

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

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

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

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

Copyright

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

Hinweis

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

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

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

Inhaltsverzeichnis

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

Einführung und Anwenderhinweise

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

Kernprozesse

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

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

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

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

1.	Bestell- und Lieferwesen	C-1
1.1.	Datenerhebung	C-1
1.2.	Auswertung	C-2
1.3.	Ergebnisse	C-2
1.4.	Ideenpool	C-6
2.	Lagerhaltung	C-8
2.1.	Datenerhebung	C-8
2.2.	Auswertung	C-9
2.3.	Ergebnisse	C-10
2.4.	Ideenpool	C-12
3.	Materialien.....	C-13
3.1.	Instrument: Interviewleitfaden Bestellwesen	C-14
3.2.	Instrument: Interviewleitfaden Lieferwesen	C-17
3.3.	Instrument: Protokoll Lagerhaltung	C-21
3.4.	Maßnahmenplan	C-23
3.5.	Lehrfolien	C-24

D. Kernprozess: WegeD-1

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

3.3.	Ergebnisse der Beobachtung	D-8
4.	Ideenpool	D-10
5.	Materialien.....	D-13
5.1.	Instrument: Wegeerfassungsprotokoll.....	D-14
5.2.	Maßnahmenplan	D-17
5.3.	Lehrfolien	D-1
E. Kernprozess: Telefonate.....		E-1
1.	Datenerhebung	E-1
1.1.	Aufbau des Instruments	E-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	E-2
1.3.	Rolle des Beobachters	E-2
2.	Auswertung	E-2
3.	Ergebnisse	E-4
3.1.	Ausgangssituation.....	E-4
3.2.	Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	E-4
3.3.	Ergebnisse der Beobachtung.....	E-7
4.	Ideenpool	E-9
5.	Materialien.....	E-11
5.1.	Instrument: Telefonateerfassungsprotokoll	E-12
5.2.	Maßnahmenplan	E-15
5.3.	Lehrfolien	E-16
F. Kernprozess: Anordnungen		F-1
1.	Datenerhebung	F-1
1.1.	Aufbau des Instruments	F-1
1.2.	Anwendung des Instruments.....	F-2
1.3.	Rolle des Beobachters	F-2
2.	Auswertung	F-3
3.	Ergebnisse	F-3
3.1.	Ausgangssituation.....	F-4
3.2.	Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	F-4
3.3.	Ergebnisse der Beobachtung.....	F-5
4.	Ideenpool	F-7
5.	Materialien.....	F-10
5.1.	Instrument: Anordnungserfassungsprotokoll.....	F-11
5.2.	Maßnahmenplan	F-12
5.3.	Lehrfolien	F-13

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege	G-1
1. Datenerhebung	G-1
1.1. Aufbau des Instruments	G-1
1.2. Anwendung des Instruments.....	G-6
1.3. Rolle des Beobachters	G-2
2. Auswertung	G-3
3. Ergebnisse	G-5
3.1. Ausgangssituation	G-5
3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung.....	G-5
3.3. Ergebnisse der Beobachtung	G-12
4. Ideenpool	G-15
5. Materialien.....	G-18
5.1. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll	G-19
5.2. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll - Alternative	G-25
5.3. Maßnahmenplan	G-28
5.4. Lehrfolien	G-29
H. Kernprozess: Dienstübergabe.....	H-1
1. Datenerhebung	H-1
2. Auswertung	H-6
3. Ergebnisse	H-9
3.1. Ausgangssituation	H-9
3.2. Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung	H-9
4. Ideenpool	H-14
5. Materialien.....	H-17
5.1. Instrument: Protokoll Dienstübergabe	H-18
5.2. Maßnahmenplan	H-19
5.3. Lehrfolien	H-20
I. Kernprozess: Dokumentation.....	I-1
1. Medizinisch-pflegerische Dokumentation	I-1
1.1. Datenerhebung	I-1
1.2. Auswertung	I-13
1.3. Ergebnisse	I-17
2. Formblätter	I-23
2.1. Datenerhebung	I-23
2.2. Auswertung	I-24
2.3. Ergebnisse	I-24
3. Nebeninformationsträger.....	I-27

3.1.	Datenerhebung	I-27
3.2.	Auswertung	I-28
3.3.	Ergebnisse	I-29
4.	Ideenpool	I-32
5.	Materialien.....	I-39
5.1.	Instrument: Dokumentation	I-40
5.2.	Instrument: Formblätter	I-41
5.3.	Instrument: Nebeninformationsträger	I-42
5.4.	Maßnahmenplan	I-43
5.5.	Lehrfolien	I-46

Hintergrundwissen

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

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

Vorwort

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Für das gesamte Team
Prof. Michael Holewa

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

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

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

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

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

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

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

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

Margarete Reinhart

Einführung und Anwenderhinweise

Anwenderhinweise

Bevor Sie dieses Handbuch benutzen, sollten Sie zunächst die nachfolgenden Hinweise lesen.

Neben Informationen zum Website bzw. zur CD-ROM, erhalten Sie Informationen zum Umgang mit den verwendeten Datei-Formaten. Außerdem wird der Aufbau und die Handhabung der Lehrmodule beschrieben.

CD-ROM / Website

Die Inhalte der CD-ROM entsprechen dem Website, den Sie auf der Internet-Präsenz **www.stationsmanagement.de** vorfinden. Um die CD-ROM zu starten, legen Sie diese in das Laufwerk Ihres Rechners ein. Öffnen Sie anschließend den Windows Explorer und rufen Sie das Stammverzeichnis der CD-ROM auf. Starten Sie anschließend die Datei **index.htm**. Diese Datei startet Ihren Internet-Browser im Offline-Modus, das heißt, es wird keine Verbindung zum Internet hergestellt.

Weitere Hinweise zur Bedienung des Website erhalten Sie unter dem Menüpunkt **Hilfe**.

Dateiformate

Auf der CD-ROM / Website liegen die Dateien sowohl im PDF-Format als auch im Dateiformat des Programms mit dessen Hilfe die Datei im Original erstellt wurde vor.

Kurzübersicht Dateiformate



Dateiformat: PDF
Benötigte Software: Adobe Acrobat Reader



Dateiformat: PPT
Benötigte Software: Microsoft PowerPoint



Dateiformat: XLS
Benötigte Software: Microsoft Excel



Dateiformat: DOC
Benötigte Software: Microsoft Word

Das PDF-Format ermöglicht es Ihnen, die Dateien zu betrachten und auszudrucken, auch wenn Sie nicht über das Erstellungsprogramm verfügen. Wenn Sie also eine in Microsoft Excel erstellte Tabelle ausdrucken möchten, benötigen Sie dazu nicht die Software Microsoft Excel.

| Dateiformat PDF

Um PDF-Dateien zu benutzen, wird die Installation des Adobe

Acrobat Readers vorausgesetzt. Dieses Programm ist für Sie kostenlos verfügbar! In der Regel ist das Programm auf Ihrem Computer bereits installiert. Sie können dies ganz einfach testen, indem Sie eine PDF-Datei aufrufen. Wird das Dokument angezeigt, ist das Programm bereits vorhanden. Andernfalls können Sie die aktuelle Version per Download auf dem Website des Herstellers beziehen. Die Internet-Adresse lautet:

<http://www.adobe.de/products/acrobat/readstep2.html>

Auf der CD-ROM erkennen Sie PDF-Dateien an folgendem Symbol:



Dateiformat: PDF
Benötigte Software: Adobe Acrobat Reader

Alle PDF-Dateien sind als hochauflösende Dateien gespeichert worden. Alle Abbildungen wurden mit einer Auflösung von 300 dpi aufgenommen. Aus diesem Grund sind einige Abbildungen (z. B. die Maßnahmenpläne) am Monitor nur schwer lesbar, im Ausdruck jedoch von hoher Qualität. Für die Nutzung wird daher empfohlen, das gewünschte Modul auszudrucken.

Die Lehrfolien zu den einzelnen Modulen wurden mit Hilfe des Programms Microsoft PowerPoint erstellt. Sofern Sie die Lehrfolien mit einem Tageslichtprojektor verwenden, können Sie entweder die PDF-Datei oder die PPT-Datei für den Ausdruck verwenden. Zur Präsentation der Folien per Beamer sollten Sie die PowerPoint-Datei benutzen.

| Dateiformat PPT

Auf der CD-ROM erkennen Sie PPT-Dateien an folgendem Symbol:



Dateiformat: PPT
Benötigte Software: Microsoft PowerPoint

Die Instrumente (Fragebögen etc.) und die Tabellen zur Datenauswertung wurden mit Hilfe des Programms Microsoft Excel erstellt. Sofern Sie die Fragebögen oder eine der Musterberechnungen nur ausdrucken möchten, können Sie entweder die PDF-Datei oder die PPT-Datei verwenden. Wenn Sie die Dateien zur Datenauswertung für Ihre eigene Untersuchung benutzen möchten, müssen Sie die XLS-Datei benutzen.

| Dateiformat XLS

Auf der CD-ROM erkennen Sie XLS-Dateien an folgendem Symbol:



Dateiformat: XLS
Benötigte Software: Microsoft Excel

Wenn Sie nach dem Start der Datei einen Hinweis erhalten, das Makros aus Sicherheitsgründen deaktiviert wurden, hat dies folgende Ursache:

In einigen Tabellenblättern werden die Daten vollautomatisch in absteigender Reihenfolge sortiert. Diese Funktionalität wurde über die Programmiersprache Visual Basic for Applications (VBA) realisiert. Wenn Sie o. g. Meldung erhalten, sind Ihre Sicherheitseinstellungen in Excel entsprechend hoch eingestellt, mit der Folge, dass die Sortierung nicht durchgeführt wird.

Um die Sicherheitseinstellungen zu ändern, wählen Sie über die Menüleiste den Befehl *Extras > Makro > Sicherheit* und stellen Sie die *Sicherheitsstufe* auf „Niedrig“. Nachdem Sie Ihre Arbeit beendet haben, sollten Sie die Sicherheitseinstellungen wieder auf Ihren Ursprungszustand zurückstellen.

Wenn Sie Ihre eigenen Daten mit Hilfe der Excel-Dateien auswerten möchten, geben Sie diese bitte ausschließlich auf dem Tabellenblatt „Dateneingabe_XYZ“ ein. Alle anderen Tabellenblätter sind mit den dort eingegebenen Daten verbunden und werden vollautomatisch aktualisiert.

Denken Sie während des Arbeitsprozesses auch unbedingt an eine regelmäßige Datensicherung.

In einigen Excel-Dateien sind Tabellenblätter zur Berechnung von Hintergrundzahlen ausgeblendet, um eine bessere Übersichtlichkeit zu gewährleisten. Sofern Sie diese Tabellenblätter anzeigen möchten, benutzen Sie hierfür den Befehl *Format > Blatt > Einblenden* in der Menüleiste.

Bedenken Sie bitte, dass die Nutzung der Excel-Datei Grundkenntnisse im Umgang mit dem Programm erfordern.

Alle Maßnahmenpläne wurden mit Hilfe des Programms Microsoft Word erstellt. Sofern Sie die Maßnahmenpläne nur als Muster ausdrucken möchten, können Sie entweder die PDF-Datei oder die DOC-Datei verwenden. Wenn Sie Ihre eigenen Maßnahmenpläne im gleichen Design erstellen möchten, benutzen Sie die DOC-Dateien, da nur diese mit Word bearbeitbar sind.

| Dateiformat DOC

Auf der CD-ROM erkennen Sie DOC-Dateien an folgendem Symbol:



Dateiformat: DOC
Benötigte Software: Microsoft Word

Bitte beachten Sie, dass alle Dateien die direkt von der CD-ROM gestartet werden schreibgeschützt sind. Sofern Sie Veränderungen an den Dateien vornehmen möchten – dies gilt insbesondere für die Excel-Auswertungsdateien – müssen Sie zunächst die Datei auf Ihre

| Schreibschutz

Festplatte kopieren. Öffnen Sie anschließend den Windows Explorer und fahren Sie mit dem Mauszeiger über den Dateinamen. Drücken Sie danach die rechte Maustaste und wählen Sie den Befehl „Eigenschaften“. Deaktivieren Sie nun das Kontrollkästchen „Schreibgeschützt“. Sofern Sie das Betriebssystem Windows XP einsetzen, wird der Schreibschutz automatisch während des Kopiervorgangs entfernt.

Handhabung der Module

Das vorliegende Handbuch ist in einzelne Module unterteilt. Der modulare Aufbau ermöglicht es Ihnen, ein einzelnes Modul zu benutzen, ohne dass auf das Wissen eines anderen Moduls zurückgegriffen werden muss.

In den folgenden Abschnitten erfahren Sie, wie das vorliegende Handbuch zu verwenden ist.

Bezeichnungen

Zunächst werden Ihnen die in diesem Handbuch verwendeten Begrifflichkeiten vorgestellt.

Das Handbuch ist in drei **Bereiche** aufgeteilt. Weitere Informationen dazu erhalten Sie im folgenden Abschnitt *Aufbau des Handbuchs*.

Jedes **Modul** ist durch einen Buchstaben gekennzeichnet.

Beispiel: B. Kernprozess. Mitarbeiterbefragung

Die Seitennummerierung beginnt in jedem Modul von Neuem. Zur besseren Orientierung ist der Seitenzahl der Buchstabe des jeweiligen Moduls vorangestellt.

Da jedes Modul als eigenständige Lehreinheit verwendet werden kann, werden die Überschriften der Hauptebenen als **Kapitel** bezeichnet.

Beispiel: 1. Datenerhebung

Als **Abschnitte** werden Bereiche bezeichnet, die eine eigene Unterüberschrift tragen.

Beispiel: 1.1. Aufbau des Instruments

Hinweise, die zusätzliche Informationen zum Thema bieten, werden durch einen gestrichelten Kasten umrandet.

Am Seitenrand finden sich **Textkästen**, die den Inhalt des Textabschnittes in Kurzform beschreiben.

Textkästen, die mit einem Diskettensymbol versehen sind, verweisen hingegen auf den Speicherort einer Datei. Dabei wird zunächst der Ordner auf der CD-ROM angegeben. Anschließend erfolgt die Angabe des Dateinamens und der Dateierweiterung.



Beispielordner >
Beispieldatei.doc

Textkästen, die mit einem Buchsymbol versehen sind, verweisen auf eine Literaturangabe, die Ihnen weiterführende Informationen zum Thema bietet. Anhand des Autors und der Jahreszahl können Sie im Modul M „Literaturverzeichnis“ das dazugehörige Buch ausfindig machen. Zusätzlich wird die Seitenzahl angegeben, auf die sich die Informationen im Text beziehen. Quellenangaben von Zitaten werden hingegen als Fußnoten kenntlich gemacht.



Autor
(Jahr: Seitenzahl)

Aufbau des Handbuchs

Das Handbuch gliedert sich in drei Bereiche. Der erste Bereich **Einführung und Anwenderhinweise** dient Ihrer Orientierung. Bevor Sie mit dem Handbuch arbeiten, sollten Sie sich diese Kapitel durchlesen.

Bereich
Einführung und
Anwenderhinweise

Im zweiten Bereich **Kernprozesse** befinden sich die Module zu den einzelnen Untersuchungseinheiten, die zur Reorganisation einer Station von Bedeutung sind. Jedes dieser Module ist als Lehreinheit konzipiert und kann zur direkten Verwendung genutzt werden.

Bereich
Kernprozesse

Die Reihenfolge der Kernprozess-Module ist durch die vorrangig verwendete Methode bestimmt:

- *Befragungen*: Module A bis C
- *Selbstaufschreibung*: Module D bis F
- *Fremdaufschreibung*: Module G bis I

Im dritten Bereich **Hintergrundwissen** finden sich zusätzliche Informationen, um die Einarbeitung in die Themen *Methoden*, *Arbeitsstudium* und *Wissensmanagement* zu ermöglichen.

Bereich
Hintergrundwissen

Struktur der Kernprozesse

Die Module im Bereich *Kernprozesse* weisen alle eine ähnliche Struktur auf. Diese Vorgehensweise ermöglicht es Ihnen nach der Erarbeitung eines Moduls, sich auch schnell in allen weiteren Modulen zurechtzufinden.

Im Kapitel **1. Datenerhebung** werden die verwendeten Methoden und die zur Datenerhebung notwendigen Instrumente vorgestellt. Der Abschnitt *1.1. Aufbau des Instruments* beschreibt, wie das Instrument gestaltet wird. Im nachfolgenden Abschnitt *1.2. Anwendung des Instruments* werden Anwendungshinweise für jede beteiligte Personengruppe gegeben.

1. Kapitel
Datenerhebung

Jedes Modul wird zusätzlich durch einen Beobachter begleitet. Im Abschnitt *1.3. Rolle des Beobachters* wird deshalb erläutert, welche besonderen Aufgaben der Beobachter wahrnimmt.

Kapitel 2. **Auswertung** beschreibt, wie die gewonnenen Daten ausgewertet werden. Sofern es sich um auszählbare Daten handelt, wird in diesem Kapitel auf die dazugehörige Excel-Datei verwiesen.

2. Kapitel
Auswertung

Im dritten Kapitel 3. **Ergebnisse** wird anhand von Musterergebnissen gezeigt, wie die ausgewerteten Daten interpretiert werden können. Die Besonderheit liegt darin, dass in den Ergebnissen keine „einfache Zusammenstellung“ der Daten erfolgt, sondern die Gesamtzusammenhänge erkannt und beschrieben werden.

3. Kapitel
Ergebnisse

Im Kapitel 4. **Ideenpool** finden sich Musterlösungen zur Reorganisation, das heißt, aus den Ergebnissen werden notwendige Maßnahmen abgeleitet. Dabei handelt es sich zunächst um eine „offene“ Sammlung, die letztlich in einem Maßnahmenplan mündet.

4. Kapitel
Ideenpool

Im Musterkrankenhaus bestand der Ideenpool aus Maßnahmen, die von den Mitarbeitern der Station vorgeschlagen wurden sowie aus Maßnahmen, die von den Beobachtern vorgeschlagen wurden.

Neben den beschreibenden Texten der vorherigen vier Kapitel, finden sich im Kapitel 5. **Materialien** alle Arbeitshilfen wieder, auf die innerhalb des Textes verwiesen wird. Sofern vorhanden, wird zunächst das Erhebungsinstrument abgebildet. Im Anschluss daran findet sich der Maßnahmenplan, der die zu realisierenden Maßnahmen in tabellarischer Form enthält. Im letzten Abschnitt befinden sich schließlich die Lehrfolien zum jeweiligen Modul, die auch als Power-Point-Datei zur Verfügung stehen.

5. Kapitel
Materialien

Datei-Set

Jedes Modul besteht aus mehreren Dateien, die Sie für die Arbeit benötigen. Sie finden die jeweilige Datei auf der CD-ROM im Ordner des jeweiligen Moduls bzw. auf dem Website „www.stationsmanagement.de“.

- **Modultext**
Der Modultext steht Ihnen in Form einer PDF-Datei zur Verfügung. Es empfiehlt sich den Text auszudrucken.
- **Tabellen und Diagramme zur Datenauswertung**
Die im Modul erstellten Diagramme liegen in Form einer Excel-Datei vor und können in diesem Dateiformat bearbeitet werden. In dieser Datei erfolgt auch die Dateneingabe. Sofern Ihnen die gedruckte Version ausreichend erscheint, können Sie auf die PDF-Datei zurückgreifen.
- **Verwendetes Instrument**
Das im Modul verwendete Instrument (Fragebogen etc.) wurde als

Excel-Datei erstellt und kann in diesem Dateiformat bearbeitet werden. Sofern Ihnen die gedruckte Version ausreichend erscheint, können Sie auf die PDF-Datei zurückgreifen.

- **Maßnahmenplan**

Der im Modul erstellte Maßnahmenplan liegt in Form einer Word-Datei vor und kann in diesem Dateiformat bearbeitet werden.

Sofern Ihnen die gedruckte Version ausreichend erscheint, können Sie auf die PDF-Datei zurückgreifen.

- **Lehrfolien**

Die für das Modul erstellten Lehrfolien liegen in Form einer PowerPoint-Datei vor und können in diesem Dateiformat bearbeitet werden. Sofern Ihnen die gedruckte Version ausreichend erscheint, können Sie auf die PDF-Datei zurückgreifen.

Allgemeine Informationen zum Umgang mit den verschiedenen Dateien finden Sie in diesem Kapitel im Abschnitt *Dateiformate*.

Handhabung der Auswertungsdatei

In der Auswertungsdatei findet sich ein Arbeitsblatt, in dem die Daten eingetragen werden. Eingabefelder sind dort mit einem hellgelben Hintergrund versehen. Alle anderen Felder werden automatisch berechnet.

Einführung

Vorgeschichte

Im Rahmen eines studentischen Projekts wurde im Jahr 2001 eine systematische Untersuchung der Arbeitsabläufe auf einer Station mit 30 Betten in einem Krankenhaus der Regelversorgung durchgeführt. Die Untersuchung erfolgte auf Wunsch der Mitarbeiter des Krankenhauses, vor allem des Pflegedienstes der betreffenden Station. Die Mitarbeiter der Pflege klagten über eine hohe bis sehr hohe Arbeitsbelastung. Mit Hilfe der Erhebung sollten daraufhin jene Faktoren im Arbeitsablauf der Station ermittelt werden, die zu einer erhöhten Arbeitsbelastung führen. Dazu bildeten folgende Fragestellungen den Untersuchungsrahmen:

- Wie hoch ist die Arbeitsbelastung des Pflegepersonals und wann treten Arbeitsspitzen auf?
- Welche Faktoren erweisen sich für den Arbeitsablauf als problematisch und sollten optimiert werden?
- Zu welchen Zeiten wird das Personal eingesetzt und korreliert dieser Einsatz mit den auftretenden Arbeitsspitzen?
- Gibt es Probleme im Bereich der Schnittstellen bei der Zusammenarbeit verschiedener – am Behandlungsprozess beteiligter – Berufsgruppen?
- Sind Logistik und Lagerhaltung entsprechend den Erfordernissen der Station organisiert?
- In welchem Umfang werden die stationspezifischen Leistungen in der medizinisch-pflegerischen Dokumentation geplant und abgebildet?

Die gewonnenen Erkenntnisse über die Strukturen und Prozesse der Arbeitsgestaltung auf der Station bildeten die Grundlage für ein Konzept mit Optimierungsvorschlägen. Ausgehend von diesem Konzept ist die Umsetzung von Reorganisationsmaßnahmen geplant und in einem Maßnahmenplan schriftlich dokumentiert worden.

Im untersuchten Krankenhaus konnte auf diese Art festgestellt werden, dass die hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter der Station durch organisatorische und strukturelle Faktoren entsteht. Die Ergebnisse wurden in einer Veranstaltung den Mitarbeitern der Station vorgestellt und anschließend diskutiert. Dabei wurden 108 Verbesserungsmaßnahmen vorgeschlagen. Davon sind 67 Maßnahmen kostenneutral umgesetzt werden. Bei weiteren 21 Maßnahmen entstehen Sachmittelkosten in unterschiedlicher Höhe. Bei 17 Maßnahmen handelt es sich um Schulungs- und Bildungsmaßnahmen sowie Qualitätszirkel. Bei zwei Maßnahmen ist eine personelle Aufstockung nötig. Eine Maßnahme erfordert bauliche Veränderungen.

Nach Abschluss des Projektes im Krankenhaus wurde das Projekt in weiteren Krankenhäusern und im Rahmen einer Veranstaltung der Evangelischen Fachhochschule Berlin einer breiteren Öffentlichkeit vorgestellt. Das positive Echo bestärkte die Projektverantwortlichen in der Ansicht, dass die Reorganisation von Stations- und Abteilungsprozessen ein aktuelles Aufgabenfeld bettenführender Einrichtungen des Gesundheitswesens darstellt. Es lag deshalb nahe, das im Modellprojekt konkret erprobte Set aus Methoden und Instrumenten und die gewonnenen Erfahrungen anderen Einrichtungen didaktisch aufbereitet zur Verfügung zu stellen.

Der Reorganisationsprozess

Dieses Handbuch begleitet Sie bei der Durchführung des Reorganisationsprozesses in Ihrem Krankenhaus, der sich in fünf Schritte gliedert.

Eingeleitet wird der Reorganisationsprozess mit dem Erwerb externen Wissens, das auf der Internetplattform

Schritt 1:
Wissenserwerb

www.stationsmanagement.de

kostenfrei bereitgestellt wird. Neben den Lehrbriefen zur Datenerhebung stehen alle weiteren notwendigen Materialien, wie z. B. die Erhebungsinstrumente und die dazugehörigen Auswertungsdateien zur Verfügung. Zusätzlich werden Hintergrundinformationen bereitgestellt, die dem interessierten Leser einen Einblick in die theoretischen Hintergründe bieten.

Nachdem Sie über die Materialien verfügen, erfolgt die Aneignung des notwendigen Wissens um sich auf die selbstständige Umsetzung des Reorganisationsprozesses vorzubereiten. Es empfiehlt sich zunächst den Lehrbrief eines Kernprozess-Moduls zu lesen. Anschließend sollten Sie sich mit den begleitenden Materialien auseinandersetzen. Dazu gehören je nach Modul das Erhebungsinstrument, die Auswertungsdatei, der Maßnahmenplan sowie die Lehrfolien.

Schritt 2:
Aneignung des
Wissens

Das Handbuch ist modular aufgebaut, so dass Sie nicht zwingend alle Kernprozesse in Ihrem Haus erarbeiten müssen. Sofern Sie zunächst die Untersuchung auf einen Kernprozess beschränken möchten, eignen sich hierfür besonders die Kernprozesse der Module D bis G, die mit einem Minimum an Methodenwissen auskommen.

Im dritten Schritt werden die Vorbereitungen für die Untersuchung getroffen. Zu Beginn wird festgelegt, wer den Untersuchungsverlauf begleitet und als Ansprechpartner in allen Angelegenheiten zur Verfügung steht. Anschließend wird eine Station oder Abteilung des Hauses ausgewählt, deren Arbeitsabläufe untersucht werden. Dabei ist

Schritt 3:
Vorbereitung der
Untersuchung

es unabdingbar, dass die Mitarbeiter der Station mit der Durchführung der Untersuchung einverstanden sind.

Sind die Rahmenbedingungen geregelt, beginnt der Untersuchungsleiter mit der Vorbereitung der notwendigen Materialien. Es wird ermittelt, ob das im Lehrbrief vorgestellte Erhebungsinstrument direkt zum Einsatz kommen kann oder ob individuelle Anpassungen notwendig sind. Mit Hilfe der Lehrfolien werden dem Stationsteam die Inhalte und der Ablauf (Dauer, Vorgehensweise, verwendete Instrumente) der Untersuchung vermittelt. Ziel ist es, jeden Untersuchungsschritt transparent zu gestalten und damit die Motivation bei der Mitwirkung zu steigern.

Im vierten Schritt wird die Untersuchung durchgeführt. Je nach zu untersuchendem Kernprozess, wird die Datenerhebung entweder durch den Untersuchungsleiter oder unter Mithilfe der Mitarbeiter durchgeführt. Ausschlaggebend hierfür ist die verwendete Methodik.

Schritt 4:
Durchführung der
Untersuchung

1. Untersuchung per Befragung

In den Modulen A bis C wird die Befragung als Erhebungsmethode verwendet. Diese erfolgt entweder mündlich in Form eines Interviews, die vom Untersuchungsleiter durchgeführt werden, oder schriftlich mit Hilfe eines Fragebogens, der vom jeweiligen Mitarbeiter ausgefüllt wird.

2. Untersuchung per Selbstaufschreibung

In den Modulen D bis G wird die Selbstaufschreibung als Erhebungsmethode verwendet. Das heißt, der Mitarbeiter im jeweiligen Tätigkeitsbereich notiert anhand eines Erhebungsprotokolls selbstständig die erforderlichen Daten.

3. Untersuchung per Fremdaufschreibung

In den Modulen C, H und I wird die Fremdaufschreibung als Erhebungsmethode verwendet. Hierbei wird die Datenerhebung vom Untersuchungsleiter durchgeführt, der dabei von den Erhebungsinstrumenten geleitet wird.

4. Teilnehmende Beobachtung

Unabhängig von der Anzahl der zu untersuchenden Kernprozesse, wird während des gesamten Erhebungszeitraums eine teilnehmende Beobachtung durch den Untersuchungsleiter durchgeführt. Mit Hilfe dieser Methode sollen zusätzliche Informationen über die Arbeitsablaufstrukturen gewonnen werden, die nicht durch die eingesetzten Instrumente erfasst werden. Nähere Informationen zur teilnehmenden Beobachtung finden Sie im Modul Erhebungsmethoden ab Seite J-1 ff.

Im fünften Schritt werden die erhobenen Daten ausgewertet und in schriftlicher Form als Ergebnisse zusammen gefasst. Je nach Modul,

Schritt 5:
Auswertung der Daten

steht für die Datenauswertung eine Auswertungsdatei zur Verfügung, die eine grafische Darstellung der Ergebnisse ermöglicht. Dafür werden zunächst die gesammelten Daten in die markierten Felder eingetragen und anschließend die Tabellenblätter mit den Grafiken aufgerufen.

Die ausgewerteten Daten werden schließlich in einer leicht verständlichen Form schriftlich als Ergebnisse zusammengefasst. Diese Ergebnisse werden an die Mitarbeiter der Station verteilt und bilden damit die Grundlage zur Diskussion im Team. Ziel der Diskussion ist es, Ideen zur Verbesserung der Situation zu sammeln und daraus einen Maßnahmenplan zur praktischen Umsetzung abzuleiten.

Die teilnehmende Beobachtung

Im Musterkrankenhaus¹ wurden alle Kernprozesse innerhalb eines Erhebungszeitraumes von 8 Tagen untersucht. Während des gesamten Zeitraumes wurde das Stationsteam von zwei Beobachtern begleitet. Ziel dieser teilnehmenden Beobachtung war es, Faktoren ausfindig zu machen, die einen negativen Einfluss auf die Arbeitsabläufe nehmen und nicht durch die Erhebungsinstrumente der einzelnen Kernprozesse erfasst wurden.

Einerseits ist die teilnehmende Beobachtung sowohl zeitlich als auch personell mit hohem Aufwand verbunden. Andererseits fördert sie in vielen Fällen Ergebnisse zu Tage, die durch andere Methoden unentdeckt bleiben. Sofern Sie in Ihrem Haus die dafür notwendigen Ressourcen besitzen, sollten Sie deshalb diese Erhebungsmethode mit in Erwägung ziehen.

Die teilnehmende Beobachtung wird deshalb im Modul J ausführlicher beschrieben.

Das Hintergrundwissen

Neben den Kernprozess-Modulen finden Sie im zweiten Teil des Handbuches weiterführendes Hintergrundwissen. Dem Einsteiger dienen die Module als Einführung in das jeweilige Thema und ermöglichen eine weiterführende Recherche anhand der dazugehörigen Literaturhinweise.

Zur Datenerhebung werden in den Kernprozessen quantitative und qualitative Methoden der Sozialforschung verwendet. Im Modul J werden die verwendeten Methoden checklistenartig vorgestellt. Bereits vorhandenes Methodenwissen kann auf diese Weise

Erhebungsmethoden:
Modul J

¹ Im gesamten Handbuch werden die Begriffe Musterkrankenhaus und Musterstation aus Gründen der Anonymität benutzt. Bitte beachten Sie, dass alle Auswertungsbeispiele im Handbuch an der Realität angelehnt sind, jedoch ebenfalls aus Gründen der Anonymität leicht modifiziert wurden.

aufgefrischt werden. Der interessierte Einsteiger findet zudem Literaturverweise zu Standardwerken der Forschungsmethoden.

Die Erhebung im Musterkrankenhaus ist ein Beispiel für eine Arbeitsstudie in einem Gesundheitsbetrieb. Im Modul K werden neben den Begrifflichkeiten und den Schwerpunkten des Arbeitsstudiums auch einführenden Informationen zur Geschichte vermittelt.

Grundlagen des
Arbeitsstudiums:
Modul K

Die in diesem Handbuch vorgestellte Methoden- und Instrumentensammlung dient der Überprüfung von Prozessen auf der Ebene einer Station oder Abteilung. Ziel ist es, die bestehenden Strukturen und Prozesse transparent zu machen, um sie anschließend reorganisieren zu können. Mit Hilfe dieses Konzeptes werden Krankenhäuser bei der Erlangung von Informationen und der Entwicklung von Wissen über ihre internen Abläufe unterstützt. Das Konzept leistet somit einen Beitrag zum Wissensmanagement. Es wird angestrebt, erforderliche Reorganisationsprozesse in Gesundheitseinrichtungen mit dem Wissensmanagementkonzept zu verbinden. Das heißt, die bei einer Untersuchung gewonnenen Ergebnisse sollen organisationsweit genutzt werden und die organisationale Entwicklung vorantreiben. Damit wird vermieden, dass separierte Wissensinseln auf den untersuchten Stationen entstehen. Im Modul L werden die dafür notwendigen Grundlagen des Wissensmanagements erläutert.

Grundlagen des
Wissensmanagements:
Modul L

Im Modul M befindet sich die modulübergreifende Literaturliste zum Handbuch. Sofern Sie an einem Werk interessiert sind, wenden Sie sich bitte an Ihre Bibliothek vor Ort. Falls ein Titel nicht verfügbar sein sollte, befragen Sie Ihren Bibliothekar nach den Möglichkeiten einer Fernleihe.

Literatur:
Modul M

Kernprozesse

A. Kernprozess: Stationsprofil

In diesem Modul wird vorgestellt, wie ein Stationsprofil ermittelt werden kann. Dieses Modul stellt als Ergebnis Informationen bereit, die zur Anpassung der Module B bis I an die Gegebenheiten des eigenen Krankenhauses unbedingt benötigt werden.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Befragung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Schließlich werden im dritten Kapitel die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erhebung des Stationsprofils wird eine **Befragung in Form eines Experteninterviews** mit Entscheidungsträgern – wie z. B. der Pflegedienstleitung und der Stationsleitung – durchgeführt.

Methode:
Befragung per
Experteninterview
Seite J-11

Ziel des Interviews ist es, allgemeine Rahmeninformationen zum Krankenhaus und zur Station zu erhalten. Diese Informationen werden dazu genutzt, alle weiteren Module auf die speziellen Gegebenheiten des Krankenhauses abzustimmen, in dem die Untersuchung durchgeführt wird.

Aus diesem Grund liegt der Schwerpunkt des Interviews zur Erhebung des Stationsprofils auf den internen Organisations- und Ablaufstrukturen.

Als **Befragungsinstrument** wird der **Interviewleitfaden Stationsprofil** benutzt. Der Leitfaden ist halbstrukturiert und dient dem Interviewer während der Befragung als Orientierungshilfe.

Instrument:
Interviewleitfaden
Stationsprofil
Seite A-8

Der Leitfaden kann im Verlauf der Befragung vom Interviewer angepasst werden. Sowohl Änderungen an den vorgegebenen Fragestellungen und deren Reihenfolge als auch neu hinzugefügte Fragen sind zulässig.

1.1. Aufbau des Instruments

Um die Fragestellungen des Interviewleitfadens zu entwickeln, sollten zunächst die zu erfragenden Themenbereiche festgelegt werden. Damit wird sichergestellt, dass alle wesentlichen Aspekte erfasst werden. Zudem erleichtert diese Vorgehensweise die Entwicklung der

einzelnen Fragestellungen. Im Musterkrankenhaus wurde sich für folgende Themenbereiche entschieden:

- Personalstruktur
- Personaleinsatz
- Leistungsprofil der Station
- Patientenstruktur
- aktuelle Problemfelder
- Projektorganisation

Der Interviewleitfaden kann aus offenen, halboffenen sowie aus geschlossenen Fragestellungen bestehen. Dazu können beispielsweise folgende Fragen gestellt werden:

- Wie viele Personalplanstellen gibt es für die Bereiche Pflege, Ärzte, Therapeuten u. a. auf der Station?
- Welche Qualifikationen haben die Pflegekräfte und die anderen Berufsgruppen der Station?
- Werden Aushilfskräfte eingesetzt und über welche Qualifikationen verfügen diese?
- etc.

Während der Entwicklung der Fragestellungen können zwei Probleme auftreten. Einerseits kann eine Frage zu allgemein formuliert sein, so dass die Antwort keinen Erkenntnisgewinn für die Entwicklung aller weiteren Module bedeutet. Andererseits besteht die Gefahr, dass eine Frage zu speziell ist und damit ebenfalls keinen Erkenntnisgewinn für die Entwicklung der anderen Module bietet.

Es empfiehlt sich daher nach der Entwicklung einer Fragestellung, die Frage im Hinblick auf das Ziel dieses Moduls kritisch zu bewerten und gegebenenfalls anzupassen.

1.2. Anwendung des Instruments

Das Interview sollte zu einem vorher vereinbarten Zeitpunkt erfolgen. Als Interview-Ort empfiehlt sich ein Raum, der vor Außenlärm geschützt ist und während des Interviews von keiner anderen Person betreten wird.

Sofern es sich während der Befragung ergibt, kann die Reihenfolge der Fragen vom Interviewer geändert werden. Auch zusätzliche Fragen, die nicht im Leitfaden enthalten sind, können bei Bedarf gestellt werden.

Um einen störungsfreien Gesprächsverlauf zu ermöglichen, wird das Gespräch auf einem Tonband mitgeschnitten.

Der Befragte sollte ausdrücklich auf die Tonbandaufzeichnung hingewiesen und sein Einverständnis erbeten werden. Außerdem sollte ihm versichert werden, dass die Aufnahmen ausnahmslos zu Zwecken dieser Untersuchung verwendet werden.

Verweigert der Befragte eine Tonbandaufzeichnung erfolgt die Datenerfassung handschriftlich.

Optional kann das Interview auch von zwei Personen geführt werden. Dabei führt die erste Person die Befragung durch und die zweite Person zeichnet den Gesprächsverlauf handschriftlich auf.

2. Auswertung

Im Anschluss an das Interview wird das aufgenommene Gespräch niedergeschrieben. Dabei kann auf eine vollständige Transkription verzichtet werden. So ist es beispielsweise nicht notwendig, Redewendungen oder nonverbale Aspekte zu erfassen, wie dies in einem qualitativen Interview üblich ist.

Im nächsten Schritt wird eine bereinigte Textfassung erstellt. Dabei werden die Aussagen auf die relevanten Inhalte reduziert und in Form eines Berichtes wiedergegeben. Die Untergliederung des Berichts erfolgt anhand der Kategorien, die im Interviewleitfaden verwendet wurden. Das Kapitel „Ergebnisse“ in diesem Modul dient hierfür als Beispiel.

Die Niederschrift sollte mit Hilfe einer Textverarbeitungs-Software erfolgen, um im weiteren Verlauf eine einfachere Bearbeitung der Daten zu ermöglichen.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt.

A) Personalstruktur

Beim Musterkrankenhaus handelt es sich um eine Einrichtung der Regelversorgung mit 240 Planbetten. Das Leistungsspektrum des Hauses erstreckt sich auf die medizinischen Fachrichtungen Innere Medizin, Chirurgie, insbesondere Thorax- und Gefäßchirurgie, Anästhesiologie und Intensivmedizin sowie Psychotherapie und Psychosomatik. Weiterhin verfügt das Krankenhaus über eine psychosoziale Tagesklinik und eine Notaufnahme. Die Musterstation ist die akuteriatriische Abteilung des Hauses. Sie verfügt über ein Kontingent von 30 Betten, die über zwei Etagen mit jeweils 15 Betten aufgeteilt sind.

Im Pflegebereich verfügt die Station über 12,5 Personalplanstellen. Davon sind 11,25 Planstellen mit 14 Pflegekräften besetzt. Weitere 1,25 Planstellen werden für den Einsatz studentischer Aushilfen vorgehalten. Zusätzlich sind zwei Zivildienstleistende und neun Auszubildende eingesetzt.

Auf der Station sind ein Stationsarzt, ein Assistenzarzt und ein Arzt im Praktikum beschäftigt. Die ärztliche Leitung obliegt dem Chefarzt der Medizinischen Klinik.

Weiterhin verfügt die Musterstation über jeweils eine Personalplanstelle für Ergo- und Physiotherapie. Zusätzlich sind je ein weiterer Ergo- und Physiotherapeut regelmäßig auf der Station beschäftigt, die jedoch dem Personalstamm der Tagesklinik angehören. Ein Sozialarbeiter wird mit 0,25 Personalplanstellen dem Gesamtstellenplan der Musterstation angerechnet.

Alle Daten über die Personalstruktur der einzelnen Berufsgruppen sind bei der Pflegedienstleitung des Krankenhauses hinterlegt.

B) Krankheitsbilder der Patienten

Die Beschreibung der Krankheitsbilder bezieht sich auf diejenigen Patienten, die während des Erhebungszeitraums auf der Musterstation anwesend waren. Zunächst werden die einzelnen Krankheitsbilder in Gruppen zusammengefasst. Im Anschluss daran erfolgt deren Auszählung. Schließlich wird bewertet, inwieweit die anwesenden Patienten dem therapeutischen Aufgabengebiet der Station entsprechen. Während des Erhebungszeitraumes von insgesamt sieben Tagen bzw. 22 Schichten wurden insgesamt 40 Patienten auf der Musterstation betreut. Die Anzahl ergibt sich aus den im Erhebungszeitraum durchgeführten Aufnahmen, Verlegungen oder Entlassungen, die z. B. der Mitternachtsstatistik entnommen werden können.

Die ermittelten Krankheitsbilder ergeben sich aus den Hauptdiagnosen. Nach der Entschlüsselung der ICD-Codes konnte folgende Verteilung ermittelt werden:

- 12 Patienten mit Erkrankungen des Kreislaufsystems
- 12 Patienten mit Erkrankungen des Atmungssystems
- 9 Patienten mit bösartigen Neubildungen
- 4 Patienten mit endokrinen Störungen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
- 2 Patienten mit Erkrankungen des Verdauungssystems
- 1 Patient mit einer Erkrankung des Urogenitaltrakts

Die Hauptdiagnosen zeigen, dass während des Erhebungszeitraumes hauptsächlich Patienten mit Erkrankungen in den klinischen Gebieten

der Kardiologie und Angiologie, der Pneumologie, der Onkologie und der Endokrinologie versorgt wurden.

Im Vergleich konnte festgestellt werden, dass die festgestellten Diagnosen auch dem therapeutischen Konzept der Musterstation entsprechen. So heißt es dort: Das Leistungsspektrum der Station soll sich an den Schwerpunkten der Medizinischen Klinik orientieren und auf die Versorgung geriatrischer Patienten gerichtet sein. Die Schwerpunkte der Medizinischen Klinik entsprechen dabei den Hauptdiagnosen, die während des Interviews ermittelt werden konnten.

Sinnvoll ist die Aufschlüsselung der Patienten nach Krankheitsbildern v. a. dann, wenn auf der Untersuchungsstation von Mitarbeitern die Vermutung geäußert wird, dass die Station nicht entsprechend ihrer medizinischen Ausrichtung genutzt wird. Voraussetzung ist jedoch, dass ein therapeutisches Konzept in Schriftform vorliegt.

C) PPR-Pflegestufen der Patienten

Zur ersten Einschätzung des Pflegeaufwandes wird eine Auszählung der Patienten nach ihrer Pflegestufe laut Pflegepersonalregelung (PPR) vorgenommen. Ein Vergleich mit Vorjahresquartalen ermöglicht zudem eine Einschätzung über Veränderungen im zeitlichen Verlauf.

Die Pflegestufen sind in der PPR folgendermaßen definiert:

- A1 entspricht den Grundleistungen der allgemeinen Pflege
- A2 entspricht den erweiterten Leistungen der allgemeinen Pflege
- A3 entspricht besonderen Leistungen der allgemeinen Pflege.
- Die gleiche Einteilung definiert die Leistungen der speziellen Pflege in den S-Pflegestufen.

Auf der Musterstation wurden während des Erhebungszeitraumes insgesamt 40 Patienten betreut. Die Pflegestufen dieser Patienten verteilten sich folgendermaßen:

- 14 Patienten der Pflegestufe A1 / S2
- 16 Patienten der Pflegestufe A2 / S2
- 10 Patienten der Pflegestufe A3 / S2

Um Aussagen darüber treffen zu können, ob diese Zusammensetzung der üblichen Arbeitsbelastung der Musterstation entspricht, werden die ermittelten Daten mit denen des Vorjahreszeitraums verglichen. Die dafür notwendigen Berechnungen finden sich im Kapitel Materialien (siehe rechts). Ein grafischer Vergleich zwischen den Daten des Erhebungszeitraums mit denen des Vorjahreszeitraums wird in Abbildung A-1 dargestellt.

Beispielrechnungen
Seite A-9

4,4 Prozent der Pflegestufen des Vorjahreszeitraums sind in der Abbildung nicht erfasst, da sie sich auf andere A / S - Kombinationen verteilen, die im Erhebungszeitraum nicht auftraten.

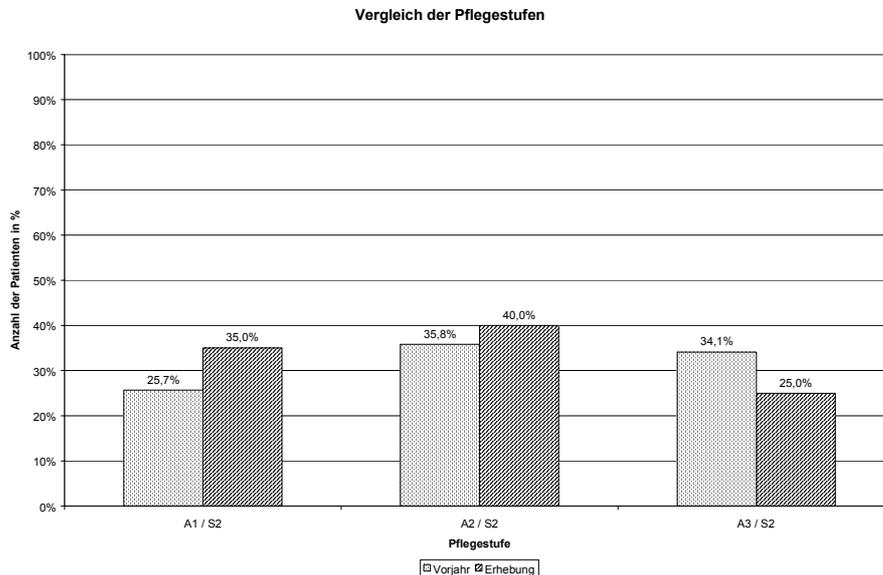


Abbildung A-1: Vergleich der Pflegestufen im Vorjahr / Erhebungszeitraum

Addiert man die Zahlenwerte der Pflegestufen A2 / S2 und A3 / S2, so ergibt sich ein Gesamtanteil von 65 Prozent im Erhebungszeitraum und von 69,9 Prozent im Vorjahr. Daraus lässt sich schließen, dass während des Erhebungszeitraumes wie auch im Vorjahr ein großer Anteil der pflegerischen Betreuung bei Patienten mit einem erhöhten Pflegeaufwand in der allgemeinen Pflege vorlag.

Insgesamt ist im Erhebungszeitraum eine relativ gleichmäßige Verteilung der Pflegestufen in der allgemeinen Pflege zu erkennen. Bei der speziellen Pflege zeigt sich hingegen eine Dominanz der Pflegestufen mit erweiterten speziellen Pflegeleistungen.

Seit dem 1. Januar 1997 ist die PPR außer Kraft gesetzt. Derzeit steht jedoch noch kein alternatives Instrument zur Abbildung des Pflegeaufwandes zur Verfügung. Aus diesem Grund verwenden zahlreiche Krankenhäuser die PPR bis heute, um den Pflegeaufwand zu ermitteln und anhand der Ergebnisse den Personalaufwand zu berechnen.

Sofern im eigenen Krankenhaus ein anderes Instrument zur Berechnung benutzt wird, müssen die Ergebnisse im Rahmen der Untersuchung des Stationsprofils entsprechend umgerechnet werden.

4. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie die Beispielrechnungen zur PPR. Neben den verwendeten Formeln und Rechenwegen veranschaulichen beispielhafte Lösungen die Vorgehensweise.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

4.1. Instrument: Interviewleitfaden Stationsprofil

Interviewleitfaden: Stationsprofil
<ul style="list-style-type: none"> ● Wie viele Personalplanstellen gibt es für die Bereiche Pflege, Ärzte, Therapeuten u. a. auf der Station? ● Welche Qualifikationen haben die Pflegekräfte und die anderen Berufsgruppen der Station? ● Werden Aushilfskräfte eingesetzt und über welche Qualifikationen verfügen diese? ● Welche Dienstzeiten gibt es für das Pflegepersonal und die anderen Berufsgruppen? ● Mit welcher Personalstärke sind die einzelnen Schichten i. d. R. besetzt? ● Welche Krankheitsbilder haben die auf der Station betreuten Patienten? ● Gibt es ein spezielles Pflege- und Therapiekonzept und wie wird es umgesetzt? ● Wie hoch ist im Durchschnitt die Belegung der Station? ● Wie hoch ist die durchschnittliche Verweildauer der Patienten auf der Station und wie viele Patienten werden täglich in etwa aufgenommen und entlassen? ● Welche Faktoren werden von den Pflegekräften im täglichen Arbeitsablauf als erschwerend angegeben? ● Gibt es Probleme bei der Koordination der Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Abteilungen? ● Auf welchem Weg können die Mitarbeiter über die Einzelheiten des anstehenden Projektes umfassend informiert werden und wie kann sichergestellt werden, dass die Informationen alle Mitarbeiter erreichen? ● Wie kann die Einbeziehung der Mitarbeiter bei der Erstellung der Erhebungsinstrumente organisiert werden? ● Welche Personen sind während des Projektes die Ansprechpartner der Untersucher und wie sind diese erreichbar? ● Welche Befugnisse werden den Untersuchern für die Dauer des Projektes eingeräumt und zu welchen Daten haben sie Zugang? ● Welche konkreten Erwartungen haben die Befragten an den Projektverlauf und an das Projektziel?



Modul-A >
A-FB.doc

Abbildung A-2: Interviewleitfaden Experteninterview

4.2. Beispielrechnungen

Um die Daten der PPR-Pflegestufen des Erhebungs- und Vergleichszeitraumes gegenüberstellen zu können, müssen diese in Prozent angegeben sein. Diese prozentualen Verteilungen können möglicherweise von der Controlling-Abteilung zur Verfügung gestellt werden. Liegen keine prozentualen Angaben vor, so müssen diese wie nachfolgend dargestellt berechnet werden.

4.2.1. Berechnung der Pflegestufe

A) Prozentuale Berechnung der Pflegestufe A1 / S2 im Erhebungszeitraum

Formel:

$$\frac{x \text{ Prozent}}{\text{Anzahl der Patienten der einzelnen A/S-Stufe im Erhebungszeitraum (AZ-E)}} = \frac{100 \text{ Prozent}}{\text{Gesamtzahl aller Patienten im Erhebungszeitraum (GZ-E)}}$$

Gegeben: AZ-E (A1/S2) = 14 Patienten
GZ-E = 40 Patienten

Gesucht: Prozentualer Anteil der Patienten der Pflegestufe A1 / S2 an der Gesamtzahl der Patienten im Erhebungszeitraum.

Rechnung:

$$\frac{x \text{ Prozent}}{14 \text{ Patienten}} = \frac{100 \text{ Prozent}}{40 \text{ Patienten}}$$

$$x = \frac{100 * 14 \text{ Patienten}}{40 \text{ Patienten}}$$

$$x = 35 \text{ Prozent}$$

Ergebnis: Von allen im Erhebungszeitraum betreuten Patienten gehörten 35 Prozent der Pflegestufe A1 / S2 an.

Die anderen im Erhebungszeitraum aufgetretenen A / S-Kombinationen sind ebenso zu berechnen.

B) Prozentuale Berechnung der Pflegestufe A1 / S2 im Vergleichsquartal

Formel:

$$\frac{x \text{ Prozent}}{\text{Anzahl der Patienten der einzelnen A/S-Stufe im Vergleichsquartal (AZ-Q)}} = \frac{100 \text{ Prozent}}{\text{Gesamtzahl aller Patienten im Vergleichsquartal (GZ-Q)}}$$

Gegeben: AZ-Q (A1/S2) = 55 Patienten
GZ-Q = 214 Patienten

Gesucht: Prozentualer Anteil der Patienten der Pflegestufe A1 / S2 an der Gesamtzahl der Patienten im Vergleichsquartal.

Rechnung:

$$\frac{x \text{ Prozent}}{55 \text{ Patienten}} = \frac{100 \text{ Prozent}}{214 \text{ Patienten}}$$

$$x = \frac{100 * 55 \text{ Patienten}}{214 \text{ Patienten}}$$

$$x = 25,7 \text{ Prozent (gerundet)}$$

Ergebnis: Von allen im Vergleichsquartal betreuten Patienten gehörten 25,7 Prozent der Pflegestufe A1 / S2 an.

Die anderen im Vergleichsquartal aufgetretenen A/S-Kombinationen sind ebenso zu berechnen.

4.2.2. Berechnung der Auslastung

Im 1. Quartal des Jahres wurden auf der Musterstation insgesamt 214 Patienten versorgt. Dies entsprach einer Auslastung von 95,8 Prozent. Im Durchschnitt wurden etwa 28,5 Patienten pro Tag versorgt. Diese Daten können von der Controlling-Abteilung des Krankenhauses zur Verfügung gestellt werden.

Im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 40 Patienten versorgt. Diese Daten können der Mitternachtsstatistik des Erhebungszeitraumes entnommen werden. Im Durchschnitt waren etwa 27,4 Patienten täglich anwesend. Das entspricht einer durchschnittlichen Auslastung von etwa 91,3 Prozent in diesem Zeitraum.

Um die Daten der Auslastung des Erhebungs- und Vergleichszeitraumes gegenüberstellen zu können, müssen diese in Prozent angegeben sein. Diese prozentualen Verteilungen können möglicherweise von der Controlling-Abteilung zur Verfügung gestellt oder der

Mitternachtsstatistik entnommen werden. Liegen keine prozentualen Angaben vor, so müssen diese wie nachfolgend dargestellt berechnet werden.

A) Rechenweg für die durchschnittliche tägliche Belegung (Pd) im Erhebungszeitraum

Die tatsächliche Belegung an einem festgelegten Zeitpunkt (z. B. 24 Uhr) der einzelnen Tage des Erhebungszeitraumes wird addiert. Die Summe wird durch die Anzahl der Tage des Erhebungszeitraumes geteilt und ergibt die durchschnittliche tägliche Patientenbelegung. Nachfolgend ein Beispiel bei einem Erhebungszeitraum von sieben Tagen:

Formel:

$$Pd = \frac{x1 + x2 + x3 + x4 + x5 + x6 + x7}{7}$$

Gegeben: x1 bis x7 (siehe Mitternachtsstatistik o. ä.)

Gesucht: Durchschnittliche Patientenbelegung pro Tag (Pd) im Erhebungszeitraum von sieben Tagen.

Rechnung:

$$Pd = \frac{25 + 27 + 29 + 28 + 26 + 28 + 29}{7}$$

$$Pd = 192 / 7$$

$$Pd = 27,4$$

Ergebnis: Im Durchschnitt waren im Erhebungszeitraum 27,4 Patienten pro Tag auf der Musterstation anwesend.

B) Rechenweg für die durchschnittliche Auslastung im Erhebungszeitraum

Die durchschnittliche tägliche Belegung (Pd) wird zu der maximal möglichen Belegung (= 100 Prozent Auslastung = Pmax), die sich aus der Bettenzahl ergibt, ins Verhältnis gesetzt und ergibt die durchschnittliche Auslastung der Station.

Formel:

$$\frac{x \text{ Prozent}}{Pd} = \frac{100 \text{ Prozent}}{Pmax}$$

Gegeben: Pd = 27,4
Pmax = 30

Gesucht: Durchschnittliche Auslastung im Erhebungszeitraum (AE Prozent) in Prozent.

$$\text{Rechnung: } \frac{\text{AE Prozent}}{27,4} = \frac{100 \text{ Prozent}}{30}$$

$$\text{AE} = \frac{100 * 27,4}{30}$$

$$x = 91,3 \text{ Prozent}$$

Ergebnis: Die Musterstation war im Erhebungszeitraum durchschnittlich zu 91,3 Prozent ausgelastet.

4.2.3. Ergebnis des Vergleichs der berechneten Faktoren

Die Auswertung der Beispielrechnung zeigt eine geringere Auslastung im Erhebungszeitraum im Vergleich zum 1. Quartal. Im Erhebungszeitraum war täglich im Durchschnitt etwa ein Patient weniger anwesend als im 1. Quartal.

Wird die Auslastung der Station im Zusammenhang mit den bereits beschriebenen Pflegestufen der Patienten betrachtet, zeigt sich, dass im Erhebungszeitraum der Anteil der Patienten mit der Pflegestufe A2 höher war als im 1. Quartal. Im Gegenzug war die Auslastung im Erhebungszeitraum geringer. Es ist anzunehmen, dass die Arbeitsbelastung im Erhebungszeitraum als repräsentativ betrachtet werden kann, da Patienten der Pflegestufe A2 einen höheren Pflegeaufwand, insbesondere durch die aktivierende Pflege, benötigen. Dieser erhöhte pflegerische Arbeitsaufwand im Erhebungszeitraum gleicht dessen geringere Auslastung im Vergleich zum 1. Quartal aus.

4.3. Lehrfolien

Modul A

Kernprozess Stationsprofil

A. Kernprozess: Stationsprofil

1. Ziel

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Ermittlung allgemeiner Rahmeninformationen
zum Krankenhaus.

A. Kernprozess: Stationsprofil

2. Methodik

Methoden:

- Befragung mittels Experteninterview
 - Befragt werden Entscheidungsträger (z. B. die Stationsleitung)

Instrument:

- Interviewleitfaden Stationsprofil
 - halbstrukturierter Leitfaden

A. Kernprozess: Stationsprofil

3. Aufbau des Instruments

Der Interviewleitfaden enthält Fragen zu:

- Personalstruktur
- Personaleinsatz
- Leistungsprofil der Station
- Patientenstruktur
- aktuelle Problemfelder
- Projektorganisation

A. Kernprozess: Stationsprofil

3. Aufbau des Instruments

Zwei Beispielfragen:

- Wie viele Personalplanstellen gibt es für die Bereiche Pflege, Ärzte, Therapeuten u. a. auf der Station?
- Welche Qualifikationen haben die Pflegekräfte und die anderen Berufsgruppen der Station?

A. Kernprozess: Stationsprofil

4. Anwendung des Instruments

Voraussetzungen:

- Vereinbaren eines festen Zeitraumes für das Interview
- Störungsfreie Räumlichkeit

Besonderheiten:

- Gespräch wird per Tonband aufgezeichnet

A. Kernprozess: Stationsprofil

5. Auswertung

Ablauf der Auswertung:

1. Tonbandmitschnitt → Textverarbeitung
2. Sichtung des Materials und Bildung von Kategorien
3. Zuordnung der einzelnen Aussagen zu den gebildeten Kategorien

A. Kernprozess: Stationsprofil

6. Ergebnisse

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Im Pflegebereich verfügt die Station über 12,5 Personalplanstellen. Davon sind 11,25 Planstellen mit 14 Pflegekräften besetzt. Weitere 1,25 Planstellen werden für den Einsatz studentischer Aushilfen vorgehalten. Zusätzlich sind zwei Zivildienstleistende und neun Auszubildende eingesetzt.

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

In diesem Modul wird vorgestellt, in welcher Form eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden kann.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Befragung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Mitarbeiterbefragung wird eine **Befragung per Fragebogen** verwendet. Befragt werden alle Mitarbeiter der Berufsgruppe Pflege. Bei Bedarf kann die Befragung auf weitere Berufsgruppen ausgedehnt werden.

Methode:
Befragung per
Fragebogen
Seite J-11

Ziel der Befragung ist es, Problembereiche innerhalb der eigenen Berufsgruppe und mit anderen Berufsgruppen zu beschreiben und Verbesserungsvorschläge zu erfassen.

Als **Befragungsinstrument** wird der **Fragebogen zur Mitarbeiterbefragung** benutzt. Die Beantwortung der Fragen kann so anonym erfolgen und eventuelle Hemmschwellen dadurch gesenkt werden.

Instrument:
Fragebogen
Mitarbeiterbefragung
Seite B-8

Je nach Ausrichtung des Untersuchungsziels, kann der Fragebogen inhaltlich angepasst werden. So ist es beispielsweise möglich, den Fragebogen des Musterkrankenhauses um Fragestellungen zur Arbeitszufriedenheit zu erweitern.

1.1. Aufbau des Instruments

Der Fragebogen besteht ausschließlich aus offenen Fragestellungen. Im Musterkrankenhaus wurden hierzu Fragen aus folgenden Themenbereichen gestellt:

- Kommunikation innerhalb der Arbeitsgruppe
- Problem- und Konfliktfelder
- Verbesserungspotenziale

Zu diesen Themen werden dem Mitarbeiter die folgenden Fragen gestellt:

- Wenn es mal Konflikte im Pflorgeteam gibt, dann geht es meistens um ...?
- Wenn es mal Konflikte mit den Ärzten gibt, dann geht es meistens um:
- Wenn es mal Konflikte mit den Therapeuten gibt, dann geht es meistens um ...?
- Wenn es mal Konflikte mit Patienten oder Angehörigen gibt, dann geht es meistens um ...?
- Typische Problem, die im Arbeitsalltag entstehen, sind ...?
- Im Übrigen bin ich der Meinung, dass auf unserer Station vieles besser laufen würde, wenn ...?

Die ersten drei Fragen dienen der Ermittlung von Meinungen und Einstellungen zur internen Kommunikation und Kooperation innerhalb der eigenen und zwischen anderen Berufsgruppen. Der Mitarbeiter wird dazu aufgefordert Aspekte zu nennen, die er als Auslöser für Konflikte empfindet. Die Fragestellungen wurden gewählt, da Konflikte zu einer erhöhten Arbeitsbelastung mit allen damit zusammenhängenden Konsequenzen führen können, wie Unzufriedenheit, Unwohlsein, Krankheit und verminderte Leistungsfähigkeit. Die vierte Frage richtet sich aus denselben Gründen auf mögliche Konfliktpotenziale im Umgang mit Angehörigen und Patienten.

Die beiden letzten Fragen dienen der Benennung typischer Problemfelder im täglichen Arbeitsablauf und der Ermittlung von Verbesserungsvorschlägen.

Anzahl und Art der Fragen sollten im Verhältnis zum Erkenntnisziel und Auswertungsaufwand stehen und entsprechend ausgewählt werden. So sollten beispielsweise Fragen, die zu Antworten mit geringer Aussagekraft führen, vermieden werden.

Auf geschlossene Fragen sollte im Rahmen einer Befragung zu den oben genannten Themenbereichen unter allen Umständen verzichtet werden. Geschlossene Fragen engen den Befragten in seiner Antwort ein. Es besteht deshalb die Gefahr, dass der Befragte keine weiterführende Erklärung abgibt und in der Folge die Antwort während der Analyse missinterpretiert wird.

1.2. Anwendung des Instruments

Der **Zeitraum** von der Verteilung bis zum Einsammeln der Fragebögen ist ausreichend zu bemessen. Minimal sollte den Mitarbeitern ein Zeitraum von einer Woche zur Verfügung stehen. Dadurch wird

sichergestellt, dass der Mitarbeiter sich mit dem Fragebogen inhaltlich auseinandersetzen kann. Außerdem können auch Mitarbeiter erreicht werden, die sich zum Zeitpunkt der Verteilung nicht im Dienst befinden.

Es ist darauf zu achten, dass beim Einsatz von Fragebögen die **Anonymität** der befragten Mitarbeiter unbedingt gewahrt wird. Nur auf diese Weise sind offene und ehrliche Angaben zu erhalten. Gerade auf kleineren Stationen muss bedacht werden, dass ein Mitarbeiter, auch ohne Nennung seines Namens, bereits an der Handschrift zu erkennen ist. In diesem Fall sollte die Auswertung des Fragebogens von einer Person übernommen werden, die nicht mit den Handschriften der Mitarbeiter vertraut ist.

Um falsch ausgefüllte Fragebögen auf ein Minimum zu reduzieren, wird der Befragte bei der Übergabe des Fragebogens gebeten, beim Auftreten von Unklarheiten nachzufragen. Es sollte daher dem Befragten bekannt sein, wie er den Autor des Fragebogens erreichen kann.

1.3. Rolle des Beobachters

Neben den Interviews wird die Mitarbeiterbefragung durch einen Beobachter im Zeitraum der Erhebungsphase begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch den Fragebogen erfasst werden. Sofern der Fragebogen vor der Beobachtungsphase verteilt wurde, können auch Zusammenhänge beobachtet werden, die von den Befragten geäußert wurden, um gezielt Zusammenhänge in der Entstehung aufzudecken.

2. Auswertung

Zur Auswertung der Fragebögen sind diese zunächst in ihrer Gesamtheit durchzulesen. Ziel ist es, eine thematische Gliederung zu entwickeln, um bereits während der computergestützten Erfassung eine Einordnung der Antworten zu ermöglichen. Die Auswertung der Fragebögen des Musterkrankenhauses ergab folgende **Kategorien**:

- Fachliches Können / Sachverstand
- Kommunikation
- Kooperation
- Ordnung
- Organisation
- Ethische Aspekte
- Arbeitseinstellung
- Personalmanagement

Jede Antwort wird nun einer der Kategorien zugeordnet. Kann eine Antwort während der Auswertung keiner Kategorie zugeordnet werden, so sind die vorhandenen Kategorien auf ihre Brauchbarkeit hin neu zu überprüfen und entsprechend anzupassen.

Die Anpassung kann geschehen, indem entweder neue Kategorien gebildet oder in ihrer Bezeichnung verändert werden, sowie durch ein Zusammenfassen bereits vorhandener Kategorien.

Frage: „Wenn es Konflikte im Pflegeteam gibt, dann geht es meistens um ...?“			
Grundgesamtheit = 18	Antwort = 10	keine Antwort = 8	Nennungen gesamt = 19
Kategorie Organisation = 5 Nennungen <ul style="list-style-type: none"> ● fehlende bzw. unzureichende hausinterne Strukturierung und Organisation der Abläufe ● unzureichende Abgrenzung der einzelnen pflegerischen Arbeitsfelder ● Urlaubsplanung ● Einkauf des Personalfrühstücks ● ungleichmäßige Verteilung zusätzlicher Dienste 			
Kategorie Kooperation = 5 Nennungen <ul style="list-style-type: none"> ● ungleichmäßige Arbeitsaufteilung innerhalb eines Dienstes ● Nacharbeitung von Vordienstaufgaben ● Zusammenarbeit im Pflegeteam ● negative Auswirkungen individuellen Verhaltens auf den Arbeitsablauf ● feindselige Einstellungen untereinander 			
Kategorie Ordnung = 4 Nennungen <ul style="list-style-type: none"> ● Ordnung am Arbeitsplatz (3 Nennungen) ● nachräumen für andere Personen 			
Kategorie Kommunikation = 3 Nennungen <ul style="list-style-type: none"> ● Informationsdefizite durch fehlendes Hausmitteilungssystem ● Informationsdefizite bei pflegerischer Übergabe ● fehlende direkte Kommunikation über bestehende Probleme 			
Fachliches Können = 2 Nennungen <ul style="list-style-type: none"> ● fachliche Differenzen zwischen Pflegekräften ● unzureichende pflegerische Patientenversorgung durch Hilfskräfte 			

Abbildung B-1: Auswertungsbogen zur Frage 1.1 des Fragebogen Mitarbeiterbefragung

Zum Abschluss der Auswertung werden die quantitativen Elemente ermittelt:

- Zunächst wird ausgezählt, wie viele ausgefüllte Fragebögen insgesamt vorliegen (**Grundgesamtheit**).
- Danach erfolgt die Auszählung, wie oft eine bestimmte Frage beantwortet wurde (**Antwort**).
- Im Vergleich dazu wird ermittelt, wie oft eine bestimmte Frage nicht beantwortet wurde (**keine Antwort**).
- Schließlich wird noch festgestellt, wie viele Einzelnennungen die ausgefüllten Fragebögen zu der jeweiligen Frage aufweisen (**Nennungen gesamt**).

Die Anordnung der Kategorien auf dem Auswertungsbogen wird anhand der Anzahl der aufgefundenen Antworten vorgenommen. Das heißt, die Kategorie mit den meisten Antworten wird zuerst genannt; die Kategorie mit den wenigsten Antworten wird zuletzt genannt.

Für jede Kategorie wird die Anzahl der Nennungen außerdem als Zahlenwert angegeben. Ebenso wird die Anzahl der Nennungen verzeichnet, wenn dieselbe Antwort auf verschiedenen Fragebögen vorliegt. Abbildung B-1 zeigt die Auswertung der Frage 1.1 des Musterkrankenhauses.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt.

Auf die Bitte, die häufigsten Konflikte zu benennen, machen zehn Personen insgesamt 19 Angaben, die sich auf folgende Bereiche reduzieren lassen:

- unzureichende hausinterne Strukturierung und Organisation der Abläufe
- unzureichende Abgrenzung der pflegerischen Arbeitsfelder
- ungleichmäßige Arbeitsverteilung
- Ordnung am Arbeitsplatz
- Informationsdefizite
- mangelhafte Kommunikation

Anscheinend entzündeten sich Konflikte innerhalb des Pflegeteams vor allem an Problemen der Organisation, Zusammenarbeit und Kommunikation. Gründe hierfür sind u. a. die mangelnde Kooperation, organisatorische Probleme und Informationsdefizite.

Es ist davon auszugehen, dass der Kommunikationsbedarf ansteigt, je enger die Arbeitssituation der Beschäftigten ist. Damit steigt aber auch das Risiko, dass es durch verunglückte Kommunikationsstrategien zu einer Belastung des Arbeitsklimas kommt und die Kooperation erschwert wird. Der Mitarbeiter ist unzufrieden und fühlt sich unwohl. In der Folge muss mit verminderter Leistung im Beruf und Ausfallzeiten durch Krankheit gerechnet werden.

Die Ergebnisse der Befragung entsprechen einer Beschreibung der IST-Situation zu einem festgelegten Zeitpunkt. Befragungen zur Mitarbeiterzufriedenheit erscheinen jedoch nur dann sinnvoll, wenn sie wiederholt durchgeführt werden. Denn erst die Visualisierung der Verbesserungen im zeitlichen Verlauf ermöglichen es dem Mitarbeiter zu erkennen, in wie fern seine Meinung berücksichtigt und Lösungsvorschläge umgesetzt werden.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite B-10

Auf die schriftliche Darstellung der Vorschläge wurde im Musterkrankenhaus verzichtet und unmittelbar der Maßnahmenplan entworfen.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Fragebogen Mitarbeiterbefragung

Fragebogen für die Berufsgruppe der Pflegenden (1/2)
1.1 Wenn es mal Konflikte im Pflege team gibt, dann geht es meistens um:
1.2 Wenn es mal Konflikte mit den Ärzten gibt, dann geht es meistens um:
1.3 Wenn es mal Konflikte mit den Therapeuten gibt, dann geht es meistens um:
2. Wenn es mal Konflikte mit Patienten oder Angehörigen gibt, dann geht es meistens um:



Modul-B >
B-FB.xls

Abbildung B-2: Fragebogen Mitarbeiterbefragung – Teil 1/2

Fragebogen für die Berufsgruppe der Pflegenden (2/2)
3. Typische Probleme, die im Arbeitsalltag entstehen, sind:
4. Im übrigen bin ich der Meinung, daß auf unserer Station vieles besser laufen würde, wenn:

Abbildung B-3: Fragebogen Mitarbeiterbefragung – Teil 2/2

5.2. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Mitarbeiterbefragung“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) inhaltliche Maßnahmen				
1. Fachliche Fortbildung in der Pflege wird gezielt angeboten.		X	X	
2. Interdisziplinäre Schulung in der Methodik der Qualitätsarbeit.		X	X	
3. Kommunikationskurse werden als interdisziplinäre Kurse berufsgruppengemischt angeboten.		X	X	
4. Die Krankenhausleitung wird über Maßnahmen nachdenken, die der Abteilung Wertschätzung und Interesse vermitteln.		X	X	
5. Die Pflegedienstleitung wird als mittelfristig wirksame Maßnahme gezielte Fördergespräche mit den Pflegepersonen ein mal jährlich mit jedem Mitarbeiter durchführen.		X	X	
6. Jede Form von berufsgruppengemischten Gesprächskursen, gemeinsamen Bildungsveranstaltungen, gemeinsamen Qualitätszirkeln, gemeinsamen Fallbesprechungen wird gefördert, um gegenseitige Vorbehalte und Vorurteile abzubauen und eine bessere gegenseitige Kenntnis der Arbeitsabläufe zu gewinnen.		X	X	



Modul-B >
B-Massnahmenplan.doc

Abbildung B-4: Maßnahmenplan Mitarbeiterbefragung

5.3. Lehrfolien

Modul B

Kernprozess Mitarbeiterbefragung

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

1. Ziel

Ermittlung von Problembereichen
in der eigenen Berufsgruppe und in der
Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen.

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

2. Methodik

Methoden:

- Befragung per Fragebogen
 - Befragt werden alle Mitarbeiter der Station

Instrument:

- Fragebogen Mitarbeiterbefragung
 - Die Befragung wird anonym durchgeführt

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

3. Aufbau des Instruments

Der Fragebogen enthält Fragen zu:

- Kommunikation innerhalb der Arbeitsgruppe
- Problem- und Konfliktfelder
- Verbesserungspotenziale

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

3. Aufbau des Instruments

Zwei Beispielfragen:

- Wenn es mal Konflikte im Pflorgeteam gibt, dann geht es meistens um ...?
- Typische Problem, die im Arbeitsalltag entstehen, sind ...?

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

4. Anwendung des Instruments

Voraussetzungen:

- Zeitraum: mindestens eine Woche
- Einsammeln und Auswertung der Fragebögen durch externe Person

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

5. Auswertung

Ablauf der Auswertung:

1. Sichtung aller Fragebögen
2. Daraus abgeleitet: Bildung von Kategorien
3. Zuordnung jeder Einzelantwort zu einer Kategorie.
4. Auszählung:
 - Wie viele Personen beantworteten Frage X bzw. beantworteten diese nicht?
 - Wie viele Einzelantworten wurden pro Frage vorgefunden?

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

5. Auswertung

Beispiel eines Auswertungsbogens:

Frage: „Wenn es Konflikte im Pflgeteam gibt, dann geht es meistens um ...?“

Grundgesamtheit
= 18

Antwort
= 10

keine Antwort
= 8

Nennungen
gesamt
= 19

Kategorie Organisation = 5 Nennungen

- fehlende bzw. unzureichende hausinterne Strukturierung und Organisation der Abläufe
- unzureichende Abgrenzung der einzelnen pflegerischen Arbeitsfelder
- Urlaubsplanung
- Einkauf des Personalfrühstücks
- ungleichmäßige Verteilung zusätzlicher Dienste

Kategorie Kooperation = 5 Nennungen

- ungleichmäßige Arbeitsaufteilung innerhalb eines Dienstes
- Nacharbeitung von Vordienstaufgaben
- Zusammenarbeit im Pflgeteam

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

6. Ergebnisse

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.

Ein Beispiel:

Anscheinend entzündeten sich Konflikte innerhalb des Pflorgeteams vor allem an Problemen der Organisation, Zusammenarbeit und Kommunikation. Gründe hierfür sind u. a. die mangelnde Kooperation, organisatorische Probleme und Informationsdefizite.

B. Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

7. Maßnahmenplanung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Mitarbeiterbefragung“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) inhaltliche Maßnahmen				
1. Fachliche Fortbildung in der Pflege wird gezielt angeboten.		X	X	
2. Interdisziplinäre Schulung in der Methodik der Qualitätsarbeit.		X	X	
3. Kommunikationskurse werden als interdisziplinäre Kurse berufsgruppengemischt angeboten.		X	X	
4. Die Krankenhausleitung wird über Maßnahmen nachdenken, die der Abteilung Wertschätzung und Interesse vermitteln.		X	X	
5. Die Pflegedienstleitung wird als mittelfristig wirksame Maßnahme gezielte Fördergespräche mit den Pflegepersonen ein mal jährlich mit jedem Mitarbeiter durchführen.		X	X	
6. Jede Form von berufsgruppengemischten Gesprächskursen, gemeinsamen Bildungsveranstaltungen, gemeinsamen Qualitätszirkeln, gemeinsamen Fallbesprechungen wird gefördert, um gegenseitige Vorbehalte und Vorurteile abzubauen und eine bessere gegenseitige Kenntnis der Arbeitsabläufe zu gewinnen.		X	X	

C. Kernprozess: Logistik und Lagerhaltung

In diesem Modul werden die Elemente Logistik und Lagerhaltung der Station untersucht. Das Modul unterteilt sich dabei in zwei Bereiche auf, die jeweils mit Hilfe eines eigenständigen Instrumentes analysiert werden.

Im ersten Kapitel wird das Bestell- und Lieferwesen überprüft. Im zweiten Kapitel wird beschrieben, wie in Form einer Stichtags-erhebung die Lagerhaltung untersucht wird. Ziel der Untersuchungen ist es, die IST-Situation zu beschreiben, um daraus ggf. notwendige Maßnahmen zur Optimierung ableiten zu können.

In jedem der beiden Kapitel werden die jeweils verwendeten Methoden und Instrumente beschrieben und deren Anwendung erklärt. Auch die daraus resultierenden Ergebnisse sowie die dazugehörigen Vorschläge zur Optimierung werden im jeweiligen Kapitel dargestellt.

1. Bestell- und Lieferwesen

1.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Datenerhebung für das Bestell- und Lieferwesen wird das **problemzentrierte Interview** verwendet. Dabei wird die Stationsleitung oder ein erfahrener Mitarbeiter in zwei Einzelinterviews jeweils zum Thema Bestellwesen und zum Thema Lieferwesen befragt.

Methode:
Problemzentriertes
Interview
Seite J-10

Ziel der Untersuchung ist es, die Abläufe des Bestell- und Lieferwesens darzustellen und Problembereiche zu identifizieren.

Im Musterkrankenhaus werden alle Bestell- und Liefervorgänge durch die Mitarbeiter der Pflege ausgeführt. Grundsätzlich sollten jedoch alle an diesen Vorgängen beteiligten Berufsgruppen in die Befragung mit einbezogen werden.

Als **Befragungsinstrument** wird ein **halbstrukturierter Interviewleitfaden** benutzt. Er leitet den Interviewer durch vorher festgelegte Fragestellungen, die vom Befragten beantwortet werden sollen.

Instrumente:
Interviewleitfaden
Bestellwesen
Seite C-14

Da sich die Fragestellungen für das Lieferwesen und das Bestellwesen inhaltlich unterscheiden, ist es erforderlich zwei unterschiedliche Leitfäden zu erstellen.

Interviewleitfaden
Lieferwesen
Seite C-17

1.1.1. Aufbau des Instruments

Der Aufbau des Interviewleitfadens erfolgt in drei Schritten:

1. Erstellen der Leitfragen
2. Erstellen der Kategorien
3. Erstellen der Kriterien zur jeweiligen Kategorie.

Im ersten Schritt werden **Leitfragen** gebildet. Ziel ist es, den Ablauf einer Bestellung bzw. Lieferung so genau wie nötig zu beschreiben. Um dem Befragten die Beantwortung der Fragen zu erleichtern, sollte die Reihenfolge der Fragen während des Interviews dem tatsächlichen Arbeitsablauf entsprechen.

Schritt 1:
Leitfragen

Da sich die Arbeitsabläufe des Bestellwesens von denen des Lieferwesens unterscheiden, müssen zwei Interviewleitfäden entwickelt werden, die sich anhand der Leitfragen unterscheiden.

Im Musterkrankenhaus wurden im **Interviewleitfaden Bestellwesen** die folgenden Fragen gestellt:

- Wann erfolgt die Bestellung?
- Welche Person führt die Bestellung aus?
- Wie hoch ist in etwa der für die Bestellung benötigte Zeitaufwand?
- Mit welchem Aufwand sind nachträgliche Änderungen verbunden?
- Gibt es weitere Informationen zum Bestellwesen?

Für den **Interviewleitfaden Lieferwesen** wurden folgende Fragen festgelegt:

- Wann erfolgt die Lieferung?
- Wer führt die Lieferung aus?
- Wer räumt die Lieferung auf der Musterstation aus?
- Wie hoch ist in etwa der für das Ausräumen benötigte Zeitaufwand?
- Wann erfolgt die Abholung der Lieferbehälter?
- Ist eine Vollständigkeitskontrolle der Lieferung erforderlich?
- Erfolgt die Lieferung i. d. R. vollständig?
- Gibt es weitere Informationen zum Lieferwesen?

Im zweiten Schritt werden alle für das Bestell- und Lieferwesen relevanten Bereiche ermittelt. Diese werden im Fragebogen als **Kategorien** verwendet und ermöglichen dem Interviewer eine detailliertere Ausrichtung der jeweiligen Leitfrage. Die Kategorien sind in beiden Interviewleitfäden identisch.

Schritt 2:
Kategorien

Im Musterkrankenhaus wurden folgende sechs Kategorien ermittelt:

- Arzneimittel
- Lebensmittel
- Sterilgut
- Wäsche
- Material
- Infusionen

Nachdem die Kategorien gebildet sind, folgt die Beschreibung der Inhalte jeder Kategorie. Damit werden **Kriterien** festgelegt, die dem Interviewer als zusätzliche Richtlinie dienen. Der nachfolgende Leitfaden beschreibt beispielhaft die Kriterien der im Musterkrankenhaus verwendeten Kategorien.

Schritt 3:
Kriterien

Der Kategorie „**Arzneimittel**“ gehören sämtliche Medikamente wie Tabletten, Tropfen, Salben, Zäpfchen, Ampullen, Betäubungsmittel u. ä. an. Zu „**Lebensmittel**“ zählen Nahrungsmittel und Getränke für die Patienten. Die Kategorie „**Sterilgut**“ umfasst alle hausintern steril verpackten Materialien wie Wundversorgungssets oder einzelne sterile Instrumente. Zu „**Wäsche**“ gehört die gesamte Wäsche zur Patientenversorgung. Unter die Kategorie „**Material**“ fallen zunächst alle Büromaterialien wie Formulare, Schreibmaterial, Papier u. ä. Ebenso wird der Wirtschaftsbedarf wie Putztücher, Spülmittel, Toilettenpapier, Papierhandtücher, Mülltüten erfasst. Auch medizinische Bedarfsmaterialien wie Verbandstoffe, Inkontinenzmaterial, Katheter, Nierenschalen, Zellstoff, Sekretbeutel und Flexülen werden dieser Kategorie zugeordnet. Unter „**Infusionen**“ werden Informationen über alle auf der Station verwendeten Infusionslösungen erfasst.

1.1.2. Anwendung des Instruments

Das Interview sollte zu einem vorher vereinbarten Zeitpunkt erfolgen. Als Interview-Ort empfiehlt sich ein Raum, der vor Außenlärm geschützt ist und während des Interviews von keiner anderen Person betreten wird.

Sofern es sich während der Befragung ergibt, kann die Reihenfolge der Fragen vom Interviewer geändert werden. Auch zusätzliche Fragen, die nicht im Leitfaden enthalten sind, können bei Bedarf gestellt werden.

Um einen störungsfreien Gesprächsverlauf zu ermöglichen, wird das Gespräch auf einem Tonband mitgeschnitten. Zusätzlich kann der Interviewer Kurznotizen im Interviewleitfaden eintragen. Dieses Vorgehen ermöglicht zu jedem Zeitpunkt einen schnellen Überblick und verhindert, dass einzelne Themenbereiche vergessen werden.

Der Befragte sollte ausdrücklich auf die Tonbandaufzeichnung hingewiesen und sein Einverständnis erbeten werden. Außerdem sollte ihm versichert werden, dass die Aufnahmen ausnahmslos zu Zwecken dieser Untersuchung verwendet werden.

Verweigert der Befragte eine Tonbandaufzeichnung erfolgt die Datenerfassung handschriftlich.

Optional kann das Interview auch von zwei Personen geführt werden. Dabei führt die erste Person die Befragung durch, und die zweite Person zeichnet den Gesprächsverlauf handschriftlich auf.

1.1.3. Rolle des Beobachters

Neben den Interviews wird das Bestell- und Lieferwesen durch einen Beobachter im Zeitraum der Erhebungsphase begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch das Interview erfasst werden.

1.2. Auswertung

Im Anschluss an das Interview wird das aufgenommene Gespräch niedergeschrieben. Dabei kann auf eine vollständige Transkription verzichtet werden. So ist es beispielsweise nicht notwendig, Redewendungen oder nonverbale Aspekte zu erfassen, wie dies in einem qualitativen Interview üblich ist.

Im nächsten Schritt wird eine bereinigte Textfassung erstellt. Dabei werden die Aussagen auf die relevanten Inhalte reduziert und in Form eines Berichtes wiedergegeben. Die Untergliederung des Berichts erfolgt anhand der Kategorien, die im Interviewleitfaden verwendet wurden. Das Kapitel „Ergebnisse“ in diesem Modul dient hierfür als Beispiel.

Die Niederschrift sollte mit Hilfe einer Textverarbeitungs-Software erfolgen, um im weiteren Verlauf eine einfachere Bearbeitung der Daten zu ermöglichen.

1.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

1.3.1. Ausgangssituation

Zur Aufbewahrung von Verbrauchsgütern, Geräten und Hilfsmitteln stehen jeder Etage der Musterstation je ein Infusions-, Material- und Gerätelager zur Verfügung. Das Infusionslager ist 1,6 Quadratmeter, das Materiallager 2,73 Quadratmeter und das Gerätelager 4,99 Quadratmeter groß. Für die Lagerung aller weiteren Güter stehen v. a. die Stationsküche, das Stationszimmer und der Pflegearbeitsraum zur Verfügung. Diese Daten wurden dem Grundriss der Station entnommen.

1.3.2. Ergebnisse der Interviews

In den nachfolgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der Interviews beispielhaft dargestellt.

A) Apotheke

Die Apothekenbestellung wird jeden Montag und Donnerstag von einer examinierten Pflegeperson im Nachtdienst ausgeführt. Das ausgefüllte Bestellformular muss am Folgetag bis 7.45 Uhr in der Pforte vorliegen, um an die Apotheke weitergeleitet zu werden. Das Bestellformular muss durch einen Arzt unterschrieben sein. Es wird angegeben, dass die Unterschrift häufig nicht rechtzeitig erfolgt und somit die Abgabezeit an der Pforte nicht eingehalten werden kann.

Zu dem für die Apothekenbestellung benötigten Zeitaufwand werden keine Angaben gemacht.

Nachträgliche Änderungen sind problematisch, da zunächst die geänderte Bestellung per Fax der Apotheke zugesandt und anschließend das Original nachgereicht werden muss. Für den Fall, dass das im Rahmen der Änderung angeforderte Medikament sofort geliefert werden soll, ist die Station selbst für die Organisation des Transportes zuständig.

Die Lieferung der bestellten Medikamente erfolgt jeden Dienstag und Freitag am späten Vormittag. Sie wird von einem Mitarbeiter oder Zivildienstleistenden des Reinigungsdienstes auf die Station gebracht. Die Lieferung von Betäubungsmitteln erfolgt gesondert ebenfalls durch einen Mitarbeiter des Reinigungsdienstes.

Das Auspacken der Apothekenlieferung wird überwiegend von den Mitarbeitern des Spätdienstes in der Zeit zwischen 13.00 und 14.00 Uhr ausgeführt. Der dafür benötigte Zeitaufwand beträgt etwa 15 bis 30 Minuten.

Eine Kontrolle der Lieferung ist erforderlich. Die Lieferung ist meist vollständig, jedoch werden oft andere Präparate mit dem gleichen Wirkstoff geliefert, da das von der Station bestellte Präparat nicht im Lieferumfang der Apotheke enthalten ist. Werden solche Änderungen

vorgenommen, erfolgt keine Information der Station durch die Apotheke. Ebenso werden die vorgenommenen Änderungen nicht auf dem Lieferschein gekennzeichnet. Somit erhöht sich der für die Kontrolle der Lieferung benötigte Zeitaufwand. Das beschriebene Problem besteht seit dem Wechsel der liefernden Apotheke.

Die Lieferung erfolgt in Plastikboxen. Die leeren Boxen werden jeweils am Montag und Mittwoch abgeholt.

B) Material

Büromaterial wird einmal monatlich von der Stationsleitung bestellt. Der dafür benötigte Zeitaufwand beträgt etwa 30 Minuten.

Wirtschaftsbedarf und medizinischer Bedarf werden im Wechsel alle 14 Tage am Freitag bestellt. Für die Bestellung des medizinischen Bedarfs sind die Stationsleitung und eine weitere Pflegekraft zuständig. Der Wirtschaftsbedarf wird ebenfalls von zwei Pflegekräften bestellt.

Der für die Bestellung benötigte Zeitaufwand beträgt für den medizinischen Bedarf etwa 45 bis 60 Minuten und für den Wirtschaftsbedarf etwa 30 bis 45 Minuten.

Alle Bestellformulare sollen jeweils am Freitag eingereicht werden, jedoch werden die Formulare häufig am Wochenende ausgefüllt und liegen somit erst am Montag vor.

Es existiert für alle drei Bestellbereiche eine hausinterne Anweisung, dass, nachdem der Bestellvorgang eingeleitet wurde, keine Änderungen mehr eingereicht werden sollen. Da die Bestellung von Wirtschaftsbedarf und medizinischem Bedarf nur vierzehntägig erfolgt, ist es bei erhöhtem Verbrauch vereinzelt notwendig – entgegen dieser Anweisung – Nachbestellungen vorzunehmen.

Alle genannten Bestellungen werden am Mittwoch von einem Mitarbeiter oder Zivildienstleistenden des Handwerkerbereichs auf die Station gebracht. Ein fester Zeitpunkt für die Lieferung ist nicht vereinbart und die Übernahme des Transportes häufig unklar. Es kommt vor, dass die Station eine Transportperson beauftragen muss.

Feste Lieferbehälter existieren nicht. Die Lieferungen werden in Kartons gebracht oder in bzw. auf dem Essencontainer transportiert.

Das Ausräumen der Lieferungen übernimmt das Pflege- und Hilfspersonal der Station. Zum benötigten Zeitaufwand werden keine Angaben gemacht.

Eine Kontrolle der Lieferungen ist erforderlich, da diese oft nicht vollständig sind. Bei nicht vorhandenem Material wird von der Abteilung

Einkauf eine Streichung vorgenommen, ohne die Station darüber gesondert in Kenntnis zu setzen.

Neben den Ergebnissen im Zusammenhang mit den beiden dargestellten und weiteren Kategorien zeigen die Interviews übergreifend eine Regelmäßigkeit in den Bestell- und Lieferrhythmen (siehe auch Abbildung C-1).

Wochentag	Bestellung	Lieferung
Montag	Infusionen Apotheke	Infusionen
Dienstag	-	Apotheke
Mittwoch	-	Wirtschaftsbedarf oder Medizinischer Bedarf Büromaterial (monatlich)
Donnerstag	Infusionen Apotheke	Infusionen
Freitag	Wirtschaftsbedarf oder Medizinischer Bedarf Büromaterial (monatlich)	Apotheke

Abbildung C-1: Übersicht der Bestell- und Liefertage

1.3.3. Ergebnisse der Beobachtung

In den nachfolgenden Abschnitten werden beispielhaft die Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung dargestellt.

A) Bestellwesen

Auf der Musterstation existieren insgesamt zehn Hefter für Bestellscheine. Es gibt je einen Hefter für Infusionen, Apotheke, medizinischen Bedarf, Büromaterial und Wirtschaftsbedarf.

Bei jeder Bestellung muss die entsprechende Artikelnummer aus einem Katalog herausgesucht und in ein Blanko-Formular (Bestellschein) eingetragen werden.

B) Lieferwesen

Die während des Beobachtungszeitraumes eingegangenen Lieferungen von medizinischem Bedarf, Infusionen und Apotheke sind fehlerhaft. Beispielsweise werden bei einer Infusionslieferung bei drei Bestellpositionen insgesamt 112 Infusionseinheiten zu wenig geliefert, eine Bestellposition mit 30 Liefereinheiten ist zwar auf dem Bestellschein abgezeichnet, aber nicht geliefert und bei zwei Bestellpositionen werden insgesamt 60 Infusionseinheiten zu viel geliefert. Bei einer Lieferung von medizinischem Bedarf werden z. B. 800 Latexuntersuchungshandschuhe abgezeichnet und mit einem Betrag von 28,31 € in Rechnung gestellt. Tatsächlich werden nur 400 Handschuhe geliefert und somit eine Überbuchung von 14,16 € vorgenommen. Ebenso werden zehn Paar Antithrombosestrümpfe abgezeichnet und dafür 71,30 € berechnet. Geliefert werden keine Antithrombose-

strümpfe. Auch bei den Medikamentenlieferungen werden mehrere Präparate in erheblichen Mengen über der bestellten Anzahl geliefert und andere Präparate fehlen.

Die Plastikboxen, in denen die Apothekenlieferung erfolgt, sind nicht mit Rollen versehen und somit in bestücktem Zustand schwer transportierbar. Die Lieferung der Infusionen erfolgt in den Originalkartons ohne transportablen Lieferbehälter. Ihr Transport ist mit einem hohen Arbeits- und Zeitaufwand verbunden, da die Infusionskartons einzeln in die Vorratslager gebracht werden müssen. Auch der medizinische Bedarf wird in Kartons geliefert und ist demzufolge schwer zu transportieren.

Es ist ferner zu beobachten, dass eine Lieferung von Desinfektionsmittelkanistern im unteren Teil des Essenwagens zeitgleich mit der Mittagessenlieferung erfolgt ist.

1.4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite C-23

Formularwesen (mittelfristige Umsetzung)

Für die Bestellung von medizinischem Bedarf, Wirtschaftsbedarf, Büromaterial und Infusionen sollte jeweils ein neues, selbst durchschreibendes Bestellformular mit drei Durchschlägen in Absprache mit der Abteilung Einkauf entwickelt werden. Dieses Formular sollte die im letzten Jahr am meisten bestellten Artikel mit der entsprechenden Artikelbezeichnung, Artikelnummer und Mengeneinheit enthalten. Die Artikel sollten alphabetisch geordnet sein. Zusätzlich sollten Felder für die Bestellung nicht gelisteter Artikel vorhanden sein. Vorteile: Bei einer Bestellung mit dem neuen Formular entfällt das zeitaufwendige und umständliche Heraussuchen der Artikelnummern aus dem Katalog. Zudem entfällt mit Hilfe der Durchschläge die Verwendung verschiedener Formulare für die Bestellung und Lieferung. Eine Kopie des Bestellscheins kann bis zur Lieferung auf der Station verbleiben, das Original wird der Abteilung Einkauf zum Verbleib zugesandt. Die zweite Kopie wird nach Eintragung der Liefermenge von der Einkaufsabteilung an die Station zurückgesandt und kann zur Überprüfung der Liefermenge verwendet werden.

Bestell- und Lieferrhythmus (mittelfristige Umsetzung)

In Bezug auf die gängige Praxis der täglichen Beschäftigung mit Bestellungen bzw. Lieferungen ist die aktuelle Festlegung der Bestell- und Liefertage zu überprüfen. Es wird empfohlen, sämtliche Bestellungen auf zwei Tage in der Woche, z. B. Montag und Donnerstag, zu konzentrieren. An denselben Tagen sollte am Vormittag innerhalb

eines festgelegten Zeitraums die Lieferung der vorherigen Bestellung erfolgen. Das Ausräumen der Lieferbehälter wie auch das Bestellen kann im Spätdienst erfolgen. In die leeren Lieferbehälter wird das ausgefüllte Anforderungsformular für die nächste Bestellung gelegt. Die Abholung der Behälter erfolgt am nächsten Tag. Änderungen der Bestellung sind durch diese Vorgehensweise bis zum nächsten Morgen möglich. Im Gegensatz zur bisherigen Organisation des Bestell- und Lieferwesens werden im Musterkrankenhaus die Tätigkeiten auf zwei Tage, anstatt der bisher angefallenen fünf Tage, reduziert werden.

Lieferbehälter (mittelfristige Umsetzung)

Aktuell existieren nur für die Apothekenlieferung entsprechende Lieferbehälter. Es erscheint jedoch sinnvoll, auch für die übrigen Lieferungen Lieferbehälter anzuschaffen. Wenn alle Lieferungen – wie oben vorgeschlagen – an insgesamt zwei Wochentagen erfolgen, sollte hierfür ein Roll-Container pro Etage eingesetzt werden. Die Lieferbehälter der Apothekenlieferung können auf oder in diesen Containern mittransportiert werden. Die Container sollten der Liefermenge aller Bestellungen entsprechen und abschließbar sein. Dem Hol- und Bringdienst entstehen dadurch vier Wege pro Woche, um die Lieferung zu bringen und die leeren Liefercontainer mit den neuen Bestellformularen abzuholen. Derzeit fallen fünf Lieferwege, zwei Wege zur Abholung der Apothekenbehälter und drei Wege zur Weiterleitung der Bestellformulare an. Mit der Übernahme der Wege durch den Hol- und Bringdienst würden Zeitressourcen für die Mitarbeiter des Handwerkerbereichs frei werden, da diese die meisten Wege erledigen.

Das Ziel der Optimierungsvorschläge besteht zunächst in der Vereinfachung und Komprimierung der Tätigkeiten im Zusammenhang mit Bestellungen und Lieferungen. Damit ist auch die Überarbeitung des Formularwesens in Zusammenarbeit mit den Abteilungen Einkauf und Apotheke verbunden. Gleichzeitig sollen Nebeninformationsträger reduziert werden. Die Umsetzung der Optimierungsvorschläge bringt sowohl für die Mitarbeiter der Musterstation als auch des Handwerkerbereichs eine Reduzierung der Wege mit sich.

Um den Verbrauch auf der Station effizient mit Vorratshaltung und Bestellwesen abzustimmen, gilt es, neben den vorgestellten Verbesserungsvorschlägen, auch über die Einführung von Lagerhaltungskonzepten nachzudenken.

2. Lagerhaltung

2.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Datenerhebung der Lagerhaltung wird die **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei erfasst der Untersuchungsleiter durch eine Begehung der Station alle wesentlichen Aspekte bezüglich der Art und Weise der Lagerung unterschiedlicher Ver- und Gebrauchsgüter.

Methode:
Fremdaufschreibung
Seite J-13

Ziel der Untersuchung ist es, die Vorgehensweise der Lagerhaltung auf der Station zu erfassen und Problembereiche zu identifizieren.

Als **Instrument** wird das **Protokoll Lagerhaltung** benutzt. Er leitet den Untersuchungsleiter durch vorher festgelegte Fragestellungen, die untersucht werden sollen.

Instrumente:
Protokoll
Lagerhaltung
Seite C-21

2.1.1. Aufbau des Instruments

Der Aufbau des Protokolls erfolgt in zwei Schritten:

1. Erstellen der Kategorien
2. Erstellen der Leitfragen

Um während der Erhebung zielgerichtet vorgehen zu können, werden zunächst **Kategorien** gebildet, die der Materialnutzung im Arbeitsalltag entsprechen. Im Musterkrankenhaus konnten folgende Kategorien ermittelt werden:

Schritt 1:
Kategorien

- Arzneimittel
- Büromaterial
- Desinfektionsmittel
- Lebensmittel
- Geräte
- Hilfsmittel
- Infusionen
- Medizinischer Bedarf
- Reinigungsmittel
- Sterilgut
- Wäsche
- Sonstige

Die Kategorie „Sonstige“ dient der Erfassung von Materialien, die keiner anderen Kategorie zugeordnet werden können.

Neben den Kategorien werden **Leitfragen** entwickelt, anhand derer der Untersucher später die Art der Lagerhaltung beurteilt. Dabei müssen die Fragestellungen so allgemein gehalten werden, so dass diese auf alle Kategorien angewendet werden können. Im Musterkrankenhaus wurden mit dieser Vorgabe folgende Fragestellungen entwickelt:

Schritt 2:
Leitfragen

- An welchen Orten erfolgt die Lagerung?
- Wird das gleiche Gut an verschiedenen Orten gelagert?
- Sind die Lagerorte beschriftet?
- Erfolgt die Lagerung nach einem Lagerhaltungskonzept?
- Gibt es weitere Besonderheiten der Lagerhaltung?

Innerhalb des Protokolls werden die Fragestellungen in Spalten angeordnet. Die Kategorien werden zeilenweise verteilt. Zur besseren Orientierung sollten die Kategorien alphabetisch angeordnet werden.

Da zur Beantwortung der Fragen mehrere Worte oder ganze Sätze notiert werden müssen, sollte darauf geachtet werden, dass die Eintragsfelder ausreichend groß gestaltet werden. Im Musterkrankenhaus verteilt sich das Protokoll aus diesem Grund auf zwei Seiten.

2.1.2. Anwendung des Instruments

Die Lagerhaltung der Untersuchungsstation kann an einem Stichtag durch eine Begehung der Station überprüft werden. Um die Arbeitsabläufe des Stationsteams nicht unnötig zu stören, wird der Tag der Untersuchung eine Woche im Voraus bekannt gegeben. Sofern der Untersucher nicht ortskundig ist, sollte ein Mitarbeiter der Station für Fragen zur Verfügung stehen.

Der Ablauf der Untersuchung richtet sich nach den Kategorien des Protokolls. Für jede Kategorie wird deren Lagerort aufgesucht und anschließend vor Ort die dazugehörigen Fragestellungen beantwortet.

2.2. Auswertung

Im Anschluss an die Begehung der Station, werden die erfassten Informationen in Form eines beschreibenden Textes niedergeschrieben.

Zur Gliederung der Ergebnisse können wiederum die im Protokoll verwendeten Kategorien verwendet werden. Zunächst wird der IST-Zustand beschrieben. Im Anschluss daran erfolgt die Beschreibung von indirekten Beobachtungen, die Diskrepanzen zwischen dem IST-Zustand und dem geforderten SOLL-Zustand verdeutlichen.

Beispiel:

In einer betriebsinternen Betriebsanweisung wird gefordert, dass jeder Lagerort für Materialien beschriftet sein muss. In der Beobachtung stellt sich heraus, dass einige Lagerorte nicht beschriftet sind.

2.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

2.3.1. Ausgangssituation

Zur Aufbewahrung von Verbrauchsgütern, Geräten und Hilfsmitteln stehen jeder Etage der Musterstation jeweils ein Infusions-, Material- und Gerätelager zur Verfügung. Das Infusionslager ist 1,6 Quadratmeter, das Materiallager 2,73 Quadratmeter und das Gerätelager 4,99 Quadratmeter groß. Für die Lagerung aller weiteren Güter dienen v. a. die Stationsküche, das Stationszimmer und der Pflegearbeitsraum. Ein Lagerhaltungskonzept wird auf der Musterstation bei keiner der überprüften Kategorien angewendet.

2.3.2. Ergebnisse der Fremdaufschreibung

A) Medikamente

Die Medikamente werden auf beiden Etagen der Station hauptsächlich in einem Schrank im Stationszimmer aufbewahrt. Zusätzlich befinden sich Infusionszusätze und als Kurzinfusion zu verabreichende Medikamente im Regal des Infusionslagers.

Die einzelnen Fächer im Medikamentenschrank des Stationszimmers sind mit den Medikamentenkategorien oder alphabetisch beschriftet. Diese Fächer des Medikamentenschrankes sind vom Fußboden bis unter die Decke verteilt. Um bestimmte Fächer und Medikamente zu erreichen, ist ein Überkopparbeiten notwendig. Die Anordnung der Fächer stellt deshalb eine Unfallquelle dar.

B) Infusionen

Die Infusionen werden hauptsächlich im Regal und auf dem Fußboden des Infusionslagers aufbewahrt. Zusätzlich befinden sich Infusionsvorräte im Regal und auf dem Fußboden des Materiallagers. Die Lagerorte sind nicht beschriftet.

C) Medizinischer Bedarf

Materialien dieser Kategorie lagern in einem Schrank im Pflegearbeitsraum (Pfleagemittel), in den jeweils zwei Verbandswagen (Verbandmaterial) jeder Etage sowie im Regal des Infusionslagers (Flexülen, Infusionssysteme u. ä.) und des Materiallagers (Verbandmaterial, Zellstoff, Inkontinenzmaterial u. ä.). Zusätzlich werden

Pflegemittel in einem Regal im Entsorgungsraum aufbewahrt. Die Lagerorte sind nicht beschriftet.

D) Desinfektionsmittel

Desinfektionsmittel werden in einem Regal und in einem Schrank im Entsorgungsraum aufbewahrt. Zusätzlich wird ein Konzentrat zur Herstellung einer Instrumentendesinfektionslösung auf dem Fußboden im Pflegearbeitsraum gelagert. Die Lagerorte sind nicht beschriftet.

E) Putzmittel

Materialien dieser Kategorie werden in den Schränken der Personalaufenthaltsräume, der Küchen und der Entsorgungsräume aufbewahrt. Die Lagerorte sind nicht beschriftet.

F) Büromaterial

Büromaterial wird im Stationszimmer in einem Schrank sowie in Ablage- und Schubfächern gelagert. Die Lagerorte sind nicht beschriftet.

G) Sterilgut

Sterilgut wird in den beiden Verbandwagen jeder Etage sowie im Medikamentenschrank der Stationszimmer aufbewahrt. Die Lagerorte sind beschriftet.

Bei der Überprüfung vorrätiger steriler Instrumente und Wundversorgungssets auf einer der beiden Etagen der Station wird festgestellt, dass bei 20 der insgesamt 37 gelagerten Materialien das Verfallsdatum zwischen drei Wochen und vier Monaten überschritten war.

H) Wäsche

Die Wäsche wird pro Etage auf zwei Wäschewagen und in je einem, auf dem Flur stehenden, textilbezogenen Wäscheregal gelagert. Die Wäsche auf den Wäschewagen und im Wäscheregal ist paketweise in Folie verpackt. Nach Anbruch eines Pakets wird die Wäsche offen auf dem Wäschewagen gelagert, da dieser nicht verschließbar ist. Die Lagerorte sind nicht beschriftet. Nur die Wäscheregale werden nach einem Lagerhaltungskonzept von einer Fremdfirma bewirtschaftet.

I) Lebensmittel

Lebensmittel für den täglichen Bedarf werden in Kühlschränken und Schränken der Stationsküchen gelagert. Lebensmittel des Personals befinden sich im Schrank oder Kühlschrank der Personalaufenthaltsräume. Die Lagerorte sind nicht beschriftet. Lebensmittel werden nur in geringen Mengen vorgehalten und die Schränke sind übersichtlich bestückt.

J) Geräte und Hilfsmittel

In den Gerätelagern befinden sich transportable Absaugungen, Injektionspumpen, Lagerungshilfsmittel sowie Rollatoren. In den Infusionslagern wird das transportable Sauerstoffgerät aufbewahrt. Weiterhin befinden sich auf den Fluren Vernebler, Infusionsständer, Rollstühle, Mobilisationsstühle und weitere Rollatoren. In den Entsorgungsräumen werden zusätzlich Injektionspumpen aufbewahrt. Im Untersuchungsraum des Erdgeschosses stehen ein Überwachungsmonitor und ein Defibrillator. Die Lagerorte sind beschriftet.

2.4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite C-23

Dokumentation des Sterilguts (mittelfristige Umsetzung)

In Anbetracht des rückläufigen Bestandes steriler Materialien sollte ein, die Lagerhaltung begleitendes, Dokumentationssystem eingeführt werden. Die zur Sterilisation abgegebenen und zurückerhaltenen Materialien könnten auf diese Weise erfasst werden. Sinnvoll wäre die Nutzung eines Formulars mit drei Durchschlägen.

Kontrolle des Verfalldatum (kurzfristige Umsetzung)

An dem gelagerten Sterilgut sollte in regelmäßigen Abständen das Verfalldatum der Sterilität geprüft werden. Es ist empfehlenswert, hierfür verbindliche Verantwortlichkeiten einzelner Mitarbeiter zu schaffen.

Verpackung des Sterilguts (kurzfristige Umsetzung)

Um eine längere Sterilität zu erreichen, könnte das Sterilgut doppelt verpackt werden. Wird das sterilisierte Material wie bisher in nur einer Sterilverpackung eingeschweißt, so ist die Sterilität für vier Wochen vom Verpackungsdatum an gewährleistet. Nach Angaben der Sterilisationsabteilung würde sich die Sterilitätsdauer bei einer zweifachen Verpackung auf sechs Monate erhöhen. Diese Verpackungsart wäre von der Sterilisationsabteilung ohne Probleme sofort umsetzbar.

Lagerung nicht benötigter Materialien (kurz- bis mittelfristig)

Um die Anzahl der nicht ständig benötigten Geräte und Hilfsmittel im dem Stationsflur zu reduzieren, sollten stationsexterne Lagermöglichkeiten gesucht werden. Empfohlen wird, einen Lagerplatz in der direkt unter der Musterstation befindlichen Tagesklinik zu benutzen. Davon unabhängig ist festzustellen, dass die Lagermöglichkeiten auf der Station sehr begrenzt sind. Zur Optimierung der Lagerwirtschaft und der Arbeitsmöglichkeiten wäre es daher sinnvoll, bauliche Veränderungen in Erwägung zu ziehen oder zusätzliche Einbauten, z. B. großflächige Einbauschränke, vorzunehmen.

3. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

3.1. Instrument: Interviewleitfaden Bestellwesen

Interviewleitfaden Bestellwesen - Teil 1		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wann erfolgt die Bestellung?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Welche Person führt die Bestellung aus?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		



Modul-C >
C-FB.xls

Abbildung C-2: Interviewleitfaden Bestellwesen – Teil 1/3

Interviewleitfaden Bestellwesen - Teil 2		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wie hoch ist der Zeitaufwand, um eine Bestellung durchzuführen?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Mit welchem Aufwand sind nachträgliche Änderungen verbunden?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		

Abbildung C-3: Interviewleitfaden Bestellwesen – Teil 2/3

Interviewleitfaden Bestellwesen - Teil 3		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Gibt es weitere Informationen zum Bestellwesen?		

Abbildung C-4: Interviewleitfaden Bestellwesen – Teil 3/3

3.2. Instrument: Interviewleitfaden Lieferwesen

Interviewleitfaden Lieferwesen - Teil 1		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wann erfolgt die Lieferung?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Welche Person führt die Lieferung aus?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		



Modul-C >
C-FB.xls

Abbildung C-5: Interviewleitfaden Lieferwesen – Teil 1/4

Interviewleitfaden Lieferwesen - Teil 2		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wer packt die Lieferung aus und verteilt sie auf der Station?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Wie hoch ist der Zeitaufwand für das Auspacken?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		

Abbildung C-6: Interviewleitfaden Lieferwesen – Teil 2/4

Interviewleitfaden Lieferwesen - Teil 3		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wann erfolgt die Abholung der Lieferbehälter?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Ist eine Vollständigkeitskontrolle der Lieferung erforderlich?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		

Abbildung C-7: Interviewleitfaden Lieferwesen – Teil 3/4

Interviewleitfaden Lieferwesen - Teil 4		Datum:
Befragter:		Interviewer:
		Protokoll-Nr.:
Erfolgt die Lieferung i. d. R. vollständig?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Gibt es weitere Informationen zum Lieferwesen?		

Abbildung C-8: Interviewleitfaden Lieferwesen – Teil 4/4

3.3. Instrument: Protokoll Lagerhaltung

Datum:

Protokoll Lagerhaltung	An welchem Ort erfolgt die Lagerung?	Wird das gleiche Gut an verschiedenen Orten gelagert	Sind die Lagerorte beschriftet?	Erfolgt die Lagerhaltung nach einem Lagerhaltungskonzept?	Besonderheiten
Arzneimittel					
Büromaterial					
Desinfektionsmittel					
Lebensmittel					
Geräte					
Hilfsmittel					



Modul-C >
C-FB-Lager.xls

Abbildung C-9: Protokoll Lagerhaltung – Teil 1/2

	An welchem Ort erfolgt die Lagerung?	Wird das gleiche Gut an verschiedenen Orten gelagert	Sind die Lagerorte beschriftet?	Erfolgt die Lagerhaltung nach einem Lagerhaltungskonzept?	Besonderheiten
Infusionen					
Med. Bedarf					
Reinigungsmittel					
Sterilgut					
Wäsche					
Sonstiges					

Abbildung C-10: Protokoll Lagerhaltung – Teil 2/2

3.4. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Bestell- und Lieferwesen“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Erarbeitung eines jeweils neuen Bestellformulars für Infusionen, medizinischen Bedarf, Wirtschaftsbedarf und Büromaterial. Querabsprache Einkauf / Pflege		X		X
2. Erarbeitung eines neuen Bestellformulars für die Apothekenbestellung. Querabsprache Apotheke / Pflege		X		X
3. Sicherstellung, daß die Arztschrift unter der Apothekenbestellung stets rechtzeitig erfolgt.	X			
4. Reduzierung der 20 Bestellhefter auf einen Ordner pro Etage der Station.		X		
5. Konzentration der Bestell- und Liefertage auf zwei Tage in der Woche.		X		
6. Zuständigkeiten für die Bestellungen werden im Pflegebeam verbindlich festgelegt.	X	X		
7. Beschaffung von Liefercontainern.		X		
8. Herstellung von mehr Lieferzuverlässigkeit damit aufwändige Nachkontrollen auf der Station reduziert werden und bei einer zukünftigen internen Budgetierung das Zahlenwerk an Zuverlässigkeit gewinnt.	X	X		
9. Anlieferung aller Materialien und Entsorgung der Liefercontainer durch den einzurichtenden zentralen Hot- und Bringdienst	X			X
10. Einführung eines Dokumentationssystems für Sterilgut.		X		
11. Einführung verbindlicher Zuständigkeiten für die Sterilitätskontrolle. Treffen einer verbindlichen Absprache, die sicherstellt, daß frisch geliefertes Sterilgut hinter vorhandenem eingestellt wird.	X			
12. Doppelte Verpackung des Sterilguts zur Erhöhung der Sterilitätsdauer auf sechs Monate. Querabsprache Sterilisationsabteilung / Pflege	X			
13. Sichtung und Neuzuweisung der Lagerorte unter dem Gesichtspunkt der Wegeersparnis.	X	X		
14. Einrichtung stationärer Lagermöglichkeiten für Geräte und Hilfsmittel.	X	X		
15. Erstellung eines Lagerhaltungskonzepts, Festlegung der Lagerorte und Beschriftung derselben mit einer im Schrankinneren angebrachten Mindestbestandsliste.	X	X		X
B) inhaltliche Maßnahmen				
16. Einrichtung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels zur Bearbeitung der in diesem Bericht aufgezeigten Schnittstellenprobleme: Pflege / Einkauf / Apotheke / Materiallager.		X		

Abbildung C-11: Maßnahmenplan Bestell- und Lieferwesen



Modul-C >
C-Massnahmenplan.doc

3.5. Lehrfolien

Modul C

Kernprozess Logistik und Lagerhaltung

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

1. Ziel

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

1. Ermittlung von Problembereichen im Ablauf von Bestell- und Liefervorgängen.
2. Ermittlung von Problembereichen der Lagerhaltung.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung Teilbereiche der Untersuchung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

① Bestell- und Lieferwesen

② Lagerhaltung

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

2. Methodik

①

Methoden:

- Befragung in Form eines problemzentrierten Interviews
 - Befragt wird ein erfahrener Mitarbeiter der Station

Instrumente:

- Interviewleitfaden Bestellwesen und Interviewleitfaden Lieferwesen
 - Das Interview wird in zwei Einzelsitzungen unterteilt

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

①

Der Leitfaden wird in drei Schritten aufgebaut:

1. Erstellen der Fragen
2. Erstellen der Kategorien
3. Erstellen der Kriterien pro Kategorie

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

①

Beispiele für Leitfragen:

- Wann erfolgt die Bestellung?
- Welche Person führt die Bestellung aus?
- Wie hoch ist in etwa der für die Bestellung benötigte Zeitaufwand?
- Mit welchem Aufwand sind nachträgliche Änderungen verbunden?
- Gibt es weitere Informationen zum Bestellwesen?

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

①

Beispiele für Kategorien:

- Arzneimittel
- Lebensmittel
- Sterilgut
- Wäsche
- Material
- Infusionen

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

①

Beispielkriterien für die Kategorie „Arzneimittel“

Der Kategorie „**Arzneimittel**“ gehören sämtliche Medikamente wie Tabletten, Tropfen, Salben, Zäpfchen, Ampullen, Betäubungsmittel u. ä. an.

Beispielkriterien für die Kategorie „Sterilgut“

Die Kategorie „**Sterilgut**“ umfasst alle hausintern steril verpackten Materialien wie Wundversorgungssets oder einzelne sterile Instrumente.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

①

Ausschnitt des Fragebogens:

Interviewleitfaden Bestellwesen - Teil 1		Datum:
Befragter:	Interviewer:	Protokoll-Nr.:
Wann erfolgt die Bestellung?		
Arzneimittel		
Lebensmittel		
Sterilgut		
Wäsche		
Material		
Infusionen		
Welche Person führt die Bestellung aus?		
Arzneimittel		

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

4. Anwendung des Instruments

①

Voraussetzungen:

- Vereinbaren eines festen Zeitraumes für das Interview
- Störungsfreie Räumlichkeit

Besonderheiten:

- Gespräch wird per Tonband aufgezeichnet
- Im Interviewleitfaden können Kurznotizen eingetragen werden.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

5. Auswertung

①

Ablauf der Auswertung:

1. Tonbandmitschnitt → Textverarbeitung
2. Sichtung des Materials
3. Zuordnung der einzelnen Aussagen zu den Kategorien im Fragebogen

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

6. Ergebnisse

①

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.

Ein Beispiel:

Nachträgliche Änderungen der Medikamentenbestellung sind problematisch, da zunächst die geänderte Bestellung per Fax der Apotheke zugesandt und anschließend das Original nachgereicht werden muss. Für den Fall, dass das im Rahmen der Änderung angeforderte Medikament sofort geliefert werden soll, ist die Station selbst für die Organisation des Transportes zuständig.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

2. Methodik

②

Methode:

- **Beobachtung in Form einer Fremdaufschreibung**
 - Der Untersuchungsleiter begeht dabei die Räumlichkeiten der Station

Instrument:

- **Protokoll Lagerhaltung**
 - Erfassung des IST-Zustandes in den einzelnen Räumlichkeiten

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

②

Das Protokoll wird in zwei Schritten aufgebaut:

1. Erstellen der Kategorien
2. Erstellen der Leitfragen

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

②

Beispiele für Kategorien:

- Arzneimittel
- Büromaterial
- Desinfektionsmittel
- Lebensmittel
- Geräte

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

②

Beispiele für Leitfragen:

- An welchen Orten erfolgt die Lagerung?
- Wird das gleiche Gut an verschiedenen Orten gelagert?
- Sind die Lagerorte beschriftet?
- Erfolgt die Lagerung nach einem Lagerhaltungskonzept?
- Gibt es weitere Besonderheiten der Lagerhaltung?

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

3. Aufbau des Instruments

②

Ausschnitt des Fragebogens:

Protokoll Lagerhaltung

Datum:

	An welchem Ort erfolgt die Lagerung?	Wird das gleiche Gut an verschiedenen Orten gelagert	Sind die Lagerorte beschriftet?	Erfolgt die Lagerhaltung nach einem Lagerhaltungskonzept?	Besonderheiten
Arzneimittel					
Büromaterial					
Desinfektionsmittel					

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

4. Anwendung des Instruments

②

Voraussetzungen:

- Vereinbaren eines festen Zeitraumes für die Begehung
- Ein Mitarbeiter sollte für Fragen zur Verfügung stehen

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

5. Auswertung

②

Ablauf der Auswertung:

1. Übertragen der Daten in Textform, wobei die Ergebnisse den Kategorien des Fragebogens zugeordnet werden.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

6. Ergebnisse

②

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Die einzelnen Fächer im Medikamentenschrank des Stationszimmers sind mit den Medikamentenkategorien oder alphabetisch beschriftet. Diese Fächer des Medikamentenschrankes sind vom Fußboden bis unter die Decke verteilt. Um bestimmte Fächer und Medikamente zu erreichen, ist ein Überkopfarbeiten notwendig. Die Anordnung der Fächer stellt deshalb eine Unfallquelle dar.

C. Kernprozess: Logistik- und Lagerhaltung

7. Maßnahmenplanung

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet.
Ein Beispiel:

①

②

Maßnahmen „Bestell- und Lieferwesen“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Erarbeitung eines jeweils neuen Bestellformulars für Infusionen, medizinischen Bedarf, Wirtschaftsbedarf und Büromaterial. Querabsprache Einkauf / Pflege		X		X
2. Erarbeitung eines neuen Bestellformulars für die Apothekenbestellung. Querabsprache Apotheke / Pflege		X		X
3. Sicherstellung, daß die Arztunterschrift unter der Apothekenbestellung stets rechtzeitig erfolgt.	X			
4. Reduzierung der 20 Bestellhefter auf einen Ordner pro Etage der Station.		X		
5. Konzentration der Bestell- und Liefertage auf zwei Tage in der Woche.		X		
6. Zuständigkeiten für die Bestellungen werden im Pflegeteam verbindlich festgelegt.	X	X		
7. Beschaffung von Liefercontainern.		X		
8. Herstellung von mehr Lieferzuverlässigkeit damit aufwendige Nachkontrollen auf der Station reduziert werden und bei einer zukünftigen internen Budgetierung das Zahlenwerk an Zuverlässigkeit gewinnt.	X	X		
9. Anlieferung aller Materialien und Entsorgung der Liefercontainer durch den einzurichtenden zentralen Hol- und Bringendienst.	X			X
10. Einführung eines Dokumentationssystems für Sterilaut.		X		

D. Kernprozess: Wege

In diesem Modul wird der Zeitaufwand untersucht, der durch zurückgelegte Wegstrecken und Wartezeiten verursacht wird.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Untersuchung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Wege wird die **Selbstaufschreibung** verwendet. Dabei werden die Mitarbeiter der Musterstation aufgefordert, alle anfallenden Wege zu notieren, um deren Häufigkeit erfassen zu können.

Methode:
Selbstaufschreibung
Seite J-12

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, die Arbeitsbelastung einer Berufsgruppe im Hinblick auf anfallende Wegezeiten abzubilden. Im Musterkrankenhaus wurde hierfür die Berufsgruppe der Pflege ausgewählt.

Je nach Ausrichtung des Untersuchungsinteresses können weitere Berufsgruppen an der Protokollführung beteiligt werden. Soll beispielsweise die Gesamtbelastung einer Station durch notwendige Wege ermitteln werden, ist es erforderlich, alle auf der Untersuchungseinheit tätigen Berufsgruppen in die Wegeerfassung einzubeziehen.

Als **Instrument zur Selbstaufschreibung** wird ein **Wegeerfassungsprotokoll** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Strichliste eine einfache Erfassung aller anfallenden Wege.

Instrument:
Wegeerfassungsprotokoll
Seite D-14

1.1. Aufbau des Instruments

Das Wegeerfassungsprotokoll ist in Form einer Tabelle gestaltet. Die Tabelle enthält **pro Zeile** einen **Zielort** außerhalb der Musterstation und in den **Spalten** die **Uhrzeit** im einstündigen Intervall. In den daraus entstehenden Schnittpunkten werden während der Untersuchung die anfallenden Wege markiert. Abbildung D-1 zeigt den schematischen Aufbau des Protokolls.

		Spalte ↓		
		ab 6:00	ab 7:00	...
Zeile→	Andere Station			
	Apotheke			
	Archiv			
	...			

Abbildung D-1: Aufbau des Wegeerfassungsprotokolls

Die Auswahl der Zielorte erfolgt in Absprache mit der zu untersuchenden Berufsgruppe. Um eine detaillierte Auswertung zu ermöglichen, sollten alle häufig angegangenen Zielorte namentlich benannt werden. Die Auswahl dieser Zielorte erfolgt gemeinsam mit den Mitarbeitern der Station. Im Musterkrankenhaus wurden die folgenden Zielorte festgelegt:

- Andere Station
- Apotheke
- Archiv
- Aufnahme
- CT
- Einkauf
- EKG
- Endoskopie
- Intern Station
- Küche
- Labor
- Leichenhalle
- Pforte
- Post
- Rettungsstelle
- Röntgen
- Sonographie

Um die Anwendung des Instrumentes zu erleichtern, sollten die Zielorte alphabetisch geordnet werden.

Zusätzlich wird im Wegeerfassungsprotokoll eine Kategorie „Sonstige“ angelegt. Sie dient der Erfassung von Wegen, deren Zielort nicht einzeln benannt ist. Somit wird während der Auswertung sichergestellt, dass auch die Gesamtanzahl der Wege ermittelt werden kann.

1.2. Anwendung des Instruments

Während des Erhebungszeitraumes (im Musterkrankenhaus bemisst sich dieser über 22 Schichten) werden die geleisteten Wege kontinuierlich notiert. Hierzu ist an jedem Ausgang der Station für die Mitarbeiter des Früh-, Spät- und Nachtdienstes jeweils ein Wegeerfassungsprotokoll angebracht. Neben dem Ausgang zum Treppenhaus sollte auch neben dem Aufzug ein Protokoll angebracht werden.

Um den Weg zu erfassen, markiert der Mitarbeiter beim Verlassen der Station, durch einen Strich in die entsprechende Zelle, seinen Weg. Die Zelle ergibt sich aus dem Schnittpunkt der Zeile des Zielortes und der Spalte des Zeitpunktes.

Ist der Zielort nicht in der Tabelle aufgeführt, wird der Weg durch einen Strich in der Kategorie „Sonstige“ erfasst.

1.3. Rolle des Beobachters

Die Datenerhebung wird durch einen Beobachter begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch das Erhebungsinstrument „Wegeerfassungsprotokoll“ erfasst werden.

Da im Rahmen der Wegeerfassung lediglich die Anzahl der zurückgelegten Wege ermittelt werden, übernimmt der Beobachter die Aufgabe, alle **Wegezeiten** zu erfassen.

Je nach eigenem Schwerpunkt der Zielstellung können die Zeiten einzelner oder aller Zielorte gemessen werden.

Ermittelt werden die „Echtzeiten“, das heißt, es wird der Zeitaufwand gemessen, den ein Mitarbeiter regulär für den Hin- und Rückweg zurücklegen muss. Die Messung erfolgt mit Hilfe einer Stoppuhr, so dass ein sekundengenaueres Messergebnis ermittelt werden kann. Die Zeitmessung beginnt beim Verlassen und endet beim Wiedereintreffen auf der Station.

Um die Ergebnisse der Zeitmessung miteinander vergleichen zu können, müssen zwei **Voraussetzungen** erfüllt sein:

Zunächst müssen vor der Durchführung der Zeitmessung ein Anfangs- und ein Endpunkt für die Messung bestimmt werden. So wurden beispielsweise im Musterkrankenhaus für die Zeitmessung von der Station zum Labor die Messpunkte „Stationszimmer“ und „Probenabgaberaum im Labor“ festgelegt.

Um eine Durchschnittszeit ermitteln zu können, muss die Messung pro Zielort mehrfach und an unterschiedlichen Mitarbeitern erfolgen. Zur Berechnung der Durchschnittszeit wird der arithmetische Mittelwert verwendet. Hierbei wird die Summe aller Zeiten eines Zielortes durch die Anzahl der gemessenen Wege dividiert.

Im Musterkrankenhaus konnten für die Kategorien „Sonstige“ und „Andere Station“ keine Zeiten erfasst werden. Die Kategorie „Andere Station“ umfasst alle anderen Stationen außerhalb der Musterstation. Aus diesem Grund ist keine präzise Zeitmessung möglich gewesen.

Eine Zeitmessung für diese Wege hätte es erforderlich gemacht, alle Stationen einzeln im Wegeerfassungsprotokoll aufzulisten. Dies hätte jedoch die Übersichtlichkeit des Protokolls erheblich beeinträchtigt.

Zudem sind die auf dem Protokoll aufgeführten Wege vor Untersuchungsbeginn in Absprache mit den Mitarbeitern der Musterstation ausgewählt worden, wobei „Andere Station“ als ein wichtiger aber nicht primärer Zielort bewertet wurde. Eine zusammenfassende Darstellung wurde deshalb für ausreichend erachtet.

2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden zunächst die Wegeerfassungsprotokolle ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 88 Datenlisten zur Verfügung.

Auswertung der
Wegeanzahl

Bei der Auswertung der Anzahl der Wege werden zunächst alle Einzelstriche, die auf den Erfassungsprotokollen verzeichnet sind, ausgezählt und auf ein leeres Wegeprotokoll als Zahl übertragen.

1. Erhebungstag

Zielort	ab 11:00 Uhr
Andere Station	IIII II
Archiv	I

plus

2. Erhebungstag

Zielort	ab 11:00 Uhr
Andere Station	III
Archiv	I

ist gleich

Übertrag als Zahl:

Zielort	ab 11:00 Uhr
Andere Station	7 + 3
Archiv	1 + 1

Die ermittelten Einzelwerte werden nun addiert. Diese Summe wird anschließend in die Excel-Auswertungsdatei übertragen. Um die Eingabe in der Datei zu vereinfachen, ist das Eingabeformular



Modul-D >
D-Auswertung.xls

„**Dateneingabe_Wege**“ – wie auch die Wegeerfassungsprotokolle – in drei Eingabebereiche unterteilt.

Die im Datenblatt „Dateneingabe_Wege“ eingegebenen Werte bilden die Grundlage aller weiteren Auswertungen. Folgende Datenblätter zur Auswertung sind bereits enthalten:

Tabellenblatt: Wege_Auswertung_Anzahl

Das Tabellenblatt stellt die Gesamtanzahl der Wege pro Zielort in sortierter Reihenfolge dar.

Tabellenblatt: Wege_Auswertung_Gesamtzeit

Das Tabellenblatt stellt die Gesamtzeit der Wege pro Zielort in sortierter Reihenfolge dar.

Tabellenblatt: Bild_Wege_Tagesverlauf

Das Diagramm zeigt die Gesamtanzahl der Wege im Tagesverlauf.

Tabellenblatt: Bild_Anzahl_Wege_Top 8

Das Diagramm zeigt die acht am häufigsten angegangenen Zielorte.

Tabellenblatt: Bild_Wege_Zeit_Anzahl_Top 8

Das Diagramm zeigt die acht Zielorte mit den längsten Wegezeiten. Vergleichsweise wird für jeden Zielort auch die Anzahl der Wege angegeben.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen. So können beispielsweise die Daten der einzelnen Schichten zu einem Gesamtdatenblatt zusammenfasst werden. Ebenso können die Daten nach Wochentagen und Wochenende oder nach Tageszeiten unterschieden dargestellt werden.

Bei der Auswertung der für die Wege aufgewendeten Zeiten werden zunächst für jeden möglichen Zielort die gemessenen Einzelzeiten mit der Gesamtanzahl der der zu diesem Zielort zurückgelegten Wege multipliziert.

Auswertung der Wegezeiten

Beispielrechnung Endoskopie

Formel: TE = tE * WE

TE = Gesamtzeit für alle Wege zur Endoskopie

tE = Einzelzeit für einen Weg zur Endoskopie

WE = Anzahl der insgesamt zur Endoskopie zurückgelegten Wege

Gegeben: tE = 00:15:07 h

WE = 44 Wege

Gesucht: Gesamtzeit der Wege zur Endoskopie

Rechnung: TE = 00:15:07 h x 44
TE = 11:05:08 h

Ergebnis: Für die Wege zur Endoskopie werden im Erhebungszeitraum insgesamt 11 Stunden 5 Minuten und 8 Sekunden benötigt.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.1. Ausgangssituation

Im Musterkrankenhaus werden die Patienten vom Pflegepersonal zu den diagnostischen Abteilungen begleitet. Ebenso werden Untersuchungsanforderungen oder Untersuchungsmaterial von den Mitarbeitern des Pflegedienstes zu ihrem jeweiligen Bestimmungsort gebracht. Zusätzlich fallen stationsinterne Wege an, da sich die Musterstation über zwei Etagen erstreckt.

3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung

Im Musterkrankenhaus ist für den gesamten Erhebungszeitraum eine absolute Häufigkeit von 1.072 Wegen festgestellt worden. Die 22 während der Erhebung beurteilten Schichten umfassen einen Zeitraum von insgesamt 176 Stunden und 30 Minuten. Während der Erhebungszeit benötigen die Mitarbeiter für die erforderlichen Wege insgesamt 48 Stunden und 4 Sekunden. Das bedeutet: Der benötigte Zeitaufwand entspricht in etwa dem Zeitaufwand von 1,25 Personalplanstellen.

Abbildung D-2 zeigt, wie sich die zu leistenden Wege über den Tag verteilen. Zu beachten ist, dass die Darstellung der Wegezanzahl der Gesamtsumme des Erhebungszeitraumes entspricht. So wurden beispielsweise von 11.00 bis 12.00 Uhr innerhalb von 7 Tagen insgesamt 141 Wege verursacht.

Bewertung der Wegehäufigkeit

Die Verteilung im Tagesverlauf zeigt eine deutliche Zunahme des Wegeaufwandes im Zeitraum von 6.00 bis 16.00 Uhr. Innerhalb dieses Zeitraumes treten drei Häufigkeitsspitzen auf. In den Stunden zwischen 9.00 und 10.00 Uhr wurden 95 Wege, zwischen 11.00 und 12.00 Uhr 141 Wege und zwischen 13.00 und 14.00 Uhr 103 Wege ausgeführt. Insgesamt wurden während der genannten Kernzeit² 782 Wege zurückgelegt. Das entspricht etwa 73 Prozent der insgesamt erfassten 1.072 Wege.

² Kernarbeitszeit im Musterkrankenhaus von 6.00 bis 15.00 Uhr.

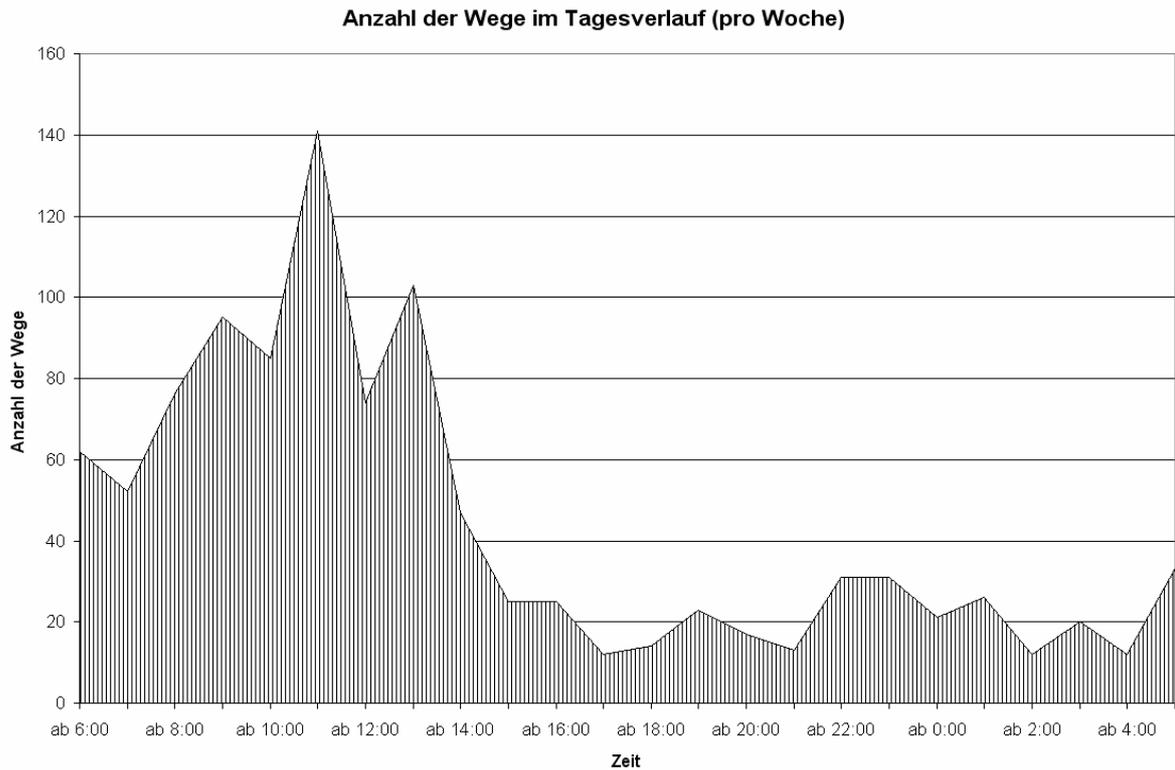


Abbildung D-2: Anzahl der Wege im Tagesverlauf

Sortiert man die Wegezahlen der Zielorte absteigend, so erhält man eine Rangliste der am häufigsten angangenen Zielorte. Mit 585 Wegen wurde im Musterkrankenhaus am häufigsten intern zwischen den beiden Ebenen der Station gelaufen. Den zweiten Rang besetzen die Wege zu anderen Stationen mit 121 Wegen. Ebenfalls häufig wird das Labor mit 76 Wegen aufgesucht. Eine grafische Übersicht der acht am häufigsten angelaufenen Zielorte sind der Abbildung D-3 zu entnehmen.

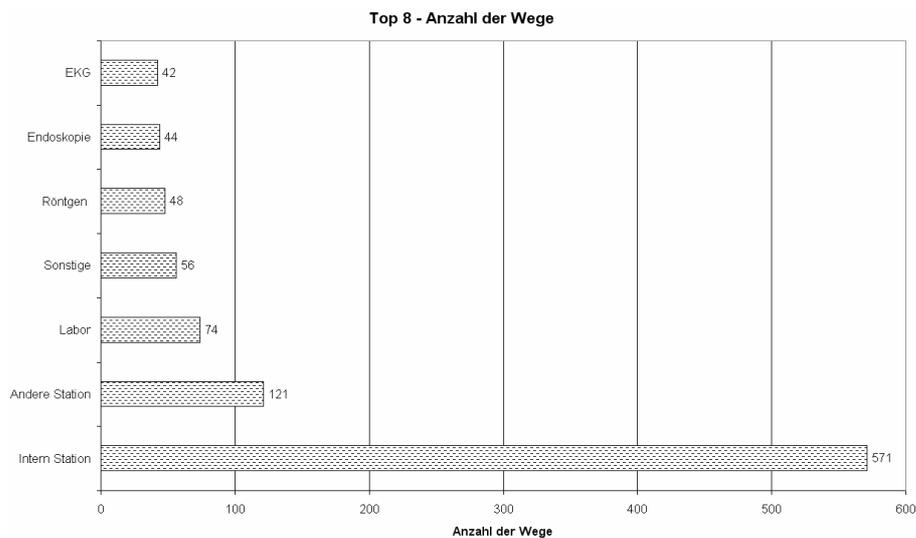


Abbildung D-3: Top 8 der angelaufenen Zielorte

Als zweites Kriterium zur Bildung einer Rangliste wird die zeitliche Dimension verwendet. Hierfür wird die Gesamtwegezeit pro Zielort benötigt. Sortiert man diese Liste absteigend, ergibt sich daraus eine Rangliste derjenigen Zielorte, die den größten Zeitaufwand verursachen. Abbildung D-4 stellt die acht zeitintensivsten Zielorte zusammen und vergleicht diese mit der damit verbundenen Anzahl der Wege.

Bewertung der zeitlichen Dimension

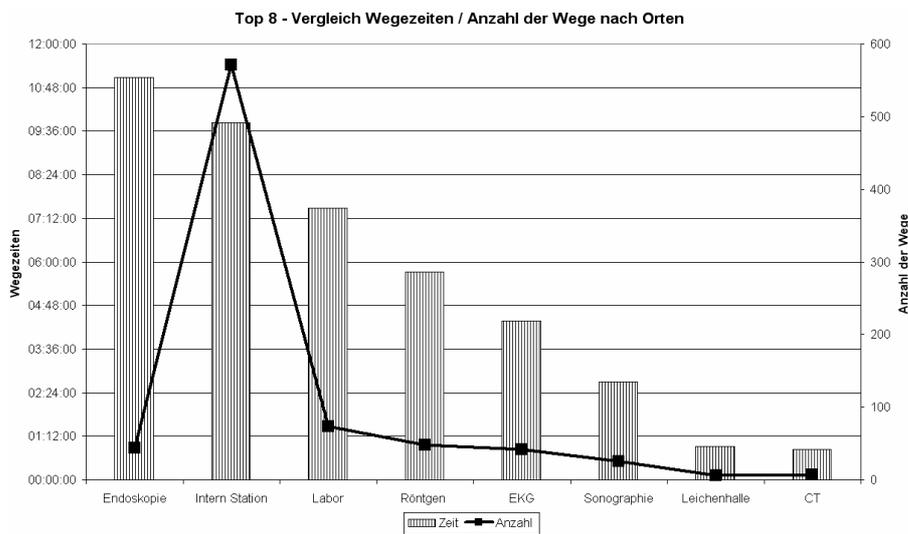


Abbildung D-4: Top 8 Zielorte nach Wegezeit im Vergleich zur Anzahl der Wege

Den größten Zeitaufwand im Musterkrankenhaus verursachen die Wege zum Zielort „Endoskopie“. Hier wurde ein Zeitaufwand von 11 Stunden 5 Minuten und 8 Sekunden ermittelt bei einer Anzahl von nur 44 Gängen. Den zweiten Rang nehmen die internen Wege zwischen den beiden Etagen der Station mit 10 Stunden 4 Minuten und 30 Sekunden ein. Im Gegensatz zur Endoskopie wurden in dieser Zeit jedoch 585 Wege zurückgelegt.

Die weiteren Ränge werden nacheinander von den diagnostischen Abteilungen belegt: Labor 7 Stunden 41 Minuten und 4 Sekunden bei 76 Wegen, Röntgen 5 Stunden 57 Minuten und 30 Sekunden bei 50 Wegen sowie EKG 4 Stunden 41 Minuten und 15 Sekunden bei 45 Wegen. Werden die Daten der diagnostischen Abteilungen Röntgen, EKG, Endoskopie und Sonographie zusammengefasst, so ergibt sich eine Anzahl von 165 Wegen und ein damit verbundener Zeitaufwand von 24 Stunden 26 Minuten und 23 Sekunden.

Das bedeutet: Im Hinblick auf die Gesamtanzahl der Wege erscheinen die Wege zu den diagnostischen Abteilungen mit 15 Prozent nicht sehr bedeutend zu sein. Die dadurch entstehende Wegezeit entspricht jedoch 52 Prozent der Gesamtwegezeit. Für die spätere Maßnahmenplanung ergibt sich hieraus folgender Schluss: Die Wege zu den diagnostischen Abteilungen sollten mit hoher Priorität im Hinblick auf Optimierungsmöglichkeiten untersucht werden. Denn jeder gesparte

Weg führt unmittelbar zu einer erheblichen Reduktion der Personal bindenden Wegezeiten.

Wie bereits erwähnt, konnten im Musterkrankenhaus die Zielorte zu externen Stationen sowie die in der Kategorie „Sonstige“ erfassten Wege nicht mit Zeitwerten hinterlegt werden und entfallen somit bei der Betrachtung der Gesamtzeitdauer. Für die Bewertung des Gesamtzeitaufwandes bedeutet dies, dass 180 Wege in ihrer zeitlichen Dimension nicht berücksichtigt sind und daher von einem höheren Gesamtzeitaufwand ausgegangen werden muss.

3.3. Ergebnisse der Beobachtung

Die Dimensionen „Anzahl der Wege“ und „Wegezeit“ lassen Rückschlüsse auf die Belastung der Mitarbeiter zu. Um jedoch Strategien zur Lösung des Problems erarbeiten zu können, müssen sowohl direkte als auch indirekte Ursachen erkannt werden.

Mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung können diese Ursachen erkannt und beschrieben werden. In den nachfolgenden Abschnitten werden beispielhaft die Ergebnisse des Musterkrankenhauses beschrieben.

A) Wege zum Labor

Aus den oben beschriebenen Ergebnissen der Wegeanzahl und dem damit verbundenen Zeitaufwand wird deutlich, dass die Wege ins Labor personelle Ressourcen stark binden. Durch die teilnehmende Beobachtung konnten verschiedene Ursachen ermittelt werden, die in der späteren Lösungsfindung als Ansatzpunkt dienen.

Während des Erhebungszeitraumes ist zu beobachten, dass auf der Station das entnommene Untersuchungsmaterial nicht immer vor dem Transport ins Labor gesammelt wird. In der Folge wird das Untersuchungsmaterial nach der Entnahme einzeln ins Labor gebracht.

Von Seiten der Station existieren weder verbindliche Zeiten für die Probeentnahmen noch für die Transporte der Proben ins Labor. Gleichwohl sollen die morgendlichen ärztlichen Blutentnahmen bis spätestens 8.30 Uhr im Labor eintreffen. In der Regel findet die ärztliche Blutentnahme jedoch erst wesentlich später statt. Teilweise wird die letzte Probe erst gegen 11.00 Uhr entnommen, so dass der Transport der Proben ins Labor meist einzeln erfolgt.

Für Blutentnahmen am Abend ist hingegen ein fester Zeitraum vorgesehen. Diese sollen nach Vorgaben des Labors zwischen 18.00 und 19.00 Uhr erfolgen und werden von den Mitarbeitern der Musterstation auch entsprechend durchgeführt.

Erhebliche Wegebelastrungen verursacht auch die Bestimmung der Blutzuckertagesprofile. Das notwendige Untersuchungsmaterial wird in Form einer kapillaren Blutentnahme von den Mitarbeitern der Pflege gewonnen und umgehend in das Labor gebracht. Die Probeentnahmen erfolgen um 7.00, 11.00 und 16.00 Uhr. Da diese Zeiten von den oben beschriebenen Zeiten abweichen, entstehen zusätzliche Wege ins Labor.

Hinzu kommt, dass jeder Weg zum Labor auch mit einem stations-internen Weg verbunden ist. Bevor der Mitarbeiter zum Labor geht, besucht er die andere Etage, um vorhandenes Untersuchungsmaterial mitzunehmen. Dies ist auch dann der Fall, wenn auf der anderen Etage kein Untersuchungsmaterial zur Mitnahme bereitsteht.

Neben den Wegen, die durch Blutentnahmen entstehen, verursachen zeitlich schwer planbare Probeentnahmen zusätzliche Wege. Hierzu gehören beispielsweise Stuhl- und Urinproben.

B) Wege zu diagnostischen Abteilungen

Die Ergebnisse zur Erfassung der Anzahl der Wege und dem damit verbundenen Zeitaufwand zeigen, dass besonders die Wege zu den diagnostischen Abteilungen einen hohen Zeitaufwand erfordern. In der teilnehmenden Beobachtung konnten hierfür mehrere Gründe ausfindig gemacht werden.

Zunächst ist zu beobachten, dass Untersuchungen stets „auf Abruf“, also ohne koordinierte Terminplanung zwischen der Station und den diagnostischen Abteilungen, erfolgen. Dieses Vorgehen führt u. a. zu wiederholten Unterbrechungen der pflegerischen und therapeutischen Arbeitsabläufe sowie zu einer erhöhten Benutzung des Telefons (siehe auch: Kernprozess: Telefonate, Modul E).

Die fehlende Koordinierung führt zu einem mehrfachen Aufsuchen desselben Untersuchungsortes zu verschiedenen Tageszeiten, da sich Sonographie, EKG und Lungenfunktionsdiagnostik wie auch Röntgen und Computertomographie am gleichen Standort befinden, aber zeitlich getrennt voneinander aufgesucht werden.

Die Anzahl der Wege erhöht sich im Zusammenhang mit den diagnostischen Maßnahmen auch durch die Art der Weiterleitung der Anforderungsscheine. So ist es auf der Musterstation üblich, Anforderungsscheine für Untersuchungen am Folgetag umgehend zur jeweiligen diagnostischen Abteilung zu bringen.

Für die Untersuchungen, die nicht am Folgetag stattfinden, werden die Anforderungsscheine erst am nächsten Morgen um 7.45 Uhr zusammen mit weiteren Formularen zur Poststelle gebracht und von dem dortigen Mitarbeiter weitergeleitet.

Ein weiterer Faktor, der die Wegezeiten zu den diagnostischen Abteilungen negativ beeinflusst, ist die Verfügbarkeit der Aufzüge im

Rahmen des Patiententransports. Da im Musterkrankenhaus die Aufzüge tagsüber stark ausgelastet sind, kommt es an dieser Stelle häufig zu Wartezeiten und damit zur Verlängerung der Wegezeit.

Zudem gehört es im Musterkrankenhaus zu den Aufgaben der Pflegekräfte, vor und nach der Untersuchung bei der Umlagerung des Patienten zur Verfügung zu stehen. Neben dem Zeitaufwand, der durch die Maßnahme selbst entsteht, führt dieses Vorgehen oft auch zu Wartezeiten des jeweiligen Mitarbeiters, sofern sich der Rückweg zur Station nicht lohnt.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite D-17

A) Wege zum Labor

Blutzuckerbestimmung (kurzfristige Umsetzung)

Die Blutzuckerbestimmung im Tagesprofil kann vor Ort mit Hilfe eines Glucometers erfolgen. Diese Methode wird auf der Musterstation bereits bei nächtlichen Blutzuckerbestimmungen angewendet.

Stuhlprobe: Okkultes Blut (kurzfristige Umsetzung)

Der Test auf okkultes Blut im Stuhl kann auf der Station durchgeführt werden. Dazu ist es notwendig, die dafür notwendigen Labormaterialien vorrätig zu halten.

Entnahmezeiten (kurzfristige Umsetzung)

Sinnvoll ist die Einführung festgelegter Zeiten für die Entnahme und den Transport des Untersuchungsmaterials. Dies gilt insbesondere für Blutproben, da deren Aufbewahrungszeit beschränkt ist.

Materialtransport (mittelfristige Umsetzung)

Die Einrichtung eines hausinternen Hol- und Bringendienstes wird für den Transport von Untersuchungsanforderungsscheinen, Untersuchungsmaterial, Befunden u. ä. empfohlen. Dieser könnte die Station zu festgelegten Zeiten routinemäßig aufsuchen und sollte zusätzlich kontinuierlich, z. B. per Rufsignal, erreichbar sein.

Ärztliche Tätigkeiten (kurzfristige Umsetzung)

Zu überdenken ist auch die Organisation der ärztlichen Tätigkeiten am Morgen. Zu Dienstbeginn können alle notwendigen Blutentnahmen durchgeführt werden. Die Visite erfolgt im Anschluss. (siehe auch: Kernprozess Anordnungen, Modul G)

B) Wege zu diagnostischen Abteilungen

Einstufung diagnostischer Maßnahmen (mittelfristige Umsetzung)

Eine Trennung durchzuführender diagnostischer Maßnahmen nach Dringlichkeit (Aufnahme-, Routine- und Akutdiagnostik) ist notwendig und sollte auf der Untersuchungsanforderung vermerkt werden.

Untersuchungsplan (mittel- bis langfristige Umsetzung)

Auf der Grundlage der o. g. Differenzierung bestünde für die Untersuchungsabteilungen die Möglichkeit, entsprechend der angegebenen Dringlichkeitsstufe, eine Terminplanung vorzunehmen. Denkbar ist auch, dass die Untersuchungsabteilung einen Untersuchungsplan mit einer Vorplanung über mehrere Tage erstellt und diesen z. B. zwei Tage im Voraus festlegt. In diesem Plan kann ein Zeitfenster als Ressource für Notfalluntersuchungen vorgehalten werden. Im so erstellten Untersuchungsplan sind der Untersuchungstag sowie die Untersuchungszeit des einzelnen Patienten erfasst. Er wird in Schriftform per Übersichtsblatt oder als Fax der Station zugeführt. Ideal wäre ein die Informationsweitergabe per Intranet.

Abteilungsübergreifende Koordinierung (mittel- bis langfristige Umsetzung)

Um zu vermeiden, dass der Patient mehrmals täglich die funktionsdiagnostische Abteilung zu verschiedenen Untersuchungen aufsuchen muss, ist eine Koordination zwischen den diagnostischen Abteilungen (EKG, CT etc.) notwendig. Zunächst ist auf der Untersuchungsanforderung zu vermerken, für welche anderen Untersuchungen der Patient ebenfalls angemeldet wurde und zu welcher Zeit diese stattfinden. Diese Informationen könnten von der jeweiligen diagnostischen Abteilung bei der Terminplanung berücksichtigt werden.

Idealerweise sollten sich die Abteilungen untereinander absprechen, um für den Patienten einen möglichst optimal koordinierten Untersuchungstagesplan zu erstellen.

Umlagerung des Patienten (kurzfristige Umsetzung)

Eine Möglichkeit der Reduzierung der Wegezeiten besteht darin, die erforderliche Umlagerung des Patienten durch den Mitarbeiter der jeweiligen diagnostischen Abteilung durchführen zu lassen.

Materialtransport (mittelfristige Umsetzung)

In Bezug auf die Verteilung der Untersuchungsanforderungen, der Befunde wie auch des Untersuchungsplanes ist wiederum die Einrichtung eines hausinternen Hol- und Bringendienstes zu empfehlen.

Die Ergebnisse des Musterkrankenhauses zeigen, dass im Erhebungszeitraum die Mitarbeiter des Pflegedienstes mit Hol- und Bringendiensten im Umfang von mehr als einer vollen Personalplanstelle belastet werden. Dementsprechend sind die Kosten für Hol- und

Bringendienste mit den Gehaltskosten einer Pflegepersonalplanstelle zu kalkulieren.

In der Folge reduziert sich der tatsächliche Personalschlüssel auf der Musterstation um eine Pflegefachkraft, die demnach nicht für pflegerische Aufgaben zur Verfügung steht.

Hinzu kommt, dass die Hol- und Bringendienste in vielen Fällen bisher zeitlich nicht planbar sind und damit die pflegerischen und therapeutischen Arbeitsabläufe während der Ausführung unterbrochen und später neu aufgenommen werden müssen.

Aus diesen Gründen zielen die Optimierungsvorschläge auf

- die Reduzierung der zu leistenden Wege,
- die Reduzierung der damit verbundenen Abwesenheitszeiten sowie
- die Ermöglichung geplanter Arbeitsabläufe im pflegerischen und therapeutischen Handeln,

mit dem Ziel, die frei werdenden Zeitressourcen am Patienten zu verwenden.

Allerdings erfordert die Optimierung des Untersuchungsmanagements eine umfangreichere Analyse, eine Neuorganisation der Abläufe in den einzelnen diagnostischen Bereichen und einen übergreifenden Abgleich zwischen allen hausinternen Untersuchungsabteilungen.

In diesem Zusammenhang wäre u. a. die Regelung der Dienstzeiten in den einzelnen Untersuchungsabteilungen zu überprüfen und ggf. zu verändern. Eine ideale Lösung bestünde sicher in der Schaffung einer Personalstelle für einen Koordinator oder einen Case-Manager, der abteilungsübergreifend alle Untersuchungstermine abstimmt.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Wegeerfassungsprotokoll

Wegeerfassungsprotokoll		Datum:										
		Frühdienst	ab 6:00	ab 7:00	ab 8:00	ab 9:00	ab 10:00	ab 11:00	ab 12:00	ab 13:00	ab 14:00	
Ort / Zeit												
Archiv												
Andere Station												
Apotheke												
Aufnahme												
CT												
Einkauf												
EKG												
Endoskopie												
Intern Station A												
Küche												
Labor												
Leichenhalle												
Pforte												
Post												
Rettungsstelle												
Röntgen												
Sonographie												
Sonstige												



Modul-D >
D-FB.xls

Abbildung D-5: Wegeerfassungsprotokoll - Teil 1/3

Datum: _____

Wegeerfassungsprotokoll									
Spät dienst	ab 14:00	ab 15:00	ab 16:00	ab 17:00	ab 18:00	ab 19:00	ab 20:00	ab 21:00	ab 22:00
Archiv									
Andere Station									
Apotheke									
Aufnahme									
CT									
Einkauf									
EKG									
Endoskopie									
Intern Station A									
Küche									
Labor									
Leichenhalle									
Pforte									
Post									
Rettungsstelle									
Röntgen									
Sonographie									
Sonstige									
Σ / Stunde									

Abbildung D-6: Wegeerfassungsprotokoll - Teil 2/3

Datum: _____

Wegeerfassungsprotokoll

Nachtendienst	ab 22:00	ab 23:00	ab 0:00	ab 1:00	ab 2:00	ab 3:00	ab 4:00	ab 5:00	ab 6:00
Ort / Zeit									
Archiv									
Andere Station									
Apotheke									
Aufnahme									
CT									
Einkauf									
EKG									
Endoskopie									
Intern Station A									
Küche									
Labor									
Leichenhalle									
Pforte									
Post									
Rettungsstelle									
Röntgen									
Sonographie									
Sonstige									
Σ / Stunde									

Abbildung D-7: Wegeerfassungsprotokoll - Teil 3/3

5.2. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Wege“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Durchführung der Blutzuckerbestimmungen für Blutzuckeragesprofile auf der Station mit einem Glucometer.	X			X
2. Durchführung von Hämocult®-Tests auf der Station, Bereitstellung entsprechender Arbeitsmittel, Einweisung des Personals. Querabsprache Ärzte / Labor	X			X
3. Festsetzung und Einhaltung verbindlicher Zeiten für die Entnahme von Untersuchungsmaterial und anschließender Sammeltransport des Materials. Querabsprache Ärzte / Labor / Pflege	X			X
4. Änderung der Arbeitsgänge im ärztlichen Dienst: Blutentnahme bei Dienstbeginn des Arztes, Visitedurchführung im Anschluß. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
5. Änderung der Anforderungsformulare für diagnostische Maßnahmen, Einbringen einer Ankreuzrubrik: a) Aufnahme, b) Routine, c) Notfall.		X		X
6. Terminplanung in der Diagnostik nach Dringlichkeitsstufe. Querabsprache diagnostische Einheiten / Ärzte / Pflege		X	X	X
7. Erstellung von Untersuchungsplänen mit Vorlauf von einem bis zwei Tagen, Berücksichtigung eines Zeitfensters für Notfalluntersuchungen. Querabsprache diagnostische Einheiten / Ärzte / Pflege			X	X
8. Patientenbezogene Koordination der diagnostischen Maßnahmen. Querabsprache diagnostische Einheiten / Ärzte / Pflege		X	X	X
9. Hilfestellung für den Patienten bei der Lagerung etc. für diagnostische Maßnahmen erfolgt durch die Mitarbeiter der diagnostischen Abteilungen und nicht mehr durch das Pflegepersonal. Querabsprache Krankenhausleitung / diagnostische Einheiten / Pflege	X			X
10. Reduzierung der Wege zwischen den Ebenen durch Optimierung der Lagerhaltung, Arbeitsablaufoptimierung und weitere Maßnahmen, die in den einzelnen Kapiteln dieses Berichts beschrieben werden.	X			
11. Einführung eines zentralen Hol- und Bringendienstes für die gesamte Klinik. Hierzu sollte der Einsatz kostengünstigen Personals geprüft werden, etwa Langzeitarbeitslose oder „Arbeit statt Strafe“-Betroffene.			X	X
12. Einstellung eines Koordinators bzw. Einführung eines klinikinternen Case-Managements.			X	X

Abbildung D-8: Maßnahmenplan Wege



Modul-D >
D-Massnahmenplan.doc

5.3. Lehrfolien

Modul D

Kernprozess Wege

D. Kernprozess: Wege

1. Ziel

Ermittlung der durch Wege
entstehenden Arbeitsbelastung.

D. Kernprozess: Wege

2. Methodik

Methoden:

- **Selbstaufschreibung**
 - Jeder Mitarbeiter der Station erfasst seine Wege

Instrument:

- **Wegeerfassungsprotokoll**
 - Erfassung per Strichliste

D. Kernprozess: Wege

3. Aufbau des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Das Protokoll enthält:

1. Die Zielorte
2. Die Uhrzeiten

D. Kernprozess: Wege

3. Aufbau des Instruments

Beispiele für Zielorte:

- Andere Station
- Apotheke
- Archiv
- Aufnahme
- CT
- Einkauf
- EKG

D. Kernprozess: Wege

3. Aufbau des Instruments

Ausschnitt des Protokolls:

Wegeerfassungsprotokoll

Datum:

Frühdienst									
Ort / Zeit	ab 6:00	ab 7:00	ab 8:00	ab 9:00	ab 10:00	ab 11:00	ab 12:00	ab 13:00	ab 14:00
Archiv									
Andere Station									
Apotheke									
Aufnahme									
CT									
Einkauf									
EKG									
Endoskopie									
Intern Station A									
Küche									
Labor									
Leichenhalle									
Pforte									
Post									
Rettungsstelle									
Dienstraum									

D. Kernprozess: Wege

4. Anwendung des Instruments

- Information der Mitarbeiter über
 - Dauer des Erhebungszeitraums
 - Ort des Aushangs der Protokolle
- Jeder Mitarbeiter markiert jeden Hin- und Rückweg mit einem Strich auf dem Protokoll
 - Zeile: entsprechend dem Zielort
 - Spalte: entsprechend der Uhrzeit

D. Kernprozess: Wege

5. Auswertung

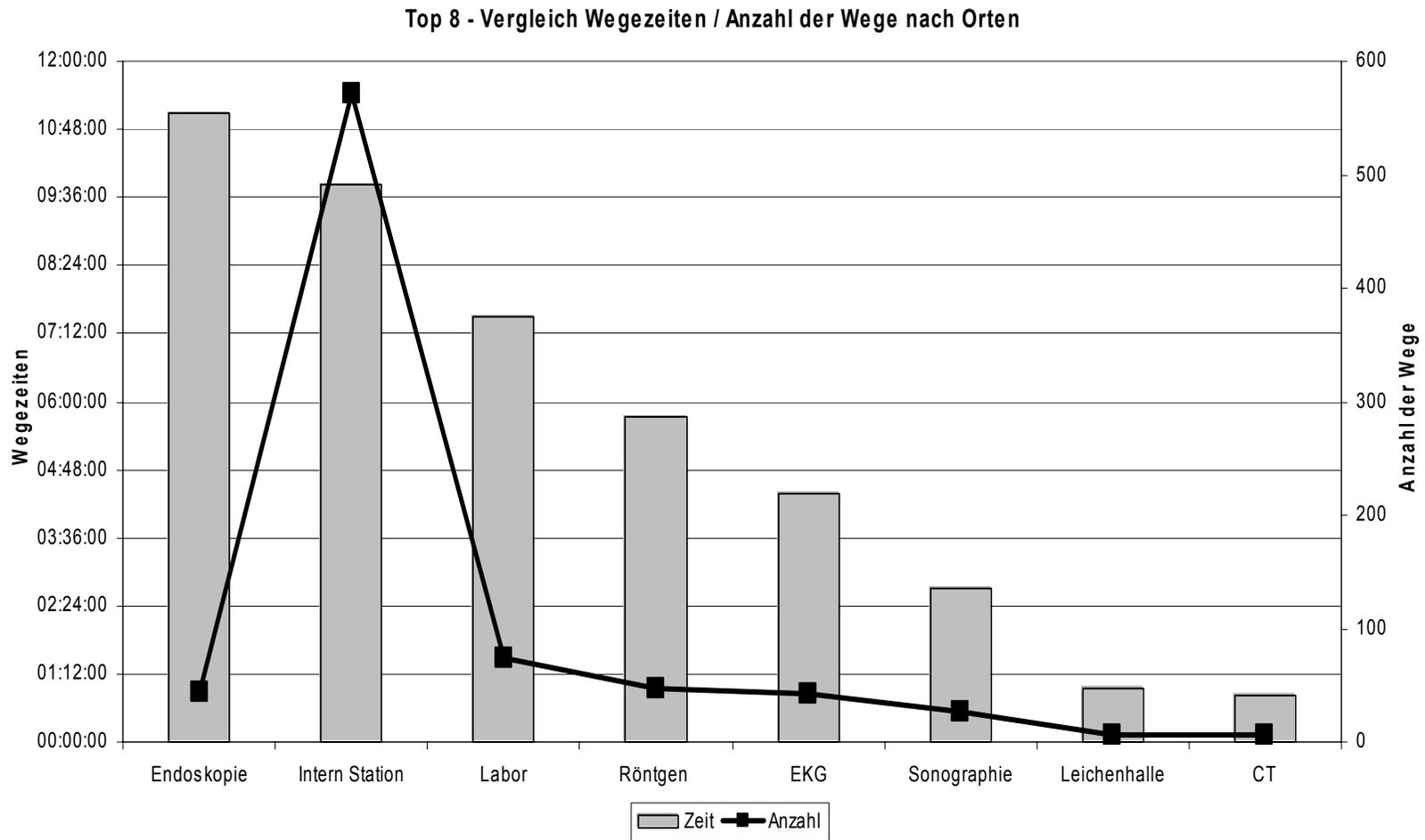
Ablauf der Auswertung:

1. Addieren der Werte der Tagesprotokolle
2. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
3. Auswertung der Diagramme
(Beispiel auf nächster Folie)

D. Kernprozess: Wege

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project



D. Kernprozess: Wege

6. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Von Seiten der Station existieren weder verbindliche Zeiten für die Probeentnahmen noch für die Transporte der Proben ins Labor. Gleichwohl sollen die morgendlichen ärztlichen Blutentnahmen bis spätestens 8.30 Uhr im Labor eintreffen. In der Regel findet die ärztliche Blutentnahme jedoch erst wesentlich später statt. Teilweise wird die letzte Probe erst gegen 11.00 Uhr entnommen, so dass der Transport der Proben ins Labor meist einzeln erfolgt.

D. Kernprozess: Wege

7. Maßnahmenplanung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet.
Ein Beispiel:

Maßnahmen „Wege“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Durchführung der Blutzuckerbestimmungen für Blutzuckertagesprofile auf der Station mit einem Glucometer.	X			X
2. Durchführung von Hämocult®-Tests auf der Station, Bereitstellung entsprechender Arbeitsmittel, Einweisung des Personals. Querabsprache Ärzte / Labor	X			X
3. Festsetzung und Einhaltung verbindlicher Zeiten für die Entnahme von Untersuchungsmaterial und anschließender Sammeltransport des Materials. Querabsprache Ärzte / Labor / Pflege	X			X
4. Änderung der Arbeitsgänge im ärztlichen Dienst: Blutentnahme bei Dienstbeginn des Arztes, Visitendurchführung im Anschluß. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
5. Änderung der Anforderungsformulare für diagnostische Maßnahmen, Einbringen einer Ankreuzrubrik: a) Aufnahme, b) Routine, c) Notfall.		X		X
6. Terminplanung in der Diagnostik nach Dringlichkeitsstufe. Querabsprache diagnostische Einheiten / Ärzte / Pflege		X	X	X

E. Kernprozess: Telefonate

In diesem Modul werden die Tätigkeiten im Zusammenhang mit den, im Rahmen der Stationsarbeit geführten Telefonaten untersucht.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Untersuchung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Wege wird die **Selbstaufschreibung** verwendet. Dabei werden die Mitarbeiter der Musterstation aufgefordert, alle ein- und ausgehenden Telefonate zu notieren, um deren Häufigkeit erfassen zu können.

Methode:
Selbstaufschreibung
Seite J-12

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, die Arbeitsbelastung einer Berufsgruppe im Hinblick auf anfallende Telefonzeiten abzubilden. Im Musterkrankenhaus wurde hierfür die Berufsgruppe der Pflege ausgewählt.

Je nach Ausrichtung des Untersuchungsinteresses können weitere Berufsgruppen an der Protokollführung beteiligt werden. Soll beispielsweise die Gesamtbelastung einer Station durch notwendige Telefonate ermittelt werden, ist es erforderlich, alle auf der Untersuchungseinheit tätigen Berufsgruppen in die Wegeerfassung einzubeziehen.

Als **Instrument zur Selbstaufschreibung** wird ein **Telefonateerfassungsprotokoll** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Strichliste eine einfache Erfassung aller anfallenden Telefonate.

Instrument:
Telefonateerfassungsprotokoll
Seite E-12

1.1. Aufbau des Instruments

Das Telefonateerfassungsprotokoll ist in Form einer Tabelle gestaltet. Die Tabelle enthält **pro Zeile** einen **Gesprächsteilnehmer** außerhalb der Musterstation und in den **Spalten** die **Uhrzeit** im einstündigen Intervall. **Jede Spalte** ist zudem in **ein- und ausgehende Anrufe** unterteilt. In den daraus entstehenden Schnittpunkten werden während der Untersuchung die anfallenden Wege markiert. Abbildung E-1 zeigt den schematischen Aufbau des Protokolls.

		Spalte ↓				
		ab 6:00	ab 7:00	...		
		Ein	Aus	Ein	Aus	
Zeile→	Andere Station					
	Angehörige					
	Archiv					
	...					

Abbildung E-1: Aufbau des Telefonateerfassungsprotokolls

Die Auswahl der Gesprächspartner erfolgt in Absprache mit der zu untersuchenden Berufsgruppe. Um eine detaillierte Auswertung zu ermöglichen, sollten alle Gesprächspartner namentlich benannt werden, mit denen erfahrungsgemäß häufig per Telefon kommuniziert wird. Die Auswahl dieser Gesprächspartner erfolgt gemeinsam mit den Mitarbeitern der Station. Im Musterkrankenhaus wurden für das Protokoll folgende Gesprächspartner ermittelt:

- Andere Station
- Angehörige
- Archiv
- Ärzte Station
- Ärzte Konsil
- Aufnahme
- Apotheke
- CT
- Einkauf
- Einweiser
- EKG
- Endoskopie
- Intern Musterstation
- Küche
- Labor
- Pforte
- Rettungsstelle
- Röntgen
- Sonographie
- Verwaltung
- Sonstige

Um die Anwendung des Instrumentes zu erleichtern, sollten die Zielorte alphabetisch geordnet werden.

Zusätzlich wird im Telefonateerfassungsprotokoll eine Kategorie „Sonstige“ angelegt. Sie dient der Erfassung von Telefonaten mit Gesprächspartnern, die im Protokoll keine eigene Zeile belegen. Somit wird während der Auswertung sichergestellt, dass auch die Gesamtanzahl der Telefonate ermittelt werden kann.

1.2. Anwendung des Instruments

Während des Erhebungszeitraumes (im Musterkrankenhaus bemisst sich dieser über 22 Schichten) werden die Telefonate kontinuierlich notiert. Hierzu wird neben dem Stationstelefon für die Mitarbeiter des Früh-, Spät- und Nachtdienstes jeweils ein Telefonaterfassungsprotokoll angebracht.

Auf der Musterstation wurden, neben den fest installierten Telefonen, auch Mobiltelefone eingesetzt. Die damit getätigten Anrufe wurden im Telefonaterfassungsprotokoll des jeweiligen Stationstelefons mit erfasst, da bereits vor der Erhebung feststand, dass die Apparate nur selten benutzt werden.

Ist jedoch bekannt, dass die Mobiltelefone häufig benutzt werden, sollte pro Apparat ein eigenes Protokoll angelegt werden.

Um einen Anruf zu erfassen, markiert der Mitarbeiter mittels eines Strichs in der entsprechenden Zelle das Telefongespräch. Die Zelle ergibt sich aus dem Schnittpunkt der Zeile des Gesprächspartners und der Spalte des Zeitpunktes, wobei zwischen ein- und ausgehendem Anruf unterschieden wird.

Ist der Gesprächspartner nicht in der Tabelle aufgeführt, wird der Anruf durch einen Strich in der Kategorie „Sonstige“ erfasst.

1.3. Rolle des Beobachters

Die Datenerhebung wird durch einen Beobachter begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch das Erhebungsinstrument „Telefonaterfassungsprotokoll“ erfasst werden.

Auf der Musterstation konnte durch die teilnehmende Beobachtung beispielsweise festgestellt werden, dass die vorhandene Rufumleitung zwischen beiden Etagen der Station einen erheblichen Aufwand für die Mitarbeiter bedeutet und letztlich kein Vorteil ermittelt werden konnte.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden zunächst die Telefonaterfassungsprotokolle ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 44 Datenlisten zur Verfügung.

Bei der Auswertung der Anzahl der Telefonate werden zunächst alle Einzelstriche, die auf den Erfassungsprotokollen verzeichnet sind, ausgezählt und auf ein leeres Telefonateprotokoll als Zahl übertragen.

1. Erhebungstag

	ab 11:00 Uhr	
Gesprächspartner	Ein	Ausl
Andere Station		
Archiv		

plus

2. Erhebungstag

	ab 11:00 Uhr	
Gesprächspartner	Ein	Ausl
Andere Station		
Archiv		

ist gleich

Übertrag als Zahl:

	ab 11:00 Uhr	
Gesprächspartner	Ein	Ausl
Andere Station	2 + 2	1 + 1
Archiv	2 + 3	2 + 0

Die ermittelten Einzelwerte werden nun summiert. Diese Summe wird anschließend in die Excel-Auswertungsdatei übertragen. Um die Eingabe in der Datei zu vereinfachen, ist das Eingabeformular **„Dateneingabe_Telefonate“** – wie auch die Telefonateerfassungsprotokolle – in drei Eingabebereiche unterteilt.



Modul-E >
E-Auswertung.xls

Die im Datenblatt „Dateneingabe_Telefonate“ eingegebenen Werte bilden die Grundlage aller weiteren Auswertungen. Folgende Datenblätter zur Auswertung sind bereits enthalten:

Tabellenblatt: Telefonate_Auswertung_Gesamt

Das Tabellenblatt stellt die Gesamtanzahl der Anrufe pro Gesprächspartner in sortierter Reihenfolge dar.

Tabellenblatt: Telefonate_Auswertung_Eingehend

Das Tabellenblatt stellt die Anzahl der eingehenden Anrufe pro Gesprächspartner in sortierter Reihenfolge dar.

Tabellenblatt: Telefonate_Auswertung_Ausgehend

Das Tabellenblatt stellt die Anzahl der ausgehenden Anrufe pro Gesprächspartner in sortierter Reihenfolge dar.

Tabellenblatt: Bild_Telefonate_Tagesverlauf

Das Diagramm zeigt die Anzahl der Anrufe im Tagesverlauf, sortiert nach eingehenden und ausgehenden Anrufen sowie deren Gesamtzahl.

Tabellenblatt: Bild_Telefonate_Gesamt_Top 8

Das Diagramm zeigt die acht häufigsten Gesprächspartner.

Tabellenblatt: Bild_Telefonate_Eingehend_Top 8

Das Diagramm zeigt die acht häufigsten Gesprächspartner, die auf der Musterstation angerufen haben.

Tabellenblatt: Bild_Telefonate_Ausgehend_Top 8

Das Diagramm zeigt die acht häufigsten Gesprächspartner, die von der Musterstation angerufen wurden.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen. So können beispielsweise die Daten der einzelnen Schichten zu einem Gesamtdatenblatt zusammenfasst werden. Ebenso können die Daten nach Wochentagen und Wochenende oder nach Tageszeiten unterschieden dargestellt werden.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.1. Ausgangssituation

Auf beiden Etagen der Musterstation ist jeweils ein fest installiertes Telefon im Stationszimmer vorhanden. Zusätzlich verfügen beide Etagen über ein schnurloses Telefon. Daneben sind die Arztzimmer jeder Etage mit einem Telefon ausgestattet. Das Arztzimmer im Erdgeschoß verfügt ferner über ein Faxgerät. Die Ärzte sind ebenso über ein Rufsignal zu erreichen.

3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung

Im folgenden Abschnitt sind die Datenblätter der Musterstation ausgewertet worden. Betrachtet wird dabei

- die Gesamtanzahl der ein- und ausgehenden Telefonate im Tagesverlauf,
- die acht häufigsten Anrufer
- und die acht am häufigsten angerufenen Gesprächsteilnehmer.

Für den gesamten Erhebungszeitraum wurden 865 Telefonate ermittelt. Die Verteilung der Telefonate im Tagesverlauf zeigt die Abbildung E-2. Zu beachten ist, dass die Darstellung der Anzahl der Telefonate pro Stunde sich auf den gesamten Erhebungszeitraum bezieht. So wurden beispielsweise zwischen 10.00 und 11.00 Uhr innerhalb von 7 Tagen 148 Telefonate geführt.

Bewertung der Anrufe nach Tageszeit

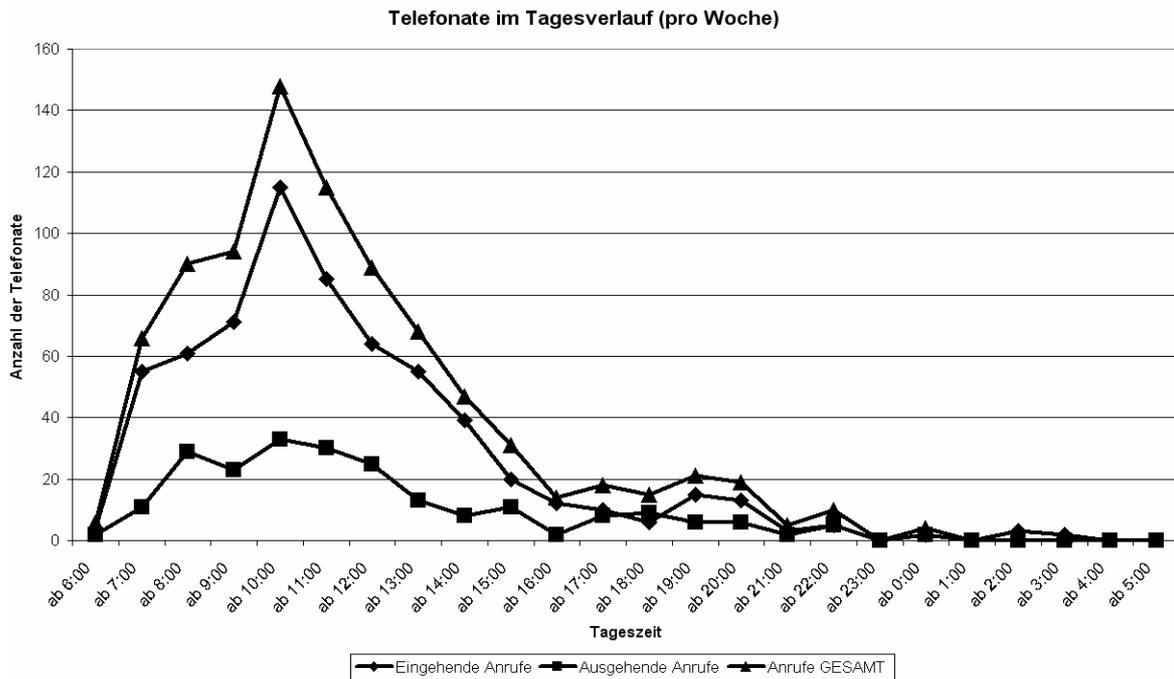


Abbildung E-2: Anzahl der Anrufe im Tagesverlauf

Die Verteilungskurve zeigt eine deutliche Zunahme der Telefonate im Zeitraum von 6.00 bis 16.00 Uhr. Innerhalb dieses Zeitraumes ist ein kontinuierlicher Anstieg der Telefonate erkennbar, welcher in der Stunde zwischen 10.00 und 11.00 Uhr mit 148 Telefonaten seinen Höhepunkt erreicht. Insgesamt werden während der Kernarbeitszeit³ 754 Telefonate geführt. Das entspricht etwa 87 Prozent der insgesamt erfassten 865 Telefonate.

Von den 754 in der Zeit von 6.00 bis 15.00 Uhr geführten Telefonaten waren 185 ausgehende Telefonate und 569 eingehende Telefonate. In Abbildung E-3 werden acht häufigsten Gesprächsteilnehmer zusammengestellt, unabhängig davon, ob es sich um aus- oder eingehende Anrufe handelt.

Bewertung der Anrufe nach Häufigkeit

³ Kernarbeitszeit im Musterkrankenhaus von 6.00 bis 15.00 Uhr.

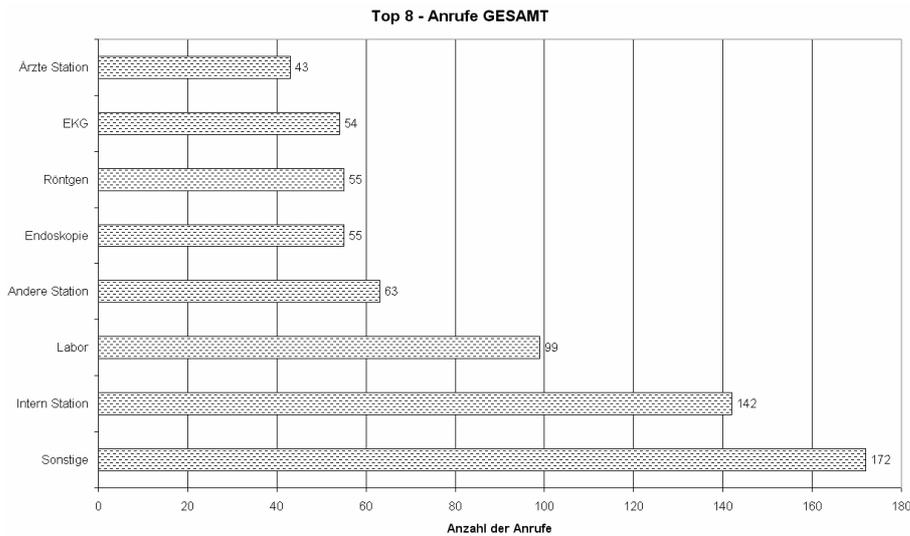


Abbildung E-3: Top 8 der Anrufe (Anrufeingang und Anrufausgang)

Mit 172 Telefonaten liegt die Kategorie „Sonstige“ an erster Stelle. Am zweithäufigsten wurde mit 142 Telefonaten intern zwischen den beiden Etagen der Musterstation telefoniert. Die Anzahl der Telefonate mit dem Labor belegen mit 99 Telefonaten den dritten Rang.

Betrachtet man alle mit den diagnostischen Abteilungen geführten Telefonate gesondert, so ergibt sich folgendes Bild: Insgesamt werden 305 der insgesamt 865 Telefonate zwischen der Station und den Abteilungen Labor, Endoskopie, Röntgen, EKG, Sonographie und Computertomographie geführt. Diese Telefonate nehmen somit einen Anteil von etwa 35 Prozent an den Gesamttelefonaten ein.

Interessant erscheint auch die Betrachtung der Rangfolge nach ein- und ausgehenden Telefonaten unterschieden. So stellt sich bei den eingehenden Telefonaten folgende Rangfolge dar: Erster Rang „Sonstige“ mit 139 Telefonaten, zweiter Rang „Intern Station“ mit 89 Telefonaten und dritter Rang „Labor“ mit 81 Telefonaten. Die weiteren Ränge werden nacheinander belegt von: „Endoskopie“ mit 44, „Andere Station“ mit 43, „Röntgen“ mit 41 und „EKG“ mit 40 eingegangenen Telefonaten. Die grafische Darstellung der beschriebenen sieben häufigsten Teilnehmer der eingehenden Telefonate zeigt die Abbildung E-4.

Bewertung der eingehenden Telefonate

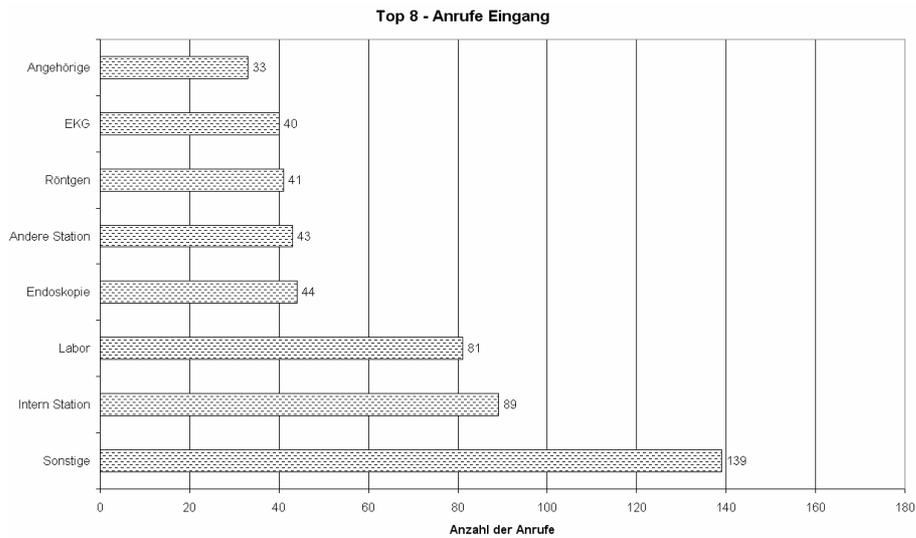


Abbildung E-4: Top 8 der eingehenden Anrufe

Bei den ausgehenden Telefonaten wird am häufigsten zwischen den beiden Etagen der Station mit einer Anzahl von 53 Gesprächen telefoniert. Den zweiten Rang belegt die Kategorie „Sonstige“ mit 33 Telefonaten. Die dritte Position teilen sich „Ärzte Station“ und „Andere Station“ mit je 20 Telefonaten. Neben diesen drei Positionen sind die acht häufigsten Teilnehmer der ausgehenden Telefonate in Abbildung E-5 dargestellt.

Bewertung der ausgehenden Telefonate

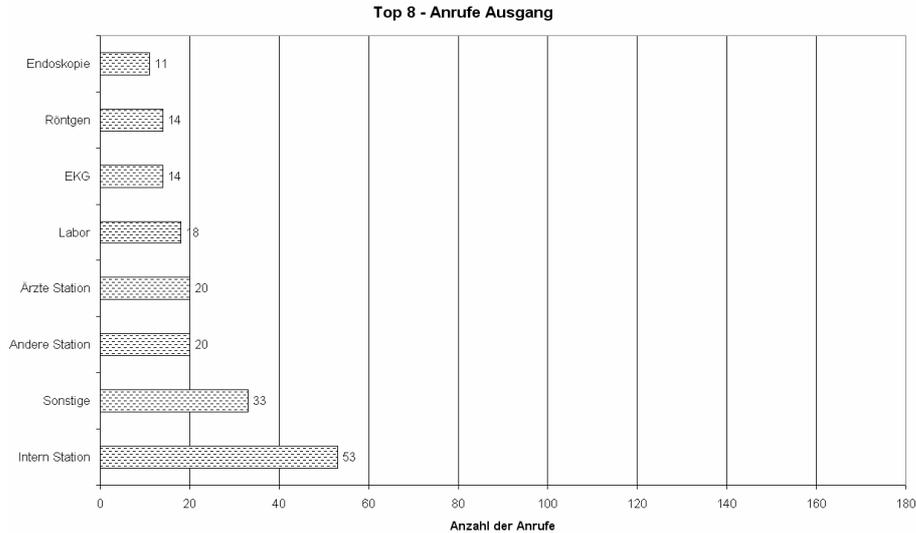


Abbildung E-5: Top 8 der ausgehenden Anrufe

3.3. Ergebnisse der Beobachtung

In der Selbstaufschreibung wurden die Telefonate nach ihrer Häufigkeit und nach deren Ein- und Ausgang bewertet. Um jedoch Lösungsstrategien zu entwickeln, müssen eventuell vorhandene Ursachen erkannt werden.

Mit Hilfe der teilnehmenden Beobachtung ist es möglich Einflussfaktoren zu identifizieren, die gegebenenfalls als Ansatzpunkt zur Problemlösung benutzt werden können.

A) Musterstation

Aus den oben beschriebenen Ergebnissen der Selbstaufschreibung wird deutlich, dass sehr häufig stationsintern telefoniert wird. Durch die teilnehmende Beobachtung konnten hierfür zwei Ursachen ausfindig gemacht werden.

Zunächst kann festgestellt werden, dass das Telefon im Stationszimmer nach einer bestimmten Klingelanzahl automatisch auf die andere Etage der Station umschaltet, obwohl beide Etagen über eine spezifische Telefonnummer verfügen. Dies führt dazu, dass der Anrufer mehrfach mit der falschen Etage verbunden wird. Die Folge der wiederholten Fehlschaltungen ist, dass die Arbeitsabläufe auf der, den Anruf entgegennehmenden Etage mehrfach unterbrochen werden. Ebenso wird die nicht zu erreichende Etage telefonisch von der anderen Etage über die erfolgten Anrufversuche informiert.

Während der Beobachtung wird weiterhin festgestellt, dass das auf jeder Etage vorhandene mobile Telefon nur selten genutzt wird. Deshalb wird bei fast jedem Anruf das Stationszimmer aufgesucht. Dieses Vorgehen stört die Arbeitsabläufe und verursacht zusätzliche Wege.

B) Diagnostische Abteilungen

Durch die Datenauswertung der Selbstaufschreibung wird außerdem deutlich, dass ein hoher Anteil der geführten Telefonate auf die diagnostischen Abteilungen entfällt.

Während der Beobachtung zeigt sich, dass es sich bei einem Großteil der eingehenden Anrufe um die Übermittlung von Laborbefunden handelt. Vor allem Blutzuckerwerte werden telefonisch weitergeleitet.

Eingehende Telefonate mit anderen diagnostischen Abteilungen dienen hauptsächlich dazu, den Patienten zu einer Untersuchung abzurufen oder seine Abholung nach erfolgter Untersuchung anzufordern. Ebenso wird die Station telefonisch über die Fertigstellung des schriftlichen Befundes informiert.

Bei den ausgehenden Telefonaten zwischen der Station und einer Untersuchungsabteilung handelt es sich meist um Terminabsprachen oder um Terminänderungen geplanter Untersuchungen.

C) Kategorie „Sonstige“

Auffällig erscheint auch die große Anzahl der Telefonate, die von den Mitarbeitern der Kategorie „Sonstige“ zugeordnet wurden.

Wie sich während der Beobachtung herausstellte, werden diese – nicht näher benannten – Gesprächspartner insbesondere während der Kernarbeitszeit aktiv. Die Auswertung der Selbstaufschreibung zeigt, dass 125 von 172 Anrufen im Zeitraum von 9.00 bis 15.00 Uhr in dieser Kategorie verzeichnet wurden.

Ein Grund für dieses Ergebnis liegt im starken Anstieg der pflegerischen Tätigkeiten und der geleisteten Wege. Es kann mehrfach beobachtet werden, dass bei Ein- oder Ausgang mehrerer Telefonate in Folge eine genaue Zuordnung nicht mehr möglich ist. Um zumindest die Anzahl der nicht mehr zuzuordnenden Telefonate für die Anzahl der Gesamttelefonate und den Tagesverlauf zu erhalten, wurden die Telefonate in der Kategorie „Sonstige“ vermerkt. Des Weiteren sind einige Teilnehmer, etwa Krankenpflegeschule, Pflegedienstleitung und Sozialdienst, nicht im Vorfeld der Erhebung als Teilnehmer von der Station benannt und somit nicht auf dem Telefonaterfassungsprotokoll aufgeführt worden.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite E-15

A) Musterstation

Gesprächsumleitung (kurzfristige Umsetzung)

Die derzeitige Telefoneinstellung der fest angeschlossenen Telefone mit Gesprächsumleitung sollte verändert werden. Die Gesprächsumleitung ist nicht erforderlich, da jederzeit mindestens eine Pflegekraft auf jeder Etage anwesend ist. Die Entfernung der Gesprächsumleitung reduziert die Anzahl der zwischen den Etagen geführten Telefonate, der Fehlverbindungen sowie der Arbeitsunterbrechungen.

Nutzung Mobiltelefone (kurzfristige Umsetzung)

Die bereits vorhandenen mobilen Telefone sollten vor allem in der Kernzeit verstärkt genutzt werden. Somit ließen sich die Wege zum Stationszimmer reduzieren.

B) Diagnostische Abteilungen

Blutzuckerbestimmung vor Ort (kurzfristige Umsetzung)

Sofern eine Blutzuckerbestimmung direkt auf der Station erfolgt, entfallen die Anrufe zur Übermittlung der Blutzuckerwerte.

Befundübermittlung per Fax (mittelfristige Umsetzung)

Wenn, wie bei den Optimierungsvorschlägen zur Reduzierung der Wege beschrieben (siehe auch: Kernprozess: Wege, Modul D), feste

Zeiten für die Blutentnahmen in Verbindung mit der Einrichtung eines hausinternen Hol- und Bringendienstes eingeführt werden, entfällt auch ein Großteil der damit verbundenen telefonischen Befundübermittlungen und das Abfragen einzelner Laborwerte durch die Mitarbeiter der Station. Noch zeitsparender wäre die Befundübermittlung per Fax.

Befundübermittlung per Intranet (langfristige Umsetzung)

Ideal wäre die Befundübermittlung mit Hilfe eines Intranets.

Untersuchungsmanagement (mittel- bis langfristige Umsetzung)

Würde das Untersuchungsmanagement reorganisiert und optimiert werden, entfielen ein Großteil der eingehenden Telefonate aus den diagnostischen Abteilungen. Durch den in diesem Zusammenhang empfohlenen Untersuchungsplan würden sich ebenfalls die ausgehenden Telefonate reduzieren.

Die zahlreichen Telefonate führen zu häufigen Unterbrechungen des Arbeitsablaufes aller Berufsgruppen und tragen dazu bei, dass alle Arbeiten im direkten Kontakt mit dem Patienten häufig unterbrochen werden müssen. Ebenso wird die Anzahl der zu leistenden Wege auf den einzelnen Etagen beachtlich erhöht.

Darüber hinaus ist anzumerken, dass die adäquate Beantwortung telefonischer Anfragen in der Regel die Bearbeitung durch eine erfahrene Pflegefachkraft erforderlich macht. Diese steht dann für die unmittelbare Patientenbetreuung nicht zur Verfügung.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Telefonateerfassungsprotokoll

Datum: _____

		ab 6:00		ab 7:00		ab 8:00		ab 9:00		ab 10:00		ab 11:00		ab 12:00		ab 13:00		ab 14:00	
		Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus
Frühdienst																			
Ort / Zeit																			
Andere Station																			
Angehörige																			
Apotheke																			
Archiv																			
Ärzte Konsil																			
Ärzte Station																			
Aufnahme																			
CT																			
Einkauf																			
Einweiser																			
EKG																			
Endoskopie																			
Intern Station A																			
Küche																			
Labor																			
Pforte																			
Rettungsstelle																			
Röntgen																			
Sonographie																			
Verwaltung																			
Sonstige																			

 Modul-E > E-FB.xls

Abbildung E-6: Telefonateerfassungsprotokoll - Teil 1/3

Telefonaterfassungsprotokoll

Datum:

Ort / Zeit	ab 14:00		ab 15:00		ab 16:00		ab 17:00		ab 18:00		ab 19:00		ab 20:00		ab 21:00		ab 22:00		
	Ein	Aus																	
Spätdienst																			
Andere Station																			
Angehörige																			
Apotheke																			
Archiv																			
Ärzte Konsil																			
Ärzte Station																			
Aufnahme																			
CT																			
Einkauf																			
Einweiser																			
EKG																			
Endoskopie																			
Intern Station A																			
Küche																			
Labor																			
Pforte																			
Rettungsstelle																			
Röntgen																			
Sonographie																			
Verwaltung																			
Sonstige																			

Abbildung E-7: Telefonaterfassungsprotokoll - Teil 2/3

Telefonaterfassungsprotokoll

Datum:

Nachtdienst		ab 22:00		ab 23:00		ab 0:00		ab 1:00		ab 2:00		ab 3:00		ab 4:00		ab 5:00		ab 6:00		
		Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	
Ort / Zeit																				
Andere Station																				
Angehörige																				
Apotheke																				
Archiv																				
Ärzte Konsil																				
Ärztliche Station																				
Aufnahme																				
CT																				
Einkauf																				
Einweiser																				
EKG																				
Endoskopie																				
Intern Station A																				
Küche																				
Labor																				
Pforte																				
Rettungsstelle																				
Röntgen																				
Sonographie																				
Verwaltung																				
Sonstige																				

Abbildung E-8: Telefonaterfassungsprotokoll - Teil 3/3

5.2. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Telefonate“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Die automatische Rufweiterleitung zwischen den beiden Etagen der Station wird abgestellt.	X			
2. Die Rufweiterleitung erfolgt jeweils auf das mobile Telefon der Ebene. Die Nutzung des Mobiltelefons wird intensiviert. Dazu erfolgt eine Verfahrensabsprache innerhalb der Berufsgruppe Pflegepersonal.	X			
3. Die Station erhält ein weiteres Faxgerät für die 1. Etage über das schriftliche Routinebefunde angeliefert werden.		X		
4. Es erfolgt eine Querabsprache zwischen diagnostischen Einheiten / Ärzten / Pflege über die Bearbeitungszeiträume von (per Fax) eingehenden Routinebefunden auf der Station.		X		
5. Telefonate mit dem Labor werden reduziert durch die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen, die im Kapitel „Wege“ dargestellt wurden.	X	X		X
6. Telefonate mit den diagnostischen Bereichen werden reduziert durch die Einführung einer Diagnoseplanung / eines Untersuchungsmanagements, wie im Modul IV „Kernprozess: Wege“ dargestellt.		X	X	X
7. In der Arbeitsplanung des zukünftigen zentralen Hol- und Bringedienstes wird vereinbart, daß in einem noch zu definierenden Rhythmus Untersuchungsanforderungen und Untersuchungsbefunde von der Station abgeholt / auf die Station gebracht werden.		X	X	X
8. Die Telefonnummernlisten der Station werden in einem übersichtlichen Formular zusammengestellt und aktualisiert.	X			X
9. Befunde werden per Intranet angefordert und mitgeteilt.			X	X

Abbildung E-9: Maßnahmenplan Telefonate



Modul-E >
E-Massnahmenplan.doc

5.3. Lehrfolien

Modul E

Kernprozess Telefonate

E. Kernprozess: Telefonate

1. Ziel

Ermittlung der durch Telefonate
entstehenden Arbeitsbelastung.

E. Kernprozess: Telefonate

2. Methodik

Methoden:

- **Selbstaufschreibung**
 - Jeder Mitarbeiter der Station erfasst seine Telefonate

Instrumente:

- **Telefonateerfassungsprotokoll**
 - Erfassung per Strichliste

E. Kernprozess: Telefonate

3. Aufbau des Instruments

Das Protokoll enthält:

1. Den Gesprächsteilnehmer
2. Die Uhrzeiten
3. Zwei Spalten zur Unterscheidung von ein- und ausgehenden Anrufen

E. Kernprozess: Telefonate

3. Aufbau des Instruments

Beispiele für Gesprächspartner:

- Einkauf
- Einweiser
- EKG
- Endoskopie
- Intern Musterstation
- Küche

E. Kernprozess: Telefonate

3. Aufbau des Instruments

Ausschnitt des Protokolls:

Telefonaterfassungsprotokoll

Datum:

Frühdienst																			
Ort / Zeit	ab 6:00		ab 7:00		ab 8:00		ab 9:00		ab 10:00		ab 11:00		ab 12:00		ab 13:00		ab 14:00		
	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	Ein	Aus	
Andere Station																			
Angehörige																			
Apotheke																			
Archiv																			
Ärzte Konsil																			
Ärzte Station																			
Aufnahme																			
CT																			
Einkauf																			
Einweiser																			
EKG																			
Endoskopie																			
Intern Station A																			
Küche																			
Labor																			
Pforte																			

E. Kernprozess: Telefonate

4. Anwendung des Instruments

- Information der Mitarbeiter über
 - Dauer des Erhebungszeitraums
 - Ort des Aushangs der Protokolle
- Jeder Mitarbeiter markiert jeden ein- und ausgehenden Anruf mit einem Strich auf dem Protokoll
 - Zeile: entsprechend dem Zielort
 - Spalte: entsprechend der Uhrzeit und unterschieden nach ein- oder ausgehendem Anruf

E. Kernprozess: Telefonate

5. Auswertung

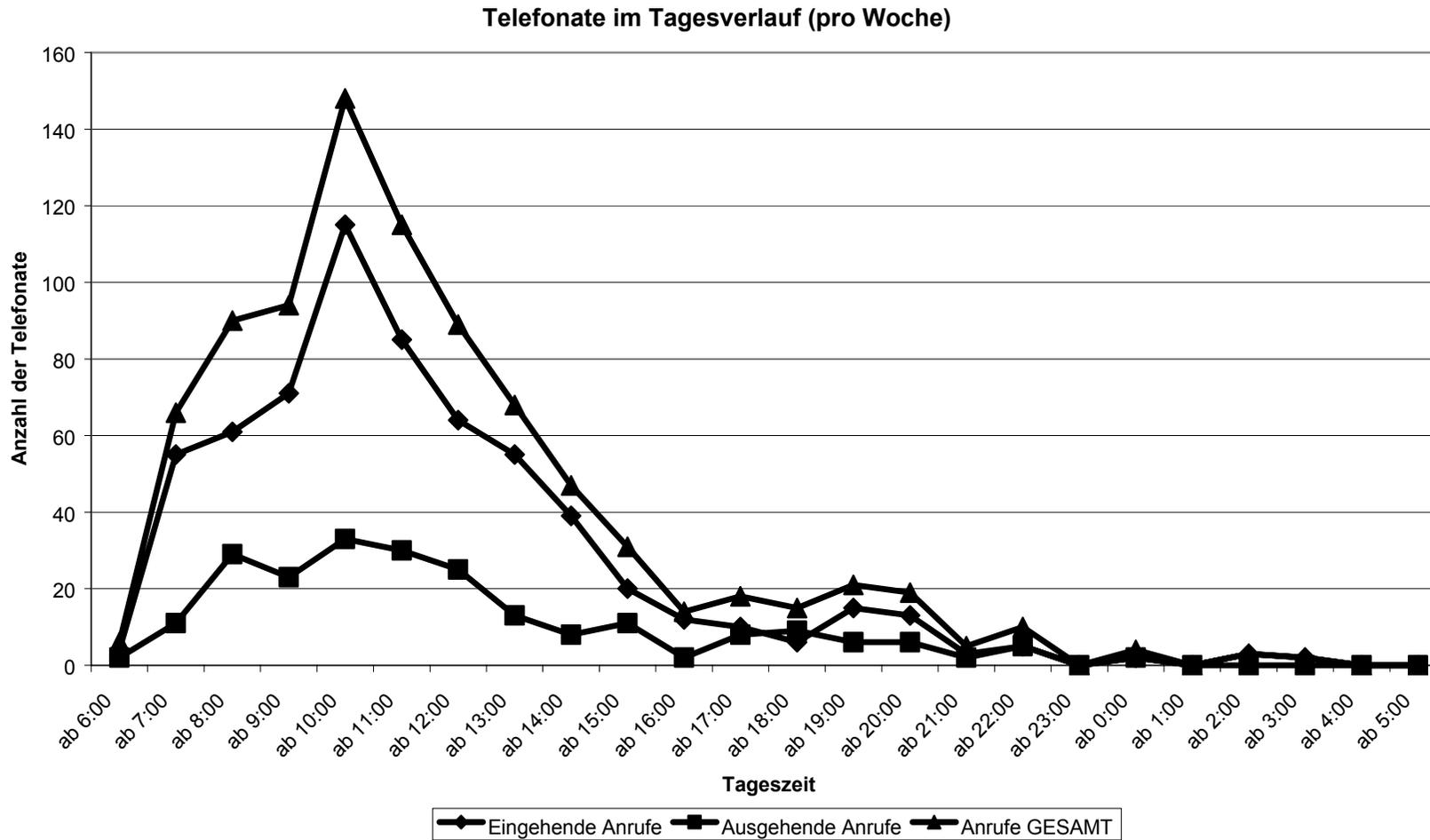
Ablauf der Auswertung:

1. Addieren der Werte der Tagesprotokolle
2. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
3. Auswertung der Diagramme
(Beispiel auf nächster Folie)

E. Kernprozess: Telefonate

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project



E. Kernprozess: Telefonate

6. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Die Verteilungskurve zeigt eine deutliche Zunahme der Telefonate im Zeitraum von 6.00 bis 16.00 Uhr. Innerhalb dieses Zeitraumes ist ein kontinuierlicher Anstieg der Telefonate erkennbar, welcher in der Stunde zwischen 10.00 und 11.00 Uhr mit 148 Telefonaten seinen Höhepunkt erreicht. Insgesamt werden während der Kernarbeitszeit 754 Telefonate geführt. Das entspricht etwa 87 Prozent der insgesamt erfassten 865 Telefonate.

E. Kernprozess: Telefonate

7. Maßnahmenplanung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Telefonate“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Die automatische Rufweiterleitung zwischen den beiden Etagen der Station wird abgestellt.	X			
2. Die Rufweiterleitung erfolgt jeweils auf das mobile Telefon der Ebene. Die Nutzung des Mobiltelefons wird intensiviert. Dazu erfolgt eine Verfahrensabsprache innerhalb der Berufsgruppe Pflegepersonal.	X			
3. Die Station erhält ein weiteres Faxgerät für die 1. Etage über das schriftliche Routinebefunde angeliefert werden.		X		
4. Es erfolgt eine Querabsprache zwischen diagnostischen Einheiten / Ärzten / Pflege über die Bearbeitungszeiträume von (per Fax) eingehenden Routinebefunden auf der Station.		X		
5. Telefonate mit dem Labor werden reduziert durch die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen, die im Kapitel „Wege“ dargestellt wurden.	X	X		X
6. Telefonate mit den diagnostischen Bereichen werden reduziert durch die Einführung einer Diagnoseplanung / eines Untersuchungsmanagements, wie im Modul IV „Kernprozess: Wege“ dargestellt.		X	X	X
7. In der Arbeitsplanung des zukünftigen zentralen Hol- und Bringendienstes wird vereinbart, daß in einem noch zu definierenden Rhythmus Untersuchungsanforderungen und Untersuchungsbefunde von der Station abgeholt / auf die Station gebracht werden.		X	X	X
8. Die Telefonnummernlisten der Station werden in einem übersichtlichen Formular zusammengeführt und aktualisiert.	X			X
9. Befunde werden per Intranet angefordert und mitgeteilt.			X	X

F. Kernprozess: Anordnungen

In diesem Modul werden die Tätigkeiten im Zusammenhang mit den ärztlichen Anordnungen untersucht.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Untersuchung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der ärztlichen Anordnungen wird die **Selbstaufschreibung** verwendet. Dabei werden die Mitarbeiter der Musterstation aufgefordert, alle Anordnungen zu notieren, die außerhalb der Visite getroffen werden.

Methode:
Selbstaufschreibung
Seite J-12

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, die Arbeitsbelastung der Berufsgruppen Pflege und Ärzte im Hinblick auf zusätzlich anfallende Anordnungen abzubilden.

Als **Instrument zur Selbstaufschreibung** wird ein **Anordnungserfassungsprotokoll** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Strichliste eine einfache Erfassung aller anfallenden Anordnungen.

Instrument:
Anordnungserfassungsprotokoll
Seite F-11

1.1. Aufbau des Instruments

Im **Kopf des Protokolls** werden zunächst zwei Felder angelegt, in denen der **Anfangs- und Endzeitpunkt der Visite** eingetragen werden kann. Aus diesen Daten wird in der Auswertung die Dauer der Visite ermittelt.

Das eigentliche Anordnungserfassungsprotokoll ist in Form einer Tabelle gestaltet. Die Tabelle enthält **pro Zeile** die **Uhrzeit** im einstündigen Intervall. In den **Spalten** wird nach **Anordnungen vor der Visite** und **Anordnungen nach der Visite** unterschieden. Jede dieser beiden Spalten wird ergänzt durch eine **Zusatzspalte für Notfalleinrichtungen**. Als Notfalleinrichtungen werden Anordnungen bei Patienten mit akuten Beschwerden oder Anordnungen bei Neuaufnahmen bzw. Entlassungen definiert, die nicht während der Visite getroffen werden können. Abbildung G-1 zeigt den schematischen Aufbau des Protokolls.

Spalte
↓

	Anordnungen vor Visite			NF	Anordnungen nach Visite			NF
ab 6.00								
ab 7.00								
...								

Abbildung F-1: Aufbau des Anordnungserfassungsprotokolls

1.2. Anwendung des Instruments

Während des gesamten Erhebungszeitraumes werden die ärztlichen Anordnungen kontinuierlich erfasst. Dazu wird auf der Musterstation an zentraler Stelle ein Anordnungserfassungsprotokoll angebracht.

Die Mitarbeiter des Pflegedienstes sind angewiesen, jede Anordnung die außerhalb der Visite getroffen wird, mit einem Strich in der entsprechenden Zelle zu kennzeichnen. Die Zelle ergibt sich aus dem Schnittpunkt der Zeile des Zeitpunkts sowie der Spalte unterteilt nach Anordnungen vor bzw. nach der Visite. Notfallanordnungen werden in der dafür vorgesehenen Spalte notiert.

Im Kopfbereich des Protokolls befinden sich zwei Felder, in denen die Visitenzeiten eingetragen werden. Im ersten Feld wird der Anfangs- und Endzeitpunkt der täglichen Visite notiert. Das zweite Feld wird nur benötigt, sofern es zu einer Unterbrechung der Visite kommt, die zu einem späteren Zeitpunkt weitergeführt wird.

Sollte es zu mehr als einer Unterbrechung kommen, können alle weiteren Zeiträume auf der Rückseite des Protokolls notiert werden.

Die Aufzeichnung der Visitenzeiten begründet sich, da andernfalls keine Zuordnung der Anordnungen vor und nach der Visite möglich wäre.

1.3. Rolle des Beobachters

Die Datenerhebung wird durch einen Beobachter begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch das Erhebungsinstrument „Anordnungserfassungsprotokoll“ erfasst werden.

Auf der Musterstation konnte durch die teilnehmende Beobachtung beispielsweise festgestellt werden, welche organisatorischen Schwierigkeiten im Rahmen der Anordnungen bestehen, die zu zusätzlichen Zeitverlusten führen.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden die Anordnungserfassungsprotokolle ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 16 Datenlisten zur Verfügung.



Modul-F >
F-Auswertung.xls

Bei der Auswertung der Anzahl der Anordnungen werden alle Einzelstriche, die auf den Erfassungsprotokollen verzeichnet sind, gezählt und direkt in das Eingabeblatt „**Dateneingabe_Anordnungen**“ der Excel-Auswertungsdatei übertragen.

Die im Datenblatt „Dateneingabe_Anordnungen“ eingegebenen Werte bilden die Grundlage aller weiteren Auswertungen. Folgende Datenblätter zur Auswertung sind bereits enthalten:

Tabellenblatt: Bild_Anordnungen_Tagesverlauf

Das Diagramm zeigt die Anzahl der Anordnungen außerhalb der Visite im Tagesverlauf und unterteilt nach dem Zeitpunkt der Anordnung. Zudem werden alle Notfallanordnungen veranschaulicht.

Tabellenblatt: Bild_Anordnungen_Gesamt

Das Diagramm zeigt die Anzahl der Anordnungen außerhalb der Visite bezogen auf den Zeitpunkt der Anordnung. Zudem wird in einer Untergrafik das Anordnungsverhalten am Wochenende dargestellt.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen.

Die **Visitenzeiten** werden im Eingabeblatt „**Anordnungen_Zeiten**“ erfasst. Unterbrechungen der Visite werden in der Excel-Mappe nicht berücksichtigt.

Im Rahmen der Auswertung der Visitenzeiten wird zunächst die **Gesamtdauer** jeder Visite berechnet. Da auf der Musterstation pro Etage eine Visite durchgeführt wird, muss die Berechnung individuell erfolgen.

Im Anschluss daran erfolgt die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts. Hierzu werden alle Visitenzeiten einer Station im Erhebungszeitraum addiert und durch die Anzahl der durchgeführten Visiten dividiert.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss

werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.1. Ausgangssituation

Auf jeder Etage der Musterstation wird täglich eine Visite von den Ärzten der Station durchgeführt, bei der ärztliche Anordnungen für die einzelnen Patienten getroffen werden. Zusätzlich findet einmal wöchentlich eine Chefarztvisite statt. An den Wochenenden werden keine Visiten durchgeführt. Ärztliche Anordnungen werden am Wochenende bei Bedarf vom diensthabenden Arzt getroffen.

3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung

Im gesamten Erhebungszeitraum fanden auf der Musterstation insgesamt zwölf ärztliche Visiten, also sechs Visiten pro Etage, statt. Für die außerhalb der Visiten getroffenen Anordnungen wird eine absolute Häufigkeit von 179 ärztlichen Anordnungen ermittelt. Von diesen 179 Anordnungen werden 116 Anordnungen nach und acht Anordnungen vor der Visite getroffen. Weitere 32 Anordnungen sind Notfallanordnungen. Am Wochenende werden 23 Anordnungen getroffen. Abbildung F-2 veranschaulicht die beschriebene Verteilung in Form einer Gesamtbewertung.

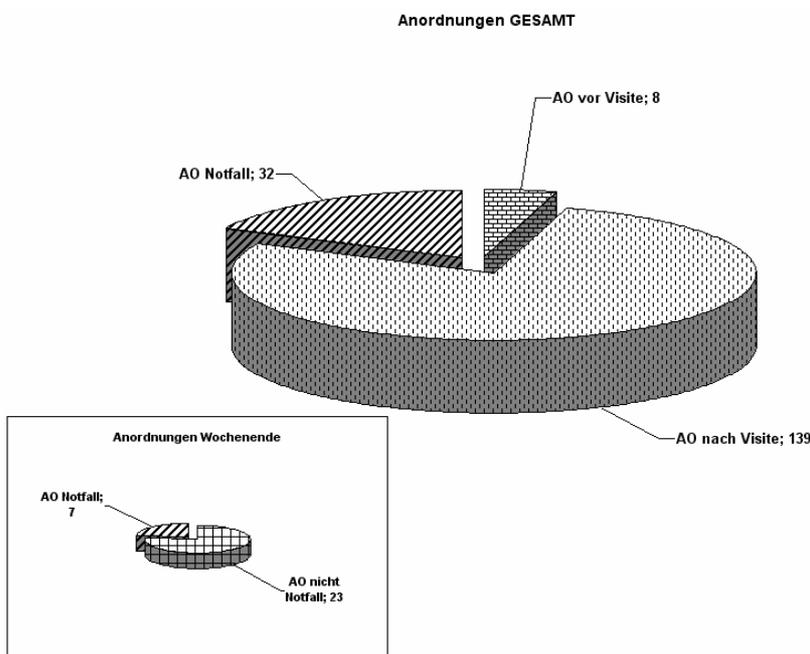


Abbildung F-2: Anzahl der Anordnungen im Erhebungszeitraum

Die insgesamt acht Anordnungen vor der Visite werden zwischen 8.00 und 10.00 Uhr getroffen. Die 116 Anordnungen nach der Visite liegen im Zeitraum von 10.00 bis 22.00 Uhr. Betrachtet man die Anordnungen im Tagesverlauf, so zeigt sich eine Häufung im Zeitraum von

11.00 bis 15.00 Uhr. In dieser Zeit wurden 87 Anordnungen getroffen. Das entspricht 75 Prozent aller nach der Visite getroffenen Anordnungen. Abbildung F-3 veranschaulicht die Verteilung im Tagesverlauf.

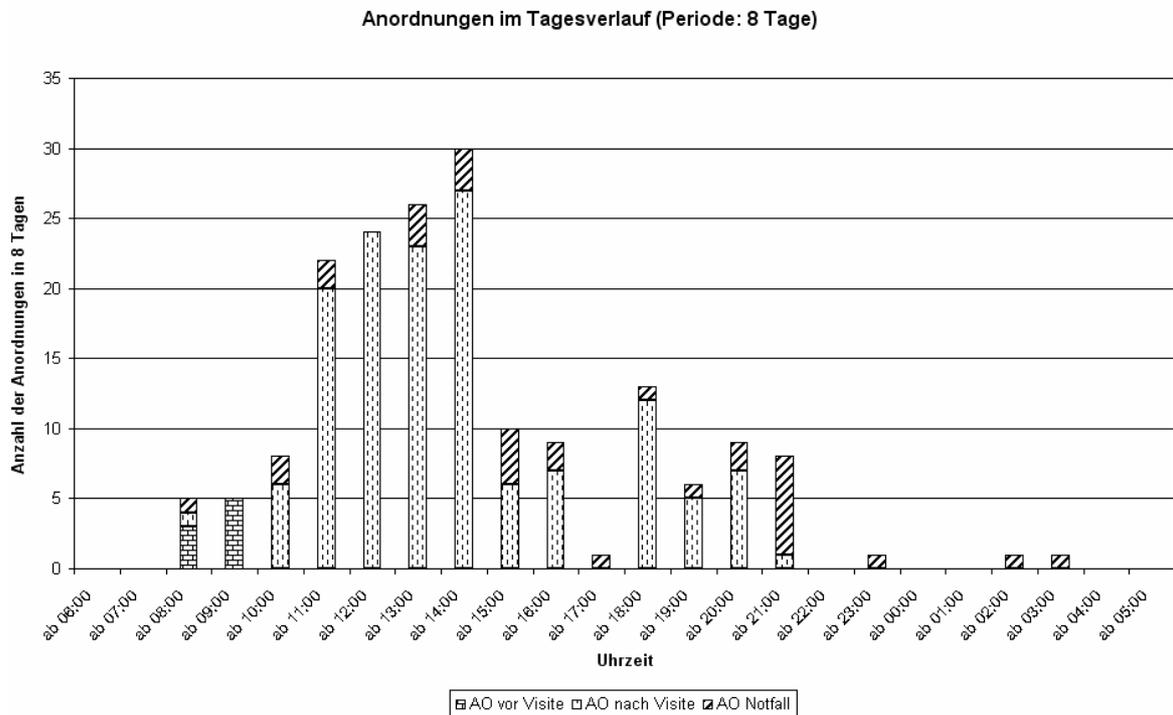


Abbildung F-3: Anzahl der Anordnungen im Tagesverlauf

Neben den Anordnungen außerhalb der Visite wird auch die tatsächliche Dauer der Visiten ermittelt und ihre durchschnittliche Dauer berechnet. Die zwölf durchgeführten Visiten beanspruchten insgesamt 15 Stunden und 15 Minuten. Im Durchschnitt dauert eine Visite somit 1 Stunde 16 Minuten und 15 Sekunden.

3.3. Ergebnisse der Beobachtung

A) Anordnungen nach der Visite

Aus den Ergebnissen der Selbstaufschreibung wird deutlich, dass Anordnungen, die außerhalb der Visite getroffen werden, hauptsächlich zwischen 11.00 bis 15.00 Uhr erfolgen. Im Vergleich mit den Kernprozessen „Wege“, „Telefonate“ und „Tätigkeiten“ lässt sich feststellen, dass die Arbeitsintensität in diesem Zeitraum in allen Arbeitsbereichen am höchsten ist. In der teilnehmenden Beobachtung konnten diese Werte bestätigt werden.

Ferner konnte beobachtet werden, dass die Mitarbeiter in der zweiten Hälfte des Frühdienstes vorwiegend mit der Auswertung der getroffenen Anordnungen beschäftigt sind. Zu dieser Tätigkeit gehören unter anderem:

- die Aktualisierung der Patientenakten
- die Durchführung von Änderungen auf sämtlichen zur Dokumentation der Medikation verwendeten Nebeninformationsträgern
- das Ausfüllen von Anforderungsformularen für Untersuchungen und Laborbestimmungen
- die Korrektur bzw. das Neustellen der Medikation u. ä.

Es zeigte sich aber auch, dass die Visitenauswertung durch zahlreiche andere Tätigkeiten, wie pflegerische Tätigkeiten, Telefonate oder Wege, unterbrochen wird. In der Folge verlängerte sich die Zeit zur Ausarbeitung der Visite erheblich, so dass die Tätigkeit erst zum Dienstenende abgeschlossen werden konnte.

Ein zusätzlicher Zeitaufwand entsteht durch die Aufteilung der Ausarbeitung der Visite in zwei Teilschritte.

Im ersten Arbeitsschritt werden alle neuen Anordnungen ausgewertet, die Änderungen bezüglich der Mittagsmedikation vorsehen. Das heißt, alle Anordnungen werden überprüft und sofern eine Änderung der Medikation am Mittag erfolgt, werden die bereits gestellten Medikamente dementsprechend geändert bzw. neu vorbereitet.

Im zweiten Schritt werden alle Anordnungen nochmals überprüft und alle restlichen Änderungen in die Planung übernommen. Aufgrund der beobachteten Vorgehensweise wird eine Vielzahl der Arbeitsgänge wiederholt ausgeführt.

B) Visitenorganisation

Im Verlauf des Erhebungszeitraums konnte beobachtet werden, dass nur vier Visiten ohne Unterbrechung stattfanden. Acht Visiten wurden hingegen einmal unterbrochen, wobei die Unterbrechung zwischen 20 Minuten und 1 Stunde 15 Minuten dauerte.

Als Gründe für die Unterbrechungen konnten u. a. folgende Gründe ermittelt werden:

- An einem Beobachtungstag wird die Visite für die Frühstückspause unterbrochen, obwohl nur noch zwei Patienten aufzusuchen sind.
- Ein weiterer Unterbrechungsgrund besteht in der Teilnahme der Ärzte an der Frühbesprechung der Internisten.

Zudem konnte beobachtet werden, dass die einmal wöchentlich stattfindende Chefarztvisite eine Besonderheit aufweist, die zu einem erheblichen zeitlichen Mehraufwand für die Mitarbeiter der Pflege führt. In Vorbereitung auf diese Visite sind die Röntgenbilder aller Patienten bereitzustellen. Normalerweise befinden sich diese in einem Ablageregal des Stationszimmers. Da die Bilder jedoch von unterschiedlichen Personen genutzt werden, muss auch an anderen Orten gesucht werden. Nach dem Röntgen verbleiben die Bilder zunächst zur Begutachtung in der Untersuchungsabteilung und müssen später

vom Personal der Musterstation abgeholt werden. Weitere Bilder finden sich im Dienstzimmer der Ärzte auf der Station, die dort ebenfalls die Aufnahmen begutachten. Die vorbereitende Pflegekraft der Chefarztvisite muss daher alle drei Orte aufsuchen, um die Röntgenbilder einzusammeln.

C) Visitenhilfsmittel

Im Erdgeschoß der Musterstation wird als Hilfsmittel zur Visite der dort vorhandene Visitenwagen genutzt. In diesem Wagen ist eine Hängeregistratur für die Stammakten der Patienten integriert. Auf der Arbeitsfläche des Wagens können die Patientenakten in einem Planettensystem abgelegt werden.

Im Obergeschoß der Musterstation gibt es keinen derartigen Visitenwagen. Stattdessen wird ein fahrbarer Verbandstisch zweckentfremdet. An diesem Tisch ist provisorisch ein Korb zur Mitführung der Stammakten befestigt. Das Planettensystem wird auf der Arbeitsfläche abgelegt.

Während der Visite werden zahlreiche Untersuchungen und Laborbestimmungen angeordnet. Da die Anforderungsformulare während der Visite nicht mitgeführt werden, erfolgt das Ausfüllen der Formulare erst während der Auswertung der Visite. Bei zahlreichen Anforderungen ist jedoch die Unterschrift des anordnenden Arztes auf dem Anforderungsformular erforderlich. Daher muss am Ende der Auswertung der Visite noch einmal ein Arzt gerufen werden, um die notwendigen Unterschriften zu leisten. Diese Vorgehensweise hat zur Folge, dass ein Großteil der Anforderungen erst gegen Ende des Frühdienstes in der Untersuchungsabteilung eingehen und die gewünschten Untersuchungen verspätet oder erst am nächsten Tag erfolgen.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite F-12

A) Visitenorganisation

Verbindliche Visitenzeiten (kurzfristige Umsetzung)

Die Einführung fester und verbindlicher Visitenzeiten wird empfohlen.

Zeitpunkt der Visiten (kurzfristige Umsetzung)

Der Beginn der täglichen Visite könnte auf einen späteren Zeitpunkt verlegt werden. Die frei werdenden Zeitressourcen könnten damit zur

morgendlichen Blutentnahme und zur Durchführung einer Kurvenvisite genutzt werden.

Kurvenvisite (mittelfristige Umsetzung)

In einer vor der Visite stattfindenden Kurvenvisite könnten die zuständigen Ärzte die Befunde bereits erfolgter Untersuchungen und Blutentnahmen auswerten sowie gemeinsam mit dem Stationsarzt daraus resultierende Anordnungen abstimmen.

Unterbrechungen der Visite (kurzfristige Umsetzung)

Unterbrechungen der Visite sind zu vermeiden. Der verbindliche Beginn der Visite kann unter Berücksichtigung regelmäßiger ärztlicher Besprechungen festgelegt werden. Das Frühstück kann vor oder nach der Visite eingenommen werden. Sofern das Frühstück nach der Kurvenvisite stattfindet, wäre ein gemeinsames Frühstück aller Berufsgruppen möglich.

Anforderungsformulare (mittelfristige Umsetzung)

Die bisher von den Pflegekräften bei der Visitenauswertung ausgefüllten Anforderungsformulare könnten während der Visite direkt von den Ärzten ausgefüllt und unterschrieben werden. Die gleiche Vorgehensweise würde sich auch bei Einführung der Kurvenvisite anbieten.

Die Umsetzung dieses Vorschlages würde dazu führen, dass die Pflegekräfte, nachdem sie die ausgefüllten Anforderungsformulare mit den Patientenetiketten versehen haben, diese direkt in die Untersuchungsabteilung weiterleiten könnten. Die Umsetzung dieser Maßnahme würde die Anzahl der Arbeitsvorgänge reduzieren und damit zu einer Zeitersparnis beitragen.

Eine Verlängerung der Visite auf Grund des Ausfüllens der Anforderungsformulare durch die Ärzte könnte vermieden werden, wenn diese Tätigkeit bereits während der Kurvenvisite ausgeführt werden würde.

Aufbewahrung der Röntgenbilder (kurzfristige Umsetzung)

Um die zeitaufwendige Suche nach Röntgenbildern zu reduzieren, sollte deren Aufbewahrung im Stationszimmer als verbindlich festgelegt werden. Nach Entnahme von Bildern aus dem Regal sind diese dann spätestens zum Dienstenende dort wieder zu hinterlegen.

Transport der Röntgenbilder (mittelfristige Umsetzung)

Die Röntgenbilder einschließlich der Befunde könnten täglich zu einer festgelegten Zeit vom Hol- und Bringendienst auf die Station gebracht werden.

B) Visitenhilfsmittel

Anzahl der Visitenwagen (mittelfristige Umsetzung)

Für das Obergeschoß der Musterstation ist ebenfalls ein Visitenwagen anzuschaffen. Dabei sollte der Wagen dem Modell des Erdgeschoßes entsprechen.

Ausstattung des Visitenwagens (mittelfristige Umsetzung)

An beiden Visitenwagen sollten Fächer zur Mitführung von Anforderungsformularen angebracht werden.

Die Optimierungsvorschläge beziehen sich vorwiegend auf Maßnahmen zur Strukturierung der ärztlichen und pflegerischen Tätigkeiten im Tagesverlauf; vor allem in der Kernzeit zwischen 6.00 und 15.00 Uhr.

Durch die Reduzierung der zahlreichen Anordnungen außerhalb der Visite könnten Zeitressourcen für Ärzte und Pflegepersonal geschaffen werden. Dies gilt insbesondere für die Tätigkeiten nach der Visite. Für das Pflegepersonal würden sich die mit den Anordnungen verbundenen Arbeitsgänge sowie die Zeiten zur Auswertung der Visite konzentrieren und dadurch reduzieren. Für die Ärzte würden sich die, durch erneute Anordnungsdokumentation hervorgerufenen Unterbrechungen des Arbeitsablaufes reduzieren. Die Unterbrechungen der vom Pflegepersonal vorgenommenen Visitenauswertung würden ebenfalls herabgesetzt, was einen kontinuierlicheren Arbeitsablauf und die Vermeidung von Fehlern zur Folge hätte.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Anordnungserfassungsprotokoll

Protokoll Ärztliche Anordnungen

Datum:

Visite von: bis:

Visite von: bis:



Modul-F >
F-FB.xls

	Anordnungen vor Visite			NF	Anordnungen nach Visite			NF
ab 6:00								
ab 7:00								
ab 8:00								
ab 9:00								
ab 10:00								
ab 11:00								
ab 12:00								
ab 13:00								
ab 14:00								
ab 15:00								
ab 16:00								
ab 17:00								
ab 18:00								
ab 19:00								
ab 20:00								
ab 21:00								
ab 22:00								
ab 23:00								
ab 0:00								
ab 1:00								
ab 2:00								
ab 3:00								
ab 4:00								
ab 5:00								

Abbildung F-4: Anordnungserfassungsprotokoll

5.2. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Anordnungen“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Einführung fester und verbindlicher Visitenzeiten. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
2. Ggf. späterer Beginn der Visite. Morgentliche Blutentnahmen erfolgen vor der Visite.	X			
3. Einführung einer Kurvenvisite vor der regulären Visite.		X		
4. Vermeidung von Unterbrechungen der Visite.	X			
5. Verbindliche Aufbewahrung von Röntgenbildern.	X			
6. Täglicher Transport der Röntgenbilder und Befunde auf die Station durch den Hol- und Bringedienst.		X		
7. Anschaffung eines Visitenwagens für die 1. Etage der Station.		X		
8. Ausstattung der Visitenwagen mit einem Fach für Anforderungsformulare.		X		
9. Reduzierung der Anordnungen nach der Visite auf ein Minimum, ggf. einvernehmliche Vereinbarung einer „deadline“ d. h. eines Zeitpunktes, nach dem Routineanordnungen erst am nächsten Tag bearbeitet werden. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			X

Abbildung F-5: Maßnahmenplan Anordnungen



Modul-F >
F-Massnahmenplan.doc

5.3. Lehrfolien

Modul F

Kernprozess Anordnungen

F. Kernprozess: Anordnungen

1. Ziel

Ermittlung der Arbeitsbelastung,
die durch außerhalb der Visiten
getroffene Anordnungen entsteht.

F. Kernprozess: Anordnungen

2. Methodik

Methoden:

- **Selbstaufschreibung**
 - Jeder Mitarbeiter der Station erfasst die ihm übertragenen Anordnungen

Instrument:

- **Anordnungserfassungsprotokoll**
 - Erfassung per Strichliste

F. Kernprozess: Anordnungen

3. Aufbau des Instruments

Das Protokoll enthält:

1. Eintragsfelder für reguläre Anordnungen, die vor und nach der Visite getroffen werden
2. Eintragsfelder für Notfall-Anordnungen
3. Die Uhrzeiten

F. Kernprozess: Anordnungen

3. Aufbau des Instruments

Ausschnitt des Protokolls:

Protokoll Ärztliche Anordnungen

Datum:

Visite von: bis:

Visite von: bis:

	Anordnungen vor Visite			NF	Anordnungen nach Visite			NF
ab 6:00								
ab 7:00								
ab 8:00								
ab 9:00								
ab 10:00								
ab 11:00								
ab 12:00								
ab 13:00								
ab 14:00								

F. Kernprozess: Anordnungen

4. Anwendung des Instruments

- Information der Mitarbeiter über
 - Dauer des Erhebungszeitraums
 - Ort des Aushangs der Protokolle
- Jeder Mitarbeiter markiert jede Anordnung mit einem Strich auf dem Protokoll
 - Zeile: entsprechend der Uhrzeit
 - Spalte: entsprechend der Art der Anordnung und unter Berücksichtigung der Visite

F. Kernprozess: Anordnungen

5. Auswertung

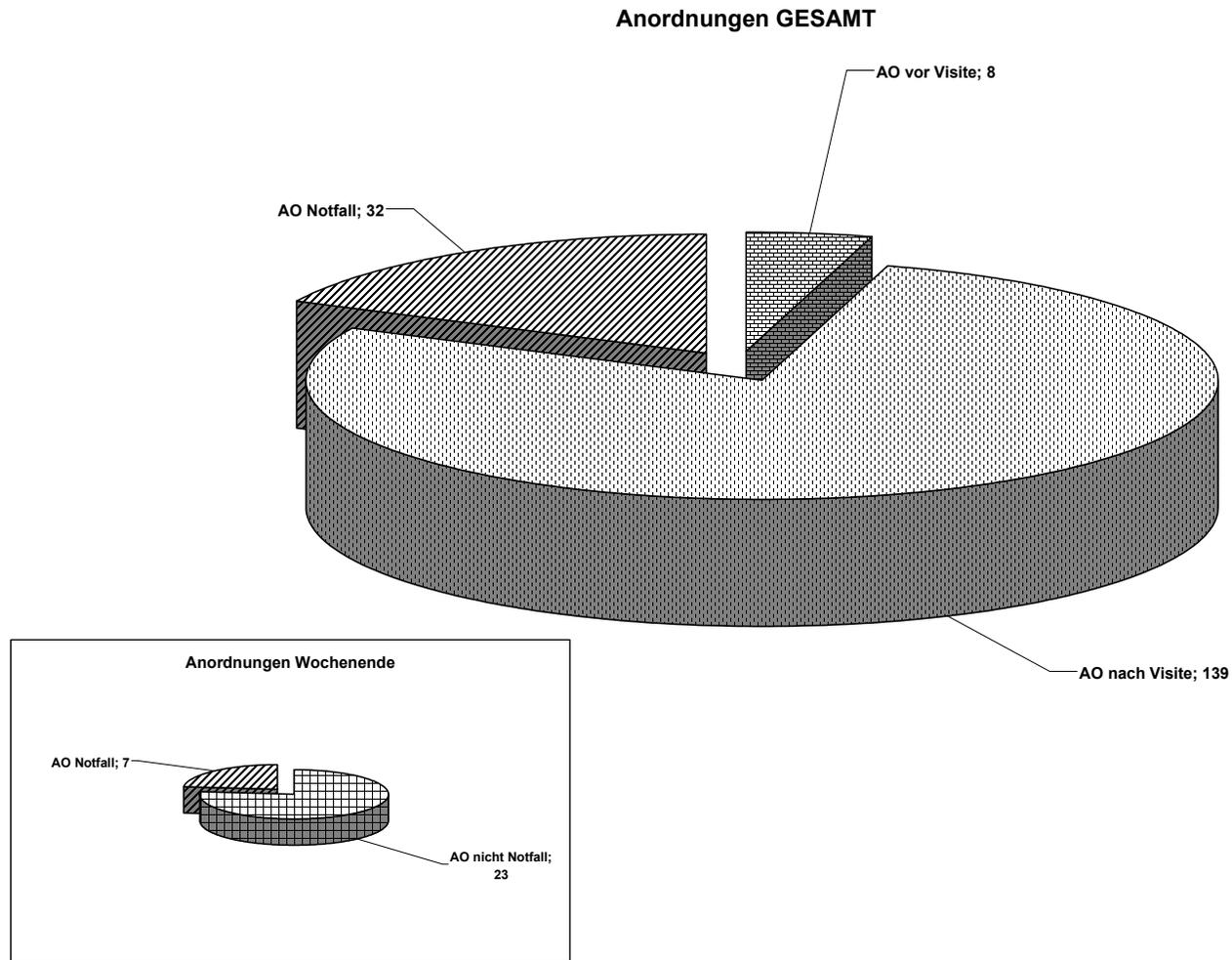
Ablauf der Auswertung:

1. Addieren der Werte der Tagesprotokolle
2. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
3. Auswertung der Diagramme
(Beispiel auf nächster Folie)

F. Kernprozess: Anordnungen

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project



F. Kernprozess: Anordnungen

6. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Die insgesamt acht Anordnungen vor der Visite werden zwischen 8.00 und 10.00 Uhr getroffen. Die 116 Anordnungen nach der Visite liegen im Zeitraum von 10.00 bis 22.00 Uhr. Betrachtet man die Anordnungen im Tagesverlauf, so zeigt sich eine Häufung im Zeitraum von 11.00 bis 15.00 Uhr. In dieser Zeit wurden 87 Anordnungen getroffen. Das entspricht 75 Prozent aller nach der Visite getroffenen Anordnungen.

F. Kernprozess: Anordnungen

7. Maßnahmenplanung

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Anordnungen“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Einführung fester und verbindlicher Visitenzeiten. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
2. Ggf. späterer Beginn der Visite. Morgendliche Blutentnahmen erfolgen vor der Visite.	X			
3. Einführung einer Kurvenvisite vor der regulären Visite.		X		
4. Vermeidung von Unterbrechungen der Visite.	X			
5. Verbindliche Aufbewahrung von Röntgenbildern.	X			
6. Täglicher Transport der Röntgenbilder und Befunde auf die Station durch den Hol- und Bringedienst.		X		
7. Anschaffung eines Visitenwagens für die 1. Etage der Station.		X		
8. Ausstattung der Visitenwagen mit einem Fach für Anforderungsformulare.		X		
9. Reduzierung der Anordnungen nach der Visite auf ein Minimum, ggf. einvernehmliche Vereinbarung einer „deadline“, d. h. eines Zeitpunktes, nach dem Routineanordnungen erst am nächsten Tag bearbeitet werden. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			X

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

In diesem Modul werden die Tätigkeiten untersucht, die von der Berufsgruppe der Pflegefachkräfte und dem Hilfspersonal der Station ausgeführt werden.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Untersuchung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Tätigkeiten in der Pflege wird die **Selbstaufschreibung** verwendet. Dabei werden die Mitarbeiter der Musterstation aufgefordert, alle Tätigkeiten zu notieren, die während der Arbeitszeit anfallen.

Methode:
Selbstaufschreibung
Seite J-12

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, die Arbeitsbelastung der Berufsgruppen „Pflegefachkräfte“ und „Hilfspersonal“ im Hinblick auf die unterschiedlichen Tätigkeiten abzubilden.

Als **Instrument zur Selbstaufschreibung** wird ein **Tätigkeitserfassungsprotokoll** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Strichliste eine einfache Erfassung aller anfallenden Tätigkeiten.

Instrument:
Tätigkeitserfassungsprotokoll
Seite G-19

1.1. Aufbau des Instruments

Das Tätigkeitserfassungsprotokoll ist in Form einer Tabelle gestaltet. Pro **Spalte** wird die **Uhrzeit** im halbstündigen Intervall erfasst. In den **Zeilen** werden die **Tätigkeiten** aufgelistet und nach **Kategorien** geordnet. Abbildung G-1 zeigt den schematischen Aufbau des Protokolls.

		Spalte ↓	
		ab 6:00	ab 6:30
Zeile Kategorie →	Allgemeine Pflege		
Zeile Tätigkeit →	Ausscheidung		
	Betten		

Abbildung G-1: Aufbau des Tätigkeitserfassungsprotokolls

Aus Platzgründen können die Tätigkeiten auf dem Protokoll nicht ausführlich beschrieben werden. Jede Tätigkeitsbeschreibung wird deshalb durch eine eindeutige Kurzbeschreibung, z. B. „Ausscheidung“ ersetzt.

Festlegen der
Tätigkeiten

Diese Vorgehensweise birgt jedoch die Gefahr, dass der Mitarbeiter entweder nicht alle Tätigkeiten notiert oder Tätigkeiten notiert, die nicht erfasst werden sollen. Während der Erhebungsphase muss daher jeder Mitarbeiter darüber informiert sein, was unter jeder Kurzbeschreibung zu verstehen ist.

Aus diesem Grund wird jede Kurzbeschreibung auf einem Informationsblatt genau beschrieben. Dieses Informationsblatt wird dem Mitarbeiter vor Erhebungsbeginn ausgehändigt und erläutert.

Im Musterkrankenhaus wurden die zu erfassenden Tätigkeiten wie folgt festgelegt:

A) Allgemeine Pflege

Tätigkeit	Beschreibung
Ausscheidung	<ul style="list-style-type: none"> • Bereitstellen, Anreichen, Leeren von Steckbecken oder Urinflaschen • Entleeren, Wechsel von Urinbeuteln, Stomabeuteln, Magensekretbeuteln, Drainagen • Begleitung zur Toilette oder zum Toilettenstuhl • Pflege und Nachbereitung bei Ausscheidungen wie Schwitzen oder Erbrechen • Vor-, Nachbereitung, Assistenz, Durchführung beim Legen von Magensonden oder Blasenkathetern • Klistiere oder nicht-medikamentöse Einläufe
Betten	<ul style="list-style-type: none"> • Richten des Bettes, teilweiser oder vollständiger Bettwäschewechsel
Ernährung	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung, Anleitung, Unterstützung, Hilfe, Übernahme aller zur Ernährung gehörenden Maßnahmen (Essenswünsche erfragen, Essen richten, Essen reichen, Sondenkost bereiten und verabreichen) inklusive Vor- und Nachbereitung
Körperpflege	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung, Anleitung, Unterstützung, Hilfe, Übernahme aller zur Körperpflege gehörenden Maßnahmen (Mund-, Haar-, Haut-, Nagelpflege, Rasur usw.) inklusive Vor- und Nachbereitung • Durchführung jeglicher Prophylaxen

Tätigkeit	Beschreibung
Lagerung / Bewegung	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten lagern und mobilisieren (z. B. an die Bettkante oder in den Mobilisationsstuhl setzen) • Hilfe beim Aufstehen und Gehen • Patienten beim Laufen begleiten und unterstützen • verwirrte Patienten an ihren Platz / in ihr Zimmer zurückbringen

B) Spezielle Pflege

Tätigkeit	Beschreibung
Diagnostik	<ul style="list-style-type: none"> • Vor-, Nachbereitung, Assistenz im Zusammenhang mit jeglichen diagnostischen Maßnahmen • Messen, Pulsen, Wiegen • Beobachtung und Kontrolle anderer Parameter wie Atmung, Bewusstseinslage, Hautfarbe, Ausscheidungen
Medikation	<ul style="list-style-type: none"> • Vor-, Nachbereitung, Verabreichung jeglicher Medikation wie Injektionen, Infusionen, Transfusionen, Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, medikamentöse Einläufe
Untersuchungsmaterial	<ul style="list-style-type: none"> • Vor-, Nachbereitung, Assistenz bei der Gewinnung und Verarbeitung von Untersuchungsmaterial wie Blut, Sputum, Stuhl, Abstriche, Urin, Liquor usw.
Visite	<ul style="list-style-type: none"> • Teilnahme an ärztlichen Visiten inklusive Vor- und Nachbereitung
Wund- und Hautbehandlung	<ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse Einreibungen jeglicher Art mit Cremes, Salben, Lotionen, Lösungen • Vor-, Nachbereitung, Assistenz, Durchführung jeglicher Verbände, (z. B. von Drainagen, Tracheostoma, Urostoma, Venenkathetern, Wunden) • Beine wickeln • Kälte- und Wärmeanwendungen wie Brust- und Wadenwickel, Anlegen von Kühlelementen oder Wärmflaschen • medizinische Bäder (z. B. mit Braunol oder Kaliumpermanganat)

C) Hauswirtschaft

Tätigkeit	Beschreibung
Aufbereitung Geräte / Instrumente	<ul style="list-style-type: none"> Reinigung von Geräten und Instrumenten, Vorbereitung der Instrumente zur Sterilisation, Geräuteroutinepflege
Lagerwirtschaft	<ul style="list-style-type: none"> Auffüllen jeglicher Bestände (z. B. Bettenwagen, Verbandswagen, Medikamentenschränke, Wäschelager, Materiallager, Büromaterial usw.)
Reinigungsarbeiten	<ul style="list-style-type: none"> Reinigungs- und Aufräumarbeiten jeglicher Art wie Staubwischen im Zimmer, Säuberung des Stationszimmers, des Aufenthaltsraumes, des Lagers, der Entsorgung usw.

D) Verwaltung

Tätigkeit	Beschreibung
Akten ordnen / führen	<ul style="list-style-type: none"> Ordnung der Patientenakten nach Rubriken und in chronologischer Reihenfolge Eintragen der Vitalzeichen, Pflegedokumentation, Abzeichnen der Medikamente usw.
Aufnahme / Entlassung	<ul style="list-style-type: none"> Maßnahmen der Vor-, Nachbereitung, Durchführung einer Patientenaufnahme oder Patiententlassung bzw. -verlegung wie Akte anlegen, Aufnahme- / Entlassungsformulare zusammenstellen und ausfüllen, Wertsachen verwahren / ausgeben
Befunde sortieren / abheften	<ul style="list-style-type: none"> patientenspezifische Ordnung, Verteilung und Abheftung eingehender Befunde
Bestellwesen	<ul style="list-style-type: none"> Durchführung von Bestellungen jeglicher Art, Abheften der Lieferscheine
Dokumentation	<ul style="list-style-type: none"> Führen der Pflegedokumentation
Labor- / Untersuchungsanforderungen	<ul style="list-style-type: none"> Vorbereitung von Formularen für Labor- / Untersuchungsanforderungen, Terminkoordination
Nebeninformationsträger führen	<ul style="list-style-type: none"> Lesen und Führen von Übergabebuch, Visitenbuch, Informationszetteln, Ordernern mit Besprechungsprotokollen u. ä.
Übergabe	<ul style="list-style-type: none"> Übergabe an den nächsten Dienst, an Kollegen anderer Stationen, an Ärzte, Therapeuten, andere Berufsgruppen (z. B. Krankentransport)

E) Wege

Tätigkeit	Beschreibung
Lager	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Weg zum Lager und zurück zur Station
Entsorgung	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Weg zur Entsorgung, z. B. zur Fäkalienaspüle
Patientenklengel	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Weg zu einem Patienten, der einen Schwesternruf auslöst
Stationsküche	<ul style="list-style-type: none"> • Ein Weg in die Stationsküche

F) Sonstiges

Tätigkeit	Beschreibung
Mobiles Telefon Ein	<ul style="list-style-type: none"> • Ein eingehendes Telefonat auf dem mobilen Telefon
Mobiles Telefon Aus	<ul style="list-style-type: none"> • Ein ausgehendes Telefonat von dem mobilen Telefon

Je nach Gegebenheit können weitere Tätigkeiten in das Protokoll mit aufgenommen werden. Es sollte jedoch darauf verzichtet werden, während der Erhebung weitere Tätigkeiten hinzuzufügen, da hierdurch die Vergleichbarkeit beeinträchtigt wird.

Auf der Musterstation erfolgt die Erfassung des Pflegeaufwandes durch Einstufung der Patienten nach den Pflegestufen der Pflegepersonalregelung (PPR). Die PPR ist zwar seit 1. Januar 1997 außer Kraft gesetzt, wird jedoch auf vielen Stationen weiterhin genutzt. Um für die Mitarbeiter der Musterstation die Erfassung ihrer Tätigkeiten zu erleichtern, ist das Tätigkeitserfassungsprotokoll deshalb in Anlehnung an die PPR gestaltet. Die Pflegestufen sind in der PPR folgendermaßen definiert:

- A1 entspricht den Grundleistungen der allgemeinen Pflege
- A2 entspricht den erweiterten Leistungen der allgemeinen Pflege
- A3 entspricht besonderen Leistungen der allgemeinen Pflege

Die gleiche Einteilung definiert die Leistungen der speziellen Pflege in den S-Pflegestufen.

Während der Erhebungsphase hat sich die Gestaltung des Tätigkeitserfassungsprotokolls in Anlehnung an die auf der Musterstation angewendete PPR-Einstufung bewährt. Die Mitarbeiter konnten sich schnell mit dem Instrument vertraut machen und zeigten einen sicheren Umgang damit.

Wird ein anderes System zur Abbildung pflegerischer Arbeitsleistungen verwendet, so sollte das Tätigkeitserfassungsprotokoll an diesem ausgerichtet werden. Ebenso können Protokolle für weitere Berufsgruppen (wie z. B. therapeutisches oder ärztliches Personal) erstellt und in die Datenerhebung einbezogen werden.

Nachdem die Tätigkeiten festgelegt und beschrieben worden sind, werden diese in Kategorien unterteilt. Die so gebildeten Kategorien werden innerhalb des Protokolls als Orientierungshilfe verwendet.

Festlegen der Kategorien

Im Musterkrankenhaus wurden die Tätigkeiten in folgende Kategorien unterteilt:

- Allgemeine Pflege
- Spezielle Pflege
- Hauswirtschaft
- Verwaltung
- Wege
- Sonstiges

Eine alternative Möglichkeit der Erhebung besteht darin, auf die Erhebung der einzelnen Tätigkeiten zu verzichten und ausschließlich Kategorien im Protokoll zu verwenden. Auch hier muss vorab festgelegt werden, welche Tätigkeiten den gewählten Kategorien angehören.

Instrument:
Alternatives
Tätigkeitserfassungs-
protokoll
Seite G-25

Die Tätigkeitserfassung nach Kategorien kann sinnvoll sein, wenn es eher um einen globalen Überblick über die Tätigkeitsverteilung im Tagesverlauf als um eine differenzierte Abbildung der Tätigkeitszusammensetzung geht. Zudem benötigt diese Erfassungsform einen geringeren Zeitaufwand sowohl während der Erhebung als auch während der Auswertung.

1.2. Anwendung des Instruments

Eine Woche vor Beginn der Erhebungsphase erhält jeder Mitarbeiter ein Tätigkeitserfassungsprotokoll und das Informationsblatt zur Beschreibung der Kategorien. Damit ist es dem Mitarbeiter möglich, sich mit dem Instrument vertraut zu machen und offene Fragen im Voraus mit dem Untersuchungsleiter zu klären.

Es sollte unter allen Umständen vermieden werden, das Protokoll und das Informationsblatt erst zu Erhebungsbeginn zu verteilen.

Während der Erhebungsphase erhält jeder Mitarbeiter zu Beginn seiner Schicht ein Tätigkeitserfassungsprotokoll. In der Kopfzeile des Protokolls wird zunächst die Schicht sowie das Datum vermerkt. Außerdem wird notiert, ob es sich beim Mitarbeiter um eine ausgebildete Fachkraft (Pflegerkraft = PK) oder um einen anderen Mitarbeiter der Pflege (Hilfspersonal = HP) handelt, um während der

Ausfüllen der Kopfzeile

Auswertung eine grobe Unterscheidung nach beruflicher Qualifikation zu ermöglichen.

Daraus ergibt sich, dass vor der Erhebungsphase festgelegt werden muss, welche Berufsgruppe der jeweiligen Kategorie zugeordnet wird. Im Musterkrankenhaus wurde dabei folgende Zuordnung verwendet:

- Pflegekraft
 - a) eingearbeitete examinierte Kranken- und Altenpflegekräfte
 - b) eingearbeitetes examiniertes Aushilfspersonal
- Hilfspersonal
 - a) Krankenpflege- oder Altenpflegeschüler
 - b) nicht examinierte studentische Aushilfskräfte
 - c) Zivildienstleistende
 - d) examinierte Kranken- oder Altenpflegekräfte in der Einarbeitungsphase

Die Datenerhebung erfolgt in Form einer Strichliste. Das heißt: Zunächst führt der Mitarbeiter die Tätigkeit aus. Erst nachdem die Tätigkeit abgeschlossen ist, markiert er dies durch einen Strich in der entsprechenden Zelle im Protokoll. Dabei ergibt sich die Zelle aus dem Schnittpunkt der Zeile der Tätigkeit und der Spalte der jeweiligen Tageszeit.

Ausfüllen der Strichliste

Eine Besonderheit ergibt sich bei Tätigkeiten, die sich aus mehreren Tätigkeiten zusammen setzen. So fallen bei der morgendlichen Körperpflege des Patienten Tätigkeiten wie „Betten“, „Körperpflege“, „Ausscheidung“ etc. an. Nach Abschluss der Tätigkeiten wird deshalb jede dieser Einzeltätigkeiten im Protokoll mit einem Strich erfasst.

1.3. Rolle des Beobachters

Die Datenerhebung wird durch einen Beobachter begleitet. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch das Erhebungsinstrument „Tätigkeitserfassungsprotokoll“ erfasst werden.

Auf der Musterstation konnte durch die teilnehmende Beobachtung beispielsweise festgestellt werden, welche organisatorischen Schwierigkeiten im Rahmen der Durchführung von Tätigkeiten in der Pflege bestehen, die zu zusätzlichen Zeitverlusten führen.

2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden zunächst die Tätigkeitserfassungsprotokolle ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 94 Datenlisten zur Verfügung.

Bei der Auswertung der Anzahl der Tätigkeiten werden zunächst alle Einzelstriche, die auf den Erfassungsprotokollen verzeichnet sind, ausgezählt und auf ein leeres Tätigkeitserfassungsprotokoll als Zahl übertragen.

1. Erhebungstag

	ab 6:00	ab 6:30
Ausscheidung		
Betten		

plus

2. Erhebungstag

	ab 6:00	ab 6:30
Ausscheidung		
Betten		

plus

3. Erhebungstag

und alle folgenden Erhebungstage ...

ist gleich

Übertrag als Zahl:

	ab 6:00	ab 6:30
Ausscheidung	1 + 0 + ...	4 + 2 + ...
Betten	1 + 1 + ...	10 + 7 + ...

Die ermittelten Einzelwerte werden nun summiert. Diese Summe wird anschließend in die Excel-Auswertungsdatei übertragen. Um die Eingabe in der Datei zu vereinfachen, ist das Eingabeformular **“Dateneingabe_Tätigkeiten“** – wie auch die Tätigkeitserfassungsprotokolle – in drei Eingabebereiche unterteilt. Zusätzlich wird dabei zwischen Pflegefachkräften und Hilfspersonal unterschieden. Die Daten der Pflegefachkräfte werden auf dem Eingabeblatt in den



Modul-G >
G-Auswertung.xls

Bereichen L 1 bis L 3 übernommen. Die Daten des Hilfspersonals in den Bereichen L 4 bis L 6.

Die im Datenblatt „Dateneingabe_Tätigkeiten“ eingegebenen Werte bilden die Grundlage aller weiteren Auswertungen. Folgende Datenblätter zur Auswertung sind bereits enthalten:

Tabellenblatt: Auswertung_Tätigkeiten_Gesamt1

Das Tabellenblatt errechnet automatisch die Anzahl der Tätigkeiten beider Berufsgruppen (Pflegefachkräfte und Hilfspersonal).

Tabellenblatt: Auswertung_Tätigkeiten_Gesamt2

In diesem Tabellenblatt wird die Gesamtanzahl der Tätigkeiten pro Kategorie automatisch errechnet. Dabei wird zwischen den Berufsgruppen „Pflegefachkräfte“ und „Hilfspersonal“ unterschieden.

Tabellenblatt: Rang_Einzeltätigkeiten

Das Tabellenblatt erzeugt automatisch eine Rangliste aller Tätigkeiten. Die häufigsten Tätigkeiten werden zu Beginn angezeigt; die seltensten Tätigkeiten am Ende der Liste.

Tabellenblatt: Rang_Kategorien

Das Tabellenblatt erzeugt automatisch eine Rangliste aller Tätigkeitskategorien. Die häufigsten Kategorien werden zu Beginn angezeigt; die seltensten Kategorien am Ende der Liste.

Tabellenblatt: Rang_Kategorien_PK

Das Tabellenblatt erzeugt automatisch eine Rangliste aller Tätigkeitskategorien für Pflegefachkräfte. Die häufigsten Kategorien werden zu Beginn angezeigt; die seltensten Kategorien am Ende der Liste. Zum Vergleich werden die Werte des Hilfspersonals mit angegeben.

Tabellenblatt: Rang_Kategorien_HP

Das Tabellenblatt erzeugt automatisch eine Rangliste aller Tätigkeitskategorien für das Hilfspersonal. Die häufigsten Kategorien werden zu Beginn angezeigt; die seltensten Kategorien am Ende der Liste. Zum Vergleich werden die Werte der Pflegefachkräfte mit angegeben.

Tabellenblatt: Bild_Tätigkeiten_1

Das Diagramm zeigt eine Übersicht aller registrierten Tätigkeiten des Erhebungszeitraums im Tagesverlauf.

Tabellenblatt: Bild_Tätigkeiten_2

Das Diagramm zeigt eine Übersicht aller registrierten Tätigkeiten des Erhebungszeitraums im Tagesverlauf. Dabei wird nach den Berufsgruppen unterschieden.

Tabellenblatt: Bild_Tätigkeiten_3

Das Diagramm zeigt die Anzahl der Tätigkeiten nach Kategorien und in Rangfolge geordnet.

Tabellenblatt: Bild_Tätigkeiten_4

Das Diagramm zeigt die Anzahl der Tätigkeiten nach Kategorien und nach Berufsgruppen unterteilt. Dabei ist die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte in Rangfolge geordnet.

Tabellenblatt: Bild_Tätigkeiten_5

Das Diagramm zeigt eine Übersicht der Anzahl der Tätigkeiten in den Kategorien „Allgemeine Pflege“, „Spezielle Pflege“, „Verwaltung“ und „Wege intern“. Zeitlich ist das Diagramm auf die Zeit zwischen 6.00 bis 15.00 Uhr eingegrenzt.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.1. Ausgangssituation

Im Pflegekonzept der Musterstation sind das spezielle Pflegeverständnis, die Pflegeziele für die Patientenarbeit und die Vorstellungen einer berufsgruppenübergreifenden Zusammenarbeit niedergeschrieben. Daraus geht hervor, dass auf eine rehabilitative, individuelle und ganzheitliche Pflege besonderer Wert gelegt wird. Eine enge Zusammenarbeit mit Patienten, Ärzten, Therapeuten und Angehörigen sowie die Einbeziehung der Angehörigen in den Pflegeprozess soll grundlegender Bestandteil der täglichen Arbeit sein.

3.2. Ergebnisse der Selbstaufschreibung

Im Erhebungszeitraum wurden insgesamt 16.383 Tätigkeiten ermittelt, die von insgesamt 48 Pflegekräften und 42 Hilfskräften der Musterstation ausgeführt werden. Die Abbildung G-2 zeigt die Verteilung dieser Tätigkeiten im Tagesverlauf.

| Tätigkeiten im
Tagesverlauf

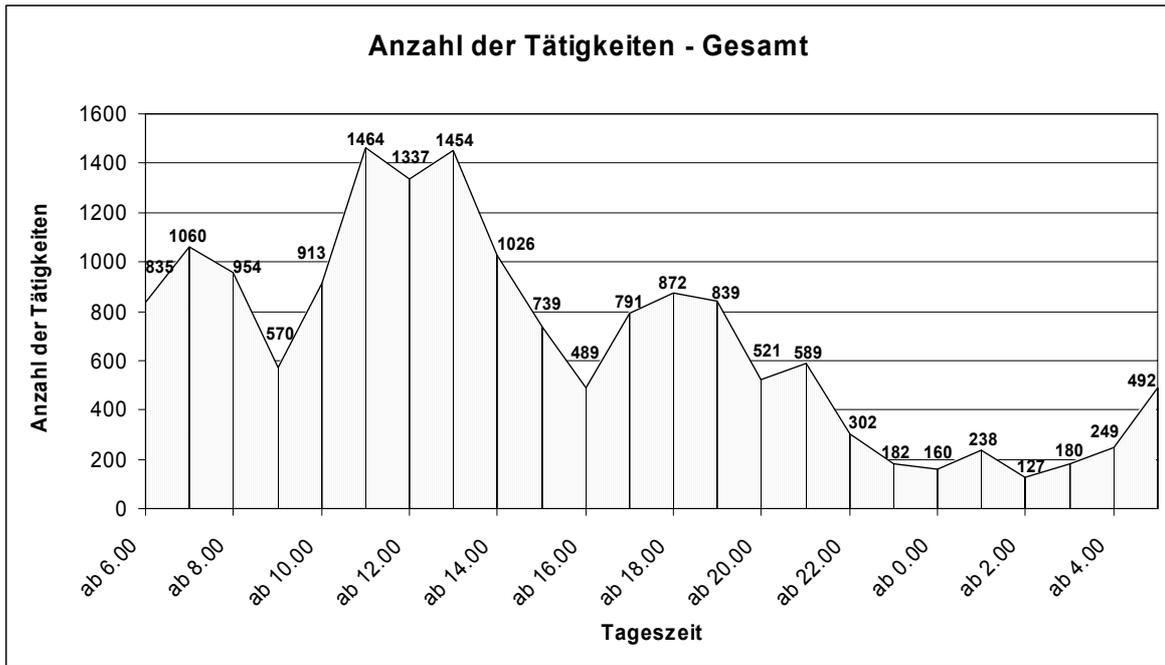


Abbildung G-2: Tätigkeiten im Tagesverlauf in 8 Tagen

Jeder Einzelwert in der Abbildung entspricht der Summe der Tätigkeiten zur jeweiligen Tageszeit innerhalb von 8 Tagen.

In Abbildung G-3 werden diese Tätigkeiten in die Berufsgruppen Pflegefachkräfte und Hilfspersonal unterteilt. Auf den ersten Blick erscheint die Verteilung relativ gleichmäßig.

Anzahl der Tätigkeiten
nach Berufsgruppen

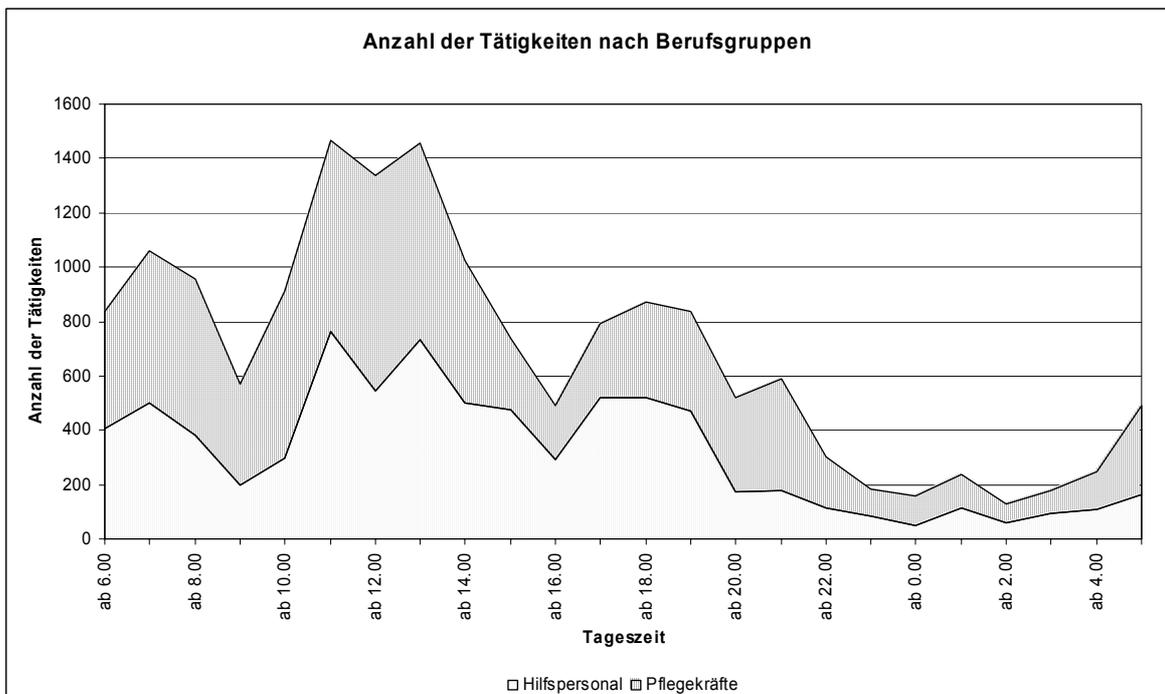


Abbildung G-3: Tätigkeiten im Tagesverlauf unterteilt in Pflegefachkräfte und Hilfspersonal

Bei genauer Betrachtung zeigt sich aber, dass die Tätigkeiten zu den gegebenen Stunden unterschiedliche Häufigkeiten aufweisen. So überwiegt in den Zeiträumen von 6.00 bis 11.00 Uhr, zwischen 12.00 und 13.00 Uhr, 14.00 bis 15 Uhr sowie ab 20.00 Uhr der Anteil der von den Pflegekräften ausgeführten Tätigkeiten. Zwischen 11.00 und 12.00 Uhr, 13.00 bis 14.00 Uhr sowie von 15.00 bis 20.00 Uhr führten die Hilfskräfte mehr Tätigkeiten aus.

Nach der Darstellung der Tätigkeitsverteilungen im Tagesverlauf, zeigt die Abbildung G-4 die Rangverteilung der Tätigkeitskategorien insgesamt.

Rangliste der
Tätigkeitskategorien

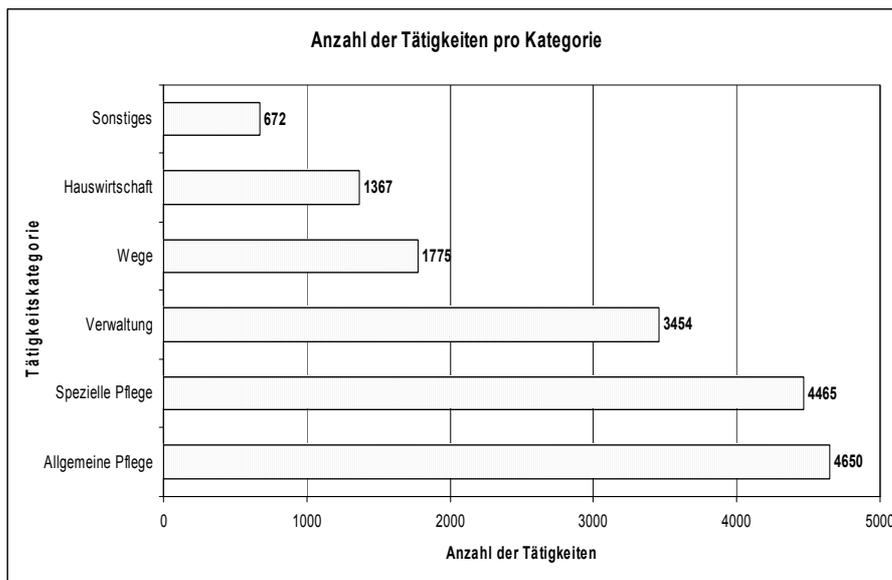


Abbildung G-4: Rangliste der Tätigkeiten - Top 8

Die ersten beiden Ränge entfallen auf die „Allgemeine Pflege“ und die „Spezielle Pflege“. Zusammengenommen haben diese beiden Positionen einen Gesamtanteil von ca. 55,7 Prozent an den ausgeführten Tätigkeiten. Das bedeutet: Über die Hälfte aller Tätigkeiten im Beobachtungszeitraum entfallen auf pflegerische Tätigkeiten.

Wie bereits erwähnt, ist das Tätigkeitserfassungsprotokoll in Anlehnung an die PPR erstellt. Es enthält somit in der Kategorie „Spezielle Pflege“ z. T. auch patientenferne Tätigkeitsbereiche, z. B. Vor- und Nachbereitungsarbeiten im Zusammenhang mit den Kriterien „Visite“, „Untersuchungsmaterial“ und „Medikation“. In diesen drei Bereichen werden im Erhebungszeitraum insgesamt 2.462 Tätigkeiten ausgeführt, was einem Anteil von ca. 15 Prozent an den Gesamttätigkeiten entspricht. Der prozentuale Anteil der speziellen Pflege und damit auch der gesamten pflegerischen Tätigkeiten wird unter Beachtung dieses Ergebnisses reduziert. Auf eine weitere Berechnung wird jedoch verzichtet, da das Erhebungsinstrument eine genaue Differenzierung der speziellen Pflege in patientennahe und patientenferne Tätigkeiten nicht zulässt.

Nachdem die Tätigkeitskategorien insgesamt dargestellt wurden, erfolgt nun die differenzierte Darstellung der häufigsten Tätigkeitskategorien getrennt nach Pflege- und Hilfspersonal.

Tätigkeitskategorien
nach Berufsgruppen

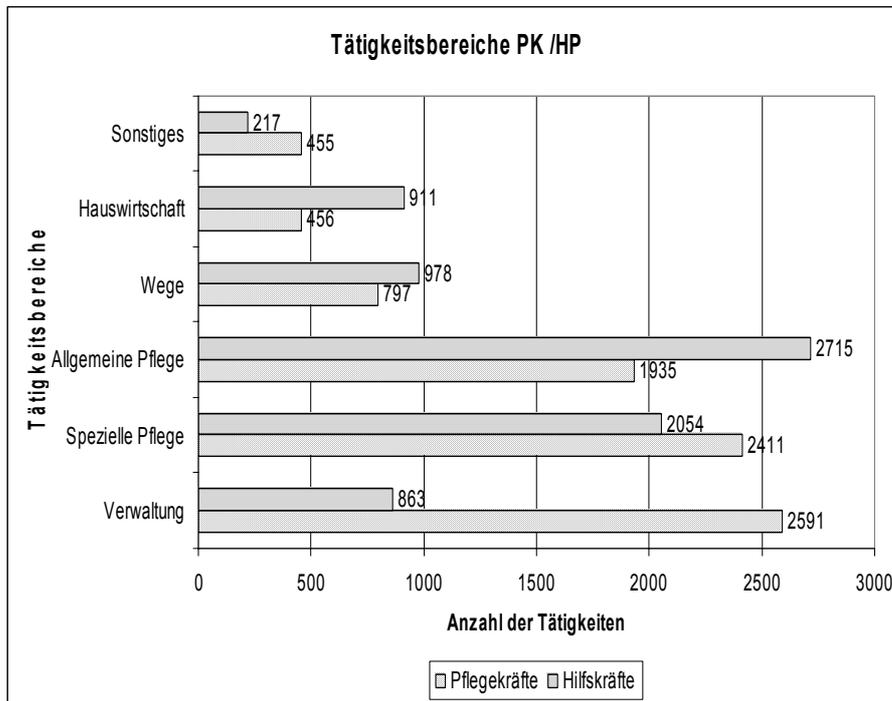


Abbildung G-5: Vergleich der Tätigkeitsbereiche zwischen Pflegefachkräften und Hilfspersonal

Abbildung G-5 zeigt, dass die Pflegefachkräfte – abweichend von der Gesamtdarstellung der Tätigkeiten – im Erhebungszeitraum an erster Stelle mit Verwaltungstätigkeiten beschäftigt ist. Das Hilfspersonal beschäftigt sich hingegen am häufigsten mit Tätigkeiten der „Allgemeinen Pflege“. Bei der Rangliste der Tätigkeiten der Pflegefachkräfte erscheint diese Kategorie erst an dritter Position.

In den folgenden Betrachtungen wird am Beispiel von vier Kategorien die Verteilung der Tätigkeiten in der Kernzeit von 6.00 bis 16.00 Uhr beschrieben.

Abbildung G-6 stellt die Kategorien „Allgemeine Pflege“, „Spezielle Pflege“, „Verwaltung“ und „Wege intern zwischen den Etagen“ gegenüber. Die Kategorien „Hauswirtschaft“ und „Sonstiges“ werden nicht berücksichtigt.

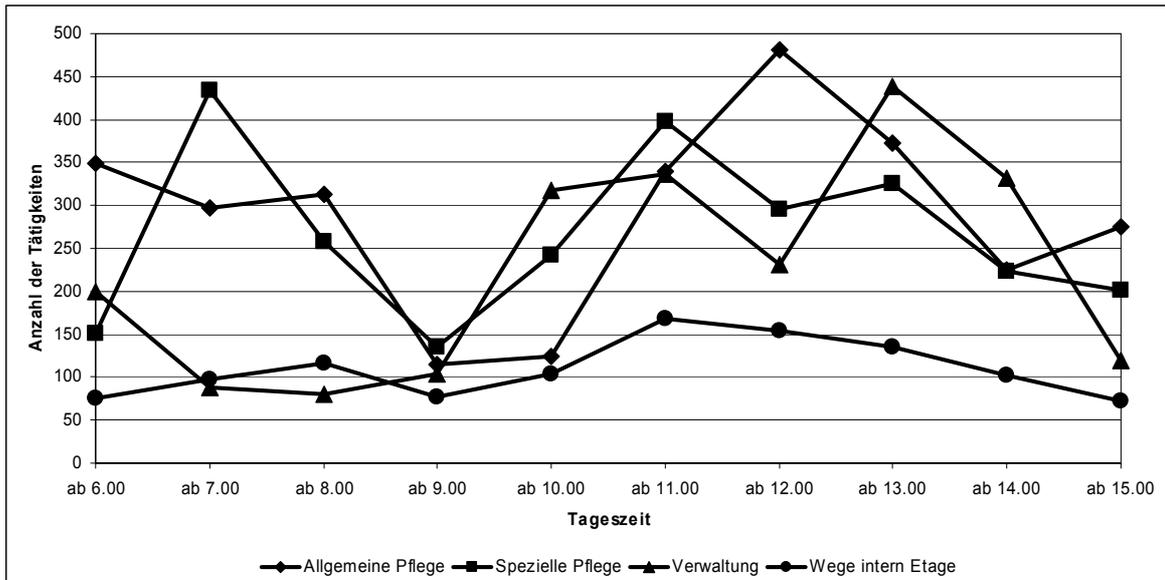


Abbildung G-6: Tätigkeiten in der Kernzeit

A) Allgemeine Pflege

Bei der Betrachtung des Verlaufs der Tätigkeiten der „Allgemeinen Pflege“ in der Kernzeit zeigt Abbildung G-7 zwei deutliche Tätigkeitsspitzen zwischen 6.00 und 7.00 Uhr sowie zwischen 12.00 und 13.00 Uhr.

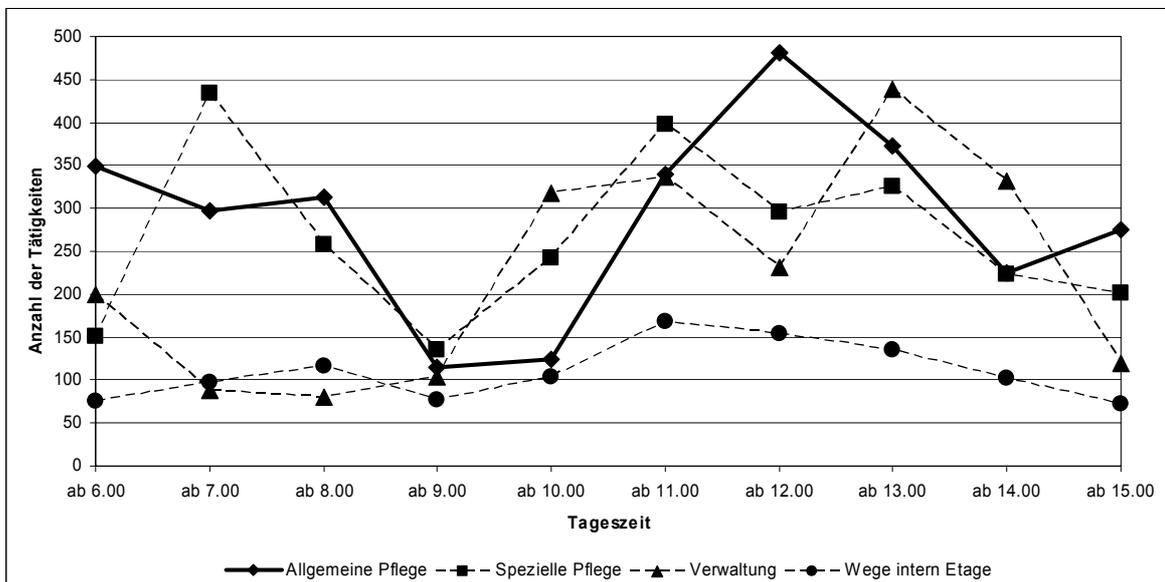


Abbildung G-7: Betrachtung „Allgemeine Pflege“

Zur Zeit der ersten Tätigkeitsspitze sind die Mitarbeiter hauptsächlich mit „Betten“ (151-mal), „Körperpflege“ (70-mal) und „Lagerung / Bewegung“ (54-mal) beschäftigt. Für die zweite Tätigkeitsspitze sind die Bereiche „Ernährung“ (206-mal), „Betten“ (109-mal) und „Ausscheidung“ (57-mal) ausschlaggebend.

Neben den beiden Tätigkeitsspitzen wird zwischen 8.00 und 9.00 Uhr eine weitere Konzentration von Tätigkeiten der allgemeinen Pflege sichtbar. Zu dieser Zeit beschäftigen sich die Mitarbeiter am häufigsten mit „Ernährung“ (236-mal), „Lagerung / Bewegung“ (32-mal) und „Ausscheidung“ (22-mal).

B) Spezielle Pflege

Die Tätigkeiten der „Speziellen Pflege“ weisen zwischen 7.00 und 8.00 Uhr sowie zwischen 11.00 und 12.00 Uhr einen Höchststand auf, wie in Abbildung G-8 ersichtlich.

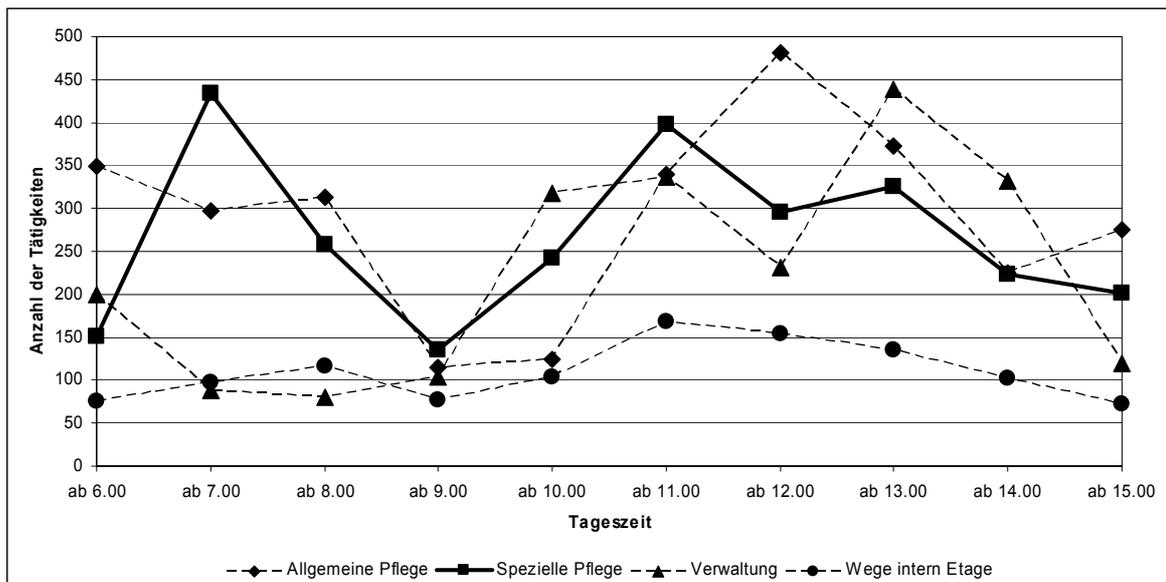


Abbildung G-8: Betrachtung „Spezielle Pflege“

Zwischen 7.00 und 8.00 Uhr sind die Mitarbeiter am häufigsten mit „Medikation“ (221-mal), „Krankenbeobachtung“ (93-mal) und „Untersuchungsmaterial“ (64-mal) beschäftigt. Die Tätigkeitsbereiche „Medikation“ (196-mal), „Krankenbeobachtung“ (81-mal) und „Untersuchungsmaterial“ (53-mal) sind zwischen 11.00 und 12.00 Uhr dominierend.

C) Verwaltung

In der Kategorie „Verwaltung“ werden Tätigkeiten zwischen 6.00 und 7.00 Uhr, von 10.00 bis 12.00 Uhr und zwischen 13.00 und 14.00 Uhr am häufigsten ausgeführt, wie in Abbildung G-9 ersichtlich.

Dabei sind im ersten Zeitraum die Tätigkeitsbereiche „Übergabe“ (134-mal), „Dokumentation“ (22-mal) sowie „Befunde sortieren / abheften“ (22-mal) vorrangig. Zwischen 10.00 und 12.00 Uhr beschäftigen sich die Mitarbeiter am häufigsten mit „Dokumentation“ (191-mal), „Akten ordnen / führen“ (186-mal) und mit „Labor- / Untersuchungsanforderungen“ (132-mal). In der Zeit von 13.00 bis

14.00 Uhr überwiegen die Tätigkeitsbereiche „Übergabe“ (136-mal), „Dokumentation“ (105-mal) sowie „Akten ordnen / führen“ (90-mal).

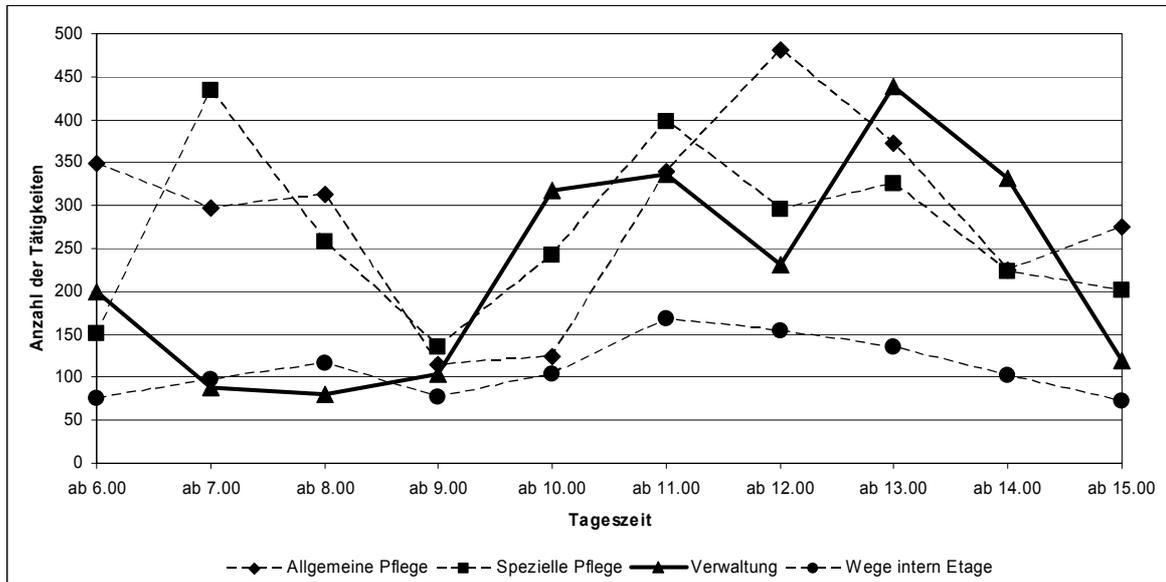


Abbildung G-9: Betrachtung „Verwaltung“

D) Wege

In der Kategorie Wege steigen die Häufigkeiten zwischen 8.00 und 9.00 Uhr sowie zwischen 11.00 und 12.00 Uhr an, wie in Abbildung G-10 ersichtlich.

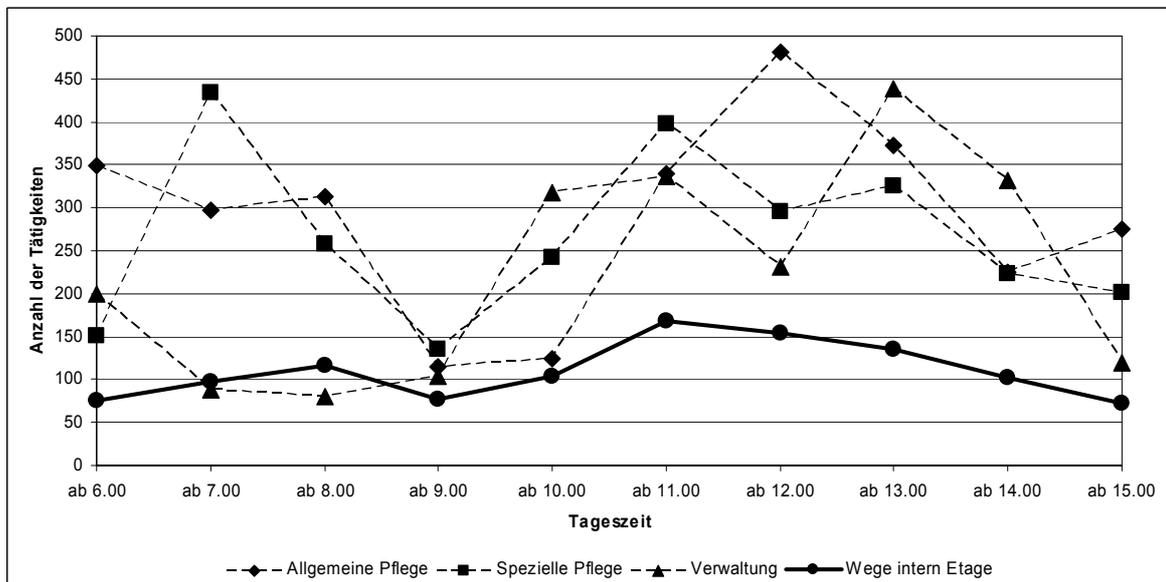


Abbildung G-10: Betrachtung „Wege intern“

Im ersten Zeitraum sind die Wege zur „Entsorgung“ (69-mal), zur „Patientenklengel“ (45-mal) und zum „Lager“ (3-mal) am häufigsten. Zwischen 11.00 und 12.00 Uhr gehen die Mitarbeiter am häufigsten

zur „Patientenklingel“ (63-mal), „Entsorgung“ (62-mal) und zum „Lager“ (42-mal).

Wie sich alle im Erhebungszeitraum durchgeführten Tätigkeiten nach ihrer Häufigkeit ordnen, zeigt die folgende Tabelle. Die Kategorie „Sonstiges“ wurde hierbei nicht berücksichtigt, da die hier erfassten Telefonate mit dem mobilen Telefon in den Bereich des Kernprozesses „Telefonate“ fallen.

| Rangliste der Tätigkeiten

Rang	Tätigkeit	Häufigkeit
1	Medikation	1.879
2	Ernährung	1.760
3	Krankenbeobachtung	1.445
4	Betten	909
5	Dokumentation	824
6	Reinigungsarbeiten	821
7	Lagerung/Bewegung	798
8	Übergabe	794
9	Ausscheidung	757
10	Patientenklingel	756
11	Entsorgung	703
12	Akten ordnen/führen	525
13	Labor-/Untersuchungsanfor.	430
14	Befunde sortieren/abheften	429
15	Körperpflege	426
16	Untersuchungsmaterial	400
17	Wund- u. Hautbehandlung	319
18	Lager	302
18	Aufbereitung Geräte/Instrumente	284
19	Lagerwirtschaft	262
20	Diagnostik	239
20	Nebeninfoträger führen	239
21	Visite	183
22	Aufnahme/Entlassung	112
23	Bestellwesen	101
24	Stationsküche	14

Abbildung G-11: Rangliste aller Tätigkeiten nach Häufigkeit

Abbildung G-11 macht deutlich, dass patientennahe Tätigkeiten (wie Körperpflege, Lagerung oder Ausscheidung) nicht die oberen Ränge belegen. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie eine dem spezifischen Konzept der Musterstation entsprechende rehabilitative und individuelle Pflege umgesetzt wird.

3.3. Ergebnisse der Beobachtung

A) Allgemeine Pflege

Die ermittelten Zahlen des vorherigen Abschnitts können mit den in der Beobachtung gewonnenen Erkenntnissen unterlegt werden. Bei den Tätigkeiten der „Allgemeinen Pflege“ liegt der Bereich „Ernährung“ mit 1.760 Häufigkeiten an erster Stelle.

Während der Beobachtung wird deutlich, dass mit der Vorbereitung der Mahlzeiten, insbesondere des Frühstücks und Abendbrots, viele Arbeitsgänge verbunden sind. Nachdem der Essencontainer auf der Musterstation angekommen ist, werden zunächst alle Tablettts herausgenommen und nach der Reihenfolge der späteren Verteilung wieder einsortiert. Während dieser Tätigkeit werden einzelne Tablettts in die Stationsküche gebracht, um Suppen zu erwärmen sowie belegte Brote vorzubereiten und zu portionieren. Vor der Verteilung des Patientenessens werden alle Teegetränke tassenweise aufgebriht.

Die oben beschriebenen Tätigkeitsspitzen der allgemeinen Pflege entsprechen den einzelnen Rundgängen der Mitarbeiter zum Waschen, Betten und zur Ausgabe der Mahlzeiten.

B) Spezielle Pflege

Bei der „Speziellen Pflege“ steht der Tätigkeitsbereich „Medikation“ mit 1.879 Häufigkeiten an erster Stelle.

Diese Zahl erklärt sich ebenfalls aus den zahlreichen dazugehörigen Arbeitsgängen. Die jeweils zu verabreichende Medikation wird vor der Ausgabe der Essentablettts der im Nachtdienst vorgestellten Tagesmedikationsbox entnommen und in einzelne Medikamentenbecher umgefüllt. Die Medikamentenbecher werden während der Essenverteilung auf das jeweilige Tablett des Patienten gestellt und anschließend mit dem Essen ausgegeben.

In der oben beschriebenen Tätigkeitsspitze zwischen 7.00 und 8.00 Uhr sind die Rundgänge zur Verabreichung subkutaner Injektionen und der kapillaren Blutentnahme enthalten. In die Tätigkeitsspitze zwischen 11.00 und 12.00 Uhr fallen erneute Rundgänge zur Verabreichung subkutaner Injektionen, Vitalwertbestimmung und zur kapillaren Blutentnahme.

C) Verwaltung

In dieser Kategorie liegt der Tätigkeitsbereich „Dokumentation“ mit 824 Häufigkeiten an erster Stelle. Den zweiten und dritten Rang belegen nacheinander die Tätigkeitsbereiche „Übergabe“ und „Akten ordnen / führen“ mit 794 und 525 Häufigkeiten.

Während der Beobachtung fällt besonders auf, dass die Pflegekräfte im Anschluss an die Visite über einen langen Zeitraum mit der Führung der Dokumentation und der Umsetzung der ärztlichen Anordnungen beschäftigt sind. Diese Beobachtung wird durch die Belegung des ersten und dritten Ranges durch die Tätigkeitsbereiche „Dokumentation“ und „Akten ordnen / führen“ bestätigt. Die ausgeprägte Beschäftigung mit der Dokumentation steht jedoch den im Kernprozess „Dokumentation“ beschriebenen Ergebnissen bezüglich der Qualität und Vollständigkeit der Dokumentation konträr

gegenüber. Ein wichtiger Grund hierfür ist vermutlich in der organisatorischen Gestaltung dieser Arbeitsabläufe zu finden.

D) Wege intern Etage

Bei den intern auf einer Etage der Station geleisteten Wegen liegen die durch einen Schwesternruf ausgelösten Wege mit 756 Häufigkeiten an erster Stelle. Die zweite und dritte Position wird nacheinander von den Wegen zur „Entsorgung“ mit 703 Häufigkeiten und zum „Lager“ mit 302 Häufigkeiten eingenommen.

Das häufige Klingeln der Patienten ergibt sich vermutlich aus der Organisation der Tätigkeiten im funktionalistischen Stil. Zusätzlich zeigt die Beobachtung, dass die installierte dezentrale Tunstall-Kommunikationsanlage nicht so installiert worden ist, dass ihr volles Funktionsangebot genutzt werden kann. Die Anlage wird genutzt, um die Anwesenheit des Personals zu signalisieren und das Zimmer zu orten, in dem ein Schwesternruf ausgelöst wird. Bei vollständiger in Betriebnahme der Anlagenfunktionen wäre es zusätzlich möglich, in jedes Zimmer hineinzusprechen, in dem die Anwesenheitstaste aktiviert ist. Auf diese Weise könnte die Zahl der intern zu leistenden Wege und auch der Telefonate stark reduziert werden.

Bei den Wegen zur Entsorgung ist zu beobachten, dass z. B. während eines „Bettenrundgangs“ die Mülltüte aus jedem Zimmer einzeln in die Entsorgung gebracht wird.

Aus den baulichen Gegebenheiten der Musterstation sowie der, wie im Kernprozess „Logistik und Lagerhaltung“ beschriebenen, praktizierten Lagerwirtschaft ergeben sich die zahlreichen Wege in ein Lager.

Während der Beobachtung werden am Nachmittag nochmals heiße Getränke verteilt. Hierzu geht das Personal mit einer Kanne Kaffee durch die einzelnen Zimmer. Für den Fall, dass ein Patient nach einer neuen Tasse verlangt oder einen Tee trinken möchte, muss beides erst aus der Stationsküche geholt werden.

E) Personaleinsatz

In diesem Abschnitt wird geschildert, welche Beobachtungen zum Personaleinsatz gemacht werden konnten, ohne sich dabei an einzelnen Tätigkeiten auszurichten. Die angegebenen Personalstärken beziehen sich auf die beiden Etagen der Musterstation.

In den drei beobachteten Frühdiensten sind vier Pflegekräfte pro Etage im Dienst. In zwei der Frühdienste ist zusätzlich ein Krankenpflegeschüler eingeteilt. In einem Frühdienst sind zwei Krankenpflegeschüler zusätzlich eingeteilt. Darüber hinaus verfügt die Station über einen Zivildienstleistenden, der als Springer beiden Etagen der Station zur Verfügung steht.

In den zwei beobachteten Spätdiensten sind zwei Pflegekräfte pro Etage im Dienst. Im ersten Spätdienst sind zusätzlich ein Zivildienstleistender und ein Krankenpflegeschüler geplant. Im zweiten Spätdienst sind zusätzlich ein Zivildienstleistender und drei Krankenpflegeschüler geplant.

Im beobachteten Nachtdienst wurden eine Pflegekraft und eine studentische Aushilfe ohne berufliche Qualifikation auf der Station eingesetzt.

Der Personaleinsatz an den Beobachtungstagen ist so organisiert, dass im Frühdienst die höchste Personalstärke vorgehalten wird, die im Spätdienst stark reduziert und im Nachtdienst am geringsten ist. Diese Verteilung der Personalstärke scheint der Verteilung der Tätigkeiten im Tagesverlauf zu entsprechen. Jedoch wird durch die bereits beschriebenen Beobachtungen deutlich, dass trotz der erhöhten Personalstärke organisatorische Probleme auf der Station bestehen.

Ein weiteres Problem stellt die aktuelle Personalbesetzung im Nachtdienst dar. Der im beobachteten Nachtdienst erfolgende Einsatz von einer Pflegekraft und einer studentischen Aushilfe wird grundsätzlich in allen Nachtdiensten vorgenommen. Der Einsatz von nur einer examinierten Pflegeperson führt dazu, dass diese während des gesamten Nachtdienstes ständig zwischen den beiden Etagen der Musterstation wechselt und nacheinander auf jeder Etage verschiedene Tätigkeiten ausführt. Das Klingeln eines Patienten auf der jeweils anderen Etage bedingt zusätzliche Wege zwischen den beiden Ebenen. In den Nachtdienst fallen zahlreiche Auffüllarbeiten (z. B. das Auffüllen der Wäsche- und Verbandswagen). Diese Arbeiten sind mit vielen Wegen zu verschiedenen Lagerorten verbunden, was zusätzliche Wege zwischen den beiden Etagen bedingt. Ferner ist zu beobachten, dass das Stellen der Medikamente nicht von der examinierten Pflegekraft, sondern vom studentischen Mitarbeiter ausgeführt wird. Die Medikation wird zu Dienstbeginn vom studentischen Mitarbeiter gestellt, während die Pflegekraft einen ersten Rundgang macht, um sich über den Zustand der Patienten zu informieren.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite G-28

Verabreichung der Medikamente (mittelfristige Umsetzung)

Die zahlreichen mit der Vorbereitung und Verabreichung der Medikation zusammenhängenden Arbeitsgänge sollten reduziert werden.

Hilfreich wäre z. B. ein Medikamentenwagen. Er könnte Platz für die Tablettts mit den vorgestellten Tagesmedikationsboxen und der weiteren oralen Medikation bieten und während der Medikamentenausgabe mitgeführt werden.

Die Medikamente sollten nicht mehr im Voraus gestellt werden, sondern während der Medikamentenausgabe der Originalverpackung entnommen werden. Voraussetzung hierfür ist, dass die Patientenakte während der Medikamentenausgabe mitgeführt wird. Dadurch können falsch gestellte Medikamente vermieden werden. Zudem entfallen Änderungen bereits gestellter Medikamente, die durch nachträgliche Anordnungen verändert wurden.

Wege: Essensverteilung (kurzfristige Umsetzung)

Um die häufigen Wege in die Stationsküche (vor allem bei der Verteilung von Heißgetränken) zu vermeiden, könnten für die Verteilung des Frühstücks, Mittagessens und Abendbrots Kannen mit Kaffee und Tee auf dem Essencontainer platziert werden. Für die Verteilung am Nachmittag empfiehlt sich die Anschaffung eines Tee- bzw. Kaffeewagens. Tee sollte nicht mehr tassenweise aufgebriht werden. Die Tees der üblichen Sorten könnten in Thermoskannen zubereitet und mitgeführt werden.

Wege: Entsorgung (kurzfristige Umsetzung)

Um die Wege in den Entsorgungsraum zu reduzieren, ist es denkbar, den am Bettenwagen befindlichen zweiten Schmutzwäscheabwurf in einen Abfallabwurf umzuwandeln. Alternativ oder zusätzlich sollte der im Entsorgungsraum aufgestellte fahrbare Abfalleimer genutzt werden. Ebenso könnten neue und verschleißbare Abfalleimer angeschafft werden, um diese in den Patientenzimmern aufzustellen. Damit wäre auch die Entsorgung von Inkontinenzmaterialien vor Ort nach hygienischen Vorgaben möglich.

Kommunikationsanlage (mittel- bis langfristige Umsetzung)

Sinnvoll wäre die Nachrüstung der dezentralen Tunstall-Kommunikationsanlage, um deren volles Funktionspotential nutzbar zu machen. Eine Entlastung durch die genannte Anlage könnte folgendermaßen erfolgen:

- Alle pflegerischen, ärztlichen und therapeutischen Mitarbeiter würden bei Anwesenheit auf der Abteilung grundsätzlich immer das Anwesenheitssignal setzen.
- Im Dienstzimmer könnte dann auf dem Kommunikations-Pult gesehen werden, wo sich Mitarbeiter welcher Berufsgruppe befinden.
- Der entsprechende Mitarbeiter könnte direkt an seinem Aufenthaltsort über die Anlage angesprochen werden und antworten.
- Damit entfielen Wege auf der Ebene, Wege zwischen den Ebenen, Telefonate sowie Arzttrufe per Rufsignal (Piper).

Während der Datenerhebung konnten der bauliche IST-Zustand nicht vollständig geklärt werden. So ist die Finanzierbarkeit nur gesichert, sofern die erforderlichen Kabelschächte bereits vorhanden sind.

Nach Abschluss der Umbauphase muss eine Einweisung aller Berufsgruppen erfolgen.

Personaleinsatz Nachtdienst (mittelfristige Umsetzung)

Der bisherige Personaleinsatz von einer examinierten Pflegekraft und einer studentischen Aushilfe im Nachtdienst muss bezüglich der Qualität der geleisteten Arbeit überdacht werden. Bei einem Einsatz von jeweils einer examinierten Pflegekraft auf jeder Etage der Station würden die internen Wege zwischen den beiden Etagen auf ein Minimum reduziert werden. Außerdem könnten Tätigkeiten wie Bestellungen oder die Abheftung von Befunden übernommen werden und so die Mitarbeiter des Tagdienstes entlasten.

Im Musterkrankenhaus werden die pflegerischen Tätigkeiten in Form von Rundgängen durchgeführt. Die Arbeitsorganisation orientiert sich also an funktionalistischen Aspekten. Im Gegensatz dazu sieht das Pflegekonzept der Musterstation eine individuelle Pflege vor. Sie kann jedoch durch die bisherigen Organisationsformen nicht erreicht werden. Aus diesem Grund sollte überdacht werden, inwiefern die Arbeitsabläufe neu organisiert werden können. Ziel sollte es sein, die Tätigkeiten zunächst auf ein Minimum zu reduzieren und alle noch anfallenden so zeitlich umzuverteilen, so dass eine gleichmäßige Auslastung erreicht wird.

Eine Möglichkeit der Reorganisation wird auf der Musterstation bereits im Ansatz umgesetzt. So findet im Frühdienst die so genannte Zimmergruppenpflege statt. Hierbei betreut eine Gruppe von Mitarbeitern die Patienten in festgelegten Zimmern.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll

	ab 6:00	ab 6:30	ab 7:00	ab 7:30	ab 8:00	ab 8:30	ab 9:00	ab 9:30	ab 10:00
Frühdienst									
Allgemeine Pflege									
Ausscheidung									
Betten									
Ernährung									
Körperpflege									
Lagerung / Bewegung									
Spezielle Pflege									
Diagnostik									
Krankbeobachtung									
Medikation									
Untersuchungsmaterial									
Visite									
Wunde- und Hautbehandlung									
Haarwirtschaft									
Aufbereitung Geräte / Instrumente									
Lagerwirtschaft									
Reinigungsarbeiten									
Wartung									
Akten ordnen/führen									
Aufnahme / Entlassung									
Befunde sortieren/abheften									
Bestellwesen									
Dokumentation									
Labor-Untersuchungsanordnungen									
Nebeninformationsträger führen									
Übergabe									
Wege									
Entsorgung									
Läger									
Patientenkübel									
Stationküche									
Sonstiges									
Mobiles Telefon Ein.									
Mobiles Telefon Aus.									



Modul-G >
G-FB.xls

Abbildung G-12: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 1 / 6

	ab 10:30	ab 11:00	ab 11:30	ab 12:00	ab 12:30	ab 13:00	ab 13:30	ab 14:00
Frühdienst								
Allgemeine Pflege								
Ausscheidung								
Betten								
Ernährung								
Körperpflege								
Lagerung / Bewegung								
Spezielle Pflege								
Diagnostik								
Krankheitsbeobachtung								
Medikation								
Untersuchungsmaterial								
Visite								
Wund- und Hautbehandlung								
Hauswirtschaft								
Aufbereitung Geräte / Instrumente								
Lagerwirtschaft								
Reinigungsarbeiten								
Verwaltung								
Akten ordnen/führen								
Aufnahme / Entlassung								
Befunde sortieren / abheften								
Bestellwesen								
Dokumentation								
Labor / Untersuchungsanordnungen								
Nebeninformationsträger führen								
Übergabe								
Wache								
Entsorgung								
Lager								
Patientenkliegel								
Stationssuche								
Sonstiges								
Mobiles Telefon Ein								
Mobiles Telefon Aus								

Abbildung G-13: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 2 / 6

Spätdienst						
Allgemeine Pflege:	ab 14:00	ab 14:30	ab 15:00	ab 15:30	ab 16:00	ab 17:30
Ausscheidung						ab 18:00
Betten						
Ernährung						
Körperpflege						
Lagerung / Bewegung						
Spezielle Pflege:						
Diagnostik						
Krankheitsbeobachtung						
Medikation						
Untersuchungsmaterial						
Viste						
Wund- und Hautbehandlung						
Haarwirtschaft						
Aufbereitung Geräte / Instrumente						
Lagerwirtschaft						
Reinigungsarbeiten						
Verwaltung						
Arten ordnen/führen						
Aufnahme / Entlassung						
Befunde sortieren / abheften						
Bestellwesen						
Dokumentation						
Labor-Untersuchungsanforderungen						
Nebeninformationsträger führen						
Übergabe						
Wäge						
Entsorgung						
Lager						
Patientenklingsel						
Stationärsuche						
Sonstiges						
Mobiles Telefon Ein						
Mobiles Telefon Aus						

Abbildung G-14: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 3 / 6

Spätdienst						
Allgemeine Pflege:	ab 18:30	ab 19:00	ab 19:30	ab 20:00	ab 20:30	ab 21:00
Ausscheidung						ab 22:00
Betten						
Ernährung						
Körperpflege						
Lagerung / Bewegung						
Spezielle Pflege:						
Diagnostik						
Krankheitsbeobachtung						
Medikation						
Untersuchungsmaterial						
Viste						
Wund- und Hautbehandlung						
Haarwirtschaft						
Aufbereitung Geräte / Instrumente						
Lagerwirtschaft						
Reinigungsarbeiten						
Verwaltung						
Arten ordnen/führen						
Aufnahme / Entlassung						
Befunde sortieren / abheften						
Bestellwesen						
Dokumentation						
Labor-Untersuchungsanforderungen						
Nebeninformationsträger führen						
Übergabe						
Wäge						
Entsorgung						
Lager						
Patientenklingsel						
Stationärsuche						
Sonstiges						
Mobiles Telefon Ein						
Mobiles Telefon Aus						

Abbildung G-15: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 4 / 6

	ab 22:00	ab 22:30	ab 23:00	ab 23:30	ab 0:00	ab 0:30	ab 1:00	ab 1:30	ab 2:00
Nachtdienst									
Allgemeine Pflege									
Ausscheidung									
Beiten									
Ernährung									
Körperpflege									
Lagerung / Bewegung									
Spezielle Pflege									
Diagnostik									
Krankheitsbeobachtung									
Medikation									
Untersuchungsmaterial									
Visite									
Wund- und Hautbehandlung									
Haushaltshilfen									
Aufbereitung Geräte / Instrumente									
Lagerwirtschaft									
Reinigungsarbeiten									
Verwaltung									
Akten ordnen/führen									
Aufnahme / Entlassung									
Befunde sortieren/abheften									
Bestellwesen									
Dokumentation									
Labor-/Untersuchungsanordnungen									
Nebeninformationsträger führen									
Übergabe									
Wäge									
Entsorgung									
Lager									
Patientenklingel									
Stationstuche									
Sonstiges									
Mobiles Telefon Ein									
Mobiles Telefon Aus									

Abbildung G-16: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 5 / 6

Nachtliegezeit	ab 2:30	ab 3:00	ab 3:30	ab 4:00	ab 4:30	ab 5:00	ab 5:30	ab 6:00
Allgemeine Pflege:								
Ausscheidung								
Betten								
Ernährung								
Körperpflege								
Lagerung / Bewegung								
Spezielle Pflege:								
Diagnostik								
Krankheitsbeobachtung								
Medikation								
Untersuchungsmaterial								
Viste								
Wund- und Hautbehandlung								
Haarwirtschaft								
Aufbereitung Geräte / Instrumente								
Lagerwirtschaft								
Reinigungsarbeiten								
Verwaltung								
Arten ordnen/führen								
Aufnahme / Entlassung								
Befunde sortieren / abheften								
Bestellwesen								
Dokumentation								
Labor-Untersuchungsanforderungen								
Nebeninformationsträger führen								
Übergabe								
Wäge								
Entsorgung								
Lager								
Patientenklingsel								
Stationärsuche								
Sonstiges								
Mobiles Telefon Ein								
Mobiles Telefon Aus								

Abbildung G-17: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 6 / 6

5.2. Instrument: Tätigkeitserfassungsprotokoll - Alternative

Tätigkeitserfassungsprotokoll Pflege

Datum: _____ Qualifikation: _____

Frühdienst		ab 6:00	ab 6:30	ab 7:00	ab 7:30	ab 8:00	ab 8:30	ab 9:00	ab 9:30	ab 10:00
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege Intern										
Telefonate										
		ab 10:30	ab 11:00	ab 11:30	ab 12:00	ab 12:30	ab 13:00	ab 13:30	ab 14:00	
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege Intern										
Telefonate										



Modul-G >
G-FB.xls

**Abbildung G-18: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 1 / 3
Alternative Variante**

Tätigkeitserfassungsprotokoll Pflege

Qualifikation: Datum:

Spätdienst		ab 14:00	ab 14:30	ab 15:00	ab 15:30	ab 16:00	ab 16:30	ab 17:00	ab 17:30	ab 18:00
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege intern										
Telefonate										
		ab 18:30	ab 19:00	ab 19:30	ab 20:00	ab 20:30	ab 21:00	ab 21:30	ab 22:00	
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege intern										
Telefonate										

**Abbildung G-19: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 2 / 3
Alternative Variante**

Tätigkeitserfassungsprotokoll Pflege

Qualifikation: Datum:

Nachtdienst		ab 22:00	ab 22:30	ab 23:00	ab 23:30	ab 0:00	ab 0:30	ab 1:00	ab 1:30	ab 2:00
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege intern										
Telefonate										
		ab 2:30	ab 3:00	ab 3:30	ab 4:00	ab 4:30	ab 5:00	ab 5:30	ab 6:00	
Allgemeine Pflege										
Spezielle Pflege										
Hauswirtschaft										
Verwaltung										
Wege intern										
Telefonate										

**Abbildung G-20: Tätigkeitserfassungsprotokoll Teil 3 / 3
Alternative Variante**

5.3. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Tätigkeiten“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Prüfung, Nachbesserung und Nutzung der Kommunikationsanlage, Einweisung der Mitarbeiter.		X	X	
2. Reduzierung der zahlreichen Arbeitsgänge im Zusammenhang mit der Verabreichung der Medikation.	X			
3. Beschaffung von Kaffee- / Teekannen die zur Reduktion der Wege in die Stationsküche auf dem Essencontainer platziert werden.	X			X
4. Umwidmung eines Schmutzwäscheabwurfs auf dem Bettenwagen zu einem Abfallabwurf.	X			
5. Ggf. Einsatz einer zweiten examinierten Pflegekraft im Nachtdienst, evtl. in Verbindung mit der Verlagerung von Bestellarbeiten und Befundablagen vom Tagesdienst in den Nachtdienst.	X	X		
6. Im Anschluß an die strukturelle Entlastung der Stationsabläufe mit Hilfe der in diesem Bericht vorgestellten Optimierungsvorschläge kann die systematische Umsetzung eines patientenorientierten Pflegesystems begonnen werden.		X	X	
7. Über die Pflegedurchführung sollte eine Neuabsprache und ein Konzept zur Aufgabenverteilung zwischen examinierten Pflegekräften und Hilfskräften getroffen werden.		X	X	

Abbildung G-21: Maßnahmenplan Tätigkeiten



Modul-G >
G-Massnahmenplan.doc

5.4. Lehrfolien

Modul G

Kernprozess Tätigkeiten Pflege

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

1. Ziel

Ermittlung der Arbeitsbelastung einzelner Pfl egetätigkeiten, die durch Pflegefachkräfte und Hilfspersonal durchgeführt wird.

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

2. Methodik

Methoden:

- **Selbstaufschreibung**
 - Jeder Mitarbeiter der Station erfasst seine Tätigkeiten

Instrument:

- **Tätigkeitserfassungsprotokoll**
 - Erfassung per Strichliste

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

3. Aufbau des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Das Protokoll enthält:

1. Kategorien, die einen Tätigkeitsbereich zusammenfassen
2. Die Uhrzeiten

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

3. Aufbau des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Beispiele für Kategorien:

- Ausscheidung
- Betten
- Dokumentation
- Reinigungsarbeiten

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

3. Aufbau des Instruments

Jede Kategorie wird auf einem Infoblatt erklärt.

Beispiel Ausscheidung:

- Bereitstellen, Anreichen, Leeren von Steckbecken oder Urinflaschen
- Entleeren, Wechsel von Urinbeuteln, Stomabeuteln, Magensekretbeuteln, Drainagen
- Begleitung zur Toilette oder zum Toilettenstuhl
- Pflege und Nachbereitung bei Ausscheidungen wie Schwitzen oder Erbrechen
- Vor-, Nachbereitung, Assistenz, Durchführung beim Legen von Magensonden oder Blasenkathetern
- Klistiere oder nicht-medikamentöse Einläufe

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

3. Aufbau des Instruments

Ausschnitt des Protokolls:

Frühdienst					
Allgemeine Pflege	ab 8:00	ab 6:30	ab 7:00	ab 7:30	ab 8:00
Ausscheidung					
Betten					
Ernährung					
Körperpflege					
Lagerung / Bewegung					
Spezielle Pflege					
Diagnostik					
Krankenbeobachtung					
Medikation					
Untersuchungsmaterial					
Visite					
Mund- und Hautbehandlung					
Hauswirtschaft					
Aufbereitung Geräte / Instrumente					
Lagerwirtschaft					
Reinigungsarbeiten					

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

4. Anwendung des Instruments

- Information der Mitarbeiter über die Dauer des Erhebungszeitraums
- Jeder Mitarbeiter erhält pro Tag ein Protokoll
 - Das Protokoll ist mit der Berufsgruppe zu versehen
- Jeder Mitarbeiter markiert jede Anordnung mit einem Strich auf dem Protokoll
 - Zeile: entsprechend der Tätigkeit
 - Spalte: entsprechend der Uhrzeit

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

5. Auswertung

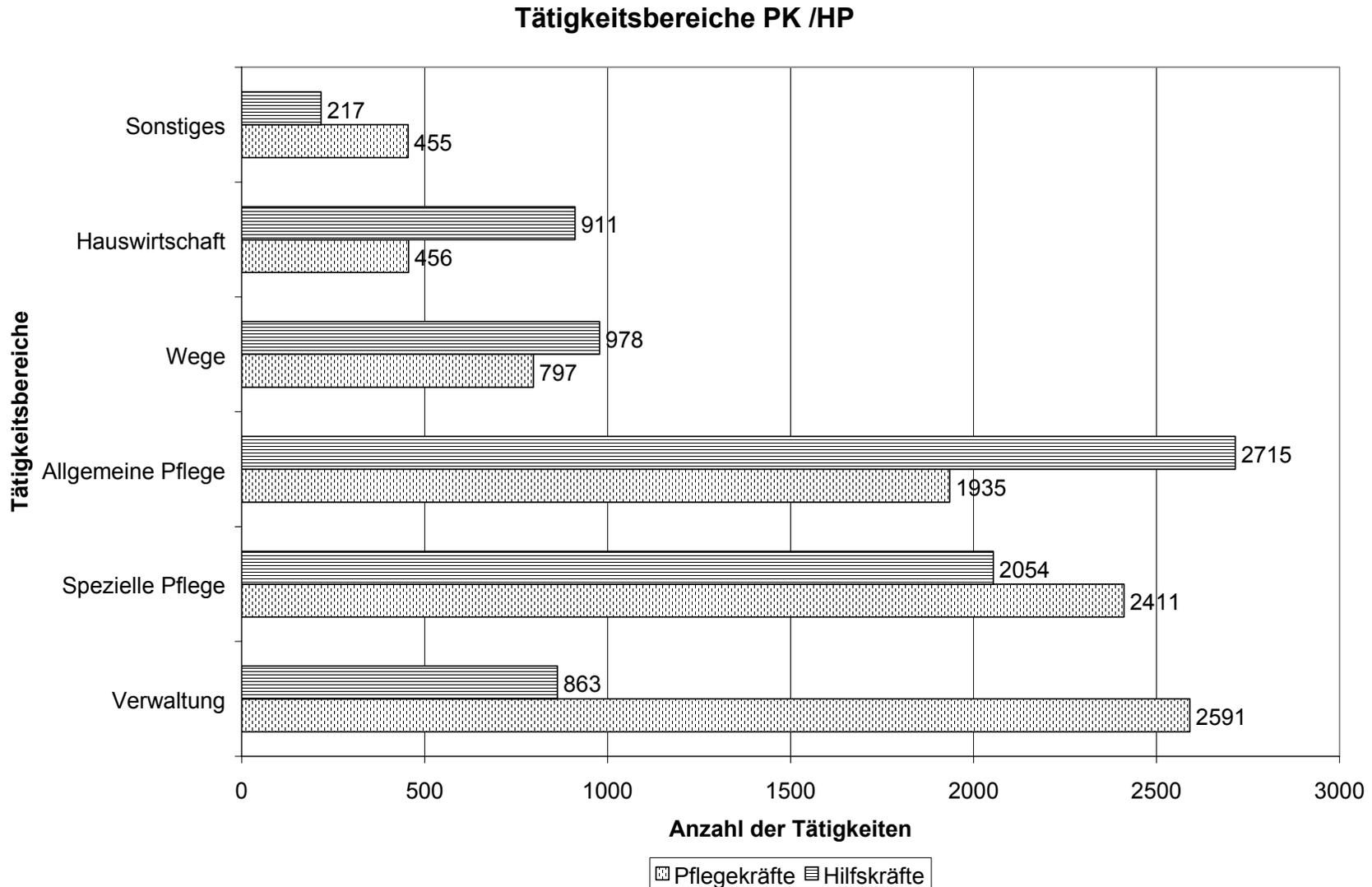
Ablauf der Auswertung:

1. Addieren der Werte der Tagesprotokolle
 - Unterteilt nach Pflegefachkräften und Hilfspersonal
2. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
3. Auswertung der Diagramme
(Beispiel auf nächster Folie)

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project



G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

6. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.

Ein Beispiel:

Es zeigt sich, dass die Pflegefachkräfte – abweichend von der Gesamtdarstellung der Tätigkeiten – im Erhebungszeitraum an erster Stelle mit Verwaltungstätigkeiten beschäftigt sind. Das Hilfspersonal beschäftigt sich hingegen am häufigsten mit Tätigkeiten der „Allgemeinen Pflege“.

G. Kernprozess: Tätigkeiten Pflege

7. Maßnahmenplanung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Tätigkeiten“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Prüfung, Nachbesserung und Nutzung der Kommunikationsanlage, Einweisung der Mitarbeiter.		X	X	
2. Reduzierung der zahlreichen Arbeitsgänge im Zusammenhang mit der Verabreichung der Medikation.	X			
3. Beschaffung von Kaffee- / Teekannen die zur Reduktion der Wege in die Stationsküche auf dem Essencontainer plaziert werden.	X			X
4. Umwidmung eines Schmutzwäscheabwurfs auf dem Bettenwagen zu einem Abfallabwurf.	X			
5. Ggf. Einsatz einer zweiten examinierten Pflegekraft im Nachtdienst, evtl. in Verbindung mit der Verlagerung von Bestellarbeiten und Befundablagen vom Tagesdienst in den Nachtdienst.	X	X		
6. Im Anschluß an die strukturelle Entlastung der Stationsabläufe mit Hilfe der in diesem Bericht vorgestellten Optimierungsvorschläge kann die systematische Umsetzung eines patientenorientierten Pflegesystems begonnen werden.		X	X	
7. Über die Pflegedurchführung sollte eine Neuabsprache und ein Konzept zur Aufgabenverteilung zwischen examinierten Pflegekräften und Hilfskräften getroffen werden.		X	X	

H. Kernprozess: Dienstübergabe

In diesem Modul werden die Tätigkeiten im Rahmen der Dienstübergabe untersucht.

Im ersten Kapitel wird beschrieben, mit welchen Methoden und Instrumenten die Untersuchung vorgenommen wird. Das zweite Kapitel erläutert, wie die gesammelten Daten ausgewertet werden. Im dritten Kapitel werden die aus der Auswertung gewonnenen Ergebnisse beschrieben und im vierten Kapitel in Vorschläge zur Optimierung der Arbeitsabläufe überführt.

Innerhalb des Textes wird an einigen Stellen auf zusätzliche Dokumente verwiesen. Diese befinden sich im letzten Kapitel „Materialien“.

1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Dienstübergabe wird die **Fremdaufschreibung** in Form einer **teilnehmenden Beobachtung** verwendet. Dabei werden mehrere Dienstübergaben auf unterschiedliche Parameter hin überprüft.

Methode:
Fremdaufschreibung
Seite J-13

Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, die Effizienz der Übergaben zu beurteilen und Störfaktoren ausfindig zu machen.

Als **Instrument zur Fremdaufschreibung** wird das **Protokoll Dienstübergabe** benutzt. Das Protokoll ermöglicht eine teilstandardisierte Beobachtung und dient dem Beobachter als Leitfaden.

Instrument:
Protokoll
Dienstübergabe
Seite H-18

1.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll zur Beobachtung der Dienstübergabe ist in sieben Bereiche unterteilt.

Abbildung H-1 zeigt den Kopfbereich des Protokolls. An dieser Stelle werden vier Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

1. Bereich
Kopfdaten

- Das Datum, an dem die Stichtagserhebung durchgeführt wird.
- Die Beteiligten Schichten zwischen denen die Dienstübergabe stattfindet.
- Die Übergabedauer in Form des Zeitpunktes des Beginns der Übergabe, dem Zeitpunkt des Endes der Übergabe und der sich daraus ergebenden Dauer der Übergabe in Minuten.
- Der Ort der Übergabe (in welchem Raum der Station findet die Übergabe statt?).

Protokoll Dienstübergabe		Datum:	
Beteiligte Schichten	FD an SD	SD an ND	ND an FD
Übergabedauer	von:	bis:	Min.:
Übergabeort			

Abbildung H-1: Protokoll Dienstübergabe - 1. Bereich

Abbildung H-2 zeigt den Bereich „Teilnehmer“ des Protokolls. An dieser Stelle werden drei Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

2. Bereich
Teilnehmer

- Die Anzahl der Mitarbeiter im Frühdienst aufgeteilt in SOLL und IST.
- Die Anzahl der Mitarbeiter im Spätdienst aufgeteilt in SOLL und IST.
- Die Anzahl der Mitarbeiter im Nachtdienst aufgeteilt in SOLL und IST.

Teilnehmer	Dienst	Soll	Ist
	Mitarbeiter Frühdienst		
	Mitarbeiter Spätdienst		
	Mitarbeiter Nachtdienst		

Abbildung H-2: Protokoll Dienstübergabe - 2. Bereich

Abbildung H-3 zeigt den Bereich „Setting“ des Protokolls. An dieser Stelle werden drei Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

3. Bereich
Setting

- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob jedem anwesenden Mitarbeiter ein Sitzplatz zur Verfügung steht.
- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob jeder Mitarbeiter mit allen anderen Mitarbeitern im Blickkontakt steht.
- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob jeder Mitarbeiter während der Dienstübergabe in das Gespräch mit einbezogen wird.

Setting		ja	nein
	Sitzplätze für alle MA	ja	nein
	Blickkontakt aller MA	ja	nein
	Einbeziehung aller MA	ja	nein

Abbildung H-3: Protokoll Dienstübergabe - 3. Bereich

Abbildung H-4 zeigt den Bereich „Außendienst“ des Protokolls. An dieser Stelle werden zwei Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

4. Bereich
Außendienst

- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob ein Mitarbeiter vor der Dienstübergabe für Außendienstarbeiten eingeplant wird.
- Ein Bemerkungsfeld, in dem Beobachtungen in Bezug auf den Außendienst vermerkt werden können.

Außendienst	Geplant	ja	nein
	Bemerkungen zum Außendienst		

Abbildung H-4: Protokoll Dienstübergabe - 4. Bereich

Abbildung H-5 zeigt den Bereich „Störungen“ des Protokolls. An dieser Stelle werden sechs Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

5. Bereich
Störungen

- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch Telefonate
- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch die Schwesternrufanlage
- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch Angehörige
- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch Ärzte
- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch Therapeuten
- Strichlistenfeld für die Anzahl der Störungen durch Pflegekräfte

Störungen	Telefon	
	Schwesternrufanlage	
	Angehörige	
	Ärzte	
	Therapeuten	
	Pflegekräfte	

Abbildung H-5: Protokoll Dienstübergabe - 5. Bereich

Abbildung H-6 zeigt die Bereiche „Hilfsmittel“ und „Bemerkungen“ des Protokolls. An dieser Stelle werden fünf Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

6. Bereich
Hilfsmittel und
Bemerkungen

- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob das Dokumentationssystem während der Übergabe benutzt wird.
- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob das Übergabebuch während der Übergabe benutzt wird.
- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob sonstige Notizzettel während der Übergabe benutzt werden.

- Ein Ja/Nein-Feld zur Beantwortung der Frage, ob sonstige Instrumente während der Übergabe benutzt werden.
- Ein Bemerkungsfeld, in dem der Beobachter alle Besonderheiten notieren kann, die während der Dienstübergabe stattfinden.

Hilfsmittel	Dokumentationssystem	
	Übergabebuch	
	Zettel	
	Sonstiges	
Bemerkungen		

Abbildung H-6: Protokoll Dienstübergabe - 6. Bereich

Da die weitgehende Standardisierung des Protokolls eine Vergleichbarkeit gewährleistet, kann das Instrument für die Beobachtung kollektiver Übergaben ebenso eingesetzt werden wie für die Beobachtung von Übergaben zwischen einzelnen Mitarbeitern.

Das vorgestellte Protokoll kann dem eigenen Erkenntnisziel angepasst werden. Sofern dabei die Kategorien verändert werden, sollte unbedingt eine klar abgrenzbare Definition erfolgen. Nur so ist es möglich Überschneidungen zu vermeiden und den Beobachtungsverlauf nicht durch Unklarheiten zu unterbrechen.

1.1.2. Anwendung des Instruments

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie das Protokoll Dienstübergabe durch den Beobachter angewendet wird.

Im Kopf des Protokolls werden zunächst die an der Übergabe beteiligten Schichten verzeichnet. Dazu wird je nach Zutreffen das Feld „FD an SD“, „SD an ND“ oder „ND an FD“ angekreuzt.

1. Bereich
Kopfdaten

Zur Ermittlung der Übergabedauer wird in den Feldern „von:“ und „bis:“ der entsprechende Zeitpunkt des Beginns und des Endes der Übergabe notiert und im nebenstehenden Feld „Min.“ die Dauer der Übergabe in Minuten berechnet.

Im Feld „Übergabeort“ wird die Bezeichnung für die Räumlichkeit eingetragen, in der die Übergabe stattfindet.

Die Kategorie „Teilnehmer“ enthält die Felder „SOLL“ und „IST“. In den „SOLL“-Feldern wird die Anzahl der diensthabenden Mitarbeiter des übergabenden und übernehmenden Dienstes eingetragen. In den „IST“-Feldern wird die Anzahl der tatsächlich anwesenden Mitarbeiter des übergabenden und übernehmenden Dienstes verzeichnet.

2. Bereich
Teilnehmer

Die Kriterien der Kategorie „Setting“ sind:

3. Bereich
Setting

- Sitzplätze für alle Mitarbeiter:
Frage: Sind genügend Sitzplätze für alle Mitarbeiter vorhanden, die an der Dienstübergabe teilnehmen?
- Blickkontakt aller Mitarbeiter:
Frage: Kann jeder Mitarbeiter mit jedem anderen Mitarbeiter während der Dienstübergabe Blickkontakt aufnehmen?
- Einbeziehung aller Mitarbeiter:
Frage: Wird jeder Mitarbeiter während der Dienstübergabe aktiv aufgefordert seine Beobachtungen zu kommunizieren?

Jedem Kriterium ist ein „Ja“- und ein „Nein“-Feld zugeordnet. Ist das Kriterium erfüllt, wird das „Ja“-Feld angekreuzt. Ist das Kriterium nicht erfüllt, wird das „Nein“-Feld angekreuzt.

Die Kategorie „Außendienst“ enthält in der ersten Zeile das Kriterium „Geplant“. An dieser Stelle wird erfragt, ob die Versorgung der Patienten während der Dienstübergabe durch eine Pflegekraft im Voraus geplant wird. Ist dies der Fall, wird das „Ja“-Feld angekreuzt. Wird keine Planung vorgenommen und die Aufgabenverteilung erst im Bedarfsfall diskutiert, wird das „Nein“-Feld angekreuzt.

4. Bereich
Außendienst

Zusätzliche Beobachtungen zum Außendienst werden im Feld „Bemerkungen zum Außendienst“ notiert. In diesem Feld kann der Beobachter beispielsweise verzeichnen, ob Außendienstarbeiten während der Übergabe anfallen oder welcher Mitarbeiter (Berufsgruppe und Qualifikation) diese Tätigkeiten übernimmt.

Der Kategorie „Störungen“ sind die Kriterien „Telefon“, „Schwesternrufanlage“, „Angehörige“, „Ärzte“, „Therapeuten“ und „Pflegekräfte“ zugeordnet. Sobald die Dienstübergabe durch einen der genannten Faktoren unterbrochen wird, markiert der Beobachter dies durch einen Strich im entsprechenden Feld.

5. Bereich
Störungen

Zur Kategorie „Pflegekräfte“ zählen in diesem Zusammenhang sowohl das examinierte eingearbeitete Pflegepersonal als auch Hilfspersonal wie Schüler, Zivildienstleistende, Studenten und examiniertes Pflegepersonal in der Einarbeitung.

In der Kategorie „Hilfsmittel“ wird geprüft, ob das „Dokumentationssystem“, das „Übergabebuch“, diverse „Zettel“ oder „Sonstige“ Hilfsmittel zur Übergabe verwendet werden. Wird ein Hilfsmittel benutzt, vermerkt der Beobachter dies durch einen Strich im entsprechenden Feld.

6. Bereich
Hilfsmittel und
Bemerkungen

Am Ende des Protokolls befindet sich ein offenes Feld für alle Informationen, die nicht in den genannten Kategorien erfasst, aber dem Beobachter zur Beurteilung der pflegerischen Dienstübergabe relevant erscheinen.

Sofern sich die Untersuchungsstation über mehrere Etagen erstreckt, wird in diesem Feld auch vermerkt, auf welcher Etage die mit dem Protokoll überprüfte Übergabe stattfindet. Somit kann die Auswertung nach den Etagen der Station differenziert erfolgen und später nachvollzogen werden, ob es sich um eine Stations- oder Etagenübergabe handelt.

2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden die Protokolle Dokumentation ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 17 Datenlisten zur Verfügung.

Da die Daten der Protokolle bereits in kodierter Form vorliegen, können die Werte direkt in die Excel-Auswertungsdatei übernommen werden.

Die Dateneingabe wird in der Auswertungsdatei über das Eingabeformular „**Dateneingabe_Übergabe**“ vorgenommen. In den nachfolgenden Absätzen wird beschrieben, wie die Daten übernommen werden und welche Vorbereitungen ggf. zu treffen sind.



Modul-H >
H-Auswertung.xls

Abbildung H-7 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Beteiligte Schichten“. Zunächst müssen hierfür alle Werte der Protokolle addiert und in das Dateneingabeblatt übernommen werden. Die Summenberechnung erfolgt automatisch.

	Anzahl Übergaben
FD an SD	10
SD an ND	3
ND an FD	4
Summe Übergaben	17

Abbildung H-7: Dateneingabe - Beteiligte Schichten

Abbildung H-8 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Übergabedauer“. Da die Übergabe im Musterkrankenhaus auf zwei Etagen stattfindet, werden die Werte pro Etage berechnet. Auch an dieser Stelle müssen zunächst alle Werte der Protokolle addiert und in das Dateneingabeblatt übernommen werden. Die Summenberechnung und die Berechnung der Durchschnittswerte erfolgt automatisch.

	Dauer in Min.	Anzahl Übergaben
gesamt EG	105	5
Durchschnitt EG	21,00	
gesamt OG	97	5
Durchschnitt OG	19,40	
gesamt Station	169	7
Durchschnitt Station	24,14	
gesamt	371	17
Durchschnitt gesamt	21,82	

Abbildung H-8: Dateneingabe - Übergabedauer

Abbildung H-9 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Übergabeort“. Da die Übergabe im Musterkrankenhaus an drei verschiedenen Orten stattfindet, werden die Werte pro Räumlichkeit berechnet. Alle Werte der Protokolle werden zunächst addiert und in das Dateneingabeblatt übernommen. Die Summenberechnung erfolgt wieder automatisch.

Ort	Anzahl FD an SD	Anzahl SD an ND	Anzahl ND an FD	Summe Ort
Personalaufenthalt EG	5	3	1	9
Personalaufenthalt OG	5			5
Tagesraum OG			3	3

Abbildung H-9: Dateneingabe - Übergabeort

Abbildung H-10 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Teilnehmer“. Pro Protokoll werden zunächst alle SOLL- und IST-Werte addiert. Anschließend werden diese Summen aller Protokolle nach SOLL- und IST-Wert addiert und in das Dateneingabeblatt übernommen.

Soll- / Ist-Abgleich positiv	0
Soll- / Ist-Abgleich negativ	17

Abbildung H-10: Dateneingabe - Teilnehmer

Abbildung H-11 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Setting“. Zur Datenübernahme werden die Werte der Protokolle addiert und anschließend in das Dateneingabeblatt übernommen.

Sitzplätze für alle Mitarbeiter	17
Blickkontakt aller Mitarbeiter	17
Einbeziehung aller Mitarbeiter	15

Abbildung H-11: Dateneingabe - Setting

Abbildung H-12 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Außendienst“. Zur Datenübernahme werden zunächst die Anzahl der „Ja“-

und „Nein“-Antworten des Feldes „Geplant“ aller Protokolle addiert und anschließend in das Dateneingabeblatt übernommen. Anschließend wird das Bemerkungsfeld ausgewertet. Gleichartige Antworten werden gruppiert und deren Aussage in das Dateneingabeblatt übertragen. Zusätzlich wird die Anzahl der Außendiensttätigkeiten nach Berufsgruppe bzw. Qualifikation ausgezählt.

geplant	0
nicht geplant	17
Bemerkungen zum Außendienst:	
- 9mal kein Anfall von Arbeiten während Übergabe	
- 8mal Anfall von Außendienstarbeiten während Übergabe	
- 6mal Arbeitsübernahme durch Schüler	Schüler 6
- 1mal Arbeitsübernahme durch Student in Einarbeitung	Student 1
- 1mal Arbeitsübernahme durch Leasing-Mitarbeiter in Einarbeitung	Leasing-Mitarbeiter 1
- 1mal Arbeitsübernahme durch Zivildienstleistenden	Zivildienstleistender 1

Abbildung H-12: Dateneingabe - Außendienst

Abbildung H-13 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Störungen“. Zunächst müssen hierfür alle Werte der Protokolle addiert und in das Dateneingabeblatt übernommen werden. Die Summenberechnung erfolgt automatisch.

Telefon	18
Schwesternrufanlage	10
Angehörige	1
Ärzte	15
Therapeuten	3
Pflegepersonal	49
Summe Störungen	96

Abbildung H-13: Dateneingabe - Störungen

Abbildung H-14 zeigt die Eingabefelder für das Kriterium „Hilfsmittel“. Zur Datenübernahme werden die Werte der Protokolle addiert und anschließend in das Dateneingabeblatt übernommen.

Dokumentationssystem	476
Übergabebuch	0
Zettel	60
Sonstiges	0

Abbildung H-14: Dateneingabe - Hilfsmittel

Abbildung H-15 zeigt das Eingabefeld für alle sonstigen Bemerkungen. Gleichartige Antworten werden gruppiert und deren Aussage in das Dateneingabeblatt übertragen.

- 8 Übergaben besonders unruhig
- Unruhe entsteht v.a. durch Außengeräusche, wie Schwesternruf, Telefonklingeln oder Gespräche nicht-teilnehmender Personen im Vorraum
- Radio läuft z.T. im Übergaberaum während des Übergabegesprächs
- Mitarbeiter verlassen den Raum, beenden den Dienst oder arbeiten weiter
- insgesamt 7mal Störungen durch unpünktliches Pflegepersonal

Abbildung H-15: Dateneingabe - Bemerkungen

Die im Datenblatt eingegebenen Daten können anschließend in Form von Grafiken zur Ergebnisdarstellung genutzt werden. In der Excel-Auswertungsdatei stehen dafür folgende Grafiken zur Verfügung.

Tabellenblatt: Bild_Übergabe_1

Das Diagramm zeigt die Übergabeorte und deren Nutzungshäufigkeit.

Tabellenblatt: Bild_Übergabe_2

Das Diagramm zeigt die Häufigkeit von Außendiensten während der Übergabe nach Berufsgruppen bzw. Qualifikationen unterteilt.

Tabellenblatt: Bild_Übergabe_3

Das Diagramm zeigt die Ursachen für Störungen während der Übergabe und die Häufigkeit, mit der ein Störfaktor auftritt.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen.

3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten der Fremdaufschreibung dargestellt.

3.1. Ausgangssituation

Auf der Station A erfolgt der Einsatz des Pflegepersonals zu folgenden Zeiten: Frühdienst von 6.00 bis 14.30 Uhr, Spätdienst 13.00 bis 21.30 Uhr und Nachtdienst von 21.00 bis 6.30 Uhr. Zu den Übergangszeiten der einzelnen Dienste erfolgt jeweils eine pflegerische Übergabe. In den Dienstzeiten ist die Zeit für diese Übergaben bereits eingeplant.

3.2. Ergebnisse der teilnehmenden Beobachtung

A) Beteiligte Schichten

Im Rahmen der Untersuchung werden auf der Musterstation zehn pflegerische Übergaben vom Früh- zum Spätdienst, vier Übergaben

vom Nacht- zum Frühdienst und drei Übergaben vom Spät- zum Nachtdienst beobachtet. Bei den sieben Übergaben vom Spät- zum Nachtdienst und vom Nacht- zum Frühdienst werden jeweils alle Patienten übergeben (Stationsübergabe). Die zehn Übergaben vom Früh- zum Spätdienst erfolgen separat auf den beiden Etagen der Musterstation.

B) Übergabedauer

Die sieben Stationsübergaben dauern insgesamt 169 Minuten. Im Durchschnitt ergibt sich daraus eine Übergabezeit von 24 Minuten pro Übergabe.

Die fünf Etagenübergaben im Erdgeschoß dauern insgesamt 105 Minuten und somit durchschnittlich 21 Minuten pro Übergabe. Für die fünf Etagenübergaben in der ersten Etage der Station werden insgesamt 97 Minuten benötigt. Daraus ergibt sich ein Durchschnittswert von 19 Minuten pro Übergabe.

Werden alle Übergaben zusammengenommen, so ergibt sich ein Gesamtzeitaufwand von insgesamt 371 Minuten und ein Durchschnittswert pro Übergabe von ca. 22 Minuten. Dieser Wert ist als repräsentativ zu betrachten, da die Zeitwerte der einzelnen Stations- und Etagenübergaben keine großen Unterschiede aufweisen (zwischen 19 und 24 Minuten).

Die sieben Stationsübergaben werden jeweils pünktlich um 6.00 Uhr und um 21.00 Uhr begonnen. Die zehn Etagenübergaben beginnen zu neun verschiedenen Zeitpunkten in einem Zeitfenster zwischen 13.05 bis 14.30 Uhr.

C) Übergabeort

Die 17 beobachteten pflegerischen Dienstübergaben finden an insgesamt drei verschiedenen Orten statt. Für neun Übergaben wird der Personalaufenthaltsraum des Erdgeschosses genutzt. Bei diesen Übergaben handelt es sich um fünf Übergaben des Früh- an den Spätdienst, drei Übergaben des Spät- an den Nachtdienst und eine Übergabe des Nacht- an den Frühdienst. Weitere fünf Übergaben finden im Personalaufenthaltsraum der 1. Etage statt. Bei diesen handelt es sich um Übergaben der Mitarbeiter des Frühdienstes an den Nachtdienst. Für drei Übergaben des Nachtdienstes an den Frühdienst wird der Tagesraum auf der 1. Etage der Station genutzt.

Weiterhin wird festgestellt, dass sich Nachtdienst und Frühdienst zu den Stationsübergaben an den Wochentagen im Tagesraum der 1. Etage und am Wochenende im Personalaufenthaltsraum des Erdgeschosses treffen. Die Stationsübergaben der Mitarbeiter des Spätdienstes an den Nachtdienst finden stets im Personalaufenthaltsraum des Erdgeschosses statt. Für die Etagenübergaben der Mitarbeiter des Frühdienstes an den Spätdienst wird stets der Personalaufenthaltsraum

der jeweiligen Etage genutzt. Abbildung H-16 veranschaulicht die Häufigkeit der Nutzung der einzelnen Übergabeorte in grafischer Form.

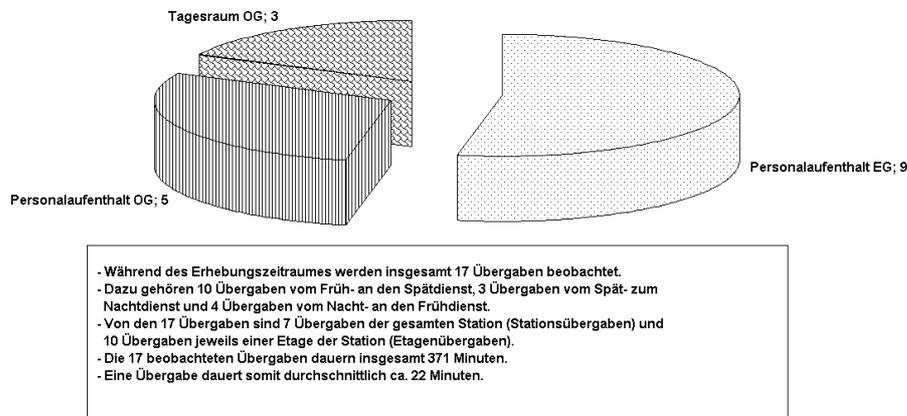


Abbildung H-16: Ort der Übergabe nach Häufigkeit

Zusatzinformation:

Die Personalaufenthaltsräume der beiden Etagen befinden sich hinter dem Stationszimmer. Sie haben eine Größe von je 8,54 Quadratmetern. Der Tagesraum in der 1. Etage ist 25,46 Quadratmeter groß und wird hauptsächlich für die Frühstücksgruppe der Patienten aber auch für Teambesprechungen des Personals genutzt. Er befindet sich gegenüber des Stationszimmers der 1. Etage und ist durch große Fenster vom Stationsflur einsehbar.

D) Teilnehmer

Bei jeder der beobachteten Übergaben wechseln die Anwesenheiten der übergebenden und übernehmenden Mitarbeiter. Demzufolge stimmt bei keiner der 17 Übergaben die SOLL-Vorgabe der Teilnehmer mit deren tatsächlicher IST-Anwesenheit überein. Außerdem wird mehrfach beobachtet, dass studentische Mitarbeiter bereits vor oder zu Beginn der Übergabe vorzeitig aus dem Dienst entlassen werden und somit nicht an der pflegerischen Übergabe teilnehmen.

E) Setting

Trotz der beengten räumlichen Möglichkeiten bei den Übergaben in den Personalaufenthaltsräumen der beiden Etagen, finden die an der Übergabe teilnehmenden Mitarbeiter einen Sitzplatz. Wären jedoch während der gesamten Übergabe alle übergebenden und übernehmenden Mitarbeiter gleichzeitig anwesend, würden die vorhandenen Sitzmöglichkeiten in den Personalaufenthaltsräumen nicht ausreichen, da dieser Raum nur vier Sitzmöglichkeiten bietet. Ausreichende Sitzmöglichkeiten befinden sich im Tagesraum in der 1. Etage, welcher jedoch nur für drei der 17 Übergaben genutzt wird.

Bei jeder Übergabe können alle Teilnehmer Blickkontakt miteinander aufnehmen und bei 15 der Übergaben werden alle Teilnehmer in das Übergabegespräch einbezogen.

F) Außendienst

Vor keiner der Übergaben wird die Übernahme von eventuell anfallenden Außendienstarbeiten geplant. Bei neun Übergaben fallen während der Übergabezeit auch keine Außendienstarbeiten an.

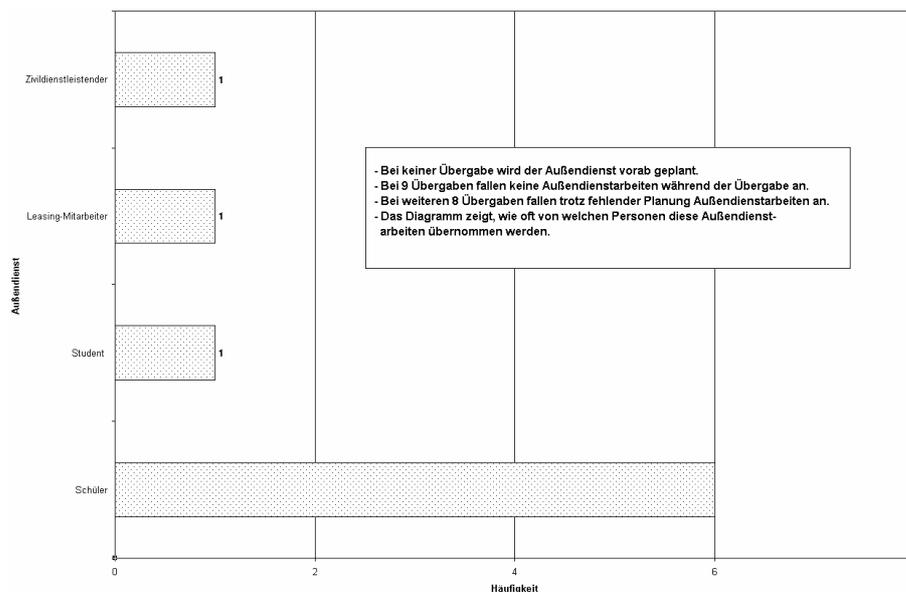


Abbildung H-17: Verteilung der Mitarbeiter im Außendienst während der Übergabe

Bei weiteren acht Übergaben ist jedoch der Einsatz eines Außendienstes während der Übergabezeit erforderlich. Die damit verbundenen Tätigkeiten werden sechsmal von Krankenpflegeschülern und einmal vom Zivildienstleistenden übernommen. Ein weiteres Mal übernimmt diese Arbeiten ein in der Einarbeitung befindlicher studentischer Mitarbeiter. Bei einer dieser acht Übergaben ist zusätzlich eine in der Einarbeitung befindliche Mitarbeiterin einer Personal-leasingfirma am Außendienst beteiligt. Abbildung H-17 stellt die Verteilung der Außendienstarbeiten auf die genannten Mitarbeiter grafisch dar.

G) Störungen

Die 17 beobachteten Übergaben werden insgesamt 96-mal gestört. Davon werden 49 Störungen durch das Pflegepersonal selbst verursacht. Sieben dieser 49 Störungen werden durch unpünktliches Pflegepersonal herbeigeführt. Zu den Störungen durch Pflegepersonal zählt ferner das Hinzukommen oder Hinausgehen des Pflegepersonals während der Übergabe oder die Ansprache des übergebenden und übernehmenden Personals durch nicht an der Übergabe teilnehmende Pflegekräfte. Die entstehende Unruhe wird offensichtlich dadurch

hervorgerufen, dass Pflegekräfte nach der Übergabe der von ihnen betreuten Patienten den Übergabeort verlassen, um ihre Arbeit fortzusetzen oder den Dienst zu beenden. Ebenso ist beobachtbar, dass zu Beginn der Übergabe einige Pflegekräfte noch mit pflegerischen Tätigkeiten beschäftigt sind und erst später an der Übergabe teilnehmen. In der Folge befinden sich im Zeitraum der Beobachtung niemals alle zuständigen Mitarbeiter während der gesamten Dauer der Übergabe im Raum.

Weitere Störungen verursachen vor allem das Klingeln des Telefons (18-mal), die Ansprache des in der Übergabe befindlichen Personals durch Ärzte (15-mal) und das Klingeln der Schwesternrufanlage (10-mal). Eine Übersicht über die Häufigkeiten aller auftretenden Störungen zeigt die Abbildung H-18.

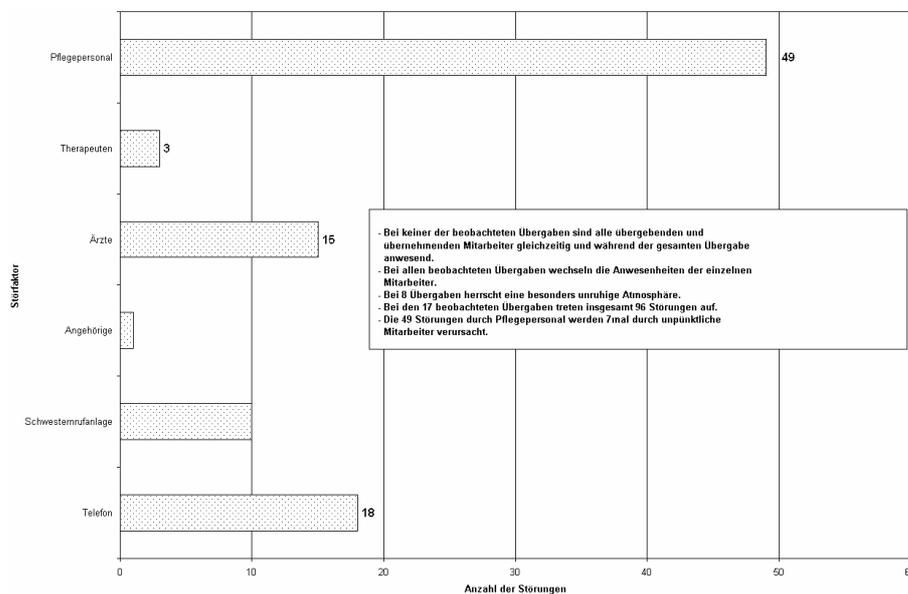


Abbildung H-18: Störungen der Dienstübergabe nach Häufigkeit

H) Hilfsmittel

Das Dokumentationssystem der Station wird insgesamt 476-mal verwendet, da bei jeder Übergabe die Patientenakte jedes Patienten als Hilfsmittel hinzugezogen wird. Zusätzlich benutzen die übergebenden oder übernehmenden Pflegekräfte 60-mal Zettel, um Notizen zu den einzelnen Patienten abzulesen oder aufzuzeichnen. Ein Übergabebuch oder sonstige Informationsträger werden nicht benutzt.

I) Bemerkungen

Bei acht der beobachteten Übergaben, die in den Personalaufenthaltsräumen stattfanden, herrscht eine besonders unruhige Atmosphäre. Sie wird entweder durch störende Geräusche im Übergaberaum selbst, z. B. Laufen des Radios während der Übergabe, oder durch Geräusche im angrenzenden Stationszimmer verursacht, der direkt vor dem Personalaufenthaltsraum liegt. Gespräche von Mitarbeitern oder das

Klingeln des Telefons bzw. der Schwesternrufanlage während der Übergabe werden deutlich im Personalaufenthaltsraum wahrgenommen und verursachen eine störende Geräuschkulisse.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt, die in diesem Kapitel beispielhaft vorgestellt werden. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan zusammengefasst (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite H-19

Verbindliche Übergabezeit (kurzfristige Umsetzung)

Für die pflegerische Übergabe der Mitarbeiter des Frühdienstes an den Spätdienst sollte eine feste und verbindliche Übergabezeit eingeführt werden. Dieses Vorgehen wird bereits bei den Übergaben vom Spät- zum Nachtdienst und vom Nacht- zum Frühdienst umgesetzt.

Überlappungszeiten (kurzfristige Umsetzung)

Für die pflegerische Übergabe ist bereits ein Zeitfenster in Form einer Überlappung in den Dienstzeiten vorgesehen. Die Überlappungszeit beträgt für die Übergabe vom Spät- zum Nachtdienst und vom Nacht- zum Frühdienst jeweils 30 Minuten. Zwischen Früh- und Spätdienst ist eine Überlappung von 90 Minuten eingeplant. Innerhalb dieses Zeitraumes kann eine feste Zeit für die Übergabe des Frühdienstes an den Spätdienst vereinbart werden. In der verbleibenden Zeit können pflegerische Tätigkeiten durchgeführt werden, die eines verstärkten Personaleinsatzes bedürfen.

Anwesenheit der Mitarbeiter (kurzfristige Umsetzung)

Während der Übergabe sollten die betreffenden Mitarbeiter permanent vor Ort sein, da die beobachtete Fluktuation die Aufmerksamkeit im Team spürbar mindert und dadurch die Übergabezeit verlängert wird.

Um Informationsverluste zu vermeiden, wäre es zudem notwendig, dass alle an der Patientenbetreuung beteiligten Mitarbeiter während der gesamten Übergabe anwesend sind. Aus diesem Grund sollten auch studentische Mitarbeiter an der Übergabe teilnehmen.

Übergabeort (kurzfristige Umsetzung)

Um die Übergabe in einer ruhigen und ungestörten Atmosphäre durchführen zu können, wird empfohlen, den Tagesraum der 1. Etage als festen und einzigen Übergabeort zu nutzen. Dieser Raum bietet auch ausreichende Sitzmöglichkeiten für alle Übergabeteilnehmer.

Bauliche Maßnahmen (kurzfristige Umsetzung)

Die Fenster des Tagesraumes könnten auf der Seite des Stationsflurs mit Rollos versehen werden, um diese während der Übergabe hinunterzulassen. Damit wäre angezeigt, dass eine Übergabe stattfindet. Unnötige Störungen ließen sich auf diese Weise vermeiden bzw. deutlich mindern. Zusätzlich sollte an der Eingangstür des

Tagesraumes ein Informationsschild mit den Übergabezeiten angebracht werden.

Verantwortliche Pflegekraft (kurzfristige Umsetzung)

Zur Vermeidung von Störungen bei gleichzeitiger Gewährleistung der pflegerischen Betreuung zu Zeiten der Übergabe wäre es sinnvoll, einen Mitarbeiter pro Etage für den Außendienst einzuteilen. Der Mitarbeiter kann zunächst an der Übergabe teilnehmen, diese bei Bedarf aber jederzeit verlassen, etwa um hilfebedürftige Patienten aufzusuchen oder notwendige organisatorische Arbeiten durchzuführen. Denkbar wäre auch, dass der Mitarbeiter sich von vornherein außerhalb des Tagesraumes aufhält.

Dokumentation (kurzfristige Umsetzung)

Die Verwendung von Zetteln zur Aufzeichnung von patientenbezogenen Notizen ist zu vermeiden. Alle pflegerelevanten Informationen sollten direkt in der Patientenakte dokumentiert werden. Der Gebrauch von Notizzetteln zur Patientenübergabe bzw. -übernahme ist auch deshalb zu vermeiden, da die bisherige Vorgehensweise das Dokumentationssystem unterläuft und Fehler durch Informationsverluste begünstigt. Notizzettel sollten daher lediglich zur Aufzeichnung organisatorischer Informationen benutzt werden.

Zielstellung der genannten Vorschläge ist es, die Informationsweiterleitung während der pflegerischen Dienstübergabe zu optimieren und gleichzeitig die pflegerischen Tätigkeiten während der 90-minütigen Überlappungszeit zwischen Früh- und Spätdienst effizient zu organisieren.

Langfristig sollte geprüft werden, welche patientenbezogenen Informationen an welche Mitarbeiter der folgenden Schicht übergeben werden müssen. Derzeit ist es noch notwendig, alle Informationen über einen Patienten an jeden Mitarbeiter weiterzugeben, da überwiegend Funktionspflege praktiziert wird.

Eine Pflege nach Zimmergruppen wird angestrebt, bisher aber nur im Frühdienst vereinzelt umgesetzt. Hierbei werden die Zimmer pro Etage in zwei Gruppen unter den examinieren Pflegekräften aufgeteilt. Das Hilfspersonal ist zimmergruppenübergreifend funktionalistisch tätig. Würde künftig eine Zimmergruppenpflege umgesetzt werden, so bräuchte man alle diensthabenden Mitarbeiter nur in einer „Blitzlichtübergabe“ über die wichtigsten Daten aller Patienten zu informieren. Eine detaillierte Übergabe könnte zwischen den übergebenden und übernehmenden Mitarbeitern der jeweiligen Zimmergruppe (Zimmerübergabe) stattfinden.

Ein Vorteil bestünde darin, dass sich die Informationsmenge für alle Mitarbeiter reduzieren würde. Außerdem würde sich Dauer der Gesamtübergabe verkürzen. Die freigewordenen Zeitressourcen

könnten dann für eine detaillierte Zimmerübergabe genutzt werden. Die Zeitanteile sollten für die „Blitzlichtübergabe“ fünf bis 15 Minuten und für die Zimmerübergabe 15 bis 25 Minuten betragen. Eine maximale Übergabezeit von insgesamt 30 Minuten sollte nicht überschritten werden und kann nach der Ermittlung der derzeitigen durchschnittlichen Übergabezeit von 22 Minuten auch als ausreichend betrachtet werden.

Langfristig gilt es auch, die Notwendigkeit einer 90-minütigen Überlappung zwischen Früh- und Spätdienst zu überprüfen. Im Zuge einer Reorganisierung der Arbeitsabläufe und ihrer Entzerrung in der Kernzeit von 6.00 bis 16.00 Uhr könnte die Personalverstärkung durch die Überlappungszeit nicht mehr erforderlich sein. In diesem Zusammenhang wäre eine Veränderung der Dienstzeiten ratsam.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Protokoll Dienstübergabe

Beteiligte Schichten		FD an SD	SD an ND	ND an FD
Übergabedauer		von:	bis:	Min.:
Übergabeort				
Teilnehmer	Dienst	Soll	Ist	
	Mitarbeiter Frühdienst			
	Mitarbeiter Spätdienst			
	Mitarbeiter Nachtdienst			
Setting	Sitzplätze für alle MA	ja	nein	
	Blickkontakt aller MA	ja	nein	
	Einbeziehung aller MA	ja	nein	
Außendienst	Geplant	ja	nein	
	Bemerkungen zum Außendienst:			
Störungen	Telefon			
	Schwesternrufanlage			
	Angehörige			
	Ärzte			
	Therapeuten			
	Pflegekräfte			
Hilfsmittel	Dokumentationssystem			
	Übergabebuch			
	Zettel			
	Sonstiges			
Bemerkungen				



Modul-H >
H-FB.xls

Abbildung H-19: Protokoll Dienstübergabe

5.2. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Dienstübergabe“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Einführung fester und verbindlicher Übergabezeiten.	X			
2. Festlegung pflegerischer Tätigkeiten während der Überlappungszeit vom Früh- zum Spätdienst.	X			
3. Teilnahme aller an der Patientenbetreuung beteiligten Mitarbeiter während der gesamten Übergabe.	X			
4. Nutzung des Tagesraumes in der 1. Etage als einzigen und verbindlichen Übergabeort.	X			
5. Ausstattung des Tagesraumes mit Sichtschutz (Rollo) und Informationsblatt (Übergabezeiten).	X			
6. Planung und Einsatz eines Außendienstes aus der dienstabgebenden Schicht.	X			
7. Ausschließliche Nutzung des Dokumentationssystems zur Übergabe.	X			
8. Einführung einer Dienstübergabe am Bett für die Mittagsübergabe.		X		



Modul-H >
H-Massnahmenplan.doc

Abbildung H-20: Maßnahmenplan Dienstübergabe

5.3. Lehrfolien

Modul H

Kernprozess Dienstübergabe

H. Kernprozess: Dienstübergabe

1. Ziel

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Beurteilung der Effizienz der Dienstübergabe und
Auffinden von Störfaktoren.

H. Kernprozess: Dienstübergabe

2. Methodik

Methoden:

- Fremdaufschreibung in Form einer teilnehmenden Beobachtung
 - Der Beobachter nimmt an der Dienstübergabe teil

Instrument:

- Protokoll Dienstübergabe
 - Erfassung vorgegebener Parameter

H. Kernprozess: Dienstübergabe

3. Aufbau des Instruments

Anhand des Protokolls werden erfragt:

1. Allgemeine Informationen

- Beteiligte Schichten
- Dauer und Ort der Übergabe

2. Teilnehmer

- Anzahl der Teilnehmer IST und SOLL

3. Setting

- Steht jedem Mitarbeiter ein Sitzplatz zur Verfügung?
- Steht jeder Mitarbeiter im Blickkontakt zum Kollegen?
- Wird jeder Mitarbeiter einbezogen?

H. Kernprozess: Dienstübergabe

3. Aufbau des Instruments

Fortsetzung:

4. Außendienst

- Ist der Außendienst im Voraus geplant?
- Welche Besonderheiten können im Zusammenhang mit dem Außendienst beobachtet werden?

5. Störungen

- Welche Störungen treten während der Übergabe auf?
- Wie häufig treten die Störungen auf?

6. Hilfsmittel

- Welche Hilfsmittel werden zur Übergabe benutzt?

H. Kernprozess: Dienstübergabe

3. Aufbau des Instruments

Ausschnitt des Protokolls:

Protokoll Dienstübergabe

Datum:

Beteiligte Schichten	FD an SD	SD an ND	ND an FD
Übergabedauer	von:	bis:	Min.:
Übergabeort			

Teilnehmer	Dienst	Soll	Ist
	Mitarbeiter Frühdienst		
	Mitarbeiter Spätdienst		
	Mitarbeiter Nachtdienst		

Setting	Sitzplätze für alle MA	ja	nein
	Blickkontakt aller MA	ja	nein
	Einbeziehung aller MA	ja	nein

H. Kernprozess: Dienstübergabe

4. Anwendung des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

- Information der Mitarbeiter über das Ziel der Beobachtung
- Der Beobachter sollte die Fragestellungen des Protokolls auswendig kennen

H. Kernprozess: Dienstübergabe

5. Auswertung

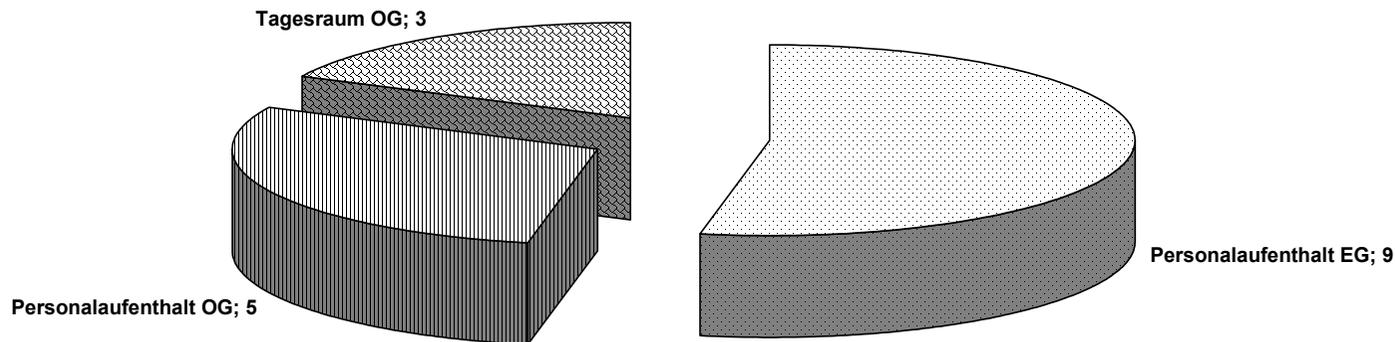
Ablauf der Auswertung:

1. Übertrag der Zahlenwerte und der Beobachtungen in die Excel-Tabelle
2. Auswertung der Diagramme (Beispiel auf nächster Folie)

H. Kernprozess: Dienstübergabe

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project



- Während des Erhebungszeitraumes werden insgesamt 17 Übergaben beobachtet.
- Dazu gehören 10 Übergaben vom Früh- an den Spätdienst, 3 Übergaben vom Spät- zum Nachtdienst und 4 Übergaben vom Nacht- an den Frühdienst.
- Von den 17 Übergaben sind 7 Übergaben der gesamten Station (Stationsübergaben) und 10 Übergaben jeweils einer Etage der Station (Etagenübergaben).
- Die 17 beobachteten Übergaben dauern insgesamt 371 Minuten.
- Eine Übergabe dauert somit durchschnittlich ca. 22 Minuten.

H. Kernprozess: Dienstübergabe

6. Ergebnisse

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.

Ein Beispiel:

Bei jeder der beobachteten Übergaben wechseln die Anwesenheiten der übergebenden und übernehmenden Mitarbeiter. Demzufolge stimmt bei keiner der 17 Übergaben die SOLL-Vorgabe der Teilnehmer mit deren tatsächlicher IST-Anwesenheit überein. Außerdem wird mehrfach beobachtet, dass studentische Mitarbeiter bereits vor oder zu Beginn der Übergabe vorzeitig aus dem Dienst entlassen werden und somit nicht an der pflegerischen Übergabe teilnehmen.

H. Kernprozess: Dienstübergabe

7. Maßnahmenplanung

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

Maßnahmen „Dienstübergabe“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Einführung fester und verbindlicher Übergabezeiten.	X			
2. Festlegung pflegerischer Tätigkeiten während der Überlappungszeit vom Früh- zum Spätdienst.	X			
3. Teilnahme aller an der Patientenbetreuung beteiligten Mitarbeiter während der gesamten Übergabe.	X			
4. Nutzung des Tagesraumes in der 1. Etage als einzigen und verbindlichen Übergabeort.	X			
5. Ausstattung des Tagesraumes mit Sichtschutz (Rollo) und Informationsblatt (Übergabezeiten).	X			
6. Planung und Einsatz eines Außendienstes aus der dienstabgebenden Schicht.	X			
7. Ausschließliche Nutzung des Dokumentationssystems zur Übergabe.	X			
8. Einführung einer Dienstübergabe am Bett für die Mittagsübergabe.		X		

I. Kernprozess: Dokumentation

In diesem Modul wird die Dokumentation der Station untersucht. Das Modul unterteilt sich dabei in drei Bereiche auf, die jeweils mit Hilfe eines anderen Instrumentes analysiert werden.

Im ersten Kapitel wird die medizinisch-pflegerische Dokumentation überprüft. Dabei werden folgende Fragen beantwortet:

- Welche Themenbereiche werden dokumentiert?
- Werden die Handzeichen korrekt verwendet?
- Wird die Dokumentation fortlaufend geführt?

Im zweiten Kapitel werden die vorhandenen Formblätter erhoben. Ziel ist es, einen Überblick zu gewinnen und Dopplungen in der Dokumentation zu erkennen.

Im dritten Kapitel werden die benutzten Nebeninformationsträger erhoben. Dabei handelt es sich um schriftliche Informationsträger, für die keine Formblätter vorhanden sind.

In jedem der o. g. Kapitel werden die jeweils verwendeten Methoden und Instrumente beschrieben und deren Anwendung erklärt. Auch die daraus resultierenden Ergebnisse werden im jeweiligen Kapitel dargestellt.

Die Vorschläge zur Optimierung werden für alle drei o. g. Kapitel gemeinsam im vierten Kapitel vorgestellt.

1. Medizinisch-pflegerische Dokumentation

In diesem Kapitel wird die medizinisch-pflegerische Dokumentation unter verschiedenen Aspekten untersucht. Die Erhebung findet an einem Stichtag statt und wird nicht im Verlauf beurteilt.

1.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei wird die Patientenakte auf unterschiedliche Parameter hin überprüft. Die verwendeten Prüfkriterien orientieren sich dabei an den Anforderungen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bezüglich der Führung der Dokumentation in stationären Pflegeeinrichtungen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Fremdaufschreibung
Seite J-13

Die Prüfkriterien des MDK lehnen sich am Geltungsbereich des SGB XI an und dienen der Begutachtung ambulanter, teilstationärer und vollstationärer Pflegeeinrichtungen. Stationäre Einrichtungen in Krankenhäusern werden davon nicht berührt. Es wird vorausgesetzt, dass die in den Prüfanleitungen des MDK enthaltenen Qualitätskriterien unabhängig vom Versorgungsbereich anwendbar sind.

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, den inhaltlichen Erreichungsgrad der medizinisch-pflegerischen Dokumentation abzubilden.

Als **Instrument zur Fremdaufschreibung** wird das **Protokoll Dokumentation** benutzt. Das Protokoll ermöglicht per Auszählung die Erfassung der Prüfkriterien.

Instrument:
Protokoll
Dokumentation
Seite I-40

1.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll zur Erfassung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation ist in sechs Bereiche unterteilt.

Abbildung I-1 zeigt den Kopfbereich des Protokolls. An dieser Stelle werden vier Felder angelegt, um folgende Daten zu erfassen:

1. Bereich
Kopfdaten

- Das Datum, an dem die Stichtagserhebung durchgeführt wird.
- Die Patientenakte-Nummer, die zur Anonymisierung dient. Hierbei handelt es sich um eine fortlaufende Nummerierung durch den Untersucher.
- Der Aufnahmezeitpunkt, an dem der Patient in der Klinik eingetroffen ist.
- Die Aufnahmeschicht, von der der Patient aufgenommen wurde.

Protokoll Dokumentation			Datum:
Patientenakte Nr.	Aufnahmetag	Aufnahmeschicht	

Abbildung I-1: Protokoll Dokumentation - 1. Bereich

Im Bereich Planetteninhalt des Protokolls werden Felder angelegt, um notwendige Dokumente in der Patientenakte zu erfassen. Dazu gehören laut MDK:

2. Bereich
Planetteninhalt

- Das Stammbblatt
- Die Pflegeanamnese, der Pflegeplan und der Pflegebericht
- Das Formblatt für die Durchführungsnachweise
- Der Überwachungsbogen
- Bedarfsabhängige Dokumente:
 - a) Das Formblatt zur Bilanzierung
 - b) Das Formblatt zur Dokumentation der Lagerungsmaßnahmen

1. Planetteninhalt					
Stammblatt	<input type="checkbox"/>	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	ggf. Bilanzierung	<input type="checkbox"/>
Pflegeanamnese	<input type="checkbox"/>	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	ggf. Lagerung	<input type="checkbox"/>
Pflegeplan	<input type="checkbox"/>	Überwachungsbogen	<input type="checkbox"/>	ggf. Sonstige	<input type="checkbox"/>
				ggf. Anzahl Sonstige	<input type="checkbox"/>

Abbildung I-2: Protokoll Dokumentation - 2. Bereich

Mit dem Feld „Sonstige“ wird erfasst, ob andere Dokumente in der Planette enthalten sind. Im Folgefild wird schließlich deren Anzahl erfasst. Abbildung I-2 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

Im dritten Bereich befinden sich die Felder zur Überprüfung der Pflegeanamnese und des Pflegeplans. Zur Beurteilung der Pflegeanamnese werden drei Felder angelegt, die folgende Bedeutung besitzen:

3. Bereich
Pflegeanamnese und
Pflegeplan

- **Vorhanden:** Ist eine Pflegeanamnese vorhanden? An dieser Stelle wird beurteilt, ob das Formblatt zur Pflegeanamnese auch ausgefüllt wurde und nicht, ob das Formblatt vorhanden ist.
- **Unterschrift:** Ist die Pflegeanamnese mit der Unterschrift der Pflegekraft versehen?
- **Vollständig:** Ist die Pflegeanamnese vollständig?

Zur Beurteilung des Pflegeplans wird nur erfragt, ob die Pflegeplanung in schriftlicher Form ausgearbeitet wurde. Abbildung I-3 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

2. Pflegeanamnese		3. Pflegeplan	
Vorhanden	<input type="checkbox"/>	Vorhanden	<input type="checkbox"/>
Unterschrift	<input type="checkbox"/>		
Vollständig	<input type="checkbox"/>		

Abbildung I-3: Protokoll Dokumentation - 3. Bereich

Im vierten Bereich Handzeichen werden Felder zur Überprüfung der notwendigen und tatsächlich vorhandenen Handzeichen angelegt. Dabei haben die einzelnen Felder folgende Bedeutung:

4. Bereich
Handzeichen

- **Nummer:** Die Prüfung beschränkt sich auf die letzten fünf Anordnungen der jeweiligen Patientenakte. Daher wird eine Nummerierung von eins bis fünf vorgenommen.
- **EA = Einzelanordnung:** Handelt es sich um eine Einzelanordnung?
- **SA = Sammelanordnung:** Handelt es sich um eine Sammelanordnung?
- **Anz. SA = Anzahl der in der Sammelanordnung enthaltenen Einzelanordnungen:** Wie viele Einzelanordnungen sind in der Sammelanordnung enthalten?

- Kategorie Arzt:
 - a) Soll: Anzahl der erforderlichen Handzeichen durch einen Arzt.
 - b) Ist: Anzahl der vorhandenen Handzeichen durch einen Arzt.
 - c) AV = Ärztliche Handzeichen vollständig: Sind die ärztlichen Handzeichen vollständig vorhanden?
- Kategorie Pflege:
 - a) Soll: Anzahl der erforderlichen Handzeichen durch eine Pflegefachkraft.
 - b) Ist: Anzahl der vorhandenen Handzeichen durch eine Pflegefachkraft.
 - c) AV = Pflegerische Handzeichen vollständig: Sind die pflegerischen Handzeichen vollständig vorhanden?

Abbildung I-4 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

4. Handzeichen									
Nr.	Arzt			Pflege					
	EA	SA	Anz. SA	SOLL	IST	AV	SOLL	IST	PV
1									
2									
3									
4									
5									
Σ									

Abbildung I-4: Protokoll Dokumentation - 4. Bereich

Der fünfte Bereich des Protokolls dient der Prüfung der fünf letzten Eintragungen im Pflegebericht. Dabei haben die einzelnen Felder folgende Bedeutung:

5. Bereich
Pflegebericht

- Nummer: Die Prüfung beschränkt sich auf die letzten fünf Anordnungen der jeweiligen Patientenakte. Daher wird eine Nummerierung von eins bis fünf vorgenommen.
- Datum / Schicht: Datum des Eintrags im Pflegebericht und Bezeichnung der Dienst habenden Schicht.
- Vorhanden: Wurde ein Eintrag im Pflegebericht von der Schicht vorgenommen?
- Summe Soll: Anzahl der maximal fünf letzten Einträge.
Hinweis: Die Anzahl der Einträge kann auch weniger als fünf Einträge betragen, sofern der Patient erst kurz vor der Erhebung aufgenommen wurde.
- Summe Ist: Anzahl der Berichtseinträge, die auch tatsächlich vorhanden waren.
- Fortlaufend: Wurde der Pflegebericht fortlaufend fortgeführt?

Abbildung I-5 zeigt die genannten Felder im Protokoll.

5. Berichteinträge Pflege		
Nr.	Datum / Schicht	Vorhanden
1		
2		
3		
4		
5		
Σ SOLL		Σ IST
		Fortlaufend

Abbildung I-5: Protokoll Dokumentation - 5. Bereich

Im sechsten Bereich wird ein Feld für Bemerkungen durch den Untersucher erstellt. Abbildung I-6 zeigt das Feld in verkleinerter Form.

6. Bereich
Bemerkungen

Bemerkungen

Abbildung I-6: Protokoll Dokumentation - 6. Bereich

1.1.2. Anwendung des Instruments

In diesem Abschnitt wird erläutert, wie das Protokoll Dokumentation durch den Untersucher angewendet wird. Für die Datenerhebung wird ein Stichtag ausgewählt. An diesem Tag werden alle Patientenakten der anwesenden Patienten der Station überprüft. Auf der Musterstation standen dafür 27 Patientenakten zur Verfügung.

Zunächst wird für jede Patientenakte ein Protokoll bereit gelegt und mit einer fortlaufenden Nummer sowie dem aktuellen Datum versehen. Anschließend werden das Datum der Aufnahme des Patienten und die Schicht, in der der Patient aufgenommen wurde übernommen.

1. Bereich
Kopfdaten

Auf der Grundlage der vom MDK geforderten und deshalb für jeden Patienten notwendigen Dokumentationselemente wird überprüft, ob das Stammblatt, die Pflegeanamnese, der Pflegeplan, der Pflegebericht, der Durchführungsnachweis sowie der Überwachungsbogen in jeder Patientenakte enthalten sind. Ist ein Dokument vorhanden, wird in das entsprechende Feld eine „1“ eingetragen. Ist das Dokument nicht vorhanden, wird dies durch eine „0“ im entsprechenden Feld dokumentiert.

2. Bereich
Planetteninhalt

Die Dokumente zur Bilanzierung und zum Nachweis einer regelmäßigen Lagerung müssen nicht grundsätzlich in allen Patientenakten enthalten sein. Sie werden nur dann eingefordert, wenn der Zustand des Patienten die entsprechende Maßnahmen und damit deren Dokumentation erfordert. Deshalb wird deren Vorhandensein auch nur gewertet, wenn ein Bedarf aus der Patientenakte hervorgeht. Es gilt daher folgende Regelung zum Ausfüllen des Protokolls:

- Eine „1“ wird eingetragen, wenn das Formblatt laut Patientenakte notwendig ist und in dieser vorgefunden wird.
- Eine „0“ wird eingetragen, wenn das Formblatt laut Patientenakte notwendig ist, jedoch in dieser nicht vorgefunden wird.
- Es erfolgt kein Eintrag, wenn das Formblatt laut Patientenakte nicht benötigt wird.

Abbildung I-7 veranschaulicht die Bewertungsregeln noch einmal anhand der Protokollfelder.

ggf. Bilanzierung	1	Bedeutung: Bilanzierung notwendig und vorhanden. Lagerungsprotokoll notwendig und vorhanden.
ggf. Lagerung	1	
ggf. Bilanzierung	1	Bedeutung: Bilanzierung notwendig und vorhanden. Lagerungsprotokoll notwendig aber nicht vorhanden.
ggf. Lagerung	0	
ggf. Bilanzierung	1	Bedeutung: Bilanzierung notwendig und vorhanden. Lagerungsprotokoll nicht notwendig.
ggf. Lagerung		

Abbildung I-7: Bedeutung der Zahlencodierungen im Protokoll Dokumentation.

Sofern es von Interesse ist, kann auch eine zusätzliche Codierung verwendet werden, um festzustellen, ob das jeweilige Formblatt in der Patientenakte vorhanden ist, obwohl es nicht benötigt wird.

Die Felder „Sonstige“ und „Anzahl Sonstige“ dienen der Erfassung von Formblättern, die nicht den Prüfbestimmungen des MDK unterliegen. Im Feld „Sonstige“ wird zunächst erfasst, ob überhaupt andere Formblätter in der Patientenakte verwendet werden. Ist mindestens ein anderes Formblatt vorhanden, wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Wird kein anderes Formblatt verwendet, so ist dies durch eine „0“ zu kennzeichnen.

Sonstige Elemente in der Patientenplanette sind Nebeninformationsträger und sollten nicht vorhanden sein, da bei ordnungsgemäßer Dokumentation die Formblätter alle notwendigen Informationen erfassen. Aus diesem Grund ist bei „Sonstige“ eine SOLL-Anzahl von Null anzusetzen.

Zusätzlich wird im Feld „Anzahl Sonstige“ die Anzahl der sonstigen Formblätter angegeben, die in der Patientenakte aufzufinden sind.

Im nächsten Schritt wird jede Patientenakte hinsichtlich der Pflegeanamnese überprüft. Dabei wird zunächst bewertet, ob in das Pflegeanamneseformblatt ausgefüllt ist. Zusätzlich wird geprüft, ob die Pflegeanamnese durch eine Pflegefachkraft abgezeichnet wurde. Ist das jeweilige Kriterium erfüllt, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das jeweilige Feld eine „0“ einzutragen.

3a. Bereich
Pflegeanamnese und
Pflegeplan

Erst danach wird, in Anlehnung an die Prüfkriterien des MDK, die Vollständigkeit der Pflegeanamnese bewertet. Danach sollte eine Pflegeanamnese u. a. folgende pflegerelevante Informationen enthalten:

- Biographie
- Gewohnheiten
- soziale Beziehungen
- direkte Bezugspersonen
- Informationen zum Wohn- und Lebensbereich
- Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL's)
- Gedächtnis und Konzentration
- Vitalfunktionen

Die Pflegeanamnese gilt jedoch erst als vollständig, wenn die o. g. Informationen vorhanden **und** diese durch die Pflegekraft abgezeichnet sind.

Sind die Informationen und das Handzeichen vorhanden, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das Feld eine „0“ einzutragen.

Achtung:

Auch wenn die Informationen in ausreichendem Umfang vorhanden sind, jedoch das Handzeichen der Pflegekraft fehlt, ist das Prüfkriterium nicht erfüllt!

Nach den Anforderungen des MDK und des § 4 Krankenpflegegesetzes benötigt die Umsetzung des Pflegeprozesses einen Pflegeplan. Aus diesem Grund wird jede Patientenakte auf das Vorhandensein des Pflegeplanes überprüft. Ist der Pflegeplan vorhanden, so wird dies durch eine „1“ im Feld kenntlich gemacht. Andernfalls ist in das Feld eine „0“ einzutragen.

3b. Bereich
Pflegeplan

Auf die inhaltliche Bewertung des Pflegeplans wird an dieser Stelle verzichtet. Grund hierfür ist das dafür notwendige aufwendige Verfahren.

Jeder Eintrag müsste dafür mit den, im jeweiligen Krankenhaus, vorhandenen Pflegestandards etc. abgeglichen werden. Im Rahmen der Reorganisation einer bettenführenden Station stehen die dafür notwendigen Ressourcen jedoch nur selten zur Verfügung.

Im nächsten Schritt wird die Vollständigkeit der Handzeichen im Rahmen der ärztlichen Anordnungen überprüft. Dabei werden nur die letzten fünf Anordnungen in die Untersuchung mit einbezogen, um einerseits den Arbeitsaufwand zu reduzieren und andererseits die Vergleichbarkeit der Daten zu gewährleisten.

4. Bereich
Handzeichen

Zunächst wird jede Anordnung daraufhin überprüft, ob es sich um eine Einzelanordnung oder um eine Sammelanordnung handelt. Im Protokoll sind dafür die Felder „EA“, „SA“ und „Anz. SA“ vorgesehen. Abbildung I-8 zeigt beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „EA“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
- Handelt es sich um eine Sammelanordnung, wird dies im Feld „SA“ durch eine „1“ kenntlich gemacht und im Anschluss daran im Feld „Anz. SA“ die Anzahl der einzelnen Anordnungen innerhalb dieser Sammelanordnung ausgezählt und niedergeschrieben.

Nr.	EA	SA	Anz. SA
1			
2			
3	1		
4		1	3
5	1		
Σ	2	1	3

Abbildung I-8: Beispielbewertung Einzel- und Sammelanordnung

Erläuterung zur Abbildung I-8:

Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.

Anordnung Nr. 3 und Nr. 5: Es wurde eine Einzelanordnung vorgefunden.

Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält.

Anschließend werden die Handzeichen des Arztes zu den vorgefundenen Anordnungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Abbildung I-9 zeigt beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Feld SOLL:
 - a) Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „SOLL“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
 - b) Handelt es sich um eine Sammelanordnung, so wird dies im Feld „SOLL“ durch die Anzahl der enthaltenen Einzelanordnungen kenntlich gemacht. Das heißt, der Wert im Feld „SOLL“ entspricht in diesem Fall dem Feld „Anz. SA“ des vorangegangenen Blocks.
- Feld IST:
 - a) In diesem Feld befindet sich die Anzahl der tatsächlich vorgefundenen Handzeichen.
- Feld AV (= Handzeichen Arzt Vergleich):
 - a) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ dem Wert im Feld „IST“, sind alle notwendigen Handzeichen vorhanden. Dies wird im Feld „AV“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
 - b) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ nicht dem Wert im Feld „IST“, so fehlen notwendige Handzeichen durch den Arzt. In diesem Fall wird im Feld „AV“ eine „0“ eingetragen.

Arzt		
SOLL	IST	AV
1	1	1
3	1	0
1	1	1
5	3	2

Abbildung I-9: Beispielbewertung SOLL-IST Arzt

Erläuterung zur Abbildung I-9:

Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.

Anordnung Nr. 3 und Nr. 5: Es wurde ein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden.

Das Feld „SOLL“ und „IST“ entsprechen sich, so dass im Feld „AV“ der Eintrag als gültig gekennzeichnet wird.

Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält. Es wären daher drei Handzeichen des Arztes notwendig. Vorgefunden wird jedoch nur ein Handzeichen. Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

In der letzten Zeile finden sich die summierten Werte.

Danach werden die Handzeichen der Pflege zu den vorgefundenen Anordnungen auf ihre Richtigkeit hin überprüft. Abbildung I-10 zeigt beispielhaft die ausgefüllten Felder. Das Ausfüllen geschieht nach folgenden Regeln:

- Feld SOLL:
 - a) Handelt es sich um eine Einzelanordnung, wird dies im Feld „SOLL“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
 - b) Handelt es sich um eine Sammelanordnung, so wird dies im Feld „SOLL“ durch die Anzahl der enthaltenen Einzelanordnungen kenntlich gemacht. Das heißt, der Wert im Feld „SOLL“ entspricht in diesem Fall dem Feld „Anz. SA“ des vorangegangenen Blocks.
- Feld IST:
 - a) In diesem Feld befindet sich die Anzahl der tatsächlich vorgefundenen Handzeichen.
- Feld PV (= Handzeichen Pflege Vergleich):
 - a) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ dem Wert im Feld „IST“, sind alle notwendigen Handzeichen vorhanden. Dies wird im Feld „AV“ durch eine „1“ kenntlich gemacht.
 - b) Entspricht der Wert im Feld „SOLL“ nicht dem Wert im Feld „IST“, so fehlen notwendige Handzeichen durch die Pflegefachkraft. In diesem Fall wird im Feld „AV“ eine „0“ eingetragen.

Pflege		
SOLL	IST	PV
1	1	1
3	1	0
1	0	0
5	2	1

Abbildung I-10: Beispielbewertung SOLL-IST Pflege

Erläuterung zur Abbildung I-10:

Im Beispiel ist der Patient erst am Vortag aufgenommen worden. Aus diesem Grund sind nur drei Anordnungen durchgeführt worden, so dass die Zeilen eins und zwei leer bleiben.

Anordnung Nr. 3: Es wurde ein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden. Das Feld „SOLL“ und „IST“ entsprechen sich, so dass im Feld „PV“ der Eintrag als gültig gekennzeichnet wird.

Anordnung Nr. 4: Es wurde eine Sammelanordnung vorgefunden, die drei Einzelanordnungen enthält. Es wären daher drei Handzeichen der Pflegekraft notwendig, um jede einzelne Anordnung nach der Erledigung abzuzeichnen. Vorgefunden wird jedoch nur ein Handzeichen.

Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

Anordnung Nr. 5: Es wurde kein Handzeichen zu einer Einzelanordnung vorgefunden. Im Feld „AV“ wird daher der Eintrag als ungültig gekennzeichnet.

In der letzten Zeile finden sich die summierten Werte.

Um die Auswertung der ermittelten Daten zu vereinfachen, wird in der letzten Zeile für jede Spalte deren Summe gebildet. Diese Zahlenwerte werden später in die zugehörige Excel-Datei übernommen.

In der Kategorie „Pflegebericht“ wird überprüft, in welcher Form der Pflegebericht innerhalb der letzten fünf Schichten geführt wurde.

5. Bereich
Pflegebericht

Ausgehend vom Erhebungszeitpunkt, werden in den Feldern „Datum / Schicht“ die letzten fünf Schichten benannt und mit dem entsprechenden Datum versehen. Erst danach wird beurteilt, ob in der jeweiligen Schicht ein Pflegebericht erstellt worden ist. Ist ein Pflegebericht erstellt worden, so wird dies im Feld „Vorhanden“ mit einer „1“ gekennzeichnet. Fehlt der Pflegebericht, wird dies durch eine „0“ gekennzeichnet.

Ein Pflegebericht wird nur dann als vorhanden gewertet, wenn der Berichtseintrag eindeutig einer Schicht zuzuordnen ist. Im Musterkrankenhaus war dieses Kriterium erfüllt, sofern neben dem Berichtseintrag das Datum und die Schicht verzeichnet waren.

Eine eindeutige Kennzeichnung kann jedoch auch durch die Verwendung unterschiedlicher Schriftfarben erfolgen. In diesem Fall gilt das Vorhandensein des Datums in der Farbe der jeweiligen Schicht als ausreichend.

Ist der Berichtseintrag nicht eindeutig zuzuordnen, so muss der Bericht als fehlend gewertet werden.

Eine Beispielbewertung zeigt Abbildung I-11.

5. Berichteinträge Pflege			
Nr.	Datum / Schicht	Vorhanden	
1	27.7.2003 / Nacht	1	
2	28.7.2003 / Früh	1	
3	28.7.2003 / Spät	1	
4	28.7.2003 / Nacht	1	
5	29.7.2003 / Früh	1	
Σ SOLL		5	
		Σ IST	5
Fortlaufend			1

Abbildung I-11: Beispielbewertung - Pflegebericht

Nach der Überprüfung der einzelnen Berichteinträge wird beurteilt, ob der Bericht fortlaufend geführt ist. Zunächst werden dafür die Einträge im Feld „Datum / Schicht“ gezählt und im Feld „Σ SOLL“ addiert. Anschließend werden die Einträge im Feld „Vorhanden“ gezählt und im Feld „Σ IST“ addiert.

Bei der Ermittlung der SOLL-Vorgabe ist die Liegedauer der Patienten zu beachten. Sollen fünf Berichteinträge rückwirkend überprüft werden, so ist es erforderlich, dass der Patient bereits 48 Stunden vor der Erhebung aufgenommen wurde. Bei einer kürzeren Verweildauer reduziert sich die SOLL-Vorgabe dementsprechend. Erfolgt die Erhebung beispielsweise am 8. April im Frühdienst, muss der Patient spätestens seit dem Spätdienst des 6. April anwesend sein, um fünf Berichteinträge aufzuweisen. Ist der Patient erst am 7. April im Frühdienst aufgenommen worden, können nur drei Berichteinträge gefordert werden. In diesem Fall reduzieren sich die SOLL-Vorgabe für diesen Patienten sowie das Gesamt-SOLL der Erhebung der Berichteinträge.

Schließlich wird bewertet, ob der Pflegebericht fortlaufend geführt wurde. Dies ist der Fall, wenn die Summe im Feld „Σ SOLL“ der Summe im Feld „Σ IST“ entspricht. In der Beispielbewertung in Abbildung I-11 sind alle geforderten Berichte auch vorhanden. Die Dokumentation ist also fortlaufend geführt worden. Im Feld „Fortlaufend“ wird dies durch eine „1“ markiert. Fehlen ein oder mehrere Berichte, so ist die Dokumentation als nicht fortlaufend zu betrachten. Im Feld „Fortlaufend“ wird dies durch eine „0“ gekennzeichnet.

Am Ende des Protokolls befindet sich ein offenes Feld für Bemerkungen. Hier kann beispielsweise notiert werden, welche zusätzlichen Dokumente sich in der Patientenakte befinden. Auch weitere Auffälligkeiten wie formale Mängel, die sich während der Dokumentenanalyse zeigen, können hier verzeichnet werden.

6. Bereich
Bemerkungen

Dazu gehören z. B.:

- Bemerkungen über die Verwendung nicht dafür vorgesehener Formblätter
- Das unzureichende Ausfüllen der Formblattköpfe
- Die fehlende Angabe der Dosierung bei Medikamentenanordnungen usw.

Das vorgestellte Instrument kann entsprechend dem Erkenntnisziel bzw. dem verwendeten Dokumentationssystem verändert werden. So ist es vorstellbar, dass bei einer Untersuchung nur die Dokumentation überprüft wird. Dabei könnte z. B. ein Vergleich geplanter und tatsächlich ausgeführter pflegerischer Maßnahmen erfolgen.

Auch die Vorgabe der zu prüfenden Schichten kann verändert werden. So können beispielsweise mehr als fünf Schichten überprüft werden oder die Überprüfung der Berichteinträge an die stationsspezifische Eintragungsfrequenz angepasst werden.

1.2. Auswertung

Nach Abschluss der Erhebung werden die Protokolle Dokumentation ausgewertet. Im Musterkrankenhaus standen hierfür 27 Datenlisten zur Verfügung.

Da die Daten der Protokolle bereits in kodierter Form vorliegen, können die Werte direkt in die Excel-Auswertungsdatei übernommen werden.

Die Dateneingabe wird in der Auswertungsdatei über das Eingabeformular „**Dateneingabe_Doku**“ vorgenommen.

Das Eingabeformular unterteilt sich in mehrere Zeilen, die jeweils einen Eintrag aus dem Protokoll entsprechen. Eine Spalte entspricht einer einzelnen Patientenakte.

Zunächst werden in den Zeilen drei bis fünf die Kopfdaten des Protokolls übernommen. Anschließend erfolgt in den Zeilen sieben bis 17 die Datenübernahme der Ergebnisse zum Planetteninhalt. Abbildung I-12 stellt beispielhaft die Datenübernahme für die ersten drei Patientenakten der Musterstation dar.



Modul-G >
G-Auswertung.xls

Patientenakte Nr.	1	2	3
Aufnahmetag	6.4.	3.4.	28.3.
Aufnahmeschicht	FD	FD	SD

1. Planetteninhalt			
Stammblatt	1	1	1
Pflegeanamnese	0	0	0
Pflegeplan	0	0	0
Pflegebericht	1	1	1
Durchführungsnachweis	1	1	1
Überwachungsbogen	1	1	1
<i>ggf. Bilanzierung</i>	0		
<i>ggf. Lagerung</i>	1		
<i>ggf. Sonstige</i>	0	0	0
<i>ggf. Anzahl Sonstige</i>	0	0	0

Abbildung I-12: Datenübernahme - Planetteninhalt

Während der Eingabe ist zu beachten, dass in den Zeilen 14 und 15 (Bilanzierung und Lagerung) nur dann ein Wert eingegeben werden darf, wenn beim Patienten tatsächlich ein Bedarf vorliegt. Dieser Bedarf wird entweder anhand der Diagnose oder anhand der Pflegeplanung ermittelt.

Im nächsten Schritt werden die Daten zur Pflegeanamnese und zum Pflegeplan in die Auswertungsdatei eingegeben. Abbildung I-13 zeigt die Eintragungen der Excel-Auswertungsdatei. Zur besseren Orientierung wird die Patientenakten Nummer wiederholt.

Patientenakte Nr.	1	2	3
-------------------	---	---	---

2. Pflegeanamnese			
Anamnese vorhanden	0	0	0
Unterschrift vorhanden	0	0	0
Anamnese vollständig	0	0	0

3. Pflegeplan			
Vorhanden	0	0	0

Abbildung I-13: Datenübernahme - Pflegeanamnese und Pflegeplan

Anschließend werden die Daten bezüglich der ausgewerteten Handzeichen in den Zeilen 27 bis 36 der Dateneingabemaske eingetragen.

Davon ausgenommen sind die Zeilen 31 und 34 (Arzt SOLL und Pflege SOLL) sowie die Zeilen 33 und 36 (Arzt AV und Pflege PV), die automatisch berechnet werden. Die SOLL-Werte ergeben sich aus der Anzahl der Einzelanordnungen plus der Anzahl der Einzelanordnungen in den Sammelanordnungen. Der Wert „Arzt AV“ wird ermittelt, indem überprüft wird, ob der Wert „Arzt SOLL“ dem Wert „Arzt IST“ entspricht. Ist dies der Fall, wird automatisch das Feld „Arzt AV“ auf den Wert „1“ gesetzt. Andernfalls erhält das Feld den Wert „0“. Für das Feld „Pflege PV“ wird das gleiche Berechnungsverfahren unter Berücksichtigung der Werte für die Pflege verwendet.

Abbildung I-14 veranschaulicht die Eintragungen in der Excel-Auswertungsdatei.

Patientenakte Nr.	1	2	3
4. Handzeichen			
Einzelanordnung (EA)	3	4	3
Sammelanordnung (SA)	1	1	2
EA in den SA	7	4	9
Arzt SOLL	10	8	12
Arzt IST	4	3	6
Arzt AV	0	0	0
Pflege SOLL	10	8	12
Pflege IST	10	6	4
Pflege PV	1	0	0

Abbildung I-14: Datenübernahme - Handzeichen

In den Zeilen 38 bis 41 werden schließlich die Werte bezüglich der Einträge im Pflegebericht übernommen.

Zeile 41 wird dabei automatisch erzeugt. Dabei wird geprüft, ob die Anzahl der SOLL-Werte der Anzahl der IST-Werte entspricht. Ist dies der Fall, so wird im Feld „Fortlaufend“ der Wert „1“ erzeugt. Ist dies nicht der Fall, so erhält das Feld den Wert „0“.

Abbildung I-15 veranschaulicht die Eintragungen in der Excel-Auswertungsdatei.

Patientenakte Nr.	1	2	3
-------------------	---	---	---

5. Berichtseinträge Pflege			
Σ SOLL	5	5	5
Σ IST	1	0	0
Fortlaufend	0	0	0

Abbildung I-15: Datenübernahme - Einträge Pflegebericht

Die im Datenblatt eingegebenen Daten können anschließend in Form von Grafiken zur Ergebnisdarstellung genutzt werden. In der Excel-Auswertungsdatei stehen dafür folgende Grafiken zur Verfügung.

Tabellenblatt: Bild_Doku_1

Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten der in den Patientenakten enthaltenen Formblätter.

Tabellenblatt: Bild_Doku_2

Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten bezüglich der Pflegeanamnese.

Tabellenblatt: Bild_Doku_3

Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Wert des Pflegeberichts.

Tabellenblatt: Bild_Doku_4

Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten der vorgefundenen Handzeichen durch den ärztlichen Dienst und der Pflege.

Tabellenblatt: Bild_Doku_5

Diagramm zeigt einen Vergleich zwischen SOLL- und IST-Werten im Hinblick auf die Vollständigkeit der Patientenakten.

Da die Excel-Datei nicht geschützt ist, besteht die Möglichkeit weitere Datenblätter zur Auswertung anzulegen.

Zusätzlich erfolgt eine schriftliche Auswertung der Eintragungen in den Bemerkungsfeldern. Es empfiehlt sich die dort vorhandenen Ergebnisse mit Hilfe einer Textverarbeitung zu erfassen. Diese Vorgehensweise ermöglicht später eine leichte Reproduktion (z. B. zum Verteilen von Kopien an Arbeitsgruppen).

Werden die Einträge in einer Tabelle erfasst – ein Eintrag pro Zeile – kann jedem Eintrag in einer zweiten Spalte auch eine Kategorie zuge-

ordnet werden. Dadurch lassen sich die Daten mit Hilfe der Sortierfunktion in beliebigen Reihenfolgen anordnen.

1.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

1.3.1. Ausgangssituation

Das Dokumentationssystem der Musterstation wird von einem Fremdhersteller bezogen. Es umfasst folgende Bestandteile:

- Das Planettensystem mit den Patientenakten für die aktuelle Dokumentation der Anordnungen, der Durchführungsnachweise und der Berichte der Pflege, Ärzte und Therapeuten.
- Die Hängeregistratur mit den Stammakten der Patienten inklusive Befunde, Arztbriefe sowie älteren Patientenunterlagen aus dem Planettensystem.

1.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

A) Planetteninhalt

Die Überprüfung des Planetteninhalts zeigt folgende Ergebnisse:

- Der Pflegebericht, der Durchführungsnachweis und der Überwachungsbogen sind in allen Patientenakten enthalten (jeweils SOLL=27 / IST=27).
- Das Stammbblatt ist nur in einer Patientenakte nicht enthalten (SOLL=27 / IST=26).
- Die Pflegeanamnese sowie der Pflegeplan sind in keiner Patientenakte enthalten (jeweils SOLL=27 / IST=0).
- Die Formblätter für Bilanzierung und Lagerung sind nicht grundsätzlich, sondern je nach Patientensituation (Zentraler Venenkatheter, Immobilität) in der Dokumentation aufgenommen. Dieses ist jeweils bei sieben Patienten erforderlich. Bei fünf dieser Patienten sind die entsprechenden Formblätter tatsächlich enthalten (SOLL=7 / IST=5).

Abbildung I-16 stellt die beschriebenen Ergebnisse in einer Übersicht grafisch dar.

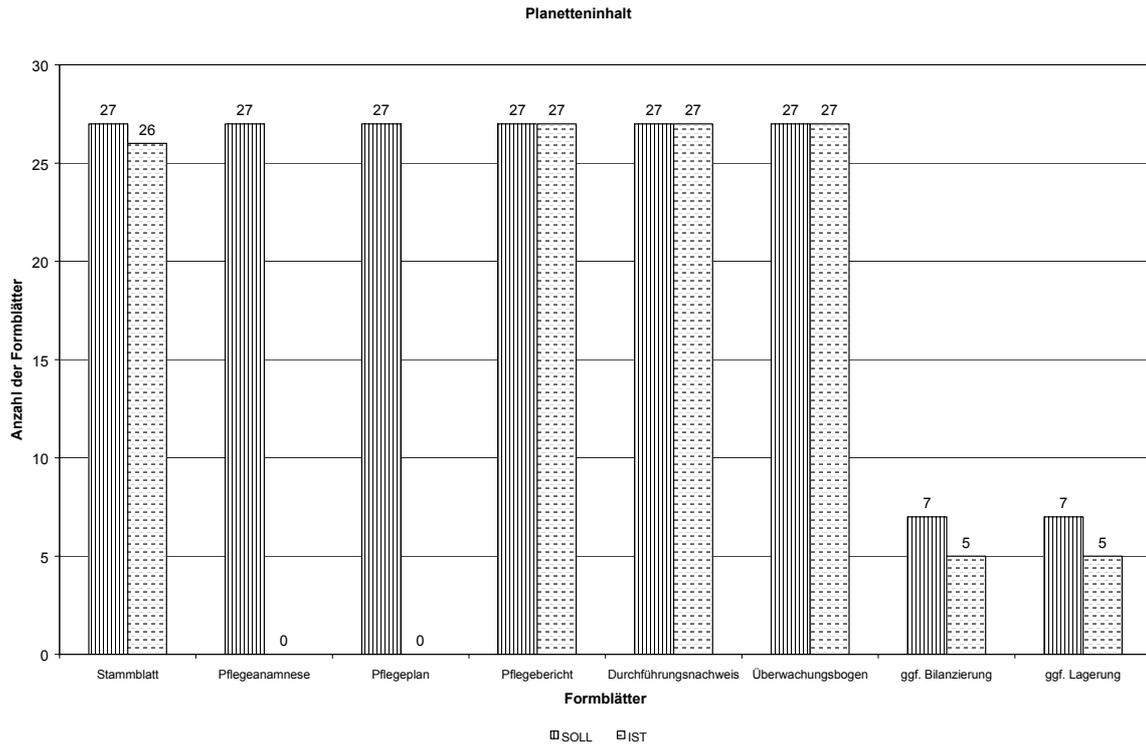


Abbildung I-16: Formblätter der Pflegedokumentation.

Bei der Überprüfung fällt positiv auf, dass der Anteil sonstiger Dokumente, die nicht in die Patientenakte gehören, sehr gering ist. Lediglich in vier der 27 untersuchten Kurven wurden zwölf sonstige Dokumente gefunden.

B) Pflegeanamnese

Die Vollständigkeit der Pflegeanamnesen kann nicht überprüft werden, da auf der Musterstation keine Pflegeanamnesen erhoben werden.

C) Pflegeplan

Die Prüfung ergibt, dass keine Patientenakte einen Pflegeplan enthält, da auch diese auf der Musterstation nicht eingesetzt werden.

D) Handzeichen

Ausgehend von der Prüfung der letzten fünf ärztlichen Anordnungen auf das Vorhandensein der entsprechenden Anordnungshandzeichen ergibt sich ein SOLL von insgesamt 275 Anordnungen. Diese setzen sich zusammen aus

- 80 Einzelanordnungen
- und 50 Sammelanordnungen, die aus 195 einzelnen Anordnungen bestehen.

Zu den überprüften 275 Anordnungen werden insgesamt 135 **ärztliche Handzeichen** vorgefunden. Davon sind 70 Handzeichen korrekt zur Abzeichnung der Einzelanordnungen verwendet. Die restlichen 65 Handzeichen dienen dem Abzeichnen einer Sammelanordnung, das heißt, dass mehrere Einzelanordnungen mit einem Handzeichen abgezeichnet werden. Sie sind somit nicht vollständig. Insgesamt sind 140 Anordnungen überhaupt nicht abgezeichnet. Abbildung I-17 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.

Sammel-anordnungen		Einzel-anordnungen		Handzeichen vorhanden	Handzeichen nicht vorhanden
		80	➔	70 👍	10 👎
50	➔	195	➔	65 👍	130 👎
GESAMT:		275	➔	135 👍	140 👎

Abbildung I-17: Vergleich der ärztlichen Anordnungen und der ärztlichen Handzeichen

Jede der 50 Sammelanordnungen wurde von einem Arzt abgezeichnet. In 16 Fällen wurden jedoch innerhalb der Sammelanordnung zusätzliche Handzeichen zum Abzeichnen eingefügt. Somit ergibt sich eine Gesamtzahl von 65 Handzeichen für die Sammelanordnungen.

Die Betrachtung der **pflegerischen Handzeichen** ergibt folgendes Ergebnis. Von den 80 Einzelanordnungen wurden 73 nach der Durchführung der Anordnung abgezeichnet. Die 195 in den Sammelanordnungen enthaltenen Einzelanordnungen wurden mit 81 Handzeichen abgezeichnet. Das heißt, in 121 Fällen wurde die Anordnung nach ihrer Durchführung von der Pflege nicht abgezeichnet. Abbildung I-18 fasst die Ergebnisse noch einmal zusammen.

Sammel-anordnungen		Einzel-anordnungen		Handzeichen vorhanden	Handzeichen nicht vorhanden
		80	➔	73 👍	7 👎
50	➔	195	➔	81 👍	114 👎
GESAMT:		275	➔	154 👍	121 👎

Abbildung I-18: Vergleich der ärztlichen Anordnungen und der pflegerischen Handzeichen

Auf Grund der zahlreichen Sammelanordnungen wurde eine detailliertere Prüfung vorgenommen, in der bestimmt wurde, wie viele

Einzelanordnungen sich in der jeweiligen Sammelanordnung befinden. Dabei ergibt sich folgende Aufteilung:

- 2 Anordnungen: 21 Fälle
- 3 Anordnungen: 9 Fälle
- 4 Anordnungen: 6 Fälle
- 5 Anordnungen: 3 Fälle
- 6 Anordnungen: 1 Fall
- 7 Anordnungen: 5 Fälle
- 8 Anordnungen: 3 Fälle
- 11 Anordnungen: 2 Fälle

E) Berichteinträge

Auf der Musterstation sind 26 von 27 Patientenakten im Hinblick auf den Pflegebericht überprüft worden. Eine Akte entfällt, da der Patient erst in der Erhebungsschicht aufgenommen wurde.

Bei kontinuierlicher Berichtsführung (ein Eintrag pro Schicht) ergibt sich ein SOLL von 130 Berichteinträgen, da auf der Musterstation alle 26 überprüften Patienten in den zu beurteilenden letzten fünf Schichten auf der Musterstation anwesend sind.

Obwohl es keine detaillierten Rechtsvorschriften zur Häufigkeit der Pflegeberichtserstattung gibt, ist es empfehlenswert, im Rahmen der Akutkrankenversorgung einen Eintrag pro Schicht im Pflegebericht zu fordern. Nur so kann im Bedarfsfall ein rechtssicherer Nachweis der Betreuungskontinuität erbracht werden.

Im Hinblick auf eine fortlaufende Pflegeberichterstattung kann festgestellt werden, dass nur in einer Patientenakte alle fünf geforderten Berichtseinträge vorhanden sind. In den anderen 25 Patientenakten fehlt hingegen mindestens ein Berichtseintrag.

Für die Musterstation handelt es sich hierbei um ein alarmierendes Ergebnis. Da weder Pflegeanamnesen noch Pflegepläne erstellt werden, bietet der Pflegebericht die einzige Möglichkeit, den Pflegeverlauf und den Pflegeprozess zu dokumentieren.

Da die Berichteinträge nur in einer Akte fortlaufend geführt werden, wird in der weiteren Auswertung besonderes Augenmerk auf die Anzahl der vorgefundenen Einträge gelegt. Dabei zeigt sich, dass von 130 geforderten Einträgen insgesamt 19 Berichteinträge vorhanden sind. Das heißt, 111 Einträge fehlen. Abbildung I-19 stellt diese Werte noch einmal grafisch gegenüber.

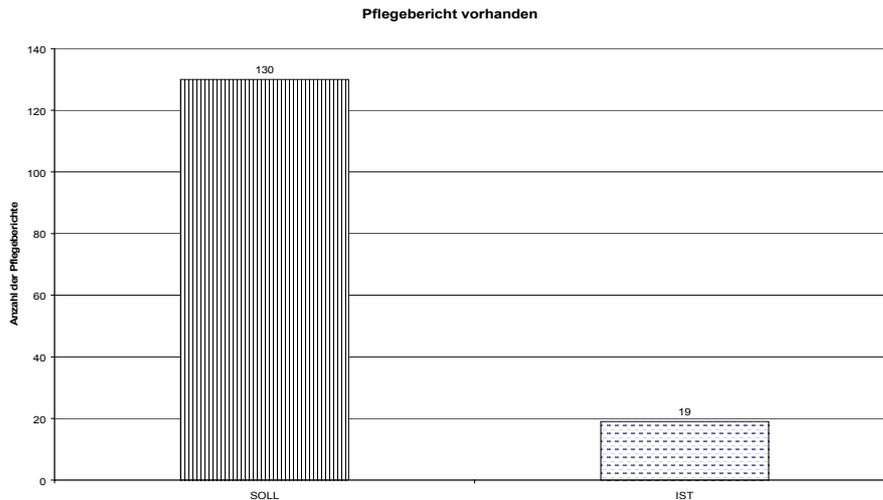


Abbildung I-19: SOLL-IST Vergleich der Pflegeberichte

Die hohe Anzahl fehlender Berichtseinträge führte im Musterkrankenhaus zu einer weiterführenden Untersuchung der Patientenakten. An drei Patienten wurden dafür alle Pflegeberichteinträge ausgezählt und dem entsprechenden SOLL-Wert bezogen auf die gesamte Anwesenheitszeit gegenüber gestellt.

Patient 1:

Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 51 Einträge gefordert. Tatsächlich sind drei Einträge vorhanden.

Patient 2:

Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 39 Einträge gefordert. Tatsächlich sind zwei Einträge vorhanden.

Patient 3:

Auf Grund der Verweildauer des Patienten sind bei kontinuierlicher Berichtführung insgesamt 38 Einträge gefordert. Tatsächlich sind drei Einträge vorhanden.

Während der Auswertung der drei Patienten viel auf, dass ein erheblicher Zeitunterschied zwischen dem Tag der Aufnahme und dem ersten Eintrag im Pflegebericht auftritt.

Patient 1:

Der Patient wird am 22. März aufgenommen. Am 26. März (fünf Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 2:

Der Patient wird am 26. März aufgenommen. Am 30. März (fünf Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 3:

Der Patient wird am 27. März aufgenommen. Am 3. April (acht Tage später) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

F) Bemerkungen

In diesem Abschnitt werden die Informationen zusammengetragen, die auf den Protokollen im Feld „Bemerkungen“ erfasst wurden. Für die Musterstation zeigen sich folgende Ergebnisse:

Handzeichen

Bei der Prüfung der ärztlichen Anordnungshandzeichen werden Schwachstellen festgestellt. So fehlt in den Patientenakten sechsmal die Angabe der Dosierung bei Medikamentenanordnungen, dreimal das Datum der Anordnung und einmal die Angabe der Dosierung und Laufgeschwindigkeit bei der Anordnung einer Dauerinjektion (Perfusor). Ferner werden je einmal Untersuchungen auf dem Medikamentenanordnungsblatt und die Dauerinjektion unter der Kategorie „subkutane und intramuskuläre Injektionen“ angeordnet.

Handzeichen sind rechtsverbindliche Unterschriften, die in der Patientenakte in Form eines Namenskürzels geleistet werden. Über die verwendeten Handzeichen ist stets eine aktuelle und vollständige Liste zu führen. Diese ist über die Dauer des gesetzlichen Haftungszeitraums hinweg zu archivieren.

Formularvollständigkeit

Ohne eine weiterführende inhaltliche Beurteilung der Formblätter vorzunehmen, werden einige auffällige formale Fehler gefunden. So ist sechsmal das Stammbblatt nicht von der ausfüllenden Pflegekraft unterschrieben, 17-mal der ärztliche Verlaufsbericht unvollständig (Kopf, Datum oder Unterschrift fehlt), sechsmal der ärztliche Anordnungsbogen unvollständig (Kopf nicht ausgefüllt) und fünfmal der pflegerische Berichtbogen unvollständig (Kopf nicht ausgefüllt).

Zuordnung der Einträge zu den Berufsgruppen

Im Rahmen der Prüfung der Dokumentation fällt außerdem auf, dass einige Einträge nicht eindeutig der eintragenden Berufsgruppe zuzuordnen sind (betrifft alle Berufsgruppen). Mehrfach werden falsche Formblätter benutzt, z. B. Einträge der Ergotherapie auf dem Formblatt der Logopädie. Ein Rückschluss auf die eintragende Berufsgruppe ist nur indirekt über inhaltliche Aspekte möglich. Die direkte Zuordnung der eintragenden Berufsgruppe und die Benutzung entsprechender Formblätter ist jedoch unbedingt notwendig, wenn Informationsverluste und das Übersehen von Anordnungen vermieden werden sollen.

Die aus den Ergebnissen gewonnenen Vorschläge und der daraus resultierende Maßnahmenplan finden sich im Kapitel 4.

2. Formblätter

In diesem Kapitel wird untersucht, welche Formblätter auf der Musterstation verwendet werden bzw. vorhanden sind.

2.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Formblätter wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei werden alle auf der Station verfügbaren Formblätter aufgenommen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, eine Übersicht der verwendeten Formblätter zu erhalten und vorhandene Schwierigkeiten abzubilden.

Fremdaufschreibung
Seite J-13

Als **Instrument zur Dokumentenanalyse** wird das **Protokoll Formblätter** benutzt. Jedes Formblatt wird damit erfasst und mit dem Formblatt verbundene Besonderheiten beschrieben.

Instrument:
Protokoll
Formblätter
Seite I-41

2.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll unterteilt sich in zwei Bereiche. Die Kopfzeile enthält ein Feld, indem der Name des Formblattes eingetragen wird.

Das zweite Feld dient der Aufnahme von Bemerkungen. Als Erinnerungshilfe sind einige Beispiele im Protokoll angegeben.

2.1.2. Anwendung des Instruments

An einem Stichtag erfolgt eine Begehung der Station, bei der alle vorgefundenen Formblätter erfasst werden.

Zunächst wird während der Erhebung der Name des Formulars in der Kopfzeile eingetragen. Dabei ist darauf zu achten, dass sowohl der offizielle Name des Herstellers als auch der Gebrauchsname, den die Mitarbeiter verwenden, erfasst wird.

Im Bemerkungsfeld werden anschließend alle weiteren Besonderheiten notiert. Dabei ist es notwendig, dass ein erfahrener Mitarbeiter für Nachfragen verfügbar ist. Nur er kann klären, ob ein Formblatt auch tatsächlich in der täglichen Arbeit genutzt wird.

Zunächst werden der Name des Herstellers und die Bestellnummer notiert. Falls nach Abschluss der Untersuchung festgestellt wird, dass Änderungen an einem Formblatt vorgenommen werden müssen, kann durch die Bestellnummer der Hersteller präzise informiert werden. Ist das Formblatt durch die Mitarbeiter der Station selbst erstellt worden, so ist auch dies zu vermerken.

Zudem wird beschrieben, ob das Formblatt bei jedem Patienten oder nur im Einzelfall (z. B. Trinkprotokoll) zum Einsatz kommt. Möglich

ist auch, dass ein Formblatt zwar vorhanden ist, aber von der Station nicht eingesetzt wird.

Werden einzelne Felder eines Formblattes nie verwendet, so sind diese zu notieren. Soll das Formblatt nach Auswertung der Ergebnisse überarbeitet werden, kann später auf die diese Informationen zurückgegriffen werden.

2.1.3. Rolle des Beobachters

Neben der Dokumentenanalyse sollte der Umgang mit den Formblättern beobachtet werden. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch die Dokumentenanalyse erfasst werden.

2.2. Auswertung

Zur Auswertung werden die Protokolle durchgelesen. Zunächst wird eine Liste aller Formblätter erstellt, die sowohl den Namen und ggf. die Bestellnummer zur eindeutigen Identifizierung enthält.

Danach wird untersucht, welche Formblätter ständig zum Einsatz kommen und welche Formblätter nur im Bedarfsfall verwendet werden. Diese werden nach Gruppen geordnet in einer Liste erfasst.

In einer dritten Liste werden diejenigen Formblätter aufgeführt, in denen nur einige Felder genutzt werden. Diese Liste ermöglicht später eine gezielte Besprechung notwendiger Überarbeitungen.

Schließlich wird eine vierte Liste angelegt, in der Informationen aufgeführt werden, die in mehr als einem Formblatt erfasst werden. Auch hier muss sich später die Frage gestellt werden, ob eine Überarbeitung möglich ist, so dass die Information nur noch an einer Stelle erfasst wird.

2.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

2.3.1. Ausgangssituation

Auf der Musterstation wird das Planetensystem der Firma XY zur medizinisch-pflegerischen Dokumentation benutzt. Jedes Formblatt besitzt eine eindeutige Bestellnummer.

2.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Folgende Formblätter werden laut Angaben der Mitarbeiter ständig benutzt:

- Anordnung / Marcumar
- Bericht
- Diabetesbogen
- Lagerung / Mobilisation
- Logopädie / Psychologie / Sonstige
- Pflege-Nachweis-Einstufung
- Pflegeüberleitungsbogen
- Pflegeverlegungsbericht
- Physiotherapie / Ergotherapie / Sozialdienst
- Schmerzmittel
- Stammblatt
- Überwachung / Bilanzierung
- Überwachungsbogen
- Verlaufsbericht
- Visite / Anordnungen / Bedarfsmedikation / Fragen an den Arzt
- Visite / Anordnungen / Infusionen
- Visite / Anordnungen / Medikamente

Daneben gibt es weitere Formblätter, die nicht oder nur teilweise genutzt werden. Dazu gehören:

- Lagerung / Mobilisation
- Logopädie / Psychologie / Sonstige
- Pflegeüberleitungsbogen
- Pflegeverlegungsbericht
- Physiotherapie / Ergotherapie / Sozialdienst
- Überwachung / Bilanzierung
- Verlaufsbericht
- Visite / Anordnungen / Infusionen

Zusätzlich werden von der Musterstation selbst erstellte Formblätter benutzt. Diese sind:

- Ernährungsprotokoll
- Pflegeprotokoll (Grundpflege, Mundpflege, Inkontinenzversorgung, Lagerungswechsel, Prophylaxen, Ausfuhr)
- Trinkprotokoll (A 6-Format)

2.3.3. Ergebnisse aus der Beobachtung

A) Formblätter

Einige der o. g. Originalformblätter werden nicht genutzt. Dafür erfolgt die Nutzung selbst erstellter Formblätter, was zu Mehrfachdokumentationen (z. B. Einfuhr / Ausfuhr auf Trinkprotokoll, Pflegeprotokoll und im Verlaufsbogen) führt.

B) Befunde

Laborbefunde werden doppelt dokumentiert. Sie werden in den Überwachungsbogen eingeklebt und zusätzlich in der Stammakte des Patienten (Hängeregistratur) abgeheftet.

Bei Röntgenbefunden wird der Befundtext ausgeschnitten und auf den Durchschlag des Anforderungsformulars geklebt. Einmal ist zu beobachten, dass die Unterschrift des Röntgenologen mit abgeschnitten wird.

C) Interne Patientenübernahme

Bei Verlegung eines Patienten innerhalb des Krankenhauses wird auf einen Pflegeverlegungsbericht verzichtet. Weder bietet die verlegende Station an, den Bericht bei Bedarf zu erstellen, noch wird er von den Mitarbeitern der Musterstation eingefordert.

D) Wertsachen

Wertsachen des Patienten werden auf der Musterstation zu keinem Zeitpunkt erfasst. Dies gilt sowohl für die Patientenaufnahme als auch für die Patientenentlassung. Auch bei einer hausinternen Verlegung wird auf die Dokumentation der Wertsachen verzichtet.

Es konnte beobachtet werden, dass die Uhr eines Patienten von der verlegenden Station nicht mitgegeben wurde. Der Verlust wurde vom Patienten einige Stunden später bemerkt. Daraufhin wurde die Uhr von der Station angefordert.

Es existiert keine verbindliche hausinterne Regelung zum Umgang mit Wertsachen; nur eine aus rechtlicher Sicht unzulängliche Vorschrift in der Hausordnung. Der in der Hausordnung vorgesehene Haftungsausschluss ist in dieser Form unzulässig.

Die Aufbewahrung der Wertsachen ist nicht eindeutig geregelt. Die Patienten behalten ihre Wertsachen im Zimmer. Größere Geldbeträge werden nach Angabe der Stationsleitung im Betäubungsmittelschrank der Musterstation aufbewahrt.

Die aus den Ergebnissen gewonnenen Vorschläge und der daraus resultierende Maßnahmenplan finden sich im Kapitel 4.

3. Nebeninformationsträger

Neben der medizinisch-pflegerischen Dokumentation arbeitet eine Station mit Nebeninformationsträgern. Darunter fallen alle schriftlichen Dokumente, die nicht direkt der Patientenakte angehören oder den Formblättern angehören. In diesem Kapitel werden die Nebeninformationsträger untersucht.

3.1. Datenerhebung

Als **Methode** zur Erfassung der Nebeninformationsträger wird die **Dokumentenanalyse** in Form einer **Fremdaufschreibung** verwendet. Dabei werden alle auf der Station verfügbaren Nebeninformationsträger aufgenommen.

Methode:
Dokumentenanalyse
Seite J-11

Fremdaufschreibung
Seite J-13

Das **Ziel** der Untersuchung besteht darin, eine Übersicht der verwendeten Informationsträger zu erhalten und vorhandene Schwierigkeiten abzubilden.

Als **Instrument zur Dokumentenanalyse** wird das **Protokoll Nebeninformationsträger** benutzt. Jeder Nebeninformationsträger wird damit erfasst und damit verbundene Besonderheiten beschrieben.

Instrument:
Protokoll
Nebeninformationsträger
Seite I-42

3.1.1. Aufbau des Instruments

Das Protokoll unterteilt sich in zwei Bereiche. Zunächst werden Felder angelegt, in die später der Name des Nebeninformationsträgers eingetragen wird. Am Seitenende befindet sich ein weiteres Feld, in dem Bemerkungen notiert werden können.

Abbildung I-20 zeigt das Protokoll in verkürzter Form.

Protokoll Nebeninformationsträger		Datum:
1	Infusionsplan	16
2	Medikationsplan	17
3	Betäubungsmittelbuch	18
Bemerkungen:		

Abbildung I-20: Protokoll Nebeninformationsträger

Einige Nebeninformationsträger sind bereits im Protokoll enthalten. Dabei handelt es sich um Dokumente, die aller Voraussicht nach in jedem Krankenhaus vorzufinden sind.

3.1.2. Anwendung des Instruments

An einem Stichtag erfolgt eine Begehung der Station, bei der alle vorgefundenen Nebeninformationsträger erfasst werden.

Zunächst wird während der Erhebung der Name des Nebeninformationsträgers in einem der freien Felder notiert. Eine Reihenfolge ist dabei nicht zu beachten. Dabei ist darauf zu achten, dass sowohl der offizielle Name des Herstellers als auch der Gebrauchsname, den die Mitarbeiter verwenden, erfasst wird.

Im Bemerkungsfeld werden anschließend alle weiteren Besonderheiten notiert. Dabei ist es notwendig, dass ein erfahrener Mitarbeiter für Nachfragen verfügbar ist. Nur er kann klären, ob ein Formblatt auch tatsächlich in der täglichen Arbeit genutzt wird und in welcher Form dies geschieht. So kann beispielsweise erfragt werden, wo sich die verschiedenen Protokolle und Bücher befinden und wie sie gestaltet sind. Ebenso kann verzeichnet werden, ob Nebeninformationsträger vorhanden sind, die Informationen enthalten, für deren Dokumentation es reguläre Formblätter gibt. Aus diesem Grund ist es notwendig, die Untersuchung der Formblätter vor der Untersuchung der Nebeninformationsträger durchzuführen.

3.1.3. Rolle des Beobachters

Neben der Dokumentenanalyse sollte der Umgang mit den Informationsträgern beobachtet werden. Als **Methode** wird die **teilnehmende Beobachtung** angewendet.

Methode:
Teilnehmende
Beobachtung
Seite J-1

Ziel ist es, Besonderheiten und Zusammenhänge zu erkennen, die nicht durch die Dokumentenanalyse erfasst werden.

3.2. Auswertung

Zur Auswertung werden die Protokolle durchgelesen. Zunächst wird eine Liste aller Nebeninformationsträger erstellt.

Anschließend wird untersucht, ob einzelne Informationsträger miteinander in unmittelbarer Verbindung stehen. Im Musterkrankenhaus konnte beispielsweise festgestellt werden, dass die Informationsträger zum Vorbereiten von Medikamenten gleich aufgebaut sind. Lediglich die Bezeichnung des Titels unterscheidet sich.

Schließlich wird untersucht, ob sonstige Auffälligkeiten im Umgang mit dem jeweiligen Informationsträger aufgetreten sind.

3.3. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die ausgewerteten Daten zusammengestellt und beschrieben. Bitte beachten Sie, dass es sich bei den Ergebnissen um Beispiele handelt. Zur Darstellung der Ergebnisse wird zunächst die vorgefundene Ausgangssituation kurz beschrieben. Im Anschluss werden die Auswertungsdaten nach Erhebungsmethode getrennt dargestellt.

3.3.1. Ausgangssituation

Neben dem medizinisch-pflegerischen Dokumentationssystem werden auf der Musterstation weitere Informationsträger genutzt. Diese Nebeninformationsträger erschweren die sichere Übermittlung der Information und erhöhen den administrativen Aufwand. Sie sind als Fehlerquelle einzustufen, da falsche Überträge von einem zum anderen Dokument nicht zuverlässig verhindert werden können. Ziel ist daher, möglichst mit den Originaleinträgen der Patientenakte zu arbeiten und auf Nebeninformationsträger zu verzichten.

3.3.2. Ergebnisse der Dokumentenanalyse

Insgesamt wurden auf der Musterstation 86 Nebeninformationsträger gefunden. Dazu gehören:

- Aufnahmebuch
- Ausgabehefter
- Besprechungsbuch (nur Erdgeschoß)
- Bestellhefter (20 verschiedene)
- Betäubungsmittelbuch
- Blutsenkungsbuch
- Blutzuckerbuch
- Desinfektionsplan
- Dienstplanwunschbuch
- diverse Bedienungsanleitungen
- diverse Informationszettel (30 verschiedene)
- Ernährungsprotokoll
- Frühstückgruppenplan
- Infusionspläne
- Insulinplan
- Kalender
- Kostplan
- Küchenbestellungsbuch
- Lösungsmittelplan
- Lösungsmittelwechselplan

- Lösungsmittelzubereitungsplan
- Mappe Arztunterschriften
- Medikationsplan intravenöse Injektionen
- Medikationsplan subkutane Injektionen
- Medikationsplan Tabletten, Tropfen
- Ordner Hausmitteilungen
- Ordner Laboruntersuchungen
- Ordner Leitungsbesprechungen
- Pflegeprotokoll
- Teambuch
- Telefonübersicht
- Terminbuch
- Trinkprotokoll
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Bemerkungen Teambuch

Das Teambuch wird von Ärzten und Pflegenden genutzt, um Neuerungen und Problemen zu dokumentieren.

Bemerkungen Kalender

Der Kalender wird zur Kennzeichnung der Bestelltage von Material, Apotheke, Infusionen usw. genutzt.

Bemerkungen Aufnahmebuch

Das Aufnahmebuch soll der Planung von Aufnahmen und Entlassungen dienen. Es wird jedoch wenig genutzt.

Bemerkungen Bestellhefter

Pro Etage der Musterstation existieren je fünf Hefter für Bestellungen und Ausgaben. Es gibt je einen Bestell- und Ausgabehefter für Infusionen, Apotheke, medizinischen Bedarf, Büromaterial und Wirtschaftsbedarf. Es werden somit auf der Station insgesamt 20 Hefter für Bestellungen und Ausgaben geführt. Der Bestellhefter dient der Abheftung der Bestellscheine, der Ausgabehefter der Abheftung der Lieferscheine.

Bemerkungen Informationszettel

Auf der Musterstation befinden sich 30 verschiedene Informationszettel; vorwiegend an Wänden, Schranktüren, Schrankinnentüren, Pinnwänden u. ä. Die Zettel enthalten z. B. Informationen über Essenbestellung, Untersuchungen, Prämedikation, Spritzenbeschriftung, Medikamentennamenänderung und Laboruntersuchungen.

3.3.3. Ergebnisse aus der Beobachtung

A) Intravenöse Medikation

Der auf der Musterstation verwendete Medikationsplan für intravenöse Injektionen (i. v.-Medikationsplan) ist ein Blankoformular. Es befindet sich in einer Klarsichtfolie. Auf dieser Klarsichtfolie werden mit einem wasserlöslichen Stift die angeordneten Medikamente verzeichnet. Beim Anfassen mit feuchten Händen nach der Händedesinfektion hat dies zur Folge, dass die Beschriftung nicht mehr lesbar ist.

Anhand des i. v.-Medikationsplanes werden die Ampullen auf der Arbeitsplatte im Pflegearbeitsraum vom Spätdienst zur Verteilung durch den Nacht- und Frühdienst vorbereitet. Dazu wird ein Pflaster mit dem Patientennamen und dessen Zimmernummer auf die Arbeitsplatte geklebt. Hinter dem Pflaster werden die Ampullen aufgestellt. Da die Ampullen im Arbeitsbereich stehen, ist zu beobachten, dass diese mehrmals (viermal) umfallen. In der Folge müssen diese jedes Mal neu gestellt werden.

Aufgezogene Spritzen werden zur Aufbewahrung in die Einzelverpackung der Spritze zurückgesteckt. Die Beschriftung erfolgt auf der Papierseite der Spritzenverpackung. Dabei werden lediglich der Name des Patienten und die Zimmernummer als Erkennungsmerkmal notiert. Der Name des Medikaments sowie dessen Dosierung wird hingegen nicht notiert. Die Medikamenten-Ampulle wird anschließend verworfen. Damit ist eine Kontrolle des Inhalts der Spritze für den Nacht- und Frühdienst nicht mehr möglich.

B) Subkutane Medikation

Fertigspritzen für subkutane Injektionen werden von den Mitarbeitern des Spätdienstes für den Nacht- und Frühdienst in einem Becher vorbereitet. Der Becher enthält einen Notizzettel, auf dem Patientennamen und Zimmernummer dokumentiert sind. Die zu stellenden Spritzen werden vom s. c.-Medikationsplan abgelesen. Dieser entspricht im Aufbau dem i. v.-Medikationsplan.

C) Infusionsplan

Angeordnete Infusionen und Zusätze werden auf dem Infusionsplan verzeichnet. Dieser entspricht im Aufbau dem i. v.-Medikationsplan.

Die Mitarbeiter des Spätdienstes stellen für den Frühdienst die Infusionsflaschen und Zusätze bereit und beschriften die Flaschen mit einem wasserlöslichen Stift.

Der Mitarbeiter im Nachtdienst spritzt die Zusätze in die Infusionen und versieht diese mit einem Infusionssystem.

Im Frühdienst werden die Infusionen dann entweder vom zuständigen Arzt verabreicht oder auf Grund von Änderungen während der Visite verworfen.

D) Orale Medikation

Angeordnete orale Medikamente werden vom ärztlichen Anordnungsformular auf den Überwachungsbogen übertragen.

Anschließend werden die notwendigen Etiketten vorbereitet. Im ersten Schritt werden Anordnungen, die in Form von Tabletten verabreicht werden, auf selbstklebende Etiketten übertragen. Das heißt, es wird der Name des Medikaments, dessen Konzentration und die zu verabreichende Dosis auf dem Etikett vermerkt. Das beschriftete Etikett wird anschließend auf die Tagesmedikationsbox geklebt.

In gleicher Art und Weise erfolgt im zweiten Schritt die Etikettierung der Anordnungen, die in Form von Tropfen oder als Brausetabletten verabreicht werden. Das beschriftete Etikett wird anschließend auf das Tablett geklebt, das zum Verteilen der Medikamente benutzt wird.

Im Frühdienst werden die oralen Medikamente dann entweder von der zuständigen Pflegekraft verabreicht oder auf Grund von Änderungen während der Visite verworfen.

4. Ideenpool

Nach der Auswertung der Ergebnisse werden erste Ideen zur Lösung der sich ergebenden Problemstellungen gesammelt. In diesem Kapitel werden die Lösungen für alle drei vorangegangenen Kapitel zusammengefasst vorgestellt. Die daraus entwickelten Maßnahmen werden anschließend in einem Maßnahmenplan übertragen (siehe rechts).

Maßnahmenplan
Seite I-43

A) medizinisch-pflegerische Dokumentation

Formblätter allgemein (kurzfristige Umsetzung)

Aus Gründen der eindeutigen Patientenzuordnung sind alle verwendeten Formblätter vollständig auszufüllen, d. h., der Formulkopf enthält den Namen und das Geburtsdatum des Patienten.

Bei allen Einträgen in die Dokumentation ist auf die Angabe von Datum, ggf. Berufsgruppe und Unterschrift zu achten.

Bei der Dokumentation von Anordnungen und Informationen ist darauf zu achten, dass diese in der korrekten Spalte verzeichnet werden.

Pflegeanamnese / Pflegeplan (mittel- bzw. langfristige Umsetzung)

Die Dokumentationselemente Pflegeanamnese und Pflegeplanung sind gesetzlich gefordert, jedoch auf der Station nicht vorhanden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, ein System zu entwickeln und einzuführen, das an die Bedürfnisse der Station für die Erhebung angepasst ist.

Pflegebericht (kurzfristige Umsetzung)

Die fortlaufende Führung des Pflegeberichts ist zwingend notwendig.

Die Eintragungshäufigkeit ist für die Station in Absprache mit der Pflegedienstleitung festzulegen.

Solange auf der Station Pflegeanamnese und Pflegeplan nicht vollständig umgesetzt sind, ist ein Eintrag pro Schicht vorzunehmen.

Die Berichtseinträge sind zeitnah auszuführen. Bei Patientenaufnahmen muss ein Ersteintrag am Aufnahmetag in der Schicht erfolgen, während derer der Patient aufgenommen wird.

Die Angabe des Datums und des Handzeichens erfolgt weiter wie bisher.

Bei den Einträgen ist jetzt schon zu beachten, dass die eintragende Schicht angegeben wird. Alternativ kann von jeder Schicht eine spezifische Farbe benutzt werden. Werden mehrere Einträge in einer Schicht vorgenommen, ist die Uhrzeit zu notieren.

Interne Patientenübernahme (mittel- bis langfristige Umsetzung)

Es wird empfohlen, ein Formular für den Pflegeverlegungsbericht (intern / extern) einzuführen, um die pflegerische Betreuung zu optimieren und Informationsverluste zu vermeiden.

Wertsachen (kurzfristige Umsetzung)

Zur rechtlichen Absicherung der Musterstation wird die Einführung eines Wertsachenprotokolls empfohlen. Schadensersatzansprüche sollen damit vermieden werden.

Alle Wertsachen des Patienten sollten bereits bei Aufnahme oder bei einer hausinternen Verlegung erfasst und dokumentiert werden. Gleiches gilt für die Ausgabe der Wertsachen bei der Entlassung.

Ein zentraler oder stationsinterner sicherer Aufbewahrungsort für Wertsachen sollte eingerichtet werden.

Der Umgang mit Wertsachen sollte in einer Dienstanweisung festgelegt werden.

Handzeichen Ärzte und Pflege (kurzfristige Umsetzung)

Alle Anordnungen sollten mit dem Datum versehen und per Handzeichen abgezeichnet werden.

Sammelanordnungen (kurzfristige Umsetzung)

Sammelanordnungen sind nach Aussage des MDK nicht unzulässig. Voraussetzung ist jedoch, dass das Handzeichen eindeutig der Anordnung zugeordnet werden kann. Dennoch sollte angestrebt werden, jede ärztliche Anordnung einzeln abzuzeichnen und Sammelanordnungen zu minimieren. Grund hierfür ist, dass ein ärztliches Handzeichen für eine Sammelanordnung dazu führt, dass die Pflegekraft ebenfalls die gesamte Sammelanordnung abzeichnet. In der Regel wird die Sammelanordnung jedoch nur in Teilen bearbeitet, so dass letztlich nicht nachvollziehbar ist, welche Anordnungen bereits umgesetzt wurden und welche nicht.

Zudem sehen die meisten Dokumentationssysteme pro Anordnung ein dazugehöriges Handzeichen vor, bieten jedoch keine Möglichkeit, Sammelanordnungen abzuzeichnen.

Werden dennoch Sammelanordnungen verwendet, erscheint eine thematische Aufteilung der Anordnungen sinnvoll. Bisher wurden in einer Sammelanordnung beispielsweise Laboruntersuchungen mit den Anordnungen zur Kost vermischt. Dieses Vorgehen sollte vermieden werden und zwei Sammelanordnungen ausgestellt werden, in denen sich thematisch zusammengehörende Einzelanordnungen wieder finden.

Bezüglich der Abzeichnung der ärztlichen Anordnungen sollten von der Krankenhausleitung Regeln in Form einer Dienstanweisung festgelegt werden.

Erarbeitung von Routine-Laborpaketen (langfristige Umsetzung)

Die häufige Anordnung einzelner Blutwerte geht mit einem erhöhten Schreibaufwand einher. Dieser könnte durch Erarbeitung und Anwendung von Routine-Laborpaketen vermieden werden.

Die Routine-Laborpakete sollten in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern des Labors entwickelt werden. Nur so können einerseits die individuellen Bedürfnisse der Station berücksichtigt werden und andererseits Pakete entwickelt werden, die von allen Stationen genutzt werden können.

Befunde (kurzfristige Umsetzung)

Die doppelte Dokumentation der Laborbefunde kann vermieden werden, indem nur ein System benutzt wird: Auf der Musterstation werden die Befunde sowohl auf dem Überwachungsbogen als auch in der Patientenakte notiert.

Bei Röntgenbefunden könnte der Befund ohne vorheriges Ausschneiden des Befundtextes abgeheftet werden. Soll das Anforderungsformular ebenfalls aufbewahrt werden, so kann es dahinter geheftet werden.

B) Nebeninformationsträger

Nicht notwendige Informationsträger (mittelfristige Umsetzung)

Folgende Nebeninformationsträger könnten ersatzlos entfallen:

- Blutzuckerbuch
- Ernährungsprotokoll
- Kostplan
- Pflegeprotokoll
- Trinkprotokoll
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Die entsprechenden Informationen könnten direkt in der Pflegedokumentation erfasst werden.

Pflege- und Trinkprotokoll (mittelfristige Umsetzung)

Auf dem Formular fehlen die Felder Patientennamen und Geburtsdatum. Bisher wird ein selbst erstelltes Formular genutzt, obwohl in den Originalformularen (Firma XY) bereits Eintragsfelder für die entsprechenden Informationen vorgesehen sind. Sofern die Mitarbeiter Vorbehalte gegenüber den Originalformularen haben, können diese in Absprache mit dem Hersteller an die Bedürfnisse angepasst werden.

Medikamentenpläne (kurzfristige Umsetzung)

Alle Planungsinstrumente für die medikamentöse Therapie können ersatzlos entfallen. Dazu gehören:

- Infusionsplan
- Medikationsplan i. v.
- Medikationsplan s. c.
- Medikationsplan Tabletten und Tropfen

Grund: Alle angeordneten Medikamente sind bereits in der Patientenakte dokumentiert und können ihr entnommen werden. Durch diese Vorgehensweise können Übertragungsfehler ausgeschlossen werden.

Planungsinstrument Magnettafel (kurzfristige Umsetzung)

Folgende Nebeninformationsträger können auf einer Magnettafel zusammengefasst werden:

- Kostplan
- Untersuchungsplan
- Wiegeplan
- Zimmerbelegungsplan

Planungsinstrument Magnettafel (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)

Die Informationen vom jetzigen Nüchternzettel und vom Frühstücksgruppenzettel können auf einer Magnettafel erfasst werden.

Telefonlisten (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)

Zurzeit sind verschiedene Telefonlisten im Einsatz. Diese sind zudem teilweise veraltet. Es empfiehlt sich, die Telefonlisten in einem Dokument zusammenzuführen und die Informationen zu aktualisieren.

Bücher zur Dokumentation (kurzfristige Umsetzung)

Der Bedarf an den zahlreich auf der Station vorhandenen Büchern sollte überprüft und ggf. deren Anzahl reduziert werden. Zurzeit werden folgende Bücher eingesetzt:

- Aufnahmebuch
- Besprechungsbuch
- Stations-Kalender
- Teambuch
- Terminbuch

Das Besprechungs- und Teambuch könnten zusammengefasst werden.

Der Kalender ist auf jeder Etage vorhanden und dient zurzeit ausschließlich zur Markierung der Bestelltage. In Zukunft könnten in diesem auch alle Aufnahmen und Entlassungen notiert werden, so dass das Aufnahmebuch entfallen würde. Zudem könnten im Kalender die im Terminbuch notierten Gesprächstermine zwischen Arzt und Angehörigen eingetragen werden. Damit würde auch das Terminbuch entfallen.

Informationszettel (kurzfristige Umsetzung)

Die Flut an Informationszetteln ist zu überprüfen und zu minimieren. Günstig wäre ein Ordner pro Etage, in dem relevante Informationszettel chronologisch abgeheftet werden. Die Informationen sind im Ordner von jedem Mitarbeiter einzusehen, und ggf. kann eine Handzeichenliste zum Abzeichnen nach Kenntnisnahme die Verbindlichkeit für Mitarbeiter erhöhen.

Vorbereitung der Medikamente (kurzfristige Umsetzung)

Die empfohlene Reduzierung der Nebeninformationsträger, insbesondere der Verzicht auf sämtliche Medikamentenpläne, könnte mit einer Optimierung der Medikamenten-Vorbereitung verbunden werden. In diesem Zusammenhang werden folgende Vorschläge unterbreitet:

Das Stellen der i. v.-Medikamente für zwei Schichten im Voraus und die Beschriftung der Arbeitsplatte mit Pflaster sollte eingestellt werden. Das bisherige Vorgehen verursacht einen unnötigen

Arbeitsaufwand und Fehlerquellen. Ebenso birgt es Verletzungsgefahren.

Vorschlag 1:

Die für den Patienten zuständige Pflegekraft oder der verabreichende Arzt könnten die angeordneten Ampullen direkt dem Medikamentenschrank entnehmen und diese vor der Verabreichung aufziehen.

Vorschlag 2:

Die während der Schicht zu verabreichenden Medikamente könnten in der Originalverpackung aus dem Schrank genommen und bereitgestellt werden.

Vorbereitung von i. v.-Medikamenten (kurzfristige Umsetzung)

Wenn i. v.-Medikamente nicht direkt nach dem Aufziehen verabreicht werden, müssen diese mit Patientennamen, Medikamentennamen, Dosierung, Datum und Uhrzeit beschriftet sein.

Die direkte Beschriftung der Spritze, nicht wie bisher der Papierhülle, ist aus rechtlichen Gründen unbedingt erforderlich.

Vorbereitung der s. c.-Medikamente (kurzfristige Umsetzung)

Das Stellen der s. c.-Medikamente im Voraus sollte eingestellt werden (unnötiger Arbeitsaufwand, Fehlerquelle). Die injizierende Pflegekraft kann die Fertigspritze vor der „Spritzenrunde“ direkt der Originalpackung entnehmen.

Vorbereitung der Infusionen (kurz- bis mittelfristige Umsetzung)

Infusionen sollten nicht mehr im Spät- und Nachtdienst für die Mitarbeiter des kommenden Frühdienstes vorbereitet werden.

Vorschlag 1:

Die Zubereitung kann im Frühdienst nach der Visite erfolgen. Die Folge wäre u. a. auch eine Kostenreduktion, da weniger Medikamente verworfen werden.

Vorschlag 2:

Wenn der Mitarbeiter des Nachtdienstes auch weiterhin die Infusionen vorbereiten soll, kann zukünftig das Anstechen der Infusionen und das Einspritzen von Zusätzen vom Frühdienst übernommen werden.

Vorbereitung oraler Medikamente (kurzfristige Umsetzung)

Die orale Medikation sollte ausschließlich nach der Pflegedokumentation (Überwachungsbogen) gestellt werden.

Bisher verwendete Nebeninformationsträger sollten aus Gründen der Sicherheit (falsche Übertragung von Informationen) entfallen.

Die bestehende Vielfalt der Formulare zur Dokumentation sollte zunächst innerhalb jeder Berufsgruppe geprüft werden. Bevor

Veränderungen vorgenommen werden, sollte eine zusätzliche Besprechung im multiprofessionellen Team erfolgen, um Akzeptanzproblemen vorzubeugen. Jede Berufsgruppe sollte sich äußern, welche Formblätter sie benötigt und Vorschläge zu ihrer Gestaltung machen. Anschließend können die Formulare der Dokumentation in Zusammenarbeit mit dem Hersteller überarbeitet, neu gestaltet, ggf. neu entwickelt und ungeeignete Formulare entfernt werden.

Die von der Pflege selbst erstellten Formblätter sollten nicht weiter verwendet werden, da die Einträge in den Originalformblättern vorgenommen werden können.

Die zur Dokumentation der Medikation verwendeten Nebeninformationsträger sollten abgeschafft werden. Um die Vielfalt der stationsrelevanten Informationen zu bündeln und zu kanalisieren, sind die Nebeninformationsträger nach festgelegten Kriterien zu überprüfen und zu minimieren. Dadurch können Informationsverluste nachhaltig reduziert werden.

Neu eingeführt werden sollten Informationsträger zur Wertsachendokumentation.

Eine umfassende Optimierung und Neuorganisation der gesamten Dokumentation auf der Musterstation ist aus Gründen des Leistungs- und Haftungsrechts dringend zu empfehlen. Um eine vollständige, zeitnahe, nachvollziehbare und kontinuierliche Dokumentation auf den richtigen Formblättern zu erreichen, sind berufsgruppenübergreifende Regelungen in Form von Dienstanweisungen, Verfahrensregeln, Standards u. ä. durch die Krankenhausleitung aufzustellen. Ebenso sollten entsprechende Pflichtfortbildungen berufsgruppenspezifisch und berufsgruppenübergreifend veranstaltet werden.

5. Materialien

In diesem Kapitel finden Sie die im Text dieses Moduls vorgestellten Materialien. Alle hier abgebildeten Materialien stehen zusätzlich in Form einer Excel-Datei zur Verfügung. Der Ablageort auf der CD-ROM wird im jeweiligen Abschnitt am rechten Seitenrand beschrieben und durch ein Diskettensymbol verdeutlicht.

Im ersten Abschnitt wird das verwendete Instrument abgebildet. Die dazugehörige Datei bietet Ihnen die Möglichkeit, das Instrument an Ihre Bedürfnisse anzupassen. Eine Beschreibung des Aufbaus und der Anwendung finden Sie im Kapitel "Datenerhebung".

Im zweiten Abschnitt finden Sie den Maßnahmenplan. Er beinhaltet eine beispielhafte Auswahl der geplanten Maßnahmen des Musterkrankenhauses. Der Maßnahmenplan steht als Word-Datei zur Verfügung.

Der dritte Abschnitt beinhaltet die Lehrfolien zum Modul. Sie dienen zur Schulung der teilnehmenden Mitarbeiter und vermitteln den Ablauf der Untersuchung des Moduls innerhalb der Stationsarbeit. Zunächst wird dafür kurz auf den Aufbau des Instruments eingegangen und im Anschluss erläutert, welche Aufgaben die beteiligten Personen übernehmen. Anhand eines Ergebnisses des Musterkrankenhauses wird erläutert, was mit den erhobenen Daten geschieht und wie diese Informationen in Maßnahmen umgesetzt werden. Die Lehrfolien stehen als PowerPoint-Datei zur Verfügung und können dadurch an die eigenen Bedürfnisse angepasst werden.

5.1. Instrument: Dokumentation

Protokoll Dokumentation				Datum:					
Patientenakte Nr.		Aufnahmetag		Aufnahmeschicht					
1. Planetteninhalt									
Stamtblatt	<input type="checkbox"/>	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	ggf. Bilanzierung	<input type="checkbox"/>				
Pflegeanamnese	<input type="checkbox"/>	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	ggf. Lagerung	<input type="checkbox"/>				
Pflegeplan	<input type="checkbox"/>	Überwachungsbogen	<input type="checkbox"/>	ggf. Sonstige	<input type="checkbox"/>				
				ggf. Anzahl Sonstige	<input type="checkbox"/>				
2. Pflegeanamnese			3. Pflegeplan						
Vorhanden	<input type="checkbox"/>	Vorhanden	<input type="checkbox"/>						
Unterschrift	<input type="checkbox"/>								
Vollständig	<input type="checkbox"/>								
4. Handzeichen									
	Arzt			Pflege					
Nr.	EA	SA	Anz. SA	SOLL	IST	AV	SOLL	IST	PV
1									
2									
3									
4									
5									
Σ									
5. Berichteinträge Pflege									
Nr.	Datum / Schicht			Vorhanden					
1				<input type="checkbox"/>					
2				<input type="checkbox"/>					
3				<input type="checkbox"/>					
4				<input type="checkbox"/>					
5				<input type="checkbox"/>					
	Σ SOLL			Σ IST			Fortlaufend		
Bemerkungen									



Modul-I >
I-FB.xls

Abbildung I-21: Protokoll Dokumentation

5.2. Instrument: Formblätter

Protokoll Formblätter

Name des Formblatts:

Bemerkungen:
(z.B. Hersteller, Bestell-Nr., Nicht-Benutzung des Formblatts oder einzelner Felder)



Modul-I >
I-FB.xls

Abbildung I-22: Protokoll Formblätter

5.4. Maßnahmenplan

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Überarbeitung und Neugestaltung des Formularsatzes.		X		X
2. Prüfung und Anpassung der Hardware mit dem Ziel, die Patientenakte jeweils im Arbeitsablauf mitzuführen, um die notwendigen Einträge direkt durchzuführen. Dieses schließt eine entsprechende organisatorische Anpassung der Arbeitsabläufe ein.		X		X
3. Erstellung eines Musterhandbuchs zur Führung der Dokumentation.		X		X
4. Herausgabe einer Dienstanweisung der Krankenhausleitung zur Führung der Dokumentation.	X			X
5. Absicherung der vollständigen Ausfüllung der Formulare und Formulköpfe durch alle Berufsgruppen.	X			X
6. Anweisung zur kontinuierlichen Berichterstattung Pflege mit einem Eintrag pro Schicht.		X		X
7. Anweisung zur Handhabung von Handzeichen ärztlich / pflegerisch, Aktualisierung und Vervollständigung der Handzeichenliste.	X			X
8. Neuregelung über das Treffen von „Sammelanordnungen“ Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
9. Erarbeitung von Laborroutinen um die Häufigkeiten der Einzelanordnungen und den damit verbundenen administrativen Aufwand abzusenken. Querabsprache Labor / Ärzte / Pflege		X		
10. Erarbeitung und Einführung eines Pflegeüberleitungsbogens intern / intern bzw. intern / extern.		X		X
11. Abschaffung der entbehrlichen Nebeninformationsträger und Umstellung der zugehörigen Arbeitsgänge.	X (z.T.)	X (z.T.)		X
12. Abschaffung der Medikationspläne für orale Medikation, Änderung des Arbeitsgangs „stellen und verteilen der Medikation“.	X			X
13. Beschaffung geeigneter Stellteabts für orale Medikation.	X			X
14. Abschaffung des bisherigen Verfahrens zur Vorbereitung von i. v. Medikationen und Infusionen und Änderung des Arbeitsgangs.	X			

Abbildung I-24: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 1/3



Modul-I >
I-Massnahmenplan.doc

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
15. Beschaffung geeigneter Stolltablets für i. v. Medikation.	X			X
16. Abschaffung des bisherigen Verfahrens zur Vorbereitung von s. c. und i. m. Injektionen, Änderung des Arbeitsgangs.	X			
17. Beschaffung geeigneter Stolltablets für s. c. und i. m. Medikation.	X			X
18. Beschaffung einer Magnettafel pro Ebene, welche die optische Darstellung von Zimmerbelegungsplan, Kostplan, Wiegeplan, Untersuchungsplan u. a. erlaubt.	X			X
19. Zusammenführung von Besprechungsbuch und Teambuch.	X			
20. Nutzung des Kalenders für den Vermerk von Bestellungen, geplanten Untersuchungen, geplanten Aufnahmen und Entlassungen, Gesprächsterminen etc., Wegfall der entsprechenden Bücher und Pläne.	X			
21. Einführung eines „Stationsinformationsordners“ in den chronologisch die relevanten schriftlichen Informationen abgelegt werden. Wegfall der „Informationszettel“ an Wänden, auf Schreibtischen etc.	X			X
22. Herausgabe einer Dienstweisung der Krankenhausleitung über Aufbewahrung, Nutzung und Kenntnisnahme eines solchen Informationsordners.	X			X
23. Wegfall der doppelten Dokumentation der Laborbefunde, Einigung auf einen Dokumentationsort. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
24. Änderung des Verfahrens bei der Ablage der Röntgenbefunde. Es wird nur der vollständige Befund abgelegt, das Anforderungsformular wird verworfen.	X			X
25. Herausgabe einer Hygieneanweisung der Krankenhausleitung über zulässige Zeiträume bei der Bereitstellung gemischter oder angestrichener i. v. Medikationen sowie Infusionen und Perfusoren. Diese Anweisung muß auch die Kennzeichnungspflichten festlegen.	X			X
26. Haftungssichere Verfahrensregelung der Krankenhausleitung über den Umgang mit Geld und Wertsachen der Patienten.	X			X
27. Herausgabe einer entsprechenden Dienstweisung der Krankenhausleitung und Erstellung eines adäquaten Dokumentationsformulars.	X			X

Abbildung I-25: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 2/3

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
B) inhaltliche Maßnahmen				
28. Schulung des Pflegepersonals im Pflegeprozeß.		X		X
29. Einführung der Pflegeplanung auf der Grundlage eines Pflegemodells nach Krohwinkel.		X	X	X
30. Schulung des Pflegepersonals in der Nutzung pflegerischer Assessments (Barthel-Index, Norton-Skala etc.) und aktueller pflegerischer Interventionen (Kinästhetik, Basale Stimulation).		X	X	X
31. Ggf. punktuelle Hospitation Pflegenden in anderen Einrichtungen.		X	X	
32. Berufsgruppenübergreifende Schulung und Information zur Umsetzung eines geriatrischen Behandlungs- und Pflegekonzepts.		X	X	
33. Bereitstellung aktueller pflegerischer Informationen durch Stationsabonnement von ein bis zwei pflegerischen Fachzeitschriften.		X	X	
34. Schulung des Pflegepersonals in Arbeits- und Zeitorganisation.	X			X
35. Einrichtung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels zur Arbeitsablauforganisation.		X	X	X
36. Einrichtung eines berufsgruppenübergreifenden Qualitätszirkels zur Umsetzung des geriatrischen Behandlungs- und Pflegekonzepts.		X	X	

Abbildung I-26: Maßnahmenplan Dokumentation – Teil 1/3

5.5. Lehrfolien

Modul I

Kernprozess Dokumentation

I. Kernprozess: Dokumentation

1. Ziel

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

1. Ermittlung des Nutzungsgrades der Dokumentation.
2. Ermittlung der Vollständigkeit der Dokumentation.
3. Ermittlung der vorhandenen Formblätter und Nebeninformationsträger.

I. Kernprozess: Dokumentation

Teilbereiche der Untersuchung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

- ① Medizinisch-pflegerische Dokumentation
- ② Formblätter
- ③ Nebeninformationsträger

I. Kernprozess: Dokumentation

2. Methodik

①

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
 - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Dokumentation

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

1. Bereich des Protokolls: Planetteninhalt

1. Planetteninhalt					
Stammblatt	<input type="checkbox"/>	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	ggf. Bilanzierung	<input type="checkbox"/>
Pflegeanamnese	<input type="checkbox"/>	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	ggf. Lagerung	<input type="checkbox"/>
Pflegeplan	<input type="checkbox"/>	Überwachungsbogen	<input type="checkbox"/>	ggf. Sonstige	<input type="checkbox"/>
				ggf. Anzahl Sonstige	<input type="checkbox"/>

- Es wird geprüft, ob das jeweilige Dokument vorhanden ist.
 - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
- Es wird nicht geprüft, ob es ausgefüllt ist!

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

2. Bereich des Protokolls: Pflegeanamnese/-plan

2. Pflegeanamnese		3. Pflegeplan	
Vorhanden	<input type="checkbox"/>	Vorhanden	<input type="checkbox"/>
Unterschrift	<input type="checkbox"/>		
Vollständig	<input type="checkbox"/>		

- Es wird geprüft, ob die Pflegeanamnese ausgefüllt bzw. das Handzeichen vorhanden ist.
 - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
 - Vollständig = 1, wenn Pflegeanamnese **und** Handzeichen vorhanden sind.
- Es wird geprüft, ob der Pflegeplan ausgefüllt ist.
 - 1 = Ja, Dokument vorhanden | 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

3. Bereich des Protokolls: Handzeichen

- Es werden die letzten fünf Anordnungen pro Patientenakte auf ihre Art hin überprüft.
 - EA = 1, wenn Einzelanordnung
 - SA = 1, wenn Sammelanordnung
 - Anz. SA = Anzahl der einzelnen Anordnungen innerhalb der Sammelanordnung

4. Handzeichen			
Nr.	EA	SA	Anz. SA
1			
2			
3			
4			
5			
Σ			

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

3. Bereich des Protokolls: Handzeichen

- Es wird die Anzahl der SOLL-IST Handzeichen verglichen.
 - Arzt SOLL = Anzahl der notwendigen Handzeichen
 - Arzt IST = Anzahl der vorhandenen Handzeichen
 - Arzt AV = 1, wenn alle notwendigen Handzeichen vorhanden sind (SOLL = IST)
- Gleiches Vorgehen bei den pflegerischen Handzeichen.

Arzt			Pflegerische		
SOLL	IST	AV	SOLL	IST	PV

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

①

4. Bereich des Protokolls: Pflegebericht

5. Berichteinträge Pflege			
Nr.	Datum / Schicht	Vorhanden	
1			
2			
3			
4			
5			
Σ SOLL		Σ IST	Fortlaufend

- Es wird geprüft, ob die letzten fünf Pflegeberichte pro Patientenakte vorhanden sind.
 - Vorhanden = 1, wenn vorhanden oder 0, wenn nicht vorhanden
 - Fortlaufend = 1, wenn alle fünf Pflegeberichte vorhanden sind

I. Kernprozess: Dokumentation

4. Auswertung

①

Ablauf der Auswertung:

1. Übertrag der Werte in die Excel-Tabelle
2. Auswertung der Diagramme
(Beispiel auf nächster Folie)

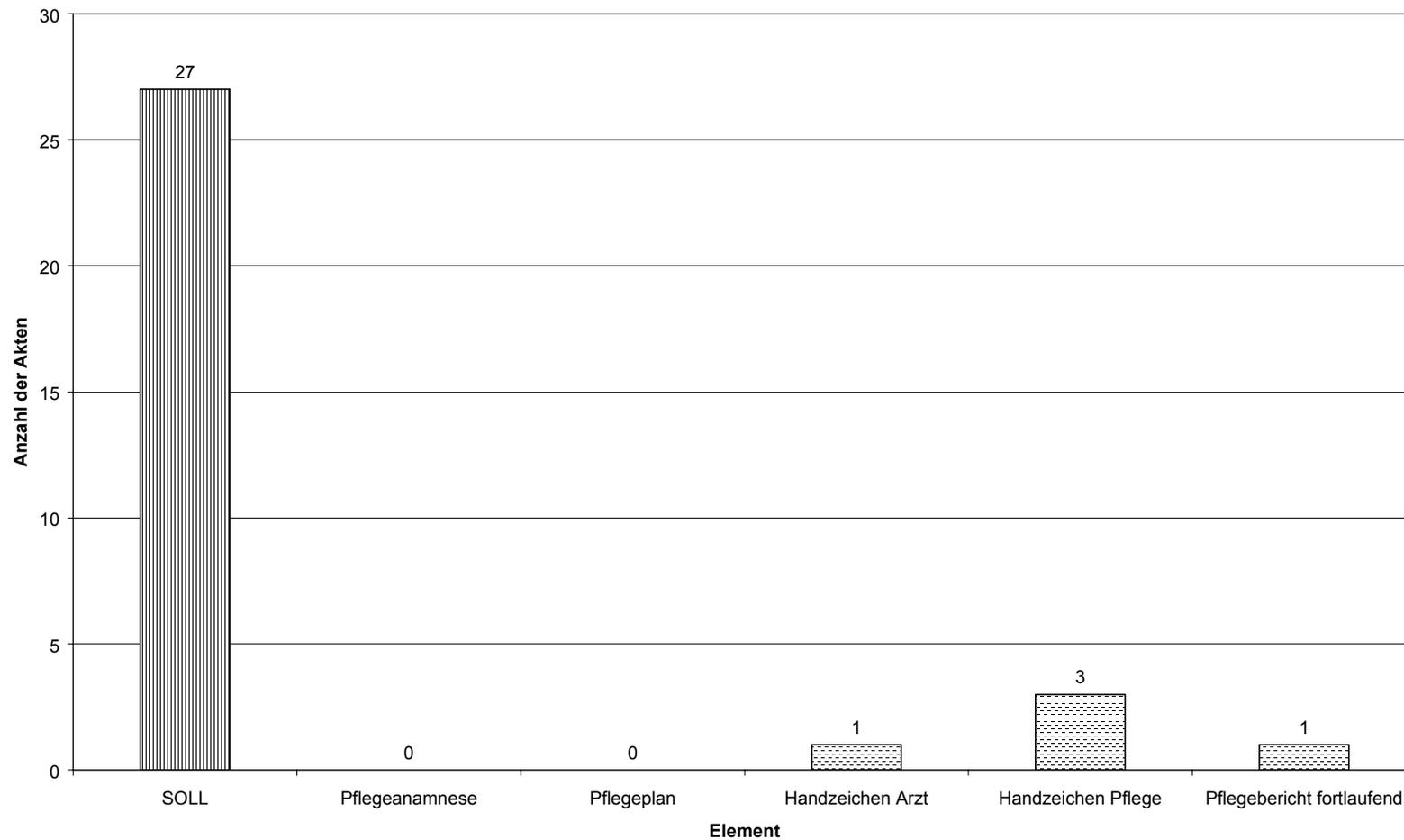
I. Kernprozess: Dokumentation

5. Auswertung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Vollständigkeit der Akten - GESAMT

1



I. Kernprozess: Dokumentation

6. Ergebnisse

①

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Während der Auswertung zweier Patienten viel auf, dass ein erheblicher Zeitunterschied zwischen dem Tag der Aufnahme und dem ersten Eintrag im Pflegebericht auftritt.

Patient 1: Der Patient wird am 22. März aufgenommen. Am 26. März (nach fünf Tagen) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

Patient 2: Der Patient wird am 26. März aufgenommen. Am 30. März (nach fünf Tagen) wird erstmals ein Eintrag in den Pflegebericht vorgenommen.

I. Kernprozess: Dokumentation

2. Methodik

②

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
 - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Formblätter

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

- Zunächst wird der offizielle Name des Formblatts erfasst.
- Anschließend werden Besonderheiten notiert.

Protokoll Formblätter

Name des Formblatts:
Bemerkungen: (z.B. Hersteller, Bestell-Nr., Nicht-Benutzung des Formblatts oder einzelner Felder)

②

I. Kernprozess: Dokumentation

4. Auswertung

②

Ablauf der Auswertung:

1. Erstellen einer Liste aller Formblätter mit Namen und ggf. Bestellnummer
2. Erstellen einer Liste aller Formblätter, geordnet nach „täglich benutzt“ und „selten benutzt“
3. Erstellen einer Liste aller Formblätter, deren Eintragsfelder sich mit anderen Formblättern doppeln.

I. Kernprozess: Dokumentation

6. Ergebnisse

②

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Laborbefunde werden doppelt dokumentiert. Sie werden in den Überwachungsbogen eingeklebt und zusätzlich in der Stammakte des Patienten (Hängeregistratur) abgeheftet.

Wertsachen des Patienten werden auf der Musterstation zu keinem Zeitpunkt erfasst. Dies gilt sowohl für die Patientenaufnahme als auch für die Patientenentlassung. Auch bei einer hausinternen Verlegung wird auf die Dokumentation der Wertsachen verzichtet.

I. Kernprozess: Dokumentation

2. Methodik

③

Methode:

- Dokumentenanalyse in Form einer Fremdaufschreibung
 - Eine externe Person führt die Untersuchung durch

Instrument:

- Protokoll Nebeninformationsträger

I. Kernprozess: Dokumentation

3. Aufbau und Anwendung des Instruments

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

- Es wird geprüft, ob das jeweilige Dokument vorhanden ist.
 - 1 = Ja, Dokument vorhanden
 - 0 = Nein, Dokument nicht vorhanden
- Zusätzliche Dokumente werden in die Leerfelder eingetragen
- Besonderheiten können am Seitenende eingetragen werden

Protokoll Nebeninformationsträger		Datum:
1	Infusionsplan	16
2	Medikationsplan	17
3	Betäubungsmittelbuch	18
4	Untersuchungsplan	19
5	Wertsachenbuch	20
6	Insulinplan	21
7	Aufnahmebuch	22
8	Übergabebuch	23
9	Blutsenkungsbuch	24
10	Blutzuckerbuch	25
11		26
12		27
13		28
14		29
15		30
Bemerkungen		

③

I. Kernprozess: Dokumentation

4. Auswertung

③

Ablauf der Auswertung:

1. Erstellen einer Liste aller Nebeninformationsträger
2. Suche nach Besonderheiten

I. Kernprozess: Dokumentation

6. Ergebnisse

③

Die Ergebnisse der Auswertung werden in beschreibender Form zusammengefasst.
Ein Beispiel:

Auf der Musterstation befinden sich 30 verschiedene Informationszettel; vorwiegend an Wänden, Schranktüren, Schrankinnentüren und Pinnwänden. Die Zettel enthalten z. B. Informationen über Essenbestellung, Untersuchungen, Prämedikation, Spritzenbeschriftung, Medikamentennamenänderung und Laboruntersuchungen.

I. Kernprozess: Dokumentation

7. Maßnahmenplanung

gefördert durch: Robert Bosch Stiftung / Transfer-Project

Die Ergebnisse werden den Mitarbeitern präsentiert und zur Diskussion gestellt. Daraus wird ein Maßnahmenplan gebildet. Ein Beispiel:

①

②

③

Maßnahmen „Dokumentation“	kurzfristig	mittelfristig	langfristig	Gesamt KH
A) organisatorische Maßnahmen				
1. Überarbeitung und Neugestaltung des Formularsatzes.		X		X
2. Prüfung und Anpassung der Hardware mit dem Ziel, die Patientenakte jeweils im Arbeitsablauf mitzuführen, um die notwendigen Einträge direkt durchzuführen. Dieses schließt eine entsprechende organisatorische Anpassung der Arbeitsabläufe ein.		X		X
3. Erstellung eines Musterhandbuchs zur Führung der Dokumentation.		X		X
4. Herausgabe einer Dienstanweisung der Krankenhausleitung zur Führung der Dokumentation.	X			X
5. Absicherung der vollständigen Ausfüllung der Formulare und Formulköpfe durch alle Berufsgruppen.	X			X
6. Anweisung zur kontinuierlichen Berichtführung Pflege mit einem Eintrag pro Schicht.		X		X
7. Anweisung zur Handhabung von Handzeichen ärztlich / pflegerisch, Aktualisierung und Vervollständigung der Handzeichenliste.	X			X
8. Neuregelung über das Treffen von „Sammelanordnungen“. Querabsprache Ärzte / Pflege	X			
9. Erarbeitung von Laborroutinen um die Häufigkeiten der Einzelanordnungen und den damit verbundenen administrativen Aufwand abzusenken. Querabsprache Labor / Ärzte / Pflege		X		
10. Erarbeitung und Einführung eines Pflegeüberleitungsbogens intern / intern bzw. intern / extern.		X		X

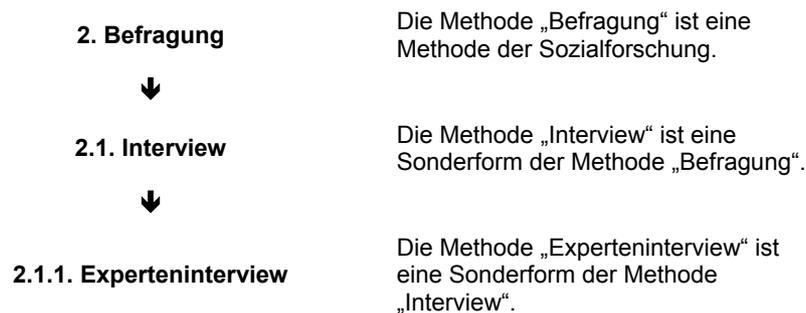
Hintergrundwissen

J. Erhebungsmethoden

In diesem Modul werden die in den Kernprozessen verwendeten Erhebungsmethoden kurz vorgestellt. Das Modul versteht sich dabei als Erinnerungshilfe. Es ersetzt jedoch in keinem Fall die Lehrbücher zur qualitativen und quantitativen Sozialforschung.

Die einzelnen Kapitel sind hierarchisch vom Allgemeinen zum Speziellen aufgebaut.

Ein Beispiel:



In jedem Abschnitt findet sich zu Beginn ein einleitender Text. Neben einer kurzen Vorstellung der Methode werden im Musterkrankenhaus aufgetretene Besonderheiten bezüglich der Methode beschrieben. Im Anschluss daran wird aufgezeigt, in welchen Kernprozessen die Methode verwendet wird. In einer stichpunktartigen Liste wird anschließend beschrieben, an welche Besonderheiten in der Vorbereitung zu denken ist. Um Dopplungen zu vermeiden, wird Methodenwissen aus übergeordneten Methoden unter dem Titel „Grundlagenwissen“ verwiesen und nicht noch einmal aufgeführt.

1. Beobachtung

1.1. Teilnehmende Beobachtung

Die teilnehmende Beobachtung ist eine basale empirische Methode der Sozialwissenschaft, die sich mit der Erforschung und dem Verstehen sozialen Handelns beschäftigt. Der Beobachter nimmt dabei am Alltagsleben des Stationsteams teil. Im Gegensatz zu anderen Erhebungsmethoden, z. B. der Befragung per Fragebogen, dient die teilnehmende Beobachtung der Generierung von Erkenntnissen und nicht der Überprüfung vorgefertigter Konstrukte oder Meinungen.

Die Methode verspricht einen hohen Erkenntnisgewinn. Voraussetzung hierfür ist, dass der Beobachter einerseits eine Empathie mit dem Beobachtungsgegenstand entwickelt und andererseits eine ausreichende Distanz zu diesem aufbaut.



Lamnek
(1995:239-317)

Ein weiterer Vorteil der Methode besteht darin, soziales Verhalten zum Zeitpunkt seiner Entstehung – also unmittelbar – wahrnehmen und festhalten zu können. Bei der Verwendung anderer Methoden, z. B. einer Befragung, ist man hingegen immer auf die Auskunftsbereitschaft und die Erinnerungsfähigkeit des Befragten angewiesen. Ein Informationsverlust oder eine Verfälschung der Information kann dann nicht ausgeschlossen werden.

Die teilnehmende Beobachtung als wissenschaftliche Methode unterscheidet sich zu einer Alltagsbeobachtung, da die Beobachtung systematisch geplant, die Ergebnisse aufgezeichnet und schließlich analysiert werden.

Als Verfahrensweise wird die systematische, unstandardisierte Teilnahme und Beobachtung empfohlen. In der Regel treten Forscher und Beobachter in Personalunion – also in einer Person – auf. Werden mehrere Beobachter eingesetzt, kann die Tendenz subjektiv gefärbter Ergebnisse weiter verringert werden.

| Form der Beobachtung

Grundsätzlich dient die Beobachtung der Entwicklung und nicht der Prüfung von Theorien. Deshalb ist es auch nicht notwendig im Voraus ein Beobachtungsschema festzulegen. Vielmehr soll sich dieses im Untersuchungsfeld entwickeln. Bereits während der Beobachtungsphase tauschen daher die Beobachter in Supervisions-Sitzungen ihre Erfahrungen untereinander aus, um sukzessive methodische Verbesserungen zu erzielen.

Die Beobachtung erfolgt offen, das heißt, den beobachteten Mitarbeitern ist bekannt, dass sie beobachtet werden und zu welchem Zweck dies geschieht. Die offene Beobachtung lässt eine direkte Aufzeichnung zu, wodurch eine größere Sicherheit in Bezug auf die Richtigkeit und die Vollständigkeit der Beobachtungsprotokolle ermöglicht wird. Die Beobachtungsprotokolle können im Anschluss an die einzelnen Beobachtungssequenzen zusätzlich durch Gedächtnisnotizen ergänzt werden.

Im Rahmen dieser Publikation nimmt der Beobachter die Rolle eines „Beobachters als Teilnehmer“ ein. Die Beobachterfunktion steht dabei klar im Vordergrund. Die Teilnehmerfunktion und damit die Integration in das soziale Geschehen bleibt zweitrangig.

| Rolle des Beobachters



Lamnek
(1995:265)

Diese Rolle beinhaltet als Besonderheit, dass der Beobachter nicht mit den Personen interagiert, obwohl er anwesend ist. Dennoch ist unbestritten, dass schon durch die Anwesenheit des Beobachters das entsprechende Untersuchungsfeld beeinflusst wird. Die Beobachterrolle ermöglicht eine geringere Identifikation mit der beobachteten Gruppe und eine größere Distanz zum Geschehen. Im Unterschied zu einer emotionalen Betrachtungsweise wird dadurch eine kognitive Betrachtungsweise ermöglicht. Gleichzeitig erschwert die geringere

Identifikation mit dem Umfeld dem Beobachter das Verstehen des sozialen Feldes.

Im Rahmen der Datenerhebung der einzelnen Kernprozesse wird die teilnehmende Beobachtung als ergänzende Erhebungsmethode eingesetzt. Ziel ist es, zusätzliche Informationen zu gewinnen, die durch die mündlichen und schriftlichen Befragungen nicht erfasst werden sowie die Gültigkeit der erhobenen Daten zu sichern.

Möglichkeiten
und Grenzen

Dabei ist zu beachten, dass die teilnehmende Beobachtung lediglich Ausschnitte der Realität erfassen kann und die Beobachtung zeitlich und örtlich begrenzt erfolgt. Zudem ist eine Begrenzung durch die Reichweite der Sinnesorgane des Beobachters gegeben.

Die Untersuchung im Musterkrankenhaus zeigte, dass der Einsatz der teilnehmenden Beobachtung wesentlich zur Anreicherung der Ergebnisse beigetragen hat.

Erfahrungen im
Musterkrankenhaus

Ein Beispiel:

Zwar konnten mit Hilfe der durch die Mitarbeiter ausgefüllten Protokolle zur Tätigkeitserhebung die Häufigkeiten einzelner Tätigkeiten und deren zeitliche Zuordnung ermittelt werden. Deren Hintergründe und Ursachen wurden aber erst durch die teilnehmende Beobachtung aufgedeckt.

Da sich die Musterstation über zwei Etagen erstreckte, wurde pro Etage je ein Beobachter eingesetzt. Zu Beginn der Untersuchung war beabsichtigt, alle auf der Station tätigen Berufsgruppen zu beobachten. Die Umsetzung dieses Vorhabens erwies sich jedoch als schwierig, da nicht gleichzeitig alle Bereiche der Station vom Beobachter eingesehen werden konnten. Dies betraf insbesondere die therapeutischen Berufsgruppen, da diese vorwiegend in Patientenzimmern oder in Therapieräumen tätig waren, während sich der Beobachter, um die Gesamtsituation beurteilen zu können, hauptsächlich in zentraler Position auf dem Stationsflur aufhielt. Aus diesem Grund konzentrieren sich die Ergebnisse auf die Berufsgruppen des pflegerischen und ärztlichen Dienstes.

Der Beobachtungszeitraum betrug im Musterkrankenhaus sechs Schichten. Dieser Zeitraum reichte aus, um einen umfassenden Einblick in die Organisations- und Ablaufstrukturen der Musterstation zu erhalten.

Als Arbeitsinstrument wurde ein offenes Protokoll verwendet. Das heißt, es wurde auf festgelegte Fragestellungen im Protokoll verzichtet. Lediglich aus statistischen Zwecken wurden von den Beobachtern noch folgende Werte erfasst:

- Das Datum der Beobachtung.
- Die Schicht, in der die teilnehmende Beobachtung stattfindet.
- Die Anzahl der Patienten am Beobachtungstag.

- ob arbeitsorganisatorische Absprachen innerhalb der Berufsgruppe der Pflege sowie zwischen Pflegekräften und anderen Berufsgruppen stattfinden,
- welche Faktoren zu Unterbrechungen begonnener Arbeitsgänge der Pflegekräfte führen,
- ob und wie zur Verfügung stehende Hilfsmittel, wie z. B. der Wäschewagen oder der Visitenwagen, bei der Arbeitsgestaltung einbezogen werden,
- wie die tägliche ärztliche Visite organisiert und durchgeführt wird, sowie welchen Arbeitsaufwand ihre Vor- und Nachbereitung erfordert,
- wie die Kommunikation zwischen allen an der Betreuung beteiligten Berufsgruppen sowie mit Patienten und Angehörigen erfolgt,
- nach welchem System die Arbeitsorganisation vorgenommen wird,
- wie und wann Lieferungen eintreffen, wer die Lieferungen auf die Station befördert und welcher Aufwand mit ihrer Bearbeitung verbunden ist.

Die Aufzeichnungen zu diesen oder anderen Beobachtungen werden an jedem Untersuchungstag fortlaufend im Protokoll notiert. Für die Form der Aufzeichnungen gibt es keine Vorgaben. Sie kann in Sätzen oder Stichpunkten, mit oder ohne Abkürzungen oder auf andere Art erfolgen. Entscheidend ist, dass der Beobachter inhaltliche Zusammenhänge so dokumentiert, dass er sie zu einem späteren Zeitpunkt noch vollständig nachvollziehen kann. Ebenso kann das Protokoll im direkten Anschluss an eine Beobachtungssequenz mit Gedächtnisnotizen ergänzt werden.

Durch die Verwendung eines offenen Protokolls wird zunächst eine Fülle an Informationen fixiert, die bei der späteren Datenauswertung selektiert werden können. Die Beobachtungsergebnisse ergänzen und untermauern die anderen Untersuchungsergebnisse. So ist z. B. nicht nur eine zahlenmäßige Aussage über die bei der Selbstaufschreibung erfassten Tätigkeiten möglich. Vielmehr können durch die teilnehmende Beobachtung diese Tätigkeiten auch inhaltlich beschrieben werden.

Neben der teilnehmenden Beobachtung übernehmen die Beobachter im Musterkrankenhaus auch die Kontrolle des Ausfüllens der Tätigkeitsprotokolle durch die Mitarbeiter sowie das Klären von Verständnisschwierigkeiten.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul A – Kernprozess: Stationsprofil • Modul B – Kernprozess: Mitarbeiterbefragung • Modul C – Kernprozess: Bestell- und Lieferwesen • Modul D: Wege • Modul E: Telefonate • Modul F: Anordnungen • Modul G: Tätigkeiten Pflege • Modul H: Dienstübergabe • Modul I: Dokumentation
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Formen der Beobachtung. • Bedingungen und Voraussetzungen der teilnehmenden Beobachtung. • Rolle des Beobachters. Mit der Rolle werden auch die Aufgaben des Beobachters festgelegt. • Besondere Verhaltensregeln eines Beobachters. • Regeln der Aufzeichnung der Beobachtungen. • Besonderheiten der Auswertung von Beobachtungsdaten.

1.2. Selbstbeobachtung

Die Selbstbeobachtung wird im Rahmen der Selbstaufschreibung als Methode verwendet. Im Gegensatz zur teilnehmenden Beobachtung wird hier der Akteur – also der Mitarbeiter der Station – zum eigenen Beobachter. Ziel ist es, das eigene Handeln zu erfassen.



Bortz, Döring
(2002:324)

Als Beobachtungsvorgabe erhält der Mitarbeiter in den hier vorgestellten Kernprozessen einen Fragebogen bzw. ein Protokoll, in dem er seine Beobachtungen einträgt.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul D: Wege • Modul E: Telefonate • Modul F: Anordnungen
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Welches Ziel verfolgt die Untersuchung? • Welche Instrumente werden eingesetzt? z. B. Protokoll zum Aufschreiben der Beobachtungen • Wie fülle ich die Protokolle aus? z. B. Strichliste, Zahlencodierung etc. • Wo notiere ich sonstige Beobachtungen, die nicht durch das Protokoll abgedeckt werden?

2. Befragung

Um begleitend zur teilnehmenden Beobachtung ergänzende und spezifische Informationen zu erhalten, ist es sinnvoll, im Rahmen der Datenerhebung Befragungen durchzuführen. Dies kann mündlich oder schriftlich erfolgen.

Bereits im Vorfeld der Untersuchung der anderen Kernprozesse kann ein Experteninterview dazu genutzt werden, relevante Rahmeninformationen für das zu erstellende Forschungsdesign zu gewinnen. Das problemzentrierte Interview eignet sich zur Informationssammlung bezüglich des Bestell- und Lieferwesens. Zusätzlich kann mit Hilfe eines Fragebogens eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden, um Problembereiche zu identifizieren und erste Verbesserungsideen zu erhalten.

Wichtigstes Element in der Vorbereitung einer Befragung sind die Grundregeln der Frageformulierung:

- Jede Frage sollte verständlich und genau formuliert sein.
Ziel ist es, Nachfragen durch unklar formulierte Fragestellungen möglichst zu vermeiden.
- Jede Frage sollte nur einen Frageninhalt aufweisen.
- Doppelte Verneinungen in der Fragestellung sind zu vermeiden.
- Auf wertbesetzte Begriffe in der Fragestellung sind zu vermeiden.
Nicht: „Empfinden Sie die Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal als ...?“
Sondern: „Empfinden Sie die Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Pflege als ...?“
- Suggestivfragen sind zu vermeiden.
Nicht: „Sind Sie nicht auch der Meinung, dass ...?“
- Indirekte Fragen sind zu vermeiden.

Fragen können als offene, halboffene und geschlossene Fragen formuliert werden. Jede dieser Fragearten bietet unterschiedliche Möglichkeiten und Vorteile.

Offene Fragen ermöglichen es dem Befragten, mit seinen eigenen Worten eine Antwort auf die Fragestellung zu geben. Diese Form der Fragestellung wird eingesetzt, wenn eine Kategoriebildung vor der Befragung nicht möglich ist. In der Auswertung besteht das Ziel darin Gemeinsamkeiten zu erkennen, sich daraus ergebende Kategorien zu bilden und die Informationen dadurch strukturiert darzustellen.

Beispiel für eine offene Frage:

„Wenn es mal Konflikte im Pflgeteam gibt, dann geht es meistens um ...?“



Bortz, Döring
(2002:244-246)

Werden **geschlossene Fragen** verwendet, so sind die Antworten dem Befragten bereits vorgegeben. Sie sind daher vom Befragten leichter zu beantworten, bergen aber auch die Gefahr, dass erklärende Informationen verloren gehen und deshalb in der Auswertung nicht berücksichtigt werden. Von Vorteil ist hierbei, dass derartige Fragen codiert werden können und damit maschinell auswertbar sind.

Beispiel für eine geschlossene Frage:

„Wie wichtig sind Ihnen regelmäßige Konfliktgespräche innerhalb der eigenen Berufsgruppe? Bitte kreuzen Sie an:

sehr wichtig wichtig weniger wichtig unwichtig“

In **halboffenen Fragen** werden dem Befragten einige Antworten vorgegeben. Zusätzlich kann dieser jedoch im Falle einer fehlenden Antwortmöglichkeit eine individuelle Antwort notieren.

Beispiel für eine halboffene Frage:

„Welcher Berufsgruppe gehören Sie an? Bitte kreuzen Sie eines der folgenden Felder an oder fügen Sie Ihre Berufsgruppe am Ende der Liste hinzu:

Pflege Ärzte Sonstige: _____“

2.1. Interview

Das Interview stellt eine Form der direkten Befragung dar. Dabei befragt der Interviewer eine Person in Form eines Gesprächs. Im Musterkrankenhaus wurden die beiden Interviewformen „Experteninterview“ und „problemzentriertes Interview“ zur Datenerhebung verwendet.



Lamnek
(1995:35-124)

Zur Vorbereitung und Durchführung eines Interviews sollte die durchführende Person über folgende Kompetenzen verfügen:

- Allgemeine Ziele, Vor- und Nachteile von Interviews.
- Auswahl des teilnehmenden Personenkreises.
Anzahl der Interviewer und Anzahl der Befragten.
- Allgemeine Phasen eines Interviews:
 - a) Erklärungsphase
 - b) Einleitungsphase
 - c) Erzählphase
 - d) Nachfragephase
 - e) Bilanzierungsphase
- Art des Interviewstils (neutral bis hart).
- Wissen zur Wirkung der Verwendung von Sprache.
Anpassung der eigenen Sprache an die Sprache des Befragten.
- Einflussfaktoren zur Interviewatmosphäre.
Wie schaffe ich eine vertrauensvolle Gesprächsumgebung?

- Wissen zur Bedeutung von Sprachcodes.
- Art der Datenerfassung (per Videoaufzeichnung, per Tonbandaufzeichnung, per Mitschrift, per Gedächtnisleistung).
- Sicherer Umgang mit dem Tonbandgerät.
- Regeln der Transkription.
Wie übernehme ich das auf Tonband aufgenommene Gespräch in einen schriftlichen Text?
- Hintergrundwissen zur Auswertung und Interpretation des Datenmaterials unter Verwendung der interpretativ-explikativen Form der Auswertung.

2.1.1. Experteninterview

Das Experteninterview wird im Rahmen der Reorganisation einer bettenführenden Station zu Beginn durchgeführt. Anhand der Ergebnisse können die Inhalte und Instrumente der anderen zu untersuchenden Kernprozesse gezielt erarbeitet und an die Bedürfnisse des eigenen Hauses angepasst werden. Der Experte – die Stationsleitung oder die Pflegedienstleitung – wird hierbei zu Organisations-, Ablauf und Personalstrukturen der Station und des Hauses befragt.



Lamnek
(1995:70-74)

Die Ergebnisse können dazu benutzt werden, das Instrumentarium für alle weiteren Kernprozesse an das eigene Haus anzupassen. Zudem fließen die Informationen später in die Gesamtbeurteilung mit ein und können eventuell Ansätze zu Erklärungsmustern bieten, die durch die Einzeluntersuchungen nicht ersichtlich geworden sind.

Das Interview sollte anhand eines halbstrukturierten Leitfadens geführt werden und alle notwendigen Informationsbereiche erfassen. Die Reihenfolge der Fragen kann hierbei flexibel variiert und der Leitfaden während des Interviews erweitert und modifiziert werden.

Im Musterkrankenhaus führten die Interviewer im Vorfeld der Untersuchung ein Experteninterview mit der Pflegedienstleitung des Hauses und der Stationsleitung der untersuchten Station. Dieses Interview brachte für die Interviewer als externe Forscher wichtige Informationen, die das Untersuchungsdesign beeinflusst haben. Ein Experteninterview ist aber ebenso bei einer von internen Mitarbeitern auszuführenden Untersuchung empfehlenswert, da die Erwartungen an den Untersuchungsverlauf geäußert, die Untersuchungsziele erläutert und Problembereiche erfragt werden können.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul A – Kernprozess: Stationsprofil
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen: <ol style="list-style-type: none"> a) Befragungen b) Interview • Hinweis: Im Rahmen dieser Publikation wird der Begriff Experteninterview mit einem leitfadengestützten narrativen Interview gleichgesetzt. • Ziele, Vor- und Nachteile. • Besonderheiten der Gesprächsphasen. • Besonderheiten der Auswertung. • Verhaltensweise des Interviewers ist anregend aber auch zurückhaltend.

2.1.2. Problemzentriertes Interview

Beim problemzentrierten Interview werden ein oder mehrere Mitarbeiter einer Station zu einem bestimmten Thema befragt. Ziel ist es, einen Arbeitsbereich möglichst genau zu erfassen und damit verbundene Probleme sichtbar zu machen.



Lamnek
(1995:74-78)

Bei der Verwendung des problemzentrierten Interviews zur Datenerhebung im Rahmen des Bestell- und Lieferwesens hat sich der Einsatz eines halbstrukturierten Leitfadens bewährt, der zusätzlich nach Fragenkategorien unterteilt wird. Im Leitfaden werden dabei alle Bereiche berücksichtigt, die der Interviewer in den Vorgesprächen erfassen konnte.

Grundsätzlich besteht die Gefahr, dass einzelne Bereiche weder in den Vorgesprächen noch während des Interviews angesprochen werden. Deshalb sollte jeder Arbeitsbereich, der mit Hilfe eines problemzentrierten Interviews beleuchtet wird, durch eine teilnehmende Beobachtung überprüft und ergänzt werden.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul C – Kernprozess: Bestell- und Lieferwesen
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen: <ol style="list-style-type: none"> a) Befragungen b) Interview • Ziele, Vor- und Nachteile. • Besonderheiten der Gesprächsphasen. • Besonderheiten der Auswertung.

2.2. Fragebogen

Bei der standardisierten Befragung per Fragebogen handelt es sich um eine schriftliche Befragung der Mitarbeiter, die eingesetzt werden kann, um Einstellungen, Meinungen, Vorstellungen und Verhaltenserwartungen zu ermitteln. Der Vorteil dieser Methode besteht darin, dass innerhalb eines kurzen Zeitraumes vergleichsweise viele Personen nach Ihrer Meinung befragt werden können.



Bortz, Döring
(2002:253-256)

Auf der Musterstation wurde mit dieser Methode das Stimmungsbild zwischen den Berufsgruppen und innerhalb der Berufsgruppe der Pflege erfasst. Der Fragebogen enthielt sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Es stellte sich heraus, dass Art und Umfang der schriftlichen Befragung vom methodischen Ansatz her positiv zu beurteilen sind. Ein Indiz hierfür war unter anderem die sehr hohe Rücklaufquote. Andererseits konnte festgestellt werden, dass der geleistete Aufwand bei der Datenauswertung sehr hoch war; besonders im Vergleich zur Ausarbeitung jener Optimierungsvorschläge, die aus den Befragungsergebnissen resultierten.

Verwendung

- Modul B – Kernprozess: Mitarbeiterbefragung

Erforderliche Kenntnisse

- Grundlagenwissen:
 - a) Befragungen
 - b) Interview
- Ziele, Vor- und Nachteile.
- Besonderheiten der Fragenformulierung.
- Umgang mit der Anonymität.

3. Dokumentenanalyse

Bei der Dokumentenanalyse werden in der Organisation vorhandene Unterlagen nach einem festen, standardisierten Kategorienschema ausgewertet. Hierbei wird „... in jedem einzelnen Dokument nach den Ausprägungen vordefinierter Variablen“ gesucht und der IST-Zustand zum Vergleich mit dem SOLL-Zustand ermittelt. Bei der Untersuchung kann mit dieser Methode z. B. die medizinisch-pflegerische Dokumentation überprüft und festgestellt werden, inwieweit die Patientendokumentation festgelegten Mindestanforderungen entspricht und die Leistungserbringung nachvollziehbar abbildet.



Lamnek
(1995:193:194)

Ausschlaggebend für eine verwertbare Dokumentenanalyse ist die klare und einheitliche Definition der Prüfkriterien vor Beginn der Analyse.

Die Dokumentenanalyse erwies sich im vorliegenden Projekt als eine geeignete Methode zur Überprüfung der medizinisch-pflegerischen Dokumentation. Es zeigte sich jedoch, dass der vorab geplante Zeit-

rahmen von sechs Stunden für die Überprüfung von 27 Patientenakten zu gering bemessen war. Er musste daraufhin auf elf Stunden erweitert werden. Aus diesem Grund sollte bereits in der Planungsphase ein ausreichender Zeitpuffer berücksichtigt werden.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul I: Dokumentation
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Ziele, Vor- und insbesondere Nachteile. • Auswahl der Prüfkriterien. • Besonderheiten der Auswertung.

4. Selbstaufschreibung

Bei der Selbstaufschreibung werden die Mitarbeiter der Station dazu aufgefordert, festgelegte Handlungen schriftlich aufzuzeichnen. Es handelt sich somit um eine Kombination der Methoden „Eigenbeobachtung“ und „Befragung per Fragebogen“.



REFA
(1978a)

Die Aufgabe des Untersuchungsleiters besteht darin, das Erhebungsinstrument zu entwickeln und die Mitarbeiter mit dem Instrument vertraut zu machen. Die Entwicklung des Instruments richtet sich nach den Grundlagen der Gestaltung eines Fragebogens. Zunächst werden die Kriterien und die Erfassungsintervalle festgelegt. Das Layout sollte anwenderfreundlich gestaltet sein. Im günstigsten Fall werden dafür die Mitarbeiter in die Entwicklung mit einbezogen. Dieses Vorgehen hat sich auch im Musterkrankenhaus bewährt und garantiert eine nutzerfreundliche Gestaltung und sowie eine Auswahl der Kriterien, die dem Tätigkeitsfeld des eigenen Hauses entspricht. Außerdem stärkt die Beteiligung der Mitarbeiter deren Motivation und Zuverlässigkeit in Bezug auf das Ausfüllen während der Erhebungsphase.

Um fehlerhaft ausgefüllten Erhebungsbögen vorzubeugen, muss das Instrument gut lesbar und gleichzeitig gut auszufüllen sein. Erreicht wird dies durch ausreichend große Felder für jeden Eintrag, da jeder Mitarbeiter eine unterschiedlich große Handschrift aufweist. Zu kleine Felder zwingen den Mitarbeiter zu einem ungewohnten Schreibverhalten, so dass im Zweifelsfall die Handschrift nicht mehr erkennbar ist und eine Datenauswertung unmöglich wird. Im günstigsten Fall findet die Beantwortung der Fragen per Strichliste statt, da hierbei die Handschriftenerkennung in der Auswertung entfällt.

Eine Selbstaufschreibung wird von den Mitarbeitern meist ohne Widerstände akzeptiert, sofern ihnen der Zweck eingehend im Voraus vermittelt wurde. Der gewohnte Arbeitsablauf führt jedoch zu Beginn dazu, dass die Eintragungen in Vergessenheit geraten. Aus diesem Grund sollte der Untersuchungsleiter in jedem Fall in der ersten Phase der Erhebung anwesend sein, um die Mitarbeiter ggf. an das Ausfüllen erinnern zu können.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul D: Wege • Modul E: Telefonate • Modul F: Anordnungen • Modul G: Tätigkeiten Pflege
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen: <ul style="list-style-type: none"> a) Befragungen b) Fragebogen • Vermittlung der Ziele und der Aufgabenstellung durch den Untersuchungsleiter gegenüber dem Mitarbeiter. • Untersuchungsleiter bleibt für Fragen bezüglich des verwendeten Instruments verfügbar.

5. Fremdaufschreibung

Bei der Fremdaufschreibung handelt es sich um einen Methodenmix der Methoden „Fremdbeobachtung“ und „Befragung per Fragebogen“.



REFA
(1978a)

Im Gegensatz zur Selbstaufschreibung übernimmt bei der Fremdaufschreibung der externe Beobachter die Aufgabe, alle auf dem Fragebogen vermerkten Fragestellungen zu beantworten.

Die Methode wird eingesetzt, wenn eine Selbstaufschreibung zu Änderungen der Arbeitsabläufe und damit zu fehlerhaften Daten führen würde.

Verwendung	<ul style="list-style-type: none"> • Modul H: Dienstübergabe • Modul I: Dokumentation
Erforderliche Kenntnisse	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagenwissen: <ul style="list-style-type: none"> a) teilnehmende Beobachtung b) Befragungen c) Interview • Information der Mitarbeiter über das Ziel der Fremdaufschreibung. • Ermessensspielraum: externer oder betriebsinterner Mitarbeiter, der die Fremdaufschreibung durchführt.

K. Grundlagen des Arbeitsstudiums

Die nachfolgenden Erläuterungen stützen sich im Wesentlichen auf Ausführungen des REFA-Verbandes für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V., da die Veröffentlichungen dieses Verbandes als Grundlagenliteratur auf dem Gebiet des Arbeitsstudiums betrachtet werden können.

„Das Arbeitsstudium besteht in der Anwendung von Methoden und Erfahrungen zur Untersuchung und Gestaltung von Arbeitssystemen mit dem Ziel, die Arbeit unter Beachtung der Leistungsfähigkeit und der Bedürfnisse des Menschen zu verbessern sowie die Wirtschaftlichkeit des Betriebes zu erhöhen.“⁴ Das Arbeitsstudium ist Bestandteil der wirtschaftlichen Betriebsführung und hat für diese eine hohe Bedeutung. Letztlich kann ein Betrieb nur wirtschaftlich funktionieren und Leistungen in der angestrebten Qualität erbringen, wenn die zur Leistungserstellung notwendigen Abläufe rationell gestaltet sind.

| Definition

Die Erhebung im Musterkrankenhaus ist ein Beispiel für eine Arbeitsstudie in einem Gesundheitsbetrieb. Durchgeführt wurde eine Ablaufanalyse zum Zweck der Arbeitsgestaltung.

Während der Untersuchung wurde analytisch und synthetisch vorgegangen. Das heißt, im Rahmen der Analyse wurden Daten über das untersuchte Arbeitssystem „Station“ gewonnen, auf deren Grundlage ein Vorschlagskonzept zur Gestaltung des Arbeitssystems entwickelt wurde.

1. Begriffe

Ein **Arbeitssystem** dient der Erfüllung einer entsprechenden Arbeitsaufgabe. Das Arbeitssystem wird durch die zu erfüllende Arbeitsaufgabe gekennzeichnet. In diesem System wirken Menschen und Betriebsmittel mit dem gesamten, für die Erfüllung der Arbeitsaufgabe notwendigen Input unter Umwelteinflüssen zusammen. Zum Input gehören z. B. Arbeitsanweisungen, Arbeitspläne, Energie und Rohstoffe.

| Arbeitssystem

Den **Betriebsmitteln** werden Geräte, Maschinen o. ä. zugeordnet, die innerhalb eines Arbeitssystems zur Erfüllung der Arbeitsaufgabe dienen. Dazu gehören EDV-Anlagen, Kommunikationsanlagen, Messgeräte aber auch Arbeitsräume und Einrichtungsgegenstände.

| Betriebsmittel

Den **Arbeitsgegenständen** sind im Allgemeinen konkrete körperliche Gegenstände zuzuordnen, welche im Rahmen der Arbeitsaufgabe verändert oder verwendet werden. Arbeitsgegenstände können u. a. Daten- und Informationsträger oder Arbeitsmaterialien sein.

| Arbeitsgegenstände

⁴ REFA, Teil 1:10.

Neben der Erhöhung der Wirtschaftlichkeit, also der Erzielung hoher Erträge und hoher Qualität bei niedrigen Kosten, dient die **Arbeitsgestaltung** der menschengerechten Gestaltung der Arbeitsbedingungen, wie der Verringerung von Arbeitsbelastungen und der Erhöhung der Arbeitssicherheit. Die Arbeitsgestaltung ist originäre Aufgabe der Betriebsorganisation, welche hierzu Erkenntnisse der Arbeitswissenschaft nutzt. | Arbeitsgestaltung

Die **Arbeitswissenschaft** beschäftigt sich mit der „...Analyse und Gestaltung von Arbeitssystemen, wobei der arbeitende Mensch in seinen individuellen und sozialen Beziehungen zu den technischen Elementen des Arbeitssystems Ausgang und Ziel der Betrachtungen ist.“ Insbesondere beschäftigt sich die Arbeitswissenschaft mit „...den Voraussetzungen und Bedingungen unter denen die Arbeit sich vollzieht; den Wirkungen und Folgen, die sie auf Menschen, ihr Verhalten und damit auch auf ihre Leistungsfähigkeit hat, sowie den Faktoren, durch die (...) Bedingungen und Wirkungen menschengerecht beeinflusst werden können.“ Die Arbeitswissenschaft ist ein interdisziplinärer Wissenschaftsbereich, in welchem Erkenntnisse verschiedener Wissenschaften, wie der Medizin, der Sozialwissenschaften, der Wirtschaftswissenschaften, der Rechtswissenschaften wie auch der technischen Wissenschaften einfließen. Das Hauptgebiet der Arbeitswissenschaft ist das Arbeitsstudium mit seinen verschiedenen Methoden. Teilgebiete der Arbeitswissenschaft sind die Arbeitspsychologie, die Arbeitsphysiologie, die Arbeitsmedizin, die Arbeitshygiene, die Arbeitspädagogik, die Arbeitstechnologie und die Arbeitssoziologie. | Arbeitswissenschaft

Da die im Musterkrankenhaus durchgeführte Erhebung ihrem Wesen nach eine Arbeitsstudie ist, erfolgt in den nächsten Abschnitten eine differenzierte Vorstellung der Schwerpunkte, Grundlagen und Methoden des Arbeitsstudiums sowie ein Abriss der historischen Entwicklung.

2. Schwerpunkte

Die Schwerpunkte des Arbeitsstudiums liegen auf der Datenermittlung, der Arbeitsgestaltung, der Kostenrechnung, der Anforderungsermittlung bzw. Arbeitsbewertung, der anforderungs- und leistungsabhängigen Lohndifferenzierung und der Arbeitsunterweisung. Um einen Überblick über die Inhalte des Arbeitsstudiums zu geben, werden dessen Schwerpunkte im Folgenden skizziert.

Beim Arbeitsstudium werden vor allem Zeiten und deren Bezugsgrößen für festgelegte Abschnitte im Arbeitsablauf ermittelt. Die erhobenen Daten können zur Planung, Steuerung und Kontrolle des betrieblichen Geschehens genutzt werden. Die Datenermittlung ist die Voraussetzung für alle weiteren Schwerpunkte des Arbeitsstudiums. Sie kann mit Hilfe von Zeitstudien, | Datenermittlung

Multimomentaufnahmen, Häufigkeitsstudien oder anderen Methoden erfolgen.⁵

Mit Hilfe der Arbeitsgestaltung soll ein aufgabengerechtes Zusammenwirken der arbeitenden Menschen, Betriebsmittel und Arbeitsgegenstände erreicht werden. Dazu ist das entsprechende Arbeitssystem sowohl wirtschaftlich als auch menschengerecht zu organisieren. Die Arbeitsgestaltung kann u. a. auf der Grundlage einer Ablaufanalyse, Bewegungsstudie oder Funktionsanalyse durchgeführt werden.⁶ Die Arbeitsgestaltung umfasst sowohl analytische (untersuchende) als auch synthetische (gestaltende) Elemente. Der Schwerpunkt liegt auf der Synthese, der jedoch zumeist eine Analyse vorangeht.

| Arbeitsgestaltung

Die Kostenrechnung ist ein Teilbereich des betrieblichen Rechnungswesens. Die wesentlichen Aufgaben der Kostenrechnung sind die Wirtschaftlichkeitskontrolle, die Angebotskalkulation und die Planung von Unternehmensprozessen.

| Kostenrechnung

Mit Methoden der Kostenrechnung können die voraussichtlichen oder tatsächlich angefallenen Kosten einer Leistung, meist zum Abgeben eines Preisangebots, kalkuliert werden (Vor- und Nachkalkulation). Weiterhin ist der Betriebserfolg durch Gegenüberstellung von Kosten und Leistungen ermittelbar (Betriebsabrechnung). Ebenso kann die Kostenrechnung zur Beurteilung der Vorteilhaftigkeit von Investitionen durch Gegenüberstellung von Kosten der einzelnen Investitionsalternativen angewendet werden (Kostenvergleichsrechnung).⁷

Zur Umsetzung einer anforderungsabhängigen Lohndifferenzierung, zur Personalorganisation wie auch zur Arbeitsgestaltung werden mit Hilfe der Anforderungsermittlung vorhandene Arbeitssysteme beschrieben und deren Anforderungen an den arbeitenden Menschen analysiert und bewertet. Die Arbeitsschwierigkeit wird nach objektiven, von den persönlichen Fähigkeiten des einzelnen Arbeiters unabhängigen, Anforderungsmerkmalen gemessen. Zu diesen gehören Fachkenntnisse, körperliche und geistige Anstrengung, Verantwortung oder auch Umwelteinflüsse.⁸

| Anforderungsermittlung
bzw. Arbeitsbewertung

Die Abhängigkeit der relativen Lohnhöhe von den in Form von Kennzahlen festgelegten Größen „Anforderung“ und „Leistungsergebnis“ wird ermittelt und dargestellt, um eine entsprechende Lohndifferenzierung zu ermöglichen.⁹

| Anforderungs- und
leistungsabhängige
Lohndifferenzierung

Die zur Erfüllung von Arbeitsaufgaben notwendigen Kenntnisse und

| Arbeitsunterweisung

⁵ REFA, Teil 1:10.

⁶ REFA, Teil 1:10.

⁷ Ausführungen zu aufgeführten und weiteren Methoden der betrieblichen Kostenrechnung finden sich bei Schmalen 1993:695 ff.

⁸ Vgl. REFA, Teil 1:10.

⁹ Vgl. REFA, Teil 1:10.

Fertigkeiten werden auf methodische Weise vermittelt.¹⁰

3. Datenerhebung

Aus den vorgestellten Schwerpunkten wird deutlich, dass das Arbeitsstudium ein interdisziplinäres Wissensgebiet ist. Im Rahmen des Arbeitsstudiums werden Erkenntnisse verschiedener Fachbereiche, wie der Arbeitswissenschaft, der Betriebswirtschaftslehre, der Statistik, der Sozial- und Rechtswissenschaften, genutzt. Für ein Arbeitsstudium ist ebenso von grundlegender Bedeutung, spezifische Besonderheiten und Verfahren der zu untersuchenden Branche zu kennen.

Ein Arbeitsstudium erfolgt mit Hilfe spezieller Methoden sowohl zur Analyse von Arbeitsabläufen als auch zur Synthese von Arbeitssystemen.

Im Rahmen der Analyse von Arbeitsabläufen ist die Ablaufanalyse der traditionelle methodische Schwerpunkt des Arbeitsstudiums. Die Ablaufanalyse „...umfasst die Erfassung und Auswertung der Daten, Fakten und Umstände, die für die Verwirklichung des mit der Analyse bezweckten Zieles von Bedeutung sein können.“¹¹ Die Datenermittlung erfolgt hierbei durch Beschreiben, Vergleichen, Schätzen, Messen, Zählen sowie Beurteilen und Bewerten. Das methodische Vorgehen bei einer Ablaufanalyse ist planmäßig und systematisch. Die Beeinflussung der ermittelten Daten durch Willkür und Zufall soll somit vermieden werden.

Bei der Synthese von Arbeitssystemen steht die Suche und Entwicklung geeigneter Vorschläge, Maßnahmen und alternativer Lösungen zur Erreichung eines gewünschten Zieles im Vordergrund. Zu diesem Zweck können neben persönlichem Erfahrungswissen und Kreativität auch Methoden und Hilfsmittel zur Ideenfindung oder mathematische Verfahren herangezogen werden. Die Ergebnisse der Synthese sind veränderte Strukturen im Betriebsprozess.

4. Geschichtlicher Hintergrund

Auf der Grundlage von Arbeitsstudien wurden Überlegungen und Berechnungen, wie Arbeitsplanung, Produktionskontrolle und Lohn-differenzierungen, nachweislich bereits durch den König von Babylon (1728 bis 1686 v. Chr.) und beim Bau der chinesischen Mauer (ab 200 v. Chr.) angestellt. Diese ersten Arbeitsuntersuchungen zielten insbesondere auf eine rationellere Gestaltung der Arbeit und die Schaffung von Bezugsgrößen der Entlohnung.

| König von Babylon

¹⁰ Vgl. REFA, Teil 1:10.

¹¹ Vgl. REFA, Teil 1:11.

Die Hauptentwicklung des Arbeitsstudiums erfolgte jedoch erst innerhalb der letzten 200 Jahre im Zusammenhang mit dem enormen Aufschwung von Technik und Wirtschaft. Im Gegensatz zu den ersten Untersuchungen befassten sich die Begründer des modernen Arbeitsstudiums methodisch, das heißt auf analytisch-synthetische Art mit dem Untersuchungsgegenstand „menschliche Arbeit“. Die Entwicklung des modernen Arbeitsstudiums während der letzten 200 Jahre wird im Folgenden anhand des Wirkens seiner Begründer und Ideengeber vorgestellt.

Erwähnenswert ist zunächst eine Arbeitsstudie über die Stecknadelherstellung, die 1762, noch vor dem Beginn des eigentlichen Maschinenzeitalters, vom Ingenieur Peronnet in Genf durchgeführt wurde. Bei dieser Untersuchung analysierte Peronnet den Arbeitsablauf der handwerklichen Stecknadelproduktion, bei welchem jeder Arbeiter das ganze Produkt allein fertigte. Anschließend gestaltete er den Arbeitsablauf um, indem er ihn in mehrere Arbeitsvorgänge unterteilte, diese den einzelnen Arbeitern zuwies und die Arbeitsplätze sowie Betriebsmittel entsprechend organisierte. Durch diese Arbeitsteilung erzielte Peronnet eine 240fache Leistungssteigerung. Die Stecknadel konnte zum Gebrauchsgegenstand werden.

| Peronnet

Nach der einige Jahre später erfolgten Erfindung der Dampfmaschine begann die Nutzung der Naturkräfte für die Produktion. Der Einsatz von Arbeitsmaschinen war mit Arbeitsteilung verbunden und bewirkte die Anwendung neuer Fertigungstechniken wie auch die Entstehung neuer Wirtschaftsformen. In Anbetracht der technologischen Innovationen verblasste während des 19. Jahrhunderts die Bedeutung des Menschen und seiner Arbeit. Im Vordergrund standen das wirtschaftliche Interesse an der Entdeckung und Nutzbarmachung von Energiequellen und die Erfindung neuer Maschinen.

Erst der amerikanische Ingenieur Frederick Winslow Taylor (1856 bis 1915), der als Begründer der wissenschaftlichen Betriebsführung gilt, zeigte zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Möglichkeit einer effektiveren Arbeitsgestaltung zur Befriedigung der sozialen Verhältnisse durch höhere Arbeitsproduktivität auf.¹² Taylor beschäftigte sich vor allem mit dem Studium der zur Ausführung der Arbeit verwendeten Zeit. Die mit Hilfe einer Stoppuhr durchgeführten Zeitstudien betrachtete er als Voraussetzung einer modernen Betriebsführung. Er wies nach, dass die bessere Nutzung der Arbeitszeit, der Einsatz der Arbeiter entsprechend ihrer Eignung wie auch die methodische Anlernung der Arbeiter zu enormen Leistungssteigerungen führte. Kritisch betrachtet wurde seine ausschließliche Orientierung auf die Maximierung des Leistungsergebnisses ohne Berücksichtigung zumutbarer Leistungsgrenzen. Dem Wirken Taylors sind die noch

| Taylor

¹² Vgl. REFA, Teil 1:19.

heute in erweiterter Form angewandten Zeitstudien und die Einführung von Leistungslohnverfahren zu verdanken.

Ebenfalls zu Beginn des 20. Jahrhunderts führte der Amerikaner Henry Ford (1863 bis 1947) das Prinzip der Fließfertigung mit Hilfe von Transportbändern in der Automobilindustrie ein. Ford zählt nicht zu den Begründern des Arbeitsstudiums, gleichwohl beeinflusste seine Errungenschaft die Arbeitsorganisation sowie Arbeitstechnik maßgeblich und zog die Mechanisierung und Automatisierung der Produktion nach sich. Die fließende Fertigung bestimmt noch heute unsere technische Entwicklung und ist von hoher Bedeutung für das Arbeitsstudium. | Ford

Neben Taylor ist der Amerikaner Frank Bunker Gilbreth (1868 bis 1924), der Schöpfer der Bewegungsstudie, als weiterer Begründer des modernen Arbeitsstudiums zu nennen. Für ihn stand die Bedeutung des Raumes unter Beachtung des Bewegungsablaufes des Arbeiters im Vordergrund. Er etablierte die Arbeitsablaufstudie. Zur Darstellung der untersuchten Arbeitsabläufe zeichnete er die Arbeitsbewegungen mit Hilfe von fotografischen Lichtspuraufnahmen und Filmen auf.¹³ Gilbreths Verfahren des Bewegungsstudiums mit Fotografie und Filmen waren zu seiner Zeit sehr teuer, jedoch gehören heute Videoanalysen zu geschätzten Hilfsmitteln des Arbeitsstudiums. Gemeinsam mit Taylor gilt Gilbreth als bedeutendster Pionier der Entwicklung von Methoden des Arbeitsstudiums. | Gilbreth

Ebenfalls ausschlaggebend für die Entwicklung des Arbeitsstudiums war die Arbeit des Franzosen Henri Fayol (1841 bis 1925). Er stellte die heute noch aktuellen Grundsätze der Organisation der Arbeit auf. | Fayol

Auch die Arbeit des amerikanischen Ingenieurs Charles Eugene Bedaux (1888 bis 1944) ist international bekannt und wirkt bis in die Gegenwart. Bedaux entwickelte 1911 ein Konzept des systematischen Leistungsstudiums, das noch heute als kommerzielles Beratungssystem, das sog. Bedaux-System, genutzt wird. Sein Leistungsstudium bestand in einer Zeitstudie, bei der er zur Bestimmung des menschlichen Leistungsgrades die Komponenten „Bewegungsgeschwindigkeit“ und „Wirksamkeit“ nutzte. Bei seiner Zeitstudie wurden erstmals für jeden Teilvorgang Erholungszuschläge nach Richtwerten gegeben. Diese Zuschläge bewähren sich auch in der heutigen Praxis. | Bedaux

In Deutschland wurde die Entwicklung des Arbeitsstudiums weniger durch die Arbeit einzelner Persönlichkeiten als durch die Gemeinschaftsarbeit verschiedener Institutionen, wie des Vereins Deutscher Ingenieure (VDI) und des Gesamtverbandes Deutscher Metallindustrieller (GDM), geprägt. | Arbeitsstudium in Deutschland

¹³ Vgl. REFA, Teil 1:21.

Bereits 1921 wurde ein Ausschuss für Zeitstudien ins Leben gerufen, dessen Ziele u. a. in der Einsparung von Arbeitszeit und der Verringerung der Ermüdung der Arbeiter bestanden. Im selben Jahr beschäftigte sich ein anderer Ausschuss mit der gerechten Entlohnung der Arbeiter, welche durch die fortschreitende Inflation zu dieser Zeit nicht gewährleistet war.

Im Jahr 1924 erfolgte die Gründung des Reichsausschusses für Arbeitszeitermittlung (REFA), des heutigen REFA-Verbandes für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V. Neben der Durchführung von Arbeitszeitstudien war es die vordergründige Aufgabe des REFA jegliche wissenschaftliche und praktische Informationen auf dem Gebiet der Arbeitszeitermittlung zu sammeln und zu strukturieren, um sie anschließend einer breiten Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Ein weiteres Aufgabengebiet des REFA war die Ausbildung von Arbeitsstudienmännern für die betriebliche Praxis.

| REFA

Im Laufe seines Bestehens erweiterte der REFA sein Aufgabengebiet, was mit mehreren Namensänderungen bis hin zur aktuellen Bezeichnung einherging. Während der Verband sich ursprünglich mit Arbeitszeitstudien beschäftigte, kamen im Zuge seiner Entwicklung bereits 1936 weitere Aufgaben des Arbeitsstudiums, insbesondere die Arbeitsgestaltung, hinzu.

Besondere Verdienste erwarb sich der REFA zunächst dadurch, dass er im Anschluss an die erste große Währungs-inflation die deutsche Industrie mit neuen Gedanken des Managements vertraut machte. Ohne Einbeziehung des von Gilbreth etablierten Bewegungsstudiums muss die alleinige Begrenzung auf das Gebiet der Arbeitszeitermittlung jedoch als Rückschritt angesehen werden. Diese Beschränkung wurde mit der Erweiterung des Aufgabengebietes im Jahr 1936 aufgehoben. Die REFA-Lehrgänge zur Aus- und Weiterbildung der Arbeitsstudienmänner, REFA-Fachbücher und -Zeitschriften haben seit dieser Zeit erheblich dazu beigetragen, die Produktivität der Unternehmen zu steigern und die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Heute bietet der REFA-Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung e. V. ein umfassendes Angebot an Aus- und Weiterbildung, Beratung, Coaching und Training für alle Bereiche der Produktion, Verwaltung und Dienstleistung. Ziel der Verbandsarbeit ist die Verbesserung der Wettbewerbs- und Leistungsfähigkeit von Unternehmen in den genannten Bereichen durch die Steigerung der Produktivität sowie die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Beschäftigten. Die Bildungsleistungen werden mehrsprachig, in Modulsystemen und mit international anerkannten Abschlüssen, wie Bachelor und Master Degree, angeboten. Das Ausbildungsangebot umfasst alle Themen der Betriebsorganisation.

In den mehr als 75 Jahren seines Bestehens hat der Verband die Etablierung und Weiterentwicklung des Arbeitsstudiums in Deutschland entscheidend geprägt. Seine Arbeit hat bis heute nichts an ihrer Bedeutung und Aktualität für viele Bereiche der Wirtschaft verloren.

5. Bedeutung in der Gegenwart

Die wirtschaftliche Entwicklung der vergangenen Jahre und der steigende Wettbewerb im Zuge der Globalisierung der Märkte zwingt die Unternehmen in Deutschland branchenweit zu einer Kostenminimierung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Will ein Unternehmen seine Marktposition sichern, ist es unerlässlich, die innerbetrieblichen Arbeitsprozesse regelmäßig zu überprüfen und zu optimieren. Einige Elemente des Arbeitsstudiums, wie die Kostenrechnung oder die Lohndifferenzierung, sind heute feste Bestandteile der ökonomischen Betriebsführung. Andere Bereiche, wie die Anforderungsermittlung oder die Arbeitsgestaltung, gewinnen zunehmend an Aktualität.

Das Gesundheitswesen erfährt v. a. durch die Gesundheitspolitik der letzten Jahre den Zwang zur Kostenminimierung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Die durch die Gesetzgebung eingeforderten Veränderungen, wie fallbezogene Leistungsabrechnung oder verkürzte Verweildauern der Patienten, lassen bisherige Arbeitsstrukturen in Krankenhäusern nicht mehr zu. Auch Krankenhäuser müssen zunehmend am Markt bestehen und ihre Kapazitäten, Finanzierung und Abläufe den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Im Brennpunkt von Qualität und Kosten bietet das Arbeitsstudium mit seinen verschiedenen Schwerpunkten und Methoden abgesicherte Instrumente zur Analyse und Synthese vorhandener Strukturen und Prozesse der Leistungserstellung innerhalb vorhandener Arbeitssysteme. In diesem Zusammenhang gewinnt das Arbeitsstudium, das in anderen Branchen eine lange Tradition besitzt, zunehmend an Relevanz und Aktualität für den Gesundheitssektor.

L. Grundlagen des Wissensmanagements

In diesem Modul werden Hintergrundinformationen zum Thema Wissensmanagement vermittelt.

Zunächst erfolgt im ersten Kapitel eine Einführung in das Wissensmanagement unter gesellschaftspolitischen Aspekten. Im zweiten Kapitel werden grundlegende Begrifflichkeiten geklärt. Im Anschluss daran werden ausgewählte Modelle des Wissensmanagements vorgestellt und deren Inhalte miteinander verglichen. Im vierten Kapitel wird auf das Wissensmanagementkonzept von Probst / Raub / Romhardt näher eingegangen. Dieses Konzept bildet die theoretische Grundlage für das vorliegende Handbuch.

1. Einführung

Der Wandel von der Produktionsgesellschaft zur Informations- und Wissensgesellschaft fordert die Gesellschaft und Wirtschaft, ihre Institutionen und Organisationen nachhaltig heraus und verlangt von allen Akteuren ein umfassendes Umdenken. Wie Willke schildert, verändert sich mit jedem Wandel der Gesellschaftsformation auch der zentrale Wert bildende Faktor. In einer Wissensgesellschaft liegt im Prozess der wirtschaftlichen Wertschöpfung neben den Faktoren „natürliche Ressourcen“, „Arbeit“, „Kapital“ und „Organisation“ eine besonders hohe Gewichtung auf dem Produktionsfaktor „Wissen“.¹⁴ Probst/Raub/Romhardt betonen in diesem Zusammenhang den kontinuierlichen Zuwachs wissensintensiver Industrien an der Wertschöpfung moderner Industrienationen. Diese Entwicklung wirkt sich zunehmend auf den wirtschaftlichen Erfolg einzelner Unternehmen aus, weshalb immer mehr Unternehmen die Ressource Wissen als wesentliche Einflussgröße anerkennen.¹⁵

Das intellektuelle Kapital wird immer mehr zum integrativen Bestandteil eines Unternehmens. Gerade in einem zunehmend umkämpften Markt wie dem Gesundheitsmarkt ist es für die Unternehmen dieser Branche unerlässlich, sich ständig neu zu positionieren und zu behaupten. Um Wettbewerbsvorteile erzielen zu können, „... geht es darum, vorhandenes, für das Unternehmen relevantes Wissen schnell zu identifizieren, gezielt zu nutzen und so zu kapitalisieren.“¹⁶

Dem Wissensmanagement kommt hierbei die Aufgabe zu, den bedeutenden Faktor Wissen in einer wirtschaftlichen Organisation zu steuern und zu lenken. Es obliegt dem Wissensmanagement, vorhandene Strukturen zu analysieren, zu verbessern und Arbeit in weiten Teilen neu zu organisieren, um Wettbewerbs- und Marktchancen zu erreichen. Nohr vertritt die Auffassung: „Der Schlüssel für die

¹⁴ Vgl. Willke, G.: 47.

¹⁵ Vgl. Probst et al.: 20.

¹⁶ Schwuchow: 79.

Wettbewerbsfähigkeit und die Innovationskraft eines Unternehmens liegt heute in der Fähigkeit begründet, ... Wissen zu erwerben (Organisationales Lernen) oder neues Wissen zu entwickeln, dieses Wissen adäquat innerhalb der Organisation bereitzustellen (Wissenstransparenz und -verteilung) und schließlich in strategische Konzepte und operative Handlungen umzusetzen (Wissensnutzung).¹⁷

Das Gesundheitswesen ist ebenfalls von den beschriebenen Entwicklungen betroffen. Es erfährt durch die Gesundheitspolitik der letzten Jahre den Zwang zur Kostenminimierung bei gleichzeitiger Qualitätssteigerung. Die durch die Gesetzgebung eingeforderten Veränderungen, wie fallbezogene Leistungsabrechnung oder verkürzte Verweildauern der Patienten, verlangen eine effektive und effiziente Nutzung aller vorhandenen Ressourcen eines Gesundheitsbetriebes. Auch Krankenhäuser müssen zunehmend am Markt bestehen und ihre Kapazitäten, ihre Finanzierung sowie ihre Arbeits- und Organisationsprozesse den veränderten Rahmenbedingungen anpassen. Wie Unternehmen anderer Branchen sollten auch Gesundheitsbetriebe die Bedeutung der Ressource Wissen als Produktionsfaktor erkennen und diese nutzen, um langfristig wirtschaftlich handlungsfähig zu bleiben.

Zum Wissensmanagement gehört es, das im Unternehmen vorhandene individuelle und kollektive Wissen zu identifizieren und transparent zu machen, um es anschließend verteilen, nutzen und weiterentwickeln zu können. Zum Management von Wissen leistet das in dieser Arbeit vorgestellte Konzept einen grundlegenden Beitrag. Mit Hilfe der vorgestellten Methoden und Instrumente erhalten bettenführende Abteilungen in Krankenhäusern die Möglichkeit, ihre Stations- bzw. Abteilungsprozesse zu erfassen und darzustellen. Somit gewinnen sie zunächst Informationen über Strukturen und Prozesse, die sie anschließend nutzen können, um Veränderungsprozesse einzuleiten.

2. Begriffe

Ausgangspunkt jeder Auseinandersetzung mit dem Thema Wissensmanagement ist eine genauere Klärung dessen, was mit dem Begriff „Wissen“ gemeint ist. Dazu sind in der Literatur, je nach Autor und dessen wissenschaftstheoretischem Fokus, unterschiedliche Definitionen zu finden. Die folgenden Begriffsklärungen beziehen sich auf Aussagen ausgewählter Autoren, die in ihren Veröffentlichungen umfassend auf den Wissensbegriff und weitere im Kontext des Wissensmanagements relevante Fachausdrücke eingegangen sind.

Nach Marwehe / Weißbach entstehen Informationen aus Daten. Sie formulieren:

| Daten

¹⁷ Nohr: 4.

„Daten sind Beobachtungen, die durch die Wahrnehmung und kognitive Rahmung durch den Beobachter für diesen überhaupt erst existent werden. Sie werden in Zahlen, Sprache oder in Bildern codiert. Werden diese Daten in einen Kontext von Relevanzen eingebettet, kann von Informationen gesprochen werden.“¹⁸

Daten werden demnach erst dann zur **Information**, wenn sie in einem bestimmten Kontext Relevanz besitzen. Beispielsweise sind Daten über die jährliche Niederschlagsmenge oder über die Entwicklung der Arbeitslosenzahlen in Deutschland für die tägliche Arbeit einer Pflegekraft nicht bedeutsam. Da die Daten im Kontext der Pflegekraft irrelevant sind werden sie nicht zur Information.

| Information

Es bleibt zu klären, wie Daten und Informationen zu Wissen werden können. Marwehe / Weißbach sind der Ansicht, dass Wissen aus Informationen dann entsteht, „... wenn sie (die Informationen, d. Verf.) in Erfahrungskontexte eingebaut werden können, die sich im Laufe der individuellen Biografien oder der Unternehmensgeschichte als wichtig erwiesen haben.“¹⁹

Probst et al. definieren Wissen folgendermaßen:

| Wissen

„Wissen ist die Gesamtheit der Kenntnisse und Fähigkeiten, die Individuen zur Lösung von Problemen einsetzen. Wissen stützt sich auf Daten und Informationen, ist im Gegensatz zu diesen jedoch immer an Personen gebunden.“²⁰

Wie diese Definition zeigt, hängt **Wissen** von verschiedenen Faktoren ab. Neben den individuellen Einflussgrößen „Kenntnisse“ und „Fähigkeiten“ spielen die externen Faktoren „Daten“ und „Informationen“ eine grundlegende Rolle. Die Ausführungen zeigen, dass Wissen nicht mit Informationen und Daten gleichzusetzen ist.

Der Prozess der Wissensentstehung kann an folgendem Beispiel verdeutlicht werden:

Der gesamte Inhalt des Beipackzettels eines beliebigen Medikamentes besteht für eine Pflegekraft zunächst aus Daten. Enthaltene Angaben über die Nebenwirkungen oder die Dosierung werden für die Pflegekraft zu Informationen, wenn sie in ihrem Arbeitskontext relevant sind. Bei der Verabreichung des Medikamentes gehen die Informationen in das Wissen der Person über, da sie die Krankenbeobachtung entsprechend ausrichtet und Erfahrungen sammelt.

Probst et al. betonen zudem den Aspekt des **individuellen Wissens**: „Wissen als in Erfahrung eingebettete Information befähigt seinen

| Individuelles Wissen

¹⁸ Marwehe/Weißbach: 1.

¹⁹ Marwehe/Weißbach: 2.

²⁰ Probst et al.: 48.

Träger zum Handeln.²¹ Im Unterschied zu Daten und Informationen ist Wissen demnach immer personengebunden, da es im Zusammenhang mit individuellen Erfahrungen entsteht.

Von dem bis jetzt erläuterten individuellen Wissen unterscheidet sich das kollektive Wissen. Dieses ist mehr als die Summe des Wissens der einzelnen Mitglieder einer Organisation. **Kollektives Wissen** entsteht durch Umwandlungsprozesse, bei denen der einzelne sein Wissen mit anderen teilt und kombiniert. Die individuellen Fähigkeiten sind die Basis des kollektiven Wissens, aber der Unternehmenserfolg hängt letztlich davon ab, „... ob verschiedene Wissensbestandteile und Wissensträger effizient kombiniert werden können.“²²

Kollektives
Wissen

Ein Beispiel aus dem Gesundheitswesen soll dies verdeutlichen:

In einem Krankenhaus wird eine ganzheitliche Patientenbetreuung und -versorgung nicht durch unabhängiges Agieren einzelner Experten, wie Ärzten, Pflegekräften oder anderen Berufsgruppen erreichbar sein. Es kommt darauf an, dass alle Beteiligten, die den Patienten aus einer jeweils unterschiedlichen Perspektive betrachten, ihr Wissen miteinander teilen und sich in ihrer Zusammenarbeit ergänzen.

Kollektives Wissen äußert sich in den Prozessen, Routinen, Praktiken und Normen von Organisationseinheiten. Dazu gehören außerdem alle Beziehungen eines Unternehmens, z. B. zu Lieferanten oder Kooperationspartnern.

Im Unterschied zu individuellem Wissen ist das kollektive Wissen nicht an spezifische Personen gebunden. Darin liegt seine besondere Bedeutung. Individuelle Wissensbestände, die an einzelne Personen gebunden existieren, kann ein Unternehmen nicht allgemein und nicht dauerhaft nutzen. Nur kollektives Wissen, das mehreren Personen, Gruppen oder Organisationseinheiten verfügbar ist, fördert langfristig die Stabilität und die Marktposition eines Unternehmens.

Gemeinsam bilden individuelle und kollektive Wissensbestände die organisationale Wissensbasis. Sie umfasst die Gesamtheit des relevanten Wissens innerhalb einer Organisation. Dazu gehören die Daten- und Informationsbestände, die dem individuellen und kollektiven Wissen zugrunde liegen. Somit enthält die Wissensbasis einer Organisation das Wissen, auf das ihre Mitglieder zurückgreifen können, um organisationsbezogene Aufgaben zu bewältigen oder Probleme zu lösen.²³

²¹ Schwuchow: 80.

²² Probst et al.: 43.

²³ Vgl. Probst et al.: 46.

„Die organisationale Wissensbasis unterliegt regelmäßigen Veränderungen. Diese Veränderungsprozesse können unter dem Begriff des organisationalen Lernens zusammengefasst werden.“²⁴ Der Ausgangspunkt des **organisationalen Lernens** ist das lernende Individuum. Dabei wird individuelles zu organisationalem Lernen, wenn es im Kontext der Organisation stattfindet. Hier gibt der organisatorische Bezug Rahmen und Anlass für das individuelle Lernen vor.²⁵ Wenn sich eine Einrichtung für die Einführung einer EDV-gestützten Patientendokumentation entscheidet und entsprechend ihre Mitarbeiter zur Anwendung befähigt, so lernen die Mitarbeiter organisational.

Organisationales
Lernen

Einerseits erweitern oder verändern die einzelnen Organisationsmitglieder ihr Wissen durch Lernen. Andererseits lernt aber auch die Organisation dadurch, „... dass die Ergebnisse der individuellen Lernvorgänge durch eine intensive hierarchie- und bereichsübergreifende Kommunikation der Organisation zugänglich gemacht werden.“²⁶ Erst dadurch wird die organisationale Wissensbasis als gemeinsamer Bezugsrahmen modifiziert, was dazu führt, dass vorhandene organisationale Problemlösungs- und Handlungskompetenzen erhöht werden. Probst et al. führen dazu zusammenfassend aus: „Organisationales Lernen beschreibt die Veränderungsprozesse der organisationalen Wissensbasis. Deren Gestaltung und Lenkung ist Gegenstand des Wissensmanagements.“²⁷

Durch organisationales Lernen wird die organisationale Wissensbasis eines Unternehmens verändert. Die Aufgabe des Wissensmanagements ist es, diese Veränderungsprozesse zu steuern. Wissensmanagement ist anwendungsorientiert und beinhaltet gezielte Interventionsabsichten in Bezug auf die organisationale Wissensbasis.²⁸

Wissen als persönliche Fähigkeit entsteht in einem Transformationsprozess aus im Überfluss vorhandenen Daten. Diese Daten können die Qualität von Informationen erreichen, wenn sie in einen Kontext eingebunden sind, in dem sie für ein Individuum Relevanz besitzen. Sind die nun vorliegenden Informationen geeignet, die persönlichen Erfahrungen zu ergänzen oder zu ersetzen, so werden sie zu Wissen.

Fazit

Neben den Erfahrungen spielen die Kenntnisse und Fähigkeiten der Person eine Rolle und beeinflussen den Transformationsprozess der Wissensentstehung. Außerdem ist Wissen ein dynamischer Prozess und kein statisches Produkt. Deshalb ist die Überprüfung vorhandenen Wissens immer nur eine Momentaufnahme.

²⁴ Vgl. Probst et al.: 46.

²⁵ Vgl. Schreyögg: 538.

²⁶ Vahs: 308.

²⁷ Probst et al.: 61.

²⁸ Probst et al.: 47.

Das Individuum ist der zentrale Träger des Wissens in einer Organisation. Soll individuelles Wissen für ein erfolgreiches Agieren in einer Organisation genutzt werden, ist es notwendig, die einzelnen Wissensträger in einem komplexen Geflecht zu verknüpfen und so kollektives Wissen zu generieren und weiterzuentwickeln. An einzelne Personen gebundenes individuelles und nicht an spezifische Personen gebundenes kollektives Wissen bilden gemeinsam die organisationale Wissensbasis. Sie ist die Gesamtheit relevanten Wissens in einer Organisation.

Aktivitäten zur Verränderung der organisationalen Wissensbasis werden mit dem Begriff „organisationales Lernen“ bezeichnet. Es ist die Aufgabe des Wissensmanagements, diese Veränderungsprozesse zielgerichtet zu steuern.

3. Modelle des Wissensmanagement

Über das Wissensmanagement wurden in den letzten Jahren zahlreiche Publikationen veröffentlicht. Diese Veröffentlichungen beschäftigen sich sowohl auf theoretischer und allgemeiner Ebene mit dem Wissensmanagement als auch auf der Ebene konkreter Erfahrungsberichte.

Um einen Eindruck von dem facettenreichen Angebot zu erhalten, werden zunächst die Ansätze von Nonaka / Takeuchi, Schüppel und Willke skizziert und im Hinblick auf ihre Praxisrelevanz bewertet.

Es sind insbesondere Autoren aus den Bereichen Wissenschaft und Beratung, die bisher Modelle für das Wissensmanagement entwickelt haben, so auch Nonaka / Takeuchi. Sie führen den Ansatz von Polany weiter, der sich aus philosophischer Perspektive mit dem Wissensbegriff beschäftigt. Nonaka / Takeuchi entwickeln ein **Modell der organisationalen Wissensgenerierung**. Sie vertreten die Auffassung, dass ein Unternehmen nur Wissen generieren und Innovationen hervorbringen kann, wenn es das implizit in den Köpfen der Mitarbeiter vorhandene Wissen externalisiert, also kollektiv zugänglich macht. Unter implizitem Wissen ist dabei das Erfahrungswissen der Mitarbeiter zu verstehen, welches sich in ihren Handlungen äußert. Dieses Wissen ist oft unbewusst vorhanden und lässt sich deshalb nur schwer fassen oder artikulieren. Dagegen ist explizites Wissen formulierbar und dokumentierbar. Es kann in Worten, Zahlen, Regeln, Formeln, Verfahrensweisen u. ä. ausgedrückt werden und ist gezielt vermittelbar.

Modell nach
Nonaka / Takeuchi

Das komplexe Modell der Wissensschaffung beschreiben Nonaka/Takeuchi anhand einer Wissensspirale.²⁹ Dieses Modell, v. a. die Unterscheidung in implizites und explizites Wissen, wird in vielen

²⁹ Vgl. Nonaka/Takeuchi: 68 ff.

anderen Ansätzen zum Wissensmanagement übernommen. Kritisch ist nach Ansicht von Schreyögg jedoch zu betrachten, dass Nonaka/Takeuchi die Externalisierung impliziten Wissens als einzige Möglichkeit sehen, neues Wissen zu schaffen. Demgegenüber führt Schreyögg an, dass Wissen auch auf anderen Wegen generiert werden kann, z. B. durch Experimentieren, Reflektieren, Beobachten, Nachahmen oder Vergleichen.³⁰

In ihrem Buch „Die Organisation des Wissens“ führen Nonaka/Takeuchi zahlreiche Beispiele aus japanischen Unternehmen an, in denen das Modell umgesetzt wurde. Probst et al. stellen in diesem Kontext in Frage, ob der notwendige Aufwand, implizites Expertenwissen zu externalisieren, im Verhältnis zu dem zu erwartenden Nutzen steht. Sie sind der Ansicht, dass es in den meisten Fällen ausreichend ist, zu wissen, wer der entsprechende Experte ist.³¹

In seinem Modell der „Akte des Wissensmanagements“ nimmt Schüppel auf die von Nonaka/Takeuchi entwickelte Konzeption der Wissensspirale Bezug. Schüppels **Modell** besteht **aus vier Akten**. Die ersten drei Akte sind der Erfassung der IST-Situation und der Kontextgestaltung gewidmet.

Modell nach
Schüppel

Dabei erfolgt zunächst die Identifizierung des Kernwissens des Unternehmens. Im zweiten Schritt analysieren die Organisationsmitglieder selbstreflexiv die individuellen und kollektiven Lernprozesse, um einen Überblick über die typischen Verlaufsmuster organisationaler Lernprozesse zu erhalten. Im dritten Akt werden vorhandene Wissens- und Lernbarrieren identifiziert. Erst nachdem diese drei Schritte absolviert wurden, beginnt die konkrete Gestaltung des unternehmensspezifischen Wissensmanagements.

Dieser vierte Akt wird durch die Modellierung der Wissensspirale von Nonaka/Takeuchi vollzogen.³² Schüppels Modell ist auf einen strukturierten Veränderungsprozess ausgerichtet. Jedoch ist es ein theoretisches Konstrukt, das heißt für seine praktische Umsetzung müssen erst geeignete Verfahrensschritte und -abläufe konzipiert werden und sich in einer konkreten Situation bewähren. Es ist deshalb nur bedingt als Implementierungsmodell geeignet.

Als weiteres Modell ist Willkes „**Systemisches Wissensmanagement**“ zu nennen. Willke betrachtet Wissensmanagement als einen Geschäftsprozess, der sich in zwei Kreisläufe, einen inneren und einen äußeren, teilt. Im inneren Kreislauf geht es um die Organisation des Wissensmanagements. Dazu gehören die sechs Elemente Wissensgenerierung, Wissensaktivierung, Wissensgeneralisierung, Wissensverteilung, Wissensnutzung und Wissensrevision. Im äußeren Kreis-

Modell nach
Willke

³⁰ Vgl. Schreyögg: 550.

³¹ Vgl. Probst et al.: 116.

³² Vgl. Schüppel.

lauf werden die Ergebnisse des optimierten Wissensmanagements auf die Ziele der Organisation ausgerichtet.³³

Auch dieser Ansatz stellt eher ein theoretisches Erklärungsmodell als ein Implementierungsmodell dar. Er strukturiert den Wissensmanagementprozess und bietet Ansatzpunkte für mögliche Interventionen, die jedoch hier ebenfalls erst abgeleitet werden müssen.

Die drei vorgestellten Konzeptionen des Wissensmanagements können nur einen kleinen Ausschnitt verfügbarer Modelle widerspiegeln. Kennzeichnend für die Forschungssituation ist folglich, dass es unterschiedlichste Ansätze zum Wissensmanagement gibt, aber kein Modell ein Wahrheitsmonopol beanspruchen kann. Seine Eignung hängt vielmehr davon ab, ob und inwieweit es sich als nützlich für das jeweilige Erkenntnis- oder Anwendungsziel erweist.

| Fazit

4. Wissensmanagementkonzept nach Probst / Raub / Romhardt

In diesem Kapitel wird das Wissensmanagementkonzept von Probst / Raub / Romhardt vorgestellt. Es wird zur Umsetzung der Reorganisation einer bettenführenden Station verwendet. Damit bildet es die theoretische Grundlage der im Teil 1 (Kernprozesse) verwendeten Methoden und Instrumentensammlung im Sinne des Wissensmanagements.

Die Wahl begründet sich durch die Praxistauglichkeit des Konzepts. So vereint es theoretische und praktische Elemente und integriert Aspekte der vorgestellten Modelle von Nonaka/Takeuchi, Schüppel und H. Willke.

Neben theoretischen Aspekten dienen reale Problemstellungen als Grundlage für die Konzeptentwicklung. Die theoretische Fundierung und die praktische Realisierbarkeit zeichnen das Konzept aus und unterscheiden es von den bereits vorgestellten Ansätzen, die sich hauptsächlich auf eine eher theoretische und praxisfernere Ebene beschränken.

4.1. Entstehung des Konzeptes

Probst / Raub / Romhardt vertreten die Auffassung, dass für Manager vor allem die Lernprozesse von Bedeutung sind, die sie lenken können. „Statt organisationale Lernprozesse zu verstehen, brauchen Führungskräfte Methoden, mit denen sie organisationale Wissensbestände lenken und in ihrer Entwicklung beeinflussen können.“³⁴ Ihrem Anspruch nach soll Wissensmanagement den Praktikern eine

| Bedeutung der Lernprozesse

³³ Vgl. Willke, H.

³⁴ Probst et al.: 51.

konkrete Hilfestellung bei der Gestaltung organisationaler Lernprozesse liefern. Demzufolge ist das von ihnen entwickelte Wissensmanagementkonzept praxisnah und beschreibt in konzeptualisierter Form wissensbezogene Aktivitäten.

Die Basis für das entwickelte Konzept bildete das 1995 gegründete schweizerische „**Forum für Organisationales Lernen und Wissensmanagement**“ an der Genfer Universität. In diesem Forum kommen Vertreter aus Wissenschaft und Praxis bei themenzentrierten Roundtables zusammen. Die Mitarbeiter des Lehrstuhls für Management und Organisation der Genfer Universität führten eine Vielzahl von Forschungsprojekten durch, in denen sie, gemeinsam mit dem am Forum beteiligten Firmen³⁵, unterschiedlichste Aspekte des Themenkomplexes „Wissen als Ressource“ untersuchten. Als ein Ergebnis der zweijährigen Forschungsarbeit entstanden die von den Autoren formulierten **Anforderungen an ein Wissensmanagementkonzept**. Darin wurden die Aspekte berücksichtigt, welche die Praktiker als unverzichtbar betrachteten. Danach muss ein praxisorientiertes Wissensmanagementkonzept

Forschungsprojekt
„Wissen als Ressource“

- anschlussfähig an im Unternehmen bereits bestehende Konzepte, wie z. B. Total Quality Management, sein
- sich an konkreten Praxisproblemen orientieren
- verständlich formuliert und aufgebaut sein
- auf konkrete Handlungen ausgerichtet sein
- erprobte Instrumente zur Verfügung stellen³⁶

Unter Berücksichtigung dieser Anforderungen entwickelten Probst/Raub/Romhardt ihr pragmatisches **Wissensmanagementkonzept** der „**Bausteine des Wissensmanagements**“.

4.2. Theoretische Grundlage

In ihrer empirischen Forschungstätigkeit zur Konzeptentwicklung folgen Probst et al. den Grundsätzen des Action Research Ansatzes, der sich um eine Theorie und Praxis verbindende Forschung bemüht.

Action Research

Action Research, auch als Aktions- oder Handlungsforschung bezeichnet, geht ursprünglich auf den Psychologen Kurt Lewin zurück und wurde inzwischen von verschiedenen Forschergruppen inhaltlich erweitert. Lewin entwickelte die **Handlungsforschung** in Abgrenzung zur klassischen Form der empirischen Forschung.

³⁵ Zu den Forumsfirmen gehören u. a. AT&T International, Winterthur Versicherungen, Hewlett Packard Europa, Daimler Chrysler, Deutsche Bank, Motorola, Novartis, Roche Diagnostics und Siemens.

³⁶ Vgl. Probst/Romhardt: 3 f.

Nach dem Zweiten Weltkrieg war Lewin in den USA in privaten Komitees beratend tätig, die es sich zur Aufgabe gemacht hatten, Rassismus und Antisemitismus zu bekämpfen und die gespannten Beziehungen zwischen ethnischen Minderheiten in den USA zu verbessern. Bei seiner Arbeit stellte Lewin fest, dass bestehende sozialwissenschaftliche Theorien es ihm nicht ermöglichten, „... in dieser konkreten Problemsituation Handlungsanweisungen zur Herbeiführung gesellschaftlichen Wandels zu geben.“³⁷ Seine Lösung bestand in der **Verknüpfung von Forschung und Intervention**. In dieser Verbindung von Wissenschaft und Praxis liegt noch heute das zentrale Prinzip des Action Research. Im Gegensatz zur klassischen empirischen Forschung stellte Lewin „... die Diagnose der konkreten Problemsituation und die Wissensgenerierung über Wandlungsprozesse als gleichberechtigte Partner neben die Entwicklung allgemeingültiger Gesetze ...“.³⁸ Im Unterschied zu einer gängigen Praxis, Hypothesen aus theoretischen Vorgaben abzuleiten und diese in einem von vornherein definierten Forschungsfeld zu bestätigen, orientiert sich der Action Research an realen Problemsituationen und versucht seine Forschungsaktivitäten an diesen auszurichten.

Der Ansatz des Action Research Ansatz ist durch die konsequente **Einbeziehung des Praktikers** in den gesamten Forschungsprozess gekennzeichnet. Anders als die klassische empirische Forschung hebt die Handlungsforschung die Trennung von Forscher und Beforschtem auf. Der Praktiker ist bereits bei der Festlegung der Fragestellung oder der Problemdefinition beteiligt und begleitet den gesamten Forschungsprozess. Somit übernimmt er eine Mitverantwortung und erweitert die Perspektive des Forschers. Der Partizipationsaspekt betont die ausgesprochene Problem- und Handlungsorientierung des Action Research und stellt gleichzeitig die Verbindung von wissenschaftlichen und praktischen Forschungsinteressen sicher. Dabei wird der wissenschaftliche Aspekt durch den Forscher gewahrt. Dieser „... bringt nicht nur Theorie als Hilfsmittel zur Lösung der konkreten Problemsituation ein, sondern verpflichtet sich, den Prämissen des Action Research folgend, auch dazu, über die rein anwendungsorientierte Problemlösung hinaus neues Wissen zu generieren.“³⁹

Der Praktiker
als Experte

In der Handlungsforschung ist der Forschungsprozess „... auf Handlungen und damit auf die Herbeiführung von Wandel im untersuchten Kontext“⁴⁰ ausgerichtet. **Ausgehend von einem konkreten Problem sollen die Forschungen bzw. ihre Ergebnisse pragmatische Lösungen bereitstellen und zu einem beabsichtigten organisatorischen Wandel beitragen.** Dieser Anspruch birgt den Vorteil, dass „... das gewonnene Wissen dem untersuchten System direkt zugute kommt und dessen Unabhängigkeit und Fähigkeit zur

Problemlösung durch
Problemanalyse

³⁷ Probst/Raub: 8.

³⁸ Probst/Raub: 9.

³⁹ Probst/Raub: 14.

⁴⁰ Probst/Raub: 10.

Problemlösung unmittelbar verbessert.“⁴¹ Ein Forschungsprojekt, das dem Action Research Ansatz folgt, leistet demnach für die untersuchte Organisation Hilfe zur Selbsthilfe.

Da sich Action Research bewußt von der klassischen empirischen Forschung abgrenzt, hat der Ansatz seit seinem Bestehen eine kritische Diskussion erfahren. Die Kritik an der Handlungsforschung entzündet sich hauptsächlich daran, dass die jeweiligen Untersuchungsergebnisse keine Allgemeingültigkeit beanspruchen können. Diese Kritik ist durchaus berechtigt. Andererseits wird übersehen, dass grundlegende, an einem großen theoretischen Entwurf orientierte Lösungsstrategien den Besonderheiten konkreter Problemsituationen in sozialen Systemen häufig nicht gerecht werden und keinen adäquaten Handlungsbezug ermöglichen. Der Ansatz des Action Research verzichtet absichtlich auf einen solchen Entwurf. **Im Zentrum des Interesses steht die praktische Umsetzbarkeit von Ergebnissen.** Probst et al. führen dazu aus:

„Action Research tritt an, um den unmittelbaren Verlust von Realitätsbezug durch eine übertriebene Betonung wissenschaftlicher Strenge zu bekämpfen. Es postuliert, dass die Realität in sozialen Systemen wie einer Unternehmung zu komplex ist, als dass sie mit wenigen, streng wissenschaftlich handhabbaren Kriterien zuverlässig und umfassend beschrieben werden könnte.“⁴²

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Action Research durch eine interdisziplinäre, problem- und handlungsorientierte Vorgehensweise gekennzeichnet wird. Die Handlungsforschung bemüht sich um einen integrativen Ansatz; das heißt, es geht ihm in einem problemorientierten Kontext darum, sowohl die Interessen der Praktiker als auch der Forscher zu berücksichtigen. Für den Forscher steht dabei der theoretische Erkenntnisgewinn im Vordergrund, während der Praktiker an umsetzbaren Problemlösungen orientiert ist. Die eingeschränkte Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse wird bewußt realitätsfernen Konstrukten vorgezogen. Insgesamt erhöht Action Research das organisationale Problemlösungspotential und leistet somit Hilfe zur Selbsthilfe für das untersuchte System.

| Fazit

4.3. Bestandteile des Konzeptes

Während ihrer dem Action Research Ansatz folgenden Forschungsarbeit in den Teilnehmerfirmen des „Forums für Organisationales Lernen und Wissensmanagement“ fanden Probst et al. in den Unternehmen zahlreiche Problemstellungen vor. Diese einzelnen Problemstellungen wurden in Problemkategorien zusammengefasst. Mit Hilfe dieser Systematisierung erarbeiteten Probst et al. die **sechs Kernprozesse des Wissensmanagements**.

⁴¹ Probst/Raub: 10f.

⁴² Probst/Raub: 15.

Als Kernprozesse verstehen sie die Bausteine „**Wissensidentifikation**“, „**Wissenserwerb**“, „**Wissensentwicklung**“, „**Wissens(ver)teilung**“, „**Wissensnutzung**“ und „**Wissensbewahrung**“.⁴³ Diese Bausteine bilden die wichtigsten Ansatzpunkte für wissensbezogene Interventionen. Alle sechs Kernprozesse stehen in Verbindung zueinander, weshalb Eingriffe in einzelne Kernprozesse immer Auswirkungen auf die übrigen haben.

Bausteine des Konzepts

Die definierten Kernprozesse sind auf den operativen Aspekt des Wissensmanagements gerichtet und „... benötigen einen orientierenden und koordinierenden Rahmen, der von der Unternehmensleitung geschaffen werden muss.“⁴⁴ Um diesen strategischen Bezug zu integrieren, werden die sechs Kernprozesse durch die beiden Bausteine „**Wissensziele**“ und „**Wissensbewertung**“ ergänzt. Durch sie wird das Konzept zu einem Managementregelkreis, der mit seinen insgesamt **acht Bausteinen** strategische und operative Elemente integriert. Den Ausgangspunkt bildet die Definition von Wissenszielen, um die strategische Ausrichtung des Wissensmanagements sicherzustellen und die Zielsetzungen für Interventionen abzuleiten. Der Kreislauf wird durch die Wissensbewertung geschlossen. Dabei werden Controlling-Daten ermittelt, um den Wissensmanagementprozess zielgerichtet steuern zu können.

Regelkreis

Die nachfolgende Abbildung veranschaulicht die Bausteine des Wissensmanagements, die in den nachfolgenden Abschnitten näher erläutert werden.

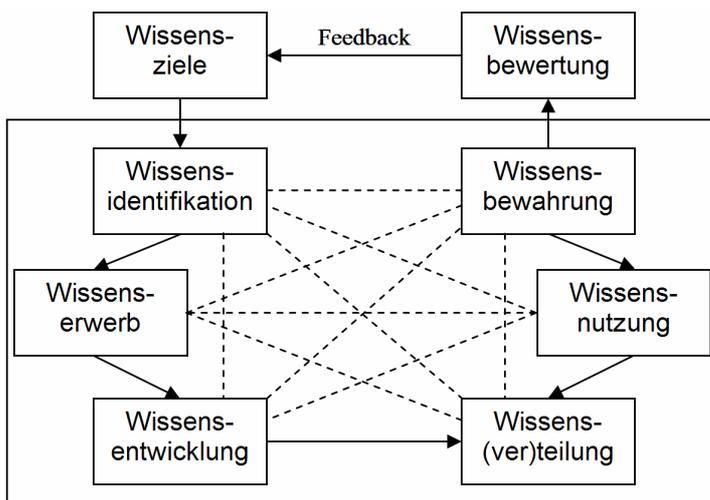


Abbildung L-1: Bausteine des Wissensmanagement⁴⁵

⁴³ Vgl. Probst et al.: 53.

⁴⁴ Probst et al.: 56.

⁴⁵ Abbildung nach Probst et al.: 58.

4.3.1. Wissensziele und Wissensbewertung

Für die Umsetzung des Wissensmanagements sehen es Probst et al. als grundlegende Voraussetzung an, unternehmensspezifische Wissensziele zu definieren. Diese sind notwendig, um den Interventionen im Zusammenhang mit den einzelnen Kernprozessen bzw. allen mit dem Wissensmanagement verbundenen Aktivitäten eine Richtung zu geben. Wissensziele sind die wissensbezogene Übersetzung und Ergänzung der herkömmlichen Unternehmensziele. Sie können z. B. in Form eines Wissensleitbildes in die bestehenden unternehmenskulturellen Leitlinien integriert werden.

Die **Wissensziele** eines Unternehmens sollen normative, strategische und operative Elemente enthalten. Die **normativen Wissensziele** sind auf die Schaffung einer geeigneten Unternehmenskultur gerichtet. Letztlich wird ohne eine wissensbewusste Unternehmenskultur keine tief greifende Auseinandersetzung mit der Ressource Wissen erfolgen und die Integration eines Wissensmanagementkonzeptes scheitern.

| Wissensziele

Die **strategischen Wissensziele** werden benötigt, um das aktuelle und zukünftige organisationale Kernwissen eines Unternehmens zu definieren. Aus ihnen lässt sich ableiten, welche bereits vorhandenen Fähigkeiten erhalten und weiterentwickelt werden sollen und welche neuen Fähigkeiten für zukünftige Aufgaben erworben werden müssen.

Der Einfluss normativer und strategischer Wissensziele auf praktische Handlungen wird durch die **operativen Wissensziele** sichergestellt. Zu ihrer Festlegung werden die strategischen Wissensziele unter Beachtung des normativen Kontextes in den operativen Bereich übersetzt und umsetzungsorientierte Teilziele geschaffen.⁴⁶

Um den Grad der Erreichung der definierten Wissensziele feststellen zu können, enthält das Konzept von Probst et al. den Baustein „**Wissensbewertung**“, der den Regelkreislauf schließt. Hierbei geht es nicht um die monetäre Bewertung des Wissens, sondern ausschließlich um Rückmeldungen über den Stand der Realisierung der angestrebten Wissensziele. Die Wissensbewertung „... gibt Auskunft darüber, ob Wissensziele angemessen formuliert und Wissensmanagement-Maßnahmen erfolgreich durchgeführt werden.“⁴⁷ Sie macht Stärken und Schwächen der geleisteten Aktivitäten deutlich und ermöglicht es, Konsequenzen für die nachfolgenden Prozessschritte zu ziehen.

| Wissensbewertung

In der Praxis erweist sich die Erstellung eines unternehmensspezifischen Wissensbewertungssystems jedoch als ein bisher weitgehend ungelöstes Problem. Es besteht der Wunsch nach objektiven und quantifizierbaren Messergebnissen. In Bezug auf die kontext-

| Bewertungsverfahren

⁴⁶ Vgl. Probst et al.: 87.

⁴⁷ Probst et al.: 350.

bezogene Ressource „Wissen“ lassen sich diese aber nicht eindeutig bestimmen. Probst et al. empfehlen deshalb zur Wissensbewertung ein zweistufiges Verfahren: „Die Wissensmessung bemüht sich um die Sichtbarmachung von Veränderungen der organisatorischen Wissensbasis, während die Interpretation dieser Veränderungen mit Hilfe von Wissenszielen erst nachgelagert erfolgen kann.“⁴⁸ Es kann folglich nicht um die monetäre Bewertung von Wissen gehen. Vielmehr muss festgelegt werden, bis zu welchem Grad die normativen, strategischen und operativen Wissensziele erreicht worden sind. Dazu schlagen Probst et al. verschiedene Bewertungsmethoden vor. Die Erreichung normativer Wissensziele kann u. a. durch die Beobachtung des Top-Management-Verhaltens, die Realisierung der strategischen Wissensziele mit Hilfe der Balanced Scorecard und die Verwirklichung der operativen Wissensziele durch die Erstellung individueller Fähigkeitsprofile bewertet werden.⁴⁹

4.3.2. Die sechs Kernprozesse

Neben den Bausteinen „Wissensziele“ und „Wissensbewertung“ enthält das Konzept von Probst et al. die weiteren Bausteine „Wissensidentifikation“, „Wissenserwerb“, „Wissensentwicklung“, „Wissens(ver)teilung“, „Wissensnutzung“ und „Wissensbewahrung“, die die Kernprozesse des Wissensmanagements beschreiben. Diese Kernprozesse bilden die **operativen Elemente des Wissensmanagementkonzepts** und zeigen die wichtigsten Ansatzpunkte für wissensbezogene Interventionen innerhalb eines Unternehmens auf.

A) Wissensidentifikation

Im Anschluss an die erforderliche Definition von Wissenszielen gilt es, Transparenz über bereits vorhandenes Wissen herzustellen. Diese Wissensidentifikation ist auf internes und externes Wissen gerichtet. In Bezug auf das interne Wissen geht es darum, sich einen Überblick über interne Fähigkeiten und Wissensbestände im Unternehmen zu verschaffen. Nur bekannte Wissensbestände können genutzt werden. Zum Ausbau der organisationalen Kompetenz können Führungskräfte interne Experten ebenfalls erst dann einbeziehen, wenn diese ihnen bekannt sind. Einige Methoden zur Schaffung interner Wissenstransparenz bestehen z. B. im Anlegen von Expertenverzeichnissen oder von Wissenskarten. Diese Wissenskarten können sich auf Wissensträger, Wissensbestände, Wissensquellen, Wissensstrukturen oder Wissensanwendungen beziehen.⁵⁰ Solche Wissenskarten schaffen Wissenstransparenz und ermöglichen u. a. die Verkopplung von

| interne Wissensquellen

⁴⁸ Probst et al.: 324.

⁴⁹ Die angegebenen Bewertungsmethoden stellen an dieser Stelle nur eine minimale Auswahl dar. Eine ausführliche Darstellung ist bei Probst et al., Seite 324 ff. zu finden.

⁵⁰ Vgl. Eppler: 10 f.

Wissensträgern und/oder Wissensquellen mit einem Problem bzw. einer Aufgabe.

Neben der Identifikation des internen Wissens geht es um die Schaffung von Transparenz über das im Umfeld des Unternehmens vorhandene Wissen. Hierbei sind sowohl externe Wissensträger als auch externe Wissensquellen zu ermitteln, die relevante Informationen für unternehmensspezifische Fragestellungen enthalten. Dazu gehören u. a. Experten, Berater, Kunden oder Lieferanten als externe Wissensträger und Unternehmensverbände, externe Datenbanken, Internet oder Fachzeitschriften als externe Wissensquellen.⁵¹

| externe Wissensquellen

Die durch die interne und externe Wissensidentifikation zu erzielende Wissenstransparenz ermöglicht dem Unternehmen vorhandene Wissenslücken aufzudecken „... und schafft die Voraussetzung, um über Wissenserwerb oder Wissensentwicklung zu entscheiden.“⁵² Zu beachten ist, dass es nicht darum geht, eine absolute Transparenz über internes und externes Wissen herzustellen. Die Wissenstransparenz soll angemessen sein, das heißt, dass sie sich an den Wissenszielen des Unternehmens orientieren soll. Dabei gilt es, diejenigen Wissensbestände zu identifizieren, die für die Erreichung der Wissensziele von Bedeutung sind.

| Identifikation von
angemessenem Wissen

B) Wissenserwerb

Aufgabe der Wissensidentifikation ist es, die Fähigkeiten zu ermitteln, über welche die Organisation verfügt und vorhandene Wissenslücken sichtbar zu machen. Fehlende Fähigkeiten können anschließend durch Weiterentwicklung des vorhandenen Wissens oder durch den Erwerb externen Wissens ergänzt werden. Dieser Wissenserwerb kann nicht nur externe Wissensprodukte, sondern auch externe Wissenspotentiale umfassen.

Zu Wissensprodukten gehören z. B. Software, Patente, High Tech Produkte, legales Kopieren oder Speichermedien wie Bücher, Datenbanken und Videos. Unter Wissenspotentialen verstehen Probst et al. das Wissen externer Wissensträger, anderer Firmen und das Stakeholderwissen. Als externe Wissenspotentiale werden v. a. externe Fähigkeiten eingekauft, die das Unternehmen selbst nicht entwickeln kann. Dazu gehören die Inanspruchnahme von Beratungsleistungen oder die Rekrutierung von Experten für eine temporäre oder dauerhafte Beschäftigung. Das Wissen anderer Firmen kann in Form von Kooperationen genutzt werden, z. B. durch Joint Ventures, fallweise Kooperationen oder strategische Allianzen. Auch das Wissen von Stakeholdern wie Kunden oder Lieferanten stellt ein wichtiges Wissenspotential dar. Gerade der Erwerb von Stakeholderwissen bietet eine günstige Möglichkeit, um an bedeutende Wünsche,

| Nutzung externer
Wissenspotentiale

⁵¹ Vgl. Probst et al.: 131.

⁵² Probst et al.: 144.

Bedürfnisse und Ideen aus dem Umfeld des Unternehmens zu gelangen.⁵³

Vor dem Erwerb von externen Wissensprodukten oder externen Wissenspotentialen sind diese auf ihre Anschlussfähigkeit zu überprüfen, damit der erwünschte Nutzen erzielt werden kann. Ebenso ist zu beachten, dass der Erwerb fremder Fähigkeiten zu Abwehrmechanismen führen kann. Schließlich bietet das Alltagswissen Orientierung und Stabilität, vermittelt somit ein Gefühl der Sicherheit. Von außen hinzukommendes neues Wissen oder neue Fähigkeiten können diese Sicherheit destabilisieren und deshalb zu negativen emotionalen Reaktionen wie Ablehnung führen.

C) Wissensentwicklung

Neben dem Wissenserwerb bietet die Wissensentwicklung eine weitere Möglichkeit, die organisationale Wissensbasis zu erweitern. Dieser Baustein ist für das Konzept von Probst et al. von besonderer Bedeutung. Schließlich geht es ihnen bei der Wissensentwicklung in erster Linie darum, neue Fähigkeiten oder Produkte, leistungsfähigere Prozesse oder Ideen zu erschaffen. „Wissensentwicklung umfasst alle Managementanstrengungen, mit denen die Organisation sich bewusst um die Produktion bisher intern noch nicht bestehender oder gar um die Kreierung intern und extern noch nicht existierender Fähigkeiten bemüht.“⁵⁴

Wissensentwicklung kann im Unternehmen auf individueller und auf kollektiver Ebene vollzogen werden. Die individuelle Wissensentwicklung beruht auf Kreativität als „chaotischer Komponente“ und auf systematischer Problemlösungsfähigkeit als „systematischer Komponente“. Beide Komponenten benötigen einen Kontext, der die individuelle Wissensproduktion unterstützt. Hierbei spielt die Unternehmenskultur eine entscheidende Rolle.⁵⁵ Die Einbringung der Mitarbeiter, z. B. in Form eines betrieblichen Vorschlagswesens, sollte erwünscht sein und gefördert werden.

individuelle
Wissensentwicklung

Ausschlaggebend ist ebenso der Umgang der Organisation mit Fehlern der Mitarbeiter. In einem Klima, in dem Fehler als etwas Negatives betrachtet und behandelt werden, wird die Motivation der Mitarbeiter zur Entwicklung und Umsetzung von neuen Ideen gehemmt. In einem unterstützenden Kontext können dagegen Freiräume für die Mitarbeiter geschaffen werden, in denen sie herausgelöst aus dem Arbeitsprozess, z. B. an Projekten oder Ideen, kreativ und systematisch arbeiten oder sich weiterbilden. Eine solche Kontextgestaltung bedarf struktureller Voraussetzungen bzw. Veränderungen innerhalb der Organisation.

⁵³ Vgl. Probst et al.: 155 ff.

⁵⁴ Probst/Romhardt: 12.

⁵⁵ Vgl. Probst et al.: 187.

Den Kern der kollektiven Wissensentwicklung bildet das Team als kleinste Einheit des organisationalen Lernens. Soll innerhalb eines Teams neues Wissen entstehen und das Wissen des Einzelnen für die Gruppe verfügbar gemacht werden, sind verschiedene Voraussetzungen zu erfüllen. Dazu gehören zunächst eine hinreichende Intensität an Interaktion, Kommunikation und Wissenstransparenz sowie eine Atmosphäre von Offenheit, Vertrauen und Fehlertoleranz. Ebenso sollten die Fähigkeiten der einzelnen Teammitglieder sinnvoll aufeinander abgestimmt sein. Letztlich kommt es darauf an, individuelle Fähigkeiten und Wissensbestandteile zu einem funktionalen Ganzen zusammenzufassen.

kollektive
Wissensentwicklung

Im Anschluss an die Darstellung der individuellen und kollektiven Wissensentwicklung soll abschließend auf eine besondere Form des individuellen Wissens eingegangen werden: das im Alltag entstehende Handlungswissen. Nonaka / Takeuchi weisen darauf hin, dass dieses Wissen i. d. R. implizit und häufig unbewusst in den Köpfen der Mitarbeiter vorliegt und deshalb nur schwer artikulierbar und fassbar ist. Wenn dieses Wissen für die Organisation nutzbar gemacht werden soll, muss versucht werden, es soweit wie möglich zu externalisieren. Ansonsten geht es dem Unternehmen beim Ausscheiden des Mitarbeiters verloren.

Wissensentwicklung
durch Handlungswissen

Probst et al. schlagen in Anlehnung an Nonaka / Takeuchi mehrere Methoden zur Externalisierung des implizierten Wissens vor. Dazu gehört die Verwendung von Metaphern, Analogien und Modellen.⁵⁶ Der Erfolg der Externalisierungsversuche ist jedoch abhängig von der Bereitschaft der Mitarbeiter, ihr Wissen preiszugeben. Eine nicht minder wichtige Rolle spielen die Absichten des Unternehmens, die es mit der Externalisierung verfolgt. Es kann nicht darum gehen, das Expertenwissen der Mitarbeiter einseitig zu absorbieren und diese anschließend zu entlassen. Eine solche Vorgehensweise fördert Misstrauen und wird nachfolgende Externalisierungsaktivitäten scheitern lassen. Ebenso ist zu bedenken, dass eine vollständige Externalisierung des Expertenwissens auch mit hohem Aufwand nicht zu erreichen ist. Das Ausscheiden eines Experten wird also immer mit dem Verlust wertvollen impliziten Wissens für die Organisation einhergehen. Gleichwohl können gezielte Maßnahmen zur Externalisierung innerhalb einer entsprechenden Unternehmenskultur das Ausmaß der impliziten Wissensverluste durch ausscheidende Experten verringern. „Die Fähigkeit einer Organisation, das Wissen ihrer Experten sichtbar zu machen und auf andere Mitglieder der Organisation zu übertragen bildet demnach eine kritische Stelle bei der Kollektivierung individuellen Wissens.“⁵⁷

⁵⁶ Vgl. Probst et al.: 195 f.

⁵⁷ Probst et al.: 196 f.

D) Wissens(ver)teilung

Nach der Identifikation vorhandenen Wissens oder existierender Wissenslücken und dem Erwerb bzw. der Entwicklung neuer Fähigkeiten gilt es, dieses Wissen im Unternehmen zu (ver)teilen, um es für die gesamte Organisation nutzbar zu machen. Der Begriff „(ver)teilen“ wurde von Probst et al. bewußt gewählt, um zu verdeutlichen, dass es sowohl um die Verteilung als auch um die Mitteilung von Wissen geht. „Der Begriff Wissens(ver)teilung kann sich daher je nach Kontext entweder auf die zentral gesteuerte (Ver)teilung organisationalen Wissens auf eine festgelegte Gruppe von Mitarbeitern oder auf das (Mit)teilen von Wissen unter Individuen beziehungsweise im Rahmen von Teams und Arbeitsgruppen beziehen.“⁵⁸ Es ist nicht sinnvoll, die totale Wissens(ver)teilung anzustreben. Vielmehr muss die Balance zwischen Offenlegung und Vertraulichkeit gehalten werden. Nicht jeder muss alles wissen, sondern der Wissens(ver)teilungsumfang muss sich nach dem ökonomischen Prinzip der Arbeitsteilung richten. Es geht darum, Individuen oder Gruppen einen angemessenen Zugang zu dem Wissen zu ermöglichen, das sie für die Erfüllung ihrer Aufgaben oder für die Lösung von Problemen benötigen. Die drei Hauptgebiete der Wissens(ver)teilung sehen Probst et al. in der Multiplikation von Wissen, der Sicherung und Teilung vergangener Erfahrungen und dem simultanen Wissensaustausch.⁵⁹

Die Weiterentwicklung der Informations- und Kommunikationstechnologie bietet große Unterstützung und vielfältige Möglichkeiten für die Wissens(ver)teilung. Jedoch gehört zur (Ver)teilung von Wissen mehr als der Einsatz von Technologie. Diese liefert die Infrastruktur als wichtige Voraussetzung, garantiert jedoch noch nicht die tatsächliche Umsetzung effizienter Wissens(ver)teilung. Die Umsetzung wird i. d. R. durch eine Vielzahl von Teilungsbarrieren behindert. Solche Hürden können auf individueller und/oder kultureller Ebene bestehen und aus funktionalen oder hierarchischen Strukturen resultieren.⁶⁰

Barrieren der
Wissens(ver)teilung

Eine funktional ausgerichtete Organisationsstruktur kann dazu führen, dass Wissen abgekapselt den einzelnen Funktionsbereichen zur Verfügung steht, während es anderen Bereichen verschlossen bleibt. Es bilden sich vertikale Wissensinseln. Ebenso können hierarchische Strukturen zu horizontalen Wissensinseln auf den einzelnen Hierarchieebenen führen.

Die klassischen Organisationsstrukturen innerhalb von Krankenhäusern liefern ein gutes Beispiel, um das Problem der Wissensinseln zu verdeutlichen. Hier sind strenge Hierarchien und eine funktions-

⁵⁸ Probst et al.: 224 f.

⁵⁹ Vgl. Probst et al.: 264.

⁶⁰ Vgl. Probst et al.: 257.

orientierte Organisationsstruktur zu finden. Beides gemeinsam bedingt eine Zersplitterung der organisationalen Wissensbasis in zahlreiche vertikal und horizontal isolierte Wissensinseln.

Für die Überwindung von Teilungsbarrieren spielen ebenso die Teilungsbereitschaft der Einzelnen und Aspekte der Unternehmenskultur eine wichtige Rolle. Die individuelle Teilungsbereitschaft und -fähigkeit kann durch Variablen wie Besitzerstolz, Zeitmangel oder Verlustängste in Bezug auf das Image oder die Stellung im Unternehmen beeinflusst werden. Auf individueller und auf kultureller Ebene spielen v. a. Macht- und Vertrauensfragen eine große Rolle. Entsprechend muss die Unternehmenskultur von Vertrauen, Offenheit und produktiver Neugier geprägt sein. Daneben sollte sie Anreizmechanismen enthalten, welche die Teilungsbereitschaft der Wissensträger fördern. Ausgehend von der Erzielung einer angemessenen Teilungsbereitschaft müssen in der Organisation insbesondere im Bereich der Mitarbeiterpolitik unterstützende Rahmenbedingungen geschaffen werden.

E) Wissensnutzung

Die Wissens(ver)teilung und die ihr vorangehenden Schritte schaffen die Grundlage für die Nutzung des vorhandenen, erworbenen oder selbst entwickelten Wissens. Im Rahmen der Wissensnutzung sollte dieses Wissen nun in die betrieblichen Prozesse integriert und angewendet werden. Schließlich werden die Folgen eines effektiven Wissensmanagements erst durch die produktive Anwendung des Wissens sichtbar gemacht.⁶¹

Ebenso wie bei der Wissens(ver)teilung können auch bei der Wissensnutzung Barrieren vorliegen, die eine geeignete Wissensanwendung nachhaltig behindern. Auf individueller Ebene sind beispielsweise psychologische Faktoren zu nennen. Dies betrifft etwa die Überschätzung der eigenen Fähigkeiten oder die Angst vor dem Verlust des eigenen Expertenstatus. Neben der Teilungsbereitschaft spielt also die Nutzungsbereitschaft der Mitarbeiter in Bezug auf Wissen eine wesentliche Rolle. Diese muss durch eine entsprechende Gestaltung der Unternehmenskultur gefördert werden. Auch hier ist wieder eine Atmosphäre von Offenheit und Vertrauen gefragt. Zudem sollte die Bereitschaft der Einzelnen, sich Wissenslücken einzugestehen und neues Wissen nachzufragen, unterstützt und gewürdigt werden. Im Unternehmen sollte die Anforderung und Nutzung neuen Wissens mit der Bereitschaft zum Lernen und zur Veränderung einhergehen und nicht als Zeichen für Inkompetenz aufgefasst werden.⁶²

Barrieren der
Wissensnutzung

⁶¹ Vgl. Probst et al.: 271 f.

⁶² Vgl. Probst et al.: 275 f.

Die Wissensnutzung wird durch eine nutzerfreundliche Gestaltung der Wissensinfrastrukturen innerhalb des Unternehmens unterstützt. Nutzungsorientierte Arbeitsplätze unterstützen deswegen die individuelle und kollektive Arbeitssituation. „Im Idealfall können dabei Informationen und Wissen auf einfache Weise und in kurzer Zeit lokalisiert und übertragen werden und liegen in einer Form vor, die ihre umgehende Anwendung und Weiterverarbeitung möglichst wenig behindert.“⁶³ Bei allen Gestaltungsmaßnahmen sind deswegen die Bedürfnisse der Wissensnutzer ausschlaggebend.

Bedeutung der
Infrastruktur

F) Wissensbewahrung

Damit eine Organisation auch in Zukunft auf relevantes Wissen zurückgreifen kann, muss sie Erfahrungen, Informationen und Dokumente gezielt bewahren bzw. speichern. Dazu sind zunächst aus der Vielzahl organisatorischer Ereignisse, Personen und Prozesse jene auszuwählen, die bewahrt werden sollen.

Im Arbeitskontext werden zahlreiche Erfahrungen gemacht. Jedoch ist es weder sinnvoll noch erreichbar, alle diese Erfahrungen zu dokumentieren und zu bewahren. Die Organisation muss wertvolle von wertlosen Erfahrungen, Daten, Informationen und Fähigkeiten unter dem Gesichtspunkt der Nützlichkeit in der Zukunft unterscheiden.

Komprimierung des
Wissens

Nach dieser Auswahl ist das bewahrungswürdige Wissen in der organisationalen Wissensbasis zu verankern. Dazu stehen individuelle, kollektive und elektronische Speicherungsformen zur Verfügung. Auf der individuellen Ebene geht es vordergründig darum, Experten durch materielle und immaterielle Anreizsysteme an das Unternehmen zu binden, um einem Verlust an individuell erworbenen Erfahrungsschätzen vorzubeugen. Auf kollektiver Ebene sollte sich eine Organisation um „... bewusste Protokollierung, gemeinsame Auseinandersetzung und kollektive Sprachentwicklung ...“⁶⁴ bemühen. Ergänzend ermöglichen elektronische Speichermedien den dauerhaften systematischen Zugriff auf die organisationalen Wissensbestände.

Zum Prozess der Wissensbewahrung gehört neben der Auswahl und der Speicherung des organisationalen Wissens auch dessen Aktualisierung. Für die Aktualisierung der Wissensbestände sind Verantwortlichkeiten und Mechanismen festzulegen. Genutzte Datenbanken sollen mit Hilfe der Aktualisierung nicht ins Unermessliche anwachsen, sondern einen relativ konstanten und überschaubaren Umfang behalten. Dies impliziert, dass im Zuge eines entsprechenden Services veraltete Informationen gelöscht werden.⁶⁵

Aktualisierung

⁶³ Probst et al.: 277.

⁶⁴ Probst et al.: 319.

⁶⁵ Vgl. Probst et al.: 315 f.

4.4. Fazit

Das vorgestellte Wissensmanagementkonzept von Probst et al. liefert mit seinen acht Bausteinen einen pragmatischen Wegweiser für Organisationen, die Wissensmanagement anwenden möchten. Gemeinsam bilden alle Bausteine einen Managementregelkreis. Dieser Regelkreis entsteht durch die integrierten Bausteine „Wissensziele“ und „Wissensbewertung“. Beide bieten Möglichkeiten zur Steuerung und Kontrolle der Aktivitäten des Wissensmanagements. Die Bausteine „Wissensidentifikation“, „Wissenserwerb“, „Wissensentwicklung“ und „Wissens(ver)teilung“ schaffen Grundlagen für die Nutzung des Wissens. Mit dem Prozess der Wissensnutzung fließt das durch Erwerb oder Entwicklung geschaffene bzw. das bereits vorhandene Wissen in die betrieblichen Abläufe ein und stiftet bei Erfüllung der im Abschnitt „Wissensnutzung“ beschriebenen Bedingungen den angestrebten Nutzen. In der Wissensnutzung liegen Sinn und Zweck des Wissensmanagements. Damit genutztes und bewährtes Wissen oder gesammelte Erfahrungen der Organisation für zukünftige Aufgaben zur Verfügung stehen, ist der Baustein „Wissensbewahrung“ verschiedenen Speichermöglichkeiten gewidmet. Die Bausteine des Wissensmanagements bieten gute Möglichkeiten, eine nutzungsorientierte Wissensinfrastruktur im Unternehmen aufzubauen und zu gestalten. Das nahtlose Ineinandergreifen und die systemische Gestaltung aller Bausteine bringen bei der Nutzung der organisationalen Wissensbasis den erwünschten Effizienzvorsprung.

Ebenso beinhaltet das Konzept von Probst et al. Elemente des strategischen und des operativen Managements. Strategisch ist die Umsetzung des Konzeptes auf die langfristige Sicherung von Wettbewerbsvorteilen und die Entwicklung organisationaler Fähigkeiten gerichtet. Es enthält jedoch in Form der Bausteine auch sämtliche Managementphasen, die zur Erreichung dieses Zieles durchlaufen werden sollen. Die Struktur des Konzeptes orientiert sich am klassischen Managementkreislauf, wodurch seine Anschlussfähigkeit an alternative Managementansätze gewährleistet wird. Das durch seine Offenheit geprägte Konzept kann also in bestehende Managementkonzepte integriert werden, die nicht zugunsten des Wissensmanagements abgelegt werden müssen.

Ein weiterer Vorteil liegt in seiner integrierten Berücksichtigung verschiedener Ebenen. Wissensmanagement nach diesem Konzept umfasst bei der Umsetzung seiner Bausteine sowohl Interventionen auf individueller und kollektiver als auch auf organisationaler Ebene. Aktivitäten des Wissensmanagements erfolgen somit nicht isoliert auf einzelnen Ebenen, sondern das Konzept übernimmt eine Brückenfunktion zwischen diesen. Gleichzeitig werden verschiedene Funktionsbereiche unter einer gemeinsamen Strategie vereint.

Eine Schwierigkeit bei der Umsetzung des Konzeptes könnte in der Wissensbewertung bestehen. Dieser Baustein ist notwendig, um Erfolge und Misserfolge der Interventionen messen und Konse-

quenzen für zukünftige Aktivitäten im Rahmen der anderen Bausteine des Konzeptes ableiten zu können. In der Praxis existieren zahlreiche Beispiele aus Unternehmen, die sich um Wissensbewertung bemüht haben. Gleichwohl ist die Umsetzung dieses Bausteines noch nicht umfassend geklärt. Derzeit besteht noch ein Forschungs- und Entwicklungsbedarf auf dem Gebiet der Wissensbewertung. Dieser Bedarf wurde von Probst et al. erkannt, die ihr pragmatisches Wissensmanagementkonzept nicht als abgeschlossen betrachten. Das Konzept wurde aufgrund realer praktischer Problemstellungen erarbeitet, wird in der Praxis bereits genutzt und anhand der dabei gemachten Erfahrungen weiterentwickelt.

Wie bei der Vorstellung der einzelnen Bausteine deutlich wird, spielt neben der Schaffung einer nutzerorientierten Wissensinfrastruktur v. a. die Unternehmenskultur für die Umsetzung des Konzeptes eine bedeutende Rolle. Die Unternehmenskultur entscheidet über Erfolg oder Misserfolg und ist für die effiziente Gestaltung der organisationalen Wissensbasis grundlegend. Eine Studie des Fraunhofer Informationszentrums Benchmarking definiert die Unternehmenskultur an erster Stelle der kritischen Erfolgsfaktoren des Wissensmanagements.⁶⁶ Hauptsächlich individuelle und organisationale Barrieren, wie Macht- und Kommunikationsstrukturen, erzeugen Wissensinseln und können das Wissensmanagement scheitern lassen.

Um diese Barrieren zu überwinden und die Mitarbeiter zur Teilung ihres Expertenwissens zu motivieren, ist eine von Offenheit, Transparenz, Fehlertoleranz und Experimentierfreudigkeit geprägte Unternehmenskultur notwendig. Das Teilen von Wissen muss ein wechselseitiger Prozess sein, was bedeutet, dass die Unternehmensleitung offen mit Informationen und sog. Herrschaftswissen umgehen muss, um Ängste und Skepsis bei den Mitarbeitern abzubauen und Vertrauen zu schaffen.

Auch materielle und immaterielle Anreizsysteme für Wissensaustausch und Expertentum sind einzurichten, ohne dass dabei Nicht-Wissen grundsätzlich abgewertet wird. Elemente wie Laufbahnkonzepte, Personalentwicklungsprogramme und Führungsinstrumente sollten ebenso fester Bestandteil der Unternehmenskultur sein wie geeignete Kommunikationsstrukturen.

Neben umfassenden Wissensdatenbanken sollen die Informations- und Kommunikationsstrukturen gewährleisten, dass Wissen nicht zufällig fließt und unabhängig von einzelnen Personen abrufbar ist.

⁶⁶ Vgl. Schwuchow: 80.

M. Literatur

- Baumgartner, I. / Häfele, W. / Schwarz, M. / Sohm, K. (2000): OE-Prozesse. Die Prinzipien systemischer Organisationsentwicklung. 6. unveränd. Aufl. Stuttgart: Haupt.
- Birker, K. (1998): Managementtechniken und Organisation. Praktische Betriebswirtschaft. Berlin: Cornelsen.
- Bonner, R. unter Mitarbeit von Schröder, W. (1983): Weiterbildungserfolg. Modelle und Beispiele systematischer Erfolgssteuerung. In: Jeserich, Wolfgang (Hrsg.) (1983): Handbuch der Weiterbildung für die Praxis in Wirtschaft und Verwaltung. München: Hanser.
- Bortz, Jürgen; Döring, Nicola (2002): Forschungsmethoden und Evaluation: für Human- und Sozialwissenschaftler. 2. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Broome, A. (2000): Change Management in der Pflege. Veränderungen planen – gestalten – bewerten. 2. Aufl. Bern: Huber.
- Bruhn, M. (1997): Qualitätsmanagement für Dienstleistungen. Grundlagen, Konzepte, Methoden. 2. überarb. u. erw. Aufl. Berlin: Springer.
- Bryner, A. / Markowa, D. (1997): Aus dem Amerikanischen von Michael Schmidt-Broderson. Die lernende Intelligenz, Denken mit dem Körper. Paderborn: Junfermann.
- Bundesministerium für Gesundheit (1994): Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft. (= Band 31).
- Büssing, A. (1992): Organisationsstruktur, Tätigkeit und Individuum. Untersuchungen am Beispiel der Pfl egetätigkeit. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Buyer, O. (1990): Erwartungen an die Dienstübergabe. In: Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift, 9 / 90, S. 674-677.
- Debong, B. / Andreas, M. (1995): Zur strafbaren Verfälschung einer Dokumentation. In: Die Schwester / Der Pfleger, 9 / 1995, S. 850-852.
- Dechmann, M. (1978): Teilnahme und Beobachtung als soziologisches Basisverhalten. Bern: Haupt.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (1999): Die Dokumentation der Krankenhausbehandlung. Hinweise zur Durchführung, Archivierung und zum Datenschutz. 2. überarb. u. erw. Aufl. Düsseldorf: Eigenverlag.
- Dorfmeister, G. (1999): PflegeManagement. Wien: Maudrich.
- Fuhrmann, S. / Trill, R. / Witzenberger, M. (1987): Ein Element der Kommunikation im Pflegebereich: die Dienstübergabe. In: Krankenpflege, 9 / 87, S. 350-354.

- Götzinger, C. (1998): Qualitätssicherung in der Pflegedokumentation – Eine Anleitung zur praktischen Durchführung. In: Die Schwester / Der Pfleger, 12 / 1998, S. 1033-1037.
- Höhm, U. / Weinrich, H. / Gätschenberger, G. (1996): Die Bedeutung des Pflegeplans für die Qualitätssicherung in der Pflege. Forschungsbericht 261. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung. Referat LP 3.
- Ill-Groß, M. / Sträßner H. (2000): Das Recht der Stationsleitung. Ein Leitfaden für Alten- und Krankenpflegepersonal. 1. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Katholischer Krankenhausverband Deutschlands e.V. (Hrsg.) (2001): Pflegequalität und Pflegeleistungen. I. Zwischenbericht zur ersten Phase des Modellprojekts „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen. Erreichbar unter: <http://www.dip-home.de>.
- Kauffeld, S. / Grote, S. (Juni 2001): Entwicklung und Diagnose von Teams in Organisationen – Zwischen Wunsch und Wirklichkeit. In: Geißler, Karlheinz A. / Looss, W. (Hrsg.) (1990): Handbuch Personalentwicklung. Köln: Deutscher Wirtschaftsdienst.
- Keck, A. / Pröschild, L. (1994): Grundlagen des Pflegemanagements im Krankenhaus. Hagen: Kunz.
- Kellnhauser, E. (1995): Theorie und Praxis der Pflegevisite. 7. Folge: Patientenübergabe versus Pflegevisite. In: Die Schwester / Der Pfleger, 7 / 95, S. 590-591.
- Kieser, A. (Hrsg.) (1999): Organisationstheorien. 3. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kurtenbach, H. / Golombek, G. / Siebers, H. (Hrsg.) (1991): Krankenpflegegesetz mit Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege. Kommentar. 3. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer.
- Lamnek, S. (1995): Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. korrigierte Aufl. Weinheim: Beltz.
- Lingenberg, E. / Reimann, R. (1995): Der Pflegedienst im Krankenhaus. Grundlagen zur Organisation einer Pflegeeinheit. 5. Aufl. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.
- Martens, J. U. (1998): Verhalten und Einstellungen ändern: Veränderung durch gezielte Ansprache des Gefühlsbereiches. Ein Lehrkonzept für Seminarleiter. 4. Aufl. Hamburg: Windmühle.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.) (2000): MDK - Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege. Essen: Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V.
- Morra, F. (1996): Wirkungsorientiertes Krankenhausmanagement. Ein Führungshandbuch. Bern: Haupt.
- Rath, E. / Biesenthal, U. (1994): Pflegeplanung und Pflegedokumentation. In: Pflegezeitschrift, 12 / 1994. Beilage, S. 2-13.

- REFA (1978a): Methodenlehre des Arbeitsstudiums. Teil 1. Grundlagen. München: Hanser.
- REFA (1978b): Methodenlehre des Arbeitsstudiums. Teil 3. Kostenrechnung, Arbeitsgestaltung. München: Hanser.
- Roßbruch, R. (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. In: Pflege-Recht, 6 / 1998, S. 126-131.
- Schmalen, H. (1993): Grundlagen und Probleme der Betriebswirtschaft. 9. überarb. u. aktual. Aufl. Köln: Wirtschaftsverlag Bachem.
- Schneider, H. (2000): Teamarbeit. In: Geißler, K. A. / Looss, Wolfgang (Hrsg.) (1990): Handbuch Personalentwicklung. Köln: Deutscher Wirtschaftsdienst.
- Seel, G. (1995): Stellenbeschreibungen für die Pflege im Krankenhaus. Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt.
- Severing, E. (1994): Arbeitsplatznahe Weiterbildung, betriebspädagogische Konzepte und betriebliche Umsetzungsstrategien. Neuwied: Luchterhand.
- Steffen, U. / Debong, B. / Andreas, M. (1996): Notwendigkeit und Umfang der Pflegedokumentation. In: Die Schwester / Der Pfleger, 3 / 1996, S. 273-275.
- Steinmann, H. / Schreyögg, G. (1997): Management. Grundlagen der Unternehmensführung. Konzepte - Funktionen - Fallstudien. 4. überarb. u. erw. Aufl. Wiesbaden: Gabler.
- Vahs, D. (1999): Organisation. Einführung in die Organisationstheorie und -praxis. 2. überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Schäffer Poeschel.
- Warnecke, H.-J. (1994): Revolution der Unternehmenskultur. Das fraktale Unternehmen. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Weindel, J. / Trampert, S. (1995): Beeinflußt die Übergabequalität die Wirtschaftlichkeit des Krankenhauses? In: Pflegezeitschrift, 10 / 95, S. 608-612.