

Systematisches Wissensmanagement am Beispiel des Projekts
**Reorganisation einer bettenführenden Station in einem
 Krankenhaus**

Transfer-Project® (Hrsg.). – Berlin: Selbstverlag, 2003

Projektleitung	Prof. Michael Holewa
Konzeption und methodisches Design	Dipl.-Päd. Margarete Reinhart
Wissenschaftliche Mitarbeit	Dipl.-Pflegerin (FH) Beate Lüdke Dipl.-Pflegerin (FH) Nina Ludwig Dipl.-Pfleger (FH) Andreas Heil
Projektkoordination	Dipl.-Pflegerin (FH) Anja Kistler
Webdesign und Webredaktion	Dipl.-Pfleger (FH) Andreas Heil
Internet	www.stationsmanagement.de

© 2003 Transfer-Project® e.V.
 Teltower Damm 118-122
 14167 Berlin
 Telefon: 030-84582-0
 Telefax: 030-84582-452
 URL: www.efb-consulting.de
 E-Mail: info@efb-consulting.de

Copyright

Das Werk und seine Teile (inklusive CD-ROM) sind urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte liegen bei den Autoren. Kein Teil dieser Publikation darf in irgendeiner Form (Druck, Fotokopie oder einem anderen Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung der Autoren reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden. Die Auswertung durch Datenbanken oder ähnliche Einrichtungen bleibt den Autoren vorbehalten.

Hinweis

Die in dieser Publikation wiedergegebenen Verfahren und Programme werden ungeachtet ihrer jeweiligen Patentlage behandelt. Die Darstellung dient reinen Beispiel- und Lehrzwecken.

Alle technischen Angaben und Programme in dieser Publikation wurden von den Autoren mit größter Sorgfalt erarbeitet bzw. zusammengestellt und unter Einschaltung wirksamer Kontrollmaßnahmen reproduziert. Trotzdem sind Fehler nicht ganz auszuschließen. Die Autoren sind daher angehalten, darauf hinzuweisen, dass weder eine Garantie noch die juristische Verantwortung oder irgendeine Haftung für Folgen, die auf fehlerhafte Angaben zurückgehen, übernommen werden kann. Für die Mitteilung solcher Fehler sind die Autoren jederzeit dankbar.

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass die in der Publikation verwendeten Soft- und Hardwarebezeichnungen und Markennamen der jeweiligen Firmen im Allgemeinen dem warenzeichen-, marken- oder patentrechtlichem Schutz unterliegen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	XIII
----------------------	-------------

Einführung und Anwenderhinweise

Anwenderhinweise	1
CD-ROM / Website.....	1
Dateiformate	1
Handhabung der Module	4
Bezeichnungen.....	4
Aufbau des Handbuchs	5
Struktur der Kernprozesse.....	5
Datei-Set	6
Handhabung der Auswertungsdatei	7
Einführung.....	8
Vorgeschichte.....	8
Der Reorganisationsprozess	9
Die teilnehmende Beobachtung	11
Das Hintergrundwissen	11

Kernprozesse

A. Kernprozess: Stationsprofil.....	A-1
1. Datenerhebung	A-1
1.1. Aufbau des Instruments	A-1
1.2. Anwendung des Instruments.....	A-2
2. Auswertung	A-3
3. Ergebnisse	A-3
4. Materialien.....	A-7
4.1. Instrument: Interviewleitfaden Stationsprofil.....	A-8
4.2. Beispielrechnungen.....	A-9
4.3. Lehrfolien	A-13

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung.....B-1

1.	Datenerhebung	B-1
1.1.	Aufbau des Instruments	B-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	B-2
1.3.	Rolle des Beobachters	B-3
2.	Auswertung	B-3
3.	Ergebnisse	B-5
4.	Ideenpool	B-6
5.	Materialien.....	B-7
5.1.	Instrument: Fragebogen Mitarbeiterbefragung	B-8
5.2.	Maßnahmenplan	B-10
5.3.	Lehrfolien	B-11

C. Kernprozess: Logistik und Lagerhaltung.....C-1

1.	Bestell- und Lieferwesen	C-1
1.1.	Datenerhebung	C-1
1.2.	Auswertung	C-4
1.3.	Ergebnisse	C-4
1.4.	Ideenpool	C-8
2.	Lagerhaltung	C-10
2.1.	Datenerhebung	C-10
2.2.	Auswertung	C-11
2.3.	Ergebnisse	C-12
2.4.	Ideenpool	C-14
3.	Materialien.....	C-15
3.1.	Instrument: Interviewleitfaden Bestellwesen	C-16
3.2.	Instrument: Interviewleitfaden Lieferwesen	C-19
3.3.	Instrument: Protokoll Lagerhaltung	C-23
3.4.	Maßnahmenplan	C-25
3.5.	Lehrfolien	C-26

D. Kernprozess: WegeD-1

1.	Datenerhebung	D-1
1.1.	Aufbau des Instruments	D-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	D-2
1.3.	Rolle des Beobachters	D-2
2.	Auswertung	D-3
3.	Ergebnisse	D-5
3.1.	Ausgangssituation	D-5
3.2.	Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	D-5

3.3.	Ergebnisse der Beobachtung	D-8
4.	Ideenpool	D-10
5.	Materialien.....	D-13
5.1.	Instrument: Wegeerfassungsprotokoll.....	D-14
5.2.	Maßnahmenplan	D-17
5.3.	Lehrfolien	D-19

E. Kernprozess: Telefonate.....E-1

1.	Datenerhebung	E-1
1.1.	Aufbau des Instruments	E-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	E-2
1.3.	Rolle des Beobachters	E-2
2.	Auswertung	E-2
3.	Ergebnisse	E-4
3.1.	Ausgangssituation.....	E-4
3.2.	Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	E-4
3.3.	Ergebnisse der Beobachtung.....	E-7
4.	Ideenpool	E-9
5.	Materialien.....	E-11
5.1.	Instrument: Telefonateerfassungsprotokoll	E-12
5.2.	Maßnahmenplan	E-15
5.3.	Lehrfolien	E-16

F. Kernprozess: AnordnungenF-1

1.	Datenerhebung	F-1
1.1.	Aufbau des Instruments	F-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	F-2
1.3.	Rolle des Beobachters	F-2
2.	Auswertung	F-3
3.	Ergebnisse	F-3
3.1.	Ausgangssituation.....	F-4
3.2.	Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	F-4
3.3.	Ergebnisse der Beobachtung.....	F-5
4.	Ideenpool	F-7
5.	Materialien.....	F-10
5.1.	Instrument: Anordnungserfassungsprotokoll.....	F-11
5.2.	Maßnahmenplan	F-12
5.3.	Lehrfolien	F-13

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege	G-1
1. Datenerhebung	G-1
1.1. Aufbau des Instruments	G-1
1.2. Anwendung des Instruments.....	G-6
1.3. Rolle des Beobachters	G-2
2. Auswertung	G-3
3. Ergebnisse	G-5
3.1. Ausgangssituation	G-5
3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	G-5
3.3. Ergebnisse der Beobachtung	G-12
4. Ideenpool	G-15
5. Materialien.....	G-18
5.1. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll	G-19
5.2. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll - Alternative	G-25
5.3. Maßnahmenplan	G-28
5.4. Lehrfolien	G-29
H. Kernprozess: Dienstübergabe.....	H-1
1. Datenerhebung	H-1
2. Auswertung	H-6
3. Ergebnisse	H-9
3.1. Ausgangssituation	H-9
3.2. Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung	H-10
4. Ideenpool	H-14
5. Materialien.....	H-17
5.1. Instrument: Protokoll Dienstübergabe	H-18
5.2. Maßnahmenplan	H-19
5.3. Lehrfolien	H-20
I. Kernprozess: Dokumentation.....	I-1
1. Medizinisch-pflegerische Dokumentation	I-1
1.1. Datenerhebung	I-1
1.2. Auswertung	I-13
1.3. Ergebnisse	I-16
2. Formblätter	I-22
2.1. Datenerhebung	I-22
2.2. Auswertung	I-23
2.3. Ergebnisse	I-23
3. Nebeninformationsträger.....	I-26

3.1.	Datenerhebung	I-26
3.2.	Auswertung	I-27
3.3.	Ergebnisse	I-28
4.	Ideenpool	I-31
5.	Materialien.....	I-38
5.1.	Instrument: Dokumentation	I-39
5.2.	Instrument: Formblätter	I-40
5.3.	Instrument: Nebeninformationsträger	I-41
5.4.	Maßnahmenplan	I-42
5.5.	Lehrfolien	I-45

Hintergrundwissen

J.	Erhebungsmethoden.....	J-1
1.	Beobachtung.....	J-1
1.1.	Teilnehmende Beobachtung	J-1
1.2.	Selbstbeobachtung	J-6
2.	Befragung.....	J-7
2.1.	Interview.....	J-8
2.2.	Fragebogen.....	J-11
3.	Dokumentenanalyse	J-11
4.	Selbstaufschreibung.....	J-12
5.	Fremdaufschreibung	J-13
K.	Grundlagen des Arbeitsstudiums	K-1
1.	Begriffe.....	K-1
2.	Schwerpunkte	K-2
3.	Datenerhebung	K-4
4.	Geschichtlicher Hintergrund.....	K-4
5.	Bedeutung in der Gegenwart	K-8
L.	Grundlagen des Wissensmanagements.....	L-1
1.	Einführung.....	L-1
2.	Begriffe.....	L-2
3.	Modelle des Wissensmanagement	L-6

4.	Wissensmanagementkonzept nach Probst / Raub / Romhardt	L-8
4.1.	Entstehung des Konzeptes	L-8
4.2.	Theoretische Grundlage.....	L-9
4.3.	Bestandteile des Konzeptes.....	L-11
4.4.	Fazit	L-21
M.	Literatur	M-1

Vorwort

Die demographische Entwicklung in der Bundesrepublik Deutschland, medizinische Innovationen sowie gesellschaftliche und sozialpolitische Veränderungsprozesse von hoher Dynamik weisen der Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem auch in Zukunft eine weiter zunehmende ökonomische, sozialpolitische und ethische Bedeutung zu.

So haben die Leistungserbringer der Gesundheitsversorgung in den letzten Jahren hohen Aufwand betrieben, um Maßnahmen des Wandels sinnvoll zu gestalten. Insbesondere die Neuordnung tradierter Strukturen stand im Focus der Aktivitäten.

Gesellschaftspolitische, wissenschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen zwingen die Akteure darüber hinaus zur stetigen Neupositionierung am Markt. Dabei haben die Krankenhäuser eine besondere Innovationslast zu tragen. Seit der Vertreibung aus dem Paradies des Selbstkostendeckungsprinzips hat das Unternehmen Krankenhaus in immer kürzer werdenden Innovationszyklen zu agieren. So war ein EDV-gestütztes Controlling zu etablieren, die Auseinandersetzung mit dem Anspruch von Qualitätsmanagement folgte und aktuell wird die Vorbereitung der Diagnostic Related Groups [DRG's] überdies von der Zertifizierungsdebatte begleitet.

Die Positionierung von Krankenhäusern an einem dynamischen und gesättigten Markt erfordert eine besondere Beachtung der Schnittstelle zum Endkunden der personenbezogenen Dienstleistung – dem Patienten. Dabei wird die gezielte Nutzung von für den Kunden konkret erfahrbaren Qualitätsmerkmalen auf der Station eine Schlüsselfunktion einnehmen, denn hier besteht der intensivste Kontakt zwischen Anbieter und Kunden. Hier erfährt der Kunde subjektiv die Qualität am eigenen Leibe.

Dass allein die Bewältigung des vorgeschriebenen Qualitätsmanagements in den Krankenhäusern noch nicht bis zur Wahrnehmung durch den Endkunden gereift ist, zeigt eine 2002 durch die Evangelische Fachhochschule Berlin publizierte Studie zu E-Commerce und E-Marketing von Krankenhäusern. So erwähnen 82 % das Qualitätsmanagement in ihrer Internetkommunikation nicht. Eine ausführliche Darstellung befindet sich lediglich in 11 % der untersuchten Krankenhauspräsenzen im Internet.

Das gesellschaftliche, ökonomische und gesetzliche Bedingungsgefüge beeinflusst die Angebots- und Wirtschaftssituation der Krankenhäuser unmittelbar. Haftungsrechtliche Aspekte, sinkende Verweildauern, Qualitätsmanagement und insbesondere die einzuführenden DRG's haben innerhalb einer relativ kurzen Zeitspanne einen außerordentlichen Anstieg der Dokumentations- und Codieraufgaben in allen Bereichen des Krankenhauses bewirkt.

So wird auf Grundlage von § 137 SGB V eine umfassende Dokumentation der „Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen [...]“ verlangt.

Zusätzlich regelt § 17 KHG die stufenweise Einführung eines bis auf wenige Ausnahmen durchgängigen Fallpauschalensystems. Dabei handelt es sich um die weitreichendste und einschneidendste Veränderung in der Krankenhausfinanzierung, die in Deutschland seit dem zweiten Weltkrieg in Kraft getreten ist. Die Umsetzung erfordert derzeit einen erheblichen Schulungsaufwand in den beteiligten Institutionen und wird auch zukünftig den Verwaltungsaufwand auf den unterschiedlichen Krankensebenen steigen lassen.

In dieser Umbruchsituation bedarf es Hilfestellung durch eine Methode der Prozessanalyse und -optimierung für die Stationen. Der Focus liegt bei dem hier vorgestellten Methoden- und Instrumenten-Set auf der Anwendung durch die Stationen selbst. Nur dort, wo die Kernprozesse erbracht werden, können sie auch analysiert und optimiert werden. So sieht das Methoden-Set die Einbeziehung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Stationen vor. Sie verfügen über das notwendige Detailwissen für reibungslose Abläufe und die Kundenwünsche. Jedes Qualitätsmanagement lebt von dem Verständnis der Betroffenen von Prozessketten, die sie selber gestalten. Das Methoden-Set hilft hier ganz konkret bei der Vorbereitung auf Qualitätsmanagement.

Hier wird das Methoden-Set seine besondere Qualität unter Beweis stellen, denn nur, weil es sich nahtlos und unterstützend in die zuvor beschriebenen Aufgabenbereiche der Krankenhäuser integrieren lässt, werden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter es bevorzugt einsetzen.

Es ist nicht zu übersehen, dass die Einführung der DRG's zu einer bisher nicht gekannten Transparenz der Leistungs- und Patientenstruktur der Krankenhäuser führen wird. Durch die Clinical Pathways werden die Kernprozesse identifiziert, dokumentiert und gesteuert. Dazu liefert das Methoden-Set die Wesentlichen Instrumente und Anwendungsbeispiele.

Zeitgleich zu dieser Entwicklung, die vom Krankenhaus zu einem modernen Gesundheitsunternehmen führen wird, das sich als Dienstleister einem selbstbewussten und informierten Kunden im Wettbewerb zuwendet, werden auch die Unternehmensgrenzen, wie sie heute zwischen stationär und ambulant vorliegen, verschwimmen.

Vor- und nachstationäres Behandeln, Ambulantes Operieren, Rehabilitation, integrierte Versorgung, Wellness oder Life Science sind nur einige Bestimmungsgrößen der neuen Unternehmen. Ihre

komplexen Dienstleistungsprozesse werden ganz unterschiedliche heute noch nicht definierte Qualitätsindikatoren aufweisen.

Ein Methoden-Set zur Analyse und Reorganisation Betten führender Stationen muss somit flexibel genug sein, dieser Entwicklung Rechnung tragen zu können.

An dieser Stelle möchte ich auch unsere besondere Anerkennung und unseren Dank gegenüber den an dem Projekt beteiligten Mitarbeitern eines Krankenhauses und seiner Pflegedienstleitung zum Ausdruck bringen. Sie haben zum Erfolg dieses Projektes maßgeblich beigetragen haben. Ohne ihr Engagement und die reichlich investierte Zeit hätten die nun zur Verfügung stehenden Modelle nicht in diesem Umfang generiert werden können.

Unser Dank gilt der Robert Bosch Stiftung, die mit Weitsicht für die Probleme der Gesundheitspraxis dieses Projekt großzügig gefördert hat. Wir danken ferner den An-Instituten der Evangelischen Fachhochschule Berlin, dem Institut für Innovation und Beratung e. V. und dem transfer-project e. V., die durch den Einsatz selbst erwirtschafteter Mittel das Projekt im vorliegenden Umfang letztendlich erst ermöglicht haben.

In allen Projekten ist unser Anliegen, die Menschen in der Praxis konkret zu unterstützen. Darin hat Wissensmanagement einer Fachhochschule und ihrer An-Institute seinen Bestimmungsort.

Mit der „Reorganisation Betten führender Stationen“, www.stationsmanagement.de, haben wir unseres Wissens nach erstmalig in Deutschland ein komplettes, konkret anwendbares Organisationsentwicklungsmodell über das Internet interessierten Krankenhäusern kostenfrei zur Verfügung gestellt.

Für das gesamte Team
Prof. Michael Holewa

Die Reform des Gesundheitswesens in Deutschland ist regelmäßig Gegenstand intensiver öffentlicher und fachlicher Diskussion. Zentrale Ziele dieser Reformbemühungen sind Kostentransparenz und Kostenreduktion bei gleicher oder besserer Qualität der angebotenen Leistungen. Für die Gesundheitsunternehmen treten daher betriebswirtschaftliche und organisatorische Aspekte im Leistungserstellungsprozess mehr und mehr in den Vordergrund. Die zukünftigen Versorgungsstrukturen müssen sich an Konzepten der primären Gesundheitsversorgung orientieren und erfordern Dezentralisierung, Vernetzung und Kooperation.

Die Gesundheitsunternehmen, die sich über einen langen historischen Zeitraum hinweg primär zunächst als karitative oder als Einrichtungen im Dienste des Gemeinwohls sahen, verstehen sich mehr und mehr als Wirtschaftsunternehmen. Während früher, vor allem im Gefolge der strikten funktionellen Spezialisierung, der Krankenhauspatient eher zum Objekt des Anstaltszwecks degradiert wurde, wird gerade hier in den letzten Jahren ein erheblicher Wandel im Selbstverständnis der Gesundheitsbetriebe deutlich. Die lange weitgehend unwidersprochen hingenommenen Versorgungsmerkmale in Gesundheitseinrichtungen, wie etwa die Unterwerfung des Patienten unter die Autoritäten der Medizin, die stetige Verfügbarkeit der Patienten für das Personal, die Einhaltung striktester Regelungen zum Essen, zum Besuch, zur Mediennutzung oder zum Tagesablauf, die Unterbringung in einer kargen und sterilen Innenarchitektur u. a. m. sind innerhalb weniger Jahre zugunsten einer betriebswirtschaftlich begründeten Kundenorientierung obsolet geworden.

Damit verändern sich auch das berufliche Selbstverständnis und die Anforderungen, die von den anderen Akteuren und den Kunden an die Berufsgruppe der Pflegenden gestellt werden.

Die WHO (World Health Organization) definiert als Kern pflegerischer Tätigkeit die Ermittlung und Beurteilung von Pflegebedürfnissen sowie die Planung, Durchführung und Dokumentation der erforderlichen Pflege unter Anwendung akzeptierter und sachgerechter kultureller, ethischer und professioneller Standards. Als weitere zentrale Pflegeaufgabe zeichnet sich die Weitergabe von Wissen an die Patienten / Klienten und die übrigen an der Gesundheitsversorgung beteiligten Mitarbeiter ab.

Diese Verbreiterung der pflegerischen Handlungsbasis betont in den Eckpunkten Aufgaben der primären Gesundheitsversorgung, der Prävention, der Beratung und der Kooperation. Die Orientierung wechselt damit von der (medizinischen) Krankheitsorientierung zur (salutogenetischen) Gesundheitsorientierung. Das erweiterte Anforderungsprofil an die Pflege kann nur realisiert werden, wenn eine fortlaufende Entwicklung der pflegerischen Praxis durch kritisches Denken und Forschung stattfindet.

Außerdem sind in Folge der Gesundheitsreform grundsätzliche Umstellungen der betrieblichen Organisationsformen in den Gesundheitsunternehmen zu erwarten. Bürokratische Modelle der Organisation werden abgelöst. Neue betriebliche Organisationsformen bringen erhebliche Umstellungsprobleme mit sich, eröffnen aber auch neue Beschäftigungsoptionen. Die Analyse, Beurteilung und Neugestaltung der betrieblichen Organisationsformen wird auch durch das pflegerische Management erfolgen müssen. Das pflegerische Management muss daher zukünftig in der Lage sein, an der Weiterentwicklung und Umgestaltung betrieblicher Organisation konstruktiv mitzuwirken.

Für die pflegerische Leistungserbringung in Gesundheitsunternehmen wird damit die Prozessgestaltung und Prozessoptimierung ein wichtiger Arbeitsauftrag, der in allen pflegerischen Leitungsebenen, auch in der Leitung einer Station oder Pflegegruppe, spezifisches Wissen und Methodenkompetenz verlangt. Als ein aktuelles und vieldiskutiertes Konzept zum betrieblichen Umgang mit Wissen hat sich innerhalb kurzer Zeit das Konzept des Wissensmanagements profiliert. Obwohl viele Überlegungen zum Wissensmanagement noch in den Anfängen und in der Erprobungsphase stehen, zeigt sich deutlich, dass die Umgehensweise mit Wissen in Unternehmen gesteuert und strukturiert werden muss, damit diese wertvolle Ressource hinreichend gewürdigt und genutzt werden kann.

Das vorliegende Methodenset leistet einen pflegefokussierten Beitrag zur Erweiterung der Handlungskompetenz im Bereich der Arbeitsablaufgestaltung bettenführender Stationen. Pflgeteams werden in die Lage versetzt, den Arbeitsablauf ihrer Station aus einer Metaperspektive zu betrachten, in seinen Eckdaten zu überprüfen und daraus gezielte Optimierungsmaßnahmen für den eigenen Arbeitsbereich abzuleiten. Das Methodenset leistet so an der Schnittstelle von Qualitätsmanagement, Prozessmanagement und Wissensmanagement einen Beitrag zu Erweiterung der organisationalen Wissensbasis und zur Stärkung der Handlungskompetenz der Anwender.

Margarete Reinhart

