



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
Fakultät Life Sciences
Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

Implementierung von dem Assessmentinstrument epaAC und LEP
in der akutstationären Pflege in einem akademischen
Lehrkrankenhaus in Hamburg – Welche fördernden und
hemmenden Faktoren zeigen sich bei der Implementierung?

Geschrieben von: Aya AL Desouki



Betreuender Prüfer: Prof. Dr. Walter Leal
HAW Hamburg

Zweiter Prüfer: Dipl. Pflegewirtin Madlen Fiebig
epa-CC GmbH

Tag der Abgabe: 08.12.2021

Zusammenfassung

Hintergrund: Insgesamt sind 2.9 Millionen Menschen pflegebedürftig. Im Gegensatz dazu sind 346.243 Gesundheits- und Krankenpfleger und Pflegerinnen im Krankenhaus beschäftigt. Der Bedarf an Pflegepersonal in der Zukunft ist sehr hoch, denn bundesweit fehlen ca. 80.000 Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen. Zudem kommt noch hinzu, dass die Dokumentation immens ist. Allerdings entstehen durch die dünne Personaldecke und dem Zeitmangel immer wieder Dokumentationslücken und die Pflege ist kaum geplant. Des Weiteren fehlen in 50 Prozent der Krankenhäuser die geeigneten Tools für das Pflegecontrolling. Aus diesem Grund soll die Digitalisierung in der Pflege die Lösung sein. Ein deutsches Lehrkrankenhaus in Hamburg hat in diesem Bereich im Jahr 2021 ein Pilotprojekt gestartet und die Pflegedokumentation mithilfe der Methode epaAC und dem Modul LEP digitalisiert. EpaAC steht für PflegeAssessment Acute Care. Die Methode bietet die Möglichkeit die Fähigkeiten des Patienten digital zu erfassen. Das Modul LEP, welches für „Leistungserfassung in der Pflege“ steht, ist ein digitaler Pflegeplan und mit dem epaAC verknüpft. Durch die Verknüpfung kann der Pflegeplan optimal erstellt werden. Das Begleiten und die engmaschige Betreuung der Endanwender und Endanwenderinnen im Rahmen eines Praxissemesters stellt die Frage in den Raum, welche Faktoren im Rahmen der Implementierung als hemmend bzw. fördernd empfunden wurden. Diese Forschungsfrage soll in dieser Abschlussarbeit beantwortet werden.

Methode: Es wird der empirische Forschungsansatz verwendet. Die Datengewinnung erfolgt durch das Stellen von zwei offenen Fragen an die Endanwender und Endanwenderinnen. Gefragt werden drei Pflegefachkräfte und die Teilprojektleiterin nach empfundenen hemmenden und fördernden Faktoren im Rahmen der Implementierung von epaAC und LEP. Nach der Transkription der Audiodateien, wird mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ein Kategoriensystem entwickelt, d.h. es werden induktiv Kategorien gebildet, welche die Forschungsfrage beantworten. Des Weiteren werden die identifizierten Faktoren aus dieser Abschlussarbeit mit identifizierten Faktoren aus der Literatur verglichen und neue Erkenntnisse diskutiert.

Ergebnisse: Es zeigen sich bei der Analyse der Daten 10 fördernde und 22 hemmende Faktoren. Als fördernde Faktoren werden unter anderen die technischen Vorerfahrungen, das Multiplikatorensystem, die Teamabsprache, die Schulungen und die Praktikantenanwesenheit genannt. Als hemmend wurden unter anderen die fehlende interne IT, die ungewohnte Arbeitsumstellung, die wenigen Computerkapazitäten, das schlechte Internet und die vorhandenen Systemfehler empfunden.

Diskussion: In der Literatur lassen sich zwei weitere Arbeiten finden, die sich mit ähnlichen Themen beschäftigt haben und sowohl ähnliche hemmende bzw. fördernde Faktoren identifiziert wurden wie in der vorliegenden Abschlussarbeit, als auch neue. Allerdings sind die Limitationen dieser Arbeit zu beachten, die Literaturrecherche war begrenzt möglich, die Interpretation der Ergebnisse kann durch die eigenständig gesammelten Erfahrungen einen subjektiven Teil beinhalten und bei der angewendeten Inhaltsanalyse ist zu berücksichtigen, dass die Autorin diese das erste Mal durchgeführt hat. Außerdem sind die Ergebnisse nur beschränkt repräsentativ, da lediglich ein einziges Krankenhaus befragt wurde und die Stichprobe zu klein ist.

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VI
1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund	4
2.1. <i>Der Pflegeberuf und der Pflegeprozess</i>	<i>4</i>
2.2. <i>Die Pflegedokumentation im Wandel.....</i>	<i>6</i>
2.2.1. Die Bedeutung der Dokumentation in der Pflege.....	7
2.2.2. Die elektronische Pflegedokumentation und ihre Bedeutung für die Pflege	8
2.3. <i>Definition: Implementierung.....</i>	<i>10</i>
3. elektronische Pflegedokumentation in der akutstationären Pflege	10
3.1. <i>Krankenhausinformationssysteme.....</i>	<i>10</i>
3.1.1. Ziele	10
3.1.2. Aufgaben.....	11
3.2. <i>Das Projektmanagement und seine Gegenstände</i>	<i>11</i>
3.2.1. Der Projektauftrag der Immanuel Albertinen Diakonie	11
3.2.2. Die Projektstruktur	13
4. Assessmentinstrumente	14
4.1. <i>Die ePA-CC GmbH und die LEP AG.....</i>	<i>14</i>
4.1.1. Anwendung von epaAC und LEP	15
4.1.2. Auswertungsverfahren von epaAC	16
4.2. <i>Ziele von epaAC und LEP.....</i>	<i>18</i>
5. Setting.....	19
5.1. <i>Das Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie</i>	<i>19</i>
5.2. <i>Das Krankenhausinformationssystem: iMedOne.....</i>	<i>20</i>
6. Forschungsfrage und Zielsetzung	20
7. Methodik	21
7.1. <i>Qualitative Inhaltsanalyse</i>	<i>22</i>
7.1.1. Offener Fragebogen.....	22
7.1.2. Stichprobenbeschreibung	22
7.1.3. Transkription.....	23
7.1.4. Inhaltsanalyse nach Mayring.....	26
7.2. <i>Literaturrecherche</i>	<i>28</i>
8. Ergebnisse	29
8.1. <i>Fördernde Faktoren bei der Implementierung.....</i>	<i>31</i>
8.2. <i>Hemmende Faktoren bei der Implementierung.....</i>	<i>36</i>

9. Diskussion	43
9.1. <i>Interpretation und Bewertung der Implementierungsfaktoren.....</i>	<i>43</i>
9.2. <i>Vergleich mit der Literatur und neue Erkenntnisse</i>	<i>50</i>
9.3. <i>Limitation.....</i>	<i>56</i>
9.3.1. Limitation des eigenen Vorgehens und der Experteninterviews	56
9.3.2. Limitationen der Literaturrecherche	57
9.3.3. Limitation der qualitativen Inhaltsanalyse	57
9.4. <i>Empfehlung für zukünftige Forschung</i>	<i>58</i>
10. Fazit.....	59
11. Literaturverzeichnis.....	60
12. Eidesstattliche Erklärung	66
13. Anhang.....	67

Abkürzungsverzeichnis

KIS	Krankenhausinformationssystem
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
PSP	Projektstrukturplan
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
epaAC	PflegeAssessment Acute Care
CDSS	Clinical Decision Support System

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: 6-Phasen Modell des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier; Quelle: Brucker et al. (2005); eigene Darstellung (2021)	5
Abbildung 2: Entwicklung der Pflegedokumentation nach Mania (2017); Quelle: epa-CC; Grafik von epa-CC.....	7
Abbildung 3: Klassifikationen von LEP Nursing 3.4.1 Katalog Nr. 4, Ausschnitt der Leistungen der Kategorie "Ausscheidung", Quelle: LEP AG.....	16
Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse; Quelle: Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken	27

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Definierte Projektstruktur- und Termine im Projektauftrag der Immanuel Albertinen Diakonie; Quelle: Projektauftrag DPD, Teilprojekt Pflegeplanung/-Dokumentation (2020); eigene Abbildung.....	13
Tabelle 2: Ausschnitt der Kategorien und Items aus dem epaAC Modul und deren Auswertungsverfahren; Quelle: epa-CC (2021); Eigene Darstellung (2021)	17
Tabelle 3: Notationszeichen von Kallmeyer und Schütze (1976) und ihre Bedeutung bei der Transkription, Quelle:, eigene Darstellung	24
Tabelle 4: Transkriptionsregeln nach Udo Kuckartz (2016), Quelle: Udo Kuckartz (2016). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung; eigene Darstellung (2021)	25
Tabelle 5: Identifizierte fördernde und hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP in einem Hamburger Lehrkrankenhaus (2021), eigene Darstellung	29
Tabelle 6: Identifizierte Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von GriPS in der Caritas der Erzdiözese vs. Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP im Hamburger Krankenhaus; Quelle: Kreihlsler (BSc); Eigene Darstellung	50
Tabelle 7: Identifizierte Hemmnisse bei der Implementierung von GriPS in der Caritas der Erzdiözese vs. hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP im Hamburger Krankenhaus; Quelle: Kreihlsler (BSc); Eigene Darstellung	53

Vorwort

Das Praktikum in einem akademischen Lehrkrankenhaus in Hamburg hat mich motiviert das Thema der Bachelorarbeit auf die Praxis zu beziehen. Durch das Begleiten eines Projekts im Bereich der Digitalisierung konnte ich mein Thema einschränken. Das Krankenhaus verfolgt ein Projekt zur Implementierung der elektronischen Pflegedokumentation auf den Pflegestationen. In Kooperation mit den Unternehmen epa-CC GmbH in Wiesbaden und der LEP AG in St. Gallen in der Schweiz soll der Pflegeprozess mit der neuen Methode epaAC und LEP digitalisiert werden. Mit enger Zusammenarbeit mit den Endanwendern, heißt den Pflegefachkräften und der Teilprojektleiterin zeigten sich schnell hemmende, aber auch fördernde Faktoren während des Implementierungsprozesses dieser neuen Methode. Daher konnte ich mein Thema weiter auf den Implementierungsprozess eingrenzen und eine Forschungsfrage bilden.

Ziel dieser Arbeit ist es zu untersuchen welche hemmenden und fördernden Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP, in ein bereits vorhandenes Krankenhausinformationssystem, in einem Krankenhaus auftauchen. In dieser Arbeit wird empirisch vorgegangen und der induktive Forschungsansatz verfolgt. Durch das Stellen von offenen Fragen an die Pflegefachkräfte und der Teilprojektleiterin des Krankenhauses sollen die verschiedenen hemmenden und fördernden Faktoren identifiziert werden, mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse analysiert und mit der Literatur verglichen werden. Zudem soll ein Vergleich der Antworten zwischen den Pflegefachkräften und der Teilprojektleiterin gemacht werden, um zu analysieren welche Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede es gibt. In der Diskussion erfolgt ein Vergleich mit der Literatur zu diesem Thema.

Danksagung

Für die anregenden Anstöße möchte ich in erster Linie der wissenschaftlichen Mitarbeiterin im Unternehmen epa-CC Frau Madlen Fiebig danken (Dipl. Pflegewirtin). Zudem danke ich Herrn Prof. Dr. Dr. Walter Leal für die Begleitung und Betreuung während des Praktikums und der Bachelorarbeit. Des Weiteren spreche ich meinen Dank an die Teilprojektleiterin Frau Ulrike Spiegel und den Pflegefachkräften, welche sich Zeit genommen haben an der Studie teilzunehmen aus. Zu guter Letzt danke ich meinen Eltern für die hinreichend liebe Unterstützung während des gesamten Studiums.

1. Einleitung

Der deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) sammelte verschiedene Daten und veröffentlichte diese im Jahr 2018. Deutlich gezeigt wurde, wie hoch die Zahl der Pflegebedürftigen ist. Die Pflegestatistik von 2017 gibt an, dass insgesamt 2,9 Millionen Menschen pflegebedürftig sind. Dabei liegt das Alter der meisten Pflegebedürftigen zwischen 80 und 89 Jahren. Dies sind ca. 1,2 Millionen. Im Gegensatz dazu wird aufgezeigt, wie hoch die Zahl der Beschäftigten im Krankenhaus ist. 346.243 Gesundheits- und Krankenpfleger und Krankenpflegerinnen sind nach Angaben des statistischen Bundesamtes im Krankenhaus beschäftigt. Die Gesamtzahl der Pflegefachpersonen aus dem Krankenhaus und aus Rehabilitationseinrichtungen liegt bei 405.115. Andere Zahlen prognostizieren in diesem Zusammenhang wie hoch der Bedarf an Pflegepersonal in der Zukunft liegt. Bis zum Jahr 2025 wird mit einem zusätzlichen Bedarf von 30.000 Pflegefachpersonen in Krankenhäusern gerechnet, diese Zahlen kommen aus dem Krankenhaus Rating Report von 2018 (DBfK, 2018).

Der Fachkräftemangel im Pflegeberuf ist nicht unbekannt. Bundesweit fehlen ungefähr 80.000 Pflegefachkräfte, die eigentlich dringend benötigt werden, denn Pflegekräfte und Pflegefachkräfte arbeiten unter hohem Zeitdruck. Außerdem kommt noch hinzu, dass die Dokumentation immens ist. Die eigentliche Arbeit am Patienten, sprich die direkte Pflege am Patienten entspricht nur 25 Prozent der Pflegezeit. Die besagte Pflegedokumentation kostet Deutschland jährlich ungefähr 2,7 Milliarden Euro. Es entstehen durch den Zeitmangel vermehrt Dokumentationslücken und die Pflege ist daher kaum geplant. Zudem kommt hinzu, dass 50 Prozent der Krankenhäuser keine geeigneten Tools für das Pflegecontrolling besitzen.

Aus diesem Hintergrund soll die Digitalisierung in der Pflege eine Lösung sein. Es wird in diesem Zusammenhang von Transformation gesprochen, d.h. Prozesse oder auch Analoge Inhalte werden digitalisiert, sodass alle Berufsgruppen miteinander vernetzt sind. 39 Prozent der Pfleger*innen wünschen sich eine Veränderung in der Dokumentation. Die Pflegedokumentation soll nämlich digitalisiert werden (NRSIT, 2020).

Neben dem Sozialwesen gilt das Gesundheitswesen als Bereich, welches zurück liegt im Thema Digitalisierung. Es ist kaum anzuzweifeln, dass eine Umstrukturierung die Arbeitsabläufe und Arbeitswelt verändern wird. Seitens der Arbeitnehmer und

Arbeitnehmerin gilt dies als große Herausforderung und dennoch kann die Digitalisierung viele Chancen mit sich bringen (Bräutigam et al., 2017, S.7).

Ein deutsches Lehrkrankenhaus in Hamburg, welches zur Immanuel Albertinen Diakonie gehört hat im Jahr 2021 genau in diesem Bereich ein Pilotprojekt gestartet und die Pflegeplanung/Pflegedokumentation und den damit einhergehenden Pflegeprozess digitalisiert. Eine Methode wurde in ein bereits vorhandenes Krankenhausinformationssystem (KIS) programmiert, welche den Pfleger*innen ermöglicht die Pflegedokumentation digital anzugehen. Bei dieser Methode handelt es sich um ein Assessmentinstrument zur standardisierten Erfassung von Informationen, welche für die Pflege wichtig sind.

Unter einem Assessmentinstrument wird ein Werkzeug verstanden, welches den Pflegefachkräften als Unterstützung dienen soll (Sippel & Hunstein, 2007, S.1).

Bei diesem besagten Assessmentinstrument handelt es sich um die Pflegeprozessdokumentation „epaAC“. EpaAC bildet viele Schritte des Pflegeprozesses ab. Es streckt sich von der Erfassung des Pflegezustandes bis hin zur Planung von geeigneten pflegerischen Maßnahmen hin (Immanuel Albertinen Diakonie, 2019). Das Assessmentinstrument wird speziell im Bereich der akutstationären Pflege angewendet (Gerdes, 2011, S. 11). Unter anderem können nun die Pflegeanamnese, die Einschätzung und die Fähigkeiten des Patienten digital dokumentiert werden.

In Kombination mit epaAC steht LEP. LEP ist ein Modul, welches ermöglicht die Pflegeplanung digital zu gestalten Dabei passen sich die vorgeschlagenen Maßnahmen für die Pflegeplanung an die davor eingegebenen Daten des Patienten bzw. der Patientin an.

Das Pflegepersonal legt somit die herkömmliche Dokumentation auf Papier ab mit der Hoffnung so zukünftig mehr Zeit zu sparen und vernetzt zu arbeiten. Der Wandel von papierbasierter Dokumentation zu digitaler Pflegedokumentation erfolgte fast auf allen Stationen des Krankenhauses.

Im Rahmen des praktischen Semesters in diesem Krankenhaus und der engmaschigen Betreuung und Umsetzung dieses Assessmentinstruments in ein KIS, zeigten sich im Implementierungsprozess sowohl hemmende als auch fördernde Faktoren. Neben der Frage, ob die Pilotphase erfolgreich abgeschlossen werden kann, stand auch die Frage im Raum welche Hürden aber auch fördernden Faktoren die Endanwender und Endanwenderinnen,

also die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen während der Implementierung empfunden haben.

In diesem Zuge wird in dieser Abschlussarbeit folgende Forschungsfrage bearbeitet:

Pflege 4.0

Implementierung von dem Assessmentinstrument epaAC und LEP in der akutstationären Pflege in einem akademischen Lehrkrankenhaus in Hamburg – Welche fördernden und hemmenden Faktoren zeigen sich bei der Implementierung?

Das Krankenhaus indem das Praktikum absolviert wurde hat zwei Standorte mitten in Hamburg. Die Implementierung von epaAC und LEP erfolgte an beiden Standorten, allerdings wird in dieser Arbeit lediglich der Standort berücksichtigt, indem das Praktikum auch gemacht wurde.

Die vorliegende Arbeit gliedert sich so, dass nach der Einleitung zuerst ein theoretischer Hintergrund folgt. In diesem werden der Pflegeberuf und der Pflegeprozess definiert und näher erläutert. Danach wird auf die Pflegedokumentation eingegangen und der Wandel dieser veranschaulicht. In diesem Zusammenhang folgt ein Abschnitt zur Wichtigkeit und Bedeutung der Pflegedokumentation für die Pflege. Auch wird in dieser Arbeit der Begriff „Implementierung“ definiert. In den weiteren Abschnitten wird weiter auf die elektronische Pflegedokumentation eingegangen. Auch das Krankenhausinformationssystem, als essenzielle Voraussetzung für solch eine Veränderung, wird erläutert, dabei kommen dessen Aufgabe und Ziele in den Vordergrund. Nachdem auf das Projektmanagement, den Projektauftrag und die Projektstruktur eingegangen wird, folgt ein expliziertes Beispiel. Die weiteren Aspekte auf die eingegangen wird, kommen auch aus der Praxis. Es wird das Setting beschrieben, genauer der Praktikumsbetrieb, dessen KIS, das iMedOne, und das dort implementierte Assessmentinstrument epaAC und das Modul LEP. Die Daten dieser Abschlussarbeit zur Beantwortung meiner Forschungsfrage wurden empirisch erhoben. Mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring werden die Ergebnisse präsentiert. Die Interpretation, Bewertung und der Vergleich mit der Literatur erfolgen dann im Rahmen der Diskussion. In der Diskussion wird die Limitation der Arbeit, neue Erkenntnisse und Empfehlungen für die Zukunft aufgezeigt. Nach einem Fazit wird die Arbeit mit einem Nachwort beendet.

2. Theoretischer Hintergrund

Um eine Vorstellung von dem gesamten Pflegeprozess und allgemein dem Pflegeberuf zu bekommen, folgen in den nächsten Kapiteln ein theoretischer Hintergrund zur Thematik. Hierbei wird der Pflegeberuf näher beleuchtet und anhand eines bekannten 6-Phasen Modells der Pflegeprozess erklärt.

2.1. Der Pflegeberuf und der Pflegeprozess

Der Pflegeberuf ist überall auf der Welt vertreten. Die Aufgaben in der Pflege sind sehr heterogen und das Spektrum breitet sich über mehrere Tätigkeitsfelder aus. Die regionalen Gegebenheiten stehen im engen Zusammenhang damit, welche Aufgaben Pflegende letztendlich übernehmen und welchen Platz sie im jeweiligen Gesundheitssystem und in der jeweiligen Gesellschaft haben. Die länderspezifischen Versorgungsstrukturen, die wirtschaftliche Entwicklung, die geografische Beschaffenheit, die Bevölkerungsentwicklung einer Region und die entsprechenden Gesetze sind der Grund für die Unterschiede in den Aufgaben. Nicht zuletzt entstehen die Unterschiede auch durch die Kultur und der Religion welche regional vertreten ist (Pfabigan et. al., 2021).

Nichtsdestotrotz werden nach international anerkannten Standards folgende Aufgaben für Pflegende definiert: *„Nursing encompasses autonomous and collaborative care of individuals of all ages, families, groups and communities, sick or well and in all settings. Nursing includes the promotion of health, prevention of illness, and the care of ill, disabled and dying people. Advocacy, promotion of a safe environment, research, participation in shaping health policy and in patient and health systems management, and education are also key nursing roles”* (ICN, 2002)

Damit die Pflegefachkräfte das Vorgehen bei pflegerischen Maßnahmen planen und steuern können, wird nach dem Modell des Pflegeprozesses gearbeitet. Der Pflegeprozess und die damit einhergehende (Pflege)-Dokumentation dienen der systematischen Feststellung der Kompetenz des Pflegebedürftigen, seinen alltäglichen Bedürfnissen und Anforderungen nachzukommen. Außerdem werden Pflegeziele und Pflegebedarfe ausgehandelt und es wird dokumentiert wer verantwortlich ist für die Durchführung der einzelnen Unterstützungsleistungen und der Überprüfung der Angemessenheit von Maßnahmen und Zielsetzungen. Auch wird die Art und Weise des pflegerischen Handelns beschrieben und

alle Beteiligten bekommen die Berechtigung auf alle nötigen Informationen zuzugreifen. Ziel ist es, dass sich das individuelle und aktuelle Bild des Pflegebedürftigen widerspiegelt. Der Hintergedanke des Pflegeprozesses ist die Pflegequalität kontinuierlich hochzuhalten. Der Pflegeprozess besteht aus logisch aufeinander aufbauenden Phasen oder auch Schritten, welche sich wechselseitig beeinflussen. In Deutschland ist der Pflegeprozess als fachliche Methode anerkannt. Ein gängiges Modell, welches verwendet wird, ist das modifizierte 6-Phasen-Modell nach Fiechter & Meier (Brucker et. al., 2005, S. 10-31).



Abbildung 1: 6-Phasen Modell des Pflegeprozesses nach Fiechter und Meier; Quelle: Brucker et al. (2005); eigene Darstellung (2021)

Abbildung 1 zeigt genau dieses bekannte 6-Phasen Modell, welches in Deutschland praktiziert wird. Zuerst erfolgt die Informationssammlung, also die Pflegeanamnese. Bei diesem ersten Schritt werden bei der Aufnahme eines Patienten die Probleme, die Pflegebedürfnisse, die Gewohnheiten, die Fähigkeiten und die Ressourcen und Wünsche erfasst. Im Verlauf der Betreuung werden diese Daten ergänzt und bei der Pflegeplanung berücksichtigt. Dieser Schritt stellt also Informationen zur Verfügung, die für alle Beteiligten einsehbar sind. Hier hat das Pflegefachpersonal eine übersichtliche Darstellung über den Gesundheitszustand des Patienten oder der Patientin. Auch werden allgemeine Grunddaten wie Name, Anschrift oder Bezugsperson aufgeschrieben. Ziel der Informationssammlung ist es die pflegerelevanten Informationen vollständig aufzunehmen und festzuhalten. Der zweite Schritt im Pflegeprozess ist die Problembeschreibung. Diese

fasst alle Informationen zusammen, die bereits im ersten Schritt gesammelt wurden. Darauf basierend werden die Bedürfnisse, die Probleme und die Fähigkeiten des Patienten bzw. der Patientin analysiert. Hier sollen Themenbereiche erkannt werden um die Informationen, die bereits bekannt sind, dazu einzuordnen. Das Resultat dieses Schrittes ist es Pflegeprobleme zu formulieren. Die Problembeschreibung soll so kurz und knapp, so exakt und spezifisch und so objektiv wie möglich sein. Im dritten Schritt werden dann die Pflegeziele beschrieben. Hier geht es darum ein Zeitpunkt festzulegen, an dem das erwartete, Ergebnis erreicht werden soll. Dies dient als Maßstab um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu beurteilen. Pflegeziele sind nichts anderes als erwartete Ergebnisse, sie sind messbar und patientenbezogen und sind eine gute Stütze für die spätere Evaluation. Das Pflegeziel gibt Auskunft darüber was die Angehörigen und der Patient selbst in einer bestimmten Zeit erreichen möchten. Danach folgt der vierte und fünfte Schritt: Die Planung der Pflegemaßnahmen und die Durchführung Pflege. Die Maßnahmen, die ausgewählt wurden sind, sollen die Funktion haben das vorhandene Pflegeproblem des Patienten zu lösen und das vorher aufgestellte Pflegeziel zu erreichen. Bei der eigentlichen Pflege, d.h. bei der Durchführung der Pflegemaßnahmen dürfen die Wünsche, Bedürfnisse und die Fähigkeiten sowohl des Pflegebedürftigen als auch der Bezugspersonen nicht in den Hintergrund fallen. Der sechste und damit letzte Schritt ist die Evaluation. Hier folgt eine Soll-Ist-Analyse. Es wird die Wirkung jeder Pflegemaßnahme bewertet, dabei kann das Personal Die Ursachen von den bestehenden Mängeln erkennen und diese entsprechend korrigieren. Die Beurteilung des Pflegeplans wird im Pflegebericht festgehalten. Zusammen mit dem Pflegebedürftigen und der Bezugspersonen beurteilt die Pflegefachkraft das Erreichen der geplanten Ziele und dokumentiert die Ergebnisse schriftlich. Es kann dazu hinführen, dass der Pflegeplan neu angepasst werden muss (Brucker et al., 2005, 10-31).

Damals wurden die Angaben zur Person, seiner Fähigkeiten und die geplanten Pflegemaßnahmen handschriftlich auf Papier dokumentiert. Diese Dokumentation der Pflege hat sich mit der Zeit gewandelt. Im folgenden Kapitel wird die Entwicklung der Pflegedokumentation von der Dokumentation 1.0 bis hin zur Dokumentation 4.0 illustriert und beschrieben.

2.2. Die Pflegedokumentation im Wandel

Eine zusammengestellte Grafik vom Unternehmen epa-CC zeigt die Entwicklung der (Pflege-) Dokumentation. Deutlich zu sehen ist, dass es einen extremen Wandel gab im

Laufe der Zeit und eine Anpassung an die moderne Zeit stattgefunden hat.

Durch die Digitalisierung der Krankenhäuser, hat sich auch im Bereich der Pflegedokumentation einiges getan.

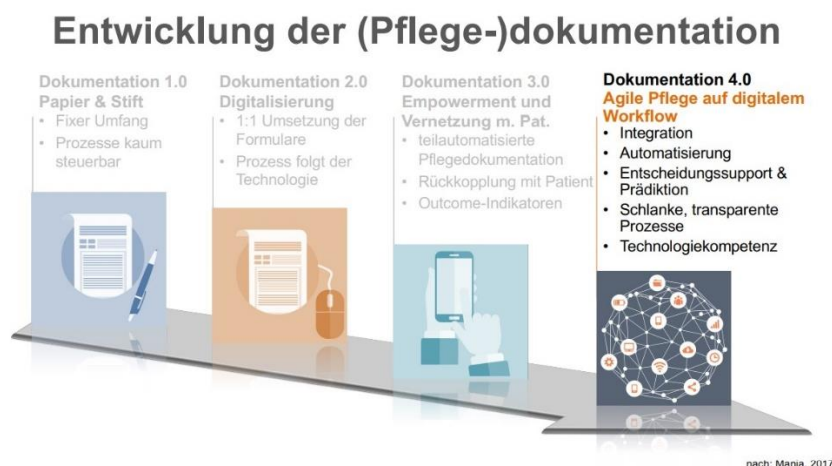


Abbildung 2: Entwicklung der Pflegedokumentation nach Mania (2017); Quelle: epa-CC; Grafik von epa-CC

Abbildung 2 zeigt die Entwicklung der Pflegedokumentation. Illustriert ist ein Pfeil, welcher vier Entwicklungsschritte in der Dokumentation aufzeigt. Am Anfang, bei der Dokumentation 1.0 erfolgte die Niederschreibung aller wichtiger Informationen handschriftlich auf Papier. Durch die schriftliche Dokumentation auf herkömmliche Weise, waren die Prozesse kaum steuerbar und es gab immer nur einen fixen Umfang. Danach, bei der Dokumentation 2.0, rückt die Digitalisierung in den Vordergrund. Diese macht eine identische Umsetzung der Formulare möglich. Die Prozesse folgten bereits der Technologie. Eine Zeit später, bei der Dokumentation 3.0, kommt es zu Empowerment und Vernetzung. Die Vernetzung erfolgte hier mit dem Patienten. Eine Rückkopplung mit dem Patienten war möglich und die Pflegedokumentation erfolgte schon teils automatisiert. Heutzutage, bei der Dokumentation 4.0 findet eine agile Pflege auf digitalem Workflow statt. Die Worte Integration und Automatisierung rücken immer mehr in den Vordergrund und dadurch haben die Anwender einen sogenannten Entscheidungssupport. In diesem Zusammenhang steht auch, dass Pflege immer mehr vorhersehbarer wird. Dabei werden die Prozesse sowohl transparenter als auch schlanker.

2.2.1. Die Bedeutung der Dokumentation in der Pflege

Die Pflegedokumentation ist für die Pflege sehr bedeutend, es ist unmöglich auf sie zu verzichten. Zudem ist es rechtlich verpflichtend alles zu dokumentieren.

Ursprünglich gab es sowohl im ärztlichen als auch im pflegerischen Bereich keine Regelung.

Nach der Bearbeitung des Krankenpflege-, Altenpflege-, Heim- und Pflegequalitätssicherungsgesetzes, wurde eine Regelung festgelegt. Es besteht die Pflicht zur Pflegedokumentation. Heute ist es gesetzlich verpflichtend dort zu dokumentieren wo Pflegeleistungen erbracht werden. Ein weiterer Grund für die Bedeutsamkeit der pflegerischen Dokumentation ist, dass sie als Informationsquelle dient. Durch die unterschiedlichen Zuständigkeitsbereiche der Mitarbeiter*innen, die Schichtarbeit, Krankheitstage und Ausfalltage von Personal, ist es wichtig eine vollständige Dokumentation vorliegen zu haben, andererseits kann die Qualität, der der Pflege und Behandlung abnehmen, weil essenzielle Informationen nicht dokumentiert sind. Außerdem dient die Pflegedokumentation auch als eine Gedächtnisstütze für die Mitarbeiter*innen. Durch die ausführliche Dokumentation der Maßnahmen und zur Person besteht eine höhere Chance bei der Pflege nichts zu vergessen. Ein weiterer Grund weshalb die Pflegedokumentation bedeutend ist, ist weil sie als Leistungsnachweis für das Pflegepersonal fungiert. Dadurch, dass alle Tätigkeiten schriftlich festgehalten werden, haben die Pflegefachkräfte auch einen Beweis, sollte dieser nötig sein (Sträßner, 2010, S. 2-8).

2.2.2. Die elektronische Pflegedokumentation und ihre Bedeutung für die Pflege

Ohne Dokumentation ist in der professionellen Pflege nichts möglich, denn die Dokumentation wird gebraucht, um weiter planen zu können, welche Versorgung Pflegebedürftige brauchen. Außerdem wird die Dokumentation zur späteren Maßnahmenplanung benötigt und zur Erfassung von Leistungen für die spätere Abrechnung. Früher wurde die Pflegedokumentation handschriftlich festgehalten, heute ist die Bandbreite von computergestützten Dokumentationssystemen riesig. Neben komplexeren Systemen gibt es auch einfache Lösungen, die lediglich der elektronischen Erfassung von Daten dienen (Rösler et. al., 2018).

Das gemeinsame Positionspapier des Bündnisses „Digitalisierung in der Pflege“ vom 4. August thematisiert die elektronische Dokumentation. In dem Kapitel „Digitalisierung papierzentrierter Verwaltungs- und Versorgungsprozesse“ wird festgehalten, dass der Fokus auf die kontinuierliche Digitalisierung von Versorgungs- und Verwaltungsprozessen gelegt werden soll. Papierbasierte Abläufe sollen hierbei durch digitale Verfahren ersetzt werden, mit dem Gedanken, dass Doppelarbeiten vermieden werden und perspektivisch Kosten eingespart werden. Im Bereich des digitalisierten Pflegeprozesses steht die elektronische

Dokumentation im Mittelpunkt (Deutscher Pflegerat e.V. et. al., 2020, S.4).

Wird in der professionellen Pflege von Digitalisierung gesprochen, sind intelligenten Technologien gemeint, welche als Unterstützung dienen. Beispiele sind Assistenzsysteme wie Sturzdetektion aber auch Softwarelösungen für die Dokumentation und Pflegeplanung. Für die meisten Pflegenden ist die elektronische Dokumentation bereits bekannt. Merda, Schmidt und Kähler (2017) fanden heraus, dass die elektronische Dokumentation schon von mehr als 70 Prozent der befragten Einrichtungen genutzt wird. Sie ist zwar angekommen, wird aber nicht überall in gleichem Umfang genutzt (Rösler et al., 2018).

Pflegerische Informations- und Dokumentationssysteme sind essenzielle Bestandteile von Krankenhausinformationssystemen (KIS), können aber auch eigenständige Einheiten sein. Solche Informationssysteme und Dokumentationssysteme sind im pflegerischen Alltag bedeutend. Sie fungieren als Hilfsmittel um wichtige Informationen festzuhalten. Diese bilden die Grundlage für eine individuelle und sichere Patientenversorgung (Sellermann, 2018, S.13-14).

Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen können von der elektronischen Pflegedokumentation profitieren, denn diese erleichtert den Arbeitsalltag und bringt viele Vorteile mit sich. Zum einen erleichtert sie den Informationsfluss und macht ihn verlässlicher. Somit kommt es zu einer guten Abstimmung zwischen allen, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Ein besserer Informationsfluss sorgt dafür, dass die Pflegenden ein klareres Bild von einem Patienten oder einer Patientin haben, somit kann die pflegerische Versorgung optimal angepasst werden. Eine „Werteweiten“-Befragung der Offensive Gesund Pflegen gibt wichtige Informationen darüber, was Pflegenden über die Zukunft ihrer Arbeit und zum Thema Digitalisierung in der Pflege denken. Bei einer Befragung gaben mehr als 60 Prozent der Pflegenden an, dass der Einsatz von Technologien, wie der elektronischen Dokumentation, „eher“ bzw. „am ehesten“ für ihren Arbeitsplatz eine Erleichterung ist. Des Weiteren erleichtert die elektronische Dokumentation die Zusammenarbeit, denn durch die digitale Verknüpfung wird mehr Transparenz geschaffen. Ärzte*innen und Therapeuten*innen haben Zugriff auf die vollständigen Patientendaten. Ein weiterer Vorteil der elektronischen Pflegedokumentation, welcher für die Pflege bedeutend ist, ist das durch mehr Standardisierung weniger Fehler entstehen. Bei einer handschriftlichen Dokumentation kann die Gefahr entstehen, dass wichtige Informationen

verloren gehen, wenn sie nicht oder nur schwer lesbar sind (Sowinski et. al., 2013). Die digitale Dokumentation verlangt, dass die Endanwender*innen standardisierte Fachbegriffe nutzen, alle Beteiligten „sprechen dieselbe Sprache“ und somit wird wiederum die Transparenz erhöht und Fehler können vermieden werden. Mehr Sicherheit im Pflegeprozess kann generiert werden, wenn die elektronische Dokumentation mit Checklisten arbeitet. So wird nichts ausgelassen oder vergessen. Durch das Auslassen von Doppeldokumentation sparen die Pflegenden Zeit, denn im Pflegealltag spielt Zeit eine wichtige Rolle und die ist meist knapp. Außerdem enthalten elektronische Dokumentationssysteme häufig die in SGB XI vorgesehenen Expertenstandards sowie einrichtungsspezifische Qualitätsstandards bzw. das interne Qualitätsmanagement. Als letztes trägt die elektronische Dokumentation zu einer besseren Arbeitsorganisation bei, denn die gesammelten Daten können Auskunft zu Personal- und Zeitbedarfe geben. Für die Arbeitsorganisation und für die betriebswirtschaftlichen Prozesse ist dies ein interessanter Faktor (Kubek et al., 2020, S.16-19).

2.3. Definition: Implementierung

Unter einer Implementierung wird die Umsetzung theoretischer Inhalte in die Praxis verstanden. Durch eine Implementierung können bereits bekannte Arbeitsabläufe verändert werden. Eine Implementierung erfolgt meistens aus dem Grund, weil die bekannten Abläufe und Konstrukte in Frage gestellt werden und verändert werden wollen. Aus diesem Grund ist eine Implementierung auch ein sogenannter Wandlungsprozess, es kommt zu Erneuerungen und Umgestaltungen bei denen Anforderungen an die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gestellt werden (Sippel & Hunstein, 2007, S.3).

3. elektronische Pflegedokumentation in der akutstationären Pflege

3.1. Krankenhausinformationssysteme

Ein Krankenhausinformationssystem (KIS) ist ein Sammelbegriff, der sich auf alle IT-Systeme im Krankenhaus erstrecken kann. Im KIS werden Daten erhoben, erfasst, gesucht, ausgewertet, verdichtet und übermittelt (Hans, C., 2020).

3.1.1. Ziele

Ein voll integriertes und leistungsfähiges KIS entlastet Ärzte und Pflegekräfte, erhöht die Versorgungsqualität und verschnellert Prozesse. Zudem verfolgt ein KIS das Ziel Kosten zu

minimieren und Prozesse kontinuierlich zu verbessern. Durch das vernetzte Arbeiten in den Kliniken werden interne Ressourcen gespart (Deutsche Telekom AG, 2020).

3.1.2. Aufgaben

Die primäre Aufgabe eines KIS ist die Abwicklung administrativer Aufgaben. Dabei werden die jeweiligen krankenhäuslichen Funktionsbereiche berücksichtigt. Tiefer betrachtet, liegen die Aufgaben eines KIS bei der Patientenverwaltung, Patientenakte, Archivierung und auch Abrechnung mit den Krankenhaus Kostenträgern (Haas & Kuhn, 2017).

3.2. Das Projektmanagement und seine Gegenstände

Für die Realisierung und Umsetzung des Teilprojekts „digitale Pflegeplanung/-Dokumentation“ ist ein gutes Projektmanagement essenziell. Definiert wird das Projektmanagement als Zusammenfassung aller planenden, überwachenden und steuernden Maßnahmen. In der DIN – Norm ist eine konkretere Definition des Projektmanagements vorhanden. Nach der DIN 69901 wird das Projektmanagement verstanden als die Gesamtheit von Führungsaufgaben, Führungsorganisation, Führungstechniken und Führungsmittel für die Initiierung, Definition, Planung, Steuerung und den Abschluss von Projekten.

Das Projektmanagement hat unterschiedliche Gegenstände, welche im Fokus stehen, um dann das definierte Ziel zu erreichen. Zu diesen einzelnen Gegenständen gehört zum einen das Vorgehen. Hier werden Teilschritte definiert, um das Ziel zu erreichen. Des Weiteren ist das Definieren der dazu erforderlichen Mittel wichtig, im Fokus steht das Personal. Zum Schluss wird der Einsatz, die Koordination und die Organisation im Rahmen des Projektmanagements definiert. (Peters & Schelter, 2021, S.68)

3.2.1. Der Projektauftrag der Immanuel Albertinen Diakonie

Der Projektauftrag spiegelt die Grundlage eines Projekts wider. Im Projektauftrag ist das Projekt beschrieben. Es definiert alles was zum Projekt gehört, zeigt die Ziele, Leistungen und Rahmenbedingungen des Projekts. Zudem ist der Projektauftrag eine klare und verbindlich definierte Vereinbarung zwischen dem Projektgeber und dem Projektleiter und dient als Informationsgrundlage. (Peters & Schelter, 2021.)

Das Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie hat solch einen Projektauftrag im Rahmen des Teilprojekts „digitale Pflegedokumentation“ aufgesetzt. Im Folgenden werden vereinzelt Abschnitte dieses Projektauftrags gezeigt. Da es sich um einen realen Projektauftrag handelt, werden Namen, die darin vorkommen, anonymisiert.

Im Projektauftrag der Immanuel Albertinen Diakonie hat der Projektmanager das Projektziel unter dem Punkt 1.2 eindeutig definiert. Das Ziel des Projekts ist die Implementierung einer einheitlichen und standardisierten, digitalen Pflegeplanung und Pflegedokumentation für Patientinnen und Patienten der peripheren Stationen. Ausgenommen von dem Projektzielen ist die Psychiatrie. Der Umfang beinhaltet die Implementierung des Basis-Pflegeassessments inklusive der Ableitung von Pflegerisiken und Vorschlägen im Bereich der Pflegemaßnahmen. Des Weiteren soll ein Pflegeplan implementiert werden mit allen pflegerischen Maßnahmen zur Dokumentation der Leistungserbringung. Dabei sollen die Pflegedokumentationsformen epaAC und LEP sowohl stations- also auch hausübergreifend eingesetzt werden. Der Einsatz dieser Pflegedokumentationsformen soll so erfolgen, dass diese in das bestehende KIS, konkret dem iMedOne Pflegearbeitsplatz, integriert werden. Die Integration soll auch in die mobile Variante, der iMedOne-App, erfolgen. Die Projektlaufzeit geht vom 01.09.2020 bis zum 31.12.2021. Unter dem Aspekt der Projektorganisation sind die verschiedenen Personen mit ihren Aufgaben aufgelistet. Dort findet man unter dem Projektmanager, die Teilprojektleitung, den Projektauftraggeber, den Projektleitungsausschuss und das Projektteam Pilot. Aufgelistet unter den Punkt „Projektteam Pilot“ sind die beiden Standorte der Immanuel Albertinen Diakonie, welche als Pilotstationen fungieren. Im Bereich des Projektleitungsausschusses sind die Pflegedirektorin und der Pflegedirektor der beiden Standorte aufgelistet und die IT-Projektleitung. Dieser Projektorganisationsplan zeigt die Rollen jedes einzelnen in diesem Projekt (Projektauftrag DPD, 2020).

Außerdem zeigt der Projektauftrag tabellarisch die Struktur des Projekts. Im nächsten Kapitel wird ein kleiner Abschnitt gezeigt und erläutert.

3.2.2. Die Projektstruktur

Tabelle 1: Definierte Projektstruktur- und Termine im Projektauftrag der Immanuel Albertinen Diakonie; Quelle: Projektauftrag DPD, Teilprojekt Pflegeplanung/-Dokumentation (2020); eigene Abbildung

PSP - Code	Vorgang	Ausführende Personen	Dauer
7	Teilprojekt ‚Einführung Pflegeplanung/-dokumentation‘		
7.1	Phase 1: Pilotbetrieb		
7.1.1	Interne Projektorganisation	PL	Seit Feb/März
7.1.2	ePA/LEP Information-Kick-off je Standort	Epa/LEP	September
7.1.3	ePA/LEP Implementierungsworkshop Projektteam	ePA/LEP	September/Okttober
7.1.4	Interne Konzeption ePA/LEP- Inhalte/Katalog	Projektteam	

Tabelle 1 zeigt die Projektstruktur des Teilprojekts „Einführung Pflegeplanung/-dokumentation. Im nachfolgenden werden die einzelnen Spalten erklärt und für das Verständnis der PSP definiert.

In der ersten Spalte ist der PSP – Code zu sehen. PSP steht für die Abkürzung „Projektstrukturplan“. Der PSP listet übersichtlich alle Hauptarbeitspakete und Arbeitspakete auf, d.h. der PSP zeigt auf welche Aufgaben im Rahmen des Projekts zu erledigen sind. Des Weiteren werden im PSP alle Verantwortlichen aufgezeigt, welche für das jeweilige Arbeitspaket verantwortlich sind. In der letzten Spalte wird dann die Dauer dokumentiert. (Gessler, Uhlig-Schoenian, 2015, S.38, S. 44, S. 64).

Dadurch, dass Tabelle 1 einen kleinen Abschnitt der Projektstruktur illustriert, fängt der sogenannte PSP-Code mit Code 7 an. Die Spalte „Vorgang“ ist gleichzusetzen mit den Begriffen „Hauptarbeitspaket/Arbeitspaket“. In dieser Spalte sind die verschiedenen Aufgaben dokumentiert, welche im Rahmen des Teilprojekts erfolgen müssen. Der PSP-Code 7.1 zeigt die Phase 1: Pilotbetrieb. Unter diesem PSP-Code folgen weitere die verschiedene Arbeitspakete aufzeigen. In der dritten Spalte wird die ausführende Person

eingetragen. Beispielsweise ist für das Arbeitspaket „Interne Projektorganisation“ die Projektleitung (PL) zuständig und für das Arbeitspaket „ePA/LEP Implementierungsworkshop Projektteam“ die Unternehmen epa-CC und LEP AG zuständig. In der letzten Spalte ist die Dauer dokumentiert, also läuft die interne Projektorganisation durch die PL seit Februar/März und der epa/LEP Implementierungsworkshop Projektteam erfolgte im September. Somit erfüllt der PSP seine Aufgabe und bietet eine Übersicht für alle am Projekt beteiligten Personen.

4. Assessmentinstrumente

In diesem Kapitel der Arbeit wird das Assessmentinstrument epaAC samt Anwendung und Auswertungsverfahren beschrieben. Hier handelt es sich um die Methode, welche im KIS einprogrammiert wurde. Zudem wird LEP näher beleuchtet, da mit LEP die Pflegepläne digital dokumentiert werden können.

4.1. Die ePA-CC GmbH und die LEP AG

Die ePA-CC GmbH aus Wiesbaden besteht aus einem Team von Pflegewissenschaftler*innen, welche ein Messverfahren entwickelt haben. Dieses Messverfahren beruht auf der sogenannten Methode epa. EPA steht für die Langform ergebnisorientiertes PflegeAssessment und ist ein Instrument für sämtliche Versorgungsbereiche. Mit dieser Methode besteht die Möglichkeit Beeinträchtigungen und auch Fähigkeiten eines Patienten oder eines Bewohners einzuschätzen und zu messen. Die Messung wird dann in Punktwerten abgebildet (ePA-CC GmbH, 2015).

LEP steht für Leistungserbringung in der Pflege. Es ist eine Leistungsklassifikation für die einheitliche Dokumentation von Leistungen im Gesundheitswesen. Es besteht die Möglichkeit LEP mit Assessments und Ordnungssystemen zu verknüpfen. (LEP AG, o.J.).

Die ePA-CC GmbH arbeitet in Kooperation mit der LEP AG aus St. Gallen. Die LEP AG gibt ihren Beitrag in Form eines verknüpften Systems mit epaAC. In LEP werden, nachdem die Patienten und Patientinnen eingeschätzt wurden, die Pflegemaßnahmen angezeigt. Die Pflegefachkräfte können hier überschaubar die benötigten Maßnahmen abhacken, neue hinzufügen und weitere Funktionen benutzen. Der Pflegeplan ist digital tabellarisch in drei Schichten aufgeteilt, Früh-, Spät- und Nachtschicht. Je nachdem wann welche Maßnahme

geplant ist, wird sie in der entsprechenden Schicht angezeigt. Um zwischen den Schichten schneller differenzieren zu können, ist jede Schicht mit einer Hintergrundfarbe versehen.

4.1.1. Anwendung von epaAC und LEP

Grundsätzlich ist epaAC ein pflegewissenschaftlich abgesichertes Kennzahlensystem. Die Methode dient zur Messung von Patientenfähigkeiten und deren Beeinträchtigungen. In der Version epaAC 2.3 sind 61 Items in 10 Kategorien vorhanden. Zudem gibt es noch verschiedene Zusatzinformationen wie z.B. Versorgungsstatus vor Eintritt, welche nur einmalig bei Aufnahme erfasst werden müssen. Der sogenannte „SelbstPflegeIndex“ (SPI) wird bei dieser Methode angezeigt und ist entscheidend. Definiert ist dieser als Index, der die Schwere der Pflegebedürftigkeit anzeigt (Hunstein et.al., 2011, S. 6).

Der SPI wird aus 10 Selbstpflegefähigkeiten-Kategorien des epaAC berechnet und hat eine Range zwischen 10 und 40. Der Wert von 40 sagt aus, dass der Patient völlig selbstständig ist, also die Selbstpflegefähigkeit maximal gegeben ist. Auf der anderen Seite zeigt ein Wert von 10, dass der Patient völlig unselbstständig ist, also die Selbstpflegefähigkeit nicht gegeben ist. Diese Patienten befinden sich meist dann auf der Intensivstation, werden beatmet oder auch sediert. Durch den SPI kann demnach abgeleitet werden, wie tief und umfangreich die Pflegeplanung für den Patienten sein muss. Patienten mit einem niedrigen Wert erhalten demnach eine umfangreiche Pflegediagnostik mit einer individuellen Pflegeplanung. Bei Patienten mit einem hohen SPI werden Standard-Pflegepläne eingesetzt.

Mit dem Modul epaAC ist LEP verknüpft. Hier werden die Leistungen der Pflege mit dem Assessmentinstrument epaAC kombiniert. epaAC fungiert als Klassifikationssystem zur Benennung von Problemen von Patienten. Durch die Verknüpfung mit LEP können die Leistungen im Behandlungsprozess dokumentiert und ausgewertet werden. Um die Leistungsauswertung maximal zu optimieren, werden die Daten aus LEP-Klassifikationen und Daten aus Partnerklassifikationen miteinander vermischt (LEP AG, o.J.).

LEP stellt für jede Berufsgruppe einen Klassifikationskatalog zur Verfügung, heißt für die Pflege gibt es einen eigenen Klassifikationskatalog. Ein Auszug aus dem „LEP-Katalog“ stellt für die Kategorie „Ausscheidung“ verschiedene Pflegeleistungen vor. Diese können später bei der Erstellung des Pflegeplans einbezogen werden. Durch die Verknüpfung werden zudem auch Maßnahmen bzw. Leistungen generiert, die sich direkt aus der epa-Erfassung generieren. Wird beispielsweise bei der epa-Einschätzung dokumentiert, dass der Patient oder die Patientin Schwierigkeiten im Bereich der Ernährung hat (1= keine

Fähigkeit) werden später, bei der Leistungsauswahl für den Pflegeplan Maßnahmen vorgeschlagen, welche sich auf die Ernährung beziehen (Abbildung 3).

1.6	Ausscheidung		I_22328
1.6.1	Ausscheidung		I_22270
1.6.1.1	Ausscheidung mit Toilettenstuhl unterstützen	D 10	I_22467
1.6.1.2	Beckenbodentraining durchführen	D 5	I_22487
1.6.1.3	Beim Erbrechen unterstützen	D 5	I_22493
1.6.1.4	Bettschüssel leeren/wechseln	D 3	I_22514
1.6.1.5	Bettschüssel reichen/entfernen	D 5	I_22515
1.6.1.6	Blasenkatheterpflege durchführen	D 5	I_30773
1.6.1.7	Blasenstimulation durchführen	D 5	I_22531
1.6.1.8	Blasentraining durchführen	D 5	I_22532
1.6.1.9	Darm digital reinigen	D 10	I_22607
1.6.1.10	Darmlauf/-spülung durchführen	D 11	I_22722
1.6.1.11	Defäkations-/Darmtraining durchführen	D 5	I_23518
1.6.1.12	Hygienebinde wechseln	D 5	I_22561
1.6.1.13	Inkontinenzmaterial wechseln	D 5	I_22761

Abbildung 3: Klassifikationen von LEP Nursing 3.4.1 Katalog Nr. 4, Ausschnitt der Leistungen der Kategorie "Ausscheidung", Quelle: LEP AG

4.1.2. Auswertungsverfahren von epaAC

Aus rechtlichen Gründen zeigt *Tabelle 2* einen Ausschnitt der Kategorien und Items. Im Folgenden werden die Tabelle und das Auswertungsverfahren erklärt.

Tabelle 2 zeigt 7 verschiedene Kategorien aus dem Modul epaAC. In der zweiten Spalte werden die einzelnen Items, die zu der Kategorie gehören aufgelistet. Jedes Item kann von den Pflegefachkräften, individuell auf den Patienten bzw. der Patientin, eingeschätzt werden. Die Spalte „Auswertungsverfahren“ zeigt wie die einzelnen Items ausgewertet werden. Grundsätzlich hat das Auswertungsmodell eine Range zwischen 1-4 (1= keine Fähigkeit; 4=volle Fähigkeit). In der Kategorie „Dekubitus, Wunden“ erfolgt die Auswertung anders. Dort haben die Pflegefachkräfte die Möglichkeit die verschiedenen Stadien des Dekubitus anzugeben (I-IV) Dabei steht die I für Stadium 1 und IV für Stadium IV. Wenn kein Dekubitus vorliegt oder dies nicht zugeordnet werden kann, kann auch dies angegeben werden. Auch wenn der Dekubitus geheilt ist, kann dies vermerkt werden. Bei einer tiefen Gewebeschädigung kann dies auch dokumentiert werden.

Nicht in der Tabelle aufgeführt sind unter anderem Items, bei dem der Pflegebedürftige eine Selbsteinschätzung vornehmen kann. Da sieht das Auswertungsmodell so aus, dass eine Einschätzung zwischen S1 und S4 vorgenommen werden kann. Dabei steht „S“ für Selbsteinschätzung.

In diesem Zusammenhang können in diesen Items auch Fremdeinschätzungen vorgenommen werden (F1-F4). Wichtig ist zu beachten, dass bei diesen Items in erster Linie

die Einschätzung des Patienten berücksichtigt wird. Ausgenommen sind Patienten, die kognitiv etwas schlechter sind. In diesem Fall wird der Angehörige gefragt.

Tabelle 2: Ausschnitt der Kategorien und Items aus dem epaAC Modul und deren Auswertungsverfahren; Quelle: epa-CC (2021); Eigene Darstellung (2021)

Kategorie	Item	Auswertungsverfahren
Bewegung	Sitzposition halten	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
	Fortbewegung	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit/ Bettruhe
	Erschöpfung/ Fatigue	4: ausreichende Körperkraft/ Energie 3: einzelne umfangreichere Aktivitäten möglich 2: nur einzelne kleine Aktivitäten möglich 1: fehlende Körperkraft/ Energie
Körperpflege und Kleiden	Körperpflege Oberkörper	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
	Mundstatus	4: unauffällig 2: leicht verändert 1: stark verändert
Ernährung	Essen	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
	Sondenernährung	4: Nein 1: Ja
Ausscheidung	Urinausscheidung durchführen	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
	Urinausscheidung kontrollieren	4: vollständige Kontrolle 3: meistens kontrolliert 2: selten kontrolliert 1: fehlende Kontrolle 4: Nein

	Urinableitungssystem	1: Ja
Kognition, Bewusstsein	Orientierung (Person, Ort, Zeit, Situation)	4: zu allen Qualitäten 3: zu drei Qualitäten 2: zu einer oder zwei Qualitäten 1: zu keiner Qualität
	Alltagskompetenz	4: volle Fähigkeit 3: überwiegend vorhandene Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
Kommunikation und Interaktion	Sich mitteilen	4: volle Fähigkeit 2: gering vorhandene Fähigkeit 1: keine Fähigkeit
	Selbst initiierte Aktivitäten	4: initiiert umfassend eigene Aktivitäten 3: vermehrt selbst initiierte Aktivitäten 2: wenige selbst initiierte Aktivitäten 1: keine selbst initiierten Aktivitäten
Dekubitus, Wunden	Dekubitus	kein Dekubitus Kategorie/ Stadium I Kategorie/ Stadium II Kategorie/ Stadium III Kategorie/ Stadium IV Stadium nicht zuzuordnen vermutete tiefe Gewebsschädigung Dekubitus abgeheilt

4.2. Ziele von epaAC und LEP

Das primäre Ziel von epaAC ist es, die Daten transparent zu halten. Dadurch dass die Daten transparent sind, haben alle Beteiligten die Möglichkeit drauf zuzugreifen und dies verbessert den Entscheidungsprozess. Zudem verfolgt die Methode das Ziel, dass die Pfleger und Pflegerinnen, durch das Abschaffen der papierbasierten Erfassung, mehr Zeit für ihre Patienten und Patientinnen aufbringen können. Weiteres Ziel ist die Generierung qualitativ hochwertiger Dokumentation (epa-CC GmbH, 2021).

LEP verfolgt das Ziel die Sicherheit und Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsbetrieben zu verbessern. Zudem ermöglicht LEP einen betriebs- und grenzübergreifenden Datenaustausch und verbindet sowohl Prozesse als auch Teilnehmer, so kann bei wenig Ressourcenaufwand eine hohe Behandlungsqualität garantiert werden. Eine weitere Eigenschaft und ein weiteres Ziel von LEP ist es, klinische Daten einmalig zu dokumentieren und mehrfach zu verwerten, so können Doppelerfassungen so gut es geht vermieden werden

(LEP AG, o.J.).

5. Setting

In diesem Kapitel wird das Setting beschrieben, in dem das Praxissemester absolviert und in der die elektronische Pflegedokumentation implementiert wurde. Dabei wird das Krankenhaus aus datenschutzgründen nicht namentlich genannt. Das Pflegeverständnis des Pflegepersonals wird in diesem Kapitel ebenfalls dargestellt. Zudem wird das KIS beschrieben mit welchem das Krankenhaus arbeitet, denn hier wurden die Methode epaAC und das Modul LEP rein programmiert.

5.1. Das Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie

Mitten in Hamburg befindet sich ein Krankenhaus, welches zur Immanuel Albertinen Diakonie gehört. Hierbei handelt es sich um ein Lehrkrankenhaus der Universität Hamburg und ist mit insgesamt 341 stationären Patientenbetten ausgestattet. Geschätzt werden hier 40.000 Patienten und Patientinnen sowohl stationär als auch ambulant behandelt. Es gibt verschiedene Bereiche im Krankenhaus und die Leistungen sind breit gefächert. Neben der Herzmedizin, der internistischen und chirurgischen Behandlung von sowohl gutartigen als auch bösartigen Erkrankungen des Verdauungstraktes, der Orthopädie, Unfallchirurgie und Frauenklinik bietet das Krankenhaus auch die Behandlung von Erkrankungen der Schilddrüse an. Des Weiteren gibt es noch die Altersmedizin. Neben dem Krankenhaus befindet sich eine Residenz, eine Ev. Kindertagesstätte und das Diakonie Hospiz.

Das Hamburger Krankenhaus hat ein eigenes Pflegebild entwickelt, welches sich am Leitbild des Krankenhauses orientiert. Dieses beinhaltet die Definition des Pflegeverständnisses.

Definiert wird, dass jeder Mensch eine einzigartige Persönlichkeit mit eigenen Bedürfnissen ist. Hervorgehoben wird auch, dass die Würde jedes einzelnen respektiert und bewahrt werden muss und dass es essentiell ist eine vertrauensvolle und verbindliche Beziehung zu dem Patienten aufzubauen. Zudem versteht das Krankenhaus die Pflege und somit auch das Pflegepersonal als Menschen die für jeden Angehörigen bei Freude, Ängsten und Sorgen zur Seite stehen. Unterstützt werden die Patienten auf ihrem Weg zur größtmöglichen Eigenständigkeit (Immanuel Albertinen Diakonie gGmbH, 2021).

5.2. Das Krankenhausinformationssystem: iMedOne

Ein bekanntes, von der Telekom zur Verfügung gestelltes KIS, ist das iMedOne. Allgemein schafft dieses KIS optimale Voraussetzungen und bietet die Möglichkeit vernetzt in den jeweiligen Kliniken zu arbeiten. Somit ist die Möglichkeit gegeben Ressourcen zu sparen. Zu den Funktionen von iMedOne gehören Patientenmanagement und Abrechnung, Ambulanz- und Notfallmanagement, gesetzkonformes Qualitätsmanagement, effiziente Behandlungsplanung und Patientensteuerung und patientenbezogenes Dokumentenmanagement. Zu guter Letzt unterstützt das iMedOne bei der ganzheitlichen Pflegedokumentation. iMedOne Pflege macht es möglich den kompletten Pflegeprozess effizienter zu gestalten. Der digitale Pflegearbeitsplatz automatisiert die Dokumentation und lässt keinen Platz für Fehler. Zudem unterstützt dieser Mediziner und Pfleger bei der Anamnese und der Vitalwerteerfassung des Patienten. Dadurch dass eine Vernetzung möglich ist durch die Digitalisierung, können alle Infos von allen Verantwortlichen eingesehen werden und stehen sofort zur Verfügung. Zudem wird die Doppeldokumentation vermieden. Durch den elektronischen Pflegearbeitsplatz im KIS können die Pflegeplanung und das sogenannte Patientenscoring direkt im Pflegearbeitsplatz erledigt werden. Die Pflegeplanung und die Pflegedokumentation können gemäß wissenschaftlichen Standards erfolgen. Hier kommt zum einen die Methode „ergebnisorientiertes PflegeAssessment AcuteCare“ (ePA-AC©) und zum anderen „Leistungserfassung in der Pflege“ (LEP) zum Einsatz. Hier kooperieren zwei Unternehmen miteinander, die ePA-CC GmbH und die LEP AG (Deutsche Telekom AG, 2020).

Dieses KIS mit diesem Angebot wird von dem hier vorgestellten Krankenhaus genutzt, um die Pflegedokumentation zu optimieren.

6. Forschungsfrage und Zielsetzung

Durch die vorher aufgezeigten Informationen wurde veranschaulicht, wie wichtig die Digitalisierung im Krankenhaus ist und wie vorteilhaft das Arbeiten mit der digitalen Pflegedokumentation für die Endanwender und Endanwenderinnen sein kann. Aus diesem Grund wurde die elektronische Pflegedokumentation an einem deutschen Lehrkrankenhaus in Hamburg implementiert und im Rahmen eines Praxissemesters in diesem Bereich mitverfolgt und beobachtet. Die Beobachtungen zeigten, dass sich sowohl Schwierigkeiten

als auch Erfolge während der Implementierung herauskristallisierten.

Angesichts der Tatsache, dass die Implementierung mitverfolgt wurde und engmaschig begleitet wurde, stellte sich folgende Frage: Implementierung von dem Assessmentinstrument epaAC und LEP in der akutstationären Pflege in einem akademischen Lehrkrankenhaus in Hamburg – Welche fördernden und hemmenden Faktoren zeigen sich bei der Implementierung?

Ziel dieser Arbeit ist es primär, Informationen darüber zu geben welche hemmenden bzw. fördernden Faktoren im Rahmen der Implementierung eines neuen Assessmentinstruments in einem Lehrkrankenhaus in Hamburg seitens der Pflegefachkräfte und der Teilprojektleiterin empfunden worden sind. Die Arbeit verfolgt den empirischen Forschungsansatz. Die Interviews mit den Endanwendern und der Teilprojektleiterin stehen im Fokus der Arbeit. Sowohl tabellarisch als auch in Form eines Textes sollen die Ergebnisse präsentiert werden und die Forschungsfrage soll mithilfe der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring beantwortet werden. Die Transkripte sollen analysiert werden und mit einem Kodiersystem sollen Kategorien gebildet werden, welche die Forschungsfrage beantworten.

Auch Ziel dieser Arbeit ist es, die Ergebnisse aus dem empirischen Forschungsansatzes, also die Ergebnisse, welche aus der Realität gewonnen worden sind, mit denen der Literatur zu vergleichen. Dabei sollen verschiedenen Studien oder auch andere wissenschaftliche Publikationen zu der Thematik herangezogen werden.

7. Methodik

In diesem Abschnitt wird die Methode meiner Arbeit beschrieben. Erläutert wird der Begriff der Transkription und die Wahl des Fragebogens. Außerdem werden die Transkriptionsregeln aufgezählt, mit denen das Datenmaterial transkribiert wird. Der Schwerpunkt der Methode liegt auf der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Diese wird in diesem Kapitel mit den einzelnen Schritten erklärt und verdeutlicht. Weiter nimmt die Literarturreche ein Teil der Methodik ein, diese wird keinen großen Teil der Arbeit einnehmen, denn es handelt sich hierbei um eine empirische Arbeit. Im Gegensatz zu einer Arbeit, welche auf eine reine Literarturrecherche und Auswertung basiert, werden bei der empirischen Forschungsmethode die Informationen bzw. die Datenbeschaffung aus der Realität gewonnen. Gängige Datenerhebungsinstrumente in diesem Zusammenhang sind die

Inhaltsanalyse, Beobachtungen, Befragungen, Experimente oder Skalierungsverfahren (Stier, 1996).

7.1. Qualitative Inhaltsanalyse

7.1.1. Offener Fragebogen

Für die Erhebung der Daten wurde mit offenen Fragen gearbeitet. Dabei wurde ein Fragebogen erstellt, welcher zwei offene Fragen beinhaltet, welche das Ziel verfolgen die Forschungsfrage zu beantworten. Grund für die Wahl dieser Vorgehensweise ist zum einen, dass in der qualitativen Forschung üblicherweise mit offenen Fragen gearbeitet wird. Außerdem bieten offene Fragen keine Antwortmöglichkeiten. Während ein geschlossener Fragebogen vorgegebene Antwortkategorien gibt, hat die interviewte Person bei einem Fragebogen mit offenen Fragen die Möglichkeit ihre Antwort zu der gestellten Frage offen zu gestalten. Sie hat genug Spielraum, um eigene Formulierungen zu bilden. Des Weiteren hat die Befragte die Möglichkeit Beispiele aufzuzählen und zu illustrieren die für ihn/sie relevant sind, um die gestellte Frage beantworten zu können (Halbmayer & Salat, 2011). Für die weitere Analyse eignet sich diese Befragungsform demnach am besten.

Den Pflegekräften und der Teilprojektleiterin des Krankenhauses wurden zwei offene Fragen gestellt:

1. *Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als hinderlich empfunden?*
2. *Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als förderlich empfunden?*

7.1.2. Stichprobenbeschreibung

In der vorliegenden Datenerhebung handelt es sich um Interviews mit den Endanwendern und Endanwenderinnen, welche mit epaAC und LEP arbeiten. Bei den Endanwendern und Endanwenderinnen handelt es sich um Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen. Voraussetzung für die Teilnahme an der Befragung war es, dass die Pflegefachkräfte*innen aktiv mit der Methode epaAC und dem Modul LEP arbeiten und damit vertraut sind, denn diese Pflegefachkräfte*innen haben den Implementierungsprozess auch aktiv begleitet und wahrgenommen. Auch die Teilprojektleiterin des Krankenhauses wurde interviewt, denn sie

hat die Implementierung mitgestaltet und gilt als Hauptansprechpartnerin dafür. Ausgeschlossen von der Befragung waren Sekretäre*innen, Stationsärzte*innen, Physiotherapeuten*innen und Stationen bei denen epaAC und LEP nicht implementiert wurde, also die Gynäkologie-Station.

Für das Sammeln der Daten wurde ein Rundgang auf den Stationen gemacht und gefragt, ob Interesse an der Teilnahme dieser besagten Umfrage besteht. Dabei wurde explizit erklärt, dass es sich um eine anonyme Umfrage handele und die Antworten nur im Rahmen meiner Bachelorarbeit verwendet werden. Um später die Antworten transkribieren zu können, wurden diese mithilfe eines Aufnahmeprogramms auf dem Handy festgehalten. Insgesamt wurden 3 Pflegefachkräfte und eine Teilprojektleiterin befragt.

7.1.3. Transkription

Wenn gesprochene Sprache in eine schriftliche Fassung gebracht wird, wird von Transkription gesprochen. Der Begriff selbst stammt vom lateinischen und bedeutet „umschreiben“. Daten, wie beispielsweise Audio(visuelle)-Daten aus Interviews, Videobeobachtungen oder auch Fokusgruppeninterviews, eignen sich besonders für eine Transkription. Ziel des Erstellens eines Transkripts ist die Erstellung eines dauerhaft verfügbaren Protokolls. Dabei kann dieses dann weiter für die Auswertung und Interpretation bearbeitet werden (Quelle). Für die qualitative Forschung eignen sich Transkripte besonders gut, denn sie stellen häufig das Ausgangsmaterial der Analyse dar (Dresing & Pehl, 2017).

Bevor die eigentliche Transkription erfolgt, wird ein Transkriptionssystem ausgewählt. Die richtige Wahl des Transkriptionssystems ist sehr wichtig, denn dieses beeinflusst unter anderem wie genau und ausführlich die erhobenen Daten analysiert und interpretiert werden. Welches Transkriptionssystem verwendet wird, hängt davon ab welches Ziel mit der Transkription erreicht werden möchte. Außerdem gibt die Forschungsfrage zunächst den wichtigsten Rahmen für die Wahl eines Transkriptionssystems (Dresing & Pehl, 2017). Es wird nach vier verschiedenen Transkriptionssystemen unterschieden: Die wörtliche Transkription, die kommentierte Transkription, die zusammenfassende Transkription und die selektive Transkription (Höld, 2007).

Für die Erhebung der gesammelten Daten wird in dieser Arbeit die wörtliche Transkription gewählt. Bei der wörtlichen Transkription wird eine vollständige Textfassung aus dem

Material hergestellt. Für die spätere Analyse und die Beantwortung der Forschungsfrage ist diese Wahl sinnvoll. Bei dieser Transkriptionsart wird zwischen drei Vorgehensweisen unterschieden: Das Arbeiten mit dem Phonetischen Alphabet (IPA), die literarische Umschrift und die Übertragung in normales Schriftdeutsch. Für die Weiterverarbeitung des Datenmaterials wird die Vorgehensweise der literarischen Umschrift verwendet. Unter dieser Vorgehensweise ist zu verstehen, dass der Dialekt bzw. die Umgangssprache mit dem gängigen Alphabet wiedergegeben wird. Zudem werden Abweichungen zur Standardsprache nicht korrigiert, es wird alles verschriftlicht was gehört wird und wie es gehört wird (Mayring & Fenzl, 2014).

Um wissenschaftlich transparent vorzugehen ist es wichtig immer deutlich zu machen wie das jeweilige Transkript entstanden ist, welche Elemente gegebenen Falls ausgelassen wurden und welche berücksichtigt wurden (Dresing & Pehl, 2017). Mithilfe sogenannter Notationszeichen wird der Gesprächsverlauf wirklichkeitsgetreu wiedergegeben. Zu beachten ist, dass nur so viele Zeichen eingesetzt werden sollen, wie sie später für die Interpretation sinnvoll sind, denn der Nachteil von Notationszeichen ist, dass das Transkript dadurch schwerer lesbar ist. Die verschiedenen Notationszeichen mit deren Bedeutungen, gehen zurück auf Kallmeyer und Schütze (1976).

Tabelle 3: Notationszeichen von Kallmeyer und Schütze (1976) und ihre Bedeutung bei der Transkription, Quelle:, eigene Darstellung

Notationszeichen	Bedeutung
..	Kurze Pause
...	Mittlere Pause
(Pause)	Lange Pause
.....	Auslassung
((Ereignis))	Nicht-sprachliche Handlung z.B. ((Schweigen))
((lachend)), ((verärgert))	Begleiterscheinung des Sprechers bzw. der Sprecherin
<u>Sicher</u>	Ausfällige Betonung, auch Lautstärke
<u>Sicher</u>	Gedehntes Sprechen
(...)	Unverständlich
(so schrecklich?)	Nicht mehr genau verständlich, vermuteter Wortlaut

Tabelle 3 zeigt die verschiedenen Notationszeichen, welche bei der Transkription verwendet werden können. Das Erstellen eines Transkripts aus den Audiodateien im Zusammenhang dieser Abschlussarbeit, hat das Ziel der weiteren Analyse und Interpretation. Im

Vordergrund steht der Inhalt, welcher gesprochen wurde, d.h. es werden nicht alle Notationszeichen verwendet, um die Lesbarkeit zu erhalten. Es werden lediglich die Notationszeichen (...) (unverständlich) und ... (mittlere Pause) verwendet, somit wird deutlich an welchen Stellen der Inhalt nicht verständlich ist und wo ein Absatz gesetzt wurde um das Transkript beschaulich zu gestalten.

Neben der Wahl eines Transkriptionssystems sind auch Transkriptionsregeln wichtig und müssen definiert werden. Diese Regeln legen nämlich fest, wie die gesprochene Sprache in die schriftliche Form übertragen wird. Udo Kuckartz hat vierzehn Regeln aufgestellt. Im Folgenden werden diese Regeln tabellarisch wiedergegeben.

Tabelle 4: Transkriptionsregeln nach Udo Kuckartz (2016), Quelle: Udo Kuckartz (2016). Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung; eigene Darstellung (2021)

Transkriptionsregeln nach Udo Kuckartz (2016)	
1.	Es wird wörtlich transkribiert, also nicht lautsprachlich oder zusammenfassend. Vorhandene Dialekte werden nicht mit transkribiert, sondern möglichst genau in Hochdeutsch übersetzt.
2.	Sprache und Interpunktion werden leicht geglättet, d. h. an das Schriftdeutsch angenähert. Zum Beispiel wird aus „Er hatte noch so’n Buch genannt“ → „Er hatte noch so ein Buch genannt“. Die Satzform, bestimmte und unbestimmte Artikel etc. werden auch dann beibehalten, wenn sie Fehler enthalten.
3.	Deutliche, längere Pausen werden durch in Klammern gesetzte Auslassungspunkte (...) markiert. Entsprechend der Länge der Pause in Sekunden werden ein, zwei oder drei Punkte gesetzt, bei längeren Pausen wird eine Zahl entsprechend der Dauer in Sekunden angegeben.
4.	Besonders betonte Begriffe werden durch Unterstreichungen gekennzeichnet.
5.	Sehr lautes Sprechen wird durch Schreiben in Großschrift kenntlich gemacht.
6.	Zustimmende bzw. bestätigende Lautäußerungen der Interviewer (mhm, aha etc.) werden nicht mit transkribiert, sofern sie den Redefluss der befragten Person nicht unterbrechen.
7.	Einwürfe der jeweils anderen Person werden in Klammern gesetzt.
8.	Lautäußerungen der befragten Person, die die Aussage unterstützen oder verdeutlichen (etwa Lachen oder Seufzen), werden in Klammern notiert.
9.	Absätze der interviewenden Person werden durch ein „I:“, die der befragten Person(en) durch ein eindeutiges Kürzel, z. B. „B4;“, gekennzeichnet.

10. Jeder Sprechbeitrag wird als eigener Absatz transkribiert. Sprecherwechsel wird durch zweimaliges Drücken der Enter-Taste, also einer Leerzeile zwischen den Sprechern deutlich gemacht, um so die Lesbarkeit zu erhöhen.
11. Störungen werden unter Angabe der Ursache in Klammern notiert, z. B. (Handy klingelt).
12. Nonverbale Aktivitäten und Äußerungen der befragten wie auch der interviewenden Person werden in Doppelklammern notiert, z. B. ((lacht)), ((stöhnt)) und Ähnliches.
13. Unverständliche Wörter werden durch (unv.) kenntlich gemacht
14. Alle Angaben, die einen Rückschluss auf eine befragte Person erlauben, werden anonymisiert.

Tabelle 4 listet die verschiedenen Regeln der Transkription nach Kuckartz tabellarisch auf. Es sind vierzehn Regeln, welche angepasst und im Rahmen der eigenen Transkription beachtet werden können. Im Rahmen der Transkription des Datenmaterials für die Beantwortung der Forschungsfrage werden die Regeln 1, 2, 4, 6, 9, 10 und 14 berücksichtigt.

7.1.4. Inhaltsanalyse nach Mayring

Die qualitative Inhaltsanalyse ist eine Auswertungsmethode mit welcher Texte bearbeitet werden können welche im Rahmen sozialwissenschaftlicher Forschungsprojekte in der Datenerhebung anfallen.

Hierbei kann es sich um Transkripte von offenen Interviews, offene Fragen aus standardisierten Befragungen oder auch um Beobachtungsprotokolle aus Feldstudien handeln. Die qualitative Inhaltsanalyse erlaubt es mit großen Datenmengen zu arbeiten. Im Vergleich zu anderen Textanalyseverfahren steht in der qualitativen Inhaltsanalyse das Merkmal der sogenannten Kategoriengeleitetheit im Vordergrund. Kategorien stellen Analyseaspekte als Kurzformulierungen dar. In der Formulierung sind diese eng am Ausgangsmaterial orientiert. Das Kategoriensystem, welche als Zusammenstellung aller Kategorien bezeichnet wird, ist das eigentliche Instrumentarium der Analyse. Es werden nur die Textstellen berücksichtigt, welche sich auf die Kategorien beziehen.

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse gibt es verschiedene Techniken. Neben der zusammenfassenden Inhaltsanalyse gibt es noch die Explikation und die strukturierende Inhaltsanalyse. In dieser Ausarbeitung wird die zusammenfassende Inhaltsanalyse verwendet. Bei dieser Technik wird das Material erstmal paraphrasiert. Es werden die

wichtigen Abschnitte umformuliert und dann reduziert. Bei der induktiven Kategorienbildung wird dieser Schritt übersprungen und ein Selektionskriterium eingeführt. In diesem Teil wird entschieden welche Textbestandteile zusammengefasst werden sollen (Mayring, Fenzl, 2014, S.543-559).

In der folgenden Abbildung wird die zusammenfassende Inhaltsanalyse in sieben Schritten verdeutlicht (Abbildung 5).

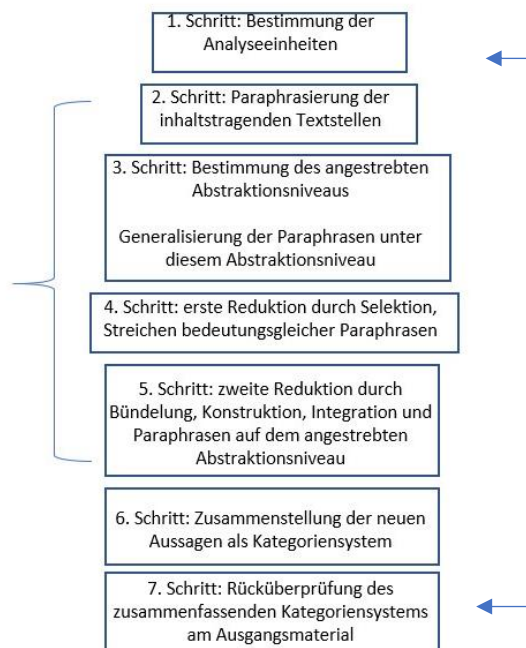


Abbildung 4: Ablaufmodell zusammenfassender Inhaltsanalyse; Quelle: Qualitative Inhaltsanalyse – Grundlagen und Techniken

Abbildung 5 zeigt ein allgemeines Ablaufmodell der zusammenfassenden Inhaltsanalyse. Diese Vorgehensweise beinhaltet sieben Schritte. Im ersten Schritt werden die Analyseeinheiten bestimmt. Darunter fallen die Kodiereinheit, die Kontexteinheit und die Auswertungseinheit. Bei der Auswertungseinheit wird festgelegt welche Texte analysiert werden sollen. Als Kontexteinheit wird verstanden, dass festgelegt wird was der größte Textbestandteil ist, der unter eine Kategorie fallen kann. Bei der Kodiereinheit wird bestimmt welches der kleinste Materialbestandteil ist, der ausgewertet werden kann. Sinnvoll ist hier, die Kodiereinheit so festgelegt wird, dass sie einem einzelnen Wort entspricht. Diese drei Einheiten werden im Kapitel „Ergebnisse“ festgelegt. Nach dieser Vorarbeit folgt der nächste Schritt. Im nächsten Schritt sollen die inhaltstragenden Textstellen paraphrasiert werden.

Darunter wird verstanden, dass alle irrelevanten Textbestandteile gestrichen werden, d.h.

alle Ausschmückungen, Wiederholungen oder verdeutlichende Wendungen. Hier werden auch die ausgewählten Textstellen auf eine Sprachebene gebracht und auf eine Kurzform gebracht. Die Richtigkeit der Grammatik darf dennoch nicht außer Acht gelassen werden.

Im weiteren Verlauf dieser Analyse soll ein Abstraktionsniveau definiert werden und die Gegenstände der Paraphrasen auf die zuvor definierte Abstraktionsebene gebracht werden. Es sollen nur die Paraphrasen genommen werden, welche unter dem Abstraktionsniveau passen. In den nächsten beiden Schritten, Schritt vier und fünf, folgen die erste und zweite Reduktion. Bei der ersten Reduktion werden bedeutungsgleiche Paraphrasen innerhalb der Auswertungseinheit gestrichen. Außerdem folgt eine Selektion, indem die Paraphrasen übernommen werden die weiterhin als zentral und inhaltstragend gelten. Bei der zweiten Reduktion folgen eine Bündelung, Konstruktion und Integration, Bei der Bündelung werden die Paraphrasen mit dem gleichen oder ähnlichen Aussagen zu einer Paraphrase zusammengeführt. Bei der Konstruktion bzw. Integration werden die Paraphrasen mit mehreren Aussagen zu einem Gegenstand zusammengefasst. Schlussendlich wird ein Kategoriensystem aus den Aussagen gemacht (Bildung von Kategorien) und es findet eine Überprüfung des Kategoriensystems mit dem Ausgangsmaterial statt (Mayring, P.,2015, S. 70-76).

Bei dem 7-Schritte Ablaufmodell von Mayring handelt es sich um eine Allgemeine Vorgehensweise. Bei der Darstellung der Ergebnisse in dieser Arbeit wird eine minimale Anpassung vorgenommen.

7.2. Literaturrecherche

Im weiteren Verlauf meiner Arbeit, bei der Diskussion, wird ein Vergleich der selbsterhobenen Daten, mit denen der Literatur erfolgen. Hierfür werden verschiedene Studien bzw. Erkenntnisse aus der Literatur herangezogen. Dafür werden Artikel und Informationen unter anderem aus PubMed, Google Scholar, Springer Link und Thieme Verlag genutzt.

Für die weiteren Kapitel wird mit selbst erhobenen Daten gearbeitet. Später in der Diskussion wurden die Ergebnisse der Befragung nochmal mit der Literatur verglichen. Dabei wurde spezifisch Literatur zum Thema „Implementierungsfaktoren“ „hemmende und fördernde Faktoren“ herangezogen.

8. Ergebnisse

Tabelle 5 zeigt die einzelnen Kategorien mit ihren Unterkategorien bezogen auf die fördernden und hemmenden Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP. Die Kategorien setzten sich zusammen aus der qualitativen Inhaltsanalyse und wurden induktiv gebildet. Dabei listet die Tabelle 10 fördernde und 22 hemmende Faktoren auf.

Im weiteren Verlauf werden die Kategorien genauer erklärt. Um die fördernden bzw. hemmenden Faktor zu unterstreichen, werden Zitate von den einzelnen Interviewpartnern herangezogen, welche sich darauf beziehen.

Während der Befragung mit der Teilprojektleiterin wurde der zweite Standort der Immanuel Albertinen Diakonie erwähnt. Es gibt, zum Verständnis, zwei Standorte des Krankenhauses. Beide Standorte haben die Methode epaAC und in diesem Zusammenhang LEP implementiert. Aus diesem Grund nahm die Teilprojektleiterin Stellung dazu.

Dieser Abschnitt der Arbeit wird mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse beendet.

Tabelle 5: Identifizierte fördernde und hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP in einem Hamburger Lehrkrankenhaus (2021), eigene Darstellung

Faktoren die bei der Implementierung von epaAC und LEP als förderlich empfunden wurden	Faktoren die bei der Implementierung von epaAC und LEP als hemmend empfunden wurden
Vorerfahrungen <ul style="list-style-type: none"> • Erfahrungen bei der Umstellung von Papier zu Digital • Projekterfahrungen bei der Implementierung • Technische Vorerfahrungen 	unverständliche Sprache <ul style="list-style-type: none"> • kein norddeutsches Programm
Vorhandene Technik	schwere Zuordnung innerhalb der Kategorien <ul style="list-style-type: none"> • keine Deutlichkeit, welche Subkategorien in die Hauptkategorien passen
Multiplikatorensystem	schlechte Technik <ul style="list-style-type: none"> • langsame Ladezeiten
Pilotstation <ul style="list-style-type: none"> • Paralleles Arbeiten mit Papier und System 	keine interne IT <ul style="list-style-type: none"> • technischer Support nur telefonisch • Lange Wartezeiten
Teamabsprache <ul style="list-style-type: none"> • Einheitliches Dokument auf den alle zugreifen konnten 	ungewohnte Arbeitsumstellung <ul style="list-style-type: none"> • langsames Arbeiten zu Anfang
Informationsmaterial zum Projekt	zu wenig Pc- Arbeitsplätze <ul style="list-style-type: none"> • zu viel Personal auf einer Station • fehlende Rechner für die Dokumentation
Schulungen <ul style="list-style-type: none"> • praktische Anwendung der Methode durch Klickschulungen • Übernahme der Schulungen von 	zeitliche Schwierigkeiten <ul style="list-style-type: none"> • Einführung erfolgte zu früh • weitere Schulungen erfolgten auch nach Echtstart

Multiplikatoren	
Praktikantenanwesenheit für Support <ul style="list-style-type: none"> • permanente Anwesenheit auf den Stationen • Telefonische Erreichbarkeit 	fehlende Verfügbarkeit des iPads
Fördernde Rahmenbedingungen <ul style="list-style-type: none"> • Bereitschaft zur Implementierung seitens aller Beteiligten • Positive Einstellung der Leute 	Computer und iPad zeigen verschiedene Bedienungsflächen <ul style="list-style-type: none"> • Erschwerung des Lernprozesses
Direkte Ansprechpartnerin aus der IT	inkonsistentes Handling
	Patientenüberflutung auf den Stationen während Implementierung
	Unklare Profildefinition im System <ul style="list-style-type: none"> • Keine Struktur in Aufnahme, Entlassung, postoperatives und präoperatives Profil
	Dünne Personaldecke
	schlechte Darstellung für alle Stationen
	Verhinderung der Umsetzung des Projektplans durch Corona <ul style="list-style-type: none"> • Verschiebung von Pilotstart und Echtstart • Kurze Zeitspanne zwischen Pilotstart und Echtstart sorgte für schwierige Umsetzung
	verspätete Schulungen der Mitarbeiter
	vorhandene Systemfehler <ul style="list-style-type: none"> • Demotivation der Anwender und Anwenderinnen
	schlechtes Internet
	Projektleitungswechsel (Standort 2)
	Pilotstart ohne Teilprojektleiterin (Standort 2)
	schwere Zuordnung der Probleme, da verschiedene Komponenten mit einander agieren <ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit von der Telekom
	räumliche Kapazitäten für die Dokumentation sind nicht vorhanden

8.1. Fördernde Faktoren bei der Implementierung

Ein fördernder Faktor bei der Implementierung von epaAC und LEP ist, dass sowohl die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen als auch die Teilprojektleitung Vorerfahrungen haben. Das Personal berichtete nicht das erste Mal von Papier zu digital gewechselt zu haben und die Teilprojektleiterin gab an, bereits Erfahrungen mit Projekten gehabt zu haben. Dadurch das vor einigen Jahren der Pflegearbeitsplatz an dem Krankenhaus im KIS implementiert wurde, hatten die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen bereits technische Vorerfahrungen was der Implementierung auch zugutekommt.

„[...] Also ich muss vorweg sagen das ist nicht meine erste Implementierung. Ich war schonmal bei einer dabei. Also ganz neu ist das für mich nicht. Von Akte, also von Handschrift zu digital umzustellen. Ich wusste im Vorfeld schon was mich erwartet. (P1)“

„[...] Für mich als Projektleiterin war es gut so ein Projekt schon zu kennen. Wir haben vor sechs Jahren den Pflegearbeitsplatz im iMedOne implementiert und haben das auch standortübergreifend gemacht und von der Projektorganisation sollte das eben wieder genauso sein.“ (TPL)

„[...] Auf jeden Fall ist der günstige Faktor das die Endanwender den Umgang mit dem iPad schon kannten. Also die haben zwar was anderes drauf gemacht, aber grundsätzlich war das Handling klar.“ (TPL)

Ein weiterer förderlicher Faktor sei die Tatsache, dass es Technik gab. Die Computer waren auf der Station vorhanden und somit sei eine Implementierung der digitalen Pflegedokumentation möglich.

„[...] Ja, auf jeden Fall, dass wir halt Technik hier haben im Haus um das gewährleisten zu können. Das ist ein positiver Faktor.“(P1)

Des Weiteren wurde als förderlicher Faktor das vorhandene Multiplikatorensystem erwähnt. Unter einer Multiplikatorin bzw. eines Multiplikators werden, hier, Personen verstanden welche Kompetenzen weiterleiten. Deren Aufgabe ist es beispielsweise Maßnahmen in der

Praxis zu etablieren (Blümel et al., 2021).

[...] Alleine das wir so viele Multiplikatoren bei uns hatten, weil wir eine Pilotstation waren.“ (P1)

[...] sicherlich auch förderlich war, dass Multiplikatorensystem, dass also von jeder Station eine Person Multiplikatorin war, um die Schulung zu übernehmen und dann eben auch engmaschig zu begleiten.“ (TPL)

Bevor das Projekt in den Echtstart gegangen ist, gab es eine Station welche als Pilotstation agierte. Diese Station hatte vier Wochen lang die Möglichkeit sowohl papierbasiert als auch systembasiert zu arbeiten. In dem Interview gab ein Pfleger diese Tatsache als fördernden Faktor während der Implementierung an.

„[...] Die Tatsache das wir Pilotstation waren und halt die den Monat noch zweitgleisig fahren konnte, mit Digitalisierung und handschriftlicher Akte. Das fand ich auch ganz gut (P1).“

Sowohl die Teilprojektleiterin als auch ein Pfleger gaben an, dass die Teamabsprache förderlich gewesen sei und gut funktioniert habe. Seitens des Pflegers habe die Absprache auf der Station optimal funktioniert und hat die Implementierung mehr gefördert als gehindert. Auch die Teilprojektleiterin gab als fördernden Faktor die Kommunikation untereinander an. Geholfen bei der Kommunikation zwischen den einzelnen Beteiligten im Bereich des Projektmanagements und der oberen Organisation habe ein Dokument geholfen auf welche alle Beteiligten zugreifen konnten.

„[...] Ansonsten die Absprache im Team finde ich ganz gut.“ (P1)

„[...] Und ansonsten denke ich so von der Kommunikation her hat es sich auch verbessert, nachdem ein Dokument eingerichtet wurde, auf welches wir alle zugreifen konnten.“

Zwei Pfleger gaben das Aushändigen von Informationsmaterialien zum Projekt bzw. der Methode epaAC und dem Modul LEP als fördernden Faktor an. Bevor das Projekt „Digitalisierung der Pflegedokumentation“ in den Echtstart gegangen ist und alle geplanten

Stationen mit der Methode im iMedOne anfangen zu arbeiten, fand ein Meeting statt bei dem sowohl der Leistungskatalog von LEP als auch das Handbuch von epaAC mitgegeben worden ist. Somit hatten die Endanwender und Endanwenderinnen schon vorab detaillierte Informationen zum Projekt gehabt.

„[...] Also wir haben ja auch die Handbücher bekommen“ Die Leute die schon die (...) immer ausgefeilter und immer detaillierte Info. Dadurch kriegt man halt einen anderen Input. Die Kollegen waren sehr fördernd an sich und allein schon die Infos das kannst du so machen und so machen.“ (P1)

„[...] Was ich gut fand, wir hatten den Leistungskatalog vorher schon ausgedruckt bekommen. Das ... also den habe ich mir vorher schon Mal angeguckt und den durchgearbeitet und markiert, wo ich was finde. Und ich glaube das sind auch die Sachen, die man schon vorher gucken muss.“ (P3)

Ein weiterer Faktor, welcher die Implementierung gefördert hat, seien die Schulungen gewesen. Diesen Faktor gaben beim Interview alle Pfleger und die Teilprojektleiterin an. In diesem Zusammenhang wurde erstmal die Tatsache erwähnt, dass überhaupt Schulungen stattgefunden haben und dass diese nicht nur theoriebasiert stattfanden. Während der Schulung gab es sogenannte „Klickschulungen“. Es wurde vorab alles gezeigt und zum Schluss hatten die Anwender und Endwenderinnen die Möglichkeit sich selbstständig durch das neue Programm zu klicken. Die Teilprojektleiterin fand fördernd, dass die Schulungen von den Multiplikatoren übernommen wurden und somit eine engmaschige Begleitung gegeben war.

„[...] Und die Fortbildung gehabt, die Schulungen gehabt. Ja, finde ich schon fördernd.“ (P1)

„[...] Und joa... die Schulungen, daran war jetzt nichts Auffälliges, war alles gut.“ (P2)

„[...] Was ich gut fand war, dass wir vorher eine Schulung bekommen haben, im Sinne weniger der theoretische Hintergrund, sondern einmal alles gezeigt, also die Klickschulung. Das fand ich gut.“ (P3)

„[...] sicherlich auch förderlich war, dass Multiplikatorensystem, dass also von jeder Station eine Person Multiplikatorin war, um die Schulung zu übernehmen und dann eben auch engmaschig zu begleiten.“ (TPL)

Alle Interviewteilnehmer und Teilnehmerinnen, also drei Pfleger und die Teilprojektleiterin, gaben den Praktikantensupport als fördernd an. Während der gesamten Pilotierung und des Echtstarts wurde das Projekt von drei Praktikanten begleitet. Während der gesamten Zeit war im Schichtwechsel mindestens eine Person erreichbar, falls es Fragen gab. Es war ein Support zwischen 08:00 Uhr und 20:00 Uhr gegeben, Während dieser Zeit sind die Praktikanten auf den Stationen unterwegs gewesen, haben eine epa-Einschätzung mitbegleitet und waren für alle technischen Fragen verfügbar. Auch telefonisch wurde die Erreichbarkeit gewährleistet, jede Station hatte die Nummern und konnte sich immer an die Praktikanten wenden.

„[...] Das ihr da wart. Main support. Es ist ja so, ihr seid permanent da gewesen, ihr habt später erst gemerkt das man nicht bei Dienstbeginn sofort epa macht, das man eben später kommt. Aber das ihr da wart hat eben gezeigt, dass ihr Aufnahmefreudig seid. Ihr hattet ja auch eine Nummer, die man immer anrufen konnte. Das hat die Sache gut begleitet.“ (P2)

„[...] Positiv war auch, dass wir Ansprechpartner hatten, an denen wir uns wenden konnten. Wenn wir ein Problem hatten, gab es immer eine Nummer, die wir anrufen konnten und uns wurde auch direkt geholfen.“ (P3)

[...] Also Nachtrag zu den förderlichen Faktoren ist, dass unsere Pflegedirektorin rechtzeitig sich bemüht hat drei studentische Praktikantinnen und Praktikanten ... für uns zu engagieren die uns drei Monate lang sowohl bei der Pilotierung als auch beim Echtstart geholfen haben. Ich würde sogar sagen, dass ist eigentlich der allerwichtigste Faktor. Das war natürlich sehr förderlich. Und dadurch das wir dann noch eine Präsenz von 08:00 bis 08:00 Uhr abends gewährleisten konnten (...)(TPL)

„[...] Die Praktikanten hier und so weiter. Eigentlich alle die am Projekt beteiligt waren, weil sie ja alle ansprechbar waren für uns und in der Zeit auch da. Das hat uns schon sehr

viel ausgemacht. (...) Alleine für den Fall, dass wir mal Hilfe brauchen“ (P1)

Zudem haben die Praktikanten ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Endanwendern aufgebaut und zeigten sich stets freundlich, interessiert, engagiert und bemüht zu helfen.

„[...] Eure freundliche Art, ja... und dass ihr wirklich interessiert wart.“ (P2)

„[...] und die drei, nach einer entsprechenden Einführungsphase, sich sehr gut im System auskannten und dann auch noch die Mitarbeiter kannten und sich dann auch noch ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut haben. (TPL)

Darüber hinaus erwähnte die Teilprojektleiterin noch die günstigen Rahmendbedingungen, die gegeben waren. Die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen und alle weiteren Beteiligten haben darauf gewartet, dass die Pflegedokumentation digitalisiert wird. Die Bereitschaft aller sei gegeben gewesen und auch die Einstellung der Endanwender und Endanwenderinnen sei positiv. Dies zählt die Teilprojektleiterin des Krankenhauses als fördernden Faktor.

„[...] Genau... also ich denke ein grundsätzlicher Faktor war, dass alle darauf gewartet haben, dass wir die Pflegedokumentation digitalisieren oder eben im iMedOne machen können, d.h. es war erstmal grundsätzlich eine große Bereitschaft ... da.“ (TPL)

„[...] Also ja ... grundsätzlich sind das dann die Rahmenbedingungen, die Einstellung der Leute ... genau ja.“ (TPL)

Der letzte fördernde Faktor, welcher erwähnt wurde, ist die Ansprechpartnerin der IT. Während der Pilotierung und des Roll-outs war eine Mitarbeiterin der IT ausschließlich für das Projekt zuständig und stand für alle Fragen zur Verfügung. Der Implementierungsprozess wurde mehr in die positive Richtung gelenkt, weil alle Grundvoreinstellungen und weitere Themen direkt geklärt werden konnten.

„[...] war das wir in der IT eine Mitarbeiterin hatten die ausschließlich nur für uns zuständig war ... sodass wir also alle Fragen rund um Berechtigung und alle

Grundvoreinstellungen mit ihr direkt klären konnten, das war also schon sehr hilfreich und hat uns viel weitergebracht.“ (TPL)

8.2. Hemmende Faktoren bei der Implementierung

Während des Interviews mit den Endanwendern und der Teilprojektleiterin zeigten sich auch Faktoren, welche die Implementierung gehemmt haben.

Der erste Faktor, der genannt wurde, sei die unverständliche Sprache. Die unverständliche Sprache bringt ein Pfleger mit dem Modul LEP in Zusammenhang.

Das Programm ist kein norddeutsches Programm und dies wirke sich auf die Verständlichkeit aus, meinte der Interviewpartner. Dies hätte zur Folge, dass die Maßnahmen in LEP schwer zu verstehen seien.

„[...] das Programm, das ist ja kein norddeutsches Programm so wie es ist. Die Maßnahmen wie sie benannt sind teilweise in den Maßnahmenkatalogen sind schwierig, zumindest so einige, die sind schwer zu deutschen.“ (P1).

Ein Pfleger, der aktiv mit epaAC und LEP gearbeitet hat nennt als hemmenden Faktor auch noch die schwierige Zuordnung der Submaßnahmen in die Hauptmaßnahme in LEP. Jede Maßnahme hat weitere Untermaßnahmen, welche mit inkludiert sind. Es sei schwierig zu verstehen, welche drin sind und welche nicht.

„[...] Das schwierige ist, finde ich, zu wissen was ist inkludiert in dieser Maßnahme und was nicht“ (P1).

Ein hemmender Faktor, der oft erwähnt wurde sei die schlechte Technik. Zwei Pfleger und die Teilprojektleiterin gaben an das dies ein hemmender Faktor ist. In diesem Zusammenhang wurden die technischen Schwierigkeiten erwähnt, die immer wieder präsent waren und die langsamen Ladezeiten. Ein Pfleger erwähnte, dass es zu lange dauere, bis sich das epa-Modul öffne. Auch die Computer im Allgemeinen seien zu langsam und hemmen den Prozess der Implementierung. Die Teilprojektleiterin sprach in diesem Zuge von technischen Hürden, welche immer wieder gemeistert werden mussten und den Implementierungsprozess immer wieder gestoppt haben.

„[...] Also diese Technik, die technischen Schwierigkeit, das ist behindernd sage ich mal.“ (P1)

„[...] Also hemmend sind schon diese technischen Hürden. Ja gut... was auch hemmend ist, ist die schlechte Performance, die wir hier meistens auch haben. Also das es lange dauert bis es lädt, was dann insgesamt wieder die Anwender demotiviert. So nach dem Motto „Ich habe da jetzt keine Zeit für, ich muss jetzt erstmal weiter, so... also das es von der Infrastruktur schwierig ist“ (TPL)

„[...] Der Pc hier ist langsam, der andere noch langsamer und ehm... das ist, finde ich ein Nachteil. Das heißt es fehlt ein dritter Rechner. Du musst ewig warten, bis das epa-Modul aufgerufen ist. ewig, gefühlt eine halbe Ewigkeit Das das nicht sofort da ist.“ (P2)

Ein weiterer hemmender Faktor ist, dass keine interne IT zur Verfügung stehe. Die Tatsache, dass es eine Mitarbeiterin in der IT gibt, welche ausschließlich für das Projekt da ist wird als positiv bewertet, allerdings fehle eine interne IT, sagte ein Pfleger aus dem Krankenhaus. Das ist wiederum ein hemmender Faktor. Es sei ausschließlich die telefonische Erreichbarkeit gegeben. Persönlich sei niemand da und wenn telefonisch keiner erreichbar ist, seien die Wartezeiten immens lang.

„[...] Dann auch noch das wir keine eigene IT haben. Sondern das wir nur von der IT der Albertinen angewiesen sind. Das finde ich ist für die Digitalisierung eigentlich ein No-Go. Man kann alles nur übers Telefon hier machen. Es kommt keiner vorbei Die machen auch alles nur über Telefon und, wenn nicht, dann wartet man immer nur Stundenlang. So ... das kann nicht sein.“ (P1)

An einem Aspekt während des Interviews wurde deutlich, dass mit einer Implementierung auch Veränderungen zusammenhängen. Ein Pfleger nimmt diesen Aspekt und ordnet ihn als hemmend ein. Die handschriftliche Dokumentation sei schneller für ihn gewesen, die Umstellung sei demnach noch ungewohnt.

[...] Ich persönlich war handschriftlich schneller, das mit dem Abhacken am Computer ging jetzt (...) ist aber alles ne Gewohnheitssache glaub ich.“ (P1)

Weiter erwähnen alle interviewten Pflegefachkräfte und die Teilprojektleiterin, dass es zu wenig PC-Arbeitsplätze gäbe. Meist arbeiten in einer Schicht mehr als drei Pfleger und Pflegerinnen, für die epa-Einschätzung und für die Erstellung des Pflegeplans seien also nicht genügend Computer auf der Station vorhanden.

„[...] Und was noch hinderlich ist, ist wenn wir mehrere Personen im Dienst sind. Wir haben ja hier eine Stationssekretärin plus auf jeder Seite eine Fachkraft. Wenn wir jetzt eine Fachkraft extra dazu haben oder Azubis je nachdem, weil wir sind ja Auszubildendenstation. Wir haben drei Computer zur Verfügung. Einer ist immer durch die Sekretärin besetzt und einer entweder durch die Physio die jetzt auch notgedrungen aufgrund von COVID hier bleiben muss auf der Station. So ... dann bleibt einer für die Fachkraft übrig, um epa und LEP zu machen und um alles zu dokumentieren.

Es ist deutlich zu wenig Technik, finde ich persönlich. Ich kenne es anders.“ (P1).

„[...] Doch es gibt ein Faktor noch. Wir sind hier gelegentlich zu dritt und wie ihr seht plus Bürokraft fehlt hier ein Rechner. (P2)

„[...] Gut und das wir gerne auch noch eins bis zwei PC-Arbeitsplätze mehr brauchen könnten auf den Stationen. Also die Verfügbarkeit der Hardware.“ (TPL)

„[...] Als hinderlich? Also zu wenig Endgeräte und viel zu langsame Serverkapazitäten.“ (P3)

Der zweite Pfleger, der befragt wurde und die Teilprojektleiterin empfanden den zeitlichen Faktor als hemmend. Dabei sprach der Pfleger von einer zu frühen Einführung in das System, wobei der Beginn des Projekts viel später stattgefunden habe. Die Zeitspanne sei zu groß, um sich alle relevanten Informationen und Aspekte zu merken bis dahin. Die Teilprojektleiterin des Krankenhauses erwähnte den zeitlichen Faktor aus einer anderen Perspektive. Es habe zeitliche Schwierigkeiten gegeben, sodass die restlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erst geschult werden konnten, als das Projekt schon in den Echtstart ging. Die Zeitplanung hat den Prozess der Implementierung somit gehemmt.

„[...] Der erste Faktor war die Zeit. Wir sind sehr früh eingeführt worden in das System und dann war der Beginn sehr sehr viel später was die Dinge, die man sich zu dem Zeitpunkt

gemerkt hat, die waren dann zum Teil wieder irrelevant.“ (P2)

„[...] Wir haben die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ja dann geschult, während der Echtstart schon lief. Also die Zeitplanung hier war etwas hinderlich.“ (TPL)

Das Arbeiten mit dem iPad gibt dem Personal der Pflege die Möglichkeit eine epa-Einschätzung nah am Patienten zu machen. So kann die Methode auch effizient und bestmöglich genutzt werden. In dem Krankenhaus hat das iPad allerdings zu der Anfangszeit noch gefehlt und diese Tatsache zeigte sich bei der Befragung mit einem Pfleger als hemmend. In dem wesentlichen Moment sei das iPad nämlich nicht da gewesen, erst später sei die Nutzung möglich gewesen.

„[...] Das zweite fand ich richtig schlecht, dass im wesentlichen Moment nämlich das iPad welches die Möglichkeit bietet epa nah ... am Patienten zu machen, nicht da war. Das ist noch viel später gekommen.“ (P2)

Ein hemmender Faktor während der Implementierung von epaAC und LEP an einem Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie seien die unterschiedlichen Bedienungsoberflächen des KIS und somit auch der Methode und des Moduls. Die Performance auf dem iPad sei eine andere als die auf dem Rechner. In diesem Zusammenhang erwähnte eine Pflegerin auch den schwereren Lernprozess. Dies mache die ganze Sache nochmal etwas umständlicher und erschwerte den Lernprozess.

„[...] Das dritte, dass das iMedOne auf dem iPad anders umgesetzt ist als hier auf dem Rechner. Es ist einfach anders. Eine epa anlegen auf dem iPad ist da anders als am Computer.“ (P2)

„[...] Ich glaube auch ein weiterer Faktor ist, dass es ein bisschen anders aussieht auf dem iPad als auf dem PC und das macht die Sache so umständlich.“ (P3)

Darüber hinaus würden sich auf dem iPad Inkonsistenzen zeigen. Hier äußerte sich ein Pfleger und erklärte, dass die Bedienung am iPad oftmals unlogisch erschiene. Der Unterschied zum Computer sei, dass es sich am Computer einfacher erklären ließe, zumal die Steuerungen da schon bekannt seien. Außerdem bemängelt der Pfleger die Nutzung von epaAC und die Einschätzung, wenn ein kompletter Pflegebedürftiger eingeschätzt werden muss. Die Einschätzung sei aufwändig. Die Inkonsistenz erklärt er damit, dass das

Anklicken von „Er kann alles“ möglich sei, aber kein Button für „kompletter Pflegefall“ vorhanden sei.

„[...] Und es ist vor allem da auch inkonsistent. Es macht... man fragt sich auch warum muss ich jetzt darauf drücken und das machen. Auf dem Computer erklärt es sich von alleine durch die Menüsteuerung, die sowieso schon auf dem Rechner bekannt ist. (P2)

„[...] Ehm... Genau. Das ist für mich unlogisch das man nur anklicken kann bei der Neuanlage von Patienten "Er kann alles", das ist eben halt möglich anzuklicken. Aber einen kompletten Pflegefall, den muss ich so vollkommen darstellen, da ist es inkonsistent ... Also Pflegefall mit epa ist eine Katastrophe Jedenfalls so wie es momentan ist. (P2)

Bei der Implementierung wurde auch die Patientenüberflutung als hemmender Faktor genannt. Während der Implementierung waren die Stationen voll belegt. Die Teilprojektleiterin empfand dies auch als schwierig, da alle Stationen mit einer dünnen Personaldecke arbeiten. Dies sei eine starke Belastung für jeden gewesen.

„[...] Dann fand ich bei der Implementierung ausgesprochen problematisch, dass wir zu dem Zeitpunkt als wir diese Programme neu bekommen hatten, das Haus auch voller Patienten hatten, richtig viele Patienten hatten. (P3)

„[...] Naja ... was ich auch als erschwerend empfinde ist, dass die Mitarbeiter einfach mit einer recht dünnen Personaldecke zurechtkommen müssen und eigentlich immer in Eile sind, es gibt natürlich auch Ausnahmen, ganz klar ... aber das ist dann auch für sie eine starke Belastung.“ (TPL)

Speziell auf LEP geht ein Pfleger ein, indem er den Aspekt nennt, dass die Erstellung der Profile nicht genau genug seien. Die Definition und die Erstellung der Profile sollten genauer ablaufen, beispielsweise nennt er hier die Erstellung eines Profils bei Aufnahme, eins bei Entlassung, ein postoperatives und ein präoperatives Profil. Diese Profile würden die Bedienung von epaAC erleichtern. So sei dieser Bereich eher als hemmend zu betrachten. Darüber hinaus berichtete derselbe Pfleger auch davon, dass die eigentlichen Vorteile der Methode epaAC nicht ausreichend genutzt wurden. Die Methode würde nur für die Geriatrie angepasst worden sein. Dieses Argument stützt er damit, indem er sagte, dass es

ausschließlich ein System für die vollen Pflegefälle sei.

„[...] Diese Profile die dann erzeugt wurden, die sind mir nicht genau genug. Ich hätte zum Beispiel ganz gerne ein Profil bei Aufnahme und eins bei... zusätzlich noch ein Profil bei Entlassung, postoperativ und präoperativ ein, ein Profil. Solche Sachen“ (P2)

„[...] Die wirklichen Benefits von diesem Programm, die sind nicht richtig bei uns ausgespielt wurden, die Karte. Es wurde gleich das volle Programm für die Geriatrie fast schon, ja? Für die vollen Pflegefälle, aber ja.. so. Das fand ich war bei der Implementierung hemmend.“ (P2)

Aus der Sicht der Teilprojektleiterin sei der zweite Corona-Lockdown schwierig gewesen und hat die Implementierung gehemmt. Sowohl der Pilotstart als auch der spätere Roll-Out mussten verschoben werden, demnach sei die Projektplanung ins Schwanken gekommen. Durch die schwierige Projektumsetzung und die fehlende Zeit nach hinten hin, stauten sich die Pilotierung und der Echtstart, sodass am Ende der Echtstart nur Wochen später kam, betonte die Teilprojektleiterin weiter. Dies sei letzten Endes enorm schwierig bei der Umsetzung gewesen.

Durch die verkürzte Pilotphase erwähnte die Teilprojektleiterin in diesem Zusammenhang als hemmend, dass einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen erst im Verlauf des Echtstarts geschult wurden und vorher keine Schulungen hatten. Die Konsequenz sei, dass die Nutzung von epaAC und LEP viel schwerer gefallen ist.

„[...] schwierig war sicherlich, dass unser ursprünglicher Pilotstart plus Roll-Out ja verschoben werden musste durch den zweiten Corona-Lockdown. Dadurch ist unser ganzer Projektplan ein bisschen ins Trudeln geraten und die Multiplikatoren... also wir haben dann eben den Pilotstart an beiden Standorten zur selben Zeit gemacht, aber den Echtstart am ersten Standort haben wir sehr zügig nach dem Pilotstart gemacht, 4 Wochen später glaub ich, oder 5 Wochen später ... das war sehr schwierig letzten Endes in der Umsetzung, es war ein hohes Maß an Schulungsterminen.... Also, ja.. hemmender Faktor war ja die Verschiebung durch die Corona – Geschichte und dann die dadurch resultierte verkürzte Pilotphase“ (TPL)

„[...] einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zunächst bei Echtstart nicht geschult waren aber dann im weiteren Verlauf geschult werden konnten.“ (TPL)

Bei der Implementierung von epaAC und LEP spricht bei der Befragung die Teilprojektleiterin auch über die Systemfehler, die immer wieder aufgetaucht sind und die damit in Verbindung gebrachte senkende Motivation der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Die Fehler des Systems würden plötzlich auftauchen. Darüber hinaus wird die schlechte WLAN-Ausstattung im Setting als hemmend empfunden. Eine bessere WLAN-Ausstattung hätte dazu beigetragen, dass die iPads so eingesetzt werden wie es gewünscht war.

„[...] Genau... als hinderlich finde ich natürlich auch die nicht ausgemerzten Systemfehler... und die natürlich dann auch zur Konsequenz haben, dass die Anwender auch demotiviert sind, weil die Fehler dann einfach so plötzlich auftauchen.“ (TPL)

„[...] Verbunden dann wiederum mit der nicht so guten WLAN-Ausstattung. Wenn das besser wäre, könnten dann auch die iPads entspannter eingesetzt werden.“ (TPL)

Ein weiterer hemmender Faktor bei der Implementierung sei der Wechsel in der Projektleitung gewesen. Hier spricht die Teilprojektleiterin über den zweiten Standort der Immanuel Albertinen Diakonie und geht auf das Jahr 2019 zurück. 2019 solle es einen Wechsel in der Projektleitung gegeben haben, welche die Implementierung der Methode wiederum gehemmt haben könnte. Im Zusammenhang mit der Projektleitung wird noch erwähnt, dass der Start des Projekts am zweiten Standort ohne Teilprojektleiterin erfolgte. Die Teilprojektleiterin dort sei erst Anfang des Jahres dazu gekommen.

„[...] Ich denke ein hemmender Faktor war sicherlich auch ein Wechsel in der Projektleitung... Muss mal kurz überlegen. 2019 gab es einen Wechsel in der Projektleitung, das war sicherlich erschwerend.“ (TPL)

„[...] Und was dann noch sicherlich schwierig war ... die sind gestartet ohne Teilprojektleitung, die kam dann ja erst Anfang des Jahres dazu“ (TPL)

Hinzuzufügen ist, dass während der Pilotierung und danach des Roll-Outs mit drei verschiedenen Komponenten gearbeitet wurden ist. Epa, LEP und die Telekom stehen alle im Zusammenspiel, das

hemmende hier war genau zu identifizieren welches Problem wohin gehöre. Dazu kommt noch, dass alle Beteiligten während der gesamten Projektlaufzeit und darüber hinaus von der Telekom abhängig waren. Diese könne dann nicht immer direkt auf die Anliegen reagieren und somit kommen alle in Zeitverzug.

„[...] Wir haben es hier zu tun mit epa, LEP, mit der Telekom und eben zu gucken wo muss welches Problem platziert werden und das das natürlich die Telekom, von der wir sehr abhängig sind, ohne weiteres immer auf unsere Anliegen reagieren kann. Das dauert alles immer ein bisschen.“ (TPL)

Die letzte Kategorie und somit der letzte Faktor welcher als hemmend empfunden wurde erwähnte eine Pflegefachkraft. Hemmend seien die räumlichen Kapazitäten gewesen. Um in das System und die digitale Dokumentation reinzukommen, bräuchte man einen ruhigen Rückzugsort an dem die Dokumentation und die Erstellung des Pflegeplans zu Anfang erstellen kann. Andernfalls klinge nur das Telefon und würde nur anderweitig abgelenkt sein.

„[...] ja ... die räumlichen Kapazitäten. Ich finde man bräuchte zu Anfang für die Dokumentation einen ruhigen Raum, wo man sich irgendwie zurückziehen kann. Ich habe das Telefon hier, ich habe zwanzig Nachfragen, ich habe die Ärzte hier.“ (P3)

9. Diskussion

Im Rahmen der Diskussion wird zum einen eine Interpretation und Bewertung der Ergebnisse vorgenommen. Dabei wird die Forschungsfrage beantwortet. Des Weiteren werden die Ergebnisse der empirischen Forschung mit weiteren Ergebnissen aus der Literatur verglichen. Hierfür werden verschiedene wissenschaftliche Quellen herangezogen. Es werden sowohl Gemeinsamkeiten als auch neue Erkenntnisse vorgestellt und tabellarisch illustriert. Weiter werden die Limitationen dieser Arbeit beschrieben und näher beleuchtet, um zum Schluss eine Empfehlung für zukünftige Forschung auszusprechen.

9.1. Interpretation und Bewertung der Implementierungsfaktoren

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass von allen vier Interviewpartnern sowohl viele fördernde als auch hemmende Faktoren genannt wurden. Überwiegend bezogen sich die genannten Faktoren auf die äußeren Bedingungen. Es wurden mehr hemmende als fördernde Faktoren genannt. Es folgt nun eine Interpretation und Bewertung der einzelnen Faktoren

und die Forschungsfrage wird beantwortet.

Als fördernder Faktor wurden zum einen die Vorerfahrungen genannt. Das Krankenhaus hat bereits eine Umstellung von Papier zu Digital vorgenommen. Es gab bereits eine Implementierung des Pflegearbeitsplatzes und der digitalen Wunddokumentation und somit war es für die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen nicht mehr neu eine Umstellung von Papier zu Digital vorzunehmen. Die technischen Vorerfahrungen waren demnach schon vorhanden und auch die Teilprojektleiterin verfügte bereits über Projekterfahrungen. Sie hatte schon damals bei der Implementierung der digitalen Wunddokumentation und des Pflegearbeitsplatzes einen großen Teil geleistet und Projekterfahrungen gesammelt. Als fördernder Faktor wurde weiter die Tatsache angegeben, dass Technik vorhanden war. Im Gegensatz dazu allerdings wurden vermehrt die Computerkapazitäten bemängelt. Das grundsätzlich Technik für solch eine Implementierung vorhanden war, wurde als fördernd gesehen, allerdings sind die Kapazitäten zu gering. Auf den Stationen sind maximal drei Computerarbeitsplätze und oft sind mehr Personen auf den Stationen als es Arbeitsplätze gibt. Dies erschwert die Umsetzung und die Dokumentation auf dem Computer ist somit nicht machbar. Auch in diesem Zusammenhang wird die schlechte Technik erwähnt, welche im Krankenhaus ein allgemeines Problem darstellt. Die Internetgeschwindigkeit ist zu langsam und somit kommt es zu langen Ladezeiten bei den Modulen epaAC. Es kommt auch zu langen Ladezeiten beim Öffnen des digitalen Pflegeplans (LEP). Das lange Warten demotiviert die Endanwender und Endanwenderinnen die Pflegedokumentation digital vorzunehmen.

Allerdings wurde als fördernd der Faktor des Multiplikatorensystems erwähnt. Auf jeder Station gab es jemanden der sich mit der Bedienbarkeit von epaAC und LEP einwandfrei auskannte und mit der Methode und dem Modul bereits vertraut war. Diese Person fungierte als Ansprechpartnerin bzw. als Ansprechpartner auf der zuständigen Station. Somit gab es die Möglichkeit schnelle Fragen zu klären und bei der anfänglichen Anwendung nicht allein zu sein. Zudem war eine Station vier Wochen lang Pilotstation. Diese Tatsache wurde auch als fördernd empfunden, diese Station hatte nämlich die Möglichkeit hybrid zu arbeiten. Diese Tatsache fanden die Pflegefachkräfte fördernd, denn sie hatten da noch die Möglichkeit zwischen papierbasierter und digitalbasierter Dokumentation zu wechseln, falls es keinen anderen Ausweg mehr gab und die technischen Probleme nicht sofort behebbar waren.

Als fördernder Faktor wurde auch das Aushändigen von Informationsmaterial zum Projekt

genannt. Vor der Pilotierung gab es ein Zusammentreffen mit allen Multiplikatoren der jeweiligen Stationen und der Teilprojektleitung. In diesem Rahmen wurden das Handbuch zu epaAC, Schulungsunterlagen und der Leistungskatalog von LEP ausgehändigt. Vorab bestand also die Möglichkeit sich in die Materie einzulesen. Im Zusammenhang dazu wurden auch die Schulungen als fördernd empfunden. Im Rahmen der Schulungen hatten die Pflegefachkräfte die Chance die Methode epaAC und das Modul LEP anzuwenden. Die Teilprojektleiterin hat Klickschulungen angeleitet, wo sich die Endanwender und Endanwenderinnen einzeln durch das gesamte Modul klicken konnten und bei Fragen direkt eine Ansprechpartnerin da war. Die Klickschulungen wurden in einem Schulungsraum gemacht und jeder Beteiligte hatte einen eigenen Computer vor sich und hatte die Möglichkeit auf die Demo-Version von epaAC und LEP zuzugreifen. Später wurden die Schulungen von den Multiplikatorin durchgeführt, dieser fördernde Faktor wurde von der Teilprojektleiterin erwähnt. Somit wurde die engmaschige Betreuung ermöglicht und die Teilprojektleiterin entlastet. Die Schulungen wurden alle auf dem Computer durchgeführt, da die iPads zu diesem Zeitpunkt und auch noch kurze Zeit nach dem Roll-Out gefehlt haben. Diese Tatsache wurde als hinderlich empfunden, denn das iPad sollte eigentlich die Möglichkeit bieten, die Einschätzung des Patienten bzw. der Patientin direkt vorzunehmen, also die Einschätzung könnte durch das direkte Nutzen des iPads unmittelbar im Patientenzimmer erfolgen. Auch das Abhaken der Maßnahmen in LEP war zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Diese würde durch das Nutzen des iPads effizienter gehen.

Weiter als hemmend gesehen wurde, dass die Bedienungsflächen auf dem iPad und dem Computer unterschiedlich sind. Auf dem iPad ist die Bedienung oftmals nicht selbsterklärend, wobei im Gegensatz dazu die Bedienbarkeit auf dem Computer leichter ist. Die unterschiedlichen Bedienungsflächen erschweren den Lernprozess. Bemängelt wurde auch das inkonsistente Handling des Moduls epaAC und erklärt wurde es damit, dass das Anlegen einer Einschätzung bei einem Patienten, der komplett pflegebedürftig ist sehr zeitaufwendig sei, weil es keinen Button „kompletter Pflegefall“ gibt. Andersrum gibt es aber einen Button „Unauffällig“ der dafür sorgt, dass die Einschätzung bei einem nicht komplett pflegebedürftigen Patienten nicht so viel Zeit in Anspruch nimmt.

Die Teilprojektleiterin und die Pflegefachkräfte bringen als hemmenden Faktor zum einen die Patientenüberflutung auf den Stationen während der Implementierung und die dünne Personaldecke. Zu diesem Zeitpunkt waren die Stationen voll mit Patienten belegt, die Implementierung einer neuen Methode zu diesem Zeitpunkt wurde demnach als schwierig

empfundenen. Durch die dünne Personaldecke sind die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen immer in Eile. Durch die Implementierung fühlt demnach überfordert. Sich gleichzeitig auf die Patientenversorgung und auf die neue Arbeitsumstellung zu konzentrieren hat die Implementierung etwas gehemmt. Deswegen erwähnt eine Pflegefachkraft das Fehlen von ruhigen Rückzugsorten oder auch separaten Arbeitsräumen für die digitale Dokumentation. Zumindest für den Anfang wäre dies fördernd und würde auch das Entstehen von Fehlern vermeiden. Dadurch dass kein separater Arbeitsraum samt Computer vorhanden ist, muss die Dokumentation auf dem Hauptarbeitsplatz erfolgen. Hemmend für den Implementierungsprozess ist dieser Faktor, weil die Konzentration nicht gegeben ist, das ständige Klingeln des Telefons oder die ständigen Unterbrechungen erleichtern es nicht sich mit dem epaAC-Modul und dem digitalen Pflegeplan vertraut zu machen.

Ein weiterer Aspekt bei der Implementierung spielt die IT. Die Teilprojektleiterin erwähnt als fördernden Faktor die Verfügbarkeit einer direkten Ansprechpartnerin aus der IT. Diese war auch drei bis vier Mal vor Ort und stand bei Fragen persönlich zur Verfügung. Bei verschiedenen Meetings wurde auch versucht die Systemfehler im iMedOne im Zusammenhang von epaAC und LEP zu beseitigen. Generell war sie die Ansprechpartnerin bei jeglichen technischen Fehlern während der Implementierung. Allerdings gibt es keine interne IT. Die Ansprechpartnerin aus der IT kommt aus dem zweiten Standort des Immanuel Albertinen Krankenhauses. Bei einem langfristigen Support ist ausschließlich ein telefonischer Kontakt möglich, zudem ist die Erreichbarkeit sehr schwierig und die Wartezeiten sind lang. Aus diesem Grund wurde als fördernder Faktor die Praktikantenanwesenheit genannt. Während der gesamten Pilotierung und des Roll-Outs wurden drei Praktikanten für alle Anwendungsfragen und technischen Problemen zur Verfügung gestellt. Diese Praktikanten wurden selbst geschult, haben sich in die Methode epaAC und dem Modul LEP eingearbeitet und standen während der gesamten Arbeitszeit der Pflegefachkräfte zur Verfügung. Ausgeschlossen war der Nachtdienst. Zwischen 08:00 Uhr morgens und 20:00 Uhr abends war die Erreichbarkeit sowohl telefonisch als auch persönlich vorhanden. Auf den Stationen haben die drei Praktikanten mehrere epa - Einschätzung begleitet und bei dem Erstellen des Pflegeplans geholfen. Somit wurden die Endanwender und Endanwenderinnen nicht allein gelassen. Auch nach dem Roll-Out wurden die gesamten Stationen engmaschig durch die Praktikanten begleitet, nach jedem Schichtwechsel gingen sie auf die einzelnen Stationen und fragten, ob Bedarf bestehe, eine

epa-Einschätzung zu begleiten.

Zudem wurden die Rahmenbedingungen als förderlich empfunden. Alle Beteiligten des Teilprojekts hatten eine große Bereitschaft zur Implementierung. Auch die Endanwender und Endanwenderinnen waren bereit und standen der Implementierung von epaAC und LEP am Arbeitsplatz positiv gegenüber. Dies hat die Zusammenarbeit erleichtert und die Implementierung positiv beeinflusst. Dazu kommt die gute Teamabsprache hinzu. Sowohl auf den Stationen als auch zwischen den einzelnen Beteiligten außerhalb der Stationen, also zwischen der Teilprojektleitung, den Praktikanten, der IT und der Telekom, herrschte eine Teamabsprache, welche die Implementierung gefördert hat. Auf den Stationen fand morgens ein kleines Meeting statt, Fragen wurden geklärt und die Multiplikatoren haben das Gespräch geleitet. Auch außerhalb gab es ein einheitliches Dokument, auf dem alle Beteiligten zugreifen konnten. Dies hat die Kommunikation zwischen Allen vereinfacht. Die Telekom hat ihre Anliegen dokumentiert und auch seitens der Teilprojektleitung und der IT wurden Anliegen dokumentiert, danach bei einem persönlichen Meeting lösungsorientiert diskutiert. Bei diesen Meetings wurden die Praktikanten immer dazu geholt, damit auch sie auf dem neusten Stand bleiben, mitdiskutieren und versuchen Lösungen zu finden. Später wurden durch die Praktikanten die Erneuerungen und die gelösten Systemfehler auf den Stationen weitergegeben. Die Pflegefachkräfte konnten auch an die Praktikanten ihre Anliegen äußern, bei den Meetings wurden die Praktikanten dann regelmäßig gefragt, um Feedback seitens der Endanwender und Endanwenderinnen einzuholen. Hemmend allerdings war, dass die Probleme schwer zuzuordnen waren, da verschiedene Komponenten miteinander agieren. Auf der einen Seite spielt die Komponente der Telekom eine Rolle, auf der anderen Seite spielen auch die Teilprojektleitung und die IT eine wichtige Rolle. Die verschiedenen Systemfehler die wiederholt aufgetaucht sind konnten nicht immer richtig zugeordnet werden, weil nicht immer deutlich war welche Komponente letzten Endes mit einbezogen werden konnte, um das jeweilige Problem zu lösen. Hinzu kommt noch, dass Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie und somit auch die Teilprojektleitung, die IT und die Endanwender von der Telekom abhängig waren. Die Systemfehler, die an die Telekom weitergeleitet wurden, konnten nicht direkt behoben werden und es kam zu langen Wartezeiten. Die nicht ausgemerzten Systemfehler der Module im iMedOne und die langen Wartezeiten für das Finden einer Lösung, haben die Endanwender und Endanwenderinnen demotiviert. Auf den Stationen herrschte immer mehr eine negative Einstellung gegenüber des epaAC und des LEP-Moduls, weil durch diese Systemfehler deren Arbeitsfluss

wiederholt gestoppt wurde und da die Dokumentation verpflichtend ist, mussten die Pflegefachkräfte oft noch außerhalb ihrer Schichtarbeitszeit arbeiten, um die Pflegedokumentation zu machen. Die Pflegefachkräfte und Pflegefachkräfteinnen mussten also Überstunden machen. Diese Aspekte haben die Implementierung ebenfalls gehemmt. Im Rahmen des Moduls LEP äußert sich ein Pfleger negativ und empfindet diesen Aspekt auch als hemmend während der Implementierung. Die Profile, welche im LEP-Modul erstellt wurden, waren unklar. Es gab keine richtige Struktur, da es keine Einteilung in Aufnahme-, Entlassung-, postoperatives – und präoperatives Profil gab. Zu Anfang war es demnach nicht nachvollziehbar wie und wann die Maßnahmen in den Pflegeplan eingesetzt werden konnten. Des Weiteren waren hinter jeder Maßnahme sogenannte Submaßnahmen hinterlegt und es erschien wiederholt ein Warnhinweis, wenn es zu einer Dopplung bei der Auswahl der Maßnahmen gab. Es war allerdings schwer ersichtlich welche Submaßnahmen zur Hauptmaßnahme gehörten und somit erschien diese Warnmeldung häufiger. Beispielsweise gehörten zu der Maßnahme „Inkontinenzmaterial wechseln“ verschiedene Submaßnahmen die aber auch als Hauptmaßnahme erneut angeklickt werden konnte. Da eine Doppeldokumentation vermieden werden soll, tauchten häufiger die Warnhinweise auf und dies hemmte die Arbeit mit dem LEP-Modul. Erschwert wurde die Sache durch die unverständliche Sprache. Diesen Aspekt bringt ein Endanwender mit ein und empfindet ihn als hemmend im Rahmen der Implementierung. Die Maßnahmen, welche im Maßnahmenkatalog definiert wurden, waren nicht immer verständlich, da es sich um kein norddeutsches Programm handelt. Die einzelnen Begriffe und Maßnahmenbeschreibungen wurden in einem Deutsch verfasst, welches es für die Endanwender und Endanwenderinnen erschwert die richtige Maßnahme zu finden.

Im Laufe der Implementierungsphase und des Roll-Outs wurden, auf Wunsch der Pflegefachkräfte, solche Profile erstellt. Es gab im LEP-Modul bei der Erstellung des Pflegeplans eine Einteilung. Die Endanwender und Endanwenderinnen konnten bei Aufnahme das Aufnahmeprofil auswählen und bei Entlassung das Entlassungsprofil auswählen. Auch wurden die präoperativen und postoperativen Maßnahmen in Profilen zusammengefasst. Dies hatte zum Vorteil, dass die Maßnahmen nicht alle einzeln aus dem Maßnahmenkatalog entnommen werden mussten, da hinter jedem erstellten Profil die Maßnahmen hinterlegt waren. Mit einem Klick auf das gewünschte Profil wurde der Pflegeplan erstellt. Allerdings wurde in diesem Zusammenhang die schlechte Darstellung der Profile für alle Stationen bemängelt. Grund dafür ist, dass die Maßnahmen, die hinter

dem jeweiligen Profil hinterlegt wurden, nur die Patienten aus der Geriatrie decken. Es zeigen sich zwar Übereinstimmungen bei dem Aufnahme- und Entlassungsprofil, aber bei dem präoperativen und postoperativen Profil ist immer eine individuelle Anpassung notwendig. Also sind nicht alle Stationen in der Lage diesen Vorteil des LEP-Moduls zu nutzen.

Dass die Digitalisierung des Arbeitsplatzes viele Veränderung mit sich bringt bestätigt ein Pfleger während des Interviews. Die Veränderung war am Anfang ungewohnt, da für die Pflegefachkräfte Jahre lang ausschließlich die Dokumentation auf Papier bekannt war. Die neue Umstellung hat am Anfang dazu geführt, dass die Pfleger und Pflegerinnen langsamer arbeiten, weil sie sich erstmal an die Umstrukturierung gewöhnen mussten.

Aus der Sicht der Teilprojektleitung des Krankenhauses der Immanuel Albertinen Diakonie zeigte sich, dass es im Rahmen der Umsetzung anfangs Schwierigkeiten gab. Durch die vorherrschende Corona-Pandemie wurde die Umsetzung des Projektplans verhindert. Ursprünglich war die Implementierung des Teilprojekts „digitale Pflegedokumentation“ bereits Ende 2019 und Anfang 2020 geplant. Zu dieser Zeit verbreitete sich allerdings das Corona-Virus sehr schnell und das Krankenhaus füllte sich mit Corona- Patienten und Patientinnen. Der Pilotstart und der Echtstart mussten weiter nach hinten verschoben werden, sodass es zu einer Änderung des ursprünglichen Projektplans kam. Dies hatte zum Nachteil, dass die Zeitspanne zwischen dem Pilotstart und dem Echtstart kurz war und es zu Schwierigkeiten bei der Umsetzung kam. Zwischen der Pilotierung und dem Roll-Out lagen maximal 5 Wochen, sodass die Schulungen der Endanwender und Endanwenderinnen verspätet stattgefunden haben. Zum Teil wurden die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen noch nach dem Roll-Out geschult, weil die Zeitspanne zu kurz war. Dieses Problem empfand auch ein Pfleger, der während des Interviews von zeitlichen Problemen gesprochen hat und erwähnte, dass die Einführung der Module epaAC und LEP zu früh erfolgten und die weiteren Schulungen durch die zeitlichen Schwierigkeiten nach dem Echtstart stattfinden mussten.

Die Teilprojektleiterin erwähnte während des Interviews auch den zweiten Standort des Immanuel Albertinen Krankenhauses, denn dort kam es ebenfalls zu Hemmnissen während der Implementierung. Zum einen fand im zweiten Standort ein Wechsel in der Projektleitung statt. Der ursprüngliche Projektleiter hat das Teilprojekt „Digitalisierung der Pflegedokumentation“ abgegeben, dieser Projektleiterwechsel wirkte sich hemmend auf die Implementierung aus, weil sich der neue Projektleiter erstmal einen Überblick über die

gesamte Materie machen musste und Informationen einholen musste wie weit die Implementierung bis zu diesem Zeitpunkt bereits war. Der neue Projektleiter musste erstmal einen gewissen Draht zu den Ansprechpersonen aufbauen und musste sich allgemein einen Gesamtüberblick verschaffen. In diesem Zusammenhang kam hinzu, dass der Pilotstart am zweiten Standort ohne Teilprojektleiterin stattfand, diese kam erst zu einem späteren Zeitpunkt hinzu, sodass der Projektleiter erstmal allein das gesamte Teilprojekt koordinieren musste. Auch dieser Faktor hemmte den Implementierungsprozess.

9.2. Vergleich mit der Literatur und neue Erkenntnisse

Hinsichtlich der Identifizierung von fördernden und hemmenden Faktoren bei der Implementierung von computergestützten Pflegedokumentationssystemen lassen sich in der Literatur ähnliche und weitere Erfolgsfaktoren bzw. hemmende Faktoren identifizieren.

In diesem Abschnitt der Arbeit werden sowohl Gemeinsamkeiten als auch neue Erkenntnisse zusammengestellt.

Im Rahmen einer Masterarbeit zu dieser Thematik wurden mittels eines Fragebogens in der Caritas der Erzdiözese zwei Pflegehäuser befragt. Die ersten Fragen des Fragebogens decken die Thematik dieser Arbeit ab. Gefragt wurde zum einen nach Erfolgsfaktoren und zum anderen nach Hemmnissen bei der Implementierung EDV-gestützter Pflegedokumentationssystemen in der Caritas der Erzdiözese. Der Name des dort implementierten Pflegedokumentationssystems lautet GriPS. Im ersten Pflegehaus kamen von den 24 Fragebögen, 17 zurück und im zweiten Pflegehaus kamen von den 60 Fragebögen, 34 zurück (Kreihlsler, 2019, S.71).

Die nachfolgende Tabelle stellt die identifizierten Erfolgsfaktoren und Hemmnisse bei der Implementierung von EDV-gestützten Pflegedokumentationssysteme dar. Gegenübergestellt sind die fördernden Faktoren aufgelistet, welche im Rahmen dieser Abschlussarbeit im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie identifiziert wurden.

Tabelle 6: Identifizierte Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von GriPS in der Caritas der Erzdiözese vs. Erfolgsfaktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP im Hamburger Krankenhaus; Quelle: Kreihlsler (BSc); Eigene Darstellung

<i>Identifizierte Erfolgsfaktoren bei</i>	<i>Identifizierte fördernde Faktoren bei der</i>
---	--

<i>der Implementierung des computergestützten Pflegedokumentationssystems GriPS in der Caritas der Erzdiözese Wien</i>	<i>Implementierung von epaAC und LEP am Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie</i>
Zugriff auf das Programm	
Überblick über geplante Maßnahmen	
Lesbarkeit der Pflegeberichte	
Nachvollziehbarkeit	
Automatische Warnung	
Zeitaufwand für Pflegeberichte und pflegerische Beobachtungen	
Schulungsmaßnahmen und Zugriff auf die Testversion	Schulungen - praktische Anwendung der Methode durch Klickschulungen
Prozessunterstützung	
Zur Verfügung gestellte Arbeitsplätze und Arbeitsmittel	Vorhandene Technik
Ansprechpersonen für technische Probleme und Behebung der technischen Probleme	Praktikantenanwesenheit für Support Direkte Ansprechpartnerin aus der IT
Kommunikation mit Stationsleitung, Pflegedienstleitung und dem Pflgeteam sowie Informationsweitergabe	gute Teamabsprache

Als gemeinsamer Faktor, der als förderlich bzw. erfolgreich für die Implementierung identifiziert wurde sind die Schulungen. Auch bei der Befragung der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Pflegehäuser in Wien gaben 96 Prozent an, dass ihnen Schulungsmaßnahmen für GriPS angeboten wurden und diese sich positiv auf den

Implementierungsprozess auswirkten. Außerdem wurde in den Einrichtungen der Caritas interne Unterstützung durch technisch affine Mitglieder des Pflorgeteams angeboten. 98 Prozent der Befragten gaben an Unterstützung von Kollegen und Kolleginnen bei Fragen zu GriPS zu bekommen. Dieser Faktor ist zum einen gleichzustellen mit der Verfügbarkeit einer direkten Ansprechpartnerin aus der IT, die ausschließlich während der Implementierung von epaAC und LEP für technische Fragen da war. Auch der Faktor, dass im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie Praktikanten anwesend waren für den technischen Support und intern für technische Fragen jederzeit zur Verfügung standen ist gleichzustellen mit der technischen Unterstützung von technisch affinen Kollegen und Kolleginnen.

Sowohl im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie als auch in der Caritas in Wien gibt es Gemeinsamkeiten bei der Kategorie „vorhandene Technik“, denn in beiden Einrichtungen erwähnen die Befragten das Vorhandensein von Technik bzw. die zur Verfügung gestellten Arbeitsplätze und Arbeitsmittel als Erfolgsfaktor für die Implementierung an. Der letzte Faktor, der sich mit dem identifizierten Faktor in dieser Arbeit schneidet, ist die gute Kommunikation. In den beiden Pflegehäusern der Caritas in Wien geben 74 Prozent der Befragten an, dass ein Austausch mit der Pflegedienstleitung und dem Pflorgeteam bezüglich GriPS stattfindet. Auch im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie findet ein Austausch mit der Stationsleitung oder den Multiplikatoren statt bezüglich epaAC und LEP.

Tabelle 6 zeigt, in dicker Schrift, neue Erkenntnisse bei der Implementierung von EDV-gestützten Pflegedokumentationsprogrammen. Gegenüber diesen neuen Erkenntnissen sind die Felder grau, weil keine identifizierten Faktoren im Rahmen dieser Abschlussarbeit diesen ähnlich sind. Die weiteren aufgelisteten Faktoren schneiden sich mit den identifizierten fördernden Implementierungsfaktoren in dieser Arbeit.

Ein Erfolgsfaktor im Implementierungsprozess ist die Gewährleistung eines besseren Gesamtüberblick über medizinische und pflegerische Daten. Die bessere Übersicht trägt dazu bei, dass der Pflegeplan übersichtlicher ist und der Faden nicht verloren geht. Diesen Faktor sehen 72 Prozent der Befragten der Caritas Wien als fördernd. Außerdem ist eine gute Lesbarkeit von Pflegeberichten in EDV-gestützten Pflegedokumentationssystem gewährleistet und auch dies wird von 94 Prozent der Befragten als fördernd empfunden bzw. als Erfolgsfaktor bei der Implementierung eingestuft. Elektronische

Pflegedokumentationssysteme haben den Vorteil, dass die einzelnen ergriffenen Interventionen und dokumentierten Tätigkeiten gut nachvollziehbar sind. Dieser Aspekt wird bei der Befragung der beiden Pflegehäuser in Wien von 77 Prozent der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen als positiv empfunden.

Im Gegensatz zu dem Modulen epaAC und LEP besitzt das EDV-gestützte Pflegedokumentationssystem der Caritas in Wien eine Prozessunterstützung. Diese zeigt beispielsweise Statusänderungen oder Warnnachrichten von Bewohnern und Bewohnerinnen an, das Pflegepersonal muss dabei nicht eigenständig aktiv werden. 98 Prozent der Befragten beurteilen diese Automatisierung und das Vorhandensein dieser Warnnachrichten als positiv.

Tabelle 7: Identifizierte Hemmnisse bei der Implementierung von GriPS in der Caritas der Erzdiözese vs. hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP im Hamburger Krankenhaus; Quelle: Kreihlsler (BSc); Eigene Darstellung

<i>Identifizierte Hemmnisse bei der Implementierung des computergestützten Pflegedokumentationssystems GriPS in der Caritas der Erzdiözese Wien</i>	<i>Identifizierte hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP am Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie</i>
Langsames Internet	schlechtes Internet schlechte Technik - langsame Ladezeiten
Technische Probleme	vorhandene Systemfehler
Zeit für Bewohner und Bewohnerinnen durch Verwendung von GriPS	

Die Masterarbeit zum Thema „hemmende und erfolgreiche Faktoren bei der Implementierung EDV-gestützter Pflegedokumentationssysteme“ listet auch Hemmnisse auf (Tabelle 7). Ein hemmender Faktor, welcher nicht im Rahmen der Interviews mit dem Pflegepersonal des Krankenhauses der Immanuel Albertinen Diakonie erwähnt wurde, ist die wenig vorhandene Zeit die übrig bleibt für die Betreuung der Bewohner und Bewohnerinnen, denn die Dokumentation kommt mit einem großen Zeitaufwand einher.

Die letzten beiden identifizierten Faktoren schneiden sich mit den identifizierten Faktoren in dieser Abschlussarbeit. Zumindest die Hälfte der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der beiden Pflegehäuser in Wien gaben an bereits schlechte Erfahrungen mit technischen Problemen gemacht zu haben. Wie im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie kam es dort zu technischen Hürden, Systemfehlern, Internetausfällen und zu langen Wartezeiten.

In einer weiteren Arbeit zum Erlangen des Dokortitels wurde eine ähnliche Thematik bearbeitet.

In einer Inauguraldissertation von Kux aus dem Jahr 2018 wurden Einflussfaktoren für die Implementierung, Verbreitung und Verstetigung von Clinical Decision Support Systems (CDSS) analysiert (Kux, 2018).

Unter einem CDSS werden Informationssysteme verstanden, die als medizinische Entscheidungsunterstützung dienen sollen. Genauer definiert ist es eine Software, die die Eigenschaften individueller Patienten zuordnet und somit spezifische, auf den Patienten abgestimmte, Empfehlung liefert.

Ziel der Dissertation war es Erfolgsfaktoren und Barrieren für die Implementierung von CDSS zu identifizieren. Mittels einer leitfadengestützten Befragung wurden von 150 kontaktierten CDSS- Entwicklern, 54 befragt und somit die Daten gewonnen. Insgesamt wurden 13 Fragen an die CDSS-Entwickler gestellt. Die geführten Interviews wurden aufgenommen und dann transkribiert, um dann mit der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring Kategorien zu bilden (Kux, 2018).

Berücksichtigt werden für diese Abschlussarbeit nur die Fragen 7a und 7b, denn diese beiden Fragen decken die Beantwortung bezüglich der Erfolgsfaktoren und hemmenden Faktoren bei der Implementierung von CDSS.

Tabellarisch illustriert der Autor 11 größere Kategorien, die aus Erfahrungen der Systementwickler zu einer erfolgreichen bzw. hemmenden Implementierung von CDSS beitragen. Im Folgenden werden einige neue Erkenntnisse vorgestellt und Gemeinsamkeiten identifiziert.

Bei der Befragung der CDSS- Entwickler und Entwicklerinnen gaben 30 Prozent an, dass die Systemqualität ein ausschlaggebender Implementierungsfaktor ist und sich erfolgreich

auswirkt (Kux, 2018). Dieser Erfolgsfaktor wird neu genannt, da im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie dieser Faktor nicht genannt wurde, sondern eher die Systemfehler und die mangelnde Systemqualität kritisiert wurden. In der Doktorarbeit erwähnt der Autor allerdings die Kategorie „Einbeziehung Anwender in das Projekt“. Er definiert die Kategorie so, dass die Anwender Feedback geben können und mit zum Entwicklungsprozess gehören. Dieser Faktor wird auch im Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie als förderlich gesehen, denn die Endanwender und Endanwenderinnen hatten die Möglichkeit Feedback zu geben, durch die Kommunikation mit den Multiplikatoren und den Praktikanten und sie wurden aktiv in den Implementierungsprozess eingebunden, indem ihr Feedback diskutiert wurde und berücksichtigt wurde. Als weiterer neuer Erfolgsfaktor werden neben der Systemqualität die Systemeigenschaften genannt. Bei der Befragung der CDSS- Entwickler und Entwicklerinnen plädiert ein Interviewpartner für die Einführung einfacherer Systeme, denn die Einführung einfacherer Systeme stellt sich positiv auf die Implementierung aus.. Dieser Faktor wird von den Endanwendern und Endanwenderinnen nicht erwähnt. In diesem Zusammenhang sprach ein Pfleger des Hamburger Krankenhauses eher negativ über das Handling von epaAC. Die Schnittstelle findet sich bei dem CDSS wieder, weil 20 Prozent der Interviewpartner die fehlende Benutzerfreundlichkeit der Systeme ebenfalls als hemmenden Faktor sehen. Bei LEP sei die unverständliche Sprache hemmend und vereinfache die Bedienbarkeit nicht. Als hemmender Implementierungsfaktor werden sowohl bei der Befragung der CDSS-Entwickler und Entwicklerinnen als auch beim Interview mit den Endanwendern und Endanwenderinnen die fehlende Anpassung des Systems an die jeweilige Zielgruppe genannt. Nämlich ist dieser identifizierte hemmende Faktor gleichzustellen mit der Kritik, dass die Profile in LEP ausschließlich für die Geriatrie zugeschnitten sind. Genau so wie bei der Implementierung von CDSS das Erstellen von Diagnosesystemen für bestimmte Zielgruppen als hemmend gesehen wird, erwähnt ein Endanwender die nicht passenden erstellten Profile für die gesamten Stationen. Ein neuer hemmender Faktor bei der Implementierung ist, dass aufgrund der fehlenden Work-flow-Integration die Notwendigkeit da ist die Daten immer wieder eingeben zu müssen. Dieser hemmende Faktor wurde bei der Implementierung von epaAC und LEP nicht erwähnt. Ein hemmender Faktor der in Zusammenhang der Implementierung von epaAC und LEP nicht genannt wurde, aber auch einer sein kann, sind die fehlenden finanziellen Mittel. Fehlende finanzielle Mittel machen eine Implementierung nämlich nicht möglich. Die Kategorie „Motivation der Anwender“ schneidet sich mit dem

identifizierten hemmenden Faktor bei der Implementierung von epaAC. CDSS-Entwickler und Entwicklerinnen berichteten von einer fehlenden Motivation seitens des medizinischen Personals, die Motivation CDSS zu verwenden sei nicht vorhanden. Auch bei der Anwendung von epaAC und LEP sinkt die Motivation der Endanwender und Endanwenderinnen (Kux, 2018).

9.3. Limitation

Im Folgenden werden die Limitationen, welche der Arbeit zugrunde liegen genauer beleuchtet. Erwähnt werden die Limitationen des eigenen Vorgehens, hier werden die ganze Vorarbeit und die Experteninterviews auf ihre Limitationen analysiert. Außerdem wird auf die Limitationen der Literaturrecherche eingegangen. Hauptaspekte sind die limitierte Zugangsmöglichkeit zu den Quellen und das Finden von wissenschaftlicher Literatur. Zuletzt wird auf die Limitation der qualitativen Inhaltsanalyse eingegangen.

9.3.1. Limitation des eigenen Vorgehens und der Experteninterviews

Hinsichtlich des eigenen Vorgehens gab es zu Anfang Limitationen bei der Forschungsfrage und der Umsetzung des Interviews. Dadurch das sich die Forschungsfrage auf ein reales Beispiel bezieht und somit die Gefahr besteht mehr zu erwähnen als datenschutzrechtlich erlaubt ist, war es schwierig seitens der Mitarbeitervertretung (MAV) des Krankenhauses die Zustimmung zu bekommen mit dieser Forschungsfrage und den offenen Fragen solch eine Arbeit zu schreiben. Die Zustimmung der MAV kam viel später als geplant und somit kam es zu zeitlichen Schwierigkeiten. Auch musste eine Zustimmung von der Pflegedirektorin eingeholt werden, welche auch später erfolgte als gedacht. Des Weiteren war eine Limitation die Umsetzung der Befragung mit den Endanwendern. Durch den ständigen Schichtwechsel war es oftmals schwieriger die Pflegefachkräfte zu erreichen die erreicht werden wollten, um die Befragung zu machen. Außerdem waren die Stationen voll mit Patienten belegt, sodass die Zeit für eine Befragung oftmals nicht da war oder die Befragung erst zu einem späteren Zeitpunkt erfolgen musste. Aus diesem Grund war eine Befragung entweder nach Schichtende möglich oder gar nicht möglich. Die letzte Schicht, bevor die Nachtschicht begann, ging bis 20:30 Uhr, demnach konnte die Befragung erst danach erfolgen. Das Arrangieren eines Interviews mit der Teilprojektleiterin erwies sich auch als schwierig. Ihre zeitlichen Ressourcen waren stets knapp und das Interview wurde ständig unterbrochen und musste somit immer wieder neu angefangen werden.

Im Rahmen der Interviews könnte ein Interviewerbias aufgetreten sein, da es vorher kein professionelles Training hinsichtlich des Durchführens von Interviews gab. Es erfolgte auch kein Pretest, die Fragen wurden direkt und so offen wie möglich an die Endanwender und Endanwenderinnen gestellt. Des Weiteren muss berücksichtigt werden, dass die Antworten der Teilnehmer und Teilnehmerinnen mit dem Handy aufgenommen wurden sind, also könnte es beim Niederschreiben der Ergebnisse zu Fehlern gekommen sein, da aufgrund der Tonqualität nicht alle Wörter richtig oder auch vollständig verstanden wurden sind. Für die Verschriftlichung der Ergebnisse wurde kein spezielles Transkriptionsprogramm verwendet, da auch dieses limitiert verwendbar ist. Es überspielt lediglich 10 Minuten der Aufnahme, sodass der Entschluss gefasst wurde das Transkript in einem Word-Dokument zu schreiben.

Insgesamt darf nicht außer Acht gelassen werden, dass nur drei Pflegefachkräfte und eine Teilprojektleiterin befragt wurden. In dieser Arbeit wurde nur ein Standort berücksichtigt, da das Praxissemester auch nur an diesem Standort erfolgt wurde. Bei den Ergebnissen wurde also der zweite Standort, an dem epaAC und LEP implementiert wurden nicht mitberücksichtigt. Dies hat zur Folge, dass die Ergebnisse nicht repräsentativ genug sein könnten.

9.3.2. Limitationen der Literaturrecherche

Bei der Literaturrecherche zeigten sich zum einen Limitationen beim Zugriff auf die Literatur. Die gefundenen wissenschaftlichen Quellen waren zum größten Teil nicht frei zugänglich, sodass es schwierig war auf alle zuzugreifen. Aus diesem Grund konnten nicht alle gefundenen Quellen für den Vergleich herangezogen werden. Zum anderen war es schwierig zu dieser Thematik Literatur zu finden. Die meisten gefundenen Quellen bezogen sich eher auf die Implementierung neuer Leitlinien oder Standards in der Pflege, weniger auf die technische Implementierung. Angesichts des vorgeschriebenen Umfangs und der limitierten Zugänglichkeit zu den Artikeln oder Studien wurden ausschließlich zwei aussagekräftige Quellen aus der Literaturrecherche herangezogen und mit den Ergebnissen der vorliegenden Abschlussarbeit verglichen.

9.3.3. Limitation der qualitativen Inhaltsanalyse

Im Rahmen der Analyse und der Interpretation der geführten Interviews mit den

Endanwendern kann ein Confirmation Bias aufgetreten sein, da trotz einer möglichst objektiven Herangehensweise bereits eigene Erfahrungen mit epaAC und LEP vorhanden waren und die Bedingungen und die Ausstattung des Krankenhauses bekannt waren. Es kann demnach ein Einfluss auf die Textanalyse und spätere Interpretation der Ergebnisse gehabt haben. Auch bei der Interpretation der Ergebnisse wurde drauf geachtet so objektiv wie möglich zu bleiben, allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass kein subjektiver Einfluss hin zu einer tendenziell negativen Bewertung, aufgrund der eigenen Erfahrung, erfolgte.

Im Rahmen der Inhaltsanalyse und der gebildeten Kategorien ist zu berücksichtigen, dass diese durch die Autorin zum ersten Mal durchgeführt wurde und eine vorangegangene Übung fehlt. Die Analyse und die Kategorienbildung wurden zudem nur von einer Person vorgenommen, sodass auch hier ein subjektiver Einfluss nicht ausgeschlossen werden kann. Diese Limitation spiegelt sich insofern wieder, dass mehr hemmende und weniger fördernde Faktoren auskristallisiert wurden. Durch die bereits bekannten Rahmenbedingungen und das intensive Arbeiten mit den Endanwendern mit der Methode war solch ein Ergebnis schon zu erwarten.

9.4. Empfehlung für zukünftige Forschung

Die Ergebnisse meiner Arbeit sollen für andere Krankenhäuser, die einen ähnlichen Implementierungsprozess durchlaufen einen Mehrwert haben, d.h. anhand der identifizierten fördernden und hemmenden Faktoren am Krankenhaus der Immanuel Albertinen Diakonie, können andere Krankenhäuser deren Implementierungsprozess optimieren.

Empfehlenswert für die zukünftige Forschung ist allerdings zum einen das Einbeziehen mehrerer Krankenhäuser, welche epaAC und LEP implementiert haben. Dies gibt die Möglichkeit mehrere Ergebnisse und Sichtweisen zu sammeln und somit eine erhöhte Repräsentativität zu schaffen. Somit besteht auch die Möglichkeit mehr Endanwender und Endanwenderinnen zu befragen, die Rahmenbedingungen anderer Krankenhäuser zu sehen und ein größeres Bild zu bekommen. Eine größere Stichprobe sorgt für eine bessere Repräsentativität der Ergebnisse. Bezogen auf das methodische Vorgehen wäre eine folgende quantitative Studie wünschenswert, um das Ungleichgewicht zu validieren. Beim Verwenden eines Interviewbogens wäre ein Pretest nicht verkehrt.

10. Fazit

Durch die geführten Interviews mit den Endanwendern und Endanwenderinnen konnten sämtliche hemmende und fördernde Faktoren während der Implementierung von epaAC und LEP identifiziert werden. Insgesamt sind es 10 fördernde und 22 hemmende Faktoren. Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Welche hemmenden und fördernden Faktoren zeigten sich bei der Implementierung?“ wurden als fördernde Faktoren unter anderen die Schulungen, die Teamabsprache die Praktikantenanwesenheit, die vorhandenen technischen Vorerfahrungen und die grundsätzlich vorhandene Technik erwähnt. Als hemmende Faktoren werden die Systemfehler von epaAC und LEP, die technischen Schwierigkeiten, die sprachlichen Unverständlichkeiten des Moduls LEP, das schlechte Internet, die geringen Computerkapazitäten und die Corona-Pandemie und die damit einhergehenden zeitlichen Schwierigkeiten bei der Projektrealisierung aufgezählt. Bei der Analyse kristallisierten sich mehr hemmende Faktoren aufgrund der Rahmenbedingungen raus. Auch beim Diskutieren der Ergebnisse und Gegenüberstellung weiterer Ergebnisse aus der Literatur lassen sich einige Gemeinsamkeiten finden, Gemeinsamkeiten sind unter anderen die Schulungen, die Kommunikation und die Einbeziehung der Anwender in den Entwicklungsprozess. Neue Kenntnisse sind unter anderen die Nachvollziehbarkeit, die Lesbarkeit der Pflegeberichte und das Schaffen eines Überblicks über geplante Maßnahmen.

Limitationen dieser Arbeit lassen sich ebenfalls wiederfinden. Allgemein ist die Stichprobe zu klein und die vollständige Objektivität nicht gegeben, da die Implementierung von epaAC und LEP engmaschig mitverfolgt und begleitet wurde und das Setting somit bereits bekannt war. Aufgrund des eingeschränkten Zugriffs auf die Literatur und des Umfangs der Arbeit wurden nur zwei Quellen herangezogen.

Abschließend sollen die neu gewonnen Erkenntnisse als Stütze für weitere Implementierungsprozesse im Bereich der Digitalisierung und Assessmentinstrumente dienen.

11. Literaturverzeichnis

1. **Blümel, S.**, Lehmann, F., Hartung, S. (2021). Zielgruppen, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Definition: Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Verfügbar unter: <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/zielgruppen-multiplikatorinnen-und-multiplikatoren/>. Zugegriffen am: 10.10.2021.
2. **Bräutigam, C.**, Ernste, P., Evans, M., Hilbert, J., Merkel, S., Öz, F. (2017). *Digitalisierung im Krankenhaus – Mehr Technik – bessere Arbeit?*. Hans Böckler Stiftung. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf. Zugegriffen am: 03.07.2021
3. **Brucker, U.**, Ziegler, G., Theis, S., Jodes-Laßner, U., Köhler, C., Reus, U., Uhl, A., Veit-Zens, A. (2005). *Grundsatzstellungnahme, Pflegeprozess und Dokumentation – Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege*. Verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungennahmen/30_Pflegeprozess_Dok_2005.pdf. Zugegriffen am: 13.07.2021
4. **Bundesverband Gesundheits-IT**, Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege, Deutscher Pflegerat, Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung, Verband für Digitalisierung in der Sozialwirtschaft, Verband diakonischer Dienstgeber in Deutschland. (2020). *Digitalisierung in der Pflege: Eckpunkte einer nationalen Strategie*. Verfügbar unter: https://deutscher-pflegerat.de/wp-content/uploads/2020/09/2020-09-01_Positionspapier_Verb%C3%A4nde%BCndnis_Digitalisierung_Pflege.pdf. Zugegriffen am: 14.07.2021.
5. **Deutscher Bundesverband für Pflegeberufe (DBfK)**. (2018). *Pflegedaten 2018*.

- Verfügbar unter: <https://www.dbfk.de/media/docs/Bundesverband/2018-09-26-Pflegedaten-DBfK-final.pdf>. Zugegriffen am: 03.07.2021.
6. **Deutsche Telekom AG.** (2021). Healthcare Solutions. *Krankenhausinformationssysteme (KIS)- iMedOne für effiziente Klinikprozesse.* Verfügbar unter: <https://www.telekom-healthcare.com/klinik-it/klinikinformationssysteme/krankenhausinformationssystem-kis-imedone>. Zugegriffen am: 10.11.2021.
 7. **Epa-CC GmbH.** (2021). *Pflege auf den Punkt.* Verfügbar unter: [Was ist epa? - Pflege auf den Punkt gebracht mit dem epaSYSTEM \(epa-cc.de\)](#). Zugegriffen am: 26.11.2021.
 8. **Epa-CC GmbH.** (2021). *Zuverlässige Primärdokumentation.* Verfügbar unter: [Pflegeplanung mit epaCC - wie funktioniert das epaSYSTEM? \(epa-cc.de\)](#). Zugegriffen am: 28.11.2021.
 9. **Gerdes, M.** (2011). Facharbeit. *Assessmentinstrumente in der Pflege- Das epa-AC , ein effektives und effizientes Modell für die Praxis.* Verfügbar unter: https://www.epa-cc.de/wp-content/uploads/2021/01/gerdes_facharbeit_2011.pdf. Zugegriffen am: 10.07.2021.
 10. **Gessler, M. & Uhling-Schoenian, J.** (2015). *Projektmanagement macht Schule. Selbstorganisiertes Lernen und Arbeiten mit Plan.* Verfügbar unter: https://www.researchgate.net/publication/284030391_Projektmanagement_macht_Schule_Selbstorganisiertes_Lernen_und_Arbeiten_mit_Plan. Zugegriffen am: 01.12.2021.
 11. **Haas, P. & Kuhn, K.** (2017). *Krankenhausinformationssysteme: Ziele, Nutzen, Topologie, Auswahl.* Verfügbar unter: https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-48771-6_41.pdf. Zugegriffen am: 31.10.2021.

12. **Hans, C.** (2020). Enzyklopädie der Wirtschaftsinformatik Online Lexikon . *Krankenhausinformationssysteme / Klinisches Arbeitsplatzsystem*. Verfügbar unter: [Krankenhausinformationssystem/Klinisches Arbeitsplatzsystem — Enzyklopaedie der Wirtschaftsinformatik \(enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de\)](https://www.enzyklopaedie-der-wirtschaftsinformatik.de/Krankenhausinformationssystem/Klinisches_Arbeitsplatzsystem). Zugegriffen am: 30.10.2021.

13. **Immanuel Albertinen Diakonie.** (2019). *Ein großer Schritt in die digitale Zukunft mit der elektronischen Pflegedokumentation*. Verfügbar unter: <https://immanuel.de/aktuelles/nachrichten/aktuelle-nachrichten/detail/article/ein-grosser-schritt-in-die-digitale-zukunft-mit-der-elektronischen-prozessdokumentation/>. Zugegriffen am: 14.07.2021.

14. **International Council of Nurses (ICN).** (2021). *Nursing Definitions*. Verfügbar unter: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>. Zugegriffen am: 11.07.2021.

15. **Kreihlsler, M.** (2019). *Change-Management am Beispiel der Implementierung eines EDV-gestützten Pflegedokumentationssystems in der stationären Langzeitpflege*. Masterarbeit. Verfügbar unter: <https://pub.fh-campuswien.ac.at/obvfcwhsacc/content/titleinfo/4492288/full.pdf#page101>. Zugegriffen am: 22.11.2021.

16. **Kubek, V., Velten, S., Eierdanz, F., Blaudszun-Lahm, A.** (2020). Digitalisierung in der Pflege: überblick über aktuelle Ansätze. Verfügbar unter: link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61372-6.pdf. Zugegriffen am: 10.09.2021.

17. **Kuckartz, U.** (2016). *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung. Transkriptionsregeln und Transkriptionssystem für die qualitative Inhaltsanalyse*. Verfügbar unter:

- <https://qualitativeinhaltsanalyse.de/documents/Kuckartz-Qualitative-Inhaltsanalyse-2016-Transkription.pdf>. Zugegriffen am: 26.11.2021.
18. **Kux, B. R.** (2018). *Einflussfaktoren für die Implementierung, Vorbereitung und Verstetigung von Clinical Decision Support Systems*. Inauguraldissertation. Verfügbar unter: http://geb.uni-giessen.de/geb/volltexte/2018/13797/pdf/KuxBenjaminRafael_2018_10_23.pdf. Zugegriffen am: 23.11.2021.
19. **LEP AG.** (o.J.) Für jede Berufsgruppe ein Klassifikationskatalog. Verfügbar unter: [.Klassifikationskatalog - Leistungserfassung und Prozessdokumentation im Gesundheitswesen \(lep.ch\)](#). Zugegriffen am: 01.10.2021.
20. **LEP AG.** (o.J.). *Qualitätssteigerung auf allen Ebenen*. Verfügbar unter: <https://www.lep.ch/de/warum-lep.html>. Zugegriffen am: 28.11.2021.
21. **Mayring, P. & Fenzl, T.** (2014). Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. *Qualitative Inhaltsanalyse*. Baur, N. & Blasius, J. (Hrsg). Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-531-18939-0.pdf>. Zugegriffen am: 13.07.2021.
22. **Merda, M., Schmidt, K., Kähler, B.** (2017): Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegender. Forschungsbericht. Hrsg. V. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. in: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-662-61372-6.pdf>. Zugegriffen am 14.07.2021.

23. **NRSIT Institute.** Nursing Informatics & Technology. (2020). *Digitalisierung in der Pflege – Was ist möglich, was ist nötig?*. Präsentation Kongress Pflege. Verfügbar unter:
<https://www.gesundheitskongresse.de/berlin/2020/dokumente/presentationen/Mania.pdf?m=1580132134&>. Zugegriffen am: 04.07.2021.
24. **Peters, T. & Schelter, N.** (2021). *Kompakte Einführung in das Projektmanagement*. Verfügbar unter: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-3-658-31194-0.pdf>. Zugegriffen am: 01.12.2021.
25. **Rösler, U., Schmidt K., Merda, M. & Melzer, M.** (2018). *Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit der professionell Pflegenden verändern*. Berlin: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Verfügbar unter:
https://inqa.de/SharedDocs/downloads/webshop/pflege-4.0?__blob=publicationFile. Zugegriffen am: 18.07.2021.
26. **Sellermann, B.** (2018). *Dokumentieren, kommunizieren, analysieren. Pflegedokumentation heute*. Verfügbar unter:
link.springer.com/content/pdf/10.1007/s00058-018-3437-3.pdf. Zugegriffen am: 01.08.2021.
27. **Sippel, B. & Hunstein, D.** (2007). *Schulungskonzept zur Implementierung standardisierter Assessmentinstrumente in die Pflegepraxis*. Verfügbar unter:
https://www.epa-cc.de/wp-content/uploads/2021/01/sippel_implementation_assessmentinstrumente_2007.pdf. Zugegriffen am: 23.11.2021.
28. **Sowinski C., Kirchen-Peters, S. & Hielscher, V.** (2013). *Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege*. Hrsg. v. Kuratorium Deutsche Altershilfe. Verfügbar unter: https://www.boeckler.de/pdf_fof/91394.pdf. Zugegriffen am:

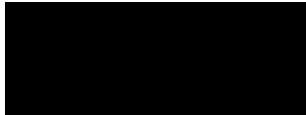
10.09.2021.

29. **Sträßner, H.** (2010). Pflege im Unternehmen Krankenhaus. *Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation*. Verfügbar unter: https://www.thieme.de/statics/dokumente/thieme/final/de/dokumente/tw_pflege/le4_110_1-schutz.pdf. Zugegriffen am: 14.07.2021
30. **Thieme Gruppe.** (2021). Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation. Verfügbar unter: [Rechtliche Aspekte der Pflegedokumentation - Pflege - Georg Thieme Verlag](#). Zugegriffen am: 25.11.2021.

12. Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich an Eides statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und nur unter Zuhilfenahme der ausgewiesenen Hilfsmittel angefertigt haben. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach anderen gedruckten oder im Internet verfügbaren Werken entnommen sind, habe ich durch genaue Quellenangaben kenntlich gemacht.

Aya AL Desouki



Hamburg, den 08.12.2021

13. Anhang

Der offene Fragebogen

Liebe Pfleger und Pflegerinnen,

ich habe im Rahmen meines Praxissemesters den Implementierungsprozess von epaAC und LEP 16 Wochen lang begleitet und habe selber sehr viele Schulungen gegeben und sowohl epa-Einschätzungen als auch Pflegepläne erstellt. Nun möchte ich zum Thema „Digitalisierung in der Pflege“ eine Bachelorarbeit schreiben. Durch die engmaschige Betreuung und Begleitung des Projekts habe ich vieles mitgenommen und eine Forschungsfrage entwickelt. Ich möchte in meiner Bachelorarbeit herausfinden, welche Faktoren ihr, als Endanwender und Endanwenderinnen, bei der Implementierung von epaAC und LEP als fördernd oder auch hemmend empfunden habt. Dafür habe ich zwei offene Fragen vorbereitet. Die Antworten werden anonym behandelt und nur im Rahmen dieser Arbeit ausgewertet.

1. Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als hinderlich empfunden?
2. Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als förderlich empfunden?

Vielen Dank für Eure Teilnahme

Aya AL Desouki

Ankerbeispiel	Paraphrase	Kategorie
<p>„Welche fördernde Faktoren .. Also ich muss vorweg sagen das ist nicht meine erste Implementierung. Ich war schonmal bei einer dabei. Also ganz neu ist das für mich nicht. Von Akte, also von Handschrift zu digital umzustellen. Ich wusste im Vorfeld schon was mich erwartet.“ (Pfleger 1)</p> <p>„Für mich als Projektleiterin war es gut so ein Projekt schon zu kennen. Wir haben vor sechs Jahren den Pflegearbeitsplatz im IMedOne implementiert und haben das auch standortübergreifend gemacht und von der Projektorganisation sollte das eben wieder genauso sein.“ (TPL)</p> <p>„Auf jeden Fall ist der günstige Faktor das die Endanwender den Umgang mit dem iPad schon kannten. Also die haben zwar was anderes drauf gemacht, aber grundsätzlich war das Handling klar. Also wie man es an macht und ausmacht und wo das WLAN ist und deswegen hatten wir damit nicht zusätzlich auch noch einen Aufwand, weil die Hardware schon bekannt war. Das war noch ein positiver Aspekt. (TLP)“</p>	<p>Das war nicht meine erste Implementierung. Ich kenne die Wandlung von Papier zu Akte schon</p> <p>Ich habe bereits Erfahrung im Projekt. Vor Jahren habe ich schon als Projektleiterin bei einem ähnlichen mitgemacht.</p> <p>Der Umgang mit der Technik ist schon bekannt. Das iPad ist nicht neu, damit wurde schon gearbeitet.</p>	<p style="text-align: center;">K1: Vorerfahrungen</p> <p style="text-align: center;">K1.1: Erfahrungen bei der Umstellung von Papier zu Digital</p> <p style="text-align: center;">K1.2: Projekterfahrungen bei der Implementierung</p> <p style="text-align: center;">K1.3: Technische Vorerfahrungen</p>
<p>„Ja, auf jeden Fall das wir halt Technik hier haben im Haus um das gewährleisten zu können. Das ist ein positiver Faktor.“ (Pfleger 1)</p>	<p style="text-align: center;">Die Technik ist vorhanden.</p>	<p style="text-align: center;">K2: Vorhandene Technik</p>

<p>Alleine das wir so viele Multiplikatoren bei uns hatten, weil wir eine Pilotstation waren. (Pfleger 1)</p> <p>„... sicherlich auch förderlich war, dass Multiplikatorensystem, dass also von jeder Station eine Person Multiplikatorin war, um die Schulung zu übernehmen und dann eben auch engmaschig zu begleiten.“ (TPL)</p>	<p>Wir hatten sehr viele Multiplikatoren.</p> <p>Förderlich war das Multiplikatorensystem. Die Schulungen wurden so gut übernommen. Die engmaschige Begleitung war gut.</p>	<p>K3: Multiplikatorensystem</p>
<p>„Die Tatsache das wir Pilotstation waren und halt die den Monat noch zweitleisig fahren konnte, mit Digitalisierung und handschriftlicher Akte. Das fand ich auch ganz gut.“ (Pfleger 1)</p>	<p>Wir waren Pilotstation und konnten somit noch zweigleisig fahren.</p>	<p>K4: Pilotstation</p> <p>K4.1: Paralleles Arbeiten mit Papier und System</p>
<p>„Ansonsten die Absprache im Team finde ich ganz gut. (...) (Pfleger 1)</p> <p>„Und ansonsten denke ich so von der Kommunikation her hat es sich auch verbessert, nachdem ein Dokument eingerichtet wurde, auf welches wir alle zugreifen konnten ...“ (TPL)</p>	<p>Gute Absprache im Team</p>	<p>K5: gute Teamabsprache</p> <p>K5.1: Teamabsprache auf den Stationen</p> <p>K5.1: Einheitliches Dokument auf den alle zugreifen konnten</p>
<p>„Also wir haben ja auch die Handbücher bekommen“ Die Leute die schon die (...) immer ausgefeilter und immer detaillierte Info. Dadurch kriegt man halt einen anderen Input. Die Kollegen waren sehr fördernd an sich und allein schon die Infos das kannst du so machen und so machen.“ (Pfleger 1)</p> <p>„Was ich gut fand, wir hatten den Leistungskatalog vorher schon ausgedruckt bekommen. Das ... also den habe ich mir vorher schon Mal angeguckt und den durchgearbeitet und markiert, wo ich was finde. Und ich glaube das sind auch die Sachen, die man schon vorher</p>	<p>Wir haben auch Handbücher bekommen und wurden immer detailliert informiert.</p> <p>Wir hatten den Leistungskatalog schon vorher bekommen.</p>	<p>K6: Informationsmaterial zum Projekt</p>

gucken muss.“ (Pfleger 3)		
<p>„(...) und die Fortbildung gehabt, die Schulungen gehabt. Ja, finde ich schon fördernd.“ (Pfleger 1)</p> <p>„Und joa... die Schulungen, daran war jetzt nichts Auffälliges, war alles gut.“ (Pfleger 2)</p> <p>„Was ich gut fand war, dass wir vorher eine Schulung bekommen haben, im Sinne weniger der theoretische Hintergrund, sondern einmal alles gezeigt, also die Klickschulung. Das fand ich gut.“ (Pfleger 3)</p> <p>„... sicherlich auch förderlich war, dass Multiplikatorensystem, dass also von jeder Station eine Person Multiplikatorin war, um die Schulung zu übernehmen und dann eben auch engmaschig zu begleiten.“ (TPL)</p>	<p>Die Schulungen waren fördernd. Es war alles gut.</p> <p>Es war gut, dass es mehr Praxis war als Theorie. Wir konnten das selbst machen.</p> <p>Die Multiplikatoren konnten die Schulungen übernehmen</p>	<p style="text-align: center;">K 7: Schulungen</p> <p style="text-align: center;">K7.1: praktische Anwendung der Methode durch Klickschulungen</p> <p style="text-align: center;">K7.2:Übernahme der Schulungen von Multiplikatoren</p>

„Das ihr da wart. Main support. Eure freundliche Art, ja... und das ihr wirklich interessiert wart. Es ist ja so, ihr seid permanent da gewesen, ihr habt später erst gemerkt das man nicht bei Dienstbeginn sofort epa macht, das man eben später kommt. Aber das ihr da wart hat eben gezeigt, dass ihr Aufnahmefreudig seid. Ihr hattet ja auch eine Nummer die man immer anrufen konnte. Das hat die Sache gut begleitet.“ (Pfleger 2)

„mir fällt gerade noch was ganz ganz positives ein. Und zwar hatten wir ja drei Studenten, die uns geholfen haben, (...) Also Nachtrag zu den förderlichen Faktoren ist, dass unsere Pflegedirektorin rechtzeitig sich bemüht hat drei studentische Praktikantinnen und Praktikanten ... für uns zu engagieren die uns drei Monate lang sowohl bei der Pilotierung als auch beim Echtstart geholfen haben. Ich würde sogar sagen, dass ist eigentlich der allerwichtigste Faktor. Das war natürlich sehr förderlich. Und dadurch das wir dann noch eine Präsenz von 08:00 bis 08:00 Uhr abends gewährleisten konnten und die drei, nach einer entsprechenden Einführungsphase, sich sehr gut im System auskannten und dann auch noch die Mitarbeiter kannten und sich dann auch noch ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut haben. Also alle drei wurden dann als die Supporter anerkannt die sie eben sind ... genau. Sie haben dann auch zuverlässig zugearbeitet.“ (TPL)

„, Positiv war auch, dass wir Ansprechpartner hatten an denen wir uns wenden konnten. Wenn wir ein Problem hatten, gab es immer eine Nummer die wir anrufen konnten und uns wurde auch direkt geholfen.“ (Pfleger 3)

Der Hauptsupport seitens der Praktikanten war immer gewährleistet. Wir hatten eure Nummern und konnten immer anrufen wenn es Probleme gab.

Drei studentische Praktikanten waren immer für den Support erreichbar. Sie haben ein vertrauensvolles Verhältnis zu den Anwendern aufgebaut.

K8: Praktikantenanwesenheit für Support

K8.1:permanente Anwesenheit auf den Stationen

K8.2:Telefonische Erreichbarkeit

<p>Die Praktikanten hier und so weiter. Eigentlich alle die am Projekt beteiligt waren, weil sie ja alle ansprechbar waren für uns und in der Zeit auch da. Das hat uns schon sehr viel ausgemacht. (...) Alleine für den Fall das wir mal Hilfe brauchen“ (Pfleger 1)</p>		
<p>„Genau... also ich denke ein grundsätzlicher Faktor war, dass alle darauf gewartet haben, dass wir die Pflegedokumentation digitalisieren oder eben im iMedOne machen können, d.h. es war erstmal grundsätzlich eine große Bereitschaft ... da.“ (TPL)</p> <p>„ Also ja ... grundsätzlich sind das dann die Rahmenbedingungen, die Einstellung der Leute ... genau ja.“ (TPL)</p>	<p>Alle Beteiligten haben auf die Implementierung von epaAC und LEP gewartet. Grundsätzlich war eine große Bereitschaft da.</p> <p>Die Rahmenbedingungen und die Einstellung der Leute haben den Prozess der Implementierung gefördert.</p>	<p style="text-align: center;">K9: Fördernde Rahmenbedingungen</p> <p style="text-align: center;">K9.1: Bereitschaft zur Implementierung seitens aller Beteiligten</p> <p style="text-align: center;">K9.2: Positive Einstellung der Leute</p>
<p>„(...) war das wir in der IT eine Mitarbeiterin hatten die ausschließlich nur für uns zuständig war ... sodass wir also alle Fragen rund um Berechtigung und alle Grundvoreinstellungen mit ihr direkt klären konnten, das war also schon sehr hilfreich und hat uns viel weitergebracht.“ (TPL)</p>	<p>Wir hatten in der IT eine Mitarbeiterin, die nur für uns zuständig war. Wir konnten alle Fragen direkt mit ihr klären</p>	<p style="text-align: center;">K10: Direkte Ansprechpartnerin aus der IT</p>

Hemmende Faktoren bei der Implementierung von epaAC und LEP

Ankerbeispiel	Paraphrase	Kategorie
<p>„... das Programm, das ist ja kein norddeutsches Programm so wie es ist. Die Maßnahmen wie sie benannt sind teilweise in den Maßnahmenkatalogen sind schwierig, zumindest so einige, die sind schwer zu deutschen.“ (Pfleger 1).</p>	<p>Die Sprache des Programms ist schwer zu verstehen, weil es nicht norddeutsch ist.</p>	<p style="text-align: center;">K1: unverständliche Sprache K1.1: kein norddeutsches Programm</p>
<p>„...das schwierige ist, finde ich, zu wissen was ist inkludiert in dieser Maßnahme und was nicht“ (Pfleger 1).</p>	<p>Es ist schwierig raus zu lesen, welche Untermaßnahme zu der Hauptmaßnahme gehören.</p>	<p style="text-align: center;">K2: schwere Zuordnung innerhalb der Kategorien K2.1: keine Deutlichkeit, welche Subkategorien in die Hauptkategorien passen</p>
<p>„also diese Technik, die technischen Schwierigkeit, das ist behindernd sage ich mal.“ (Pfleger 1)</p> <p>„Also hemmend sind schon diese technischen Hürden.“ (TPL)</p> <p>„der Pc hier ist langsam, der andere noch langsamer und ehm... das ist, finde ich ein Nachteil. Das heißt es fehlt ein dritter Rechner. Du musst ewig warten, bis das epa-Modul aufgerufen ist. ewig, gefühlt eine halbe Ewigkeit Das das nicht sofort da ist.“ (Pfleger 2)</p>	<p>Es gibt technische Schwierigkeiten.</p> <p>Die technischen Hürden sind schwierig</p> <p>Die Rechner sind zu langsam. Es braucht ewig zum Laden.</p>	<p style="text-align: center;">K3: schlechte Technik K3.1: langsame Ladezeiten</p>

<p>„Also hemmend sind schon diese technischen Hürden. Ja gut... was auch hemmend ist, ist die schlechte Performance, die wir hier meistens auch haben. Also das es lange dauert bis es lädt, was dann insgesamt wieder die Anwender demotiviert. So nach dem Motto „Ich habe da jetzt keine Zeit für, ich muss jetzt erstmal weiter, so... also das es von der Infrastruktur schwierig ist“ (TPL)</p>	<p>Hemmend ist die schlechte Performance. Die Ladezeiten sind zu lang.</p>	
<p>„Dann auch noch das wir keine eigene IT haben. Sondern das wir nur von der IT der Albertinen angewiesen sind. Das finde ich ist für die Digitalisierung eigentlich ein No-Go. Man kann alles nur übers Telefon hier machen. Es kommt keiner vorbei Die machen auch alles nur über Telefon und, wenn nicht, dann wartet man immer nur Stundenlang. So ... das kann irgendwie nicht sein.“ (Pfleger 1)</p>	<p>Wir haben keine interne IT im Haus, die Erreichbarkeit erfolgt nur telefonisch. Die Wartezeiten sind zu lang.</p>	<p>K4: keine interne IT K4.1: technischer Support nur telefonisch K4.2: Lange Wartezeiten</p>
<p>„Ja ... was war noch hinderlich ... ich persönlich war handschriftlich schneller, das mit dem Abhacken am Computer ging jetzt (...) ist aber alles ne Gewohnheitssache glaub ich.“ (Pfleger 1)</p>	<p>Die handschriftliche Dokumentation erfolgte schneller. Es ist noch ungewohnt.</p>	<p>K5: ungewohnte Arbeitsumstellung K5.1: langsames Arbeiten zu Anfang</p>
<p>„... Und was noch hinderlich ist, ist wenn wir mehrere Personen im Dienst sind. Wir haben ja hier eine Stationssekretärin plus auf jeder Seite eine Fachkraft. Wenn wir jetzt eine Fachkraft extra dazu haben oder Azubis je nachdem, weil wir sind ja Auszubildendenstation. Wir haben drei Computer zur Verfügung. Einer ist immer durch die Sekretärin besetzt und einer entweder durch die Physio die jetzt auch notgedrungen aufgrund von COVID hier bleiben muss auf der Station. So ... dann bleibt einer für die Fachkraft übrig um epa und LEP zu machen und um alles zu dokumentieren.“</p>	<p>Wenn mehrere Personen im Dienst sind, fehlt der benötigte Arbeitsplatz zum Dokumentieren. Es bleibt nur noch ein Computer übrig.</p>	<p>K6: zu wenig Pc- Arbeitsplätze K6.1: zu viel Personal auf einer Station K6.2: fehlende Rechner für die Dokumentation</p>

<p>Es ist deutlich zu wenig Technik, finde ich persönlich. Ich kenne es anders.“ (Pfleger 1).</p> <p>„... doch es gibt ein Faktor noch. Wir sind hier gelegentlich zu dritt und wie ihr seht plus Bürokratie fehlt hier ein Rechner. (Pfleger 2)</p> <p>„... Gut und das wir gerne auch noch eins bis zwei PC-Arbeitsplätze mehr brauchen könnten auf den Stationen. Also die Verfügbarkeit der Hardware.“ (TPL)</p> <p>„Als hinderlich? Also zu wenig Endgeräte und viel zu langsame Serverkapazitäten.“ (Pfleger 3)</p>	<p>Wir sind zu viele auf der Station, sodass ein Rechner dann fehlt.</p> <p>Wir bräuchten mehr Hardware.</p> <p>Wir haben zu wenig Endgeräte.</p>	
<p>„... Der erste Faktor war die Zeit. Wir sind sehr früh eingeführt worden in das System und dann war der Beginn sehr sehr viel später was die Dinge die man sich zu dem Zeitpunkt gemerkt hat, die waren dann zum Teil wieder irrelevant.“ (Pfleger 2)</p> <p>„Wir haben die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ja dann geschult, während der Echtstart schon lief. Also die Zeitplanung hier war etwas hinderlich.“ (TPL)</p>	<p>Die zeitliche Komponente war ein hemmender Faktor. Die Einführung in das System erfolgte viel früher als der Beginn</p> <p>Die Zeitplanung war hinderlich. Die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wurden während des Echtstarts geschult</p>	<p>K 7: zeitliche Schwierigkeiten K7.1: Einführung erfolgte zu früh K7.2: weitere Schulungen erfolgten auch nach Echtstart</p>
<p>„... Das zweite fand ich richtig schlecht, dass im wesentlichen Moment nämlich das iPad welches die Möglichkeit bietet epa nah ... am Patienten zu machen, nicht da war. Das ist noch viel später gekommen.“ (Pfleger 2)</p>	<p>Das iPad hat gefehlt und kam viel später erst.</p>	<p>K8: fehlende Verfügbarkeit des iPads</p>
<p>Das dritte, dass das iMedOne auf dem iPad anders</p>	<p>iMedOne sah auf dem iPad anders aus als</p>	

<p>umgesetzt ist als hier auf dem Rechner. Es ist einfach anders. Eine epa anlegen auf dem iPad ist da anders als am Computer.“ (Pfleger 2)</p> <p>„Ich glaube auch ein weiterer Faktor ist, dass es ein bisschen anders aussieht auf dem iPad als auf dem PC und das macht die Sache so umständlich.“ (Pfleger 3)</p>	<p>auf dem Rechner.</p> <p>Das System sieht auf dem Rechner anders aus, als auf dem iPad und das macht die Sache schwieriger.</p>	<p>K9: Computer und iPad zeigen verschiedene Bedienungsoberflächen K9.1: Erschwerung des Lernprozesses</p>
<p>„... und es ist vor allem da auch inkonsistent. Es macht.. man fragt sich auch warum muss ich jetzt darauf drücken und das machen. Auf dem Computer erklärt es sich von alleine durch die Menüsteuerung die sowieso schon auf dem Rechner bekannt ist. (Pfleger 2)</p> <p>„Ehm.. Genau. Das ist für mich unlogisch das man nur anklicken kann bei der Neuanlage von Patienten "Er kann alles", das ist eben halt möglich anzuklicken. Aber einen kompletten Pflegefall, den muss ich so vollkommen darstellen, da ist es inkonsistent ... Also Pflegefall mit epa ist eine Katastrophe Jedenfalls so wie es momentan ist. (Pfleger 2)</p>	<p>Auf dem iPad ist das Handling von epa inkonsistent. Es erklärt sich nicht von selbst. Manche Klicks erscheinen nicht logisch.</p>	<p>K10: inkonsistentes Handling</p>
<p>„Dann fand ich bei der Implementierung ausgesprochen problematisch, dass wir zu dem Zeitpunkt als wir diese Programme neu bekommen hatten, das Haus auch voller Patienten hatten, richtig viele Patienten hatten. (Pfleger 3)</p>	<p>Während der Implementierung des neuen Programms, hatten wir sehr viele Patienten.</p>	<p>K11: Patientenüberflutung auf den Stationen während der Implementierung</p>
<p>„Diese Profile die dann erzeugt wurden, die sind mir nicht genau genug. Ich hätte zum Beispiel ganz gerne ein Profil bei Aufnahme und eins bei.. zusätzlich noch ein Profil bei Entlassung, postoperativ und präoperativ ein, ein Profil. Solche Sachen“ (Pfleger 2)</p>	<p>Die Definition der Profile war zu ungenau. Die Strukturierung war nicht gegeben.</p>	<p>K12: Unklare Profildefinition im System K12.1: Keine Struktur in Aufnahme, Entlassung, postoperatives und präoperatives Profil</p>
<p>„Naja ... was ich auch als erschwerend empfinde ist, dass die Mitarbeiter einfach mit einer recht dünnen Personaldecke zurechtkommen müssen und eigentlich</p>	<p>Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen arbeiten mit einer dünnen Personaldecke. Daher ist es auch für sie eine starke</p>	<p>K13: Dünne Personaldecke</p>

<p>immer in Eile sind, es gibt natürlich auch Ausnahmen, ganz klar ... aber das ist dann auch für sie eine starke Belastung.“ (TPL)</p>	<p>Belastung.</p>	
<p>„Die wirklichen Benefits von diesem Programm, die sind nicht richtig bei uns ausgespielt wurden, die Karte. Es wurde gleich das volle Programm für die Geriatrie fast schon, ja? Für die vollen Pflegefälle, aber ja.. so. Das fand ich war bei der Implementierung hemmend.“ (Pfleger 2)</p>	<p>Die Vorteile des Programms wurden nicht ausgespielt. Es wurde eher ein Programm für die Geriatrie</p>	<p>K14: schlechte Darstellung für alle Stationen</p>
<p>„Schwierig war sicherlich, dass unser ursprünglicher Pilotstart plus Roll-Out ja verschoben werden musste durch den zweiten Corona-Lockdown. Dadurch ist unser ganzer Projektplan ein bisschen ins Trudeln geraten und die Multiplikatoren... also wir haben dann eben den Pilotstart an beiden Standorten zur selben Zeit gemacht, aber den Echtstart am ersten Standort haben wir sehr zügig nach dem Pilotstart gemacht, 4 Wochen später glaub ich, oder 5 Wochen später ... das war sehr schwierig letzten Endes in der Umsetzung, es war ein hohes Maß an Schulungsterminen.... Also, ja.. hemmender Faktor war ja die Verschiebung durch die Corona – Geschichte und dann die dadurch resultierte verkürzte Pilotphase“ (TPL)</p>	<p>Durch die Pandemie wurde der ursprüngliche Pilotstart und der ursprüngliche Roll-out verschoben. Zwischen dem neuen Pilotstart und dem Echtstart gab es nicht genug Zeit und es war somit auch schwierig in der Umsetzung.</p>	<p>K15: Verhinderung der Umsetzung des Projektplans durch Corona K15.1: Verschiebung von Pilotstart und Echtstart K15.2: Kurze Zeitspanne zwischen Pilotstart und Echtstart sorgte für schwierige Umsetzung</p>
<p>„... einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zunächst bei Echtstart nicht geschult waren aber dann im weiteren Verlauf geschult werden konnten.“ (TPL)</p>	<p>Einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen wurden erst nach Echtstart geschult</p>	<p>K16: verspätete Schulungen der Mitarbeiter</p>

<p>„Genau ... als hinderlich finde ich natürlich auch die nicht ausgemerzten Systemfehler... und die natürlich dann auch zur Konsequenz haben, dass die Anwender auch demotiviert sind, weil die Fehler dann einfach so plötzlich auftauchen.“ (TPL)</p>	<p>Es gibt noch nicht gelöste Systemfehler. Die Anwender und Anwenderinnen sind demotiviert.</p>	<p>K17: vorhandene Systemfehler K17.1: Demotivation der Anwender und Anwenderinnen</p>
<p>„Verbunden dann wiederrum mit der nicht so guten WLAN-Ausstattung. Wenn das besser wäre, könnten dann auch die iPads entspannter eingesetzt werden.“ (TPL)</p>	<p>Die WLAN-Ausstattung ist nicht so gut.</p>	<p>K18: schlechtes Internet</p>
<p>„Ich denke ein hemmender Faktor war sicherlich auch ein Wechsel in der Projektleitung. Muss mal kurz überlegen. 2019 gab es einen Wechsel in der Projektleitung, das war sicherlich erschwerend.“ (TPL)</p>	<p>Der Wechsel in der Projektleitung am zweiten Standort war ein hemmender Faktor.</p>	<p>K19: Projektleitungswechsel (Standort 2)</p>
<p>„Und was dann noch sicherlich schwierig war ... die sind gestartet ohne Teilprojektleitung, die kam dann ja erst Anfang des Jahres dazu“ (TPL)</p>	<p>Am zweiten Standort ist die Pilotierung ohne Teilprojektleitung gestartet.</p>	<p>K20: Pilotstart ohne Teilprojektleiterin (Standort 2)</p>
<p>„Wir haben es hier zutun mit epa, LEP, mit der Telekom und eben zu gucken wo muss welches Problem platziert werden und das das natürlich die Telekom, von der wir sehr abhängig sind, ohne weiteres immer auf unsere Anliegen reagieren kann. Das dauert alles immer ein bisschen.“ (TPL)</p>	<p>Wir haben es zu tun mit drei Komponenten. Es ist schwierig zu identifizieren wo welches Problem hingehört. Wir sind abhängig von der Telekom.</p>	<p>K21: schwere Zuordnung der Probleme, da verschiedene Komponenten mit einander agieren K21.1: Abhängigkeit von der Telekom</p>
<p>„ja ... die räumlichen Kapazitäten. Ich finde man bräuchte zu Anfang für die Dokumentation einen ruhigen Raum, wo man sich irgendwie zurückziehen kann. Ich habe das Telefon hier, ich habe zwanzig Nachfragen, ich habe die Ärzte hier.“ (Pfleger 4)</p>	<p>Es gibt keine räumlichen Kapazitäten, um die Dokumentation in ruhe zu machen. Diese ist zu Anfang erforderlich</p>	<p>K22: räumliche Kapazitäten für die Dokumentation sind nicht vorhanden</p>

Das Transkript

Interviewpartnerin: Teilprojektleiterin

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich gerne herausfinden welche hemmenden und fördernden Faktoren Sie während der Implementierung von epaAC und LEP als fördernd bzw. hemmend empfunden haben? Also wäre meine erste Frage welche Faktoren Sie während des Implementierungsprozesses als fördernd empfunden haben. #00:00:29

B4: Genau... also ich denke ein grundsätzlicher Faktor war, dass alle darauf gewartet haben, dass wir die Pflegedokumentation digitalisieren oder eben im iMedOne machen können, d.h. es war erstmal grundsätzlich eine große Bereitschaft ... da. Für mich als Projektleiterin war es gut so ein Projekt schon zu kennen. Wir haben vor sechs Jahren ja den Pflegearbeitsplatz im iMedOne implementiert und haben das auch standortübergreifend gemacht und von der Projektorganisation sollte das eben wieder genauso sein. Was ich auch noch sehr hilfreich fand, was sich verbessert hatte auch im Vergleich zum ersten Schritt, war das wir in der IT eine Mitarbeiterin hatten die ausschließlich nur für uns zuständig war ... sodass wir also alle Fragen rund um Berechtigung und alle Grundvoreinstellungen mit ihr direkt klären konnten, das war also schon sehr hilfreich und hat uns viel weitergebracht. Hilfreich war auch, dass ich meine Erfahrungen schon gemacht hatte und somit in der Thematik schon drin war. Förderlich für die Implementierung war sicherlich auch, dass wir über einen gut ausgestatteten IT-Schulungsraum verfügen, sprich sechs Plätze, die also auch unter Corona-Bedingungen genutzt werden konnten und ... sicherlich auch förderlich war, dass Multiplikatorensystem, dass also von jeder Station eine Person Multiplikatorin war, um die Schulung zu übernehmen und dann eben auch engmaschig zu begleiten. Also ja ... grundsätzlich sind das dann die Rahmenbedingungen, die Einstellung der Leute ... genau ja. #00:04:07

Ich bedanke mich bis hierhin. Das sind schon viele Aspekte. Nun möchte ich Ihnen die Gegenfrag stellen. Welche Faktoren haben Sie, als Teilprojektleiterin, bei der Implementierung von epa AC und LEP als hinderlich empfunden?

B4: Gerne, Gerne. Ja... fangen wir mit den Rahmenbedingungen nochmal an. Schwierig war

sicherlich, dass unser ursprünglicher Pilotstart plus Roll-Out ja verschoben werden musste durch den zweiten Corona-Lockdown. Dadurch ist unser ganzer Projektplan ein bisschen ins Trudeln geraten und die Multiplikatoren... also wir haben dann eben den Pilotstart an beiden Standorten zur selben Zeit gemacht, aber den Echtstart am ersten Standort haben wir sehr zügig nach dem Pilotstart gemacht, 4 Wochen später glaub ich, oder 5 Wochen später ... das war sehr schwierig letzten Endes in der Umsetzung, es war ein hohes Maß an Schulungsterminen was bewältigt werden musste und was vor allen Dingen mit der anfallenden Belastung auf Station koordiniert werden musste. Einfach aus dem Grund, weil die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen dafür Zeit brauchten und es gleichzeitig auf den Stationen Ausfälle gab, die wiederum kompensiert werden mussten. Das hatte zu Folge das schon einige Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen zunächst bei Echtstart nicht geschult waren aber dann im weiteren Verlauf geschult werden konnten. Ach so, ... mir fällt gerade noch was ganz ganz positives ein. Und zwar hatten wir ja drei Studenten, die uns geholfen haben, Mensch ... Also Nachtrag zu den förderlichen Faktoren ist, dass unsere Pflegedirektorin rechtzeitig sich bemüht hat drei studentische Praktikantinnen und Praktikanten ... für uns zu engagieren die uns drei Monate lang sowohl bei der Pilotierung als auch beim Echtstart geholfen haben. Ich würde sogar sagen, dass ist eigentlich der allerwichtigste Faktor. Das war natürlich sehr förderlich. Und dadurch das wir dann noch eine Präsenz von 08:00 bis 08:00 Uhr abends gewährleisten konnten und die drei, nach einer entsprechenden Einführungsphase, sich sehr gut im System auskannten und dann auch noch die Mitarbeiter kannten und sich dann auch noch ein vertrauensvolles Verhältnis aufgebaut haben. Also alle drei wurden dann als die Supporter anerkannt die sie eben sind ... genau. Sie haben dann auch zuverlässig zugearbeitet. #00:09:08

An dieser Stelle möchte ich mich bedanken, dass die Hilfe so anerkannt wird. #08:26:05

B4: Selbstverständlich! Also ein günstiger Faktor ist mir gerade wieder eingefallen, ich weiß nicht, ob ich das schon sagte, auf jeden Fall ist der günstige Faktor das die Endanwender den Umgang mit dem iPad schon kannten. Also die haben zwar was anderes drauf gemacht, aber grundsätzlich war das Handling klar. Also wie man es an macht und ausmacht und wo das WLAN ist und deswegen hatten wir damit nicht zusätzlich auch noch einen Aufwand, weil die Hardware schon bekannt war. Das war noch ein positiver Aspekt ... und nun nochmal zu den hemmenden Faktoren zurück. Genau ... hemmender Faktor war ja die Verschiebung

durch die Corona – Geschichte und dann die dadurch resultierte verkürzte Pilotphase, das wir eben nur wenig Zeit hatten bestimmte Themen zu klären eigentlich, durch diese sehr kurze Phase bis zum Echtstart musste die Stationen sehr intensiv in den Schulungsbetrieb einsteigen, was dann auch noch dazu führte das wir bis zum Echtstart nicht alle geschult hatten. Wir haben die anderen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ja dann geschult, während der Echtstart schon lief. Also die Zeitplanung hier war etwas hinderlich. Das hätte ich mir natürlich anders gewünscht. Eher dann 8 Wochen Pilot oder so. Das wäre ganz gut gewesen. Genau ... als hinderlich finde ich natürlich auch die nicht ausgemerzten Systemfehler. In meiner Vorstellung gab es das nicht so. Also das mal was nicht funktioniert ist klar, aber dass wir mit zwei, drei massiven Fehlern zu kämpfen haben die immer mal wieder auftauchen und die natürlich dann auch zur Konsequenz haben, dass die Anwender auch demotiviert sind, weil die Fehler dann einfach so plötzlich auftauchen. Man kann was dagegen machen natürlich irgendwie, also meistens rettet ihr das ganze ja auch in irgendeiner Form. Aber eigentlich ist es nie so, dass die Anwender das selbstständig retten können. Das finde ich sehr mühsam und auch das es so lange braucht in der Bearbeitung. Also hemmend sind schon diese technischen Hürden. Ja gut... was auch hemmend ist, ist die schlechte Performance, die wir hier meistens auch haben. Also das es lange dauert bis es lädt, was dann insgesamt wieder die Anwender demotiviert. So nach dem Motto „Ich habe da jetzt keine Zeit für, ich muss jetzt erstmal weiter, so“. Das ist natürlich auch sehr schade. Genau ... also das es von der Infrastruktur schwierig ist. Naja ... was ich auch als erschwerend empfinde ist, dass die Mitarbeiter einfach mit einer recht dünnen Personaldecke zurechtkommen müssen und eigentlich immer in Eile sind, es gibt natürlich auch Ausnahmen, ganz klar ... aber das ist dann auch für sie eine starke Belastung, wobei man dazu sagen muss, dass bei solch einer Einführung dazu auszugehen ist, dass die ersten sechs Wochen erstmal mehr Belastung sind als Benefit. Wir haben ja auch gestern schon gehört, dass es viele auch als Bereicherung empfinden. Genau ... ich glaube das sind so die wesentlichen Dinge ... Gut und das wir gerne auch noch eins bis zwei PC-Arbeitsplätze mehr brauchen könnten auf den Stationen. Also die Verfügbarkeit der Hardware, das ist schon ein bisschen schwierig. Verbunden dann wiederum mit der nicht so guten WLAN-Ausstattung. Wenn das besser wäre, könnten dann auch die iPads entspannter eingesetzt werden. Man kommt irgendwie immer ins WLAN aber es ist manchmal nicht so ohne weiteres möglich. Jetzt überlege ich gerade... Also ich denke ein hemmender Faktor war sicherlich auch ein Wechsel in der Projektleitung. Muss mal kurz überlegen. 2019 gab es

einen Wechsel in der Projektleitung, das war sicherlich erschwerend. Für ihn persönlich aber auch für das Gesamtprojekt, denn es ist immer eine hohe Verantwortung und er hatte das vorher nie so umfänglich gemacht. Und was dann noch sicherlich schwierig war ... die sind gestartet ohne Teilprojektleitung, die kam dann ja erst Anfang des Jahres dazu. Also es gab ein paar personelle Entscheidungen die schwierig waren und sich sicherlich auch ausgewirkt haben. Und ansonsten denke ich so von der Kommunikation her hat es sich auch verbessert, nachdem sein Dokument eingerichtet wurde, auf welches wir alle zugreifen konnten, wo man sich dann immer gut informieren konnte über den Stand. Das hat eigentlich ganz gut funktioniert. Also ich denke eine Herausforderung ist auch ... wir haben es hier zutun mit epa, LEP, mit der Telekom und eben zu gucken wo muss welches Problem platziert werden und das das natürlich die Telekom, von der wir sehr abhängig sind, ohne weiteres immer auf unsere Anliegen reagieren kann. Das dauert alles immer ein bisschen. Ich denke da muss man sich dann auf einige Kompromisse einigen. Das sind dann von meiner Seite aus die wesentlichen Aspekte. #00:15:05

Ja, vielen Dank für die vielen Aspekte und Bereiche die Sie angesprochen haben und Danke für die Teilnahme.

Interviewpartnerin: Pflegefachkraft 3

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich herausfinden welche hemmenden und fördernden Faktoren Pflegefachkräfte*innen bei der Implementierung von epa AC und LEP empfunden haben. Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epa AC als hemmend empfunden? #00:00:28

B4: Als hinderlich? Also zu wenig Endgeräte und viel zu langsame Serverkapazitäten. Das ist das was hauptsächlich ist. Man braucht zu Anfang, wenn man sowas macht, mehr Zeit, das ist normal. Aber, wenn wir dann noch weniger Geräte zur Verfügung haben, dann wird das nichts. Ich sage man die Ansprechbarkeit, wenn wir Hilfe brauchten, war okay, aber es liegt einfach an der Serverkapazität, es ist zu langsam und wir haben zu wenig Geräte. Ich glaube auch ein weiterer Faktor ist, dass es ein bisschen anders aussieht auf dem iPad als auf dem PC und das macht die Sache so umständlich. Das es kein Laptop ist, weil es nochmal eine andere Oberfläche hat. Und wenn man sich auf was Neues einlassen soll, bis das läuft

und man dann immer noch umschalten muss zwischen verschiedenen Geräten, das finde ich ist ungünstig. #03:14:04

Klingt logisch! Weitere Aspekte die Ihnen einfallen sind? #00:03:01

B4: ja ... die räumlichen Kapazitäten. Ich finde man bräuchte zu Anfang für die Dokumentation einen ruhigen Raum, wo man sich irgendwie zurückziehen kann. Ich habe das Telefon hier, ich habe zwanzig Nachfragen, ich habe die Ärzte hier. Es wäre sinnvoller zu sagen Okay... und wenn es auch die Kammer XY ist, hier auf der Station machen wir einen Bereich und da hat man einen PC stehen, wo man sich konzentrieren kann, wo man zur Not auch zu zweit sitzen kann und das mal probieren kann. Aber hier im laufenden Betrieb ist es nach dem Motto so: Friss oder stirb. Entweder du hast es vorher kapiert und kannst es schon oder du wirst Probleme haben. Gerade für Leute die vielleicht langsamer schreiben oder sich überhaupt nicht so sicher sind, ob sie vielleicht was kaputt machen ... kann man ja eigentlich nicht ... das glaube ich wäre gut, auch wenn es unser iso – Vorbereitungszimmer gewesen wäre. Der wäre auf Station, man hätte die Klingel hören können, aber es guckt einem nicht jeder über die Schulter. Es fragt nicht jeder zwanzigmal. Das ist das was eigentlich stört. #00:05:06

Ja, das klingt schon Mal nicht schlecht. Als Gegenfrage: Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epa AC und LEP als förderlich empfunden? #00:05:20

B4: Was ich gut fand war, dass wir vorher eine Schulung bekommen haben, im sinne weniger der theoretische Hintergrund, sondern einmal alles gezeigt, also die Klickschulung. Das fand ich gut. Nicht den theoretischen Teil, das kann man auch als Handout so geben. Das ändert ja an meiner Arbeit nichts. Aber in der Umsetzung bringt es nichts. Es macht mich in meiner Arbeit nicht besser. Was ich gut fand, wir hatten den Leistungskatalog vorher schon ausgedruckt bekommen. Das ... also den habe ich mir vorher schon Mal angeguckt und den durchgearbeitet und markiert, wo ich was finde. Und ich glaube das sind auch die Sachen, die man schon vorher gucken muss. Okay, wir machen das jetzt auf in diese Fachrichtung... und dann braucht man auch von den Leistungen was anderes. Für uns ist dann eine Op-Vorbereitung nicht so interessant. Muss ich auch nicht wissen wo ich die Leistung unbedingt finde. Aber dieses, wo finde ich jetzt „EKG schreiben“ ist halt schon für

uns wichtiger. Das hat mir dann schon geholfen, dieser Zettel wo ich dann selbst gucken konnte. Positiv war auch, dass wir Ansprechpartner hatten an denen wir uns wenden konnten. Wenn wir ein Problem hatten, gab es immer eine Nummer die wir anrufen konnten und uns wurde auch direkt geholfen. Das sind für mich die wesentlichen Faktoren. #00:07:05

Ja, vielen Dank für das Interview und der Teilnahme! #06:42:04

Interviewpartner: Pfleger 2

I: Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als hemmend empfunden? #00:00:13-8#

B4: Also. Welche Faktoren waren hemmend bei der Implementierung?

Der erste Faktor war die Zeit. Wir sind sehr früh eingeführt worden in das System und dann war der Beginn sehr sehr viel später was die Dinge die man sich zu dem Zeitpunkt gemerkt hat, die waren dann zum Teil wieder irrelevant. Die waren dann zum Teil wieder vergessen. Ehm.. das fand ich persönlich nicht so optimal, sagen wir es mal so.

Das zweite fand ich richtig schlecht, dass im wesentlichen Moment nämlich das iPad welches die Möglichkeit bietet epa nah ... am Patienten zu machen, nicht da war. Das ist noch viel später gekommen.

Das dritte, dass das iMED auf dem iPad anders umgesetzt ist als hier auf dem Rechner. Das bedeutet, wenn ich auf epa irgendwas aktivieren soll auf dem iPad, muss ich erstmal suchen.. hä? wie ging das noch? und es ist vor allem da auch inkonsistent. Es macht.. man fragt sich auch warum muss ich jetzt darauf drücken und das machen. Auf dem Computer erklärt es sich von alleine durch die Menüsteuerung die sowieso schon auf dem Rechner bekannt ist. Aber auf dem iPad ist das nicht so konsistent von sich aus. Daher habe ich ja schon auch einige Sachen gemacht, die Wunddokumentation und analog zu den Wunddokumentation wie das Handling da ist, ist es nicht auf epa. Es ist anders. Eine epa anlegen auf dem iPad ist da anders als am Computer. So, das ist das Handling vom, ehm, also von den Geräten.

Dann fand ich bei der Implementierung ausgesprochen problematisch, dass wir zu dem Zeitpunkt als wir diese Programme neu bekommen hatten, das Haus auch voller Patienten hatten, richtig viele Patienten hatten und deswegen wir auch nicht ganz (...) und zwar eingekuppelt wurden sind, wie beim Auto zu sagen. Das heißt wir hatten auf einem Schlag

was neues und dann auch noch so viele Patienten. Darauf wurde nicht geachtet, möglicherweise kann man darauf auch nicht achten, aber man hätte ja sagen können Mensch wir hatten also viele neue Aufgaben, die sollten wir dann machen mit epa ja, aber nach 3 Tagen hattest du nur noch Neuaufnahmen beziehungsweise es waren alle fertig ehm neu mit diesem System zu machen und es war dann zu viel.

Diese Profile die dann erzeugt wurden, die sind mir nicht genau genug, aber das zeigt ja dann auch, dass dieses Programm ein interessantes Angebot ist. Ich hätte zum Beispiel ganz gerne ein Profil bei Aufnahme und eins bei.. zusätzlich noch ein Profil bei Entlassung, postoperativ und präoperativ ein, ein Profil. Solche Sachen, also die wirklichen Benefits von diesem Programm, die sind nicht richtig bei uns ausgespielt wurden, die Karte. Es wurde gleich das volle Programm für die Geriatrie fast schon, ja? Für die vollen Pflegefälle, aber ja.. so. Das fand ich war bei der Implementierung hemmend.

Ehm.. Genau. Das ist für mich unlogisch das man nur anklicken kann bei der Neuanlage von Patienten "Er kann alles", das ist eben halt möglich anzuklicken. Aber einen kompletten Pflegefall, den muss ich so vollkommen darstellen, da ist es inkonsistent. Da braucht man den Button „Pflegefall“. Sag ich mal, von hinten aufgerollt Pflegegrad 5 oder Pflegegrad 4 oder meinetwegen auch 2. Oder wenn man zuerst sagt "mobilitätseingeschränkt" das reicht erstmal. Und das wars. Die meisten sind erstmal mobilitätseingeschränkt dann können sie sich im Bett vielleicht später dann nicht mehr, also jedenfalls da ist keine Differenzierung mehr (...). Deswegen habe ich das auch nicht mehr so gerne dann genommen, weil die Zustimmung zu dem Programm. also die Motivation das auch zu benutzen fällt in dem Moment wo du merkst (...) behindert mich einfach. Also von der Zeit her Also Pflegefall mit epa ist eine Katastrophe Jedenfalls so wie es momentan ist. #00:05:00-0#

I: Ja.. okay. Danke. Weitere Faktoren die Ihnen einfallen? #00:05:12-0#

B4: Ich glaube ich habe alle genannt.. ich meine doch, doch es gibt ein Faktor noch. Wir sind hier gelegentlich zu dritt und wie ihr seht plus Bürokratie fehlt hier ein Rechner. Wenn man das dann mit iMed macht äh.. mit dem iPad macht, ich kann da keine Tastatur benutzen und deswegen finde ich das scheiße, der Pc hier ist langsam, der andere noch langsamer und ehm... das ist, finde ich ein Nachteil. Das heißt es fehlt ein dritter Rechner.

Und was ich die ganze Zeit noch sagen wollte, das hat mich nämlich die ganze Zeit noch

genervt Du musst ewig warten, bis das epa-Modul aufgerufen ist. ewig, gefühlt eine halbe Ewigkeit Das das nicht sofort da ist.

Die Aufmachung der Menüs also das Aufklappen das finde ich auch nicht so gut, weil man möchte gerne ein komplett aufgerolltes Menü, ja? Und dann klickst du nur an, die Buttons. Aber nicht das du da so diese Rollbuttons hast, das ist komplett bescheuert, weil erst musst du es anklicken und dann nochmal aussuchen und wenn dann die Bildschirmkarte scheiße ist dann dauert das ewig, das ist blöd. Du bist ja zum schluss automatisiert dabei, das heißt du weißt was dich in dem Menü erwartet un dann möchtest du das einfach haben. Dann klickst du das an oder das an und das an. Das ist dann nur noch ein Klick. Rollbutton sind mehr, das sind dann meistens zwei oder drei Klicks. Manchmal musst du sogar erstmal reinklicken, runterscrollen und kannst dann erst klicken. Das nimmt viel mehr Zeit in Anspruch als wenn du nur so ein großes offenes Feld hast und du dann entweder den, den oder den anklickst und fertig. Das finde ich richtig schlecht an epa, was blöd ist. Der Vorteil ist außerdem auch, wenn es aufgerollt ist, also wenn es so ist wie ich es eben gesagt habe, mit Checkboxen dann kannst du nämlich mit dem Scrollrad locker nach unten scrollen. Das funktioniert super. Naja.. das sind so die Sachen. Mehr habe ich momentan nicht. #00:08:15-3#

I: Super. Vielen Dank ... Jetzt kommt eine Gegenfrage. Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung als förderlich empfunden? #00:08:50-6# #00:05:00-0#

B4: Das ihr da wart. Main support. Eure freundliche Art, ja... und das ihr wirklich interessiert wart. Es ist ja so, ihr seid permanent da gewesen, ihr habt später erst gemerkt das man nicht bei Dienstbeginn sofort epa macht, das man eben später kommt. Aber das ihr da wart hat eben gezeigt, dass ihr Aufnahmefreudig seid. Ihr hattet j auch eine Nummer die man immer anrufen konnte. Das hat die Sache gut begleitet. Wir waren damit nicht alleine und die drei Male wo ich dachte was ist denn hier los? Konnte man euch sofort erreichen und das Problem war geregelt und das war gut. Ihr habt uns nicht alleine gelassen. Das war das wichtigste daran, finde ich. Also was es sehr gefördert hat. Und joa... die Schulungen, daran war jetzt nichts auffälliges, war alles gut. #00:10:11-7#

I: Super, das ist doch ein guter Abschluss. Ich bedanke mich sehr für das Interview. #00:10:22-2#

Interviewpartner: Pflegefachkraft 1

I: Welche fördernden Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP empfunden? #00:00:36-5#

B4: Welche fördernde Faktoren .. Also ich muss vorweg sagen das ist nicht meine erste Implementierung. Ich war schonmal bei einer dabei. Also ganz neu ist das für mich nicht. Von Akte, also von Handschrift zu digital umzustellen. Ich wusste im Vorfeld schon was mich erwartet. So ein bisschen zumindest. Fördernde Faktoren ... Ja, auf jeden Fall das wir halt Technik hier haben im Haus um das gewährleisten zu können. Das ist ein positiver Faktor. Alleine das wir so viele Multiplikatoren bei euch hatten, weil wir eine Pilotstation waren. Die Tatsache das wir Pilotstation waren und halt die den Monat noch zweitgleisig fahren konnte, mit Digitalisierung und handschriftlicher Akte. Das fand ich auch ganz gut. Ansonsten die Absprache im Team finde ich ganz gut. (...) Die Praktikanten hier und so weiter. Eigentlich alle die am Projekt beteiligt waren, weil sie ja alle ansprechbar waren für uns und in der Zeit auch da. Das hat uns schon sehr viel ausgemacht. (...) Alleine für den Fall das wir mal Hilfe brauchen. #00:02:06-2#

I: Ja, danke bis hierhin. Fallen Ihnen denn noch weitere fördernde Faktoren ein? #00:02:07-2#

B4: Also wir haben ja auch die Handbücher bekommen (...) und die Fortbildung gehabt, die Schulungen gehabt. Ja, finde ich schon fördernd. Ja, aber einige Elemente waren sogar eher hindernd für mich, muss ich sagen. (...) Es gibt Sachen die erzählt wurden wie ist eine Sache entstanden und hast du nicht gesehen. Das war schön zu hören, aber bringt mich in der Situation nicht weiter. (...) (...) die Leute die schon die (...) immer ausgefeilter und immer detaillierte Info. Dadurch kriegt man halt einen anderen Input. Die Kollegen waren sehr fördernd an sich und allein schon die Infos das kannst du so machen und so machen #00:03:14-0#

I: Danke! Nun als Gegenfrage: Welche Faktoren haben Sie bei der Implementierung von epaAC und LEP als hinderlich empfunden? #00:03:12-8#

B4: Als hinderlich ... also erstmal ist das Programm, das ist ja kein norddeutsches Programm so wie es ist. Die Maßnahmen wie sie benannt sind teilweise in den Maßnahmenkatalogen sind schwierig, zumindest so einige, die sind schwer zu deutschen. Klar, über weiteres Denken kriegt man das hin. Aber das schwierige ist, finde ich, zu wissen was ist inkludiert in dieser Maßnahme und was nicht. Also was beinhaltet diese Maßnahme, weil ich suche eine Maßnahme, ich denke sie mir schon vorher im Kopf, also den Pflegeplan und dann suche ich sie raus, will sie einfügen und dann heißt es: Ja sie ist schon da und da enthalten. Und dann denke ich das ist wieder verschenkte Zeit irgendwo, das ist dann halt gewöhnungsbedürftig. #00:04:07-3#

B4: Dann was noch hinderlich war ... das war als ich Nachtschicht hatte, das war ganz zur Anfangsphase von epa und LEP und ich wollte über epa jemanden einfügen ins System, also einen neuen Patienten und eine Anamnese machen. Es ging nicht. Ich konnte nichts abschließen, mein Name war nicht hinterlegt. Ich konnte nichts mehr anklicken... also diese Technik, die technischen Schwierigkeit, das ist behindernd sage ich mal. #00:04:37-5#

B4: Dann auch noch das wir keine eigene IT haben. Sondern das wir nur von der IT der Albertinen angewiesen sind. Das finde ich ist für die Digitalisierung eigentlich ein No-Go #00:04:47-6#

I: Also Sie meinen es gibt hier keine interne IT hier im Haus #00:04:47-6#

B4: Ja richtig. Man kann alles nur übers Telefon hier machen. Es kommt keiner vorbei Die machen auch alles nur über Telefon und, wenn nicht, dann wartet man immer nur Stundenlang. So ... das kann irgendwie nicht sein. (...) #00:05:00-0#

B4: ja und einiges steckt noch in den Kinderschuhen habe ich das Gefühl, diese Kittel, die Maßnahmenpakete finde ich ne super Sache. Also es geht schnell, es ist effizient aber sie ging ja anfangs nicht. Sie gingen anfangs nicht, ja das ist halt alles wenn das noch nicht so

ausgereift ist, aber damit müssen wir halt alle rechnen. Das war uns glaub ich allen bewusst, dass (...) von Anfang an schwierig ist. #00:05:26 #00:05:00-0#

B4: Ja ... was war noch hinderlich ... ich persönlich war handschriftlich schneller, das mit dem Abhacken am Computer ging jetzt (...) ist aber alles ne Gewohnheitssache glaub ich. Und was noch hinderlich ist, ist wenn wir mehrere Personen im Dienst sind. Wir haben ja hier eine Stationssekretärin plus auf jede Seite eine Fachkraft. Wenn wir jetzt eine Fachkraft extra dazu haben oder Azubis je nachdem, weil wir sind ja Auszubildendenstation. Wir haben drei Computer zur Verfügung Einer ist immer durch die Sekretärin besetzt und einer entweder durch die Physio die jetzt auch notgedrungen aufgrund von COVID hier bleiben muss auf der Station. So ... dann bleibt einer für die Fachkraft übrig um epa und LEP zu machen und um alles zu dokumentieren, Tja #00:06:11 #00:05:00-0#

I: Also würdest du sagen dadurch das überhaupt die Technik im Haus ist, ist die Implementierung machbar aber es ist zu wenig Technik und das hemmt dann wiederum den Implementierungsprozess #00:06:23

B4: Es ist deutlich zu wenig Technik, finde ich persönlich. Ich kenne es anders. #00:06:37

I: Ja, vielen Dank für Ihre Zeit und die Interessanten Argumente #00:06:39