

# **Masterarbeit**

## **Pflegedokumentation**

**Qualitätsbeurteilung von Pflegedokumentationen  
im Vergleich zwischen handschriftlicher  
und elektronischer Dokumentation  
in der Steiermärkischen KAGes**

eingereicht von

**David Kiszter, BSc.**

Matr. Nr.: 9911083

zur Erlangung des akademischen Grades

**Master of Science  
(MSc)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt am

**Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften**  
unter der Anleitung von

**Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer, MA, MBA, DBA, 1. Betreuer**

**Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Monika Hoffberger, 2. Betreuerin**

Graz, Februar 2011

## **Eidesstattliche Erklärung**

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

Graz, am 07.02.2011

Unterschrift

## Danksagungen

Herzlicher Dank gilt Herrn Univ. Prof. Dr. Reinhard Ammer und Frau Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Monika Hoffberger für die Begutachtung und die Betreuung vorliegender Arbeit.

Großer Dank gebührt dem gesamten Team der OE Pflege der Steiermärkischen KAGes, insbesondere Frau Mag.<sup>a</sup> Brigitte Walzl, Herrn Mag. Jürgen Engelbrecht, MPH und Frau Renate Ranegger, BSc. für die hervorragende Unterstützung.

Meiner Familie, meiner Freundin und lieben Freunden/innen danke ich im Besonderen für die Unterstützung, Begleitung und Motivation während des ganzen Studiums und beim Schreiben dieser Master Thesis.

Danke!

# Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung .....	I
Danksagungen .....	II
Inhaltsverzeichnis .....	III
Abkürzungsverzeichnis .....	VI
Glossar .....	VIII
Abbildungsverzeichnis.....	XII
Tabellenverzeichnis.....	XIV
Zusammenfassung.....	XV
Abstract.....	XVI
1. Einleitung .....	1
1.1. Problemstellung und Themenbegründung .....	1
1.2. Forschungsfragen und Hypothese .....	2
1.3. Aufbau der Arbeit .....	2
2. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflegedokumentation.....	3
3. Historische Entwicklung der Dokumentationspflicht .....	5
3.1. Österreich bis in die Achtziger Jahre am Beispiel des Wiener Allgemeinen Krankenhauses.....	5
3.2. Die Entwicklung der Pflegedokumentation in den Anstalten der Steiermärkischen KAGes .....	7
4. Der Pflegeprozess.....	10
4.1. Das vierstufige Modell von Yura und Walsh.....	11
4.2. Das fünf Stufen Modell von Gordon .....	12
4.3. Der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und Maier .....	12
4.3.1. Erster Schritt des Pflegeprozess.....	13
4.3.2. Zweiter Schritt des Pflegeprozess.....	13
4.3.3. Dritter Schritt des Pflegeprozess.....	14
4.3.4. Vierter Schritt des Pflegeprozess.....	14
4.3.5. Fünfter Schritt des Pflegeprozess .....	15
4.3.6. Sechster Schritt des Pflegeprozess .....	15

5.	Pflegedokumentation und dokumentengerechte Schreibweise.....	17
5.1.	Pflegedokumentation als Urkunde .....	17
5.2.	Dokumentengerechte Schreibweise.....	17
6.	Dokumentationsfehler und Probleme bei der konventionellen Pflegedokumentation.....	19
7.	Vorteile und Risiken der EDV-gestützten Pflegedokumentation.....	22
7.1.	Vorteile der EDV-gestützten Pflegedokumentation .....	22
7.2.	Risiken und Probleme bei der elektronischen Pflegedokumentation .....	24
7.2.1.	Anwenderbedingte Risiken .....	24
7.2.2.	Technisch bedingte Risiken und mögliche Probleme.....	26
8.	Das Projekt openMEDOCS Pflege in der Steiermärkischen KAGes .....	28
8.1.	Projektstruktur .....	29
8.1.1.	Vorbereitung .....	29
8.1.2.	Einführungsstrategie .....	29
8.1.3.	Betreuungskonzept.....	30
8.2.	Aufbau der elektronischen Pflegedokumentation .....	30
8.3.	Die Entwicklung der Pflegekataloge.....	33
8.4.	Diagnose – Ziel – Maßnahmenpakete .....	34
8.4.1.	Entwicklung der DiZiMa® .....	35
8.4.2.	Die Dokumentation des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches ...	39
9.	Das Evaluierungsinstrument .....	41
9.1.	Entwicklung des Evaluierungsinstrumentes .....	41
9.2.	Aufbau des Evaluierungsinstrumentes.....	41
9.2.1.	1. Schritt: Informationssammlung.....	42
9.2.2.	2. Schritt: Pflegediagnosen .....	44
9.2.3.	3. Schritt: Pflegeziele .....	45
9.2.4.	4. Schritt: Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen .....	45
9.2.5.	5. Schritt: Durchführung der Pflege / Durchführungsnachweis.....	45
9.2.6.	6. Schritt: Evaluation .....	46
9.2.7.	7. Schritt: Pflegebericht.....	46
9.2.8.	8: Schritt: Zusätzliche Kriterien .....	46
10.	Auswahl der Pflegedokumentationen für die Evaluierung .....	47
10.1.	Die Erhebungsstation.....	47
10.2.	Auswahlkriterien.....	47

10.3. Auswahlmethode der Pflegedokumentationen.....	48
10.3.1. Ausgewählte Papierdokumentationen.....	48
10.3.2. Ausgewählte EDV-Dokumentationen.....	48
10.4. Charakteristika der zufällig ausgewählten Patienten/innen.....	49
10.4.1. Geschlecht.....	49
10.4.2. Alter.....	49
10.4.3. Aufenthaltsdauer.....	50
11. Ergebnisse der Evaluierung.....	51
11.1. Schritt 1: Informationssammlung.....	51
11.2. Schritt 2: Pflegediagnosen.....	55
11.3. Schritt 3: Pflegeziele.....	58
11.4. Schritt 4: Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen.....	59
11.5. Schritt 5: Durchführung der Pflege / Durchführungsnachweis.....	60
11.6. Schritt 6: Evaluation.....	63
11.7. Schritt 7: Pflegebericht.....	64
Dieser Beurteilungsschritt befasst sich mit vier Fragestellungen.....	64
11.8. Schritt 8: Zusätzliche Kriterien.....	69
12. Diskussion und Schlussbetrachtung.....	75
13. Literaturverzeichnis.....	79
14. Anhang.....	84
Anhang 1: Pflegedokumentation - Evaluationsbogen KAGes.....	84
Anhang 2: Evaluationskriterien KAGes.....	88

## Abkürzungsverzeichnis

a. a. O.	am angeführten/angegebenen Ort
Abb.	Abbildung
AKH	Allgemeines Krankenhaus
ÄrzteG	Ärzte Gesetze
BSc.	Bachelor of Science
bzw.	beziehungsweise
DGKP	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson(en)
d. h.	das heißt
DiZiMa <sup>®</sup>	Diagnose-Ziel-Maßnahmenpakete
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
GQG	Gesundheitsqualitätsgesetz
GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
HNO	Hals, Nasen und Ohren
Hrsg.	Herausgeber
ICNP <sup>®</sup>	International Classification of Nursing Practice
IEEE	Institute of Electrical and Electronic Engineers
IT	Informationstechnologie
KAGes	Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft
KAKuG	Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetze
KIS	Krankenhausinformationssystem
KML	Katalog des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches
LKH	Landeskrankenhaus
MSc.	Master of Science
NANDA <sup>®</sup>	North American Nursing Diagnosis Association
o.J.	ohne Jahresangabe
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
ÖGKV	Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband
PÄSR	Problem – Ätiologie – Symptom – Ressourcen
PES	Problem, Etiology, Signs & Symptoms
PD	Pflegediagnosen
PP	Phasenmodelle des Pflegeprozesses

SAP	Systeme, Anwendungen, Produkte; (Firmenname und Logo der SAP AG)
u. a.	unter anderem
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
Wi-Fi	Wireless Fidelity
WLAN	Wireless Local Area Network („drahtloses“ lokales Funknetz)
WPA2	Wi-Fi Protected Access 2
Vgl.	Vergleich
z.B.	Zum Beispiel

## Glossar

802.11	IEEE 802.11 bezeichnet eine IEEE-Norm für Kommunikation in Funknetzwerken. Die erste Version des Standards wurde 1997 verabschiedet. Sie spezifiziert den Mediumszugriff (MAC-Layer) und die physikalische Schicht für lokale Funknetzwerke. <sup>1</sup>
Auditor / Auditorin	Ein Auditor bzw. eine Auditorin ist eine Person, die ein Audit durchführt und dabei durch Befragen, Beobachten, Zuhören überprüft, wie eine Person oder Organisation sich entwickelt und ob Vorgaben eingehalten werden. <sup>2</sup>
Evaluation	Evaluation bezeichnet ein methodisch kontrolliertes, verwertungs- und bewertungsorientiertes Sammeln und Auswerten von Informationen. <sup>3</sup>
ICNP <sup>®</sup>	<p>Die International Classification of Nursing Practice (Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis) ist ein medizinisches Ordnungssystem und enthält eine Referenzterminologie zur Erfassung von Pflegediagnosen (Pflegephänomenen), Pflegemaßnahmen und Pflegeergebnissen.</p> <p>Die ICNP<sup>®</sup> wurde vom International Council of Nurses (ICN) entwickelt.</p> <p>Ziel des ICNP<sup>®</sup> ist es pflegerische Praxis zu beschreiben und diese zu dokumentieren, eine einheitliche und international vergleichbare Sprache zu schaffen und Daten zu erheben</p>

<sup>1</sup> Schnabel 2009

<sup>2</sup> qualityaustria

<sup>3</sup> Kromrey 2005, S. 3-4

	um eine internationale Vergleichbarkeit z.B. der Effektivität der Pflegehandlungen herzustellen. <sup>4</sup>
IEEE	Das Institute of Electrical and Electronical Engineers beschreibt Standards, wie in lokalen Netzwerken (LAN) Daten zur Übertragung in Pakete (Frames) aufgeteilt werden. <sup>5</sup>
Krankhausinformationssystem	Ein Krankenhaus-Informationssystem (KIS) ist ein abgeschlossenes integriertes System der Übertragung und Verarbeitung der in einem Krankenhaus entstehenden Informationen. <sup>6</sup> Aufgaben eines KIS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informationen müssen gesammelt, hinterlegt – bzw. gespeichert / gesichert, verarbeitet und weitergegeben werden;</li> <li>• die Informationen umfassen patientenbezogene als auch administrative Inhalte;</li> <li>• das Bereitstellen von Wissen;<sup>7</sup></li> </ul>
NANDA <sup>®</sup>	Die North American Nursing Diagnosis Association (Nordamerikanischer Verband für Pflegediagnosen) ist eine wissenschaftliche Organisation, die sich mit der Formulierung, Entwicklung und Prüfung von Pflegediagnosen beschäftigt.  Das Ziel von NANDA <sup>®</sup> ist es, international eine Terminologie für Pflegediagnosen zu schaffen. Dabei sollen nicht medizinische Diagnosen im Vordergrund stehen, sondern Pflegediagno-

<sup>4</sup> ICNP<sup>®</sup> 2005

<sup>5</sup> edv-abkuerzungen.de 2009

<sup>6</sup> Düster 2006, S. 1

<sup>7</sup> Sellemann 2007, S. 2

	sen, die sich mit den alltäglichen Leidenszuständen des Patienten beschäftigen. <sup>8</sup>
Rollout	Applikationsverbreitung in den organisatorischen Einheiten des Unternehmens <sup>9</sup>
SAP	Die SAP AG (Systeme, Anwendungen, Produkte) ist der größte europäische und weltweit viertgrößte Softwarehersteller. Tätigkeitsschwerpunkt ist die Entwicklung von Software zur Abwicklung sämtlicher Geschäftsprozesse eines Unternehmens wie Buchhaltung, Controlling, Verkauf, Einkauf, Lagerhaltung und Personalwesen. Gegründet 1972; 95.000 Kunden; 12 Mio. Anwender/innen in über 120 Ländern. <sup>10</sup>
Tablet-PC/Computer	Ein Tablet-PC ist ein tragbarer, flacher Computer, der direkt über den Bildschirm („Touchscreen“) bedient werden kann, deshalb ist eine Tastatur oder Maus zur Bedienung nicht nötig. Sie bestehen praktisch nur aus einem Monitor. <sup>11</sup>
T-Systems	T-Systems ist ein international operierender Dienstleister für Informations- und Kommunikationstechnologie. T-Systems konzentriert sich auf das lösungsorientierte Großkundengeschäft mit 400 multinationalen Unternehmen sowie Kunden/innen aus dem öffentlichen und dem Gesundheitssektor. T-Systems beschäftigt in 20 Ländern rund 46.000 Mitarbeiter/innen <sup>12</sup>
Wi-Fi	Wireless Fidelity ist der beschreibende Begriff

<sup>8</sup> NANDA® 2009

<sup>9</sup> Landesrechnungshof Steiermark 2003, S. 5

<sup>10</sup> SAP Deutschland 2010

<sup>11</sup> Augsburger Allgemeine Online 2010

<sup>12</sup> T-Systems 2010

	des Übertragungsstandards IEEE 802.11b (Funk-Netzwerke, WLAN) <sup>13</sup>
WLAN	Ein Wireless Local Area Network (WLAN) ist ein "drahtloses" lokales Funknetz, wobei meist ein Standard der IEEE 802.11-Familie gemeint ist. Ein WLAN wird häufig in Verbindung mit einem DSL-Anschluss genutzt. <sup>14</sup>
WPA2	WPA2 steht für "Wi-Fi Protected Access 2" und ist ein Sicherheitsstandard für die WLAN-Funknetz-Standards IEEE 802.11a, b, g. WPA2 basiert auf dem Advanced Encryption Standard (AES) und ist ein Nachfolger von WPA. <sup>15</sup>

---

<sup>13</sup> edv-abkuerzungen.de 2009

<sup>14</sup> edv-abkuerzungen.de 2009

<sup>15</sup> edv-abkuerzungen.de 2009

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (1985).....	12
Abb. 2: Logo der Diagnose-Ziel-Maßnahmenpakete (DiZiMa®) der Steiermärkischen KAGes.....	34
Abb. 3: Dreiachsiges Katalogsystem des Masterkataloges.....	37
Abb. 4: Verknüpfung des Masterkataloges mit dem Heil- und Hilfsmittelkatalog und Darstellung der Fachkataloge.....	39
Abb. 5: Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen aller Patienten/innen.....	50
Abb. 6: Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Dokumentationen beim Pflegeassessment.....	52
Abb. 7: Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Sich sauber halten und kleiden.....	52
Abb. 8: Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Sich als Mann / Frau fühlen.....	53
Abb. 9: Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Schlafen.....	54
Abb. 10: Reaktionen des/der Patienten/in auf gesundheitliche Problemstellungen erfordern das Stellen einer Pflegediagnose.....	55
Abb. 11: Es werden alle aktuellen und potentiellen pflegerelevanten Probleme erfasst und entsprechende Pflegediagnosen gestellt.....	56
Abb. 12: Evaluierung der Pflegediagnosen und Risikopflegediagnosen bei den EDV- Pflegedokumentationen.....	57
Abb. 13: Evaluierungsergebnis der Pflegeziele bei der EDV-Dokumentation.....	58
Abb. 14: Evaluierungsergebnis der Pflegeinterventionen bei der EDV-Dokumentation.....	60
Abb. 15: Evaluierungsergebnis der Dokumentation von regelmäßig durchzuführenden Pflegeinterventionen im Vergleich zw. handschriftlicher und EDV-Dokumentation.....	61
Abb. 16: Evaluierungsergebnis der relevanten Informationen für die Durchführung der Pflegeinterventionen im Vergleich zw. handschriftlicher und EDV-Dokumentation.....	62

Abb. 17: Entwertung und Begründung (Stornogrund) bei nicht durchgeführten Pflegeinterventionen.....	63
Abb. 18: Vergleich der Kontinuität der Pflegeberichte bei handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen.....	65
Abb. 19: Evaluierung der Dokumentation von Reaktionen des/der Patienten/in auf Maßnahmen .....	66
Abb. 20: Qualität der Dokumentation über das psychische und physische Befinden des/der Patienten/in .....	67
Abb. 21: Evaluierung ob dokumentiert wurde, dass der/die Patient/in pflegerelevante Informationen und die Entlassungspapiere erhalten hat. ....	68
Abb. 22: Zusammengefasstes Ergebnis aller Fragestellungen bei der Evaluierung der Pflegeberichte im Vergleich zwischen handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen.....	69
Abb. 23: Evaluierung der Verwendung von wertfreien und fachlich korrekten sprachlichen Formulierungen. ....	70
Abb. 24: Evaluation ob Doppelläufigkeiten im Pflegebericht vorhanden sind.....	71
Abb. 25: Es ist ersichtlich, mit wem das Anamnesegespräch geführt wurde.....	72

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG . 16

## Zusammenfassung

Im Jahr 2001 startete, unter dem Projektnamen openMEDOCS, in den Anstalten der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H (KAGes) ein erster Testlauf einer rechnergestützten Pflegedokumentation auf ausgewählten Stationen.

In der vorliegenden Arbeit geht es darum festzustellen, ob und wie sich der Einsatz von rechnergestützten Pflegedokumentationssystemen auf die Qualität der Pflegedokumentationen auswirkt.

Für die Evaluierung wurden nach einem Zufallssystem 20 handschriftliche und 24 EDV-Pflegedokumentationen einer Station ausgewählt, welche seit mindestens einem Jahr die Dokumentation in EDV-Form eingeführt hatte. Als Evaluierungsinstrument für die Beurteilung der Qualität kam der KAGes interne Evaluierungsbogen für Pflegedokumentationen zum Einsatz.

Die Evaluierung zeigte, dass sich die schon gute Qualität der Dokumentation des Pflegeassessments bei den handschriftlichen Dokumentationen um noch einmal 5% bei den elektronischen steigerte. Eine deutliche Verbesserung der Qualität - um 78% - zeigte sich beim Stellen der Pflegediagnosen. Auch die Qualität der Dokumentation über die Durchführung der Pflege verbesserte sich bei manchen Evaluierungspunkten um bis zu 100%. Bei der Qualität der Pflegeberichte kam es zu einer Verbesserung um 22%.

Viele der in der Literatur als Vorteile angeführten Punkte, wie etwa die bessere Lesbarkeit und Nachvollziehbarkeit der Dokumentationen oder die Verwendung einer präziseren Fachsprache durch den Einsatz von vorgegebenen Textbausteinen, wurden bestätigt. Weiters wurden aber auch die in der Literatur angeführten Risiken bestätigt. So zeigte sich, dass Pflegefachkräfte durch die elektronische Dokumentation zu einer Überdokumentation neigen.

## **Abstract**

In the year 2001, under the project name openMEDOCS, the Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H for the first time introduced a computer-based nursing documentation system in some selected facilities.

The aim of this Master Thesis is to find out how and if the implementation of a computer-based nursing documentation system has an influence on the quality of the documentation.

For this evaluation 20 handwritten documentations and 24 computer-based documentations were randomly picked out and evaluated with an assessment tool from the KAGes.

Although the quality of the handwritten documentations is very high, the evaluation shows that the quality of the computer-based nursing assessment was 5 percent higher. The quality of the nursing diagnoses actually increased by 78 percent and at some evaluation points even the quality of the execution of the nursing work doubled. Also the quality of the nursing records increased by 22 percent.

In this evaluation many of the advantages of a computer-based nursing documentation system stated in the literature, such as readability and the improved transparency of the nursing documentations, were confirmed. Due to the use of given text modules terminology was also improved.

But also some risks mentioned in the literature proved true, as this evaluation points out that nurses tend to over-document when using a computer-based nursing documentation system.

# 1. Einleitung

## 1.1. Problemstellung und Themenbegründung

In Österreich wird der Pflegeprozess und die Pflegedokumentation unter anderem durch das Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG § 5 und § 14) aus dem Jahr 1997 und durch das Österreichische Kranken- und Kuranstaltengesetz (KA-KuG§ 10 (1)) geregelt. In diesen Gesetzestexten wurde erstmals eine Dokumentationspflicht auch für die Angehörigen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufe geregelt. Durch diese gesetzliche Normierung der Pflegedokumentation wurde der Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege, welche sich in den vergangenen Jahren sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene entwickelt hatte, Rechnung getragen.<sup>16</sup>

Mit Zunahme an Komplexität der Pflege und dem damit verbundenen Pflegedokumentationsaufwand steigerte sich der Wunsch nach einer computergestützten Dokumentation.

In den Anstalten der Steiermärkischen KAGes startete bereits 1998 ein erstes Projekt zur Auswahl eines neuen Krankenhausinformationssystem (KIS) für die medizinisch-pflegerische Dokumentation. Nach der intensiven Vorbereitungsphase startete im Mai 2001 der erste Testlauf auf den Pilotstationen. Nach einer ausführlichen Testphase kamen schrittweise weitere Anstalten der Steiermärkischen KAGes hinzu.

Die vorliegende Arbeit geht der Frage nach, wie sich der Einsatz von rechnergestützten Pflegedokumentationssystemen auf die Qualität der Pflegedokumentationen auswirkt.

Allgemein lässt sich sagen, dass Pflegedokumentationen eine unverzichtbare Maßnahme zur Qualitätssicherung darstellen und so zu einem wichtigen Teil der Pflegequalitätsverbesserung werden.

---

<sup>16</sup> Vgl. Allmer 2009

## 1.2. Forschungsfragen und Hypothese

Folgende Forschungsfragen sollen am Ende der Arbeit beantwortet sein:

- Welche Vor- bzw. Nachteile und Risiken gibt es bei der elektronischen Pflegedokumentation?
- Gib es einen qualitativen Unterschied zwischen handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen?
- Kommt es zu einer Verbesserung der Qualität bei IT-gestützten Pflegedokumentationen?

Hypothese:

- Durch die Anwendung von elektronischen Pflegedokumentationssystemen kommt es zu einer Verbesserung in der Dokumentationsqualität.

## 1.3. Aufbau der Arbeit

Der Beginn dieser Arbeit beschäftigt sich mit den gesetzlichen Vorgaben und rechtlichen Grundlagen der Pflegedokumentation in Österreich. Im Weiteren wird auf die historische Entwicklung von Pflegedokumentationen in Österreich und insbesondere in den Anstalten der Steiermärkischen KAGes eingegangen.

Danach werden mit Hilfe von Literatur sowohl Vorteile als auch die Risiken, die die rechnergestützte Pflegedokumentation mit sich bringt, aufgezeigt und erläutert.

Ein eigenes Kapitel beschäftigt sich mit der Entwicklung und der Implementierung der elektronischen Pflegedokumentation in den einzelnen Anstalten der Steiermärkischen KAGes. Hier wird insbesondere auf die einzelnen Projektphasen näher eingegangen.

Weiters wird der Aufbau der elektronischen Pflegedokumentation in der KAGes dargestellt und auf die Entwicklung der hauseigenen Pflegekataloge eingegangen.

Ein eigenes Unterkapitel widmet sich der Entwicklung und dem Aufbau der geschützten Marke DiZiMa<sup>®</sup> (Diagnose – Ziel- Maßnahmenpakete) als Produkt der Steiermärkischen KAGes.

Im weiteren Verlauf dieser Arbeit werden handschriftliche und elektronische Pflegedokumentation im Hinblick auf ihre Qualität evaluiert und verglichen. Diese Evaluation soll dazu beitragen, die Fragestellungen bezüglich der Qualität von elektronischen Pflegedokumentationen, zu beantworten.

## 2. Gesetzliche Rahmenbedingungen der Pflegedokumentation

In Österreich wird die Pflegedokumentation in folgenden Gesetzen geregelt:

Dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG), dem Bundesgesetz über Krankenanstalten und Kuranstalten (KAKuG), dem Ärztegesetz (ÄrzteG), dem Bundesgesetz zur Qualität von Gesundheitsleistungen (Gesundheitsqualitätsgesetz) sowie den Altenwohnheimgesetzen, Heimgesetzen und/oder den Pflegeheimgesetzen der Länder als auch im Dienstrecht und in der Patientencharta.<sup>17</sup>

Laut §5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetz 1997 (GuKG) haben Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe bei Ausübung ihres Berufes die von ihnen gesetzten gesundheits- und krankenpflegerischen Maßnahmen zu dokumentieren.

In diesem Gesetzestext wurde erstmals eine Dokumentationspflicht auch für die Angehörigen des Gesundheits- und Krankenpflegeberufe normiert. Diese gilt für alle Formen der Berufsausübung im intramuralen als auch im extramuralen Bereich<sup>18</sup>.

Des weiteren wird in §5 GuKG festgelegt, dass die Dokumentation insbesondere die Pflegeanamnese, die Pflegediagnose, die Pflegeplanung als auch die Pflegemaßnahmen zu enthalten hat.

Damit eine umfassende, interdisziplinär geführte Patientendokumentation erstellt werden kann, die eine ganzheitliche Erfassung des/der Patienten/in ermöglicht, ist es wichtig, dass alle diese Punkte, also der gesamte Pflegeprozess, abgestimmt auf den Behandlungsprozess aufgezeichnet werden.<sup>19</sup>

Zu dem wird in §5 (3) GuKG festgelegt, dass den betroffenen Patienten/innen, Klienten/innen, bedürftigen Menschen oder deren gesetzlichen Vertretern auf Verlangen Einsicht in die Pflegedokumentation zu gewähren ist.

Für den gehobenen Dienst der Gesundheits- und Krankenpflege wesentlich ist der §14 des GuKG, welcher sich mit dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege befasst. Es wird hier auf den Pflegeprozess, die Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege, Pflegeforschung sowie die Durchführung administrativer Aufgaben im Rahmen der

---

<sup>17</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 3

<sup>18</sup> Vgl. Allmer 2009

<sup>19</sup> Vgl. Allmer 2009

Pflege eingegangen. In Absatz zwei §14 GuKG wird ausdrücklich auf die Dokumentation des Pflegeprozesses hingewiesen.<sup>20</sup>

Zusätzlich zu §5 und §14 des GuKG wird auch im §10 KAKuG festgelegt, dass Krankengeschichten anzulegen sind, in denen die Vorgeschichte der Erkrankung (Anamnese), der Krankheitsverlauf und die angeordneten Maßnahmen sowie die erbrachten ärztlichen Leistungen dokumentiert werden. Auch die Pflege wird in §10 KAKuG ausdrücklich erwähnt, dass *„[...] sonstige angeordnete sowie erbrachte wesentliche Leistungen, insbesondere der pflegerischen, [...], darzustellen sind;“*<sup>21</sup>

Die Krankengeschichten müssen, laut §10 KAKuG für mindestens 30 Jahre, auf Informationsträgern, deren Lesbarkeit für den Aufbewahrungszeitraum gesichert sein muss, aufbewahrt werden.<sup>22</sup>

Auch im Gesundheitsqualitätsgesetz (GQG) wird eine einheitliche Qualitätsberichterstattung verlangt. Eine wesentliche Grundlage um diese Ziel zu erreichen ist die Dokumentation.<sup>23</sup>

Allgemein lässt sich sagen, dass die gesetzliche Normierung der Pflegedokumentation zur Professionalisierung der Gesundheits- und Krankenpflege, welche sich in den vergangenen Jahren sowohl auf internationaler als auch auf nationaler Ebene entwickelt hat, gerecht wird. Pflegedokumentationen sind unverzichtbare Maßnahmen zur Qualitätssicherung und tragen zu einem wichtigen Teil zur Pflegequalitätsverbesserung bei.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> Vgl. Allmer 2009

<sup>21</sup> Kranken- und Kuranstaltengesetze des Bundes und der Länder 5. Auflage 2006, S. 16

<sup>22</sup> Vgl. ebenda

<sup>23</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 3

<sup>24</sup> Vgl. Allmer 2009

### 3. Historische Entwicklung der Dokumentationspflicht

#### 3.1. Österreich bis in die Achtziger Jahre am Beispiel des Wiener Allgemeinen Krankenhauses

Das älteste Dokument über Pflege im Wiener AKH, welches Kozon und Mittermaier bei ihrer Recherche zu dem Thema Geschichte der Dokumentationspflicht fanden, stammte aus dem Jahr 1796. In dieser „Tages-Ordnung“ befand sich jedoch noch kein Hinweis auf eine Dokumentationspflicht. Zu beachten ist hier aber auch der historische Hintergrund. Es handelt sich um eine Zeit, in der ein Großteil der österreichischen Bevölkerung des Schreibens nicht mächtig war. Es war also praktisch unmöglich, von den Pflegenden am Krankenbett eine schriftliche Dokumentation zu verlangen.<sup>25</sup>

35 Jahre später, im Jahr 1831, stand in den „Verhaltens-Vorschriften“, dass die Anzahl der Stuhlgänge und des Erbrechens auf den Bett-Tafeln mit Zeichen vermerkt werden müssen. Es handelt sich hierbei um eine erste Form der Pflegedokumentation.<sup>26</sup>

Erste Hinweise für eine Dokumentationspflicht in Bezug auf die Visite gibt es in der „Dienstanweisung für das Wartpersonal des k. k. allgemeinen Krankenhauses“ aus dem Jahr 1870.<sup>27</sup>

Es steht hier geschrieben:

*„Dienstwärterin ... hat alle Anordnungen für die nächste Dienstperiode in Empfang zu nehmen und nach Erforderniß durch passende Zeichen mit Kreide an der Kopftafel anzumerken.“<sup>28</sup>*

Auch im Jahr 1906 lässt sich in der Dienstanweisung die Pflicht zu dokumentieren finden. Hier wurde aber nicht mehr auf den Kopftafeln, sondern bereits in einem „Vormerkbuch“ dokumentiert.<sup>29</sup>

---

<sup>25</sup> Vgl. Kozon & Mittermaier 2001, S. 8-11

<sup>26</sup> Vgl. Kozon & Mittermaier 2001, S. 11

<sup>27</sup> Vgl. Kozon & Mittermaier 2001, S. 12

<sup>28</sup> „Dienstanweisung“ aus dem Jahr 1870 in Kozon & Mittermaier 2001, S. 11

<sup>29</sup> Vgl. Kozon & Mittermaier 2001, S. 12

In der Dienstanweisung aus dem Jahr 1906 ist zu lesen:

*„Alle Anordnungen während der Visite hat sie aufmerksam zu verfolgen und in einem Vormerkbuche zu verzeichnen, um sie der im Dienst folgenden Pflegerin zu übermitteln.“<sup>30</sup>*

Des Weiteren wird in der Dienstanweisung von 1906 auch schon ansatzweise auf die Inhalte der Dokumentation eingegangen.

*„Die Pflegerin hat die ihrer Obhut anvertrauten Kranken aufmerksam zu beobachten, damit sie dem Arzte über alle Veränderungen im Befinden, über alle Vorfälle (Krämpfe, Delirien, Blutungen, Erstickungsanfälle, Erbrechen usw.) wahrheitsgetreu berichten kann. Wenn es angeordnet wird, sind die Wahrnehmungen schriftlich aufzuzeichnen. ...Jede Messung wird auf der bestimmten Tabelle notiert und danach die Temperaturkurve angelegt.“<sup>31</sup>*

Ein sogenanntes „Rapportbuch“ war bis in die Siebziger Jahre des 20. Jahrhunderts die nahe zu einzige schriftliche Kommunikation zwischen den Pflegenden. In diesem Buch wurden aber nur relativ wenige pflegerisch relevante Punkte dokumentiert. Hauptsächlich gab es in diesen Büchern Vermerke vom Hauptdienst über therapeutische Maßnahmen, die dann die Pflegepersonen auszuführen hatten. Es handelte sich hierbei zum Beispiel um Anweisungen zu Medikation oder Verbandwechsel.<sup>32</sup>

Im Jahr 1967 wurden, ausgehend von den USA, erstmals wissenschaftliche Studien über Pflegedokumentation auch in Europa bekannt. Angeregt durch diese wissenschaftlichen Studien legte die WHO ein mittelfristiges Programm für die Gesundheits- und Krankenpflege sowie für das Hebammenwesen in Europa fest mit dem Ziel, dass zwischen den Jahren 1976 und 1983 in allen europäischen Ländern die Pflegedokumentation einzuführen ist.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> „Dienstanweisung“ aus dem Jahr 1906 in Kozon & Mittermaier 2001, S. 12

<sup>31</sup> „Dienstanweisung“ aus dem Jahr 1906 in Kozon & Mittermaier 2001, S. 13

<sup>32</sup> Vgl. Kozon & Mittermaier 2001, S. 14

<sup>33</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 63

### 3.2. Die Entwicklung der Pflegedokumentation in den Anstalten der Steiermärkischen KAGes

Bereits seit 1974 beschäftigt sich in der Steiermark die ehemalige Rechtsabteilung 12, heute Fachabteilung 8B (Fachabteilung für Gesundheitswesen) und Fachabteilung 8A (Sanitätsrecht und Krankenanstalten), mit dem Thema der geplanten Dokumentation in der Pflege. Das LKH Leoben war die erste Anstalt der KAGes, in der bereits im Jahr 1974 erste Versuche zur Pflegedokumentation durchgeführt wurden. Diese Versuche erzielten jedoch damals noch keine bedeutenden Erfolge. Es gab zunächst noch zu große strukturelle Defizite, wie etwa Aufbau der Dokumentationsmappen, die behoben werden mussten. Die Pflegepersonen mussten auch erst vom Sinn der Pflegedokumentation überzeugt werden. Weiters gab es unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern Bedenken, dass diese Dokumentationsarbeit zu einer möglichen Mehrbelastung führen könnte. Diese Bedenken und die strukturellen Defizite mussten also zunächst in Angriff genommen werden. Jedoch wurde in diesen Jahren bereits die Verantwortung über die Führung der Pflegedokumentation im Kompetenzbereich der Pflegedienstleitung verankert.<sup>34</sup>

Bei der Auftaktkonferenz für die Pflegedienstleitungen der Landeskrankenanstalten der Steiermark, die im Frühjahr 1986 statt fand, wurde beschlossen, einen Arbeitskreis zu bilden. Dieser Arbeitskreis sollte sich aus Pflegepersonen aus unterschiedlichen Bereichen zusammensetzen. Vertreten waren Pflegedienstleitungen, Ober-schwwestern/pfleger, Stationsleitungen, Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und auch Lehrer / innen der Gesundheits- und Krankenpflege.<sup>35</sup>

*„Ziel dieses Arbeitskreises war die praktische Umsetzung der Pflegeplanung /Pflegedokumentation nach den Schritten des Pflegeprozesses in den steirischen Krankenanstalten.“<sup>36</sup>*

Als Basis für die Pflegedokumentation wurde von den Führungskräften der Pflege in der KAGes das Modell des Lebens von Nancy Roper et al., als eines der im deutschen Sprachraum am weitesten verbreiteten Pflegemodelle, herangezogen.<sup>37</sup>

---

<sup>34</sup> Vgl. a. a. O., S. 64

<sup>35</sup> Vgl. ebenda

<sup>36</sup> ebenda

<sup>37</sup> Vgl. ebenda

Im Jahr 1987 wurde das Ziel einer steiermarkweit einheitlichen Pflegedokumentation durch einen Vorstandsbeschluss noch einmal gefestigt:

*„Es ergeht daher seitens des Vorstandes der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H an die Pflegedienstleitungen der Auftrag, auf eine einheitliche und gute Pflegedokumentation hinzuwirken“.*<sup>38</sup>

Um eine einheitliche, autonome Implementierung von Pflegedokumentationen / Pflegeplanungen in allen Anstalten der Steiermärkischen KAGes zu ermöglichen, wurde im Jahr 1994 das „Konzept der Multiplikatoren für Pflegeplanung / Pflegedokumentation“ entwickelt, in welchem gezielte Schulungen von diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen zu diesem Thema vorgesehen waren.<sup>39</sup>

Nachdem der Vorstand dieses Konzept genehmigt hatte, wurde beschlossen, dass aus jedem Standardkrankenhaus eine diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson, aus den Schwerpunktkrankenhäusern drei und aus dem Univ. Klinikum Graz vier Multiplikatoren an dieser Ausbildung teilnehmen sollten.

Der Aufgabenbereich der Multiplikatoren wurden von Herrn Hofrat Dir. Dr. Thanner im Dezember 1997 in einer Betriebsmitteilung an alle Pflegedienstleitungen, folgendermaßen beschrieben:

*„Aufgabe der Multiplikatoren ist es, den Mitarbeitern aus der Pflege bei der Durchführung einer einheitlichen und qualitativ guten Pflegedokumentation zur Seite zu stehen sowie in gemeinsamen Absprachen eine Weiterentwicklung der Pflegeplanung und Pflegedokumentation vorzubereiten“.*<sup>40</sup>

24 diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen nahmen im Jahr 1995 an ersten Schulungen, welche jeweils fünf Tage dauerten und in zwei Gruppen aufgeteilt waren, teil.<sup>41</sup> Die Schwerpunkte der Schulungen waren:

- Pflegemodelle und Pflege-theorien
- Modell des Lebens nach N. Roper et al.
- Der Pflegeprozess

---

<sup>38</sup> ebenda

<sup>39</sup> Vgl, a. a. O., S. 65

<sup>40</sup> Thanner 09.12.1997, Betriebsmitteilung

<sup>41</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 65

- Medieneinsatz und Präsentationstechniken
- Methodische und didaktische Aufbereitung von Schulungen
- Bearbeitung von Fallbeispielen
- Rechtsvorschriften bezüglich Pflegeplanung und Pflegedokumentation<sup>42</sup>

Im selben Jahr erfolgte eine erste Basisevaluierung in den Anstalten der KAGes, um die Erfolge der Schulungsmaßnahmen der Multiplikatoren beurteilen zu können. Neben Fragen zur Pflegeplanung und Pflegedokumentation beinhaltete der Evaluierungsbogen auch Fragen zu den Bereichen Pflegesysteme und Organisation.<sup>43</sup>

Im Frühjahr 1996 wurden für jede Gruppe jeweils viertägige Follow up Veranstaltungen, abgehalten. Weiters wurden für alle fertig ausgebildeten Multiplikatoren in den Jahren 1997 und 1998 dreitägige Fortbildungen durchgeführt.

Jährlich zwei Multiplikatorentreffen, welche von der Abteilung Pflege geleitet werden, finden seit Oktober 1998 statt. Durchschnittlich nehmen an diesen Treffen jeweils 40 Personen teil.<sup>44</sup>

Im Herbst 2001 wurde allen Multiplikatoren der Steiermärkischen KAGes erstmals die Möglichkeit geboten, die praktische Umsetzung der EDV-Pflegedokumentation im Echtbetrieb kennen zu lernen und als Gast an fünf vereinbarten Terminen an der Univ. Klinik für HNO beizuwohnen.<sup>45</sup>

---

<sup>42</sup> a. a. O., S. 65-66

<sup>43</sup> Vgl. a. a. O., S. 66

<sup>44</sup> Vgl. ebenda

<sup>45</sup> Vgl. ebenda

## 4. Der Pflegeprozess

Seinen Ursprung hat der Begriff „Prozess“ vom lateinischen Wort „processus“ und kann frei mit den Worten „Vorgang“ oder „Verlauf“ übersetzt werden.<sup>46</sup>

Es gibt viele unterschiedliche Definitionen des Begriffs Prozess. Der Prozess wird etwa als Ablauf beschrieben. Hierbei handelt es sich bei einem Prozess, um den Fluss beziehungsweise die Transformation von Material, Informationen, Operationen und Entscheidungen.<sup>47</sup>

Eine weitere Definition sieht den Prozess als eine Abfolge von einzelnen Tätigkeiten, die zu bestimmten Zeitpunkten beziehungsweise durch zuvor definierte Ereignisse beginnen oder ausgelöst werden (Prozessbeginn) und dann bei einem erklärten Ende (Prozessende) zu einem messbaren Ergebnis führen beziehungsweise führen sollten.<sup>48</sup> Jeder Prozess lässt sich in eine Folge von Aktivitäten zerlegen. Die Anreihung der Aktivitäten muss jedoch nicht zwingend erfolgen, sondern es können auch Verzweigungen enthalten sein.<sup>49</sup>

Beim Pflegeprozess jedoch wird eine Methode dargestellt, mit deren Hilfe die Handlungsabläufe der Pflege auf der Basis eines pflegephilosophischen Modells systematisiert und strukturiert werden. Es wird hier auf den Problemlösungsprozess aufgebaut, auch wenn er hier weniger der Lösung von Problemen dient, sondern viel mehr der Erreichung von Zielen. Der Pflegeprozess wird meist als Reihenfolge von Teilschritten dargestellt, die in einer vordefinierten Richtung in einer Kreis- oder Spiralform als sogenannter Regelkreis unumkehrbar ist.<sup>50</sup>

Die einzelnen Schritte des Regelkreises beschreiben, wie ein Problem erkannt, aufgegriffen und in weiterer Folge bearbeitet werden kann.<sup>51</sup>

Nach Garms-Homolova und Niehörster sind die Aufgaben des Pflegeprozesses:

- Information über den Klienten sammeln,
- Probleme und Ressourcen identifizieren,
- angemessene Pflegeziele festlegen,

---

<sup>46</sup> Vgl. Wahrig-Burfeind 2007, S. 817-818

<sup>47</sup> Vgl. Kruse 2009, S. 52

<sup>48</sup> Vgl. ebenda

<sup>49</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 14

<sup>50</sup> Vgl. Schär 2003, S. 9

<sup>51</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 7

- erforderliche Pflegemaßnahmen planen,
- die Durchführung dieser Maßnahmen dokumentieren
- und die Ergebnisse überprüfen.<sup>52</sup>

Eine Definition des Pflegeprozesses von Ammenwerth, Eichstädter und Schrader lautet:

*„Beim Pflegeprozess handelt es sich also um eine systematische, dynamische Methode der Krankenpflege, um einen kontinuierlichen Prozess, der bei der Aufnahme beginnt und bei der Entlassung endet.“<sup>53</sup>*

Je nach Modell variiert die Anzahl der Schritte des Pflegeprozess. Es gibt vier-, fünf- oder auch sechsstufige Modelle.<sup>54</sup>

In Österreich ist das sechsstufige Modell von Fiechter und Maier das meist verbreitete. Es kann allerdings hier mit den im 14§ GuKG Absatz 2 verwendeten Begriffen nach heutigen Erkenntnissen zu Missverständnissen kommen. Im GuKG wird die „Pflegeanamnese“ beschrieben, gemeint ist hier eigentlich das Pflegeassessment. Auch der im GuKG (§14) verwendete Begriff der „Pflegeplanung“ umfasst zwei der sechs Prozessschritte und zwar die Formulierung des Pflegeziels/-ergebnisses und die Planung pflegerischer Maßnahmen.<sup>55</sup> Mehr zum sechsstufigen Pflegeprozess im Unterkapitel „Der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und Maier“.

#### **4.1. Das vierstufige Modell von Yura und Walsh**

Das Modell, welches bereits in den sechziger Jahren Einzug in die Publikationen der WHO fand,<sup>56</sup> ist das aus dem Jahr 1967 stammende, vierstufige Modell von Yura und Walsh.<sup>57</sup> Als erster Schritt ist bei diesem Modell das Assessment von Patienten/innen, Familien oder Gemeinden, in dem der Pflegebedarf und die vorhandenen Ressourcen erhoben werden.<sup>58</sup> Zunächst kommt es also zu einer Informationssammlung.<sup>59</sup> Mit Hilfe der gesammelten Informationen kann eine Pflegeplanung (2. Schritt) erfolgen, in der die Ziele und Maßnahmenplanung zusammengefasst werden. Im drit-

<sup>52</sup> Garms-Homolova & Niehörster 1998, in Steffan 2006, S. 15

<sup>53</sup> Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

<sup>54</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 7

<sup>55</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 8

<sup>56</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 8

<sup>57</sup> Yura & Walsh 1988, S. 2

<sup>58</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 8

<sup>59</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

ten Schritt kommt es bei diesem Modell zur Durchführung, also zur Implementierung des Pflegeplans. Als letzter Schritt (4. Schritt) dieses Modells kommt es zur Kontrolle beziehungsweise Evaluierung.<sup>60</sup>

## 4.2. Das fünf Stufen Modell von Gordon

Im fünf Stufen Modell von Gordon wird der Pflegeprozess in zwei Hauptkomponenten unterteilt. Es handelt sich hierbei um die Problemidentifikation und die Problemlösung.<sup>61</sup> Das Assessment und die Diagnose gehören zur Komponente der Problemidentifikation. Die weiteren drei Schritte, Pflegezielbestimmung, Intervention und Ergebnisbewertung sind Teile der Problemlösungskomponente.<sup>62</sup>

## 4.3. Der sechsstufige Pflegeprozess nach Fiechter und Maier

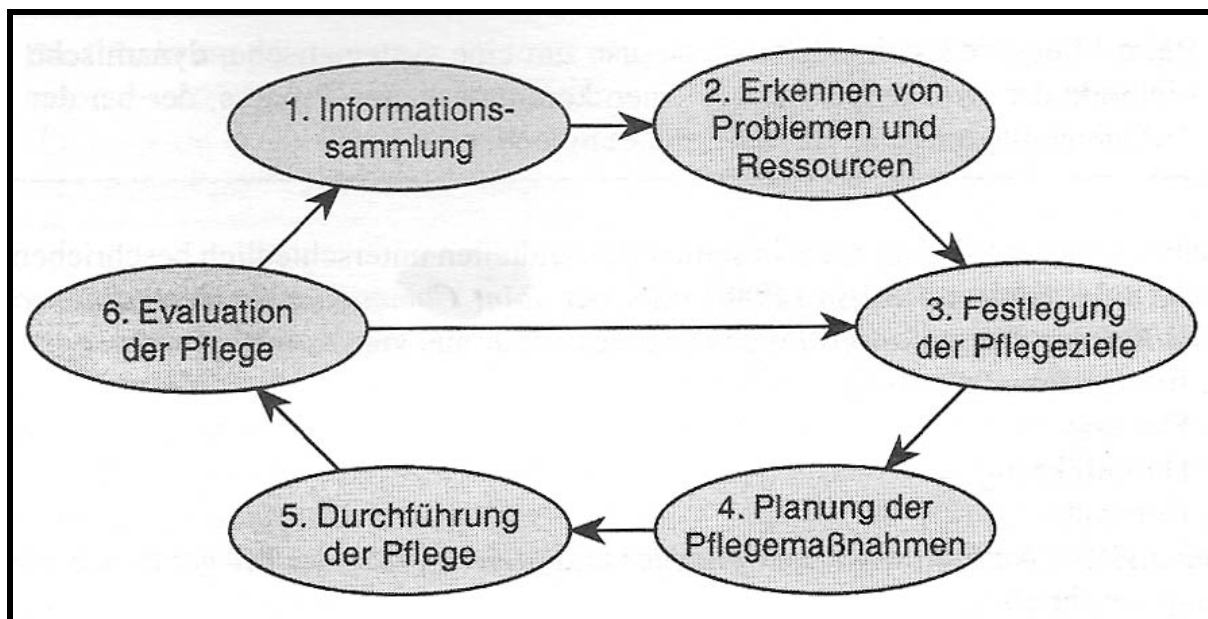


Abb. 1: Der Pflegeprozess nach Fiechter und Meier (1985)<sup>63</sup>

<sup>60</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 8

<sup>61</sup> Vgl. Gordon 1987, S. 22

<sup>62</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 8

<sup>63</sup> Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 22

Der in Österreich weitverbreitete sechsstufige Pflegeprozess wurde 1981 in einer der ersten deutschsprachigen Publikationen von Fiechter und Meier<sup>64</sup> folgendermaßen beschrieben:

#### **4.3.1. Erster Schritt des Pflegeprozess**

Der erste Schritt des Pflegeprozess ist die Informationssammlung bzw. das Pflegeassessment oder Pflegeanamnese wie sie im GuKG (§14) genannt wird. Es findet im Rahmen des Eintritts- oder Erstgespräches statt und wird bei Bedarf bei weiteren Treffen vervollständigt.<sup>65</sup> Wichtig ist hier allgemein, dass die Informationssammlung nach der ersten Erhebung nicht beendet ist, sondern über den gesamten Krankenhausaufenthalt andauert.<sup>66</sup> „Die Einschätzung des Patienten ist ein kontinuierlicher Prozess, der bei der ersten Begegnung mit dem Patienten beginnt und den ganzen Krankenhausaufenthalt andauert“.<sup>67</sup>

Ziel des Pflegeassessment ist es, durch Kommunikation, Beobachtung und eine physische Beurteilung,<sup>68</sup> an grundlegende Informationen zum/zur Patienten/Patientin, wie etwa Stammdaten, medizinische Diagnosen, Krankheitsvorgeschichten, Behinderungen, Fähigkeiten sowie an weitere pflegerisch relevante Daten zu gelangen.<sup>69</sup>

#### **4.3.2. Zweiter Schritt des Pflegeprozess**

Der zweite Schritt behandelt die Probleme und Ressourcen des/der Patienten/Patientin. Dieser Schritt ist der Schritt der Pflegediagnostik. Es werden die im Rahmen des Assessment gesammelten Daten mit dem vorhandenen (Fach-)Wissen und der jeweiligen Situation systematisch zusammengestellt und beurteilt. Daraus werden die möglichen Pflegediagnosen abgeleitet. In Österreich werden Pflegediagnosen häufig mit Hilfe des sogenannten PÄS-Systems (im englischen PES genannt) gestellt. Die Konstruktion geschieht durch die Beschreibung des **P**roblems (Pflegediagnosetitel), den zugrunde liegenden Ursachen (**Ä**tiologie) und den **S**ymptomen. An

---

<sup>64</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 8

<sup>65</sup> Vgl. a. a. O., S. 10

<sup>66</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 11

<sup>67</sup> Brobst et al. 2007, in Steininger 2007, S. 11

<sup>68</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 11

<sup>69</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

PÄS angeschlossen wird dann meist noch ein „R“, welches für die Abbildung der Ressourcen steht.<sup>70</sup>

Eine Definition von Pflegediagnosen lautet:

*„Pflegediagnosen stellen eine klinische Beurteilung der Reaktionen eines Individuums, einer Familie oder einer Gemeinde auf aktuelle oder potenzielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse dar. Pflegediagnosen bilden die Grundlage für die Auswahl pflegerischer Interventionen, um Ziele zu erreichen, für welche die Pflegekraft verantwortlich ist.“<sup>71</sup>*

### **4.3.3. Dritter Schritt des Pflegeprozess**

Im dritten Schritt des sechsstufigen Modells nach Fiechter und Maier geht es um das Festlegen der pflegerischen Ziele. Diese Pflegeziele werden auf den vorher erkannten Problemen und Ressourcen aufgebaut.<sup>72</sup> Sie geben die Richtung der Pflege vor. Bei der Formulierung der Ziele müssen einige Regeln beachtet werden. Es ist wichtig, dass die Ziele für alle Beteiligten relevant, eindeutig, klar, nachvollziehbar und verständlich sind. Ziele müssen immer mit Hilfe von bewertbaren Größen (Indikatoren) messbar sein. Sie dürfen nicht unrealistisch sein, müssen also erreichbar sein und es muss ein Zeitpunkt angegeben werden, bis wann das Ziel erreicht werden sollte.<sup>73</sup>

### **4.3.4. Vierter Schritt des Pflegeprozess**

Die vierte Phase des Pflegeprozesses ist die Planung der pflegerischen Maßnahmen. Die Planung wird auf den in Phase drei festgelegten Pflegezielen aufgebaut.<sup>74</sup> Für eine erfolgreiche Umsetzung der Maßnahmen (5. Schritt) ist eine präzise Beschreibung bei der Planung unbedingt notwendig.<sup>75</sup>

---

<sup>70</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 13-14

<sup>71</sup> Carroll-Johnson 1993, in Gordon & Bartholomeyczik, 2001, S. 13

<sup>72</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

<sup>73</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 16

<sup>74</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

<sup>75</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 19

#### **4.3.5. Fünfter Schritt des Pflegeprozess**

Der fünfte Schritt ist die Durchführung der geplanten pflegerischen Maßnahmen<sup>76</sup> – „also das konkrete Handeln“<sup>77</sup>. Neben der Übernahme von Handlungen umfassen die Pflegemaßnahmen auch das kontinuierliche Beobachten, Dokumentieren und Analysieren von Daten, die Weitergabe von Informationen als auch die Koordination und Organisation von Prozessen.<sup>78</sup> Es soll also immer die aktuelle Situation des/der Patienten/Patientin beobachtet und analysiert werden, damit bei Veränderungen die Pflegepersonen sofort reagieren können und die weitere Pflegeplanung dementsprechend anpassen können. In einem Durchführungsnachweis werden alle erledigten pflegerischen Maßnahmen zusätzlich dokumentiert oder abgezeichnet.<sup>79</sup>

#### **4.3.6. Sechster Schritt des Pflegeprozess**

Die sechste und somit letzte Phase des Pflegeprozesses ist die Pflegeevaluation. Es wird die Wirkung der Pflegeinterventionen auf den/die Patienten/Patientin beurteilt.<sup>80</sup> Genauer gesagt, soll eine Vergleichs - oder Abweichanalyse zwischen den in Schritt drei formulierten Pflegezielen und dem Ergebnis erfolgen.<sup>81</sup> Mit Hilfe der Evaluation lässt sich feststellen, inwieweit der/die Patient/Patientin auf die gesetzten Maßnahmen reagiert hat, beziehungsweise kann festgestellt werden, in welchem Ausmaß die Pflegeplanung (Diagnose, Ziel, Maßnahme) in diesem Fall richtig gewesen ist. Somit kann der Schluss gezogen werden, dass die Pflege nur evaluiert werden kann, wenn diese vorher geplant und dementsprechend umgesetzt und dokumentiert wurde.<sup>82</sup>

---

<sup>76</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

<sup>77</sup> Steininger 2007, S. 16

<sup>78</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 19

<sup>79</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 17

<sup>80</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 21

<sup>81</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 18

<sup>82</sup> Vgl. Steininger 2007, S. 17

PP nach Yura & Walsh (1967)	PP nach Fiechter und Maier (1981)	PP nach Gordon (1994)	GuKG (1997)	
Assessment	Informationssammlung	Problem-identifikation	Assessment	Pflegeanamnese
	Erkennen von Problemen und Ressourcen		Diagnose	Pflegediagnose
Planung	Festlegen der Pflegeziele	Problemlösung	Pflegezielbestimmung	Planung der Pflege
	Planen der Pflegemaßnahmen		Interventionen	
Implementieren	Durchführen der Pflegemaßnahmen		Ergebnisbewertung	Durchführung der Pflegemaßnahmen
Evaluierung/ Feedback	Beurteilung der Pflege			Pflegeevaluation

**Tabelle 1:** Phasenmodelle des Pflegeprozesses (PP) und Abbildung im GuKG<sup>83</sup>

<sup>83</sup> GÖG/ÖBIG-eigene Darstellung in Rappold et al. 2009, S. 9

## **5. Pflegedokumentation und dokumentengerechte Schreibweise**

### **5.1. Pflegedokumentation als Urkunde**

Da Pflegedokumentationen Urkunden sind, gelten sie als rechtsgültiger Beweis für die geleistete Pflege. In zivil- oder strafrechtlichen Verfahren wird die Pflegedokumentation zur Klärung von zum Beispiel Unterlassung, Körperverletzung oder Kunstfehlern herangezogen. Hierbei zeigt sich die Wichtigkeit und der hohe Stellenwert der Pflegedokumentation.

Sämtliche Inhalte einer Pflegedokumentation unterliegen den Bestimmungen des Datenschutzes. Sie darf nur von befugten Personen eingesehen werden. Als befugte Personen gelten: der/die Patient/in, Bewohner/in, Klient/in, deren gesetzlichen Vertreter/innen beziehungsweise von ihnen ermächtigte Personen sowie die Vertreter/innen der behandelnden Berufsgruppen. Bei der Pflegedokumentation gilt gegenüber Dritten die Verschwiegenheitspflicht. Auch bei der Aufbewahrung muss darauf geachtet werden, dass die Bestimmungen des Datenschutzes erfüllt werden. Sämtliche Bestimmungen gelten sowohl für handschriftliche Dokumentationen als auch für elektronische.<sup>84</sup>

### **5.2. Dokumentengerechte Schreibweise**

In Pflegedokumentationen müssen Sachverhalte kurz prägnant, logisch, nachvollziehbar und wertfrei bzw. wertneutral formuliert werden. Sämtliche Eintragungen müssen mit Datum, Uhrzeit sowie dem Handzeichen der Pflegeperson versehen werden. Wie bereits erwähnt wurde, handelt es sich bei der Pflegedokumentation um eine Urkunde. Das bedeutet, dass auch eine dokumentengerechte Schreibweise verlangt wird.<sup>85</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 4

<sup>85</sup> Vgl. ebenda

- *Es dürfen nur dokumentenechte Schreibgeräte verwendet werden (u. a. blauer/ schwarzer Kugelschreiber, keine Leuchtstifte);*
- *Korrekturen müssen nachvollziehbar sein, d. h. Durchstreichen der betreffenden Stelle und mit Datum und Handzeichen versehen;*
- *Es darf nicht überschrieben, überklebt, auseinandergeschnitten, zusammengeklebt, ausgelackt (u. a. Tipp-ex) werden;*
- *Bei der Verwendung von Abkürzungen muss ein organisationsspezifisch definiertes Abkürzungsverzeichnis angelegt werden;*
- *Es muss in der Organisation/Institution eine aktuelle Handzeichenliste aufliegen;*
- *Leerzeilen/-Spalten müssen im Pflegebericht entwertet sein;*
- *In der Pflegeplanung können Zeilen für die Aktualisierung freigelassen werden. Z. B. wenn eine Ursache für das Pflegeproblem entdeckt wird, kann diese mit Datum und Handzeichen an gegebenem Ort nachgetragen werden.<sup>86</sup>*

---

<sup>86</sup> a. a. O., S. 4-5

## 6. Dokumentationsfehler und Probleme bei der konventionellen Pflegedokumentation

Neben der, im vorangegangenen Kapitel erwähnten möglichen Nichteinhaltung der dokumentengerechten Schreibweise, können aber noch andere Dokumentationsfehler bzw. Probleme besonders bei der konventionellen Pflegedokumentation auftreten. Dokumentationsfehler können negative Auswirkungen auf die Pflegequalität des/der Patienten/innen haben, weiters kann durch Dokumentationsfehler die Glaubwürdigkeit der Pflegedokumentation in rechtlichen Angelegenheiten in Frage gestellt werden.<sup>87</sup>

Aufgrund dieser Tatsachen, werden in diesem Kapitel die typischen Problemfelder aufgezeigt.

- **Unvollständige Dokumentationen / lückenhafte Aufzeichnungen**

Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Pflegedokumentationen im Bezug auf die Informationssammlung, die Probleme und Ressourcen des/der Patienten/in, die getroffenen Maßnahmen, die Evaluation der Pflegeinterventionen als auch der Pflegeberichte häufig unvollständig sind.<sup>88</sup> Es kann vorkommen, dass z. B. einmalig gesetzte Pflegemaßnahmen oder auch pflege- und behandlungsrelevante Beobachtungen nicht dokumentiert werden.<sup>89</sup> Ebenfalls zu einer Unvollständigkeit kann es kommen, wenn die Dokumentation nicht zeitnahe, sondern erst verspätet, aus dem Gedächtnis heraus, geschrieben wird. Die Kontinuität und Nachvollziehbarkeit der Dokumentation muss immer gegeben sein. Besonders problematisch wird es, wenn es zu einer Unvollständigkeit bei der Datierung bzw. bei der persönlichen Unterschrift des jeweiligen Verantwortlichen kommt. Es ist dann im Nachhinein nicht mehr möglich festzustellen, wann und wer etwas unternommen bzw. nicht unternommen hat.<sup>90</sup> Im Falle eines Rechtsstreites können diese unvollständigen Pflegedokumentationen

---

<sup>87</sup> Vgl. a. a. O., S. 5

<sup>88</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 27

<sup>89</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 5

<sup>90</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 27-28

tionen negative Konsequenzen für die verantwortlichen Pflegepersonen haben.<sup>91</sup>

- **Dokumentation von subjektiven Ansichten und Deutungen**

Beim Dokumentieren sind sämtliche persönlichen Ansichten und Deutungen zu vermeiden. Es sollen nur primär Tatsachen, behandlungsrelevante Parameter, objektive Beobachtungen und Aussagen von Patienten/innen dokumentiert werden.<sup>92</sup>

- **Eintragungen von unklaren, nichts aussagenden oder mehrdeutigen Beobachtungen und Informationen**

Eintragungen ohne konkreten und aussagekräftigen Inhalt sind zu vermeiden. Dazu zählen z. B. Eintragungen wie „*der Patient hat schlecht geschlafen*“ oder „*hatte einen guten Tag*“.<sup>93</sup>

- **Sachlich falsche Verwendung der Dokumentationssysteme**

Bei konventionellen Systemen ist ein häufig beobachteter Fehler, dass vorgegebene Formulare nicht den Bestimmungen entsprechend angewendet werden. Es kann vorkommen, dass Felder der Formulare nicht richtig ausgefüllt oder genutzt werden. So kann es passieren, dass etwa Maßnahmen in der Problemspalte eingetragen werden.<sup>94</sup>

- **Unleserliche Eintragungen**

Gerade bei der handschriftlichen Dokumentation passiert es immer wieder, dass manche Eintragungen unleserlich sind. Auch die Verwendung von unbekanntem Begriffen kann hier zu großen Problemen führen.<sup>95</sup>

- **Ungenügende Verfügbarkeit der Dokumentationsunterlagen für alle Berufsgruppen**

Im klinischen Alltag kommt es oft zu Engpässen bei der Nutzung von Dokumentationen, da mehrere Personen aus verschiedenen Berufsgruppen gleich-

---

<sup>91</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 5

<sup>92</sup> Vgl. ebenda

<sup>93</sup> ebenda

<sup>94</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 27

<sup>95</sup> Vgl. Rappold et al. 2009, S. 5

zeitig auf dieselben Dokumente zugreifen müssen. Deshalb haben manche Berufsgruppen z.B. bei Visiten oder Untersuchungsgängen die Dokumentation nicht vorliegend. Dieses Problem tritt bei der konventionellen Dokumentation häufig auf, da es sich bei dieser Dokumentation um ein Unikat handelt, welches sich jeweils immer nur an einem Ort befinden kann.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 28

## 7. Vorteile und Risiken der EDV-gestützten Pflegedokumentation

Neben vielen Vorteilen gibt es auch einige Risiken bei der Benutzung von elektronischen Pflegedokumentationssystemen. Die Risiken lassen sich aufteilen in nutzerbedingte Risiken und in durch die Technik selbst entstehenden Risiken.<sup>97</sup> Im Folgenden wird nun auf die Vorteile und auf die Risiken beim Einsatz von EDV-gestützten Pflegedokumentationssystemen eingegangen.

### 7.1. Vorteile der EDV-gestützten Pflegedokumentation

An die EDV-gestützte Pflegedokumentation werden dieselben Erwartungen geknüpft wie an die handschriftliche, weiters wird aber auch erwartet, dass es beim Einsatz der EDV zu einer deutlichen qualitativen Verbesserung der Dokumentationen kommen wird. Es wird erhofft, dass die IT-gestützten Pflegedokumentationssysteme die im vorangegangenen Kapitel erwähnten Probleme der konventionellen Pflegedokumentation zu einem Großteil lösen.<sup>98</sup>

- Als eine der offensichtlichsten Vorteile der elektronischen Pflegedokumentation verglichen mit einer handschriftlichen ist mit Sicherheit die Lesbarkeit. Somit wäre das Problem von unlesbaren Eintragungen gelöst.
- Das Problem der Unvollständigkeit kann durch die EDV auch zu einem großen Teil gelöst werden. So kann das System durch Nachfrage- und Aufforderungsmechanismen den/die Benutzer/in aufmerksam machen notwendige Eintragungen zu erledigen. Folglich können auch alle Eintragungen automatisch mit einem Zeitstempel versehen werden und können auch immer dem/der jeweiligen/n Verfasser/in zugeordnet werden.
- Formulierungsschwierigkeiten können ebenfalls erheblich verringert werden. Dies ist möglich, wenn im System bereits Leistungskataloge oder Textbausteine

---

<sup>97</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 47

<sup>98</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 28

ne vorgegeben sind. Die Verwendung einer vorgegebenen und präzisen Fachsprache,<sup>99</sup> führt zu einer Steigerung der Qualität der Pflege. Weiters lässt sich auch die Plausibilität der erfassten Daten mit Hilfe der EDV kontrollieren.<sup>100</sup>

Des Weiteren können alle benötigten Formulare im System hinterlegt werden, wodurch es zu einer Entlastung bei Verwaltungstätigkeiten der Pflegekräfte kommt. Durch die damit verbundene Zeitersparnis kann mehr Zeit für die direkte Pflege am Patienten bzw. an der Patientin investiert werden.<sup>101</sup>

- Bei der Verwendung von IT-gestützten Pflegedokumentationen bietet sich die Integration von Leitlinien bzw. auch von so genannten „Clinical Pathways“ an. Durch diese Integration lässt sich der Planungsaufwand erheblich reduzieren, da das System automatisch bei der Planung die jeweils erforderliche Individualisierung des für den/die Patienten/in in Frage kommenden „Clinical Pathways“ heraus filtert.<sup>102</sup>
- Das Problem der handschriftlichen Dokumentation, dass sie nicht jederzeit für alle Berufsgruppen zur Verfügung steht, gibt es bei der elektronischen Dokumentation nicht. Der Vorteil ist, dass die IT-gestützte Dokumentation von verschiedenen Orten aus von mehreren Personen gleichzeitig aufgerufen und eingesehen werden kann.<sup>103</sup> Es können dadurch Wartezeiten für den Zugriff auf Patientendaten entfallen, was zu einer erheblichen Erleichterung der täglichen Arbeitsroutine führt und auch die berufsübergreifende Kommunikation fördert.<sup>104</sup>

---

<sup>99</sup> Vgl. ebenda

<sup>100</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 48

<sup>101</sup> Vgl. a. a. O., S. 47

<sup>102</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 29

<sup>103</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 47

<sup>104</sup> Vgl. Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 30

## 7.2. Risiken und Probleme bei der elektronischen Pflegedokumentation

Neben der großen Anzahl von Vorteilen der elektronischen Pflegedokumentation gibt es aber auch einige Risiken, die auf keinen Fall ignoriert werden dürfen.

Die Risiken können in zwei Gruppen unterteilt werden. Zum einen wären hier die Risiken, die durch den Anwender, also durch den Menschen der mit der Technik umgehen muss, entstehen und zum anderen sind es die Risiken, die durch die Technik selbst entstehen. Zu den Technik bedingten Risiken zählen z. B. hohe Anschaffungs- oder Wartungskosten.<sup>105</sup>

### 7.2.1. Anwenderbedingte Risiken

Ein Nachteil ist unter anderem, dass sich bei vordefinierten Pflegeplänen die Pflegekräfte zu sehr auf das System verlassen bzw. sich davon abhängig machen. Es kann also zu einer unreflektierten Übernahme von vordefinierten Pflegeplänen ohne Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse des/der Patienten/inne kommen.<sup>106</sup> Zu diesem Phänomen schreibt Trill, dass die *„Gefahr beim Umgang mit Expertensystemen (...) unter Umständen in der Bequemlichkeit des Menschen liegt(t), die uns allen nicht ganz fremd ist.“*<sup>107</sup> Diese Tatsache kann zu nachteiligen Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen führen.<sup>108</sup>

Ein weiteres Problem kann auch die mangelnde Akzeptanz des Systems durch die Anwender sein. Bergen schreibt dazu, *„ein EDV-System funktioniert um so schlechter, je weniger es von den Anwendern akzeptiert wird.“*<sup>109</sup> und Goosen behauptete 1998: *„Viele Pflegende haben wenig Interesse am Umgang mit dem Computer.“*<sup>110</sup> Goosens Behauptung sollte aber, nach über zehn Jahren, in der heutigen Zeit nicht mehr so eine bedeutende Rolle spielen, nachdem Computer mittlerweile zu einem Bestandteil des alltäglichen Lebens geworden sind.

---

<sup>105</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 48

<sup>106</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 49

<sup>107</sup> Trill 1993, S. 117 in Steffan 2006, S. 49

<sup>108</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 49

<sup>109</sup> Bergen 1996, S. 75 in Steffan 2006, S. 49

<sup>110</sup> Goosen 1998, S. 41 in Steffan 2006, S. 49

Auch die Ängste der Benutzer spielen eine Rolle und müssen beachtet werden. Es besteht z. B. die Angst, dass durch das neue System und die dadurch resultierende höhere Effektivität das bisherige Arbeitsvolumen durch weniger Personal erledigt werden kann.<sup>111</sup> Es kann damit die Angst des Arbeitsplatzverlustes verbunden sein. Im Gegenzug gibt es aber auch die Befürchtung, dass durch den IT Einsatz die administrativen Aufgaben zunehmen und damit noch mehr pflegefremde Aufgaben erfüllt werden müssen.<sup>112</sup>

Es kann auch vorkommen, dass durch vermeintlich mangelhaft funktionierende Technik eine Doppeldokumentation nach der alten Praktik parallel geschrieben wird. Diese Doppel- oder Zusatzdokumentationen führen konkret zu einer administrativen Mehrbelastung der Pflegekräfte.<sup>113</sup>

Besonders bei älteren Mitarbeitern/innen besteht unter Umständen auch die Angst der Überforderung durch die Technik und die neuen Verfahrensweisen. Sie haben Angst, sich zu blamieren, was in weiterer Folge häufig zu einem Verlust der Arbeitsfreude führen kann.<sup>114</sup>

Die durch den IT Einsatz entstandene Transparenz kann von den Angestellten mitunter auch als „unbequem“ und „bedrohlich“ empfunden werden.<sup>115</sup> Es wird befürchtet, dass es zu vermehrten Kontrollen und zu einer unbemerkten Überwachung kommen könnte.<sup>116</sup>

Ein weiteres Problem kann die Personalfuktuation sein. Wenn fachkundige, erfahrene Mitarbeiter die Einrichtung verlassen und nicht mehr zur Verfügung stehen, kann es sein, dass die verbleibenden Kollegen/innen nicht genug Zeit haben, sich intensiv und ausreichend mit dem EDV-System auseinander zu setzen und dadurch relativ schnell bei ihrer Arbeit an ihre Grenzen stoßen. Um dem gegenzuwirken, sind eine kontinuierliche Begleitung und Schulungen sehr wichtig.<sup>117</sup>

*„Im Bereich der Akzeptanz und Ängste der Mitarbeiter können viele Probleme durch ein gutes Projektmanagement reduziert werden. Eine überlegte und schrittweise Gestaltung der Änderungsprozesse sowie eine Einbeziehung aller betroffenen Mitarbeitergruppen reduziert Ängs-*

---

<sup>111</sup> Vgl. Lehnert 1995, S. 58 in Steffan 2006, S. 50

<sup>112</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 50

<sup>113</sup> Vgl. a. a. O., S. 55

<sup>114</sup> Vgl. a. a. O., S. 50

<sup>115</sup> Vgl. Lehnert 1995, S. 58 in Steffan 2006, S. 50

<sup>116</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 50

<sup>117</sup> Vgl. a. a. O., S. 51

*te und gewährleistet eine hohe Motivation der Mitarbeiter für die neue Technologie.*<sup>118</sup>

### **7.2.2. Technisch bedingte Risiken und mögliche Probleme**

Ein Problem bei der elektronischen Pflegedokumentation könnte sein, dass mehrere Pflegepersonen zur selben Zeit an fix installierten PC-Arbeitsplätzen Daten in die Pflegedokumentationen eingeben möchten. Durch die damit verbundenen Wartezeiten kann es zu einer Beeinträchtigung von Arbeitsabläufen kommen.<sup>119</sup> Dieses Problem könnte eventuell durch eine Erhöhung der Anzahl an PC-Arbeitsplätzen gelöst werden, jedoch könnte es in diesem Fall weiterhin zu einer zeitlichen Verzögerung bei der Eingabe der Dokumentation kommen. Die Pflegekraft muss hier immer erst zu einem Computer gehen und kann dann erst die Daten eingeben bzw. Informationen über den/die Patienten/in abfragen. Es kann auch hier zu einer Art Doppeldokumentation kommen, wenn die Pflegenden z.B. ihre Dokumentation zunächst handschriftlich notieren und erst später an einem PC-Arbeitsplatz eingeben.

Auf Grund dieser Begebenheiten sind flexible und mobile Lösungen, wie z. B. Laptops oder die handlicheren Tablet-Computer, auf jeden Fall zu bevorzugen. Es müssten weiters flächendeckende Funknetze (WLAN) eingerichtet werden, damit eine permanente Verbindung zu den zentralen Servern bestehen kann. Wichtig ist hierbei, dass die WLANs über eine sichere Verschlüsselung verfügen (WPA2). Das ist nicht nur auf Grund des Datenschutzes nötig, sondern auch für die gesamte Sicherheit für einen stabilen Ablauf. Denn sollte die Stabilität und die erwartete Leistung nicht gegeben sein und dadurch die Anwender etwa mit langen Zugriffszeiten oder häufigen Abstürzen konfrontiert werden, würde das in weiterer Folge zu einer niedrigeren Akzeptanz der IT-gestützten Pflegedokumentation führen.

Allein die Anschaffung dieser modernen Hardware ist mit nicht zu unterschätzenden Kosten verbunden. Ein weiterer Kostenpunkt stellt die Wartung und Weiterentwicklung der Software dar. Da es sich hierbei um einen immer laufenden Prozess handelt, müssen diese Kosten zu den Fixkosten hinzu gerechnet werden.

Ein weiterer Punkt, der zu Problemen führen könnte ist, dass die EDV-Systeme nicht das gesamte Pflegewissen enthalten können.<sup>120</sup> Goosen schreibt in diesem Zusam-

---

<sup>118</sup> Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 31

<sup>119</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 52

<sup>120</sup> Vgl. a. a. O., S. 53

menhang: „*Erfahrungswissen ist in traditionellen Informationssystemen schwer wiederzugeben.*“<sup>121</sup> Auf Grund dessen spielt die Fachkompetenz der Pflegepersonen eine sehr wichtige Rolle, da die Software nicht in der Lage ist, die Probleme und Bedürfnisse der Patienten/innen selbstständig einzuschätzen.<sup>122</sup>

Weiters kann es vorkommen, dass die Arbeitsbereiche innerhalb der Dokumentationsprogramme zu überfüllt sind, was zu einer Unübersichtlichkeit im Programm führt. Es werden Schaltflächen und womöglich auch Eingabefelder angezeigt, die mit der unmittelbaren Tätigkeit wenig oder gar nichts zu tun haben. Bei der Fort- und Weiterentwicklung der Dokumentationssoftware muss solch ein Feedback der Benutzer unbedingt berücksichtigt werden, um die Software immer anwenderfreundlicher gestalten zu können.

---

<sup>121</sup> Goosen 1998, S 45 in Steffan 2006, S. 53

<sup>122</sup> Vgl. Steffan 2006, S. 53

## 8. Das Projekt openMEDOCS Pflege in der Steiermärkischen KAGes

Die Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft m.b.H (KAGes) startete im Jahr 1998 ein Projekt zur Auswahl eines neuen Krankenhausinformationssystems (KIS) für die medizinisch-pflegerische Dokumentation und als Basis für ein Kommunikationswerkzeug. Das Ziel dieses Projektes war es, vor einem KAGes. weiten Roll Out die am Markt befindlichen Produkte zu überprüfen. Der Fokus wurde hierbei insbesondere auf die Einsatzmöglichkeiten für die individuelle Patientendokumentation sowie auf den Bereich der Lehre und Forschung gelegt. Unter Einbindung sämtlicher Benutzergruppen fiel nach einer viermonatigen Testphase und einem Verhandlungsverfahren die Wahl auf die Produkte ISH der Firma SAP und ISH\*Med der Firma T-Systems. Als weiteres Produkt wurde zusätzlich die Archivlösung der Firma SER für die Archivierung von Bildern, den gescannten Dokumenten sowie den Tondokumenten ausgewählt.

Folgende Hauptbereiche sollten mit Hilfe dieser Produkte abgedeckt werden:

- Die Basis eines KIS einschließlich Patientenadministration, Verrechnung und gesetzlich geforderte Statistiken
- Terminplanung
- Schnittstelle zu Subsystemen
- Medizinische Dokumentation und Pflegedokumentation mit frei gestaltbaren Dokumenten
- Mögliche Integration von Bild- und Tondokumenten
- Die Erfüllung sämtlicher gesetzlichen Rahmenbedingungen (zB. Abbildung des Pflegeprozesses, usw...)

Auf Basis der zuvor ausgewählten Produkte wurden unter dem Projektnamen openMEDOCS drei Pilotstationen für den Test des Systems ausgewählt.<sup>123</sup>

---

<sup>123</sup> Vgl. Fürst, Leitner & Brandstätter 2003 in Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 163

## **8.1. Projektstruktur**

Die Projektorganisation wurde nach den durch die ISO-Zertifizierung vorgegebenen Prozessen aufgebaut.

Die Rolle des Gesamtprojektauftraggebers wurde durch die beiden Vorstände der Steiermärkischen KAGes sowie durch einen Vertreter der Medizinischen Fakultät wahrgenommen. Der Gesamtprojektbeauftragte wurde der Leiter des Unternehmens-Informationen-Management und die Gesamtprojektleitung übte der Leiter der Abteilung für Medizinische Basis- und Standard-Subsysteme aus.

Es wurde ein Projekthandbuch für das Gesamtprojekt erstellt, für die jeweiligen Teilprojekte gab es eigene Projektvereinbarungen.<sup>124</sup>

### **8.1.1. Vorbereitung**

Vor dem Projektstart gab es auf den Stationen eine papierbasierte handschriftliche Pflegedokumentation. Diese Pflegedokumentation umfasste die Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Durchführungsnachweis und den Pflegebericht.

Von der technischen Seite her war es nötig, auf den Pilotstationen WLAN einzurichten, da sonst die Anforderung, möglichst patientennahe zu dokumentieren, nicht umsetzbar gewesen wäre. Bereits im Vorfeld gab es Schulungen, in denen die zukünftigen Anwender mit dem neuen System vertraut gemacht wurden. An diesen Schulungen nahmen sowohl diplomierte Pflegepersonen als auch Pflegehelfer/innen teil.

Die zukünftigen Benutzer wurden außerdem durch laufende Informationen auf die Umstellung, sowohl schriftlich als auch mündlich, vorbereitet. Somit war die Aufrechterhaltung des ständigen Informationsflusses gegeben.<sup>125</sup>

### **8.1.2. Einführungsstrategie**

Nach der intensiven Vorbereitungsphase startete im Mai 2001 der erste Testlauf. Anfangs wurde das neue System auf jeder Station nur in einem Patientenzimmer mit vier Patienten/innen eingeführt. Diese Entscheidung hatte den Hintergrund, dass die Benutzer zu Beginn nicht zu sehr überfordert werden. Die zeitliche Gestaltung der weiteren Einführungen wurde den Stationsleitungen freigestellt. In der Zeit der Er-

---

<sup>124</sup> Vgl. a. a. O., S. 164

<sup>125</sup> Vgl. a. a. O., S. 165

probung konnten die Anwender das System schrittweise kennenlernen, ohne überfordert zu werden. Die Entwickler/innen konnten hier auch erste Erfahrungen in Bezug auf die Funktionalität des Pflegemoduls in openMEDOCS gewinnen und dadurch erste Adaptionsarbeiten in Bezug auf eine bessere Anwenderfreundlichkeit vornehmen.<sup>126</sup>

### **8.1.3. Betreuungskonzept**

Bei der Implementierung wurde auf das Key-Userprinzip gesetzt. Es wurden vorab von jeder Station aus der Pflege solche Key-User bestimmt. Sie waren bereits in den ersten Phasen des Projektes aktiv beteiligt und stellten nun das Bindeglied zwischen Endanwender und EDV-Betreuern dar. Auf den Teststationen erfolgten weiters regelmäßig Besuche der Projektkoordinatoren/innen. Zusätzlich stand zu Beginn den Benutzern/innen im Falle von technischen Problemen eine 24-Stunden-Hotline, welche auch an Wochenenden erreichbar war, zur Verfügung.<sup>127</sup>

## **8.2. Aufbau der elektronischen Pflegedokumentation**

An alle Dokumentationssysteme, egal ob medizinische oder pflegerische, werden immer zwei hauptsächliche Anforderungen gestellt. Es muss zum einen die Dokumentation zur Unterstützung der Patientenversorgung dienen und zum zweiten müssen alle gesetzlichen Vorgaben, wie z.B. das GuKG oder die Krankenanstaltengesetze, erfüllt werden.<sup>128</sup>

Vor der Einführung der elektronischen Pflegedokumentation wurde in der KAGes nach dem Pflegemodell von Nancy Roper et al. gearbeitet. Das Pflegemodul in open MEDOCS Pflege sollte dieser handschriftlichen Dokumentation nachempfunden werden.<sup>129</sup> Das Pflegeassessment, welches von der Abteilung Pflege gemeinsam mit den Multiplikatoren entwickelt wurde und auf das gesamte Unternehmen abgestimmt war, konnte ohne weitere Probleme in die digitale Pflegedokumentation integriert

---

<sup>126</sup> Vgl. ebenda

<sup>127</sup> Vgl. a. a. O., S.166 - 167

<sup>128</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 69

<sup>129</sup> Vgl. Fürst, Leitner & Brandstätter 2003 in Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 164

werden. Es wurde nur zwischen dem Pflegeassessment für Kinder und einem Pflegeassessment für Erwachsene differenziert.<sup>130</sup>

Im Rahmen der ersten Pilotphase gab es noch keine Pflegediagnosen im System. Die Pflegeplanung wurde in der bekannten Form „Problem – Ziel – Maßnahme“ durchgeführt.<sup>131</sup>

Die ersten Inhalte der Pflegekataloge wurden gemeinsam mit den Anwendern auf den Stationen in einem Zeitraum von gerade nur drei Monaten erarbeitet, was zur Folge hatte, dass diese nicht weiter abgestimmt waren.<sup>132</sup>

Diese so genannten „Laienkataloge“ waren dadurch charakterisiert, dass sie immer nur mit den Organisationseinheiten, auf welchen die Inbetriebnahme der elektronischen Dokumentation kurz bevorstand, abgesprochen wurden. In den Pflegekatalogen spiegelten sich die Interessen seiner Entwickler/innen wider. Daher war es nicht verwunderlich, dass diese „Laienkataloge“ eher kaum die Gesamtinteressen berücksichtigten.<sup>133</sup>

Diese ersten Pflegekataloge zeigten zwar, dass die Pflege über ein elektronisches Dokumentationssystem vollständig abgebildet werden konnte, jedoch wurde hier auch gleich ersichtlich, dass im Bezug auf die Weiterentwicklung eine methodische und strukturierte Erarbeitung der Pflegekataloge unbedingt von Nöten war.<sup>134</sup>

Bei den ersten Pflegekatalogen gab es zwar eine alphabetische Ordnung der Begriffe, jedoch wiesen sie keine pflegetheoretischen Strukturen auf, was zur Folge hatte, dass z. B. im Pflegbasiskatalog dem Eintrag „Ansprache“, der Eintrag „Atmung“ und diesem wiederum der Eintrag „Ausscheidung“ folgte. Weiters folgte der Begriff „Gefahr“ dem Eintrag „Erbrechen“.<sup>135</sup>

Damit es zu einem schnellen Auffinden von Begriffen in Katalogen kommen kann, müssen diese in ihrer Struktur einer anatomischen, einer äthiologischen und einer alphabetischen Logik bzw. dem theoretischen Konzept eines Modells folgen.<sup>136</sup>

Auf Grund der zu Beginn fehlenden Systematik war es für die Anwender schwer, die Begriffe aufzufinden. Auch die Auswertung und die statistische Erfassung wurden erschwert. Ein weiteres Problem war auch, dass es zu einer Vermischung des eigen-

---

<sup>130</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 69

<sup>131</sup> Vgl. Fürst, Leitner & Brandstätter 2003 in Ammenwerth, Eichstädter & Schrader 2003, S. 164

<sup>132</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 69

<sup>133</sup> Vgl. Reiterer 2005, S. 8

<sup>134</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 69

<sup>135</sup> Vgl. ebenda

<sup>136</sup> Vgl. Fischer 2002, S.33 - 34

und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches kam und dadurch rechtlich bedenkliche Formulierungen gebildet wurden.<sup>137</sup>

Die ersten Dokumente des Pflegedokumentationstools waren:<sup>138</sup>

- Durchführungsnachweis
- Pflegebericht
- Entlassungsbericht
- frei parametrisierte Dokumente (z.B. Bradenskala)

Um die Daten strukturiert zu halten war es notwendig, Pflegekataloge zum Einsatz zu bringen. An dieser Stelle musste entschieden werden, ob man das im europäischen Raum stark verbreitete Klassifikationssystem der Pflegediagnosen nach NANDA<sup>®</sup> verwenden sollte oder ob man eigene Pflegekataloge entwickeln sollte. Gerade im deutschsprachigen Raum gab bzw. gibt es neben NANDA<sup>®</sup> nur sehr wenige Optionen bei der Auswahl von Klassifikationssystemen.

Bei der Entwicklung von eigenen Katalogen werden meist sehr viele Ressourcen und Zeit in Anspruch genommen. Da diese häufig fehlen, kann die Entwicklung von Hauskatalogen zu einem problematischen Unterfangen werden.<sup>139</sup>

Folgende Argumente sprachen aber dennoch für die Entwicklung eines eigenen Kataloges:

*„Pflegerdiagnosen repräsentieren den höchst möglichen Grad an Übereinstimmung der Berufsgruppe zu Pflegeproblemen. Das, was eine Berufsgruppe unter Problemen versteht, ist durch kulturgesellschaftliche und historische Faktoren geprägt. Pflegeforschung (Wake, Fehring, Fadden 1991) und medizin-anthropologische Forschung (Helman, 1991) bestätigen, dass Ereignisse von Menschen transkulturell unterschiedlich geprägt werden, was durchaus zu unterschiedlichen Diagnosen führt. Da Sprache eines der wirksamsten Symbole ist, aus denen Kulturen bestehen, können Diagnosen nur unter äußerster Vorsicht von einer Sprache in die andere übersetzt werden.“<sup>140</sup>*

Die Argumente für die Entwicklung eigener Pflegekataloge überwiegen und man entschloss sich zu dieser Methode trotz der bekannten Gefahren.<sup>141</sup>

---

<sup>137</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 69 - 70

<sup>138</sup> a. a. O., S. 70

<sup>139</sup> Vgl. ebenda

<sup>140</sup> Schnepf, 1994, S. 730 in Walzl 2008, S.70

<sup>141</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 71

### 8.3. Die Entwicklung der Pflegekataloge

Bei der Entwicklung der Pflegekataloge mussten sämtliche gesetzlichen und theoretischen Vorgaben befolgt werden.

Zunächst musste eine Gliederung der Pflegekataloge in Pflegediagnosen (Diagnosetitel, Definition, Ätiologie und Symptome), Ressourcen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen festgelegt werden.

Da elektronische Pflegeprozessdokumentationssysteme die Benutzer bei ihrer Arbeit im Bezug auf die Umsetzung des Pflegeprozesses aktiv unterstützen sollten, wurden Pflegediagnosen, Pflegeziele und Pflegeinterventionen nach dem „Pflegetheorie- und Entscheidungsfindungsmodell“ von McClokey-Dochtermann und Bulechek in Verbindung gesetzt. Diese Vorgehensweise sollte zu einer fachlichen Unterstützung der Anwender führen. Was aber hier keinesfalls außer Acht gelassen werden darf ist, dass die Pflegenden bei der Pflegeplanung vom EDV-System immer nur unterstützt werden, aber deren pflegerisches Fach- und Entscheidungswissen keines Falls ersetzen kann.<sup>142</sup>

Um eine internationale Vergleichbarkeit zu gewährleisten, wurde bereits bei der Entwicklung der Pflegekataloge sehr genau darauf geachtet, dass ein Crossmapping mit ICNP<sup>®</sup> als internationale Referenzterminologie möglich war.

Wie schon eingangs erwähnt, musste auf die gesetzlichen Vorgaben geachtet werden. Hier war es wichtig, dass es zu einer differenzierten Darstellung zwischen eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichen bei der Abbildung des Pflegeprozesses inklusive der Pflegediagnose kommen musste.<sup>143</sup>

Als weitere Vorgabe galt auch, dass die elektronische Weiterleitung von digitalen Pflegeinformationen an nachgeschaltete Betreuungseinrichtungen oder auch an die extramurale Pflege, gerade im Hinblick auf immer kürzer werdende Aufenthaltszeiten in Akutkrankenhäusern, besonders an Bedeutung gewinnt. Um hier eine hohe Versorgungskontinuität im Betreuungsprozess zu gewährleisten, ist eine funktionierende Kommunikation zwischen allen beteiligten Gruppen notwendig.<sup>144</sup>

Ein weiterer Aspekt bei der Entwicklung der Pflegekataloge war, dass solange handschriftlich dokumentiert wurde, die Auswertung der pflegerischen Dokumente einen

---

<sup>142</sup> Vgl. ebenda

<sup>143</sup> Vgl. ebenda

<sup>144</sup> Vgl. a. a. O., S. 72

sehr großen Aufwand darstellte. Es mussten je nach Fragestellung sehr viele Pflegedokumentationen analysiert werden, was mit einem enormen Zeitaufwand verbunden war und somit eine routinemäßige Auswertung beinahe unmöglich machte. Dies sollte sich durch die elektronische Pflegedokumentation ändern und erleichtert werden.<sup>145</sup>

Bei der Erstellung der Pflegekataloge wurde darauf geachtet, dass damit die notwendige Vorarbeit geleistet wurde, damit es bei der Pflegeplanung und Pflegedokumentation zu einer Verbesserung der Dokumentationsqualität und zu einer erheblichen Zeitersparnis kommen konnte. Als Grundvoraussetzung für das Erreichen dieser Ziele, müssen natürlich auch hier die Anwender über ein entsprechendes Pflege- und Dokumentationsverständnis verfügen. Auf Grund dessen finden auf den Stationen vor der Einführung von openMEDOCS Pflege Schulungen bezüglich Pflegeplanung und Pflegediagnostik statt.<sup>146</sup>

#### 8.4. Diagnose – Ziel – Maßnahmenpakete

Die in der Steiermärkischen KAGes entwickelten Diagnose-Ziel-Maßnahmenpakete tragen die Kurzbezeichnung DiZiMa<sup>®</sup>. Bereits im Dezember 2006 wurde „DiZiMa<sup>®</sup>“ im europäischen Raum als Wort-Bildmarke, gemäß dem Markenschutzgesetz, geschützt.<sup>147</sup>

Bei DiZiMa<sup>®</sup> handelt es sich um steiermarkweit vereinheitlichte Pflegekataloge, die aus Pflegediagnose (**Di**= Diagnosetitel, Definition, Ätiologie, Symptome, Ressourcen), Pflegezielen (**Zi**) und Pflegeinterventionen (**Ma**= Maßnahmen) bestehen. Das Ziel der DiZiMa<sup>®</sup> ist es, ein den Bedürfnissen der pflegerischen Praxis als auch den qualitativen und juristischen Anforderungen entsprechendes, eigenständiges Diagnose – Ziel – Maßnahmensystem anzubieten.<sup>148</sup>



**Abb. 2:** Logo der Diagnose-Ziel-Maßnahmenpakete (DiZiMa<sup>®</sup>) der Steiermärkischen KAGes

<sup>145</sup> Vgl. ebenda

<sup>146</sup> Vgl. ebenda

<sup>147</sup> Vgl. a. a. O., S. 73

<sup>148</sup> Vgl. ebenda

### 8.4.1. Entwicklung der DiZiMa<sup>®</sup>

Die ersten 37 DiZiMa<sup>®</sup> wurden ausgehend von den in der Praxis am häufigsten gestellten Pflegediagnosen beziehungsweise für die zur Beschreibung von pflegerelevanten Problemstellungen am häufigsten benötigten Pflegediagnosen, entwickelt. Eine große Hilfe waren auch die bereits im Jahr 2003 bei einer steiermarkweiten Evaluierung von Pflegedokumentationen gesammelten Pflegeprobleme, Pflegeziele und Pflegeinterventionen.<sup>149</sup>

#### ➤ **Entwicklungsphase**

In der ersten Phase der Entwicklung wurden zunächst erste Entwürfe eines DiZiMa<sup>®</sup> mit Hilfe von Basisdaten aus Dokumentenanalysen unter der Zuhilfenahme von entsprechender Fachliteratur erstellt.<sup>150</sup>

#### ➤ **Erste Akzeptanzprüfungen in den Krankenanstalten**

Für die Entwickler/innen war die Praxistauglichkeit und auch eine große Akzeptanz von Seiten der Pflegenden immer ein wesentliches Kriterium bei der Entwicklung. Deshalb wurde auch eine „Rohfassung“ für eine Akzeptanzprüfung an alle Krankenanstalten geschickt. Ein speziell für Anmerkungen, Ergänzungen und Korrekturvorschläge entwickeltes Rücksendeformular wurde ebenfalls übermittelt.<sup>151</sup>

#### ➤ **Überarbeitungsphase**

In dieser Phase wurden alle Rückmeldungen aus der Akzeptanzprüfung zusammengeführt und es kam zur Überarbeitung der Pakete. Folgende Punkte waren hierbei besonders ausschlaggebend:

- **Konsensfindung:** über den Titel und die Definition der Pflegediagnose.
- **Keine Polysemie:** Eindeutigkeit der Begriffe, d.h. einem Begriff dürfen nicht mehrere Bedeutungen zugeordnet sein.
- **Keine Synonyme:** Ein Sachverhalt darf nicht mit unterschiedlichen Begriffen bezeichnet werden.

---

<sup>149</sup> Vgl. ebenda

<sup>150</sup> Vgl. ebenda

<sup>151</sup> Vgl. ebenda

- **Kontextunabhängigkeit:** Der Begriff sollte ohne weitere Zusammenhänge verständlich sein.<sup>152</sup>

### ➤ **Überprüfungsphase**

Die Überprüfungsphase dient dazu, die fachliche Stimmigkeit der DiZiMa<sup>®</sup> mit Hilfe der Literatur zu überprüfen. Kam es zu Unklarheiten bzw. Uneinigkeiten, wurde jedes Mal ein Expertenteam, welches aus Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen mit pflegewissenschaftlichen Qualifikationen bestand, zu einem Konsensmeeting eingeladen.<sup>153</sup>

### ➤ **Systematisierung**

Bei diesem Schritt war es wichtig, eine für die Suchlogik des Pflegepersonals bestmögliche Systematik und Hierarchisierung innerhalb der Pflegekataloge zu schaffen. Da es für das Pflegepersonal sehr wichtig ist, die gewünschten Einträge so schnell wie möglich zu finden, ist eine optimale Systematik unumgänglich und kann als entscheidende Basis für ein gut funktionierendes System gesehen werden. Um dieses Ziel zu erreichen war es notwendig, eine hierarchische Gliederung zu finden, in der Pflegevariablen unter einem bestimmten Gruppennamen zusammengefasst werden.<sup>154</sup> Es wurde ein dreiachsiges Katalogsystem entworfen, welches sich als eine einfache und schlüssige Navigationslösung innerhalb des elektronischen Dokumentationssystems bewährte. Die erste Achse bildeten die zwölf Lebensaktivitäten aus dem Modell von Roper et al.. Auf dieses Modell wurde aus dem Grund zurückgegriffen, da es bereits seit mehr als 20 Jahren sowohl in der Ausbildung als auch in der Praxis in der Steiermärkischen KAGes verwendet wurde.<sup>155</sup>

Somit ergab sich, dass z.B. die Pflegevariable „Seitenlagerung rechts“ gemeinsam mit „Seitenlagerung link“ und unter anderem der Variable „Weichlagerung“ unter dem Gruppennamen „Lagerung zur Dekubitusprohylaxe“ zu finden sind. Weiters wird dieser Gruppenname unter einer nächst höheren Ebene zusammengefasst. In diesem Fall ist es die Lebensaktivität „Bewegung“. Für die Pflegefachkraft bedeutet dieses dreiachsige Katalogsystem nun, dass sie

---

<sup>152</sup> a. a. O., S. 74

<sup>153</sup> Vgl. ebenda

<sup>154</sup> Vgl. Reiterer 2005, S. 10-11

<sup>155</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 74

vom Überbegrifflichen bis zur gesuchten Pflegevariable nur drei mal klicken muss.<sup>156</sup>

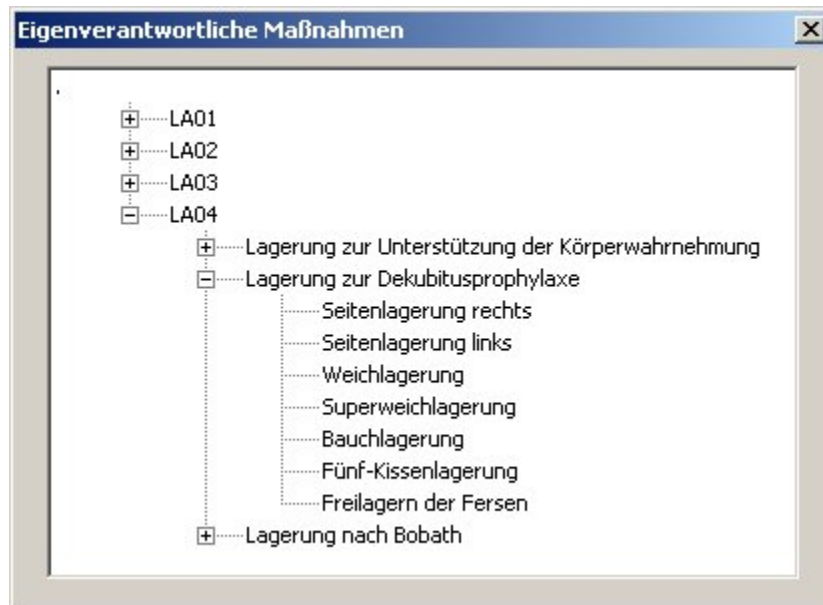


Abb. 3: Dreiachsiges Katalogsystem des Masterkataloges<sup>157</sup>

### ➤ Codierung der DiZiMa®

Bei der Erstellung der DiZiMa® wurde jede Pflegevariable einem mehrstelligen Zahlencode zugeteilt. Jeder pflegerische Begriff erhält durch diesen Zahlencode innerhalb der elektronischen Datenbank einen fix definierten Platz.

Wie schon in den vorangegangenen Kapiteln erwähnt wurde, ist eines der Hauptziele der DiZiMa®, ein Instrument den Anwendern/innen anzubieten, mit dessen Hilfe es erleichtert wird, die am/an der Patienten/in durchgeführte Pflege nachvollziehbar und gesetzeskonform zu dokumentieren. Es geht hier in erster Linie darum, dass die geplanten Interventionen so exakt dokumentiert werden, dass deren Durchführung ohne zusätzliche Informationen möglich sein sollte.<sup>158</sup>

In weiterer Folge wurden auch Heil- und Hilfsmittelkataloge angelegt. Dies geschah, um darzulegen, welches Hilfsmittel die Pflege bei der Erbringung einer Leistung verwendet hat. Um in den Katalogen eine Überschaubarkeit zu erhalten werden die Tätigkeitsvariablen und die Variablen aus den Heil- und Hilfs-

<sup>156</sup> Vgl. Reiterer 2005, S. 11

<sup>157</sup> Walzl 2008, S. 75

<sup>158</sup> Vgl. ebenda

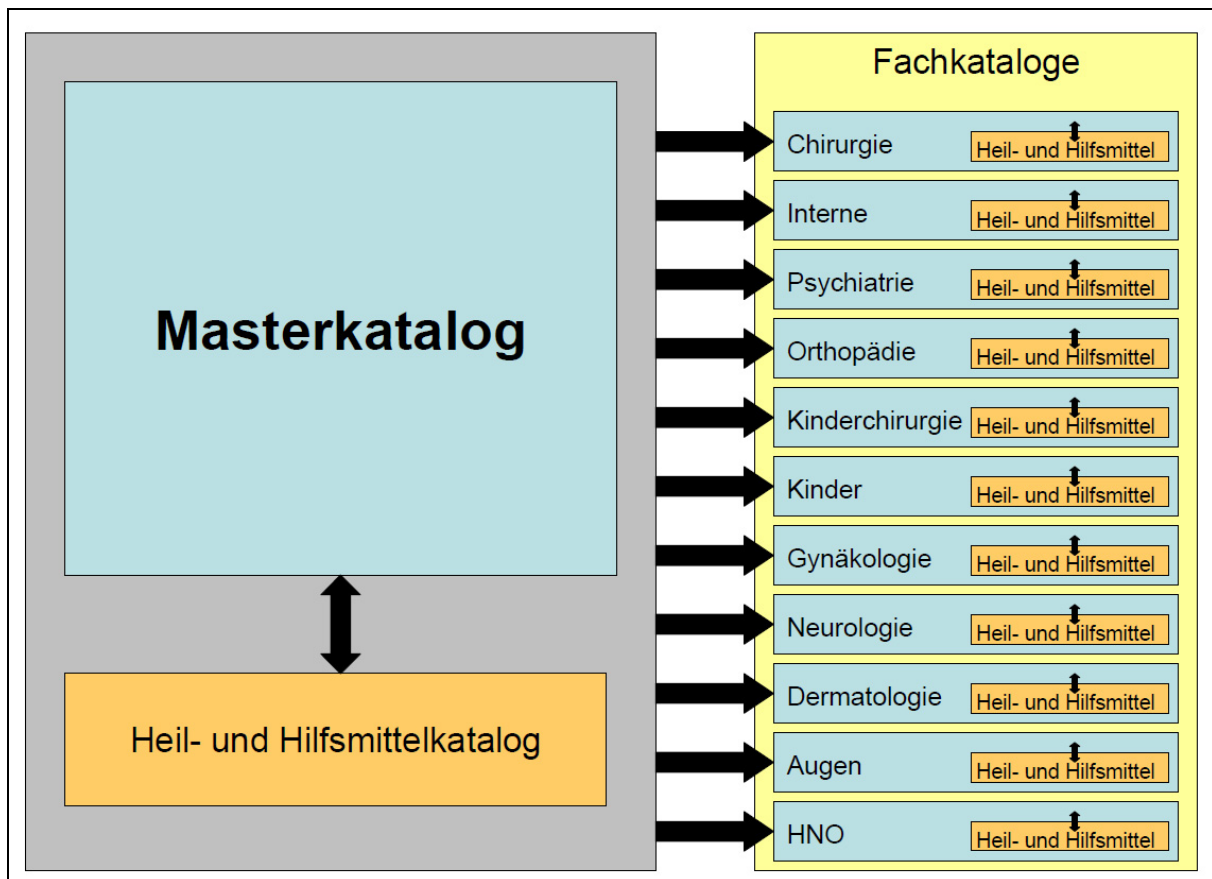
mittelkatalogen erst bei der Dokumentation durch Verknüpfungen im System miteinander verbunden. Das Ganze läuft nun so ab, dass man zunächst im Heil- und Hilfsmittelkatalog das notwendige Hilfsmittel auswählt, wie etwa den „Blasenkatheter“ und das System dann automatisch vorschlägt was nun damit zu tun ist. In diesem konkreten Fall „setzen“, „entfernen“ oder „pflegen“. Der Vorteil dieser Methode ist der, dass die genannten Tätigkeiten jeweils nur ein einziges Mal im Katalog vorhanden sein müssen und dann mit beliebig vielen Heil- und Hilfsmitteln verknüpft werden können. Dadurch kommt es zu einer enormen Reduktion der Größe des Kataloges für die Tätigkeiten.<sup>159</sup>

Da natürlich nicht alle Katalogeinträge für alle Einrichtungen mit unterschiedlichen Fachschwerpunkten vorhanden sein müssen, wurden aus dem Masterkatalog spezielle Fachkataloge erstellt. Die Masterkataloge sind dennoch von jeder organisatorischen Einheit anwählbar. Bei den Fachkatalogen handelt es sich um Kataloge, die auf die alltäglichen Situationen der unterschiedlichen Fachbereiche abgestimmt wurden, es sind z.B. nur jene pflegerischen Diagnosen vorhanden, die für gewöhnlich auf den jeweiligen Stationen dokumentiert werden. Es sind auch nur die mitverantwortlichen Variablen vorhanden, die tatsächlich gebraucht werden.<sup>160</sup>

---

<sup>159</sup> Vgl. Reiterer 2005, S. 10

<sup>160</sup> Vgl. ebenda



**Abb. 4:** Verknüpfung des Masterkataloges mit dem Heil- und Hilfsmittelkatalog und Darstellung der Fachkataloge<sup>161</sup>

#### 8.4.2. Die Dokumentation des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches

Alle Tätigkeiten, welche nach §15 des GuKG in den mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich fallen, sind einem weiteren Katalog gelistet. Es handelt sich hierbei um den Katalog des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches, kurz KML. Genauso wie der Pflege-Masterkatalog weist auch der KML eine dreiachsige Struktur auf.

In der Praxis tritt mitunter das Problem auf, dass eine Unterscheidung zwischen den eigen- und mitverantwortlichen Tätigkeitsbereichen nur schwer möglich ist. Das kommt daher, dass es im GuKG diese Trennung gibt, aber keine konkrete Auflistung für diese Tätigkeitsbereiche vorgeben wird. Es ist häufig so, dass die Zuordnung mancher Pflegeinterventionen erst nach dem Kontext der jeweiligen Situation erfolgt. Als Beispiel kann hier die Blutdruckkontrolle gesehen werden, welche einerseits im Rahmen der Krankenbeobachtung erfolgen kann, aber andererseits auch eine ärztliche Anordnung sein kann. Was in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht außer Acht

<sup>161</sup> Eigene Darstellung

gelassen werde darf, sind Sonderausbildungen (insbesondere nach §68 und §69 des GuKG) die den Tätigkeitsbereich der Diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegeperson erweitern kann.<sup>162</sup>

Für die Dokumentation des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches stehen den Pflegenden aktuell zwei Möglichkeiten zur Verfügung. Es kann einerseits auf der Fieberkurve, auf der auch die ärztliche Anordnung steht, die Bestätigung der Durchführung gemacht werden, oder kann aus dem KML ausgewählt werden. Bei der ersten Möglichkeit ist das Problem, dass eine Leistungserfassung nicht möglich ist, die zweite Methode bringt als Nachteil einen erhöhten Dokumentationsaufwand mit sich. Die einzige produktive Lösung um eine ganzheitliche, optimale Patientendokumentation zu erhalten wäre die Integration einer elektronischen Fieberkurve in das EDV gestützte Dokumentationssystem.<sup>163</sup>

---

<sup>162</sup> Vgl. Walzl 2008, S. 75-76

<sup>163</sup> Vgl. a. a. O., S. 76

## 9. Das Evaluierungsinstrument

### 9.1. Entwicklung des Evaluierungsinstrumentes

Für die Evaluierung der elektronischen und handschriftlichen Pflegedokumentationen wird ein in der Steiermärkischen KAGes selbst entwickeltes und stetig weiter verbessertes Evaluierungsinstrument für Pflegedokumentationen eingesetzt. Die erste Version dieses Instrumentes stammt aus dem Jahr 2002. Für die Evaluation im Rahmen dieser Arbeit wurde die neueste Version, welche im Jänner 2010 letztmalig aktualisiert wurde, verwendet.

### 9.2. Aufbau des Evaluierungsinstrumentes



Das Evaluierungsinstrument für Pflegedokumentationen der Steiermärkische KAGes ist in acht Schritte unterteilt und fokussiert folgende Themenbereiche:

1. Informationssammlung
2. Pflegediagnose
3. Pflegeziele
4. Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen
5. Durchführung der Pflege
6. Evaluation
7. Pflegebericht
8. Zusätzliche Kriterien

Die einzelnen Evaluationskriterien innerhalb der Schritte können mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden. In manchen Fällen ist auch ein „Nicht relevant“ als Antwort möglich. Wenn ein Kriterium vom Auditor bzw. der Auditorin mit „Nein“ beantwortet wurde, muss dieser/diese in einem Feld für Bemerkungen angeben, warum das jeweilige Kriterium nicht erfüllt wurde. Einzige Ausnahme stellt hier die Evaluierung des Pflegeassessments (Informationssammlung) dar. Hier gibt es eine Skala von 3 bis 0 Punkten, wobei 3 Punkte für „Die Lebensaktivität wurde vollständig und ganzheitlich erfasst“ steht und 0 Punkte für „Die Lebensaktivität wurde nicht oder nicht entsprechend erfasst“. Der Auditor bzw. die Auditorin müssen bei diesen Kriterien Bemerkungen abgeben, sobald zwei oder weniger Punkte vergeben wurden.

Beim zweiten Schritt des Evaluierungsbogens soll die Frage beantwortet werden, ob die Reaktionen des/der Patienten/in auf gesundheitliche Problemstellungen das Stel-

len einer Pflegediagnose erfordern. Sollte diese Frage mit Nein beantwortet werden, so wird der Auditor/die Auditorin aufgefordert, bei Schritt fünf (Durchführung der Pflege) fortzusetzen, da dadurch die restlichen Evaluierungskriterien bei Schritt zwei, drei und vier nicht relevant sind.

Eine weitere Besonderheit im Evaluationsbogen gibt es bei Schritt acht, den „*Zusätzlichen Kriterien*“. Hier gibt es Punkte, die nur bei der Evaluierung einer Dokumentation in Papierform beantwortet werden müssen. Diese Punkte werden im Evaluierungsbogen mit dem Symbol eines Stiftes () gekennzeichnet. Bei Fragen, die auch bei der Evaluierung von elektronischen Dokumentationen beantwortet werden müssen, wird zusätzlich zum Stift auch ein Symbol eines Computers () angezeigt.

In den folgenden Unterkapiteln wird nun etwas genauer auf die einzelnen Evaluierungsschritte eingegangen.

### **9.2.1. 1. Schritt: Informationssammlung**

Bei diesem Schritt geht es um die Evaluierung der Dokumentation der Stammdaten und des Pflegeassessments. Bei den Stammdaten wird überprüft, ob alle persönlichen Daten des Patienten, wie etwa Name, Sozialversicherungsnummer, Geburtsdatum und Adresse, vollständig dokumentiert wurden. Im zweiten Punkt der Evaluierung der Stammdaten wird das Vorhandensein eines Kennwortes überprüft, bzw. sollte keines vorhanden sein, dass die Ablehnung eines Kennwortes durch den/die Patienten/in dokumentiert wurde.

Gerade der Punkt „*Kennwort*“ ist eine entscheidende rechtliche Komponente. So sind die Angehörigen von Gesundheitsberufen aufgrund gesetzlicher Bestimmungen zur strengen Verschwiegenheit über gesundheitsbezogene Daten von Patienten/innen verpflichtet. Nur Personen, denen der/die Patient/in das Kennwort weiter gibt, gelten als Auskunftsberechtigte. Diese Regelung gilt als restriktiv zu handhaben und es muss von den Pflegepersonen gewährleistet werden, dass keinerlei Auskünfte an nicht berechtigte Personen weitergegeben werden.<sup>164</sup>

Die Kriterien bei den Stammdaten können mit „*Ja*“ oder „*Nein*“ (nichtvorhanden oder nicht vollständig) bewertet werden.

---

<sup>164</sup> KAGes 2010, Auskunftserteilung an Angehörige von Patienten – Serviceunterlage 1015.8323

Bei der Evaluierung des Pflegeassessments werden für jede der zwölf Lebensaktivitäten Punkte vergeben. Damit bei einer Lebensaktivität die höchste Punkteanzahl (3) erreicht werden kann, müssen folgende Punkte erfüllt sein:

**3 Punkte → Die Lebensaktivität wurde vollständig und ganzheitlich erfasst.**

- Es wurden alle Fragen nachvollziehbar beantwortet, bzw. wenn nötig Ergänzungen hinzugefügt.
- Bei Notwendigkeit wurden die vorhandenen Ressourcen erhoben.
- Nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet.

Die Beantwortung der Fragen stellt eine **sehr gute Basis** für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses dar.

Sollten zwei oder weniger Punkte vergeben werden, so muss der Auditor bzw. die Auditorin eine Begründung für die Punktevergabe in ein dafür vorgesehenes Feld eintragen.

**2 Punkte → Die Lebensaktivität wurde vollständig erfasst.**

- Es wurden alle Fragen nachvollziehbar beantwortet.
- Nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet.

Die Beantwortung der Fragen stellt eine **gute Basis** für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses dar.

**1 Punkt → Die Lebensaktivität wurde teilweise erfasst.**

- Die Fragen wurden ungenau beantwortet.
- Nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet.

Die Beantwortung der Fragen stellt eine **mangelhafte Basis** für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses dar.

**0 Punkte → Die Lebensaktivität wurde nicht oder nicht entsprechend erfasst.**

- Die Fragen wurden nicht beantwortet.
- Nicht relevante Fragestellungen wurden **nicht** entwertet.

Die Beantwortung der Fragen stellt eine **ungenügende Basis** für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses dar. Aufgrund dieser Pflegeanamnese ist eine sichere Pflege nicht möglich.

Da die Vergabe von 2 Punkten noch als gute Basis für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses angesehen werden und diese Kriterien auch noch in den Bereich

der Pflegequalitätsstufe 2, der „Angemessenen Pflege“<sup>165</sup> fallen, werden bei der Evaluierung Fragen, die mit 3 oder 2 Punkten bewertet wurden, für den Vergleich zusammen addiert.

### 9.2.2. 2. Schritt: Pflegediagnosen

Der Zweite Schritt des Evaluationsbogens behandelt die Pflegediagnosen.

Definition der Pflegediagnose nach NANDA 1990:

*„Eine Pflegediagnose ist die klinische Beurteilung der Reaktionen von Einzelpersonen, Familien oder sozialen Gemeinschaften auf aktuelle oder potentielle Probleme der Gesundheit oder im Lebensprozess. Pflegediagnosen liefern die Grundlage zur Auswahl von Pflegehandlungen und zum Erreichen erwarteter Pflegeziele, für welche die Pflegeperson die Verantwortung übernimmt.“<sup>166</sup>*

Wie viele und ob überhaupt Pflegediagnosen gestellt werden müssen, hängt von der geplanten Aufenthaltsdauer des/der Patienten/in ab. So ist es z.B. möglich, dass Probleme existieren, aber es unmöglich ist, diese innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer zu bearbeiten. In diesen Fällen werden keine Pflegediagnosen gestellt.

Sollten mehrere Probleme gleichzeitig vorliegen, so gilt es zunächst herauszufinden, welche mit Hilfe der vorhandenen Ressourcen des/der Patienten/in innerhalb des geplanten Aufenthaltes gelöst oder beeinflusst werden können. Wenn in einem Fall wirklich keine durch die Pflege zu beeinflussende Probleme vorliegen, werden ebenfalls keine Pflegediagnosen gestellt.<sup>167</sup>

Sollten bei der Evaluierung die Reaktionen des/der Patienten/in auf gesundheitliche Problemstellungen das Stellen einer Pflegediagnose nicht erfordern, so wird der Auditor bzw. die Auditorin bei Punkt 2.1. aufgefordert, bei Schritt fünf fortzusetzen.

Wenn aber Pflegediagnosen erforderlich sind, so wird evaluiert, ob die Diagnosen korrekt dokumentiert wurden. Hierbei ist zu beachten, dass bei aktuellen Pflegediagnosen der Titel der Pflegediagnose, die Ätiologie, die Symptome und die vorhandenen Ressourcen dokumentiert sein müssen. Sollte es sich um eine Risikopflegediagnose handeln, so müssen ebenfalls der Titel der Pflegediagnose, die Ätiologie (Risi-

---

<sup>165</sup> Vgl. Vitt 2002, S. 22

<sup>166</sup> Stefan, Allmer & Eberl 2003, S. 30

<sup>167</sup> Vgl. Rappold et al. 2010, S. 16

kofaktoren) und die vorhandenen Ressourcen dokumentiert worden sein. Bei Gesundheitspflegediagnosen wird überprüft, ob der Titel der Pflegediagnose und die Voraussetzungen korrekt dokumentiert wurden.

### **9.2.3. 3. Schritt: Pflegeziele**

Die Evaluierung dieser Fragen ist nur dann notwendig, wenn bei Schritt zwei die Reaktionen des Patienten auf gesundheitliche Problemstellungen das Stellen einer Pflegediagnose erforderten.

Um die Frage bei Punkt 3.1. mit „JA“ zu beantworten, muss zunächst einmal zu jeder Pflegediagnose zumindest ein Pflegeziel erstellt worden sein. Weiters muss dieses Ziel für den/die Patienten/in und dessen/deren Pflegediagnose relevant sein. Das Ziel muss verständlich und präzise formuliert worden sein, messbar bzw. beobachtbar und in einer angemessenen Zeit erreichbar sein.

Damit Punkt 3.2. positiv („JA“) bewertet werden kann, muss hier eine realistische Zeitgrenze für die Erreichung von Pflegezielen dokumentiert worden sein.

### **9.2.4. 4. Schritt: Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen**

Wie auch schon Schritt drei, muss Schritt vier nur evaluiert werden, wenn die Reaktionen des Patienten auf gesundheitliche Problemstellungen das Stellen einer Pflegediagnose erforderten.

Beim 4. Schritt wird unter anderem überprüft, ob die Pflegeinterventionen sich an den Ursachen der Pflegediagnosen und den Pflegezielen orientieren.

Weiters wird bei diesem Schritt reflektiert, ob die geplanten Pflegeinterventionen so dokumentiert wurden, dass die Durchführung der Pflege ohne weitere Informationen möglich ist.

Mithilfe der W-Fragen, also WAS, WANN, WOMIT und WO, ist es hier möglich, die Genauigkeit der Planung zu überprüfen.

### **9.2.5. 5. Schritt: Durchführung der Pflege / Durchführungsnachweis**

In diesem Schritt geht es um die Evaluierung des Durchführungsnachweises bzw. der Arbeitslisten. Hier ist es wichtig, dass alle regelmäßig durchzuführenden Pflege-

interventionen erfasst wurden und bei nicht durchgeführten Pflegeinterventionen das Feld entwertet und eine Begründung im Pflegebericht dokumentiert wurde.


### **9.2.6. 6. Schritt: Evaluation**

Bei der Evaluation der Pflege handelt es sich um den letzten Schritt des Pflegeprozesses. Hier wird bei der Überprüfung der Qualität der Pflegedokumentation darauf geachtet, ob Pflegediagnosen zum geplanten Zeitpunkt schriftlich evaluiert wurden und ob auf diese Ergebnisse entsprechend reagiert wurde.

### **9.2.7. 7. Schritt: Pflegebericht**

Dieser Abschnitt des Evaluationsbogens beschäftigt sich mit dem Pflegebericht. In den vier Unterpunkten dieses Schrittes wird überprüft, ob der Aufenthalt des/der Patienten/in von der Aufnahme bis hin zur Entlassung durchgehend nachvollziehbar und vollständig dokumentiert wurde. Es müssen hier sämtliche psychischen und physischen Angaben zum Befinden sowie Reaktionen des/der Patienten/in auf Probleme, Pflegemaßnahmen bzw. ärztliche Verordnungen kontinuierlich dokumentiert werden. Es muss ein roter Faden durch den gesamten Pflegebericht, von der Aufnahme bis zur Entlassung, erkennbar sein, um alle Unterpunkte mit „Ja“ beantworten zu können.

### **9.2.8. 8: Schritt: Zusätzliche Kriterien**

Im letzten Abschnitt des von der Steiermärkischen KAGes entwickelten Evaluierungsinstrumentes gibt es Punkte, die nur bei Evaluierung von handschriftlichen Dokumentationen beantwortet werden müssen. Diese Fragen sind im Evaluationsbogen durch das Symbol eines Stiftes () gekennzeichnet. Hierzu zählt z.B. die Frage ob die formalen Kriterien der Dokumentenführung eingehalten wurden oder ob Unterschriften der diplomierten Pflegepersonen vorhanden sind. Die Frage der Lesbarkeit bei elektronischen Pflegedokumentationen erübrigt sich ebenfalls sowie auch die Frage, ob klar ersichtlich ist, von wem, wann, welche Pflegeintervention angeordnet bzw. abgesetzt wurde, da diese Handlungen bei der elektronischen ohnehin immer auf den/die jeweilige/n Benutzer/in zurückzuführen sind.

Die „Zusätzlichen Kriterien“ umfassen insgesamt zehn Punkte, die mit „Ja“ oder „Nein“ bzw. teilweise mit „Nicht relevant“ beantwortet werden können.

## **10. Auswahl der Pflegedokumentationen für die Evaluierung**

### **10.1. Die Erhebungsstation**

Als Station für die Evaluierung der Pflegedokumentationen wurde die Station der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie am Universitätsklinikum Graz ausgewählt.

Diese Station wurde ausgewählt, da hier die elektronische Pflegedokumentation bereits vor mehr als einem Jahr eingeführt wurde und daher für die Evaluierung der EDV-Dokumentationen auf einen Zeitraum von mehr als 15 Monaten Dokumentationserfahrung nach Einführung der EDV zurück gegriffen werden konnte.

Die Station der Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie verfügt über 42 Betten (31 allgemeine Plätze, 11 Sonderklasse).<sup>168</sup>

Die elektronische Pflegedokumentation wurde auf dieser Station im Juni 2008 eingeführt. Laut Aussage der Stationsleitung wurde bereits einige Monate vor der Umstellung auf die EDV-Dokumentation bereits bei der handschriftlichen Dokumentation mit Pflegediagnosen gearbeitet.

### **10.2. Auswahlkriterien**

Als Ein- bzw. Ausschlusskriterien für die Auswahl der Pflegedokumentationen für die Vergleichserhebung wurden folgende Punkte festgelegt:

- Mindest Krankenhausaufenthalt pro Patient/in von 3 Tagen.
- Maximale Krankenhausaufenthaltsdauer von 10 Tagen pro Patient/in (da ansonsten zu umfangreich).

Es wurde entschieden 20 handschriftliche und 24 elektronische Pflegedokumentationen zu evaluieren, da angenommen werden konnte, dass sich bei dieser Anzahl an Pflegedokumentationen bereits leichte Unterschiede feststellen lassen sollten.

---

<sup>168</sup> LKH-Univ. Klinikum Graz 2010

## **10.3. Auswahlmethode der Pflegedokumentationen**

### **10.3.1. Ausgewählte Papierdokumentationen**

Als Zeitraum für die handschriftlichen Pflegedokumentationen wurde die Zeitspanne von 12 Monaten vor Einführung der elektronischen Pflegedokumentation ausgewählt. Somit kamen Pflegedokumentationen, die von Juni 2007 bis Mai 2008 angelegt wurden, in die engere Auswahl.

Die fraglichen Pflegedokumentationen befinden sich innerhalb der Patientenakte in einem Archiv auf der Station, in dem sie nach Jahreszahlen und alphabetisch nach Nachnamen der/des Patienten/in sortiert aufbewahrt werden.

Es wurden nun zufällig Patientenakten aus dem Archivschrank gezogen und überprüft, ob die jeweilige Akte den Ein- bzw. Ausschlusskriterien entsprach. War dem nicht so, wurde sie zurück gestellt und eine neue nach dem Zufallsprinzip gezogen. Insgesamt wurden mit Hilfe dieser Methode 20 handschriftliche Dokumentationen für die Evaluierung ermittelt.

### **10.3.2. Ausgewählte EDV-Dokumentationen**

Bei den elektronischen Dokumentationen wurde festgelegt, dass sie mindestens drei Monate nach Einführung der EDV-Dokumentation angelegt worden sein muss. Somit ergab sich bei den elektronischen Dokumentationen ein Zeitraum von September 2008 bis August 2009.

Um, wie auch schon bei der handschriftlichen Pflegedokumentation, eine zufällige Auswahl von Pflegedokumentationen zu gewährleisten, wurde der Online Zufallsgenerator der Firma AGITOS Websolutions<sup>169</sup> verwendet.

Innerhalb jedes Monats wurde per Zufallsgenerator ein Tag festgelegt.

Von allen Patienten/innen, die an diesem Tag stationär aufgenommen waren, wurden wiederum mit Hilfe des Zufallsgenerators zwei Patienten/innen ausgewählt. Dies geschah, in dem die Anzahl der stationären Patienten/innen in den Zufallsgenerator eingegeben wurde. Die Zahl, die vom Zufallsgenerator ausgegeben wurde, wurde nun in openMEDOCS, am „Klinischen Arbeitsplatz“ (eine Art Bettenbelegungsansicht) von oben nach unten gezählt.

---

<sup>169</sup> AGITOS Websolutions

Entsprach ein/e Patient/in nicht den Einschlusskriterien, da z. B. die Aufenthaltsdauer länger als 10 Tage war, wurde ein erneutes Mal mit dem Zufallsgenerator ein/e Patient/in für diesen Tag ausgewählt.

Fiktives Beispiel für den Monat September:

September hat 30 Tage. Mit Zufallsgenerator eine Zahl von 1 bis 30 ermitteln  
→ 16.

Es wird nun der „Klinische Arbeitsplatz“ der Station für den 16. September in openMEDOCS geöffnet. An diesem Tag waren 36 Patienten/innen stationär aufgenommen. Nun wird mit dem Zufallsgenerator eine Zahl von 1 bis 36 ermittelt → 5.

In der Bettenbelegungsliste in openMEDOCS wird nun von oben nach unten gezählt. Die Pflegedokumentation, des/der Patienten/in die an der 5. Stelle liegt, wird nun, sofern sie den Einschlusskriterien entspricht, für die Evaluation herangezogen.

Insgesamt wurden mit dieser Methode 24 elektronische Pflegedokumentationen für die Evaluierung ausgewählt.

## **10.4. Charakteristika der zufällig ausgewählten Patienten/innen**

### **10.4.1. Geschlecht**

Bei den Patienten/innen der handschriftlichen Pflegedokumentationen ergab sich trotz zufälliger Auswahl eine 50:50 Verteilung bei den Geschlechtern. Die Geschlechterverteilung bei den EDV-Dokumentationen ergab sich nach der zufälligen Auswahl 46% weiblich und 54% männlich.

### **10.4.2. Alter**

Der/Die jüngste Patient/in bei den handschriftlichen Dokumentationen war 17 Jahre alt und der/die älteste Patient/in hatte ein Alter von 81 Jahren.

Das Durchschnittsalter aller Patienten/innen bei den Dokumentationen in Papierform lag bei 60,1 Jahren.

Bei den elektronischen Dokumentationen war der/die jüngste Patient/in 20 Jahre alt und der/die älteste Patient/in 80 Jahre alt.

Das Durchschnittsalter der Patienten/innen mit der EDV-Dokumentation lag etwas niedriger als bei den handschriftlichen bei 54,9 Jahren.

Es ergab sich somit ein Altersmittelwert aller evaluierten Patienten/innen von 57,3 Jahren.

### 10.4.3. Aufenthaltsdauer

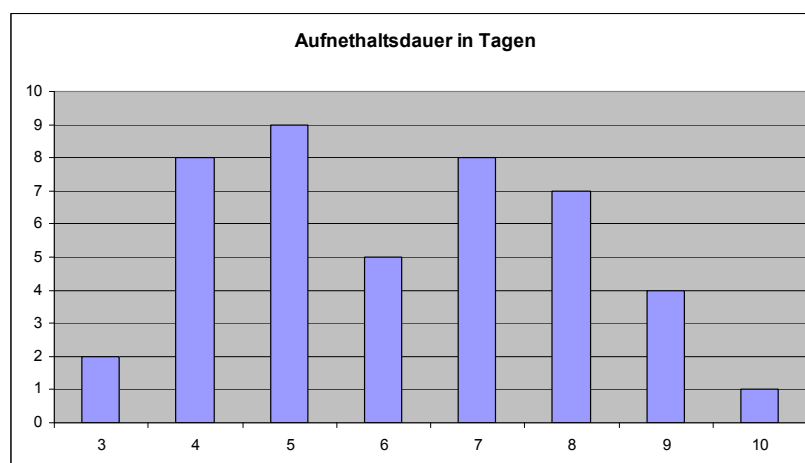
Wie schon in den Auswahlkriterien erwähnt durfte die Aufenthaltsdauer der Patienten/innen nur zwischen 3 bis 10 Tagen betragen.

Bei den zufällig ausgewählten handschriftlichen Pflegedokumentationen betrug die kürzeste Aufenthaltsdauer eines/r Patienten/in 3 Tage und die längste 9 Tage.

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten/inne, bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen betrug 6 Tage.

Ein ähnliches Bild zeigte sich bei den EDV-Dokumentationen, wobei hier auch einmal die Aufenthaltsdauer von 10 Tagen vorkam.

Durchschnittlich hatten die Patienten/innen mit der elektronischen Dokumentation eine Aufenthaltsdauer von 7 Tagen.



**Abb. 5:** Verteilung der Aufenthaltsdauer in Tagen aller Patienten/innen

# 11. Ergebnisse der Evaluierung

## 11.1. Schritt 1: Informationssammlung

- **Stammdaten**

Bei der Erhebung der Stammdaten schnitten elektronische als auch handschriftliche Pflegedokumentationen den Kriterien entsprechend gut ab.

Bei Punkt I „*Die persönlichen Daten des Patienten sind vollständig dokumentiert*“ bzw. bei Punkt III „*Kontaktadresse(n) / Telefonnummer(n) sind dokumentiert*“ erreichten die handschriftlichen Dokumentationen 100% während bei den EDV-Dokumentationen hier 96% vollständig richtig waren.

Bei Punkt II „*Kennwort bzw. eine Begründung warum kein Kennwort dokumentiert ist*“ konnten bei den handschriftlichen 95% und bei den elektronischen Dokumentationen 92% positiv beurteilt werden.

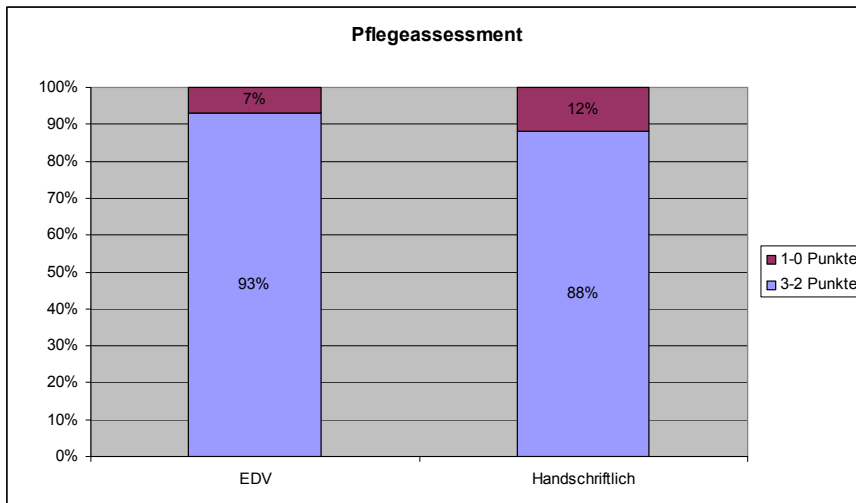
- **Pflegeassessment**

Bei den 12 Lebensaktivitäten konnten jeweils 3 bis 0 Punkte erreicht werden.

Wie schon im Kapitel 10.2.1. erwähnt, entsprechen 2 Punkte noch der Pflegequalitätsstufe der „*Angemessenen Pflege*“<sup>170</sup>. Daher wurden für einen Gesamtvergleich des Pflegeassessment alle Fragen, die 3 oder 2 Punkte erreichten bzw. die 1 oder 0 Punkte erreichten zusammen gezählt und miteinander verglichen. Es zeigte sich hier, dass 93% der EDV-Dokumentationen 3 oder 2 Punkte erreichen konnten. Bei den handschriftlichen waren es 88% (Abb. 6).

---

<sup>170</sup> Vgl. Vitt 2002, S. 22



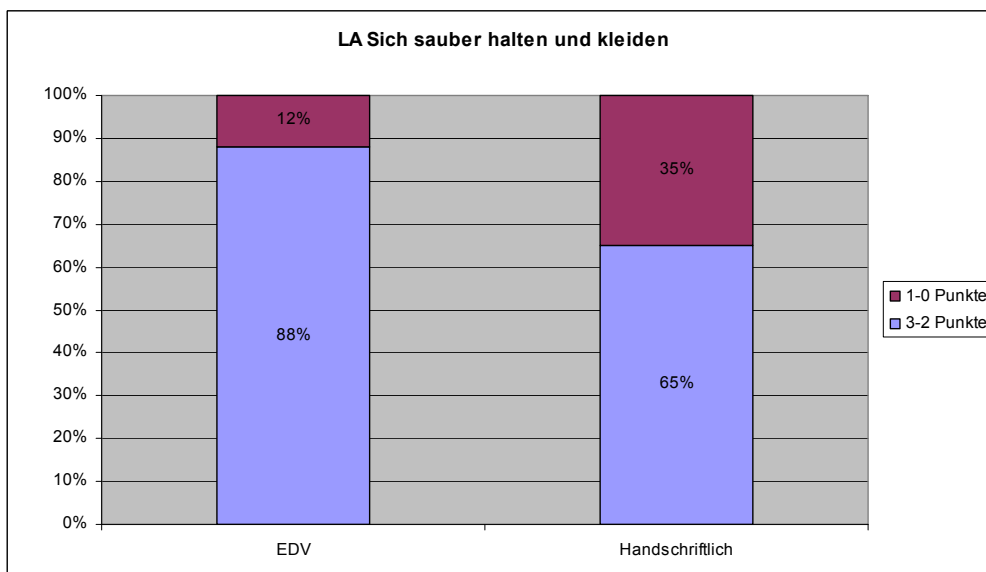
**Abb. 6:** Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Dokumentationen beim Pflegeassessment

Betrachtet man dieses Ergebnis, kam es zu einer leichten Verbesserung um 5% beim Pflegeassessment durch die EDV-Dokumentation.

Einige ausgewählte Lebensaktivitäten des Pflegeassessment im Detail:

➤ **LA Sich sauber halten und kleiden**

Bei dieser Lebensaktivität kam es bei der EDV-Dokumentation zu einer Steigerung im Bereich der 3 – 2 Punkte um 23% bei der EDV-Dokumentation im Vergleich zu der handschriftlichen Dokumentation (Abb. 7).



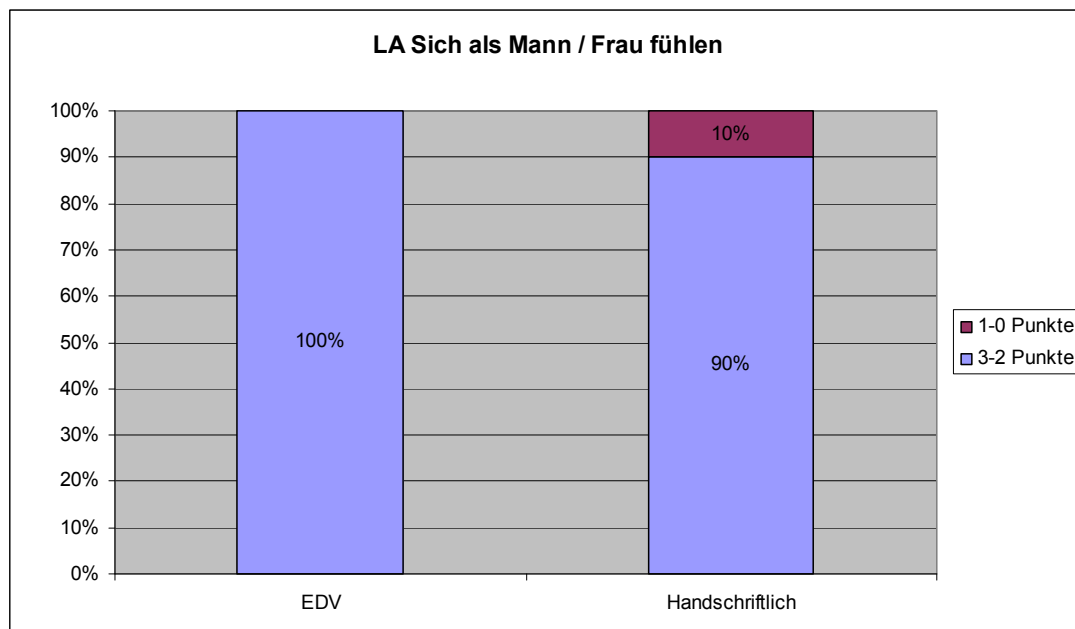
**Abb. 7:** Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Sich sauber halten und kleiden

Ein Grund für den 35%-Anteil bei den 1-0 Punkten bei den handschriftlichen Dokumentationen war etwa, dass in 20% der Fälle der Hautzustand des/der Patienten/in nur nach der Selbsteinschätzung des/der Patienten/in dokumentiert wurde, obwohl es sich um eingeschränkte Patienten/innen handelte. Weiters kam es vor, dass der Zustand der Haut als „dem Alter entsprechend“ bewertet und dokumentiert wurde. Hier muss die Frage gestellt werden, was darunter konkret zu verstehen ist. In 10% der Dokumentationen wurden Läsionen bzw. offene Stellen beschrieben, allerdings fehlten hier nähere Erläuterungen zu den Wunden.

Bei den EDV-Dokumentationen waren für die Vergabe von 1 Punkt (0 Punkte gab es hier nie) hauptsächlich ungenaue Erläuterungen der Grund, aber das kam deutlich weniger häufig vor als bei den handschriftlichen Dokumentationen.

#### ➤ LA Sich als Mann / Frau fühlen

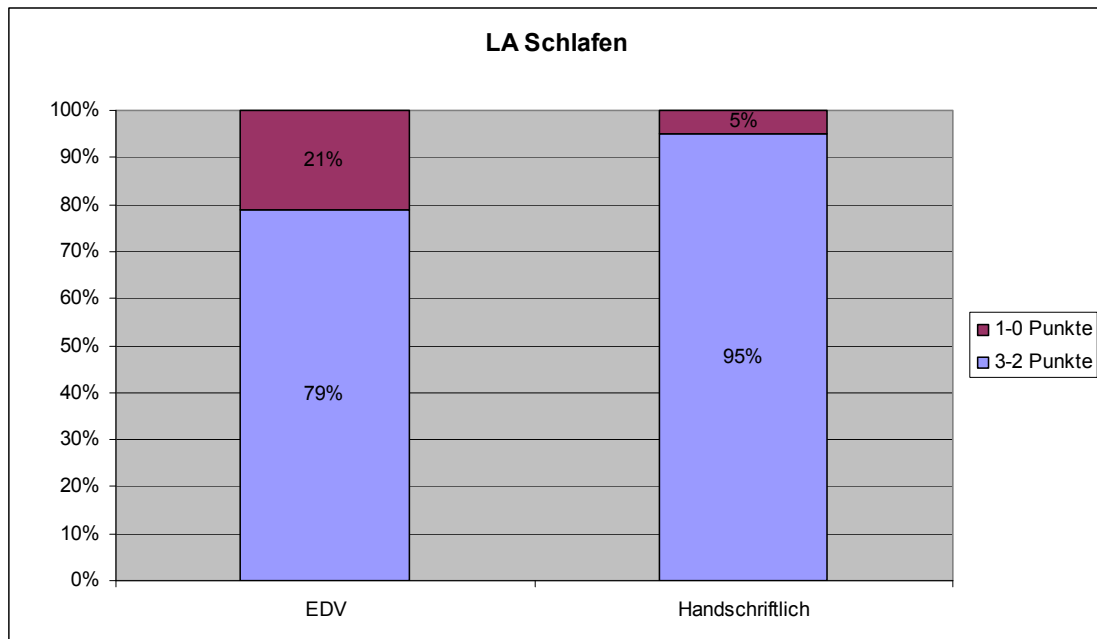
Bei diesem Punkt erreichten alle elektronischen Dokumentationen 3-2 Punkte. Bei den handschriftlichen waren es 10% die 1-0 Punkte hatten (Abb. 8).



**Abb. 8:** Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Sich als Mann / Frau fühlen

### ➤ LA Schlafen

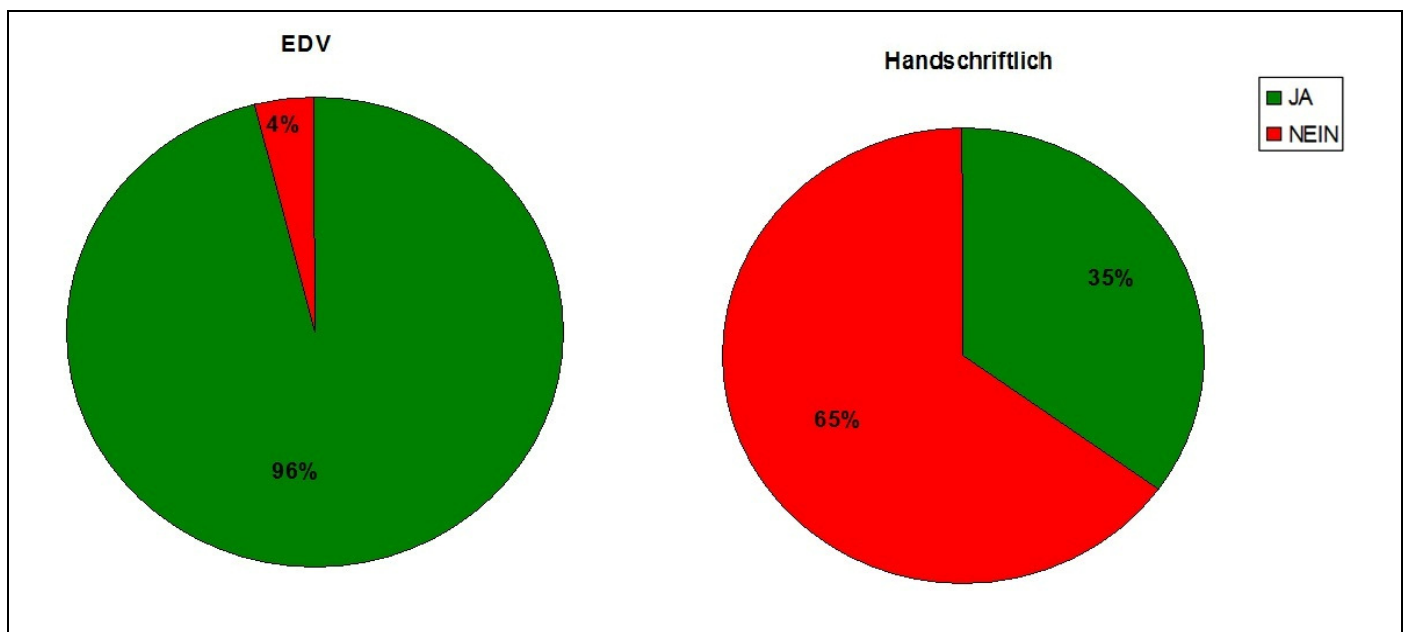
Bei dieser Lebensaktivität zeigte sich bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen ein besseres Ergebnis als bei den elektronischen. So konnten aufgrund der Evaluierungskriterien nur 79% der elektronischen Pflegedokumentationen mit 3 oder 2 Punkten bewertet werden, während es bei den handschriftlichen 95% waren (Abb.9).



**Abb. 9:** Vergleich der handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen bei der LA Schlafen

## 11.2. Schritt 2: Pflegediagnosen

Wie schon im Kapitel 9.2.2. erwähnt, führt nicht jedes Problem bzw. Bedürfnis des/der Patienten/in zwangsläufig zum Stellen einer Pflegediagnose. Es kann daher auch vorkommen, dass überhaupt keine Pflegediagnosen gestellt werden müssen.<sup>171</sup> Bei dieser Evaluierung zeigte sich, dass in 35% der Fälle bei den handschriftlichen Dokumentationen das Stellen einer Pflegediagnose notwendig gewesen wäre. Bei den elektronischen Dokumentationen waren es sogar 96% der Fälle (Abb. 10).



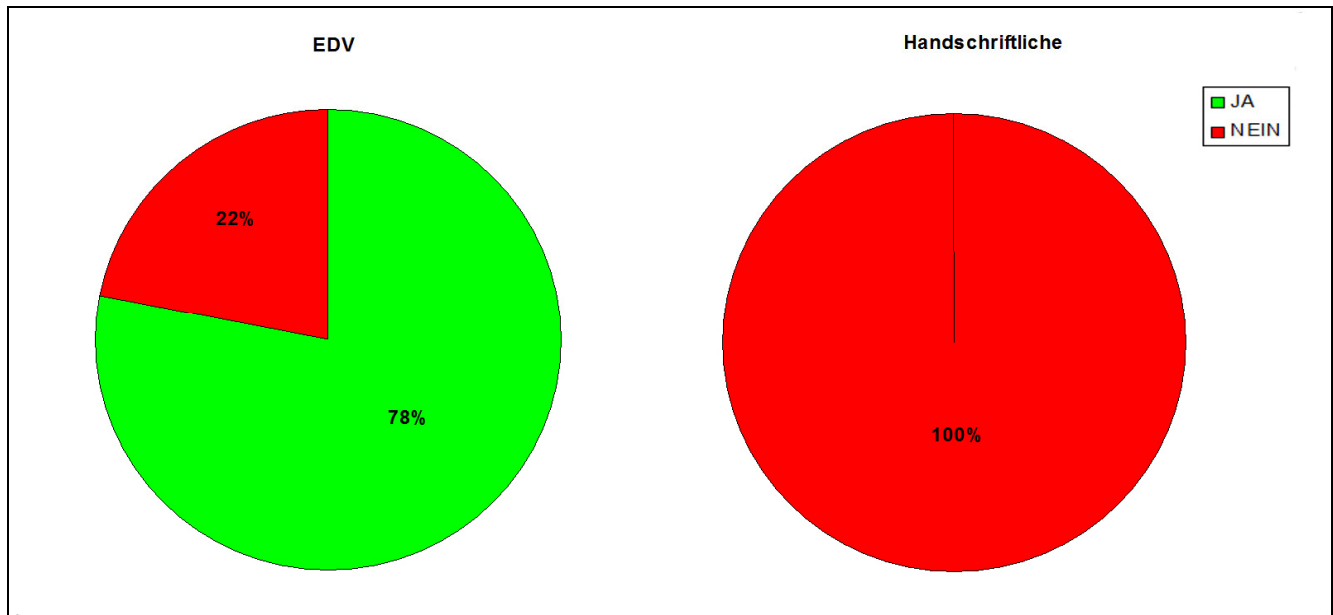
**Abb. 10:** Reaktionen des/der Patienten/in auf gesundheitliche Problemstellungen erfordern das Stellen einer Pflegediagnose.

Bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen zeigte sich, obwohl in 35% der Fälle das Stellen einer Pflegediagnose notwendig gewesen wäre, dass kein einziges Mal eine Pflegediagnose erstellt wurde. Deutlich besser schnitten hier die EDV-Dokumentationen ab. Hier wurden in 78% der Fälle, bei denen es notwendig war Pflegediagnosen zustellen, eine gestellt (Abb. 11).

Allerdings zeigte sich, dass bei den elektronischen Pflegedokumentationen in 4 Fällen Pflegediagnosen zu Problemen des/der Patienten/in gestellt wurden, bei denen

<sup>171</sup> Vgl. Rappold et al. 2010, S. 16

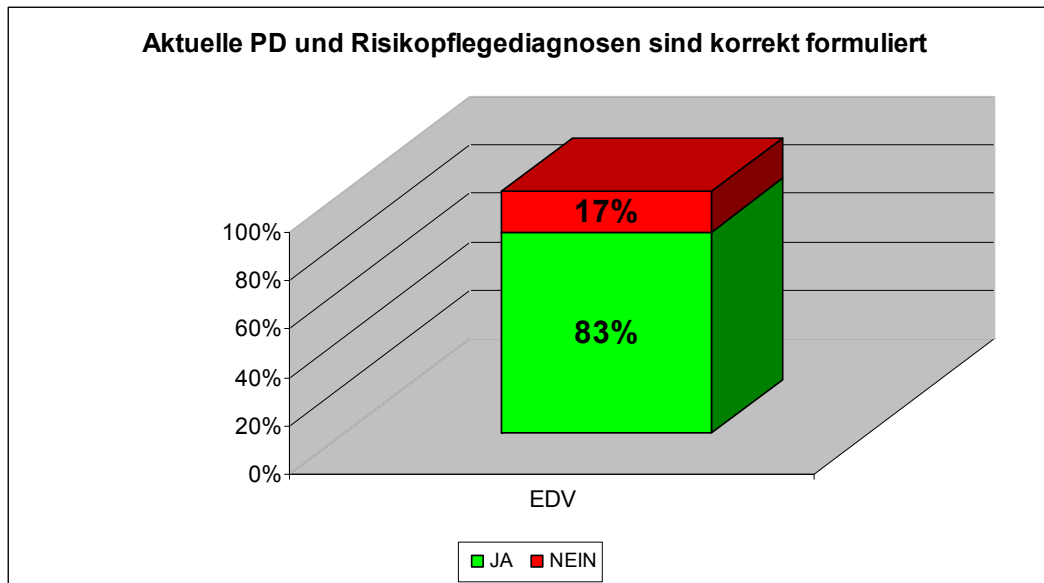
laut Rappold et. al. das Stellen nicht notwendig gewesen wäre<sup>172</sup>, was in diesen Fällen einen unnötigen Dokumentationsaufwand für die Pflegefachkraft bedeutete.



**Abb. 11:** Es werden alle aktuellen und potentiellen pflegerelevanten Probleme erfasst und entsprechende Pflegediagnosen gestellt.

<sup>172</sup> Vgl. ebenda

Bei den EDV-Pflegedokumentationen zeigte sich, dass 83% der Pflegediagnosen bzw. Risikodiagnosen korrekt formuliert wurden (Abb. 12). Bei denen, die nicht korrekt formuliert waren, fehlten die zugrunde liegenden Ursachen (Ätiologien) beim Aufbau des PÄS-Formates.



**Abb. 12:** Evaluierung der Pflegediagnosen und Risikopflegediagnosen bei den EDV- Pflegedokumentationen

Da bei den handschriftlichen Dokumentationen keine Pflegediagnosen gestellt wurden, kann bei diesem Punkt („2.3. *Aktuelle Pflegediagnosen und Risikopflegediagnosen sind korrekt formuliert*“) des Evaluationsbogens kein Qualitätsvergleich zwischen handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen angestellt werden.

### 11.3. Schritt 3: Pflegeziele

Auf Grund der Tatsache, dass bei den handschriftlichen Dokumentationen keine einzige Pflegediagnose erstellt wurde, kann bei diesem Schritt kein Vergleich zwischen handschriftlicher und elektronischer Pflegedokumentation erfolgen.

Dennoch wird hier das Ergebnis der elektronischen Pflegedokumentationen gezeigt.

- **3.1. Für jede Pflegediagnose ist ein relevantes, realistisches, erreichbares, mess- und beobachtbares Ziel gesetzt.**

In 35 % der Fälle wurden die Ziele für die Pflegediagnosen so gesetzt, dass sie entweder nicht relevant oder nicht erreichbar waren. In diesen Fällen musste der Punkt mit „NEIN“ bewertet werden (Abb. 13).

- **3.2. Eine realistische Zeitgrenze ist dokumentiert.**

In 87% der Pflegeziele wurde bei der elektronischen Dokumentation eine realistische Zeitgrenze zum Erreichen des Zieles dokumentiert (Abb. 13).

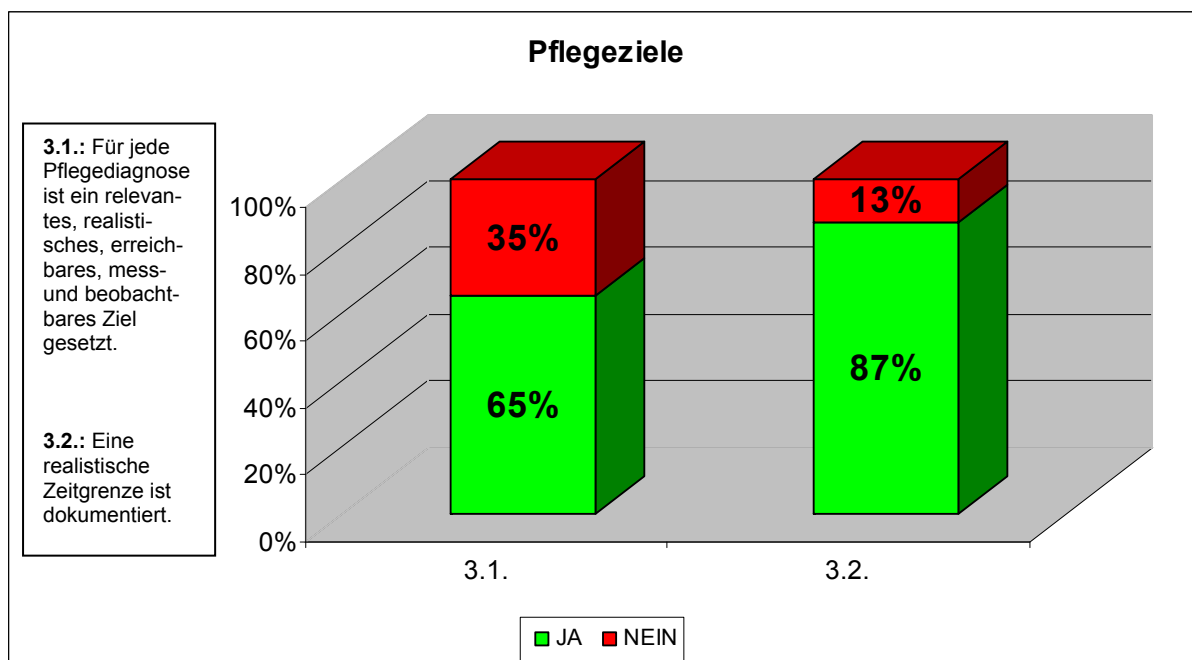


Abb. 13: Evaluierungsergebnis der Pflegeziele bei der EDV-Dokumentation

## 11.4. Schritt 4: Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen

Wie auch schon bei Schritt 3 kann bei Schritt 4 ebenfalls kein Vergleich zwischen handschriftlicher und elektronischer Pflegedokumentation erfolgen, da bei den handschriftlichen Dokumentationen keine Pflegeplanungen erstellt wurden.

- **4.1. Die Planung der Pflegeinterventionen orientiert sich an den Ursachen (Ätiologie, Risikofaktoren) der Pflegediagnosen und den Pflegezielen.**

In 35% der Fälle musste hier mit „*NEIN*“ bewertet werden. Grund für die 35% schlechte Bewertung war, dass Interventionen gesetzt wurden, die weder auf die Ursachen noch auf die festgelegten Pflegeziele abgestimmt waren. Es fehlte in diesen Fällen die logische Durchgängigkeit von den Ursachen über die Interventionen zu den gesetzten Pflegezielen (Abb. 14).

- **4.2. Geplante Pflegeinterventionen sind so dokumentiert, dass W-Fragen beantwortet werden können.**

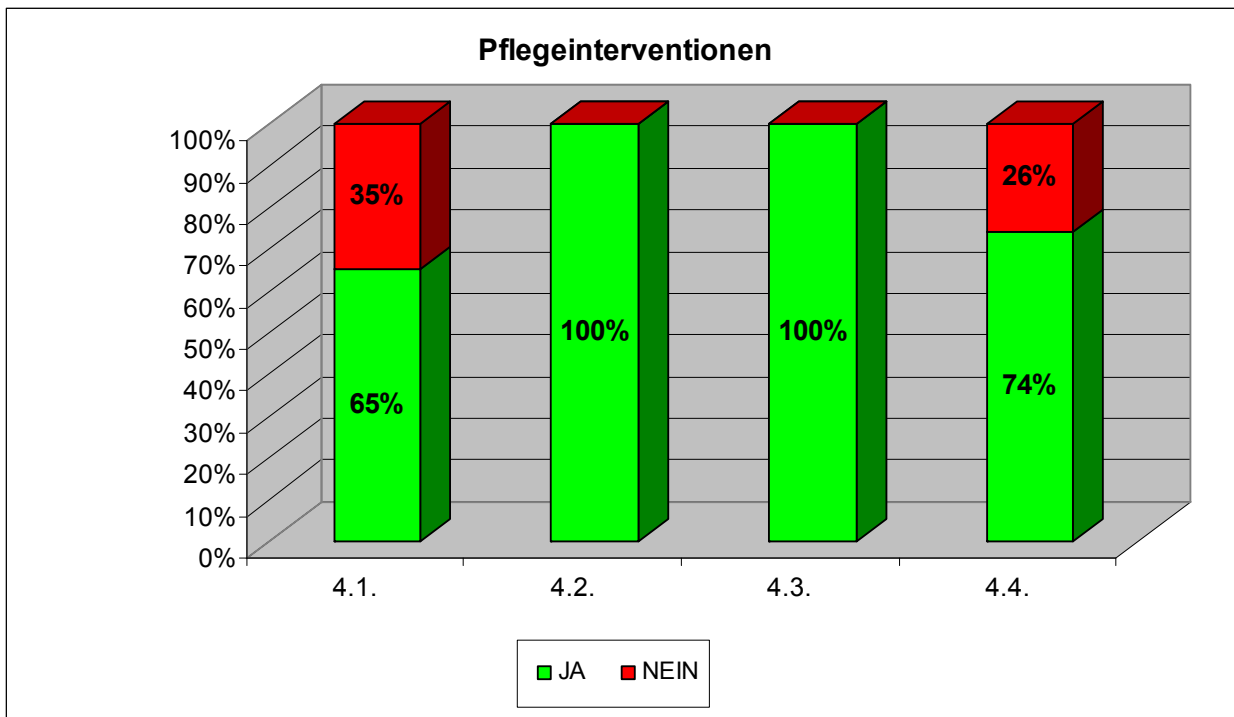
Bei diesem Punkt zeigte sich ein sehr positives Ergebnis. In 100% der elektronischen Pflegedokumentationen wurden die Pflegeinterventionen so dokumentiert, dass die Durchführung der Pflege ohne weitere Informationen möglich war. Es konnten alle W-Fragen (WAS, WANN, WOMIT und WO) beantwortet werden (Abb. 14).

- **4.3. Gültige Standards sind mit Angabe der Standardbezeichnung dokumentiert.**

In allen Fällen, in denen diese Frage relevant war wurden alle gültigen Standards dokumentiert. Somit konnten auch bei diesem Punkt 100% mit „*JA*“ beantwortet werden (Abb. 14).

- **4.4. Ressourcen des/der Patienten/in sind bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt**

Hier zeigte sich, dass bei 26% der Patienten/innen die Ressourcen bei der Planung der Pflegemaßnahmen nicht berücksichtigt wurden (Abb.14).



**4.1.:** Die Planung der Pflegeinterventionen orientiert sich an den Ursachen (Ätiologie, Risikofaktoren) der Pflegediagnosen und den Pflegezielen.

**4.2.:** Geplante Pflegeinterventionen sind so dokumentiert, dass W-Fragen beantwortet werden können.

**4.3.:** Gültige Standards sind mit Angabe der Standardbezeichnung dokumentiert.

**4.4.:** Ressourcen des/der Patienten/in sind bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt.

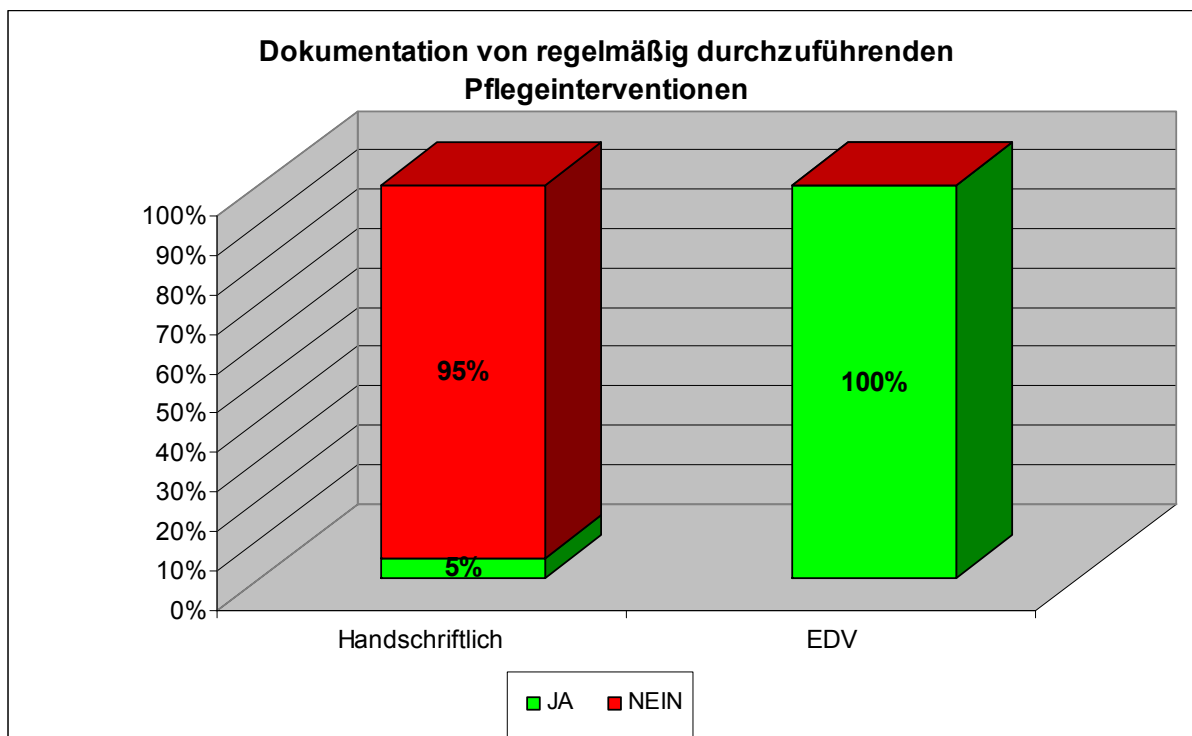
**Abb. 14:** Evaluierungsergebnis der Pflegeinterventionen bei der EDV-Dokumentation

## 11.5. Schritt 5: Durchführung der Pflege / Durchführungsnachweis

**Die erste zentrale Frage lautet hier: „ Alle regelmäßig durchzuführenden Pflegeinterventionen sind im Durchführungsnachweis erfasst.“**

Voraussetzung für eine positive Bewertung dieses Punktes ist, dass regelmäßig durchzuführende Pflegeinterventionen im Durchführungsnachweis (Arbeitslisten) dokumentiert wurden.

Es zeigte sich, dass dies bei 100% der elektronischen Pflegedokumentationen der Fall war. Im Gegenzug konnten bei diesem Evaluierungspunkt nur 5% der handschriftlichen Dokumentationen positiv beurteilt werden (Abb. 15).

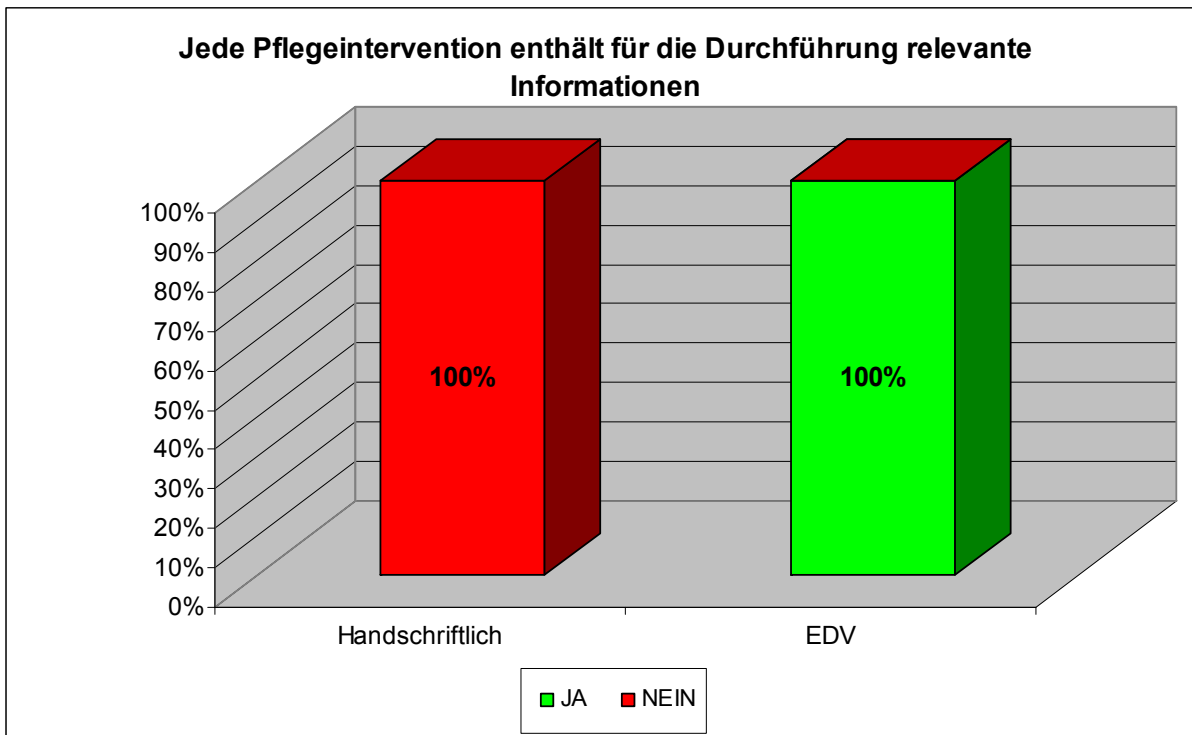


**Abb. 15:** Evaluierungsergebnis der Dokumentation von regelmäßig durchzuführenden Pflegeinterventionen im Vergleich zw. handschriftlicher und EDV-Dokumentation

**Die zweite zentrale Frage lautet: „Jede Pflegeintervention enthält für die Durchführung relevante Informationen (W-Fragen, Standards...).“**

Wie auch schon bei der vorangegangenen Fragestellung des Evaluierungsbogens zeigte sich hier ebenfalls eine Verbesserung von der handschriftlichen zur elektronischen Pflegedokumentation.

Bei den handschriftlichen Dokumentationen konnte keine einzige mit „JA“ bewertet werden, während bei den EDV-Dokumentationen 100% positiv abschnitten (Abb. 16).



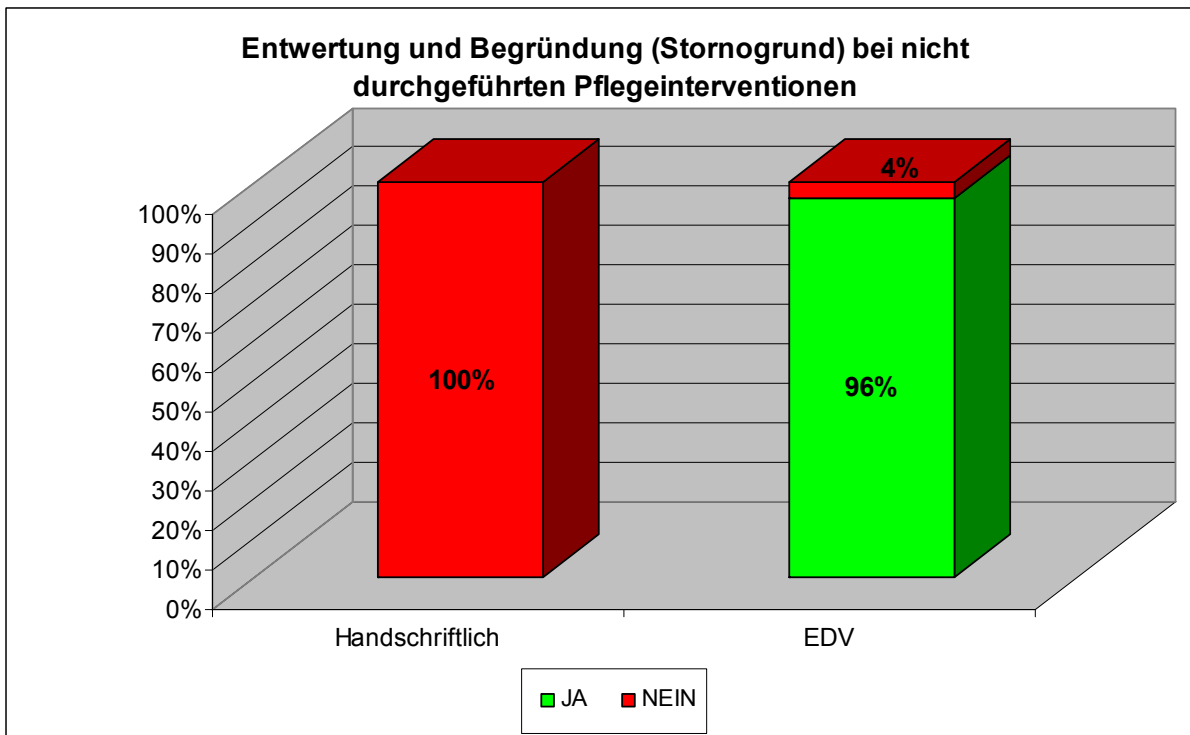
**Abb. 16:** Evaluierungsergebnis der relevanten Informationen für die Durchführung der Pflegeinterventionen im Vergleich zw. handschriftlicher und EDV-Dokumentation

**Die dritte Bewertung befasst sich mit folgender Vorgabe: „Bei nicht durchgeführten Pflegeinterventionen ist das Feld entwertet und die Begründung im Pflegebericht dokumentiert (in der EDV storniert - Stornogrund dokumentiert)“**

Wie auch schon bei den zwei vorangegangenen Evaluierungspunkten dieses Schrittes gab es auch hier eine starke Verbesserung zugunsten der elektronischen Pflegedokumentation.

Die EDV-Dokumentationen erreichten hier 96% positive Bewertungen (Abb. 17).

Bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen gab es keine einzige bei, der alle nicht durchgeführten Pflegeinterventionen entwertet wurden und eine Begründung im Pflegebericht dokumentiert worden ist. Die Aufzeichnungen waren lückenhaft, es fehlten Entwertungen und Erläuterungen bzw. Begründungen für die Nichtdurchführung der Maßnahmen (Abb. 17).



**Abb. 17:** Entwertung und Begründung (Stornogrund) bei nicht durchgeführten Pflegeinterventionen

## 11.6. Schritt 6: Evaluation

Da bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen keine Pflegediagnosen erstellt wurden, konnten von den Pflegepersonen auch keine evaluiert werden. Daher kann es hier keinen Vergleich zwischen handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen geben.

Das Ergebnis bei den elektronischen Pflegedokumentationen stellt sich folgendermaßen dar:

In 87% der Fälle wurden die Pflegediagnosen zum geplanten Zeitpunkt formell evaluiert. Es wurde jedoch nur in 65% der Fälle dem Evaluationsergebnis entsprechend reagiert.

## 11.7. Schritt 7: Pflegebericht

Dieser Beurteilungsschritt befasst sich mit vier Fragestellungen.

1. **„Das psychische und physische Befinden des/der Patienten/in zum Zeitpunkt der Aufnahme (IST-Zustand) ist nachvollziehbar und vollständig dokumentiert“**

Hier erreichten die elektronischen Pflegedokumentationen in 13% der Fälle positive Bewertungen, während die handschriftlichen Dokumentationen nur 5% erreichten.

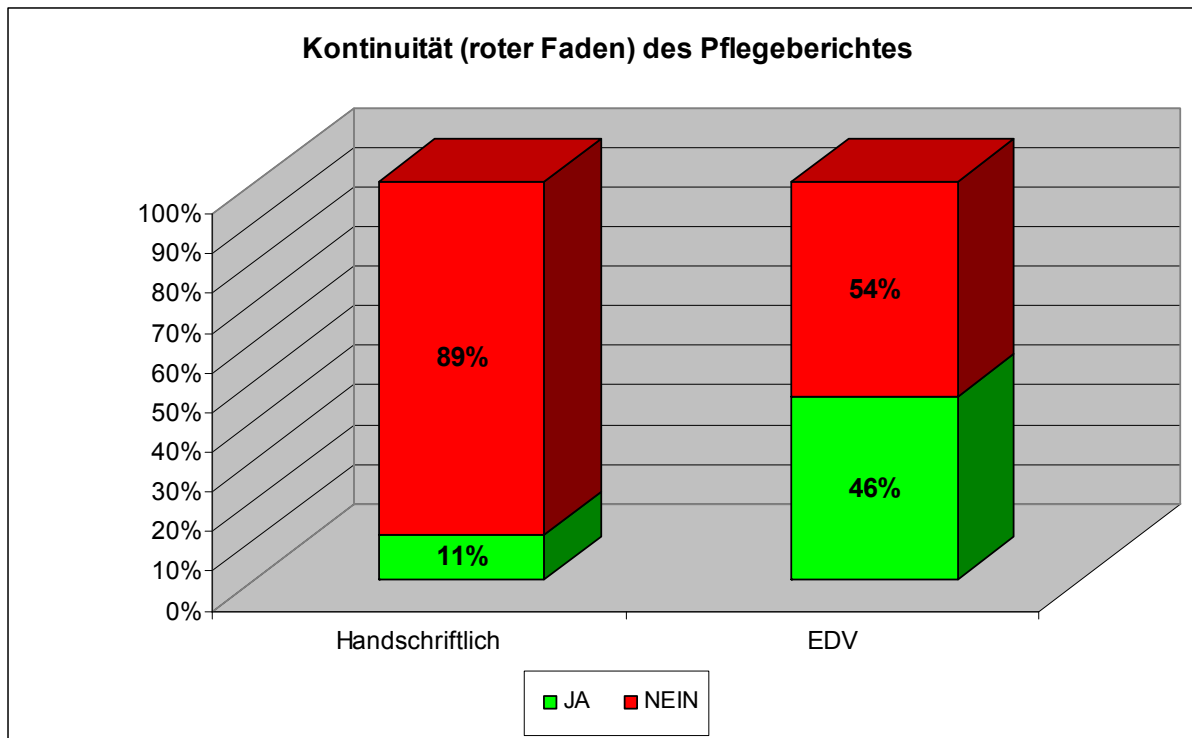
Bei beiden Dokumentationsformen war für das schlechte Abschneiden die fehlende Dokumentation des „psychischen Befindens“ der Patienten/innen ausschlaggebend. Unter „psychischem Befinden“ wird bei diesem Punkt die Dokumentation der Reaktionen, wie der/die Patient/in mit der (Ausnahme)-Situation im Krankenhaus zurechtkommt, verstanden.

2. **„Der Pflegebericht bildet das physische und psychische Befinden des/der Patienten/in während seines/ihrer stationären Aufenthaltes nachvollziehbar ab (roter Faden, Kontinuität)“**

Bei diesem Punkt des Evaluationsbogens kam es zu einer Verbesserung bei den EDV-Dokumentationen.

Bei den elektronischen Dokumentationen erfüllten 46% die Anforderungen, während bei den handschriftlichen nur 11% positiv bewertet werden konnten (Abb. 18).

Gründe für die negativen Bewertungen waren, dass der sogenannte rote Faden nicht gegeben war und daher die Nachvollziehbarkeit mancher Handlungen nicht gegeben war. Es fehlten Erläuterungen und zu einigen Ereignissen gab es keine weiteren Aufzeichnungen bzw. die Evaluationen fehlten gänzlich. Auch wurde das psychische Befinden mancher Patienten/innen zu ungenau bzw. überhaupt nicht beschrieben.



**Abb. 18:** Vergleich der Kontinuität der Pflegeberichte bei handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen.

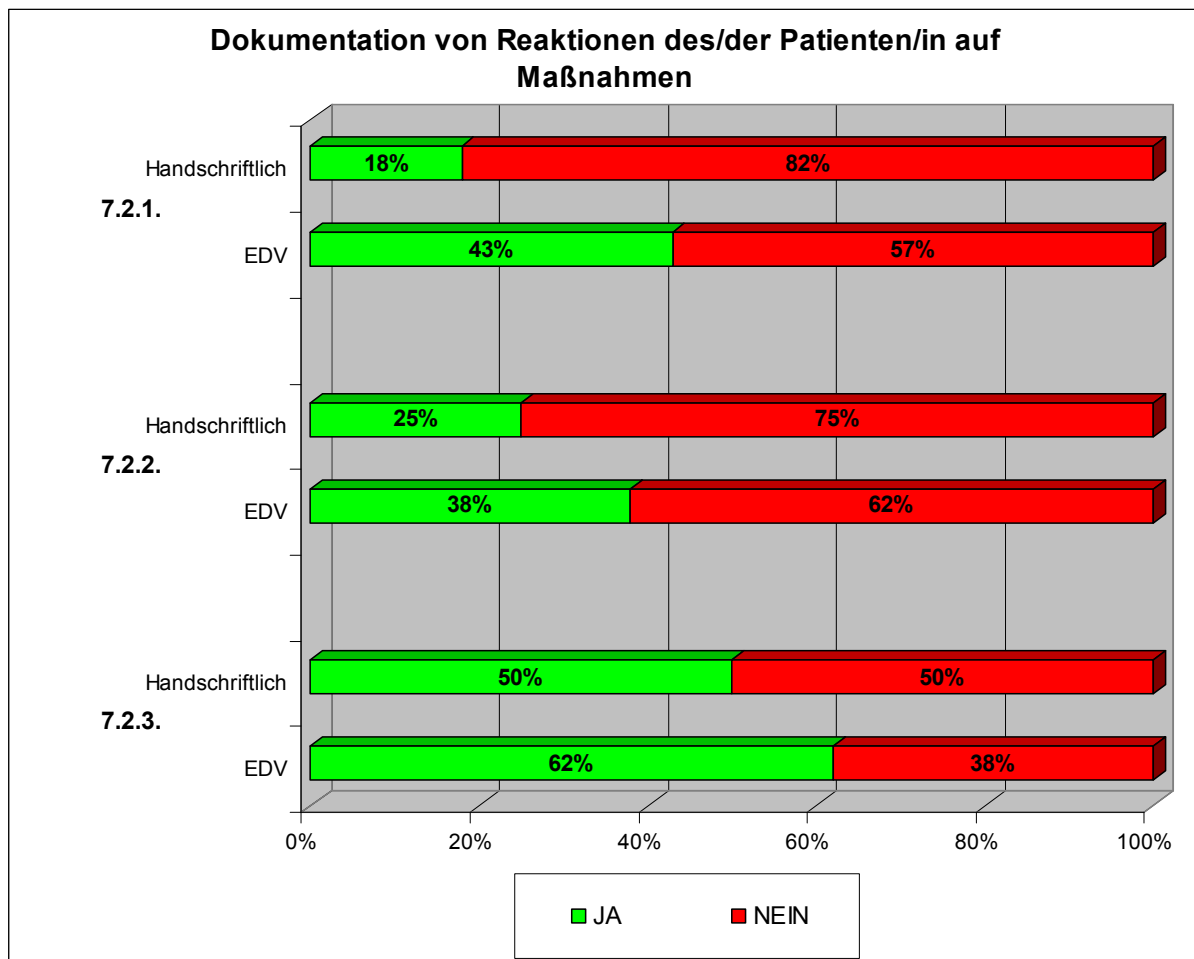
Bei den drei Unterpunktender 2. Fragestellung zeigte sich bei den EDV-Dokumentationen ebenfalls eine Verbesserung im Vergleich zu den handschriftlichen Pflegedokumentationen.

So wurden bei dem ersten Unterpunkt, „Die Reaktionen des/der Patienten/in auf Probleme (Schmerz, Schwindel ...) sind dokumentiert.“, 43% bei den elektronischen Dokumentationen positiv beurteilt während es bei den Dokumentationen in Papierform nur 18% waren (Abb. 19).

Bei der Dokumentation der Reaktionen des/der Patienten/in auf Maßnahmen des eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereiches konnten bei den EDV-Dokumentationen 38% positiv bewertet werden während es bei den handschriftlichen Dokumentationen nur 25% positiv waren (Abb. 19).

Ebenfalls zu einer Verbesserung bei den elektronischen Dokumentationen kam es bei der Dokumentation der Reaktionen des/der Patienten/in auf Maßnahmen des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches. Hier erfüllten 62% der EDV-

Dokumentationen die Anforderungen, während es bei den handschriftlichen Dokumentationen 5% waren (Abb. 19).



**7.2.1.:** Die Reaktionen des/der Patienten/in (Bezugsperson) auf Probleme (Schmerz, Schwindel ...) sind dokumentiert

**7.2.2.:** Die Reaktionen des/der Patienten/in auf Pflegemaßnahmen sind dokumentiert (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich)

**7.2.3.:** Die Reaktionen des/der Patienten/in auf ärztliche Verordnungen sind dokumentiert (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich)

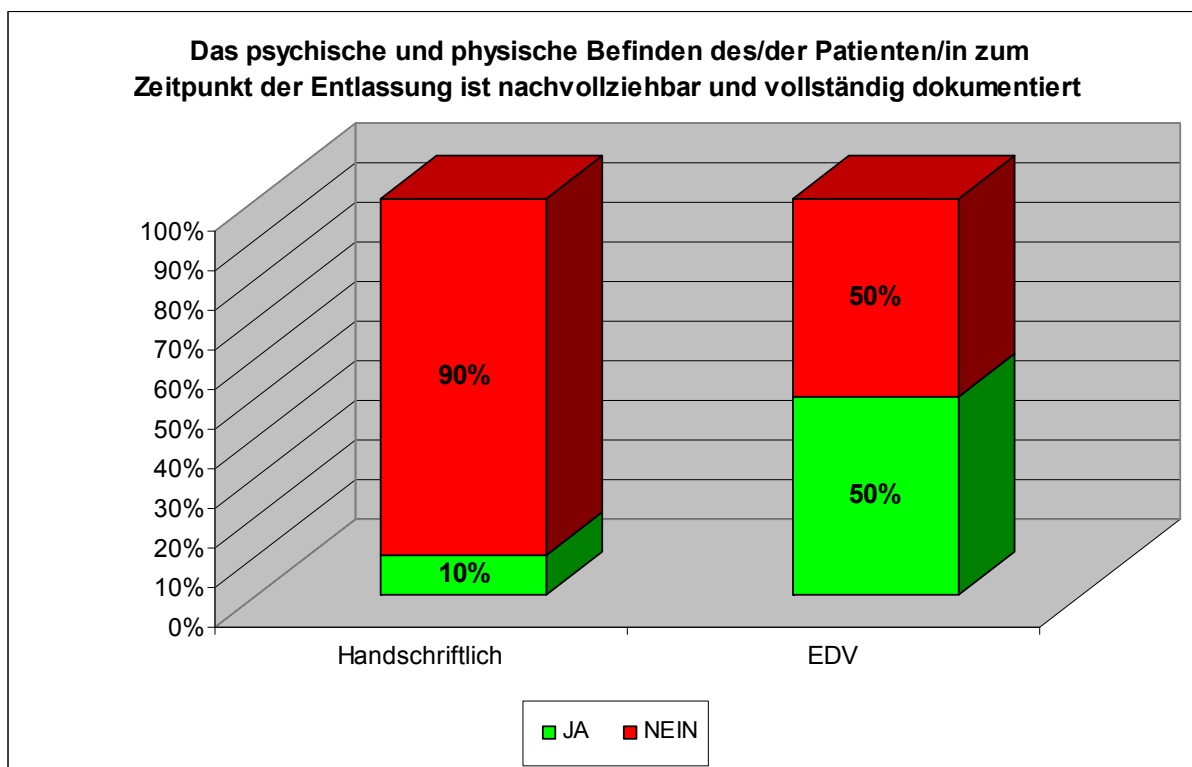
**Abb. 19:** Evaluierung der Dokumentation von Reaktionen des/der Patienten/in auf Maßnahmen

**3. „Das psychische und physische Befinden des/der Patienten/in zum Zeitpunkt der Entlassung (IST-Zustand) ist nachvollziehbar und vollständig dokumentiert.“**

Hier zeigte sich wie auch schon bei den anderen Punkten der Evaluation des Pflegeberichtes, dass es zu einer Verbesserung durch die elektronische Dokumentation gekommen ist.

50% der EDV-Pflegedokumentationen wurden hier mit „JA“ bewertet, während bei den handschriftlichen nur 10 % positiv bewertet werden konnten (Abb. 20).

In den meisten „negativ“ bewerteten Dokumentationen wurde das psychische Befinden des/der Patienten/in nicht angeführt. Einige handschriftliche Dokumentationen hatten auch wenig aussagekräftige Einträge wie etwa „√ AZ“. In zwei der handschriftlichen Pflegedokumentationen kam es sogar vor, dass bereits 1-2 Tage vor der Entlassung der letzte Eintrag gemacht wurde und auch der Entlassungsbericht fehlte.



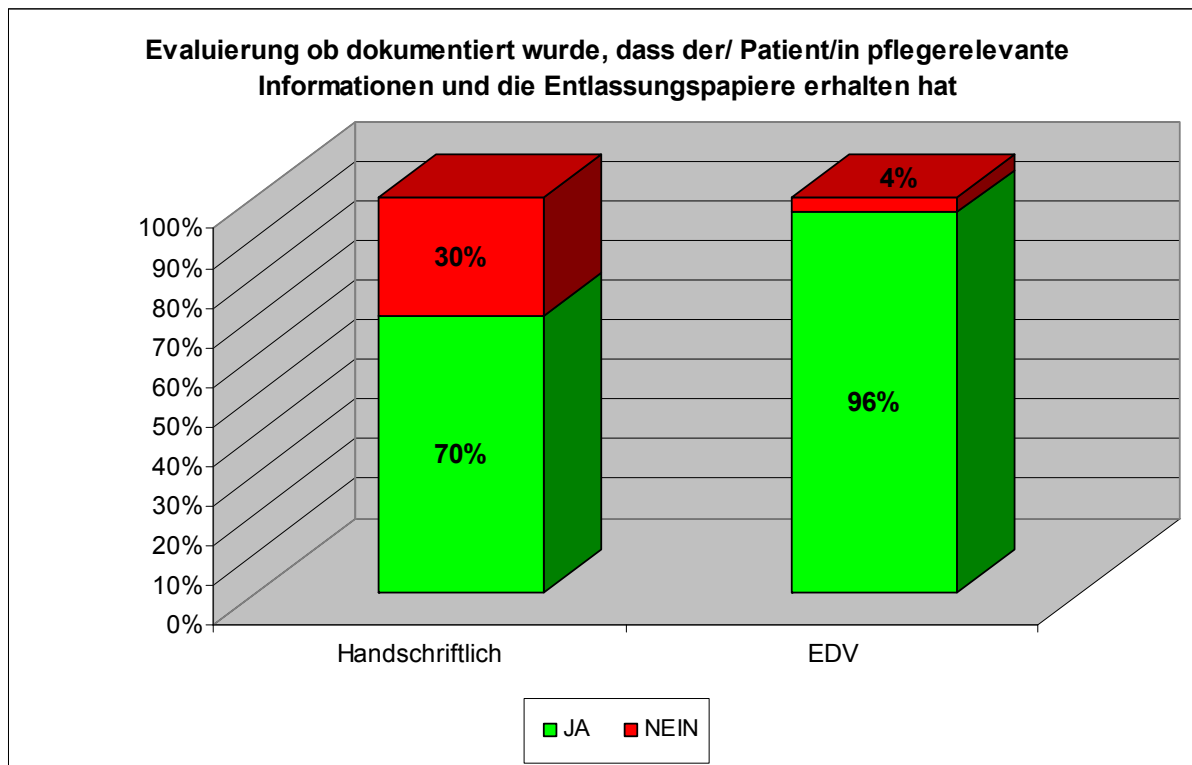
**Abb. 20:** Qualität der Dokumentation über das psychische und physische Befinden des/der Patienten/in

**4. „Es ist dokumentiert, dass der/die Patient/in (Bezugsperson/extramurale Pflege- und Betreuungseinrichtung) pflegerelevante Informationen und die Entlassungspapiere erhalten hat.“**

Beim letzten Evaluierungspunkt des Pflegeberichtes zeigte sich wiederholt, dass die EDV-Dokumentation sichtbar besser abschnitt als die Dokumentation in Papierform. In 96% der EDV-Dokumentationen war ersichtlich, dass der/die Patient/in alle pflegerelevanten Informationen und Entlassungspapiere erhalten hatte. Bei den hand-

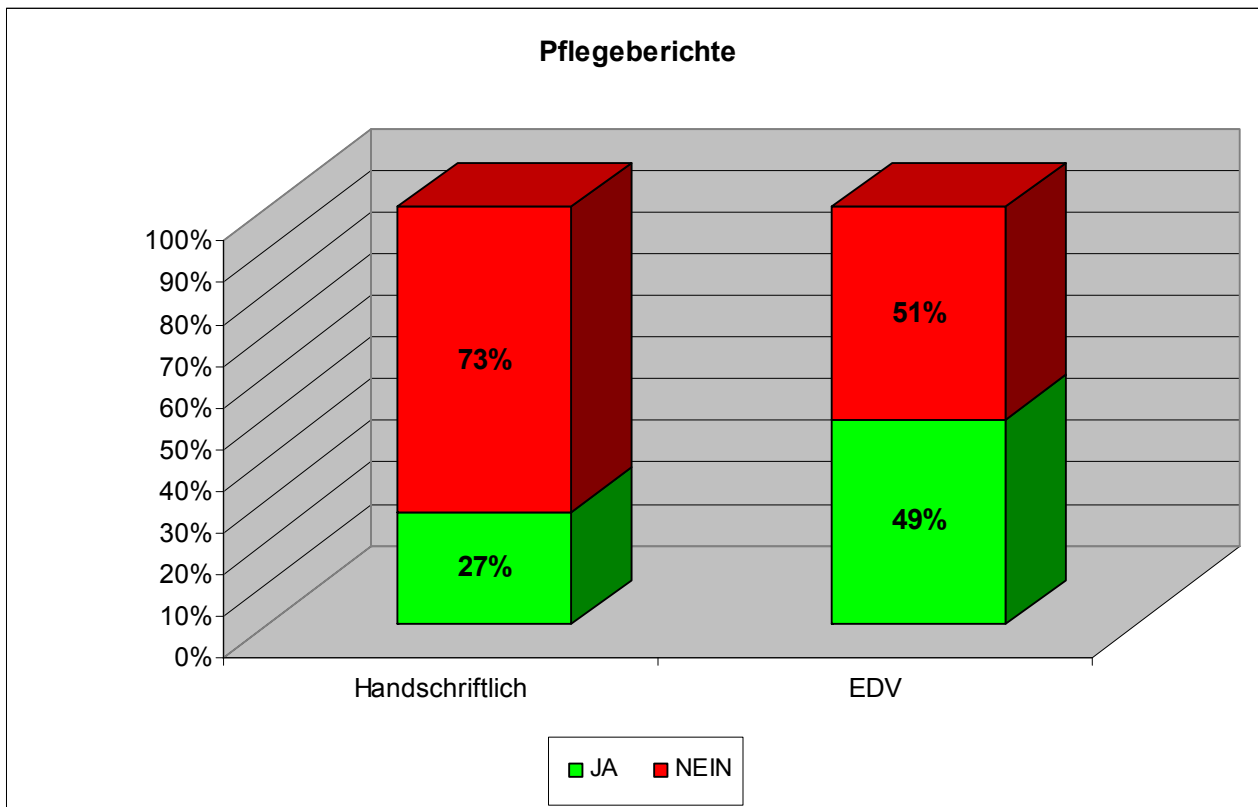
schriftlichen Dokumentationen war dies nur in 70% der Dokumentationen der Fall (Abb. 21).

In drei Fällen der handschriftlichen Dokumentation war z.B. nicht ersichtlich, ob der/die Patient/in pflegerelevante Informationen für den Umgang mit seiner/ihrer Wunde erhalten hat.





**Abb. 21:** Evaluierung ob dokumentiert wurde, dass der/die Patient/in pflegerelevante Informationen und die Entlassungspapiere erhalten hat.

Das zusammengefasste Ergebnis der Evaluierung der Pflegeberichte (alle Unterpunkte des Schritts 7 des Evaluierungsbogens) zeigte eine starke Verbesserung bei den elektronischen Pflegedokumentationen. So konnten die EDV-Pflegedokumentationen 49% positive Bewertungen erreichen während die handschriftlichen Dokumentationen nur 27% positive Bewertungen erhielten (Abb. 22).



**Abb. 22:** Zusammengefasstes Ergebnis aller Fragestellungen bei der Evaluierung der Pflegeberichte im Vergleich zwischen handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen.

## 11.8. Schritt 8: Zusätzliche Kriterien

Bei den zusätzlichen Kriterien der Evaluierung gibt es insgesamt neun Evaluierungspunkte, wobei nur vier dieser Fragen sowohl bei den handschriftlichen als auch bei den elektronischen Pflegedokumentationen gemeinsam evaluiert werden. Diese Punkte sind im Evaluierungsbogen sowohl mit einem Stift () , als auch mit einem Computersymbol () gekennzeichnet. Die restlichen fünf Fragestellungen werden nur bei den handschriftlichen Dokumentationen evaluiert, da alle diese Punkte bei den EDV-Dokumentationen auf Grund der Begebenheiten einer computerunterstützten Dokumentation immer erfüllt werden.

### 1. „Wertfreie und fachlich korrekte sprachliche Formulierungen.“

Durch die elektronische Dokumentation kam es bei den Formulierungen im Bezug auf wertfreie und fachliche Korrektheit zu einer Verbesserung. So wurde dies in 92%

der EDV-Dokumentationen erfüllt während es bei den handschriftlichen 80% gewesen sind (Abb. 23).

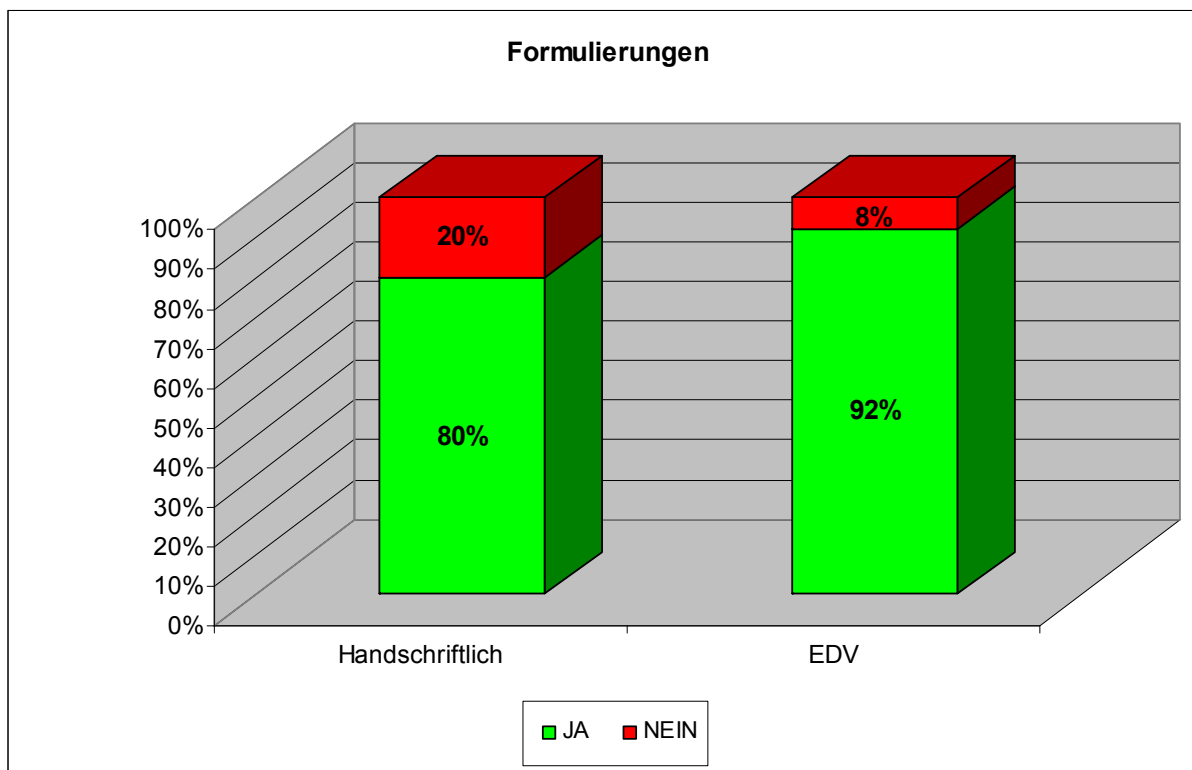


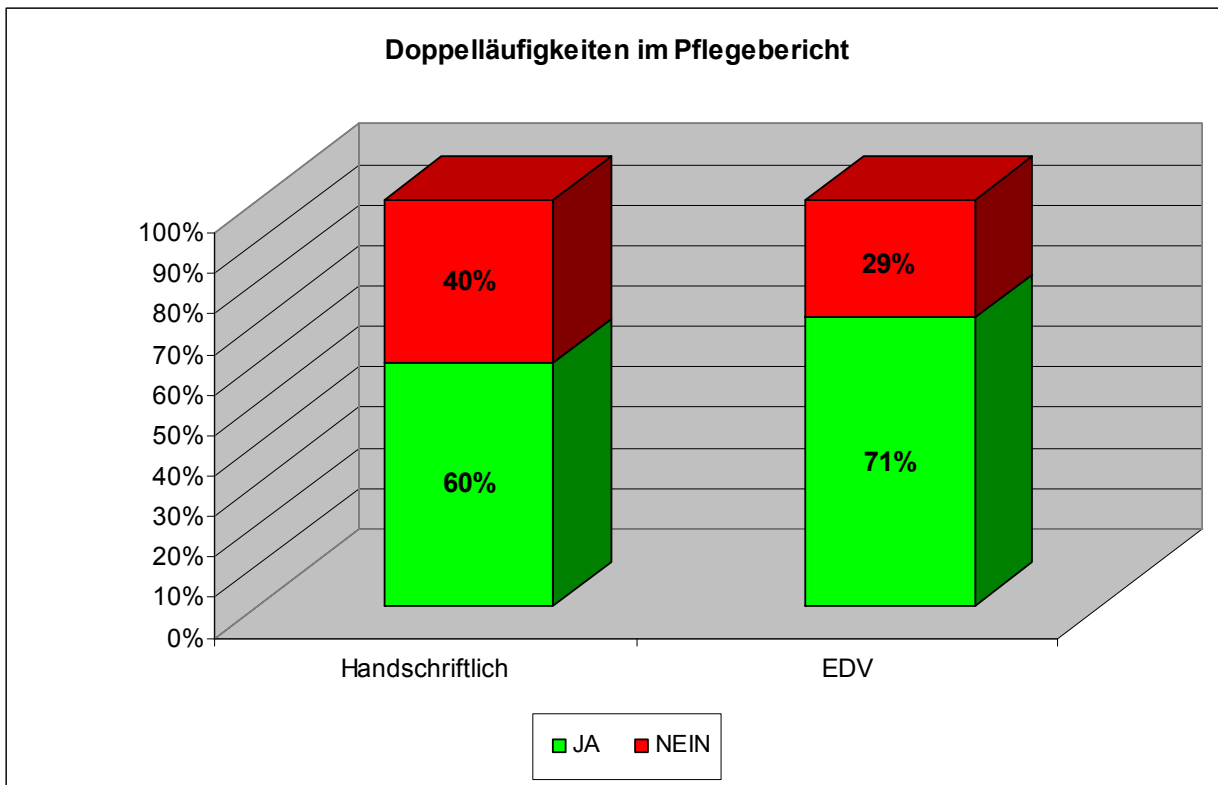
Abb. 23: Evaluierung der Verwendung von wertfreien und fachlich korrekten sprachlichen Formulierungen.

## 2. Es sind Doppelläufigkeiten im Pflegebericht (Arztverordnung, Vitalwerte, Laborparameter, therapeutische Verordnungen, ...) vorhanden.

Dieser Punkt des Evaluierungsbogens ist der einzige, bei dem ein „JA“ als schlechtes Ergebnis gesehen wird, da es bedeutet, dass Doppelläufigkeiten in der Dokumentation vorhanden sind.

Hier zeigte sich, dass es bei den handschriftlichen Dokumentationen weniger Doppelläufigkeiten in Pflegeberichten gab als bei den Dokumentationen in elektronischer Form.

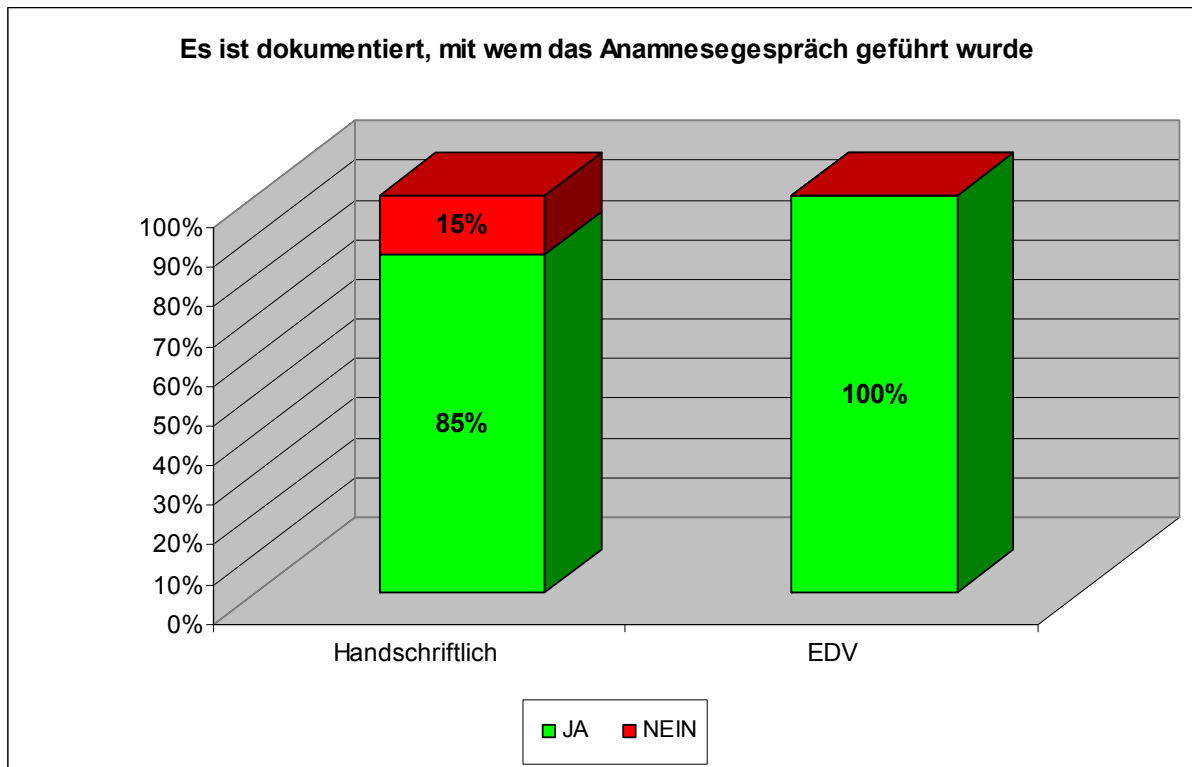
Bei den EDV-Dokumentationen gab es in 71% der Fälle Doppelläufigkeiten, während diese bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen nur in 60% der Dokumentationen vorgekommen ist (Abb. 24).



**Abb. 24:** Evaluation ob Doppelläufigkeiten im Pflegebericht vorhanden sind.

### 3. „Es ist dokumentiert, mit wem das Anamnesegespräch geführt wurde.“

In 100% der elektronischen Dokumentationen war ersichtlich, mit wem das Anamnesegespräch geführt wurde. Bei den handschriftlichen Dokumentationen war dies nur in 85% der Dokumentationen möglich (Abb. 25).



**Abb. 25:** Es ist ersichtlich, mit wem das Anamnesegespräch geführt wurde.

#### **4. „Die Erhebung der Pflegeanamnese erfolgte innerhalb von 24 – 48 Stunden nach der Aufnahme des/der Patienten/in.“**

Sowohl bei allen handschriftlichen als auch bei allen elektronischen Dokumentationen erfolgte die Pflegeanamnese innerhalb von 24 bis maximal 48 Stunden nach der Aufnahme des/der Patienten/in. Beide Dokumentationsformen haben hier einen Erfüllungsgrad von 100%.

Die nun folgenden Evaluierungspunkte bei Schritt 8 des Evaluierungsbogens wurden nur bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen evaluiert, da alle diese Punkte bei den EDV-Dokumentationen auf Grund der Begebenheiten einer computerunterstützten Dokumentation immer erfüllt werden.

**5. „Formale Kriterien der Dokumentenführung sind eingehalten – Entwertung, Lesbarkeit, Nachvollziehbarkeit von Korrekturen.“**

In keiner der handschriftlichen Dokumentationen konnte dieses Kriterium erfüllt werden. Es fehlten häufig Entwertungen, auch die Lesbarkeit von Eintragungen war in vielen Fällen nicht gegeben und auch Korrekturen waren nicht immer nachvollziehbar. In zwei Dokumentationen kam es sogar vor, dass Korrekturflüssigkeiten zum Überdecken bei Änderungen verwendet wurden.

Hier zeigt sich ein klarer Vorteil der elektronischen Dokumentation. Die Lesbarkeit ist immer gegeben und die Nachvollziehbarkeit von Korrekturen ist ebenfalls immer möglich, da jede Korrektur gemeinsam mit dem Benutzernamen gespeichert wird.

**6. „Das Pflegeassessmentblatt ist von der verantwortlichen Diplomierten Pflegefachkraft leserlich unterschrieben.“**

Dieser Evaluierungspunkt wurde bei allen handschriftlichen Pflegedokumentationen erfüllt.

**7. „Wiederaufnahme eines/r Patienten/in: Bereits zu einem früheren Zeitpunkt erhobene Pflegedaten sind auf ihre Gültigkeit überprüft und aktualisiert (Handzeichen/Datum).“**

Bei den zufällig ausgewählten handschriftlichen Pflegedokumentationen gab es zwei Fälle, bei denen es sich um eine Wiederaufnahme handelte. In beiden Fällen wurde das Kriterium beim 7. Punkt nicht erfüllt. So ist es z.B. fraglich, ob bei einer Wiederaufnahme nach 8 Monaten wirklich alle Lebensaktivitäten unverändert bleiben.

Im Falle einer Wiederaufnahme bei der elektronischen Pflegedokumentation wird die Pflegefachkraft in openMEDOC auf eine Wiederaufnahme aufmerksam gemacht. In weiterer Folge müssen dann Veränderungen eingetragen bzw. neu erhoben werden.

**8. „Es ist klar ersichtlich von wem, wann, welche Pflegeinterventionen angeordnet bzw. abgesetzt wurden.“**

Bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen war es bei keiner einzigen möglich, konkret bei allen Pflegeinterventionen festzustellen, von wem, wann, welche angeordnet bzw. abgesetzt wurden. Bei diesem Punkt gibt es einen großen Vorteil für die EDV-Dokumentation, da hier sämtliche Eintragungen immer mit dem jeweiligen Benutzernamen verknüpft sind.

**9. „Die Durchführung der Pflege ist korrekt mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen bestätigt.“**

Wie auch schon beim vorangegangenen Evaluierungspunkt, gab es auch hier bei allen handschriftlichen Dokumentationen teilweise unvollständige Eintragungen. Somit mussten bei diesem Evaluierungspunkt alle handschriftlichen Dokumentationen mit „*NEIN*“ bewertet werden. Hier zeigte sich wieder der Vorteil der elektronischen Dokumentation, da hier sämtliche Eintragungen automatisch zusätzlich zum Benutzernamen mit einem Datums- und Zeitstempel versehen werden.

## 12. Diskussion und Schlussbetrachtung

Bei der Evaluierung der Pflegedokumentationen in dieser Arbeit bestätigten sich die Vorteile der elektronischen Dokumentationsform sowie aber auch einige Risiken und Probleme, welche in der Literatur beschrieben werden.

Der erste Punkt des Evaluierungsbogens, der sich mit der Informationssammlung beschäftigt, zeigte gesamt gesehen eine leichte Verbesserung der Qualität um 5% von der handschriftlichen zur EDV-Pflegedokumentation.

Es gab hier aber auch bei einzelnen Unterpunkten Verschlechterungen bei den elektronischen Dokumentationen. So waren bei den EDV-Dokumentationen 96% der Fälle, bei der Sammlung der Stammdaten, vollständig richtig dokumentiert, während bei den handschriftlichen Dokumentationen hier 100% erreicht wurden. Ein möglicher Grund für das etwas schlechtere Abschneiden der elektronischen Dokumentationen könnte hier sein, dass diese Daten bereits von der Administration bei der Aufnahme eingegeben werden und dann in weiterer Folge von den Pflegepersonen am Computer kontrolliert werden sollten, was aber in der Praxis nicht immer geschieht.

Ebenfalls etwas schlechter schnitten die elektronischen Pflegedokumentationen bei der Evaluation des Kennwortfeldes ab. So fehlte in 8% der elektronischen Dokumentationen das „Kennwort“ bzw. eine Begründung, warum keines dokumentiert wurde. Wenn es sich hier, bei der elektronischen Pflegedokumentation, um ein Pflichtfeld handeln würde, müsste von der Pflegefachkraft zumindest ein Eintrag gemacht werden, warum kein Kennwort dokumentiert wurde, wie z.B. „*Patient nicht ansprechbar, oder Patient nicht bei Bewusstsein*“.

Bei der Evaluierung des Pflegeassessments der 12 Lebensaktivitäten zeigte sich durchwegs eine leichte Verbesserung bei den elektronischen Pflegedokumentationen. Hauptgrund für das schlechtere Abschneiden der handschriftlichen Dokumentationen war das Fehlen von Eintragungen und Entwertungen. Bei der elektronischen Dokumentation dürften die Benutzer/innen hier durch die Benutzeroberfläche vielleicht mehr motiviert werden, Eintragungen bzw. Entwertungen durchzuführen als bei der in Papierform.

Eine interessante Abweichung des Trends des besseren Abschneidens der elektronischen Dokumentationen gab es allerdings bei der Lebensaktivität „*Schlafen*“. Die EDV-Dokumentationen erreichten hier ein um 16% schlechteres Ergebnis als die

handschriftlichen. Bei den elektronischen Dokumentationen fehlten hier Angaben zu Schlafmedikamenten bzw. es wurde dokumentiert, dass der/die Patient/in ein Problem mit dieser Lebensaktivität hat, in weiterer Folge wurde dieses Problem jedoch nicht weiter erläutert. Warum es gerade bei dieser Lebensaktivität zu einer Verschlechterung bei den elektronischen Pflegedokumentationen kam, lässt sich jedoch nicht feststellen.

Eine deutliche Verbesserung bei den elektronischen Pflegedokumentationen, zeigte sich bei der Evaluierung der gestellten Pflegediagnosen. Ob und wie viele Pflegediagnosen gestellt werden müssen, hängt immer von der geplanten Aufenthaltsdauer des/der Patienten/in ab. Sollte es z.B. nicht möglich sein, ein Problem innerhalb der geplanten Aufenthaltsdauer zu bearbeiten, so werden in diesen Fällen keine Pflegediagnosen erstellt. Wenn in einem Fall wirklich keine, durch die Pflege zu beeinflussende Probleme vorliegen, werden ebenfalls keine Pflegediagnosen gestellt. Es kann jedoch auch vorkommen, dass während des Aufenthaltes neue Probleme entstehen zu denen Pflegediagnosen gestellt werden müssen.<sup>173</sup>

In 35% der Fälle bei den handschriftlichen Dokumentationen hätte zumindest eine Pflegediagnose gestellt werden müssen. Das Ergebnis der Evaluierung ergab jedoch, dass hier keine einzige erstellt wurde. Dieses Ergebnis ist als schlecht anzusehen, da eigentlich bereits seit 1997 im §5 des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes festgelegt wurde, dass, unter anderem, die Dokumentation die Pflegediagnose zu enthalten hat.<sup>174</sup>

Das deutlich bessere Ergebnis bei den elektronischen Dokumentationen zeigte, dass hier in 78% der Fälle, bei denen es notwendig war eine Pflegediagnose zustellen, eine gestellt wurde. Es zeigte sich allerdings auch, dass bei den elektronischen Pflegedokumentationen in 4 Fällen Pflegediagnosen zu Problemen des/der Patienten/in gestellt wurden, bei denen laut Rappold et. al. das Stellen nicht notwendig gewesen wäre<sup>175</sup>, was in diesen Fällen einen unnötigen Dokumentationsaufwand für die Pflegefachkraft bedeutete.

Das es zu einer Steigerung bei den Pflegediagnosen kam ist vermutlich nicht nur auf die elektronische Form der Dokumentation zurückzuführen, sondern geht vermutlich auch auf sehr gute Schulungen beim Umstieg von der handschriftlichen zur elektronischen Pflegedokumentation zurück. Es kann davon ausgegangen werden, dass

---

<sup>173</sup> Vgl. Rappold et al. 2010, S. 16

<sup>174</sup> Vgl. Allmer 2009

<sup>175</sup> Vgl. Rappold et al. 2010, S. 16

sich die Pflegepersonen – vielleicht teilweise erstmals – bei den Schulungen intensiv mit dem Stellen von Pflegediagnosen auseinander setzten und ihr erweitertes Wissen nun bei den elektronischen Pflegedokumentationen anwendeten. Dass es hier dennoch ein Verbesserungspotenzial gibt, zeigten die Schritte 3 („Dokumentation der Pflegeziele“) und 4 („Planung der Pflegeinterventionen“) des Evaluationsbogens. So wurden in 35 % der Fälle die Pflegeziele so gesetzt, dass sie entweder nicht relevant oder nicht erreichbar waren. Ebenfalls in 35% der Dokumentationen orientierte sich die Planung der Pflegeinterventionen nicht an den Ursachen bzw. waren nicht auf das festgelegte Pflegeziel ausgerichtet. Wenn nun die Interventionen nicht auf das Ziel ausgerichtet sind, ist es praktisch nicht möglich es zu erreichen. Es zeigte sich auch, dass in 26% die Ressourcen des/der Patienten/in bei der Planung der Pflegemaßnahmen nicht berücksichtigt wurden. Doch gerade eine ressourcenorientierte Pflege ist wichtig, damit der/die Patient/in seine/ihre Selbständigkeit wieder erlangt.<sup>176</sup> Durch gezielte Schulungen des Pflegepersonals könnten bei diesen Punkten vermutlich bessere Ergebnisse erreicht werden.

Zu einer deutlichen Verbesserung – bei zwei Unterpunkten sogar um 100% – durch die elektronische Pflegedokumentation kam es bei der Dokumentation der Durchführung der Pflege und den Durchführungsnachweisen. Hier fehlten bei den handschriftlichen Dokumentationen Eintragungen bzw. Entwertungen. Generell handelte es sich bei den handschriftlichen Pflegedokumentationen um lückenhafte Aufzeichnungen, so war teilweise nicht ersichtlich, welches Unterstützungsausmaß benötigt wurde. Es fehlten auch Erläuterungen, sowie Angaben zur Lokalisation und den zu Pflegeutensilien. Auf Grund dieser Tatsachen, war bei den handschriftlichen Dokumentationen, im Gegensatz zu den EDV-Dokumentationen die Nachvollziehbarkeit nicht mehr zu 100% gegeben.

Die Verbesserung um 22%, bei der zusammengefassten Evaluierung der Pflegeberichte, zeigte ebenfalls den Trend der Verbesserung bei den elektronischen Pflegedokumentationen. Die Kontinuität – der sogenannte „Rote Faden“ – war bei den Pflegeberichten der EDV-Dokumentationen deutlich besser erkennbar.

Weiters zeigte sich, dass durch die Verwendung fertiger Textbausteine, welche in openMEDOCS vorhanden sind, es bei den elektronischen Dokumentationen zu einer Verbesserung bei den fachlich korrekten sprachlichen Formulierungen kam. In manchen handschriftlichen Dokumentationen wurde z.B. etwa anstatt Inkontinenz Vorla-

---

<sup>176</sup> Vgl. Möbius 2010, S. 23

gen, das Wort Windelhose verwendet. Eine schon fast etwas amüsant klingende Beschreibung des Zustandes eines Patienten gab es ebenfalls in einer handschriftlichen Dokumentation. Hier stand: „*Patient hängt am Galgen mit schmerzverzerrtem Gesicht*“. Prinzipiell beschreibt dieser Eintrag die Situation richtig, nur als fachlich korrekt sprachlich formuliert kann er nicht gesehen werden.

Bei einem Punkt zeigte sich eine Verschlechterung bei den elektronischen Pflegedokumentationen. So gab es in den EDV-Dokumentationen mehr Doppelläufigkeiten als in den Dokumentationen in Papierform. Es gab z.B. Einträge in der Fieberkurve, die es auch schon im Durchführungsnachweis gab. Da es bei der elektronischen Dokumentation relativ leicht ist, Arbeitslisten zu erstellen, neigen die Pflegefachkräfte eher dazu, viele anzulegen, auch für Tätigkeiten, für die es nicht nötig ist. Diese Doppelläufigkeiten und die Überdokumentation bedeuten einen unnötigen Dokumentationsaufwand für die Pflegepersonen. Bei der Evaluierung zeigte sich, dass die Häufigkeit der Überdokumentation mit fortschreitender Zeit, nach der Einführung der EDV-Dokumentation, zunahm. Um diese Erkenntnis zu bekräftigen, müsste allerdings eine weitere Evaluierung, von elektronischen Dokumentationen, in bestimmten Zeitabständen nach der Einführung, durchgeführt werden. Um diesen Trend entgegenzuwirken könnten gezielte Schulungsmaßnahmen bei den Pflegefachkräften gesetzt werden.

Als weitere Vorteile der EDV-Pflegedokumentation, bestätigten sich bei dieser Evaluierung, die Lesbarkeit und die Nachvollziehbarkeit von Korrekturen, die auf Grund der Begebenheit einer elektronischen Dokumentation, immer gegeben waren.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei dieser Evaluierung Verbesserungen der Qualität der Dokumentationen seit der Einführung EDV-Pflegedokumentation festgestellt werden konnten. Anzumerken bleibt hier, dass manche Steigerungen vielleicht nicht nur auf den Einsatz der EDV zurückzuführen sind, sondern vielleicht auch darauf, dass sich die Pflegepersonen, durch die Einführung und den damit verbundenen Schulungsmaßnahmen, allgemeine mehr mit der Thematik des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation auseinandersetzen.

Um noch genauere Ergebnisse zu erhalten, wäre es empfehlenswert, weitere Evaluierungen mit einer größeren Anzahl an handschriftlichen und elektronischen Pflegedokumentationen durchzuführen.

### 13. Literaturverzeichnis

AGITOS Websolutions o.J., *Zufallsgenerator*, Zugriff am 4. Oktober 2010, <<http://www.agitos.de/zufallsgenerator.html>>.

Allmer, G. 2009, *Medizinrecht – Pflegerecht*, Zugriff am 4. November 2009, <<http://www.medizinrecht-pflegerecht.com/>>.

Ammenwerth, E., Eichstädter, R. & Schrader, U. 2003, *EDV in der Pflegedokumentation – Ein Leitfaden für Praktiker*, Schlütersche Verlag, Hannover.

Augsburger Allgemeine Online 2010, *Stichwort Touchscreen-Rechner – Lexikon: Was ist ein Tablet-PC?*, Zugriff am 30. Jänner 2010, <<http://www.augsburger-allgemeine.de/Home/Nachrichten/Startseite/Artikel,-tablet-pc-was-ist-das-250110- arid,2053868 regid,2 puid,2 pageid,4288.html>>.

Bergen, P. 1996, *EDV in der Pflege leicht gemacht*, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart  
in Steffan, S. 2006, *Empirische Untersuchung zur IT – gestützten Pflegedokumentation*, GRIN Verlag für akademische Texte, München.

Carroll-Johnson, RM. 1993, *Classification of nursing diagnoses: proceedings of the tenth conference*, Lippincott, Philadelphia. In Gordon, M. & Bartholomeyczik, S. 2001, *Pflegediagnosen: theoretische Grundlagen*, Urban & Fischer Verlag, München.

Düster, C. 2006, *Krankenhaus-Informationssysteme (KIS)*, Zugriff am 12. März 2010, <<http://www.cdschach.de/KIS.pdf>>.

edv-abkuerzungen.de 2009, *Abkürzungen aus EDV, IT, Computer und Internet*, Zugriff am 1. Februar 2010, <<http://www.edv-abkuerzungen.de/>>.

Fischer, W. 2002, *Diagnosis Related Groups (DRGs) und Pflege – Grundlagen, Codierungssysteme, Integrationsmöglichkeiten*, Verlag Hans Huber, Bern.

Fürst, B., Leitner, H. & Brandstätter, E. 2003, „Steiermärkische Krankenanstalten Graz: Qualitätssteigerung in der Pflegedokumentation – EDV als Unterstützung“, in Ammenwerth, E., Eichstädter, R. & Schrader, U. 2003, *EDV in der Pflegedokumentation – Ein Leitfaden für Praktiker*, Schlütersche Verlag, Hannover, S. 162 – 168.

Goosen, WTF. 1998, *Pflegeinformatik*, Ullstein Medical, Wiesbaden in Steffan, S. 2006, *Empirische Untersuchung zur IT – gestützten Pflegedokumentation*, GRIN Verlag für akademische Texte, München.

Gordon, M. 1987, *Nursing diagnosis: process and application*, Mosby, St. Louis, Montana.

ICNP® 2005, *Internationale Klassifikation für die Pflegepraxis ICNP®*, Zugriff am 13. Februar 2010,  
<<http://www.icnp.info/>>.

KAGes 2010, *Auskunftserteilung an Angehörige von Patienten – Serviceunterlage 1015.8323*, KAGes-Management/RR, Graz.

Kranken- und Kuranstaltengesetze des Bundes und der Länder 5. Auflage 2006, Doralt, W. (Hrsg.) *KODEX DES ÖSTERREICHISCHEN RECHTS – Sammlung der österreichischen Bundesgesetze*, LexisNexis Verlag, Wien.

Kozon, V. & Mittermaier, M. 2001, „Entwicklung der Pflegedokumentation in der Praxis“, in Kozon, V. & Fortner, N. (Hrsg.), *Entwicklungen der klinischen Pflege*, ÖGVP Verlag, Wien.

Kromrey, H. 2005, „Evaluation – ein Überblick“, in Schöch, H. (Hrsg.), *Was ist Qualität, Die Entzauberung eines Mythos*, Wissenschaftl. Verlag, Berlin,  
Zugriff am 15 März 2010,  
<[http://www.profkromrey.de/Kromrey\\_Evaluation - ein\\_Ueberblick.pdf](http://www.profkromrey.de/Kromrey_Evaluation_-_ein_Ueberblick.pdf)>.

Kruse, W. 2009, *Prozessoptimierung - am Beispiel der Einführung eines neuen selbstverantwortlichen Arbeitsplanungsmodells im Hanse-Klinikum Wismar*, Kramer, JW., Neumann-Szyszka, J., Nitsch, KW., Prause, G., Weigand, A., Winkler, J. (Hrsg.), Europäischer Hochschulverlag, Bremen.

Landesrechnungshof Steiermark 2003, *Krankenhausinformationssystem openMEDOCS*, Zugriff am 2. März 2010, <[http://www.landesrechnungshof.steiermark.at/cms/dokumente/10083884\\_583182/5013ea14/BerichtopenMEDOCS.pdf](http://www.landesrechnungshof.steiermark.at/cms/dokumente/10083884_583182/5013ea14/BerichtopenMEDOCS.pdf)>.

LKH-Univ. Klinikum Graz 2010, *Universitätsklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie – Station 1/A Orthopädie*, Zugriff am 10. Oktober 2010, <<http://www.klinikum-graz.at/cms/beitrag/10021393/2308984>>.

Lehnert, U. 1995, *Der EDV-Dozent*, Oldenburg Verlag, München in Steffan, S. 2006, *Empirische Untersuchung zur IT – gestützten Pflegedokumentation*, GRIN Verlag für akademische Texte, München, S. 50.

Möbius, T. 2010, „Ressourcenorientierung in der Sozial Arbeit“, in Möbius, T., Friedrich, S. (Hrsg.), *Ressourcenorientiert Arbeiten – Anleitung zu einem gelingenden Praxistransfer im Sozialbereich*, VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien, Wiesbaden.

NANDA® 2009, *About NANDA®*, Zugriff am 13. Februar 2010, <<http://www.nanda.org/AboutUs.aspx>>.

Quality Austria - Trainings, Zertifizierungs und Begutachtungs GmbH o.J., *Auditor*, Zugriff am 22. Oktober 2010, <<http://www.qualityaustria.com>>.

Rappold, E.; Rottenhofer, I.; Allmer, F.; Burger, V.; Chukwuma-Lutz, S.; Oswald, M.; Stauer, D.; Von Musil, J.; Weissenbacher, M.; Wild, M. 2009, *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation*, Gesundheit Österreich GmbH Geschäftsbereich ÖBIG, Wien.

Rappold, E.; Rottenhofer, I.; Aistleithner, R.; Allmer, F.; Burger, V.; Chukwuma-Lutz, S.; Oswald, M.; Poik, M.; Reiter, M.; Scheiber, C.; Staufer, D.; Tauschitz, M.; Ursil, S.; Von Musil, J.; Weissenbacher, M.; Wimmer, I.; Wild, M.; Wuitz, E.; Zeiner, F.; Marcher, E.; Stewig, F. 2010, *Arbeitshilfe für die Pflegedokumentation 2010*, Gesundheit Österreich GmbH im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Wien.

Reiterer, R. 2005, „strategie und entwicklung von pflegedokumentationskatalogen für ein elektronisches dokumentationssystem – ein praxisbericht der Steiermärkischen Krankenanstaltengesellschaft“, *Österreichische Pflegezeitschrift*, 04/05, S. 8-13.

SAP Deutschland 2010, *SAP - Von Walldorf an die Wall Street. Eine Erfolgsgeschichte.*, Zugriff am 23. Februar 2010, <<http://www12.sap.com/germany/about/index.epx>>.

Schär, W. 2003, „Grundlagen der Dokumentation“, in Schär, W. & Laux, H. (Hrsg.), *Pflegeinformatik in der klinischen Praxis*, Elsevier, München.

Schnabel, P. 2009, *das ELEktronik-KOmpendium*, Zugriff am 27. Jänner 2010, <<http://www.elektronik-kompodium.de/>>.

Schnepp, W. 1994, „Pflegediagnosen, Voraussetzungen, Entwicklungen und Grenzen“, *Pflege aktuell*, 12/1994, S. 730-731 in Walzl, B. 2008, *Transparenz von Pflegeleistungen*, Master Arbeit - Universitätslehrgang Public Health, Graz, S. 70.

Sellemann, B. 2007, *IT im Krankenhaus – Chance für die Pflege?*, Fachhochschule Osnabrück – University of Applied Sciences, Zugriff am 12. März 2010, <[http://www.alk-bawue.de/documents/events/it\\_pflege\\_07/Sellemann\\_BALK\\_07.pdf](http://www.alk-bawue.de/documents/events/it_pflege_07/Sellemann_BALK_07.pdf)>.

Stefan, H.; Allmer, S.; Eberl, J. 2003, *Praxis der Pflegediagnosen – dritte, vollst. überarb. und erw. Auflage*, Springer-Verlag, Wien New York.

Steffan, S. 2006, *Empirische Untersuchung zur IT – gestützten Pflegedokumentation*, GRIN Verlag für akademische Texte, München.

Steininger, A. 2007, *Analyse einer rechnergestützten Pflegedokumentation*, Magisterarbeit am Institut für Pflegewissenschaft der Privaten Universität für Gesundheitswissenschaften, Medizinische Informatik und Technik, Hall in Tirol.

Trill, R. 1993, *Der Computer in der Krankenpflege. Grundlagen – Einsatzfelder. Einführungsstrategien*, Schlütersche Verlag, Hannover in Steffan, S. 2006, *Empirische Untersuchung zur IT – gestützten Pflegedokumentation*, GRIN Verlag für akademische Texte, München, S. 49.

T-Systems 2010, *T-Systems – Unternehmensporträt*, Zugriff am 22. Februar 2010, <<http://www.t-systems.de/tsi/servlet/contentblob/t-systems.de/de/626896/blobBinary/Unternehmensprofil-T-Systems-ps.pdf>>.

Vitt, G. 2002, *Pflegequalität ist messbar: Auswirkungen der SGB XI auf die Qualität der ambulanten Pflege*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover.

Wahrig-Burfeind, R. 2007, *Wahrig Fremdwörterlexikon*, Wissen Media Verlag, Güterloh/München.

Walzl, B. 2008, *Transparenz von Pflegeleistungen*, Master Arbeit - Universitätslehrgang Public Health, Graz.

Yura, H. & Walsh, MB. 1988, *The Nursing Process: Assessing, Planing, Implementing, Evaluating*, Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut.

# 14. Anhang

## Anhang 1: Pflegedokumentation - Evaluationsbogen KAGes

**Pflegedokumentation - Evaluationsbogen**

Lfd. Nr.: \_\_\_\_\_ Krankenanstalt: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_ Fachbereich:  operativ  konservativ  Langzeitpflege

Auditor: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Dokumentation in Papierform:  Dokumentation in openMEDOCS:  Aufnahmezahl: \_\_\_\_\_

1. Informationssammlung		JA	NEIN	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht		
Stammdaten						
I	Die persönlichen Daten des Patienten sind vollständig dokumentiert					
II	Kennwort bzw. eine Begründung warum kein Kennwort dokumentiert ist					
III	Kontaktadresse(n) / Telefonnummer(n) sind dokumentiert					
Pflegeassessment						
Pflegeanamnese O / Aufnahmesituation <input type="checkbox"/>						
1.1.	LA Für Sicherheit sorgen	3	2	1	0	Bemerkungen - ab 2 warum nicht
1.2.	LA Essen und trinken					
1.3.	LA Sich sauber halten und kleiden					
1.4.	LA Sich bewegen					
1.5.	LA Ausscheiden					
1.6.	LA Regulieren der Körpertemperatur					
1.7.	LA Kommunizieren					
1.8.	LA Schlafen					
1.9.	LA Atmen					
1.10.	LA Sterben / Sinn finden / soziales Umfeld					
1.11.	LA Sich beschäftigen / Information					
1.12.	LA Sich als Mann / Frau fühlen					

### Pflegedokumentation - Evaluationsbogen

2.	Pflegediagnosen	JA	NEIN	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
2.1.	Reaktionen des Patienten auf gesundheitliche Problemstellungen erfordern das Stellen einer Pflegediagnose			wenn NEIN - dann weiter bei Punkt 5
2.2.	Es werden <b>alle</b> aktuellen und potentiellen pflegerelevanten Probleme erfasst und entsprechende Pflegediagnosen gestellt			
	Pflegediagnosen sind korrekt dokumentiert	JA	NEIN	
2.3.	Aktuelle PD (Titel, Ätiologie, Symptome + vorhandene Ressourcen) Risiko PD (Titel, Ätiologie bzw. Risikofaktoren + vorhandene Ressourcen) Gesundheits PD (Titel, Voraussetzungen)			
	3. Pflegeziele			
3.				Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
3.1.	Für jede Pflegediagnose ist ein relevantes, realistisches, erreichbares, mess- und beobachtbares Ziel gesetzt			
3.2.	Eine realistische Zeitgrenze ist dokumentiert			
	4. Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen			
4.				Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
4.1.	Die Festlegung der Pflegeinterventionen erfolgt entsprechend den Ursachen der Pflegediagnose und der definierten Pflegeziele			
4.2.	Geplante Pflegeinterventionen sind so dokumentiert, dass W-Fragen beantwortet werden können			
4.3.	Gültige Standards sind dokumentiert			NICHT RELEVANT
4.4.	Ressourcen des Patienten sind bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt			NICHT RELEVANT

### Pflegedokumentation - Evaluationsbogen

5.	Durchführung (Durchführungsnachweis oder Arbeitsliste)	JA	NEIN	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
5.1.	Alle regelmäßig durchzuführenden Pflegeinterventionen sind im Durchführungsnachweis erfasst*			
5.2.	Jede Pflegeintervention enthält für die Durchführung relevante Informationen (W-Fragen, Standards...)			
5.3.	Bei nicht durchgeführten Pflegeinterventionen ist das Feld entwertet und die Begründung im Pflegebericht dokumentiert (in der EDV storniert - Stornogrund dokumentiert)			

\* Die Durchführung von Tätigkeiten des mitverantwortlichen Tätigkeitsbereiches kann auch auf der Fehlerkarte bestätigt werden

6.	Evaluation	JA	NEIN	NICHT RELEVANT	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
6.1.	Pflegediagnosen sind zum geplanten Zeitpunkt formell (schriftlich) evaluiert				
6.2.	Auf das Evaluationsergebnis wird entsprechend reagiert (beibehalten, ändern od. absetzen von Pflegediagnose, Ziel, Maßnahmen)				
7.	Pflegebericht	JA	NEIN	NICHT RELEVANT	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
7.1.	Das psychische und physische Befinden des Patienten zum Zeitpunkt der Aufnahme (IST-Zustand) ist nachvollziehbar und vollständig dokumentiert				
7.2.	Der Pflegebericht bildet das physische und psychische Befinden des Patienten während seines stationären Aufenthaltes nachvollziehbar ab (roter Faden, Kontinuität)				
7.2.1.	Die Reaktionen des Patienten (Bezugsperson) auf Probleme (Schmerz, Schwindel ...) sind dokumentiert				
7.2.2.	Die Reaktionen des Patienten auf Pflegemaßnahmen sind dokumentiert (eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich)				
7.2.3.	Die Reaktionen des Patienten auf ärztliche Verordnungen sind dokumentiert (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich)				
7.3.	Das psychische und physische Befinden des Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung (IST-Zustand) ist nachvollziehbar und vollständig dokumentiert				
7.4.	Es ist dokumentiert, dass der Patient (Bezugsperson/extramurale Pflege- und Betreuungseinrichtung) pflegerrelevante Informationen und die Entlassungspapiere erhalten hat				

### Pflegedokumentation - Evaluationsbogen

8. Zusätzliche Kriterien		JA	NEIN	Bemerkungen - wenn nein, warum nicht
8.1.	<input type="checkbox"/> Wertfreie und fachlich korrekte sprachliche Formulierungen			
8.2.	<input type="checkbox"/> Es sind Doppelläufigkeiten im Pflegebericht (Arztverordnung, Vitalwerte, Laborparameter, therapeutische Verordnungen, ...) vorhanden			Wenn JA - Begründung:
8.3.	<input type="checkbox"/> Formale Kriterien der Dokumentenführung sind eingehalten			
8.4.	<input type="checkbox"/> Unterschriften der diplomierten Pflegeperson			
8.5.	<input type="checkbox"/> Es ist dokumentiert, mit wem das Aufnahmegespräch geführt wurde			
8.6.	<input type="checkbox"/> Die Erhebung der Pflegeanamnese erfolgte innerhalb von 24 - 48 Stunden nach der Aufnahme des Patienten			
8.7.	<input type="checkbox"/> Wiederaufnahme eines Patienten: bereits zu einem früheren Zeitpunkt erhobene Pflegedaten sind auf ihre Gültigkeit überprüft und aktualisiert (Handzeichen/Datum)			NICHT RELEVANT
8.8.	<input type="checkbox"/> Es ist klar ersichtlich von wem, wann, welche Pflegeinterventionen angeordnet bzw. abgesetzt wurden			
8.9.	<input type="checkbox"/> Die Durchführung der Pflege ist korrekt mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen bestätigt			
8.10.	<input type="checkbox"/> Zusatzdokumente (Braden-Skala, KO-Blätter, ...) sind gemeinsam mit der Pflegedokumentation abgelegt			NICHT RELEVANT

## Anhang 2: Evaluationskriterien KAGes

<b>Evaluationskriterien</b>	
<b>1. Schritt</b>	<b>Informationssammlung</b>
Die Informationssammlung umfasst die Dokumentation der Stammdaten und das Pflegeassessment. Das Pflegeassessment besteht aus der Informationserhebung, Einschätzung und Zuordnung der Informationen, der Erhebung der Pflegeanamnese und dem Erfassen aktueller Informationen (Aufnahmestatus des Patienten).	
<b>Stammdaten</b>	
I.	Die persönlichen Daten des Patienten sind vollständig dokumentiert (Name, SV, Geburtsdatum, Adresse, ...)
II.	Das Kennwort bzw. die Ablehnung eines Kennwortes ist dokumentiert
III.	Kontaktperson(en)/Telefonnummer(n) sind dokumentiert (in der EDV Dokumentation ist die Eingabe des Verhältnisses nicht möglich)
<b>Pflegeassessment</b>	
<b>Pflegeanamnese <input type="radio"/> / Aufnahmesituation <input type="checkbox"/> und Ressourcen Patient / Bezugsperson</b>	
	<p><b>3 = Die LA wurde vollständig und ganzheitlich erfasst,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alle Fragen nachvollziehbar beantwortet, wo nötig Ergänzungen hinzugefügt,</li> <li>- Ressourcen, wo notwendig erhoben,</li> <li>- nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet,</li> <li>- sehr gute Basis für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses.</li> </ul>
1.1. - 1.12.	<p><b>2 = Die LA wurde vollständig erfasst,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- alle Fragen nachvollziehbar beantwortet,</li> <li>- nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet,</li> <li>- gute Basis für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses.</li> </ul>
	<p><b>1 = Die LA wurde teilweise erfasst,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragen wurde ungenau beantwortet,</li> <li>- nicht relevante Fragestellungen wurden entwertet,</li> <li>- mangelhafte Basis für weitere Schritte des Pflegeprozesses.</li> </ul>
	<p><b>0 = Die LA wurde nicht oder nicht entsprechend erfasst,</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragen nicht beantwortet,</li> <li>- nicht relevante Fragestellungen nicht entwertet,</li> <li>- ungenügende Basis für die weiteren Schritte des Pflegeprozesses.</li> </ul> <p>Aufgrund dieser Pflegeanamnese keine sichere Pflege möglich.</p>














## Evaluationskriterien

<b>2. Schritt</b>	<b>Pflegediagnose</b>
<p><b>Pflegediagnosen</b> beschreiben in einer Kurzform die individuellen Reaktionen der Betroffenen auf gesundheitliche Risiken und auf die Folgen von Krankheiten. <b>Pflegediagnosen</b> beschreiben, weshalb <b>Individuen Pflege</b> benötigen.</p>	
2.1.	Die Reaktionen des Patienten auf aktuelle oder potentielle Gesundheitsprobleme/Lebensprozesse erfordern das stellen einer Pflegediagnose.
2.2.	Es werden <u>alle</u> aktuellen und potentiellen pflegerlevanten Probleme erfasst und die entsprechenden Pflegediagnosen gestellt. Werden nicht alle aktuellen und pflegerlevanten Probleme erfasst und Pflegediagnosen gestellt, ist diese Frage mit <b>NEIN</b> zu beantworten. <i>Die korrekte Dokumentation der Pflegediagnosen umfasst:</i>
2.3.	Aktuelle Pflegediagnosen: Titel der Pflegediagnose, Ätiologie, Symptome und vorhandene Ressourcen. Risikopflegediagnosen: Titel der Pflegediagnose, Ätiologie (Risikofaktoren) und vorhandene Ressourcen. <i>Gesundheitsfördernde Diagnosen: Titel der Pflegediagnose, Voraussetzungen</i>
<b>3. Schritt</b>	
<b>Pflegeziele</b>	
<p>Das Pflegeziel beschreibt das Ereignis, das die Beteiligten (Patienten, Bezugsperson und Pflegenden) gemeinsam in einem festgelegten Zeitraum erreichen wollen. Das Pflegeziel ist aber auch ein Evaluationsinstrument, da es die Kriterien vorgibt, anhand derer die Wirkung der Pflegeinterventionen überprüft werden kann (vgl. Leonie-Scheiber, 2004, S. 108)</p>	
3.1.	Zu jeder Pflegediagnose ist zumindest ein Pflegeziel erstellt. Die gestellten Pflegeziele sind ... <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>RELEVANT</b> für diesen Patienten und diese Pflegediagnose (Ätiologie, Symptome, Ressourcen),</li> <li>- <b>UNDERSTANDABLE</b> sind verständlich und präzise formuliert,</li> <li>- <b>MEASURABLE</b> enthalten mess- und/oder beobachtbare Ergebnisse</li> <li>- <b>BEHAVIORAL</b> beobachtbar</li> <li>- <b>ATTEINABLE</b> sind in angemessener Zeit erreichbar und</li> </ul>
3.2.	Zu jedem Pflegeziel ist eine realistische Zeitgrenze dokumentiert.
<b>4. Schritt</b>	
<b>Pflegeinterventionen / Pflegemaßnahmen</b>	
<p>Unter Pflegeintervention wird jede Maßnahme, die eine Pflegeperson auf der Grundlage ihres fachkundigen Urteils und ihres klinischen Wissens für einen Patienten ausführt, verstanden. (vgl. Brüggem, 2002, S. 66)</p>	
4.1.	Die Planung der Pflegeinterventionen orientiert sich an den Ursachen (Ätiologie, Risikofaktoren) der Pflegediagnosen und den Pflegezielen.
4.2.	Geplante Pflegeinterventionen sind so dokumentiert, dass die Durchführung der Pflege ohne weitere Informationen möglich ist. Anhand der W-Fragen: <b>WAS, WANN, WOMIT, WO</b> – kann die Genauigkeit der Planung überprüft werden.
4.3.	Gültige Standards sind mit Angabe der Standardbezeichnung dokumentiert.
4.4.	Ressourcen des Patienten sind bei der Planung der Pflegemaßnahmen berücksichtigt.

## Evaluationskriterien

<b>5. Schritt</b>	<b>Durchführung der Pflege</b>
Die Durchführung der geplanten Maßnahmen bildet den Kern des Pflegeprozesses.	
5.1.	Regelmäßig durchzuführende Pflegeinterventionen aus dem eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich sind im Durchführungsnachweis (Arbeitsliste) dokumentiert. Die regelmäßige Durchführung von Tätigkeiten aus dem mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist im Durchführungsnachweis (Arbeitsliste) oder der Fieberkurve dokumentiert.
5.2.	Einmalig durchzuführende Tätigkeiten sind im Pflegebericht dokumentiert. In der elektronischen Pflegedokumentation können einmalig durchzuführende Pflegetätigkeiten auch in der Arbeitsliste erfasst werden.
5.3.	Im Durchführungsnachweis (Arbeitsliste) angeführte Pflegeinterventionen enthalten alle für die Durchführung der Pflege notwendigen Informationen bzw. den Verweis auf die Pflegeplanung.
5.4.	Werden geplante Pflegeinterventionen nicht durchgeführt, ist das entsprechende Feld entwertet und die Begründung dafür im im Pflegebericht dokumentiert. In der elektronischen Pflegedokumentation werden geplante und nicht durchgeführte Pflegemaßnahmen mit Angabe der Begründung storniert.
<b>6. Schritt</b>	<b>Evaluation</b>
Im letzten Schritt des Pflegeprozesses findet die Evaluation der Pflege in Form einer Beurteilung der Wirkung der Pflege auf den Patienten statt und beinhaltet sowohl die formale wie auch die informale Evaluation.	
6.1.	Pflegediagnosen werden zum geplanten Zeitpunkt formell evaluiert.
6.2.	Aufgrund der Evaluierungsergebnisse erfolgt eine ... <ul style="list-style-type: none"> <li>- Beibehaltung geplanter Interventionen.</li> <li>- Änderung geplanter Interventionen.</li> <li>- Werden geplante Interventionen abgesetzt.</li> </ul>
<b>7. Schritt</b>	<b>Pflegebericht</b>
7.1.	Aufnahme - das physische und psychische Befinden des Patienten bei der Entlassung (Transferierung) ist dokumentiert.
7.2.	Der Pflegebericht bildet das Befinden des Patienten während seines stationären Aufenthaltes - beginnend bei der stationären Aufnahme - nachvollziehbar ab (roter Faden, Kontinuität).
7.2.1.	Die Reaktionen des Patienten (Bezugsperson) auf Probleme wie beispielsweise Schmerz, Schwindel, Übelkeit ... sind dokumentiert. Wenn dieser Beurteilungspunkt für die zu beurteilende Pflegedokumentation keine Relevanz hat, wird er mit NEIN und NICHT RELEVANT bewertet.
7.2.2. und 7.2.3.	Die Reaktionen des Patienten auf Pflegemaßnahmen / ärztliche Verordnungen sind dokumentiert. Wenn dieser Beurteilungspunkt für die zu beurteilende Pflegedokumentation keine Relevanz hat, wird er mit NEIN und NICHT RELEVANT bewertet.
7.3.	Entlassung - das physische und psychische Befinden des Patienten bei der Entlassung (Transferierung) ist dokumentiert.
7.4.	Es ist dokumentiert, dass der Patient (Bezugsperson/extramurale Pflege- und Betreuungseinrichtungen) pflegerelevante Informationen wie beispielsweise Ernährung, Medikationseinnahme, Mobilisation ... und die Entlassungspapiere erhalten hat.

## Evaluationskriterien

8 Schritt		Zusätzliche Kriterien
		IT gestützte Pflegedokumentation in openMEDOCS  Pflegedokumentation in Papierform
8.1.		Wertfreie und fachlich korrekte sprachliche Formulierungen (Verwendung einheitlicher Fachsprache) Unter wertfreier Formulierung wird eine sachliche und nicht subjektiv von der Pflegeperson interpretierte Ausdrucksweise verstanden.
8.2.		Im Sinne einer sicheren und effizienten Dokumentation soll eine doppelte Dokumentation von Interventionen, Beobachtungen etc. vermieden werden. Finden sich in den Dokumenten Dokumentationsredundanzen (Doppeleintragungen) sollen diese begründet werden.
8.3.		Formale Kriterien der Dokumentenführung sind eingehalten - Entwertung, Lesbarkeit, Nachvollziehbarkeit von Korrekturen.
8.4.		Das Pflegeassessmentsblatt ist von der verantwortlichen Diplombierten Pflegefachkraft leserlich unterschrieben. Die Unterschrift besteht aus Vor- und Familiennamen.
8.5.		Es ist dokumentiert, mit wem das Anamnesegespräch geführt wurde (Patient, Gatte/Gattin, Tochter...).
8.6.		Die für die Pflege relevanten Ergebnisse der Informationssammlung sind innerhalb von 24 – 48 Stunden nach der Aufnahme des Patienten schriftlich dokumentiert. Abweichungen von dieser Zeitvorgabe müssen schlüssig begründet werden.
8.7.		Bereits zu einem früheren Zeitpunkt erhobene Pflegedaten sind bei einer Wiederaufnahme eines Patienten auf ihre Gültigkeit überprüft und aktualisiert. Bei der Dokumentation auf Papier ist klar erkennbar, dass bei Wiederaufnahme eines Patienten das Pflegeassessmentsblatt kopiert ist und die aktuellen Erhebungsergebnisse klar von „alten“ Einträgen unterschieden werden können (Datum, Handzeichen, Abänderungen, ...).
8.8.		Es ist klar ersichtlich von wem, wann, welche Pflegeinterventionen angeordnet bzw. abgesetzt werden.
8.9.		Die Durchführung der Pflege wird korrekt mit Datum, Uhrzeit und Handzeichen bestätigt.
8.10.		Wenn Zusatzdokumente (Braden-Skala, Kontrollblätter ...) gemeinsam mit der Pflegedokumentation abgelegt wurden, wird dieser Punkt mit JA bewertet.