitel die Ergebnisse der Expert\*inneninterviews ebendiesen zugeordnet.

### 6.2.1 Kategorie 1: Erfahrungen mit der Dokumentation

Innerhalb der vorliegenden Kategorie wurde abgefragt, welche beruflichen Erfahrungen mit der medizinischen und pflegerischen Dokumentation gemacht wurden. Die Interviewpartner\*innen wurden auch aufgefordert, ihre Berührungspunkte aus der praktischen Anwendung zu schildern. Dabei wurde von einer Person

---

hervorgehoben, dass die Dokumentation in **jedem Bereich passiert** und jeder beziehungsweise jede Beteiligte immer damit konfrontiert wird.

*„Dokumentation passiert ja überall. Das passiert nicht nur im stationären Bereich, das passiert auch im niedergelassenen Bereich. Und das passiert nicht nur im ärztlichen, sondern, Sie haben es ja auch bereits angesprochen, im pflegerischen Bereich, aber auch im therapeutischen Bereich. [...]“ (E1)*

Dabei ist ebenso ersichtlich, dass die interviewten Personen über eine umfassende Expertise durch die unterschiedlichen Erlebnisse in der Praxis verfügen. Die Expert\*innen waren vereinzelt bereits seit **Beginn der digitalen Dokumentation** in der Medizin und Pflege beruflich im Einsatz. Die Expert\*innen 2, 5, 6 und 7 berichten dabei von ihren Erfahrungen.

*„[...] Da hat sich schon ein bisschen etwas an Erfahrung angesammelt und ich war definitiv bei den ersten Schritten der Pflege in der Digitalisierung dabei. Das war zu einer Zeit, wo Pflegekräfte vielfach nicht mal gewusst haben, wo der Einschaltknopf von einem PC ist. [...]“ (E2)*

*„Es beschreiben fast alle Träger als einzigen Vorteil dieser Dokumentation, dass es keine Diskussion über Schreibfehler gibt, Nicht-Lesbarkeiten. [...]“ (E5)*

*„Ja da habe ich schon viel miterlebt. Generell war die Einführung der Pflegedokumentation bedeutend einfacher als die medizinische Dokumentation. [...]“ (E6)*

*„Im Endeffekt. Ich war von Anfang an mit dabei. Als ich angefangen habe, hat es noch das dicke Stationsbuch gegeben, wo man am Ende des Dienstes die ganze Dokumentation des Patienten erfasst worden ist – war sehr medizinlastig. [...]“ (E7)*

Besonders spannende Einblicke in die persönlichen Erfahrungen aus der Berufspraxis im Bereich der Dokumentation, sei es im Setting Krankenhaus oder Langzeitpflege, liefert Expert\*in 3. Diese Person teilt die persönlichen Erlebnisse aus der Berufsausübung im Bereich der **Anästhesie** mit.

*„[...] In der Anästhesie war das ganz speziell. Die Anästhesiepflege dokumentiert etwas anders als die Pflege, die am Patientenbett ist. Da geht es*

*nicht um den Pflegeprozess, um die ausgeführten Tätigkeiten und eventuell beobachtete pflegerischen Auffälligkeiten, die aber sehr selten vorkommen. [...]“ (E3)*

In diesem Abschnitt war es auch von wesentlicher Bedeutung, näher auf mögliche Herausforderungen und Belastungsfaktoren einzugehen. Eine Interviewperson hat auch betont, dass es oftmals zu **mehrfachen Dokumentationen**, beispielsweise bei der Aufnahme von Patient\*innen, kommt und dies auch in der Praxis beobachtet wird.

*„[...] Da gibt es also wirklich diese Trennung zwischen dem ärztlichen Bereich und dem Pflegebereich, da ist also eine Betonmauer dazwischen. Und was mich irgendwie ein bisschen immer umgetrieben hat, ist, sie kommen als Patientin ins Krankenhaus und da kommt die Pflege und dann macht die Pflege eine sehr genaue Pflegeanamnese mit ihnen und dann kommt der Doktor oder die Doktorin und dann fängt das Ganze noch einmal von vorne an. Ja. Und ungefähr die Hälfte der Fragen, wenn nicht mehr, sind redundant, die werden sie zweimal gefragt oder dreimal gefragt. Weil oftmals kommt dann noch eine Verwaltungsangestellte und fragt dann noch einmal das Gleiche. [...]“ (E1)*

Eine weitere wesentliche Herausforderung nennt Expert\*in 3, und sieht dabei die **Nutzung unterschiedlicher Softwaresysteme** als schwierig.

*„[...] Herausforderung war die Dokumentation der Narkosen in unterschiedlichsten Dokumentationssystemen. Ich habe am Klinikum X auch erlebt, wie das Dokumentationssystem MEDOCS gewachsen ist – wie es immer mehr geworden ist. [...]“ (E3)*

Expert\*in 7 hat die Beobachtungen aus der Praxis mitgeteilt, und weist darauf hin, dass die Dokumentation beim Gesundheitspersonal **nicht besonders beliebt** ist. Diese Meinung teilt auch Expert\*in 4.

*„Grundsätzlich ist die Dokumentation nicht unbedingt das geliebte Kind beim Personal. [...]“ (E7)*

*„Das Problem ist, die Dokumentation ist eine extrem ungeliebte Tätigkeit. Und sie wird auch bei der Schulung als ungeliebt, als unnötig, als ärgerlich*

*weitergegeben, sodass die jungen Mitarbeiter\*innen schon nach sehr, sehr kurzer Zeit die Dokumentation als schwierig und unnötig halten. [...]“ (E4)*

Des Weiteren war es in dieser Kategorie von wesentlicher Bedeutung, auch auf die **Entwicklungen in der Arbeitswelt**, sei es der Personalfachkräftemangel, die Digitalisierung oder auch die Covid-19-Pandemie, den Schwerpunkt zu legen. Besonders hervorgehoben wurde von drei Expert\*innen der derzeit vorherrschende **Personalfachkräftemangel**, der die Dokumentationstätigkeit ebenso vor große Herausforderungen stellt.

*„[...] Natürlich spielt das jetzt wieder eine Rolle, weil rund um das Thema der erhöhten Fluktuation die Schwierigkeit ist, dass da jetzt ein starker Wechsel des Personals stattfindet und es natürlich echt Probleme gibt, Personal zu finden. [...]“ (E4)*

*„Naja was soll ich dazu sagen. Grundsätzlich der Personalmangel und die Knappheit des Personals ist natürlich in ganz Österreich ein Thema. Es gibt kein Bundesland, wo das nicht Thema ist. Es gibt überall ein Problem, Stellen nachzubesetzen, sind zum Teil unterbesetzt, je nachdem. [...]“ (E5)*

*„[...] Personalmangel natürlich. Der ist im Moment so schlimm wie noch nie. Muss ich auch ehrlich sagen, dass das nicht einmal zu den höchsten Zeit von Covid-19 so schlimm war, wie es jetzt ist. Sowohl bei der Medizin wie auch bei der Pflege.“ (E6)*

Einen weiteren wesentlichen Faktor hebt Expert\*in 7 hervor. Nämlich, dass die Dokumentation eine **Veränderung** vollzogen hat. Früher ist die Dokumentation auf eine andere Art und Weise abgelaufen, wie sie es heute tut. Einen wichtigen Beitrag hat dafür die Digitalisierung geleistet, sodass Prozesse effizienter ablaufen können.

*„Sagen wir mal so. Es ist anders. Wir haben früher andere Sachen dokumentiert als heute. Früher haben wir keine Pflegediagnosen dokumentiert, deswegen haben wir Befunde abgeschrieben. Es hat sich verschoben, die Wertigkeit hat sich verschoben. [...]“ (E7)*

Ebenso wurde der Aspekt der **Standardisierung** in Erwägung gezogen, da diese laut Expert\*in 4 in der Dokumentation zwar vorhanden ist, im Gesundheitswesen jedoch nicht, wodurch auch verschiedene Probleme ausgelöst werden.

*„[...] Das führt zu einem der Kernprobleme. Wir sind in vielen Bereichen unglaublich standardisiert bei der Dokumentation und sind das im Gesundheitswesen nicht, das macht es schwierig. Das hat eben was damit zu tun, dass jedes medizinische Feld ihre eigenen ganz wichtigen Parameter hat.“*  
(E4)

Weitere Veränderungen und Herausforderungen aus beruflicher Erfahrung berichtet Expert\*in 5. Dabei sieht diese Person vor allem einen Handlungsbedarf in den Bereichen der **Kultur** und der Anzahl an **teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter\*innen**.

*„Das liegt zum Teil auch an der Kultur des einzelnen Unternehmens und die zweite Sache ist, an den vielen Teilzeitbeschäftigten. Die kommen alle 14 Tage und machen zwei Nachtdienste. Wie möchte ich da die Kommunikations- und Informationsweitergabe gut aufrechterhalten. Stationen, die einen hohen Anteil an Vollzeitäquivalenten haben, bei denen funktioniert es tendenziell besser.“*  
(E5)

### 6.2.2 **Kategorie 2: Zeitlicher Dokumentationsaufwand im Fokus**

Die Dokumentationsstätigkeiten in der Medizin und Pflege gehen auch mit einem erhöhten zeitlichen Aufwand einher. Vor diesem Hintergrund wurden die Interviewpartner\*innen gebeten, ihre eigenen Wahrnehmungen aus der Praxis hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen bei der Dokumentation zu beschreiben. Expert\*in 2 weist dabei beispielweise auf die **gesetzlichen Vorgaben** und die damit einhergehenden Kontrollinstanzen und Behörden hin, die den zeitlichen Aufwand beeinflussen.

*„[...] Was dabei anzumerken ist, es wird sehr viel dokumentiert. Ob es jetzt wirklich ein gesetzlicher Auftrag ist, eine Verpflichtung ist, derart viel zu dokumentieren, ich stelle es in Frage. [...]“* (E2)

In dieser Kategorie erwähnt Expert\*in 1 ebenfalls, dass auch durch die **Eingabe** unterschiedlicher personenbezogener Daten in diverse Register ein erhöhter Aufwand resultiert.

*„[...] Was wir noch machen im X, wir sind durch die Register, die wir führen, ganz stark natürlich involviert, in das, was zusätzlich dokumentiert wird, weil da sind wir natürlich abhängig davon, dass wir die entsprechenden Daten bekommen. Das funktioniert alles über Eingabemasken, wo das dokumentiert wird und das erfordert natürlich einen deutlich höheren Aufwand. [...]“ (E1)*

Ebenso gibt Expert\*in 5 aus der Praxis wieder, dass der enorme Zeitaufwand von vielen Beteiligten als **negativ** und in weiterer Folge auch **belastend** gesehen wird.

*„Was eher negativ beschrieben ist, ist der immense Zeitumfang. Das kommt von allen, dass es sehr umfangreich ist, sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und oftmals die Dokumentation so quasi vor den Patienten kommt.“ (E5)*

Dieser zeitliche Dokumentationsaufwand wird von einer interviewten Person auch als **kritisch** gesehen.

*„Moment, ich bin da ganz kritisch und mahne immer zur Vorsicht. Wenn ich in der Dokumentation weniger Zeit verwenden muss, heißt das nicht, dass ich die Zeit dann automatisch für irgendwelche tollen Gespräche oder ‚Mensch ärgere dich nicht-Spiele‘ verwende. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Mitarbeiter, die am meisten Beschäftigung und therapeutische Geschichten machen, am wenigsten dokumentieren und am wenigsten Zeit für andere Dinge brauchen. Da geht es eher um ein Wertesystem, was ist mir wichtig und was setze ich in den Fokus. [...]“ (E2)*

Im Zuge dieser Arbeit wurde bereits im Literaturteil auf den zeitlichen Aufwand der Dokumentation eingegangen. Im Zuge der Literaturrecherche hat sich herausgestellt, dass die Dokumentationstätigkeiten zu einem enormen zeitlichen Aufwand beim Gesundheitspersonal führen. Ein Artikel vom ORF.Steiermark (2023, [www](#)) sagt aus, dass ein Viertel der Pflegekräfte während ihrer Arbeit nur mit dem Dokumentieren und Erfassen von Leistungen und Maßnahmen beschäftigt sind. Wohingegen in einem Bericht der Austria Presse Agentur (2022, [www](#)) behauptet wird, dass die

Dokumentationstätigkeit bei Ärzt\*innen ein Drittel der täglichen Arbeitszeit einnimmt. Diese **zeitlichen Vorgaben** werden von drei der interviewten Personen als unterschiedlich eingestuft.

*„Ich glaube das nicht annähernd. Aber wenn ich meine Mitarbeiter\*innen gefragt hätte, hätte ich wahrscheinlich auch diese Aussagen bekommen. Das hat was damit zu tun, dass sie wirklich nicht gemocht wird, die Dokumentation. [...]“ (E4)*

*„[...] Ich habe mit Interesse von den 25 Prozent gelesen, man findet dazu so wenig. Es werden da keine Studien gemacht. Es ist echt schwierig, ich denke, es ist ein bisschen hochgegriffen, kann natürlich schon hinkommen, aber ist auch vom Setting abhängig. Ich meine im Ambulanzbereich habe ich nie im Leben 25 Prozent, die dokumentieren relativ wenig. [...]“ (E6)*

Während die Expert\*innen 4 und 6 diese Angaben als kritisch betrachtet, kann sich Expert\*in 5 diese Zeitangaben gut vorstellen.

*„Also, grundsätzlich kommt das schon halbwegs hin. Wenn man davon ausgeht, dass man bereits ein relativ umfangreiches Dokumentationssystem installiert hat. Dann glaube ich das schon. [...]“ (E5)*

In diesem Bereich zeigt sich, dass es aufgrund unterschiedlicher beruflicher Erfahrungen auch unterschiedliche Wahrnehmungen hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen gibt. Dennoch ist zu betonen, dass es sowohl von Bundesland zu Bundesland als auch von Gesundheitseinrichtung zu Gesundheitseinrichtung verschieden ist, und somit auch anders wahrgenommen wird.

Des Weiteren wurde auch abgefragt, an welchen **Gründen** der hohe Zeitaufwand in der Dokumentation liegen könnte. Expert\*in 3 merkt an, dass dieser Umstand nicht nur an einem Problem liegt, sondern dass er **vielen Problemen** zugrunde liegt.

*„Ja das ist eine Kombination von mehreren Problemen. Das eine, was Sie angesprochen haben, ist auch die IT-Lösung, dass diese nicht optimal gewählt worden ist. Die Unsicherheit der User, das Unternehmen hat nicht genug in die Schulungen investiert und dann verwenden die User vielleicht Features, die ganz anders verwendet werden könnten. [...]“ (E3)*

Nach der Erfahrung von Expert\*in 4 spielt vor allem auch der Aspekt der **Motivation** in diesem Zusammenhang eine wesentliche Rolle.

*„Also ich glaube der größte Teil ist die Motivation. Es ist die fehlende Motivation, das gerne zu machen. [...] . Es steht und fällt eigentlich mit der Motivation, warum Dokumentation wichtig ist. Warum sich so viele vor der Dokumentation fürchten, hat ganz viel mit Transparenz zu tun.“ (E4)*

Neben der Motivation liegt der Grund für den vermehrten Zeitaufwand bei der Dokumentation auch beim Thema des **Datenschutzes**.

*„Der erste Grund, der mir einfällt, ist das Datenschutzthema. Und zwar der persönliche Zugang, den das Datenschutzgesetz vorschreibt. Das ist in manchen Häusern ganz gut gelöst, in manchen Häusern dauert das schon mal ziemlich lange. [...] Also dieses Aus- und Einsteigen in das System geht bei manchen flotter und bei manchen nicht. [...]“ (E5)*

Einen weiteren Grund nennt Expert\*in 4. Diese Person sieht den Zeitaufwand im **Umstieg** auf eine andere Software begründet und hat dies auch in der Praxis miterlebt.

*„Natürlich muss man inhaltliche Sachen abbilden. Aber zum Beispiel, wenn ich an die ältere Softwarelösung denke, da haben die Mitarbeiter, als sie es gehabt haben, schon gewusst, wo sie hinklicken müssen und wie es funktioniert. Da waren gute Softwarelösungen dabei. Jetzt in der Umstellung, ist 1 ¼ Jahre her, das ist so Klickaufwendig das System, sie haben viele Möglichkeiten ans selbe Ziel zu kommen, es gehört noch viel nachjustiert. [...]“ (E7)*

Ein gutes Beispiel aus der Praxis verdeutlicht den Zeitaufwand von Dokumentationstätigkeiten. Dabei wird das Berufsfeld „Ernährungsmanagement“ aufgegriffen und verdeutlicht, dass der **Einsatz neuer Berufsgruppen** auch mit einer zusätzlichen Dokumentationsarbeit einhergeht.

*„[...] Wenn man sich das vorstellt, in einem Pflegeheim hat man einen Ernährungsmanager, der über die Ernährung der ganzen Bewohner Bescheid weiß und das Ganze managt. Das muss dokumentiert werden, genau niedergeschrieben werden. Jeder einzelne Schritt, der von dem*

---

*Ernährungsmanager durchgeführt wird, muss bei jedem einzelnen Patienten dokumentiert werden. [...]“ (E3)*

Den größten **Handlungsbedarf** in diesem Bereich sieht Expert\*in 6 darin, dass nur jene Dinge dokumentiert werden sollen, die auch sinnvoll für die Arbeit in der Medizin und Pflege sind. Ergänzend dazu wurde betont, dass es bei den Softwarelösungen noch einen Bedarf an Ausbau und Erweiterung gibt.

*„Ich denke mir, nur die sinnvollen Dinge. Das man sich wirklich überlegt, was macht Sinn. [...]“ (E6)*

*„Wie gesagt. Die Software hat Luft nach oben, jede Software. [...]“ (E7)*

Hinsichtlich des **Delegationsaufwands** stellt sich auch die Frage, ob gewisse Dokumentationstätigkeiten ganz oder teilweise delegierbar sind. Einen Einblick in die persönliche Wahrnehmung aus der Praxis liefert Expert\*in 7.

*„Es gibt sicher Sachen, die delegierbar sind. Warum müssen gewisse Sachen von der Pflege organisiert und weitergeleitet werden können? Wenn eine Untersuchung ist, warum kann das nicht eine andere Berufsgruppe ordern? Ein Mediziner kann das einer anderen Berufsgruppe sagen. Wobei die Diagnostik, die kann man keiner Berufsgruppe abnehmen, nicht dem Arzt und nicht der Pflege. [...]“ (E7)*

Zusammenfassend hat Expert\*in 2 einen wichtigen Ansatzpunkt erwähnt, der hinsichtlich der zeitlichen Ressourcen von Bedeutung ist, und vermehrt an Beachtung gewinnen sollte. Dabei wird vor allem die **Pflegeplanung** ins Zentrum gestellt.

*„[...] Heißt auf den Punkt gebracht, je besser die Pflegeplanung, desto weniger muss ich dokumentieren. Der Grundsatz lässt sich immer wieder durch Praxisbeispiele beweisen. [...]“ (E2)*

### **6.2.3 Kategorie 3: Digitale Softwarelösungen und -systeme**

Die Digitalisierung hat bereits viele Bereiche der Lebens- und Arbeitswelt durchdrungen und auf diese Art wird es auch zukünftig weitergehen. In Österreich ist eine sehr große und „bunte“ EDV-Landschaft vorzufinden. Demnach wird der Fokus in dieser Kategorie auf die digitalen Softwarelösungen und Softwaresysteme gelegt.

Zu erwähnen ist hierbei, dass aus der Praxis berichtet wurde, dass die Digitalisierung lange Zeit nicht in die Gesundheitssysteme integriert wurde. Heutzutage es unabdingbar, die Daten digital zu erfassen und zu dokumentieren.

*„Ja es ist ja wirklich erstaunlich, dass sich das Gesundheitswesen so lange dagegen gesträubt hat und wie lange die Digitalisierung in den Krankenanstalten gedauert hat. Ich meine, die ersten Schritte, das war in den 90er-Jahren, wo ich das erlebt habe, wo ganz vorsichtig so die ersten KIS-Systeme gekommen sind, in den Krankenanstalten. Die konnten noch nicht sehr viel, aber einmal ein bisschen was, wo halt mal zumindest die Stammdaten der Patientinnen und Patienten erfasst wurden und Ähnliches. Aber ich denke wir leben im 21. Jahrhundert, jetzt haben wir die 20er-Jahre, in denen wir uns befinden, und jetzt ist die Zeit, dass wir die Dinge umstellen. [...]“ (E1)*

Des Weiteren wurde von Expert\*in 6 berichtet, dass in der Einrichtung, wo diese beziehungsweise dieser beruflich tätig ist, ein **hoher Grad an Digitalisierung** im Bereich der Dokumentation gegeben ist.

*„[...] Wir haben einen sehr hohen Digitalisierungsgrad, sowohl in der Pflege, schon seit 2007 digital mit der Pflegedokumentation und die medizinische Kurve ist auch schon seit 2013 komplett digital, auch die Intensivstation und alles. Ein paar kleine schwarze Löcher haben wir noch im Ambulanzbereich, manche Ambulanzen sind noch nicht ganz auf das Digitale umgestellt. Sonst sind wir komplett digital.“ (E6)*

In diesem Abschnitt wurden die Befragten gebeten, **unterschiedliche Softwarelösungen** zu nennen, die ihnen aus der Praxis beziehungsweise auch durch die persönliche Anwendung bekannt sind. Von allen Expert\*innen wurde deutlich dargelegt, dass sehr viele unterschiedliche Softwaresysteme zur digitalen Dokumentation in der Praxis, sei es in Krankenanstalten oder in der Langzeitpflege, eingesetzt werden.

*„Wir haben unterschiedliche Softwares im Einsatz. Wir haben zum Beispiel für die Pflegeplanung und -dokumentation, auch für die Verwaltung der Heimbewohner bis hin zur Abrechnung, Statistikwesen das CareCenter. Für die Dienstplangestaltung sind wird mit der Firma GEOKON unterwegs. Aber auch*

*für das Qualitätsmanagement, einmal zur Messung der Qualitätskriterien, aber auch für das Dokumentenmanagement und für die Lenkung, haben wir die Firma NEXUS mit ihrem Produkt. Die bilden das KTQ recht gut ab, das wir verwenden. Gibt aber auch andere Softwares, zum Beispiel könnte da auch medikit Teile davon abdecken. Also hier gibt es eine ganze Menge an Anbietern und wir haben uns halt mal zufällig für die entschieden.“ (E2)*

*„[...] Ich habe mit NEXUS zu tun gehabt, auch mit CareCenter. Ich habe mit dem PATIDOK, mit dem SAP IS-H zu tun gehabt. Ich habe eine Menge gesehen. Es gibt keines, das nur Vorteile hat.“ (E4)*

*„[...] Also was in der Anästhesie vorgesehen war, das war die Firma PEISIS, das war Centricity, das war eben auch MEDOCS – da hat man parallel die Anästhesiezeiten dokumentiert. Das sind Systeme wie auch von der Firma Traeger, das Patientenmanagement, abgekürzt PtMS, wo der ganze Verlauf der Narkose, auch die Vitalwerte automatisch aufgezeichnet werden. [...]“ (E3)*

*„[...] Ich kenne das ePA. Das haben sie in Vorarlberg. Da muss ich sagen, dass sie es überall haben. [...]“ (E5)*

*„Also bei PATIDOK ist die Patientenverwaltung praktisch. Unsere Softwarelösung ist NCaSol, von der Firma Care Solutions. Gerade im Westen sind sie mehr verbreitet wie im Östlichen. Also von der Firma Care Solutions haben wir eigentlich fast alles. Wir haben das NCaSol – Nursing Care Solution und MedCaSol – Medical Care Solution. Und dann das CCaSol – Critical Care Solution für die Intensivstation. Und auch WCaSol – Wound Care Solution, also verschiedene Module haben wir da. Da macht es dann Sinn, dass man bei einer Firma bleibt. [...]“ (E6)*

*„[...] Wir haben vorher MedCaSol gehabt und sind jetzt auf ORBIS umgestiegen, weil das der ganze Verbund hat. War eine große Herausforderung und wir sind mehr oder weniger bis auf ganz wenige Bereiche digital.“ (E7)*

Deutschland ist im Bereich der digitalen Dokumentation ein Vorreiter. Dies belegt auch ein Marktriase, der zurzeit mit seiner Softwarelösung auch in Österreich Fuß fasst.

Bemerkenswert ist dabei, dass in Deutschland dafür bereits ein Gesetz vorgeschrieben ist, nämlich das **Krankenhauszukunftsgesetz**, welches Gesundheitseinrichtungen zur Digitalisierung verpflichtet.

*„[...] Da ist dann in Deutschland ein Marktriase gewesen, der den Markt für sich erobert hat, das ist die Firma DEDALUS. Die haben das Dokumentationssystem ORBIS entwickelt und das war eben die Software, die wir eingeführt haben und von Papier auf digital umgestellt haben. [...] Und wir merken auch, dass auch die Firma DEDALUS in mehrere Einrichtungen kommt und in Österreich einen großen Platz einnimmt. [...] Diese führt in Deutschland in sehr vielen Einrichtungen die Dokumentationen ein, weil es in Deutschland ein digitales Gesetz gibt. Ein Krankenhauszukunftsgesetz. Das schreibt vor, bis zu einem gewissen Stichtag müssen Gesundheitseinrichtungen digitalisiert sein. Deshalb sind diese Einrichtungen vom Gesetzgeber gezwungen, zu digitalisieren. [...]“*  
(E3)

Der Einsatz von digitalen Softwarelösungen bringt sowohl **Vor- als auch Nachteile** für die Dokumentationstätigkeit im medizinischen und pflegerischen Bereich mit sich.

*„Naja. Also das eine Thema ist, wir müssen immer zwischen der Einzelaussage und der Gesamtaussage unterscheiden. Ich muss manches in der Einzelaussage dokumentieren, wo ich nicht notwendigerweise sage, wozu ich das denn brauche. Es ist aber wichtig, um das in der Gesamtaussage nützen zu können. Hier kann ich vielleicht überlegen, ob ich in einer Form von Arbeitsteilung tatsächlich, mit medizinischen Assistenzen, die hier helfen. [...]“*  
(E4)

Neben dem soeben angeführten Aspekt hinsichtlich der Unterscheidung von Einzel- und Gesamtaussagen, wird von Expert\*in 6 ein weiterer wesentlicher Vorteil der Dokumentation im digitalen Format gesehen, nämlich bei der **Lesbarkeit**.

*„Der größte Vorteil der Digitalen, egal, wie weit man schon umgestellt ist, ist die Lesbarkeit. Die Lesbarkeit und die Nachvollziehbarkeit, das ist der größte Vorteil. [...] Dann natürlich auch die Auswertung von Daten. Alles, was ich digitalisiert habe, kann ich irgendwo auch auswerten. [...]“* (E6)

Einen Nachteil stellt gemäß Expert\*in 7 die **Sprache** und **Ausdrucksweise** dar, die oftmals auch zu Schwierigkeiten führen können.

*„Oftmals sind es in der Entwicklung Themen wie die Sprache. Die IT hat oft eine andere Sprache als Medizin und Pflege. Da ist eine große Übersetzungsarbeit erforderlich. Das habe ich auch bei der IT-Umstellung gespürt. Wir haben uns zuerst verstehen lernen müssen. [...]“ (E7)*

Wie bereits erwähnt, sind viele unterschiedliche Dokumentations-Softwaresysteme in Anwendung. Nicht nur in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen, auch in den Abteilungen und Stationen, sozusagen in den einzelnen **Organisationseinheiten**. Demnach wurden die Expert\*innen auch befragt, wie sie diese Situation sehen und auch bewerten.

*„Das stimmt, aber das ist halt der freie Markt. [...]“ (E1)*

*„Es ist immer schwierig, wenn es um eine Schnittstellenthematik geht. Das ist dann immer gar nicht so einfach. Manchmal funktioniert es gut und geht relativ problemlos. [...]“ (E6)*

*„[...] Ich denke, das ist schon gut, dass es eine Vielfalt an Anbietern gibt und das hat auch einen Grund, warum wir mehrere Programme im Haus im Einsatz haben. Weil es eigentlich nicht einen gibt, der alles wirklich gut abdecken kann. [...]“ (E2)*

*„Natürlich wäre es eine Lösung so wie Outlook, das überall gleich ist. Hätte natürlich in einem gewissen Sinn seine Vorteile. Aber je standardisierter etwas wird, umso weniger komplex kann es sein, umso mehr muss ich mich im Prinzip auf irgendetwas einigen. [...]“ (E4)*

*„Pflege und Medizin arbeiten bei uns im selben KIS. Das Einzige, Intensiv hat etwas anderes. [...] Schnittstellen sind immer problematisch und natürlich auch die ganzen Subsysteme, die einfließen von Medizinprodukten, von Untersuchungsstellen. [...]“ (E7)*

Aus der Wissenschaft geht hervor, dass es derzeit auch Einrichtungen gibt, die aus unterschiedlichen Gründen **keine digitale Dokumentation** verwenden. Zwei der Expert\*innen gaben an, dass sie sich das in der heutigen Zeit nicht vorstellen können.

*„Ganz ehrlich. Ich kenne jetzt in Österreich kein einziges Heim, wo nicht digital dokumentiert wird. [...]“ (E2)*

*„Also ich muss ehrlich sein. Ich kann mir das nicht vernünftig vorstellen. [...]“ (E4)*

Wohingegen Expert\*in 3 und Expert\*in 7 dies aus der Praxis noch sehr wohl kennen und auch miterleben.

*„Ja. Tatsächlich war ich bei einem potenziellen Partner, Projektpartner, der gesagt hat: ‚Aber ich bin doch am Papier schneller‘. Gewisse Prozesse sind so stark in den Einrichtungen und die Betreiber sind selbst nicht bereit, das zu ändern, weil es einfach kurz einmal unbequem ist. [...] Ich weiß es auch aus der Struktur der extramuralen Versorgung. Die Hauskrankenpflege in der Steiermark speziell, ist bis vor Kurzem in allen Bereichen, in allen fünf großen Trägern, papierbasiert dokumentiert worden. Es wurde die gesamte Pflegedokumentation, der Pflegeprozess, die Pflegeleistungen, alles am Papier dokumentiert. [...]“ (E3)*

*„Wir im X Verbund sind nicht alle digitalisiert. Ich habe den Eindruck, dass ganz Österreich in der Digitalisierung aufrüstet und, dass es viele Mischformen zwischen Digitalisierung am Papier gibt. Wir sind vorwiegend bis auf kleine Bereiche digital. [...]“ (E7)*

In diesem Bereich stellt sich auch die Frage, ob Änderungen hinsichtlich einer digitalen Dokumentation tatsächlich vorgenommen werden, um für eine Erleichterung bei der Dokumentationstätigkeit zu sorgen. Expert\*in 1 sieht vor allem Potenzial bei der **Änderung von Gesetzen**.

*„Natürlich. Sie können aber ins Ärztegesetz etwas hinschreiben. Die Dokumentation ist im Ärztegesetz festgeschrieben. Das gilt für alle Ärzte. Da können sie hinschreiben, dass die medizinische Dokumentation elektronisch zu erfolgen hat. Das kann man dort hineinschreiben. Das ist natürlich nur ein Satz, den ich dort ergänzen muss. Ja. Und damit ist es klar, dass ich ihn elektronisch dokumentieren muss, den Patienten.“ (E1)*

## 6.2.4 Kategorie 4: Digitale Kompetenzen in der Berufsausbildung

Der Erwerb digitaler Kompetenzen gewinnt in der Ausbildung immer mehr an Bedeutung, denn die technischen Möglichkeiten und die pflegerische Versorgung verschmelzen zunehmend. Demnach wird der Schwerpunkt auf die Beurteilung und die Notwendigkeit dieser Kompetenzen, auch in Anlehnung an die Studienpläne des Humanmedizinstudium sowie des Bachelorstudium zur Gesundheits- und Krankenpflege, gelegt. Sechs von sieben der befragten Expert\*innen sehen die Notwendigkeit darin, den Erwerb digitaler Kompetenzen in den Studienplan aufzunehmen, da dies in der Praxis zu einer Erleichterung führen kann. Werden die notwendigen Kompetenzen bereits in der **Ausbildung** gelehrt und angeeignet, können in der Praxis beispielweise die Dokumentationsprozesse schneller und effizienter ablaufen.

*„Ja. Ich glaube, dass das Thema Dokumentation etwas insgesamt Wichtiges ist, das man auch in der Ausbildung lehren sollte, beziehungsweise die Studierenden sollten es lernen. Ich würde weniger auf Digitalisierung an sich gehen, sondern einfach auf die Dokumentation, die da digital erfolgt. So würde ich das machen. [...]“ (E1)*

*„Das ist eine sehr große Lücke. Die muss dringend nachgeholt werden. Wir erleben das immer wieder und ich habe das auch als Führungskraft erlebt, dass sich vor allem die ältere Generation extrem schwertut. [...]–Das Thema eHealth ist vielleicht nur ein Begriff, den sie in der Ausbildung gehört haben, aber mehr bekommen sie nicht mit. Das finde ich unglaublich schade, dass man auch nicht lehrt und aufzeigt, welche Potenziale digitale Lösungen haben können. [...] Ich glaube, dass die Dokumentation ein riesiger Nachholbedarf ist, und es sollte im Curriculum unbedingt Platz finden – sowieso in der heutigen Zeit. [...]“ (E3)*

*„Ja, ja. Und vor allem, es gesamtheitlicher zu sehen. [...] Aber nein, die digitalen Kompetenzen stärker zu schulen ist ganz sicher wichtig.“ (E4)*

*„Unbedingt. Weil die Systeme, die ich kenne, sind alle nicht so unterschiedlich, dass man nicht relativ rasch dann drinnen ist, wenn man grundsätzlich eine digitale Kompetenz hat. Und ich glaube, dann kommt man ganz gut mit jedem System zurecht.“ (E5)*

*„Es gehört schon in die Ausbildung. Wobei für die Ausbildung ist das eine Herausforderung, weil nicht jeder mit derselben Software arbeitet. Das ist sicher eine große Hürde für die Ausbildungsstätten. [...]“ (E7)*

Dabei sieht ein\*e Expert\*in die Situation ein wenig anders. Der Erwerb der Kompetenzen als integrativer Bestandteil im Studienplan erweist sich als schwierig, und sollte demnach erst in der **Praxis** angeeignet werden.

*„Also, im Lehrplan ist es ein bisschen schwierig. Nein, das sind meines Erachtens Kompetenzen, die ich mir besser im Praxisteil aneigne. Das muss ich schon sagen. [...] Und da reicht im Normalfall die pure Anwenderkenntnis und da sage ich immer zu meinen Softwareherstellern, das darf nicht komplizierter sein wie bei Zalando.“ (E2)*

Ebenfalls wurde darauf eingegangen, ob sich das **Dokumentationsverhalten der Berufseinsteiger\*innen** in den letzten Jahren beziehungsweise Jahrzehnten verändert hat oder nicht. Denn die Digitalisierung hat in der Vergangenheit sehr viele Veränderungen mit sich gebracht und wird es zukünftig auch noch tun.

*„Das ist eben ein Drama. Es hat sich nicht verändert. Also ich habe den Eindruck. Wenn ich die gleichen Leute draußen treffen würde, würden die ganz anders agieren als in der Einrichtung selber. [...]“ (E4)*

*„Die Jungen spielen sich mit der Software und die Älteren, die kurz vor der Pensionierung sind, für die ist das schon eine Herausforderung. Also die Jungen haben Smartphones in der Hand, einen anderen Zugang und weniger Ängste als die Älteren.“ (E7)*

Die elektronischen Gesundheitsdienste „**eHealth**“ sollen zu einer Steigerung und Verbesserung der Qualität und Effizienz sorgen. eHealth umfasst die Bereiche der Medizin und Pflege, Informationstechnologie und auch des Gesundheitsmanagements – diese Disziplinen sind im Zeitalter der Digitalisierung im Gesundheitswesen unabdingbar. Dahingehend wurden die Expert\*innen gefragt, ob sie in diesem Bereich bereits Erfahrungen durch ihre Arbeitstätigkeit gesammelt haben. Drei der sieben befragten Expert\*innen teilten konkret ihre Erlebnisse aus dem beruflichen Alltag mit.

*„Ja. Aber auch hier sehe ich Abwehr, Abwehr, Abwehr. [...] Ich habe den Eindruck, dass ganz wenige die ELGA-Funktion nützen. [...] Die Dokumentation ist manchmal wesentlich korrekter als sogar der eigene Mensch das weiß, weil er sich nicht erinnert, weil er die Dinge verwechselt und Ähnliches hier. Trotzdem wird das auch hier weniger verwendet. [...]“ (E4)*

*„[...] Heute ist auch das Thema eMedikation ein sehr wichtiges Thema, weil sich da im Prozess große Lücken auftun, durch die Neukonzeptionierung von der eMedikation im Zusammenhang mit der auslaufenden Übergangsfrist, die wir jetzt seit Covid haben. [...]“ (E2)*

*„Die ist verpflichtend, natürlich – zumindest der Arztbrief. eMedikation ist spannend, da hat Corona auch einen Schub gegeben, dass das vorangegangen ist. Aber das ist eine gute Sache. [...]“ (E6)*

#### **6.2.5 Kategorie 5: Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften**

Innerhalb der folgenden Kategorie wurden Unterstützungsgruppen unter die Lupe genommen, um aufzuzeigen, wie der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften, Stationssekretär\*innen oder Stationsassistent\*innen von den Expert\*innen bewertet werden.

Dabei hoben vier der Expert\*innen die **Notwendigkeit** dieser Berufsgruppen hervor. Medizinische Dokumentationsfachkräfte und dergleichen können dem Gesundheitspersonal in Medizin und Pflege dahingehend unterstützen, indem die administrativen Tätigkeiten unter deren Aufgabenbereich fallen. Seien es die Terminvereinbarungen für die Patient\*innen oder auch das Durchführen von verschiedensten Telefonaten, all dies kann zu einer Erleichterung bei der Dokumentation und einer verbesserten Arbeitsqualität führen. Wohingegen auch eine interviewte Person angegeben hat, dass sie damit noch wenig Erfahrungen gemacht hat.

*„[...] Und grad zu den Dokumentationsassistenten. Da müssen Sie mal recherchieren, da gibt es auch Arbeiten darüber, dass zum Beispiel die Codierung dadurch, dass die wirklich fokussiert das lernen, deutlich besser wird. Dass sie viel aussagekräftiger wird, weil die einfach wissen, was sie*

*dokumentieren müssen – viel schneller geht das Ganze. Die haben einen viel besseren Überblick und wenn die direkt auf der Station arbeiten mit den Leuten, dann ist auch ein besseres Verständnis dafür da.“ (E1)*

*„Ja, einige haben Stationssekretärinnen. Die machen nicht die pflegerische Dokumentation, das können und dürfen sie nicht. Aber was sie tun, das ist vornehmlich im Bereich der Organisation und Weiterverarbeitung. [...]“ (E5)*

*„Die machen den administrativen Kram. Bei jeder Aufnahme die Daten abklären, stimmt der Hausarzt, stimmt das Geburtsdatum, also diese ganzen Dinge. Auch wenn am Wochenende wer aufgenommen wurde, gehen sie am Montag durch und klären das ab. Und dann auch die Terminvereinbarungen, Rettung bestellen für Heimtransport und für die ganzen Dinge, Verordnungen vorbereiten. Die sind gut beschäftigt.“ (E6)*

In diesem Abschnitt wurde auch jener Aspekt als besonders wichtig eingestuft, dass diese Berufsgruppe als entsprechender Beruf anerkannt werden sollte, sodass dafür auch eine **standardisierte Ausbildung** vorhanden ist.

*„[...] Und was man natürlich auch sagen muss, das ist ein Beruf oder ein oder zwei Berufe, die natürlich auch als entsprechende Berufe anerkannt werden müssen. Die brauchen eine standardisierte Ausbildung, sodass man nicht sagt, das sind angelernte Kräfte, sondern die brauchen eine Ausbildung, wie auch immer man die aufsetzt. [...]“ (E1)*

Besonders angemerkt wurde von einer Interviewperson, dass die pflegerischen Tätigkeiten dennoch vom Pflegepersonal gemacht werden müssen. Diese können nicht an medizinische Dokumentationsfachkräfte abgegeben werden. Dennoch gibt es viele zusätzliche Aufgaben, die von Pflegepersonen abgearbeitet werden, wie eben Verwaltungstätigkeiten, die dann an Stationsassistent\*innen delegiert werden können.

*„[...] Und natürlich administrative Kräfte in dem einen oder anderen Bereich wären sehr hilfreich, weil die pflegerische Expertise kann nicht abgegeben werden. [...] Aber es gibt so viele andere administrative Aufgaben, die das Pflegepersonal ausüben muss – wie Termine vereinbaren, verschiedenste Telefonate durchführen, nicht nur bezüglich Termine oder vielleicht muss*

*jemand informiert werden – das sind alles Tätigkeiten, die sehr wohl delegierbar sind und zu einer Entlastung führen würden. Auf jeden Fall.“ (E3)*

Des Weiteren wurde von einer der befragten Personen deutlich gemacht, dass diese Stationssekretär\*innen auch **kostengünstiger** als andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen sind.

*„[...] Ja, vor allem. Ich meine, dieses Personal ist auch günstiger. Ich meine, die Leute haben keine Wochenenddienste, keine Nachtdienste, die haben normale Sekretariatstätigkeiten – schon ein bisschen anders. Ich meine nicht so, dass man eine Sekretärin nicht drauf schulen könnte. Ich kann mich gut an die Dame erinnern, die das damals bei uns gemacht hat. Die war super, die haben wir alle voll gemocht.“ (E1)*

Interviewpartner\*in 4 sieht in diesem Bereich großes Potenzial und betont dennoch, dass jeder einzelne trotzdem im Arbeitsalltag seine getätigten Leistungen dokumentieren muss. Medizinische Dokumentationsfachkräfte sind zwar hilfreich, um den Dokumentationsaufwand zu verringern. Dennoch werden sie nicht dazu führen, dass niemand mehr, sei es im medizinischen oder pflegerischen Bereich, dokumentieren muss. Die Dokumentation ist ein wichtiger Bestandteil im Behandlungs- und Pflegeprozess und wird daher auch immer Bestand haben.

*„Absolut. Natürlich. Aber wie gesagt, sie können nicht dazu führen, dass der Einzelne nichts mehr mit der Dokumentation zu tun hat. [...]“ (E4)*

Weiters wurde in dieser Kategorie abgefragt, in welchen Gesundheitseinrichtungen diese Berufsgruppe im Einsatz ist, und ob damit bereits Erfahrungen gemacht wurden. Beispielsweise sind im Rudolfinerhaus in Wien medizinische Dokumentationsfachkräfte und dergleichen auf den einzelnen Stationen tätig und unterstützen das weitere Gesundheitspersonal.

*„Genau. Da gibt es diese schon ewig. Das ist ein privates Krankenhaus. Wo es auch welche gibt, ist in der Steiermark zum Beispiel das Krankenhaus Rottenmann. Da werden auf allen Stationen Stationsassistentinnen eingesetzt. Also das wäre ein Beispiel, das ich jetzt vom Aufgabenbereich zitiert habe. In Vorarlberg kenne ich das nicht, die wollen das zwar haben, aber was die haben,*

*sind Dokumentationsassistentinnen. Die sind auch diejenigen, die die Entlassungsberichte und so schreiben. Die sind mit einer anderen Aufgabe betraut. [...]* (E5)

Expert\*in 5 hat in diesem Bereich bereits vielzählige Erfahrungen gesammelt und schildert die eigenen Wahrnehmungen aus der Praxis. Wobei betont wird, dass die Einstellung von Stationsassistent\*innen auch vom **Zeitfaktor** abhängig ist.

*„Absolut. Es kommt darauf an, in welchen Zeitausmaß diese beschäftigt sind. Also bei den Stationssekretärinnen kenne ich es nur, von Montag bis Freitag, als 5-Tage-Woche organisiert. Es gibt welche, die arbeiten nur am Vormittag zum Beispiel von 8 bis 12 Uhr oder die anderen arbeiten länger, von 8 bis 15 Uhr, einen 8 Stunden Tag. Das Ausmaß ist durchaus auch unterschiedlich. [...]*“ (E5)

Somit wird der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften, Stationssekretär\*innen und Stationsassistent\*innen als besonders positiv bewertet. In einigen Einrichtungen schafft diese Berufsgruppe auch schon eine Unterstützung bei der Dokumentation. Dennoch muss dies weiter ausgebaut werden und vermehrt zum Einsatz kommen, da zurzeit nur eine geringe Anzahl davon beschäftigt ist.

### **6.2.6 Kategorie 6: Vorschläge zu Maßnahmen**

Die letzte Kategorie geht näher auf Ansätze und Vorschläge ein, um Lösungen zu eruieren sowie Maßnahmen abzuleiten, die für eine Entlastung des Gesundheitspersonals und einer Verringerung der Dokumentationstätigkeit sorgen könnten. Alle befragten Expert\*innen sehen im Bereich der Dokumentation, und damit einhergehend auch hinsichtlich der Digitalisierung, einen Aufholbedarf sowie ein Verbesserungspotenzial.

Ein\*e Expert\*in nannte einen interessanten Lösungsansatz, der, wie bereits erwähnt, in diesem Zusammenhang von besonderer Bedeutung ist. Nämlich den Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften.

*„Also in Krankenanstalten gibt es für mich eine ganz klare Aussage, die ist, wir brauchen medizinische Dokumentare, medizinische Dokumentationsassistenzen oder Ähnliches. Und das, was Sie eben erwähnt haben, sind auch Stationssekretärinnen. Das ist der Punkt. [...]*“ (E1)

Einen weiteren wichtigen Faktor stellt laut einer Aussage die Verbesserung der **Usability** dar. Wird bei der Dokumentation mehr Wert auf die Benutzerfreundlichkeit der Dokumentationssysteme gelegt, führt dies auch zu einer Zeiteinsparung bei der Dokumentationstätigkeit.

*„Ja, bei der Entlastung der Dokumentation wäre einfach großes Augenmerk auf Usability zu legen, weil je schneller ich durch bin, umso besser und da zählt jeder einzelne Klick. Wenn ich einen Klick weniger machen muss und das 100 Mal am Tag, dann habe ich auch Zeit gespart. Das würde auf jeden Fall helfen. [...]“ (E2)*

Ebenso wurde auf die **Vernetzung** hingewiesen, welche im Bereich der Dokumentation eine wesentliche Bedeutung hat. Dabei zeigt sich, dass eine bessere Vernetzung, sei es innerhalb einer Gesundheitseinrichtung oder zwischen unterschiedlichen Einrichtungen, vonstattengehen würde, wenn die Informations- und Kommunikationstechnologien weiter ausgebaut werden.

*„[...] Und natürlich diese Form der Vernetzung. Sie haben eHealth als Begriff verwendet. Das passt gut als gesamter Überbegriff. Diese Vernetzung muss wirklich noch breiter forciert werden und da muss man aufpassen, dass man nicht immer nur auf die acht Millionen Österreicher schaut, sondern eben auch auf die Menschen, die in der Struktur sind. [...]“ (E2)*

Einen spannenden Lösungsansatz zur Unterstützung bei der digitalen Dokumentation bringt Interviewpartner\*in 3 ein. Die Nutzer\*innen sollen beim **Entwicklungsprozess** von Softwarelösungen für die jeweilige Einrichtung durchgehend miteinbezogen werden. Nicht nur, um eigene Meinungen und Ideen einzubringen, sondern auch um gemeinsam mit allen Beteiligten praxistaugliche Systeme zu entwickeln, die auf die jeweilige Gesundheitseinrichtung abgestimmt sind. Demnach spielt auch die **Partizipation** in diesem Bereich eine zentrale Rolle.

*„Die richtige digitale Lösung. Das ist meine absolute Empfehlung. [...] Ich glaube schon, dass es enorm wichtig, Lösungen zu bringen, die vorher nicht nur wissenschaftlich beleuchtet werden, sondern gemeinsam mit den Benutzern entwickelt werden. Benutzer und Benutzerinnen können das wichtigste Feedback geben und so entwickeln wir auch unsere Lösungen. [...]“ (E3)*

Aus der Praxis wird von der Wahrnehmung berichtet, dass es den Anschein hat, dass die Dokumentation sozusagen „**nicht vorhanden**“ ist. Das heißt, dass den Nutzer\*innen beispielweise nicht bewusst ist, was die Vorteile und Aufgaben der Dokumentation sind.

*„Also ich glaube, dass sie nicht vorhanden ist. Dass der Einzelne zu wenig sieht, wozu oder warum er es macht. Das ist glaube ich nach wie vor das, was das Wichtigste wäre. [...] Man müsste die Leute vor den Spiegel nehmen und sagen: Schaut euch an, was wirklich Dokumentationsaufwand ist, und schaut euch an, wie viel Zeit ihr eigentlich reduzieren könnt, wenn ihr das vernünftig einsetzt.“*  
(E4)

Weiters merkt Expert\*in 5 an, dass es nicht um das Setzen einer Maßnahme geht, sondern um das **Zusammenspiel** vieler verschiedener Maßnahmen, die zur Lösung der Probleme im Bereich der Dokumentationstätigkeit führen können.

*„Ich glaube, man kann es nicht an einer Maßnahme festmachen. Sondern es ist ein Zusammenwirken verschiedener Maßnahmen. Wie eben eine Verbesserung im Bereich Kompatibilität von IT-Systemen. In der Prozessbeschleunigung von digitalen Abläufen, in der Unterstützung durch Unterstützungskräfte – Dokumentationsassistenten, Stationsassistenten, die den ganzen Tag nichts anderes tun, als genau das zu bedienen. [...]“* (E5)

Expert\*in 5 sieht vor allem auch einen guten Ansatz bei der **Ausbildung**, sei es bei jener des Medizinstudiums oder des Studiums für Gesundheits- und Krankenpflege. Dabei es ist notwendig, dass die digitalen Kompetenzen während der Ausbildung gelehrt und gefördert werden, um diese in der Praxis auch richtig anwenden zu können.

*„[...] Ich glaube, es ist ein Zusammenspielen vieler Faktoren und da gehört für mich auch dazu, in der Ausbildung schon die digitale Kompetenz zu fördern und die Studierenden oder die Schüler und Schülerinnen entsprechend vorzubereiten. Das gibt es nicht eine Maßnahme, wo ich sagen könnte, die würde auf einen Schlag alle Probleme lösen.“* (E5)

In dieser Kategorie nennt Expert\*in 6 zwei wesentliche Aspekte, die einen guten Lösungsansatz darstellen. Neben der **Verringerung** der Dokumentation auf das Wesentliche, soll der Fokus auch auf bestimmte Berufsgruppen außerhalb von der Medizin und Pflege gelegt werden.

*„Wir haben es schon mehrfach angesprochen. Reduktion auf das Wesentliche und da muss man gewisse Berufsgruppen einbremsen, die sich einbremsen lassen. [...]“ (E6)*

Abschließend bringt Expert\*in 7 relevante Verbesserungsvorschläge und damit einhergehend auch Lösungsansätze auf den Punkt.

*„Im Endeffekt ist es die enge Zusammenarbeit mit den IKT-Firmen. Dass man da Verbesserungen heranzuführt. Das Zweite ist, dass man sich wirklich die Prozesse ansieht, evaluiert, Anpassungen trifft, um die Dokumentation zu reduzieren. Weil gewisse Standards sind uns vorgegeben, die müssen wir einhalten. Und desto besser die Prozesse laufen und Doppelgleisigkeiten unterbunden werden, Merkblätter entwickelt werden etc. Da ist schon die Möglichkeit dahinter, in der Eigenverantwortung etwas zu tun.“ (E7)*

## **7 DISKUSSION UND AUSBLICK**

Im folgenden abschließenden Kapitel erfolgt die Zusammenfassung zentraler Inhalte der wissenschaftlichen und praktischen Ergebnisse sowie Erkenntnisse der vorliegenden Masterarbeit. Anschließend werden die zugrundeliegenden Forschungsfragen beantwortet. Zu guter Letzt bilden eine kritische Reflexion und Diskussion sowie ein Ausblick in zukünftige Forschungsmöglichkeiten den Abschluss der Arbeit.

### **7.1 Zusammenfassung der Erkenntnisse**

Zu Beginn erfolgte in der vorliegenden Arbeit das Definieren und Abgrenzen der wichtigsten Begrifflichkeiten wie Organisation, Dokumentation, Gesundheitseinrichtungen und Gesundheitsberufe, um einen Beitrag zu einem besseren Verständnis zu leisten. Dabei ist zu erwähnen, dass zahlreiche Berufsgruppen im Gesundheitswesen eingesetzt werden, die im Rahmen dieser Arbeit abgegrenzt werden mussten. Als zentrale Berufsgruppen wurden Ärzt\*innen und Pflegekräfte herangezogen, medizinische Assistenzberufe gehören nicht in den Mittelpunkt der Betrachtung.

Die medizinische und pflegerische Dokumentation nimmt eine zentrale Rolle in der Arbeitstätigkeit von Gesundheitsberufen ein. Die Ärzt\*innen und Pflegekräfte, haben, tagein und tagaus, eine Vielzahl an Dokumentationen durchzuführen. Neben den Gesetzesvorgaben, die verpflichtend einzuhalten sind, liegen auch Vorschriften der Dienstgeber\*innen vor, die zusätzlich zu beachten sind. Die Dokumentation ist inhaltlich breit aufgestellt, und soll auch umfassend sowie detailliert erfolgen. Einerseits führt sie zu einem erhöhten Zeitaufwand, andererseits ist sie auch als Beweismaterial bei möglichen Gerichtsverfahren wichtig. Ergebnisse aus der Literatur zeigen, dass sie einen enormen Dokumentationsaufwand verursacht und dieser auch als belastend von den Beteiligten wahrgenommen wird. Der Einsatz von zusätzlichen Berufsgruppen, wie medizinischen Dokumentationsfachkräften oder Stationssekretär\*innen, wäre ein guter Lösungsansatz. Damit könnten administrative und organisatorische Aufgaben abgegeben beziehungsweise delegiert werden, sodass diese nicht mehr von den Ärzt\*innen und Pflegekräften getätigt werden

müssen. Diese können sich dann gezielter auf ihre tatsächlichen und wichtigeren Arbeiten fokussieren. Somit bringt die Dokumentationstätigkeit auch Herausforderungen mit sich, denen entgegengewirkt werden muss.

Der Ansatz digitaler Softwarelösungen, die bereits vermehrt zum Einsatz kommen, führt bei einer korrekten Anwendung auch zu einer Erleichterung. Verbesserungen in der Lesbarkeit, Schnelligkeit und dergleichen können damit erzielt werden. Dennoch bringt dieser Bereich, aus unterschiedlichen Gründen, Schwierigkeiten mit sich. Sei es aufgrund der mangelhaften Handhabung oder des ungenügenden Einsatzes an IT-Systemen in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen. Somit ist es hier notwendig, auch Schulungen für alle Mitarbeiter\*innen anzubieten, um einen einfacheren Umgang mit Dokumentationssystemen zu ermöglichen.

Nicht nur die Ergebnisse aus der Literatur, auch jene der qualitativen Erhebung, zeigen deutlich, dass es neben den Vorgaben zur Dokumentation ebenso eine positive Einstellung, Motivation und Akzeptanz gegenüber dieser braucht. Auch der Fokus auf das Wesentliche beim Dokumentieren wird besonders hervorgehoben. Des Weiteren ist ersichtlich, dass die vielen Herausforderungen nur dann überwunden werden können, wenn die Führungskräfte dies nicht nur akzeptieren, sondern auch unterstützen.

Alles in allem kann festgehalten werden, dass die medizinische und pflegerische Dokumentation einen wichtigen Stellenwert im Gesundheitsbereich einnimmt, dennoch von vielen als kritisch und komplex angesehen wird. Die empirische Erhebung dieser Masterarbeit zeigt jedoch, dass es bereits gute Ideen und Ansätze in der Praxis gibt, welche zu einer Dokumentationsentlastung und Attraktivierung der Dokumentationstätigkeit führen können. All diese Entwicklungen können durch den Einsatz von Technologien befördert werden. Dabei ist es vorrangig notwendig, dass sowohl ein gesellschaftlicher Konsens als auch der politische Willen zur Durchsetzung gegeben sind. Demzufolge können digitale Systeme nur dann als mächtige Tools angesehen werden, wenn sie zweckmäßig und gewollt angewendet werden.

## 7.2 Beantwortung der Forschungsfragen

Nachfolgend werden die im Rahmen der vorliegenden Masterarbeit formulierten Forschungsfragen basierend auf den Ergebnissen aus Theorie und Empirie beantwortet.

### ***Welche Herausforderungen und Barrieren bringt die Dokumentationstätigkeit für medizinisch-pflegerische Berufsgruppen im Arbeitsalltag mit sich?***

Die Forschung zeigt, dass es unterschiedliche Faktoren gibt, die die Dokumentationstätigkeit als herausfordernd kennzeichnen. Neben den unterschiedlichen Entwicklungen in den vergangenen Jahren – Covid-19-Pandemie, Personalfachkräftemangel, Krisen, Digitalisierung, Patient\*innenverhalten –, welche die Dokumentation in vielerlei Hinsicht verändert haben, hat auch der zeitliche Aufwand an Dokumentationstätigkeiten zugenommen. Einerseits sind es die gesetzlichen Vorgaben, welche stets eingehalten werden müssen, und andererseits auch zusätzliche Vorschriften vom Dienstgeber, die als belastend wahrgenommen werden. Verstärkt durch den Personalfachkräftemangel, der derzeit noch immer vorherrscht, und einer damit einhergehenden erhöhten Fluktuation, nimmt die umfangreiche Dokumentation einen Großteil der täglichen Arbeit des Personals ein.

Aus der Literatur geht hervor, dass eine weitere Herausforderung mit dem Erwerb digitaler Kompetenzen in der Ausbildung einhergeht. Die technologischen Entwicklungen nehmen stetig zu, wodurch auch der Fokus von entsprechenden Kompetenzen ins Zentrum rückt. Die digitalen Kompetenzen sollten in der heutigen Zeit ein integrativer Bestandteil im Studienplan der einzelnen Ausbildungen sein, wobei dies derzeit in der Praxis noch nicht der Fall ist. Die jüngere Generation ist zwar technikaffiner, dennoch verwenden auch ältere Generationen oder Personen auf dem zweiten Bildungsweg, digitale Dokumentationssysteme. Diese haben oftmals Schwierigkeiten bei der Anwendung und Handhabung, wodurch auf Altbewährtes, nämlich auf das Handschriftliche auf Papier, zurückgegriffen wird.

Weiters wird auch Kritik an den digitalen Softwaresystemen verübt. Die Durchdringung von Informations- und Kommunikationstechnologien gewinnt im Gesundheitsbereich zunehmend an Bedeutung. Jedoch ist zu erwähnen, dass der Austausch zwischen

dem Personal hinsichtlich des Erfassens von Leistungen in der Praxis des Öfteren mündlich und auf dem Papier abläuft. Auch der Einsatz unterschiedlicher Softwarelösungen in einzelnen Organisationseinheiten einer Einrichtung werden von einzelnen Anwender\*innen kritisch gesehen. Ebenso kommen manche verfügbaren IT-Systeme, die am Markt angeboten werden, selten zum Einsatz. Dies liegt an unterschiedlichen Gründen, sei es der erhöhte Aufwand an zeitlichen und personellen Ressourcen, oder auch die verstärkten finanziellen Kosten für kleinere Einrichtungen. Demzufolge werden manchmal nur Standardversionen vom Hersteller genutzt, welche über eine grundlegende Ausstattung verfügen und keine weiteren Features haben, die jedoch für den Pflegeprozess von Relevanz wären.

In Anbetracht der angeführten Ergebnisse zeigt sich, dass im Zuge der selektiven Literaturrecherche unterschiedliche Herausforderungen und Barrieren identifiziert werden konnten, die bei den Dokumentationstätigkeiten auftreten. Die drei Hauptprobleme sind in der nachfolgenden **Tabelle 7** abgebildet.

**Tabelle 7:** Herausforderungen und Barrieren bei der Dokumentation aus der Literaturrecherche,  
Quelle: Eigene Erstellung

1.	Zeitlicher Dokumentationsaufwand, der durch den derzeit vorherrschenden Personalfachkräftemangel und einer erhöhten Fluktuation verstärkt wird → unterschiedliche Vorgaben durch gesetzgebende und dienstgebende Instanzen.
2.	Erwerb digitaler Kompetenzen nur teilweise vorhanden – Generationenunterschiede bei EDV-Nutzung ersichtlich.
3.	Kritik an der Nutzung verfügbarer IT-Systeme → oftmals erfolgt Dokumentation noch auf Papier.

Die zusätzlichen zeitlichen Ressourcen, das teilweise Nichtvorhandensein digitaler Kompetenzen sowie die Kritik an den verfügbaren IT-Systemen werden als die drei wesentlichen Faktoren angeführt, die im Rahmen der Dokumentation zu Problemen führen.

**Wie kann die inhaltliche Gestaltung und operative Durchführung der  
medizinisch-pflegerischen Dokumentation in stationären  
Gesundheitseinrichtungen optimiert werden?**

In Anlehnung an diese Forschungsfrage ist zu erwähnen, dass die operative Durchführung derzeit noch einige Schwachstellen aufweist, die mit Herausforderungen und Schwierigkeiten einhergehen. Dennoch gibt es bereits gute Lösungsansätze, um die Dokumentation als beliebte Tätigkeit zu führen. Das Delegieren von zusätzlichen Aufgaben, die nicht dem Hauptaufgabenfeld von Ärzt\*innen und Pflegekräfte angehören, wäre hierbei besonders hilfreich. Das heißt, dass es dabei um organisatorische und administrative Tätigkeiten geht, die an andere Berufsgruppen abgegeben werden können. Ein Ansatz in diesem Bereich wäre der Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften oder auch Stationssekretär\*innen sowie Stationsassistent\*innen. Durch die Übernahme von verschiedenen Tätigkeiten wie Terminvereinbarungen, das Durchführen von Telefonaten und dergleichen, könnten diese zu einer Erleichterung bei der Dokumentation führen. In einigen Bereichen werden diese in Österreich bereits eingesetzt. Des Weiteren wäre es auch möglich, die diversen Dokumentationen der unterschiedlichen Berufsgruppen zusammenzuführen. Damit ist gemeint, dass beispielsweise alle Beteiligten ihre Leistungen in einem System, sozusagen einer gleichen Quelle, dokumentieren. Dies würde auch die Thematik der Doppel- und Dreifachdiagnosen, beispielweise im Aufnahmeprozess, in den Hintergrund rücken. **Tabelle 8** veranschaulicht überblicksartig drei mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung der Dokumentation.

**Tabelle 8:** Ansätze zur Optimierung der Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung

<b>1.</b>	Delegation von Aufgaben, die nicht dem Hauptaufgabenfeld von Medizin und Pflege zugeschrieben sind.
<b>2.</b>	Einsatz von medizinischen Dokumentaren, Stationssekretär*innen oder Stationsassistent*innen, deren Aufgabenbereich die administrativen und organisatorischen Tätigkeiten umfasst.
<b>3.</b>	Dokumentation unterschiedlicher Berufsgruppen in ein System zusammenführen → Vermeidung von Mehrfachdokumentationen.

Hinsichtlich der inhaltlichen Gestaltung wird deutlich, dass lediglich durch die Dokumentation von Auffälligkeiten und Besonderheiten beim Versorgungsprozess einiges an zeitlichen Ressourcen eingespart werden könnte. Heutzutage wird entweder zu viel oder zu wenig dokumentiert. Hauptaugenmerk müsste daraufgelegt werden, nur wichtige Ergebnisse zu dokumentieren. Dies würde einerseits zu einer Erleichterung im Versorgungsprozess führen, und andererseits die Ärzt\*innen und Pflegekräfte entlasten.

***Welche Maßnahmen unterstützen die Ärzte- und Pflegeberufe bei der Reduzierung des Dokumentationsaufwands und Ressourcenverbrauchs in einer stationären Gesundheitseinrichtung?***

Neben dem Einsatz medizinischer Dokumentare, welche direkt auf den Stationen tätig sind und all jene Tätigkeiten übernehmen, die derzeit von hochqualifizierten Pflegepersonal übernommen werden, würden noch weitere wichtige Maßnahmen bei der Dokumentation unterstützen.

Dabei spielt auch die Vernetzung eine wesentliche Rolle. Derzeit liegen vermehrt Kommunikationsprobleme in und auch zwischen den Einrichtungen vor, die zulasten der Dokumentation gehen. Der Ausbau von Informations- und Kommunikationstechnologien würde zu einer besseren Vernetzung und einem optimalen Wissenstransfer führen. Dabei ist auch der Bereich eHealth von zentraler Bedeutung.

Wie bereits erwähnt, sind die digitalen Kompetenzen in der heutigen Zeit unabdingbar. Um den Herausforderungen der Dokumentation entgegenzuwirken, wäre es vorteilhaft, eine Maßnahme im Bereich der Ausbildung zu setzen, sei es bei jener des Medizinstudiums oder des Studiums für Gesundheits- und Krankenpflege. Dabei ist es notwendig, dass die digitalen Kompetenzen in den Studienplan integriert und während der Ausbildung gelehrt und gefördert werden, um diese in der Praxis auch richtig anwenden zu können.

Neben der Verringerung der Dokumentation auf das Wesentliche, soll der Fokus auch auf bestimmte Berufsgruppen außerhalb von Medizin und Pflege gelegt werden. Diese können Aufgaben übernehmen und für eine Unterstützung beim Gesundheitspersonal sorgen.

Auch eine engere Zusammenarbeit mit den IKT-Firmen kann angestrebt werden, um in diesem Bereich Verbesserungen zu schaffen. Von relevanter Bedeutung ist auch, dass die Prozesse regelmäßig analysiert, evaluiert und bewertet werden, sodass Adaptierungen vorgenommen werden können, um die Dokumentation zu reduzieren. Umso besser die Prozesse laufen und Doppelgleisigkeiten unterbunden werden, umso unterstützender ist es auch für die Dokumentation.

Einen weiteren wichtigen Faktor stellt die Verbesserung der Usability bei der Softwarenutzung dar, die maßgeblich unterstützend eingreifen kann. Eine Zeiteinsparung bei der Dokumentationstätigkeit kann nur dann gewährleistet werden, wenn mehr Wert auf die Benutzerfreundlichkeit der digitalen Softwarelösungen gelegt wird. In diesem Bereich ist auch eine Maßnahme im Entwicklungsprozess von digitalen Softwarelösungen notwendig. Dabei sollen die Benutzer\*innen während des gesamten Vorgehens partizipieren. Einerseits um die eigenen Ideen, Vorstellungen und Meinungen kundzutun, andererseits um gemeinsam mit allen Beteiligten gut anwendbare Systeme für die Praxis zu entwickeln, die auf die Organisation der jeweiligen Einrichtung abgestimmt sind.

Wesentliches Augenmerk sollte auf die Wertigkeit und den Nutzen der Dokumentation gelegt werden. Viele verspüren wenig Motivation bei der Dokumentationstätigkeit, und sehen auch keine Vorteile für das Dokumentieren von Tätigkeiten und das Verwenden von Softwaresystemen. Hierbei muss aufgezeigt werden, welche Aufgaben die Dokumentation mit sich bringt und welchen Stellenwert diese im Versorgungsprozess einnimmt, um auch Klarheit bei allen zu schaffen sowie das Vertrauen für diese Tätigkeit zu gewinnen. Das bedeutet, aufzuzeigen, wie viel Zeit eingespart werden kann, wenn die Dokumentation korrekt und in gezieltem Maß eingesetzt wird.

Die vier wichtigsten Ansätze für die Praxis, die von den Expert\*innen am häufigsten genannt wurden, um den Dokumentationsaufwand und den Ressourcenverbrauch zu verringern, sind folgend aufgelistet (s. **Tabelle 9**).

**Tabelle 9:** Möglichkeiten zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes und des Ressourcenverbrauchs der Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung

1.	Einsatz von zusätzlichem Verwaltungspersonal wie medizinischen Dokumentationsfachkräften oder Stationssekretär*innen – großer Bedarf wird in der Praxis wahrgenommen.
2.	Verbesserung der Benutzerfreundlichkeit (Usability) bei Softwarelösungen sowie des Schnittstellenmanagements. Verstärkte Zusammenarbeit mit IKT-Firmen und Integration von digitaler Dokumentation in die Ausbildung.
3.	Schaffung von Motivation und Akzeptanz sowie Aufzeigen von Wertigkeiten und Nutzen der Dokumentationstätigkeit.
4.	Eine verbesserte Vernetzung sektorenübergreifend und innerhalb von Gesundheitseinrichtungen ermöglichen (eHealth).

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es bereits gute Lösungsansätze gibt, die für eine Dokumentationsentlastung beim Gesundheitspersonal, einer Verringerung des zeitlichen und personellen Ressourcenverbrauchs, sowie in weiterer Folge einer Entbürokratisierung sorgen können. Die Strategie basiert nicht nur auf einer Maßnahme, sondern auf dem Zusammenspiel vieler verschiedener Maßnahmen, welche zur Lösung der Probleme im Bereich der Dokumentationstätigkeit führen können. Dennoch lautet das wichtigste Credo, dass alle an einem Strang ziehen müssen, um nachhaltig für eine positive Veränderung zu sorgen.

***Wie lässt sich die Dokumentationsentlastung in ausgewählten stationären Einrichtungen implementieren und bewerten?***

Vorrangig ist es besonders wichtig, alle Gesundheitseinrichtungen mit digitalen Softwarelösungen vertraut zu machen. Die Etablierung von Systemen kann durch regelmäßige Schulungen und einer breiten Akzeptanz bei den Nutzer\*innen erfolgreich sein. Es muss vor allem ein verstärktes Bewusstsein für die Dokumentation und deren Vorteile geschaffen werden.

Die drei wichtigsten Aspekte als Beitrag zur Entlastung bei der Dokumentation im Überblick (s. **Tabelle 10**).

**Tabelle 10:** Ansätze zur Entlastung bei der Dokumentationstätigkeit aus der qualitativen Erhebung,  
Quelle: Eigene Erstellung

1.	Regelmäßige Schulungen für Mitarbeiter*innen anbieten. Für eine bessere Annahme könnten die Schulungen beispielweise an freien, aber dennoch bezahlten Tagen angeboten werden.
2.	Partizipation ALLER Beteiligten während des gesamten Prozesses bei der Entwicklung von Softwarelösungen. Vor allem die Einbindung der Pflegekräfte ist sehr zentral, da diese zu 99 % die ausführende Instanz sind.
3.	Etablierung von Systemen mit einfacher Bedienung und Basic-Anwendungen. Dabei stellt sich die Frage, ob unterschiedliche Dokumentationssoftwaresysteme zum Einsatz kommen sollen, oder ob ein einheitliches System in der gesamten Einrichtung verwendet werden soll. Die Meinungen der Expert*innen sind hierbei unterschiedlicher Natur.

Des Weiteren kann der Einsatz neuer Berufsgruppen für eine Entlastung bei der Dokumentation sorgen. In dieser Hinsicht wäre es auch bedeutend, gesetzliche Änderungen zu vollziehen, und vorzuschreiben, dass Dokumentationsaufgaben, die nicht in den Versorgungs- und Pflegeprozess fallen, an andere Mitarbeiter\*innen abgegeben werden dürfen. Gesetzesänderungen durchlaufen zwar einen langen Prozess, bis ein neues Gesetz oder Überarbeitungen in Kraft treten. Dennoch darf dies kein Problem darstellen. Die Entbürokratisierung der Dokumentation liegt auch im Aufgabenbereich der Gesetzgebung sowie der unterschiedlichen Kontrollinstanzen und Behörden. In Deutschland gibt es beispielsweise das Krankenhauszukunftsgesetz, wodurch Krankenhäuser zur Umstellung auf das Digitale verpflichtet sind. Dies wäre auch in Österreich bedeutend, da es noch einige Gesundheitseinrichtungen gibt, die keine digitale Dokumentation in Verwendung haben. Nachfolgend wird der Handlungsbedarf für gesetzgebende und dienstgebende Instanzen sowie für Mitarbeiter\*innen aufgezeigt (s. **Tabelle 11**).

**Tabelle 11:** Handlungsbedarf bei den Vorschriften zur Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung

1.	<u>Gesetzgebung:</u> Ergänzung von konkreten Vorgaben zur digitalen Dokumentation. In Anlehnung an das Beispiel aus Deutschland, wo das Krankenhauszukunftsgesetz etabliert wurde.
2.	<u>Gesetzgebung und Dienstgebung:</u> Überarbeitung der gesetzlich verpflichtend zu dokumentierenden Tätigkeiten und Reduktion dieser in manchen Bereichen.
3.	<u>Mitarbeiter*innen:</u> Korrekte Anwendung der Dokumentation auf das Wesentliche!

Auch die optimale Gestaltung von Prozessen in den Einrichtungen soll zur Entlastung des Gesundheitspersonals bei der täglichen Arbeitstätigkeit beitragen. Die Dokumentationstätigkeit und die Verankerung von Entlastungsmöglichkeiten sind durch die zahlreichen Veränderungen ein weiteres Handlungsfeld der Gegenwart und der Zukunft.

### 7.3 Diskussion der Ergebnisse

Der zeitliche Aufwand und oftmals auch die ungeliebte Tätigkeit der Dokumentation, sind keine neuen Erkenntnisse. Dennoch haben die sich verändernden Arbeitsbedingungen in den letzten Jahren, sei es durch die Covid-19-Pandemie, die Digitalisierung oder auch den Personalfachkräftemangel, gezeigt, wie ausbaufähig einige Bereiche der Dokumentation sind.

Zukünftig wird die Vielfalt an digitalen Softwarelösungen zunehmen und Schwierigkeiten in der Handhabung werden verstärkt hervortreten, wodurch regelmäßige Schulungen bedeutender werden. Dabei werden nur jene Systeme Bestand haben, die die Anwender\*innen bei der Entwicklung der Softwarelösungen miteinbeziehen. Denn die Anforderungen der Zukunft werden gut bedienbare Dokumentationssysteme für alle Berufsgruppen und Generationen verlangen.

Die Chancen der Dokumentationstätigkeiten liegen nicht nur in der Digitalisierung, sondern auch bei der Gesetzgebung. Gesetzliche Änderungen an unterschiedlichen Punkten könnten dem zunehmenden zeitlichen Aufwand entgegenwirken. Es zeigt sich nämlich, dass bereits durch das Ergänzen eines Satzes, welcher beispielweise

vorgibt, dass die Dokumentation digital zu erfolgen hat, ein richtungsweisender Schritt gesetzt werden kann.

Ist ein gut ausgebautes Dokumentationssoftwaresystem vorhanden, das von allen Beteiligten unterstützt sowie umfassend angewendet wird, besteht eine gute Möglichkeit, darauf aufzubauen, um den kommenden Herausforderungen positiv entgegenzublicken und diese bestmöglich zu bewältigen.

## **7.4 Kritische Reflexion und Limitation**

Innerhalb dieses Kapitels werden die Ergebnisse der vorliegenden Masterarbeit kritisch reflektiert sowie auf mögliche Limitationen hingewiesen.

Aufgrund der Neuartigkeit des zugrundeliegenden Themas und der Beibehaltung des qualitativen Forschungsansatzes, wurde keine systematische, sondern eine selektive Literaturrecherche durchgeführt. Demnach ist zu erwähnen, dass kein Anspruch auf eine vollständige Erhebung der Ergebnisse möglich ist. Denn der Forschungsgegenstand bearbeitet ein hoch aktuelles Thema, wodurch laufend neue Erkenntnisse an Gültigkeit gewinnen.

Als Forschungsansatz wurde, wie bereits erwähnt, ein qualitatives Design gewählt. Die Entscheidung ist auf den Einsatz dieses Verfahrens gefallen, da es zur Generierung von Informationen bei noch wenig erforschten Themengebieten besonders hilfreich ist. Im Rahmen dessen wurden sieben leitfadengestützte, teilstrukturierte Expert\*inneninterviews durchgeführt, um Erfahrungen und Wahrnehmungen aus der Praxis zur Dokumentationstätigkeit zu sammeln. Vorteilhaft war es dabei, dass neben der Erhebung von Praxiserfahrungen auch eine kritische Reflexion vonstattengehen sollte. Dabei ist jedoch zu beachten, dass keine repräsentative Stichprobe vorliegt, da die Anzahl der interviewten Personen relativ gering ist.

Bei der Durchführung der Interviews wurden zudem nur einzelne Personen aus Gesundheitseinrichtungen zu Thema der Dokumentation befragt. Hierbei wäre es auch wesentlich, dass der Fokus auf ein bis zwei Einrichtungen gelegt wird, um auch tiefere Erkenntnisse von mehreren Führungskräften und Mitarbeiter\*innen zu gewinnen. Weiters wäre es zur Untermauerung der gewonnenen Erkenntnisse auch hilfreich, in einem weiteren Schritt vermehrt die Mitarbeiter\*innen, die direkt in der

Pflege und Medizin tätig sind, zu befragen. Denn im Rahmen dieser Arbeit wurden vorwiegend Führungskräfte befragt, und nicht nur jene, die die Dokumentation im Behandlungs- und Betreuungsprozess in ihrer derzeitigen Tätigkeit ausführen.

In der vorliegenden Masterarbeit wäre es ebenfalls von Vorteil gewesen, die einzelnen Kapiteln näher zu erforschen und detaillierter zu beleuchten. Dabei ist zu erwähnen, dass viele Bereiche nur angeschnitten wurden, da es aufgrund zeitlicher und formaler Vorgaben nicht möglich war, tiefer in unterschiedliche Materien einzutauchen, wodurch auch der Fokus der Forschungsfragen vernachlässigt worden wäre. Auch hinsichtlich der Lösungswege und Strategien, um die Dokumentationstätigkeit zu verändern und für eine Entlastung beim Personal zu sorgen, wurden mögliche Ansätze nur kurz aufgezeigt.

## **7.5 Schlussfolgerungen und Ausblick**

Die medizinische und pflegerische Dokumentation, unter Einbeziehung digitaler Softwarelösungen, rückt in den Fokus der gesundheitswissenschaftlichen Forschung. In der derzeitigen und auch zukünftigen Arbeitswelt braucht es im Gesundheitsbereich demnach wesentliche Akteur\*innen, die die Wichtigkeit sowie die Vorteile der Dokumentation aufzeigen, um die Dokumentationstätigkeit für alle Beteiligten zu attraktiveren. Umfassendes Know-how, Bewusstseinsbildung sowie gute Vernetzung zwischen den Berufsgruppen in den Gesundheitseinrichtungen gehen mit einer attraktiven, digitalen Dokumentation einher.

Die Forschungsergebnisse zeigen, dass die Dokumentation einen zentralen Stellenwert in der Arbeitstätigkeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften einnimmt, und diese somit als entscheidend für den Versorgungs- und Betreuungsprozess angesehen wird. Dennoch ist zu erwähnen, dass die Dokumentation nicht nur die zeitlichen Ressourcen der Mitarbeiter\*innen in Anspruch nimmt, sondern auch die personellen und finanziellen Ressourcen der Einrichtungen beeinflusst. Demzufolge wird in diesem Bereich ein großer Handlungsbedarf gesehen – beispielsweise bei den gesetzlichen Anforderungen. Im Zuge der stärker werdenden Digitalisierung der Gesellschaft wird die Informationsverarbeitung in der Medizin und Pflege zukünftig eine wichtige Rolle einnehmen. Die zentrale Vision besteht darin, durch einen

gezielten Einsatz gut integrierter sowie benutzerfreundlicher, digitaler Tools (z.B. „Künstliche Intelligenz“) eine weitgehende Informationslogistik abteilungs- und institutionsübergreifend zu erreichen. Vor diesem Hintergrund, auch bedingt durch die zahlreichen Veränderungen der Digitalisierung, darf die Dokumentationstätigkeit nicht außer Acht gelassen werden.

---

## 8 VERZEICHNISSE

### 8.1 Literaturverzeichnis

#### 8.1.1 Literaturquellen

Ammenwerth, E., Eichstädter, R. & Schrader, U. (Hrsg.). (2003). *EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfadens für Praktiker*. Hannover: Schlütersche Verlag.

Arbeiterkammer Niederösterreich. (2018). *Das Recht der gehobenen medizinisch-technischen Dienste: Mit wichtigsten Informationen zu Rechtsangelegenheiten*. (AK, Hrsg.). Linz. Verfügbar unter: [Recht MTD.pdf \(arbeiterkammer.at\)](#) [05.05.2023].

Arbeiterkammer Oberösterreich. (2022). *Personal in Alten- und Pflegeheimen am Limit: Daten, Lösungsansätze und Forderungen an die Politik*. (AK, Hrsg.). Linz. Verfügbar unter: [Microsoft Word - PKU 2022-02-14 Personal in Alten und Pflegeheimen \(arbeiterkammer.at\)](#) [18.02.2023].

Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg.). (2022). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Springer Verlag.

Berger-Grabner, D. (2016). *Wissenschaftliches Arbeiten in den Wirtschafts- und Sozialwissenschaften* (3. Auflage). Wiesbaden: Springer Gabler Verlag.

Blair, W. & Smith, B. (2012). Nursing documentation: Frameworks and barriers. *Contemporary Nurse*, 41 (2), 160-168. DOI: [10.5172/conu.2012.41.2.160](#)

Blum, K. & Müller, U. (2003). *Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser: Bestandaufnahme und Verbesserungsvorschläge*. (Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft, Hrsg.). Düsseldorf. Verfügbar unter: [https://silo.tips/downloadFile/dokumentationsaufwand-im-rztlichen-dienst-der-krankenhuser](#) [24.11.2022].

Bräutigam, C., Enste, P., Evans, M., Hilbert, J., Merkel, S. & Öz, F. (2017). *Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit?* (Hans Böckler Stiftung, Hrsg.). Düsseldorf. Verfügbar unter: [https://www.boeckler.de/fpdf/HBS-006759/p\\_study\\_hbs\\_364.pdf](#) [28.03.2023].

Bundesärztekammer Deutschland. (2011). *(Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte - MBO-Ä 1997 - in der Fassung der Beschlüsse des 114. Deutschen Ärztetages 2011 in Kiel.* (BÄK, Hrsg.). Kiel. Verfügbar unter: [\(Muster-\) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte \(bundesaerztekammer.de\)](https://www.bundesaerztekammer.de) [15.03.2023].

Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz. (2019). *Das österreichische Gesundheitssystem Zahlen – Daten – Fakten.* (BMSGK, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <https://broschuerenservice.sozialministerium.at/Home/Download?publicationId=636> [12.01.2023].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2020). *Gesundheitsberufe in Österreich.* (BMSGPK, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96\\_2020\\_pdf.pdf](https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:e8c34dd6-725e-465a-a213-b4f1ba9b2b64/Gesundheitsberufe%20in%20%C3%96_2020_pdf.pdf) [12.01.2023].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *Handbuch zur Dokumentation – Organisation & Datenverwaltung.* (BMSGPK, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:2f2bfd5-98f0-4374-8572-309b05aea3b3/HANDBUCH%20ORGANISATION%20UND%20DATENVERWALTUNG%202021.pdf> [08.05.2023].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. (2023). *LKF-Modell 2023 für den stationären Bereich.* (BMSGPK, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: <https://www.sozialministerium.at/dam/jcr:887495e7-6718-463f-8224-68eedbc8efef/LKF-MODELL%202023.pdf> [23.05.2023].

Cerner Health Services. (2021). *i.s.h.med – die klinische Welt von Cerner in SAP.* (Cerner, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: <https://www.cerner.com/de/-/media/cerner-media-germany/pdf-downloads/brochure-ishmed---die-klinische-welt-in-sap-for-healthcare-de-%281%29.pdf> [05.05.2023].

DFC-SYSTEMS GmbH. (2020). *Die Herausforderungen bei der Digitalisierung der klinischen Dokumentationsprozesse: Eine Meinungsumfrage unter Experten und*

- Entscheidern im Krankenhaus.* (DFC-Systems, Hrsg.). Verfügbar unter: [whitepaper\\_herausforderungen\\_digitalisierung.pdf \(dfcsystems.de\)](#) [09.05.2023].
- Döbele, M. & Becker, U. (2016). Pflegedokumentation. In M. Döbele & U. Becker (Hrsg.), *Ambulante Pflege von A bis Z* (S. 248-255). (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Döbele, M. & Becker, U. (Hrsg.). (2016). *Ambulante Pflege von A bis Z*. (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2013). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (5. Auflage). Marburg: Eigenverlag.
- Edirippulige, S., Brooks, P., Carati, C., Wade, V. A., Smith, A.C., Wichramasinghe, S. & Armfield, N. R. (2018). It's important, but not important enough: eHealth as a curriculum priority in medical education in Australia. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 24 (10), 697-702. DOI: <https://doi.org/10.1177/1357633x18793282>
- Fachhochschule Burgenland GmbH. (Hrsg.). (2022). *Bachelor Gesundheits- und Krankenpflege.* (FH, Hrsg.). Eisenstadt/Pinkafeld. Verfügbar unter: [Einzelfolder\\_BGUK.pdf \(fh-burgenland.at\)](#) [11.03.2023].
- Foadi, N., Koop, C. & Behrends, M. (2020). Welche digitalen Kompetenzen braucht der Arzt? *Deutsches Ärzteblatt*, 11 (12), 596-600.
- Fonds Gesundes Österreich. (2013). *Aufbereitung von Evidenz zu Gesundheitsförderung.* (FGÖ, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [2013-06-12.pdf \(fgoe.org\)](#) [17.02.2023].
- Gesundheit Österreich GmbH. (2017). *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017.* (GÖG, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017.pdf \(goeg.at\)](#) [18.02.2023].
- Gollner, E., Schnabel, F. & Szabo, B. (2015). Medizinische Dokumentationsfachkraft: ein neues Berufsbild im Krankenhaus. In U. Maurer (Hrsg.), *Health professionals auf neuen Wegen: Perspektivenwechsel, Neuausrichtungen und*

- Kompetenzerweiterungen in den Gesundheitsberufen* (S. 41-51). Wien: Leykam Verlag.
- Güttler, K., Schoska, M. & Görres, S. (Hrsg.). (2010). *Pflegedokumentation mit IT-Systemen: Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Helfferrich, C. (2022). Leitfaden- und Experteninterviews. In N. Baur & J. Blasius (Hrsg.), *Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 875-892). Wiesbaden: Springer Verlag.
- HIMSS Europe. (Hrsg.). (2015). *Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus: Die wahre Belastung durch Dokumentation an deutschen Akutkrankenhäusern wird unterschätzt*. (HIMSS, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: [HIMSS NuanceHealthcare Zeitdiebe im Krankenhaus v3web 19032015](https://www.dragon-speaking.de/HIMSS_NuanceHealthcare_Zeitdiebe_im_Krankenhaus_v3web_19032015) ([dragon-speaking.de](https://www.dragon-speaking.de)) [24.11.2022].
- Hofstetter, S., Lehmann, L., Zilezinski, M., Steindorff, J.-V., Jahn, P. & Paulicke, D. (2022). Vermittlung digitaler Kompetenzen in der Pflegeausbildung – eine Vergleichsanalyse der Rahmenpläne von Bund und Ländern. *Bundesgesundheitsblatt*, 65, 891-899. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-022-03575-2>
- Hübner, U., Esdar, M., Hüasers, J., Liebe J.-D., Naumann, L., Thye, J. & Weiß, J. P. (2020). *IT-Report Gesundheitswesen: Wie reif ist die Gesundheits-IT aus Anwenderperspektive*. (Hochschule Osnabrück, Hrsg.). Osnabrück. Verfügbar unter: [IT-Report Gesundheitswesen 2020 final.pdf](https://www.hs-osnabrueck.de/IT-Report_Gesundheitswesen_2020_final.pdf) ([hs-osnabrueck.de](https://www.hs-osnabrueck.de)) [01.04.2023].
- Initiative Neue Qualität der Arbeit. (2022). *Sprint Doku: Umsetzungsleitfaden für eine sprachgebundene Pflegedokumentation in der pflegerischen Langzeitversorgung*. (Konsortium Sprint-Doku, Hrsg.). Essen. Verfügbar unter: [Umsetzungsleitfaden SprintDoku.pdf](https://www.sprint-doku.de/Umsetzungsleitfaden_SprintDoku.pdf) ([sprint-doku.de](https://www.sprint-doku.de)) [04.04.2023].
- Lamnek, S. & Krell, C. (2016). *Qualitative Sozialforschung* (6. überarbeitete Auflage). Weinheim, Basel: Beltz.

- Leiner, F., Gaus, W., Haux, R., Knaup-Gregori, P., Pfeiffer K-P. & Wagner, J. (2012). *Medizinische Dokumentation – Lehrbuch und Leitfaden: Grundlagen einer qualitätsgesicherten integrierten Krankenversorgung* (6. Auflage). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Linczak, G., Tempka, A. & Haas, N. (2003). Entlastung der knappen Ressource Arzt. *Deutsches Ärzteblatt*, 100 (40). 2563-2566.
- Linczak, G., Tempka, A. & Haas, N. (2003). Delegation von Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben im stationären Alltag. *Unfallchirurg*, 106 (9). 785-788. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00113-003-0674-x>
- Lobnig, H. & Grossmann, R. (2013). Organisationsentwicklung im Krankenhaus – Grundlagen und Interventionskonzepte. In H. Lobnig & R. Grossmann (Hrsg.), *Organisationsentwicklung im Krankenhaus* (S. 7-14). Berlin: MWV Verlag.
- Lobnig H., & Grossmann, R. (Hrsg.). (2013). *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. Berlin: MWV Verlag.
- Lutze, M., Trauzettel, F., Busch-Heizmann, A. & Bovenschulte, M. (2021). *Potenziale einer Pflege 4.0: Wie innovative Technologien Entlastung schaffen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege verändern*. (Bertelsmann Stiftung, Hrsg.). Gütersloh. Verfügbar unter: [Pflege 4.0 final.pdf \(bertelsmann-stiftung.de\)](#) [20.03.2023].
- Maurer, U. (Hrsg.). (2015). *Health professionals auf neuen Wegen: Perspektivenwechsel, Neuausrichtungen und Kompetenzerweiterungen in den Gesundheitsberufen*. Wien: Leykam Verlag.
- Mayring, P. (2010). Qualitative Sozialforschung. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (6. Auflage). Basel: Beltz Verlag.
- Medizinische Universität Graz. (2022). *Curriculum: Diplomstudium Humanmedizin*. (Med Uni Graz, Hrsg.). Graz. Verfügbar unter:

[https://www.medunigraz.at/frontend/user\\_upload/themen-studium/curricula/curriculum-humanmedizin.pdf](https://www.medunigraz.at/frontend/user_upload/themen-studium/curricula/curriculum-humanmedizin.pdf) [11.03.2023].

Medizinische Universität Wien. (2023). *Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin*. (Med Uni Wien, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [2023\\_03\\_03\\_Formatierung\\_neu\\_konsolidierte\\_Fassung\\_Curriculum\\_Humanmedizin.pdf](https://www.meduniwien.ac.at/2023_03_03_Formatierung_neu_konsolidierte_Fassung_Curriculum_Humanmedizin.pdf) (meduniwien.ac.at) [11.03.2023].

Mey, G. & Mruck, K. (Hrsg.). (2010). *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Misoch, S. (2015). *Qualitative Interviews*. Berlin, München, Bosten: Walter de Gruyter GmbH.

Mykkänen, M., Miettinen, M. & Saranto, K. (2016). Standardized Nursing Documentation Supports Evidence-Based Nursing Management. *Nursing Informatics, 2016* (225). 466-467. DOI: 10.3233/978-1-61499-658-3-466

Naegler, H. & Garbsch, M. (2021). *Personalmanagement im Krankenhaus* (5. erweiterte und aktualisierte Auflage). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG.

Panka, C. (2017). *Pflegedokumentation entbürokratisiert: Reorganisation der Altenpflege mit dem Strukturmodell*. Bern: Hogrefe Verlag.

Ploier, M. (2010). Arzt und Recht: Ärztliche Dokumentationspflicht: Was ist zu beachten? *Journal für Hypertonie: Österreichische Zeitschrift für Hochdruckerkrankungen, 14* (4), 26-28.

Rappold, E. & Aistleithner, R. (2017). *Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017*. (Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, Hrsg.). Wien. Verfügbar unter: [Arbeitshilfe Pflegedokumentation 2017.pdf](https://www.goeg.at/Arbeitshilfe_Pflegedokumentation_2017.pdf) (goeg.at) [08.03.2023].

Raspe, M., Koch, P., Zilezinski, M., Schulte, K., Bitzinger, D., Gaiser, U., Hammerschmidt, A., Köhnlein, R., Puppe, J., Tress, F., Uden, T. & Nienhaus, A. (2020). Arbeitsbedingungen und Gesundheitszustand junger Ärzte und professionell Pflegender in deutschen Krankenhäusern. *Bundesgesundheitsblatt, 63*, 113-121. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00103-019-03057-y>

- Schrader, U. (2010). Pflegeterminologien. In K. Güttler, M. Schoska & S. Görres (Hrsg.), *Pflegedokumentation mit IT-Systemen: Eine Symbiose von Wissenschaft, Technik und Praxis* (S. 17-25). Bern: Hans Huber Verlag.
- Schrader, U., Ammenwerth, E. & Eichstädter, R. (2003). Einleitung. In E. Ammenwerth, R. Eichstädter & U. Schrader (Hrsg.), *EDV in der Pflegedokumentation: Ein Leitfaden für Praktiker* (S. 11-16). Hannover: Schlütersche Verlag.
- Seer, M. (2020). *Corona-Krise in der Gesundheitsbranche: Wie digitale Lösungen Pflegekräfte und Ärzte entlasten können*. (Gesundheit digitalisieren – mindsquare AG, Hrsg.). Bielefeld. Verfügbar unter: <https://gesundheit-digitalisieren.de/files/kalins-pdf/singles/post/wie-digitale-loesungen-aerzte-und-pfleger-entlasten-koennen.pdf> [01.04.2023].
- Sellemann, B. (2018). Pflegedokumentation heute: Dokumentieren, kommunizieren, analysieren. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, 70 (5), 13-14.
- Staflinger, H. (2019). *Personalbedarf und -einsatz in den öö. Krankenhäusern: Grundlagen – Herausforderungen – Entwicklungsbedarf*. (Arbeiterkammer Oberösterreich, Hrsg.). Linz. Verfügbar unter: [B\\_2019\\_Personalbedarf\\_und\\_einsatz\\_in\\_den\\_ooe\\_Krankenhaeusern.pdf](https://www.arbeiterkammer.at/B_2019_Personalbedarf_und_einsatz_in_den_ooe_Krankenhaeusern.pdf) ([arbeiterkammer.at](https://www.arbeiterkammer.at)) [17.02.2023].
- Sträßner, H. R. (2010). Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation: Sicher dokumentieren. *CNE.fortbildung*, 2010 (01), 2-8.
- Telieps, J., Peters, M., Falkenstern, M. & Saul, S. (2022). *Kompetenzen für die Digitalisierung in der pflegeberuflichen Bildung*. (Bundesinstitut für Berufsbildung, Hrsg.). Leverkusen. Verfügbar unter: <https://www.bibb.de/dienst/publikationen/de/download/18095> [05.04.2023].
- Thanner, M., Drack, G. & Hornung, R. (2015). Ärztlicher Dokumentationsaufwand für stationäre Patienten: Ausmaß und Hierarchieunterschiede am Beispiel einer Frauenklinik in der Schweiz. *Geburtshilfe und Frauenheilkunde*, 75 (12), 1-7. DOI: 10.1055/s-0035-1558273
- Weiß, T. (2015). Sinnvoll und notwendig: Die vereinfachte Pflegedokumentation. *Heilberufe/ Das Pflegemagazin*, 67 (5), 48-49.

Welzbacher, M. (2018). *Wunsch und Wirklichkeit – Wege der Digitalisierung – Ein Praxisbericht*. (Gesundheitskongresse, Hrsg.). Berlin. Verfügbar unter: [PowerPoint-Präsentation \(gesundheitskongresse.de\)](#) [05.05.2023].

Zulehner, C. (2022). *Personalbedarf und Personaleinsatz in Gesundheits- und Pflegeunternehmen: Maßstäbe für die Praxis* (2. Auflage). Wien: Austrian Standards plus GmbH.

### 8.1.2 Internetquellen

Austria Presse Agentur (APA). (2022). *Mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen: Sprachtechnologie ist ein essenzieller Teil davon*. Verfügbar unter: [Mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen: Sprachtechnologie ist ein essenzieller Teil davon. | Philips Speech, 19.12.2022 \(ots.at\)](#) [21.03.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022a). *Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern*. Verfügbar unter: [Krankenhauszukunftsgesetz \(KHZG\) - BMG \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [31.03.2023].

Bundesministerium für Gesundheit (BMG). (2022b). *Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG)*. Verfügbar unter: [Krankenhauspflegeentlastungsgesetz \(KHPfIEG\) \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [04.04.2023].

Bundesministerium für Gesundheit. (2023). *Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation: Informationen strukturiert sammeln - Pflege effizient planen und dokumentieren*. Verfügbar unter: [Entbürokratisierung der Pflege | Pflege effizient \(bundesgesundheitsministerium.de\)](#) [15.03.2023].

Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). (2022). *Dokumentation in Krankenhäusern*. Verfügbar unter: [Dokumentation in Krankenhäusern \(sozialministerium.at\)](#) [08.03.2023].

Connex Vivendi. (o.J.). *Vivendi NG Stationär: Klienten- und Einrichtungsmanagement*. Verfügbar unter: [Connex - Vivendi NG Stationär](#) [05.05.2023].

- Dedalus. (o.J.). *UNSERE LÖSUNGEN: Digitale Gesundheit und Vernetzung im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: [Unsere Lösungen – Dedalus DACH](#) [31.03.2023].
- DocCheck Flexikon. (2019). *Gesundheitseinrichtung*. Verfügbar unter: <https://flexikon.doccheck.com/de/Gesundheitseinrichtung> [12.01.2023].
- CompuGroup Medical (CGM). (o.J.). *P&D: Planungs- und Dokumentationssoftware*. Verfügbar unter: [Die digitale P&D Pflegedokumentation | CGM SOZIAL - cgm.com](#) [21.03.2023].
- Medanets-Digital Care and Human Touch. (o.J.). *Medanets App – Region Västra Götaland, Schweden*. Verfügbar unter: [Medanets App für den Krankenhausbezirk Västra Götaland | Medanets](#) [21.03.2023].
- Geriatrische Gesundheitszentren der Stadt Graz (GGZ). (2022). *Projekt „ilvi“ als „digitales Schmuckstück“ ausgezeichnet*. Verfügbar unter: [Projekt „ilvi“ als „digitales Schmuckstück“ ausgezeichnet / Presse / Aktuelles / Home - GGZ Graz](#) [17.03.2023].
- Haider, M. (2023). *Arbeitsrecht*. Verfügbar unter: [Arbeitsrecht - Handbuch für Gesundheitseinrichtungen OnlineBuch \(weka.at\)](#) [05.05.2023].
- Joanneum Research. (o.J.). *OPcheck: Innovative Prozessdigitalisierung im Operationssaal*. Verfügbar unter: [OPcheck \(joanneum.at\)](#) [27.03.2023].
- Myneva Group. (o.J.). *Software für alle Bereiche des Sozialwesens*. Verfügbar unter: [myneva.carecenter | myneva.at](#) [05.05.2023].
- ORF Steiermark. (2023). *Ex-Pflegerin will Pflegealltag verbessern*. Verfügbar unter: [Ex-Pflegerin will Pflegealltag verbessern - steiermark.ORF.at](#) [20.03.2023].
- ORF Tirol. (2023). *Attraktive Jobs und weniger Bürokratie*. Verfügbar unter: [„Attraktive Jobs und weniger Bürokratie“ - tirol.ORF.at](#) [13.02.2023].
- PRO PflegeManagement. (o.J.a). *Pflegedokumentation verbessern: Die wichtigsten Daten, die festgehalten werden müssen: Grundlagen, Aufbau, rechtliches und Praxistipps zur Verbesserung der Pflegedokumentation*. Verfügbar unter:

Pflegedokumentation verbessern: Die wichtigsten Daten, die festgehalten werden müssen (ppm-online.org) [14.03.2023].

PRO PflegeManagement. (o.J.b). *Pflegebericht und Berichtsblatt: So werden Pflegebericht und Berichtsblatt richtig geschrieben.* Verfügbar unter: Pflegedokumentation verbessern: Die wichtigsten Daten, die festgehalten werden müssen (ppm-online.org) [14.03.2023].

SanoCon (o.J.). *SanoCon – die optimale Pflegesoftware: Ihre Vorteile auf einen Blick.* Verfügbar unter: Sichere Pflege-Software - SanoCon [05.05.2023].

Speech Processing Solutions. (2022). *Gesundheitswesen in Österreich: Zu hohe Kosten für Dokumentation und Administration.* Verfügbar unter: Gesundheitswesen in Österreich: Zu hohe Kosten für Dokumentation und Administration - Blog (report.at) [20.03.2023].

Thieme Via Medici. (2016). *So schreibt man einen Arztbrief.* Verfügbar unter: <https://m.thieme.de/viamedici/klinik-medical-skills-praxisanleitungen-1551/a/so-schreibt-man-einen-arztbrief-31852.htm> [06.05.2023].

### **8.1.3 Gesetzestexte**

Bundesgesetzblatt Deutschland. (1990, 18. Dezember). *Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie: Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV.* Verfügbar unter: Bundesgesetzblatt BGBl. Online-Archiv 1949 - 2022 | Bundesanzeiger Verlag [19.03.2023].

Bundesgesetzblatt Deutschland. (2017, 17. Juli). *Gesetz zur Reform der Pflegeberufe: Pflegeberufereformgesetz – PflBRefG.* Verfügbar unter: Bundesgesetzblatt BGBl. Online-Archiv 1949 - 2022 | Bundesanzeiger Verlag [19.03.2023].

Oberster Gerichtshof / OGH. (1997, 28. August). *Urteil - 3 Ob 2121/96z.* Verfügbar unter: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_19970828\\_OGH0002\\_0030OB02121\\_96Z0000\\_000](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_19970828_OGH0002_0030OB02121_96Z0000_000) [23.03.2023].

Oberster Gerichtshof / OGH. (2004, 12. August). *Urteil - 1 Ob 139/04d.* Verfügbar unter:

[https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20040812\\_OGH0002\\_0010OB00139\\_04D0000\\_000](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20040812_OGH0002_0010OB00139_04D0000_000) [23.03.2023].

Oberster Gerichtshof / OGH. (2014, 17. Februar). *Urteil - 4 Ob 27/14w*. Verfügbar unter:

[https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT\\_20140217\\_OGH0002\\_0040OB00027\\_14W0000\\_000&Suchworte=RS0038270](https://www.ris.bka.gv.at/Dokument.wxe?Abfrage=Justiz&Dokumentnummer=JJT_20140217_OGH0002_0040OB00027_14W0000_000&Suchworte=RS0038270) [23.03.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1921, 2. Juni). *Angestelltengesetz*. Verfügbar unter: [RIS - Angestelltengesetz - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 23.05.2023 \(bka.gv.at\)](#) [20.05.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1948, 1. Juni). *Vertragsbedienstetengesetz*. Verfügbar unter: [RIS - Vertragsbedienstetengesetz 1948 § 34 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 10.10.2017 \(bka.gv.at\)](#) [20.05.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1957, 7. Jänner). *Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz. KAKuG*. Verfügbar unter: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1996\\_657\\_0/1996\\_657\\_0.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1996_657_0/1996_657_0.pdf) [12.01.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1996a, 2. November). *Medizinproduktegesetz MPG*. Verfügbar unter: [https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1996\\_657\\_0/1996\\_657\\_0.pdf](https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1996_657_0/1996_657_0.pdf) [12.01.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1996b, 27. Dezember). *Dokumentation im Gesundheitswesen*. Verfügbar unter: [RIS - Dokumentation im Gesundheitswesen - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 18.02.2023 \(bka.gv.at\)](#) [18.02.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1997, 19. August). *Gesundheits- und Krankenpflegegesetz GuKG*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10011026> [12.01.2023].

Österreichische Bundesregierung. (1998, 10. November). *Ärztegesetz ÄrzteG*. Verfügbar unter: [RIS - Ärztegesetz 1998 - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 12.03.2023 \(bka.gv.at\)](https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883) [12.03.2023].

Österreichische Bundesregierung. (2004, 30. Dezember). *Gesundheitsqualitätsgesetz – GQG*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883> [27.03.2023].

Österreichische Bundesregierung. (2012, 25. September). *Medizinische Assistenzberufe-Gesetz MABG*. Verfügbar unter: <https://www.ris.bka.gv.at/eli/bgbl/l/2012/89> [12.01.2023].

Österreichische Bundesregierung. (2017, 18. Januar). *Gesundheitsdokumentationsverordnung GD-VO*. Verfügbar unter: [RIS - Gesundheitsdokumentationsverordnung - Bundesrecht konsolidiert, Fassung vom 12.03.2023 \(bka.gv.at\)](https://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=20003883) [12.03.2023].

## 8.2 Abbildungsverzeichnis

<b>Abbildung 1:</b> Ursachen und Probleme bei der medizinischen und pflegerischen Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung .....	5
<b>Abbildung 2:</b> Prozess der Evidenzgenerierung, Quelle: Eigene Erstellung .....	7
<b>Abbildung 3:</b> Flussdiagramm zur Abbildung des Selektionsprozesses der Literatursuche, Quelle: Eigene Erstellung .....	12
<b>Abbildung 4:</b> Darstellung der Gesetzesvorgaben für die Dokumentation im Gesundheitswesen, Quelle: Eigene Erstellung.....	29
<b>Abbildung 5:</b> Gesetze der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Rappold & Aisleither (2017, S. 2) .....	31
<b>Abbildung 6:</b> Stufenbau der Rechtsordnung im Arbeitsrecht, Quelle: Haider (2023, www) .....	38
<b>Abbildung 7:</b> Schritte der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Panka (2017, S. 144).....	42
<b>Abbildung 8:</b> Datenerfassung im Rahmen der Pflegedokumentation, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an PRO PflegeManagement (o.J.a, www) .....	44

---

<b>Abbildung 9:</b> Inhalte eines Pflegeberichts, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an PRO PflegeManagement (o.J.b, www).....	45
<b>Abbildung 10:</b> Beispielhafte Darstellung eines Pflegeberichts, Quelle: SanoCon (o.J., www) .....	47
<b>Abbildung 11:</b> Beispielhafte Darstellung einer Bewohnerakte, Quelle: SanoCon (o.J., www) .....	47
<b>Abbildung 12:</b> Beispielhafte Darstellung der Medikationen, Quelle: SanoCon (o.J., www) .....	48
<b>Abbildung 13:</b> Beispielhafte Darstellung einer Bewohnerakte in "Vivendi", Quelle: Connex Vivendi (o.J., www) .....	48
<b>Abbildung 14:</b> Beispielhafte Darstellung des Belegungsmanagement in "Vivendi", Quelle: Connex Vivendi (o.J., www) .....	49
<b>Abbildung 15:</b> Typische medizinische Dokumentationsformen, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Leiner et al. (2012, S. 77-87) .....	50
<b>Abbildung 16:</b> Beispiel der Dokumentation einer elektronischen Fieberkurve in „Orbis“, Quelle: Welzbacher (2018, S. 14).....	54
<b>Abbildung 17:</b> Beispiel der Dokumentation einer elektronischen Fieberkurve in „SAP i.s.h.med“, Quelle: Cerner Health Services (2021, S. 8).....	55
<b>Abbildung 18:</b> Dokumentationsaufwand im Krankenhaus, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Blum & Müller (2003, S. 545).....	63
<b>Abbildung 19:</b> Klinische Dokumentationsfunktionen, deren eingeschätzte Verfügbarkeit und Nutzung, Quelle: Hübner et. al (2020, S. 200) .....	68
<b>Abbildung 20:</b> Zeitplan nach KHZG, Quelle: Bundesministerium für Gesundheit (2022a, www) .....	86
<b>Abbildung 21:</b> Vorgehensweise im Rahmen der Datenauswertung, Quelle: Eigene Erstellung .....	98
<b>Abbildung 22:</b> Prozess der Kategorienbildung, Quelle: Eigene Erstellung.....	99
<b>Abbildung 23:</b> Darstellung der Kategorien zur Ergebnisaufbereitung, Quelle: Eigene Erstellung .....	100

---

### 8.3 Tabellenverzeichnis

<b>Tabelle 1:</b> Suchbegriffe in deutscher und englischer Sprache, Quelle: Eigene Erstellung .....	10
<b>Tabelle 2:</b> Ein- und Ausschlusskriterien, Quelle: Eigene Erstellung.....	10
<b>Tabelle 3:</b> Minutenwerte und PPR 2.0 Übersicht, Quelle: Eigene Erstellung in Anlehnung an Zulehner (2022, S. 116) .....	26
<b>Tabelle 4:</b> Darstellung des Dokumentationsaufwandes in Prozentwerten und Stunden, Quelle: Eigene Erstellung .....	65
<b>Tabelle 5:</b> Themenbereiche des Interviewleitfadens, Quelle: Eigene Erstellung .....	92
<b>Tabelle 6:</b> Anonymisierte Auflistung der Interviewpartner*innen, Quelle: Eigene Darstellung .....	93
<b>Tabelle 7:</b> Herausforderungen und Barrieren bei der Dokumentation aus der Literaturrecherche, Quelle: Eigene Erstellung .....	126
<b>Tabelle 8:</b> Ansätze zur Optimierung der Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung .....	127
<b>Tabelle 9:</b> Möglichkeiten zur Reduktion des Dokumentationsaufwandes und des Ressourcenverbrauchs der Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung .....	130
<b>Tabelle 10:</b> Ansätze zur Entlastung bei der Dokumentationstätigkeit aus der qualitativen Erhebung, Quelle: Eigene Erstellung .....	131
<b>Tabelle 11:</b> Handlungsbedarf bei den Vorschriften zur Dokumentation, Quelle: Eigene Erstellung .....	132

# A ANHANG

## A.1 Musterbeispiel Arztbrief

**1**  
**Anschrift**

Der Arztbrief sollte an den unmittelbar weiterbehandelnden Arzt gerichtet sein. Das ist häufig der Hausarzt. Erfolgt die weitere Behandlung z. B. in einer Rehaklinik, ist der Brief an den dortigen Chefarzt zu richten. Nachrichtlich sollten außerdem der einweisende Arzt und ggf. weitere Ärzte, die in die Weiterbehandlung involviert sind oder die in der Vorbehandlung eine wichtige Rolle gespielt haben, benachrichtigt werden.

**2**  
**Patientendaten**

Dieser Punkt umfasst Name, Geburtsdatum, Anschrift und Aufenthaltsdauer des Patienten.

**3**  
**Diagnosen und Eingriffe**

Hier erstellst du eine Liste aller im Verlauf erhobenen Diagnosen. Zu Beginn steht die Hauptdiagnose, danach folgen in logischer Reihenfolge alle weiteren erhobenen Diagnosen. Symptome sind keine Diagnosen und sollten deshalb nur auftauchen, wenn keine Diagnose erhoben werden kann. Handelt es sich um Krankheitsbilder, zu denen es gängige Stadieneinteilungen gibt, müssen diese mit aufgeführt werden (z. B.: „COPD GOLD III“). Operative Eingriffe sollten bei chirurgischen Briefen in einem separaten Abschnitt unter den Diagnosen mit Datum angegeben werden.

**4**  
**Anamnese**

An dieser Stelle gibst du die Art, die Dauer und den Verlauf der vom Patienten beschriebenen Beschwerden wieder. Dabei kannst du die Worte des Patienten verwenden. Risikofaktoren oder Vorerkrankungen, die im Kontext zu den aktuellen Beschwerden stehen, können ebenfalls erwähnt werden.

**5**  
**Körperlicher Untersuchungsbefund**

Der je nach Fachgebiet erhobene körperliche Untersuchungsbefund sollte die Pathologica enthalten. Gesundes, das andersorts (z. B. im Aufnahmebogen) bereits dokumentiert wurde, sollte nicht erneut aufgelistet werden, sondern kann zusammengefasst werden (z. B. „Ohrröhre Rasselgeräusche über der rechten Lunge. Ansonsten unauffälliger körperlicher Untersuchungsbefund“).

**6**  
**Ergebnisse diagnostischer Maßnahmen**

In logischer Reihenfolge stellst du die Ergebnisse der durchgeführten Diagnostik vor. Dabei ist es sinnvoll, nach steigender Invasivität zu ordnen. Du beginnst z. B. mit dem EKG, dann Sonogramme, dann einfache Röntgendiagnostik, dann CT-Untersuchungen und so weiter. Auch hier reicht es aus, die Zusammenfassung der Befunde wiederzugeben, da die detaillierten Befunde neben den Pathologica auch jedes gesunde Detail beschreiben und die ganze Sache sonst unübersichtlich wird.

**7**  
**Epikrise**

Die Epikrise fasst den Patientenfall erklärend und beurteilend zusammen. Sie leitet von dem bei Aufnahme bestehenden Hauptsymptom über die daraus resultierenden Untersuchungen und deren Ergebnisse zur Diagnose und schließlich zur Therapie sowie gegebenenfalls zur Prognose. Zudem begründet sie, warum in dem speziellen Fall genau diese Diagnose getroffen und andere Differenzialdiagnosen ausgeschlossen wurden. Wichtig: Liste an dieser Stelle nicht nochmals detaillierte Untersuchungsergebnisse auf, sondern fasse diese sinnvoll zusammen! Eventuelle Besonderheiten des Falles musst du an dieser Stelle diskutieren und abwägend beurteilen. Dazu gehört auch, dass du den Einsatz neuer Therapieverfahren kurz erläuterst, sofern sie noch nicht als allgemein bekannt vorausgesetzt werden können.

**8**  
**Therapieempfehlungen**

Dieser Teil ist für den Empfänger besonders wichtig: Hier protokollierst du neben allgemeinen Therapieempfehlungen, wie etwa der Einhaltung einer Trinkmengenbeschränkung bei Herzinsuffizienz, eine vollständige Medikamentenliste. Diese muss genaue Angaben zu Dosis, Häufigkeit, Zeitpunkt und gegebenenfalls (z. B. bei Antibiotika) Zeitspanne der empfohlenen Einnahme enthalten. Änderungen in der hausärztlichen Medikation müssen, falls noch nicht in der Epikrise geschehen, hier begründet werden. Wichtig ist, dass die Empfehlungen auch als solche formuliert werden und nicht direktiv wirken.

Klinik für Innere Medizin  
Chefarzt  
Prof. Dr. med. Medicus

An  
Herrn Dr. med. Hans Hausarzt  
Hausarztstraße 1  
11111 Manddorf

Sehr geehrter Herr Kollege, Dr. med. Hausarzt,

Nachfolgend berichten wir über Frau Mona Morgenstern, geboren am 1.1.1920, wohnhaft in Morgenstern, Himmelstraße 11, die sich vom 1.1.2013 bis 10.1.2013 in unserer stationären Behandlung befindet.

**Diagnosen:**  
Lobipneumonie  
Atrialle Hypertonie  
Diabetes mellitus Typ 2  
Nikotinabusus 20 pack years

**Anamnese:**  
Die stationäre Aufnahme von Frau Morgenstern erfolgte bei thorakalen Schmerzen, die bereits seit 3 Tagen bestanden und sich bis heute weiter verschlechtert hatten. Dazu füllte sie sich vor allem bei körperlicher Anstrengung lufttätig. Ihr Vater habe mit 60 Jahren einen Herzinfarkt erlitten.

**Körperlicher Untersuchungsbefund:**  
Dyspnoe, Ödeme, Rasselgeräusche über der rechten Lunge. Sonst unauffälliger körperlicher Untersuchungsbefund.

**EKG:**  
Sinusrhythmus, 90/min. Links, keine Erregungsleitungsstörungen

**Labors:**  
Leukozytose 15 000/µl, CRP-Erhöhung mit 20 mg/dl, CK-MB und Troponin normalwert. Restliche Laborwerte unauffällig, siehe Anlage.

**Röntgen-Thorax:**  
1.1.: Rechtseitiges Unterlappeninfiltrat. Mit einer Lobipneumonie vereinbar.  
8.1.: Das vorbeschriebene Infiltrat zeigt sich fast komplett rückläufig.

**Epikrise:**  
Bei thorakalen Schmerzen und Belastungsdyspnoe konnte ein akutes Koronarsyndrom durch ein unauffälliges EKG und normale Herzenzyme ausgeschlossen werden. Ursache der Beschwerden war bei erhöhten Interleukinparametern, Rasselgeräuschen über der rechten Lunge und dazu passendem rechtseitigen Unterlappeninfiltrat im Röntgen-Thorax eine Lobipneumonie. Unter einer Therapie mit Cortikosteroiden (v. kam es nach zu einer Besserung der Beschwerden. Die Interleukinparameter zeigten sich rückläufig, sodass die Antibiose nach 10 Tagen beendet werden konnte. Der Zusammenhang zwischen dem chronischen Nikotinabusus und der Pneumonie wurde mit der Patientin besprochen. Es wurde zu einer dringenden Nikotinkarenz geraten.

**Therapieempfehlungen:**  
Keine Änderung der häuslichen Vorkomikation:  
Mallorin 80mg 1-0-1  
Ramipril 5mg 1-0-0  
Amikopin 5mg 1-0-0  
Diaprost 2,5mg 1-0-0

**Nikotinkarenz:**  
Mit freundlichen Grüßen

Diagnostik: Oberarzt      Chefarzt

## A.2 Vorlage Einverständniserklärung

### Einverständniserklärung zur Erhebung und Verarbeitung von Interviewdaten und -inhalten

**Titel der Masterarbeit:** Bedeutung und Durchführung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation in Österreichs Gesundheitswesen - Eine explorative Erhebung des Status quo und Möglichkeiten in stationären Gesundheitseinrichtungen

Interviewdatum: \_\_\_\_\_

Interviewpartner\*in: \_\_\_\_\_

Hiermit erkläre ich mich zur Teilnahme an einem Interview im Rahmen der Masterarbeit von Selina Osztovcics, Studentin des Masterstudienganges „Gesundheitsförderung und Personalmanagement“ an der Fachhochschule Burgenland bereit. Ich bin darüber informiert und einverstanden, dass das Interview aufgezeichnet wird, die Inhalte verschriftlicht und zum wissenschaftlichen Zweck der Masterarbeit verwendet werden. Alle Angaben zu meiner Person werden aus dem Text entfernt und anonymisiert ausgewertet.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Interviewpartner\*in

## A.3 Vorlage Interviewleitfaden

Interviewleitfaden	Selina Osztovcics, BA
<b>Titel:</b> Bedeutung und Durchführung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation in Österreichs Gesundheitswesen - eine explorative Erhebung des Status quo und Möglichkeiten in stationären Gesundheitseinrichtungen	

### 1. Allgemeines

- In welchem Bereich Ihres Unternehmens sind oder waren Sie tätig?
- Was sind oder waren dabei die Schwerpunkte Ihrer Tätigkeit?

### 2. Medizinische und pflegerische Dokumentationstätigkeit

- Hatten Sie in Ihrer Arbeit bereits Berührungspunkte mit der medizinischen und pflegerischen Dokumentation? Wenn ja, welcher Art waren diese Erfahrungen?
- Wie wirken sich die Entwicklungen der sich verändernden Arbeitswelt (Fachkräftemangel, Digitalisierung, Patient\*innen-Verhalten, Krisen etc.) auf die Dokumentationstätigkeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften aus?
- Mit welchen Herausforderungen und/oder Belastungsfaktoren im Rahmen der Dokumentationstätigkeit ist das Gesundheitspersonal nach konfrontiert? Wie erlebt dies das Gesundheitspersonal selbst – und was ist Ihre persönliche Einschätzung dazu?

### **3. Zeitaufwand**

Aus der Literatur geht hervor, dass die Dokumentationsstätigkeiten zu einem enormen zeitlichen Aufwand beim Gesundheitspersonal führen. Ein Artikel vom ORF.Steiermark (2023, [www](#)) sagt aus, dass ein Viertel der Pflegekräfte während ihrer Arbeit nur mit dem Dokumentieren und Erfassen von Leistungen und Maßnahmen beschäftigt sind. Wohingegen in einem Bericht der Austria Presse Agentur (2022, [www](#)) behauptet wird, dass die Dokumentationsstätigkeit bei Ärzt\*innen ein Drittel der täglichen Arbeitszeit einnimmt.

- Was ist Ihre Meinung dazu? Sind diese Angaben Ihrer Meinung nach realistisch?
- Wodurch sehen Sie diesen Zeitaufwand begründet (beispielsweise ungenügende IT-Lösungen, mangelhafte Handhabung, usw.)?
- Gibt es Ihrer Meinung nach in diesem Bereich einen Handlungsbedarf? Wenn ja, welchen?
- Sehen Sie diesen Dokumentationsaufwand auch ganz oder teilweise delegierbar?

### **4. Digitale Kompetenzen im Studienplan**

- eHealth umfasst die Bereiche Medizin & Pflege, Informationstechnologie und auch Gesundheitsmanagement – diese Disziplinen sind im Zeitalter der Digitalisierung im Gesundheitswesen unabdingbar. Haben Sie im Bereich eHealth bereits Erfahrungen gesammelt?
- Der Erwerb digitaler Kompetenzen gewinnt in der Ausbildung immer mehr an Bedeutung, denn die technischen Möglichkeiten und die pflegerische Versorgung verschmelzen zunehmend. Wie beurteilen Sie den Erwerb dieser Kompetenzen im Rahmen des Medizinstudiums und des Studiums der Gesundheits- und Krankenpflege?
- Wie hat sich das Dokumentationsverhalten der Berufseinsteiger Ihrer Meinung in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten verändert?

## 5. Digitale Softwarelösungen

Die Digitalisierung hat bereits viele Bereiche der Arbeitswelt des Gesundheitswesens durchdrungen. In Österreich ist eine sehr große und „bunte“ EDV-Landschaft vorzufinden.

- Haben Sie bereits Erfahrungen mit digitalen Dokumentationssystemen gemacht?
- Welche Softwarelösungen sind Ihnen im Gesundheitsbereich zur Dokumentations- und Informationserfassung bekannt, welche durch persönliche Anwendung?
- Wie bewerten Sie den Einsatz von digitalen Softwarelösungen zur Pflegedokumentation? Welche Vor- und Nachteile ergeben Sie Ihrer Meinung nach daraus?
- Wie sehen Sie die Verwendung unterschiedlicher Dokumentations-Softwaresysteme in einzelnen Organisationseinheiten von Gesundheitseinrichtungen?

Die Wissenschaft belegt, dass es auch Einrichtungen gibt, die aus unterschiedlichen Gründen keine digitale Dokumentation verwenden.

- Was ist Ihre Meinung dazu?
- Welche Lösungswege könnten gewählt werden, dass Einrichtungen vermehrt auf eine digitale Dokumentation zurückgreifen?

## 6. Ausblick: Lösungsansätze und Strategien

- An welchen Punkten würden Sie ansetzen, um für eine Entlastung bei der Dokumentationstätigkeit von Ärzt\*innen und Pflegekräften und einer Entbürokratisierung in diesem Bereich zu sorgen?
- Wie sehen Sie den Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften oder auch Stationssekretär\*innen?

### Quellenangabe:

Austria Presse Agentur (APA). (2022). *Mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen: Sprachtechnologie ist ein essenzieller Teil davon*. Verfügbar unter: [Mehr Digitalisierung im Gesundheitswesen: Sprachtechnologie ist ein essenzieller Teil davon](#). | Philips Speech, 19.12.2022 (ots.at) [21.03.2023].

ORF Steiermark. (2023). *Ex-Pflegerin will Pflegealltag verbessern*. Verfügbar unter: [Ex-Pflegerin will Pflegealltag verbessern - steiermark.ORF.at](#) [20.03.2023].

## A.4 Kategorienschema

Nr.	Kategorie	Themen der Kategorie
1	Erfahrungen mit der Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Berührungspunkte</li> <li>• Herausforderungen (Mehrfachdokumentationen, Nutzung unterschiedlicher Softwaresysteme, wenig Beliebtheit)</li> <li>• Entwicklungen der Arbeitswelt (Personalfachkräftemangel – erhöhte Fluktuation, Veränderungsprozesse, Standardisierung, Kulturaspekt, Teilzeitbeschäftigte)</li> </ul>
2	Zeitlicher Dokumentationsaufwand im Fokus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gesetzliche Vorgaben</li> <li>• Zeitliche Vorgaben</li> <li>• Dateneingaben</li> <li>• Belastungen</li> <li>• Gründe für Zeitaufwand (Motivation, Datenschutz, Softwareumstieg, Einsatz neuer Berufsgruppen)</li> <li>• Handlungsbedarf</li> <li>• Delegation von Aufgaben</li> </ul>
3	Digitale Softwarelösungen und -systeme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erfahrungen (Hoher Digitalisierungsgrad, Kenntnisse und persönliche Anwendung von Softwaresystemen)</li> <li>• Vor- und Nachteile (Lesbarkeit, Sprache, ...)</li> <li>• Einsatz unterschiedlicher Softwaresysteme in Organisationseinheiten</li> <li>• Keine Anwendung einer digitalen Dokumentation</li> <li>• Gesetzesänderungen</li> </ul>
4	Digitale Kompetenzen in der Berufsausbildung	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Integration in die Ausbildung</li> <li>• Aneignung in der Praxis</li> <li>• Veränderung des Dokumentationsverhaltens von Berufseinsteigern</li> <li>• eHealth</li> </ul>
5	Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Notwendigkeit</li> <li>• Standardisierte Ausbildung</li> <li>• Delegierbarkeit</li> <li>• Kostenaspekt</li> <li>• Praxisbeispiele</li> <li>• Aufgabengebiet</li> <li>• Zeitfaktor</li> </ul>
6	Vorschläge zu Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usability</li> <li>• Vernetzung</li> <li>• Partizipation beim Entwicklungsprozess</li> <li>• Zusammenspiel verschiedener Maßnahmen</li> <li>• Ausbildung</li> <li>• Verringerung der Dokumentation</li> </ul>

## A.5 Vorlage Postskript

<b>Angaben zum Interview</b>	
Datum des Interviews	
Start des Interviews	
Ende des Interviews	
Dauer des Interviews	
Gespräche vor Einschalten des Aufnahmegerätes	
Interviewsituation (Gesprächsatmosphäre, Stimmung, Duzen/Siezen)	
Vorkommnisse während des Interviews (Störungen, Unterbrechungen, Lärmgeräusche, technische Probleme)	
Verhalten der interviewenden Person und nonverbale Aspekte	
Gespräche nach dem Abschalten des Aufnahmegerätes	
Sonstige Auffälligkeiten und Informationen	

## A.5 Teiltranskription - E1

**I:** [...] Was sind jetzt konkret Ihre Tätigkeiten in Ihren jetzigen Bereichen, also hinsichtlich Dokumentation? Was sind da die Schwerpunkte in der Arbeit?

**E1:** Also bei uns ist es jetzt so, dass wir eigentlich die Dokumentation nutzen, das heißt wir versuchen, das, was dokumentiert wurde oder wird, zu nutzen. Das sind natürlich die Diagnosen- und Leistungsdaten, die für uns ganz entscheidend sind. [...] Was wir noch machen im X, wir sind durch die Register, die wir führen, ganz stark natürlich involviert, in das, was zusätzlich dokumentiert wird. Weil da sind wir natürlich abhängig davon, dass wir die entsprechenden Daten bekommen. Das funktioniert alles über Eingabemasken, wo das dokumentiert wird und das erfordert natürlich einen deutlich höheren Aufwand. [...]

**I:** Da würde mich jetzt interessieren, wie sehen Sie das aus der Praxis? Wird wirklich tatsächlich nur das dokumentiert, was gesetzlich vorgeschrieben ist und dann natürlich noch Kleinigkeiten, die zusätzlich dokumentiert werden. Wie kann man es schaffen, dass das da zur Erleichterung führt?

**E1:** Dokumentation passiert ja überall. Das passiert nicht nur im stationären Bereich, das passiert auch im niedergelassenen Bereich. Und das passiert nicht nur im ärztlichen, sondern, Sie haben es ja auch bereits angesprochen, im pflegerischen Bereich, aber auch im therapeutischen Bereich. [...] Also die Dokumentation ist gesetzlich festgelegt, was da zu dokumentieren ist. Das gibt es Gesetze dazu, auch in den Berufsgesetzen ist das in der Regel noch einmal festgelegt. Das heißt, es ist im Ärztegesetz noch einmal festgelegt, was zu dokumentieren ist, im GuKG ist es nochmals festgelegt, was die Pflege dokumentieren muss. Es ist im KAKuG festgelegt, was in den Krankenanstalten dokumentiert werden muss. Also da gibt es ja unendlich viele gesetzliche Grundlagen. Dann gibt es noch das Dokumentationsgesetz. [...] Dokumentation hat einfach unglaublich viele Aufgaben und ich glaube, dass bei der Dokumentation in den Gesundheitsberufen sehr vieles als lästige Pflicht gesehen wird. Aber, dass man eigentlich zu wenig dokumentiert, vielleicht weil es auch zu wenig kommuniziert wird oder weil man zu wenig mit den Ergebnissen konfrontiert wird. Das man nicht merkt, dass das eigentlich total wichtig ist. [...]

**I:** Welche Erfahrungen haben Sie im Zuge der Pflegedokumentation gemacht? Haben Sie da auch irgendeinen Aspekt, den Sie jetzt kurz erwähnen möchten?

**E1:** Ja, eines meiner Lieblingsthemen seit ungefähr 20 Jahren (lacht). Und wie ich in der X damals war, habe ich versucht, dies in irgendeiner Weise zusammenzuführen. Es ist mir nicht gelungen. Da gibt es also wirklich diese Trennung zwischen dem ärztlichen Bereich und dem Pflegebereich, da ist also eine Betonmauer dazwischen. Und was mich irgendwie ein bisschen immer umgetrieben hat, ist, sie kommen als Patientin ins Krankenhaus und da kommt die Pflege und dann macht die Pflege eine sehr genaue Pflegeanamnese mit ihnen und dann kommt der Doktor oder die Doktorin und dann fängt das Ganze noch einmal von vorne an. Ja. Und ungefähr die Hälfte der Fragen, wenn nicht mehr, sind redundant. Die werden sie zweimal gefragt oder dreimal gefragt. Weil oftmals kommt dann noch eine Verwaltungsangestellte, und fragt dann noch einmal das Gleiche. [...]

**I:** Haben Sie auch Erfahrungen mit digitalen Softwaresystemen gemacht?

**E1:** Ja es ist ja wirklich erstaunlich, dass sich das Gesundheitswesen so lange dagegen gesträubt hat und wie lange die Digitalisierung in den Krankenanstalten gedauert hat. Ich meine, die ersten Schritte, das war in den 90er-Jahren, wo ich das erlebt habe, wo ganz vorsichtig so die ersten KIS-Systeme gekommen sind, in den Krankenanstalten. Die konnten noch nicht sehr viel, aber einmal ein bisschen was, wo halt mal zumindest die Stammdaten der Patientinnen und Patienten erfasst wurden und Ähnliches. Aber ich denke, wir leben im 21. Jahrhundert, jetzt haben wir die 20er-Jahre, in denen wir uns befinden und jetzt ist die Zeit, dass wir die Dinge umstellen. [...]

**I:** Es gibt dann auch unterschiedliche Dokumentationssoftwaresysteme in den einzelnen Organisationseinheiten, was ja wirklich oft sehr schwierig ist. Wie sehen Sie dies oder wie würden Sie das bewerten? Weil wenn man in dem Bereich innerhalb einer Gesundheitseinrichtung arbeitet, und dann wechselt man und dann muss man sich das wieder aneignen. Also das bringt sehr viele Herausforderungen und oftmals auch Probleme mit sich.

**E1:** Das stimmt, aber das ist halt der freie Markt. Die Anbieter dieser Softwares, egal ob das Krankenanstaltensysteme sind, Informationssysteme, also KIS-Systeme sind

für große Krankenanstalten oder Krankenanstalten insgesamt oder, ob das eine Ordinationssoftware für den niedergelassenen Bereich ist. Das gibt es nun einmal viele Anbieter, wobei man schon sagen muss, dass es da so die Platzhirsche gibt. Also da gibt es schon Systeme, die sagen, dass sie 80 Prozent des ganzen Marktes abdecken und Österreich ist halt sehr klein. Das heißt, wir sind halt abhängig von den Dokumentationssystemen, die halt in Deutschland und auch in der Schweiz, also im deutschsprachigen Raum üblich sind. Damit ist es auch problematisch, wenn natürlich Deutschland und die Schweiz wiederum andere Anforderungen, auch gesetzliche Anforderungen, an die Dokumentation haben.

**I:** Das man gesetzlich etwas ändert oder ergänzt. Neue Gesetze kundmacht oder so, also in dem Bereich kann man auch ansetzen. Natürlich sind das alles nur kleine Ansatzpunkte oder Ideen, die Umsetzung in der Praxis ist natürlich wieder was anderes.

**E1:** Natürlich. Sie können aber ins Ärztegesetz etwas hinschreiben. Die Dokumentation ist im Ärztegesetz festgeschrieben. Das gilt für alle Ärzte. Da können sie hinschreiben, dass die medizinische Dokumentation elektronisch zu erfolgen hat. Das kann man dort hineinschreiben. Das ist natürlich nur ein Satz, den ich dort ergänzen muss. Ja. Und damit ist es klar, dass ich ihn elektronisch dokumentieren muss, den Patienten.

**I:** Digitalisierung ist immer mehr im Kommen, greift in jeden Arbeits- und Lebensbereich mittlerweile schon ein. Und natürlich werden die technischen Möglichkeiten auch immer mehr und somit verschmilzt das dann auch mit der pflegerischen und medizinischen Versorgung. Wie würden Sie jetzt den Erwerb dieser Kompetenzen bewerten, sei es im Medizinstudium oder auch im Studium von der Gesundheits- und Krankenpflege? Weil das doch ein Aspekt ist, der oftmals nicht vorkommt in der Ausbildung, und dennoch wichtig ist.

**E1:** Ja. Ich glaube, dass das Thema Dokumentation etwas insgesamt Wichtiges ist, das man auch in der Ausbildung lehren sollte, beziehungsweise die Studierenden sollten es lernen. Ich würde weniger auf Digitalisierung an sich gehen, sondern einfach auf die Dokumentation, die da digital erfolgt. So würde ich das machen. Und dann was wir jetzt noch gar nicht thematisiert haben, zunehmend durch die Pandemie befeuert,

sowie wir jetzt hier das Interview führen über MS Teams, ist es natürlich auch, dass die Telemedizin forciert Einzug gehalten hat. [...]

**I:** Mich würde jetzt interessieren, hätten Sie ein bis zwei Aussagen, wo Sie jetzt Lösungsansätze generieren würden oder eben zwei Aussagen, an welchen Punkten Sie ansetzen würden, um für eine Entlastung bei der Dokumentationstätigkeit zu sorgen?

**E1:** Also in Krankenanstalten gibt es für mich eine ganz klare Aussage, die ist, wir brauchen medizinische Dokumentare, medizinische Dokumentationsassistenten oder Ähnliches. Und dass, was Sie eben erwähnt haben, sind auch Stationssekretärinnen. Das ist der Punkt. Dass was wir brauchen, ist Verwaltungspersonal, das direkt auf den Stationen ist und, das all diese Tätigkeiten macht, die jetzt von einem hochqualifizierten Pflegepersonal gemacht werden müssen, erledigt. Da geht es um Termine ausmachen für irgendwelche Untersuchungen, da geht es um die Diagnosen und Leistungscodierung, da geht es um das Verfassen von Arztbriefen, OP-Berichten und Ähnliches. Ja, das muss einerseits digitalisiert werden, und andererseits muss das durch Verwaltungspersonal passieren. Und grad zu den Dokumentationsassistenten. Da müssen sie mal recherchieren, da gibt es auch Arbeiten darüber, dass zum Beispiel die Codierung dadurch, dass die wirklich fokussiert das lernen, deutlich besser wird. Dass sie viel aussagekräftiger wird, weil die einfach wissen, was sie dokumentieren müssen – viel schneller geht das Ganze. Die haben einen viel besseren Überblick und wenn die direkt auf der Station arbeiten mit den Leuten, dann ist da auch ein besseres Verständnis dafür da. Und was man natürlich auch sagen muss, das ist ein Beruf oder ein oder zwei Berufe, die natürlich auch als entsprechende Berufe anerkannt werden müssen. Die brauchen eine standardisierte Ausbildung, sodass man nicht sagt, das sind angelernte Kräfte, sondern die brauchen eine Ausbildung, wie auch immer man die aufsetzt. [...] Ich glaube nicht, dass man das alles akademisieren muss. Aber diese Standards braucht es. Und ich weiß, dass es auch in einigen Krankenanstalten eingesetzt wird. Obwohl da braucht es auch eine gesetzliche Änderung, ACHTUNG ja, weil natürlich die Dokumentation vor allem auch der Codierung den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten ist. [...]

**I:** Genau. Da sieht man eigentlich, was Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen alles zu tun haben oder gehabt haben, wo es schon Erleichterungen gegeben hat. Um noch mehr Zeitersparnis in diesem Bereich zu schaffen, ist es eben wirklich essenziell so medizinische Dokumentationsfachkräfte oder Stationssekretärinnen und -sekretäre einzusetzen – wäre wirklich ein guter Ansatz in dem Bereich, um auch den Aufwand zu vermindern.

**E1:** Ja, vor allem. Ich meine, dieses Personal ist auch günstiger. Ich meine, die Leute haben keine Wochenenddienste, keine Nachtdienste, die haben normale Sekretariatstätigkeiten – schon ein bisschen anders. Ich meine nicht so, dass man eine Sekretärin nicht drauf schulen könnte. Ich kann mich gut an die Dame erinnern, die das damals bei uns gemacht hat. Die war super, die haben wir alle voll gemocht.

## A.6 Teiltranskription - E2

**I:** Das klingt sehr spannend. Vor allem sind Sie da ja eher im Pflegesetting beruflich tätig bei den Altenwohn- und Pflegeheimen – sozusagen eher im wirtschaftlichen Bereich. Deswegen finde ich es auch spannend, dass Sie da einen Einblick in die EDV haben, weil das würde mich dann auch interessieren, im Zusammenhang mit der Dokumentation usw. Falls Sie da auch Erfahrungen gemacht haben, weil das durch die Digitalisierung ja zunehmend an Bedeutung gewinnt. Haben Sie dann in Ihrer Arbeit bereits Berührungspunkte mit der medizinischen oder auch der pflegerischen Dokumentation gehabt?

**E2:** Jaja, natürlich. Also ich bin jetzt so Anfang X und mache das seitdem ich X bin (beide lachen). Da hat sich schon ein bisschen etwas an Erfahrung angesammelt und ich war definitiv bei den ersten Schritten der Pflege in der Digitalisierung dabei. Das war zu einer Zeit, wo Pflegekräfte vielfach nicht mal gewusst haben, wo der Einschaltknopf von einem PC ist. Wir haben damals den Start gehabt mit ganz einfachen niederschweligen EDV-Schulungen: das ist die Maus, das ist der Statur, so funktioniert dieses und jenes. So die einfachen Anwendungen, wie können sie starten. Dann natürlich auch die spezialisierte Software. Also zur damaligen Zeit hat man die Pflege mit der Software oder generell mit EDV konfrontiert, weil man mal angefangen hat, Pflegeplanungen elektronisch vorzubereiten und nicht mehr händisch zu schreiben. Wobei die Dokumentation an sich sehr wohl noch am Papier erfolgt ist. [...] Heute ist auch das Thema eMedikation ein sehr wichtiges Thema, weil sich da im Prozess große Lücken auftun, durch die Neukonzeptionierung von der eMedikation im Zusammenhang mit der auslaufenden Übergangsfrist, die wir jetzt seit Covid haben. Da geht es primär darum, dass, um den Prozess am Laufen zu halten, immer wieder die e-card notwendig ist. Die liegt in der Regel im Heim und nicht beim Arzt und dadurch, weil das Ganze über vernetzt ist, und der Arzt nicht mehr in der Heimsoftware arbeitet, brauche ich die Möglichkeit der Schnittstelle. [...] Was dabei anzumerken ist, es wird sehr viel dokumentiert. Ob es jetzt wirklich ein gesetzlicher Auftrag ist, eine Verpflichtung ist, derart viel zu dokumentieren, ich stelle es in Frage. Das Gesetz beziehungsweise die Kontrollinstanzen sagen oft oder verweisen oft auf den Status

„State of The Art“ und da ist die Pflegewissenschaft von der Pflegepraxis doch oft noch weit entfernt. So, dass die Praxis jetzt nicht wirklich nachvollziehen kann, was überhaupt „State of the Art“ ist. [...]

**I:** Haben Sie dann in den Pflegeheimen, wo Sie jetzt X sind, gibt es da auch so digitale Softwaresysteme oder welche verwenden Sie da - wenn Sie welche verwenden?

**E2:** Wir haben unterschiedliche Softwares im Einsatz. Wir haben zum Beispiel für die Pflegeplanung und -dokumentation, auch für die Verwaltung der Heimbewohner bis hin zur Abrechnung, Statistikwesen verwenden wir das CareCenter. Für die Dienstplangestaltung sind wir mit der Firma GEOKON unterwegs. Aber auch für das Qualitätsmanagement, einmal zur Messung der Qualitätskriterien, aber auch für das Dokumentenmanagement und für die Lenkung, haben wir die Firma NEXUS mit ihrem Produkt. Die bilden das KTQ recht gut ab, das wir verwenden. Gibt aber auch andere Softwares, zum Beispiel könnte da medikit auch Teile davon abdecken. Also hier gibt es eine ganze Menge an Anbietern und wir haben uns halt mal zufällig für die entschieden.

**I:** [...] Wie sehen Sie jetzt die Verwendung zum Beispiel unterschiedlicher Dokumentationssysteme in den einzelnen Organisationseinheiten von einer Gesundheitseinrichtung? Könnte das problematisch werden oder ist die Basis die Gleiche und baut dann auf den Features auf? Dass es dann unterschiedliche Feature-Anwendungen gibt.

**E2:** (lacht)

**I:** Weil es kann ja auch schwierig werden, wenn es unterschiedlich ist.

**E2:** Ich sag mal so. Das Ziel müsste sein und, an dem arbeiten wir alle gemeinsam, dass wir die ELGA wirklich als Standard so weit in die Softwares reinbekommen, dass jede Software die am österreichischen Markt ist, ELGA sinnvoll bedienen kann. Das muss das Ziel sein. Ansonsten gibt es halt die einen, die VIVENDI verfechten und die anderen das CareCenter und andere wieder was anderes – Transdok oder sonst noch was. Ich denke, das ist schon gut, dass es eine Vielfalt an Anbietern gibt und das hat auch einen Grund, warum wir mehrere Programme im Haus im Einsatz haben. Weil es eigentlich nicht einen gibt, der alles wirklich gut abdecken kann. [...]

**I:** Das ist echt sehr sinnvoll. Mich hätte das jetzt interessiert, weil es doch oftmals so ist, dass es schwierig werden kann, wenn man zum Beispiel in einem großen Krankenhaus unterschiedliche Softwaresysteme in unterschiedlichen Abteilungen oder Stationen eingesetzt, dass man sich dann nicht mehr so auskennt.

**E2:** In unterschiedlichen Stationen und Abteilungen kann es natürlich Fachanwendungen geben. Ich denke jetzt der ganze bildgebende Bereich ist da sicher sehr speziell. Zum einen, weil ich riesige Datenmengen habe, die ich verarbeiten muss. Zum anderen habe ich eine andere Form der Usability im Vergleich zu einer bettenführenden Station, wo ich hauptsächlich Pflegedokumentation mache und eine medizinische Begleitdokumentation, wo jetzt eher ein Datensatz basiert, in Form von Texten und anderen Bausteinen. Da habe ich einfach andere Zugangsformen. Das merkt man jetzt auch bei der ELGA, bei der Weiterentwicklung der ELGA. Hat man ja ganz bewusst auf die bildgebenden Bereiche verzichtet – bislang. Das ist jetzt das nächste große Thema, was erarbeitet werden soll. [...]

**I:** Aber es gibt dann auch Einrichtungen, die noch sehr viel handschriftlich machen. (Tatsächlich). Also die kleinen Einrichtungen (beide lachen). Haben Sie da Erfahrungen damit gemacht? Weil es ist ja oftmals so, dass beispielweise nur die Aufnahmedaten digital erfasst werden, und das andere handschriftlich. Ich finde es nämlich, zum Beispiel Deutschland ist schon ein Vorreiter, dass die viel mehr digitalisiert haben als bei uns in Österreich.

**E2:** Ganz ehrlich. Ich kenne jetzt in Österreich kein einziges Heim, wo nicht digital dokumentiert wird. [...]

**I:** [...] Wie würden Sie den Erwerb digitaler Kompetenzen eben im Rahmen von einem Medizinstudium oder einem Studium der Gesundheits- und Krankenpflege beurteilen? Weil es immer wichtiger wird, dass die Auszubildenden auch auf die Praxis hinsichtlich Digitalisierung vorbereitet werden. Gibt es da vielleicht im Lehrplan, ich weiß nicht, wie Sie sich da auskennen, schon irgendwas?

**E2:** (Lacht). Also, im Lehrplan ist es ein bisschen schwierig. Nein, das sind meines Erachtens Kompetenzen, die ich mir besser im Praxisteil aneigne. Das muss ich schon sagen. Also anders. Wenn die Pflegemitarbeiter, wenn sie aus dem Studium oder aus der Schule, wo auch immer, rauskommen, den Pflegeprozess als Prozess wirklich

verstanden haben, dann schaffe ich es in der Praxis relativ leicht ihnen jegliche Softwares zu erklären. So, dass sie es anwenden können. Die digitale Grundkompetenz, sag ich mal, alle Menschen, die jetzt in der Schule sitzen, haben die für gewöhnlich, die sie brauchen. Jemand auf dem zweiten Bildungsweg, der schon älter ist, macht wahrscheinlich die Pflegeassistenz und weniger das Bachelorstudium. Und da reicht im Normalfall die pure Anwenderkenntnis und da sage ich immer zu meinen Softwareherstellern, das darf nicht komplizierter sein wie bei Zalando.

**I:** Genau, das stimmt.

**E:** So, was macht Zalando. Das ist ja nicht so, dass es bei denen von vorneherein so anspruchslos ist, sondern bei Zalando weiß jeder den Prozess – wo starte ich, wo will ich hin. Ich habe ein Produkt und will, dass das über meinen Warenkorb irgendwann einmal zu mir nach Hause kommt. So. Und jeder weiß, welche Daten muss ich dafür verfügbar halten, welche Sachen hole ich mir aus dem Programm und was gebe ich ein. Und den Rest müssen die Programmierer hinbekommen, indem sie dem ganzen Programm Usability verschaffen. Und das ist genau das, was mir in der Pflege manchmal abgeht. [...]

**I:** Sie haben vorhin auch erwähnt, natürlich wissen wir das alle, dass die Dokumentation auch einen zeitlichen Aufwand, einen Enormen mit sich bringt, wodurch die unterschiedlichen Aufgaben auch vernachlässigt werden, sei es die Gespräche mit den Patientinnen und Patienten oder Bewohnerinnen und Bewohner. Was ist ihre Meinung dazu beziehungsweise wo sehen sie den zeitlichen Aufwand begründet?

**E2:** Moment, ich bin da ganz kritisch und mahne immer zur Vorsicht. Wenn ich in der Dokumentation weniger Zeit verwenden muss, heißt das nicht, dass ich die Zeit dann automatisch für irgendwelche tollen Gespräche oder „Mensch ärgere dich nicht“-Spiele verwende. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass die Mitarbeiter, die am meisten Beschäftigung und therapeutische Geschichten machen, am wenigsten dokumentieren und am wenigsten Zeit für andere Dinge brauchen. Da geht es eher um ein Wertesystem, was ist mir wichtig und was setze ich in den Fokus. Und für manche Menschen ist einfach der Computer im Fokus. Das ist so. Finde ich nicht toll. Aber sind genauso Pflegemitarbeiter und die haben das für sich so entschieden. Jetzt

liegt es an mir in der Einrichtung, den Fokus ein Stück weit woanders hinzubewegen. Ich glaube, einen Menschen von Grund auf ändern, kann ich dann auch nicht. Das heißt, es gibt Menschen, die verlieben sich in ihre Dokumentation und schreiben ohne Ende viel. So. Das ist das eine.

Das Andere ist. Es gibt auch andere Menschen, die Pflegeplanungen schreiben, die einfach Schrott sind, weil diese Pflegeplanungen derartiger Schrott sind, müssen andere Menschen täglich Unmengen dokumentieren. Heißt auf den Punkt gebracht, je besser die Pflegeplanung, desto weniger muss ich dokumentieren. Der Grundsatz lässt sich immer wieder durch Praxisbeispiele beweisen. Und da steckt für mich das eigentliche große Problem. Und da geht es halt auch um das Fachwissen der Pflegeplanung. [...]

**E2:** Ich würde Ihnen gerne etwas anderes mitgeben – ein Bild. Und zwar. Sie sind ja in der Forschung tätig, oder?

**I:** Ja als wissenschaftliche Mitarbeiterin.

[...]

**E2:** Aber Sie müssen sich über Drittmittel finanzieren und ansonsten müssen Sie im Lehrsaal sein – sage ich jetzt so ein bisschen überspitzt. Und bei den Pflegekräften wünsche ich mir dasselbe. Es schießen im Moment wie die Schwammerl so Sonderpositionen in der Pflege raus – Community Nurses, Case und Care Management und alles Mögliche und eben auch die ganzen Beratungsgeschichten. Und jetzt wäre mein Bild zur Pflege jenes, und zwar, dass wir es künftig so machen, dass jede Pflegekraft eine gewisse Pflegeverpflichtung hat. Also eine gewisse Zeit am Pflegebett und, dass aber der Berufsalltag auf lange Sicht zu schaffen ist. [...] Ich würde das einfach so sagen, der geht jetzt am Vormittag in die Pflege und macht Mittagspause und am Nachmittag hat er zwei bis drei Stunden Zeit, um diese Fragen in diesem Chat zu beantworten und am Abend geht er wieder in diese Grundkörperpflege und hilft den Leuten, dass sie dann den Tag gut abschließen können. Damit habe ich eine maßgebliche Attraktivierung von dem Berufsbild in der Pflege. [...]

**I:** An welchen Punkten Sie ansetzen würden, um zum Beispiel für eine Entlastung bei der Dokumentation zu sorgen?

**E2:** Ja, bei der Entlastung der Dokumentation wäre einfach großes Augenmerk auf Usability zu legen, weil je schneller ich durch bin, umso besser und da zählt jeder einzelne Klick. Wenn ich einen Klick weniger machen muss und das 100 Mal am Tag, dann habe ich auch Zeit gespart. Das würde auf jeden Fall helfen. Dann das Ganze „Software muss sich immer nach dem Prozess richten, und nicht umgekehrt“. Das ist, glaube ich, auch nochmal ganz wichtig. Und natürlich diese Form der Vernetzung. Sie haben eHealth als Begriff verwendet. Das passt gut als gesamter Überbegriff. Diese Vernetzung muss wirklich noch breiter forciert werden und da muss man aufpassen, dass man nicht immer nur auf die acht Millionen Österreicher schaut, sondern eben auch auf die Menschen, die in der Struktur sind. Wo ich wieder zum Anfang komme. Da gibt es einfach eine große Lücke, die sich auftut durch die eMedikation, die in der Praxis ganz viel Druck und Stress auslöst, weil es einfach keine Lösung dafür gibt.

## A.7 Teiltranskription - E3

I: Sie haben eine wirklich interessante Laufbahn hinter sich. Und Sie haben auch schon sehr viele Erfahrungen gesammelt, sei es im medizinischen oder pflegerischen Bereich. Da würde mich jetzt interessieren, welche Erfahrungen beziehungsweise Berührungspunkte Sie mit der medizinischen und pflegerischen Dokumentation haben? Vielleicht können Sie mir da kurz einen Einblick geben.

**E3:** Die medizinisch-pflegerische Dokumentation begleitet mich, seit ich beruflich tätig bin. In der Anästhesie war das ganz speziell. Die Anästhesiepflege dokumentiert etwas anders als die Pflege, die am Patientenbett ist. Da geht es nicht um den Pflegeprozess, um die ausgeführten Tätigkeiten und eventuell beobachtete pflegerischen Auffälligkeiten, die aber sehr selten vorkommen. Der Patient wird narkotisiert und wird dann an die Kollegin im Aufwachraum übergeben. Deswegen findet eigentlich sehr wenig Pflege statt. Also das war die erste Erfahrung bei der Anästhesie. Herausforderung war die Dokumentation der Narkosen in unterschiedlichsten Dokumentationssystemen. Ich habe am Klinikum X auch erlebt, wie das Dokumentationssystem MEDOCS gewachsen ist – wie es immer mehr geworden ist. Aber auch wie einzelne Fachkliniken, also Kinderklinik, Frauenklinik, wo jeder sein eigenes Süppchen gekocht hat, vor allem im Bereich der Anästhesie. Also da waren unterschiedliche Softwarelösungen im Einsatz. Das war auch eine große Herausforderung für das Pflegepersonal, sich immer umzustellen: Du musst jetzt in ein anderes System und du musst jetzt so und so dokumentieren. [...] In der Langzeitpflege war der Fokus und Schwerpunkt der Dokumentation der Pflegeprozess, die pflegerischen Tätigkeiten, der klassische Durchführungsnachweis der einzelnen Tätigkeiten. Dort in digitaler Form. Ich durfte eine spezielle Software, die ganz verbreitet ist, in den Langzeiteinrichtungen im Raum Steiermark, namens „SANACON“ kennenlernen. Auch wo sehr viele Elemente sehr viel Unterstützung geboten hat, was die Dokumentation angeht.

**E3:** Bei 1450 war es eine andere Art der Dokumentation. Da ging es nicht um Pflegedokumentation, weil man ist am Telefon und führt eine beratende Tätigkeit aus. Und das Gespräch wird aufgezeichnet, ist aber trotzdem wichtig, dass Besonderheiten

dokumentiert werden. Das waren auch klassische Patientenstammdaten, wie die Versicherungsnummer der Anrufer oder auch welche Besonderheiten er hatte, oder vielleicht irgendwas Spezielles aus dem sozialen Umfeld. Das sind glaube ich grob die Dokumentationssysteme.

**I:** Ja, genau. Da sieht man eben, dass sich die unterschiedlichen Entwicklungen auch wie eben erwähnt, Personalfachkräftemangel, Digitalisierung auch unterschiedlich – sei es positiv oder negativ – eben auf die Dokumentationstätigkeit auswirken. Das finde ich sehr spannend, vor allem die Beispiele, die Sie eingebracht haben. Weil da sieht man auch deutlich, wie es eben in der Praxis dann ist. Wir haben die Digitalisierung schon des Öfteren erwähnt, Sie arbeiten mit digitalen Softwarelösungen am X. Da würde mich jetzt interessieren, welche Erfahrungen Sie mit digitalen Softwaresystemen gemacht haben oder auch welche Softwarelösungen Ihnen bekannt sind?

**E3:** Sehr viele unterschiedliche – jetzt aus dem Anästhesiebereich, aus meiner beruflichen Vorerfahrung – da waren eben unterschiedliche Dokumentationssysteme, was Anästhesie angeht, im Einsatz. Also was in der Anästhesie vorgesehen war, das war die Firma PEISIS, das war Centricity, das war eben auch MEDOCS – da hat man parallel die Anästhesiezeiten dokumentiert. Das sind Systeme wie auch von der Firma Traeger, das Patientenmanagement, abgekürzt PtMS, wo der ganze Verlauf der Narkose, auch die Vitalwerte automatisch aufgezeichnet werden. In diesem Dokument ist dann die Verabreichung der einzelnen Medikamente und auch, welche invasiven Zugänge der Patient bekommen hat, integriert. Das sind spezielle Systeme, die den ganzen Verlauf überwachen, den ganzen Narkoseverlauf bis hin zur Entlassung – sprich von der Intensivstation auf die Normalstation. Da ist dann in Deutschland ein Marktriese gewesen, der den Markt für sich erobert hat, das ist die Firma DEDALUS. Die haben das Dokumentationssystem ORBIS entwickelt und das war eben die Software, die wir eingeführt haben und von Papier auf digital umgestellt haben. Das ORBIS-System bietet auch die Möglichkeit für OP-Management, also wenn es darum geht, die Operationen zu planen. Da gibt es auch einige digitale Lösungen.

**E3:** Dann in der Langzeitpflege war das die Softwarelösung SanoCon, die auch ein Dienstplanprogramm zusätzlich anbieten – GeoCon genannt. Das waren auch die

ersten Erfahrungen mit Lösungen, was die Personalplanung angeht. Dann hat man sich ein bisschen mehr dabei gedacht. Und jetzt durch meine Position, durch die Partnerakquise für unterschiedliche Projekte, für unterschiedliche Themen, haben wir natürlich für uns den Markt auch genau beobachtet, wo es welche Entwicklungen gibt. Wir kennen jetzt natürlich schon noch unzählige Firmen, die Softwarelösungen anbieten. Aber aus der Beobachtung wissen wir, dass i.s.h.med die Firma ist, die das MEDOCS betreibt, ein SAP basiertes Dokumentationssystem. Da gibt es unzählige Krankenhäuser in ganz Österreich, die eben mit diesem System dokumentieren. Und wir merken auch, dass auch die Firma DEDALUS in mehrere Einrichtungen kommt und in Österreich einen großen Platz einnimmt. Was vielleicht ein interessanter Punkt für Sie ist, ist die Firma DEDALUS. Diese führt in Deutschland in sehr vielen Einrichtungen die Dokumentationen ein, weil es in Deutschland ein digitales Gesetz gibt. Ein Krankenhauszukunftsgesetz. Das schreibt vor, bis zu einem gewissen Stichtag müssen Gesundheitseinrichtungen digitalisiert sein. Deshalb sind diese Einrichtungen vom Gesetzgeber gezwungen, zu digitalisieren. Und das war eine mega Chance für den Softwarebetreiber, sich überall zu platzieren, wo es nur geht, und versucht immer mehr auch in Österreich Fuß zu fassen.

**I:** Da sieht man, dass die unterschiedlichen Dokumentationssysteme in den einzelnen Stationen oder Abteilungen eine Herausforderung mit sich bringen, und dann auch bei der Einschulung usw., sehr zeitintensiv für das Gesundheitspersonal sind. Das kann ich mir schon gut vorstellen. Dass, das in dem Bereich nicht nur mit positiven Aspekten gehandhabt wird. Es gibt ja auch Einrichtungen, die aus unterschiedlichen Gründen keine digitale Dokumentation verwenden. Was ist Ihre Meinung dazu oder haben Sie dazu schon Erfahrungen gemacht?

**E3:** Ja. Tatsächlich war ich bei einem potenziellen Partner, Projektpartner, der gesagt hat: „Aber ich bin doch am Papier schneller“. Gewisse Prozesse sind so stark in den Einrichtungen und die Betreiber sind selbst nicht bereit, das zu ändern, weil es einfach kurz einmal unbequem ist. Es kostet ein bisschen Zeit und am Anfang auch Geld. Und dann sagen sie, dass es auch so gut funktioniert. Meiner Erfahrung nach kann ich sagen, dass es sich oft um ältere Generationen handelt, was die Entscheidungsträger angeht. Die mit dieser Digitalisierung noch nicht so umgehen können und sagen dann, dass es so auch funktioniert und man das nicht braucht. Die sind alle nicht offen für

die Vorteile der digitalen Dokumentation. Also man kann dann schon sprechen, aber es kommt einfach nicht an. Das gibt es leider. Ich weiß es auch aus der Struktur der extramuralen Versorgung. Die Hauskrankenpflege in der Steiermark speziell, ist bis vor Kurzem in allen Bereichen, in allen fünf großen Trägern, papierbasiert dokumentiert worden. Es wurde die gesamte Pflegedokumentation, der Pflegeprozess, die Pflegeleistungen, alles am Papier dokumentiert. Die Akte beim Patient zu Hause gelassen, damit die nächste Pflegeperson, die vorbeikommt, dort weiterdokumentieren kann. Man hat dann intern Plattformen für sich via WhatsApp gegründet, wo man sich ausgetauscht hat, damit man die wichtigsten Informationen untereinander schneller weitergeben kann. Sie sind jetzt vor Kurzem und das passiert heuer, den nächsten Schritt gegangen, ein bis zwei Einrichtungen speziell – X und X – sie stellen auf digitale Dokumentation um. Ich denke, dass auch die anderen nachziehen werden. Aber dort in der extramuralen Hauskrankenpflege ist das leider Normalität, auf Papier zu dokumentieren.

**I:** Ich finde den Einblick sehr interessant. Vor allem sieht man dann, dass es da noch Aufholbedarf gibt – wenn man die Steiermark heranzieht. Es ist in jedem Bundesland natürlich unterschiedlich. (Genau). Wir haben auch schon angesprochen, dass ein enormer Zeitaufwand durch die unterschiedlichen Dokumentationstätigkeiten vorliegt. Wodurch sehen Sie den Zeitaufwand begründet? Liegt es beispielweise an den ungenügenden IT-Lösung oder an der mangelhaften Handhabung? Haben Sie da Erfahrungen gemacht?

**E3:** Ja das ist eine Kombination von mehreren Problemen. Das eine, was Sie angesprochen haben, ist auch die IT-Lösung, dass diese nicht optimal gewählt worden ist. Die Unsicherheit der User, das Unternehmen hat nicht genug in die Schulungen investiert und dann verwenden die User vielleicht Features, die ganz anders verwendet werden könnten. Aber sie können es nicht anders, weil sie nicht wissen, dass es anders auch geht. Sie tippen die Pflichtdaten ein, aber holen nicht das Maximum aus der Anwendung. Und was die Dokumentation insgesamt angeht und speziell die Pflegedokumentation. Das ist eine historisch gewachsene Problematik. Die Pflege hat sich in den letzten Jahren immer weiterentwickelt. Die Krankenpflege ist immer professioneller geworden. [...] Wenn man sich das vorstellt, in einem Pflegeheim hat man einen Ernährungsmanager, der über die Ernährung der ganzen Bewohner

Bescheid weiß und das Ganze managt. Das muss dokumentiert werden, genau niedergeschrieben werden. Jeder einzelne Schritt, der von dem Ernährungsmanager durchgeführt wird, muss bei jedem einzelnen Patienten dokumentiert werden. Oder Demenzberatung oder alle Professionen, die in den letzten Jahrzehnten oder Jahren dazugekommen sind, haben neue Dokumentationsgründe mit sich gebracht. [...]

**I:** Da gibt es in unterschiedlichen Bereichen Verbesserungspotenzial. Man sieht durch die sich verändernden Arbeitsbedingungen, dass die Arbeitstätigkeiten nicht weniger werden, sondern immer mehr, nicht nur in der Pflege, auch in der Medizin. Dadurch nimmt auch der Zeitaufwand zu. Mich würde jetzt interessieren, ob Sie sehen, dass der Dokumentationsaufwand delegierbar ist, oder würden Sie sagen, dass man medizinische Dokumentationsfachkräfte oder Stationssekretärinnen einsetzen soll, die das dann erledigen, damit der Aufwand auch geringer wird.

**E3:** Beide Möglichkeiten sehe ich und beide Möglichkeiten würden zu einer Entlastung führen. Delegierbar im Sinne von einem Patienten selbst, einem agilen, geistig orientieren, klaren Patienten wäre durchaus möglich, den Patienten miteinbinden in gewisse Dokumentationstätigkeiten. [...] Und natürlich administrative Kräfte in dem einem oder anderen Bereich wären sehr hilfreich, weil die pflegerische Expertise kann nicht abgegeben werden. Die pflegerische Beobachtung, was Wunden angeht, was den Allgemeinzustand vom Patienten angeht, sein Gesundheitszustand – das muss bei einer Pflegeperson bleiben, das kann man nicht an eine Schreibkraft oder an jemanden abgeben. Aber es gibt so viele andere administrative Aufgaben, die das Pflegepersonal ausüben muss – wie Termine vereinbaren, verschiedenste Telefonate durchführen, nicht nur bezüglich Termine oder vielleicht muss jemand informiert werden – das sind alles Tätigkeiten, die sehr wohl delegierbar sind und zu einer Entlassung führen würden. Auf jeden Fall.

**I:** Ja das finde ich sehr interessant, wie Sie das aus der Praxis erlebt haben oder auch noch erleben. Es ist auch so, wir haben über Digitalisierung gesprochen, dass der Erwerb digitaler Kompetenzen auch in der Ausbildung immer mehr an Bedeutung gewinnt. Haben Sie da auch Erfahrungen gemacht beziehungsweise wie beurteilen den Erwerb den Erwerb von diesen Kompetenzen, sei es im Medizinstudium oder auch im Studium der Gesundheits- und Krankenpflege?

**E3:** Das ist eine sehr große Lücke. Die muss dringend nachgeholt werden. Wir erleben das immer wieder und ich habe das auch als Führungskraft erlebt, dass sich vor allem die ältere Generation extrem schwertut. Da wäre ein Nachholbedarf, eine Nachschulung notwendig. Aber auch einzelne junge Personen, jüngere Menschen, die vielleicht nicht so technikaffin sind, haben in der Ausbildung nichts erzählt bekommen über digitale Lösungen für die Gesundheitseinrichtungen. Das Thema eHealth ist vielleicht nur ein Begriff, den sie in der Ausbildung gehört haben, aber mehr bekommen sie nicht mit. Das finde ich unglaublich schade, dass man auch nicht lehrt und aufzeigt, welche Potenziale digitale Lösungen haben können. Da sind sich viele nicht bewusst, dass eine elektronische Aufzeichnung von Daten, jetzt nicht nur als Sache gesehen werden muss, sondern auch Potenzial für weitere Entwicklungen hat. Ich kann mit diesen Daten, die elektronisch erhoben worden sind, dann technische Lösungen bringen. Das geht dann in Richtung künstliche Intelligenz, wo man nach den elektronischen Daten verschiedenste Prognosen treffen kann. Man erkennt nämlich gewisse Muster. [...] In der Ausbildung muss man die Basics lehren, damit man weiß, was heißt Big Data, was heißt Schnittstellenproblematik. Jemand, der überhaupt nicht technikaffin ist, kann das gar nicht verstehen, was da dahinter ist. Ich glaube, dass die Dokumentation ein riesiger Nachholbedarf ist, und es sollte im Curriculum unbedingt Platz finden – sowieso in der heutigen Zeit. Es tut sich zwar der Großteil der jungen Generation, die die jetzt fertig mit der Krankenpflegeausbildung sind und in das Berufsleben einsteigen, nicht mehr so schwer. Sie können mit diesen technischen Lösungen, wie Social Media und Handy, etwas natürlicher umgehen. Aber trotzdem sehe ich schon, dass man sich auf die Lösungen für die Gesundheitseinrichtung in der Ausbildung fokussieren sollte, um die näher zu bringen.

**I:** Zusammenfassend kann man jetzt sagen, dass die medizinische und pflegerische Dokumentation schon gut in der Praxis umgesetzt wird und auch, dass es gute Initiativen und Ansätze für digitale Softwarelösungen gibt. Dennoch gibt es in unterschiedlichen Bereichen, wie Sie schon angesprochen haben, durch Ihre Erfahrungen in der Praxis, auch Aufholbedarf oder Verbesserungsvorschläge. Und was mich jetzt abschließend noch interessieren würde, ob es Ihrer Meinung nach, die eine Maßnahme gibt, die Sie eben empfehlen würden, um das Gesundheitspersonal bei der Dokumentationstätigkeit zu entlasten?

**E3:** Die richtige digitale Lösung. Das ist meine absolute Empfehlung. Nicht nur, weil ich selbst hier am X tätig bin. Ich glaube schon, dass es enorm wichtig, Lösungen zu bringen, die vorher nicht nur wissenschaftlich beleuchtet werden, sondern gemeinsam mit den Benutzern entwickelt werden. Benutzer und Benutzerinnen können das wichtigste Feedback geben und so entwickeln wir auch unsere Lösungen. Wir binden sie, nicht nur am Anfang unserer Prozesse ein, sondern wenn wir dann eine Lösung fertig haben, dann passiert einmal die Pilotierung und dann wird wieder Feedback eingeholt. Und auch dieses Feedback wird eingearbeitet. Dieser ständige Prozess, diese ständige Kommunikation zwischen den Anwendern und den Entwicklern, und die gemeinsame Sprache der Technik und die gemeinsame Sprache der Gesundheitsdienstleister, die muss auch noch gefunden werden.

## **A.8 Teiltranskription - E4**

**I:** Na da sieht man, dass dann auch die Dokumentation von der Verweildauer abhängig ist, sei es im Krankenhaus oder, wie Sie eben erwähnt haben, in einer X, wo die Aufenthaltsdauer eben länger ist, oder im Pflegeheim, Altenwohn- und Pflegeeinrichtung. Da sieht man, dass das unterschiedlich von Einrichtung zu Einrichtung ist. Das finde ich immer wieder sehr interessant zu hören.

**E4:** Und wenn ich da nur kurz was sagen darf. Das führt zu einem der Kernprobleme. Wir sind in vielen Bereichen unglaublich standardisiert bei der Dokumentation und sind das im Gesundheitswesen nicht, das macht es schwierig. Das hat eben was damit zu tun, dass jedes medizinische Feld ihre eigenen ganz wichtigen Parameter hat.

**I:** Da haben Sie schon recht. Da sieht man, dass das Gesundheitswesen in dem Bereich einen Aufholbedarf hat, meiner Meinung nach, sei es auch hinsichtlich Digitalisierung. Da würde mich auch interessieren, ob Sie in der Praxis mitbekommen haben, ob sich der Personalfachkräftemangel, die Digitalisierung, wie sich diese auf die Dokumentationstätigkeit ausgewirkt haben?

**E4:** Das Problem ist, die Dokumentation ist eine extrem ungeliebte Tätigkeit. Und sie wird auch bei der Schulung als ungeliebt, als unnötig, als ärgerlich weitergegeben, sodass die jungen Mitarbeiter\*innen schon nach sehr, sehr kurzer Zeit die Dokumentation als schwierig und unnötig halten. Natürlich spielt das jetzt wieder eine Rolle, weil rund um das Thema der erhöhten Fluktuation die Schwierigkeit, dass da jetzt ein starker Wechsel des Personals stattfindet und es natürlich echt Probleme gibt, Personal zu finden. Für dieses Thema der Einschulung der Dokumentation wiederum weniger Zeit verwendet wird, und daher im Prinzip eigentlich auch die neuen Mitarbeiter\*innen nicht wirklich wissen, wozu sie es machen müssen, wie sie es machen müssen, wie sie es geschickter machen müssen. Daher lernen die das teilweise schlecht und das ist der Teufelskreis, dass dieses Thema Dokumentation von Anfang an im medizinisch-therapeutischen Personal unglaublich festgestarrt steht. [...]

**I:** Da sieht man eben, dass die Dokumentation wirklich sehr herausfordernd ist und auch komplex, wo dann weniger Fokus auf den Anwender gelegt wird. Gerade für Pflegekräfte und Ärztinnen und Ärzte ist es wichtig, dass sie gut geschult werden,

beziehungsweise, dass sie sich auskennen, weil es überall auch unterschiedlich ist. Es ist nicht in jeder Abteilung gleich. Sicher gibt es ein Grundgerüst usw., aber dann gibt es unterschiedliche Zusatz-Features. Es ist sicher eine Herausforderung, auch durch die Entwicklungen der Arbeitswelt.

**E4:** Eines der Themen ist, dass die Dokumentation nicht ideal in den Tagesablauf integriert ist. Je leichter sie sich direkt bei der Arbeit selbst machen lässt, umso leichter wäre es. Wenn man das aber teilweise nicht gleichzeitig mit dem Patienten machen kann, sondern danach, fühlt sich das im Prinzip immer ein bisschen wie eine doppelte Arbeit an. Das ist eine Schwierigkeit, und hier gibt es vielleicht echt Potenzial, Verbesserungsbedarf, Möglichkeiten, dass man es schafft, dass man die Dokumentation so nah und so parallel mit dem, was man tut, machen kann.

**I:** Es sind unterschiedliche Herausforderungen, die Sie schon angesprochen haben, vorhanden und zusätzlich ist dann auch noch der Zeitaufwand, der dazu kommt. Ich habe in dem Leitfaden erwähnt, dass einerseits die Pflegekräfte rund ein Viertel mit der Dokumentation konfrontiert sind, andererseits habe ich eine Literatur herangezogen, die zeigt, dass die Ärztinnen und Ärzte ein Drittel der Arbeitszeit damit beschäftigt sind. Was ist da Ihre Meinung dazu? Es gibt natürlich unterschiedliche Literaturquellen, wo unterschiedliche Angaben vorzufinden sind. Ich habe dann jene herangezogen, weil diese mir doch „richtiger“ erschienen sind. Ist natürlich unterschiedlich, wie man das aus der Praxis wahrnimmt.

**E4:** Ich glaube das nicht annähernd. Aber wenn ich meine Mitarbeiter\*innen gefragt hätte, hätte ich wahrscheinlich auch diese Aussagen bekommen. Das hat was damit zu tun, dass sie wirklich nicht gemocht wird, die Dokumentation. [...]

**I:** Ja da sieht man, dass das auch mit einigen unterschiedlichen Schwierigkeiten dann einhergeht, die man eigentlich beachten sollte, auch bei der Ausrichtung. Mich würde jetzt interessieren, ob Sie aus der Praxis Erfahrung haben, worin der Zeitaufwand liegen könnte? Liegt es bei den ungenügenden IT-Lösungen oder bei der Handhabung, die oftmals mangelhaft ist?

**E4:** Also ich glaube der größte Teil ist die Motivation. Es ist die fehlende Motivation, das gerne zu machen. [...] Es steht und fällt eigentlich mit der Motivation, warum

Dokumentation wichtig ist. Warum sich so viele vor der Dokumentation fürchten, hat ganz viel mit Transparenz zu tun.

**I:** Na das sehe ich auch so. Wir haben vorhin die Digitalisierung schon des Öfteren angesprochen. Da spielt auch der Bereich eHealth eine wesentliche Rolle, der auch in die Bereiche Medizin und Pflege usw. eingreift. Da ist dann das Thema ELGA auch sehr wesentlich. Haben Sie mit dem im eHealth Bereich Erfahrungen gesammelt?

**E4:** Ja. Aber auch hier sehe ich Abwehr, Abwehr, Abwehr. Jetzt sind wir natürlich in einer X. Hier arbeitet man mit einer Krankheit, die absolut Tabubehaftet ist, absolut schwierig ist. Tatsächlich spielt das eine Rolle, was ich hier an psychischen Erkrankungen niederschreibe. Also durchaus berechtigt Ihre Gedanken. [...] Ich habe den Eindruck, dass ganz wenige die ELGA-Funktion nützen. [...] Die Dokumentation ist manchmal wesentlich korrekter als sogar der eigene Mensch das weiß, weil er sich nicht erinnert, weil er die Dinge verwechselt und Ähnliches hier. Trotzdem wird das auch hier weniger verwendet. Befunde – wir bekommen immer noch Faxbefunde, man glaubt das überhaupt nicht. Dieses Nachschauen von ELGA-Befunden und standardisiert nützen, ist schwierig. Da ist so viel mehr bereits möglich als gewollt wird, als gemocht wird. Ist ganz schwierig.

**I:** Man sieht, dass bei der ELGA ein Ausbau beziehungsweise Überarbeitung, Adaptierung natürlich auch notwendig ist. Vor allem eHealth wird ja zunehmend immer wichtiger und man könnte dann noch viel mehr daraus machen. Damit alles zu einer Erleichterung führt und nicht so zeitintensiv ist, alles schneller vonstattengeht. Da sehe ich auch sehr viel Potenzial eigentlich.

**E4:** Und einen Schub hat es natürlich gegeben durch Covid. Also das Thema, das man jetzt ein Rezept mit seiner e-card bekommt. Wenn man sieht, dass die Apotheken anders ausgerüstet sind. [...]

**I:** Das stimmt. Also es bringt nicht nur Vorteile hinsichtlich Digitalisierung mit sich, sondern auch Nachteile, wie eben die ständige Kontrolle oder auch die Widerstände, auf die man dann stößt. Ja in dem Bereich ist auch der Erwerb digitaler Kompetenzen von wesentlicher Bedeutung, weil auch die technischen Möglichkeiten und die pflegerische Versorgung eben zunehmend verschmelzen. Wie beurteilen Sie dann den

Erwerb digitaler Kompetenzen in den unterschiedlichen Studienrichtungen? Ist es notwendig, diese in den Lehrplan zu integrieren?

**E4:** Ja, ja. Und vor allem, es gesamtheitlicher zu sehen. Wenn ich mir anschau, wie Morgenbesprechungen ablaufen, wo im Prinzip die gemeinsame Gruppe, der für die Patienten zuständigen Beschäftigten diskutiert, das findet teilweise noch immer statt ohne, dass man im Prinzip das Kliniksystem parallel offen. Das muss genutzt werden, weil da viel mehr Vorteile drinstecken. Dafür ist es wichtig, dass diese Besprechungszimmer, wo im Prinzip medizinische Besprechungen stattfinden, auch dafür ausgerüstet sind, dass das gut funktionieren kann. Es ist halt blöd, wenn dort kein Monitor hängt oder dort das WLAN nicht funktioniert oder solche Dinge. Aber nein, die digitalen Kompetenzen stärker zu schulen ist ganz sicher wichtig.

**I:** Wie würden Sie das Dokumentationsverhalten von den Berufseinsteigern in den letzten Jahren beziehungsweise in den letzten Jahrzehnten beurteilen? Hat sich da viel verändert? Es hat sich hinsichtlich Digitalisierung doch schon einiges verändert, aber wie haben Sie das miterlebt?

**E4:** Das ist eben ein Drama. Es hat sich nicht verändert. Also ich habe den Eindruck. Wenn ich die gleichen Leute draußen treffen würde, würden die ganz anders agieren als in der Einrichtung selber. Wenn wir das Beispiel wieder hernehmen, buche ich einen Flug, dazu mit einer anderen Motivation und dann funktioniert das schneller. Das Kliniksystem, das so viele andere Anforderungen hat, funktioniert langsamer, muss ich manches tun. Nein, ich habe den Eindruck, die Probleme, die ich hatte, seiner Zeit bei der X, da sind wir vom Papier weggegangen. Und was mir damals für Probleme geschildert wurden, wie die Nichtverfügbarkeit. Und das größte Problem war damals, dass man es nicht lesen konnte – fast nie. Aber es war natürlich ideal. Der Einzelne musste niemanden eigentlich rechtfertigen, die Transparenz war minimal. Der war wirklich sehr stark, der einzelne Könnner. Die ganze Diskussion, die ich derzeit habe, Primärversorgungszentren oder Einzelarzt – hat ganz stark auch wieder mit dem Thema zu tun. In dem Moment, wo ich sage, ich habe ein Primärversorgungszentrum, es sind dort mehrere zuständig, ist völlig logisch, dass ich eine gemeinsame Dokumentation brauche. Um Arbeits- und Berufsgruppenübergreifend tätig zu werden – zum Beispiel Sozialarbeiterin, Physiotherapeutin –, brauche ich eine gemeinsame

Dokumentation. Mein Eindruck wäre, dass es nicht besser geworden ist. Ich bin teilweise erschreckt, was fertige Ärzte nicht wissen. Wie die sich anstellen teilweise, ganz erstaunlich.

**I:** Finde ich wirklich spannend, zu sehen, wie das in der Praxis auch abläuft. In dem Bereich bin ich ja nicht tätig. Deswegen finde ich es umso spannender, wenn ich es von Expertinnen und Experten aus der Praxis Erfahrungen berichtet bekomme. In Österreich kommen ja auch unterschiedliche digitale Softwarelösungen zum Einsatz. Natürlich auch sehr viele unterschiedliche. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht und welche Softwarelösungen sind Ihnen da bekannt? Haben Sie da schon unterschiedliche angewendet?

**E4:** Ja, ja. Ich habe mit NEXUS zu tun gehabt, auch mit CareCenter. Ich habe mit dem PATIDOK mit dem SAP IS-H zu tun gehabt. Ich habe eine Menge gesehen. Es gibt keines, das nur Vorteile hat. [...] Eine Dokumentation, wo eine Firma wie booking.com dahinter ist, kann was anderes als, wo das eine wesentlich kleinere Nutzbarkeit hat. Eine Datenbank, wo ich gewisse Daten in einer Menge immer verfügbar haben muss, hat was anderes zu tun, als wenn ich es mit meiner Ordination vergleiche, wo ich nur ein Kleines habe. Also man muss manchmal noch viel mehr erklären, warum manches so ist, wie es ist. Aber es liegt nicht wirklich an den Lösungen, auch wenn man natürlich da und dort verbessern kann. Dass der Einsatz der Dokumentation so schwierig ist und die Widerstände so groß sind.

**I:** Und welche Vor- und Nachteile würden Sie da jetzt sehen in dem Bereich? Sie haben vorhin schon erwähnt, digitale Softwarelösungen bringen nicht nur Vorteile mit sich, sondern auch Nachteile.

**E4:** Naja. Also das eine Thema ist, wir müssen immer zwischen der Einzelaussage und der Gesamtaussage unterscheiden. Ich muss manches in der Einzelaussage dokumentieren, wo ich nicht notwendigerweise sage, wozu ich das denn brauche. Es ist aber wichtig, um das in der Gesamtaussage nützen zu können. Hier kann ich vielleicht überlegen, ob ich hier in einer Form von Arbeitsteilung tatsächlich, mit medizinischen Assistenzen, die hier helfen. Man muss bei all den Dingen sagen, je mehr ich jemanden anderen erfassen lasse, umso mehr muss ich das auch kontrollieren. Es muss trotzdem jemand eine Verantwortung haben.

**I:** Sehen Sie dann den Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften als Vorteil oder wie würden Sie das bewerten?

**E4:** Absolut. Natürlich. Aber wie gesagt, sie können nicht dazu führen, dass der Einzelne nichts mehr mit der Dokumentation zu tun hat. Und, dass was wir jetzt gehabt haben, ist auch ein klassisches Thema. Wir haben jetzt eHealth Lösungen eingesetzt, gerade im ambulanten Bereich, wo wir mit Patient\*innen gesprochen haben. Und das im Prinzip auch über solche Tools gemacht haben. [...]

**I:** Das stimmt, auf jeden Fall. Es werden ja in unterschiedlichen Einrichtungen in den einzelnen Organisationseinheiten auch unterschiedliche Softwaresysteme verwendet. Wie ist das Ihre Meinung dazu? Es kann oftmals auch sehr schwierig werden. Natürlich ist oft das Grundgerüst das gleiche, die Basis sozusagen. Aber in den unterschiedlichen Abteilungen, wenn man jetzt vom Krankenhaus spricht, kann das dann zu Schwierigkeiten führen.

**E4:** Natürlich wäre es eine Lösung so wie Outlook, das überall gleich ist. Hätte natürlich in einem gewissen Sinn seine Vorteile. Aber je standardisierter etwas wird, umso weniger komplex kann es sein, umso mehr muss ich mich im Prinzip auf irgendetwas einigen. [...]

**I:** Ja, das stimmt. Da haben Sie schon recht. Es gibt andere Ansatzpunkte, wo man etwas verbessern kann. In diesem Bereich ist es natürlich auch von Gesundheitseinrichtung zu Gesundheitseinrichtung unterschiedlich. Weil ja unterschiedliche Softwaresysteme eingesetzt werden. Aber wie Sie sehen, da gibt es noch andere Baustellen, wo man im Bereich der Dokumentation anstehen kann. Es ist ja auch so, dass es Einrichtungen im Gesundheitswesen gibt, die keine digitale Dokumentation verwenden, aus unterschiedlichen Gründen. Haben Sie das auch miterlebt oder wie sehen Sie das? In der Hauskrankenpflege ist das oftmals so, ich meine den extramuralen Bereich.

**E4:** Also ich muss ehrlich sein. Ich kann mir das nicht vernünftig vorstellen. [...] Und ein bisschen sehe ich die Geschichte auch mit anderen Branchen. Natürlich wird manchmal zu viel dokumentiert oder wird manches hinterfragt, wo man überlegen kann, ob das sein muss. [...]

**I:** Mich würde jetzt interessieren, an welchen Punkten Sie ansetzen würden oder gibt es Ihrer Meinung nach diese eine Maßnahme, die Sie empfehlen würden, um das Gesundheitspersonal bei der Dokumentationstätigkeit zu entlasten und vielleicht auch in weitere Folge den Arbeitsplatz oder die Dokumentation zu attraktiveren? Das haben wir auch schon angesprochen, dass die Attraktion der Dokumentation verloren geht oder nicht vorhanden ist.

**E4:** Also ich glaube, dass sie nicht vorhanden ist. Dass der Einzelne zu wenig sieht, wozu oder warum er es macht. Das ist glaube ich nach wie vor, dass das Wichtigste wäre. Sie haben vorher auch wieder erwähnt, dass so viel Arbeitszeit für die Dokumentation draufgeht. Ich glaube das ja wie gesagt nicht. Ich glaube ja nicht, dass das stimmt. Das ist ein immer wieder gehörtes Argument, das aber nicht so stimmt. Nur um wieder ein Beispiel zu nennen. Die Pflege hat bei uns gesagt, dass die Patienten zu spät kommen. Das bringt ihren ganzen Tagesablauf durcheinander und wir müssten viel strenger sein. Dann haben wir das im Detail ausgewertet und es stimmt überhaupt nicht. Die kommen ein paar Mal zu spät. Aber die paar Mal sind zu viel Aufwand. Wir wollen die Daten nicht hören, wir wollen uns unsere eigene Wirklichkeit nicht von einer Dokumentation kaputt machen lassen. Das ist diese Doppelthematik gegen die Daten, die sagen uns eigentlich, was Sache ist. [...]

**E4:** Man müsste die Leute vor den Spiegel nehmen und sagen, schaut euch an, was wirklich Dokumentationsaufwand ist, und schaut euch an, wieviel Zeit ihr eigentlich reduzieren könnt, wenn ihr das vernünftig einsetzt.

## A.9 Teiltranskription - E5

**I:** Da haben Sie einen guten Einblick in diesem Bereich. Mich würde jetzt interessieren, welche Erfahrungen haben Sie gemacht, vielleicht, dass Sie es kurz erwähnen, mit der pflegerischen Dokumentation oder vielleicht auch mit der Medizinischen?

**E5:** Es beschreiben fast alle Träger als einzigen Vorteil dieser Dokumentation, dass es keine Diskussion über Schreibfehler gibt, Nicht-Lesbarkeiten. Das beschreiben eigentlich alle. Dass das sehr positiv ist. Für die jüngeren Pflegenden ist meine Erfahrung die, dass die schon ein bisschen mehr im Umgang, jetzt mit der EDV und auch mit der Pflegedokumentation versierter, sind. Die älteren Pflegenden haben damit oftmals noch ein Thema. [...]

**I:** Nein, das kann ich mir vorstellen. Das stimmt schon. Sind Ihnen irgendwelche Softwarelösungen bekannt, die Sie eben in den unterschiedlichen Krankenanstalten anwenden, was Sie mitbekommen, wenn Sie vor Ort sind?

**E5:** Das weiß ich nicht, welche Firma dahintersteht, kann ich nicht sagen, da habe ich mich nicht interessiert. Ich kenne das ePA. Das haben sie in Vorarlberg. Da muss ich sagen, dass sie es überall haben. Da muss ich auch sagen, das habe ich am Rande mitbekommen, aufgrund meiner Projektstätigkeiten dort, dass ist in Vorarlberg, muss ich sagen, IT-technisch einwandfrei abgelaufen, auch diese Umstellung.

**I:** Also, sei es im intramuralen als auch im extramuralen Bereich wahrscheinlich, oder? In der Hauskrankenpflege ist da zum Beispiel Tirol ein Vorreiter, was ich schon mitbekommen habe.

**E5:** Wie gesagt, Vorarlberg hat das in allen öffentlichen Krankenhäusern, die haben eigentlich nur öffentliche Krankenhäuser. Eines gibt es, das ein bisschen abgrenzt, das ist Dornbirn – ein Stadtkrankenhaus. Die waren da nicht dabei, habe eine andere Softwarelösung. Aber die öffentlichen Landeskrankenhäuser sind alle innerhalb von kurzer Zeit umgestellt worden mit einem super Notfallprogramm, wie man es in der Zwischenzeit überbrücken kann, falls etwas nicht funktionieren sollte. Das war wirklich „1a“ aufgesetzt. Die haben eben dieses MBA, elektronische Fieberkurve und die Sachen alle, halt schon elektronisch. Die Dokumentation, auch das Archiv und alles,

das passt gut. Die Auffindbarkeit von Daten natürlich wird als positiv beschrieben, dass man jetzt nicht jedes Mal ins Archiv gehen und suchen muss, haben auch andere Leute gemacht zum Teil. Aber in den kleineren Krankenhäusern war es oft so, wenn keiner mehr da war, musste es auch die Pflege selbst suchen. Und das wird natürlich als sehr positiv beschrieben, da es vollständig und in der Form, wie man es braucht, natürlich auch aus dem Archivgut holen kann. Bei Patientenverlegungen geht es relativ einfach, weil man einfach aufgrund des Zugriffes gleich alle Daten hat. Das sind die Sachen, die als positiv beschrieben werden.

**E5:** Was eher negativ beschrieben ist, ist der immense Zeitumfang. Das kommt von allen, dass es sehr umfangreich ist, sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und oftmals die Dokumentation so quasi vor den Patienten kommt.

**I:** Sie sind ja jetzt quer durch Österreich unterwegs, und haben Sie da bemerkt, dass sich die Entwicklung, sei es Covid 19 oder der Personalfachkräftemangel, dass sich das auf die Dokumentationstätigkeit ausgewirkt hat? Sowohl positiv als auch negativ.

**E5:** Naja was soll ich dazu sagen. Grundsätzlich der Personalmangel und die Knappheit des Personals ist natürlich in ganz Österreich ein Thema. Es gibt kein Bundesland, wo das nicht Thema ist. Es gibt überall ein Problem, Stellen nachzubeseetzen, sind zum Teil unterbesetzt, je nachdem. Wie gesagt, wenn ich grundsätzlich einen hohen Pflegeschlüssel gehabt habe, dann fällt mir das nicht auf, wenn ein kleiner Posten nicht besetzt ist. Wenn ich ohnehin schon an der unteren Grenze der personellen Besetzung war, dann fehlt natürlich jede Planstelle, die ich nicht nachbesetzen kann, und zwar gleich massiv. Und das ist durchaus unterschiedlich in Österreich. Es ist auch so, dass in den ländlicheren Gegenden meistens noch ein bisschen besser die Personalsituation ist als in den Ballungszentren. Auf Digitalisierung, sprich auf die Dokumentation. Die wird in den meisten Häusern schon als sehr vorrangig eingestuft. Die Frage wäre, wie hoch die Fehlerquote dort ist.

**I:** Aber man sieht, dass die unterschiedlichen Entwicklungen auch in die Dokumentation eingreifen. Das hat man auch bei der Covid-19-Pandemie gesehen, wenn immer wieder neue Verordnungen vom Gesetzgeber gekommen sind und die Weitergabe war dann auch für alle schwierig, dass man auf dem neuesten Stand ist.

**E5:** Das liegt zum Teil auch an der Kultur des einzelnen Unternehmens und die zweite Sache ist, an die vielen Teilzeitbeschäftigten. Die kommen alle 14 Tage und machen zwei Nachtdienste. Wie möchte ich da die Kommunikations- und Informationsweitergabe gut aufrechterhalten. Stationen, die einen hohen Anteil an Vollzeitäquivalenten haben, bei denen funktioniert es tendenziell besser.

**I:** Ja wir haben vorhin schon angesprochen, dass der zeitliche Aufwand mit der Dokumentation einhergeht und auch zu Belastungen und stressigen Situationen für das Gesundheitspersonal führt. Was ist da Ihre Meinung dazu? Ich habe in der Literatur auch was gefunden, das sind nur zwei Literaturquellen, es gibt unterschiedliche Aussagen zu dem Thema. Bei dem einen ist gestanden, dass ein Viertel der Pflegekräfte mit dem Dokumentieren beschäftigt ist und bei den Ärzten ist es ein Drittel. Wie würden Sie das einschätzen oder haben Sie da andere Ansichten dazu?

**E5:** Also, grundsätzlich kommt das schon halbwegs hin. Wenn man davon ausgeht, dass man bereits ein relativ umfangreiches Dokumentationssystem installiert hat. Dann glaube ich das schon. Dann wird das mit dem Viertel schon – Daumen mal Pi – stimmen. Und bei den Ärzten wird es ein bisschen weniger sein. Ich glaube, es ist weniger bei den Ärzten. Ich glaube nicht, dass es ein Drittel ist.

**I:** Wie Sie schon gesagt haben, es ist von Einrichtung zu Einrichtung unterschiedlich, und auch von Mensch zu Mensch, wie man seine Arbeit dann angeht. Aber ich glaube schon, dass das annähernd so sein könnte. Ich bin in diesem Bereich nicht tätig, aber ich kann mir das so ungefähr vorstellen. Und wodurch sehen Sie den Zeitaufwand begründet? Ist es aufgrund ungenügender IT-Lösungen oder auch der mangelhaften Handhabung – welche Gründe würden Sie da nennen?

**E5:** Der erste Grund, der mir einfällt, ist das Datenschutzthema. Und zwar der persönliche Zugang, den das Datenschutzgesetz vorschreibt. Das ist in manchen Häusern ganz gut gelöst, in manchen Häusern dauert das schon mal ziemlich lange. Das heißt, wenn ich mich ausloggen muss, und der Nächste muss sich wieder einloggen, und bis der dort ist, wo er hinwill – wenn ich den Datenschutz ernst nehme – dann ist das schon ein erheblicher Zeitaufwand. Wenn ich dazu noch weggerufen werde, weil ich wohin muss, dann muss ich wieder aussteigen und neu einsteigen.

Also dieses Aus- und Einsteigen in das System geht bei manchen flotter und bei manchen nicht. [...]

**I:** Vor allem wird die Dokumentation die Arbeits- und Lebensbereiche immer mehr einnehmen und da muss man dann damit rechnen, dass es zu technischen Problemen oder Störungen kommen kann – unerwarteterweise. Haben Sie dann auch Erfahrung mit dem Einsatz von medizinischen Dokumentationsfachkräften oder Stationssekretärinnen gemacht?

**E5:** Ja, einige haben Stationssekretärinnen. Die machen nicht die pflegerische Dokumentation, das können und dürfen sie nicht. Aber was sie tun, das ist vornehmlich im Bereich der Organisation und Weiterverarbeitung. Das sind auch oft Vorbereitungstätigkeiten, das machen die im Bereich Stationservice auch, dass man Etiketten vorbereitet, die Identifikationsbänder vorbereitet, irgendwelche Papiere, die der Patient bei der Aufnahme braucht oder bekommen soll, vorbereitet. Also solche Sekretariatsarbeiten, mehr oder weniger, die die vornehmen. Und sehr viele Koordinationsthemen wie, der Patient muss zu einer Untersuchung angemeldet werden, für das Röntgen, für das Ultraschall, alles das nicht auf der Station gemacht werden kann. Und da diese Terminkoordination, die Eingabe, das erfolgt vielfach und man hat Direktzugriff auf die Slots in einer Röntgenabteilung oder einer bildgebenden Diagnostik – das kommt darauf an. Solche Arbeiten machen die vornehmlich. Ich habe jetzt noch nicht gesehen, dass eine Dokumentationsassistentin oder Stationssekretärin eine Eingabe in der Pflegedokumentation gemacht hätte.

**I:** Es bleibt vor allem ja die Arbeit von der Pflege bei der Pflegekraft und das ist dann eine Unterstützung im administrativen Bereich.

**E5:** Genau. Oder dort ist ein Hol- und Bringdienst anzufordern oder eine Rettung zu organisieren. Da ist ein Heimtransport zu organisieren oder sonst etwas. Tätigkeiten, die solche Sekretärinnen zu einem Gutteil abnehmen.

**I:** Ja genau, die Terminvereinbarung fällt auch unter den Aufgabenbereich. Werden die in Österreich vielerorts eingesetzt und können Sie da Beispiele nennen? Mir ist zum Beispiel das Rudolfinerhaus in Wien bekannt.

**E5:** Genau. Da gibt es diese schon ewig. Das ist ein privates Krankenhaus. Wo es auch welche gibt, ist in der Steiermark zum Beispiel das Krankenhaus Rottenmann. Da werden auf allen Stationen Stationsassistentinnen eingesetzt. Also das wäre ein Beispiel, das ich jetzt vom Aufgabenbereich zitiert habe. In Vorarlberg kenne ich das nicht, die wollen das zwar haben, aber was die haben, sind Dokumentationsassistentinnen. Die sind auch diejenigen, die die Entlassungsberichte und so schreiben. Die sind mit einer anderen Aufgabe betraut. Die machen hauptsächlich Entlassungsbriefe, Entlassungsdokumentation fertig machen und so.

**I:** Dann haben Sie in diesem Bereich auch bereits gute Erfahrungen gemacht und es gibt dazu schon gute Initiativen von einigen Einrichtungen, die das nämlich umsetzen.

**E5:** Absolut. Es kommt darauf an, in welchen Zeitausmaß diese beschäftigt sind. Also bei den Stationssekretärinnen kenne ich es nur, von Montag bis Freitag, als 5-Tage-Woche organisiert. Es gibt welche, die arbeiten nur am Vormittag zum Beispiel von 8 bis 12 Uhr oder die anderen arbeiten länger, von 8 bis 15 Uhr, einen 8-Stunden-Tag. Das Ausmaß ist durchaus auch unterschiedlich. Meistens geht ohnehin eine Bestandsaufnahme vorweg. Das ist auch das, was ich zum Teil mache, wo man sich ansieht, welchen Aufwand habe ich, was möchte ich delegieren und was kann ich delegieren, was ist delegierbar sozusagen. Um sich auch im Rahmen des Gesetzes zu bewegen, weil nicht alles ist delegierbar. Dass man sich das ansieht, dort eine Zeitschätzung macht und schaut, wie hoch der Aufwand ist oder was kann die übernehmen, was von der Infrastruktur her in dem Haus auch geboten ist. Nicht jedes Haus hat eine gleiche Infrastruktur. Deswegen kann man nicht „copy and paste“ machen, sondern der eine hat eben, wie gesagt, alleine wie die Organisation von Hol- und Bringdienst ist, ist schon unterschiedlich. [...]

**I:** Da sieht man, dass in dem Bereich das Digitale eine wesentliche Rolle spielt. eHealth, wie zum Beispiel die ELGA, ist auch vermehrt im Einsatz und das funktioniert auch noch nicht einwandfrei, wie man sich das wünscht.

**E5:** Nein, das funktioniert auch nicht überall gleich gut und nicht in allen Bereichen – Medikamentenverschreibung usw. Es würde eine bessere Vernetzung brauchen, damit das flüssiger funktioniert. Denn oftmals muss ich etwas drei Mal eingeben.

**I:** Das stimmt auf jeden Fall.

**E5:** Was für mich auch eine Erschwernis darstellt – eine Fehlerquelle ist ein Erschwernis.

**I:** Ich habe angeführt, dass die digitalen Kompetenzen auch eine wesentliche Rolle spielen. Das ist in der Ausbildung sehr zentral. Wie würden Sie das beurteilen – ist es notwendig, dass man die digitalen Kompetenzen den Auszubildenden lehrt oder soll man das doch eher erst in der Praxis sich aneignen?

**E5:** Unbedingt. Weil die Systeme, die ich kenne, sind alle nicht so unterschiedlich, dass man nicht relativ rasch dann drinnen ist, wenn man grundsätzlich eine digitale Kompetenz hat. Und ich glaube, dann kommt man ganz gut mit jedem System zurecht.

**I:** Ich finde es wesentlich, dass man das auch in die Ausbildung mitintegriert. Weil doch Digitalisierung, wie ich schon erwähnt habe, immer wichtiger wird und man sollte da dann auch in der Praxis gut geschult werden.

**E5:** Ja absolut, das kann ich nur bestätigen. Das ist auch in Vorarlberg so. Dort ist der Vorteil, dass alle Landeskrankenhäuser dieselbe EDV-Ausstattung haben. Da ist es meines Wissens auch schon bei der Ausbildung integriert. Ich glaube auf der FH und ich glaube auch, dass es bei der Gesundheits- und Krankenpflege Ausbildung integriert ist.

**I:** Da sieht man dann eben zusammenfassend, dass die medizinische und pflegerische Dokumentation gut umgesetzt wird, vor allem die Digitalisierung vorrangig eingestuft wird. Aber es gibt immer noch Verbesserungspotenzial, Aufholbedarf in Österreich, vor allem in den einzelnen Bundesländern, wie Sie schon betont haben, hinsichtlich Zeitaufwand oder in der Ausbildung. Das finde ich da sehr wichtig. Was mich jetzt noch abschließend interessieren würde, ob es Ihrer Meinung nach, die eine Maßnahme gibt, die Sie empfehlen würden, um das Gesundheitspersonal bei der Dokumentationstätigkeit zu entlasten?

**E5:** Ich glaube, man kann es nicht an einer Maßnahme festmachen. Sondern es ist ein Zusammenwirken verschiedener Maßnahmen. Wie eben eine Verbesserung im Bereich Kompatibilität von IT-Systemen. In der Prozessbeschleunigung von digitalen Abläufen, in der Unterstützung durch Unterstützungskräfte – Dokumentationsassistenten, Stationsassistenten, die den ganzen Tag nichts anderes

tun, als genau das zu bedienen. Die haben eine ganz eine andere Schnelligkeit bei der Abarbeitung dieser Sachen, weil die eben nicht an das Bett gerufen werden, sondern die können sich auf diese Tätigkeit konzentrieren. Ich glaube, es ist ein Zusammenspielen vieler Faktoren und da gehört für mich auch dazu, in der Ausbildung schon die digitale Kompetenz zu fördern und die Studierenden oder die Schüler und Schülerinnen entsprechend vorzubereiten. Das ist nicht eine Maßnahme, wo ich sagen könnte, die würde auf einen Schlag alle Probleme lösen.

## **A.10 Teiltranskription - E6**

**I:** Zu Beginn würde mich interessieren, in welchem Bereich Ihres Unternehmens Sie tätig sind oder waren Sie schon in unterschiedlichen Abteilungen tätig? Was machen Sie da derzeit?

**E6:** [...] Ich bin in der Pflegedirektion zuständig, also für die Pflegedokumentation, also das Kernthema, Qualitätssicherung, weil das eine greift in das andere. Ich bin über die Dokumentation ins Qualitätsmanagement gekommen. [...] Wir haben einen sehr hohen Digitalisierungsgrad, sowohl in der Pflege, schon seit 2007 digital mit der Pflegedokumentation und die medizinische Kurve ist auch schon seit 2013 komplett digital, auch die Intensivstation und alles. Ein paar kleine schwarze Löcher haben wir noch im Ambulanzbereich, manche Ambulanzen sind noch nicht ganz auf das Digitale umgestellt. Sonst sind wir komplett digital.

**I:** Finde ich sehr spannend, vor allem auch Ihr Aufgabenbereich. Da haben Sie schon einen guten Einblick in die Pflegedokumentation.

**E6:** Sehr. Ich kenne sie noch am Papier. Ich bin vom Papier gekommen, habe dann auch natürlich die ganzen Projekte der Implementierung begleitet. Eine spannende Entwicklung.

**E6:** Das hat man jetzt nicht mehr. Die Jugend wächst mit der Technik auf. Die älteren Semester können auch schon mit dem PC umgehen. Da sieht man schon die Entwicklung, was das betrifft.

**I:** Das ist schon interessant, was Sie schon alles miterlebt haben.

**E6:** Ja da habe ich schon viel miterlebt. Generell war die Einführung der Pflegedokumentation bedeutend einfacher als die medizinische Dokumentation. Ich meine, bei der Pflegedokumentation sagt die Pflegedirektion, wie es läuft und dann läuft es halt so. Natürlich muss man individuell auf die Forderungen eingehen, aber grundsätzlich ist das so. In der Medizin ist das komplexer, weil jeder Fachbereich usw., kann man sich vorstellen. Die Akzeptanz ist mittlerweile auch von der Medizin sehr hoch, mit der medizinischen Kurve. Es möchte niemand mehr, also niemand mehr zurück zu Papier. Obwohl es bei dem Digitalen auch Schattenseiten gibt.

**I:** Genau. Oder, ob es ein Störfaktor war, ob es irgendwelche Unterbrechungen gegeben hat? Ob sich das verändert hat. Hinsichtlich Covid-19 hat man ja viel mehr dokumentieren müssen.

**E6:** Naja, nicht wirklich. Es sind ein paar neue Sachen dazugekommen, für die Mediziner in erster Linie. Die haben neue Codes gehabt, die sie diskutieren mussten. Es ist an dem Status erfasst worden. Was auch lange gedauert hat, bis das getrennt wurde. Aber das war der jetzt Aufwand nicht schlimmer, das war nicht maßgeblich. Personalmangel natürlich. Der ist im Moment so schlimm wie noch nie. Muss ich auch ehrlich sagen, dass das nicht einmal zu den höchsten Zeiten von Covid-19 so schlimm war, wie es jetzt ist. Sowohl bei der Medizin wie auch bei der Pflege.

**I:** Das ist dann auch eine Erleichterung. Sie haben erwähnt, dass Sie PATIDOK als Softwarelösung zum Dokumentieren verwenden. Welche haben Sie noch im Einsatz oder welche verwenden Sie persönlich?

**E6:** Also PATIDOK ist die Patientenverwaltung praktisch. Unsere Softwarelösung ist NCaSol, von der Firma Care Solutions. Gerade im Westen sind sie mehr verbreitet wie im Östlichen. Also von der Firma Care Solution haben eigentlich wir fast alles. Wir haben das NCaSol – Nursing Care Solution und MedCaSol – Medical Care Solution. Und dann das CCaSol – Critical Care Solution für die Intensivstation. Und auch WCaSol – Wound Care Solution, also verschiedene Module haben wir da. Da macht es dann Sinn, dass man bei einer Firma bleibt. Wenn man die Barmherzigen Brüder österreichweit sieht, das ist praktisch eine Tochterfirma von denen, und darum sind wir da auch recht zufrieden.

**I:** Mir ist noch zum Beispiel aus der Langzeitpflege das CareCenter bekannt.

**E6:** Ja, das haben ganz viele Langzeiteinrichtungen.

**I:** Sie haben gerade erwähnt, dass Sie eben das CareSolution mit den zusätzlichen Anwendungen in den unterschiedlichen Bereichen verwenden. Aber es gibt Einrichtungen, die unterschiedliche Dokumentationssoftwaresysteme in den einzelnen Stationen und Abteilungen verwenden. Wie würden Sie das beurteilen? Haben Sie da auch schon Erfahrungen gemacht?

**E6:** Es ist immer schwierig, wenn es um eine Schnittstellenthematik geht. Das ist dann immer gar nicht so einfach. Manchmal funktioniert es gut und geht relativ problemlos. Je nachdem, ob es ein HL7 oder so ist. Das ist dann verschieden. Aber grundsätzlich ist das nicht gut. Ich meine, wir haben auch verschiedene Programme, weil CareSolution deckt nur die Pflege und Medizin ab. Aber wir haben dann zum Beispiel das Menüplansystem, die Träger. Wir haben alles Mögliche. Natürlich Röntgen auch.

**I:** Aber es ist auf Sparten aufgeteilt, sodass es nicht gemischt wird. Im medizinischen und pflegerischen Bereich haben Sie ein einheitliches System.

**E6:** Genau. Alles andere stelle ich mir sehr schwierig vor. Nicht empfehlenswert, weil Medizin und Pflege gehen Hand in Hand. Wenn ich den Blutdruck eintrage, ist er auf der medizinischen Kurve sichtbar. Der Arzt verordnet mir das Medikament und gibt es aus. Das muss Hand in Hand gehen. [...]

**I:** Ja, das finde ich sehr spannend, was Sie da aus der Praxis berichten, wie das bei Ihnen so angewendet wird. Sie haben in dem Bereich schon viele Erfahrungen gesammelt, was würden Sie als Vor- und Nachteile von einer digitalen Dokumentation beschreiben?

**E6:** Ich muss immer unterscheiden. So wie es bei uns ist, ist es ideal. Der größte Vorteil der Digitalen, egal, wie weit man schon umgestellt ist, ist die Lesbarkeit. Die Lesbarkeit und die Nachvollziehbarkeit, das ist der größte Vorteil. Und die Nachvollziehbarkeit, wobei das auch ein kleiner Nachteil sein kann, weil die digitale Dokumentation ist wirklich unbarmherzig. Wenn etwas ist, geht es darum, wer hat wann was dokumentiert. Das heißt, es zwingt dich zum genauen Arbeiten, was aber auch ein Vorteil ist. Also das ist sicher der größte Vorteil. Dann natürlich auch die Auswertung von Daten. Alles, was ich digitalisiert habe, kann ich irgendwo auch auswerten. [...]

**I:** Es ist ein langwieriger Prozess, wo oftmals Hürden auch sind.

**E6:** Ja, natürlich. Obwohl da fast was zu reduzieren geht. Ich habe mit Interesse von den 25 Prozent gelesen, man findet dazu so wenig. Es werden da keine Studien gemacht. Es ist echt schwierig, ich denke, es ist ein bisschen hochgegriffen, kann natürlich schon hinkommen, aber ist auch vom Setting abhängig. Ich meine im Ambulanzbereich habe ich nie im Leben 25 Prozent, die dokumentieren relativ wenig.

In einem anderen Bereich, bei uns vielleicht gar nicht. Andere Häuser dokumentieren noch mehr wie wir.

**I:** Da sieht man, wie unterschiedlich das ist.

**E6:** Ja sehr, leider. Weil für das gibt es ja den ÖBIG. Warum kann sich da nicht jeder daran halten.

**I:** Wo sehen Sie in dem Bereich den größten Handlungsbedarf, also beim Zeitaufwand?

**E6:** Ich denke mir, nur die sinnvollen Dinge. Das man sich wirklich überlegt, was macht Sinn. Und es wird immer mehr zu dokumentieren, das ist diese Absicherung auch da. Eine Angst, dass sie etwas nicht dokumentiert haben. Wir schulen das immer wieder, dass es dich nicht rettet, wenn du in der Nacht drei Mal geschrieben hast: „Patient hat geschlafen, Patient hat geschlafen, Patient hat keine besonderen Vorkommnisse“. Das ist der Klassiker, und dann liegt er in der Früh leider tot im Bett.

**I:** Da gibt es auch die medizinischen Dokumentationsfachkräfte oder auch Stationssekretärinnen.

**E6:** In Deutschland haben die das mehr. Bei uns eigentlich nicht.

**I:** Es gibt schon einige Einrichtungen. Zum Beispiel das Rudolfinerhaus in Wien, die haben solche in Einsatz. Oder auch in der Steiermark das Krankenhaus in Rottenmann. Also es gibt schon Einrichtungen, die das schon eingesetzt haben. Aber bei Ihnen ist das noch nicht im Einsatz, Stationssekretärinnen auch nicht?

**E6:** Also das schon. Auf fast jeder Station. Standort X noch nicht, in den anderen Bereichen schon.

**I:** Was sind dann die Aufgaben von denen?

**E6:** Die machen den administrativen Kram. Bei jeder Aufnahme abklären, die Daten, stimmt der Hausarzt, stimmt das Geburtsdatum, also diese ganzen Dinge. Auch wenn am Wochenende wer aufgenommen wurde, gehen sie am Montag durch und klären das ab. Und dann auch die Terminvereinbarungen, Rettung bestellen für Heimtransport und für die ganzen Dinge, Verordnungen vorbereiten. Die sind gut beschäftigt.

**I:** Sehr spannend. Und in dem Bereich spielt auch eHealth eine wesentliche Rolle, sei es die ELGA usw. Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht? Weil ELGA wird ja auch bei Ihnen im Einsatz sein.

**E6:** Die ist verpflichtend, natürlich – zumindest der Arztbrief. eMedikation ist spannend, da hat Corona auch einen Schub gegeben, dass das vorangegangen ist. Aber das ist eine gute Sache. [...]

**I:** Sie haben es vorhin schon angesprochen. Natürlich spielt auch die Ausbildung eine wesentliche Rolle und auch der Erwerb digitaler Kompetenzen. Wie würden Sie den Erwerb dieser Kompetenzen beurteilen? Ist das notwendig, dass man diese in den Studienplan beziehungsweise in das Curriculum aufnimmt – sei es im Medizinstudium oder auch im Studium der Gesundheits- und Krankenpflege?

**E6:** Ist ein schwieriges Thema, weil digitale Kompetenz ist auch ein breites Feld. (beide lachen). Aber grundsätzlich bringen das die Generationen schon mit. Die können mit einem PC umgehen, mit der Kamera und einem Foto einzuspielen. Die einzelnen Programme sind so individuell, NCaSol oder MedCaSol schaut ganz anders aus wie irgendeine andere Softwarelösungen. Oder auch die Intensivsysteme. Wenn ich einmal digital kompetent bin, dann geht das auch schneller.

**I:** Abschließend würde mich noch interessieren, an welchen Punkten Sie ansetzen würden, um für eine Entlastung zu sorgen? Oder gibt es Ihrer Meinung nach, die eine Maßnahme, die Sie empfehlen würden?

**E6:** Wir haben es schon mehrfach angesprochen. Reduktion auf das Wesentliche und da muss man bestimmte Berufsgruppen einbremsen, die sich einbremsen lassen. Das sind Controller und das ist unter anderem auch bei uns die Hygiene, die haben teilweise schon Anforderungen. Alles schön und gut, aber es muss gearbeitet werden. Das ist das eine. Angebote, wie jene von ÖBIG auch nutzen. Sonst an Lösungsansätzen und Strategien sicher so Dokumentationsassistenten. Eine positive Sache, so man sie kriegt. Natürlich auch, wenn man digital ist, individuelle Softwarelösungen oder auch Hardware, wie schon angesprochen die automatische Vitalparametermessung oder auch die Matratzensysteme. [...]

## **A.11 Teiltranskription - E7**

**E7:** [...] Wir haben vorher MedCaSol gehabt und sind jetzt auf ORBIS umgestiegen, weil das der ganze Verbund hat. War eine große Herausforderung und wir sind mehr oder weniger bis auf ganz wenige Bereiche digital.

**I:** Ja sehr schön. Das ist ein spannendes Aufgabengebiet, wenn Sie sich auch mit der pflegerischen Dokumentation eben beschäftigen. Welche Berührungspunkte oder Erfahrungen haben Sie mit der Pflegedokumentation bis jetzt gemacht?

**E7:** Im Endeffekt. Ich war von Anfang an mit dabei. Als ich angefangen habe, hat es noch das dicke Stationsbuch gegeben, wo man am Ende des Dienstes die ganze Dokumentation des Patienten erfasst worden ist – war sehr medizinlastig. Geschrieben haben wir damals schon sehr viel, es hat keine Klebeetiketten gegeben, die Befunde sind abgeschrieben worden, die ganze Papierdokumentation – Fieberkurve, das alles war auf Papier. Und beim Stationsbuch am Ende des Nachtdienstes oder Tagdienstes sind wir auch eine halbe bis dreiviertel Stunde dabei gegessen, um das ganze Konvolut, waren oft doch 40 Patient\*innen, niederschreiben zu können. [...]

**I:** Und welche Herausforderungen haben Sie da identifizieren können? Weil es geht nicht nur mit Vorteilen, sondern auch mit Nachteilen und Herausforderungen sowie Belastungen beim Personal einher. Einerseits könnte es der Aufwand sein, andererseits sind es auch weitere Herausforderungen.

**E7:** Grundsätzlich ist die Dokumentation nicht unbedingt das geliebte Kind beim Personal. Und wir schauen da auch bewusst hin. Es ist immer dieses subjektive Empfinden des Dokumentationsaufwandes, das tatsächlich Gemessene. Wie lange brauche ich wirklich? [...]

**I:** [...] Sie haben vorhin schon erwähnt, dass sich die Dokumentation von früher zu heute geändert hat. Haben da auch der Personalfachkräftemangel, der derzeit vorherrscht oder die Digitalisierung einen Einfluss? Hat sich da mehr geändert oder ist es umfangreicher geworden? Oder hat sich da Ihrer Meinung nach nichts geändert?

**E7:** Sagen wir mal so. Es ist anders. Wir haben früher andere Sachen dokumentiert als heute. Früher haben wir keine Pflegediagnosen dokumentiert, deswegen haben

wir Befunde abgeschrieben. Es hat sich verschoben, die Wertigkeit hat sich verschoben. Um da wirklich eine Aussage treffen zu können, hätte man es früher und heute messen müssen. Die Digitalisierung hat gewisse Prozesse schneller gemacht, aber deswegen sind neue Sachen dazugekommen. [...] Wenn sich der Prozess draußen ändert, ändert sich automatisch die Dokumentation dazu. Man muss sich laufend mit der Dokumentation beschäftigen: was brauche ich bei jeder Prozessänderung? Es ist schon massiv, und das Rad wird immer schneller. Das ist die Herausforderung.

**I:** Da sieht man, dass die unterschiedlichen Entwicklungen auch Veränderungen bei der Dokumentation mit sich bringen und, dass man versuchen muss, immer auf dem aktuellen Stand zu sein, was oftmals auch schwierig ist. Sie haben vorhin schon erwähnt, dass Sie gute Erfahrungen mit unterschiedlichen Dokumentationssystemen haben – sei es ORBIS usw. Sind Ihnen noch weitere Softwarelösungen bekannt – auch im medizinischen Bereich?

**E7:** Nur vom Hören und Sagen. Wissen haben ich nur über diese KIS-Systeme. Wir haben im MedCaSol im Hintergrund mit PATIDOK gestartet. Ich habe auch mehr Wissen von Hospitationen, aber von Bedienbarkeit nicht.

**I:** Alles klar. Es reicht auch, wenn Sie diese Systeme im Einsatz haben. Der Einsatz ist auch sehr komplex und umfangreich.

**E7:** Man schaut auch bei Hospitationen in anderen Systeme, wie die das gelöst haben, wenn man mal irgendwo steckenbleibt, um Ideen zu finden. Das heißt aber nicht, dass ich es anwenden könnte.

**I:** Ja, genau. Welche Vor- und Nachteile sehen Sie aus den digitalen Softwarelösungen? Sie haben vorhin schon angesprochen, Digitalisierung bringt Vorteile mit sich, aber natürlich ergeben sich auch Nachteile.

**E7:** Oftmals sind es in der Entwicklung Themen wie die Sprache. Die IT hat oft eine andere Sprache als Medizin und Pflege. Da ist eine große Übersetzungsarbeit erforderlich. Das habe ich auch bei der IT-Umstellung gespürt. Wir haben uns zuerst verstehen lernen müssen. Oft heißen die Wörter dort so und in der Pflege und in der Medizin gleich, heißt aber komplett etwas anderes. Für einen Techniker heißt es etwas

anderes als, als wenn die Pflege und die Medizin spricht. Und wenn bei den IT-Firmen wirklich nur IT-Mitarbeiter sind, die den klinischen Prozess nicht kennen, ist die Entwicklung sehr schwierig. Also bis man es sozusagen „ausgedeutet“ hat, wie braucht man das, wie machen wir das da, braucht es eine sehr gute Kommunikation. Auf mathematische Formeln oder Betriebswirtschaft basiert, so funktioniert Medizin und Pflege nicht. Da gibt es oft Knackpunkte. Und da denkt man auch oft, was sie sich jetzt gedacht haben, bis man es wieder so hinbringt, dass es praktikabel ist. Bei den Firmen hat man auch dort und da mal den Eindruck, dass nicht die Firma der Dienstleister von Medizin und Pflege ist, sondern umgekehrt. Im Endeffekt sollten sie uns bedienen, und nicht wir sollten uns nach der Technik richten. Macht hier und da mal den Eindruck – nicht immer.

**I:** Dass man unterschiedliche Dokumentationssysteme in den einzelnen Stationen oder Abteilungen verwendet? Es gibt für die Pflege etwas anderes, für die Intensivstation.

**E7:** Pflege und Medizin arbeiten bei uns im selben KIS. Das Einzige, Intensiv hat etwas anderes. Da hat man natürlich Schnittstellenproblematiken. Weil wenn man es eben von einem anderen Anbieter bekommt, hat man nicht die Datenqualität und hat anteilig die Doppeldokumentation, wenn man Verlegungssituationen hat. Schnittstellen sind immer problematisch und natürlich auch die ganzen Subsysteme, die einfließen von Medizinprodukten, von Untersuchungsstellen. Da muss man sehr wohl bei der Implementierung hinschauen, dass die Datenqualität immer passt. Also Schnittstellen ist immer ein heißes Thema.

**I:** Ja das kann ich mir vorstellen und das kann auch herausfordernd sein.

**E7:** Natürlich. Vor allem es geht um Menschen. Da muss es wirklich passen und man muss wirklich testen, testen und noch einmal testen, dass das wirklich passt.

**I:** Mich würde interessieren, ob Sie auch Einrichtungen kennen, die keine digitale Dokumentation haben? Oder kennen Sie gar keine, sodass alle eine digitale Dokumentation verwenden? Oftmals kann es vorkommen, dass kleine Einrichtungen aus unterschiedlichen Gründen keine haben.

**E7:** Wir im X Verbund sind nicht alle digitalisiert. Ich habe den Eindruck, dass ganz Österreich in der Digitalisierung aufrüstet und, dass es viele Mischformen zwischen Digitalisierung am Papier gibt. Wir sind vorwiegend bis auf kleine Bereiche digital. [...]

**I:** Das ist natürlich klar. Wenn man nicht direkt in der Position arbeitet, nimmt man das anders wahr, als wenn man als Pflegekraft am Bett arbeitet. Wodurch sehen Sie den Zeitaufwand dann begründet? Ist es aufgrund der ungenügenden IT-Lösungen oder der mangelhaften Handhabung bei der Dokumentation?

**E7:** Natürlich muss man inhaltlich die Sachen abbilden. Aber zum Beispiel, wenn ich an die ältere Softwarelösung denke, da haben die Mitarbeiter, als sie es gehabt haben, schon gewusst, wo sie hinklicken müssen und wie es funktioniert. Da waren gute Softwarelösungen dabei. Jetzt in der Umstellung, ist 1 ¼ Jahre her, das ist so Klickaufwendig das System, sie haben viele Möglichkeiten ans selbe Ziel zu kommen, es gehört noch viel nachjustiert. Es ist sicher eine Mischform von inhaltlichen Themen und was die Softwarelösung bietet. Ich glaube schon, wenn sich die Technik weiterentwickelt, wir noch schneller werden würden. Weil wenn ich zwei Klicks mache und dort hinkomme und bei dem anderen brauche ich nur einen Klick, macht es schon was an der Zeit. Desto voller das System ist, gibt es natürlich die Performancethemen. Wenn ich einen Zettel Papier habe, habe ich kein Performancethema. Natürlich hängt das auch ab, desto besser der Prozess draußen organisiert ist und man hinschaut, was ich in Edukationsblätter hineingeben, bevor ich den Text schreibe. Da sind viele Sachen, die den Dokumentationsaufwand beeinflussen – Software, die Prozesse müssen sauber sein. Desto prägnanter ich diese vorbereite, desto weniger muss ich schreiben. Und da ist sehr viel Arbeit im Hintergrund, wo man hinschauen muss und natürlich auch Menschen, die wollen.

**I:** Das stimmt. Da gibt es unterschiedliche Gründe, die dann dem Zeitaufwand zugrunde liegen. Gibt es dann Ihrer Meinung nach einen Handlungsbedarf und wenn ja, wo würden Sie da ansetzen?

**E7:** Wie gesagt. Die Software hat Luft nach oben, jede Software. Ich glaube nicht, dass es in ganz Österreich die perfekte Software gibt. Ich denke schon, dass man Prozesse anpassen kann, um Dokumentation geringer zu machen. [...]

**I:** Da sieht man schon, dass das ein guter Ansatz sein könnte, wo man eben für eine Entlastung sorgen könnte, beziehungsweise den Aufwand reduzieren könnte. Sehen Sie den Dokumentationsaufwand auch ganz oder teilweise delegierbar oder was ist da Ihre Meinung dazu?

**E7:** Es gibt sicher Sachen, die delegierbar sind. Warum müssen gewisse Sachen von der Pflege organisiert und weitergeleitet werden können? Wenn eine Untersuchung ist, warum kann das nicht eine andere Berufsgruppe ordern? Ein Mediziner kann das einer anderen Berufsgruppe sagen. Wobei die Diagnostik, die kann man keiner Berufsgruppe abnehmen, nicht dem Arzt und nicht der Pflege. Wobei eine LKF-Dokumentation, wenn es der Arzt diktiert, muss es nicht selbst der Arzt reingeben, eigenverantwortlich ist natürlich er. [...]

**I:** Ich kann mir schon vorstellen, dass das auch hilfreich ist. Vor allem in den unterschiedlichen Abteilungen, wenn unterschiedliche Aufgaben auch abgenommen werden.

**E7:** Was jetzt auch besonders in der Pflege auffällt, ist, dadurch, dass es PFAs gibt, diese Clusterung auf drei Berufe macht die Dokumentation nicht einfach. Das macht sie mehr oder weniger so auch schwieriger.

**I:** Da sollte man in diesem Bereich auch was ändern, weil es doch auch herausfordernd sein kann. Wenn Sie schon aus der Praxis berichten, dass es schwierig ist.

**E7:** Vorher hatten wir nur die DGKP und die PA. DGKP hat das immer gemacht, hat das eingeschätzt und die Maßnahmen gemacht. Entweder hat sie ein Medikament gegeben oder sie hat etwas in ihrer Kernkompetenz gemacht. Strukturierte Sachen darf der PFA dokumentieren, Scores dürfte er machen. Die Dokumentation wird aufgrund der Berufsgruppen schwieriger, weil wenn unterhalb steht, Medikation laut Patientenkurve und der Arzt es sauber dokumentiert hat, darf es der PFA machen. Nur, wenn der einen Schmerz hat, wo vielleicht eine Kälte- oder Wärmeanwendung erforderlich ist, darf sie das nicht machen, weil sie die Anordnung der Diplomierten braucht. Jetzt hat man in der Dokumentation das in einem Formular, wie legt man dann den Prozess. Also über solche Sachen, da gibt es keine Spielräume vom Gesetzgeber. Das ist nicht so durchdacht. Es werden Prozesse zerrissen und das macht es oftmals in der Dokumentation schwierig. Das war früher einfacher, weil die Dokumentation für

eine Berufsgruppe aufgebaut war, und der PA hat den Durchführungsnachweis und den Pflegbericht geführt. Der Rest ist bei der Diplomierten geblieben. Jetzt hat man eine Berufsgruppe dazwischen und es war seinerseits alles nur für eine Berufsgruppe ausgerichtet, wie macht man das in der Dokumentation. Und da hat man schon viele Herausforderungen. Vor allem das Strukturierte dürfen sie. Aber sobald es in die Delegation geht oder in Freitextstellen schreiben, muss er es woanders schreiben, weil er es nicht so in seiner Ausbildung hat – genauso beim Assessment. Ich weiß nicht, ob Sie EPA kennen, das ist ein strukturiertes Instrument, das dürfte er auch machen, aber die Einschätzung drinnen darf er nicht machen. Oder wie macht man das im Prozess. Und da sind die Hürden, die uns beschäftigen, wo die Gesetzgebung gekommen ist. PFA hat niemand gewusst, was in Bezug auf Dokumentation auf einen zukommt.

**I:** Es ist auch so, dass der Erwerb digitaler Kompetenzen zunehmend an Bedeutung gewinnt, vor allem in der Ausbildung. Weil eben die technischen Möglichkeiten oder auch die pflegerische Versorgung verschmelzen. Wie beurteilen denn Sie den Erwerb dieser Kompetenzen? Ist es notwendig, dass man es in die Ausbildung integriert oder sollte man sich das in der Praxis aneignen?

**E7:** Es gehört schon in die Ausbildung. Wobei für die Ausbildung ist das eine Herausforderung, weil nicht jeder mit derselben Software arbeitet. Das ist sicher eine große Hürde für die Ausbildungsstätten. Ich kann nur sagen, dass die Krankenpflegeschule in X es im Unterricht drinnen hat. Der Vorteil ist, dass die Auszubildenden vorwiegend zu uns kommen. Ich denke, dass das in Wien sicher eine andere Hürde ist. Wie das bei den Mediziner in der Ausbildung implementiert ist, das entzieht sich meiner Kenntnis. Keine Ahnung.

**I:** Ich finde auch, dass das wesentlich ist. Da die Digitalisierung immer wichtiger wird, ist es auch essenziell, dass man das in den Studienplan integriert. Haben Sie auch mitbekommen, ob sich das Dokumentationsverhalten von Berufseinsteigern in den letzten Jahren verändert hat?

**E7:** Die Jungen spielen sich mit der Software und die Älteren, die kurz vor der Pensionierung sind, für die ist das schon eine Herausforderung. Also die Jungen

haben Smartphones in der Hand, einen anderen Zugang und weniger Ängste als die Älteren.

**I:** Das stimmt, auf jeden Fall. Gibt es da bei Ihnen auch spezielle Schulungen? Manche machen es auf dem zweiten Bildungsweg und brauchen intensivere Schulungen. Wie Sie schon angesprochen haben, die jüngere Generation ist affiner mit dem Digitalen.

**E7:** Meine Mitarbeiter bekommen eine Einschulung und das wird vor Ort – ich spreche von der Pflege – gemacht und da gibt es eine Diplomierte, die dann weiterbetreut und das vertiefende Wissen für die Digitalisierung gibt und generell für die Dokumentationskriterien. [...]

**I:** Genau, an welchen Punkten Sie ansetzen würden oder gibt es von Ihrer Seite irgendwelche Lösungsansätze oder die eine Maßnahme, die Sie empfehlen würden, um die Dokumentationstätigkeit zu entlasten?

**E7:** Im Endeffekt ist es die enge Zusammenarbeit mit den IKT-Firmen. Dass man da Verbesserungen heranzuführt. Das Zweite ist, dass man sich wirklich die Prozesse ansieht, evaluiert, Anpassungen trifft, um die Dokumentation zu reduzieren. Weil gewisse Standards sind uns vorgegeben, die müssen wir einhalten. Und desto besser die Prozesse laufen und Doppelgleisigkeiten unterbunden werden, Merkblätter entwickelt werden etc. Da ist schon Möglichkeit dahinter, in der Eigenverantwortung etwas zu tun.

## A.12 Suchprotokoll

Datum	Datenbank	Suchbegriffe	Anzahl Treffer	Relevante Treffer	Name der relevanten Quellen	Ein- und Ausschlusskriterien
11.02.2023	Pubmed	nursing documentation	24	1	Documentation and the Nurse Care Planning Process. (Keenan, GM., Yakel, E., Tschannen, D. & Mandeville, M.)	Books and Documents
16.02.2023	Pubmed	medical documentation AND healthcare professionals AND overload	16	1	Overload of Medical Documentation: A Disincentive for Healthcare Professionals. (Lorkowski, J., Maciejowska-Wilcock, I. & Pokorski, M.)	
16.02.2023	Pubmed	medical documentation AND technical aspects	930	-		Last five years

16.02.2023	Pubmed	medical documentation AND technical aspects	310	-		Free full text
16.02.2023	Pubmed	medical documentation AND technical aspects	186	-		Last two years
16.02.2023	Pubmed	medical documentation AND technical aspects	94	1	Technical and Medical Aspects of Burn Size Assessment and Documentation. (Giretzlehner, M., Ganitzer, I. & Haller, H.)	
17.02.2023	Cochrane Library	medical documentation OR nursing documentation	156	0		
03.03.2023	Pubmed	nursing documentation AND	65	1	Nursing documentation: frameworks and barriers. (Blair, W. & Smith, B.)	

		frameworks AND barriers				
09.03.2023	Pubmed	eHealth AND curriculum priority AND medical education	139	1	It's important, but not important enough: eHealth as a curriculum priority in medical education in Australia. (Edirippulige, S., Brooks, P., Carati, C., Wade, VA., Smith, AC., Wickramasinghe, S. & Armfield, NR.)	
17.03.2023	Cochrane Library	eHealth AND documentation	58	0		
20.03.2023	Cochrane Library	medical documentation AND barriers	4	0		