

Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus:

Die wahre Belastung durch Dokumentation an deutschen Akutkrankenhäusern wird unterschätzt

HIMSS EUROPE

März 2015

Diese Studie wurde durch
Nuance Healthcare ermöglicht.



Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus

„Das Verhältnis zwischen Dokumentationsaufwand und Patientenarbeit stimmt nicht mehr überein.“

Krankenhäuser stehen vor der Herausforderung, Kosten und Qualitätsanforderungen im Gleichgewicht zu halten, ohne dabei die Mitarbeiterzufriedenheit aus den Augen zu verlieren. Die Dokumentation spielt dabei eine Schlüsselrolle: Durch die Aufzeichnung behandlungsrelevanter Daten erlaubt sie es, Patienteninformationen verfügbar zu machen und gleichzeitig Transparenz über den Ressourceneinsatz herzustellen.

Jedoch ist die Dokumentation auch ein großer Zeitdieb. Sie stiehlt insbesondere Ärzten in steigendem Maße Zeit, die sie lieber mit Patienten verbringen würden. Zwar klagen Kliniker über diesen Zeitaufwand, unterschätzen aber oft die objektive Belastung. Um diesen Zeitdieb dingfest machen zu können, muss man genau verstehen, wer wo wie und für wie lange dokumentiert, denn bedingt durch mangelnde Datentransparenz wissen Krankenhäuser oft nicht genau, wo sich diesbezüglich Einsparpotenziale anbieten.

HIMSS Europe hat daher mit Unterstützung von Nuance Healthcare eine Erhebung in deutschen Akutkrankenhäusern durchgeführt, die untersucht, inwieweit Transparenz über den tatsächlichen Aufwand, der durch klinische Dokumentation verursacht wird, vorliegt. Darauf basierend wurde das Einsparpotenzial, das sich durch den Einsatz digitaler Technologien ergibt, berechnet.

Ziel der Studie

Quantifizierung des Zeitaufwands der patientenzentrierten Dokumentation und Analyse der Opportunitätskosten, insbesondere hinsichtlich der Auswirkungen auf Patienten, Krankenhaus und Arbeitsqualität der Ärzte, und Berechnung des Einsparpotenzials, das sich durch den Einsatz digitaler Technologien ergibt.

Dabei wird der gesamte klinische Dokumentationsaufwand zwischen Patientenaufnahme und Entlassung sowie der damit in Zusammenhang stehenden Arbeitsschritte inklusive aller dabei anfallenden Abläufe wie Transkriptionen und Korrekturlesen, unter Ausschluss der Leistungen von Schreibbüros, im Verlauf eines Falles erfasst. Dazu wurden Ärzte und Pfleger aller Fachrichtungen, mit Ausnahme der Radiologie, befragt.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung der Ergebnisse	2
Ärzte verbringen 4 Stunden des Arbeitstages mit Dokumentation	3
Aufwand am höchsten in Chirurgie und Innerer Medizin	4
Wird wirklich so viel Zeit „verdokumentiert“?	5
Kosten der Dokumentation verschlingen 21 % der Personalkosten für Ärzte und Pfleger.....	6
Trend steigend: Umfang der Dokumentation ist gewachsen	7
Untersuchung besonders aufwendiger Dokumentationsprozesse	8
Urologie führend in computergestützter Dokumentation	10
Fehlende Informationen kosten Ressourcen	11
Digitale Dokumentation erleichtert die Arbeit	11
Digitale Dokumentation ist verbesserungsfähig	14
Hoher Dokumentationsaufwand drückt Arbeitszufriedenheit.....	17
30 Minuten mehr Zeit – Win–win für Arzt, Patient und Krankenhaus	19
Digitale Spracherkennung schafft Zeit im Krankenhausalltag	20
Fazit	22
Informationsquellen / Relevante Untersuchungen des Dokumentationsaufwands	25
Über HIMSS Europe.....	26

Zusammenfassung der Ergebnisse

Ärzte dokumentieren pro Tag durchschnittlich 4 Stunden beziehungsweise 44 % ihrer Arbeitszeit. Der zeitliche Dokumentationsaufwand über alle Befragten hinweg ist in Chirurgie und Innerer Medizin am höchsten.

Ärzte und Pflegedienst unterschätzen den täglichen Dokumentationsaufwand: Die befragten Ärzte schätzten, dass sie 35 % eines Arbeitstages mit Dokumentieren verbringen, während es tatsächlich 44 % sind. In der Pflege sind es geschätzte 30 % im Vergleich zu 36 % tatsächlichem Aufwand.

Trend steigend: Mehr als 90 % aller Befragten finden, dass Detailgrad und Volumen der zu dokumentierenden Abläufe in den letzten 10 Jahren zugenommen haben.

Die Dokumentationskosten belaufen sich auf circa 21 % des gesamten Personalaufwands für Ärzte und Pfleger. Die HIMSS Studie fand heraus, dass es durchschnittlich 65.550 Euro im Jahr kostet, wenn ein Chefarzt dokumentiert.

Die aufwendigsten Dokumentationsprozesse sind Aufnahme- und Entlassungsbericht, auf die durchschnittlich 43 Minuten beziehungsweise 44 Minuten am Tag entfallen.

Fast die Hälfte des ärztlichen Dienstes dokumentiert computergestützt, im Pflegedienst sind es 52 %. Insbesondere Chefärzte nutzen das digitale Diktat.

In allen Fachrichtungen, mit Ausnahme der Anästhesie- und Intensivmedizin, dominiert die computergestützte Dokumentation. In der Urologie und HNO ist sie am meisten verbreitet.

Ein Viertel aller befragten Ärzte gab an, Mehrarbeit aufgrund fehlender Informationen zu haben.

Mehrheitlich schätzen die Befragten digitale Dokumentation, besonders Verfügbarkeit und Übersichtlichkeit der Daten, Zeitersparnis und abteilungsübergreifende Koordination.

Als Probleme im Umgang mit digitaler Dokumentation wurden erhöhter Zeitaufwand, Mehrfachdokumentation und EDV bedingte Schwierigkeiten identifiziert.

36 % der befragten Ärzten setzt insbesondere die Arbeitsbelastung sowie die Dokumentationslast (27 %) zu. Dies beeinträchtigt die Zufriedenheit mit ihrem Beruf.

Das wichtigste Motiv der befragten Ärzte ihren Beruf auszuüben, ist das „Bedürfnis, Menschen zu helfen“.

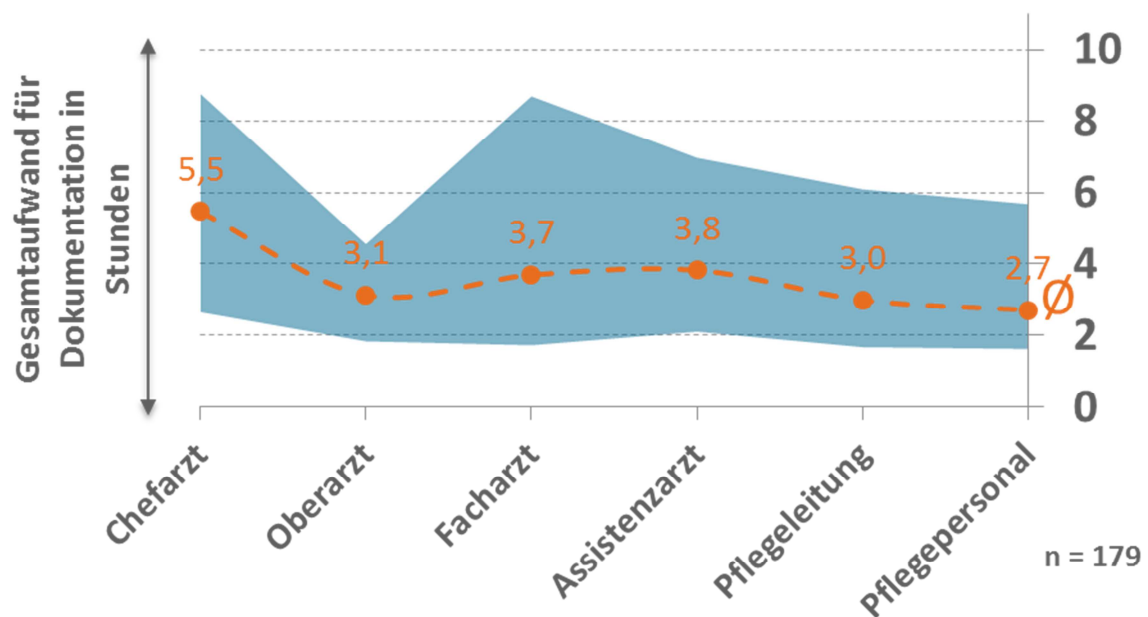
Jeweils ein Drittel der Befragten würde eine zusätzliche halbe Stunde Zeit am Tag dazu nutzen, ‚mehr Zeit für Patienten‘ zu haben beziehungsweise die ‚Versorgungsqualität zu erhöhen‘.

Digitalisierung kann Zeit im Krankenhausalltag schaffen: Durch die Implementierung von Spracherkennung für Ärzte und Pflegedienst können deutliche zeitliche Puffer geschaffen werden.

Ärzte verbringen 4 Stunden des Arbeitstages mit Dokumentation

Im ärztlichen Dienst entfallen täglich durchschnittlich 4 Stunden auf Dokumentation, dies entspricht 44 % ihrer täglichen Arbeitszeit. Bei Chefärzten ist die zeitliche Belastung mit 5,5 Stunden am höchsten, gefolgt von Assistenz- und Fachärzten. Der Pflegedienst dokumentiert täglich knapp 3 Stunden, oder durchschnittlich 37 % des Arbeitstags.

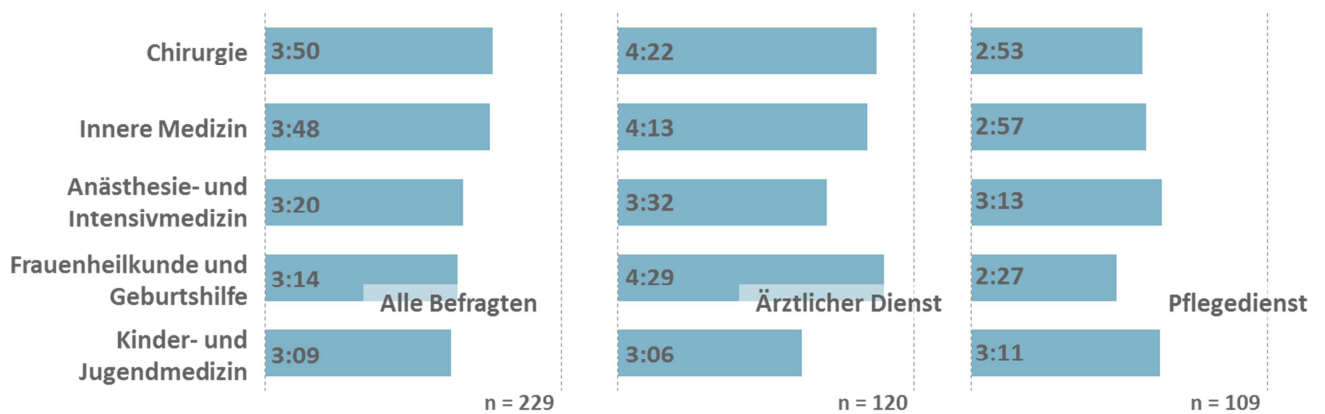
Abbildung 1: Gesamtaufwand nach Personengruppen



Aufwand am höchsten in Chirurgie und Innerer Medizin

Der zeitliche Dokumentationsaufwand über alle Befragten hinweg ist in Chirurgie und Innerer Medizin am höchsten. Ärzte aller untersuchten Fachrichtungen dokumentieren täglich durchschnittlich mehr als 3 Stunden. Im Pflegedienst ist der Aufwand im Bereich Anästhesie- und Intensivmedizin sowie Kinder- und Jugendmedizin am größten.

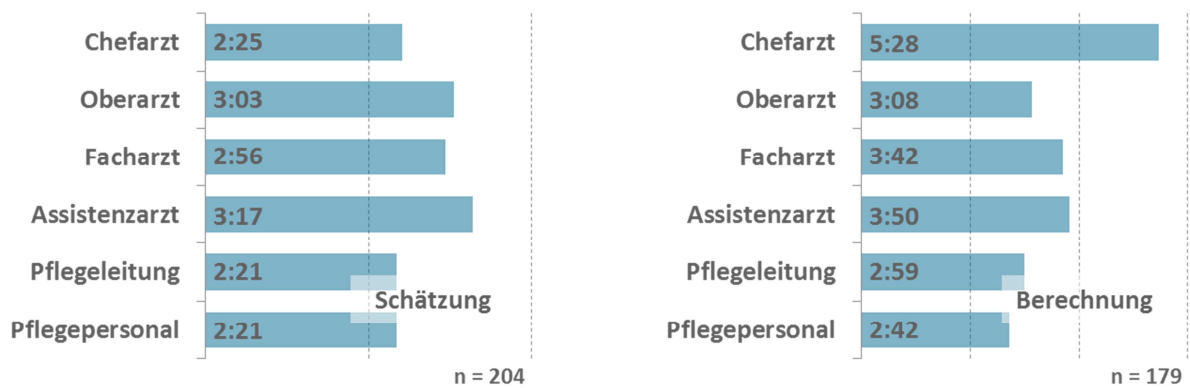
Abbildung 2: Gesamtaufwand in Stunden nach Fachrichtungen



Wird wirklich so viel Zeit „verdokumentiert“?

Gutes Zeitmanagement erfordert, dass auch mal mit Stoppuhr gearbeitet wird, um Wunschvorstellung und Realität zu konfrontieren. Dies kann zu erstaunlichen Resultaten führen. In der Studie stellte sich bei genauem Nachfragen heraus, dass sowohl Ärzte als auch Pflegedienst den täglichen Dokumentationsaufwand unterschätzen. Während Oberärzte im Durchschnitt ihren Aufwand am genauesten taxieren, verkennen Chefärzte die tatsächliche Belastung um 3 Stunden. Auch Fachärzte und Assistenzärzte unterbewerten ihren eigentlichen Aufwand um etwa eine halbe Stunde.

Abbildung 3: Selbsteinschätzung vs. tatsächlicher Aufwand



Kosten der Dokumentation verschlingen 21 % der Personalkosten für Ärzte und Pfleger

Die Dokumentationskosten belaufen sich auf 21 % des gesamten Personalaufwands für Ärzte und Pfleger. Im Jahre 2013 beliefen sich die gesamten Personalkosten an deutschen Krankenhäusern auf 53,8 Mrd.¹⁾, davon entfielen knapp 62 % oder 33,4 Mrd. Euro auf Ärzte und Pflegedienst. Auf dieselbe Quelle berufend, belaufen sich die jährlichen Personalkosten für Ärzte und Pfleger in einem Krankenhaus mit 450 Betten auf beinahe 26 Mio. Euro. Wenn man die in der Studie erhobenen Dokumentationszeiten auf einen repräsentativen Personalschlüssel eines 450 Betten Hauses überträgt, ergibt sich ein Aufwand von 5,5 Mio. Euro. Dies entspricht 21 % der Personalkosten für Ärzte und Pfleger.

Die HIMSS Studie fand heraus, dass es durchschnittlich 65.550 Euro im Jahr kostet, wenn ein Chefarzt dokumentiert, bzw. 30.914 Euro bei einem Oberarzt.

Abbildung 4: Kosten der Dokumentation pro Person & Berechnung der Personalkosten anhand eines Beispiel-Krankenhauses

Personen- gruppe	Tägliche Aufwand für Dokumentation / Person (in h:mm)	Kosten pro Tag / Person	Kosten pro Jahr / Person	Beispiel-Krankenhaus mit ... • 450 Betten • 12 Chef-, 15 Ober-, 20 Fach- und 93 Assistenzärzten, 10 Pflegeleitern und 170 Pflegekräften
Chefarzt	5:28	289 €	65.550 €	762.605 €
Oberarzt	3:08	141 €	30.914 €	463.703 €
Facharzt	3:42	133 €	29.175 €	583.495 €
Assistenzarzt	3:50	104 €	22.881 €	2.127.977 €
Pflegeleitung	2:59	59 €	12.987 €	129.869 €
Pflegepersonal	2:42	39 €	8.473 €	1.440.435 €
				5.508.083 €

Jährliche Kostenersparnis von 1,1 Mio. € möglich bei 20% Effizienzsteigerung durch die Verwendung von Spracherkennungs-Software.

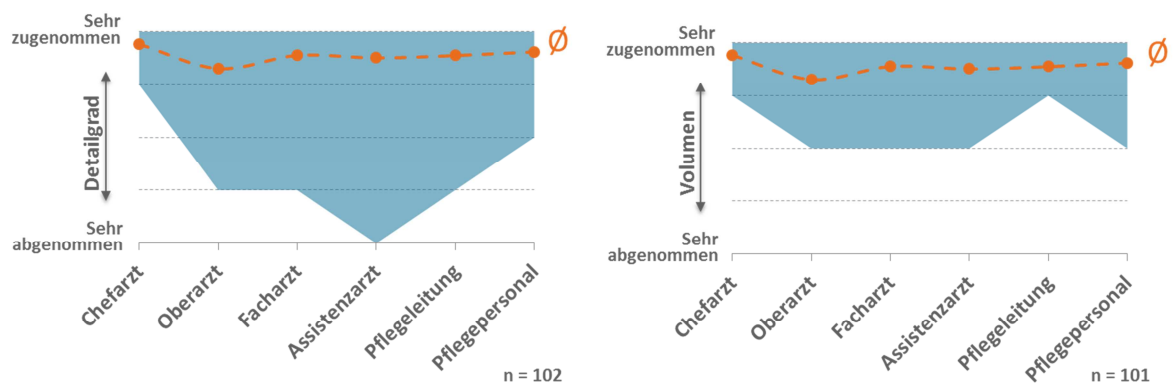
Berechnung für Ärztlichen Dienst basiert auf dem Grundgehalt nach TV-Ärzte VKA; für Pflegekräfte (ohne Leitungsfunktion) wurde Stufe E7 bzw. E12 (Pflegeleitung) des TVöD zu Grunde gelegt. Die Kosten enthalten 17% Zusatzkosten des Arbeitgebers.

1) Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden.

Trend steigend: Umfang der Dokumentation ist gewachsen

Mehr als 90 % aller Befragten finden, dass Detailgrad und Volumen der zu dokumentierenden Abläufe in den letzten 10 Jahren zugenommen haben. 72 % bewerten die Zunahme als „sehr stark“. Lediglich 6 Befragte finden, dass der Detailgrad abgenommen hat.

Abbildung 5: Entwicklung der Dokumentation – 10 Jahre Trend



94 %

aller Befragten bestätigen: Der **Detailgrad** der Dokumentation hat zugenommen.

97 %

aller Befragten gaben an: Das **Volumen** der Dokumentation hat zugenommen.

65 %

der Ärzte und Pflegekräfte betonen: Der Detailgrad hat **sehr stark** zugenommen.

72 %

der Ärzte und Pflegekräfte empfinden: Das Volumen hat **sehr stark** zugenommen.

Untersuchung besonders aufwendiger Dokumentationsprozesse

Die Dokumentation eines Krankenhausaufenthaltes zwischen Patientenaufnahme und Entlassung verläuft in verschiedenen Funktionsbereichen. Die im Rahmen der Studie untersuchten Prozesse stellen eine Auswahl besonders aufwendiger Dokumentationsformen dar. Dabei wurden 3 Bereiche analysiert:

1. Patientendokumentation:

Aufnahmebericht / Aufnahmeuntersuchung, Aufklärungsgesprächs, Erstellung von OP- oder Prozedurberichten, Verlegungsberichte, Anforderungsscheine, Entlassungsberichte, Dokumentation in der Kurve, Übergabedokumentation & Pflegeübergabe, klinische Verlaufsdokumentation

2. Administrative Dokumentation:

Kodierung / Verschlüsselung von Diagnosen & Prozeduren, Konsilien, Anfragen von Kostenträgern / MDK, Anträge für Reha / AHB / Kuren, Qualitätssicherung

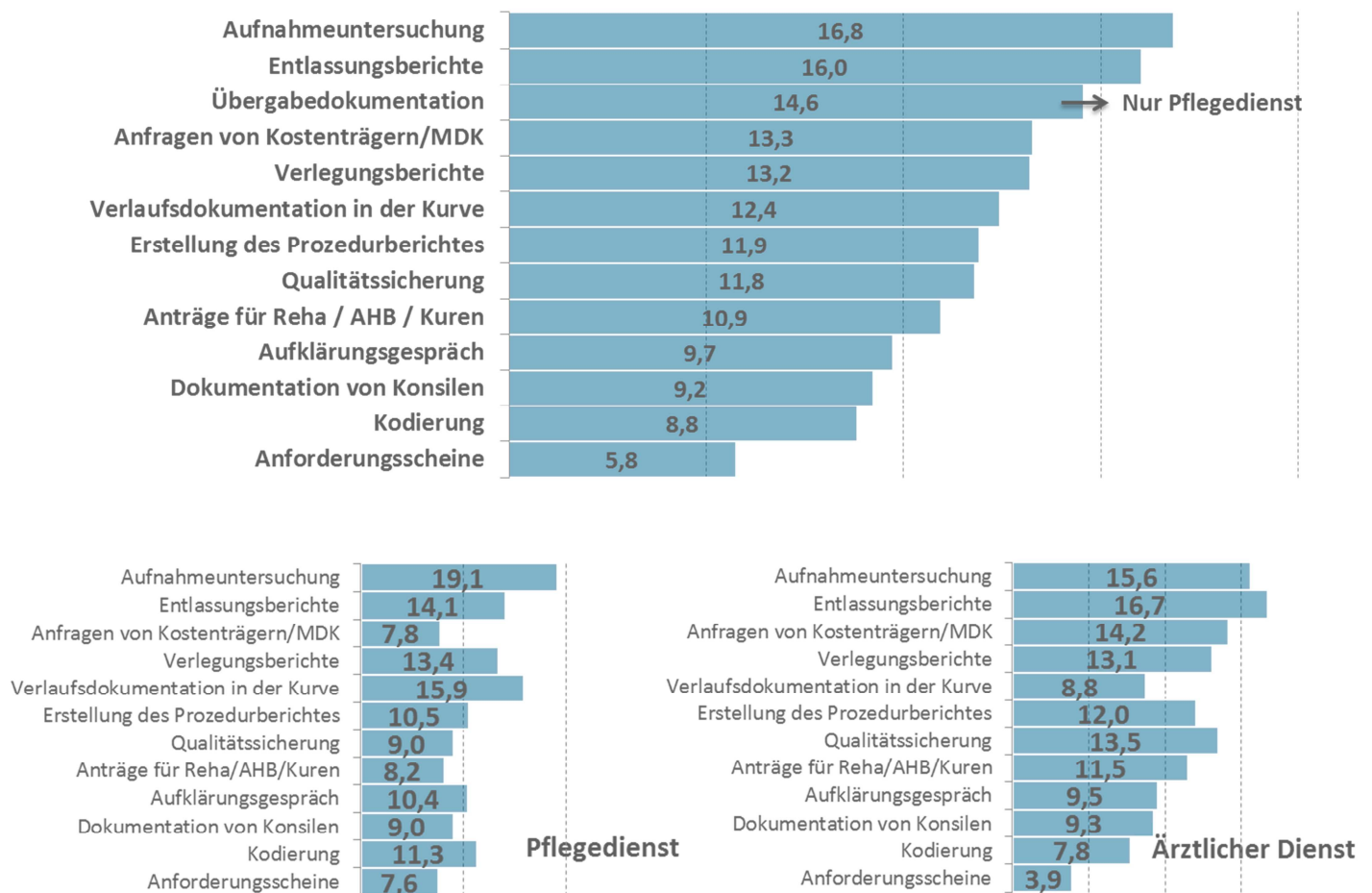
3. Sonstige Vorgänge:

Suche patientenbezogener Daten, Übergabedokumentation beim Schichtwechsel

Aufnahme- und Entlassungsbericht sind am zeitaufwendigsten

Die aufwendigsten Dokumentationsprozesse für alle Befragten sind Aufnahme- und Entlassungsbericht, gemessen in Minuten pro Fall, auf die durchschnittlich 43 Minuten (Aufnahmebericht) bzw. 44 Minuten (Entlassungsbericht) am Tag entfallen. Zusätzlich ist für den Pflegedienst die Verlaufsdocumentation in die Kurve ein zeitintensiver Dokumentationsvorgang mit durchschnittlich 50 Minuten pro Tag. Insgesamt verursachen 9 von 13 Dokumentationen einen Aufwand von mehr als 10 Minuten pro Fall.

Abbildung 6: Aufwand in Minuten je Fall



Aus der Aufnahmeuntersuchung:

„Der Anamnesebogen wird einmal durch den Arzt und einmal durch die Krankenschwester erhoben. Beide Bögen werden anschließend lediglich in der Patientenakte abgeheftet. Der Pflegebogen wird allerdings im Computer eingegeben.“

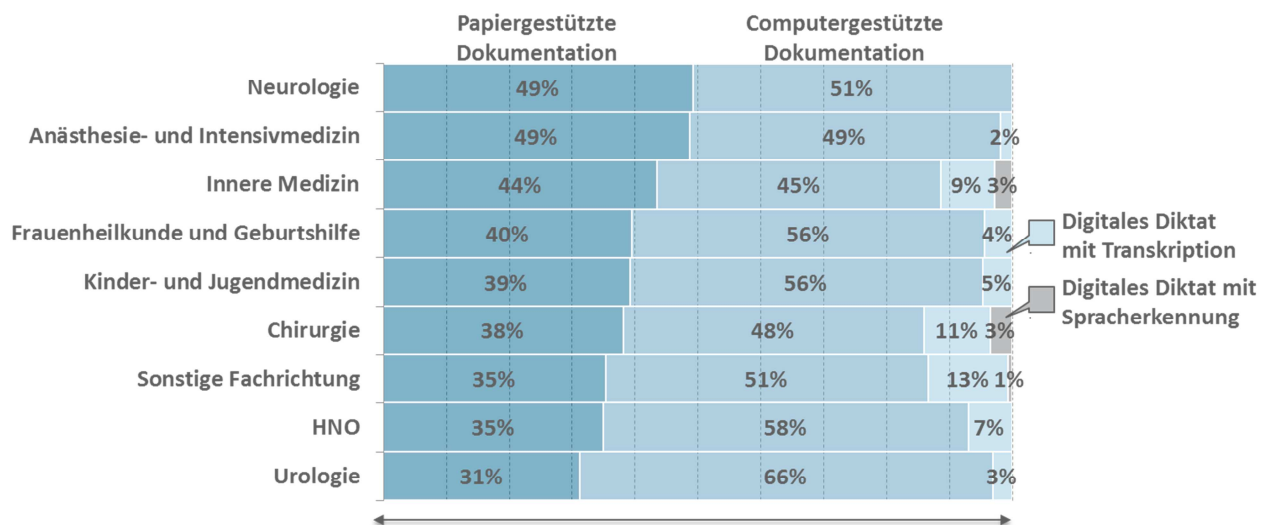
Zur Anfertigung von Entlassungsberichten:

„Das handschriftlich ausgefüllte Dokument wird in der Patientenakte abgeheftet.“

Urologie führend in computergestützter Dokumentation

In allen Fachrichtungen dominiert die computergestützte Dokumentation, außer in der Anästhesie- und Intensivmedizin, wo sich papier- und computergestütztes Arbeiten die Waage halten. In der Urologie und HNO ist computergestützte Dokumentation am meisten verbreitet. Digitales Diktat mit Transkription wird am häufigsten in der Inneren Medizin und Chirurgie genutzt, die als einzige Abteilungen zu geringem Umfang auch schon digitales Diktat mit Spracherkennung verwenden (3 % der Befragten).

Abbildung 8: Verteilung der Dokumentationsmethoden innerhalb der Fachrichtungen



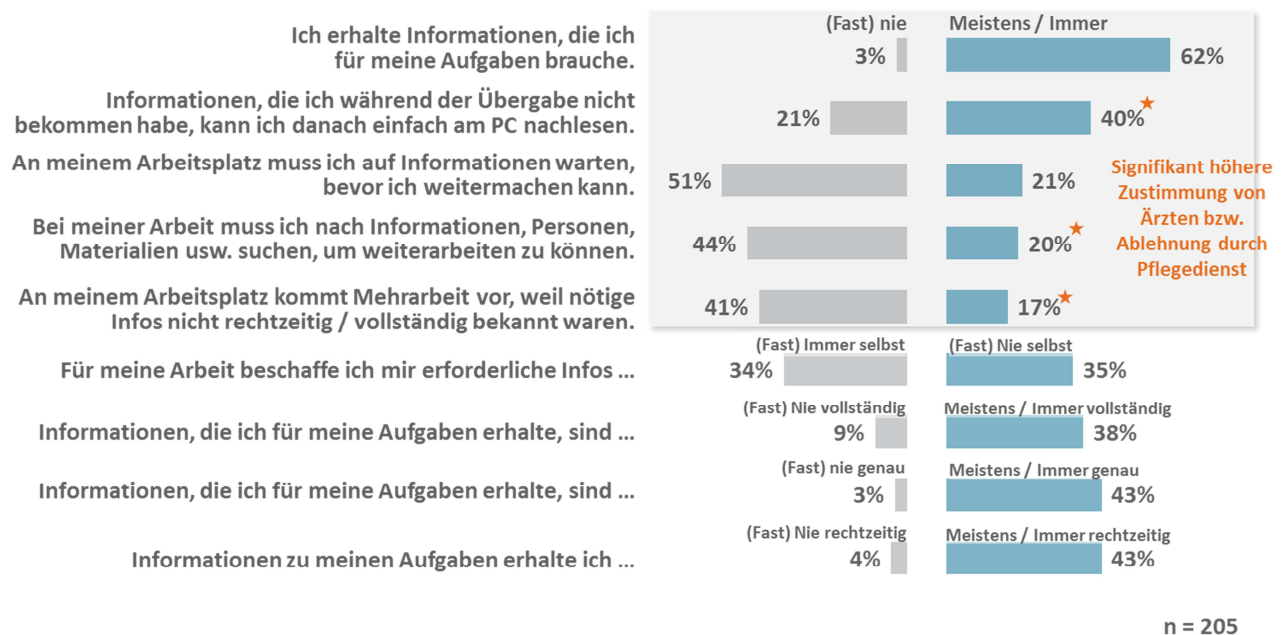
n = 229

Kategorie „Sonstige Fachrichtungen“ umfasst: Geriatrie, Augenheilkunde, Pathologie, Psychiatrie, Onkologie, Orthopädie, Dermatologie

Fehlende Informationen kosten Ressourcen

Ärzte müssen häufiger als Pflegepersonal auf Informationen warten bzw. danach suchen, um weiterarbeiten zu können. Ein Viertel aller befragten Ärzte gab an, Mehrarbeit aufgrund fehlender Informationen zu haben. Im Pflegedienst wurde häufiger die fehlende Möglichkeit, Infos am PC nachzulesen zu können, bedauert. Diese Beschränkungen treten insbesondere bei der papiergestützten Dokumentation auf.

Abbildung 9: Informationsweitergabe während der Übergabe



**23
Minuten**

dauert die **Übergabedokumentation beim Schichtwechsel**.
21 Minuten im ärztlichen Dienst und 24 Minuten im Pflegedienst.

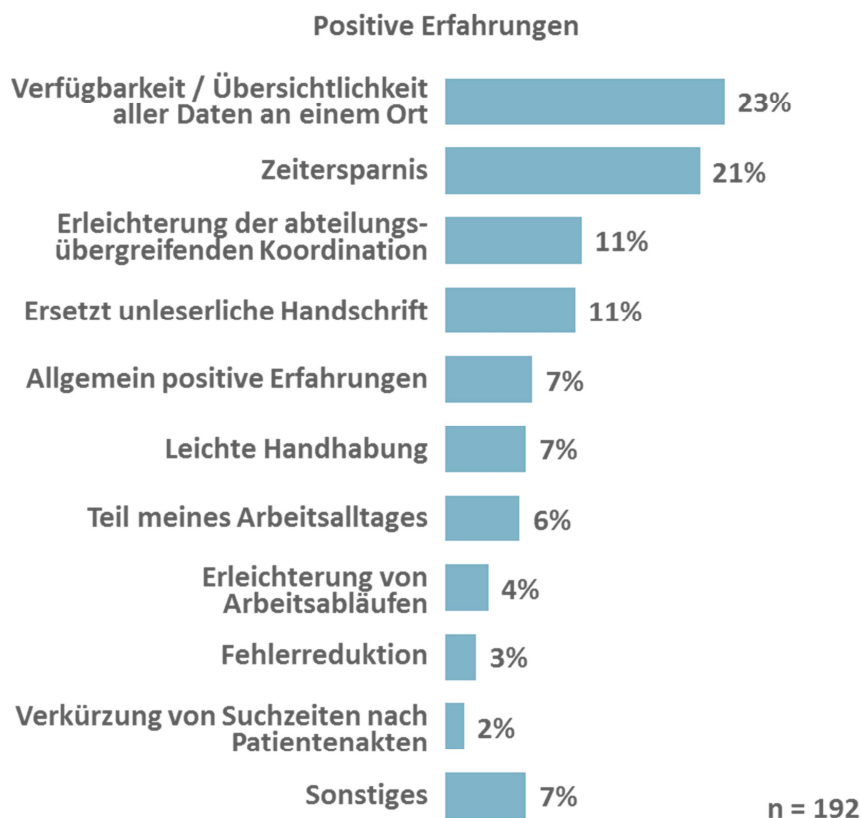
**26
Minuten**

müssen täglich für die **Suche nach patientenbezogenen Daten**
aufgebracht werden. Ärzte 28 Minuten, Pflegepersonal 24 Minuten.

Digitale Dokumentation erleichtert die Arbeit

Mehrheitlich haben die Befragten positive Erfahrungen mit digitaler Dokumentation gesammelt. Vor allem die Verfügbarkeit & Übersichtlichkeit der Daten, die Zeitersparnis und die abteilungsübergreifende Koordination werden geschätzt.

Abbildung 10: Positive Erfahrungen mit digitaler Dokumentation



Sonstige positive Erfahrungen: Sicherheit, Erleichterung der Arbeitsabläufe, Erleichterung der Dokumentation, Verbesserung der Auswertungsmöglichkeiten, Strukturierte Datenerfassung, doppelte Dokumentation, Erhöhung der Fallzahlen, Aktualität der Patientendaten, Kontrollwerkzeug, Kosteneinsparung

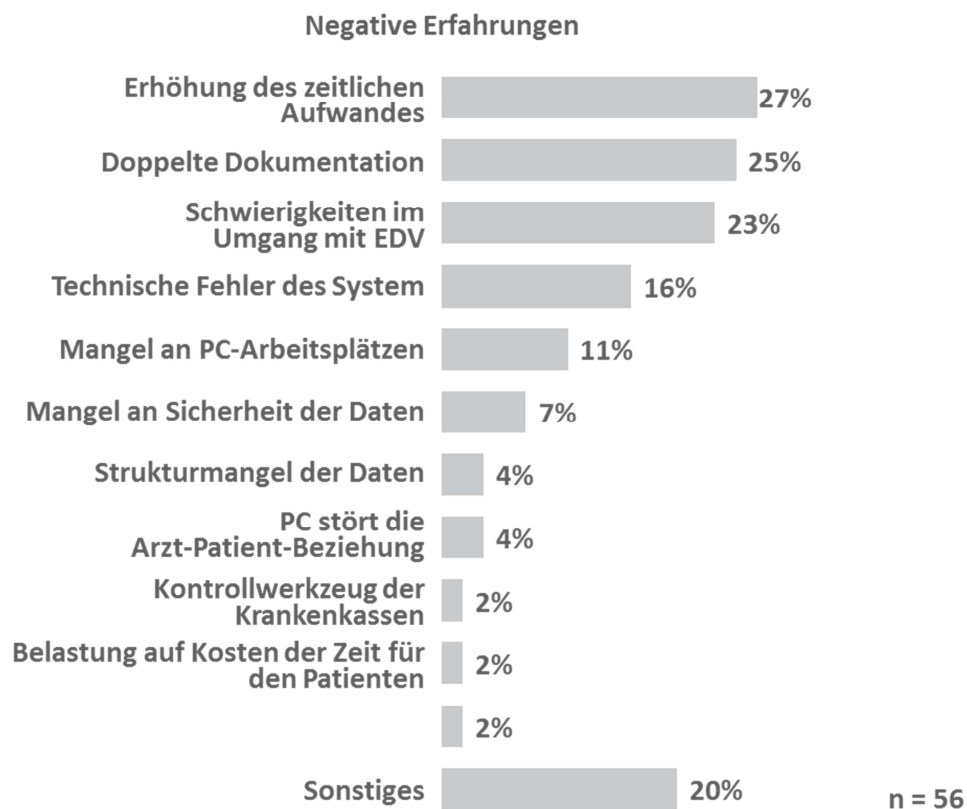
Digitale Dokumentation ist gut, weil ...

- „sie Zeit spart, für alle Kollegen jederzeit zugänglich ist und man keine Patientenakten suchen muss“
- „es die Abstimmung unter den Abteilungen vereinfacht“
- „mit einem Klick kann der Arzt sofort einen Überblick über Patientenhistorie bekommen“
- „jeder hat sofort Zugriff und man läuft dem Aktenwagen nicht hinterher“
- „die Dokumentation einfacher und lesbarer wird, die Handschriften mancher Kollegen sind ein Problem“
- „vorgefertigte Textbausteine das Tippen erleichtern und Zeit beim Erstellen von Briefen sparen“
- „es höhere Genauigkeit, was Werte (Blutdruck etc.) angeht, bietet und keine Informationen verloren gehen“
- „man hat Zeit für und am Patienten hat“
- „es ist immer gleich aufgebaut und du weißt, wo du was suchen musst“
- „viele Prozesse effizienter und schneller durchgeführt werde“

Digitale Dokumentation ist verbesserungsfähig

Ungefähr 40 % der Befragten stießen auf Probleme im Umgang mit digitaler Dokumentation. Vor allem erhöhter Zeitaufwand, Mehrfachdokumentation und EDV bedingte Schwierigkeiten werden beklagt.

Abbildung 11: Negative Erfahrungen mit digitaler Dokumentation



Sonstige negative Erfahrungen: System Startup dauert lang Hohe Systemantwortzeiten, Mangelnde Bereitschaft des Personals zur Nutzung, Fehlende Interoperabilität, Hohe Anschaffungskosten, Anmeldeprozess kostet Zeit, Unübersichtlichkeit, fehlende Vernetzung & Monitoring, Mangel an Übersichtlichkeit, Mangel an Mobilität

Schwierigkeiten im Umgang mit digitaler Dokumentation, weil ...

- „diese Art der Dokumentation aufwendig ist und wer mit einem PC nicht gut umgehen kann, ist bei schwierigen Eingabemasken überfordert und der zeitliche Aufwand erhöht sich“
- „wenn nicht ausreichend PCs verfügbar sind, dann sind mir die alten Akten lieber“
- „ein Umdenken der Geschäftsführung erfolgen muss“
- „man sich erst umstellen muss“
- "sich noch niemand traut, das Papierformat komplett abzuschaffen. Deshalb werden viele Dinge doppelt dokumentieren. Vor allem Laborbefunde und Untersuchungsbefunde“
- „digitale Dokumentation unpersönlich ist“
- „die Sicherheitsvorkehrungen noch nicht ausgereift sind“
- „der Computer zwischen Arzt und Patient steht“
- „ein Systemeinfall den Betrieb lahmlegt und es bei 2-geteilter Dokumentation teilweise zu Doppelungen kommt“
- „es immer Schulungsbedarf beim Personal zu den Programmfunktionen gibt“

Krankenhäuser können Akzeptanz digitaler Dokumentation erhöhen

Die Akzeptanz digitaler Dokumentation im Krankenhaus kann erhöht werden durch:

- Erfolgreiches Changemanagement der Workflowaspekte bei Einführung
- Training im Umgang mit Soft- und Hardware
- Sicherheit vor unbefugtem Datenzugriff gewährleistet ist
- Bereitstellen einer ausreichenden Anzahl an Endgeräten
- Rollout erst, nachdem Stabilität des Systems gewährleistet ist, um zeitraubende Doppeldokumentation zu vermeiden
- Einsatz von Endgeräten, die nicht das Gespräch zwischen Arzt-Patienten behindern

Hoher Dokumentationsaufwand drückt Arbeitszufriedenheit

36 % der befragten Ärzten setzt insbesondere die Arbeitsbelastung sowie die Dokumentationslast (27 %) zu und beeinträchtigen die Zufriedenheit mit ihrem Beruf.

Abbildung 12: Demotivation im Arztberuf



Sonstiges - Manchmal bin ich nicht gern Arzt, weil: Die Arbeit einschränkende Regelwerke, Nicht-ärztliche Tätigkeiten, Hoher Verantwortungsgrad, Hierarchie, Ablauforganisation

Ärzte sind frustriert über den hohen Dokumentationsaufwand, der ihren Arbeitsalltag beeinträchtigt. Dies zeigt sich in den folgenden Äußerungen:

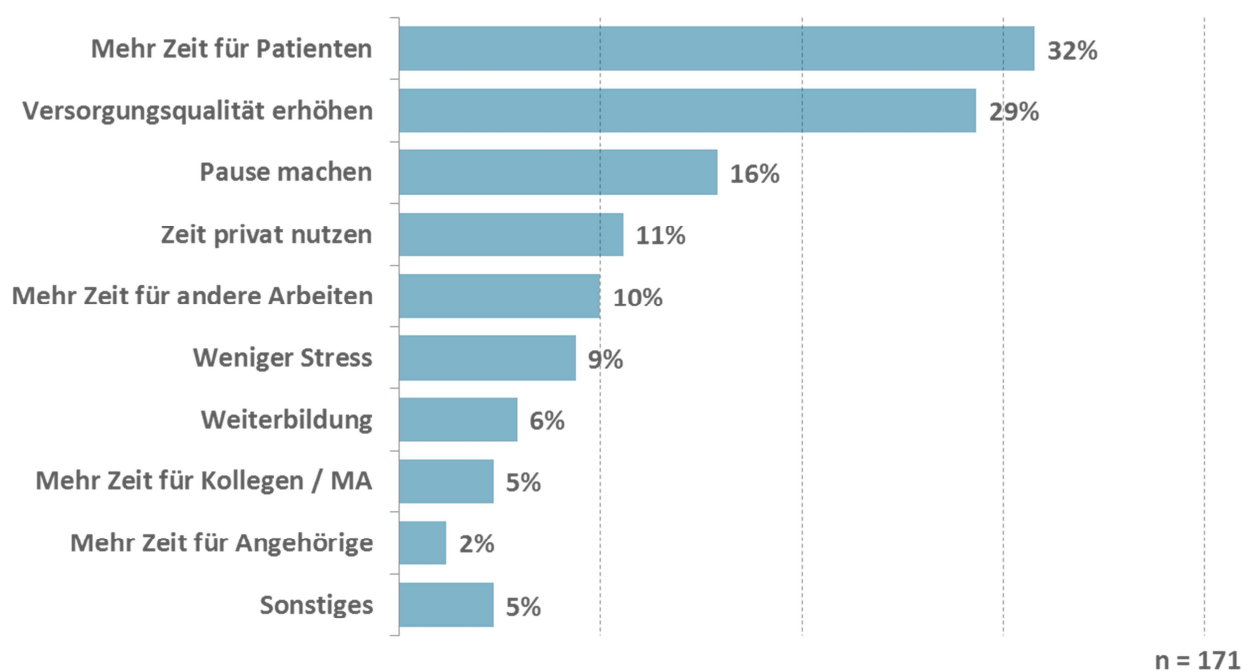
Manchmal bin ich nicht gern Arzt, weil ...

- „der administrative Teil immer größer wird“
- „der viele Dokumentations- und Verschlüsselungswahn der Politik dazu führt, dass man weniger Arzt als Verwalter von vielen Daten ist“
- „die Bürokratie zunimmt und dadurch a) die zeitliche Belastung steigt und b) weniger Zeit für Patienten bleibt“
- „ich manchmal mehr am Schreibtisch sitze als beim Patienten bin“
- „der aktuelle Dokumentationsaufwand vor der Therapie steht, zu wenig Zeit für Medizin“
- „die Dokumentation nicht im Verhältnis zur praktischen Arbeit steht“
- „weil die Dokumentation überhandnimmt und die Regeln“

30 Minuten mehr Zeit – Win-win für Arzt, Patient und Krankenhaus

Das wichtigste Motiv der befragten Ärzte ihren Beruf auszuüben, ist das „Bedürfnis, Menschen zu helfen“. Es verwundert daher nicht, dass diese Gruppe angibt, dass sie eine halbe Stunde zusätzlicher Zeit am Tag dazu nutzen möchte, „mehr Zeit für Patienten“ (32 %) zu haben und die „Versorgungsqualität zu erhöhen“ (29 %). 16 % der Ärzte würden die Zeit für eine kurze Erholungspause nutzen und 11 von 100 der Gesamtstichprobe würden die Zeit für Sport, Familie und weitere Freizeitaktivitäten nutzen.

Abbildung 13: Wie würden Sie 30 Minuten mehr Zeit am Tag nutzen?



Sonstiges: Überstunden abbauen, Mehr Schreibtischarbeit, Nicht vorstellbar, Auseinandersetzung mit neuer Technik, Arbeitsorganisation, Hygiene auf der Station verbessern, Wissenschaft

Digitale Spracherkennung schafft Zeit im Krankenhausalltag

Durch die Implementierung von Spracherkennung für Ärzte und Pflegedienst können deutlich zeitliche Puffer geschaffen werden, da schneller gesprochen als getippt wird. Der Umstieg vom digitalen Diktat mit Transkription zum Diktat mit Spracherkennung kann zu weiteren Effizienzsteigerungen führen, da die Sekretärinnen weniger belastet werden und die Dokumente unmittelbar vorliegen und verfügbar sind. So beläuft sich beispielsweise die jährliche Kostenersparnis in einem 450 Betten Hospital mit 12 Chef-, 15 Ober-, 20 Fach- und 93 Assistenzärzten sowie 10 Pflegeleitern und 170 Pflegekräften auf 1,1 Mio. Euro, wenn man von einer 20%-Effizienzsteigerung durch die Verwendung von Spracherkennungssoftware ausgeht.

Abbildung 14: Beispielrechnung für Zeitersparnis durch Spracherkennung

Personengruppe	Tägliche Aufwand für Dokumentation / Person	Zeitaufwand für Dokumentation bei Effizienzsteigerung durch Spracherkennung, um ...				Eingesparte Zeit je 5 % Effizienzsteigerung
		5%	10%	15%	20%	
Chefarzt	5:28	5:11	4:55	4:39	4:22	ca. 16 Minuten
Oberarzt	3:08	2:59	2:49	2:40	2:31	ca. 9 Minuten
Facharzt	3:42	3:31	3:20	3:08	2:58	ca. 11 Minuten
Assistenzarzt	3:50	3:38	3:26	3:15	3:04	ca. 11 Minuten
Pflegeleitung	2:59	2:50	2:41	2:32	2:23	ca. 8 Minuten
Pflegepersonal	2:42	2:34	2:26	2:18	2:10	ca. 9 Minuten

Erfahrungen mit Spracherkennung unter den Befragten stimmen zuversichtlich:

- „[...] Durch die Verwendung digitaler Spracherkennung lassen sich viele Arbeitsprozesse wesentlich effizienter gestalten und der mit der Dokumentation verbundene Zeitaufwand lässt sich reduzieren, sodass wieder mehr Zeit für die direkte Patientenbetreuung bleibt. Außerdem erhöht sich die Qualität der Informationen durch digitale Erfassung. [...] Die digitale Spracherkennung bietet daher für mich die Methode mit dem größten Potenzial zur Verbesserung der klinischen Dokumentation in Zukunft.“
- „Die Vorteile des Diktats mit Spracherkennung sind, dass man nicht die auf die Sekretärin angewiesen ist. Allerdings verliert man als Arzt viel Zeit, um z. B. die Formatierung zu ändern [...] was viel Zeit kosten kann. [...] Durch Überschreiben von Medikamenten oder geänderten Anordnungen sind handschriftliche Kurven häufig sehr unübersichtlich.“
- "Bei digitalem Diktat mit Spracherkennung entstehen dauerhaft niedrigere Kosten durch Personaleinsparung der Sekretärinnen, aber höherer Zeitaufwand für Ärzte durch die vermehrte Korrekturarbeit. Vorteil digitaler Dokumentation ist die sofortige Verfügbarkeit.“
- Ein bedeutender Vorteil [...] neben der hohen Effizienz und Zeitersparnis, dass ich sehen kann, was der Computer schreibt und ggf. direkt korrigieren kann.“
- „Der Vorteil an Spracherkennung ist, dass ich Tag und Nacht diktieren könnte und das Dokument sofort ausdrückbereit ist und dem Patienten mitgegeben werden kann.“

Fazit

Die Studienergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl das ärztliche Personal als auch der Pflegedienst den täglichen Dokumentationsaufwand unterschätzen: Die Selbsteinschätzungen liegen in allen Fällen unter dem berechneten Dokumentationsaufwand.

Trotz des immensen Aufwandes, den die Befragten für die Dokumentation betreiben, gaben 25 % von ihnen an, dass vor allem fehlende Informationen für sie zusätzliche Arbeit verursachen. Wie ist das möglich, obwohl bereits so viel dokumentiert wird? Eine Ursache hierfür sind Medienbrüche, die dazu beitragen, dass Informationen nicht verfügbar sind.

Eine Wahrnehmung der Befragten dafür, dass und wie diese Probleme gelöst werden könnten, besteht bereits. Das wird aus ihren Kommentaren zur digitalen Dokumentation deutlich:

„Dadurch wird die Dokumentation einfacher und lesbarer, die Handschriften von manchen Kollegen sind ein Problem“

„Positiv, da es die Abstimmung unter den Abteilungen vereinfacht“

„Es wird immer mehr auf digitale Dokumentation umgestellt. das spart Zeit, ist für alle Kollegen jederzeit zugänglich und besser nachvollziehbar als handschriftliche Einträge“

„Patientenbezogene Dokumente sind besser verfügbar, man muss keine Patientenakten suchen, sie sind digital hinterlegt.“

Folgt man den Daten der Erhebung und diesen Einschätzungen der Studienteilnehmer, kann eine konsequente Digitalisierung vielerlei bewirken.

Die Resultate der Studie machen vorstellbar, wie die Dokumentationslast durch Digitalisierung verringert werden und sich darüberhinaus auch positiv auf die Arbeitsqualität auswirken kann – es müssen weniger „frustrierende“ Tätigkeiten ausgeübt werden, wodurch mehr Zeit für das Herzstück der Arbeit im Krankenhaus bleibt: für den Patienten. Unter dem Strich ein Gewinn für alle Beteiligten: dem Patient wird eine bessere Versorgung zuteil, Ärzte und Pfleger gewinnen mehr Zeit für ihre wichtigsten Tätigkeiten, und das Krankenhaus profitiert durch die verbesserten Prozesse von höheren Behandlungserfolgen, weniger MDK Nachfragen und zufriedenerem Personal.

So ist das Fazit gleichzeitig ein Appell an die Entscheider: der Fokus muss sich auf den operativen Alltag richten – hier können mit relativ einfachen, verfügbaren Lösungen die Arbeitsprozesse des medizinischen und pflegerischen Personals massiv verbessert werden. Sicher spielen auch strategische Entscheidungen, beispielsweise zur Personalgewinnung, eine wichtige Rolle. Doch macht es nicht mehr Sinn, zunächst die Arbeitsbedingungen der aktuellen Mitarbeiter so zu gestalten, dass diese lieber und im Umkehrschluss auch besser arbeiten?

Vor diesem Hintergrund wird es für Krankenhäuser unumgänglich, die Digitalisierung von Dokumentationsprozessen in Angriff zu nehmen – besser heute als morgen.

„Der größte Vorteil [von digitaler Dokumentation] in meinen Augen ist Zeitersparnis, höhere Genauigkeit, gute Übersichtlichkeit und Lesbarkeit.“

Zusätzliche Informationen zur Studie

Adressaten der Studie

Verwaltung, klinische Leitung und IT- und Infrastruktur-Verantwortliche, sowie Chefarzte und medizinisches Personal.

Anbieter von IT-Systemen, Krankenhausberater und Verbände für IT im Gesundheitswesen.

Erhebungsdesign

Strukturierte, qualitative Leitfaden gestützte Telefoninterviews und quantitative teilstrukturierte Onlineinterviews mit Ärzten und Pflegern aus Fachabteilungen von Akutkrankenhäusern in Deutschland.

Zeitliche Durchführung der Studie

Sekundäranalyse: August / September 2014

Qualitative Erhebung: Oktober / November 2014

Quantitative Erhebung: Dezember 2014 / Januar 2015

Stichprobe

Qualitative Erhebung: 30 Befragte, davon 21 Ärzte, 8 Pfleger, 1 Hebamme

Quantitative Erhebung: 229 Befragte, davon 120 Ärzte, 109 Pfleger

Feldzeit

1. Oktober 2014 bis 31. Januar 2015

Informationsquellen / Relevante Untersuchungen des Dokumentationsaufwands

Berechnung für Ärztlichen Dienst basiert auf dem Grundgehalt nach **TV-Ärzte VKA**; für Pflegekräfte (ohne Leitungsfunktion) wurde Stufe E7 bzw. E12 (Pflegeleitung) des **TVöD** zu Grunde gelegt. Die Kosten enthalten 17% Zusatzkosten des Arbeitgebers.

Statistisches Bundesamt (2014): Gesundheit. Kostennachweis der Krankenhäuser. Fachserie 12 Reihe 6.3. Wiesbaden.

Studie des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) aus dem Jahre 2003 **„Dokumentationsaufwand im Ärztlichen Dienst der Krankenhäuser“**. Auf Basis der Befragung von 1,010 Ärzten der Allgemeinchirurgie und Inneren Medizin hinsichtlich ihrer Dokumentationstätigkeit, kam man zu dem Ergebnis, dass sich der gesamte ärztliche Dokumentationsaufwand in der Chirurgie auf ca. 2:42 Stunden je Arzt und Arbeitstag beläuft und in der Inneren Medizin insgesamt auf 3:15 Stunden. Wobei davon jeweils „rund 40 Minuten pro Arzt und Arbeitstag auf die administrative Dokumentation entfallen“ und die restliche Zeit auf die patientenbezogene.

Bei der 2014 veröffentlichten Untersuchung, **„Umgang mit Mittelknappheit im Krankenhaus“** wurden 2,150 Chefärzte, Pflegedienstleiter sowie Geschäftsführer von Krankenhäusern in Deutschland befragt wurden. Sie ergab, dass „der wirtschaftliche Druck über alle Berufsgruppen und Fachabteilungen zu spüren ist und klare Defizite (insbesondere bei der Pflege und Zuwendung) als Folge dieser Rahmenbedingungen angegeben werden.“

Die 2011 veröffentlichte wissenschaftliche Studie, **„Ökonomische Auswirkungen der spitalweiten Einführung des digitalen Diktierens am UniversitätsSpital Zürich“** berechnet den Effekt der Ablösung des analogen Diktierens durch die Einführung digitalen Diktierens im Züricher Universitätsklinikum. Die Autoren bezifferten das jährliche Einsparpotenzial auf ungefähr einer Million CHF beziehungsweise „10 % der gesamten Jahreslohnsumme für Sekretariatsdienstleistungen“.

Über HIMSS Europe

HIMSS ist eine weltweit tätige, gemeinnützige Organisation, welche die Verbesserung der Gesundheitsversorgung durch den Einsatz von Informationstechnologie (IT) zum Ziel hat.

Die HIMSS Europe GmbH mit Sitz in Berlin ist Teil von HIMSS WorldWide, einem globalen Unternehmen, das im Gesundheitswesen eine Vordenkerstellung einnimmt und Bildung, Veranstaltungen, Marktforschung und Mediendienste aus der ganzen Welt betreibt. HIMSS WorldWide wurde 1961 gegründet und umfasst heute mehr als 52.000 Einzelmitglieder, von denen mehr als zwei Drittel im Gesundheitsdienst, in Regierungs- und gemeinnützigen Organisationen weltweit arbeiten, sowie weitere 600 Unternehmen und 250 gemeinnützige Partnerorganisationen, welche dieses Anliegen teilen. Der Hauptsitz von HIMSS WorldWide ist in Chicago; weitere Standorte befinden sich in den Vereinigten Staaten, Europa und Asien.

