

Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg
University of Applied Sciences

Fakultät Wirtschaft und Soziales
Studiendepartment Pflege und Management
Studiengang Pflege

Diplomarbeit

zur Erlangung des akademischen Grades Diplom- Pflegewirt (FH)

Konzeptionelle Ansätze zur Entwicklung eines betrieblichen
Wissensmanagements im Krankenhaus unter Einbezug des Modells
„Advanced Nursing Practice“

Tag der Abgabe: 27.02.2008

Vorgelegt von: Oliver Torsten Lompa

Betreuender Prüfer: Professor Dr. phil. Peter Stratmeyer

Zweiter Prüfer: Professor Dr. rer. pol. Knut Dahlgaard

I. VORWORT

Im Laufe meiner Entwicklung als examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger in unterschiedlichen Bereichen der Akutversorgung von Patienten¹ stellte sich mir häufig die Frage nach einer sinnvollen Optimierung, Vermittlung und Nutzung meines und meiner Kollegen erworbenen Fachwissens bzw. Erfahrungswissens.

Oft wurde neu erworbenes Wissen z.B. aus Fortbildung für die Praxis nicht genutzt, bzw. Mitarbeiterpotentiale von der Organisation nicht erkannt, die eine Erweiterung des pflegerischen Praxisfeldes ermöglichen. Folgen waren oft frustrane Alltagssituationen, die zu Unzufriedenheit und Demotivation führten, mit der Frage nach dem Sinn der Wissensvermehrung bei fehlender Wissensnutzung.

Dieser Umstand sollte mich insofern auch im Laufe meines Studiums beschäftigen, als ich häufig mit der Problematik des Theorie-Praxis- Transfers in der Pflege konfrontiert wurde. Mit der Übernahme eines pflegerischen Fachprojektes wurde ich dann erstmals mit dem von Management- und Wirtschaftsexperten häufig diskutierten Modell des Wissensmanagements vertraut. Anhand dieses Modells sollten zwei Expertenstandards des „Deutschen Netzwerkes für Qualitätssicherung in der Pflege“ in die Praxis einer Altenpflegeeinrichtung umgesetzt werden. Die strukturierte Einführung der Standards in die Pflege bot potentiell bessere Möglichkeiten zur Repräsentation, Strukturierung und Weitergabe des Wissens. Demzufolge überlegte ich, ob Wissensmanagement auch für das Krankenhaus geeignet sein kann, in dem die Pflege mit ihrem Bestreben nach Professionalität durch Hilfe von Wissensmanagement einen Beitrag zum „organisationalen Wissensbestand“ des Krankenhauses leistet und letztendlich auch ihren Beitrag zur Qualitätssicherungsdiskussion erfüllen kann.

In diesem Vorwort möchte ich die Gelegenheit nutzen, mich bei folgenden Personen zu bedanken: Bei **Professor Dr. Stratmeyer** für die freundliche Übernahme der Betreuung meiner Diplomarbeit und in der Stärkung des von mir gewählten Themas.

Bei **Professor Dr. Dahlgaard** für die Zweitbetreuung dieser Arbeit.

Bei meinen Kommilitonen **Martina** und **Volker** für die geist- und abwechslungsreichen Arbeits- und Diskussionsrunden. Bei **Roland**, der mir die Urmotivation für die Aufnahme des Studiums gab und auch die Korrekturlesung dieser Arbeit übernahm.

Und bei **Marco**, der mich in allen Phasen dieser Diplomarbeit motivierte und mich in meinem Vorhaben stetig bestärkte und unterstützte.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf eine geschlechterspezifische Formulierung in dieser Arbeit verzichtet und durchgehend die neutrale Form (Patienten, Pflegenden ect.) verwendet.

II. INHALTSVERZEICHNIS

I. VORWORT	S. 2
III. ABBILDUNGSVERZEICHNIS	S. 5
IV. TABELLENVERZEICHNIS	S. 5
V. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	S. 5
1. EINLEITUNG.....	S. 6
2. WISSENSMANAGEMENT	S. 9
2.1 Wissen als Produktionsfaktor.....	S. 9
2.2 Was ist Wissensmanagement?	S.12
2.3 Was ist Wissen? Von Daten, Informationen und Wissen	S.15
2.4 Dimensionen von Wissen.....	S.18
2.4.1 Wissensarten	S.18
2.4.2 Explizites Wissen	S.19
2.4.3 Implizites Wissen	S.19
2.4.4 Vier Formen der Wissensumwandlung	S.20
2.5 Wissen im Krankenhaus.....	S.21
2.6 Wissen in der Pflege.....	S.23
2.7 Argumente für ein Wissensmanagement im Krankenhaus	S.26
2.8 Barrieren gegen ein Wissensmanagement im Krankenhaus	S.27
2.9 Ein Wissensmanagementmodell für das Krankenhaus und der Pflege	S.30
2.9.1 Das Münchner Modell	S.30
2.9.2 Wissenszielsetzung.....	S.31
2.9.3 Wissensrepräsentation	S.32
2.9.4 Wissenskommunikation	S.32
2.9.5 Wissensgenerierung.....	S.32
2.9.6 Wissensnutzung und -evaluation.....	S.33
2.10 Ausgesuchte Instrumente und Methoden im Wissensmanagement	S.33
3. DAS MODELL „ADVANCED NURSING PRACTICE“	S.38
3.1 Hintergrund und Definition.....	S.38
3.2 Charakteristika	S.39
3.3 ANP in den USA	S.40
3.3.1 Tätigkeitsfelder.....	S.40
3.3.2 Ausbildung	S.41
3.3.3 Autonomie	S.41
3.4 ANP in Europa	S.41
3.4.1 Großbritannien.....	S.41
3.4.2 Niederlande	S.42
3.4.3 Schweiz	S.42
3.5 Übertragbarkeit in Deutschland.....	S.44
3.5.1 Autonomiebereich in der Pflege.....	S.46
3.5.2 Berufsrechtliche Bedingungen	S.47
3.5.3 Erste Ansätze für eine erweiterte Pflegepraxis.....	S.48

4. ENTWICKLUNG EINES BETRIEBLICHEN WISSENSMANAGEMENT ANHAND DES MODELLS ANP	S.54
4.1 Voraussetzungen für ein Wissensmanagement im Krankenhaus.....	S.54
4.2 ANP -Charakteristika übertragen auf das Wissensmanagement.....	S.58
4.3 Wissensmanagement mit ANP.....	S.59
4.3.1 Wissenszielsetzung.....	S.60
4.3.2 Wissensrepräsentation	S.62
4.3.3 Wissenskommunikation	S.65
4.3.4 Wissensgenerierung.....	S.66
4.3.5 Wissensnutzung und -evaluation.....	S.68
5. FAZIT	S.70
6. LITERATURANGABEN.....	S.72
7. ANHANG	S.77
VI. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG	S.82

III. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1: Die Organisation des Wissensmanagements.....	S.12
Abb. 2: Grundfragen im Wissensmanagement	S.14
Abb. 3: Begriffshierarchie - Von Zeichen zu Wissen	S.15
Abb. 4: Die Wissenstreppe nach North.....	S.17
Abb. 5: Vier Formen der Wissensumwandlung	S.20
Abb. 6: Wissen im Krankenhaus.....	S.23
Abb. 7: Berufsständische Organisation im Krankenhaus.....	S.28
Abb. 8: Das Münchner Modell.....	S.31
Abb. 9: Der kooperative Prozess der Patientenversorgung.....	S.52
Abb. 10: Grundmodell der Motivation.....	S.56
Abb. 11: Balanced Scorecard im Wissensmanagement	S.61
Abb. 12: Wissensmatrix im Krankenhauses	S.64
Abb. 13: Der EBN- Prozess	S.67

IV. TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1: Übersicht der Ansätze einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland.....	S.48
Tab. 2: Übersicht der Wissensmanagementinstrumente -methoden	S.60

V. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ANP	Advanced Nursing Practice
CNS	Clinical Nurse Spezialist
DBfK	Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe
DRG	Diagnose Related Groups
EBN	Evidence based Nursing
ICN	International Council of Nursing
ICW	Initiative chronische Wunden
KrPflG	Krankenpflegegesetz
NP	Nurse Practitioner
RN	Registered Nurse
SGB	Sozialgesetzbuch
SVR	Sachverständigenrat

„Das menschliche Wissen ist dem menschlichen Tun davongelaufen.
Das ist unsere Tragik“ (Friedrich Dürrenmatt, 1921- 1990)

1. EINLEITUNG

Dass die deutsche Krankenhauslandschaft sich gegenwärtig und zukünftig einem Wandel unterziehen muss, lässt sich bei Betrachtung verschiedener exogener Einflüsse, wie die Umstellung der Krankenhausfinanzierung (Diagnosis Related Groups) und Veränderungen der Gesellschaft (z.B. demografische Entwicklung, Multimorbidität), nicht leugnen.

Demzufolge stellen sich für das Krankenhaus eine Fülle von Herausforderungen, denen es künftig begegnen muss. Hierzu gehören u.a. eine stetig steigende Zahl von Patienten mit chronischen Krankheiten, Veränderungen im Versorgungsauftrag (Prävention, Integrierte Versorgung) und eine rasante Verweildauerverkürzung mit der gleichzeitigen Forderung nach einer kontinuierlichen, den exogenen Einflüssen angepassten Qualität bei gleich bleibenden Ressourcen².

Nun werden von deutschen Krankenhäusern unterschiedliche Strategien (Risk-Management, Case- Management) angewendet, um diesen Herausforderungen zu begegnen wie BOHNET-JOSCHKO in ihrer im Verlauf dieser Arbeit noch zitierten Studie belegte, um die Qualität der Versorgung im Sinne des Qualitätssicherungsgesetzes §135a und §137 SGB 5 zu erfüllen³.

Qualitätssichernde Maßnahmen sollen dem Gesetz nach „dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden“⁴. Diese Forderung nach Aktualität setzt allerdings u.a. fachliches und fundiertes Wissen voraus, welches in die Organisation Krankenhaus beschafft, strukturiert, umgesetzt und auf seinen Nutzen hin evaluiert werden muss.

Ein Modell, das diesen Prozess der Wissensarbeit beschreibt ist das **Wissensmanagement**. Durch Wissensmanagement soll insbesondere die Generierung von neuem Wissen und die Bewahrung und Nutzung von bewährtem und neuem Wissen gewährleistet werden⁵.

Zu den wissensintensiven Bereichen im Krankenhaus zählen im Wesentlichen die zwei Berufsgruppen Medizin und Pflege. Besonders der letztgenannte Berufsstand befindet sich

² Vgl. (DBfK) Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus - Thesenpapier (2006), S.5

³§ 135a sieht eine Verpflichtung des Leistungserbringers zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität vor.

⁴ SGB 5 § 135a

⁵ Vgl. Wilkesmann, M./Wilkesmann, U./ Virgillito, A.: Wissensmanagement im Krankenhaus, S.113. In: Bohnet- Joschko, S.: Wissensmanagement im Krankenhaus (2007), S.111- 133

gegenwärtig in einem Professionalisierungsprozess mit einer enormen Beschleunigung der Wissensproduktion in Form von u.a. Forschungsarbeiten und Publikationen⁶.

Anders als bei der Medizin fehlt es der Pflege im Krankenhaus allerdings an Instanzen (Verzahnung zwischen Theorie und Praxis), die neues pflegerisches Wissen beschafft, strukturiert, umsetzt und auf seinen Nutzen hin evaluiert⁷. Wissensmanagement kann sich hierbei als ein mögliches Modell für die Pflege zur Strukturierung und Nutzung ihres pflegerischen Wissens eignen, und bei gleichzeitiger Etablierung von mögliche Instanzen für den Wissenstransfer an der Basis, ein Wissensmanagement im Krankenhaus begünstigen.

Diese Instanzen, die den Transfer von Wissen in die Praxis überführen sollen, werden u.a. in Form von Pflegeexperten personifiziert, die als Schnittstelle zwischen Theorie und Praxis agieren sollen⁸.

Modelle, die Pflegeexperten zum Beispiel für die Spezialisierung eines bestimmten Gesundheitsproblems, eine Patientengruppe oder einer Erweiterung des pflegerischen Handlungsfeldes durch u.a. ständiger Anpassung des aktuellen Wissens generieren, werden im Zuge des Professionalisierungsbestrebens der Pflege auf politischer Ebene und von Berufsverbänden diskutiert⁹. Dazu zählt u.a. das Modell der „erweiterten Pflegepraxis“, international als **Advanced Nursing Practice** bezeichnet.

Aus dieser Beschreibung werden zwei Problematiken deutlich. Zum einen der Anspruch der Organisation Krankenhaus Wissen zu beschaffen, zu generieren und zu nutzen, um organisationale Ziele (Sicherung der Qualität) sicherzustellen. Zum anderen das Problem der Pflege, der es an einer Verbindung zwischen Theorie und Praxis fehlt, um ebenfalls ihr Wissen zu strukturieren, neues Wissen zu generieren und auf den Nutzen für die Praxis zu evaluieren, um ihren Beitrag zur Zielerreichung der Organisation Krankenhaus zu erfüllen. Demzufolge widmet sich die vorliegende theoretisch fundierte Diplomarbeit zweier Konzeptionen:

Dem Wissensmanagement als mögliches Modell zur Bewältigung der Wissensarbeit im Krankenhaus am Beispiel der Berufsgruppe Pflege¹⁰ und des Modells Advanced Nursing Practice, dass die Bildung eines Pflegeexpertensystems im Krankenhaus etablieren soll, um den Anspruch des Wissensmanagements zu erfüllen. Durch die Kombination beider Modelle sollen am Ende als Ziel **Konzeptionelle Ansätze für ein betriebliches Wissensmanagement**

⁶ Ausführung unter dem Bezugspunkt 2.6: Wissen in der Pflege, S.23

⁷ Ausführung unter dem Bezugspunkt 2.8: Barrieren für ein Wissensmanagement im Krankenhaus, S.27

⁸ Vgl. Henke I.: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege, S.54. In: Görres, S. et al.: Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege (2002), S.45-55.

⁹ Vgl. DBfK (2006), S.6

¹⁰ Das Einbeziehen des Medizinsektors würde über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen.

in Krankenhaus unter Einbezug des Modells Advanced Nursing Practice formuliert werden, da insbesondere Wissen in der Arbeit einer erweiterten Pflegepraxis eine zentrale Rolle einnimmt und ständig den gesellschaftlichen Veränderungen angepasst werden muss (Fortschritt der Medizin, Veränderungen des Krankheitsverlaufs chronischer Krankheiten).

Hierzu werden beide Modelle in zwei parallel gestalteten Hauptteilen zunächst getrennt voneinander vorgestellt.

Das erste Kapitel widmet sich dem Thema Wissensmanagement. Zur Einführung wird zu Beginn die Bedeutung von Wissen im Krankenhaus als Produktionsfaktor hervorgehoben (siehe S. 10), um die Legitimation eines Wissensmanagements zu begründen. Im nächsten Schritt werden die zentralen Begriffe Wissensmanagement und Wissen definiert.

Aufbauend auf den Wissensbegriff sollen die wesentlichen Wissensbestände im Krankenhaus vorgestellt (z.B. Fachwissen, patientenbezogenes Wissen) und anschließend auf die Spezifika des pflegerischen Wissens eingegrenzt werden.

Aus dieser Darstellung werden schließlich hauptsächliche Argumente und Barrieren für ein Wissensmanagement im Krankenhaus ersichtlich.

Für eine mögliche Umsetzung eines Wissensmanagements im Krankenhaus wird im vorletzten Abschnitt ein Wissensmanagementmodell vorgestellt, dass in sechs Prozessbausteine gegliedert ist. Für die praktische Umsetzung des Modells sollen im letzten Abschnitt ausgesuchte Instrumente und Methoden des Wissensmanagement näher betrachtet werden.

Der zweite Hauptteil beschäftigt sich mit der erweiterten Pflegepraxis in Form des Modells Advanced Nursing Practice. Für ein allgemeines Verständnis des Modells werden dessen Ursprung aus und seine Anwendung in anderen Ländern dargestellt. Eine realistische Umsetzung in der Bundesrepublik Deutschland unter Berücksichtigung der rechtlichen Bedingungen, sowie erste praktizierende Ansätze werden aufgezeigt und diskutiert.

Im abschließenden dritten Teil dieser Arbeit werden nach Klärung der Voraussetzungen für ein Wissensmanagement im Krankenhaus und einer Darstellung der Implikationen beider Modelle, beide theoretischen Auseinandersetzungen in Form von konzeptionellen Ansätzen zusammengeführt.

Hierfür werden die einzelnen Prozessbausteine des Wissensmanagements mit Hilfe der im ersten Teil vorgestellten Methoden und Instrumente, am Beispiel der bereits in Deutschland praktizierenden Ansätze einer erweiterten Pflegepraxis, übertragen.

2. WISSENSMANAGEMENT

2.1 Wissen als Produktionsfaktor im Krankenhaus

Unter Wissensmanagement wird im Allgemeinen die Wissensbeschaffung und -erstellung, die Verteilung von Wissen und die Wissensarchivierung mit Lösungen für zentrale Fragen verstanden¹¹. Im betriebswirtschaftlichen Sinne konzentriert sich der Begriff des Wissensmanagements vor allem auf die zielgerichtete Strukturierung von Wissen in wirtschaftlichen Organisationen um zentrale Wertschöpfungsprozesse zu verbessern, zu optimieren und innovative Produkte zu erstellen¹².

Die Idee Wissen als wertvolle Ressource, Überlebens- und Produktionsfaktor in Unternehmen anzusehen ist nicht neu und ist vor allem auf die veränderten Umweltbedingungen der letzten Jahre zurückzuführen¹³. So stehen im Zuge der Globalisierung immer mehr Unternehmen unter einem zunehmenden Innovations- und Kostendruck und gleichzeitig einer unübersichtlichen Zunahme von täglich neu produziertem Wissen gegenüber, welches wiederum für innovative Produkte benötigt wird.

So spricht SCHIPANSKI von einer Verdoppelung des weltweit verfügbaren Wissens alle fünf bis sieben Jahre, der Veröffentlichung von 20.000 wissenschaftlichen Publikationen täglich und von einer Zunahme der tätigen Wissenschaftlicher um die Anzahl der Wissenschaftler der letzten 2000 Jahren zusammengenommen¹⁴.

VON DER OELS NITZ/HAHMANN sprechen diesbezüglich sogar von einem Wandel von der Industrie- zur Wissensgesellschaft, der mit einer Ablösung der drei klassischen Produktionsgüter Arbeit, Boden und Kapital durch das Gut Wissen einhergeht¹⁵. Sie begründen ihre These damit, dass gegenwärtige Leistungen auf dem Markt sich zum größten Teil mit Dienstleistungen beschäftigen oder sich im weitesten Sinne mit der Beschaffung von Informationen auseinandersetzen¹⁶.

Ein Dienstleistungsanbieter der täglich Informationen für seine Arbeit benötigt ist das Krankenhaus. Krankenhäuser sind wissensbasierte Unternehmen mit hohen Anforderungen an

¹¹ Vgl. Gaugler, E. (2002): Wissensmanagement als Personalaufgabe. In: Zeitschrift „Personal“ Heft 08/2002 S.1

¹² Vgl. North, K.: Wissensorientierte Unternehmensführung (2005), S.1-2 und Probst, G. et.al.: Wissen managen (1999), S.3-6

¹³ Vgl. Kreidenweis H./ Steincke W. (2006): Wissensmanagement, S.28 f.

¹⁴ Vgl. Schipanski D., zit.n. Kreidenweis/ Steincke (2006) S.28

¹⁵ Vgl. Oelsnitz, D., von der/ Hahmann, M. (2003): Wissensmanagement - Strategie und Lernen in wissensbasierten Unternehmen, S.16f: Die Autoren beschreiben den Bedeutungsverlust der klassischen Produktionsfaktoren in den letzten 100 Jahren. So spielte der Faktor Boden in der Hochkonjunktur der Landwirtschaft eine größere Rolle als zu der heutigen Zeit. Kapital und Arbeit werden gegenwärtig vermehrt durch den Faktor Wissen abgelöst, bedingt durch den vermehrten Informationsgebrauch zur Erstellung von innovativen Produkten.

¹⁶ Vgl. ebd.

Dokumentation und Qualitätssicherung mit dem Austausch verschiedener Arten von Wissen, die von mehreren Berufsgruppen getragen werden (Medizin, Verwaltung, Pflege). Diese Aussage lässt sich durch die Tatsache begründen, dass Wissen in unterschiedlichen Prozessen im Alltag eine Rolle spielt.

Bei der Patientenbehandlung im Krankenhaus z.B. bei der Erstellung von Patientenpfaden, fließt das Wissen unterschiedlicher Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Funktionspersonal) ein und muss, um unnötige Schnittstellen und Doppelarbeiten zu vermeiden gebündelt und miteinander abgestimmt werden¹⁷.

Ein weiteres Beispiel sind qualitätssichernde Maßnahmen. Bei der Implementierung der nationalen Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege muss bestehendes Wissen abgebildet, neues Wissen hinzukommen und dieses auch gefestigt werden, um alle Aspekte und Kriterien der Expertenstandards zu berücksichtigen¹⁸.

Des Weiteren kommen neue Anforderungen infolge demografischer Entwicklungen und Multimorbidität hinzu, für die neue Erkenntnisse aus Forschung aber auch Erfahrungen einzelner Personen benötigt werden. Die Halbwertszeit medizinischen und pflegerischen Wissens verringert sich jedoch von Jahr zu Jahr und somit wird die Verpflichtung des lebenslangen Lernens als selbstverständlich angesehen¹⁹. Diesen veränderten Umweltbedingungen sind Herausforderungen für das Unternehmen Krankenhaus, die kombiniert mit der Einführung der Diagnosis Related Groups (DRG's) mit Folgen der eingeschränkten Verweildauer von Patienten zusätzlich erschwert werden²⁰. Von daher kann ein systematischer Umgang mit Wissen durch ein Wissensmanagement eine zentrale Rolle bei der Erstellung von Gesundheitsleistungen im Krankenhaus einnehmen.

Eine der ersten Studien, die sich mit Wissensmanagement im Krankenhaus in Deutschland auseinandergesetzt hat, fand im Jahr 2007, unter der Leitung von Prof. Sabine Bohnet-Joschko der Universität Witten/Herdecke mit Förderung des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie, ihren vorläufigen Abschluss. Ziel dieses Forschungsvorhaben mit dem Titel „Knowledge Communitys im Krankenhaus“ war es, auf das Thema Wissensmanagement und seine Bedeutung für das Krankenhaus aufmerksam zu machen²¹.

¹⁷ Vgl. Bretschneider, U./ Bohnet- Joschko, S.: Prozessmanagement im Krankenhaus durch Process owner communities, S.31. In: Wissensmanagement im Krankenhaus S.31-48 (2007)

¹⁸ Moers, M./ Schiemann, D. : Expertenstandards - Wissen braucht Begleitung durch Pflegeexperten, S.646. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 46. Jahrg. 07/07, S.646-650 (2007)

¹⁹ Vgl. Bohnet- Joschko, S.: Wissensmanagement im Krankenhaus (2007) S.2

²⁰ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.7

²¹ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.5

Das Forschungsvorhaben wurde in vier Einzelprojekte unterteilt, von denen eines im Folgenden mit einer Kurzbeschreibung und den Ergebnissen dargestellt werden soll, da die Relevanz für ein Wissensmanagement im Krankenhaus hier besonders hervorgehoben wird.

Das Projekt innerhalb der Forschungsarbeit enthielt eine bundesdeutsche Befragung von Krankenhäusern zu Leistungs- und Kommunikationsprozessen im Zeitraum von 2004 bis 2007. Hintergründe dieser Befragung waren u.a. die veränderten Rahmenbedingungen infolge der Einführung der DRG's und die damit verbundene Diskussion um die Qualitätssicherung. Eine der zentralen Fragestellungen war der Umgang mit Wissen und Wissensmanagement in dieser Umbruchphase und welcher Handlungsbedarf durch die Hilfe von Wissensarbeit unterstützt werden kann²². Von einer Stichprobe aus 200 Krankenhäusern waren 97 bereit an der Befragung teilzunehmen. Das Risk- und Case-Management stellte sich hier als handlungsbedürftigster Fall heraus, um für eine verbesserte wirtschaftliche Anpassung an die neue Marktsituation hilfreich zu sein²³. Beide Ebenen des Managements arbeiten mit Wissen und/oder mit Informationen. Beim Risk- Management werden situative Informationen und das Wissen von Personen zur richtigen Zeit am richtigen Ort benötigt, um notwendige Schritte einleiten zu können. Daher spielt nach BOHNET-JOSCHKO die optimale Wissensverteilung eine grundlegende Rolle beim Risk- Management.

Beim Case- Management werden hingegen Patientenrelevante Informationen benötigt, um unterschiedliche Institutionsübergreifende Prozesse reibungslos und effizient zu gestalten²⁴.

Zur Unterstützung dieser Managementprozesse wurden zu 26% ein Qualitätsmanagement und zu 22% das Wissensmanagement vorgeschlagen. 30% nannten keine unterstützenden Maßnahmen. Diese geringe Ausprägung zeigt einerseits, dass das Wissensmanagement eine geringe Bedeutung bei der Umsetzung der o.g. Maßnahmen hat, andererseits jedoch das Krankenhäuser bereits eine Sensibilität für das Thema Wissensmanagement entwickelt haben²⁵.

Ein weiterer Anhaltspunkt für Wissensmanagement im Krankenhaus tat sich bei der Frage auf, welche Mittel zur Kommunikation innerhalb der Organisation verwendet werden. Zu den meist genutzten und etablierten Instrumenten wurden Qualitätszirkel, Besprechungen, Intranetnutzung, Newsletter und Mitarbeiterzeitungen genannt²⁶. Hier wurde deutlich, dass

²² Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.8

²³ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.11. Beide Bereiche könnten im Gegensatz zu der Befragung von 2004 an Bedeutungszuwachs gewinnen. So rechneten, von den befragten Krankenhäusern 26% dem Risk- Management eine Bedeutung zu. Bei der Befragung 2007 waren es 32%. Die Bedeutung des Case- Management wuchs von 2004 von 29 % auf 42% bei der Befragung 2007.

²⁴ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.11

²⁵ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.14

²⁶ Vgl. Bohnet-Joschko (2007), S.18

Krankenhäuser bereits Instrumente einer Wissensverteilung und -nutzung verwenden und ein Wissensmanagement im weitesten Sinne bereits verankert scheint, jedoch nicht als solches wahrgenommen wird.

Das Teilprojekt der Forschungsarbeit „Wissensmanagement im Krankenhaus“ zeigte, dass bereits Wissensmanagement zum Teil existiert und auf den Managementebenen wahrgenommen wird. Jedoch scheint den Führungskräften, neben mangelnden Kenntnissen darüber, weder dessen Bedeutung, noch dessen Nutzen bewusst zu sein.

2.2. Was ist Wissensmanagement?

Das managen von Wissen ist kein neues Phänomen, dass mit der Diskussion vom vierten Produktionsfaktor Wissen neu entstanden ist. Schon immer haben Unternehmen mehr oder weniger bewusst Strategien zur Gestaltung von Wissensprozessen eingesetzt z.B. in Fort- und Weiterbildungen, Projektmanagement. Das wesentlich Neue an dem Ansatz Wissens(Management²⁷) ist das bewusste Wahrnehmen von Wissen als Ressource, das zum Gegenstand von organisatorischen Gestaltungsprozessen gemacht wird²⁸.

Demnach wird Wissensmanagement als ganzheitlicher Ansatz von REINMANN-ROTMEIER et al. wie folgt definiert²⁹:

„**Wissensmanagement** bezeichnet den bewussten und systematischen Umgang mit der Ressource Wissen und den zielgerichteten Einsatz von Wissen in der Organisation“

Der ganzheitliche Ansatz meint damit vier Komponenten der Organisation, die die zentralen Standbeine des Wissensmanagements bilden (siehe Abb.1).

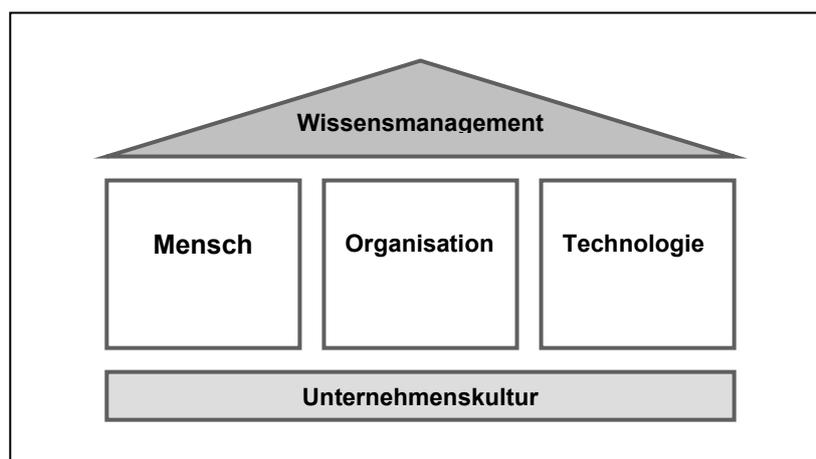


Abb. 1: Die Organisation des Wissensmanagements

²⁷ Der Begriff Management wird u.a. von Hummel, T.R./Zander, E. als Prozess beschrieben, bestehend aus den Phasen Planung, Organisation, Durchführung, Kontrolle, der über den Einsatz von Menschen zur Formulierung und Erreichung von Zielen führt. In: Unternehmensführung (2002), S.355

²⁸ Vgl. Kreidenweis / Steincke (2006), S.29

²⁹ Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.18

Bei der Komponente **Mensch** geht es um die Förderung und Gestaltung von Kenntnissen, Fähigkeiten und Kompetenzen der Mitarbeiter, die als Träger relevanten Wissens identifiziert werden. Die Komponente Mensch lässt sich auch als **individuelles Wissensmanagement** vom organisationalen Wissensmanagement differenzieren, in dem es um das individuelle Handeln eines Mitarbeiters in einer konkreten Arbeitssituation geht³⁰.

Die Komponente **Organisation** soll eine wissens- und lernfreundliche Umgebung und Kultur fördern sowie Rahmenbedingungen, die den Umgang mit Wissen erleichtert (z.B. durch Arbeitsplatzgestaltung)³¹.

Das dritte Standbein der Organisation bildet die **Technologie**. Hier geht es um die Einführung und die Entwicklung einer Informations- und Kommunikationsinfrastruktur (Internet, Datenbanken), die wissensbasierte Prozesse effizient unterstützen soll³².

Getragen werden diese drei Säulen durch eine **Unternehmenskultur**, die Wissen als Unternehmensressource erkennt und fördert. Dies beinhaltet den Menschen als Wissensträger zu erkennen und sein Wissen zu nutzen, Einstellungen im Hinblick auf Machtfragen zur Wissensteilung (nicht Wissen ist Macht, sondern Wissensteilung) berücksichtigen und die Kooperation und Kommunikation fördern (siehe hierzu 4.1, S.54).

Ziele des Wissensmanagements

Mit der Implementierung eines Wissensmanagements sind für die Organisation verschiedene Ziele verbunden, die sich aus den übergeordneten Unternehmenszielen ableiten lassen sollen. Diese können eine Leistungs- und Wettbewerbssteigerung bewirken, vorhandene Ressourcen besser nutzbar machen, Produktqualität und Kundennäher verbessern sowie die Innovationsfähigkeit steigern³³.

Letztendlich muss das Wissensmanagement einen Beitrag zur Wertschöpfung eines Unternehmens leisten, um seine Legitimation zu begründen³⁴.

Wissensmanagement als ein Prozess

Wissensmanagement ist nicht als vorgelagerte Planungsaufgabe zu verstehen, sondern bezieht die Gestaltung aller normativen, strategischen und operativen Prozessketten eines Unternehmens mit ein, die mit Hilfe auf das eingesetzte und generierte Wissen optimiert

³⁰ Vgl. Reinmann- Rothmeier, G.: Individuelles Wissensmanagement - Strategien für den persönlichen Umgang mit Information und Wissen am Arbeitsplatz (2000), S.25

³¹ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.18

³² Vgl. ebd.

³³ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.19

³⁴ Vgl. ebd.

werden können³⁵. Ausgehend von einer Zielsetzung, die mit Wissensmanagement erreicht werden soll, haben PROBST, RAUB & ROMHARDT einen Prozess beschrieben der neben der Formulierung der Wissensziele und ihrer Bewertung folgende Aufgaben unterscheidet und sich im wesentlichen mit dem Prozess des Managements deckt³⁶:

- o Definition von Wissenszielen
- o Wissensidentifikation
- o Wissenserwerb
- o Wissensentwicklung
- o Wissensverteilung
- o Wissensbewahrung
- o Wissensbewertung

Wissensmanagement ist ein Prozess, der sich auf der normativen, strategischen oder operativen Ebene zunächst mit einigen Grundfragen auseinander setzen muss, ehe er überhaupt einsetzen kann.(siehe Abb. 2).



Abb. 2: Grundfragen im Wissensmanagement

Diese Fragen setzen allerdings ein Bewusstsein darüber voraus, was Wissen eigentlich ist, welche Arten von Wissen es gibt, wo es zu finden ist und wie man welche Art beschaffen kann.

³⁵ Vgl. Dick, M./ Wehner, T.: Wissensmanagement zur Einführung: Bedeutung, Definition, Konzepte, S.21. In: Wissensmanagement - Praxis: Einführung, Handlungsfelder und Fallbeispiele: Lüthy, W. et al. (Hrsg) (2002), S.7-21

³⁶ Vgl. ebd.

2.3 Was ist Wissen? Von Daten, Informationen und Wissen

Die Frage „Was ist Wissen?“ ist nicht einfach zu beantworten, da es keine einheitliche Definition von Wissen in der Literatur gibt. Im allgemeinem Sprachgebrauch wird Wissen häufig synonym mit Informationen oder Daten verwan, kann jedoch letztendlich nicht gleichgesetzt werden wie die Abbildung 3 aufzeigt³⁷. Wer aber Wissen managen will, muss sich damit beschäftigen, was Wissen ist und ob für eine bestimmte Problem- oder Fragestellung eher Informationen oder Wissen benötigt werden, da beiden Begriffen unterschiedliche Bedeutungen zugeordnet werden können.

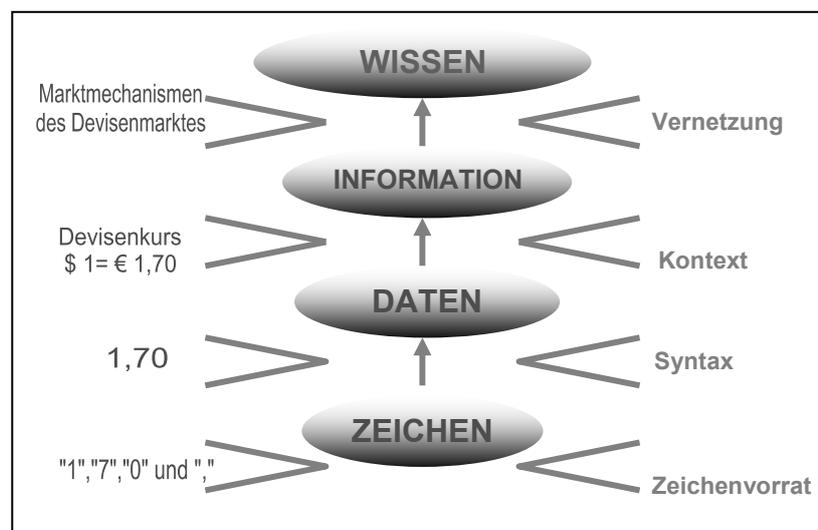


Abb. 3: Begriffshierarchie - Von Zeichen zu Wissen (Quelle³⁸)

Zeichen und Daten

Zeichen sind zum Beispiel Zahlen oder Buchstaben, die aber in keinem Zusammenhang zueinander stehen. Zeichen werden durch Syntaxen, d.h. durch Ordnungsregeln, zu **Daten**, die aber noch keine Verwendungshinweise haben und an sich bedeutungslos sind³⁹.

Informationen

Um aus Daten **Informationen** zu generieren, müssen diese durch menschliche Wahrnehmung in einem Zusammenhang gebracht werden⁴⁰. Das heißt, die Daten werden von einem Menschen anhand von Relevanzkriterien ausgewählt und bewertet und zu einer Information

³⁷ Vgl. Kreidenweis/ Steincke (2006), S.20 f

³⁸ Entnommen aus: Oelsnitz, v. d./ Hahmann (2003), S.37

³⁹ Vgl. Reinmann-Rothmeier, G./Mandl, H. et al. (2001): Wissensmanagement lernen - Ein Leitfaden zur Gestaltung von Workshops und zum Selbstlernen, S.16

⁴⁰ Vgl. Kreidenweis/ Steincke (2006), S.20

zusammengefasst. Im Gegensatz zu Daten können Informationen etwas bewirken und dienen zur Zielerreichung eines Problemzusammenhangs⁴¹.

Wissen

Informationen werden letztendlich zu **Wissen**, wenn der Mensch diese durch selektieren, vergleichen, bewerten und vernetzen mit anderen Individuen kommuniziert und für sich schließlich daraus Konsequenzen zieht⁴². Wissen ist nicht nur die reine Information, sondern wird erst durch einen personenbezogenen Verwendungszusammenhang aus Erfahrungen, (Vor-) Urteilen, Regeln oder Weltanschauungen zu etwas, was eine Handlung in Gang setzen kann und ist somit Kontext- und Personengebunden⁴³. Personengebundenheit impliziert auch einen freien Willen, sein Wissen mit anderen zu teilen. PROBST et al. zeigen die Wechselwirkung von Zeichen, Daten, Informationen Wissen und die Personengebundenheit in ihrer Definition von Wissen folgendermaßen auf⁴⁴:

„**Wissen** bezeichnet die Gesamtheit der Kenntnisse und Fähigkeiten die Individuen zur Lösung von Problemen einsetzen. Dies umfasst sowohl theoretische Kenntnisse als auch praktische Alltagsregeln und Handlungsanweisungen. Wissen stützt sich auf Daten und Informationen, ist im Gegensatz zu diesen immer an Personen gebunden. Es wird von Individuen konstruiert und repräsentiert deren Erwartungen über Ursachen- Wirkungs-Zusammenhänge“

NORTH ergänzt diese Definition seinerseits um den Handlungsauslösenden Aspekt: „[...] Wissen entsteht als Individueller Prozess in einem spezifischen Kontext und manifestiert sich in Handlungen“⁴⁵. Handlungen entstehen jedoch nicht nur durch die Tatsache das Wissen alleine vorhanden ist. Erst durch die richtige Anwendung des Wissens und die dazugehörige Kompetenz einer Person erhält Wissen für eine Organisation die bedeutende Funktion und wird zur nutzbaren, sichtbaren Ressource, wie NORTH in seinem Modell der Wissenstreppe illustriert (siehe Abb.4, S.17).

⁴¹ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.16

⁴² Vgl. ebd.

⁴³ Vgl. Oelsnitz, von der/Hahmann (2003), S.39

⁴⁴ Probst et al. (1999), S.46

⁴⁵ North (2005), S.33

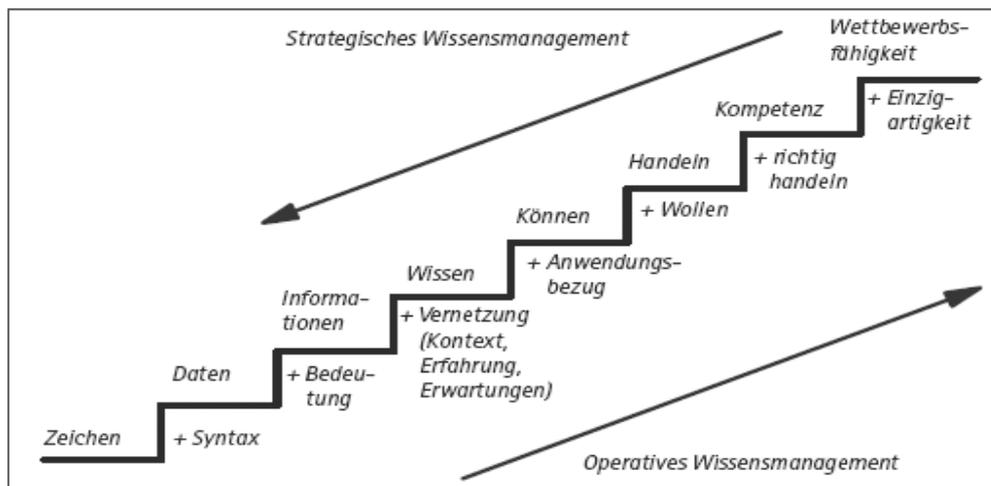


Abb. 4: Die Wissenstreppe nach North (Quelle⁴⁶)

Können entsteht durch Wissen in Kombination mit dem jeweiligen Anwendungsbezug. Im Bereich der Pflege zum Beispiel wird die Erkenntnis, dass das Konzept der Basalen Stimulation bei Langzeitbeatmungspatienten eine besondere Wirkung bei der Aktivierung der Wahrnehmungsbereiche erzielt, erst dann wertvoll, wenn eine Pflegeperson diesen Nutzen für den Patienten erkennt, das jeweilige Klientel festlegen kann und die nötigen Interventionen dazu beherrscht. Dieses Können alleine hilft jedoch bei der Anwendung Basaler Stimulation nicht weiter. Hierzu muss die Pflegeperson⁴⁷ das Können in **Handeln** durch Wollen oder Dürfen umsetzen wie zum Beispiel durch die Durchführung einzelner Interventionen (Massagen, beruhigende Waschungen), sowie durch Beobachtungen, um Reaktionen des Patienten zu ermitteln.

Um eine konkrete Pflegesituation mit der Basalen Stimulation erfolgen zu lassen, also das Konzept richtig anzuwenden, benötigt die Pflegeperson die nötige **Kompetenz**. Sie muss abwägen können, ob die eine Behandlung bei diesem Patienten den richtigen Erfolg erzielt, oder ob von dieser Intervention Abstand zunehmen ist.

Das benötigte Wissen in Kombination von Können, Handeln und Kompetenz bündelt sich nach NORTH schließlich in die **Kernkompetenzen** einer Organisation und repräsentieren ihre **Wettbewerbsfähigkeit**⁴⁸. Diese Kernkompetenzen unterscheidet eine Organisation von Anderen, mit dem Effekt, sie einzigartig darzustellen und besser zu machen. Am Beispiel der Basalen Stimulation könnte sich das Krankenhaus im Bereich der Pflege von anderen Krankenhäusern abgrenzen und sich so auf dem Markt positionieren.

⁴⁶ Entnommen aus: North (2005), S. 32

⁴⁷ Pflegende oder Pflegeperson meint in dieser Arbeit ausschließlich dreijährig examiniertes Personal.

⁴⁸ Vgl. North (2005), S.34 f

2.4 Dimensionen von Wissen

2.4.1 Arten von Wissen

Neben der Abwesenheit einer einheitlichen Definition von Wissen, existieren darüber hinaus noch unterschiedliche Wissensarten, die im Kontext von Wissensmanagement von Bedeutung sind, da jede Art einen anderen Zugang hat⁴⁹. Das Unternehmen Krankenhaus muss sich also entscheiden, mit welchem Wissen es arbeiten möchte.

Allgemeinwissen oder auch **Erfahrungswissen** ist das Wissen, was alle Menschen verbindet und bei sozialen Interaktionen und beim Handeln benötigt wird. Allgemeinwissen ist oft unbewusster Natur und wächst im Menschen von Geburt an⁵⁰.

Dem gegenüber steht das professionelle **Expertenwissen**, was bewusst und gezielt erworben wird z.B. in Fort- und Weiterbildungen, Studiengängen oder in Supervisionen⁵¹.

Beide Wissensarten bedingen sich gegenseitig, denn für den Erwerb von Expertenwissen wird oft das Allgemeinwissen benötigt z.B. um Sachzusammenhänge, Modelle und Theorien zu erkennen und zu verstehen. Für die Anwendung von Expertenwissen wird wiederum Allgemeinwissen benötigt wie zum Beispiel in Beratungssituationen von Klienten, in denen Menschenkenntnis und Kommunikationsvermögen benötigt werden und diese durch langjährige Erfahrungen erst entstehen.

Des Weiteren unterscheidet man **Sach-** von **Handlungswissen**. Sachwissen wird wie das Expertenwissen durch Bildungsprozesse erworben und existiert meist in schriftlicher Form, während Handlungswissen Sachwissen in die Praxis umsetzt und nur bedingt schriftlich festgehalten werden kann (Checklisten, Prozessbeschreibungen)⁵². Diese Differenzierung bezieht sich auf die Trennung zwischen „wissen“ und „können“ und beschreibt die vierte und fünfte Stufe der Wissenstreppe von NORTH.

Neben dem Wissen einzelner Personen, dem **individuellen Wissen**, besteht darüber hinaus das kollektive Wissen, das allen Mitgliedern einer Organisation zur Verfügung steht - das **organisationale Wissen**. Oft wird dieses Wissen in Organigrammen, Stellenbeschreibungen oder Verfahrensanweisungen verwendet, existiert aber auch in jahrelangen, eingeübten Verfahren und Arbeitsprozessen, die nicht immer in schriftlicher Form vorhanden sein müssen⁵³. Diese Gegebenheit wird meist bei der Einstellung neuer Mitarbeiter deutlich, die sich erst teaminterne Regelungen und Formalien erschließen müssen, wenn diese nicht dokumentiert sind.

⁴⁹ Vgl. Kreidenweis/ Steincke (2006), S.24 f

⁵⁰ Vgl. ebd.

⁵¹ Vgl. ebd.

⁵² Vgl. Kreidenweis/ Steincke (2006), S.25 f

⁵³ Vgl. Kreidenweis/ Steincke (2006), S.26 f

Eine der wichtigsten Unterscheidungen im Wissensmanagement ist die Differenzierung von kollektiven und individuellem Wissen oder auch **expliziten** und **impliziten** Wissen.

2.4.2 Explizites Wissen

Explizites Wissen ist methodisch, systematisch und kann formal beschrieben werden, wie z.B. in Prozessbeschreibungen, Qualitätshandbüchern oder Fachzeitschriften⁵⁴.

Explizites Wissen ist außerhalb der Köpfe einzelner Personen vorhanden (*disembodied knowledge*), leicht übertragbar und wird mit Mitteln der Informations- und Kommunikationstechnologie aufgenommen, weitergegeben und gespeichert⁵⁵.

2.4.3 Implizites Wissen

Dagegen beruht das implizite Wissen auf Erfahrungen des Individuums und ist immer personengebunden. Es beinhaltet nur schwer kategorisierbare Elemente wie Ideale, Werte und Gefühle einzelner Personen, die teilweise durch Sozialisationsprozesse in einem Menschen herangewachsen sind⁵⁶.

Die implizite Form des Wissens ist schwer zu artikulieren, da es subjektiv von jeder einzelnen Person anders empfunden und gespeichert (*embodied knowledge*) und in den täglichen Handlungsprozessen individuell umgesetzt wird. Hier spielen u.a. Erfahrungen und Intuition eine wichtige Rolle⁵⁷.

Eine der großen Herausforderungen des Wissensmanagements ist, das implizite Wissen in explizites Wissen zu überführen, um es für die Organisation zur Verfügung zu stellen. Denn erst wenn Wissen in expliziter Form vorliegt, ist es für die Organisation verwendbar und über den personellen Aspekt hinaus nutzbar⁵⁸.

Letztendlich basiert organisationales Wissen auf dem individuellen Wissen der einzelnen Organisationsmitglieder. Verlässt ein Mitglied diese Organisation, geht auch ein Teil des organisationalen Wissens verloren. Für die Organisation ist es daher umso wichtiger die implizite Form des Wissens als Teil ihrer Wissensbasis zu erkennen und sie in eine explizite Form zu transformieren. Hierzu gehört auch, den Menschen als den organisationalen Wissensträger zu verstehen.

⁵⁴ Vgl. North (2005), S.43 f.

⁵⁵ Vgl. ebd.

⁵⁶ Vgl. ebd.

⁵⁷ Vgl. ebd.

⁵⁸ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.18

2.4.4 Vier Formen der Wissensumwandlung

NONAKA und TAKEUCHI haben als Grundproblem des Wissensmanagements diese Überführung von implizitem in explizitem Wissen formuliert und gehen von einem interpersonellen Prozess, bestehend aus vier Formen der Wissensumwandlung, aus⁵⁹:

1. Sozialisation - von implizit zu implizit
2. Externalisierung - von implizit zu explizit
3. Kombination - von explizit zu explizit
4. Internalisierung - von explizit zu implizit

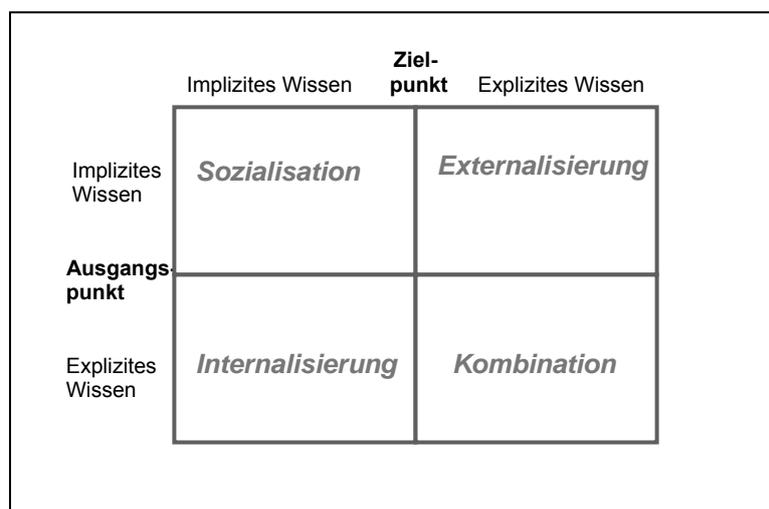


Abb. 5: Vier Formen der Wissensumwandlung (Quelle⁶⁰)

Die **Sozialisation** ist ein Erfahrungsaustausch von impliziten Wissen zweier Personen in einer Arbeitssituation⁶¹. Ein Beispiel dafür ist, wenn eine Pflegefachkraft mit ihrem Auszubildenden zusammenarbeitet und sich der Auszubildende durch Beobachtung die Pflorgetechniken und Arbeitsweisen der Pflegefachkraft aneignet.

Bei der **Externalisierung** entsteht der Prozess der Umwandlung vom expliziten zu impliziten Wissen, das für die Organisation letztendlich nutzbar gemacht werden kann⁶². In diesem Prozess wird das implizite Wissen über Formen von Metaphern, Analogien und Modellen kommuniziert. Die Verbalisierung implizitem Wissen vermag in Gruppen zunächst unlogisch

⁵⁹ Vgl. Nonaka, I./ Takeuchi, H.: Die Organisation des Wissens, Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen (1997), S.74

⁶⁰ Entnommen aus: Nonaka, / Takeuchi (1997), S.75

⁶¹ Vgl. Nonaka, / Takeuchi (1997), S.75

⁶² Vgl. Nonaka, / Takeuchi (1997), S.77

und unzureichend erscheinen, kann jedoch für die Reflexion und Interaktion im Team förderlich sein⁶³.

Die Kombination, Erfassung und Verknüpfung von Konzepten bestehend aus dem expliziten Wissen einer Organisation dient zur Erzeugung neuen expliziten Wissens⁶⁴.

Das Gesamtwissen des Krankenhauses wird dadurch zwar nicht vermehrt, da bereits Wissenswertes nur zusammengefasst oder in anderen Form dargestellt wird, allerdings kann durch die Kombination altes Wissen eine neue Bedeutung zugeordnet werden z.B. bei der Neuerstellung einer Projektpräsentation, die aus zwei älteren Präsentationen generiert wurde.

Die vierte Wissensumwandlung ist die Transformation von explizitem zu implizitem Wissen in der **Internalisierung**. Diese Form mag zunächst im Kontext vom Wissensmanagement unlogisch erscheinen, da bereits sichtbares, greifbares Wissen zu subjektiven Wissen überführt wird, dennoch muss neues explizites Wissen in Handlungsroutinen und Fertigkeitserwerben eingeübt werden. Dieser Prozess ist eng mit dem „Learning by doing“ verwandt, bei dem z.B. nach dem Besuch einer Fortbildung das neuerworbene Wissen im täglichen Praxisalltag umgesetzt wird⁶⁵.

2.5 Wissen im Krankenhaus

Nach der Definition des Wissensbegriffes und der Vorstellung der verschiedenen Arten von Wissen, soll das Wissen in der Organisation Krankenhaus, in Typus und Reichweite, näher betrachtet werden.

Wissen im Krankenhaus kommt in vielfältiger Form vor, hauptsächlich jedoch als implizites Wissen in den Köpfen der Mitarbeiter (siehe Abb.6, S.23)⁶⁶. Zu den Mitarbeitern des Krankenhauses zählen die Ärzte, die über theoretisches Fachwissen verfügen, was zum Teil in expliziter Form in Lehrbüchern zu finden ist. Des Weiteren verfügen Ärzte über gewisse Techniken und Methoden der Diagnostik und Therapie, die in expliziter Form vorliegen können (ärztliche Standards), jedoch auch in impliziter Form, die von jedem individuell ausgeführt werden (Versorgung einer Wunde, Anlegen eines Gipsverbandes). Die Tatsache, dass die Medizin eine langjährige Profession ist, erleichtert die Externalisierung von

⁶³ Vgl. Nonaka, / Takeuchi (1997), S.77

⁶⁴ Vgl. Nonaka, / Takeuchi (1997), S.81

⁶⁵ Vgl. Nonaka, / Takeuchi (1997), S.82

⁶⁶ Vgl. Bohnet-Joschko, S./ Bretschneider, U.: Das Management des Produktionsfaktors Wissen, Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften (2006), S.1, auf: [http://www.competence-site.de/wissensmanagement.nsf/4441d793c1828076c12569a4005130cd/fec84c5b4bcc9390c125717d00612e99/\\$FILE/Das%20Management%20des%20Produktionsfaktors%20Wissen%20im%20Krankenhaus.pdf](http://www.competence-site.de/wissensmanagement.nsf/4441d793c1828076c12569a4005130cd/fec84c5b4bcc9390c125717d00612e99/$FILE/Das%20Management%20des%20Produktionsfaktors%20Wissen%20im%20Krankenhaus.pdf) (Zugriff am 16.11.2007)

impliziten zu expliziten Wissen durch den organisierten Zusammenschluss in Berufsverbänden, dem Austausch auf Kongressen und durch die Publikation von Dissertationen.

Die zweite Berufsgruppe wird durch den kaufmännischen Bereich in der Verwaltung und Hauswirtschaft besetzt. Das hier vorliegende Wissen bezieht sich u.a. auf Abrechnungsverfahren von DRG's und Richtlinien für Einkauf und Investitionen und liegt meist ebenfalls in expliziter Form vor. Das implizite Wissen im Verwaltungsapparat zeigt sich meist bei Entscheidungsfindungen von Führungskräften z.B. bei Verteilungen des Jahresbudget auf die einzelnen Bereiche, bei dem es zwar explizite Richtlinien gibt, Intuition und Erfahrung jedoch trotzdem auch eine Rolle spielen.

Zu der größten Berufsgruppe im Krankenhaus zählen die Mitarbeiter des Pflegedienstes. Ihr Wissen hat explizite (Pflegestandards) und implizite Anteile (Umgang mit Pflegephänomenen)⁶⁷.

Aus dem theoretischen Wissen dieser drei Disziplinen Medizin, Verwaltung und Pflege speist sich das Erfahrungswissen, das sich aus Lern- und Interaktionsprozessen ergibt (Umgang mit Patientenwünschen, Notfallsituationen).

Diese vier Wissenskomplexe, das theoretische Fachwissen der drei Berufsstände und das Erfahrungswissen, erzeugen das so genannte **Intangible Knowledge Assets** des Krankenhauses und stellen die wichtigste Wissenskomponente für Organisationen im Gesundheitswesen dar⁶⁸. Aus diesem intellektuellem Vermögenswert wird das explizite Wissen des Krankenhauses generiert, das sich im Organisations-, Patienten- und Prozessbezogenem Wissen wiedergibt (siehe hierzu Abb.6 S.23), d.h. es basiert nicht nur auf expliziten Richtlinien (Gesetze und Auflagen) sondern auch auf Erfahrungen und theoretischen Erkenntnissen.

Das Wissen eines Krankenhauses kann allerdings nicht als statisches Gut angesehen werden, welches über die Zeit seine Aktualität und Wert behält. Der Aspekt der Aktualität ist in Krankenhäusern gerade in den Wissenskomplexen, des Fach- und Erfahrungswissen, von besonderer Relevanz, da täglich von extern neue Wissensströme auf das Krankenhaus einfließen. So beträgt die Halbwertszeit des hoch spezialisierten Wissens in der Medizin nur wenige Jahre, während im Verwaltungsbereich Wissensveränderungen in viel kürzeren Abständen auf der Tagesordnung stehen (u.a. durch die gesundheitspolitische Lage, die zu Veränderungen der Finanzierung der Krankenhäuser führt)⁶⁹.

⁶⁷ Ausführung von Wissen in der Pflege erfolgt unter dem Gliederungspunkt 2.4

⁶⁸ Vgl. Bohnet-Joschko/ Bretschneider (2006), S.2

⁶⁹ Vgl. Bohnet-Joschko/ Bretschneider (2006), S.2-3

Die Dynamik der Wissensproduktion wird am deutlichsten beim Berufsstand der Pflege, die sich im Professionalisierungsprozess befindet und sich der Herausforderung stellen muss pflegewissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen und in den Krankenhausalltag zu integrieren⁷⁰.

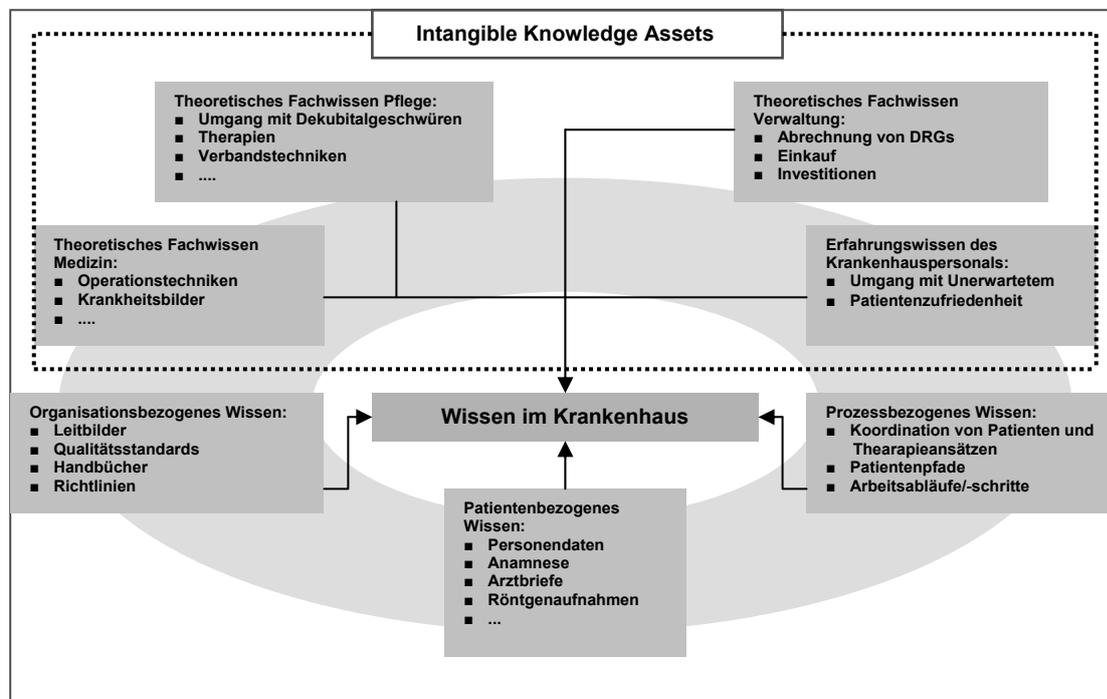


Abb. 6: Wissen im Krankenhaus (Quelle⁷¹)

2.6 Wissen in der Pflege

Wissen in der Pflege besteht nach CHINN und KRAMER aus den Bereichen empirischen, intuitiven, persönlichen und ethischen Wissens⁷². Jede Form dieses Wissens stellt ein Teil des pflegerischen Gesamtwissens dar.

Empirisches Wissen basiert auf der Annahme, dass Erkenntnisse durch Sinneswahrnehmungen, wie Hören, Sehen und Berühren, zustande kommen und diese Befunde durch andere Beobachter verifiziert werden müssen⁷³.

Als wissenschaftliche Verfahrensweisen zur Überprüfung von Hypothesen werden quantitative Methoden wie z.B. Fragebögen oder Experiment, sowie qualitative Verfahren zur induktiven Theorie- und Modellentwicklung, um Einzelphänomene zu verallgemeinern, verwendet.

⁷⁰ Vgl. Schaeffer, D.: Wissenstransfer in der Pflege - Ein Problemaufriss. In: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops, IPW- Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (2006) S.3-4. Auf: http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_133.pdf (Zugriff am 17.11.2007)

⁷¹ Entnommen aus: Bohnet-Joschko/ Bretschneider (2006), S.2

⁷² Vgl. Chinn, P.L./Kramer, M.K.: Pflgegetheorie. Konzepte - Kontext - Kritik (1996), S.5

⁷³ Vgl. Chinn /Kramer (1996), S.7

Als „Werkzeug“ bezeichnen BRANDENBURG und DORSCHNER die Pflegeforschung, die im Rahmen der Wissenschaft empirisches Wissen erzeugt, und somit Theorie und Praxis des pflegerischen Handlungsfeldes mit anerkannten Forschungsmethoden begrifflich bestimmt, systematisiert, überprüft und weitergeben soll⁷⁴. Empirisches Wissen ist somit von expliziter Form und für das Krankenhaus nutzbar.

Intuitives Wissen ist die Erfassung von Bedeutung in einer einzigartigen, individuellen und subjektiven Ausdrucksform und manifestiert sich in der Pflege im Handeln, Verhalten, Benehmen sowie in den Haltungen und Interaktionen als Reaktion auf andere Menschen⁷⁵.

BENNER und TANNER sprechen von Intuition „[...]“. Wenn ein Urteil ohne rationale, klare Einschätzung getroffen wird und wenn Reaktionen ohne den Einsatz analytischer Denkprozesse ablaufen [...]“⁷⁶.

Intuitives Wissen ist ebenfalls von Bedeutung in der Abgrenzung vom Pflegeanfänger zum Pflegeexperten, wie in dem von DREYFUS und DREYFUS entwickelten Kompetenzstufenmodell dargestellt ist, siedelt BENNER et al. Intuition auf der höchsten Kompetenzstufe an⁷⁷. Intuitives Wissen als Teil des pflegerischen Gesamtwissens ist somit von rein impliziter Natur und schwer zu artikulieren und kann bei einer Externalisierung nur retrospektiv dargestellt werden.

Ebenso wie das intuitive Wissen ist auch das **persönliche Wissen** als implizite Wissensart anzusehen, da diese auf innere Erfahrungen der Pflegenden beruht⁷⁸. Persönliches Wissen spiegelt sich in Handlungen und Interaktionen wieder und besteht aus Allgemeinwissen und Expertenwissen, welche in Sozialisations- und Lernprozessen erworben wurden. Diese Art des Wissens kann, wie die Intuition, nur von der Person selber explizit gemacht werden.

Die letzte Komponente pflegerischen Wissens ist das **ethische Wissen**. Bei Ethik in der Pflege geht es darum moralische Verpflichtungen nachzukommen, die nicht immer auf empirisches, persönliches oder auch intuitives Wissen beruhen können sondern sich auch mit widersprüchlichen Wertmaßstäben, Interessen oder Grundsätzen auseinandersetzen⁷⁹. Deutlich wird dieses bei einem Behandlungsabbruch eines sterbenden Patienten im Pflegealltag. Die Frage, ob dieser Patient eine Ganzkörperwäsche in dem gleichen Ausmaß wie ein genesender Patient erhalten soll, wird meist eher nach ethischen Prinzipien als durch

⁷⁴ Vgl. Brandenburg H./ Dorschner S.: Pflegewissenschaft 1 -Lehr und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft (2003), S. 55

⁷⁵ Vgl. Chinn /Kramer (1996), S.10

⁷⁶ Benner P./Tanner C.A.: Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik (2000), S.20

⁷⁷ Vgl. Benner /Tanner (2000), S.60

⁷⁸ Vgl. Chinn /Kramer (1996), S.9-10

⁷⁹ Vgl. Chinn /Kramer (1996), S.9

empirische Erkenntnisse beantwortet. Ethisches Wissen in der Pflege erfordert implizites Wissen der Pflegekraft z.B. bei schwierigen Ad-hoc- Entscheidungen, sowie explizite ethische Prinzipien und Theorien, die in der Disziplin und in der Gesellschaft Gültigkeit haben⁸⁰.

Diese vier Wissenskomponenten sind als ein Ganzes zu verstehen, da durch Vernetzung der einzelnen Teile neues Wissen generiert werden kann. So können z.B. neue empirische Erkenntnisse auf persönliches und intuitives Wissen beruhen⁸¹.

Nun hat die Pflege bisher ihren Anspruch, diese Wissenskomponenten als eigenständiges Wissen in der Praxis zu nutzen, lange nur ungenügend wahrgenommen. So beruhten wissenschaftliche Erkenntnisse in der Pflege lange Zeit auf pflegefremde Disziplinen (Medizin, Psychologie), die für die pflegerische Praxis genutzt, aber nicht die pflegerische Sicht (Intuition, persönliches Wissen) miteinbezogen wurden⁸². Auch dass das pflegerische Handeln sich lange Zeit jeglicher Theorie entbehrte bzw. das theoretische Wissen in der Pflege nicht zur Reflexion des Handelns miteinbezogen wurde, hat diesen Berufsstand als „theorielose Praxis“ erscheinen lassen⁸³.

Erst mit der Akademisierung der Pflege, die in den 1990er Jahren mit weitreichenden Umstrukturierungen des Gesundheitswesens einherging (Pflegeversicherungsgesetz), wurde auch das Wissen in der Pflege weitestgehend als eigenständiges Wissen anerkannt⁸⁴. SCHAEFFER belegt diesen Wandel in ihrem Resümee über den Stand der Pflegewissenschaft mit der Existenz von über 50 Pflegestudiengängen in Deutschland, vermehrten Forschungsaktivitäten mit der Gründung von Pflegeforschungsinstituten und einem wachsenden Publikationsmarkt von pflegewissenschaftlicher Literatur⁸⁵. Hinzu kamen Anforderungen der Qualitätssicherung in der Pflege in Form von neu erarbeiteten Erkenntnissen und Konzepten, die auf evidenzbasiertem Wissen beruhten, und zu einer Optimierung der Pflegequalität führen sollten (z.B. Expertenstandards)⁸⁶.

Mit diesen Ausführungen von SCHAEFFER kann die Schlussfolgerung gezogen werden, dass durch die Beschleunigung der pflegewissenschaftlichen Aktivitäten die Wissensproduktion enorm an Tempo gewonnen hat. Jedoch besteht die Gefahr, dass das neu produzierte Wissen

⁸⁰ Vgl. Carper (1978) zit.n. Chinn, P.L./Kramer, M.K.: *Pflegetheorie. Konzepte - Kontext - Kritik* (1996), S.9

⁸¹ Vgl. Chinn /Kramer (1996), S.5

⁸² Vgl. Schaeffer, D.: *Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft in Zeitschrift „Pflege“* (1999), S.147

⁸³ Vgl. Görres (1996) zit.n. Henke I.: *Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege*, S.47. In: Görres, S. et al.: *Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege* (2002), S.45-55

⁸⁴ Vgl. Schaeffer (1999), S.142

⁸⁵ Vgl. Schaeffer D.: *Pflegewissenschaft und -forschung : Quo vadis?* In: Seidl, E./Walter I. (Hrsg.): *Pflegeforschung aktuell. Studien - Kommentare - Berichte* (2002), S.132

⁸⁶ Vgl. Schaeffer (2006), S.1

letztendlich nur ungenügend in die Praxis gelangt und genutzt wird. Denn anders als im medizinischen Sektor, in dem es eine Verzahnung von Theorie und Praxis gibt (Lehre und Forschung an Universitäten), fehlt es der Praxis der Pflegenden an der nötigen Expertise zur Rezeption und zum Umgang mit wissenschaftlichen Wissen, da in der Praxis überwiegend beruflich qualifizierte Pflegende tätig sind, die in ihrer Ausbildung nicht gelernt haben, wissenschaftliche Befunde zu handhaben und oder sie zu rezipieren⁸⁷.

2.7 Argumente für ein Wissensmanagement im Krankenhaus

Für die Relevanz eines Wissensmanagements im Krankenhaus können mehrere Gründe genannt werden. Einige wurden bereits in der Darstellung der Wissensdimensionen des Krankenhauses und der Pflege kurz angesprochen.

Die Tatsache das ältere Mitarbeiter die Organisation aufgrund des Ruhestandes verlassen, spielt bei der **Wissensbewahrung** eine Rolle. Ihr jahrelang erworbenes implizites Wissen wird von ihnen mitgenommen und geht der Organisation somit verloren. Oft wurde weder dieses Wissen mit anderen Kollegen geteilt, noch sind diese Informationen in Datenbanken gespeichert⁸⁸. Ein Verlust impliziter Wissensbestände des Krankenhauspersonals wird auch durch die erhöhte Fluktuationsrate forciert⁸⁹: Ärzte und Pflegende verweilen oft nur wenige Jahre an einer Berufsstätte, da eine hohe psychische und physische Belastung und schlechte Arbeitszeiten eine Abwanderung bedingen. Ein systematisch, geführtes Wissensmanagement trägt zur Aktualisierung und Bewahrung des impliziten Wissens bei z.B. in Archivierungsdateien oder Kompetenzprofilen⁹⁰.

Bei der **Wissensverteilung** geht es um die Frage: Wer weiß was? Im Arbeitsalltag tauchen oft Probleme auf, die ein anderer Kollege bereits für sich gelöst hat, ohne das andere von diesem Lösungsweg erfahren haben. Durch die Transformation dieses Wissens in expliziter Form, kann der Kollege identifiziert und direkt zur Problemlösung herangezogen werden ohne das dabei neue Problemlösungswege geschaffen werden müssen (Expertenverzeichnis im Intranet)⁹¹.

Ein weiteres Argument für Wissensmanagement spielt im Kontext der Reorganisationen von Prozessen in Krankenhäusern eine Rolle: Kernleistungsprozesse im Krankenhaus, aus den

⁸⁷ Vgl. Schaeffer (2002), S. 6

⁸⁸ Vgl. Wilkesmann, U.: Wissensmanagement als Motor von Innovationen in der Arbeits- und Berufswelt (2006), S. 83. In: Schaeffer, D.: Wissenstransfer in der Pflege - Ein Problemaufriss, in: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops, IPW- Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (2006) S.79-83. Auf: http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_133.pdf (Zugriff am 17.11.2007)

⁸⁹ Vgl. Bohnet-Joschko/ Bretschneider (2006), S.3

⁹⁰ Vgl. ebd.

⁹¹ Vgl. Wilkesmann (2006), S. 83

Funktionen Diagnostik, Therapie und Pflege, werden im wesentlichen durch die beiden Berufsgruppen Ärzte und Pflegende, mit ihrem komplexen Wissensbeständen, getragen und gestaltet⁹². Oft kommt es in Prozessabläufen zu einer mangelnden Koordination, Integration und Informationsasymmetrien durch eine nichteinheitliche Informations- und Wissensbasis der Berufsgruppen. Ergebnisse sind Doppelarbeiten, Blindleistungen, mangelnde Terminabsprachen, Engpässe bei kurzfristigen Einweisungen von Patienten sowie lange Wartezeiten für Patienten⁹³. Durch **Wissens-(ver-)teilung**, **Wissensnutzung** und Aktualisierung des impliziten und expliziten Wissens können Ablaufprozesse optimiert und durch ein managen der Ressource Wissen leistungsfähiger gestaltet werden (z.B. in Arbeitsgruppen zur Prozessoptimierung)⁹⁴.

Letztendlich trägt Wissensmanagement zur Professionalisierung der Pflege bei⁹⁵. Sie erhält hierdurch ein Instrument, das den Erwerb und Verteilung von evidenzbasiertem Wissen z.B. bei der Qualitätssicherung fördert und zur Externalisierung ihres intuitiven und persönlichen Wissens beiträgt. Ihr impliziter Anteil des pflegerischen Gesamtwissens könnte so in Standards und Verfahrensanweisungen, sowie bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter einfließen.

2.8 Barrieren gegen ein Wissensmanagement im Krankenhaus

Mögliche Hindernisse für die Implementierung eines Wissensmanagements finden sich u.a. auf der organisationalen und der operativen Ebene.

Die so genannte Dreiersäulung des Krankenhauses auf der organisationalen Ebene folgt dem historisch gewachsenem Prinzip der Aufgaben- und Arbeitsteilung zwischen den Berufsgruppen Medizin, Verwaltung und Pflege (siehe Abb.7, S.28)⁹⁶. Pflege und Medizinbereich sind darüber hinaus noch in fachliche Spezialisierungen und Professionalisierungen ausdifferenziert (Chirurgie, innere Medizin). Alle drei Berufsgruppen verfügen über separate Verantwortungsbereiche und Linienstrukturen und sind nur durch operative Ebenen von unten und durch die Betriebsleitung von oben miteinander verbunden⁹⁷. Entscheidungen werden in den meisten Fällen durch die obere Ebene der Krankenhausleitung nach dem Kollegialprinzip gefällt.

⁹² Vgl. Dahlgaard, K./ Stratmeyer, P.: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Das Konzept. Band 1 (2006 a), S.14

⁹³ Vgl. Bohnet-Joschko/ Bretschneider (2006), S.3

⁹⁴ Vgl. ebd.

⁹⁵ Vgl. Wilkesmann (2006), S. 92

⁹⁶ Vgl. Stratmeyer, P.: Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus [...] (2002), S.113

⁹⁷ Vgl. Stratmeyer (2002), S.114

Dieser berufsständische Säulenaufbau weist nach STRATMEYER einige Besonderheiten auf, die auch einen Wissenstransfer innerhalb der Organisation behindern und die Bildung von organisatorischen Wissensinseln begünstigen:

Arbeitsprozesse (Patientenversorgung), in denen enge und zwingende Kooperation erforderlich ist, sind durch die parallelen Hierarchien von Ärzten und Pflegenden zerteilt und werden jeweils durch eigene Führungskräfte geleitet. Die Informations- (Wissens) weitergabe erfolgt vertikal von unten nach oben und muss formal gesehen die einzelnen Hierarchieebenen durchlaufen, um eine bestimmte Person zu erreichen. Die Gefahr der verlangsamten oder sogar verfälschten Informationsweitergabe wird durch vermehrte Schnittstellen somit begünstigt. Ein Wissensaustausch findet daher nur bedingt oder ungenügend statt und folgt der internen Logik und Zielen der einzelnen Berufsgruppen⁹⁸.

Entscheidungen müssen in der Krankenhausführung im Konsens getroffen werden. Dies ist ein eher träger Prozess. Auch sind Innovationen im Sinne eines Wissensmanagements kaum oder nur verlangsamt möglich.

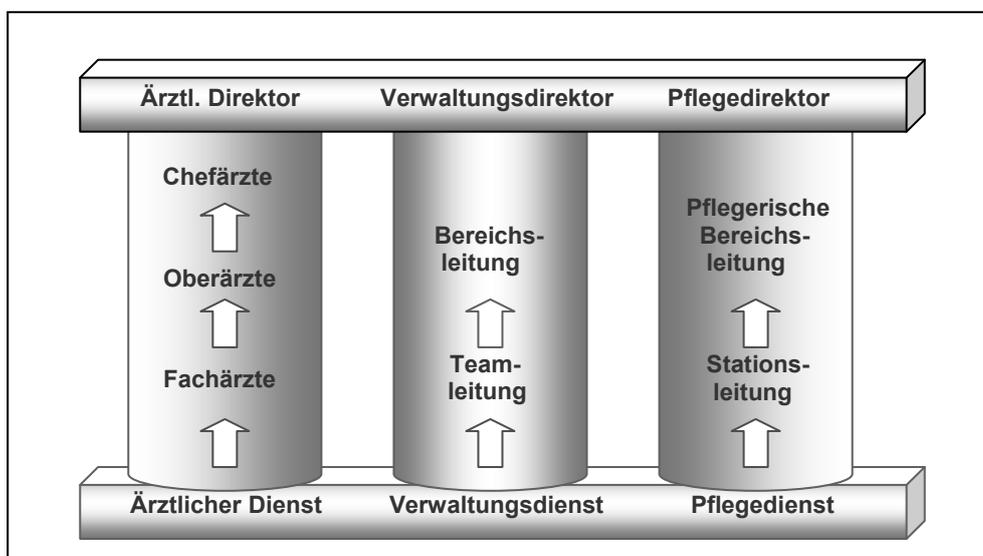


Abb. 7: Berufsständische Organisation im Krankenhaus (Quelle⁹⁹)

Die unterschiedliche Fachsprache und Denkweisen zwischen den Ärzten und den Pflegenden sind ein zusätzliches Hindernis für einen Wissensaustausch. Während die ärztliche Sprache sich durch einen distanzierten, reduzierten und hoch standardisierten Stil auszeichnet,

⁹⁸ Vgl. Stratmeyer (2002), S.114-115

⁹⁹ Entnommen aus: Keisers „J : Einführung n die Krankenhausbetriebslehre. Ein Leitfaden für Krankenpflegepersonal, Ärzte und Verwaltungsangestellte (1986), S.68

bedienen sich die Pflegenden, bedingt durch die verspätete Verwissenschaftlichung eher der Alltagssprache oder einer Kombination aus Fach- und Umgangssprache¹⁰⁰.

Die Problematik des Theorie-Praxis-Transfers (siehe 2.4) der Pflegenden stellt auf der operativen Ebene eine weitere Barriere dar.

In der Pflegepraxis reichte lange Zeit, das auf Alltagserfahrungen beruhende Wissen, das sich Pflegende im Laufe ihrer Berufstätigkeit angeeignet hatten, aus, um in ihrem beruflichen Kontext zu arbeiten, ohne dabei den Überblick über den Menge an Wissen zu verlieren¹⁰¹. Theorie und Praxis bildeten eine Einheit¹⁰². Dieses hat sich seit Beginn der Verwissenschaftlichung der Pflege geändert. Sie wird als eigenständige Disziplin gesehen deren Probleme durch Forschung abgedeckt und gelöst werden sollen. Individuell zusammengetragene Erfahrungen und Alltagswissen aus der Praxis sollen explizit gemacht so werden.

Nach AXMACHER besteht eine Lücke zwischen Theorie und Praxis, da die Praxis auf Problemlösung ausgerichtet ist, die Wissenschaft jedoch bestehende Lösungen hinterfragt und relativiert¹⁰³. Diese Diskrepanz verstärkt sich laut AXMACHER durch die Verfolgung der eigenen Logik der Pflegewissenschaft und der –praxis¹⁰⁴.

Er geht davon aus, dass die Pflegewissenschaft sich dabei zunehmend mit Theorien und theoretisch ungelösten Problemen auseinandersetzen wird. Dadurch wird sie Fragen aufwerfen, „[...] die in der Pflegepraxis so niemand gestellt hat“¹⁰⁵. Mit fortschreitender Entwicklung wird die Pflegewissenschaft die Wirklichkeit der Pflegepraxis in einem genuin wissenschaftlichen Ansatz theoretisch rekonstruieren. Die Pflegepraxis wird sich dabei aber nicht zwingend wieder erkennen. Probleme aus der Pflegepraxis werden dann zwar von der Wissenschaft aufgenommen und erforscht, jedoch nicht zwingend praxisnahe Handlungsanweisungen o.ä. als Antwort bekommen. Bezogen auf das Verhältnis von Pflegewissenschaft und Pflegepraxis bedeutet dies, dass das Handeln der Pflegeforscher den Pflegepraktikern fremd ist und bis zu einem gewissen Maße auch fremd bleiben wird. Die Ergebnisse der Pflegewissenschaft werden für die Pflegepraxis nicht ohne Weiteres in einer nutzbaren Art und Weise zurückkommen¹⁰⁶.

¹⁰⁰ Vgl. Stratmeyer (2002), S.105

¹⁰¹ Vgl. Axmacher, D. (1991) Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, Ursula et al. (Hrsg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. S.128

¹⁰² Vgl. Axmacher (1991), S.123

¹⁰³ Schaeffer (2002), S. 77

¹⁰⁴ Vgl. Axmacher (1991), S.122 ff.

¹⁰⁵ Axmacher (1991), S.128

¹⁰⁶ Vgl. Axmacher (1991), S.126

Letzteres bedeutet wiederum, dass die Pflegepraxis durch Forschung entstandenes Wissen erst in berufspraktisches Wissen umwandeln muss¹⁰⁷. Durch diese Transformation „verschwindet“ das wissenschaftliche Wissen und wird damit der Wissenschaft fremd.

Es werden unterschiedliche Lösungsansätze zur Füllung der bestehenden Lücke zwischen Theorie und Praxis postuliert¹⁰⁸. Unter anderem sieht SCHAEFFER eine Lösung in der Schaffung von eigenen Instanzen, die einen Transfer von Theorie in die Praxis ermöglichen und sich in als wissenschaftlich ausgebildete Pflegeexperten darstellen. Diese könnten im Sinne des Wissensmanagements als „Wissensarbeiter“¹⁰⁹ neues Wissen sichtbar machen, wissenschaftlich fundiert einführen und deren Umsetzung begleiten und auswerten¹¹⁰.

2.9 Ein Wissensmanagementmodell für das Krankenhaus und der Pflege

2.9.1 Das Münchner Modell

Grundannahme des Münchner Modells ist die Vorstellung, das Wissen ein variabler Zustand zwischen Information (explizites Wissen) und Handeln (implizites Wissen) ist und damit bedeutende Wissensarten für die Organisation mit einbezieht¹¹¹. In dem Modell wird der Versuch unternommen, Wissensbewegungen zwischen Informationswissen und Handlungsweisen so zu gestalten, dass konkrete Probleme und Situationen zielbezogen bewältigt werden können¹¹².

Informationswissen wird hier als Objekt beschrieben, das das organisationsbezogene Wissen präsentiert. Hingegen beschreibt das Handlungswissen Prozesse, die schwer zugänglich und wenig steuerbar sind (Intuition, persönliches Wissen). Hierbei kommt es zu einer Verbindung des technischen Aspekts des Informationsmanagements und der „Human Resource-orientierten“ Komponente¹¹³. Für das Krankenhaus scheint dieses Modell besonders geeignet, da es als bereichsübergreifendes Wissensmanagement das explizite und implizite Wissen der zwei Berufsgruppen Medizin und Pflege verbinden kann und daher für die Schaffung einer

¹⁰⁷ Vgl. Axmacher (1991), S.134

¹⁰⁸ Vgl. Brandenburg/Dorschner fordern, dass beide Seiten sich aufeinander zu bewegen müssen. „Einerseits müssen die Theoretiker bereit sein, die für die Praxis relevanten Fragen aufzugreifen und sie in einer verständlichen Sprache zu formulieren. Andererseits müssen die Praktiker offen für neue Ideen sein und bereit sein, die gewohnten Handlungsabläufe in Frage zu stellen.“ (2003), S.193

¹⁰⁹ Der Begriff „Wissensarbeiter“ wird mit dem Begriff des „Wissenspraktiker“ nach Nonaka, / Takeuchi (1997, S.172) gleichgesetzt. Die Autoren sehen darin einen Mitarbeiter/ Linienmanager an der Basis, der Wissen sammelt, erzeugt, erneuert und in Kontakt mit anderen Mitarbeitern steht und das Wissen austauscht.

¹¹⁰ Vgl. Schaeffer (2006), S.11; Vgl. Moers / Schiemann (2007), S.650 und Vgl. Henke (2002), S.54

¹¹¹ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.52

¹¹² Vgl. ebd.

¹¹³ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.53

neuen Einstellung gegenüber Wissen und Wissensträgern förderlich ist. Für die Pflege kann insbesondere ihr impliziter Wissensbestand aus intuitivem und persönlichem Wissen aufgegriffen und für das Krankenhaus nutzbar gemacht werden. Das Münchner Modell gliedert sich in sechs Bausteine und vier Kernprozesse (siehe Abb.8).

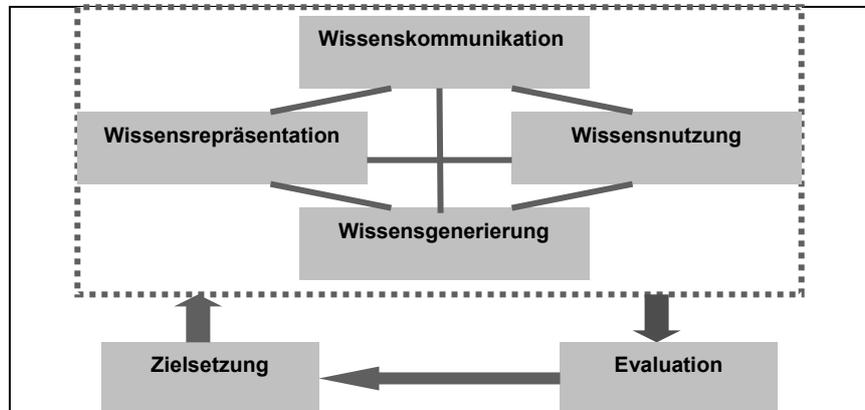


Abb. 8: Das Münchner Modell (Quelle¹¹⁴)

2.9.2 Wissenszielsetzung

In welcher Form sich Wissensmanagementprojekte gestalten, ist in dem Münchner Modell davon abhängig, wie die Situation und Probleme beschaffen sind, die in einer Organisation Priorität haben¹¹⁵. Der Antrieb von Wissensmanagement-Initiativen setzt Ziele voraus, die LUKO/ TRAUNER auf drei Ebenen beschreiben:

Normative Wissensziele beschreiben grundlegende unternehmenspolitische Visionen sowie alle unternehmenskulturellen Aspekte, wie z.B. die Verankerung des Wissens im Unternehmensleitbild¹¹⁶.

Strategische Wissensziele werden für langfristige Programme festgelegt, die zur Erreichung von Visionen aus normativen Wissenszielen abgeleitet werden. Strategische Ziele werden prospektiv über einen längeren Zeitraum festgelegt¹¹⁷. Bis zum Jahr 2015 ist z.B. der Autonomiebereich der Pflegenden, unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben, in Abgrenzung zu den Ärzten in einem Krankenhaus geklärt.

Operative Wissensziele sichern die Umsetzung der strategischen Planung auf die Ebene der kurzfristigen Zielerreichung im operativen Tagesgeschäft¹¹⁸. Ein Beispiel hierfür wäre die

¹¹⁴ Entnommen aus: Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.21

¹¹⁵ Vgl. Reinmann-Rothmeier: Wissen managen: Das Münchner Modell (2000), S.17. Auf: http://www.wissensmanagement.net/download/muenchener_modell.pdf (Zugriff am 26.11.2007)

¹¹⁶ Vgl. Luko S./Trauner B.: Wissensmanagement. 7 Bausteine für die Umsetzung in der Praxis (2002), S. 32 f

¹¹⁷ Vgl. ebd.

¹¹⁸ Vgl. ebd.

Implementierung eines Pflegekonsilardienstes auf den Stationen der Chirurgie im nächsten halben Jahr.

2.9.3 Wissensrepräsentation

In der Wissensrepräsentation soll Wissen, u.a. mit Hilfe von Informationstechnologien, transparent und damit explizit gemacht werden. Zu Bedenken ist, dass nicht alles Wissen abzubilden ist, da sich nicht immer das Wissen von seinem Träger trennen lässt (Personengebundenheit) und nicht jedes Wissen sich als wertvoll erweist (Kontextgebundenheit)¹¹⁹.

Zur Repräsentation gehören das identifizieren und kodifizieren von Wissen, die Bewahrung und Aufbereitung sowie die Dokumentation und die Formalisierung von Wissen¹²⁰.

2.9.4 Wissenskommunikation

Damit das in der Repräsentation identifizierte Wissen letztendlich an Personen gelangt, die mit diesem Wissen arbeiten sollen, muss dieses verteilt, vermittelt, weitergegeben oder sogar im Team gemeinsam konstruiert werden¹²¹. Durch diesen Austausch des expliziten Wissen untereinander lassen sich auch die Grenzen der Personengebundenheit in Repräsentationen überwinden, da ein direkter Austausch untereinander, implizites Wissen durch Diskussionen, Erfahrungsaustausche wiederum explizit gemacht werden kann.

2.9.5 Wissensgenerierung

Der Aspekt der Generierung verfolgt Maßnahmen zur Sicherung und zur Gewinnung neuen Wissens. Hierzu gehören das Importieren neuer Mitarbeiter, Schaffung von internen Wissensnetzwerken aber auch die Eigenproduktion neuen Wissens durch Forschung und Entwicklung¹²².

Schon bei der Wissenskommunikation kann bereits der Generierungsprozess einsetzen und durch Vernetzung innerhalb der Organisation neues Wissen hervorbringen. Durch die Dynamik der Märkte und die ständige Produktion neuen Wissens werden rasche Entscheidungen und Reaktionen auf Veränderungen und Dienstleistungen verlangt, die meist auf der Grundlage neuen Wissens basieren. Bei der Generierung sollten Störgrößen wie

¹¹⁹ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.33

¹²⁰ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.32

¹²¹ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.34

¹²² Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.37

Demotivation, schlechte Arbeitsbedingungen oder Zeitmangel berücksichtigt werden, um die Wissensschaffung nicht zu gefährden¹²³.

2.9.6 Wissensnutzung und -evaluation

Im Kernprozess der Nutzung wird schließlich das Wissen angewendet, das somit letztendlich in Entscheidungen, Handlungen, Produkte oder Dienstleistungen münden soll¹²⁴.

Hier wird das Wissen in die Handlung umgesetzt und erhält die eigentliche wertvolle Bedeutung für die Organisation Krankenhaus. Laut der Wissenstreppe nach North gehören zur Wissensnutzung auch im personellen Bereich Maßnahmen zur Kompetenzerweiterung, um richtig handeln zu können sowie das Ansetzen von Anreizen, die das Wollen einer Person fördern¹²⁵.

Bei der Evaluation wird schließlich Bilanz gezogen, inwieweit die Ziele zu Beginn des Wissensmanagementprozesses erreicht wurden.

2.10 Ausgesuchte Instrumente und Methoden im Wissensmanagement

Dem Wissensmanagement können eine Vielzahl an Methoden und Instrumenten zugeordnet werden, die den Transfer der einzelnen Bausteine und Kernprozesse in die Praxis erleichtern. Die im Folgenden ausgesuchten Methoden und Instrumente lassen sich zum Teil mit aber auch ohne zusätzliche IT-Investitionen (Software) realisieren.

Balanced Scorecard

Die Balanced Scorecard ist ein flexibles Steuerungs- und Controllinginstrument, welches durch Kennzahlen die operativen und strategischen Zielsetzungen plant und bewertet. Das Besondere im Vergleich zu den klassischen Controllinginstrumenten ist die Betrachtung der Organisation aus verschiedenen Perspektiven (Prozesse, Finanzen, Kunden, Lern- und Entwicklungsfähigkeit)¹²⁶. Vorteil der Balanced Scorecard ist die Berücksichtigung der Wechselwirkung der einzelnen Dimensionen. Die Balanced Scorecard kann auch zur Bewertung des Wissens bzw. des Wissenskapitals einer Organisation herangezogen werden oder zum managen von Wissensmanagement- Projekten verwendet werden¹²⁷. Hierbei werden die klassischen Perspektiven z.B. durch die Kernprozesse des Münchner-Modells

¹²³ Ausführung unter dem Gliederungspunkt 4.1, Bezugspunkt Organisationskultur, S.54

¹²⁴ Vgl. Reinmann-Rothmeier/Mandl (2001), S.39

¹²⁵ Ausführung unter dem Gliederungspunkt 4.1, Bezugspunkt Motivation und Anreizgestaltung, S.55

¹²⁶ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.91

¹²⁷ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.91

ersetzt (siehe hierzu im Verlauf 4.3.1, S.61). Zu jedem Prozess werden nun strategische Wissensziele und operative Handlungen mit den entsprechenden Kennzahlen verbunden. Durch eine Ursachen-Wirkungs-Kette zwischen den Kernprozessen, Handlungen und Kennziffern wird somit eine Grundlage zur Steuerung und Bewertung der Wissensziele ermöglicht¹²⁸.

Szenariotechnik

Bei der Szenariotechnik werden mit Hilfe von quantitativen und qualitativen Informationen diese mit Einschätzungen und Meinungen von Experten verknüpft, um verschiedene Zukunftssituationen innerhalb eines künftigen Problembereiches zu beschreiben¹²⁹.

Um möglichst verschiedene Szenarien zu entwickeln werden drei Grundtypen unterschieden: „ein bestmögliches Szenario, ein schlechtestes mögliches Szenario und ein Trendszenario“¹³⁰.

Die Szenariotechnik eignet sich besonders bei der Wissensgenerierung zur Identifikation zukunftsrelevanten Wissens. Jedoch können diese nur einen Trend abbilden und keine objektiven Prognosen über Entwicklungen treffen.

Wissenslandkarten

Wissenslandkarten dienen zur systematischen Darstellung des Wissens innerhalb einer Organisation und geben Auskunft darüber an welchem Ort, von welcher Person und in welcher Form das jeweilige Wissen zu finden ist¹³¹. Wissenslandkarten können in Form von **Wissensbestandskarten** darüber informieren, wo und wie (Datenbanken, Dokumente) Wissensbestände gespeichert sind. Sei es als Angaben der Wissensträger in den **Wissenstopographien** oder in einer **Wissensmatrix**, in der Wissensbestände zwischen zwei Dimensionen (intern/extern, neu/vorhanden) positioniert werden¹³².

Wissenslandkarten dienen jedoch nicht dazu, Wissen in einer Organisation im Ganzen abzubilden sondern geben lediglich Auskünfte über z.B. Wissensträger oder verweisen auf wichtige Wissensquellen¹³³.

¹²⁸ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.92

¹²⁹ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.87

¹³⁰ Reinmann-Rothmeier et al. zit.n. Kreidenweis/Steincke (2006), S.87

¹³¹ Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2001), S.86 und Kreidenweis/Steincke (2006), S.76

¹³² Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2001), S.88

¹³³ Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2001), S.87

Lessons Learned

Lessons Learned ist ein Instrument zur Wissensnutzung. Unter Lessons Learned versteht man das Wissen aus dem Lernen von Fehlern und aus vergangenen Projekten, die nicht so erfolgreich waren, indem man die aufgetretenen Fehler dokumentiert, aufbereitet und reflektiert¹³⁴. Lessons Learned soll kritische Erfahrungen bündeln, explizit machen und so einem Team oder der ganzen Organisation zu Verfügung gestellt werden, um ähnliche Situationen oder Fehler zu vermeiden. Mit dieser Methode wird auch Einfluss auf die Wissensrepräsentation und Wissensgenerierung genommen, da man durch Reflektion wiederum zu neuem Wissen gelangt. Grundvoraussetzung für den Einsatz dieser Methode ist ein offener Umgang mit Fehlern, die Bereitschaft Fehler zu melden oder sie anzusprechen ohne mit Sanktionen rechnen zu müssen¹³⁵. Hierfür kommt dem Management eine tragende Rolle zu¹³⁶.

Yellow Pages

Yellow Pages, die „Gelben Seiten“ oder auch Kompetenzprofile einer Organisation sollen das personenbezogene Wissen darstellen und eine systematische Erfassung und Suche nach Wissensträgern bzw. Experten ermöglichen¹³⁷. In diesen EDV- gestützten Profilen werden Mitarbeiter mit ihren Aufgaben, Fachkenntnissen, ihrem Status innerhalb der Organisation und ihrem Wissen und Fähigkeiten nach mit Hilfe einer Suchfunktion erfasst, und für jeden zugänglich gemacht¹³⁸. Bei dieser Methode der Wissensrepräsentation spielt der Datenschutz eine wichtige Rolle, da es um persönliche Daten des Mitarbeiters geht. Es sollten nur Daten verwendet werden, die sich auf Fachkenntnisse, Fähigkeiten und Stellung (Status) innerhalb der Organisation beziehen. Des Weiteren ist das Einverständnis des Mitarbeiters zu berücksichtigen, sowie auf den rechtzeitigen Einbezug der Personalvertretung zu achten¹³⁹.

Best Practice sharing

Best Practice sharing ist u.a. durch die Methode Benchmarking möglich. Benchmarking ist eine Vorgehensweise, mit der ein Unternehmen Best Practices identifizieren, verstehen, auf die eigene Situation anpassen und implementieren kann. Best Practice Lösungen werden zur

¹³⁴ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.82

¹³⁵ Vgl. ebd.

¹³⁶ Ausführung unter dem Gliederungspunkt 4.1, Bezugspunkten Organisationskultur und Macht, ab S.54

¹³⁷ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.80

¹³⁸ Vgl. Kreidenweis/Steincke (2006), S.80

¹³⁹ Vgl. Luko /Trauner : (2002), S. 121

Kommunikation bewährten Wissens oder vorbildlichen Lösungswegen und zur Generierung neuen Wissens verwendet. Des Weiteren liefern sie die Grundlage für das gezielte Zugreifen von Mitgliedern einer Organisation auf das Wissen und die Erfahrungen von Kollegen zur Lösung spezifischer Probleme (z.B. über Datenbanken, Formalisierung in Standards)¹⁴⁰.

Community of Practice (Wissensgemeinschaften)

Wissensgemeinschaften sind Personengruppen, die über einen längeren Zeitraum Interessen und eigene Themen haben und ihr Wissen gemeinsam aufbauen und austauschen wollen¹⁴¹. Wissensgemeinschaften können nach spezifischen Inhalten gruppiert sein z.B. im Krankenhaus nach besonderen Problemstellungen (Dekubitusbehandlung) Prozessoptimierungen (Patientenaufnahme), Methoden (Techniken der Wundversorgung) oder auch Produkten (Einführung eines neuen technisch- medizinischen Gerätes).

Durch den Austausch innerhalb der Gruppe und einem gemeinsamen Verständnis für ein Thema wird relevantes Wissen innerhalb der Organisation weitergegeben, sowie Neues durch Erkenntnisse innerhalb der Gruppe generiert.

Neben diesen Methoden, die dem Wissensmanagement zugeordnet werden können, existieren auch Andere, die dem Personalmanagement zugeordnet werden, sich jedoch zusätzlich für das Wissensmanagement eignen. REINMANN-ROTHMEIER et al. sehen v.a. in der Arbeitsplatzgestaltung ein wichtiges Instrument zur Förderung der Motivation, Kreativität, Kompetenz- und Autonomieerleben am Arbeitsplatz und somit auch zur Sicherstellung von Wissensprozessen innerhalb der Organisation¹⁴².

Zu den klassischen Varianten der Arbeitsplatzgestaltung zählen **Job Rotation** - ein systematischer Arbeitsplatzwechsel zwischen Personen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen, die eine Erweiterung ihrer fachlichen Kenntnisse anstreben, **Job Enlargement** - eine quantitative Erweiterung der Aufgaben zur Vermeidung von Monotonie an einem Arbeitsplatz und **Job Enrichment** - einer qualitativen Erweiterung der Aufgaben in Bezug auf den damit verbundenen Entscheidungs- und Kontrollspielraum¹⁴³.

Eine weitere Methode, die im Kontext vom Wissensmanagement bei der Identifikation von Wissensträger hilfreich sein kann, ist die **Potentialanalyse**.

¹⁴⁰ Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2201), S.94-95

¹⁴¹ Vgl. North (2005), S.154-155

¹⁴² Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2001), S.119-120

¹⁴³ Vgl. Jung H.: Personalwirtschaft 7. überarbeitete Auflage (2006), S.213

Die Potentialanalyse will aktuell vorhandene und zukünftig zu erwartende bzw. entwickelbare Qualifikationen von Mitarbeitern bestimmen¹⁴⁴ und könnte so im Rahmen von Wissensmanagementprojekten Mitarbeiter mit dem entsprechendem expliziten und/oder impliziten Wissen identifizieren, sowie im Rahmen von Personalentwicklungsmaßnahmen (Weiterbildungen) fördern.

Die zur Potentialanalyse eingesetzten Verfahren können nach SCHULER¹⁴⁵ in drei Ansätzen unterschieden werden:

- o Biografischer Ansatz: vergangenes Verhalten wird als Prädiktor für zukünftiges Verhalten angesehen (z.B. Lebenslauf, biografischer Fragebogen)
- o Simulationsansatz: es wird das Verhalten erfasst, das in ähnlicher Form am Arbeitsplatz gefordert wird (z.B. Arbeitsproben)
- o Eigenschafts- oder Konstruktansatz: es werden relativ stabile Eigenschaften erfasst, wie z.B. Gewissenhaftigkeit, Intelligenz (z.B. psychologische Tests, Intelligenztests)

Zusammenfassung Kapitel 2

Dieses Kapitel hat sich mit der Theorie des Wissensmanagements und der Bedeutung von Wissen in Abgrenzung zur Information beschäftigt. Besonders die Bedeutung von Wissen im Krankenhaus wurde dargestellt. Die Wissensbestände der zwei Berufsgruppen Medizin und Pflege sind wichtige Gestaltungsfaktoren der organisationalen Wissensbasis.

Besonders die Pflege beherbergt ein komplexes Gefüge an unterschiedlichen Wissensbeständen (Erfahrung, Intuition, Empirie, Ehtik).

Gleichzeitig strömen unterschiedliche externe Wissenseinflüsse auf das Krankenhaus ein, die mit Hilfe von Wissensmanagement und den entsprechenden Instrumenten und Methoden gesammelt, strukturiert, genutzt und evaluiert werden können. Das Münchner Modell kann hier, da es unterschiedliche Wissensarten berücksichtigt, ein Wissensmanagement im Krankenhaus begünstigen. Neben dem Bedarf der Wissensarbeit im Krankenhaus existieren jedoch mehrere Hindernisse und Störfaktoren. Besonders bei der Pflege fehlen Instanzen, die einzelne Prozesse im Wissensmanagement begleiten und fördern. Hier werden Experten an der Basis für den Theorie- Praxis- Transfer. für ein Wissensmanagement postuliert (siehe nächstes Kapitel).

¹⁴⁴ Vgl. Dahlgaard, K.: Personalmanagement, in: Breinlinger- O'Reilly, Maes, Trill (Hrsg.), S. 311. In: Das Krankenhaus Handbuch S.277-340, 1996

¹⁴⁵ Schuler, H.: Das Rätsel der Merkmals-Methoden-Effekte: Was ist „Potential“ und wie lässt es sich messen? In: Rosenstiel, Lutz von; Lang-von Wins, Thomas (Hrsg.): Perspektiven der Potentialbeurteilung. (2000), S. 53-71

3. DAS MODELL „ADVANCED NURSING PRACTICE“

Mit der Betrachtung des Modells Advanced Nursing Practice in dem folgenden Kapitel soll ein Beispiel vorgestellt werden, mit dem sich ein Wissensmanagement im Krankenhaus im Bereich der Pflege realisieren lassen kann.

Die Wahl dieses Beispiels einer erweiterten Pflegepraxis wurde ausgesucht, da nach SCHAEFFERS These (siehe S. 30) eine Etablierung eines Pflegeexperten¹⁴⁶(systems) im Krankenhaus den Transfer von Wissen in der Pflege begünstigen (Etablierung von Wissensarbeitern) und somit ein Wissensmanagement im Krankenhaus unterstützen kann.

Die Annäherung an das Thema Advanced Nursing Practice (ANP) findet zunächst mit einem historischen Rückblick auf die Entstehung des Modells und einer Übersicht der Länder, die ANP bereits umgesetzt haben, statt. Anschließend wird eine mögliche Übertragung in Deutschland diskutiert, um die im späteren Verlauf (Kapitel 4) vorgestellten Konzeptionen darzustellen.

3.1 Hintergrund und Definition

Advanced Nursing Practice bedeutet wörtlich ins deutsche übersetzt eine erweiterte, vertiefte Pflegepraxis. Diese durch speziell qualifizierte Pflegefachkräfte erweiterte Praxis fand ihren Ursprung in den angelsächsischen Ländern, begünstigt u.a. durch einen beginnenden Ärztemangel in den 1970er Jahren. Pflegenden übernahmen besonders in dünn besiedelten Gebieten der USA mit einer geringen Ärztedichte die Versorgung der Bevölkerung. Sie fungierten als Zwischeninstanz vor der ärztlichen Versorgung, in dem sie Sprechstunden abhielten und entschieden ob eine ärztliche Behandlung überhaupt notwendig war¹⁴⁷.

Im Verlauf wurden weitere Sektoren der Gesundheitsversorgung (Krankenhäuser, Arztpraxen) auf diese Experten aufmerksam und spezielle Studiengänge zum Nurse Practitioner (NP) oder Registered Nurse (RN)¹⁴⁸ zusätzlich zu einem grundständigen Pflegestudium oder zu einer Pflegeausbildung konzipiert¹⁴⁹.

Bis heute existieren mehrere Bezeichnungen, je nach Setting, für diese speziell ausgebildeten Pflegefachkräfte. Diese reichen vom Spezialisten im Krankenhaus (Clinical Nurse Specialist) bis zum Experten in der Gesundheitsprävention (Public Health Nurse).

¹⁴⁶ Der Begriff Pflegeexperte wird in der Literatur unterschiedlich und nicht eindeutig definiert. Schlüsselbegriffe sind u.a. bei Benner, Patricia Erfahrung, Intuition, umfangreiches Fachwissen. In: Stufen zur Pflegekompetenz - From Novice to Expert (2000), S.50-51. Im Folgenden wird der Begriff Pflegeexperte mit dem Begriff ANP gleichgesetzt, da die Qualifikationen Gemeinsamkeiten enthalten.

¹⁴⁷ Vgl. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), Positionspapier: Advanced Nursing Practice: Die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland (2007), S.9

¹⁴⁸ Im Verlauf werden die Begriffe NP, RN und ANP synonym verwendet, da es in der Literatur keine eindeutigen Abgrenzungen gibt

¹⁴⁹ Vgl. DBfK (2007), S.9

Als Obergriff hat sich international der Begriff „Advanced Nursing Practice“ durchgesetzt und wird vom International Council of Nursing (ICN) wie folgt definiert¹⁵⁰:

An **Advanced Nursing Practitioner** is „a registered nurse who has acquired the expert knowledge base, complex decision- making skills and clinical competencies for expanded practice, the characteristics of which are shaped by the context and/ or country in which s/he is credentialed to practice. A master degree is recommended for entry level“

Diese Definition berücksichtigt die unterschiedlichen Länder, in denen ANP's tätig sind und die nicht klar definierten Aufgabenbereiche der Spezialisten in unterschiedlichen Settings.

Der Nutzen von ANP misst sich in erster Linie an den Bedürfnissen der Patienten und ihrer Angehörigen. Ihre Aufgabe ist eine situativ bestmögliche Pflege, unter Berücksichtigung der zukünftigen Veränderungen (demografisch, epidemiologisch) zu gewährleisten, sowie theoretisches und forschungsbasiertes Wissen in die Praxis zu implementieren, um letztendlich die Pflegequalität zu verbessern¹⁵¹.

Des Weiteren bietet ANP Pflegenden neue Karrieremöglichkeiten, damit ihre Zufriedenheit am Arbeitsplatz verbessert wird und akademisch ausgebildete Pflegekräfte in der patientennahen Versorgung verbleiben und nicht ihre Tätigkeit in Bereichen wie z.B. Management oder Lehre verlagern¹⁵².

3.2 Charakteristika

ANP zeichnet sich durch die drei folgenden Charakteristika Spezialisierung, Erweiterung und Fortschritt aus:

Spezialisierung ist die Fokussierung auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem einer spezifischen Patientengruppe (Chronisch Kranke z.B. Diabetiker) oder deren Folgen (Wundpflege beim Diabetischen Gangrän)¹⁵³. Diese Spezialisierung setzt spezielles Wissen über Pathophysiologie, Pharmakologie und Therapien aber auch psychosoziales und verhaltensorientiertes Wissen sowie die kontinuierliche Aktualisierung dieser Fähigkeiten voraus.

Erweiterung bedeutet die Ausdehnung der klinischen Pflegepraxis und den Ausbau des Wissens der Pflegeexperten in Bezug auf die Bedürfnisse der Patientengruppen¹⁵⁴. Eine Erweiterung kann sich auch auf den Kontext der Patienten auswirken z.B. durch Unterstützung von pflegenden Angehörigen.

¹⁵⁰ International Council of Nursing (ICN): Advanced Nursing Practice (2006), S. 12

¹⁵¹ Vgl. ICN (2006), S. 29

¹⁵² Vgl. DBfK (2007), S.17

¹⁵³ Vgl. Spring R / DeGeest, S.: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In Pflege (2004), S.234

¹⁵⁴ Vgl. Spring / DeGeest (2004), S.234

Fortschritt bedeutet die Kombination von Spezialisierung und Erweiterung, mit denen die Pflege, auch im interdisziplinären Kontext, nachhaltig, breitflächig und zukunftsorientiert verbessert werden kann¹⁵⁵. Dies bedeutet ebenfalls, dass Pflegeexperten Methoden der Evaluation beherrschen und relevante Literatur zu aktuellen Forschungsergebnissen kritisch lesen, systematisch auswerten und für die Praxis nutzen können.

3.3 ANP in den USA

Die USA, dem Ursprungsland von ANP, nimmt in einem Ländervergleich in einer Literaturstudie von SACHS eine Schlüsselrolle in Bezug auf den Etablierungsgrad und den weitreichenden Handlungsspielraum von Pflegeexperten ein¹⁵⁶. Ausgehend von den bereits beschriebenen ländlichen und gesellschaftlichen Bedingungen, aber auch dem frühen epidemiologischen Wandel, haben die ANP- Experten im Verlauf u.a. durch zahlreiche Gesetzesinitiativen (Beteiligung in der Politik) die Bildung von Berufsverbänden (u.a. National Nurse Practitioner Coalition) und Forschungen zum ökonomischen Nutzen (gegenüber ärztlicher Behandlung) von ANP im amerikanischen Gesundheitssystem stetig ausgebaut. So konnten sie ihre Position festigen und stärken.

3.3.1 Tätigkeitsfelder

Die ANP's sind in den USA zunächst im Bereich der Primärversorgung (Arztpraxen, Krankenhäuser) tätig. Das Arbeitsverhältnis reicht vom Angestelltenstatus in den genannten Einrichtungen, bis zu selbstständig tätigen Pflegeexperten mit eigener Praxis¹⁵⁷.

Die Aufgaben von ANP- Experten beinhalten Tätigkeiten in der Forschung und Ausbildung, je nach Spezialisierung die direkte Pflege und Beschäftigungen in Sekundärzweigen der Patientenversorgung wie Case- Management und Leitungstätigkeiten. Ein besonderes Merkmal in den USA ist die Übernahme traditioneller ärztlicher Aufgaben wie die der Diagnostik und Therapie. So können ANP's in der so genannten Gate- Keeper- Funktion Medikamente verschreiben, diagnostische Tests anordnen und Überweisungen ausstellen¹⁵⁸.

¹⁵⁵ Vgl. Spring / DeGeest (2004), S.234

¹⁵⁶ Vgl. Sachs, M.: „Advanced Nursing Practice“ - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. In: Pflege und Gesellschaft, Zeitschrift für Pflegewissenschaft, S. 101-117, 12. J., Heft 2, Mai (2007) S.105

¹⁵⁷ Vgl. Sachs (2007), S.106-108

¹⁵⁸ Vgl. Sachs (2007), S.106-109

3.3.2 Ausbildung

Neben der Grundausbildung zur Registered Nurse werden weitere Qualifikationen zu ANP-Experten benötigt. Diese erfordern u.a. einen Studiengang von vier bis fünf Jahren mit dem Abschluss zum bachelor of science degree in nursing. Dieser deckt jedoch noch nicht alle Tätigkeitsbereiche ab. Für den Titel Nurse Practitioner, der auch die Gate- Keeper Funktion beinhaltet, wird eine postgraduale Ausbildung von zwei Jahren zum master degree in nursing benötigt¹⁵⁹.

3.3.3 Autonomie

In den USA haben ANP- Experten im Gegensatz zu anderen Ländern die größte Handlungsfreiheit. Dieses autonome Handeln erstreckt im vollen Umfang auf die bereits genannten Aufgabenfelder der Diagnostik, Therapie und Behandlung und des Betreibens von unabhängigen Praxen¹⁶⁰.

3.4 ANP in Europa

3.4.1 Groß Britannien

Der ANP- Experten haben nach SACHS, in Groß Britannien einen ähnlichen Status wie ANP's in den USA¹⁶¹. Das **Tätigkeitsfeld** lässt dem der USA in der Primärversorgung gleichsetzen. Zusätzlich arbeiten ANP's in ländlichen Regionen mit medizinischer Unterversorgung und sind für die Betreuung Obdachloser und Asyl suchender Menschen zuständig.

Bei der **Ausbildung** wird zwischen verschiedenen Berufsbildern unterschieden. Hier gibt es den Elementary Nurse Practitioner, der die Grundausbildung plus einer Spezialisierung auf ein bestimmtes klinisches Gebiet beinhaltet und den Clinical Nurse Specialist (CNS). Der CNS setzt neben einer Grundausbildung einen Masterabschluss, ein klinische Spezialisierung sowie drei bis fünf Jahre Berufserfahrung voraus¹⁶².

Den ANP- Experten werden durch die berufliche **Autonomie** Freiräume hinsichtlich Medikamentenverschreibungen, sowie das Recht auf Diagnostik und Therapie je nach Spezialisierung eingeräumt¹⁶³.

¹⁵⁹ Vgl. Sachs (2007), S.106-107

¹⁶⁰ Vgl. Sachs (2007), S.107

¹⁶¹ Vgl. Sachs (2007), S.108

¹⁶² Vgl. Sachs (2007), S.109-110

¹⁶³ Vgl. Sachs (2007), S.110

3.4.2 Die Niederlande

Der Einsatz von ANP-Experten in den Niederlanden lässt sich ebenso wie in den USA auf die abnehmende Zahl von Ärzten zurückführen. Gleichzeitig versprach sich die niederländische Regierung eine Verbesserung der Karrierechancen von Pflegenden, indem sie spezielle Masterprogramme konzipierte, die an Universitäten angesiedelt waren¹⁶⁴.

Die **Ausbildung** setzt demzufolge neben einer Grundausbildung einen Universitätsabschluss voraus. Anders als in den zuvor genannten englischsprachigen Ländern, arbeiten ANP-Experten in einem eingegrenzten **Tätigkeitsfeld**. Ihr Einsatz erfolgt ausschließlich in Krankenhäusern mit einem eingeschränkten Tätigkeitsprofil, welches sich auf organisatorische (Case- Management, Koordination der Versorgung) und beratende (Schulung, Anleitung) Aspekte begrenzt¹⁶⁵. Der **Autonomiebereich** beschränkt sich auf die genannten Tätigkeiten. Zur Ausübung spezieller medizinischer Tätigkeiten bedarf es wie in Deutschland der Delegation.

3.4.3 Schweiz

Im deutschsprachigen Raum hat sich das Modell ANP als erstes in der Schweiz durchgesetzt. Eine Anwendung einer erweiterten Pflegepraxis hat sich am Kinderspital Zürich in anderer Form etabliert. Dort steht nicht die Übernahme von Diagnostischen und medizinisch therapeutischen Interventionen im Vordergrund¹⁶⁶, sondern die Erweiterung pflegerischer Aufgaben. Hier bilden so genannte ANP- Teams, bestehend aus erfahrenen Pflegenden des Klinikums einzelne Projektgruppen, die sich für einen längeren Zeitraum mit einem spezifischen Gesundheitsproblem befassen.

Als Grundlage für die Bearbeitung pflegerischer Probleme wendet das Kinderspital Zürich evidenzbasierte Pflege als Problemlösungsstrategie an, die durch vier Komponenten wie folgt definiert wird¹⁶⁷:

1. Erfahrungswissen der Pflegenden, das aus professionellen Erfahrungswissen und Intuition besteht und mit der aktuellen, wissenschaftlichen Literatur verglichen wird.
2. Patientenbedürfnisse, die durch Befragung, Beobachtung und Einbezug des Patienten und deren Angehörigen in Interventionen einfließen.

¹⁶⁴ Vgl. Sachs (2007), S.111

¹⁶⁵ Vgl. Sachs (2007), S.111-112

¹⁶⁶ Das Aufgabenspektrum in der Schweiz sieht bereits, anders als in Deutschland, ärztliche Aufgaben wie z.B. Blutentnahmen und das Legen von Venenverweilkanülen vor.

¹⁶⁷ Vgl. Ullmann- Bremi, A.: Was bedeutet Advanced Nursing Practice - ANP? Erweiterte und vertiefte Pflegepraxis - Ein Konzept und dessen Anwendung am Kinderspital Zürich (2005), S.4. Auf: http://www.kispi.uzh.ch/pf/Kinderspital/Pflegebetreuung/Pflegeentwicklung/advanced/ANP_Broschuere.pdf (Zugriff am 12.12.2007)

3. Resultate aus literarischen, wissenschaftlichen Quellen (Artikeln und Studien), aus denen die Pflegenden ihr Wissen erweitern.
4. Setting. Hierzu gehört der interdisziplinäre Austausch und Feedback der Berufsgruppen sowie der Einbezug aktueller politischer Themen.

Diese ANP- Projekte, die das Familienmanagement als Grundlage haben, beinhalten spezifische Krankheitsbilder wie z.B. Kinder mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, Schulungskonzepte z.B. für Kinder und Jugendliche mit chronischer Nierenerkrankung, aber auch Standardisierungsmethoden wie Eintrittsprozedere ins Kinderspital für Herzpatienten¹⁶⁸. Geleitet werden diese Projektgruppen durch Pflegewissenschaftler, die wiederum einer leitenden Pflegekraft unterstellt sind.

Die Umsetzung von ANP durch das Einbeziehen und der Erweiterung pflegerischen Wissens (Erfahrung, Intuition), neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen, lässt Ansätze eines Wissensmanagements vermuten. Um die Elemente eines Wissensmanagements durch ANP am Kinderspital Zürich zu identifizieren, wurde eine Beauftragte des Spitals befragt (siehe Interview, Anhang, S.79)

Die **Zielsetzung** leitet sich im Kinderspital Zürich aus epidemiologischen Kennzahlen (im Falle des Projekts Kinder mit Lippen - Kiefer - Gaumenspalten), dem Professionalisierungsbestreben der Pflege und aus Bedarfsanmeldungen von Patienten und deren Angehörigen ab, und leistet damit einen Beitrag zur verbesserten Patientenversorgung, die wiederum für die Organisation von hoher Relevanz ist¹⁶⁹.

Bei der **Repräsentation** der Identifikation geeigneter Pflegeexperten, setzte das Spital zu Beginn auf die Motivation der Mitarbeiter. Gegenwärtig werden allerdings Kompetenzprofile mit Anforderungen (Ausbildungsgrad, Sprachkenntnisse) zur Repräsentation von Experten eingesetzt¹⁷⁰. Zusätzlich setzt das Spital das Intranet zur Wissensrepräsentation ein.

Die **Kommunikation** des Wissens wird über Projektgruppensitzungen gesteuert, die sich bei Bedarf, mindestens einmal jährlich, zum Wissensinput und Austausch treffen. Zusätzlich bieten die ANP- Experten Fort- und Weiterbildungen auf Stationsebene an, so dass die Möglichkeit der Partizipation an dem Wissen Anderer ermöglicht wird¹⁷¹.

Neues Wissen wird über die bereits erwähnten vier Säulen der evidenz- basierten Pflege (Literatur, Patientenbedürfnisse, Erfahrungswissen der Pflegenden und Setting) **generiert**.

Zusätzlich werden die Experten von entsprechenden Coaches begleitet, um ihr Wissen zu

¹⁶⁸ Vgl. Ullmann- Bremi (2005), S.6.

¹⁶⁹ Vgl. Ullmann- Bremi, Experteninterview: Frage 1 und 3, S.79-80 (Anhang)

¹⁷⁰ Vgl. Ullmann- Bremi, Experteninterview: Frage 2, S.79 (Anhang)

¹⁷¹ Vgl. Ullmann- Bremi, Experteninterview: Frage 4 und 7, S.80 (Anhang)

festigen und zu erweitern¹⁷².

Bei der **Evaluation** des Praxisnutzens der einzelnen Teilprojekte, wendet das Spital Befragungen von Angehörigen und Mitarbeitern hinsichtlich der Zufriedenheit an¹⁷³.

Durch die Befragung sind letztendlich Elemente eines Wissensmanagements erkennbar. Jedoch ist ein durchgehender in sich geschlossener Prozess, der von der Wissenszielbildung bis zur Evaluation der einzelnen Wissensziele konsequent durchgeführt wird, im Kinderspital Zürich nicht erkennbar und nach Interpretation der Aussagen der Expertin auch nicht beabsichtigt.

3.5 Übertragbarkeit in Deutschland

Aktuelle gesellschaftliche, gesundheitspolitische und berufsrechtliche Veränderungen und Diskussionen zeigen auch in Deutschland eine wachsende Bedeutung einer erweiterten Pflegepraxis auf.

Der gesellschaftliche Wandel bezieht sich auf die demografischen und epidemiologischen Veränderungen, die mit einer Zunahme von Patienten mit chronischen und multimorbiden Leiden einhergehen. Dieser Wandel verlangt eine Anpassung an die Bedürfnisse der Patienten (z.B. durch Beratung und Schulung), eine Reformierung der Versorgungsstrukturen (z.B. durch Integrierte Versorgung), sowie eine ständige Rekrutierung ärztlichen, pflegerischen und therapeutischen Nachwuchses, um ihnen effizient zu begegnen¹⁷⁴. Infolge dieser Veränderungen und einem Technisierungsschub, der sich im Ausbau diagnostischer Verfahren, neuer Therapieformen (minimal- invasives Operieren) und maschineller Überwachung zeigt, wachsen die Abteilungen im Krankenhaus. Der DBFK weist darauf hin, dass sich die Aufgabenbereiche der Pflegekräfte vergrößern und verändern werden und sie dafür eine spezielle Expertise benötigen.¹⁷⁵

Diese betreffen insbesondere

- die Intensivstationen (Beatmungstherapie (Weaning), Schmerz- und Insulintherapie)
- die Anästhesie (Narkoseeinleitung und postoperative Schmerztherapie)
- den Operationsdienst (Koordination)

¹⁷² Vgl. Ullmann- Bremi, Experteninterview: Frage 4 und 5, S.80 (Anhang)

¹⁷³ Vgl. Ullmann- Bremi, Experteninterview: Frage 8, S.80 (Anhang)

¹⁷⁴ Vgl. Sachverständigenrat (SVR) zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Langfassung (2007), S. 39. Auf: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff am 15.12.2007)

¹⁷⁵ Vgl. DBFK (2007), S.13

- die Notaufnahme (Einleitung erster diagnostischer Interventionen)
- und Spezialisierungen auf Stationsebene im Wundmanagement oder in der Ernährung¹⁷⁶.

Eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP könnte hier für jede Abteilung Instanzen von Pflegeexperten schaffen und bereitstellen, die abteilungsübergreifend arbeiten (z.B. als Konsildienst, siehe S.50) oder auch ein Case- Management (Aufnahme- und Entlassungsprozedere, siehe S.49) auf Managementebene etablieren.

Auch auf gesundheitspolitischer Ebene ist der Ruf nach einer erweiterten Pflegepraxis deutlich spürbar. Der Sachverständigenrat (SVR) hat im Auftrag des Gesundheitsministeriums 2007 eine defizitäre Kooperation der einzelnen Berufsgruppen im Gesundheitswesen festgestellt, die den aktuellen gesellschaftlichen und strukturellen Veränderungen nicht standhält¹⁷⁷.

Insbesondere Prozesse der Aufgabenverteilung zwischen Ärzten und Pflegenden werden vom SVR als zu wenig standardisiert und durch eine Reihe von Rechtsunsicherheiten als verkompliziert darstellt.

Des Weiteren sieht der Rat durch einen wachsenden Ärztemangel eine Überlastung der praktizierenden Ärzte und ein größer werdendes Aufgabengebiet der Profession Medizin¹⁷⁸. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, empfiehlt der Rat die Abgabe einzelner ärztlicher Aufgaben und Tätigkeiten an nichtärztliche Berufsgruppen.

Der SVR empfiehlt eine schrittweise erfolgende Übertragung möglicher ärztlicher Tätigkeiten auf nicht- ärztliche Gesundheitsberufe. Im ersten Schritt soll nach Prüfung der Aufgaben eine Delegation erfolgen, die im zweiten Schritt mit Hilfe von Modellprojekten auf regionaler Ebene durchgeführt und evaluiert wird. Im letzten Schritt resultiert, nach erfolgreicher Einführung, eine breitere Implementierung der Neuerungen¹⁷⁹.

Insbesondere weist der SVR auf die Berufsgruppe der Pflegenden hin, die durch eine größere Handlungsautonomie gestärkt werden sollen, um eigenständig pflegerische Bedarfe einzuschätzen, Interventionen durchzuführen und die pflegerische Versorgung verantworten zu können. Hierzu weist der Rat explizit darauf hin internationale, etablierte Modelle wie Advanced Nursing Practice auf die Praktikabilität in Deutschland zu überprüfen. So soll z.B. eine zeitlich begrenzte Verordnung spezieller Medikamentengruppen durch Pflegende ermöglicht werden¹⁸⁰.

¹⁷⁶ Vgl. DBfK (2006), S.11-16

¹⁷⁷ Vgl. SVR (2007), S.39

¹⁷⁸ Vgl. ebd.

¹⁷⁹ Vgl. SVR (2007), S.40

¹⁸⁰ Vgl. SVR (2007), S.40

Diesen Empfehlungen vom SVR stehen eine Reihe rechtlicher und berufspolitischer Hürden in Bezug auf die Autonomie der Pflege und der Monopolstellung der Ärzte gegenüber.

3.5.1 Autonomie in der Pflege

Die pflegerische Handlungsautonomie im Krankenhaus ist abhängig von der Rechtslage. Diese ergibt sich implizit aus dem Versorgungsauftrag der Krankenhäuser nach §39 SGB V und den Aufgaben des Arztes nach §28 SGB V. In diesen Gesetzen werden zwei Sachverhalte deutlich:

- Krankenhäuser haben für den Gesetzgeber hauptsächlich die Aufgabe, medizinische Versorgung zu gewährleisten, zu der auch die Krankenpflege zählt¹⁸¹.
- Für alles, was in den Bereich der ärztlichen Behandlung fällt, ist der Arzt verantwortlich. Im Detail erstrecken sich die Tätigkeiten des Arztes auf die Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten. Des Weiteren gehören zur ärztlichen Behandlung auch die Hilfeleistungen anderer Personen (z.B. Pflegekräfte), die vom Arzt angeordnet werden und von ihm zu verantworten sind¹⁸².

Unklar ist jedoch, wie weit dieser Bereich der ärztlichen Behandlung geht. Für die so genannte Behandlungspflege¹⁸³ (z.B. Verabreichung subkutaner Injektionen), die an Pflegekräfte delegiert wird, ist die ärztliche Verantwortung im Allgemeinen unumstritten. Bei der so genannten Grundpflege verhält es sich jedoch anders. Hier sprechen sich Pflegende im Allgemeinen die alleinige Verantwortung zu. Die geltende Rechtslage zeigt jedoch keine klaren Abgrenzungen zwischen den Verantwortlichkeiten des Pflegepersonals und des ärztlichen Personals. So könnte ein Arzt Grundpflege wie Lagerungsintervalle zur Dekubitusprophylaxe aufgrund einer medizinischen Indikation anordnen und damit in einen originären, pflegerischen Raum eingreifen. Letztendlich ist nicht klar, wem in welcher Situation welche Verantwortlichkeit zukommt. Durch die vom Gesetzgeber eingeräumte prinzipielle Vormachtsstellung des Arztes ist die pflegerische Handlungsautonomie im Krankenhaus als eher eingeschränkt anzusehen¹⁸⁴.

¹⁸¹ Vgl. SGB V §39 (1)

¹⁸² Vgl. SGB V §28 (1)

¹⁸³ Grund- und Behandlungspflege sind rechtlich nicht definiert, werden aber u.a. in der Krankenpflegeausbildung strikt getrennt. Dieses suggeriert eigenständige Tätigkeitsbereiche, die sich in der Krankenhauspraxis jedoch nicht immer trennen lassen. So wird oft Grundpflege erst notwendig nach einer medizinischen Intervention.

¹⁸⁴ Vgl. Stratmeyer (2002) S. 117 ff.

3.5.2 Berufsrechtliche Bedingungen

Die Etablierung einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland wird, durch die gesetzlich fixierte Dominanz der Ärzte in sämtlichen Bereichen der Krankenbehandlung und deren Vormachtstellung in der Organisation Krankenhaus erschwert.

Um eine Öffnung für ANP in Deutschland möglich zu machen und das Versorgungsmonopol der Ärzte zu lockern, sind gegenwärtige Gesetze im **Berufsrecht** und im **Leistungsrecht** zu verändern¹⁸⁵.

Das ärztliche Berufsrecht sieht keine Vorbehaltsaufgaben vor, jedoch werden aus Sekundärgesetzen, insbesondere der gesetzlichen Krankenversicherung und des Bundesseuchengesetzes, dem Arzt feststehende Vorbehaltsaufgaben im Gegensatz zu anderen Berufsgruppen wie der der Krankenpflege zugestanden¹⁸⁶. Das Krankenpflegegesetz schützt dagegen nur die Berufsbezeichnung des Gesundheits- und Krankenpflegers (neue Bezeichnung seit 2003), regelt aber keine Tätigkeitsfelder oder vorrangige Aufgabenbereiche¹⁸⁷ der Berufsangehörigen. Jedoch wird ein gewisser Schutz in der Ausübung des Berufes durch ausschließlich examinierte Pflegekräfte vorgesehen¹⁸⁸.

Im Zuge des gesellschaftlichen Wandels wurden zwar Aufgabenbereiche wie Prävention Rehabilitation und Palliativpflege in der Prüfungsverordnung des Krankenpflegegesetzes (KrPflG) aufgenommen, jedoch nicht als Vorbehaltsaufgaben für die Pflege festgelegt. Stattdessen gelten für sie durch den Artikel drei des KrPflG als verantwortliches Mitwirkungen bei der Heilung, Erkennung und Verhütung von Krankheiten und somit zur ärztlichen Assistenz¹⁸⁹. Hier müsste deutlich gemacht werden, dass Pflege für solche Aufgaben ausreichend geeignet ist, um als alleinige Berufsgruppe das Handlungsfeld z.B. der Palliativmedizin für sich zu beanspruchen. Dies könnte u.a. durch den Umstand begründet werden, das Pflegenden 24 Stunden am Tag mit der Betreuung der Patienten betraut sind, daher die Reaktionen der Patienten besser einschätzen können und somit eher die Indikation z.B. zur medikamentösen Schmerzbehandlung stellen können

Das Leistungsrecht sieht im § 15 Absatz 1 des SBG V den Arztvorbehalt vorweg. Zu prüfen wäre hier inwieweit z.B. häusliche Krankenpflege im Sinne des § 37 SGB V¹⁹⁰ von Pflegenden verordnet werden kann, um pflegerisch-therapeutische Interventionen über die

¹⁸⁵ Vgl. DBfK (2007), S.21

¹⁸⁶ Vgl. Igl, G.: Öffentlich- rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche (1998), S. 47

¹⁸⁷ Vorbehaltsaufgaben existieren nur im Hebammengesetz sowie in der Berufsordnung für medizinisch Technische Assistenten. Vgl.: Igl (1998), S.47

¹⁸⁸ Vgl. Igl (1998), S.25

¹⁸⁹ Vgl. Klie T./ Stascheit U.: Gesetze für Pflegeberufe (2004), S.393

¹⁹⁰ § 37 SGB V sieht vor, dass Versicherte Anspruch auf häusliche Krankenpflege haben, wenn dadurch u.a. ein Krankenhausaufenthalt verkürzt oder vermieden werden kann.

Krankenhausgrenzen weiter zu führen. Dieses setzt allerdings wiederum voraus, dass Interventionen den Pflegenden mit spezieller Expertise zugesprochen (z.B. Wundmanagement, Kontinenzförderung, Stomaversorgung), und diese um eine Abrechnungsberechtigung mit den Kostenträgern ergänzt werden.

Eine weitere Öffnung für ANP könnte in Leitungs- und Koordinationsfunktionen z.B. für ein pflegerisches Case- Management oder Entlassungsmanagement gesetzlich fixiert werden, wie in § 71 SGB XI des Pflegeversicherungsgesetzes bereits pflegerische Fachkräfte für diese Aufgaben vorsieht¹⁹¹.

3.5.3 Erste Ansätze einer erweiterten Pflegepraxis

Trotz einer eingeschränkten Rechtslage und einem unklaren Handlungsfeld der Pflegenden in bundesdeutschen Krankenhäusern, lassen sich vermehrt Ansätze für eine erweiterte Pflegepraxis beobachten. Hierbei handelt es sich, wenn man die Charakteristika des ANP-Modells zu Rate zieht, um eine Spezialisierung auf ein bestimmtes gesundheitliches Problem (Wundmanagement) oder eine Erweiterung der pflegerischen Tätigkeitsfelder (pflegerischer Konsildienst). Die ausgesuchten, im Folgenden beschriebenen Ansätze, zeigen aber auch eine eingeschränkte Autonomie der Pflegenden in ihrer Handlung, da viele Entscheidungen der ärztlichen Zustimmung bedürfen (siehe Tab.1).

Charakteristika Ansätze	Erweiterung	Spezialisierung	Fortschritt	Autonomie
Case Management	XXX		XXX	X
Wundmanagement	X	XXX	XX	X
Pflegerischer Konsildienst	XXX	XXX	XXX	XX
Kooperatives Prozessmanagement®	XX		XX	X
XXX= große Ausprägung XX= mittlere Ausprägung X= geringe Ausprägung				

Tabelle 1: Übersicht der Ansätze einer erweiterten Pflegepraxis in Deutschland

¹⁹¹ Vgl. Igl (1998), S.11

Pflegerisches Case Management

Unter Case Management ist ein Prozess zu verstehen, der die individuelle Begleitung eines Patienten und die Überwachung seines Gesundheitszustandes, unter gleichzeitiger Begrenzung der Kosten mit größtmöglichem Nutzen zum Ziel hat. Initiiert wird dieser Prozess durch einen Case Manager, der über eine bestimmte Zeitspanne oder den gesamten Betreuungsverlauf Versorgungsangebote und Dienstleistungen plant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert¹⁹².

Pflegerisches Case Management innerhalb des Krankenhauses lässt sich, unter Berücksichtigung der rechtlichen Ausgangslage, unterschiedlich definieren¹⁹³. Nach EWERS wird es oft mit pflegerischen Organisationsformen wie dem der Bezugspflege in Verbindung gebracht. Hierbei übernimmt die Bezugspflegekraft in der Rolle des Case Managers Funktionen, die traditionell anderen Abteilungen oder Personen, wie der Verwaltung oder Sozialarbeitern zugeteilt waren (z.B. Entlassungsplanung, Kontaktherstellung zu anderen Versorgungseinrichtungen)¹⁹⁴. MÜLLER sieht im pflegerischen Case Management einen Prozess der individuellen Begleitung eines Patienten und der Überwachung seines Gesundheitszustandes mit Erreichung des größten Nutzens und gleichzeitiger Begrenzung der Kosten, fokussiert¹⁹⁵. Die damit verbundenen Ziele sind eine Verbesserung der Patientenversorgung, Kontrolle des Ressourceneinsatzes und eine Erhöhung der Patienten- und Mitarbeiterzufriedenheit¹⁹⁶. In dieser Form der erweiterten Pflegepraxis übernehmen die Pflegekräfte die Verantwortung in der Planung und Steuerung des gesamten Patientenaufenthalts im Krankenhaus und können so nach MÜLLER zu einer Erweiterung ihres Autonomiebereichs beitragen¹⁹⁷.

Bei der Autonomieerweiterung muss die Abhängigkeit zur Medizin, die letztendlich rechtlich die Kontrolle auf den Behandlungsprozess der Patienten hat, berücksichtigt werden (die Entlassungsplanung ist im wesentlichen vom Diagnostik- und Therapieprozess der Medizin abhängig).

¹⁹² Vgl. Ewers, M./Schaeffer D.: Case Management in Theorie und Praxis (2005), S.7

¹⁹³ Im anglo- amerikanischen Case Management haben sich unterschiedlich Formen etabliert z.B. das Case Management in der Primär Versorgung (ähnlich dem des Nurse Practitioner). Siehe hierzu: Ewers (2005), S.58-63

¹⁹⁴ Vgl. Ewers (2005), S.61

¹⁹⁵ Vgl. Müller, T.: Case Management und Critical Pathway. In: Die Schwester/ Der Pfleger 37 Jahrg. 06/98, S.478

¹⁹⁶ Vgl. Müller (1998), S.478

¹⁹⁷ Vgl. ebd.

Wundexperten

Die Versorgung einer nach einer Operation entstandenen Wunde und die von chronischen Wunden (Ulcus cruris, Diabetisches Gangrän) sind der Behandlungspflege zuzuordnen und wird vom Arzt an die Pflegekräfte delegiert. Oft werden Verbandwechsel nach grundpflegerischen Maßnahmen wie einer Ganzkörperwaschung nötig, oder es werden feste Zeiten für die Wundversorgung bereits in der Pflegeplanung fixiert.

Die Versorgung von Wunden findet jedoch weder in der ärztlichen noch in der pflegerischen Grundausbildung in ausreichendem Maße statt, so dass sich Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegenden in Form von Wundexperten u.a. als zertifizierte Ausbildung der ICW e.V. (Initiative Chronische Wunden) vermehrt durchsetzen¹⁹⁸.

Durch den täglichen Umgang mit Wunden, speziell Beobachtung von Heilung und Veränderungen, kann dieser Bereich zu einer erweiterten Pflegepraxis zugeordnet werden. Die Klassifizierung der Wunde und der Einsatz von Wundtherapeutika und Verbandsmaterial werden jedoch vom Arzt vorgenommen und angeordnet und schränken die Handlungsfreiheit der Pflegenden ein. Es sollten Pflegenden mit den nötigen Kompetenzen zur selbstverantwortlichen Versorgung von Wunden ausgestattet werden, damit sie flexibler auf Wundveränderungen oder Wechselintervalle der Verbände reagieren können.

Pflegerischer Konsildienst

Wissen in der Pflege besteht aus verschiedenen Komponenten wie u.a. aus Erfahrungswissen und intuitiven Wissen (siehe 2.6). Weil nicht jede Pflegeperson über das gerade benötigte Wissen in einer Pflegesituation verfügt, hat sich am Klinikum der Justus- Liebig Universität Gießen ein pflegerischer Konsildienst etabliert. Dessen Ziel ist, das spezifische Wissen eines Pflegeexperten¹⁹⁹ in Form von Pflegemethoden (u.a. Basale Stimulation, Kinästhetik) und Techniken (u.a. Tracheostomapflege) allen Pflegenden und Patienten innerhalb des Klinikums zugänglich zu machen²⁰⁰.

Die Aufgaben der Pflegeexperten bestehen in erster Linie aus Beratung, Anleitung und Unterstützung des anfordernden Pflegeteams, Erteilen von Vorschlägen und Hinweisen zur Durchführung von speziellen Pflegetechniken, sowie der Schulung und Beratung der Patienten zur Selbsthilfe und die Beschaffung der nötigen Pflegehilfsmittel²⁰¹. Über eine

¹⁹⁸ Vgl. DBfK (2007), S.16

¹⁹⁹ Pflegeexperten im Klinikum Gießen sind Mitarbeiter mit einer speziellen Qualifikation (u.a. Weiterbildung zum Praxisanleiter), die ihre Kenntnisse an Kollegen, Patienten und deren Angehörigen weitergeben.

²⁰⁰ Vgl. Brehmer, P.: Der Pflegekonsildienst - Eine Einrichtung von Pflegenden für Pflegenden im Klinikum der Justus- Liebig Universität (JLU) Gießen. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 40. Jahrgang 2 (2001), S. 162 f.

²⁰¹ Vgl. Brehmer (2001), S. 163

Telefonliste kann jeder Pflegeexperte mit seiner speziellen Fachexpertise von den Stationen kontaktiert werden. Es wird ähnlich wie beim ärztlichen Konsildienst ein Anforderungsschein, auf dem das Pflegeproblem formuliert ist ausgefüllt. Das Pflegeziel und die dafür notwendigen Maßnahmen werden dann vom jeweiligen Experten als Antwort dokumentiert. Diese Form der Erweiterten Pflegepraxis zeigt vor allem Elemente des Wissensmanagements auf. Die Pflegeexperten erweitern ihr Wissen und geben es an andere Pflegende weiter. Über eine Telefonliste werden die Experten für andere sichtbar und über die Dokumentation und die Anleitung auf den Stationen wird Wissen kommuniziert und neu generiert.

Der Konsildienst bietet so eine Möglichkeit die Elemente, pflegerischen Wissens (u.a. empirisches Wissen) für die Praxis nutzbar zu machen.

Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus[®]

Im Zuge der Diskussion zur Neuverteilung der Aufgaben im Gesundheitswesen (siehe 3.5) wird u.a. von BARTHOLOMEYCZIK erwägt, künftige Aufgabenfelder der Krankenhauspflege, neben der Übernahme ärztlicher Tätigkeiten und Anleitung und Beratung, auf die Übernahme zentraler Steuerungsprozesse (z.B. Bettenverteilung) und der individuellen Prozesssteuerung auszuweiten²⁰². Dies bedeutet, dass eine Pflegekraft für den gesamten Versorgungsprozess des Patienten im Krankenhaus, von der Aufnahme bis zur Entlassung, verantwortlich ist. Die Pflegekraft soll in diesem Ansatz der erweiterten Pflegepraxis, alle an der Versorgung des Patienten beteiligten Berufsgruppen koordinieren und steuern und für organisatorische Fragen die letztendliche Entscheidungsbefugnis haben.

Eines dieser Modelle für Krankenhausprozesse stellt das „Kooperative Prozessmanagement im Krankenhaus[®]“ von DAHLGAARD/STRATMEYER dar. In diesem differenzierten Modell werden „moderne Ansätze des Prozessmanagements auf die Besonderheit der patientenorientierten Versorgung im Zeitalter chronischer Krankheiten und Multimorbidität angewendet“²⁰³. Ziele dieses Modells sind eine erhöhte Leistungsqualität, eine effiziente Prozessgestaltung und zufrieden stellende, humane Arbeitsbedingungen²⁰⁴. Im Mittelpunkt stehen die beiden Berufsgruppen der Ärzte und der Pflegenden, die klare abgegrenzte Aufgabenbereiche besitzen und ihre Rolle als Bezugsarzt und Bezugspflegekraft

²⁰² Vgl. Bartholomeyczik, S.: Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft 2/2007, S. 141

²⁰³ Vgl. Dahlgaard K./Stratmeyer P.: Kurzvorstellung des Projekts „Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Auf: <http://www.sp.haw-hamburg.de/sp/pflege/news/pdf/forschung/KurzbeschreibungKoPM.pdf> (Zugriff am 29.12.2007)

²⁰⁴ Vgl. Dahlgaard./Stratmeyer (2006 a), S.9

einnehmen²⁰⁵ (siehe Abb.9).

Der ärztliche Dienst ist auf das Erkennen und Behandeln von Krankheiten ausgerichtet und somit für die Prozesse der Diagnostik und Therapie verantwortlich, während sich die Pflege auf die krankheits- und pflegebedingten Reaktionen von Patienten und deren privaten Unterstützungssystemen ausrichtet²⁰⁶.

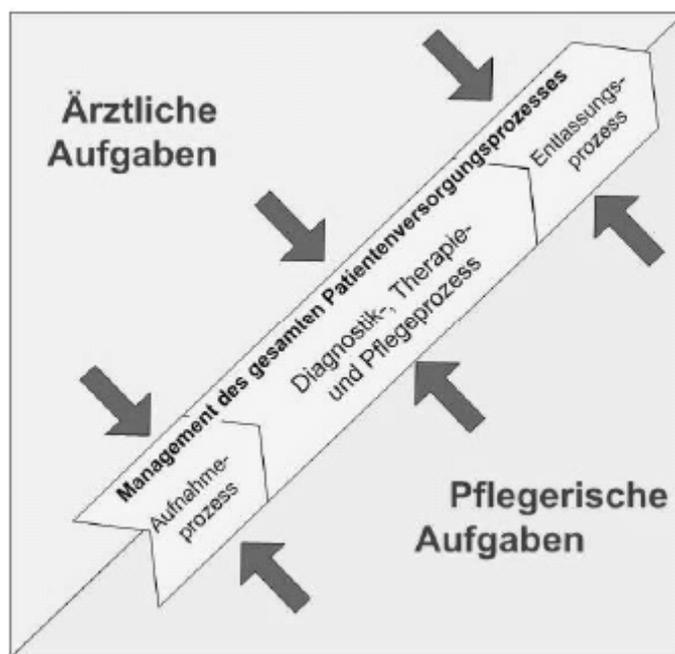


Abb. 9: Der kooperative Prozess der Patientenversorgung (Quelle²⁰⁷)

In der erweiterten Pflegepraxis ist die Verantwortung von Pflegenden und Ärzten geklärt. Der Chefarzt agiert als Prozesseigner²⁰⁸, Ärzte und Pflegekräfte auf der operativen Ebene als Prozessmanager²⁰⁹. Das pflegerische Handlungsfeld wird somit um die Koordination und Verantwortung der Versorgungsprozesse von Patienten erweitert²¹⁰.

²⁰⁵ Die Rolle des Bezugsarztes bzw. Bezugspflegenden beinhaltet nach Dahlgaard/Stratmeyer den Grundsatz der primären Zuständigkeit der beiden Berufsgruppen für den gesamten Aufenthalt des Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung regelt. In: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Struktur- und Leitungsorganisation. Band 3 (2006 b), S. 73

²⁰⁶ Das pflegerische Aufgabenprofil umfasst nach Dahlgaard und Stratmeyer neben dem Pflegeprozess die Hauptaufgaben Körperfunktionsorientierte Unterstützung, Sozio- emotionale Unterstützung, Handlungs- und Verhaltensorientierte Unterstützung, Assistenz bei ärztlichen Tätigkeiten und arztinduzierte Pflegetätigkeiten. (2006 a), S.34-35

²⁰⁷ Entnommen aus: Dahlgaard/ Stratmeyer (2006 a), S.32

²⁰⁸ Ein Prozesseigner trägt nach Vahs die Gesamtverantwortung für den Prozess, ist Machtpromoter und überwacht die Kundenbeziehungen und das Erreichen der strategischen Zielsetzungen. (2005), S.242

²⁰⁹ Der Prozessmanager setzt nach Vahs den Prozess operativ im Auftrag des Eigners um. Er plant, koordiniert, steuert und kontrolliert den laufenden Prozess und stellt die Einhaltung der Ziele sicher. (2005), S.242

²¹⁰ Koordination von Ablaufprozessen im Krankenhaus gehört seit längerem informell zum Aufgabenprofil der Pflegenden. Das Kooperative Prozessmanagement im Krankenhaus sieht jedoch dieses als formellen Bestandteil des pflegerischen Aufgabenprofils vor und regelt die Verantwortlichkeit.

Zusammenfassung Kapitel 3

Mit dem Modell Advanced Nursing Practice ist ein Modell einer erweiterten Pflegepraxis zur Generierung von Experten (auf ein spezifisches Gesundheitsproblem oder Patientengruppe) vorgestellt worden, das hinsichtlich eines Theorie-Praxis- Transfers für ein Wissensmanagement unterstützend wirken kann. Die Entwicklung anderer Länder, insbesondere der USA, zeigte die Etablierung dieser Expertensysteme auf, die aufgrund verschiedener Einflussfaktoren wie Kostendruck, Ärztemangel und dem Professionalisierungsbestrebens der Pflege entstanden sind.

Die Notwendigkeit einer erweiterten Pflegepraxis wird zunehmend auch in Deutschland bei ähnlichen Entwicklungen wie in den o.g. Ländern erkannt und diskutiert (DBfK, SVR). Fraglich ist jedoch, in welchem Ausmaß sich das Modell Advanced Nursing Practice in Deutschland etablieren lässt. Es gibt verschiedene berufsrechtliche und leistungsrechtliche Hindernisse, insbesondere die der gesetzlich fixierten Dominanz der Ärzte und des unklaren Aufgabenbereichs in der Akutversorgung der Pflegenden.

Dass das Modell ANP sich etablieren lässt, ohne i.e.S. in einen originären Bereich der Ärzte einzugreifen (Diagnose, Verschreibung, Überweisung), wurde am Beispiel der Schweiz deutlich. Im Kinderspital Zürich sind es pflegerelevante Themen, die durch die Hilfe der ANP-Experten eine Spezialisierung, Erweiterung und den Fortschritt der pflegerischen Praxis erfuhren. Besonders der Umgang mit (evidenzbasiertem) Wissen spielt in der Praxis des Kinderspitals eine tragende Rolle, welches durch ein Wissensmanagement unterstützt werden könnte (Implikationen von Wissensmanagement und ANP siehe nächstes Kapitel).

Implikationen zu dem Schweizer Modell lassen sich auch vermehrt in Deutschland beobachten, die sich in einer Spezialisierung (Wundmanagement) oder Erweiterung (Konsilardienst, Kooperatives Prozessmanagement) der pflegerischen Praxis konkretisieren. Hier gilt es jedoch den Pflegenden größere Handlungsspielräume in Abgrenzung zu der ärztlichen Profession zuzugestehen (insbesondere im Wundmanagement), um auf veränderte pflegerische Bedürfnisse (Umstellung von Therapieplänen) flexibel reagieren zu können. Die dargestellten Ansätze in Deutschland sind dennoch gute Ausgangspositionen, um Pflegeexperten für ein Wissensmanagement im Krankenhaus zu generieren. Hierfür werden im nächsten Kapitel, nach Klärung der Voraussetzungen für ein Wissensmanagement, die aufgezeigten Ansätze aus Deutschland auf die Prozessbausteine des Münchner Modells übertragen.

4. ENTWICKLUNG EINES BETRIEBLICHEN WISSENSMANAGEMENTS ANHAND DES MODELLS ANP

4.1 Voraussetzungen für ein Wissensmanagement im Krankenhaus

Zur Implementierung eines Wissensmanagementsystems müssen folgende kritische Erfolgsfaktoren berücksichtigt werden, damit es in der Organisation Krankenhaus funktionieren kann:

Organisationskultur

Wissensmanagement erfolgt auf freiwilliger Basis und kann nicht Top down den Mitarbeitern verordnet werden. Demzufolge muss in der Organisation eine Kultur geschaffen werden die auf eine Wissensteilung, den Transfer und dem Austausch förderlich wirkt²¹¹.

Unter einer Organisationskultur versteht VAHS die Gesamtheit der im Laufe der Zeit in einer Organisation entstandenen, wirksamen Wertvorstellungen, Verhaltensvorschriften und Einstellungen²¹². Das bedeutet, dass Werte und Normen wie z.B. Teamorientierung, Beteiligung der Mitarbeiter und Kooperation für einen vermehrten Informationsaustausch stehen und Wissensmanagement eher ermöglichen, als eine Organisation, in der bürokratische und hierarchische Beziehungen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern gepflegt werden.

WILKESMANN et al. haben hierzu in ihrer Studie²¹³ in Bezug auf kritische Faktoren für ein Wissensmanagement im Krankenhaus zum Bezugspunkt Organisationskultur festgestellt, dass eine hohe Übereinstimmung von Werten und Normen, eine hohe Beteiligung an Entscheidungen und Ergebnissen, eine klare Unternehmensvision und eine hohe Anpassungsfähigkeit förderlich für Wissensmanagement sind²¹⁴. Besonders bei Pflegekräften stellte sich heraus, dass eine Kultur des Handelns statt des Redens und Vertrauen in die Führung wichtige Faktoren für den Wissenstransfer in der Organisation darstellen. Bei Ärzten gab es keine signifikanten Ergebnisse hinsichtlich der Organisationskultur, da Ärzte Wissensaustausch eher untereinander praktizieren als interdisziplinär²¹⁵. Dieses Ergebnis

²¹¹ Damit ist das Verständnis gemeint, dass Wissen ein persönliches Gut darstellt und eine Teilung von Wissen mit Anderen eine Freiwilligkeit voraussetzt (Vgl. Abschnitt Wissen, S.14) Vgl. hierzu auch North, der die Unternehmenskultur hinsichtlich Wertvorstellung als wichtige Voraussetzung für ein Wissensmanagement benennt (2005), S.266

²¹² Vgl. Vahs, D.: Organisation - Einführung in die Organisationstheorie und -praxis (2005), S. 125

²¹³ Die Studie beinhaltete eine getrennte Befragung von Ärzten und Pflegenden (insgesamt 975 Befragte) mit Hilfe eines standardisierten Fragebogens, in 11 Krankenhäusern, zu den Bezugspunkten Kultur und Motivation.

²¹⁴ Vgl. Wilkesmann, M./Wilkesmann, U./ Virgillito, A.: Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Unternehmenskultur technikorientiertes Wissensmanagement im Krankenhäusern? S.116. In: Bohnet- Joschko, S.: Wissensmanagement im Krankenhaus (2007), S.111- 133

²¹⁵ Vgl. Wilkesmann et al. (2007), S.125

zeigt wiederum ein Hindernis für den Wissensaustausch im Krankenhaus auf, die durch die interne Handlungslogik der Berufsgruppen (berufsständische Versäulung) forciert wird (siehe S. 28).

Macht

Der Faktor Macht ist auf der Managementebene (Führung) sowie auf der Mitarbeiterenebene ein wichtiger Faktor, wenn es um die Teilung und Verbreitung von Wissen geht²¹⁶. Die Managementebene sollte den Nutzen und die Akzeptanz von Wissensmanagement unter ihren Mitarbeitern verbreiten, um den Faktor Unternehmenskultur umzusetzen.

Diese beinhaltet offene Fragen wie z.B. Was verstehen wir unter Wissensmanagement? Wie stellen wir den Bezug zur Praxis her? Was können die einzelnen Mitarbeiter für Wissensmanagement beitragen? Besonders die letztgenannte Frage setzt Vertrauen in die Führung voraus. Wenn zum Beispiel eine Pflegedienstleitung ein Instrument zur Wissensverteilung (z.B. Yellow pages) einsetzt, um damit ihre Mitarbeiter zu kontrollieren, wird dieses unter den Aspekten Misstrauen und Angst nicht gelingen²¹⁷.

Auf der Mitarbeiterenebene ist darauf zu achten, wer Zugang zu bestimmten Daten und Informationen hat. Nicht jeder Mitarbeiter eines Krankenhauses hat uneingeschränkten Zugang zu PCs und Internetdatenbanken. Dies ist für ein Wissensmanagement nicht förderlich, da so ein bestimmter Mitarbeiterkreis systematisch ausgeschlossen wird.

Für viele Mitarbeiter bedeutet Wissen, in Zeiten von Personalkürzungen und Karriereengpässen, ein Machtfaktor, der für persönliche Zwecke genutzt wird und nicht für Allgemeinheit zugänglich gemacht werden soll²¹⁸. Auch hier sind die Managementebene (siehe nächsten Abschnitt: Motivation) und eine entsprechende Kultur (nicht Wissen, sondern Wissensteilung ist Macht) wichtige Gestaltungsfaktoren für ein Wissensmanagement.

Motivation und Anreizgestaltung

Die Bereitschaft des einzelnen Mitarbeiters ist Voraussetzung für ein funktionierendes Wissensmanagement. Sie kann nicht unter Zwang entstehen, sondern muss Folge eines Interesses oder der eigenen prinzipiellen Bereitschaft des Mitarbeiters sein. Das bedeutet, mit der Wissensteilung verfolgt der Mitarbeiter ein bestimmtes Motiv oder Ziel.

Als Motiv wird alles bezeichnet, was eine zielgerichtete Handlung in Gang setzt. Aus dem Streben des Menschen, seine individuellen Bedürfnisse zu befriedigen, resultieren

²¹⁶ Vgl. Wilkesmann (2006), S.90 und Vgl. North (2005), S.266

²¹⁷ Vgl. Wilkesmann (2006), S.91

²¹⁸ Vgl. Wilkesmann (2006), S.90

Verhaltensbereitschaften (Motive)²¹⁹.

Diese Motive bilden die Grundlage der Motivation, die sich aus einer motivierten Person (Wünsche, Bedürfnisse), einer motivierenden Situation (Anstrengung/ Vermeidung eines bestimmten Zustandes) ergibt (intrinsisch), von außen ohne eigenes Zutun einer Person verstärkt wird (Anreiz) und sich letztendlich in einer Handlung manifestiert (siehe Abb.10)²²⁰. Hierzu können Anreizsysteme beitragen.

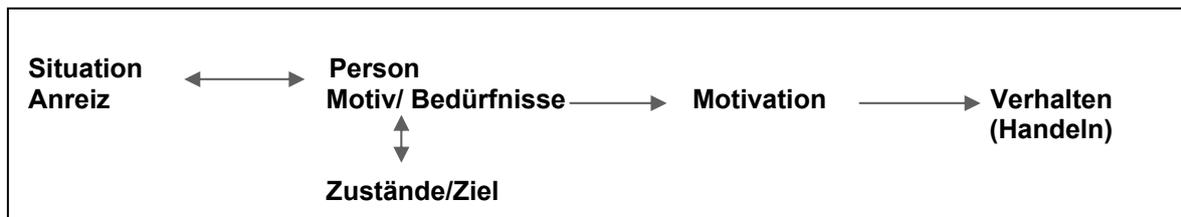


Abb. 10: Grundmodell der Motivation (Quelle²²¹)

Unter Anreizsysteme werden im Kontext der Personalarbeit alle Maßnahmen verstanden, deren vorrangiges Ziel die Erhöhung der Mitarbeitermotivation ist und somit das Verhalten von Personen im Sinne der Organisationsziele beeinflusst wird²²².

Für das Wissensmanagement bedeutet dies, wenn ein Mitarbeiter nicht motiviert ist, sein Wissen mit anderen zu teilen, müssen Anreizsysteme geschaffen werden, um eine Motivation auszulösen. Zu beachten ist hierbei, dass die Anreize nur wirksam sein können, wenn diese sich an einer bereits vorhandenen Motivationsstruktur der Person orientieren. Eine Pflegekraft wird ihr Wissen nicht mit anderen teilen, wenn sie keinen persönlichen Nutzen daraus ziehen kann (Ziel) oder das Bedürfnis zur Wissensteilung hat.

Bei Anreizsystemen wird häufig zwischen extrinsischer Motivation (durch Folgen oder Begleitumstände einer Tätigkeit), intrinsischer Motivation (durch Befriedigung in der Tätigkeit selbst) und ihren dazugehörigen Anreizen unterschieden²²³.

Extrinsische Motive werden durch materielle Anreize wie in Form von Geld, z.B. Lohn, Prämien oder Sicherheit z.B. Renten und Kredite unterstützt, während intrinsische Motive durch immaterielle Anreize wie Leistungsanerkennung (Lob) oder Selbstverwirklichung (Aufstieg) belohnt werden²²⁴.

Welche Anreize sind für ein Wissensmanagement im Krankenhaus besonders geeignet?

Mit dieser Frage setzten sich WILKESMANN et al. in ihrer bereits zitierten Studie

²¹⁹ Vgl. Jung (2006), S.367

²²⁰ Vgl. Weibler, J.: Personalführung (2001), S. 205-206

²²¹ entnommen aus Weibler (2001), S.207

²²² Vgl. Dahlgaard (1996), S.324-325

²²³ Vgl. Wunderer, R.: Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre (2007), S.409

²²⁴ Vgl. North (2005), S.149

auseinander. Sie gehen in ihrer Ausgangshypothese vom Bezugspunkt Motivation davon aus, dass Mitarbeiter im Krankenhaus (besonders Pflegende) eher intrinsisch (des Helfenswillens, Nächstenliebe) als extrinsisch motiviert sind. Demzufolge seien sie eher bereit, ihr Wissen durch immaterielle Anreize zu teilen, als durch monetäre Entlohnungen²²⁵.

Durch den standardisierten Fragebogen konnte die Hypothese für die Pflegenden bestätigt werden, die sich vor allem durch eine entsprechende Arbeitsplatzgestaltung und erweiterten Handlungsspielräumen angereizt sich an einem Wissensmanagement beteiligen würden. Bei den Ärzten wurde kein Zusammenhang zwischen immaterieller Anreizgestaltung und der Beteiligung am Wissensmanagement festgestellt. Diese Ergebnisse der Pflegenden bestätigen auch Aussagen der Wissensmanagementliteratur, in der für die Wissensarbeit in Organisationen intrinsische Motivation erforderlich ist, da Arbeit mit Wissen Kreativität und Lust voraussetzt, was wiederum mit Arbeits- und Arbeitsplatzbedingen zusammenhängt²²⁶.

Struktur und Technik

Die letzten Erfolgsfaktoren sind Strukturen und moderne Informationstechnologien. Struktur meint die Aufbauorganisation, Integration von Wissensprozessen in Geschäftsprozessen und mitarbeiterfreundliche Bedingungen wie Arbeitsplatzgestaltung und Qualifikationsmaßnahmen.

Die Aufbauorganisation sollte so beschaffen sein, dass Informationsflüsse (Wissensweitergabe) horizontal verlaufen, ohne dass durch unnötige Schnittstellen wertvolle Informationen verloren gehen oder verfälscht werden. Gerade das Krankenhaus mit seiner traditionellen Dreiersäulung der Berufsgruppen birgt die Gefahr der verlangsamten vertikalen Informationsweitergabe, wenn diese die einzelnen Hierarchieebenen durchlaufen muss (siehe S.28). Ein Lösungsansatz für diese Problematik wäre der Ansatz der Prozessorganisation, die eine Rückbesinnung auf die zentralen Krankenhausziele von der vertikalen auf die horizontalen Sichtweise fokussiert (z.B. durch Kooperatives Prozessmanagement, siehe S.51), relevante Informations- und Wissensflüsse bündelt und die Verantwortlichkeit von Wissensträgern, insbesondere der Ärzte und der Pflegenden, festlegt.

Da das Wissensmanagement einen Beitrag zur Wertschöpfung eines Unternehmens leisten muss, um seine Existenz und Akzeptanz zu begründen²²⁷, sollten wertschöpfende Geschäftsprozesse in das Wissensmanagement integriert werden²²⁸.

²²⁵ Wilkesmann et al. (2007), S. 118-119

²²⁶ Vgl. North (2007), S. 149 und Vgl. Reinmann-Rothmeier /Mandl (2001), S. 119

²²⁷ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.19

²²⁸ siehe hierzu auch den Bezugspunkt Wissenszielsetzung S.31

Entscheidend ist, dass ein geschäftsrelevantes Problem vorliegt, welches mit Hilfe von Wissensmanagement erklärbar, lösbar und überprüfbar gemacht werden kann²²⁹.

Die Faktoren Arbeitsplatzgestaltung und Umgebung (siehe S.36) sorgen schließlich für ein motiviertes arbeiten und befriedigen grundlegende Bedürfnisse der sozialen Eingebundenheit, des Kompetenzerleben und des Autonomieerleben. Damit wird die für das Wissensmanagement wichtige intrinsische Motivation ausgelöst.

Des Weiteren sind auf Qualifikationsmaßnahmen (Fort- und Weiterbildung) der Mitarbeiter zu achten, um im Sinne einer Wissensgenerierung neues Wissen zu bewährtem Wissen zu transformieren.

Ein gut funktionierendes Wissensmanagement kann durch entsprechende moderne Informationstechnologien (z.B. Intranet) unterstützt werden. Wichtig bei der Einführung neuer Hard- und Softwarelösungen sind eine benutzerfreundliche Bedienung, ein günstiges Kosten-Nutzen- Verhältnis und gute Integrationsmöglichkeiten. Des Weiteren sollte bei der Einführung einerseits auf Anregungen der Mitarbeiter geachtet, andererseits eine Lösung für einzelne Bereiche (Insellösungen) vermieden werden²³⁰.

4.2 ANP- Charakteristika übertragen auf das Wissensmanagement

Die drei Charakteristika des ANP- Modells implizieren bei näherer Betrachtung bereits die Kernprozesse des Wissensmanagementprozesses Zielsetzung, Repräsentation, Kommunikation, Generierung, Nutzung und Evaluation.

Spezialisierung auf ein bestimmtes Gesundheitsproblem (z.B. Wundmanagement) oder Krankheitsbild (z.B. Diabestes mellitus) setzt voraus, sich mit dem aktuellen medizinischen und pflegerischen Wissen auseinanderzusetzen. Die Pflegeexperten müssen gezielt ihr Wissen erweitern und aktuelle Erkenntnisse aus der Forschung berücksichtigen. Ferner müssen Möglichkeiten der Wissensgewinnung erschlossen (z.B. Teilnahme an Kongressen), mit anderen kommuniziert (Patienten, Kollegen), in die Praxis umgesetzt und ggf. angepasst bzw. revidiert werden.

Ähnlich sieht es bei der **Erweiterung** ihres allgemeinen pflegerischen/medizinischen Wissensstands aus, um die Ausweitung ihrer klinischen Praxis sicherzustellen.

Dies beinhaltet auch die Fähigkeit zu erlangen, die Kompetenzen der Patienten und ihrer Angehörigen zu stärken und in ihrer Selbstkompetenz zu fördern. Wissensmanagement erhält

²²⁹ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.142

²³⁰ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.143

hier die Bedeutung einer systematischen Wissenserweiterung für Beratungs- und Schulungssituationen.

Der **Fortschritt** ist die Summe der Spezialisierungen und Erweiterungen, die durch eine methodische Kompetenz der Pflegeexperten erreicht werden kann. Durch ihn werden sie befähigt, aktuelles Wissen in ihre Organisation einzubringen, auszuwerten und in ihre Praxis zu implementieren. Hierzu müssen Pflegeexperten zusätzlich in der Lage sein, aktuelle Studien kritisch zu beurteilen, sie an die Bedürfnisse der Patienten anzupassen und Grundlagen des wissenschaftlichen Arbeitens und der Pflegeforschung und -methoden beherrschen (z.B. durch Evidenced based nursing (EBN) siehe S.67).

4.3 Wissensmanagement mit ANP

Sind die nötigen Voraussetzungen für ein Wissensmanagement im Krankenhaus berücksichtigt worden, kann eine erweiterte Pflegepraxis im Sinne von ANP auf die einzelnen Wissensmanagementprozesse mit Hilfe von entsprechenden Instrumenten und Methoden (siehe 2.10, S.33-37) übertragen und umgesetzt werden.

Zu beachten ist, dass die einzelnen Instrumente und Methoden sich nicht immer einzelnen Prozessbausteinen zuordnen lassen (siehe Tabelle, S.60). So wird z.B. die Bildung von Wissensgemeinschaften (Community of Practice) vorrangig in der Literatur als Mittel der Wissenskommunikation beschrieben²³¹. Durch den Austausch von Wissen der Experten untereinander wird jedoch eventuell neues Wissen generiert und repräsentiert, neue Wissensziele gebildet und bestehende Ziele auf ihre Praktikabilität überprüft.

In Wissensgemeinschaften können Wissensmanagementprojekte auf ihren Nutzen für das Team hin diskutiert und evaluiert werden.

Die Wissensgemeinschaften erhalten so die Funktion, alle Prozesse des Wissensmanagement zu berücksichtigen und stärker einzubeziehen.

²³¹ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.94

	Wissenszielsetzung	Wissensrepräsentation	Wissenskommunikation	Wissensgenerierung	Wissensnutzung	Evaluation
Balanced Scorecard	■					■
Potentialanalyse		■				
Arbeitsplatzgestaltung			■	■	■	
Szenariotechnik			■	■	■	
Wissenslandkarten		■	■	■	■	
Lessons Learned	■	■	■	■	■	■
Yellow Pages		■	■	■	■	
Benchmarking		■	■	■	■	
Community of Practice	■	■	■	■	■	■

Tabelle 2: Übersicht der Wissensmanagementinstrumente -methoden (Quelle²³²)

Im Folgenden werden die einzelnen Bausteine des Wissensmanagement für die Praxis anhand eines Beispiels einer erweiterten Pflegepraxis konzeptionell beschrieben. Dabei werden diverse Ansätze (Wundexperten, Konsilardienst) berücksichtigt.

4.3.1 Wissenszielsetzung

Die Wissenszielsetzung leitet sich aus den unternehmerischen, normativen und strategischen Planungen des Krankenhauses ab (siehe 2.9.2, S.31). Aus den definierten Visionen und Strategien werden einzelne operative Wissensziele abgeleitet, Maßnahmen geplant und Indikatoren (z.B. Kennzahlen) zur Evaluation festgelegt.

Beispiel:

Vision / Strategie: Einführung einer erweiterten Pflegepraxis bis zum Jahr 2015 unter Berücksichtigung der gesetzlichen Vorgaben.

Operatives (Wissens-) Ziel: Etablierung von jeweils zwei Pflegeexperten, im Sinne von Advanced Nursing Practice, auf den peripheren Stationen zur Durchführung eines Pflegekonsilardienstes.

²³² in Anlehnung an: Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.131

Maßnahmen: Potentialanalyse geeigneter Mitarbeiter, Qualifizierungsmaßnahmen ggf. Überprüfung eines postgradualen Masterstudiengangs, finanzielle Entlohnung (Gehaltsstufen überprüfen).

Indikatoren: Wissensstand der potentiellen Pflegeexperten vor und nach der Qualifikationsmaßnahmen mit Hilfe eines Fragebogens (eventuell Wissenstest) festlegen.

Mit Hilfe einer **Balanced Scorecard** kann fixiert werden, welche Zielsetzungen mit welchen Maßnahmen notwendig sind, um die Vision unter Berücksichtigung des Wissensmanagementprozesses (siehe Abb. 11) in der Organisation umzusetzen.

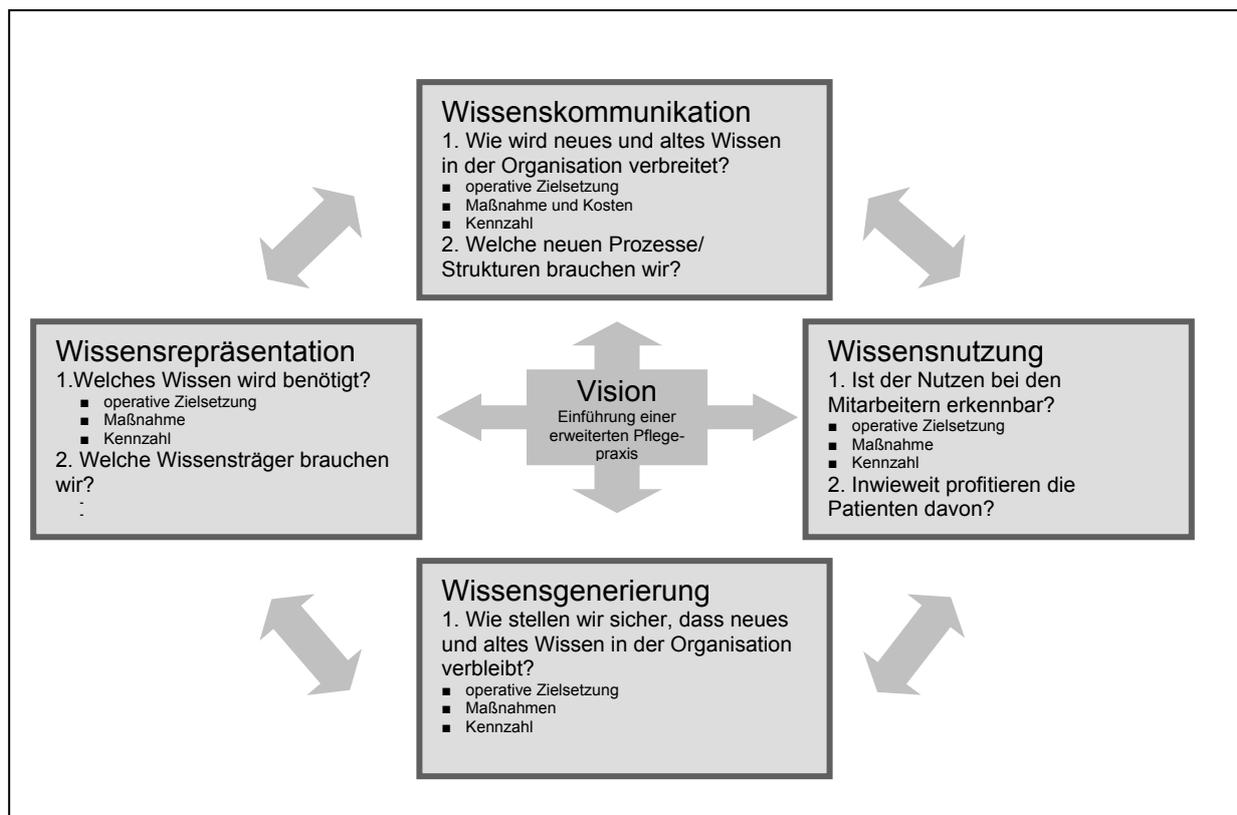


Abb. 11: Balanced Scorecard im Wissensmanagement (Quelle²³³)

Der Vorteil der Balanced Scorecard liegt in der Ursachen- Wirkungskette zwischen den einzelnen Wissensmanagementbausteinen aus dem Münchner Modell. Durch die Dynamik und Wechselwirkung des Münchner Modells zwischen den einzelnen Bausteinen wird in der Balanced Scorecard eine Beeinflussung zwischen den einzelnen Wissensperspektiven ermöglicht. Bei der Perspektive Wissensnutzung lassen sich nach erfolgten Maßnahmen und Überprüfungen der Indikatoren eventuell erneute Interventionen bei der Wissensgenerierung (z.B. Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung für die Experten) abbilden.

²³³ Grafik abgeleitet aus der Beschreibung zur Erstellung einer Balanced Scorecard im Wissensmanagement. Aus: Kreidenweis/Steincke (2006), S.92

Die Berücksichtigung von Indikatoren der einzelnen Ziele macht die Balanced Scorecard gleichzeitig zu einem Instrument der Evaluation im Wissensmanagementprozess.

4.3.2 Wissensrepräsentation

Sind relevante Wissensziele festgelegt worden, gilt als nächster Schritt, das in der Organisation bestehende Wissen für die Zielerreichung zu finden bzw. Beschaffungswege festzulegen. Neben relevanten bestehenden Strukturen des organisationsbezogenen Wissen (Handbücher, Qualitätsstandards), müssen im Kontext einer erweiterten Pflegepraxis wichtige Wissensträger als Pflegeexperten identifiziert werden.

Eine einfache Methode ist die Maßnahme einer externen Personalbeschaffung, in der konkret nach einem festgelegten Qualifikationsanforderungsprofil geeignete Pflegeexperten akquiriert werden. Diese Maßnahmen wären jedoch nicht im Sinne eines Wissensmanagement, in dem es zunächst gilt, bestehendes Wissen (in dem Fall Wissensträger) transparent und nutzbar zu machen, um im nächsten Prozessschritt der Wissensgenerierung fehlende Wissensträger extern zu importieren. Externe Beschaffungswege mit den Vor- und Nachteilen (z.B. nach JUNG²³⁴) sind im Vergleich zu internen Maßnahmen kritisch zu sehen.

Um potentielle Pflegeexperten innerhalb der Organisation Krankenhaus zu erkennen, kann das Verfahren der **Potentialanalyse** herangezogen werden. Zuvor muss geklärt werden, welche Anforderungen²³⁵ ein Experte für ein konkretes Beispiel einer erweiterten Pflegepraxis mitbringen muss. Neben langjähriger klinischer Erfahrung, benötigt ein Pflegeexperte im Case Management organisatorische Fähigkeiten, Überzeugungskraft und integrative Fähigkeiten²³⁶.

Speziell die für die Position eines Pflegeexperten definierten Anforderungen sind als Eignungsentscheidung heranzuziehen und können mit den von SCHULER beschriebenen Ansätzen der Potentialanalyse (siehe S.37) dazu beitragen, im Sinne des Wissensmanagements Wissensträger zu identifizieren.

²³⁴ Vgl. Jung (2006), S.152: Vorteile der externen Beschaffung liegen vor allem in der breiten Auswahlmöglichkeit, in der gezielten Suche nach einem bestehenden Anforderungsprofil sowie in der Verringerung der Betriebsblindheit durch neue Impulse neuer Mitarbeiter. Die Nachteile sind an höheren Beschaffungskosten, im Risiko einer Fehlbesetzung und in einer Störung des Betriebsklimas durch eventuell übergangene Mitarbeiter festzumachen. Die Vorteile der internen Beschaffung liegen u.a. in den geringeren Beschaffungskosten und durch eine geringes Risiko der Fehlbesetzung durch Kennen des Mitarbeiters. Nachteile finden sich u.a. in Erhöhung der Kosten durch eventuelle Qualifizierungsmaßnahmen (Fortbildungen) und in der geringeren Auswahlmöglichkeit aus dem bestehenden Mitarbeiterpool.

²³⁵ Anforderungen werden i.d.R. in fachliche (Kenntnisse, Erfahrung), methodische (Denkweise, Kreativität) und soziale (Kommunikationsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen) Gesichtspunkte unterteilt. Sie gelten als Basis für die Eignungsentscheidung und geben Hinweise auf Personalentwicklungsmaßnahmen. Vgl. hierzu Dahlgaard (1996), S.289

²³⁶ Vgl. Schwaibinger (2002), S.64 (Bezugspunkt: Qualifikations- und Persönlichkeitsanforderungen an den Case Manager)

So können, mit Hilfe des Biografieansatzes, Lebensläufe, besonders gute Beurteilungen und Fortbildungsnachweise erste Hinweise auf potentielle Pflegeexperten geben. Ebenso die Meinung Dritter (Vorgesetzte), die durch Beobachtung besonders motivierte und qualifizierte Mitarbeiter in ihrem Team wahrnehmen, lassen sich als Vergleichsparameter zu schriftlichen Beurteilungen hinzufügen.

Im nächsten Schritt können zukünftige Pflegeexperten über den Simulationsansatz eine Form von Arbeitsproben anfertigen, die z.B. konzeptuelles Denken und Kreativität vermuten lassen (Beispiel: Erstellung eines Schulungskonzeptes für Patienten zur Selbstbehandlung von chronischen Wunden). Verschiedene Arbeitsproben sind als Vergleich zur Eignungsentscheidung heranzuziehen.

Über den Eigenschafts- und Konstruktansatz lassen sich als weitere Möglichkeit relativ stabile Eigenschaften wie Intelligenz und Wissensbestände erfassen. In einem Wissenstest kann theoretisches Fachwissen abgefragt, aber auch intuitives und Erfahrungswissen der Pflegenden aufgenommen werden. Der Vorteil dabei ist, dass Ergebnisse des Tests sich auch als Indikatoren für spätere Evaluationsmaßnahmen einsetzen lassen z.B. Wissensstand eines Mitarbeiters vor und nach einer Qualifikationsmaßnahme.

All diese Maßnahmen der Repräsentation von Wissensträgern setzen natürlich das Wollen der zukünftigen Pflegeexperten und die transparente Vermittlung der Zielerreichung des Krankenhauses mit der Position des Pflegeexperten voraus (Warum braucht das Krankenhaus Pflegeexperten? Warum soll ich Pflegeexperte werden?). Des Weiteren sind vor allem bei Befragungen, Interviews und Fragebogen oder Testabfragen von Mitarbeitern die jeweiligen Personalvertretungen (Betriebs- oder Personalrat) mit einzubeziehen²³⁷.

Nach der Identifikation und einer eventuellen weiteren Qualifikationen von Wissensträgern (Pflegeexperten) gehört zur Wissensrepräsentation auch, anderen Mitgliedern der Organisation die Existenz eines Pflegeexpertensystems zu übermitteln bzw. Kontaktmöglichkeiten zu eben diesen Experten herzustellen. Hierzu reicht es nicht, eine Bekanntgabe in monatlichen Mitarbeiterinformationsbriefen oder Krankenhauszeitschriften zu formulieren, da diese schnell im Praxisalltag verschwinden. Diese Informationen müssen in den Arbeitsalltag integriert werden und ständig verfügbar sein.

Hierzu eignen sich **Wissenslandkarten** in Form von Bestandskarten oder Matrixdarstellungen, die entweder online in Datenbanken aufgerufen werden oder in schriftlichen Verfahrensanweisungen (Auftragserstellung zu einem Pflegekonsil) aufgeführt sind. Im Fall des Pflegekonsildienstes kann mit einer Matrix dargestellt werden, wo ein

²³⁷ Vgl. (BetrVG) Betriebsverfassungsgesetz § 94 regelt die Zustimmung der Personalvertretung bei der Erstellung von Personalfragebögen und Beurteilungsgrundsätzen. In: Arbeitsgesetze (2006), S.580

Pflegeexperte für ein bestimmtes Pflegeproblem innerhalb der Organisation zu finden ist, wenn dieser selbst einen festen Arbeitsbereich im Krankenhaus besitzt.

Diese Matrix (siehe Abbildung 12) ist für jeden Mitarbeiter verfügbar und bietet so in Kombination mit z.B. einer Telefonliste (siehe Anhang S.82) eine Kontaktmöglichkeit für den beauftragenden Mitarbeiter. Des Weiteren bietet die Wissensmatrix eine Übersicht über den Bestand der Experten innerhalb des Krankenhauses, um eventuelle Wissenslücken innerhalb der Organisation ersichtlich zu machen .

Kontakt Pflegeproblem	Station I	Station II	Station III	Station VI
Wundbehandlung				
Dekubitusprophylaxe				
Bobath				
Basale Stimulation				
Kinästhetik				
Asthma Bronchiale				

 = Pflegeexperte der Station

Abb. 12: Wissensmatrix im Krankenhauses

Eine weitere Möglichkeit Wissen im Krankenhaus für andere transparent zu machen, liefert das Kompetenzprofil in Form von **Yellow- Pages** (Gelbe Seiten) im Intranet. Sie ermöglichen die systematische Darstellung des Expertenwissens, das von den Pflegeexperten selbst hinzugefügt und aktualisiert (freiwillige Erstellung durch den Mitarbeiter berücksichtigt den Datenschutz) und z.B. durch den nächst höheren Vorgesetzten frei geschaltet wird.

Mit dieser Selbstpflege der Experten von Onlinedatenbanken können verborgene Mitarbeiterpotentiale sichtbar gemacht werden, die die Organisation ansonsten durch externe Personalbeschaffungsmaßnahmen zukommen lassen müsste. Die Darstellung von Wissen in

einer Organisation über Wissenslandkarten oder Gelbe Seiten ist jedoch stark von der Akzeptanz (gerade bei technologisch gestützten Verzeichnissen) der Mitarbeiter abhängig.

Eine Implementierung zeigt lediglich den Weg zu verschiedenen Wissensorten und Wissensträgern als Unterstützung im Wissensmanagementprozess auf, garantiert aber keine Verteilung oder Nutzung des intellektuellen Kapitals²³⁸.

4.3.3 Wissenskommunikation

Der nächste Baustein im Wissensmanagement ist der der Kommunikation. Hier gilt, bestehendes Wissen aus der Repräsentation, aber auch im späteren Prozess der Wissensgenerierung, in der Organisation zu verteilen und für alle nutzbar zu machen. Das primäre Instrument für die Wissenskommunikation ist die **Community of Practice**²³⁹ oder auch Wissensgemeinschaften, in der Experten ihr Wissen untereinander austauschen. Durch den offenen Austausch sind Synergieeffekte zu erwarten, d.h. durch den Austausch eines interdisziplinären Expertenteams lässt sich eventuell neues Wissen generieren, welches zunächst nicht erkennbar war. Am Beispiel des Kooperativen Prozessmanagements[®] von DAHLGAARD/STRATMEYER können Wissensgemeinschaften dazu beitragen, den gegenseitigen Wissensaustausch von Ärzten (medizinisches Expertenwissen) und Pflegenden (Pflegerisches Expertenwissen) zu fördern. Dies könnte in Form von bestimmten Fallbesprechungen von Patienten (gerade im Hinblick auf chronisch Kranke und Multimorbidität), Entwicklung gemeinsamer Standards oder in Behandlungsstrategien konkretisiert werden. Darüber hinaus gibt die Community of Practice ein Forum des interdisziplinären Austausches der Berufsgruppen außerhalb des Praxisalltages, der wiederum eine Kultur der Kooperation für die Praxis fördern kann.

Eine weitere Maßnahme zur Kommunikation von Wissen findet sich in dem Bereich der Arbeitsplatzgestaltung. Durch **Jobrotation** wird ein systematischer Arbeitsplatzwechsel zwischen verschiedenen Pflegeexperten aus unterschiedlichen Bereichen ermöglicht. Hierdurch erhalten die Experten die Möglichkeit ihr Wissen aus Erfahrung und Theorie in den Stationsalltag einzubringen und mit anderen Mitarbeitern auszutauschen bzw. vom Wissen anderer zu profitieren. Gerade am Beispiel des Pflegekonsilardienstes (in der Phase der Einarbeitung der Experten) erhalten die Pflegeexperten Einblick in den Arbeitsalltag anderer Stationen (Abläufe, Gepflogenheiten, Hilfsmittelangebot) und können so ihre Arbeitsweise und Arbeitsmethoden bei künftigen Konsilardiensten anpassen.

²³⁸ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.87

²³⁹ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.93

Unterstützung finden Instrumente der Kommunikation in Formalien (Dokumente, Protokolle), in denen relevantes Wissen dokumentiert und sichtbar gemacht wird. Im pflegerischen Konsildienst, der Wundbehandlungen durch Pflegende (im Wundmanagement) oder in andere behandlungsstrategische Maßnahmen wird somit Sach- und Handlungswissen explizit und nutzbar für spätere Zwecke gemacht (siehe Anhang S.80).

4.3.4 Wissensgenerierung

Sind in der Repräsentation oder in der Kommunikation wesentliche Wissensbestände für die Zielerreichung nicht ersichtlich, muss neues Wissen in der Organisation generiert werden.

Eine Möglichkeit, neue Erkenntnisse zu schaffen, ist die **Szenario Technik**. Hierbei handelt es sich um die Bildung verschiedener Lösungsansätze von zukünftigen Problembereichen durch den Austausch eines Expertenteams. An dem Beispiel des Kooperativen Prozessmanagements[®] können, wie in der zuvor beschriebenen Community of Practice bestehend aus Ärzten und Pflegenden, zukunftsrelevante Fragen hinsichtlich Veränderungs- und Anpassungsprozessen diskutiert werden.

Denkbare Themen in der Organisation Krankenhaus wären künftige Behandlungsstrategien bei chronisch Kranken unter Berücksichtigung der rasanten technologischen und wissenschaftlichen Entwicklung, sowie der Vergleich mit anderen Ländern. Oder künftige Ausrichtungen der Leistungserstellung im Krankenhausbereich z.B. im Rahmen einer integrierten Versorgung (Kooperation mit anderen Versorgungseinrichtungen) unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entwicklung.

Durch den Austausch der Experten wird darüber hinaus auch die Kommunikation gefördert und es können Strategien und Maßnahmen zur Wissensnutzung bei der Prozessgestaltung entwickelt und eine kritische Auseinandersetzung im Team gefördert werden. Zu beachten ist dass die Szenario Technik keine objektive Gültigkeit hat und dass die aus der Methodik generierten Maßnahmen und Strategien keine Nutzungsgarantie besitzen, sondern lediglich Trends darstellen können.

Eine weitere Variante neues Wissen zu generieren, besteht in der Methode des **Benchmarking** oder dem **Best- practice- sharing**. Hier liegt der Fokus in dem Ziel Best practice zu identifizieren (z.B. Strategien, Methoden) bzw. von den Besten zu lernen (von anderen Organisationen zu partizipieren im Falle des Benchmarking).

Eine Methode ein für die Pflege ein relevantes Problem (z.B. beim Wundmanagement) mit einem best practice Maßnahme zu lösen, besteht in der Evidence- based Nursing Methode (EBN).

Evidence- based Nursing sehen BEHRENS und LANGER als „[...] die Nutzung der derzeit besten wissenschaftlich belegten Erfahrungen Dritter im Arbeitsbündnis zwischen einzigartigen Pflegebedürftigen und professionellen Pflegenden“²⁴⁰. Sie berücksichtigen in ihrer Definition einerseits die Individualität der Patienten (Patientenwünsche und -bedürfnisse) und andererseits das Erfahrungs- und Handlungswissen von Pflegenden, das bei der Suche nach Best practice berücksichtigt werden soll.

Die EBN- Methode besteht aus sechs Schritten, die in Abhängigkeit von der Komplexität der Fragestellung bis hin zur Evaluation als ein Prozess zu verstehen ist (siehe Abbildung 13)²⁴¹.

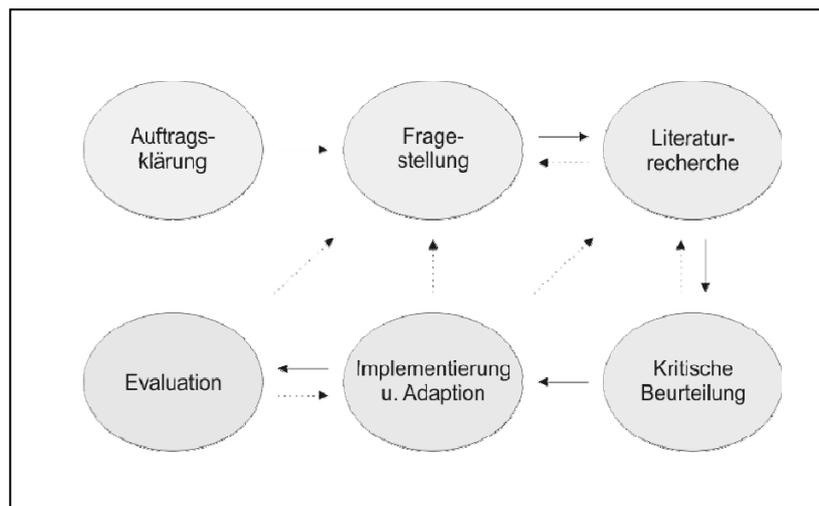


Abb. 13: Der EBN- Prozess (Quelle²⁴²)

Als ersten Schritt steht das Interesse an einer relevanten Problematik (z.B. Wundheilungsstörungen beim diabetischen Fuß durch den Einsatz von feuchten Verbänden). Aus der Problematik wird im zweiten Schritt eine Fragestellung abgeleitet (Hat der Einsatz von feuchten Kompressen Einfluss auf die Wundheilung bei Patienten mit Diabetischem Gangrän als die Verwendung von trockenen Verbänden?), die Kriterien des Patientenklintel, der Intervention, der Kontrollintervention und das Ergebnismaß enthält²⁴³.

Über relevante Literatur (u.a. aus Onlinedatenbanken) werden Forschungsergebnisse zu diesem Thema mit Hilfe von Ein- und Ausschlusskriterien gesucht, die geeignet sind die Forschungsfrage zu beantworten.

Im vierten Schritt erfolgt die kritische Beurteilung des gefundenen Wissens hinsichtlich der Glaubwürdigkeit, Aussagekraft und Praktikabilität. Hierbei soll das Patientenklintel, die

²⁴⁰ Behrens,J./Langer,G.: Evidence- based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft (2004), S.21

²⁴¹ Vgl. Behrens/Langer (2004), S.36

²⁴² Entnommen aus: Behrens/Langer (2004), S.37

²⁴³ Vgl. Behrens/Langer (2004), S.73

Situation, die Umgebung und das formulierte Problem als Bewertungsmaßstab herangezogen werden²⁴⁴.

Im vorletzten Schritt erfolgt die Implementierung der geeigneten Maßnahme in die Praxis. Hier fließen laut der Definition von BEHRENS und LANGER die Erwartungen der Patienten und das implizite Wissen der Pflegenden ein. Im letzten Schritt werden die Interventionen auf ihre Wirksamkeit überprüft.

Die EBN- Methode lässt sich als zweckmäßige Methode für Pflegende im Kontext einer Wissensgenerierung darstellen, da evidence- basiertes Wissen mit dem impliziten Wissen der Pflegenden verbunden wird und dadurch neues Wissen für die Praxis entstehen kann.

4.3.5 Wissensnutzung und -evaluation

Die „**Lessons learned**“ –Methode im Wissensmanagement eignet sich zur Beurteilung des in den Projekten der erweiterten Pflegepraxis gewonnenen Wissens.

Hierbei werden Projekte, vergangene Tätigkeiten und Erfahrungen unter der Perspektive weniger erfolgreicher Resultate und Fehler dokumentiert, aufgearbeitet und daraus Konsequenzen für zukünftige Aktivitäten gezogen.

Über ein online gestütztes Forum im Intranet können Pflegende am Beispiel des kooperativen Prozessmanagements[®] aufgetauchte Probleme im Praxisalltag dokumentieren, für andere zugänglich machen (z.B. an einer Steuerungsgruppe) und somit erste Schritte für die Prozessoptimierung einleiten.

Mögliche Probleme können u.a. Kommunikationsstörungen im Diagnostik- oder Therapieprozess (Pflegende sind nicht ausreichend über Veränderungen informiert worden), oder Doppelarbeiten durch nicht geklärte Zuständigkeiten (doppelte Anforderungen zur Röntgendiagnostik) sein.

Voraussetzung für Lessons learned ist die Bereitschaft, Fehler zuzugeben und zu kommunizieren, was wiederum eine Fehlerkultur in der Organisation durch hinreichende Führung und entsprechenden Anreizen voraussetzt²⁴⁵.

Zur Evaluation kann die für die Wissenszielbildung eingesetzte Balanced Scorecard verwendet werden, wenn Indikatoren für die einzelnen Wissensziele festgelegt wurden (z.B. Wissenszuwachs der einzelnen Experten vor und nach Interventionen).

Unterstützungen zur Evaluationen finden sich, wie im Falle des Kinderspitals Zürich, in schriftlichen oder mündlichen Befragungen. Mögliche Ausgangsfragestellungen können seitens der Pflegeexperten ihr Zuwachs des pflegerischen Wissens sein. Bei anderen

²⁴⁴ Vgl. Behrens/Langer (2004), S.38

²⁴⁵ Vgl. Reinmann- Rothmeier/Mandl (2001), S.116

Mitarbeitern sind u.a. Themen zur Kommunikation und zum Nutzen der Zusammenarbeit mit den Pflegeexperten im Praxisalltag von Relevanz, während Patienten Meinungen über die Zufriedenheit ihrer pflegerischen Versorgung treffen können.

5. FAZIT

Die Qualitätssicherung im Krankenhaus muss durch aktuelles Wissen gewährleistet werden.

Die zwei Bereiche Medizin und Pflege müssen ihr Erfahrungs- und Theoriewissen kombinieren und nutzen, um dieses Ziel zu erreichen. Sie bilden somit das Grundgerüst für das „Wissen im Krankenhaus“²⁴⁶, welches sich aus dem organisations-, patienten- und prozessbezogenem Wissen zusammensetzt.

Das Modell des Wissensmanagements stellt eine Möglichkeit für Mediziner und Pflegende dar, ihr Wissen stetig zu aktualisieren und in die Praxis umzusetzen.

Es gibt jedoch Barrieren, die einen interdisziplinären, d.h. zwischen Pflegenden und Mediziner stattfindenden, Wissensaustausch behindern. Um diese zu identifizieren, muss zusätzlich das Wissen der Mediziner näher betrachtet werden, was jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde.

Bei der intensiven Betrachtung der Wissensbestände der Pflege wurde deutlich, dass sie eine langjährige Tradition der Wissensvermehrung hat. Dabei konzentrierten sie sich v.a. auf ihr intuitives und Erfahrungswissen, welches jedoch implizit von jeder einzelnen Pflegeperson anders interpretiert und in die Praxis umgesetzt wurde.

Erst mit der Akademisierung der Pflege entstand das Interesse, die Überführung der impliziten Wissensbestände in die explizite Form darzustellen und nachzuvollziehen

Bei dieser Bemühung entstand jedoch eine Diskrepanz zwischen der Pflegewissenschaft und der Pflegepraxis, die unterschiedliche Interessen verfolgten.

Praktizierenden Pflegenden mangelte es an der Fähigkeit wissenschaftliche Befunde und neues Wissen i.S. eines Wissensmanagements auf Praxisrelevanz zu überprüfen und zu nutzen. Um diese Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis zu überbrücken, wurden Instanzen in Form von Pflegeexperten aus dem Modell der erweiterten Pflegepraxis (sog. Advanced Nursing Practice) empfohlen. Dieses Modell wird bereits in den Ländern der USA, Großbritannien, den Niederlanden und der deutschsprachigen Schweiz angewandt, wenn auch in jeweils unterschiedlichem Ausmaß.

In Deutschland stellen die berufs- und leistungsrechtlichen Bedingungen Hürden für die Einführung und Umsetzung der erweiterten Pflegepraxis nach dem amerikanischen, niederländischen oder britischen Modell dar. Lediglich der Ansatz aus der deutschsprachigen Schweiz fungiert in Deutschland als Leitmodell und findet Umsetzung z.B. im pflegerischen Konsildienst, im Wund- und im Case-Management.

²⁴⁶ Vgl. Abb. 6: Wissen im Krankenhaus

Diese Experten spiegeln das erweiterte pflegerische Handlungsfeld wider.

Sie sollen ihr Wissen auf dem stets aktuellen wissenschaftlichen Stand halten und einsetzen.

Im Rahmen des Wissensmanagement haben sie darüber hinaus die Aufgabe, ihr Expertenwissen anderen Pflegenden zu vermitteln, damit diese es im Verlauf selbst umsetzen können. Für eine erfolgreiche Weitergabe ihres Wissens sind sie auf die Akzeptanz, der Freiwilligkeit und der aktiven Mitarbeit der Pflegenden angewiesen.

Darüber hinaus spielt das Krankenhaus mit seinen drei Komponenten Mensch, Organisation und Technik ebenfalls eine wichtige Rolle beim Wissenstransfer. Ihm obliegt die Förderung der Entstehung und Wahrung einer Kultur des Wissens, die das Wissen wahrnimmt, vermehrt und umsetzt. Kommunikation, Kooperation und Offenheit für Innovationen stellen neue Leitziele dar. Nicht mehr Wissen, sondern Wissensteilung ist Macht.

Wichtig ist vor allem die aktive Umsetzung von Wissen. Die alleinige oder überwiegende Verbalisierung von Wissen sollte vermieden werden.

Damit diese Kultur sich etablieren kann, bedarf es der intrinsischen Motivation durch die Führung. Es muss eine arbeitsfreundliche Umgebung geschaffen werden, in der durch Lob und Anerkennung durch den Vorgesetzten und der Kollegen aktive Wissensteilung und –vermehrung gefördert wird. Materielle Anreize in Form einer finanziellen Entlohnung spielen jedoch weiterhin eine Rolle. Starke Initiative und Mehrarbeit sollte sich für den Einzelnen auch materiell lohnen.

Eine Möglichkeit, um die Informationsflüsse zwischen Medizinern und Pflegenden im Rahmen der Wissenskultur zu optimieren besteht im sog. Kooperativen Prozessmanagement im Krankenhaus. Dadurch sollen unnötige Schnittstellen vermieden werden, damit keine wertvollen Informationen verfälscht werden oder verloren gehen.

Das Modell des Wissensmanagement ermöglicht der Organisation Krankenhaus, den Pflegenden und Medizinern zukünftige gesellschaftliche und gesundheitspolitische Herausforderungen zu bewältigen.

Eine wichtige Voraussetzung hierfür, das Umdenken der Kultur durch bewussten Umgang mit der Ressource Wissen, ist jedoch noch zu schaffen.

6. LITERATURANGABEN (inkl. Internetquellen)

- Axmacher, Dirk:** Pflegewissenschaft – Heimatverlust der Krankenpflege? In: Rabe-Kleberg, Ursula et al. (Hrsg.): Dienstleistungsberufe in Krankenpflege, Altenpflege und Kindererziehung. Bielefeld 1991, S. 120-138
- Bartholomeyczik, Sabine:** Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege & Gesellschaft 2/2007, 12. J., Heft 2, Juventa Verlag, Weinheim S. 135-149
- Behrens, Johann; Langer, Gero:** Evidence- based Nursing. Vertrauensbildende Entzauberung der Wissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage 2004
- Benner, Patricia:** Stufen zur Pflegekompetenz - From Novice to Expert, Verlag Hans Huber Bern, 3. Nachdruck, 2000
- Benner, Patricia; Tanner Christine A.; Chesla, Catherine A.:** Pflegeexperten. Pflegekompetenz, klinisches Wissen und alltägliche Ethik, Verlag Hans Huber, Bern, 2000
- (BetrVG) Betriebsverfassungsgesetz:** Abschnitt VII. Mitbestimmung in Betrieb und Unternehmen §§ 93-96. In: Arbeitsgesetze, Beck Texte im deutschen Taschenbuchverlag (dtv), 69., neu bearbeitete Auflage, August 2006
- Brandenburg, Hermann; Dorschner, Stephan (Hrsg.):** Pflegewissenschaft 1. Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft. Verlag Hans Huber, Bern, 2003
- Brehmer, Petra:** Der Pflegekonsildienst - Eine Einrichtung von Pflegenden für Pflegende im Klinikum der Justus- Liebig Unversität (JLU) Gießen. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 40. Jahrgang, DBfK- Verlag, Bad Soden, 2 /2001
- Bretschneider, Ulrich; Bohnet- Joschko, Sabine:** Prozessmanagement im Krankenhaus durch Process owner communities. In: Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, S..31-48, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 1. Auflage 2007
- Bohnet- Joschko, Sabine:** Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 1. Auflage 2007

- Bohnet-Joschko**, Sabine; Bretschneider, Ulrich: Das Management des Produktionsfaktors Wissen im Krankenhaus, Universität Witten/ Herdecke, Fakultät für Wirtschaftswissenschaften. Auf: [http://www.competence-site.de/wissensmanagement.nsf/4441d793c1828076c12569a4005130cd/fec84c5b4bcc9390c125717d00612e99/\\$FILE/Das%20Management%20des%20Produktionsfaktors%20Wissen%20im%20Krankenhaus.pdf](http://www.competence-site.de/wissensmanagement.nsf/4441d793c1828076c12569a4005130cd/fec84c5b4bcc9390c125717d00612e99/$FILE/Das%20Management%20des%20Produktionsfaktors%20Wissen%20im%20Krankenhaus.pdf) (2006) (Zugriff am 16.11.2007)
- Chinn**, Peggy.L.; Kramer, Maeona K.: Pflgetheorie. Konzepte - Kontext - Kritik, Ullstein Mosby GmbH & Co. KG, Berlin/ Wiesbaden ,1996
- Dahlgaard**, Knut: Personalmanagement, in: Breinlinger- O'Reilly, Maes, Trill (Hrsg.): Das Krankenhaus Handbuch S.277-340, Luchterhand Verlag, Neuwied, 1996
- Dahlgaard**, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Das Konzept. Band 1, Luchterhand: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied, Köln, München, 2006 (a)
- Dahlgaard**, Knut; Stratmeyer, Peter: Kooperatives Prozessmanagement im Krankenhaus. Struktur- und Leitungsorganisation. Band 3, Luchterhand: Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Neuwied, Köln, München, 2006 (b)
- (DBfK)** Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Positionspapier: Advanced Nursing Practice: Die Chance für eine bessere Gesundheitsversorgung in Deutschland, DBfK- Verlag, Bad Soden, 2007
- (DBfK)** Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe: Die Zukunft der Pflege im Krankenhaus - Thesenpapier, DBfK - Verlag, Bad Soden, 2006
- Dick**, Michael; Wehner, Theo: Wissensmanagement zur Einführung: Bedeutung, Definition, Konzepte S.7-27. In: Wissensmanagement - Praxis: Einführung, Handlungsfelder und Fallbeispiele: Lüthy, Werner; Voit, Eugen; Wehner, Theo (Hrsg.), vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich, 2002
- Ewers**, Michael; Schaeffer, Doris (Hrsg.): Case Management in Theorie und Praxis, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern, 2., ergänzte Auflage, 2005
- Gaugler**, Eduard: Wissensmanagement als Personalaufgabe. In: Zeitschrift „Personal“ Heft 08/2002, Fachverlag der Verlagsgruppe Handelsblatt GmbH, Düsseldorf
- Henke**, Inge.: Zum Verhältnis von Theorie und Praxis in der Pflege(S.45-55). In: Görres, Stefan et al.(Hrsg.): Auf dem Weg zu einer neuen Lernkultur: Wissenstransfer in der Pflege, Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage, 2002

- Hummel**, Thomas R.; Zander, Ernst: Unternehmensführung. Lehrbuch für Studium und Praxis, Schäffer- Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH & Co. KG, Stuttgart, 2002
- Igl**, Gerhard: Öffentlich- rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche, Göttingen, Druckhaus Göttingen, 1998
- International Council of Nurses (ICN)**: Advanced Nursing Practice, first published 2006 by Blackwell Publishing Ltd., Oxford (UK)
- Jung**, Hans: Personalwirtschaft, Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, 7. überarbeitete Auflage, 2006
- Keisers** ,Joachim : Einführung in die Krankenhausbetriebslehre. Ein Leitfaden für Krankenpflegepersonal, Ärzte und Verwaltungsangestellte. Brigitte Kunze Verlag, Hagen, 2. überarbeitete Auflage, 1986
- Klie**, Thomas; Stascheit, Ulrich: Gesetze für Pflegeberufe, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden- Baden, 8. Auflage, 2004
- Kreidenweis**, Helmut; Steincke, Willi: Wissensmanagement, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 1. Auflage 2006
- Luko** Sandra; Trauner Bettina: Wissensmanagement. 7 Bausteine für die Umsetzung in der Praxis, Carl Hanser Verlag, München, 2002
- Moers**, Martin; Schiemann, Doris : Expertenstandards - Wissen braucht Begleitung durch Pflegeexperten. In: Die Schwester Der Pfleger 46. Jahrg. 07/07, S.646-650, DBfK- Verlag, Bad Soden, 2007
- Müller**, Thorsten: Case Management und Critical Pathway. In: Die Schwester/ Der Pfleger 37 Jahrg. 06/98, S.478- 483, DBfK- Verlag, Bad Soden, 1998
- Nonaka**, Ikujiro; Takeuchi, Hirotaka: Die Organisation des Wissens, Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen, Campus Verlag Frankfurt, 1997
- North**, Klaus: Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen, Gabler Verlag, Wiesbaden, 4. akt. und erw. Auflage 2005
- Oelsnitz**, Dietrich von der; Hahmann, Martin: Wissensmanagement - Strategie und Lernen in wissensbasierten Unternehmen, Kohlhammer GmbH Stuttgart, 1. Auflage 2003
- Probst**, Gilbert J.B.; Raub, Steffen; Romhardt, Kai: Wissen managen - Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen, Gabler Verlag, Wiesbaden, 3. Auflage 1999

- Reinmann- Rothmeier**, Gabi; Mandl, Heinz; Erlach, Christine; Neubauer, Andrea: Wissensmanagement lernen - Ein Leitfaden zur Gestaltung von Workshops und zum Selbstlernen, Beltz Verlag, Weinheim und Basel, 1. Auflage 2001
- Reinmann-Rothmeier**, Gabi: Wissen managen: Das Münchner Modell (2000). Auf: http://www.wissensmanagement.net/download/muenchener_modell.pdf (Zugriff am 26.11.2007)
- Reinmann- Rothmeier**, Gabi: Individuelles Wissensmanagement - Strategien für den persönlichen Umgang mit Information und Wissen am Arbeitsplatz , Verlag Hans Huber, Bern, 1. Auflage, 2000
- Sachs**, Marcel.: „Advanced Nursing Practice“ - Trends: Implikationen für die deutsche Pflege. In: Pflege und Gesellschaft, Zeitschrift für Pflegewissenschaft, S. 101-117, 12. J., Heft 2, Mai 2007, Juventa Verlag, Weinheim
- Schaeffer**, Doris: Wissenstransfer in der Pflege - Ein Problemaufriss. In: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops, IPW- Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld (2006). http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_133.pdf (Zugriff am 17.11.2007)
- Schaeffer**, Doris: Entwicklungsstand und -herausforderungen der bundesdeutschen Pflegewissenschaft in Zeitschrift Pflege 12, S.141- 152, Verlag Hans Huber, Bern, 1999
- Schaeffer**, Doris : Pflegewissenschaft und -forschung : quo vadis? In: Seidl, Elisabeth; Walter Ilsemarie (Hrsg.): Pflegeforschung aktuell. Studien - Kommentare - Berichte Verlag Wilhelm Maudrich; Wien - München - Bern, 2002, S.129- 150
- Schuler**, Heinz: Das Rätsel der Merkmals-Methoden-Effekte: Was ist „Potential“ und wie lässt es sich messen? In: Rosenstiel, Lutz von; Lang-von Wins, Thomas (Hrsg.): Perspektiven der Potentialbeurteilung, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen, 2000, S. 53-71
- Schwaibinger**, Maria: Case- Management im Krankenhaus. Die Einführung von Case Management im Krankenhaus unter den geltenden rechtlichen Bestimmungen für stationäre Krankenhausbehandlung. Bibliomed - Medizinische Verlagsgesellschaft mbH, Melsungen, 2002
- (SGB)** Sozialgesetzbuch V (gesetzliche Krankenversicherung). In: Beck- Texte im Deutschen Taschenbuchverlag (dtv), 31., vollständig überarbeitete Auflage, 2004
- Spiring**, Rebecca; De Geest, Sabina: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich! In: Pflege, Heft 4, S. 233- 236, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern 2004

- Stratmeyer, Peter:** Das patientenorientierte Krankenhaus. Eine Einführung in das System Krankenhaus und die Perspektive für die Kooperation zwischen Pflege und Medizin Juventa Verlag Weinheim und München, 2002
- (SVR)** Sachverständigenrat zu Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Kooperation und Verantwortung - Voraussetzung einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Langfassung (2007). Auf: <http://www.svr-gesundheit.de/Startseite/Startseite.htm> (Zugriff am 15.12.2007)
- Ullmann- Bremi, A.:** Was bedeutet Advanced Nursing Practice - ANP? Erweiterte und vertiefte Pflegepraxis - Ein Konzept und dessen Anwendung am Kinderspital Zürich.2005
Auf:http://www.kispi.uzh.ch/pf/Kinderspital/PflegeBetreuung/Pflegeentwicklung/advanced/ANP_Broschuere.pdf (Zugriff am 12.12.2007)
- Vahs, Dietmar:** Organisation - Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, 5. Auflage, 2005
- Weibler, Jürgen:** Personalführung, Vahlens Handbücher der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften, 1. Auflage, 2001
- Wilkesmann, Maximilliane; Wilkesmann, Uwe; Virgillito, Alfredo:** Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Unternehmenskultur technikorientiertes Wissensmanagement im Krankenhäusern? In: Bohnet- Joschko, S.: Wissensmanagement im Krankenhaus. Effizienz- und Qualitätssteigerungen durch versorgungsorientierte Organisation von Wissen und Prozessen, Deutscher Universitätsverlag, Wiesbaden, 1. Auflage, 2007, S.111- 133
- Wilkesmann, Uwe:** Wissensmanagement als Motor von Innovationen in der Arbeits- und Berufswelt. In: Schaeffer, Doris: Wissenstransfer in der Pflege - Ein Problemaufriss, in: Wissenstransfer in der Pflege. Ergebnisse eines Expertenworkshops, IPW-Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft (2006) S.79-83. Auf: http://ipw-bielefeld.de/fileadmin/PDF/Publikationen/ipw_133.pdf (Zugriff am 17.11.2007)
- Wunderer, Rolf:** Führung und Zusammenarbeit. Eine unternehmerische Führungslehre. Luchterhand - Wolters Kluwer Deutschland GmbH, Köln, 7., überarbeitete Auflage, 2007

7. ANHANG

7.1 Experteninterview zur erweiterten Pflegepraxis im Kinderspital Zürich	S.78
7.2 Anforderungsschein pflegerischer Konsildienst	S.80
7.3 Pflegeexperten- Telefonliste	S.81

7.1 Experteninterview zur erweiterten Pflegepraxis im Kinderspital Zürich

mit Frau Andrea **Ullmann- Bremi** (Beauftragte ANP)
Kinderspital Zürich
Universitäts- Kinderklinik
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich

E-mail- Interview am: 21.01.2008
von: Oliver Lompa, Student HAW- Hamburg, Studiengang Pflege

Frage 1: Fr. Ullmann Bremi, was war die Ursprungsmotivation ANP bei Ihnen am Kinderspital zu etablieren?

U.-B.: Ich begann im Rahmen meines Studiums mit dem ersten ANP-Projekt: Familienmanagement für Familien mit Kindern mit Lippen-Kiefer-Gaumenspalte (LKG). Der Ansatz hat mich sehr fasziniert und ich wollte es in der Praxis erproben. Meine Pflegedirektorin unterstützte mich darin sehr. Da wir sehr prozesshaft arbeiten, haben wir uns entschlossen, mit diesem Projekt zu starten, dies zu evaluieren und je nach Outcome andere zu starten. Weshalb starteten wir mit LKG?

- *Sehr häufige Fehlbildung (1:600 Kinder)*
- *Meine Klinische Expertise*
- *Klar abgegrenztes Fachgebiet*
- *Abteilung, die Veränderungen zulässt*
- *Unbefriedigende Situation*

Der Fokus meiner Diplomarbeit behandelt das Thema Wissensmanagement im Krankenhaus. Wissensmanagement i.S. dieser Arbeit ist der bewusste Umgang mit der Ressource Wissen im Krankenhaus. Hierbei sollen Wissensträger der Organisation identifiziert und deren Wissen für die Organisation nutzbar gemacht und verteilt werden. Am Beispiel von ANP will ich konzeptionelle Ansätze aufzeigen. Ihr Konzept lässt Ansätze für ein Wissensmanagements vermuten.

Frage 2: Aus dem Internetkonzept einer erweiterten Pflegepraxis am Kinderspital geht hervor, dass ihre ANP- Experten aus dem internen Personalpool rekrutiert wurden. Wie sind Sie dabei vorgegangen, geeignete Mitarbeiter zu identifizieren? Gab es zum Beispiel Stellenausschreibungen, Gespräche mit Vorgesetzten über geeignete Mitarbeiter, Assessmentverfahren?

U.-B.: Wir haben von einem zum anderen Projekt gelernt. Am Anfang kam es uns auf die Motivation an. Heute haben wir klare Kriterien für die Mitarbeiter (höhere Ausbildung, Englischkenntnisse, Selbstständiges Arbeiten, Verpflichtung...) aber die Empathie für die Patientengruppe ist sicherlich sehr wichtig.

Frage 3: Die ANP- Projekte behandeln pflegerelevante Themen und besondere Problematiken ihrer jungen Patienten. Wie sind die einzelnen Zielvorgaben entstanden? Gab es z.B. eine Vorgabe der Pflegedirektion, die Themen sind in den einzelnen Projektgruppen entstanden.

U.-B.: Ganz unterschiedlich. Lkg hab ich erklärt. Die Kardiologie wurde von heute auf morgen ein großer Schwerpunkt unseres Spitals, da entstand auch auf Seite der Pflege ein Bedarf an Professionalisierung. In der Nephrologie war bereits eine Renal Nurse (Arztprojekt) vorhanden, aber die interdisziplinäre Zusammenarbeit musste verbessert werden. Etc. Dazu kam auch immer, dass wir eine Expertin auf dem Gebiet brauchten, die das Projekt begleiten musste. Zudem befragten wir immer die Patienten/Familien, was ihr Bedarf ist.

Frage 4: Die ANP- Projektgruppen bilden sich laut Konzept in den einzelnen Thematiken selber fort, um Teilprojekte durchzuführen. Gibt es organisationelle Strukturen, in denen die Experten ihr Wissen untereinander austauschen, um vielleicht zu gemeinsamen Erkenntnissen zu gelangen (z.B. Besprechungen)?

U.-B.: Die Projektleitungen treffen sich monatlich vier std. zu Aktionslernen (Gruppencoaching) und Austausch. Letztes Jahr hatten wir zusätzlich eine zweitägige Retraite²⁴⁷. Ich begleite und coache die einzelnen Projektleitungen einzeln. Die Projektmitarbeiter treffen sich jährlich zu einer Tagung mit Wissensinput und Austausch.

Frage 5: Neben relevanter Literatur werden noch andere Medien zur Wissensgewinnung genutzt z.B. Suchmaschinen im Internet, Evidenced based nursing- Methode?

U.-B.: Die vier Säulen der Evidenz: Literatur, Patientenbedürfnisse Interviews/Befragungen), Erfahrungswerte der Pflegenden und anderer Dienste, Setting (Merkblätter, Outcomemessungen etc.)

Frage 6: Wie erfahren andere Organisationsmitglieder von dem Wissen ihrer ANP-Experten? Gibt es zum Beispiel Kompetenzprofile im Intranet, Telefonlisten etc..

U.-B.: Bei sechs bis acht Wöchentlichen Pflegedienstkonferenzen werden die Ergebnisse übers das Intranet weitergeleitet.

Frage 7: Wie geben Ihre Experten im Stationsalltag ihr Wissen weiter, damit andere Mitarbeiter davon profitieren. Halten sie z.B. Vorträge auf den Stationen oder bieten sie Fortbildungen zu den einzelnen Themen an.

U.-B.: Beides. Vorträge in externen und internen Weiterbildungen, Fallbesprechungen, Kurzinputs etc.

Frage 8: Wie wird letztendlich die Umsetzung, der ANP-Projekte, auf ihren Nutzen in der Praxis evaluiert?

U.-B.: Das ist eine Knacknuss, an der wir dran sind. Wir evaluieren v.a. die Teilprojekte bzw. befragen die Familien über ihre Zufriedenheit und das Personal.

²⁴⁷ Anmerkung des Verfassers: Begriff stammt aus dem französischen und beschreibt im allgemeinem Kontext eine Klausursitzung

7.2 Anforderungsschein pflegerischer Konsildienst

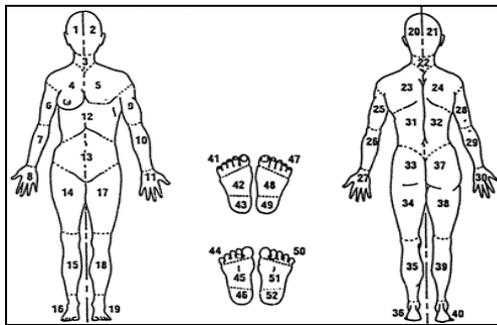
Von Anfordernder Pflegekraft auszufüllen:

Anfordernde Abteilung: _____
 Anfordernde Station: _____
 Anfordernde Pflegekraft: _____
 Kontakt (Telefon/ E-mail): _____



An Pflegeexpertin/ Pflegeexperte: _____
 Erstkonsil Rekonsil Konsilangebot: _____

Anmeldender Bedarf: Pflegeproblem Fortbildung Vermittlung (Literatur, Hilfsmittel)
 Pflegeproblem: _____



ggf. Lichtbild

Fortbildung: _____

Vermittlung: _____

Vom Pflegeexperten auszufüllen: _____

Bei Pflegeproblem

Pflegeziel: _____

Maßnahmen: _____

Empfehlung Pflegeexperte/in: _____

Bei Fortbildung: Datum: _____
 Uhrzeit: _____
 Ort: _____

Bei Vermittlung (Angaben der Basisliteratur, zu besorgendes Hilfsmittel): _____

 Datum, Anfordernde Pflegekraft

 Datum, Pflegeexpertin/ Pflegeexperte

7.2 Pflegeexperten- Telefonliste

Pflegeproblem Pflegetechnik	Konsildienstleistung	Pflegeexperte/in	Telefonnummer E-Mail
Wundbehandlung	Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen, Schulung von Mitarbeitern, Verbandstechniken, Wundvisiten		
Dekubitusprophylaxe	Schulung von Mitarbeitern, Hilfsmittelbedarfsanforderung, Anleitung Auszubildender		
Bobath- Konzept	Schulung von Mitarbeitern, Anleitung Auszubildender		
Basale Stimulation	Schulung von Mitarbeitern, Hilfsmittelbedarfsanforderung, Anleitung Auszubildender		
Kinästhetik	Schulung von Mitarbeitern, Hilfsmittelbedarfsanforderung, Anleitung Auszubildender		
Asthma Bronchiale	Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen, Schulung von Mitarbeitern Pneumonieprophylaxe		
Diabetes mellitus	Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen, Schulung von Mitarbeitern Ernährungsberatung Insulintherapie		
Inkontinenz	Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen, Schulung von Mitarbeitern		
Pflege bei Sterbenden	Schulung von Mitarbeitern		
Tracheostoma- versorgung	Schulung von Mitarbeitern Versorgungstechniken		
Beatmungs- management	Schulung von Mitarbeitern Umgang mit Beatmungsmaschinen, Weaning		
Colo- und Enterostoma versorgung	Anleitung und Beratung von Patienten und Angehörigen Schulung von Mitarbeitern, Hilfsmittelbedarfsanforderung		

VI. EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

„Ich versichere, dass ich vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbstständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtlich oder dem Sinn nach aus anderen Werken entnommene Stellen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.“

Hamburg, 27.02.2008

Oliver Torsten Lompa