



Von der Fakultät für Medizin und Gesundheitswissenschaften
der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg

Organisationales Lernen in der geriatrischen Versorgung

**Ein organisationales Phänomen aus versorgungsforschender
und informationswissenschaftlicher Perspektive am Beispiel
des Geriatrischen Zentrums Oldenburg**

angenommene Dissertation
zur Erlangung des
Doktorgrades der Philosophie
(Dr. phil./Doctor philosophiae)

von Herrn
Lars Rölker-Denker
Matr.-Nr. 3947037
geboren am 29.09.1978 in Bremen

Oldenburg 2018

Für Erik, Marleen und Kai

Gutachter: Prof. Dr.-Ing. Andreas Hein

Weitere Gutachterinnen:

Prof. Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann

Prof. Dr. phil. Gisela C. Schulze

Tag der Disputation: 26.04.2018

Zusammenfassung

Im Gesundheitswesen existiert organisationales Lernen in unterschiedlichen Ausprägungen, für die Geriatrie als wissensintensive Gesprächsmedizin mit komplexen Behandlungsverläufen liegen aber bisher kaum Erkenntnisse vor. Die vorliegende Arbeit untersucht daher intra- und inter-organisationale Lernroutinen für die Geriatrie mit Methoden der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung und der Informatik. Es werden neu identifizierte Lernroutinen beschrieben, qualitativ untersucht und mittels eines neu entwickelten abstrakten Informationsflussmodells beschrieben, Verbindungen zum Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell des Gesundheitswesens werden hergestellt. Die multiprofessionelle geriatrische Teamsitzung kann als zentraler Kommunikationsraum beschrieben werden, positive und negative Einflüsse einer IT-Unterstützung können anhand eines Vorher-Nachher-Vergleiches erfasst werden. Sozialpsychologische und gruppendynamische Prozesse innerhalb der Teamsitzung werden erfasst. Weitere zentrale Routinen sind Konsile und Überleitungsmanagement.

Schlagwörter: Organisationales Lernen, Organisationsbezogene Versorgungsforschung, Informationsflussmodellierung, geriatrische Versorgung

Summary

Organisational learning occurs in different manifestations within the health care sector. But for geriatrics being a heavily knowledge and communication driven medical discipline dealing with complex treatment processes there, are no findings available. Therefore this work analyses intra- and inter-organisational learning routines in geriatrics with methods from Organizational Health Services Research and from Informatics. Recently identified learning routines are described, qualitatively analysed and modelled with a new developed information flow model. Interfaces with the health care systems are emphasized within the macro-/meso-/micro level model. The multi-professional geriatric team session is proved as central communication space, positive and negative influencing factors of supporting IT are gathered by pre-post-comparison. Socio psychological and group dynamic processes are captured within the team session. Further central routines are councils and transition management.

Keywords: organisational learning, organisational health services research, information flow modelling, geriatric care

Danksagung

Die vorliegende Arbeit wäre nicht ohne die Hilfe und Unterstützung aus dem akademischen, beruflichen und privaten Bereich möglich gewesen. Diesen Menschen gehört mein allerherzlichster Dank.

Zuallererst möchte ich meinem Doktorvater Prof. Dr.-Ing. Andreas Hein für die Betreuung der Arbeit danken. Ohne die beständige und kontinuierliche Begleitung wäre diese Arbeit in dieser Form nicht möglich gewesen, sei es nun in der fachlichen Beratung bei informationswissenschaftlichen Fragestellungen, der Schaffung des notwendigen Freiraumes abseits des Tages- und Projektgeschäfts oder auch im beständigen Antrieb zum Fortschritt der Arbeit. Weiterhin danke ich meinen Zweitgutachterinnen Prof. Dr. Nicole Ernstmann und Prof. Dr. Gisela C. Schulze für die fachliche Begleitung aus versorgungsforscherischer und rehabilitationspädagogischer Perspektive. Im interdisziplinären Kontext einer solchen Arbeit ist die beständige Rückversicherung in fachlicher und methodischer Natur ein immanent wichtiger Bestandteil der wissenschaftlichen Betreuung.

Auch im beruflichen Umfeld gibt es viele Personen, denen ich an dieser Stelle danken möchte (ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben). Prof. Dr. Werner Damm und Jürgen Niehaus danke ich für den notwendigen Freiraum im letzten und entscheidenden Jahr der Niederschrift. Dr. Marco Eichelberg danke ich für die lehrreichen Jahre im (nationalen und internationalen) Projektmanagement, die auch für das erfolgreiche Abschließen der vorliegenden Arbeit extrem hilfreich waren. Insa Seeger danke ich für die ergiebige Zusammenarbeit im Rahmen meiner Studien. Ich danke allen aktuellen und ehemaligen Kolleginnen und Kollegen aus den verschiedenen Bereichen, die in zahlreichen Kolloquien und Gruppendiskussionen wertvolle Hinweise zum fachlichen Vorankommen und praktischen Gelingen dieser Arbeit gegeben haben (in alphabetischer Reihenfolge): Lena Dasenbrock, Ralf Eckert, Patrick Elfert, Prof. Dr.-Ing. Melina Frenken, Dr. Thomas Frenken, Dr. Sebastian Fudickar, Alexander Gerka, Jenny Glitza geb. Röbesaat, Sandra Hellmers, Dr. Axel Helmer, Prof. Dr. Falk Hoffmann, Raphael Kappes, Dr.-Ing. Melvin Isken, Christian Lins, Dr.-Ing. Myriam Lipprandt, Birte Sofie Löffler, Dr. Jochen Meyer, Sebastian Müller, Dr.-Ing. Ferik Müller-von Aschwege, Michael Onken, Prof. Dr. Rainer Röhrig, Enno-Edzard Steen, Dr. Andreas Thiel, Dr. Wilfried Thoben und Nils Volkening. Dazu ein besonderer Dank den guten Seelen der Institute und Departments, die für den reibungslosen Ablauf der einzelnen Meilensteine gesorgt haben: Marion Abandonata, Sabine Bunjes, Andrea Fuhrken, Imke Garten, Kathrin Kuper, Claudia Martsfeld, David Saß und Manuela Wüstefeld.

In den beteiligten Versorgungsorganisationen haben zahlreiche Personen geholfen meine zum Teil sehr betreuungsintensiven Studien zu realisieren. Hier gilt mein besonderer Dank Herrn Prof. Dr. Jürgen M. Bauer, der es mir ermöglichte die Studien im Geriatrischen Zentrum Oldenburg durchzuführen. Für die notwendige Unterstützung danke ich weiterhin PD Dr. Dalibor Antolovic, Tammo Beime, Ralf Boldt, Prof. Dr. Andreas Engelhardt †, Maria Haselon, Martina Hayen, Thomas Henzler, Elena Karsten, Katja König, Dr. Anke Kulschewski, André Jansing, Jana Meidl, Dr. Ferik Meyer, Rudolf Mintrop, Dr. Andreas Pfeiffer, Prof. Dr. Hans-Rudolf Raab, Carmen Rohde, Dr. Marco Scarano, Dr. Rüdiger Schönfeld, Dr. Michael Schwarz-Eywill, Dr. Dirk Tenzer, Karin Vogel, Matthias Weers und Dr. Monika Wiesner.

Ein ganz besonderer und persönlicher Dank gilt meiner Frau Nicole Denker, die mich während der ganzen Jahre des Forschens und Schreibens unterstützt und Mut zugesprochen hat und auch einige promotionsbedingte Launen ertragen musste. Meinen Eltern Elisabeth Rölker und Heinz Rölker, meinem Bruder Olaf Rölker sowie meinen Schwiegereltern Ingrid und Johann Denker danke ich für die moralische und tatkräftige Unterstützung in den letzten Jahren. Ohne euch alle wäre ich nicht so weit gekommen. Vielen Dank dafür!

Lars Rölker-Denker
Ganderkesee/Oldenburg
im Mai 2018

Inhaltsübersicht

I	Einleitung und Problemstellung	17
1	Einleitung, Motivation und Aufbau der Arbeit	19
2	Rahmenbedingungen und Grundlagen der geriatrischen Versorgung	23
3	Organisationales Lernen	39
4	Kritik, Forschungsfragen und eigener Ansatz	65
II	Studie	67
5	Aufbau der Studie	69
6	Methodeninventar	73
7	Auswertung und Ergebnisse	81
8	Diskussion	105
III	Abschluss	119
9	Konklusion	121
10	Ausblick	125
IV	Anhang	127
A	Literaturverzeichnis	129
B	Literaturstudie	149
C	Erhebungsinstrumente	159
D	Erhobene Primärdaten und Kategorienbaum	171
E	Ergänzende Statistik zur deskriptiven Auswertung der MGT-Runde	193
F	Lebenslauf und Veröffentlichungen	203

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsübersicht	5
Inhaltsverzeichnis	10
Abbildungsverzeichnis	11
Tabellenverzeichnis	14
Abkürzungsverzeichnis	16
I Einleitung und Problemstellung	17
1 Einleitung, Motivation und Aufbau der Arbeit	19
1.1 Einleitung	19
1.2 Motivation	20
1.2.1 Organisationale Motivation	20
1.2.2 Informationswissenschaftliche Motivation	21
1.2.3 Versorgungsforscherische Motivation	21
1.3 Aufbau der Arbeit	21
1.3.1 Zielsetzung der Arbeit	21
1.3.2 Gang der Arbeit	22
1.3.3 Gliederung der Arbeit	22
2 Rahmenbedingungen und Grundlagen der geriatrischen Versorgung	23
2.1 Rahmenbedingungen der Geriatrie	23
2.1.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen	23
2.1.2 Politisch-rechtliche Rahmenbedingungen	24
2.1.3 Ökonomische Rahmenbedingungen	27
2.1.4 Technologische Rahmenbedingungen	28
2.2 Grundlagen der Geriatrie	29
2.2.1 Der geriatrische Patient	29
2.2.2 Geriatrische Klinik	31
2.2.2.1 Schritt 1: Geriatrisches Assessment	31
2.2.2.2 Schritt 2: Kommunikation möglicher Maßnahmen	34
2.2.2.3 Schritt 3: Definition von Behandlungszielen	34
2.2.2.4 Schritt 4: Komplexe Intervention	34
2.2.2.5 Schritt 5: Entlassungsvorbereitung	35
2.2.2.6 Schritt 6: Patientenüberleitung	35
2.2.3 Geriatrische Rehabilitation	36
2.2.4 Hausärztliche Versorgung	36
2.3 Zusammenfassung	37

3	Organisationales Lernen	39
3.1	Organisationales Lernen in der Organisationswissenschaft	39
3.2	Definitionen	40
3.2.1	Grundlegende Begriffe	40
3.2.1.1	Daten, Informationen und Wissen	40
3.2.1.2	Lernen	42
3.2.2	Definition Organisationalen Lernens	42
3.2.3	Beschreibungsdimensionen Organisationalen Lernens	43
3.2.3.1	Lernebenen	43
3.2.3.2	Lernniveaus	44
3.2.3.3	Lernformen	45
3.2.3.4	Lernlenkungsfaktoren	45
3.2.3.5	Organisationales Lernen und Wissensmanagement	47
3.2.4	Verwandte Konzepte	47
3.2.4.1	Wissensspirale von Nonaka/Takeuchi	47
3.2.4.2	Wissenszyklus Probst et al	47
3.2.4.3	Weitere Ansätze	49
3.3	Organisationales Lernen aus versorgungsforscherischer Perspektive	51
3.3.1	Grundlagen der organisationsbezogenen Versorgungsforschung	51
3.3.2	Stand der Forschung in der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung	52
3.3.2.1	Intra-organisationales Lernen	53
3.3.2.2	Inter-organisationales Lernen	57
3.3.2.3	Einflussfaktoren Organisationalen Lernens	57
3.4	Organisationales Lernen aus informationswissenschaftlicher Perspektive	58
3.4.1	Prozessmodellierung	59
3.4.2	Referenzinformationsmodellierung	60
3.5	Zusammenfassung	62
4	Kritik, Forschungsfragen und eigener Ansatz	65
4.1	Kritik	65
4.2	Forschungsfragen	65
4.3	Eigener Ansatz	66
II	Studie	67
5	Aufbau der Studie	69
5.1	Studiendesign	69
5.1.1	Einordnung in die Mensch-Technik-Organisation-Analyse nach Ulich	69
5.1.2	Einordnung in das Phasenmodell nach Campbell	70
5.2	Studienarme	71
5.2.1	Hauptarm der Studie	71
5.2.2	Nebenarm der Studie	71
6	Methodeninventar	73
6.1	Datenerhebung	73
6.1.1	Datenerhebung im Hauptarm bei t_0	73
6.1.1.1	Beobachtung	73
6.1.1.2	Interviews	74
6.1.2	Datenerhebung im Nebenarm	74
6.1.3	Datenerhebung im Hauptarm bei t_1	75
6.2	Datenquellen	76
6.2.1	Datenquellen im Hauptarm bei t_0	76
6.2.2	Datenquellen im Nebenarm	76
6.2.3	Datenquellen im Hauptarm bei t_1	78
6.3	Datenauswertungsverfahren	78
6.3.1	Datenauswertungsverfahren im Hauptarm bei t_0	78

6.3.2	Datenauswertungsverfahren im Nebenarm	79
6.3.3	Datenauswertungsverfahren im Hauptarm bei t_1	79
7	Auswertung und Ergebnisse	81
7.1	Beobachtung von Lernroutinen im Hauptarm bei t_0	81
7.1.1	Frühbesprechungen	81
7.1.2	Konsile	81
7.1.3	Multiprofessionelle geriatrische Teamrunde	82
7.2	Ergebnisse der Interviews im Hauptarm bei t_0	83
7.3	Ergebnisse der Interviews im Nebenarm	89
7.4	Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im Detail im Hauptarm bei t_1	91
7.4.1	Auswertung der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde in der zeitlichen Dimension	91
7.4.2	Auswertung der Fragebögen in der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde	93
7.4.3	Auswertung der Beobachtungen in der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde	97
7.5	Das Geriatrische Informationsflussmodell	98
7.5.1	Akteure	100
7.5.2	Informationsobjekte	101
7.5.3	Akteur-Informationsbeziehungen	101
8	Diskussion	105
8.1	Organisationale Lernroutinen	105
8.1.1	Identifizierte Lernroutinen	105
8.1.2	Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im Detail	107
8.1.2.1	Diskussion der Befragungsergebnisse	107
8.1.2.2	Diskussion der Beobachtungen	108
8.2	Einflussfaktoren	109
8.2.1	Geriatrieunspezifische Einflussfaktoren	109
8.2.2	Geriatriespezifische Einflussfaktoren	109
8.3	Diskussion des geriatrischen Informationsflussmodells	110
8.3.1	Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im geriatrischen Informationsflussmodell	110
8.3.2	Konsile im geriatrischen Informationsflussmodell	111
8.3.3	Überleitungsmanagement im geriatrischen Informationsflussmodell	111
8.3.4	Einflussfaktoren im geriatrischen Informationsflussmodell	112
8.3.5	Das geriatrische Informationsflussmodell im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell	113
8.4	Studiengüte und Studienqualität	113
8.4.1	Interne Validität	114
8.4.2	Externe Validität	115
8.4.3	Allgemeine und spezifische Aspekte zur Qualitätsbewertung	115
8.4.3.1	Allgemeine Aspekte zur Qualitätsbewertung	115
8.4.3.2	Spezifische Aspekte zur Qualitätsbewertung	116
III	Abschluss	119
9	Konklusion	121
9.1	Beantwortung der Forschungsfragen	121
9.2	Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde in der geriatrischen Versorgung	122
9.3	Offene Forschungsfragen	122
10	Ausblick	125
10.1	Weitere Anknüpfungspunkte	125
10.2	Perspektiven	126

IV Anhang	127
A Literaturverzeichnis	129
B Literaturstudie	149
C Erhebungsinstrumente	159
C.1 Erhebungsinstrumente zur Datenerhebung im Hauptarm bei t_0	160
C.1.1 Interviewleitfaden	160
C.1.2 Informationsblatt	162
C.1.3 Einwilligungserklärung	164
C.2 Erhebungsinstrumente zur Datenerhebung im Hauptarm bei t_1	165
C.2.1 Beobachtungsformular	165
C.2.2 Fragebogen	166
C.2.3 Informationsblatt	168
C.2.4 Einwilligungserklärung	169
D Erhobene Primärdaten und Kategorienbaum	171
D.1 Kategorienbaum	171
D.2 Hospitationen	172
D.3 Interviews im Hauptarm	175
D.4 Interviews im Nebenarm	190
E Ergänzende Statistik zur deskriptiven Auswertung der MGT-Runde	193
F Lebenslauf und Veröffentlichungen	203
F.1 Akademischer Werdegang	203
F.2 Außeruniversitäre Berufstätigkeit	203
F.3 Akademische Ausbildung	203
F.4 Forschungs- und Entwicklungsvorhaben	204
F.5 Tätigkeit in Fachorganisationen in den letzten 5 Jahren	205
F.6 Sitzungsvorsitze, Gutachtertätigkeiten und sonstige wissenschaftliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren	205
F.7 Auszeichnungen	205
F.8 Publikationen	205
F.9 Vorträge	208
F.10 Technische Berichte	210

Abbildungsverzeichnis

2.1	Integration einer geriatrischen Fachabteilung im Akutkrankenhaus	31
3.1	SECI-Modell nach Nonaka/Takeuchi	48
3.2	Wissenszyklus-Modell nach Probst et. al.	50
3.3	Zusammenhänge zwischen Knowledge Translation und Knowledge Mobilisation .	50
3.4	Throughput-Modell nach Pfaff/Schrapppe	51
3.5	Einfaches Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell	52
3.6	PRISMA Flowchart nach Moher et.al.	53
3.7	Input-Prozess-Output in Anlehnung an Wilhelm	59
3.8	Abstraktes Informationsmodell der onkologischen Behandlung nach Snyder et. al.	62
5.1	Studiendesign mit Hauptarm und Nebenarm	71
7.1	Legende zum Geriatrischen Informationsflussmodell	101
7.2	Geriatrisches Informationsflussmodell nach Rölker-Denker/Hein	103
8.1	MGT im GIFM	111
8.2	Konsil im GIFM	112
8.3	Überleitungsmanagement im GIFM	113
8.4	GIFM im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell (zur besseren Übersichtlichkeit nur Akteure und ohne Informationsobjekte)	114
D.1	Verwendeter Kategorienbaum	171

Tabellenverzeichnis

2.1	Aufgabenverteilung im MGT nach v. Renteln-Kruse	32
3.1	Intra-organisationale Lernroutinen nach Lipshitz/Popper	54
3.2	Zusammenfassung intra- und inter-organisationaler Lernroutinen	63
3.3	Zusammenfassung positiver und negativer Einflussfaktoren	63
6.1	Übersicht der Hospitationen in t_0	76
6.2	Rahmendaten der Hospitationen im Krankenhaus in t_0	77
6.3	Rahmendaten der Hospitationen im Rehabilitationszentrum Oldenburg in t_0	77
6.4	Übersicht der Interviews in t_0	77
6.5	Übersicht der Hospitationen der MGT-Runde in t_1	78
7.1	Frühbesprechungen auf den hospitierten Stationen in t_0	82
7.2	Zeitliche Erfassung der Frühbesprechungen auf den hospitierten Stationen in t_0	82
7.3	Eingehende Konsile	83
7.4	Ausgehende Konsile	83
7.5	Belege und Ankerzitate zur MGT-Runde	84
7.6	Individuelle Fortbildungsmaßnahmen	87
7.7	Weitere Unterstützung durch IT-Infrastruktur	88
7.8	Identifizierte intra-organisationale Lernroutinen im Nebenarm	90
7.9	Identifizierte inter-organisationale Lernroutinen im Nebenarm	92
7.10	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde in der zeitlichen Dimension	93
7.11	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der MGT-Runde	94
7.12	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der Kommunikation mit den einzelnen Professionen	94
7.13	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der eigenen Beiträge und der Beiträge der einzelnen Professionen	95
7.14	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Vorhandensein der benötigten Informationen	95
7.15	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bestärkung der eigenen Patienteneinschätzung	96
7.16	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Berechnungen zur Hinterfragung und Änderung der eigenen Patienteneinschätzung	96
7.17	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Störungen der MGT-Runde	97
7.18	Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Zeitdruck	98
7.19	Deskriptive Auswertung der Beobachtungen der MGT-Runde	99
8.1	Nachweis der identifizierten Lernroutinen	106
E.1	Bewertung der Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst	193
E.2	Bewertung der Kommunikation mit dem Pflegedienst	194

E.3	Bewertung der Kommunikation mit der Physiotherapie	194
E.4	Bewertung der Kommunikation mit der Ergotherapie	195
E.5	Bewertung der Kommunikation mit der Logotherapie	195
E.6	Bewertung der Kommunikation mit der Psychologie	196
E.7	Bewertung der Kommunikation mit dem Sozialdienst	196
E.8	Bewertung der Bedeutung der eigenen Beiträge	197
E.9	Bewertung der Bedeutung der Beiträge des ärztlichen Dienstes	197
E.10	Bewertung der Bedeutung der Beiträge des Pflegedienstes	198
E.11	Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Physiotherapie	198
E.12	Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Ergotherapie	199
E.13	Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Logotherapie	199
E.14	Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Psychologie	200
E.15	Bewertung der Bedeutung der Beiträge des Sozialdienstes	200
E.16	Hinterfragung und Änderung der eigenen Patienteneinschätzung	201
E.17	Bewertung der MGT-Runde allgemein	201
E.18	Bewertung der aktuellen MGT-Runde	202
E.19	Wichtigkeit der MGT-Runde für die Patientenversorgung	202

Abkürzungsverzeichnis

Allgemeine Abkürzungen

AA	Assistenzarzt
AAL	Active Assisted Living
ADL	Activities of Daily Living
BPMN	Business Process Model and Notation
CA	Chefarzt
CCT	Clock Completion Test
CIRS	Critical Incident Reporting System
CoP	Communities of Practice
EEG	Elektroenzephalografie
eFA	elektronische Fallakte
eGA	elektronische Gesundheitsakte
EHR	electronic health record
eKA	elektronische Krankenakte
EKG	Elektrokardiogramm
EMR	electronic medical record
ePA	elektronische Patientenakte
EV	Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
FA	Facharzt
GDS	Geriatrische Depressionsskala
GERDA	Geriatrische Datenbank
GIFM	Geriatrisches Informationsflussmodell
GZO	Geriatrisches Zentrum Oldenburg
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICF	International Classification of Functioning, Disability and Health
IEV	International Electrotechnical Vocabulary
KL	Klinikum Oldenburg
KMDL	Knowledge Modeling and Description Language
M&M-Konferenzen	Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen
MGT	Multiprofessionelles geriatrisches Team
MMSE	Mini-Mental State Examination
MPSF	Manchester Patient Safety Framework
MRVF	Projekt Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg
MTOA	Mensch-Technik-Organisation-Analyse
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum
N-VO	Nicht-Versorgungsorganisation
NHS	National Health System

PHR	Personal health record
RIM	Reference Information Model
SoS	Soziale Situation
TeamSTEPPS	Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety
TOM	Technisch-organisatorischen Maßnahmen
TUG	Timed „Up and Go“
UML	Unified Modeling Language
VO	Versorgungsorganisation

Organisationskürzel (in Literaturbelegen verwendet)

AGA	Arbeitsgruppe Geriatisches Assessment
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BIB	Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung
BVG	Bundesverband Geriatrie e.V.
BÄK	Bundesärztekammer
DES	Statistische Ämter des Bundes und der Länder (DESTATIS)
DNVF	Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung
GEB	GEBERA Gesellschaft für betriebswirtschaftliche Beratung mbH
HL7	Health Level Seven International
IEC	International Electrotechnical Commission
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KCG	Kompetenz-Centrum Geriatrie
NIW	Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.
OMG	OMG Object Management Group
SBA	Statistisches Bundesamt
SVR	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Teil I

Einleitung und Problemstellung

Einleitung, Motivation und Aufbau der Arbeit

„In health care, the concept of the learning organisation is well grounded ethically. Anything which can improve health, including understanding of optimal care delivery processes and how to improve longer term outcomes, should be seized upon to drive service improvement – but currently this occurs haphazardly.“ [FR13]

1.1 Einleitung

Der Gesundheitssektor gehört auf Grund des wissenschaftlich-technischen Fortschrittes in Medizin, Pflegewissenschaft, Medizintechnik, Medizininformatik, Pharmazie, Gesundheits- und Pflegeökonomik, Versorgungsforschung und weiteren gesundheitsbezogenen Disziplinen sowie den Wechselwirkungen zwischen diesen Domänen zu einem der wissensintensivsten Sektoren überhaupt [Rei09, S. 27 ff.]. Die Verschiebung der Behandlung vom stationären Sektor in den ambulanten Sektor, zunehmender Wettbewerb zwischen verschiedenen Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie das Aufkommen des dritten Gesundheitsstandortes „zu Hause“ verstärken diesen Trend zusätzlich [FH10a, S. 9 ff.] [FH10b, S. 199 ff.]. Der wissenschaftlich-technischen Fortschritt ist ein wesentlicher Bestandteil der Wissensgenese im Gesundheitswesen [VKR+11]. Er weist die Besonderheit auf, dass neues Wissen häufig einen additiven Charakter hat und sich zu bereits bewährten Wissen eher supplementär als komplementär verhält [SVR03, S. 42]. Hinzu kommen vielfältige Prozess- und Strukturinnovationen in Gesundheitseinrichtungen, die eine Implementierung des wissenschaftlich-technischen Fortschrittes erschweren können [Wen15, S. 98 ff.]. Flankiert wird dies von einem ausgeprägtem gesellschaftlich-politischem Wandel [PP10, S. 5 ff.], der an Akteure im Gesundheitswesen beständig neue Anforderungen formuliert.

Diese Phänomene treffen für die Geriatrie, also die Altersmedizin, im besonderen Maße zu. Sie betrachtet sich als systemische Disziplin (im Gegensatz zu hochspezialisierten Disziplinen wie bspw. der organzentrierten Medizin) und ist damit auf Wissen aus vielen verschiedenen medizinischen Disziplinen angewiesen. Zudem bindet sie viele unterschiedliche Professionen in die Behandlung ein. Zusätzlich findet die geriatrische Versorgung in verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems statt (Klinik bzw. Akutgeriatrie, geriatrische Rehabilitation, Pflegeheime, ambulanter und hausärztlicher Sektor), die über Schnittstellen miteinander verbunden sind [Ren09, S. 54 ff.]. Geriatrische Patienten sind zudem, neben Multimorbidität und Polypharmazie, auch häufig von kognitiven Defiziten betroffen, was die Selbstauskunftsfähigkeit einschränkt und somit die Informationsbeschaffung weiter erschwert. Im Zuge des demografischen Wandels der Gesellschaft nehmen die Herausforderungen in diesem Bereich zukünftig weiter zu, hier steht die Geriatrie in einem besonderen Spannungsfeld. Auf der einen Seite muss sie als medizinische Disziplin mit einer Zunahme der geriatrischen Patienten auf Grund einer alternden Gesellschaft

rechnen [DES11, S. 24 f.] (erschwert durch einen zunehmenden Anteil von Patienten mit Migrationshintergründen und einhergehenden kultur- und sprachbedingten Barrieren [BAMF12, S. 21 ff.]), auf der anderen Seite muss sie sich mit alternden Belegschaften in den Versorgungsorganisationen (VOen) und einem prognostiziertem Fachkräftemangel arrangieren [HMT+05, S. 11 ff.].

Zur erfolgreichen Bewältigung dieser Wissensarbeit stellen Wissensmanagement (als technische Komponente) und Lernende Organisationen (als organisationale Komponente) Konzepte bereit, um diesen dynamischen Umgebungen begegnen zu können. Daher werden diese Konzepte verstärkt im Zusammenhang mit dem Gesundheitswesen diskutiert. In diesem Kontext gut aufgestellte Organisationen können schneller in der Lage sein, Änderungen aus dem Umfeld anzunehmen und ggf. sogar zu antizipieren.

1.2 Motivation

1.2.1 Organisationale Motivation

Die Organisationsforschung innerhalb der Wirtschaftswissenschaften betrachtet grundsätzlich Strukturen, Regeln und Prozesse innerhalb und von Organisationen [BG10, 2f] und deren Wechselwirkungen mit Organisationsumwelten [AS15, S. 2] [Pre16, S. 9]. Aus diesen Wechselwirkungen können wiederum Veränderungen innerhalb der Organisation abgeleitet werden [KW03, S. 496 f.] [Bre06, S. 170]. Der Adaptions- und Umsetzungsprozess dieser Veränderungen kann, organisational betrachtet, verschiedenen Konzepten folgen. Das Kontinuum reicht hierbei von wohlgeplanten strukturierten Organisationsentwicklungsprozessen [ST14, S. 48 ff.] über kriseninduzierte Ansätze [Lau14, S. 29 ff.] bis hin zu Lernenden Organisationen [Wen00a, S. 29 ff.] [LFP07, S. 14 ff.]. Das Gesundheitssystem im Allgemeinen und das Erkenntnisobjekt Krankenhaus im Speziellen rückt dabei zunehmend in den Fokus der Organisationsforschung. Gerade die Organisationsform Krankenhaus kann dabei als Expertenorganisation [Hur04, S. 78 ff.] im Sinne Mintzbergs [Min80, S. 333 ff.] verstanden werden (dort: professional bureaucracy genannt). Weiterhin sind Gesundheitsdienstleistungen als forschungs- und wissensintensive Dienstleistungen zu betrachten mit einem ausgeprägtem Anteil hochqualifizierter Tätiger [NIW09] sowie hohem Grad an Koordinations- und Delegationsaufwand [FW12, S. 357 f.]. Dies summiert sich in einem stark fragmentierten und verteilten Wissensbestand im Krankenhaus [NPC+08, S. 248]. Beispielhaft für den enormen Wissensbestand führen Davenport und Glaser bereits 2002 das Feld der Inneren Medizin an mit

„almost 10,000 different diseases and syndromes, 3,000 medications, 1,100 laboratory tests, and many of the 400,000 articles added each year to the biomedical literature“ [DG02, S. 107],

Parolo et. al. identifizieren ca. 10 Millionen medizinische Publikationen bis zum Jahr 2010 [PPG+15].

Für den medizinischen Zweig der Geriatrie treffen diese Charakteristika in einem besonderen Maße zu, hier ist neben der Quantität des verfügbaren Wissens (eine einfache Abfrage in Pubmed ergab über 17.000 Publikationen mit dem Stichwort „geriatrics“ in den letzten 10 Jahren) vor allem die Fragmentierung der Wissensbestände die entscheidende Herausforderung. Verschiedene medizinische Disziplinen (unter Federführung der geriatrischen Medizin) arbeiten mit weiteren Professionen (Pflege, Therapeuten, Psychologie, Sozialdienst) zusammen, neben der Koordination der täglichen Arbeit gilt es die Wissensbestände der beteiligten Akteure in der täglichen Patientenversorgung zu verknüpfen [HPN13, S. 20 ff.]. Zusätzlich ist die geriatrische Patientenversorgung mit der Einbeziehung von geriatrischer Rehabilitation, Haus- und Fachärzten sowie, je nach Patientenkontext, auch Pflege- und Altersheimen sowie ambulanter Pflege über alle Sektoren des Gesundheitssystems verteilt [Ren09, S. 54 ff.].

Aus Sicht der organisationalen Lerntheorie existieren eine Vielzahl von intra-organisationalen Lernprozessen (u.a. [Bor00, S. 115 ff.] [LFP07, S. 25 ff.]) und inter-organisationalen Lernprozessen bzw. Netzwerklernen [Lie11, S. 98 ff.] [Sch05, S. 75 ff.]. Ziel aus organisationaler Perspektive ist

der Nachweis bereits in der Literatur definierter Prozesse sowie die Identifikation neuer Formen organisationalen Lernens in der Versorgungsrealität der geriatrischen Behandlung.

1.2.2 Informationswissenschaftliche Motivation

Die Informatik als wissenschaftliche Disziplin beschäftigt sich unter anderem mit der Informationsverarbeitung, vornehmlich durch technische [GS, S. 1] aber auch durch sozio-technische Systeme [Krc15, S. 22] bzw. sozio-technische Informationssysteme. Dies gilt insbesondere für die Informationsverarbeitung im Gesundheitswesen im Allgemeinen [WAB02, S. 476] und im Krankenhaus im Speziellen [HLK+98, S. 18]. Prozesse des organisationalen Lernens können Bestandteile dieser sozio-technischen Informationssysteme sein [Krc15, S. 96]. Zum Verständnis dieser Prozesse bedarf es einer Modellbildung, also einer vereinfachten Abbildung der Realität [BZB+13, S. 5]. Modelle stellen den Ausschnitt der Wirklichkeit dar, der für das Verständnis des Erkenntnisobjektes relevant ist [BPV12, S. 33].

Organisationales Lernen findet nicht losgelöst von den Organisationsstrukturen, -prozessen und -kulturen statt sondern ist immer mit diesen verknüpft und wird durch diese auch beeinflusst [Wen00a, S. 101 ff.]. Modellierung kann die organisationalen Lernprozesse herausarbeiten und diese Verknüpfungen und Beeinflussungen sichtbar machen [BZB+13, S. 8]. Modellierung organisationaler Lernprozesse in der Geriatrie zielt daher vornehmlich auf den Informationsfluss entlang des geriatrischen Behandlungsprozesses [HPN13, S. 68 ff.] und die Verarbeitung einzelner Informationsobjekte (Kundendaten, Patientendaten [Koc15, S. 52]) oder Wissensobjekte (personengebundenes/personenimmanentes Wissen [GF06, S. 354 f.]).

Ziel ist daher die Modellierung ausgewählter Prozesse Organisationalen Lernens in der geriatrischen Versorgung und möglicher Einflussfaktoren sowie der Entwurf eines abstrakten Informationsflussmodells.

1.2.3 Versorgungsforschende Motivation

Das Ziel der Versorgungsforschung ist die Untersuchung der

Umsetzung der Ergebnisse der klinischen Forschung in die Praxis der Gesundheitsversorgung hinsichtlich ihrer Wirkung auf Qualität und Effizienz in individueller und sozioökonomischer Perspektive [NPS+08, S. 82].

Dabei ist die Versorgungsforschung multidisziplinär ausgerichtet und fokussiert neben den klinischen Fachgebieten u.a. auch organisationale und soziologische Fragestellungen wie das Lernen innerhalb von Organisationen zur Implementierung neuer Versorgungskonzepte [PS10, S. 4 f.].

Die Organisationsbezogene Versorgungsforschung als eine Subdomäne der Versorgungsforschung fokussiert auf den VOen und der Erbringung der Versorgungsleistung innerhalb der VO. Aufgabe der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung ist die Beschreibung und Erklärung sämtlicher relevanter Strukturen und Prozesse dieser Gesundheitseinrichtungen und deren Auswirkungen auf die Kranken- und Gesundheitsversorgung [PAB+09, S. 778]. Prozesse des Organisationalen Lernens, patientenzentriert oder nicht-patientenzentriert, sind auf Grund ihrer zentralen Bedeutung für die Kommunikation innerhalb der Gesundheitseinrichtung [NNB15, S. 25 f.] dabei Bestandteile der zu untersuchenden Prozesse im Sinne der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung [Wil09b, S. 280 ff.].

Ziel ist daher die in der Organisationsforschung identifizierten intra- und inter-organisationalen Lernprozesse in der Realität der geriatrischen Patientenversorgung zu beobachten [Bac09, S. 250 ff.] und deren Bedeutung für die Patientenversorgung zu beschreiben.

1.3 Aufbau der Arbeit

1.3.1 Zielsetzung der Arbeit

Zielsetzungen dieser domänen- und disziplinenübergreifenden Arbeit sind also

1. Organisationswissenschaftliche Zielsetzung: Nachweis bereits bestehender und die Identifikation neuer Prozesse intra-organisationalen und inter-organisationalen Lernens in der geriatrischen Versorgung.
2. Informationswissenschaftliche Zielsetzung: Modellierung und Analyse ausgewählter Prozesse (aus Ziel 1) Organisationalen Lernens in der geriatrischen Versorgung.
3. Versorgungsforscherische Zielsetzung: Beobachtung der nach Ziel 2 modellierten Prozesse in der Realität der geriatrischen Patientenversorgung, deren Untersuchung und die Beschreibung der Bedeutung für die Patientenversorgung.

1.3.2 Gang der Arbeit

Leitidee der Arbeit ist es, zunächst ein grundlegendes Verständnis für die Funktionsweise der Wissensarbeit in der geriatrischen Behandlung zu entwickeln (explorativer Ansatz). Studienpartner war hier das Geriatrische Zentrum Oldenburg (GZO), das, verteilt auf drei VOen, zwei Akutgeriatrien und eine geriatrische Rehabilitation unter einheitlicher Leitung umfasst. So bestand die Möglichkeit intra- als auch inter-organisationaler Prozesse zu untersuchen.

Zunächst wurden teilnehmende Beobachtungsstudien in der Geriatrie (Akutgeriatrie und Rehabilitation) und weiteren klinischen Disziplinen (Neurologie, Chirurgie, Nephrologie) durchgeführt, die über konsiliarische Verknüpfungen einen hohen Patientenaustausch mit der Geriatrie haben. Danach wurden zwei Interviewstränge verfolgt: zunächst wurden die Beobachtungsstudien durch leitfadengestützte Interviews ergänzt, um gezielt auf Fragestellungen und Beobachtungsartefakte einzugehen. Parallel wurde zur Einordnung der geriatrischen Versorgung Experteninterviews auf Direktoriumsebene in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen durchgeführt.

Im Verlauf der Untersuchungen kristallisierten sich mehrere Organisationsroutinen heraus, die eine zentrale Rolle in der geriatrischen Akutversorgung einnehmen. Hier ist insbesondere das multiprofessionelle geriatrische Team (MGT) zu nennen, das alle Informationsflüsse bündelt, Abstimmungsprozesse vornimmt und den Behandlungsprozess steuert. Daher wurde in der zweiten Phase der Studien hier eine vertiefte Untersuchung vorgenommen. Es wurden gezielt Beobachtungsstudien in der MGT-Teamsitzung durchgeführt um die Einbettung in den Versorgungsalltag zu untersuchen und um die Besonderheiten innerhalb der Teamsitzung zu identifizieren. Diese fokussierten Beobachtungsstudien wurden durch einen Kurzfragebogen ergänzt. Zudem konnte ein Vergleich zwischen IT-gestützten und nicht IT-gestützten Verfahren in den beiden Akutgeriatrien beobachtet werden.

1.3.3 Gliederung der Arbeit

In einem ersten Schritt werden zunächst die Rahmenbedingungen für die geriatrische Versorgung dargestellt (vgl. Kap. 2.1). Rahmenbedingungen sind gesellschaftlicher (vgl. Kap. 2.1.1), politischer (vgl. Kap. 2.1.2), ökonomischer (vgl. Kap. 2.1.3) und technischer Natur (vgl. Kap. 2.1.4). Danach wird die geriatrische Versorgung skizziert (vgl. Kap. 2.2) und die Bedeutung von Informationen und Wissen in der geriatrischen Versorgung herausgearbeitet (vgl. zusammenfassend Kap. 2.3).

Im Anschluss wird der Stand der Forschung in Bezug auf das Thema dieser Arbeit in den drei betrachteten Disziplinen Organisationslehre, Informatik und Organisationsbezogener Versorgungsforschung erarbeitet (Kap. 3). Aufbauend auf den Rahmenbedingungen und dem Stand der Forschung wird dann die Problemstellung und der eigener Ansatz dargestellt (Kap. 4).

Das zur Beantwortung der Forschungsfragen notwendige Studiendesign wird in Kap. 5 beschrieben, das Methodeninventar, die Studienobjekte und Auswertungsverfahren vorgestellt (Kap. 6). Die Ergebnisse der Studienphase werden in Kap. 7 vorgestellt und in Kap. 8 diskutiert.

Die Arbeit schließt mit dem Kap. III. Es werden die Forschungsfragen mit den Studienergebnissen in den Kontext gesetzt (vgl. Kap. 9) und Ausblick und Anknüpfungspunkte für weitere Arbeiten dargelegt (vgl. Kap. 10).

Rahmenbedingungen und Grundlagen der geriatrischen Versorgung

Geriatric ist die Medizinische Spezialdisziplin, die sich mit physischen, psychischen, funktionellen und sozialen Aspekten bei der medizinischen Betreuung älterer Menschen befasst. Dazu gehört die Behandlung alter Patienten bei akuten Erkrankungen, chronischen Erkrankungen, präventiver Zielsetzung, (früh-)rehabilitativen Fragestellungen und speziellen, auch palliativen Fragestellungen am Lebensende. [HPN13, S. 8]

2.1 Rahmenbedingungen der Geriatrie

Zunächst wird die Rahmenbedingungen beschrieben, innerhalb derer Geriatrie stattfindet und die einen Einfluss auf die geriatrische Versorgung haben. Dazu sind gesellschaftliche, politisch-rechtliche, ökonomische und technologische Rahmenbedingungen.

2.1.1 Gesellschaftliche Rahmenbedingungen

An erster Stelle der Rahmenbedingungen ist im Kontext der Geriatrie der demografische Wandel zu nennen, bestehend aus der demografischen Bevölkerungsentwicklung und der Entwicklung der Privathaushalte [DES11, S. 6.]. Dem Phänomen der demografischen Bevölkerungsentwicklung und hier insbesondere dem demografischen Altern kommt hier eine besondere Bedeutung zu. Das demografische Altern kann durch mehrere Indikatoren bestimmt werden (wenn nicht anders angegeben, siehe [Ren09, S. 12 f.], u.a. sind dies:

- *Lebenserwartung*: hierunter „wird die statistisch zu erwartende durchschnittliche Anzahl der Jahre verstanden, die den Individuen einer gegebenen Population ab einem bestimmten Zeitpunkt bis zum Tode verbleiben“ [Pel11, S. 17].
- *Medianalter*: Das Medianalter teilt eine Gruppe nach dem Medianprinzip hälftig in zwei Gruppen, d.h. 50 % der Gruppe sind jünger und 50 % sind älter als das Medianalter [BIB17b].
- *Altenquotient*: dieser setzt die alte Bevölkerung (je nach Berechnung ab 60 oder 65 Jahren) in Relation zu übrigen Bevölkerung (abzüglich der Bevölkerung bis 15 oder 20 Jahre) [BIB17a].
- *Prozentanteile der Altersgruppen* an der Gesamtbevölkerung, bspw. unterteilt in die Gruppe 0-20 Jahre, 20-60 Jahre, 60 Jahre und älter.

- *Anteil der älteren Altersgruppen* Anteil der alten (70-90 Jahre), sehr alten (91-100 Jahre) und langlebigen Menschen (ab 100 Jahre, zur weiteren Differenzierung der Altersklassen in der Geriatrie vgl. Kap. 2.2).

Dafür werden im Wesentlichen zwei Prozesse verantwortlich gemacht: der Fertilitätsprozess (Rückgang der Geburtenrate) und der Mortalitätsprozess (Abnahme der Mortalität im hohen Lebensalter). Unmittelbar und kurzfristig ist insbesondere der Mortalitätsprozess als relevant zu betrachten da dieser dafür sorgt, dass innerhalb der Geriatrie eine höhere Anzahl von Patienten zu versorgen ist (zur Charakterisierung von geriatrischen Patienten vgl. Kap. 2.2). Mittelbar und langfristig ist jedoch auch der Fertilitätsprozess entscheidend, da dieser Einfluss auf die zu Verfügung stehenden Fachkräfte (medizinisch, pflegerisch, therapeutisch) hat, aber auch auf eine mögliche private Betreuungsquote und informelle Pflege in familiären Netzwerken [GS14, S. 294 ff.].

Ein weiterer demografischer Einflussfaktor ist die Entwicklung der Privathaushalte. Hier ist insbesondere der steigende Anteil von Ein- und Zweipersonenhaushalten zu nennen, ältere Personen leben zunehmend alleine oder in reinen Seniorenhaushalten. Bis 2050 werden 40% aller Haushalte von Senioren gebildet [Jus13, S. 65 f.]. Hinzu kommt die räumliche Trennung von familiären Strukturen, welche die informelle Pflege weiter erschwert. Hiervon ist dann insbesondere die Behandlung sozialer Problemkonstellationen betroffen (vgl. Kap. 2.2). Erschwerend kommt hinzu, dass in einigen Regionen Deutschlands der Anteil der älteren Bevölkerung überproportional ansteigt. Dies liegt in Wanderungsbewegungen der jüngeren Bevölkerungsanteile begründet, die vor allem aus Landesteilen wegziehen, die wenig ökonomische Zukunftsperspektiven bieten. Hiervon sind insbesondere ländliche Gebiete und Kommunen in den östlichen Bundesländern betroffen [FH07], aber auch vereinzelt ländliche Gebiete und Kommunen in den restlichen Bundesländern. Der Bevölkerungsrückgang ist dann auch mit einem Rückgang an öffentlicher Infrastruktur (ÖPNV, Kinderbetreuung, Schulen) und Gesundheitsversorgung (weniger Allgemein- und Fachärzte, Krankenhäuser) verbunden. Dies erschwert dann zusätzlich die Versorgung der älteren Bevölkerungsanteile.

2.1.2 Politisch-rechtliche Rahmenbedingungen

Der politisch-rechtliche Rahmen wird im Wesentlichen von SGB V und SGB IX gesetzt. Das SGB V regelt den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung, das SGB IX den Bereich der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen.

SGB V, §11(1), Leistungsarten: *Versicherte haben nach den folgenden Vorschriften Anspruch auf Leistungen [...] 2. zur Verhütung von Krankheiten und von deren Verschlimmerung [...] 3. zur Erfassung von gesundheitlichen Risiken und Früherkennung von Krankheiten [...] 4. zur Behandlung einer Krankheit [...]*¹

SGB V, §11(2), Leistungsarten: *Versicherte haben auch Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation sowie auf unterhaltssichernde und andere ergänzende Leistungen, die notwendig sind, um eine Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern. [...]*

SGB V, §11(4), Versorgungsmanagement/Überleitung: *Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen. Sie sind zur Erfüllung dieser Aufgabe von den Krankenkassen zu unterstützen. In das Versorgungsmanagement sind die Pflegeeinrichtungen einzubeziehen; dabei ist eine enge Zusammenarbeit*

¹Die Auslassungen beschreiben Leistungen rund um Schwangerschaft, Mutterschutz und Empfängnisverhütung.

mit Pflegeberatern und Pflegeberaterinnen nach § 7a des Elften Buches zu gewährleisten. [...]

§11 SGB V beschreibt erst einmal den grundsätzlichen Leistungsanspruch von Versicherten auf Krankenbehandlung (Absatz 1) und Rehabilitation (Absatz 2). Hierin ist dann auch der Anspruch auf geriatrische Leistungen enthalten. Die insbesondere für geriatrische Patienten wichtige Überleitung ist in Absatz 4 geregelt.

Geriatrie wurde 1972 das erste Mal gesetzgeberisch in Deutschland ermöglicht. Bei der Implementierung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der im §6 geforderten Aufstellung von Krankenhausplänen durch die Bundesländer zur bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung wurde es möglich, auch geriatrische Versorgung anzubieten. Danach wurde Geriatrie hauptsächlich unter dem Aspekt der Rehabilitation betrachtet. 2004 wurden dann auch geriatrispezifische Fallpauschalen eingerichtet und die Geriatrie war damit auch in der akutstationären Versorgung etabliert. Auf Grund der Zuständigkeit der Bundesländer hinsichtlich der Gesundheitsversorgung existieren in Deutschland unterschiedliche Konzepte zur geriatrischen Versorgung [GEB10, S. 20 f.] [HPN13, S. 66]. Dennoch gibt es aus der Sozialgesetzgebung einige bundeseinheitliche Regelungen die hier kurz vorgestellt werden sollen.

SGB V, §39(1), Krankenhausbehandlung: Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. [...] Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. [...]

SGB V, §39(1a), Krankenhausbehandlung: Die Krankenhausbehandlung umfasst ein Entlassmanagement zur Unterstützung einer sektorenübergreifenden Versorgung der Versicherten beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung. [...] Der Versicherte hat gegenüber der Krankenkasse einen Anspruch auf Unterstützung des Entlassmanagements nach Satz 1; soweit Hilfen durch die Pflegeversicherung in Betracht kommen, kooperieren Kranken- und Pflegekassen miteinander. [...]

§39(1) SGB V erlaubt die Leistungserbringung in den verschiedenen Erbringungsformen im Spektrum von vollstationär bis ambulant, wie sie in den einzelnen Bundesländern zu finden ist. Auch die für die Geriatrie wichtige Frührehabilitation (vgl. Kap. 2.2.2) hat in diesem Absatz die rechtliche Grundlage. Das MGT in der Geriatrie lässt sich durch den Anspruch auf Heilmittel herleiten [Neu15d, S. 16]. §39(1a) SGB V formuliert den Rechtsanspruch auf ein Entlassmanagement, das in der geriatrischen Behandlung benötigt wird.

SGB V, § 40 (1), Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in § 11 Abs. 2 beschriebenen Ziele zu erreichen, erbringt die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach § 111c besteht; dies schließt mobile Rehabilitationsleistungen durch wohnortnahe Einrichtungen ein. Leistungen nach Satz 1 sind auch in stationären Pflegeeinrichtungen nach § 72 Abs. 1 des Elften Buches zu erbringen.

SGB V, § 40 (2), Leistungen zur medizinischen Rehabilitation: Reicht die Leistung nach Absatz 1 nicht aus, erbringt die Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer nach § 20 Abs. 2a des Neunten Buches zertifizierten Rehabilitationseinrichtung, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht; [...]

§40(1) SGB V ist zunächst einmal die wesentliche rechtliche Grundlage für Rehabilitation überhaupt. Sie ermöglicht auch die für Geriatrie wichtige Erbringung von Rehabilitationsleistungen in Wohnortnähe oder in Pflegeeinrichtung. In Kombination mit §40(2) SGB V wird dann auch das Postulat von „ambulant vor stationär“ begründet. Allerdings enthalten §39 SGB V und §40 SGB V auch unterschiedliche Modelle der Rehabilitation, die dann in den jeweiligen Gesetzgebungen der Bundesländern spezifiziert werden müssen [Neu15d, S. 17].

SGB IX, § 1, Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft: *Behinderte oder von Behinderung bedrohte Menschen erhalten Leistungen nach diesem Buch und den für die Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetzen, um ihre Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu fördern, Benachteiligungen zu vermeiden oder ihnen entgegenzuwirken. Dabei wird den besonderen Bedürfnissen behinderter und von Behinderung bedrohter Frauen und Kinder Rechnung getragen.*

SGB IX, § 2 (1), Behinderung: *Menschen sind behindert, wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.*

SGB IX, § 4 (1), Leistungen zur Teilhabe: *Die Leistungen zur Teilhabe umfassen die notwendigen Sozialleistungen, um unabhängig von der Ursache der Behinderung 1. die Behinderung abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern, 2. Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten sowie den vorzeitigen Bezug anderer Sozialleistungen zu vermeiden oder laufende Sozialleistungen zu mindern, [...] 4. die persönliche Entwicklung ganzheitlich zu fördern und die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft sowie eine möglichst selbständige und selbstbestimmte Lebensführung zu ermöglichen oder zu erleichtern.*

Mit SGB IX setzt der Gesetzgeber die International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) der Weltgesundheitsorganisation in deutsches Recht um und stellt somit den Anspruch auf Rehabilitation und Teilhabe dar. Auch wird insbesondere in SGB IX §4 geregelt, dass Rehabilitation nicht zur Wiedereingliederung und Teilhabe am Arbeitsmarkt genutzt wird sondern davon losgelöst für alle Menschen verfügbar ist [Neu15d, S. 17 f.].

SGB IX, § 9 (1), Wunsch- und Wahlrecht der Leistungsberechtigten: *Bei der Entscheidung über die Leistungen und bei der Ausführung der Leistungen zur Teilhabe wird berechtigten Wünschen der Leistungsberechtigten entsprochen. Dabei wird auch auf die persönliche Lebenssituation, das Alter, das Geschlecht, die Familie sowie die religiösen und weltanschaulichen Bedürfnisse der Leistungsberechtigten Rücksicht genommen; [...]*

§9 SGB IX zielt dann auf die individuellen Lebensumstände ab und ermöglicht neben der klassischen medizinischen Rehabilitation, die häufig nicht in Wohnortnähe stattfinden kann, weitere Verfahren wie ambulante oder mobile Rehabilitationsverfahren, die eher in Wohnortnähe möglich sind (vgl. auch dazu Kap. 2.2.3). Wohnortnahe Rehabilitationsmaßnahmen versprechen gerade bei geriatrischen Patienten einen größeren Erfolg und sind auch besser an die konkrete Situation des Rehabilitanden skalierbar [Neu15d, S. 18].

Weitere rechtliche Rahmenbedingungen betreffen Fragen der Pflegebedürftigkeit (§ 14 SGB XI Begriff der Pflegebedürftigkeit) und deren Ausprägungen (§ 15 SGB XI Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument) sowie dem Betreuungsrecht (§ 1896ff. BGB). Hinzu kommt dann schon wie erwähnt die Landesgesetzgebung mit der konkreten Ausgestaltung der geriatrischen Versorgung. Einen aktueller Überblick (Stand 2016) findet sich in [BVG16]. Es

bleibt daher festzuhalten, dass es nicht die eine geriatrische Gesetzgebung gibt, sondern dass viele unterschiedliche Gesetze und Richtlinien die geriatrische Versorgung bestimmen und diese untereinander teilweise auch in Konkurrenz stehen (vgl. die Ausführungen zur geriatrischen Rehabilitation in Kap. 2.2.3).

2.1.3 Ökonomische Rahmenbedingungen

Die akutstationäre und die rehabilitative Finanzierung unterscheiden sich grundsätzlich. Für den akutstationären Bereich gelten zunächst die Bedingungen der dualen Krankenhausfinanzierung, d.h. Investitionen werden aus Steuereinnahmen von Bund und Ländern finanziert und die Betriebsausgaben werden von Nutzern und Kostenträgern (Krankenkassen und andere) übernommen. Voraussetzung für steuerfinanzierte Investitionszuwendungen bei Krankenhäusern ist die Aufnahme in den jeweiligen Landeskrankenhausplan [BR05, S. 88 f.]. Die Betriebsfinanzierung erfolgte bis 2003 über tagesgleiche Pflegesätze und ab 2004 dann über eine Fallpauschalenvergütung (engl. diagnosis related groups, DRG), d.h. für eine vergleichbare Leistung (bestehend aus Haupt- und Nebendiagnosen sowie durchgeführten Prozeduren) erhalten die Leistungserbringer für jede DRG ein Relativgewicht welches dann mit dem Landesbasisfallwert multipliziert die Vergütung ergibt. Ziel war es, eine Reduktion der Liegezeiten und damit auch der entstehenden Kosten zu erreichen. Um die Liegezeiten durch DRG besser steuern zu können, wurde eine untere und obere Grenzverweildauer definiert und bei Unterschreiten der unteren Grenzverweildauer (sogenannte blutige Entlassung) Abschläge bzw. bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer (sogenannte Langlieger) Zuschläge verrechnet. Zu- und Abschläge sind aber so kalkuliert, dass diese erlösmindernd wirken, um Liegezeiten zu optimieren. Dies wird bei einer Liegezeit um die mittlere Verweildauer erreicht [WS05, S. 48 ff.], d.h. das DRG-System bietet einen Anreiz zur Verringerung der Liegezeiten, auch wenn nach unten durch die untere Grenzverweildauer Einschränkungen gesetzt sind.

Durch die gegebene Kostenstruktur einer Krankenbehandlung, die einen hohen Fixanteil an Personalkosten aufweist, verläuft diese gerade bei Disziplinen ohne operativen Anteil mit der Verweildauer nahezu proportional und eine Erlössteigerung durch Liegezeitenreduktion ist nur schwer zu realisieren. Aus medizinischer Sicht kommt hinzu, dass gerader geriatrische Patienten auf Grund ihrer speziellen Situation wenig Potential auf Liegezeitenreduktion bieten. Die geriatrisch-relevanten Prozeduren sind daher mit entsprechend großzügigeren Mindestverweildauern kalkuliert [BVG16, S. 45 f.].

In der Rehabilitation ist hingegen ein monistisches Finanzierungssystem implementiert, Betriebskosten und Investitionen werden aus den Vergütungssätzen finanziert. Diese ergeben sich aus tagesgleichen Pflegesätzen, die auf Einrichtungsebene modifiziert werden können, bspw. hinsichtlich Behandlungsdauer [BVG16, S. 50 f.].

Im Zusammenhang mit diesen abrechnungsrelevanten Rahmenbedingungen ist auch eine Betrachtung der Kostenstruktur von Dienstleistungen im Allgemeinen und Gesundheitsdienstleistungen im Speziellen angezeigt. Auf Grund der hohen Personalintensität der Dienstleistungserbringung sind in diesem Bereich wenig Optimierungspotentiale hinsichtlich Produktivitätssteigerungen möglich, wie dies bspw. in der industriellen Fertigung möglich ist. Einige Ausnahmen hierzu werden im nächsten Abschnitt zu technologischen Rahmenbedingungen ausgeführt. Hinzu kommen kontinuierliche Kostensteigerungen durch die Entwicklung des Lohnniveaus, sodass insgesamt das Kostenniveau im Dienstleistungsbereich kontinuierlich steigt und, bei gleichbleibendem Ergebnis, die Produktivität sinkt. Wird nun versucht durch Steigerung des Ergebnisses, bspw. durch eine Erhöhung der Patientenzahlen, diese Produktivitätsverluste wieder zu kompensieren sinkt die Qualität und die Fehlerwahrscheinlichkeit steigt. Dieses Phänomen ist auch als Baumol'sche Kostenkrankheit bekannt.

„[...] it is difficult to reduce the time needed to perform certain tasks without also reducing the quality of their product. If we try to speed up the work of surgeons, teachers, or musicians, we are likely to get shoddy heart surgery, poorly trained students, or a very strange musical performance. [...] A disturbing moral of the story is that the products most vulnerable to the cost disease include some of the most vital attributes of civilized communities: health care, education, the arts, police protection, and street cleaning, among others.“ [Bau12, S. 23 ff.]

Diese Faktoren führen auch zu einer verstärkten Konzentration auf dem Krankenhausmarkt, d.h. Krankenhäuser fusionieren zunehmend miteinander um durch Verbundeffekte Kostenvorteile bei Personal, Verwaltung und Einkauf zu erzielen [Ost17]. Neben privaten Krankenhausgruppen entstehen zunehmend auch kommunale Verbände und Fusionen zwischen kommunalen, konfessionellen und privaten Häusern.

Als weitere Herausforderung kann das gewandelte Verhältnis vom Patienten-Leistungserbringer zum Kunden-Leistungserbringer genannt werden. Wiesen Patienten früher den Leistungserbringern, und hier insbesondere den Ärzten gegenüber, ein Informationsdefizit auf, so hat sich dieser Informationsvorsprung heute in Folge zunehmender Informationsmöglichkeiten deutlich verkleinert. Patienten treten heute selbstbewusster gegenüber Ärzten und anderen Leistungserbringern auf und wollen in Entscheidungsprozesse involviert werden [CGW97]. Ältere Patienten sind häufig aber noch eher unsicher im Umgang mit Shared Decision Making und vertrauen dem Arzt eher als jüngere Patienten [BC14]. Hier treten dann, sofern vorhanden, die Angehörigen als selbstbewusste Gesprächspartner auf und wollen involviert werden. Gleichzeitig vertrauen Patienten und Angehörige aber auch vermehrt unvollständigen, ungenauen oder gar falschen Informationen aus frei zugänglichen Quellen, insbesondere Internetquellen [Le+14], diese müssen dann vom Arzt argumentativ widerlegt werden [TC11]. Dies führt dazu, dass sich Leistungserbringer ganz neuen Herausforderungen hinsichtlich Kundenmanagement stellen müssen und bspw. gezwungen sind, Öffentlichkeitsarbeit zu leisten um sich von konkurrierenden Leistungserbringern zu differenzieren [NS14, S. 21 ff.].

2.1.4 Technologische Rahmenbedingungen

Trotz des ausgeprägten Dienstleistungscharakters geriatrischer Versorgung und dem damit gegenüber anderen medizinischen Disziplinen vergleichsweise hohem Personalanteil der Dienstleistung, gibt es einige technologische Entwicklungen welche die geriatrische Versorgung aktuell beeinflussen und auch zukünftig weiter beeinflussen werden. Dies trifft vor allem auf die zunehmende Digitalisierung in der Medizin zu, die sich sowohl in den chirurgischen als auch in den konservativen Fächern und damit eben auch in der Geriatrie manifestiert. Digitalisierung in der Medizin wird getrieben durch den Fortschritt in den Feldern der Informations- und Kommunikationstechnik und Medizintechnik bzw. deren Verknüpfung [Thu15]. Dazu zählen Fortschritte auf dem Gebiet der Telemedizin, automatisierter Assessments, Datenintegration und die Erschließung der Häuslichkeit als Gesundheitsstandort.

Telemedizinisch sind insbesondere Telerehabilitation und Telekonsile zu nennen. Telerehabilitation versteht die gezielte Unterstützung bei chronischen Erkrankungen, Medikamentenmanagement und dem Langzeitmonitoring bzw. Assessment [BM13, S. 1 ff.]. Die Anwendungsfelder entsprechen hier recht präzise der Charakterisierung des geriatrischen Patienten (siehe ausführlich dazu Kap. 2.2.). Telekonsile in der Geriatrie können hilfreich sein, um zum einen geriatrischen Patienten ressourcenaufwändige Verlegungen zu ersparen und zum anderen die geriatrische Versorgung in der Fläche zumindest zu unterstützen [EM13]. Gerade die Versorgung in ländlichen Bereichen mit einem hohen Anteil älterer Bevölkerungsgruppen (vgl. Kap. 2.1.1) kann über telemedizinische Angebote aufrechterhalten werden. Telemedizinische Versorgungskonzepte in ländlichen Bereichen beschränken sich noch auf etablierte Angebote wie Telemonitoring bei Herzinsuffizienzpatienten, Teleradiologie und regionale Schlaganfallnetzwerke [BSS+15]. Auch in diesen Bereichen können geriatrische Patienten profitieren, weitere Bereiche kommen aber eher zögerlich hinzu und befinden sich noch in der Pilotierung, wie Projekte zur Erhöhung der Medikamentencompliance bei Mangelernährung [KBK+12] oder multimedikamentierten Patienten [Sch+08].

Geriatrische Assessments können auf Grund der technischen Entwicklung zunehmend automatisiert werden und weisen zudem durch verbesserte technische Verfahren eine erhöhte Aussagekraft aus. Als Beispiel sei auf das Timed „Up and Go“ (TUG) Verfahren verwiesen. Hierbei wird im klassischen Verfahren mittels manuell betätigter Stoppuhr die Geschwindigkeit gemessen, die ein Proband benötigt um sich von einem Stuhl zu erheben, eine kurze Wegstrecke inkl. 180-Grad-Drehung zu gehen und sich wieder zu setzen, benötigt [PR91]. Neuere technische Verfahren mittels unter dem Stuhl montierten Laserscannern ermöglichen neben der

automatisierten Durchführung und der Objektivierung des Verfahrens die Erfassung zusätzlicher Parameter wie Gang- und Balanceanalyse und eine Verlagerung des Assessments von der Klinik in die Häuslichkeit und damit verbunden eine Kontinuität der Messungen [Fre12, S. 195 ff.]. Weitere Verfahren zielen auf die Messung physischer Aktivität über Geschwindigkeiten beim Raumwechsel in der Häuslichkeit über Hausautomationssensoren [DSS+16]. Diese neuen Verfahren stellen nach einer Entlassung in die Häuslichkeit eine qualitativ wertvolle Ergänzung zur Bestimmung des Outcomes² einer geriatrischen Behandlung dar.

Ein weiterer Aspekt ist die Integration und Bereitstellung von medizinischen und gesundheitsrelevanten Informationen in unterschiedlichen elektronischen Aktenformaten, die zunehmend die papierbasierten Akten in VOen ablösen. Diese Akten bauen typischerweise aufeinander auf und können mit fortschreitender Integration auch zwischen VOen innerhalb und zwischen Sektoren verknüpft werden. Innerhalb einer VO existieren zumeist zwei Aktentypen: eine elektronische Fallakte (eFA, engl. electronic medical record (EMR)), die alle relevanten Informationen einer konkreten Behandlung beinhaltet, und eine elektronische Krankenakte (eKA), die alle eFAs eines Patienten in einer VO beinhaltet. Zusätzlich gibt es elektronische Patientenakten (ePA, engl. electronic health record (EHR)), die organisationsübergreifend, zumeist in Verbänden, genutzt werden³. Elektronische Gesundheitsakten (eGA, engl. personal health record (PHR)) sind zunehmend aufkommende Akten, die patientenzentriert ausgelegt sind und der Eigentümer selbst relevante Gesundheitsinformationen eintragen kann [HLF+11]. Dies kann entweder händisch wie bspw. bei Ernährungsgewohnheiten, Eigenmedikamentierungen und Patientenverfügungen geschehen oder automatisiert über Wearables [SSR+17] oder im Rahmen von Active Assisted Living (AAL) Lösungen (siehe nächster Absatz) implementiert sein. Hier liegen für die Geriatrie vielversprechende Informationsquellen, da gerade hier ein erhöhter Informationsbedarf vorhanden ist und auch im Rahmen der Anamnese bzw. des geriatrischen Assessments erhoben wird (vgl. Kap. 2.2.2.1).

Automatisierte Assessments und die Datenintegration ermöglichen und unterstützen die Erschließung der Häuslichkeit als weiteren Gesundheitsstandort im Rahmen von AAL über die bereits am Markt etablierten Heil- und Hilfsmittel hinaus ab [FH10a]. Das Kontinuum der Assistenz reicht von niedrigschwelligen Angeboten wie Erinnerungsassistenten [MKP+12] oder Komfortfunktionen aus dem Gebiet der Hausautomation über diagnostische Ansätze wie im vorangegangenen Absatz geschildert, dann jedoch mit dem Fokus auf Erkennung von schleichenden Verschlechterungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen, Mobilitätseinschränkungen [IH16] oder dem Erkennen einer akuten Notfallsituation, bis hin zu einer voll ausgerüsteten Pflegewohnung, die intensiv- oder palliativmedizinische [Mül+13] Betreuung anbietet und Unterstützung einzelner oder mehrerer Roboter [BFC+16] beinhaltet. Für eine Integration dieser AAL-Konzepte sind Interoperabilitätskonzepte notwendig, die eine Integration verschiedener Komponenten und die Kommunikation über unterschiedliche Systeme hinweg ermöglichen [EHR14] [REH14]. Diese Konzepte zielen auf die gesellschaftlichen Entwicklungen in der Haushaltssituation der alternden Bevölkerung (vgl. Kap. 2.1.1). Durch die zunehmende Bedeutung des Haushalts als Gesundheitsstandort wird sich auch die geriatrische Versorgung auf diese Veränderungen einstellen müssen.

2.2 Grundlagen der Geriatrie

2.2.1 Der geriatrische Patient

Geriatrie kann zunächst als Altersmedizin beschrieben werden. Jedoch ist das Lebensalter alleine kein Kriterium für die Einstufung als geriatrischer Patient. Vielmehr wird der geriatrische Patient über eine „multifaktorielle Problemkonstellation“ definiert, d.h. nicht alleine das kalendarische Alter ist entscheidend für eine geriatrische Behandlung, sondern eine Kombination aus nachfolgenden Kriterien [HPN13, S. 8 ff.]:

- *Lebensalter*: Wie bereits beschrieben, ist das Lebensalter kein alleiniges Kriterium für die Geriatrie. Folgende Altersklassen können unterschieden werden [Ren09, S. 12]:

²Vgl. zu der Output-Outcome-Thematik ausführlich Kap. 3.3.1.

³Hier ist zu beachten, dass die Begriffe nicht immer konsistent verwendet werden und eKAs manchmal auch als ePAs benannt werden.

- 51-60 Jahre: alternder Mensch
- 61-75 Jahre: älterer Mensch
- 76-90 Jahre: alter Mensch
- 91-100 Jahre: sehr alter Mensch
- Über 100 Jahre: langlebiger Mensch oder Centenarians, über 105 Jahre auch Super-Centenarians

Geriatrische Patienten sind typischerweise in der Altersklasse über 70 Jahre zu finden, d.h. im Durchleben der Altersklasse 'älterer Mensch' wird geriatrischer Behandlungsbedarf notwendig [Sch14, S. 22 f.] und ab einem Alter von ca. 80 Jahre, also der Altersklasse 'alter Mensch' profitiert diese Patientengruppe im besonderen Maße von der geriatrischen Behandlung [HPN13, S. 8].

- *Multimorbidität (Mehrfacherkrankung)*: Multimorbidität liegt vor, wenn ein Patient an 3 oder mehr Erkrankungen gleichzeitig leidet. Geriatrische Patienten hingegen leiden nicht selten an 10 oder mehr Erkrankungen [Neu15b, S. 11]. Typische Erkrankungen im Alter sind neurologische Erkrankungen (Schlaganfall, Demenz), kardiologische Erkrankungen (Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit, arterielle Hypertonie, Vorhofflimmern), Osteoporose, Frakturen und Alterstraumatologie, Amputation und Prothesenversorgung, Delir, Depression, Gerontostomatologie, Diabetes mellitus, Erkrankungen des rheumatologischen Formenkreises sowie Hygiene und Umgang mit Problemkeimen [NLL+15, S. 209]. Multimorbide Patienten sind daher häufig instabil und es reichen geringfügige Anlässe, wie körperliche und/oder psychosoziale Belastungen sowie Veränderungen in der Medikation, um homöostatische Gleichgewichte (Wasserhaushalt, Blutdruck, Mobilität) kollabieren zu lassen [Ren09, S. 66].
- *Chronizität (langwieriger Krankheitsverlauf)*: Chronische Erkrankungen begleiten einen Patienten über einen langen Zeitraum, den geriatrischen Patienten in der Regel lebenslang. Daher kann in der Regel auch keine vollständige Genesung (Restitutio ad integrum) angestrebt sondern eine Optimierung des Gesundheitszustandes unter den gegebenen Umständen (Restitutio ad optimum) [Neu15b, S. 11 f.]. Chronizität betrifft ca. 80% der Krankheiten des geriatrischen Patienten [HPN13, S. 10].
- *Polypharmazie (Multimedikation)*: Multimorbidität in Verbindung mit Chronizität leitet dann unmittelbar über in die Polypharmazie. Polypharmazie liegt dann vor, wenn fünf oder mehr Medikamente (verschriebene Medikation und Selbstmedikation) parallel eingenommen werden [Sch14, S. 26 f.]. Ab dieser Stufe ist dann auch keine sichere Aussagen mehr über mögliche Wechselwirkungen der einzelnen Medikamente mehr möglich. Resultierende Nebenwirkungen können dann wiederum erhöhte Sturzgefahr, Delir, Ernährungsprobleme und Inkontinenz sein, also Erscheinungen die typischerweise auch altersindiziert sind [NS15, S. 326 f.].
- *Störungen der funktionalen und kognitiven Fähigkeiten*: Eine Folge des natürlichen Alterungsprozesses und der erworbenen Krankheiten können umfangreiche Störungssymptommatiken sein, u.a. der Mobilität, der Kommunikation und der Alltagskompetenzen. Zur Bewältigung steht im Behandlungsprozess ein umfangreiches Therapeutenteam bereit (Physio-, Logo- und Ergotherapie) [HPN13, S. 11 f.].
- *Probleme der Krankheitsverarbeitung (Coping)*: Auf Grund der geriatrischen Behandlungsprämisse des Restitutio ad optimum spielt die Bewältigung von Krankheitsfolgen eine wichtige Rolle im Behandlungsprozess. Mit Krankheitsbewältigung (auch Coping genannt) werden die Bemühungen bezeichnet, die bestehenden oder zu erwartenden Belastungen einer Krankheit zu reduzieren, auszugleichen oder zu verarbeiten. Bearbeitungsprozesse sind dabei primär innerpsychischer, also emotionaler und kognitiver, Natur [KB16, S. 30 f.]. Geriatrische Patienten haben häufig Probleme in der Krankheitsbewältigung, die durch Zukunftsängste, vollständige Fokussierung auf die Erkrankung und den Umgang mit einem möglichen Lebensende geprägt sind [HPN13, S. 13]. Krankheitsbewältigungsstrategien sind ein wichtiges Element zur Wahrnehmung von Partizipation und Teilhabe und daher entscheidend für den Behandlungserfolg [DRG+09].

- *Soziale Problemkonstellationen:* Zusätzlich zu den medizinisch-motivierten Problemkonstellationen können sozial-motivierte Problemstellungen kommen (vgl. Kap. 2.1.1), welche die geriatrische Behandlung ungleich komplexer gestalten. Insbesondere die Phase nach klinischer und rehabilitativer Behandlung ist hier zu planen, da häufig auf Grund fehlender familiärer Netzwerke die Pflegesituation als kritisch zu betrachten ist [Sch14, S. 30]. Auch die Wohnsituation ist zu betrachten, hier gilt es räumliche Barrieren zu identifizieren und ggf. Abhilfe zu schaffen (baulich und/oder technisch, vgl. Kap. 2.1.4). Soziale Problemkonstellationen können mittels sozialer Assessments identifiziert werden [NSB+94].

2.2.2 Geriatrische Klinik

Der Behandlungsprozess in der klinischen, akut-stationären geriatrischen Versorgung wird vom MGT durchgeführt. Ihm gehören an der ärztliche Dienst, Pflege, Therapeuten (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Masseur/ medizinische Bademeister), Sozialdienst, Psychologie, Ernährungsberatung, Seelsorge und ehrenamtliche Helfer. Die Aufgabenverteilung im MGT ist in Tab. 2.1 dargestellt.

Im nachfolgenden wird nun der idealtypische geriatrische Behandlungsprozess in der akutstationären Versorgung dargestellt.

2.2.2.1 Schritt 1: Geriatrisches Assessment

Der geriatrische Behandlungsprozess beginnt in der Regel mit der Aufnahme in eine geriatrische Fachabteilung, die über unterschiedliche Zugänge erreicht werden kann. Es besteht die Möglichkeit einer Direkteinweisung, bspw. über den Haus- oder Facharzt, es kommt zu einer Verlegung nach Behandlung in der Notaufnahme oder es kommt zu Verlegung zur Weiterbehandlung aus einer anderen akutmedizinischen Fachabteilung (vgl. Abb. 2.1). In der Notaufnahme wird in der Regel ein geriatrisches Screening durchgeführt, bspw. das Kurzscreening nach Lachs et.al. [LFC+90]. Geschieht die Verlegung aus einer anderen Fachabteilung, geht in der Regel ein geriatrisches Konsil voraus. Der eigentliche geriatrische Behandlungsprozess beginnt dann mit dem geriatrischen Assessment.

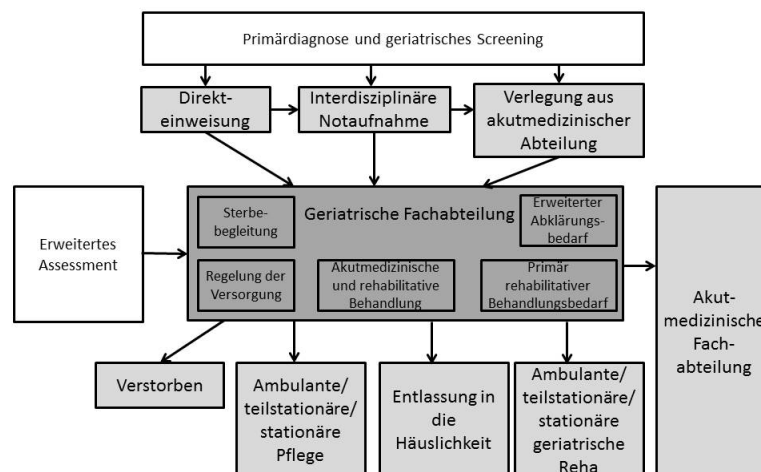


Abbildung 2.1: Integration einer geriatrischen Fachabteilung im Akutkrankenhaus nach und in Anlehnung an [Ren09, S. 55]

Tabelle 2.1: Aufgabenverteilung des geriatrischen Behandlungsteams nach v. Renteln-Kruse [Ren09, S. 51 ff.]

Ärztlicher Dienst	medizinische Diagnostik und Therapie, Indikationsstellung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen, Leitung der gemeinsamen Dokumentation, Integration und Bewertung der Diagnostik, Diagnosenstellung, Beurteilung des Behandlungsverlaufs, Leitung des therapeutischen Teams, Dasein als konstante Bezugsperson für Patient und Angehörige, Beratung, ärztliche Dokumentation und Dialog mit Kostenträgern
Pflege	pflegerische Beurteilung des Funktionsstatus bei Alltagsaktivitäten der Patienten, die fortlaufende Krankenbeobachtung, die Pflegeplanung und die Durchführung von Grundpflege auf der Grundlage aktivierender Konzepte, rehabilitative Pflege (Erhaltung und Förderung des Selbstpflegepotenzials), Behandlungspflege, Unterstützung von Angehörigen durch Beratung und Anleitung, im stationären Bereich 24-stündige pflegerische Verantwortung (Grundlage des therapeutischen Milieus) und Begleitung bis zum Tod
Physiotherapie	Prävention, z. B. von Erkrankungen des Bewegungsapparats, der Schmerzlinderung und der Wiedererlangung funktioneller Bewegungsmöglichkeiten, medizinische Trainingstherapie unter Anwendung spezieller Trainingsgeräte zur gezielten Kräftigung von Muskeln bzw. Muskelgruppen, Hilfsmittelversorgung sowie Patienten- und Angehörigenberatung
Ergotherapie	Verbesserung körperlicher und geistiger Funktionen durch gezielte therapeutisch-konstruktive Aktivitäten, Training alltagspraktischer Fertigkeiten und das Training erweiterter Tätigkeiten etwa in Form von Küchen- oder Citytraining, Hilfsmittelberatung, -anpassung und -training, Hausbesuche, Wohnungsanpassungen sowie Beratung von Patienten und Angehörigen
Logopädie	Diagnostik und Therapie von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Zur Anwendung kommen z.T. lerntheoretische und kommunikationstheoretische Behandlungskonzepte. Ziele sind z. B. Verbesserung von Sprachverständnis und Sprachproduktion sowie Lesen und Schreiben. Ein weiterer wichtiger Bereich ist die Diagnostik und Behandlung von Kau- und Schluckstörungen. Auch Erkrankungen im orofazialen Bereich und im Kehlkopfbereich werden logopädisch behandelt
Masseure/ medizinische Bademeister	Durchführung verschiedener Massageformen, die manuelle Lymphdrainage, die Anwendung von Thermo-, Elektro-, Hydro- und Balneotherapie. Behandlungsziele sind z. B. Schmerzlinderung, Verbesserung der Durchblutung, Abbau von Schwellungen, Tonusregulierung zur Förderung von Beweglichkeit und Elektrostimulation zur Behandlung peripherer Nervenschädigungen
Sozialdienst	Patienten- und Angehörigenberatung durch klärende und unterstützende Gespräche zur Krankheits- und Konfliktbewältigung und in sozialmedizinischen Fragen. Sozialarbeiter/-pädagogen sind häufig entscheidend beteiligt an der Planung der Entlassungsvorbereitung durch Beratung und Vermittlung sowie Klärung der Kosten ambulanter Hilfen und stationärer Versorgung
Psychologie	Diagnostik und Therapie neuropsychologischer Störungen (vorwiegend mit psychometrischen Testverfahren) im Bereich Intelligenz, Gedächtnis, Aufmerksamkeit, Raumverarbeitung, Praxis, Problemlösungsfähigkeit und Planungsvermögen, therapeuten- und computergestützte Therapien, psychotherapeutische Gespräche, Beratungen von Angehörigen
Ernährungs- beratung	Ernährungsberatung und Schulung von Patienten und Angehörigen, Erstellung von Rezepten, Speisepläne und Nährwertberechnungen, Beratung von Küchen bei der Planung, Organisation und Kontrolle spezieller Kostformen, praktische Übungen mit Patienten in der Lernküche, Beratung von Patienten mit Kau- und Schluckstörungen und deren Angehörigen bezüglich geeigneter Kostformen (Aufklärung über geeignete und ungeeignete Kost, Möglichkeiten der Andickung von Flüssigkeiten)
Seelsorge	Durchführung von Gottesdiensten, geistliche und anteilnehmende Begleitung von Patienten und Angehörigen, Beratung von Mitarbeitern bei persönlichen oder ethischen Fragestellungen, Besuch von Kranken und Hilfe bei der Krankheitsverarbeitung, Beistand von Sterbenden und Angehörigen.
Ehrenamtliche Helfer	Allgemeine Hilfe für Patienten wie Besuchsdienste, Lotsendienste, Patientenbibliothek.

„Das Geriatriche Assessment ist ein standardisierter, multidimensionaler, interdisziplinärer Prozess mit dem Ziel, die medizinischen, psychosozialen und funktionalen Probleme und Defizite sowie die bestehenden Kapazitäten zu erkennen und einen umfassenden Therapie-, Rehabilitations- und Betreuungsplan zu entwickeln.“ [FG08, S. 38]

Als Leitfaden hat die Arbeitsgruppe „Geriatriches Assessment“ bereits 1995 eine Reihe von bestehenden Verfahren und Instrumenten zum Geriatrichen Assessment zusammengefasst [AGA95]. Die ausgewählten Verfahren und Instrumente bilden dabei die vielfältigen Aspekte eines geriatrischen Patienten ab. Es ist dreistufig ausgelegt und gliedert sich in die Bereiche strukturierte geriatrische Anamnese, Basisassessment und problemorientiertes Assessment [FG08, S. 42 ff.]. Die erste Stufe wird durch das bereits eingeführte Screening nach Lachs et.al. [LFC+90] abgedeckt und dient einer zügigen Ersteinschätzung. Das Basisassessment ist umfangreicher, die einzelnen Bestandteile sind:

- *Erfassung der Alltagsfähigkeit*: Diese Erfassung dient dazu, den Patienten hinsichtlich seiner grundlegenden Alltagsfähigkeiten, wie Nahrungsaufnahme, Körperhygiene oder Ankleiden, zu beurteilen. Für diese sogenannten „Activities of Daily Living“ (ADL) wird der Barthel-Index [MB65] empfohlen. Eine erweiterte Beurteilung ist durch die Analyse der instrumentellen Aktivitäten des täglichen Lebens möglich, den sogenannten „Instrumental Activities of Daily Living“ (IADL). Hierzu gehören Aktivitäten die über die ADLs hinausgehen wie Einkaufen, Kochen, Telefonieren, Haushaltsführung, Wäsche, Medikamenteneinnahme, Benutzung von Verkehrsmitteln oder das Tätigen von Geldgeschäften [LB69]. Beide Instrumente sind in Fragebogenform und können durch das Pflegepersonal und Angehörige (ADL-Score, Barthel-Index) oder durch mit dem Patienten und den Angehörigen (IADL-Score) durchgeführt werden [FG08, S. 43].
- *Mini-Mental State Examination (MMSE)*: Der MMSE wird für eine erste schnell Einschätzung der kognitiven Fähigkeiten genutzt [FFM75]. Er weist allerdings Schwächen bei der Früherkennung von Demenzen auf [FG08, S. 44].
- *Clock Completion Test (CCT)*: Dieser relativ einfach durchzuführende Test, bei dem der Proband eine Uhr zeichnen muss, kann auf eine beginnende Demenz hinweisen [WAB93].
- *Geriatrische Depressionsskala (GDS)*: Die GDS ist eine speziell für geriatrische Patienten adaptierte Depressionsskala und weist eine hohe Sensibilität auf [YBR+83]. Sie kann auch sehr gut für eine Verlaufskontrolle genutzt werden [FG08, S. 44].
- *Soziale Situation (SoS)*: Der SoS von Nikolaus et.al. [NSB+94] dient insbesondere der Therapie- und Entlassungsplanung und umfasst Items wie Sozialkontakte, wirtschaftliche Verhältnisse und Wohnsituation [FG08, S. 45].
- *TUG*: Der TUG [PR91] wurde bereits eingeführt (vgl. Kap. 2.1.4) und eignet sich zur Erfassung des Sturzrisikos. Er simuliert das Aufstehen bspw. von der Toilette und ist dabei neuromuskulären Untersuchung überlegen, die bei der Sturzrisikountersuchung häufig unauffällig und den direkten Beobachtungen unterlegen sind [FG08, S. 44 f.].
- *Mobilitätstest „Balance & Gait“*: Dieser Test [Tin86], häufig als Tinetti-Test bezeichnet, zielt ebenfalls auf die Erfassung des Sturzrisikos. Er hat mehr Parameter als der TUG (Mobilität, Balance, Stand, Gangbild), ist dafür aber auch aufwändiger in der Durchführung [FG08, S. 44].
- *Handkraftmessung*: Die Handkraftmessung nach Philipps [Phi86] zielt auf die Erkennung von Muskelschwäche, welche einer der wichtigsten Prädikatoren für die Überlebenschance ist [Neu15b, S. 154].
- *Ernährungszustand*: Mangelernährung ist bei geriatrischen Patienten weit verbreitet und mit Funktionalitätseinbußen und Gesundheitsrisiken assoziiert. Für die Erfassung des Ernährungszustandes stehen verschiedene Assessmentverfahren zur Verfügung [BKS10], bspw.

das umfangreiche Mini Nutritional Assessment (MNA) [GVG94] mit der entsprechenden Kurzform (engl. short-form) MNA-SF [RHS+01].

Die dritte Stufe, das problemorientierte Assessment, ist krankheitsspezifisch und bedient sich dann dieser spezialisierten Verfahren, die nicht zwingend geriatrispezifisch sind und hier daher nicht weiter ausgeführt werden.

2.2.2.2 Schritt 2: Kommunikation möglicher Maßnahmen

Nach Durchführung des geriatrischen Assessments und des Vorliegens aller notwendigen Befunde wird über die mögliche Therapie und Unterstützungsmaßnahmen diskutiert. Dieser Prozess geschieht unter Einbeziehung aller Professionen und im Anschluss auch unter Einbeziehung der Patienten und der Angehörigen [Neu15a, S. 86]. Unter Einbeziehung der spezifischen Situation geriatrischer Patienten (vgl. Kap. 2.2.1) wird dieser Prozess durch mögliche funktionale, insbesondere kognitive, Störungen, Probleme in der Krankheitsverarbeitung und soziale Problemlagen, hier insbesondere fehlende Angehörige, erschwert.

2.2.2.3 Schritt 3: Definition von Behandlungszielen

Behandlungsziele in der Geriatrie stellen sich grundsätzlich anders da als in anderen akutmedizinischen Disziplinen. Da Geriatrie in der Regel nicht die vollständige Heilung anstrebt sondern eine Optimierung des Gesundheitszustandes unter gegebenen Umständen (vgl. Kap. 2.2.1), ist auch die Definition eines ultimativen Behandlungszieles nicht typisch für die Geriatrie. Vielmehr werden in den unterschiedlichen Dimensionen geriatrischen Handelns Behandlungsziele formuliert, diese stehen nicht für sich alleine sondern beeinflussen sich gegenseitig. Auch sind unterschiedliche Fortschritte in den einzelnen Bereichen möglich und es kann darauf nötig sein, Behandlungsziele anzupassen. Ebenso wird in diese Phase der Behandlung das Entlassungsziel festgelegt und die Behandlung daraufhin ausgerichtet [Neu15a, S. 87 f.].

2.2.2.4 Schritt 4: Komplexe Intervention

Der vierte Schritt beinhaltet dann die eigentliche Behandlung. Als eine komplexe Intervention wird eine „mehrdimensionale Intervention“ verstanden [Neu15a, S. 88], es sind also mehrere Professionen, und unter Umständen auch Disziplinen, beteiligt. Alle beteiligten Professionen führen die von ihnen mit Blick auf die definierten Behandlungsziele notwendigen Interventionen durch. Dabei ist die sonst in der Akutmedizin zeitliche Trennung von kurativer, rehabilitativer, präventiven und sozial-flankierenden Maßnahmen aufgehoben. Es werden also schon während des Klinikaufenthaltes ggf. benötigte Hauspflagedienste und Hilfsmittel organisiert und deren Benutzung trainiert, Wohnraumanpassungen (baulicher oder zunehmend auch technischer Art, vgl. Kap. 2.1.4) oder sogar die Unterbringung in Pflegeeinrichtungen (dauerhaft oder Kurzzeitpflege) können veranlasst werden. Auch ist die Kommunikation mit dem ambulanten Bereich notwendig, um eine nahtlose Anschlussbetreuung zu gewährleisten. Eventuell auftretende Verschlechterungen des Gesundheitszustandes können die Anpassung der Intervention und der Behandlungsziele erfordern [Neu15a, S. 88 f.]. Die Kommunikation während der Intervention findet sowohl in täglicher Abstimmung im Rahmen der üblichen Frühkonferenzen als auch in der wöchentlichen multiprofessionellen geriatrischen Teambesprechung bzw. Teamrunde (im weiteren Verlauf der Arbeit MGT-Runde genannt) statt. Insbesondere ist die MGT-Runde der zentrale Diskussions- und Abstimmungsort, da hier alle Professionen regelhaft zusammenkommen [NNB15, S. 25 ff.].

Eine Besonderheit in der geriatrischen Klinik ist die frührehabilitative Behandlung, d.h. es wird bereits im Krankenhaus mit der Rehabilitation begonnen. Dies ist gerade bei geriatrischen Patienten besonders wichtig, da bei längeren Bettphasen der Muskelabbau schneller vorangeht als bei jüngeren Patienten und damit einhergehend ein Funktionsverlust eintreten kann. Zudem ist die Wiedererlangung der Funktionsfähigkeit im hohen Alter ungleich schwieriger als in jüngeren Lebensalter [Neu15d, S. 16].

Auch Entscheidungen über einen mögliche Therapieabbrüche oder -begrenzungen können notwendig werden, was aber nicht bedeutet, dass keine ärztlichen und pflegerischen Handlungen mehr getätigt werden. Vielmehr ist dies dann mit dem Übergang von der geriatrischen in die palliative Versorgung und dem Beginn einer palliativen Therapie verbunden. Auch diese

Entscheidungen werden multiprofessionell und interdisziplinär getroffen und mit dem Patienten und ggf. Angehörigen diskutiert und entschieden [Gos08, S. 261 ff.].

2.2.2.5 Schritt 5: Entlassungsvorbereitung

Im Konzept des rehabilitativen Behandlungsprozesses beginnt die Entlassungsvorbereitung eigentlich schon mit der Aufnahme und dem Assessment, die Intensität der Entlassungsvorbereitung nimmt dann kontinuierlich zu. Eine genaue Trennung ist daher schwierig und es kommt zu Wechselwirkungen beider Schritte. Grundsätzlich ist zu gewährleisten, dass die mit dem Patienten erarbeiteten Ressourcen und Konzepte aus der Klinik in die Häuslichkeit übertragen werden können. Die Entlassungsvorbereitung ist im Rahmen des Versorgungsmanagements gesetzlich vorgeschrieben (vgl. dazu Kap. 2.1.2). Zur Entlassungsvorbereitung gehören nach Neubart [Neu15a, S. 89 f.]:

- *Diagnostisch-therapeutischer Hausbesuch*: Gemeinsam mit Patienten und/oder Angehörigen besuchen Teile des Behandlungsteams (zumeist Sozialdienst und/oder einer der Therapeuten) die Häuslichkeit und es wird untersucht, ob die bereits erzielten Behandlungsfortschritte und die sozial-flankierenden Maßnahmen zueinander stimmig sind und ob ggf. Behandlungsziele angepasst werden müssen.
- *Probeentlassung oder Belastungsurlaub*: Hier wird der Patient für einen kurzen Zeitraum, meist über eine Nacht, in die Wohnumgebung entlassen und es können weitere wichtige Erkenntnisse gewonnen werden. Auch hier kann eine Anpassung der Behandlungsziele notwendig werden.
- *Optimierung der Hilfsmittelversorgung*: Auch diese Optimierungen werden multiprofessionell und interdisziplinär getroffen [HPN13, S. 80]. Der Grundsatz ist dabei „So viel wie nötig und so wenig wie möglich“. Eine Unterversorgung mit Hilfsmitteln ganz zu Komplikationen führen, eine Überversorgung die Aktivitäten zur Erlangung und Bewahrung der Selbstständigkeit vermindern. Auch die Schulung mit Hilfsmitteln für Patienten und/oder Angehörige noch während des Klinikaufenthaltes ist anzustreben, damit es nicht zu Fehlbedingungen oder Nicht-Nutzung kommt.
- *Checkliste zur Entlassungsvorbereitung*: Eine Checkliste zur Entlassungsvorbereitung wird empfohlen. Dabei ist hier dann der Übergang in den Schritt der Patientenüberleitung ebenso fließend wie der Übergang von Intervention in die Entlassungsplanung. Bestandteil einer Entlassungscheckliste beginnen bei recht trivialen Dingen (wurde der Patient/Angehörige über die Entlassung informiert), beinhalten aber auch Aspekte wie Bereitstellung der Hilfsmittel, Versorgung mit Medikamenten bis zum nächsten Arztbesuch (wichtig bei Entlassungen zum Wochenende), Transport des Patienten und Empfang in der Häuslichkeit.

Auch die Vorbereitung des Überganges von geriatrischer Versorgung in die palliative Versorgung, bspw. Palliativstation oder Hospiz, ist hier verankert [Pin08, S. 459 ff.].

2.2.2.6 Schritt 6: Patientenüberleitung

Die Patientenüberleitung schließt die akutgeriatrische Behandlung ab und stellt den Transfer aus der Klinik in die nachsorgenden Bereiche (Rehabilitation, Pflegeheim, Häuslichkeit) sicher. Alle im Entlassungsmanagement geplanten Aktivitäten werden durchgeführt. Das Überleitungsmanagement verbindet die Akteure der geriatrischen Versorgung über Sektorengrenzen hinweg. Ziel ist die Verstetigung der in der akutstationären Versorgung entwickelten Konzepte und Strategien [Neu15a, S. 96 f.] und die Vermeidung von Versorgungsbrüchen [BLR12, S. 2 ff.]. Überleitung ist im Rahmen des Versorgungsmanagements gesetzlich vorgeschrieben (vgl. dazu Kap. 2.1.2). Überleitungsmanagement ist idealerweise interdisziplinäres Überleitungsmanagement und soll in beide Richtungen implementiert sein:

- *Ambulant nach stationär*: Welche Informationen braucht der stationäre Akteur bei Patientenaufnahme für eine optimale Behandlung/Versorgung?
- *Stationär nach ambulant*: Welche Informationen braucht der ambulante Akteur bei Aufnahme für eine optimale Nachsorge?

2.2.3 Geriatrische Rehabilitation

Das generelle Ziel von Rehabilitation ist zunächst die

Ermöglichung der gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben und die Selbstbestimmung [...] [Bor12, S. 155].

Im Gegensatz zur kurativen Behandlung steht also nicht die vollständige Heilung im Vordergrund, sondern vielmehr trotz chronischer Erkrankungen die Leistungsfähigkeit zu erhalten und auszubauen. Im Fokus steht also die Behandlung von Krankheitsfolgen und nicht die Erkrankung selber [GW00, S. 45 f.].

Geriatrische Patienten sind eine besonders vulnerable Patientengruppe, bei ihnen besteht ein erhöhtes Risiko durch Erkrankungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens eingeschränkt oder abhängig von Hilfe zu werden. Geriatrische Rehabilitation zielt zudem neben dem Erhalt und Ausbau der Leistungsfähigkeit und Selbstbestimmtheit auf die Verhinderung oder Verzögerung von Pflegeabhängigkeit [Ren09, S. 185 ff.].

Ähnlich wie in der geriatrischen Klinik ist auch die geriatrische Rehabilitation geprägt von multiprofessioneller Arbeit und auch die bereits beschriebenen Prozessschritte lassen sich, wenn auch in leicht abgewandelter Form und unter rehabilitativen Gesichtspunkten, wieder finden. Hier arbeiten ebenfalls unter ärztlicher Leitung die Pflege, Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, Psychologie und der soziale Dienst zusammen. Es erfolgt ein Eingangsassessment (Schritt 1) und die Rehabilitationsziele werden definiert (Schritt 3). Die Kommunikation möglicher Maßnahmen (Schritt 2) findet in der Rehabilitation nicht in der Form statt wie in der stationären Geriatrie, da mit Aufnahme des Patienten in die Rehabilitation bereits ein stabilerer Zustand erreicht ist. Ein regelmäßiger Austausch findet in der Regel wöchentlich statt und dient der Verlaufskontrolle und der Definition neuer Rehabilitationsziele (Wechselwirkungen zwischen Schritt 3 und Schritt 4). Es stehen grundsätzlich die gleichen Assessmentwerkzeuge wie in der stationären Behandlung zur Verfügung, somit ist auch eine Verlaufskontrolle über die Sektorengrenzen hinweg möglich. Angehörige werden, wenn möglich, in den Rehabilitations- und Entlassungsprozess einbezogen. Im Rehabilitationsprozess können sie die Rehabilitanden motivieren und somit den Rehabilitationsprozess beschleunigen, eine Einbindung und Schulung in die therapeutischen Maßnahmen ist sinnvoll. [Pil05, S. 241 ff.]. Analog zur stationären Behandlung ist auch in der geriatrischen Rehabilitation der Entlassungsprozess frühzeitig zu planen (Schritt 5) und eine Erfassung der häuslichen Situation angezeigt, auch in Hinblick auf die zu definierenden Rehabilitationsziele. Auch die weitere Betreuungssituation ist im Rahmen des Schnittstellenmanagements zu organisieren, hierbei sind formelle (bspw. Pflegedienste, Hausärzte, Sozialstationen) und informelle Hilfen (hauptsächlich durch Angehörige und andere soziale Netzwerke wie Nachbarschaft etc.) zu orchestrieren (Schritt 6) [Pil08, S. 572].

Geriatrische Rehabilitation kann unterschiedlich organisiert werden, dabei gilt wenn möglich das Postulat der Wohnortnähe. Dies ist begründet u.a. in der bereits im Rahmen des Schnittstellenmanagements erwähnten Einbeziehung formeller und informeller Netzwerke sowie der möglicherweise notwendigen Umorganisation des Wohnumfeldes des Rehabilitanden (Umbau hinsichtlich Barrierefreiheit und Assistenzsystemen, Umzug in andere Wohnformen). Je nach Verfügbarkeit kann geriatrische Rehabilitation dann in einer stationären Rehabilitationseinrichtung, einer geriatrischen Tagesklinik oder in Form von ambulanter Rehabilitation oder zunehmend auch mobiler Rehabilitation, also in der Wohnung des Rehabilitanden [Neu15c, S. 61 f.].

2.2.4 Hausärztliche Versorgung

Der dritte wichtige Akteur in der geriatrischen Versorgung ist der Hausarzt, er ist für die Primärversorgung der Patienten zuständig. Dabei ist es unerheblich, ob der Patient in der eigenen Häuslichkeit lebt oder in einem Pflegeheim [Man08, S. 339 f.]. Dabei befindet sich das hausärztliche Berufsbild in den letzten Jahren in einem Veränderungsprozess. War die hausärztliche Versorgung früher davon geprägt, dass der Hausarzt zunächst alleine diagnostiziert und therapiert hat (sog. „Allround-Doktor“), tritt er heute vermehrt als Lotse und Berater im Gesundheitssystem auf und kooperiert mit Fachärzten (Sekundärversorgung) und dem stationären Bereich (Tertiärversorgung) [BDG+06, S. 2 f.]. Gegenüber der nicht-geriatrischen

Primärversorgung weist die geriatrische Primärversorgung einige Besonderheiten auf, die sich in drei Phasen einteilen lassen [FSH06, S. 382 ff.]:

- *Phase 1, Übergang vom Erwerbsleben in das Rentenalter:* in dieser Phase geht es zunächst um die allgemeine hausärztliche Versorgung, allerdings beginnt hier auch schon Prävention für die Zeit im Ruhestand. Hausärztliche Versorgung besteht hier dann auch aus der Aktivierung der Patienten und dem Schutz vor möglicher sozialer Isolierung. Ältere Erwerbstätige werden hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit beraten.
- *Phase 2, Alterstypische Krankheiten, Behinderungen und Hilfebedarf:* Der Übergang in die zweite Phase ist fließend und beginnt dann mit den ersten alterstypischen Erkrankungen und Behinderungen sowie gesteigertem Hilfebedarf. In diese Phase fallen auch häufig die Verluste des Partners und es beginnt eine Zeit der Umorientierung. In dieser Phase drohen häufig Depressionen, die frühzeitig erkannt werden müssen. Manchmal ist der Übergang in die zweite Phase auch mit einer akuten Erkrankung (Schlaganfall, Herzinfarkt, Sturz) verbunden und es bedarf einer zügigen Umorientierung hinsichtlich Wohnsituation und Hilfebedarf.
- *Phase 3, Abhängigkeit, Pflegebedarf und Sterbebegleitung:* Die letzte Lebensphase ist dann häufig geprägt von Abhängigkeit und Pflegebedarf. Der Hausarzt muss in dieser Zeit vermehrt Hausbesuche tätigen [Kri11] und der Fokus liegt vermehrt auf psychosozialen Problemlagen, da körperliche Funktionen nur schwer wieder hergestellt werden können. Es findet häufig ein Umzug aus der Häuslichkeit in eine stationäre Einrichtung statt, zumindest aber wird die pflegerische Betreuung zu Hause stark ausgebaut. Je nach Schwere der Erkrankungen und Beeinträchtigungen können nun auch palliative Therapien [Pin08] und Sterbebegleitung in den Fokus treten [KSS+06].

Das geriatrische Assessment ist auch in der Hausarztpraxis ein wichtiges Instrument, jedoch noch nicht so weit verbreitet wie in der stationären und rehabilitativen Versorgung [TWH+12]. Der Fokus in der hausärztlichen Versorgung sollte auf Früherkennung von Demenz, Depression und Sturzgefahr liegen, weiterhin sind Assessments sinnvoll bei der Einschätzung des Rehabilitationspotenzials. Es wird daher ein reduziertes Assessment bestehend aus Barthel-Index, TUG, MMSE, GDS und SoS empfohlen [Hil14]. Auch das sog. manageable geriatric assessment (MAGIC) wurde unter diesem Gesichtspunkt entwickelt und soll die Identifikation geriatrischer Patienten im hausärztlichem Alltag erleichtern [JDK16] [AWMF17].

2.3 Zusammenfassung

Geriatrie ist in hohem Maße interdisziplinär und multiprofessionell, wie wenige andere Disziplinen findet die geriatrische Versorgung über Organisations- und Sektorengrenzen hinweg statt. Daraus resultiert ein erhöhter Koordinationsaufwand zwischen den einzelnen Akteuren, der über das Überleitungsmanagement kanalisiert wird. Weiterhin ist das Umfeld der Geriatrie ein sehr dynamisches und komplexes System mit vielen verschiedenen Faktoren gesellschaftlicher, politischer, ökonomischer und zunehmend auch technologischer Natur, die auf die Versorgung Einfluss haben.

Abschließend ist festzuhalten, dass auf Grund der Charakteristika des geriatrischen Patienten, der Vielzahl an beteiligten Akteuren und Professionen sowie der zur Verfügung stehenden Assessmentwerkzeuge im geriatrischen Behandlungsprozess eine Vielzahl von Informationen verarbeitet werden müssen. Durch möglicherweise eingeschränkte Selbstauskunftsfähigkeiten der Patienten und fehlende Angehörige wird dieser Prozess ungleich schwieriger.

Geriatrie ist also eine informations- und wissensintensive medizinische Disziplin, der geriatrische Versorgungsprozess ein informations- und wissensgetriebener Prozess. Eine Betrachtung im Fokus des Organisationalen Lernens bietet sich hier an. Wie Informationen und Wissen verarbeitet werden, insbesondere unter dem Schlagwort Organisationales Lernen, ist Bestandteil des folgenden Kapitels.

Organisationales Lernen

Organizational learning is a competence that all organizations should develop [Arg94, S. 1]

3.1 Organisationales Lernen in der Organisationswissenschaft

Organisationales Lernen ist ein Erkenntnisobjekt der Organisationswissenschaft. Vor einer Begriffsdefinition des Organisationalen Lernens ist es daher zunächst wichtig, den Kontext innerhalb der Organisationswissenschaft kurz darzustellen. Gegenstand der Organisationswissenschaft ist die Erklärung des Aufbaus und der Funktionsweise von Organisationen. Organisationen können grundsätzlich institutionell und instrumentell unterschieden werden. Der institutionelle Organisationsbegriff versteht Organisationen als soziale Systeme, die zielgerichtet und arbeitsteilig sind, darauf resultierend über ein Regel- und Stellengefüge verfügen und zur Organisationsumwelt abgrenzbar sind [Vah15, S. 18], "*das Unternehmen **ist** eine Organisation*" [Bre06, S. 7]. Der instrumentelle Organisationsbegriff hingegen fokussiert auf die (effiziente) Führung von Organisationen und beinhaltet alle Regelungen einer Organisationen [Vah15, S. 16], "*das Unternehmen **hat** eine Organisation*" [Bre06, S. 7]. Neben diesen beiden grundsätzlichen Perspektiven existiert eine Vielzahl organisationstheoretischer Ansätze, da eine singuläre Organisationstheorie immer nur einen Ausschnitt der Organisationsrealität beschreiben kann.

*Organisationstheoretische Ansätze dienen dem Zweck, die Ziele, die Entstehungsgeschichte, die Funktionsweise und den Wandel von Organisationen zu **erklären** und zu **verstehen**. Sie gehen jeweils von einem ganz bestimmten Vorverständnis von Organisationen aus und betrachten die Realität selektiv, dass heißt ausschnittthaft. [Vah15, S. 25]*

Neben diesen singulären Organisationstheorien⁴ ist der Transformationsprozess von Organisationen ein weiteres Teilgebiet der Organisationswissenschaft. Dynamische Organisationsumwelten (wie beispielhaft für den Bereich der geriatrischen Versorgung in Kap. 2.1 skizziert) lösen in Organisationen Veränderungsprozesse aus [KW10, S. 376 ff.]. Dies wird in der Organisationswissenschaft als organisationaler Wandel bezeichnet [Bre06, S. 170 ff.]. Die konventionelle, gesteuerte Form des organisationalen Wandels ist dann die Organisationsentwicklung [Ner14, S. 160 ff.]. Organisationsentwicklung ist gekennzeichnet durch einen langfristigen und wohlgeplanten Prozess, der die Organisation als Gesamtheit betrifft und die Betroffenen einbezieht. Hauptaugenmerk der Organisationsentwicklung ist die Problemlösungsfähigkeit einer Organisation und nicht die simple Produktivitätssteigerung.

⁴Eine gute Einführung in den Bereich der Organisationstheorien bieten Kieser/Ebers [KE14].

Weitere Formen des konventionell-gesteuerten organisationalen Wandels sind Business (Process) Reengineering [Har15, S. 50 ff.], Lean Management [Zol13, S. 5 ff.] und Total Quality Management [Rot14, S. 65 ff.], allesamt Unterformen des Change Management als Bestandteil des strategischen Managements [Ner14, S. 160].

Im Gegensatz dazu steht mit dem Organisationalen Lernen eine grundsätzlich andere Form des organisationalen Wandels zur Verfügung. Organisationales Lernen beschreibt die Fähigkeit einer Organisation zur Fehleridentifikation und Fehlerkorrektur sowie zur Veränderung der organisationalen Wissensbasis mit dem Fokus auf Problemlösungs- und Handlungskompetenzen [Vah15, S. 429]. Organisationale Wissensbasen und das darin enthaltene Wissen bestehen dabei unabhängig vom Individuum und verbleiben dauerhaft in der Organisation. Organisationale Wissensbasen können dabei Organisationsleitbilder, Struktur- und Prozessregelungen, Informations- und Kommunikationssysteme sowie Organisationskulturen sein [Bre06, S. 180 ff.].

Grundlegende Unterscheidungsmerkmale des Organisationalen Lernens gegenüber der Organisationsentwicklung und Change Management sind [Vah15, S. 429 ff.]:

- *Zeitliche Dimension:* Organisationsentwicklung und Change Management sind zeitlich befristet zu betrachten, es gibt einen Start- und einen Endzeitpunkt. Organisationales Lernen hingegen ist als kontinuierlicher Prozess zu verstehen.
- *Problemdimension:* Organisationsentwicklung und Change Management werden durch eine konkrete Problemstellung ausgelöst und bezieht sich genau auf diese Problemstellung, während Organisationales Lernen die generelle Veränderung adressiert.
- *Steuerungsdimension:* Organisationsentwicklung und Change Management werden zentral gesteuert (durch Organisationsleitung, Stabsstellen, Projektteams, externe Berater etc.), während Organisationales Lernen dezentral in allen Organisationsbereichen geschieht und dabei durchaus autonom von zentralen Leitungsstellen passiert.
- *Kompetenzdimension:* Die notwendigen Kompetenzen für Organisationsentwicklung und Change Management werden nur ganz bestimmten internen und/oder externen Klienten zugeordnet, während beim Organisationalen Lernen diese Kompetenz grundsätzlich allen Organisationsmitgliedern zugebilligt wird.

3.2 Definitionen

Zunächst sind nun einige grundlegende Definitionen zum weiteren Verständnis von Organisationalem Lernen notwendig, insbesondere vor dem Hintergrund des domänenübergreifenden Ansatzes, da die Vokabulare in den einzelnen Wissenschaftsdomänen unterschiedlich sind [LL14, S. 83 ff.]. Daher sollen im Folgenden die für das Verständnis von Organisationalen Lernen notwendige grundlegende Begriffe dargestellt werden, bevor das Organisationale Lernen und der Forschungsstand ausführlich erarbeitet wird.

3.2.1 Grundlegende Begriffe

3.2.1.1 Daten, Informationen und Wissen

Vergleiche: wissen und sage:

- wieviele *m* hoch der Mont-Blanc ist -
- wie das Wort 'Spiel' gebraucht wird -
- wie eine Klarinette klingt.

Wer sich wundert, daß man etwas wissen könnte, und nicht sagen, denkt vielleicht an einen Fall wie den ersten. Gewiß nicht an einen wie den dritten. [Wit01, 619|793]

Die Begriffe Daten, Information und Wissen stehen in einem engen Zusammenhang miteinander und bauen aufeinander auf.

Daten Daten bestehen aus Zeichen, die *in einen regelbasierten Zusammenhang* [Krc15, S. 11] gebracht sind. Passend dazu finden sich im International Electrotechnical Vocabulary (IEV) folgende Definitionen:

reinterpretable representation of information in a formalized manner suitable for communication, interpretation, or processing [IEC16, IEV ref 101-12-03, Mathematics]

information represented in a manner suitable for automatic processing [IEC16, IEV ref 701-01-11, Telecommunications, channels and networks]

Informationen Informationen bestehen aus kontextangereicherten Daten, die Daten erhalten dadurch eine Bedeutung [Krc15, 11f]. Dazu finden sich im IEV folgende Definitionen:

knowledge concerning objects, such as facts, events, things, processes, or ideas, including concepts, that within a certain context has a particular meaning [IEC16, IEV ref 101-12-01, Mathematics]

intelligence or knowledge capable of being represented in forms suitable for communication, storage or processing [IEC16, IEV ref 701-01-01, Telecommunications, channels and networks]

Wissen Wissen entsteht aus der Vernetzung verschiedener Informationen miteinander [Krc15, S. 12]. Es können dabei verschiedene Arten von Wissen unterschieden werden [AL01, S. 113], für das Verständnis von Organisationalem Lernen sind aber insbesondere das implizite und das explizite Wissen wichtig.

Implizites Wissen Wie im Eingangszitat von Wittgenstein deutlich wird, ist nicht alles Wissen darstellbar sondern kann auch personenimmanent vorhanden sein (vgl. [Wit01, 619|793]). Hierunter sind dann insbesondere Fertigkeiten, Fähigkeiten und Erfahrungen zu verstehen, die sich durch eigenständige Handlungen gebildet und gefestigt haben [NT95, S. 59]. Die Schwierigkeit der Darstellbarkeit impliziten Wissens wird am Eingangsbeispiel der Klangfarbe einer Klarinette deutlich und lässt sich gut durch die Feststellung Polanyis zusammenfassen:

Wir können mehr wissen als wir sagen können [Pol66, S. 4]

Explizites Wissen Im Gegensatz zu impliziten Wissen ist explizites Wissen hingegen darstellbar, systematisiert und reproduzierbar [Wah96, S. 172 f.] und wird daher manchmal auch als kodifiziertes Wissen bezeichnet [Kim13]. Beispielhaft seien hier wissenschaftliche Erkenntnisse genannt, die über Veröffentlichungen kommuniziert werden können [Krc15, S. 662]. Die Zusammenhänge zwischen impliziten und expliziten Wissen beschreiben Nonaka und Takeuchi in ihrem Modell der Wissensspirale [NT95] [NT12] (vgl. dazu ausführlich Kap. 3.2.4.1).

Im Kontext des Gesundheitssystems ist Wissen nicht nur explizites Wissen, welches beispielsweise in Leitlinien oder Behandlungspfaden kodifiziert ist, sondern häufig implizites Wissen und Erfahrungswissen und schwierig zu explizieren ist [RMC+12, S. 3].

Knowledge is not just formal evidence produced through randomized controlled trials (RCTs), which becomes codified into national guidelines; knowledge is often tacit, and embedded in practice. [RMC+12, S. 3]

3.2.1.2 Lernen

Lernen⁵ beschreibt den Prozess, der durch Erfahrungen eine langfristige Änderung des Verhaltens- und Wissenspotentials erzeugt [KK12, S. 11 f.]. Dieser Prozess ist dabei eine bewusste oder unbewusste Handlung, jedoch kein biologischer Reife- oder Alterungsprozess [Wol14, S. 64 f.]. Auslöser für Lernen kann dabei eine neue Erfahrung, Problemstellung oder Krise sein, durch die eine Diskrepanz zwischen aktuellem Wissen und benötigtem Wissen festgestellt wird [FB15, S. 12]. Lernen kann dabei sowohl Erkenntnisobjekt der theoriebildenden Disziplinen sein, wie Pädagogik, Philosophie oder Neurowissenschaft oder Erkenntnisobjekt der Anwendungsfächer wie der Wirtschaftswissenschaften. Hier sind als Teildisziplinen dann insbesondere die Personalentwicklung und die Organisationswissenschaft mit dem Organisationalen Lernen zu nennen.

3.2.2 Definition Organisationalen Lernens

Zum Organisationalen Lernen (manchmal auch als Organisationslernen bezeichnet, engl. organizational/organisational learning) existieren unterschiedliche Definitionen. Im Folgenden werden zunächst einige Definitionen dargestellt.

Organizational learning involves the detection and correction of error. When the error detected and corrected permits the organization to carry on its present policies or achieve its present objectives, then that error-detection-and-correction process is single-loop learning. Double-loop learning occurs when error is detected and corrected in ways that involve the modification of an organization's underlying norms, policies and objectives. [AS78, S. 3]

Organizational learning means the process of improving actions through better knowledge and understanding. [FL85, S. 803]

Organisationales Lernen ist der Prozess der Schaffung und stetigen Weiterentwicklung der organisationalen Wissensbasis. [BG02, S. 387]

Mit der ganzheitlichen Bewältigung von Anforderungen in Organisationen über das individuelle Lernen hinaus beschäftigt sich das Konzept des organisationalen Lernens. Entscheidend dabei ist, dass nicht nur einzelne Organisationsmitglieder lernen, sondern die Organisation als Ganzes in die Lage versetzt wird, die neuen Umweltbedingungen zu antizipieren. Organisationales Lernen ist ein Weg, überkommene Organisationsstrukturen aufzubrechen und in Richtung neuer Organisationsformen zu entwickeln bzw. die existierenden neuen Organisationsformen den sich wandelnden Umweltbedingungen anzupassen. [PRW03, S. 502]

Organisationales Lernen bedeutet mehr als die Verbreiterung der Summe des Wissens der Organisationsmitglieder. Individuelles Wissen wird in der Organisation gespeichert und somit im organisationalen System verankert. [Bre06, S. 181]

Das Konzept des Organisationslernens versucht folglich nicht, konkrete Lösungen zu erarbeiten oder bestimmte Ergebnisse zu erreichen. Vielmehr zielt es darauf ab, die Problemlösungsfähigkeit und Handlungskompetenz sowohl der Gesamtorganisation als auch ihrer Mitglieder kontinuierlich zu erweitern und sie dazu zu befähigen, aus sich selbst heraus immer wieder neue Problemlösungen zu entwickeln. In dieser Zielformulierung wurzelt jedoch zugleich die Krux des Organisationslernens. Sie besteht darin, dass das organisationale

⁵Grundsätzlich wird für diese Arbeit angenommen, dass Lernroutine und -ergebnisse positiver Natur sind und keine negativen Folgen, wie z.B. kriminelle Verhaltensweisen, zum Ergebnis haben [Emd05, S. 112].

Lernen gleichzeitig Maßnahmen zur Potentialerweiterung individueller Organisationsmitglieder sowie zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung der Gesamtorganisation einschließt. [Sch06, S. 67 f.]

Organisationales Lernen ist nicht „per se“ sinnvoll und gut, sondern es ist ein Mittel zum Zweck - und letztlich besteht der Zweck der Organisation darin, sich variabel entsprechend der wahrgenommenen Kundenbedürfnisse und der Bedürfnisse der Entscheider in der Organisation [...] zu verhalten. [Rad11, S. 93]

Zusammengefasst lässt sich also sagen, dass

1. Organisationales Lernen getragen wird durch die Organisationsmitglieder und deren individueller Lernroutinen, das Ergebnis dieser Lernroutinen aber Bestandteil der organisationalen Wissensbasis wird und auch nach Austritt einzelner Organisationsmitglieder in dieser verbleibt, bspw. durch Handlungsroutinen, veränderte Werte, Organisationsstrukturen oder Organisationskultur.
2. Organisationales Lernen als Zielgröße die Problemlösungsfähigkeit und Handlungskompetenz hat.
3. Organisationales Lernen kann als Reaktion auf detektierte Fehler innerhalb der Organisation, aber auch Antizipation von sich verändernden Umweltbedingungen geschieht.

Organisationales Lernen beschreibt dabei die tatsächlich stattfindende Lernroutine, Lernende Organisationen die Rahmenbedingungen unter denen Organisationales Lernen stattfindet [SK04, S. 370]. Eine Lernende Organisation ist aber auch der Begriff für die Instanziierung einer Organisation, in der Organisationales Lernen stattfindet.

3.2.3 Beschreibungsdimensionen Organisationalen Lernens

Grundlegend können Organisationale Lernprozesse in vier Dimensionen beschrieben werden: den Lernebenen, den Lernniveaus, den Lernformen und den Lernlenkungsfaktoren [Wen00a, S. 101 ff.][Lie11, S. 30 ff.].

3.2.3.1 Lernebenen

Lernen kann in einer Organisation auf verschiedenen Ebenen geschehen [Wen00a, S. 105 ff.] [Lue13, S. 36 ff.]. Intra-organisationales Lernen umfasst dabei das individuelle Lernen, Gruppenlernen sowie Organisationales Lernen und inter-organisationales Lernen das Netzwerklernen sowie ggf. Lernen in größeren gesellschaftlichen Systemen.

Individuelles Lernen Die erste Ebene stellt das individuelle Lernen der Organisationsmitglieder dar. Lerninhalte können berufsspezifischer, allgemeiner oder sozialer Natur sein [Wen00a, S. 105 ff.]. Organisationsmitglieder stellen immer den Ausgangspunkt für Gruppen- bzw. organisationales Lernprozesse dar. Daher darf auch das individuelle Lernen nicht zu Lasten anderer Lernprozesse auf höheren Ebenen vernachlässigt werden [Led05, S. 134 f.]. Individuelles Lernen kann auch in Gruppen oder Netzwerken stattfinden, je nach Ausprägung ist es dem individuellen, Gruppen-, Organisations- oder Netzwerklernen zuzuordnen [SAH11, S. 1005 ff.].

Gruppenlernen Die nächsthöhere Stufe stellt das Gruppenlernen (auch als team learning oder Teamlernen bezeichnet) dar. Hier lernt eine Gruppe als Gesamtheit, das Lernen in der Gruppe ist dem individuellen Lernen zuzuordnen [SP06, S. 4]. Eine Gruppe ist im Organisationskontext eine Stellenmehrheit aus einer überschaubaren Menge an Personen, die eigenverantwortlich, selbstbestimmt und kontinuierlich über einen längeren Zeitraum oder dauerhaft zusammenarbeiten [Bre06, S. 144 ff.]. Charakteristisch für die Gruppenbildung ist die interdisziplinäre, aber themenspezifische Zusammenarbeit von Experten [Led05, S. 135 ff.]. Die Gruppenebene ist gewissermaßen die Verknüpfung zwischen individueller und organisationaler Ebene [Lue13, S. 37].

Organisationales Lernen Die zunächst höchste Lernebene bildet dann das Organisationale Lernen. Hierunter ist die Entwicklung von Organisationswissen zu verstehen, welches durch die Nutzung, Veränderung und Fortentwicklung des in der Organisation vorhandenen Wissens entsteht [Vah15, S. 429 ff.] [Wen00a, S. 114 ff.]. Dabei ist es wichtig, dass dieser Prozess durch mehrere Organisationsmitglieder getragen wird. Sie gemeinsam selektieren und interpretieren Informationen, decken Differenzen zu gewünschten Zuständen auf, kombinieren ihr individuelles Wissen zu kollektivem Wissen und überprüfen das Ergebnis hinsichtlich der Beseitigung der aufgedeckten Differenz. Das Ablegen des neuen kollektiven Wissens in individuellen und organisationalen Wissensbasen bzw. Gedächtnissen schließt den Prozess ab [Wah96, S. 23;57 f.]. Daraus ergibt sich, dass dieser Vorgang mehr ist als nur das Zusammenfassen von individuellem Lernen und Gruppenlernen bzw. das Ergebnis mehr ist als nur die Summe dieser beiden Prozesse [Wen00a, S. 29] [Bor00, S. 118 f.] [Led05, S. 122 ff.].

Netzwerklernen Konsequenterweise existiert noch mindestens eine weitere höhere Lernebene, nämlich das Netzwerklernen [Fel+13, S. 313 ff.] auf inter-organisationaler Ebene. Immer häufiger agieren Organisationen in Netzwerken. Diese können sowohl zeitlich befristet als auch von Dauer und unterschiedlicher Größe sein [PRW03, S. 289 ff.]. Die Spannweite des Netzwerkbegriffs reicht dann von Kooperationen im Forschungs- und Entwicklungsbereich bis hin zu hoch-komplexen unternehmensintegrierten Supply Chains [Bre06, S. 233 ff.]. Auf dieser Ebene können dann ebenfalls Lernprozesse stattfinden, die das gesamte Netzwerk durchziehen.

Auf die Netzwerkebene folgen die Systemebene und darauf dann die gesamtgesellschaftliche Ebene. Hier wirken gesamtgesellschaftliche Lernprozesse, wie sie bspw. im Rahmen von Reallaboren (also Stadtteile oder ganze Städte und Regionen als Testfeld für Interventionen [SS15]) oder aus Citizen Science Projekten entstehen können [FS14] und Bestandteile der Wissensgesellschaft sind (vgl. beispielhaft [Heb13, S. 29 ff.]). Prozesse auf dieser übergeordneten Ebene sind aber nicht Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit.

Instanziierungen intra-organisationalen Lernens werden im weiteren Gang der Arbeit als intra-organisationale Lernroutinen bezeichnet, analog dazu auf inter-organisationaler Ebene dann als inter-organisationale Lernroutinen.

3.2.3.2 Lernniveaus

Allgemein kann zwischen drei Lernniveaus unterschieden werden. Dabei handelt es sich gewissermaßen um die Komplexität bzw. den Anspruch der Lernroutine [SP06, S. 5]. Für die verschiedenen Stufen gibt es in der Literatur unterschiedliche Bezeichnungen. Weit verbreitete Bezeichnungen sind das single-loop learning, das double-loop learning und das deutero-learning [Led05, S. 126 f.] oder auch Anpassungs-, Veränderungs- und Prozesslernen [Wen00a, S. 121 ff.].

Anpassungslernen Der Auslöser für Anpassungslernen (single-loop learning) ist eine Differenz des erwarteten und des tatsächlichen Ergebnisses, welches z.B. im Rahmen einer Qualitätskontrolle auftreten kann. Das Lernen geschieht als Form der Fehlerkorrektur im Rahmen gegebener Regeln und Strukturen [Led05, S. 127 f.]. Eine generelle Hinterfragung der zugrunde liegenden Werte und Normen bleibt aus, daher sind aus diesem Lernprozess eher Detailverbesserungen zu erwarten. Anpassungslernen hat dementsprechend die Effizienzsteigerung zum Ziel [Led05, S. 128] [Wen00a, S. 121 ff.].

Veränderungslernen Als nächsthöheres Niveau kann das Veränderungslernen (double-loop learning) verstanden werden. Die Motivation für Veränderungslernen wird aus der sich beständig verändernden Organisationsumwelt gezogen. Dabei wird das Organisationsverhalten einer kritischen Reflexion unterzogen und hinsichtlich der Überlebensfähigkeit in einer sich wandelnden Umwelt überprüft [Wen00a, S. 125 ff.]. Anders als beim Anpassungslernen stehen hier sehr wohl die Regeln und Strukturen der Organisation zur Disposition. Hierunter fällt auch nicht nur das Erlernen neuer Handlungsmuster, sondern ebenso das bewusste Verlernen für ungültiger erklärter Handlungsmuster [Led05, S. 128 f.]. Veränderungslernen hat also im Gegensatz zum Anpassungslernen die Effektivitätssteigerung zum Ziel und ist insbesondere bedeutend für das Funktionieren einer organisationalen Wissensbasis bzw. organisationalen Gedächtnisses [HG99, S. 21 ff.].

Prozesslernen Das Prozesslernen (deutero learning) schlussendlich geschieht aus einer Reflexion der Lernanstrengungen heraus. Hier wird auf den Lernprozess und dessen mögliche Verbesserung fokussiert. Es findet gewissermaßen eine Überprüfung von Anpassungs- und Veränderungslernen statt [Wen00a, S. 128 ff.]. Das Prozesslernen stellt die Meta-Ebene organisationalen Lernens dar. Auf ihr werden die Lernergebnisse bewertet und die Lernbereitschaft der Organisation aufrechterhalten. Die Strukturen der Organisation sollen so modifiziert werden, dass zukünftige Lernroutinen (sowohl Anpassungslernen als auch Veränderungslernen) zu einem besseren Ergebnis führen, als es ohne diese, als Ergebnis des Prozesslernens angestoßenen Modifikationen, möglich gewesen wäre [Led05, S. 130 f.]. Ziel ist also eine „Verbesserung der Lernfähigkeit“ [PRW03, S. 506].

3.2.3.3 Lernformen

Die dritte Beschreibungsdimension zielt auf das Lernform bzw. das Lernergebnis und wie dieses in die organisationale Wissensbasis integriert wird [Lie11, S. 36 f.]. Hier sind zu unterscheiden

- Anpassung von Verhalten ohne Hinterfragung der Basiswerte.
- Veränderung von Verhalten.
- Wissenserwerb und Veränderung der Wissensbasis.
- Wahrnehmung und Interpretation von Informationen.
- Wissen über Nichtwissen und das Lernen selbst.
- Verstehen, Handeln und Entscheiden.

3.2.3.4 Lernlenkungsfaktoren

Lernlenkungsfaktoren beschreiben die Einflussmöglichkeiten einer Organisation auf die Lernroutinen. Die sind die Organisationsmitglieder, die Organisationsstruktur und die Organisationskultur [Wen00a, S. 135 ff.].

Organisationsmitglied Erster Betrachtungsgegenstand ist das Organisationsmitglied mit seinen Qualifikationen und Kompetenzen. Dessen Förderungen stellen die Basis für die Fähigkeiten und Lernroutinen einer Lernenden Organisation dar [Wen00a, S. 138 ff.] [SP06, S. 3 f.]. Die Qualifikation beschreibt dabei die potenziellen Möglichkeiten des Organisationsmitgliedes, während Kompetenzen als „konkrete Kombinationen von Qualifikationen und Technologie“ [Bec13, S. 12] verstanden werden. Neben der Fachkompetenz können die Sozial-, Methoden-, Ich- und Lernkompetenz sowie die intellektuelle, innovatorische und unternehmerische Kompetenz unterschieden werden, so dass sich insgesamt acht Kompetenzfelder identifizieren lassen [DW05, S. 37 f.].

Organisationsstruktur Die Organisationsstruktur gibt den Rahmen für alle in der Organisation laufenden Prozesse vor und stellt den Raum für die Aktionen der Organisationsmitglieder bereit [Wen00a, S. 145 ff.]. Die Organisationsstruktur kann in die Unternehmensorganisation (formale Organisationsstruktur), die Arbeitsorganisation (Ablauf-/Prozessorganisation), die Wissens- und Kommunikationsorganisation sowie die Informationsorganisation differenziert werden.

- *Formale Organisationsstruktur/Aufbauorganisation:* Die Aufbauorganisation befasst sich "mit der Zerlegung und Verteilung von Aufgaben und Kompetenzen sowie der Koordination von Aufgaben und Aufgabenträgern. Das Ergebnis ist die formale Organisationsstruktur der Unternehmung"[BG02, S. 248]. Die Aufbauorganisation umfasst daher die Stellenstruktur einer Organisation, das Grundmuster der Aufbauorganisation (unterteilt nach funktionaler, divisionaler oder Matrixorganisation) sowie die Sekundärorganisation (bspw. der Projektorganisation) [Bre06, S. 96 ff.].

- *Ablauf-/Prozessorganisation*: Die „Ablauforganisation ist die raum-zeitliche Strukturierung von Prozessen“ [BG02, S. 290]. Sie hat dabei die Effizienz der Ressourcennutzung, die Motivation der Organisationsmitglieder (insbesondere des Personals) und die notwendige Flexibilität als Zielgröße. Die zeitliche Strukturierung betrachtet den Arbeitsprozess im Zeitverlauf, die räumliche Strukturierung die Anordnung von Arbeitsplätzen sowie deren Ausstattung [BG02, S. 290 ff.]. Diese Betrachtungsweise hat den Fokus auf Fertigungs-/Industrieorganisationen, in Zuge der aufkommenden Dienstleistungsorganisationen hat sich neben der Ablauforganisation zusätzlich die Prozessorganisation etabliert, die stellen- und abteilungsübergreifende Abläufe betrachtet [Bre06, S. 138].
- *Wissens- und Kommunikationsorganisation*: Hier gilt es insbesondere Kommunikationsräume für die Organisationsmitglieder zu schaffen, in denen der für das Lernen (auf allen Lernebenen und –niveaus wichtige) wichtige Wissensaustausch zwischen den Organisationsmitgliedern stattfinden kann [Ing15, S. 438]. Gerade der Kontakt mit anderen Experten ist ein wesentlicher Erfolgsfaktor für das Lernen [Sku04, S. 14]. Innerhalb der Wissensorganisation findet sich das Wissensmanagement wieder [Wen00a, S. 145]. Wissensmanagement umfasst im Wesentlichen die Kernbereiche Wissensidentifikation, Wissenserwerb, Wissensentwicklung, Wissensdistribution, Wissensnutzung und Wissensbewahrung [PRR12, S. 30 ff.]. Wissensbewahrung findet dann in den organisationalen Gedächtnissen [HG99, S. 21 ff.] [Row+10, S. 74 ff.] bzw. Wissensbasen statt [Mie12, S. 155 ff.], die Bestandteil der Informationsorganisation sind und begrifflich weitestgehend synonym verwendet werden. Sie beinhalten die Ziele und Strategien einer Organisation, deren Rollen und Handlungsskripte sowie Normen (die auch Bestandteil der Organisationskultur sind, vgl. nachfolgend dazu Kap. 3.2.3.4). Das Wissensmanagement stellt also eine Schnittstelle zwischen Wissens- und Informationsorganisation dar. Die Fähigkeit neues Wissen in einer Organisation aufzunehmen wird auch als Absorptionsfähigkeit (engl. Absorptive Capacity) bezeichnet [SS10].
- *Informationsorganisation*: Die Informationsorganisation bildet die Basis für die Informationsversorgung in der Organisation. Sie kann grundsätzlich unterschieden werden in mündliche, schriftliche und computergestützte Informationsorganisation [Wen00a, S. 146]. Alle drei Unterbereiche zusammen bilden dann ein sozio-technisches Informationssystem [HLK+98, S. 18 f.]. Mit dem Fortschritt auf dem Gebiet der Informationstechnik hat die computergestützte Säule der Informationsorganisation auch aus organisationswissenschaftlicher Sicht gegenüber den beiden anderen Säulen an Bedeutung enorm zugenommen und wird zunehmend unter dem Begriff Informationsmanagement zusammengefasst [Krc15, S. 85 ff.].

Organisationskultur Schlussendlich folgt die Betrachtung der Organisationskultur, welche auch als informelle Organisationsstruktur verstanden werden kann [Wen00a, S. 148 ff.]. Das Verständnis der Organisationskultur (inkl. Subkulturen [Tup03, S. 109] ist eine Grundvoraussetzung, um Veränderungs- und Lernroutinen erfolgreich zu gestalten. Gleichzeitig hat Organisationskultur aber auch eine stabilisierende Wirkung in unsicheren Organisationsumwelten [Sch10a, S. 40 f.]. In der Organisationskultur finden sich gemeinsame Wertvorstellungen, Normen sowie Denk- und Verhaltensmuster, die Einfluss auf das Handeln der Organisationsmitglieder ausüben [Tup03, S. 93 ff.] [SP06, S. 4 ff.]. Organisationskultur kann damit definiert werden als „pattern of shared basic assumptions that the group learned as it solved its problems that has worked well enough to be considered valid and is passed on to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relation to those problems“ [Sch84, S. 3]. Zur Beschreibung der Organisationskultur eignet sich das Kulturebenen-Modell von Schein. Hier wird zwischen sichtbaren und interpretierbaren Artefakten, teilweise sichtbaren Werten sowie unsichtbaren und unbewussten Grundannahmen unterschieden [Bre06, S. 154 ff.] [Mie12, S. 51 f.] [Sch10a, S. 32 ff.]. Im Kontext der Lernenden Organisation kann die Organisationskultur dann in drei Bereiche getrennt werden: die Lern-, Kommunikations- und Vertrauenskultur [Wen00a, S. 151].

3.2.3.5 Organisationales Lernen und Wissensmanagement

Organisationales Lernen und Wissensmanagement haben ein symbiotisches Verhältnis und könne beide unter dem Dach des Theoriegebäudes der Lernenden Organisation verortet werden. Organisationales Lernen fokussiert auf die Lernroutinen der Individuen und, darauf aufbauend, von Gruppen, Organisationen und Netzwerken. Wissensmanagement hingegen fokussiert auf den technischen Ansatz Wissen und deren Wissensträger zu identifizieren, die Wissensträger zusammenzuführen und den gesamten Prozess zu managen [FM04, S. 182 ff.]. Sowohl Organisationales Lernen als auch Wissensmanagement haben dabei als Endpunkt das einzelne Organisationsmitglied und fördern sich gegenseitig. Lee et. al. identifizieren Organisationales Lernen als einen wichtigen Erfolgsfaktor für funktionierendes Wissensmanagement [LKK14].

3.2.4 Verwandte Konzepte

Organisationales Lernen kann als Oberkategorie für die Idee selbstlernender Organisationen und selbstorganisierter (Lern)Routinen in Organisationen verstanden werden. Es gibt eine Reihe weiterer konkretisierender Konzepte, die einzelne Aspekte des Organisationalen Lernens betrachten. Einige von diesen sollen im Folgenden kurz vorgestellt werden.

3.2.4.1 Wissensspirale von Nonaka/Takeuchi

Die Zusammenhänge und Transformationen zwischen implizitem und expliziten Wissen beschreiben Nonaka und Takeuchi als Wissensumwandlung [NT95] [NT12]. Zentrales Moment in diesem Ansatz ist die Wissensspirale der kontinuierlichen Wissensumwandlung. Die vier Teilschritte in diesem Modell sind:

- *Sozialisation (Socialisation; implizit zu implizit)*: Der Übertragung impliziten Wissens liegt das klassische Modell der Beziehung von Meister und Lehrling zu Grunde, ist aber auch auf andere Bereiche übertragbar. Durch Beobachtung und Nachahmung in der Praxis wird Wissen weitergegeben [NT12, S. 80 f.].
- *Externalisierung (Externalisation; implizit zu explizit)*: Hier wird implizites Wissen in explizite Konzepte umgewandelt, bspw. in Metaphern, Analogien und Modelle. Dieser Schritt ist mit Limitationen belegt, da implizites Wissen nicht immer vollständig in explizites Wissen transformiert werden kann [NT12, S. 81 f.].
- *Kombination (Combination; explizit zu explizit)*: Die gemeinsame Kombination expliziten Wissens ist der zentrale Schritt zur Schaffung neuen Wissens. Verschiedene Medien (Dokumente, Besprechungen, IT-Netzwerke) stehen hierfür zur Verfügung [NT12, S. 85 f.].
- *Internalisierung (Internalization; explizit zu implizit)*: Explizites Wissen wird insbesondere über Handlung und Anwendung (learning by doing) in implizites Wissen überführt und in die mentalen Modelle der Organisationsmitglieder übernommen. Zur Unterstützung können wiederum schriftliche Medien (Dokumente, Handbücher) und mündliche Medien (Besprechungen, Schulungen) dienen [NT12, S. 87 f.].

Die vier Schritte zusammengeführt ergeben dann das SECI-Modell (vgl. Abb. 3.1, angelehnt an die Initialen der englischen Originalbegriffe), innerhalb der Wissensspirale kann Wissen dann kontinuierlich umgewandelt werden.

3.2.4.2 Wissenszyklus Probst et al

Das Wissenszyklus-Modell von Probst et. al. fokussiert auf Wissensmanagement und besteht aus einem inneren Bereich (Kernprozesse, innerer Wissensmanagementkreislauf) und einem äußerem Bereich [PRR12]. Im Einzelnen sind dies (in Anlehnung an [RE13], vgl. Abb. 3.2):

- *Wissensziele*: Der vorgeschaltete Baustein Wissensziele sorgt dafür, dass Organisationales Lernen eine Richtung erhält und der Erfolg sowie Misserfolg von Wissensmanagement überprüfbar gemacht werden kann. Wissensziele sollen für alle Bereiche einer Organisation

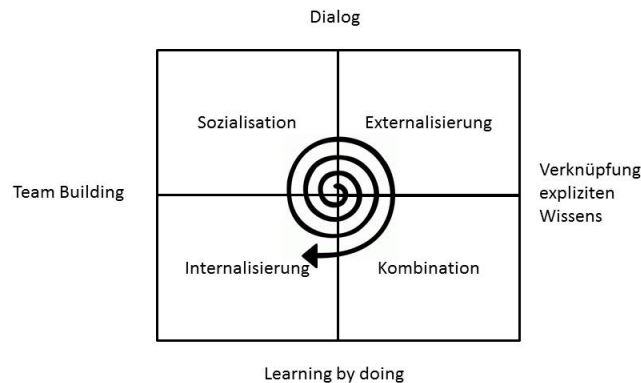


Abbildung 3.1: SECI-Modell nach Nonaka/Takeuchi [NT12, S. 90]

(normativ, strategisch, operativ) formuliert werden. Eine Implementierung von Messmöglichkeiten muss dabei von Beginn an und mit Blick auf den nachgelagerten Baustein Wissensbewertung mitgedacht werden [Nor11].

- *Wissensidentifikation*: Organisationen haben oft keinen genauen und vollständigen Überblick über ihre eigenen Fähigkeiten, ihrer Wissensträger und deren Fähigkeiten sowie das Wissen, das in Netzwerken (persönlicher, organisationaler und inter-organisationaler Natur) steckt. Dies erschwert den gezielten Auf- und Ausbau organisationaler Fähigkeiten und Wissens. Dies wird durch weitere Einflussfaktoren wie Dezentralisierung, Globalisierung, Lean Management, Restrukturierungen und zunehmende Fluktuation der Mitarbeiter verstärkt. Ein Ausweg ist die Nutzung bestehender interner und externer Netzwerke zur raschen und qualitativ hochwertigen Identifikation von Informationen und Wissensträgern. Allerdings verfügen Organisationen heute in der Regel nicht über Verantwortliche und Institutionen, welche die Aufgabe haben, die unternehmensweite Wissenstransparenz verbessern.
- *Wissenserwerb*: Zum Erwerb von Wissen stehen verschiedene externe Wissensmärkte zur Verfügung. Hierbei muss zwischen direkt verwendbarem Wissen und der Akquisition von Wissenspotenzialen unterschieden werden. Allerdings gilt es zu beachten, dass der Erwerb fremder Fähigkeiten häufig zu Abwehrreaktionen führt. Erworbenes Wissen muss daher möglichst gut zur erwerbenden Organisation passen. Dies ist ggf. durch geeignete Begleitungsmaßnahmen zu unterstützen.
- *Wissensentwicklung*: Hierunter wird die bewusste Produktion bisher intern noch nicht vorhandener Fähigkeiten verstanden. In diesem Kontext ist zu beachten, dass hierunter nicht nur die klassische Forschung und Entwicklung in entsprechend spezialisierten Abteilungen verstanden wird, sondern alle Bereiche einer Organisation, in denen kritisches Wissen erstellt wird (bspw. Controlling, Produktion). Weiterhin gilt, dass Wissen nicht nur bewusst entwickelt wird, sondern beständig entlang der täglichen Organisationsprozesse entsteht. Hier können auf unterschiedlichen organisationalen Ebenen (Organisationsmitglied, Gruppe, gesamte Organisation, inter-organisationales Netzwerk) verschiedene Schlüsselfaktoren identifiziert werden. Das Organisationsmitglied bringt sein individuelles Kompetenzsetting [DW05] in die Organisation ein. Kreativität, individuelle Problemlösungskompetenz und Kommunikationskompetenz, insbesondere für die Wissensentwicklung auf höher gelagerten Organisationsebenen, sind hier die Schlüsselkompetenzen. Auf den höher gelagerten Organisationsebenen spielen dann Prozesse wie die Externalisierung und Kombination

[NT95] eine zentrale Rolle.

- *Wissens(ver)teilung*: Der Trend zur Teamarbeit, inter-organisationalen Kooperationen sowie der Virtualisierung von Organisationen lässt Wissensverteilung zu einer vorrangigen Aufgabe werden. Hier gilt es zwischen technischen und organisationalen Lösungen zu unterscheiden. Technische Lösungen sind u.a. Groupware, Dokumentenserver und Wikis, während Best Practice und Communities of Practice (CoP) organisationale Ansätze darstellen.
- *Wissensnutzung*: Der Baustein der Wissensnutzung konsolidiert das in den Bausteinen Wissensidentifikation, Wissenserwerb und Wissensentwicklung gewonnen und verteilte Wissen. Wissensnutzung kann durch die nutzungsorientierte Gestaltung kollektiver und individueller Arbeitssituationen verbessert werden. Die Wissensnutzung ist gewissermaßen die Implementationsphase des Wissensmanagements, hier wird Wissen in konkrete Resultate umgewandelt.
- *Wissensbewahrung*: Der Wissensbewahrungsprozess kann in die Phasen Selektion, Speicherung und Aktualisierung unterschieden werden. Hierzu gehören die Dokumentation zentraler Erfolge, aber auch der Gründe für Misserfolg in Lessons Learned. Weiterhin ist die Identifizierung von Schlüsselmitarbeitern eine zentrale Aufgabe der Wissensselektion. Die Bedeutung der Erfahrung von altgedienten Personen und eingespielten Prozessen wird insbesondere bei Reorganisationsvorhaben häufig unterschätzt, was zu unwiederbringlichen Know-how-Verlusten führen kann. Zur organisationalen Speicherung von Wissen gehören die bewusste Protokollierung, gemeinsame Auseinandersetzung und kollektive Sprachentwicklung. Technische Speicherung ist charakterisiert durch Digitalisierung und quasi unbegrenzte Speicherkapazitäten, der Grad der Strukturierung eines Dokumentes entscheidet über seine Erinnerungsfähigkeit. Der Baustein Wissensbewahrung ist eng verknüpft mit dem Gebiet organisationaler Gedächtnisse [WU91] [HG99] und der Wissensbasen [Mie12, S. 155 ff.].
- *Wissensbewertung*: Der nachgelagerte Baustein Wissensbewertung ist eine essentielle Voraussetzung zur Einschätzung der Effizienz von Wissensmanagement und gibt Auskunft darüber, ob Wissensziele angemessen formuliert und Wissensmanagementmaßnahmen erfolgreich durchgeführt werden. Eine rein auf quantitative Messgrößen ausgerichtete Bewertungsphilosophie ist im Bereich organisationalen Wissens unrealistisch und kontraproduktiv. Erfolgsversprechender sind das Verständnis von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen und die indirekte Bewertung durch Wissensidentifikatoren. Die Wissensbewertung sollte als Grundlage eines Wissenscontrolling dienen, mit dessen Hilfe sich die vielfältigen Aktivitäten einer Organisation auf seine wissensbezogene Vision und Strategie ausrichten lassen.

3.2.4.3 Weitere Ansätze

Neben diesen beiden (und weiteren) klassischen Prozessmodellen zum Organisationalen Lernen existieren weitere modernere Prozessmodelle und -theorien, die für die weiteren Betrachtungen relevant sind.

Community of Practice CoP sind Gruppen von Personen mit gleichem professionellem Interesse. Diese können sich sowohl innerhalb einer Organisation als auch organisationsübergreifend konstituieren und über einen informellen oder formellen Charakter verfügen. Charakteristika sind soziale Interaktion der Mitglieder, Wissensaustausch, Wissensschaffung und Identitätsstiftung innerhalb der Gruppe [WMS02, S. 4 ff.][Wen00b, S. 225 ff.]. Das Kontinuum von CoPs reicht von freiwilliger ehrenamtlicher Netzwerkarbeit, Gruppen von Auszubildenden einer Organisation bis hinzu offiziell unterstützten Projektgruppen mit mehreren Projektstandorten [LGN+09].

Knowledge mobilisation & Knowledge Translation Knowledge mobilisation beschreibt den Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis über den Bildungsweg [Tun16, S. 40]. Der Bildungsweg umfasst die klassische Ausbildung in Form von Berufsbildung oder Studium,

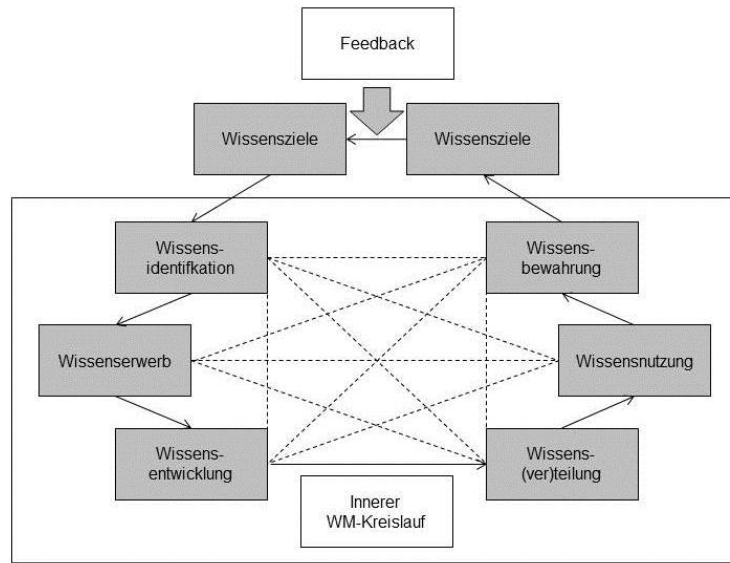


Abbildung 3.2: Wissenszyklus-Modell nach Probst et. al. [PRR12]

aber auch Fort- und Weiterbildungsangebote [Lev11, S. 15 ff.]. Dem Modell von Probst et.al. entsprechend ist das Konzept der knowledge mobilisation dem Wissensmanagementbaustein „Wissenserwerb“ zuzuordnen (vgl. Kap. 3.2.4.2). Knowledge Translation beschreibt den Transfer von Forschungsergebnissen in neue Verfahren und Prozeduren in die Praxis und wird häufig im Gesundheitssektor verwendet [Tun16, S. 40] bspw. im Rahmen von Leitlinien der Fachgesellschaften. Knowledge Translation und Implementation Science (deutsch: Implementierungsforschung) sind dabei synonym verwendete Begriffe [Kha16]. Der Zusammenhang zwischen Knowledge Mobilisation und Knowledge Translation ist in Abb. 3.3 dargestellt.

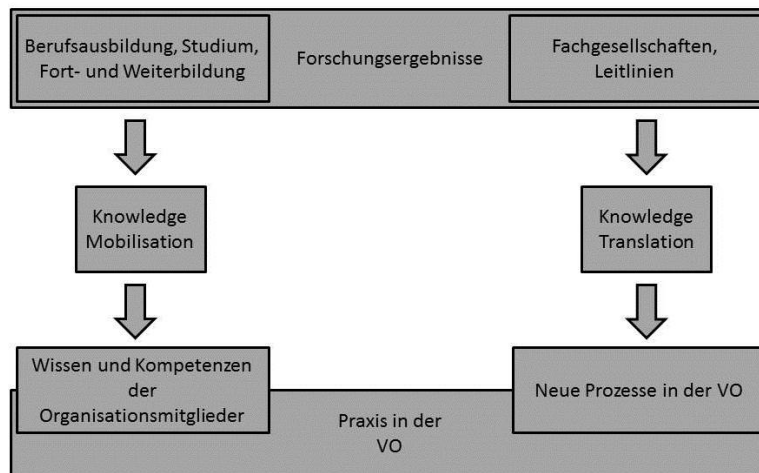


Abbildung 3.3: Zusammenhänge zwischen Knowledge Translation und Knowledge Mobilisation

3.3 Organisationales Lernen aus versorgungsforschender Perspektive

A broader understanding of where and how learning takes place is essential for enhancing the quality of patient care. [AP05, S. 2]

3.3.1 Grundlagen der organisationsbezogenen Versorgungsforschung

Die Versorgungsforschung (engl. health services research) ist

ein fachübergreifendes Forschungsgebiet, das die Kranken- und Gesundheitsversorgung und ihre Rahmenbedingungen beschreibt und kausal erklärt, zur Entwicklung wissenschaftlich fundierter Versorgungskonzepte beiträgt, die Umsetzung neuer Versorgungskonzepte begleitend erforscht und die Wirksamkeit von Versorgungsstrukturen und -prozessen unter Alltagsbedingungen evaluiert. [Pfa03, S. 13]

Die Versorgungsforschung betrachtet die Gesundheitsleistung anhand vier verschiedener Dimensionen, zusammengefasst im Throughput-Modell [PS10, S. 3 f.] (vgl. Abb. 3.4)

- *Input*: Patienten, Ressourcen, Gesundheitsdienstleister
- *Throughput*: Gesundheitsleistung, Kontext der Gesundheitsleistung (Strukturen, Prozesse, Technologien)
- *Output*: Versorgungsleistung
- *Outcome*: Körperlich, psychisch, verhaltensbezogenen, sozial, kulturell

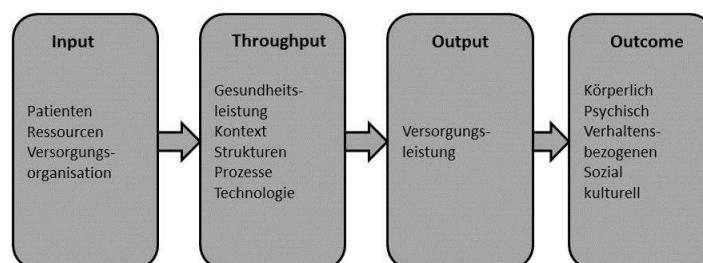


Abbildung 3.4: Throughput-Modell nach Pfaff/Schrappe [PS10, S. 4] [Pfa03]

Entscheidend in der Versorgungsforschung ist die Trennung zwischen Output und Outcome. Der Output bezeichnet die Versorgungsleistung (Operation, Pflegeleistung, Rehabilitationsleistung, etc.), wobei der Outcome den (kurz-/mittel-/langfristigen) Nutzen für den Patienten beschreibt. Die Versorgungsforschung bedient sich eines breiten Methodenspektrums, um die Effekte zu messen, bspw. die Lebensqualitätsmessung zur Bestimmung von Patientenoutcomes [KN10, S. 290 ff.].

Die organisationsbezogene Versorgungsforschung (auch als versorgungsnaher Organisationsforschung bezeichnet, engl. organisational health services research) als Zweig der Versorgungsforschung betrachtet Organisationen und Organisationsnetzwerke in der Versorgung [Ans+17] und untersucht deren Einfluss auf die Versorgung, insbesondere deren Einfluss auf den patientenrelevanten Outcome [WAB+10, S. 284] [Ham+17]. Nach Wirtz et. al. [WAB+10] und Pfaff et. al. [PAB+09] bestehen die Aufgaben der organisationsbezogenen Versorgungsforschung in

- Beschreibung und Erklärung von Strukturen und Prozessen in Organisationen und Organisationsnetzwerken in Versorgung.

- Untersuchung der organisationalen Auswirkungen auf Zugang, Qualität und Kosten der Versorgung.
- Entwicklung von empirie- und theorieorientierten Konzepten zur Optimierung der Organisationen und Organisationsnetzwerken (Organisations- und Versorgungsinnovationen).
- Erforschung der Implementierung von Organisations- und Versorgungsinnovationen.
- Überprüfung der Qualität von Implementierungstechniken.
- Erfassung der Wirkung von Organisations- und Versorgungsinnovationen sowie der Implementierungstechniken auf personen-, organisations- und gesellschaftsbezogene Parameter.
- langfristiger Weiterentwicklung und Optimierung von Organisations- und Versorgungsinnovationen sowie der Implementierungs- und Programmqualität.

Eine Organisation kann dabei auch im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell betrachtet werden. Das Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell stellt die Umwelt einer Organisation dar [Ans+17] (vgl. Abb. 3.5). Die Mesoebene umfasst dabei alle VOen und Nicht-Versorgungsorganisationen (N-VO). VOen sind Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen und Arztpraxen, N-VOen dann Selbstverwaltungen, Selbsthilfegruppen und Verbände [Off11, S. 19 f.]. Die Makroebene stellt das Gesundheitssystem als Ganzes inklusive politischer, staatlicher und gesellschaftlicher Akteure dar. Hieraus resultieren dann viele der beschriebenen Rahmenbedingungen der Geriatrie (vgl. Kap. 2.1). Auf Mikroebene finden dann die einzelnen Interaktionen zwischen den Patienten und Angehörigen sowie dem Personal statt [HW15][SB12]. Der Patient hat im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell insofern eine Sonderrolle, als das er auf allen Ebenen des Modells aktiv wird. In der Mikroebene ist er Teil der Interaktion, auf Mesoebene kann er Einfluss durch Teilnahme in Selbsthilfegruppen und Krankenkassen nehmen, auf Makroebene kann er politischen Einfluss nehmen.

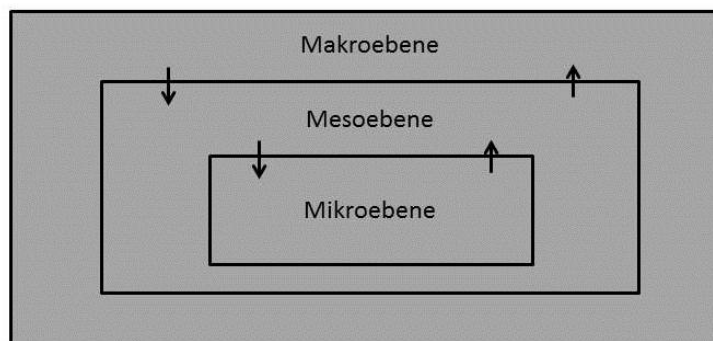


Abbildung 3.5: Einfaches Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell

3.3.2 Stand der Forschung in der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung

Die generelle Bedeutung von Organisationales Lernen für die Weiterentwicklung von Organisationen und Organisationsnetzwerken wurde bereits in Kap. 3.1 dargestellt. Gleichzeitig betrachtet die Organisationsbezogene Versorgungsforschung die Weiterentwicklung und Optimierung von VOen. Hier wurde Organisationales Lernen theoretisch-fundiert als ein vielversprechendes Konzept diskutiert [Pfa97] [Bor00]. Im Folgenden wird nun der aktuelle Forschungsstand der letzten 10 Jahre zum intra- und inter-organisationalen Lernen sowie positiven und negativen Einflussfaktoren dargestellt. Das PRISMA-Statement nach Moher et.al. [MLT+09] ist in Abb. 3.6 dargestellt, die Übersicht der entsprechenden Publikationen findet sich im Anhang (vgl. Kap. B). Kombinationen von Suchtermen waren („organizational learning“ AND „geriatrics“) mit

0 Treffern und („organizational learning“) mit 77 Treffern, mittels Handrecherche kamen 14 weitere Treffer hinzu. Nach Ausschluss von Duplikaten konnte von 87 Publikationen die Abstracts gescreent werden, danach wurden 30 Publikationen ausgeschlossen. Die verbleibenden 57 Publikationen wurden im Volltext gesichtet, es konnten wiederum 19 Publikationen ausgeschlossen werden, sodass 38 Publikationen eingeschlossen werden konnten. Die Ergebnisse sind sortiert nach intra-organisationalen Lernroutinen (vgl. Kap. 3.3.2.1), inter-organisationalen Lernroutinen (vgl. Kap. 3.3.2.2) und Einflussfaktoren (vgl. Kap. 3.3.2.3).

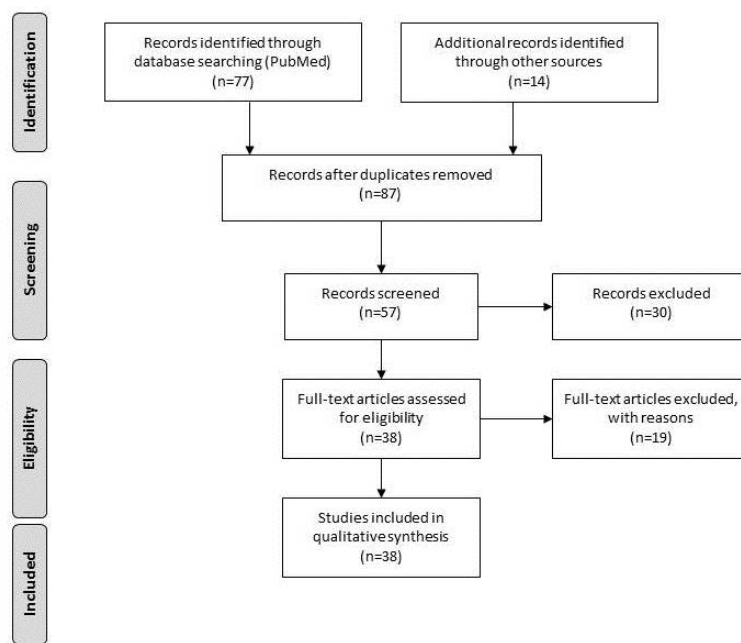


Abbildung 3.6: PRISMA Flowchart nach Moher et.al. [MLT+09]

3.3.2.1 Intra-organisationales Lernen

Lipshitz/Popper [LP00] haben bereits 2000 eine erste Fallstudie zu intra-organisationalen Lernroutinen in einem israelischen Krankenhaus durchgeführt (dort werden diese als organisational learning mechanisms bezeichnet). In dieser Studie wurden insgesamt 11 verschiedene intra-organisationale Lernroutinen identifiziert (vgl. Tab. 3.1). Weiterhin betonen [AP05, S. 17 f.] wie wichtig das genaue Verständnis dieser Lernroutinen ist, um die produktiven Kapazitäten von Personen und Organisationen optimal zu nutzen. [Ala10] weist auf die grundsätzliche Bedeutung organisationaler Lernroutinen für die Patientensicherheit hin. Bei einer Umfrage unter 16 saudi-arabischen Krankenhäusern wird das Organisationale Lernen und der daraus resultierende kontinuierliche Verbesserungsprozess als wichtigster positiver Einflussfaktor genannt (87% von 1.224 befragten Personen). Dabei ist aber zu beachten, dass Organisationales Lernen nicht weiter definiert und zumeist als „Lernen aus Fehlern“ verstanden wird. Weitere organisationale Lernroutinen die genannt werden sind abteilungsübergreifende Zusammenarbeit, Teamarbeit innerhalb von Abteilungen sowie Feedback- und Supervisionssysteme. Eine detaillierte Analyse der organisationalen Lernroutinen findet jedoch nicht statt. Ähnliche Ergebnisse sich ebenfalls für den Pflegebereich [LKK14] und, wenn auch etwas weniger ausgeprägt, [HCS+06] für Pflegeheime.

Patientensicherheit Auf die Patientensicherheit fokussierten auch [BJZ+11, S. 305 f.] und untersuchten klinische Risikomanagementsysteme in Deutschland mit einem besonderen Fokus auf Critical Incident Reporting System (CIRSe). In CIRS gemeldete Beinaheereignisse werden als wesentliche Auslöser für organisationale Lernroutinen beschrieben. Die konkrete Umsetzung organisationaler Lernroutinen bleibt jedoch zumeist ebenfalls aus. [JBL+12] beschreiben die möglichen organisationalen Reaktionen auf solche Ereignisse:

Tabelle 3.1: Intra-organisationale Lernroutinen nach Lipshitz/Popper [LP00]

Intra-organisationaler Lernprozess	Beschreibung
Patientenvisite (engl: Physicians' rounds)	Tägliche Visite, durchgeführt von Assistenz-, Ober- und Chefarzten zur Untersuchung des Patienten und des Behandlungsfortschrittes unter Begleitung von Pflegepersonal und ggf. Studierenden/Hospitanten
Chirurgische Reflektions-treffen (engl: Reflection in and after surgery)	Postoperativ durchgeführte informelle Reflektionstreffen, aber auch mögliche Rückmeldungen bereits während der OP (mittlerweile weiter entwickelt zum sog. Team Time Out vor einer OP, vgl. beispielhaft [OVP+12])
Klinisch-pathologische Konferenzen (engl: Clinical pathological conferences)	Post mortem durchgeführte Konferenz zur Erörterung fehlerhafter Diagnosen, häufig auch in der medizinischen Ausbildung genutzt
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (engl: Morbidity-mortality conferences)	Regelhaft nach schwerwiegenden Verschlechterungen oder Tod eines Patienten durchgeführte Konferenzen, dienen der Identifikation fehlerhafter Behandlungen (im Gegensatz zur klinisch-pathologischen Konferenz)
Videodemonstrationen (engl: Video demonstrations)	Reflektion von durchgeführten Operationen anhand aufgezeichnetem Videomaterials
Prüfung von Fallakten (engl: Reviews of medical records)	Nachträglich anhand der Fallakte durchgeführte Behandlungskontrolle durch den Chefarzt
Periodische Prüfung (engl: Periodic reviews)	Periodisch durchgeführte Prüfung von Stations-/Behandlungsstatistiken in der Chirurgie um mögliche Veränderungspotentiale der Behandlungsprozeduren zu identifizieren
Forschungsberichterstattung (engl: Research reports)	Monatliche Treffen des ärztlichen Personals zur Besprechung interner Forschungsprojekte in der Chirurgie
Journal Club (engl: Journal club)	Zweiwöchentliche ärztliche Treffen mit dem Ziel aktuelle Veröffentlichung und Forschungsergebnisse zu präsentieren und kritisch zu diskutieren (tlw. in Verbindung mit der wöchentlichen Abteilungskonferenz)
Abteilungskonferenz (engl: Staff meetings)	Entweder als tägliche Frühbesprechung (Innere) oder wöchentliche Abteilungskonferenz (Chirurgie) der Ärzteschaft und gelegentlicher Teilnahme der Stationsleitung, Sozialdienst und andere Experten
Pflegerische Abteilungskonferenzen (engl: Nursing staff meetings)	Monatliche pflegereiche Abteilungskonferenzen zur Diskussion pflegerischer Belange, gelegentlicher ärztlicher Vorträge bzgl. neuer Verfahren sowie Diskussion von organisatorischen und personellen Problemen

- direkte Problemlösung/Verbesserung durch die beobachtende Person und keine weitere Meldung.
- Meldung an zuständige Stellen und keine weitere Rückmeldung (black hole Phänomen).
- Meldung an zuständige Stellen mit Rückkoppelung und Lösungsansatz.

Neben CIRS gibt es weitere Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit. Frameworks wie das von Mayeng und Wolvaardt beschriebene Manchester Patient Safety Framework (MPSF) [MW15] oder TeamSTEPPS (Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety) [SKS+09]). Organisationales Lernen hat hier eine wichtige Bedeutung, insbesondere bei der Beurteilung kritischer Ereignisse im Nachgang, entweder durch einzelne Professionen wie der Pflege (MPSF) oder durch das gesamte Team (TeamSTEPPS).

Es ist jedoch zu beobachten, dass die genannten Systeme häufig nicht in dem Umfang genutzt werden wie dies möglicherweise erwünscht ist. [CDL07, S. 343 ff.] beschreiben, dass die Dunkelziffer kritischer Ereignisse höher ist und viele Ereignisse nicht eingetragen werden. Gründe hierfür sind das Fehlen organisationaler Unterstützung (trotz implementierter Systeme), Einschätzung geringer Wichtigkeit, Sorgen um die eigene Reputation oder auch das Fehlen der benötigten Zeit.

Weitere Auslöser für Organisationales Lernen Auch eingehende Patienten- und Angehörigenbeschwerden können Ausgangspunkte für organisationale Lernroutinen darstellen [WML+11]. [GR16] stellen ein Framework für das Monitoring dieser Beschwerden und die Ableitung von Gegenmaßnahmen bereit. Beschwerden können in verschiedenen Dimensionen kategorisiert werden (Klinik, Management, Patientenbeziehung) und daher auch organisationale Lernroutinen auf verschiedenen Ebenen auslösen [RGR14, S. 683 ff.]. Auch Patienten- und Angehörigenbeschwerden, die nicht direkt an die Organisation gerichtet sind, können als Auslöser in Frage kommen, wie sie bspw. auf Bewertungsplattformen in sozialen Netzwerken und Blogs zu finden sind [SF15, S. 10]. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass dafür weitere Monitoringsysteme implementiert werden müssen und Informationen aus diesen Quellen natürlich schwer zu beurteilen sind. Neben den vergangenheitsorientierten Beschwerdemanagement gibt es auch zukunftsgerichtete Verfahren wie das Appreciative Inquiry, dass im Gesundheitsbereich gemeinsam mit Patienten, Angehörigen und Personal angewendet werden kann [TSV+15]. Hier werden die angesprochenen Personengruppen gleichberechtigt zusammengebracht und im Rahmen von Workshops Verbesserungsvorschläge erarbeitet.

Abweichungen von Leitlinien und daraus resultierende Lernimpulse wurden bereits für die Neurologie diskutiert [Has06, S. 66 f.]. Dazu wurde die Konformität mit bestehenden Leitlinien und Kollegen untersucht und das „Praxiswissen“ der in die Studie eingeschlossenen Ärzte analysiert. Auch hier fand eine detaillierte Untersuchung der Lernroutinen nicht statt. Vielmehr wurde auf das Ergebnis dieser Lernroutinen fokussiert und die Lernroutinen selber als Blackbox betrachtet [Has06, S. 310 ff.].

Weiterhin ist zu beachten, dass es neben individuellen Fehlerursachen im Gesundheitsbereich genau wie in vielen anderen Hochrisikobereichen auch Fehlerursachen auf organisationaler Ebene gibt, die sich letztlich im individuellen Fehlverhalten ausdrücken und daher fälschlicherweise als individuelle Fehler verstanden werden [War10, S. 88]. Ein weiterer Ansatz sind daher Fehler-Ursachen-Analysen (engl.: root cause analysis). [BSW13] beschreiben den ursprünglich aus der Industrie stammenden Ansatz für den Einsatz im Krankenhaus. Hier werden kleine Teams dediziert für ein identifiziertes Problem (bspw. durch CIRS oder Patientenbefragung) gebildet und mit der systematischen Fehlersuche beauftragt [BWN+06]. Schwächen dieser Methode sind, neben den üblichen Problemen von politischer Einflussnahme, ressourcenbedingter Einschränkungen und mangelnder Kooperationsbereitschaft beteiligter Personen, insbesondere mangelhaft ausgebaute Rückkopplungsschleifen innerhalb der Organisation sowie eine eingeschränkte Transferfähigkeit über Organisationsgrenzen hinweg [PCW+16]. Weitere Ansätze die nicht auf kritischen Ereignissen und Fehlern beruhen sind dann noch Best Practice bzw. Good Practice Ansätze und Systeme wie das Betriebliches Vorschlagswesen [SF15, S. 8 ff.].

Lernimpulse können auch außerhalb von formalen Routinen und nicht im unmittelbaren Patientenkontakt entstehen. Waring und Bishop (vgl. [WB10]) beschreiben dieses Lernen auf Basis von informellen Gesprächen, bspw. im Rahmen des sog. „Flurfunks“ (in der englischen

Literatur auch als „watercooler effect“ beschrieben) für das Gesundheitswesen im Allgemeinen und die Patientensicherheit im Speziellen. Diese Gespräche können in verschiedenen räumlichen Settings stattfinden (Umkleieräume, Kaffeeküchen, Aufenthaltsräume), die der Öffentlichkeit nicht zugänglich sind.

Verbesserung der Lernfähigkeit Weitere Metaroutinen zielen auf die Absorbtionsfähigkeit (absorptive capacity [BWV03]) und die daraus resultierende Umsetzungsfähigkeit von Innovationen [IB16]. Die Autoren fokussieren auf die Integration evidenzbasierten Wissens in den täglichen Behandlungsablauf und identifizieren sowohl intern als auch extern ausgerichtete Routinen. Hier sind zu nennen:

- Interne Absorbtroutinen:
 - *Interne Partizipation*: Einbeziehung des Personals in die Auswahl und Implementierung neuen Wissens, bspw. durch Projektteams, kein reiner Top-Down-Ansatz (vgl. dazu auch [SGS07]).
 - *Ressourcenverteilung*: Bereitstellung von Ressourcen für Weiterbildung mit ausreichend Zeitbudget und Informationstechnik (bspw. in Form von Zugang zu Bibliotheken inkl. Onlineangeboten).
 - *Interne Netzwerke*: Unterstützung von internen inter- und multiprofessionellen Netzwerken und Bereitstellung von formalen Regeln für diese Netzwerke.
- Externe Absorbtroutinen:
 - *Scanning*: hier werden externe Wissensbasen hinsichtlich neuen Wissens überprüft, in dem bspw. dediziert Personal für die Sichtung abgestellt wird. Externe Wissensbasen können bspw. Leitlinienveröffentlichungen sein, aber auch andere VOen, in denen neue evidenzbasierte Methoden bereits verwendet werden.
 - *Netzwerke*: Aufbau und Pflege von formellen und/oder informellen Netzwerken mit anderen VOen und N-VOen (Fachgesellschaften, Universitäten), um möglichst früh neues evidenzbasiertes Wissen zu identifizieren.

Der Ausbau dieser Kapazitäten kann bspw. durch gezielte Stärkung der Knowledge Mobilisation geschehen. Kislov et. al. diskutieren Ansätze, die im Wesentlichen darauf abzielen anstelle von kurzfristigen projektgetriebenen Ansätzen eher langfristige Maßnahmen zu implementieren [KWH+14, S. 8 ff.]. Organisationsmitglieder sollen hier bspw. nicht passiv an Fortbildungen bezüglich neuer Verfahren teilnehmen, sondern partizipativ in die Erarbeitung neuen Wissens eingebunden wurden und diese, zunächst projektgetriebenen Strukturen, dann verstetigen und über den ursprünglichen Teilnehmerkreis hinaus bekannt machen.

Stärkung der Organisationsmitglieder Der tatsächliche Prozess des Organisationalen Lernens findet durch die individuellen Organisationsmitglieder statt. Maßnahmen zur Stärkung der Lernfähigkeit der Organisationsmitglieder stellen daher auch grundsätzlich eine Maßnahme zur Förderung Organisationalen Lernens dar. Phillips und Byrne beschreiben ein Programm zur Förderung von Abteilungs-/Stationsleitungen [PB13]. Enthalten sind Maßnahmen wie Lernverträge, eigenständig durchgeführte Projekte (Action Learning, bspw. zur Qualitätsverbesserung) oder Schulungen zur Verbesserung der Führungsqualitäten.

Auf die Führungsqualitäten zielt auch die stärkere vertikale Integration von Teams und Abteilungen. Während in der horizontalen Integration die Stärke einer Gruppe zu verorten ist, kann durch die vertikale Integration die notwendige Führung sichergestellt und der Transfer von explizitem Wissen gefördert werden [THO+14, S. 175] [AMA+12, S. 158 ff.]. Generell wird Führungsinstanzen eine wichtige Rolle bei der Schaffung einer förderlichen Lernkultur zugesprochen. Dies kann in Form von Vorbildfunktionen, Schaffung von notwendigen Ressourcen und Kooperationsfähigkeit und -willigkeit geschehen [WHC+11, S. 381 f.].

3.3.2.2 Inter-organisationales Lernen

Benchmarking Organisationales Lernen aus Sicht der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung kann auf inter-organisationaler Ebene beispielsweise über Benchmarking realisiert werden. [KWS+11, S. 67 ff.] und [AKP16, S. 37 ff.] beschreiben ein auf Patientinnenbefragungen basiertes Benchmarking zwischen Brustzentren in Nordrhein-Westfalen. Es werden verschiedene Indikatoren (bspw. Unterstützung durch Pflegekräfte, Sauberkeit, Entscheidungsteilnahme durch Patientin) erhoben und anonymisiert den teilnehmenden Zentren zur Verfügung gestellt, wobei das einzelne Zentrum sich selbst in der Statistik identifizieren kann. Die Zentren können so Schwachstellen in der eigenen Patientenversorgung identifizieren und verbessern. Das Benchmarking ist dabei Auslöser für organisationale Lernroutinen im Form von Anpassungslernen (single-loop learning) oder Veränderungslernen (double-loop learning), die bewusste Teilnahme eines Zentrums am Benchmarking selbst ist dann als Prozesslernen (deutero learning) zu verstehen. Eine detaillierte Betrachtung der ausgelösten Lernroutinen findet im Rahmen dieser Studien nicht statt.

Netzwerke Inter-organisationales Lernen ist ein Erfolgsfaktor für die Arbeit in Netzwerken. McGivern beschreibt, wie Kommunikation und verteilte Führung in End-of-Life-Care-Netzwerken intra-organisationale und inter-organisationale Lernroutinen fördern [McG09]. Dabei ist hervorzuheben, dass das Netzwerk aus VOen verschiedener Arten besteht (Pflegeheime, Hospize, Allgemeinärzte). Lernen wurde durch Personalrotation zwischen den beteiligten Einrichtungen gefördert, aber auch durch die Kommunikation der beteiligten Personen in Rahmen von CoP.

Communities of Practice CoP finden sich gerade im Gesundheitsbereich auf vielen Ebenen und sind ein klassisches Instrument des inter-organisationalen Lernens. Sie können auf regionaler (lokale Ärztenetze, Überleitungsnetzwerke [RSH15b]), nationaler und internationaler Ebene auftreten. Medizinische Fachgesellschaften und darin gebildete Untergruppen sind die klassischen Beispiele auf nationaler und internationaler Ebene, aber auch CoP zu anderen Themen wie Gesundheitspolitik [BMC+13].

Inter-organisationales Qualitätsmanagement Eine Verbindung von intra-organisationalen und inter-organisationalen Lernen stellen inter-organisationale Qualitätsmanagementinitiativen auf verschiedenen organisationalen Ebenen dar (hier multilevel quality collaborative genannt) [DWV+11, S. 2]. Dabei werden auf inter-organisationaler Ebene zunächst gemeinsame Qualitätsverbesserungsprojekte durch ein Projektteam gestartet und dann in die betreffenden Abteilungen der teilnehmenden Einrichtungen übertragen. In einem zweiten Schritt fungieren diese Abteilungen dann als Multiplikator und tragen die Innovationen in weitere, vorher nicht beteiligte Abteilungen.

3.3.2.3 Einflussfaktoren Organisationalen Lernens

Aus den Betrachtungen zu intra- und inter-organisationalem Lernen lassen sich nun positive wie negative Einflussfaktoren auf das Organisationale Lernen ableiten. Mögliche positive Einflussfaktoren sind:

Implementierung von Feedbacksystemen Die Implementierung von Qualitätsmanagementsystemen [DWV+11, 9f], Risikomanagementsystemen [BTB+16, 9ff] oder Patientenbeschwerdesystemen [GR16] [RGR14] [HCS10] ist ein wichtiger Faktor für die Initiierung von Organisationalem Lernen. Diese Systeme bieten der Organisation strukturierte Feedbackmöglichkeiten, ermöglichen die gemeinsame Sichtung von Abweichungen und möglichen Ursachen. Diese Rückkopplungsschleifen sind essentiell für das Organisationale Lernen [JBL+12, S. 291 ff.] und erhöhen die Absorptionsfähigkeit einer Organisation. Es wird ein positiver Zusammenhang zwischen Absorptionsfähigkeit und Performance-Verbesserungen angenommen [HJW15, S. 53 f.] [IB16].

Stärkung der Organisationsmitglieder Die Organisationsmitglieder sind die eigentlichen Träger des Organisationalen Lernens. Ihre Stärkung hinsichtlich benötigter Kompetenzen und Ressourcen ist ein weiterer wichtiger Bestandteil. Hierzu gehören die Förderung der individuellen Kompetenzen aller Organisationsmitglieder als Basis für Organisationales Lernen [SP06, S. 3 f.], bspw. durch Personalrotation in Netzwerken von VOen [McG09] oder durch Mitgliedschaften von Organisationsmitgliedern in CoP [KHW11] [BMC+13]. Auch die Förderung und Sensibilisierung der Führungsposition durch gezielte Maßnahmen zum Ausbau von Lern- und Führungsqualitäten [PB13] und dem Denken über Organisations- und Systemgrenzen hinaus [SP06, S. 4] gehören in diesen Bereich.

Technische Flankierung Die kontextbezogene Daten- und Informationsverfügbarkeit ist ein wichtiges Kriterium und benötigt die entsprechende informationstechnische Unterstützung [CWS11]. Hierzu gehört dann auch eine Aggregation bestehender Datenbestände zur Entwicklung evidenzbasierten Wissens [FR13, e66].

Mögliche negative Einflussfaktoren sind:

Ungenügende Feedbacksysteme Stellen gut implementierte Feedbacksysteme einen positiven Erfolgsfaktor da, so sind fehlende oder ungenügend implementierte Feedbacksysteme ein negativer Einflussfaktor. Fehlen Feedbacksysteme ganz [BTB+16, 9ff] so fehlt ein wesentlicher Baustein um Änderungsbedarfe überhaupt zu erkennen. Mangelhafte Implementierungen zeigen sich bspw. in fehlenden Rückkoppelungsschleifen, d.h. es werden Informationen eingestellt und die Organisationsmitglieder erfahren weder Rückmeldungen noch Verbesserungsvorschläge [JBL+12, S. 291]. Diese werden entweder nicht wahrgenommen oder sind dann bei der Umsetzung von Änderungen nicht mehr involviert. Auch die Nutzerfreundlichkeit von Feedbacksystemen ist ein Erfolgskriterium. Sind diese zeitintensiv in der Benutzung und es müssen alle benötigten Informationen manuell eingegeben werden, dann werden diese Systeme in der Tendenz auch weniger genutzt [BTB+16, 9ff].

Schwächung der Organisationsmitglieder Auf Ebene der Organisationsmitglieder kann schlicht das notwendige Wissen um die Bedeutung, Wirkprinzipien und Funktionsweise von Organisationalen Lernen fehlen [SEE12]. Mangelnde finanzielle Ressourcen stellen ebenfalls ein Problem dar, insbesondere wenn dadurch die Entwicklungsmöglichkeiten des Personals eingeschränkt werden [McG09], d.h. es fehlen Ressourcen um Organisationsmitglieder in ihrer Teilnahmen an CoP zu unterstützen oder die Personalausstattung erlaubt keine Personalrotation.

Arbeitsbedingungen Die Arbeitsbedingungen können ebenfalls einen negativen Einfluss auf organisationales Lernen haben. Hierzu gehören insbesondere Stress und Hektik in der alltäglichen Arbeit aber auch häufig wechselnde Teamstrukturen, wie sie bspw. gehäuft in Notfallaufnahmen auftreten [BTB+16, 9ff]. Der Fokus in der Arbeit auf etablierte Verfahrensweisen und damit die Vernachlässigung möglicher neuer Verfahren ist ebenfalls hinderlich für Organisationales Lernen [FR13, e64].

3.4 Organisationales Lernen aus informationswissenschaftlicher Perspektive

Ein Modell ist eine vereinfachte Darstellung eines Teils der vergangenen, gegenwärtigen oder zukünftigen Wirklichkeit. Es kann sich auf die Vergangenheit, die Gegenwart oder einen Soll- bzw. Idealzustand beziehen. Ein Modell abstrahiert von der Realität, d.h. bestimmte Dinge die für die Betrachtung nicht wesentlich sind, werden weggelassen. Ein Modell ist auch eine bestimmte Interpretation der Realität [BFG+96, S. 20 f.].

Die Patientenversorgung ist ein originär daten-, informations- und wissensbasierter Prozess mit einem hohen Anteil inter- und multidisziplinärer Kooperationspartner [CMU13, S. 74 ff.]. Die einzelnen Akteure sind durch Beziehungen miteinander verbunden, welche durch das sozio-technische Informationssystem unterstützt werden.

Zum besseren Verständnis komplexer Realitäten stellt die Informatik die Modellierung zur Verfügung. Im Folgenden werden nun zwei Arten der Modellierung vorgestellt, die für das weitere Verständnis der Arbeit wichtig sind. Die Reihenfolge ergibt sich aus dem Studiendesign (vgl. Kap. 5).

3.4.1 Prozessmodellierung

Zunächst lässt sich allgemein der Prozess als Transformationen von Objekten durch materielle oder immaterielle Arbeitsschritte und Aktivitäten (sog. Prozessschritte) mehrerer Akteure (Mensch oder Maschine) innerhalb einer Organisation oder eines Organisationsnetzwerkes mit dem Ziel der Erreichung einer vorgegebenen Leistung definieren [Krc15, S. 58] [Gai12, S. 1]. Abstrakt kann die Grundstruktur eines Prozesses in Input, Prozess und Output unterteilt werden [Wil09a, S. 1]. Das Prozessverständnis aus informationswissenschaftlicher Sicht hat damit auch eine große Ähnlichkeit mit dem Prozessverständnis der Versorgungsforschung (vgl. Kap. 3.3.1). In der Wirtschaftsinformatik werden hingegen Geschäftsprozesse (engl. business processes) betrachtet, dieses sind Prozesse zwischen Geschäftspartnern [GL13, S. 12].

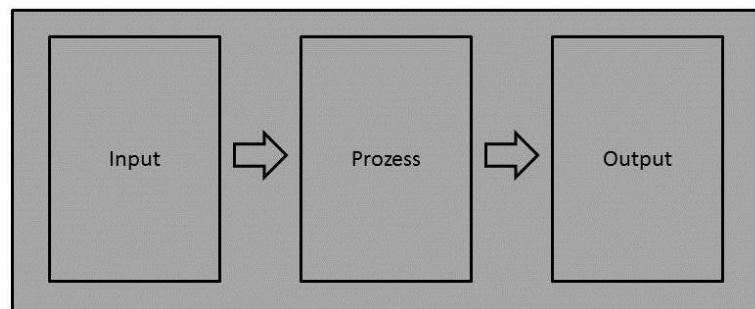


Abbildung 3.7: Input-Prozess-Output in Anlehnung an Wilhelm [Wil09a, S. 1]

Zur Prozessmodellierung in der Informationswissenschaft stehen verschiedene Methoden bereit, wie die Unified Modeling Language (UML), Business Process Model and Notation (BPMN), ereignisgesteuerte Prozessketten oder das Vorgangskettendiagramm [Krc15, S. 58].

UML [OMG15] wurde im Rahmen der objektorientierten Softwareentwicklung zur grafischen Modellierung von Softwaresystemen entwickelt. Es stellt dabei verschiedene Diagrammtypen zur Verfügung. Die Prozessmodellierung geschieht über Aktivitätsdiagramme [Kle13, S. 10 f.]. Eine detaillierte Darstellung der beteiligten Akteure und Systeme ist über ein UML-Aktivitätsdiagramm jedoch nicht möglich.

Im Rahmen der Geschäftsprozessmodellierung können beteiligte Akteure und Systeme erfasst werden. BPMN [OMG13] wurde zur grafischen Modellierung von Geschäftsprozessen entwickelt. Ziel ist die Optimierung von Geschäftsprozessen hinsichtlich Schnittstellen (zwischen Abteilungen und Organisationen sowie mit IT-Systemen), Dokumentation im Rahmen von Qualitäts- und Risikomanagement sowie Identifikationen von Prozessverantwortlichkeiten [GL13, S. 12]. Eine dedizierte Abbildung von Wissenstransformationen ist jedoch nicht möglich.

Mit den vorgestellten Modellierungsmethoden ist es also nicht möglich, organisationale Lernroutinen im notwendigen Detailgrad darzustellen. Es bestehen immer Informationsverluste hinsichtlich Akteuren, Systemen oder Wissenstransformationen. Für diesen Zweck wurden im Rahmen des geschäftsprozessorientierten Wissensmanagements spezielle Modellierungsmethoden entwickelt. Dort werden diese Lernroutinen als Wissensprozesse bezeichnet, also

[...] Prozesse, durch die Wissen entwickelt, genutzt, verteilt, gesichert, wiederverwendet oder evaluiert wird. [HGK02, S. 167]

Ausgehend von der Definition Organisationalen Lernens in Kap. 3.2.2 lassen sich organisationale Lernroutinen auch als Wissensprozesse im Sinne des geschäftsprozessorientierten Wissensmanagements verstehen, da diese immer eine Veränderung der Wissensbasis einer Organisation beinhalten. Das geschäftsprozessorientierte Wissensmanagement ermöglicht alle Akteure, Systeme und Wissenstransformationen eines Wissensprozesses zu modellieren.

Eine Methode ist die Knowledge Modeling and Description Language (KMDL). KMDL kann zur Modellierung von Wissensprozessen und organisationale Lernroutinen eingesetzt werden. Sie basiert auf der Wissensspirale von Nonaka/Takeuchi und ermöglicht die Darstellung der vier Wissenskonversionen (conversion), nämlich Sozialisation, Externalisierung, Kombination und Internalisierung. Die KMDL unterscheidet die Prozesssicht und die Aktivitätssicht. In der Aktivitätssicht wird der detaillierte Wissens- und Informationsfluss eines Prozesses dargestellt, während die Prozesssicht den Ablauf von mehreren wissensintensiven und nicht-wissensintensiven Prozessen darstellt. Dabei werden je nach Sichtebeine verschiedene Objekte genutzt. Zentrale Objekte sind das Informationsobjekt (information object) und das Wissensobjekt (knowledge object). Informationsobjekte können in unterschiedlichen Formen vorliegen (elektronisch, schriftlich), können das explizierbare Wissen einer Person enthalten und bestehen unabhängig von diesen Personen. Wissensobjekte hingegen beschreiben das implizite und das explizite Wissen einer Person. Dementsprechend existieren Wissensobjekte nicht ohne die Person. Informations- und Wissensobjekte können dabei Eingang und/oder Ergebnis einer Wissenskonversion sein. Wissenskonversionen können durch Konversionsmethoden beschrieben werden, Funktionen beschreiben Aktivitäten an Informationsobjekten. Wissenskonversionen können weiterhin durch Anforderungen (requirements) spezifiziert werden. Neben diesen Objekten und Aktivitäten gibt es noch verschiedene Akteure (Personen und Teams bestehend aus Personen). Diese Akteure sind Wissensträger und durchführende Instanz einer Wissenskonversion, d.h. sie führen die Aktivitäten durch⁶[GF06].

3.4.2 Referenzinformationsmodellierung

In Abgrenzung zur Prozessmodellierung fokussiert die Referenzinformationsmodellierung auf die Modellierung von Referenzinformationsmodellen. Referenzinformationsmodelle sind für den allgemeinen Gebrauch in einer Domäne vorgesehen und dient als Ausgangsbasis für weitere organisationsspezifische Modelle [Krc15, S. 39 ff.] [Alt16, S. 169 ff.]. Sie geben einen Überblick über die möglichen Informationsflüsse und die involvierten Akteure. Diese können sich je nach Domäne grundlegend unterscheiden.

Ein sehr umfassendes Referenzinformationsmodell ist das HL7 Reference Information Model (RIM) der Health Level Seven Inc⁷. Es dient als Basis für die weitere, mehrstufige Implementierung von Dokumentenaustauschformaten. Da das RIM auch zur Visualisierung herangezogen werden kann, soll es an dieser Stelle eingeführt werden.

Der Kern des RIM, das sog. Backbone, wird von insgesamt 6 Klassen gebildet [Lip14, S. 30 f.]. Diese sind im Einzelnen:

- *Entity (Hauptklasse)*: Eine Entity ist eine greifbare Sache der realen Welt (Person, Gegenstand, Material), umfasst aber auch nicht-greifbare Objekte wie Organisationen⁸.
- *Role (Hauptklasse)*: Eine Role wird durch eine Entity eingenommen, bspw. kann eine Person ein Patient oder Arzt sein und eine Organisation kann ein Leistungserbringer sein.
- *RoleLink (Hilfsklasse)*: Der RoleLink beschreibt das Verhältnis zweier Rollen, bspw. das klassische Arzt-Patienten-Verhältnis.

⁶Anzumerken ist in diesem Zusammenhang das der Prozess der Modellierung im Konzept der Wissensspirale von Nonaka/Takeuchi (vgl. Kap. 3.2.4.1) dem Teilschritt der Externalisierung zuzuordnen ist [Krc15, S. 37 f.].

⁷Health Level Seven International (HL7) ist eine von der ANSI (American National Standards Institute) akkreditierte Non-Profit-Organisation zur Entwicklung von Standards und Normen im Gesundheitswesen.

⁸Ein Krankenhaus ist sowohl als Gebäude durchaus greifbar, die Organisation Krankenhaus selber jedoch nicht [Blu03]. Der philosophische Diskurs über den Ausdruck Entität soll und kann an dieser Stelle nicht geführt werden.

- *Participation (Hauptklasse)*: Der Kontext eines Act wird hier ausgedrückt, z.B. Auftraggeber, Empfänger.
- *Act (Hauptklasse)*: Ein Act ist jedwede Handlung im Gesundheitswesen, bspw. eine Behandlungsprozedur, Diagnoseprozedur, Medikamentierung, Registrierungsprozess, etc.
- *ActRelationship (Hilfsklasse)*: Die Beziehung zwischen zwei Acts wird durch die ActRelationship beschrieben.

Neben diesem generischen Modell gibt es weitere domänenspezifische Ansätze. Die Medizin lässt sich in viele verschiedene Subdomänen unterteilen, wobei es einige Überschneidungen zwischen diesen Subdomänen gibt, aber auch Unterschiede je nach beteiligten Akteuren. Für die Onkologie beschreiben Snyder et. al. [SAR+11] beispielsweise ein abstraktes Informationsmodell, dass die Akteure und Informationen bzw. Informationsflüsse in Relation bringt. Zudem wird die Qualität der Informationen berücksichtigt. Zentrale Akteure in dem Modell sind:

- *Patienten*: Patienten werden von einem oder mehreren Klinikärzten behandelt.
- *Behandelnde Klinikärzte*: Behandelnde Klinikärzte aus einem Krankenhaus, sie behandeln einen oder mehrere Patienten.
- *Weitere Klinikärzte*: stehen mit den behandelnden Klinikärzten in Kontakt und stammen aus dem gleichen Krankenhaus, haben aber keinen direkten Kontakt zum behandelnden Patienten.
- *Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten*: diese Personen haben Kontakt zum behandelnden Patienten als auch zu weiteren Patienten. Diese Personen können familiär, freundschaftlich oder kollegial mit dem Patienten verbunden sein.
- *Weitere Patienten*: diese Patienten leiden an der gleichen (oder ähnlichen) Erkrankung und stehen im Kontakt zum Patienten und dem sozialen Umfeld. Dies sind bspw. Selbsthilfegruppen aber auch spontane Kontakte im Krankenhaus.

Zwischen den Akteuren bestehen verschiedene Informationsflüsse. Die Informationen, die über diese Informationsflüsse kommuniziert werden, lassen sich in qualitativ hochwertige und minderwertige Informationsflüsse unterteilen. Folgende Informationen werden kommuniziert:

- *Klinische Behandlungsinformationen*: dies umfasst das Expertenwissen (aus Bildung und Berufserfahrung), medizinische Informationen aus der Diagnostik (bspw. Elektrokardiogramm (EKG), Elektroenzephalografie (EEG), Laborwerte) und sensorischen Informationen, die der Klinikarzt aus der direkten Untersuchung des Patienten erhält (bspw. durch Abtasten, Abhören).
- *Klinische Kontextinformationen*: dies sind alle Informationen, die der behandelnde Klinikarzt von anderen Klinikärzten erhält, bspw. Hinweise aus der Behandlungserfahrung anderer Klinikärzte, Hinweise auf neue Verfahren etc.
- *Patientenorientierte Behandlungsinformationen*: dies sind Informationen, die der Patient dem Klinikarzt zukommen lässt wie Informationen über Lebensgewohnheiten (Ernährung, Bewegung, Schlaf, Medikamenteneinnahme, Vorerkrankungen) und den konkreten Gesundheitszustand (Schmerzen, Funktionsausfälle).
- *Patientenorientierte Kontextinformationen*: dies sind Erfahrungsinformationen anderer Personen, die an gleichen oder ähnlichen Erkrankungen gelitten haben und dem Patienten bei der Krankheitsbewältigung helfen können wie bspw. Informationen zu weiteren Behandlungsmethoden, Verhaltensweisen, Umgang mit Krankenkassen und Behörden.

Die Akteur-Informationen-Beziehungen sind in Abb. 3.8 dargestellt. Auf Basis dieses abstrakten Informationsmodells lassen sich nun gezielt elektronische und nicht-elektronische Kommunikationswege über die verschiedenen Akteure hinweg analysieren [RBC+15, S. 1256] und Lücken aufdecken wie bspw. nicht eingebundene Akteure oder fehlende Informationsflüsse [SSY+13, S. 7]. Ziel ist dabei die Verbesserung der Kommunikation der Akteure untereinander [LCL+15, S. 7], bspw. durch das Bereitstellen neuer Kommunikationsmedien [Fos14, S. 344].

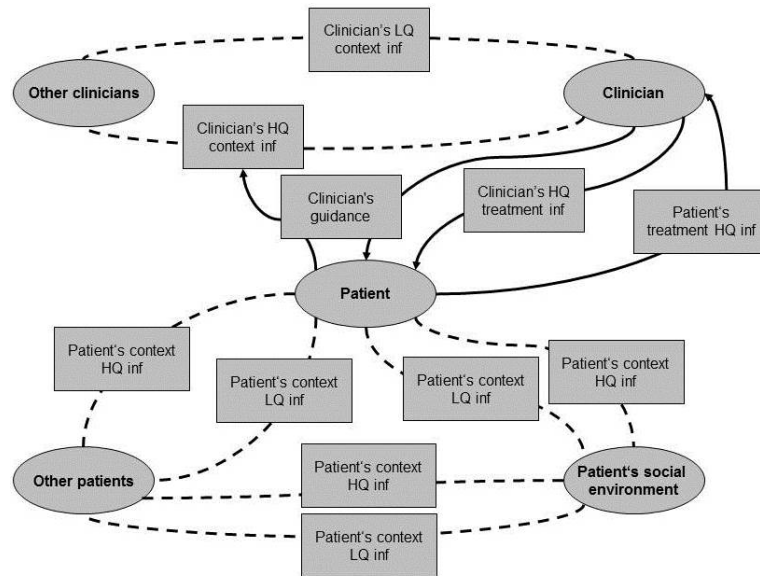


Abbildung 3.8: Abstraktes Informationsmodell der onkologischen Behandlung nach Snyder et. al. [SAR+11] in Anlehnung an Rölker-Denker/Hein [RH17a]

3.5 Zusammenfassung

Für das Organisationale Lernen existieren verschiedene Erklärungsmodelle, die je nach Eignung herangezogen werden können. Hinzukommen die vier Beschreibungsdimensionen, die in Verbindung mit dem jeweiligen Konzept eine vertiefte Analyse des Organisationalen Lernens in der konkreten Instanziierung erlauben.

In der versorgungsforschenden Perspektive findet Organisationales Lernen in VOen auf allen Ebenen der Organisation statt und, wenn auch in deutlichem geringerem Ausmaß, zwischen VOen (vgl. Tab. 3.2). Es konnten verschiedene Einflussfaktoren auf den organisationalen Lernprozess identifiziert werden (vgl. Tab. 3.3).

Auf informationswissenschaftlicher Ebene existieren verschiedene Methoden, die eine Modellierung Organisationalen Lernens ermöglichen können. Prozessmodellierung mittels KMDL kann die gezielte Analyse einer einzelnen organisationalen Lernroutine ermöglichen. Die Einbettung einer organisationalen Lernroutine in den Gesamtkontext führt dann zu einem Referenzinformationsmodell. Dieses dient dann der Analyse des Gesamtsystems, ein Referenzinformationsmodell wurde für die onkologische Versorgung vorgestellt.

Tabelle 3.2: Zusammenfassung intra- und inter-organisationaler Lernroutinen

Intra-organisationaler Lernroutine	Inter-organisationaler Lernroutine
Patientenvisite	Benchmarking
Chirurgische Reflektionstreffen	Krankheitszentrierte Netzwerke
Klinisch-pathologische Konferenzen	CoP
Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen	Inter-organisationales Qualitätsmanagement
Videodemonstrationen	
Periodische Prüfung	
Forschungsberichterstattung	
Journal Club	
Abteilungskonferenz/Frühbesprechung	
Abteilungskonferenz/Wochenbesprechung	
Pflegerische Abteilungskonferenzen	
abteilungsübergreifende Zusammenarbeit	
Teamarbeit innerhalb von Abteilungen	
Feedbacksysteme	
Supervisionssysteme	
klinische Risikomanagementsysteme	
CIRS	
Teambasierte Frameworks (MPSF, Team-STEPPS)	
Frameworks für Patienten- und Angehörigenbeschwerden	
Appreciative Inquiry	
Monitoring Leitlinienkonformität	
Fehler-Ursachen-Analysen	
Best-Practice/Good Practice	
Betriebliches Vorschlagswesen	
Flurfunk	

Tabelle 3.3: Zusammenfassung positiver und negativer Einflussfaktoren

Positive Einflussfaktoren	Negative Einflussfaktoren
Implementierung von Feedbacksystemen	Ungenügende Feedbacksysteme
Stärkung der Organisationsmitglieder	Schwächung der Organisationsmitglieder
Technische Flankierung	Arbeitsbedingungen

Kritik, Forschungsfragen und eigener Ansatz

4.1 Kritik

Die wesentliche Kritik, die sich durch alle Kritikpunkte zieht, besteht darin, dass es noch keine dediziert auf die geriatrische Versorgung fokussierten Studien gibt. Nach Betrachtung des aktuellen Standes der Forschung lassen sich folgende Kritikpunkte ableiten:

Kritikpunkt 1 Geriatrische Versorgung ist in hohem Maße informations- und wissensgetriebener Prozess (vgl. Kap. 2.3). Organisationales Lernen wurde als eine mögliche Bewältigungsmaßnahme aufgezeigt (vgl. Kap. 3.3). Es wurde eine Vielzahl unterschiedlicher Organisationaler Lernroutinen im Gesundheitswesen identifiziert. Jedoch fehlt eine detaillierte Untersuchung Organisationaler Lernroutinen für die Disziplin der Geriatrie. Eine Betrachtung organisationaler Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung hat bisher nicht stattgefunden, auch eine Betrachtung möglicher Einflussfaktoren (vgl. Kap. 3.3.2.3) hat es noch nicht gegeben.

Kritikpunkt 2 Es fehlt eine Analyse möglicher positiver und negativer Einflussfaktoren Organisationalen Lernens in der geriatrischen Versorgung. Es konnten bereits eine Reihe von geriatrieunspezifischen Einflussfaktoren identifiziert werden (vgl. Kap. 3.3.2.3), wie diese sich nun aber spezifisch in der geriatrischen Versorgung darstellen und ob es geriatriespezifische Einflussfaktoren gibt, wurde bisher noch nicht untersucht.

Kritikpunkt 3 Geriatrische Versorgung ist geprägt von einer hohen Interaktion und Kooperation verschiedener Akteure (vgl. Kap. 2.3), die Informationen und Wissen auf verschiedenen Kanälen tauschen und dabei auf unterschiedlichen Ebenen des Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell agieren. Akteure auf der Mesoebene sind VOen wie Krankenhäuser, Rehabilitationseinrichtungen oder Pflegeheime, auf die Mikroebene finden Interaktionen zwischen Ärzten, Pflegern, Therapeuten, Sozialarbeitern auf der Seite der VO und Patienten und Angehörigen auf der anderen Seite statt. Eine strukturiertes Informationsflussmodell, wie für andere medizinische Disziplinen zur Modellierung und Analyse Organisationaler Lernroutinen sowie zum besseren Domänenverständnis bereits vorhanden (vgl. Kap. 3.4.2), liegt für die Geriatrie jedoch nicht vor.

4.2 Forschungsfragen

Aus diesen Kritikpunkten lassen sich nun die folgenden Forschungsfragen formulieren.

Forschungsfrage 1 (organisationale Zielsetzung)

Lassen sich organisationale Lernroutinen auch in der geriatrischen Versorgung nachweisen?

Es ist anzunehmen, dass organisationale Lernroutinen auch in der geriatrischen Versorgung existieren, sowohl bereits bekannte geriatrischspezifische Organisationale Lernroutinen als bisher nicht beschriebene geriatrischspezifische Organisationale Lernroutinen. Auf Grund der bisher identifizierten Lernroutinen in der übrigen Versorgung und den Spezifika geriatrischer Versorgung sollten sich sowohl intra-organisationale als auch inter-organisationale Lernroutinen nachweisen lassen.

Forschungsfrage 2 (versorgungsforschende Zielsetzung)

Lassen sich für organisationale Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung geriatrischspezifische Einflussfaktoren und geriatrischspezifische Einflussfaktoren nachweisen?

Organisationale Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung unterliegen ebenso Einflussfaktoren wie Organisationale Lernroutinen in der übrigen Versorgung. Auf Grund der spezifischen Rahmenbedingungen der geriatrischen Versorgung sollten sich auch geriatrischspezifische Einflussfaktoren identifizieren lassen.

Forschungsfrage 3 (informationswissenschaftliche Zielsetzung)

Lässt sich aus organisationalen Lernroutinen und deren Einflussfaktoren in der geriatrischen Versorgung ein abstraktes Informationsflussmodell für die geriatrische Versorgung ableiten?

Wie in Kap. 3.4.2 eingeführt können domänenspezifische abstrakte Informationsflussmodelle helfen, Akteur-Informationen-Beziehungen zu analysieren. Ein für die Geriatrie domänenspezifisches abstraktes Informationsflussmodell kann daher helfen, die organisations- und sektorenübergreifenden Organisationalen Lernroutinen in der Geriatrie zu modellieren, besser zu verstehen und zu optimieren, insbesondere vor dem Hintergrund der unterschiedlichen involvierten Professionen und Sektoren.

4.3 Eigener Ansatz

Vor dem Hintergrund des bisher wenig bearbeiteten Forschungsfeldes des Organisationalen Lernens in der geriatrischen Versorgung wird ein explorativer Ansatz aus Beobachtungen und Interviews gewählt. Das detaillierte Studiendesign und die Methoden werden dann im nachfolgenden Kapitel 5 vorgestellt.

Zur Bearbeitung der Forschungsfrage 1 und 2 werden zunächst qualitative Verfahren angewendet. Da aus der Literatur kaum Erkenntnisse zu Organisationalen Lernen in der geriatrischen Versorgung entnommen werden konnten, werden im Rahmen einer Feldstudie teilnehmende Beobachtungen und Interviews in der Versorgungsrealität der akutmedizinischen und rehabilitativen Geriatrie durchgeführt.

Zur Überprüfung von Forschungsfrage 2 werden dann vertiefende Untersuchungen zu ausgewählten organisationalen Lernroutinen durchgeführt. Diese dienen der Identifikation geriatrischspezifischer Einflussfaktoren. Auch hier werden teilnehmende Beobachtungen und Interviews genutzt, die jedoch auf den organisationalen Lernprozess zugeschnitten sind. Ergänzt werden dieser Abschnitt durch die Modellierung der Akteure und deren Informationsbeziehungen, um ein genaues Verständnis der jeweiligen Organisationalen Lernroutine zu erhalten.

Forschungsfrage 3 wird durch die Entwicklung eines abstrakten Informationsflussmodells überprüft. Es werden alle involvierten Akteure, Informationsobjekte und deren Informationsbeziehungen sowie das Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell einbezogen. Ausgewählte identifizierte Organisationale Lernroutinen werden mit dem zu entwickelndem abstrakten Informationsflussmodell modelliert und analysiert.

Teil II
Studie

Aufbau der Studie

5.1 Studiendesign

Das Studiendesign wurde 2012 in einem ersten Entwurf auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung vorgestellt [RH12] und danach weiter präzisiert. Auf Grund des explorativen Charakters der Forschungsfrage muss das Studiendesign zunächst relativ weit ausgelegt sein, um eine hohe Erfassungsbreite zu gewährleisten und dann in einer weiteren Iteration fokussiertere Untersuchungen zu ermöglichen. Die Studie ist daher entsprechend der Fragestellung der Arbeit multidimensional aufgebaut. Sie besteht aus einem Hauptarm, der die Studienanteile in den beteiligten Versorgungseinrichtungen umfasst, und einem Nebenarm, der aus einer regional weiter angelegten Interviewstudie besteht.

Das Studiendesign orientiert sich an zwei Frameworks, welche die beiden organisationswissenschaftlichen Disziplinen abbilden: die Mensch-Technik-Organisation-Analyse (MTOA) nach Ulich für den Bereich der Organisationsforschung und das Phasenmodell nach Campbell für den Bereich der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung.

5.1.1 Einordnung in die Mensch-Technik-Organisation-Analyse nach Ulich

Die MTOA nach Ulich [Uli11] ist ein ganzheitliches Konzept zur Untersuchung von Organisationen. Es werden sieben Ebenen definiert:

- *E1, Analyse auf Ebene des Unternehmens:* Die erste Ebene stellt den Bezugsrahmen für alle weiteren Analyseebenen bereit, hier werden Informationen über die Organisation allgemein (Ziele, Struktur, Organisation), die Personalstruktur, Marktsituation, Technikeinsatz usw. bereit. Methoden sind Dokumentenanalysen und Experteninterviews.
- *E2, Analyse von Auftragsdurchläufen:* Auf dieser Ebene werden einige typische (und bereits abgeschlossene) Auftragsdurchläufe analysiert und ein Abgleich von Plan- und Sollvorgaben vorgenommen. Auch werden die involvierten Arbeitssysteme identifiziert (siehe E3). Methoden sind hier Dokumentenanalysen, ablauforientierte Begehungen, Experteninterviews und Gruppeninterviews.
- *E3, Analyse von Arbeitssystemen:* Ein Arbeitssystem ist durch einen inneren Aufgabenzusammenhang charakterisiert und ist daher von anderen Arbeitssystemen abgrenzbar. Betrachtungsgegenstände sind Inputs, Transformationsschritte, Outputs und die technisch-organisatorische Gestaltung inkl. möglicher Abweichungen. Auch werden auf dieser Ebene wiederum die möglichen Erkenntnisobjekte der nächsten beiden Ebenen (Arbeitsgruppen und Schlüsseltätigkeiten) identifiziert. Methoden sind Dokumentenanalysen, Experteninterviews und Gruppeninterviews.

- *E4, Analyse von Arbeitsgruppen:* Arbeitsgruppen werden hinsichtlich der eigenen Einflussmöglichkeiten bzgl. Regulation der Arbeit, Umgebungsbedingungen, Koordination etc. analysiert. Methoden sind Dokumentenanalysen, Gruppeninterviews und Beobachtungsinterviews.
- *E5, Analyse von Schlüsseltätigkeiten:* Hier werden Tätigkeitsabläufe, Kommunikations- und Kooperationserfordernisse, Mensch-Technik-Interaktion und -Funktionsteilung, regulative Hindernisse etc. untersucht. Methoden sind Ganzschichtbeobachtungen, Beobachtungsinterviews und Experteninterviews.
- *E6, Personbezogene Arbeitsanalysen:* Hier werden die Erwartungen der Beschäftigten an die Arbeit sowie die individuelle Wahrnehmung der Beschäftigungssituation analysiert. Methode ist hier die schriftliche Erhebung mit Skalierungsverfahren.
- *E7, Analyse der soziotechnischen Geschichte:* In einem zweistufigen Verfahren sollen zunächst die wichtigsten soziotechnischen Meilensteine der Organisation identifiziert werden. In einem zweiten Schritt sollen dann beispielhaft ein oder zwei soziotechnischen Meilensteine aus der jüngeren Vergangenheit der Organisation analysiert werden. Methoden sind Dokumentenanalysen und Experteninterviews.

Eine komplett durchgeführte MTOA ist eine sehr zeit- und personalaufwändige Arbeit. Beispielhaft führt Ulich die Planung und Durchführung einer MTOA in einem produzierenden Betrieb mit 150 Beschäftigten 180 Personentage (30 Tage mit einem Team von 6 Personen) für Planung und Durchführung auf. Hierin ist die sehr umfangreiche Auswertung noch nicht inbegriffen. Bei der Verwendung der MTOA als Referenzrahmen für diese Studie durch eine Person muss der Umfang und die Detailtiefe notwendigerweise skaliert werden. Dies wird einerseits durch Fokussierungen in der Studie erreicht, aber auch durch gleichzeitige Adressierung der Analyseebenen in einem Studienschritt. Die genaue Umsetzung wird im Kap. 5.2 beschrieben.

5.1.2 Einordnung in das Phasenmodell nach Campbell

Das Phasenmodell von Campbell et al. [CFH+00] wird nach Pfaff et al. als Orientierung für die Studiendurchführung in der organisationsbezogenen Versorgungsforschung empfohlen [PAB+09, S. 783] und eignet sich insbesondere für Evaluationen von (komplexen) Interventionen. Das Phasenmodell hat folgende Stufen [WAB+10, S. 285 ff.]:

- *Vorklinische Phase/Theorie:* In dieser Phase findet die Exploration der Theoriegrundlagen durch Wissensgenerierung und -systematisierung statt. Im Kontext der organisationsbezogenen Versorgungsforschung müssen alle relevanten organisationalen Ebenen und Kontextfaktoren einbezogen werden. Ziel ist die Entwicklung eines Modells (auch als Programmtheorie bezeichnet), die dann in den weiteren Phasen untersucht werden kann. Wichtigste Methoden sind qualitative Methode wie Literaturrecherchen und Expertenbefragungen.
- *Phase I/Modellierung:* Zentrale Komponenten des Modells werden in dieser Phase isoliert untersucht. Hierzu gehört insbesondere auch die Untersuchung organisationaler Einflussfaktoren auf diese Komponenten. Es werden sowohl qualitative Methoden (z.B. Einzelfallstudien, Dokumentenanalysen) als auch quantitative Methoden (z.B. deskriptive und korrelative Ansätze) angewendet.
- *Phase II/Exploratory Trial:* In dieser Phase steht die Gestaltung einer Intervention im Mittelpunkt, zentrale Untersuchungspunkte sind Akzeptanz, Machbarkeit und praktische Fragen der Studiendurchführung (Kontrollbedingungen, Rekrutierung, Interventionsschulungen). Wie in Phase I werden qualitative und quantitative Methoden angewendet.
- *Phase III/Definitive Randomised Controlled Trial:* Die summative Überprüfung der Intervention und die Evaluation der Effektivität ist Aufgabe der Phase III. Das Interventionsprogramm wird implementiert und mit einer Kontrollbehandlung verglichen. Klassischerweise werden quantitative Methoden der evidenzbasierten Medizin verwendet.

- *Phase IV/Long Term Implementation:* In Phase IV ist das Interventionsprogramm implementiert und bedarf nun einer langfristigen Unterstützung zur effektiven Interventionsimplementierung. Die optimale Passung an die Versorgungspraxis in unterschiedlichen Versorgungseinrichtungen unter Alltagsbedingungen ist hier das Ziel. Auch können in dieser Phase neue Fragestellungen auftauchen, die einen erneuten Forschungsbedarf begründen.

Diese Arbeit bedient sowohl die vorklinische Phase als auch die Phase I. In der vorklinischen Phase findet sich die Ausarbeitung des aktuellen Standes der Forschung (vgl. Kap. 3), der Messpunkt t_0 des Hauptarms und die begleitenden Interviews im Nebenarm der Studie (vgl. Kap. 5.2.2), Phase I wird durch den Messpunkt t_1 des Hauptarms der Studie (vgl. Kap. 5.2.1) erreicht. Aus der Arbeit hervorgehende Empfehlungen (vgl. dazu später die Kap. 9 und 10) können auf diesen Ergebnissen aufbauen und in Phase II beginnen.

5.2 Studienarme

Das Studiendesign ist in Abb. 5.1 dargestellt und soll anhand von Hauptarm und Nebenarm beschrieben werden. Die detaillierten Ausführungen zu den Methoden finden sich dann im Kap. 6.

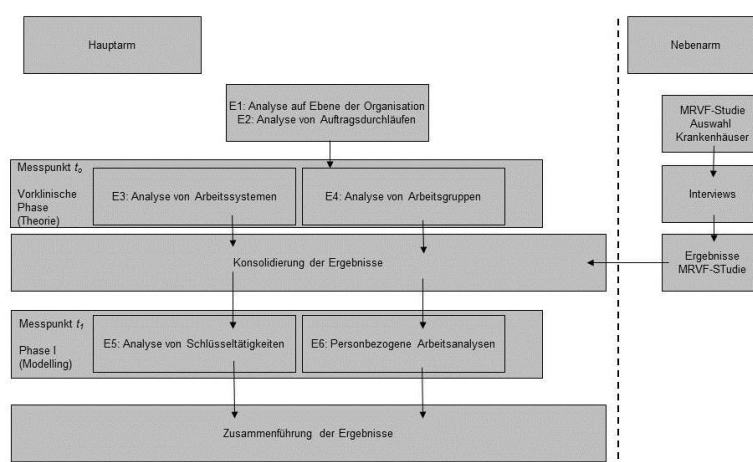


Abbildung 5.1: Studiendesign mit Hauptarm und Nebenarm

5.2.1 Hauptarm der Studie

Zur Vorbereitung des Hauptarmes wurden Vorbereitungsgespräche auf cheftärztlicher und klinikdirektorialer Ebene geführt, entsprechend den Ebenen E1 und E2 im MTOA. Im Hauptarm wurden dann zu zwei Zeitpunkten t_0 und t_1 Daten erhoben. Der Hauptarm der Studie umfasst den Anteil der Arbeiten, die in den an der Studie beteiligten VOen stattgefunden haben (vgl. Kap. 6.2.1). In t_0 wurden zunächst in den geriatrischen Fachabteilungen und verbundenen Abteilungen Beobachtungs- und Interviewdaten erhoben (vgl. Kap. 6.1.1), dieser Studienabschnitt entspricht der Ebene E3 und E4, die parallel erhoben wurden. Dieser Abschnitt der Studie entspricht weiterhin der vorklinischen Phase (Theoriefindung) nach dem Phasenmodell von Campbell (vgl. Kap. 5.1.2). Nach Auswertung wurden die Ergebnisse mit den Ergebnissen des Studiennebenarms zusammengeführt. Der zweite Messpunkt t_1 bildet die Ebenen E5 und E6 ab, hier wurde ein ausgewählter Lernprozess aus den Blickwinkeln Schlüsselaktivität und personbezogene Arbeitsanalyse betrachtet. Dieser Abschnitt der Studie entspricht der Phase 1 (Modelling) nach dem Phasenmodell von Campbell (vgl. Kap. 5.1.2).

5.2.2 Nebenarm der Studie

Im Nebenarm der Studie sollen auf Basis von Interviews grundlegende Annahmen für organisationales Lernen im Gesundheitswesen gewonnen werden. Diese werden dann in die Konsolidierung

der Ergebnisse aus t_0 im Hauptarm einbezogen. Konkret handelt es sich um Interviews im Rahmen des Projekts "Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg" (internes Projektkürzel MRVF). Das Projekt hatte eine Laufzeit von 2 Jahren und wurde vom 01.01.2014 bis 31.12.2015 im Department für Versorgungsforschung der medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg durchgeführt. Ziel des Projektes war 1) die Netzwerkbildung in der Metropolregion Bremen-Oldenburg, die geografisch den Nordwesten des Landes Niedersachsens abbildet, und 2) die systematische Erhebung von Bedarfen der Versorgungsforschung in eben dieser Region (vgl. Kap. 6.2.2). Ein Teil des Projektes widmete sich dann auch den organisationalen Lernroutinen im Gesundheitswesen [RSH14]. Ziel der Interviews war es zu identifizieren, inwieweit Wissen innerhalb und zwischen VOen entwickelt und verteilt werden kann und welchen Einfluss das Wissen auf die Patientenversorgung hat. In der Interviewsituation wurde explizit unterschieden zwischen intra-organisationalen Lernroutinen einer VO und inter-organisationalen Lernroutinen zwischen verschiedenen VOen.

6.1 Datenerhebung

6.1.1 Datenerhebung im Hauptarm bei t_0

6.1.1.1 Beobachtung

Wissenschaftliche Beobachtungen unterscheiden sich von Alltagsbeobachtungen durch eine spezielle Systematik der Beobachtung. Beobachtungen sind für die Versorgungsforschung und insbesondere die Organisationsbezogene Versorgungsforschung geeignet, da sie eine hohe Alltagsnähe ermöglichen und so die Komplexität sozialer und versorgungsrelevanter Phänomene abbilden können [MKH+12]. Beobachtungen existieren in unterschiedlichen Ausprägungen [MF10]:

- Offene oder verdeckte Beobachtung
- Teilnehmende oder nicht-teilnehmende Beobachtung
- Strukturierte oder unstrukturierte
- Feld- oder Laborbeobachtung
- Fremd- oder Selbstbeobachtung

Für diese Studie wurde eine offene, teilnehmende, strukturierte, Feld- und Fremdbeobachtung gewählt, dies bedeutet im Einzelnen:

- *Offene Beobachtung*: die beobachteten Personen, in diesem Falle das Stationspersonal, war über die Beobachtungen informiert. Patienten waren nicht Ziel der Beobachtungen.
- *Teilnehmende Beobachtung*: der Beobachter hat sich unter das ärztliche Personal gemischt und ist den Ärzten gefolgt, vergleichbar einem Hospitanten. Um die Arzt-Patienten-Interaktion nicht zu stören und sich besser in das Team einfinden zu lassen, hat der Beobachter ebenfalls einen Arztkittel getragen. Dadurch konnte die notwendige Alltagsnähe erreicht werden [MKH+12].
- *Strukturierte Beobachtung*: in den meisten Fällen konnte strukturiert beobachtet werden und zeitgleich zu den Beobachtungen die Feldnotizen in den Erfassungsbogen eingetragen werden. Sofern dies nicht möglich war (bspw. bei relevanten Situationen während der Mittagspause wurde zeitnah nachdokumentiert.
- *Feldbeobachtung*: die Beobachtungen fanden in den VOen statt und sind daher Feldbeobachtungen.

- *Fremdbeobachtung*: es wurde das Handeln des Stationspersonals beobachtet, daher ist die Beobachtung eine Fremdbeobachtung.

Während der Beobachtungen wurden die Eindrücke als Feldnotizen direkt notiert. Flick bezeichnet Feldnotizen als das "klassische Medium der Aufzeichnung in qualitativer Forschung" [Fli14, S. 374], weist aber auf Probleme bezüglich der Handhabung hin. Entweder muss für die Aufzeichnung die Beobachtungssituation verlassen werden oder es muss nachträglich aufgezeichnet werden, wobei beide Verfahren Nachteile haben. Durch das Verlassen der Beobachtungssituation entsteht ein Bruch in der Interaktion mit dem Feld und es können wichtige Beobachtungen verloren gehen. Eine nachträgliche Aufzeichnung der Beobachtungen wiederum ist auf Grund der zeitlichen Differenz zwischen Beobachtung und Aufzeichnung fehleranfällig.

Die Feldsituation im Krankenhaus und in der Rehabilitationseinrichtung stellt sich hier jedoch anders dar als in anderen Feldszenarien. Gerade im Krankenhaus ist es durchaus üblich, dass im Arbeitsalltag während Patientensiten, Teambesprechungen und anderen Gelegenheiten Notizen gemacht werden. Dies bietet die Gelegenheit auch direkt in der Beobachtungssituation, unter Verwendung eines Klemmbrettes, Aufzeichnungen anzufertigen. Ausnahmen hiervon sind bspw. die Mittagspausen, wo informelle Kommunikation passiert. Diese Beobachtungen müssen nachträglich aufgezeichnet werden. Hier hat es sich in der Beobachtungspraxis gezeigt, dass es während eines Beobachtungstages Zeiträume gibt, in denen wenig Interaktion geschieht (individuelle Patientenkurvenbearbeitung, Diktieren von Briefen) und in denen diese Aufzeichnungen dann zeitnah nachgeholt werden konnten.

6.1.1.2 Interviews

Um dem explorativen Charakter der Studie zu begegnen wurde auf das Instrument der semi-strukturierten leitfadengestützten Interviews gesetzt. Diese eröffnen die Möglichkeit, dass die befragten Personen ihr Erfahrungswissen leichter mitteilen können als in strukturierten Interviews. Gleichzeitig ermöglicht der Leitfaden eine gewisse Vergleichbarkeit zwischen den Interviews. Daher wird diese Technik vorzugsweise in explorativen Settings verwendet [Die05, S. 371 ff.] [Fli14, S. 194 ff.] und ist ein etabliertes Instrument der qualitativen Forschung [MF10]. Die Fragen orientierten sich den Vorarbeiten von Lipshitz und Popper [LP00] und dem InterKik Projekt [LKS+02] (vgl. Leitfaden im Anhang, Kap. C.1.1).

6.1.2 Datenerhebung im Nebenarm

Auch der Nebenarm der Studie hatte einen explorativen Charakter, daher wurde ebenfalls das Instrument der semi-strukturierten leitfadengestützten Interviews genutzt. Zunächst wurden in Teamsitzungen die Frageblöcke definiert und dann die zugehörigen Fragen erarbeitet. Zum Verständnis des Frageblocks zu Lernroutinen, der im Vergleich zum Interviewleitfaden des Hauptarms wesentlich kürzer ist, muss das Gesamtsetting der Studie kurz erläutert werden. Es gab insgesamt 9 Frageblöcke, die je nach Profil des besuchten Krankenhauses variiert werden konnten, zudem einen vorgeschobenen Vorstellungsblock sowie einen abschließenden Feedbackblock. Daher war die Zeit für die einzelnen Frageblöcke begrenzt und es standen für den Block „Lernroutinen“ maximal 5 Minuten zur Verfügung, in der tatsächlichen Interviewsituation meistens weniger (vgl. Kap. 6.3.2). Detaillierte Einführungen zum Organisationalen Lernen waren daher nicht möglich. Die interviewten Personen wurden daher über die Frage 1 zum allgemeinen Lernen auf Lernroutinen zwischen Abteilungen (Frage 2) und anderen Versorgungseinrichtungen (Frage 3) hingeleitet. Frage 4 zielte dann auf technologische Unterstützungsmöglichkeiten ab, Frage 5 stellte den Bezug zur Patientenversorgung her.

Im Abschnitt zu Lernroutinen wurden daher folgende Fragen gestellt⁹:

- Frage 1: Welche formellen Lernangebote gibt es in Ihrem Haus?
- Frage 2: Gibt es Lernprozesse zwischen den Abteilungen in Ihrem Haus?

⁹Zur besseren und, auf Grund der zeitlichen Restriktionen, schnelleren Verständlichkeit wurde der Begriff Lernprozesse statt Lernroutinen verwendet.

- Frage 3: Gibt es solche Lernprozesse auch zwischen Ihrem Haus und anderen Leistungserbringern, bspw. niedergelassenen Ärzten, Reha-Einrichtungen und anderen Krankenhäusern?
- Frage 4: Welche Rolle haben in den soeben beschriebenen Lernprozessen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien?
- Frage 5: Welche Rolle nimmt das Lernen im Rahmen der Patientenversorgung ein?

6.1.3 Datenerhebung im Hauptarm bei t_1

Auf Grund der exponierten Stellung der MGT-Runde in der geriatrischen Komplexbehandlung als zentrales Kommunikations- und Informationsmedium sowie den unterschiedlichen Instanzierungen in den beiden Häusern (vgl. Kap. 7.1.3) wurde der Fokus im Beobachtungszeitpunkt t_1 auf die MGT-Runde gelegt. Hierbei konnten die Einführung der geriatricspezifischen Software „Geriatrische Datenbank“ (GERDA) beobachtet werden, die in einem teilnehmenden Krankenhaus neu eingeführt wurde, in dem anderen Krankenhaus schon kontinuierlich über die gesamte Studiendauer genutzt wurde.

Es wurde ein Beobachtungsformular entwickelt, um das Erkenntnisobjekt MGT-Runde genauer zu erfassen. Beobachtungsformulare ähneln vom Konzept her Interviewleitfäden und haben den Zweck, den Fokus der Beobachtung auf vorher ausgewählte Aspekte zu lenken [May02, S. 137 ff.]. Nach einer ersten Orientierung durch die Hospitationen MGT-01 und MGT-02 (vgl. Kap. 6.2.3) wurde ein Beobachtungsformular zur Erfassung sozialpsychologischer [SS13] und gruppenspezifischer [DSS11] Prozesse entwickelt. Ebenso wurde ein Kurzfragebogen entwickelt, der im Anschluss an die dann noch anwesenden Teilnehmer der MGT-Runde verteilt und dann direkt ausgefüllt wurde. Klinische Arbeitsabläufe verhinderten, dass im Nachgang alle Teilnehmer Zeit hatten, um einen Fragebogen auszufüllen. Der Kurzfragebogen orientierte sich ebenfalls an sozialpsychologischen [SS13] und gruppenspezifischen [DSS11] Prozessen. Bei der Auswahl musste auf Grund des explorativen Charakters der Studie und der begrenzten Ressourcen (Zeit, Personal) eine Auswahl an zu beobachtenden sozialpsychologischen und gruppenspezifischen Prozessen getroffen werden, die gut zu operationalisieren und zu erfassen sind. Im Folgenden werden diese Prozesse kurz eingeführt:

- *Koordinationsverluste*: Koordinationsverluste sind ein Aspekt von Prozessverlusten in der Gruppenarbeit. Koordinationsverluste entstehen, wenn es der Gruppe nicht gelingt „[...] die individuellen Beiträge ihrer Mitglieder zur Zielerreichung optimal zu koordinieren.“ [SS13, S. 38 f.].
- *Transaktives Gedächtnis*: Ein transaktives Gedächtnis ist ein Bestandteil des organisationalen Gedächtnisses (vgl. Kap. 3.2.3.4) und stellt einen externen Speicher in einer Gruppe dar [SS13, S. 41 f.]. Hierzu wurden Fehlerkorrekturen einzelner Gruppenmitglieder durch die Gruppe (bspw. Verwechslungen bei Diagnosen, Terminen etc.) sowie Korrekturen falscher und grundlegend abweichender Patienteneinschätzungen durch die Gruppe erfasst.
- *Gruppenpolarisation*: Hierunter ist der Vorteil von Majoritätsargumenten gegenüber Minoritätsargumenten zu verstehen. Im Ergebnis neigen Gruppen nach Gruppendiskussionen (wie der MGT-Runde) dazu, Positionen zu vertreten die sich entlang der Majoritätsargumente orientieren [SS13, S. 42 f.]. Minoritätsargumente können sich nur dann durchsetzen, wenn diese mit entsprechender Expertise vertreten werden.
- *Gruppendenken*: Gruppendenken entsteht aus Gruppenpolarisation und führt dann zu Fehlentscheidungen, wenn externe und/oder interne Störfaktoren auftreten. Im Sinne der Operationalisierung wurde auf externe Störfaktoren (Zeitdruck, Störungen von außen) fokussiert [SS13, S. 43 f.].
- *Führung*: Negative Effekte wie Gruppenpolarisation und -denken können durch geschicktes Führungsverhalten minimiert oder sogar ausgeglichen werden. Hierzu gehört insbesondere, dass Einschätzungen und Meinungen von einer Führungsperson hinterfragt werden, um eben diese negativen Effekte zu vermeiden [SS13, S. 44 ff.] (vgl. Kap. 3.3.2.1).

Tabelle 6.1: Übersicht der Hospitationen in t_0

Hospitation	Organisation	Abteilung	Datum
Hospitation 1	EV	Klinik für Geriatrie	14.05.2013
Hospitation 2	KL	Klinik für Geriatrie	15.08.2013
Hospitation 3	EV	Universitätsklinik für Neurochirurgie	09.10.2013
Hospitation 4	EV	Universitätsklinik für Neurologie	15.10.2013
Hospitation 5	EV	Universitätsklinik für Neurologie/Stroke Unit	24.02.2014
Hospitation 6	KL	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Nieren- und Hochdruckkrankheiten	08.04.2014
Hospitation 7	KL	Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Nieren- und Hochdruckkrankheiten	11.04.2014
Hospitation 8	KL	Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	23.10.2014
Hospitation 9	KL	Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie (OP-Tag)	24.10.2014
Hospitation 10	RZ	Klinik für Geriatrie	26.03.2015
Hospitation 11	RZ	Klinik für Geriatrie	30.03.2015
Hospitation 12	RZ	Klinik für Geriatrie	31.03.2015

Zusätzlich wurden Einschätzungen zur Güte der MGT-Runde und der besprochenen Informationen erhoben (vgl. Kap. C). Diese Einstellungen wurden mit einer Likert-Skala erhoben, d.h. mit einer 5-Punkte-Antwortskala, die auch eine neutrale/unentschlossene Meinung zulässt [Die05, S. 209 ff.].

In der Beobachtungssituation wurde lediglich die MGT-Runde beobachtet, eine weitere Einbindung des Feldforschers in den Tagesablauf fand nicht statt. Der Feldforscher wurde als Mitarbeiter der medizinischen Fakultät der Universität Oldenburg kurz vorgestellt, er trug keine ärztliche Dienstkleidung wie im Hauptarm bei t_0 . Er war also deutlich als Gast erkennbar. Der Fragebogen wurde unmittelbar nach der MGT-Runde verteilt, während der Ausfüllzeit fand keine verbale Kommunikation zwischen Feldforscher und den Mitarbeitern statt, d.h. insbesondere Fragen zum Fragebogen wurden nicht beantwortet.

6.2 Datenquellen

6.2.1 Datenquellen im Hauptarm bei t_0

Es wurden 12 Hospitationen und 5 Interviews durchgeführt. Die 12 Hospitationen verteilen sich dabei auf 9 Hospitationen im Krankenhaus (4 im Evangelischen Krankenhaus OL (EV) und 5 im Klinikum Oldenburg (KL)) und 3 Hospitationen im Rehabilitationszentrum Oldenburg (RZ) (vgl. Tab. 6.1).

Insgesamt dauerten die Hospitationen in den Krankenhäusern 52h 26m, dabei wurden 112 Patienten gesehen und 905 Einzelevents erfasst. Eine genaue Verteilung der erhobenen Daten findet sich in Tab. 6.2.

Im RZ wurde insgesamt 10h 08m hospitiert, es konnten 27 Patienten gesehen und 318 Events identifiziert werden. Die Übersicht findet sich in Tab. 6.3.

Zusätzlich zu den Hospitationen wurden vertiefende Interviews mit ausgewählten Akteuren der hospitierten Stationen geführt. Diese sind überblicksartig in Tab. 6.4 dargestellt.

6.2.2 Datenquellen im Nebenarm

In der Metropolregion Bremen-Oldenburg nehmen 61 Krankenhäuser ihre Aufgaben gemäß §108 SGB V wahr. Die Interview-Anfrage erfolgte telefonisch beim Sekretariat der Geschäftsführung, im Anschluss erhielt der Gesprächspartner eine schriftliche Anfrage per Mail, um diese mit der Geschäftsführung zu besprechen und bei Interesse einen Termin zu vereinbaren. Ca. vier Wochen

Tabelle 6.2: Rahmendaten der Hospitationen im Krankenhaus in t_0

Hospitation	Dauer	Gesehene Patienten	Erfasste Events
Hospitation 1	4h15m	14	53
Hospitation 2	5h54m	12	120
Hospitation 3	7h0m	15	108
Hospitation 4	2h21m	20	76
Hospitation 5	5h15m	11	80
Hospitation 6	6h58m	12	130
Hospitation 7	3h45m	9	104
Hospitation 8	8h18m	18	123
Hospitation 9	8h40m	1	111
Gesamt	52h26m	112	905

Tabelle 6.3: Rahmendaten der Hospitationen im Rehabilitationszentrum Oldenburg in t_0

Hospitation	Dauer	Gesehene Patienten	Erfasste Events
Hospitation 10	4h00m	15	130
Hospitation 11	5h40m	12	138
Hospitation 12	0h28m	0	50
Gesamt	10h08m	27	318

nach Versenden der schriftlichen Anfrage wurde erneut telefonisch nachgefragt, ob Interesse an einem Interview bestehe. Bei fehlender Rückmeldung erfolgte eine dritte Anfrage weitere vier bis sechs Wochen später. Es konnten 24 Termine auf Direktoriumsebene in der Metropolregion Bremen-Oldenburg sowie 4 Termine auf Direktoriumsebene im westlichen Niedersachsen für einen Vorstellungs- und Interviewtermin vereinbart werden. Es wurden Krankenhäuser aus ländlichen und städtischen Regionen ausgewählt, ebenso aus verschiedenen Versorgungsstufen.

Da die zu dieser Studie zugehörigen Fragen im Kontext des MRVF-Projektes gestellt wurden, musste der Frageblock entsprechend in den Interviewfluss eingepasst werden. Im Rahmen der Interview-Termine wurde zunächst die European Medical School an der Universität Oldenburg mit dem dazugehörigen Department für Versorgungsforschung sowie die Metropolregion Nordwest vorgestellt. Anschließend wurden das Projektportrait mit seinen Rahmendaten und Partnern sowie den Zielen des Projektes präsentiert. Im zweiten Teil wurde der Interviewleitfaden zur medizinischen Versorgung mit den Interviewpartnern bearbeitet. In diesen Block wurde auch der Frageblock zu den organisationalen Lernroutinen eingebaut. In der Abschlussdiskussion wurden die Erwartungen an ein Netzwerk Versorgungsforschung sowie weitere Themen, die aus versorgungsforscherischer Sicht von Interesse sein könnten, eruiert. Der zweite und dritte Teil wurde nach Einverständnis der Interviewpartner mit einem Diktiergerät aufgezeichnet.

Tabelle 6.4: Übersicht der Interviews in t_0

Interview	Position der interviewten Person	Organisation	Abteilung	Datum
Interview 1	CA KL, EV und RZ, Leiter GZO	GZO	Klinik für Geriatrie	22.03.2013
Interview 2	Leitende OA	KL	Klinik für Geriatrie	15.08.2013
Interview 3	OA	EV und RZ	Klinik für Geriatrie	13.11.2013
Interview 4	FA	EV	Universitätsklinik für Neurochirurgie	27.11.2013
Interview 5	Leitender OA	KL	Universitätsklinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie	18.05.2015

Tabelle 6.5: Übersicht der Hospitationen der MGT-Runde in t_1

Hospitation	Datum	Krankenhaus	GERDA (ja/nein)
MGT-01	27.05.2015	EV	nein
MGT-02	28.05.2015	KL	ja
MGT-03	05.08.2015	EV	nein
MGT-04	06.08.2015	KL	ja
MGT-05	12.08.2015	EV	nein
MGT-06	13.08.2015	KL	ja
MGT-07	01.06.2016	EV	ja
MGT-08	15.06.2016	EV	ja
MGT-09	16.06.2016	KL	ja
MGT-10	29.06.2016	EV	ja
MGT-11	30.06.2016	KL	ja

6.2.3 Datenquellen im Hauptarm bei t_1

Zur weiteren Untersuchung der MGT-Runde wurden insgesamt 11 weitere Hospitationen zum Zeitpunkt t_1 durchgeführt. Dabei wurde die MGT-Runde isoliert hospitiert. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den MGT-Runden beider Krankenhäuser herzustellen, wurden die Hospitationen immer paarweise durchgeführt. Lediglich eine Hospitation wurde zusätzlich durchgeführt, um direkt nach Einführung eine erste Orientierung über mögliche Veränderungen zu erhalten (Hospitation MGT-07). Die Hospitationen sind in Tab. 6.5 aufgeführt. Das Beobachtungsformular wurde bei den Hospitationen MGT-03 bis MGT-11 angewendet, ebenso die Kurzfragebögen.

6.3 Datenauswertungsverfahren

6.3.1 Datenauswertungsverfahren im Hauptarm bei t_0

Es wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [May15, S. 85 ff.] zu Grunde gelegt. Die qualitative Inhaltsanalyse ist ein streng methodisches Vorgehen, das der schrittweisen Analyse des Materials dient. Zentrales Element dieser Methodik ist dabei die Verwendung eines für den Auswertungszweck entwickelten Kategorienbaumes. Dieser kann dabei sowohl deduktiv (im Vorfeld theoriegeleitet) als auch induktiv (direkt am Material entlang) entwickelt werden. Das induktive Vorgehen hat den Vorteil, dass das Material relativ unvoreingenommen ausgewertet wird und nicht durch die bereits deduktiv festgelegten Kategorien Verzerrungen auftreten. Daher wurde für diese Arbeit das induktive Vorgehensmodell gewählt, welches im Folgenden kurz vorgestellt wird. Die qualitative Inhaltsanalyse kann in sechs Abschnitte unterteilt werden, wobei die ersten beiden Schritte der Vorbereitung und Rahmensetzung dienen. Der erste Schritt besteht in der Definition von Gegenstand und Ziel der Analyse. Diese wird durch die im Kap. 4 beschriebenen Kritikpunkte und Forschungsfragen gesetzt. Der zweite Schritt bereitet die Kategorienentwicklung vor, es gilt vor allem die Selektionskriterien und Abstraktionsniveaus der Kategorien zu entwickeln. Im dritten Schritt folgt dann die erste Phase der Materialdurcharbeitung und Kategorienentwicklung. Im Zuge der Materialdurcharbeitung wird eine erste Version des Kategoriensystems entwickelt. Nach einer gewissen Menge an Material werden nur noch wenig neue Kategorien gebildet, je nach Materialumfang kann dies schon nach ca. 10 Prozent des Materials geschehen oder auch erst nach 50 Prozent oder später. Hier schließt dann der vierte Schritt ein und das Kategoriensystem wird revidiert. Danach wird im fünften Prozessschritt noch einmal das gesamte Material durchgearbeitet. Sollten hier schon früh noch Überarbeitungen des Kategoriensystems notwendig werden, so kann auch noch eine weitere Iteration und Revision des Kategoriensystems erfolgen. Im sechsten und abschließenden Auswertungsschritt erfolgt dann die Interpretation und Analyse, die sich entweder auf das gesamte Kategoriensystem bezieht, auf die Bildung von Hauptkategorien und auf quantitative Analyse, wie z.B. Häufigkeitsverteilungen der Kategorien. Der finale Kategorienbaum findet sich im Anhang (vgl. Kap. D.1).

6.3.2 Datenauswertungsverfahren im Nebenarm

Es wurde ebenfalls die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring [May15] zu Grunde gelegt und ebenso das induktive Auswertungsverfahren angewendet. Die Daten wurden von April 2014 bis Januar 2015 im Rahmen von semi-strukturierten leitfadengestützten Interviews in den Krankenhäusern erhoben und aufgezeichnet sowie einfach transkribiert. Es wurde der Kategorienbaum aus dem Hauptarm bei t_0 zu Grunde gelegt und weiterentwickelt (vgl. Kap. D.1).

6.3.3 Datenauswertungsverfahren im Hauptarm bei t_1

Für die Auswertung der qualitativ erhobenen Daten wurden die gleichen Verfahren wie Hauptarm bei t_0 verwendet (vgl. Kap. 6.3.1). Zusätzlich wurden gängige Methoden der deskriptiven Statistik verwendet, um die quantitativ erhobenen Daten auszuwerten [KRE+13].

Auswertung und Ergebnisse

In einem ersten Schritt werden nun die identifizierten intra-organisationalen und inter-organisationalen Lernroutinen vorgestellt, bevor dann einzelne Lernroutinen vertieft betrachtet werden.

7.1 Beobachtung von Lernroutinen im Hauptarm bei t_0

Während der Hospitationen und in den begleiteten Interviews konnten die in Kap. 7.3 identifizierten Lernroutinen zum Teil im Feld beobachtet und nachgewiesen werden.

7.1.1 Frühbesprechungen

Es zeigt sich, dass der typische Tagesablauf im Krankenhaus eine Frühbesprechung beinhaltet (vgl. Tab. 7.1). Diese Frühbesprechung liegt im Zeitraum zwischen 7:30 und 9:30 und dauert im Durchschnitt 21 Minuten. Die reine Besprechungszeit für Patienten liegt bei 15m und im Durchschnitt liegt die Besprechungszeit pro Patient bei 01m26s (vgl. Tab. 7.2). Lediglich auf der nephrologischen Station findet keine Frühbesprechung wie auf den anderen Stationen statt. Dieses Phänomen findet sich auch in den Interviews des Nebenarms (vgl. ID N2.02).

Der entscheidende Punkt ist der, wir haben keine Morgenkonferenz, morgens gehen alle in ihre Boxen sozusagen und fragen die Dinge ab. Wir haben eine Mittagskonferenz und bringen den Input des Tages rein und können, haben am Nachmittag noch Zeit, die Dinge zu lösen. (vgl. ID N2.02)

Die Frühbesprechungen sind in der Regel auf den ärztlichen Dienst beschränkt, Ausnahmen sind die beiden geriatrischen Stationen und die Stroke Unit. Auf den geriatrischen Stationen finden die Frühbesprechungen mit allen beteiligten Disziplinen im interdisziplinären Behandlungsteam statt (vgl. Kap. 2.2.2), auf der Stroke Unit sind ärztlicher Dienst und Pflegedienst involviert. Frühbesprechungen sind also zunächst kein reines Phänomen der geriatrischen Akutversorgung, allerdings sind diese durch den erweiterten Kreis der beteiligten Professionen anders gestaltet. Die Frühbesprechung ist also in der geriatrischen Klinik einer der Orte, an denen Informationen und Wissen über den Patienten ausgetauscht werden kann.

7.1.2 Konsile

Konsile können in eingehende und ausgehende Konsile unterschieden werden. Eingehende Konsile müssen vom ärztlichen Dienst neben der regulären Patientenversorgung in der eigenen Abteilung

Tabelle 7.1: Frühbesprechungen auf den hospitierten Stationen in t_0

Hospitation	Frühbesprechung	Event ID	Zeitraum	Bemerkungen
Hospitation 1	Ja	1.01	09:15-09:35	Keine
Hospitation 2	Ja	2.01-2.02	08:54-09:07	Aufgeteilt in ärztliche Frühbesprechung (2.01) und pflegerische Frühbesprechung (2.02)
Hospitation 3	Ja	3.02-3.04	08:00-8:20	Keine
Hospitation 4	Ja	4.02-4.03	08:30-8:59	Erste Frühbesprechung nach Urlaubspause
Hospitation 5	Ja	5.02	08:45-09:15	Keine
Hospitation 6	Nein	-	-	Dafür eine Mittagsbesprechung zwischen CA und OA
Hospitation 7	Nein	-	-	Keine
Hospitation 8	Ja	8.01-8.02	07:30-08:12	Frühbesprechung (8.01) und Röntgenbesprechung (8.02) kombiniert
Hospitation 9	Ja	9.01-9.02	07:30-08:05	Frühbesprechung (9.01) und Röntgenbesprechung (9.02) kombiniert

Tabelle 7.2: Zeitliche Erfassung der Frühbesprechungen auf den hospitierten Stationen in t_0

Hospitation	Event ID	Zeitraum	Dauer	Zeit für Patienten	Anzahl Patienten	Zeit pro Patient
Hospitation 1	1.01	09:15-09:35	00h20m	00h20m	14	01m26s
Hospitation 2	2.01-2.02	08:54-09:07	00h13m	00h13m	17	00m46s
Hospitation 3	3.02-3.04	08:00-8:20	00h20m	00h16m	3	05m20s
Hospitation 4	4.02-4.03	08:30-8:59	00h29m	00h11m	8	01m22s
Hospitation 5	5.02	08:45-09:15	00h30m	-	-	-
Hospitation 8	8.01	07:30-07:45	00h15m	-	-	-
Hospitation 9	9.01	07:30-07:50	00h20m	-	-	-

bearbeitet werden (vgl. Tab. 7.3). Hier ist zwischen der konsiliarischen Beurteilung anhand der vorliegenden Patientenakten und einer konsiliarischen Beurteilung nach Patientenkontakt zu unterscheiden.

Ausgehende Konsile (vgl. Tab. 7.4) sind notwendig, wenn die behandelnden Ärzte auf Grund fachfremder Symptomatiken interdisziplinären Beratungsbedarf benötigen. In einigen Fällen ist das Konsil auch der erste Schritt in einem Verlegungsprozess, wenn bspw. in einer aufnehmenden Akutabteilung während der Behandlung weiterführender Behandlungsbedarf einer anderen Disziplin vermutet wird. Im angeführten Beispiel wurde ein Patient auf der Stroke Unit eingeliefert, nach der routinemäßigen Erhebung des Barthelwertes (vgl. Kap. 2.2.2.1) soll der geriatrische Behandlungsbedarf durch ein Konsil überprüft werden und eine mögliche Verlegung in die geriatrische Fachabteilung geprüft werden (vgl. ID 5.03.10a und 5.03.10c).

7.1.3 Multiprofessionelle geriatrische Teamrunde

Die MGT-Runde ist ein zentrales Element der komplexen Intervention (vgl. Kap. 2.2.2). Dies wird durch die Daten bestätigt. Alle geriatrischen Interviewpartner haben die Bedeutung der MGT-Runde als zentrales Kommunikations- und Informationsmedium herausgestellt (vgl. Tab. 7.5). Beide geriatrischen Akutkliniken führen die MGT-Runden durch, wobei im Beobachtungszeitpunkt t_0 im hospitierten Haus 2 GERDA zur Unterstützung der MGT-Runde eingesetzt wurde. Im hospitierten Haus 1 wurde im Beobachtungszeitpunkt t_0 während der MGT-Runde

Tabelle 7.3: Eingehende Konsile

ID	Beleg	Kommentar
2.11	Bearbeitung Konsil, Sichtung des urologischen Konsils, Sichtung des kardiologischen Konsils, EKG, Radiologiebefund, nebenbei Gespräch mit AÄin über anderen Patienten	Beobachtung
2.14	Bearbeitung des Konsils, Schreiben des Konsils, Faxen des Konsils, Kopie zum Sekretariat Geriatrie zur weiteren Speicherung	Beobachtung (Fortführung des ausgelösten Arbeitsschrittes aus ID2.11)
5.16	Sichtung der Konsile + Laborbefunde der Patienten	Beobachtung
6.22.12	Bericht über Konsile, Imin	Beobachtung
9.02b	Aufnehmender Arzt aus Sprechstunde berichtet auch über Konsile	Beobachtung

Tabelle 7.4: Ausgehende Konsile

ID	Beleg	Kommentar
3.02d	Verlegungen: Innere eher selten, häufig keine Übernahmen sondern eher Beratung (Anm.: Konsile)	Aussage des hospitierten Arztes während der Beobachtung
4.07.16	Patient 16: geriatrisches Konsil erbeten	Beobachtung
5.03.02a	Geriatrisches Konsil geplant	Beobachtung
5.03.02e	Medikamente müssen erfragt werden, eventuell konsiliarisch	Beobachtung
5.03.04a	Geriatrisches Konsil geplant	Beobachtung
5.03.06a	PCH-Konsil (pädiatrische Chirurgie)	Beobachtung
5.03.10a	Konsil internistisch gestellt	Beobachtung
5.03.10c	Barthel fehlt noch, eventuell Übernahme Geriatrie oder internistisch, dann Reha	Beobachtung
7.01.19c	Psychologisches Konsil wegen Geschäftsfähigkeit?	Beobachtung
7.01.33c	Patient bekommt Konsil Neurologie am Nachmittag	Beobachtung

papieraktenbasiert gearbeitet.

Die MGT-Runde in der Rehabilitationsklinik unterscheidet sich von der klinischen Runde durch eine umfassende IT-Unterstützung. Alle Teilnehmer haben einen eigenen Laptop in der Besprechung dabei und können direkt ihre Eingaben machen. Dazu wird die MGT-Runde dort durch die Pflege moderiert und geleitet. Der ärztliche Dienst greift inhaltlich nur auf ausdrückliche Nachfrage ein (vgl. ID12.10.07b).

7.2 Ergebnisse der Interviews im Hauptarm bei t_0

In den begleiteten Interviews konnten sowohl intra- als auch inter-organisationale Lernroutinen identifiziert werden. Diese können zunächst in Prozesse und Konferenzen unterschieden werden. Intra-organisationale Konferenzen sind:

- *Früh-/Mittagskonferenzen*: diese interdisziplinären Konferenzen finden einmal oder mehrmals pro Woche statt und es nehmen Ärzte aus allen Disziplinen statt, zumeist aufgeteilt nach internistischen und chirurgischen Disziplinen. Innerhalb dieser beiden Blöcke nehmen

Tabelle 7.5: Belege und Ankerzitate zur MGT-Runde

ID	Beleg	Kommentar
2.23	MGT Runde beobachtet, 10 Teilnehmer (Lt. Oberärztin, Assistenzarzt, Pflege, Sozialdienst, 2 Physiotherapeutinnen, 2 Ergotherapeutinnen, Logopädie, Psychologin)	Beobachtung
2-Int-30	GERDA kein Smalltalk sondern festlegen multidisziplinärer Zielsetzung	Interview während Beobachtung
12.01	Patientenbesprechung mit CA, Pflege, PT, LT, ET, SD, Psy, Ernährungstherapie, Moderation/Führung der Sitzung durch Pflege (12.01a), ärztlicher Input vorher (12.01b), alle Teilnehmer haben eigenen Rechner (12.01d)	Beobachtung
12.10.07b	Neuropsychologische Therapeutin berichtet über Patient, Rückmeldung OÄ wegen Demenz	Beobachtung
Int-01-08	Dazu einmal am Donnerstag um 14:00, Teambesprechung über Patienten in der Frühreha zusammen mit Vertretern aller Professionen, 7-8 Personen	Interview
Int-02-17	Das gleiche haben wir mit GERDA gemacht, also wir diese Sitzung einmal in der Woche haben, da mussten wir alle lernen, kurz und prägnant zu formulieren und da mussten wir auch noch einmal in die Sprache der anderen übersetzen, die Pflege bspw. versteht verständlicherweise nicht so viel davon was die Physio, Ergo, die neurophysiologische Testung hat viele Fremdwörter, nicht nur Fremdwörter verstehen, sondern auch inhaltlich füllen mit der Klinik die der Patienten hat, das ist ein langjähriger Lernprozess, aber ich denke wir sind da gut am Ball und wir wachsen da zusammen, und ich hatte auch früher zu besseren Zeiten alle vier Wochen angeboten, 1) dass wir wenn gewünscht ist immer wieder Fortbildung machen, dann kommen die Schwestern mittags dahin und dann mache eine halbe Stunde zu einem Thema oder 2) was ich auch angeregt habe, was aber momentan zeitlich nicht geht, vor jeder GERDA-Sitzung erklärt eine Profession einen kleinen Inhalt, MMT oder TUG oder was ist wieso, konstruktives, Kurz-/Langzeitgedächtnis, Demenz, Delir und so, das haben wir in Eigenregie gemacht, immer nur 5 Minuten, nicht großartig, mehr so wie in der Erziehung „steter Tropfen höhlt den Stein“, ständige Konfrontation führt doch letztendlich zum Lerneffekt	Interview
Int-03-09	dann ist 1x in der Woche pro Patientengruppe eine interprofessionelle oder multiprofessionelle Teamsitzung wo alle 1x Patienten wöchentlich durchgesprochen werden, dafür haben wir für 15 Patienten ein Zeitfenster von einer Stunde [...]	Interview

die Ärzte disziplinenübergreifend teil. Manchmal werden im Rahmen dieser Konferenzen von den beteiligten Ärzten auch kleinere Präsentationen zu spezifischen Methoden oder Fällen gehalten (sog. Morgenfortbildung) [RH15].

- *Chirurgische Reflektionskonferenzen*: diese Konferenzen dienen der Nachbesprechung von, zumeist kritisch verlaufenen, Operationen, alle beteiligten Professionen nehmen teil [LP00] [RSH15a].
- *Fachabteilungskonferenzen*: diese Konferenzen werden monatlich abgehalten und dienen der Abstimmung zwischen den beteiligten Professionen, also bspw. Zusammenarbeit zwischen ärztlichem und Pflegedienst.
- *Teambesprechungen*: diese Besprechungen finden auf wöchentlicher Basis statt und dienen der operativen Abstimmung einer Abteilung.
- *Klinische Konferenzen*: Diese interdisziplinären Veranstaltungen dienen der Besprechung komplizierter oder unklarer Fälle und der Therapiefindung. Fälle können vorher angemeldet werden und dann besprochen werden. Weiterhin sind klinische Konferenzen auch ein Baustein der Fort- und Weiterbildung, sie können mit Kurzreferaten ergänzt werden und sind unter Umständen sogar mit CME-Punkten bewertet (vgl. beispielhaft die klinische Konferenz der Park-Klinik Weissensee¹⁰).
- *Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&M-Konferenzen)*: Im Rahmen von M&M-Konferenzen werden unerwartete, fehlerhafte, seltene oder in anderer Art außergewöhnliche Behandlungsverläufe diskutiert. Fachdisziplinen- und berufsgruppenübergreifende Teams versuchen durch Aufarbeitung dieser Fälle Maßnahmen zur Steigerung von Qualität und Patientensicherheit abzuleiten [ECE15] [BÄK16].
- *Pathologische Konferenzen*: ähnlich den Radiologiekonferenzen finden diesen Konferenzen mit den Pathologen statt und dienen der Diagnoseabklärung und Therapiefindung.
- *MGT-Runde*: vgl. Kap. 7.1.3.

Prozesse auf intra-organisationaler Ebene sind:

- *Konsile*: vgl. Kap. 7.1.2.
- *CIRS*: CIRS (vgl. Kap. 3.3.2.1) konnten ebenfalls nachgewiesen werden.
- *Behandlungspfad*: ein Behandlungspfad ist ein strukturierter und multidisziplinärer Behandlungsplan für ein spezifisches medizinisches Problem. Als klinischer Behandlungspfad basiert er auf veröffentlichten Leitlinien und wird für eine spezifische Organisation instanziiert [RKJ+11].
- *Interdisziplinäre Teams*: interdisziplinäre Teams vereinen Experten aus unterschiedlichen Disziplinen und ermöglichen die ganzheitliche Behandlung eines Patienten, sie kombinieren dazu ihr Wissen und Fähigkeiten um ein für den Patienten optimales Ergebnis zu erreichen. Im Gegensatz zur Multidisziplinarität arbeiten die Disziplinen hier tatsächlich zusammen und nicht nebeneinander [MK10].
- *Weiterbildung (Facharzt, Pflege, Führungsweiterbildung)*: Im Gegensatz zur Fortbildung zielt die Weiterbildung auf neues berufliches Wissen und Fertigkeiten [Kur10, S. 318]. Dazu gehören die Facharztausbildung, unterschiedliche Pflegeweiterbildungen (Intensivpflege, OP-Pflege) aber auch Führungsweiterbildungen und Traineeprogramme.
- *Fehlermanagement*: dies sind strukturierte Verfahren, um aufgetretenen Fehlern zu begegnen.
- *Informelle Konsile*: im Gegensatz zu formalen Konsilen ist dies ein informelles Bitten um eine Einschätzung zu einem Patienten.

¹⁰<https://www.park-klinik.com/unternehmen/fort-und-weiterbildung/interdisziplinaere-klinische-konferenz.html>, abgerufen am 13. Oktober 2017

- *Supervisionsgespräche*: im Rahmen der Facharztausbildung werden angehende Fachärzte von erfahrenen Kollegen supervisiert, regelmäßiges Feedback wird im Rahmen von Supervisionsgesprächen gegeben.

Ein weiterer Aspekt ist dann noch die individuelle Fortbildung, diese ist überblicksartig in Tabelle 7.6 zusammengefasst.

Hinzukommen positive und negative Einflussfaktoren für die intra-organisationalen Lernroutinen. Positive Einflussfaktoren sind:

- *Patientenverlegungen*: Patientenverlegungen zwischen den einzelnen Abteilungen fördern den Informationsaustausch und auch das Verständnis für die jeweils andere Disziplin. Dies forciert die persönliche Kommunikation der behandelnden Ärzte (vgl. ID Int-02-32 und Int-04-104) vor allem auf der Ebene der Oberärzte (vgl. ID Int-04-63).
- *IT-Infrastruktur*: Hierzu gehört insbesondere die Möglichkeit in Literaturportalen und Datenbanken suchen zu können (wie bspw. PubMed oder fachspezifische Suchmaschinen, 3 Nennungen, vgl. ID Int-02-09). Hinzu kommen dann noch einige sehr spezifische Unterstützungsmöglichkeiten, die jeweils nur einmal genannt wurden (vgl. Tab. 7.7).
- *Kommunikationskultur*: Hierunter fallen die Entwicklung einer gemeinsamen Sprache (vgl. ID Int-02-16 und Int-02-17) sowie der offene und konstruktive Umgang mit Fehlern (vgl. ID Int-02-22).
- *Fehlerkultur*: dazu gehört ein möglichst sachlicher und emotionsloser Umgang mit Fehlern (vgl. ID Int-01-27) sowie ein lösungsorientierter Ansatz (vgl. ID Int-02-22). Auch ein strukturierter Umgang mit Fehlern bspw. im Rahmen von M&M-Konferenzen wird als hilfreich bei der Entwicklung einer Fehlerkultur gesehen (vgl. ID Int-05-33).
- *Gemeinsame Fortbildungen*: abteilungsübergreifende Fortbildungen zu Themen wie sie bei gemeinsam behandelten Patienten wichtig sind (vgl. ID Int-03-31).
- *Gemeinsame Abteilungen*: Gemeinsame Abteilungen von häufig kooperierenden Disziplinen, die sich bspw. durch häufige Patientenverlegungen und Konsile manifestieren, werden als hilfreich gesehen, auch unter dem Aspekt dann gemeinsamer Patientenbehandlung und Fortbildung. Zum Interviewzeitpunkt lagen hierzu jedoch erst Konzepte vor (vgl. ID Int-01-39).

Negative Einflussfaktoren sind:

- *Fehlende Kommunikationsräume*: hier fehlen Möglichkeiten, um bestimmte Informationen mit anderen Personen auszutauschen. Hierzu gehören fehlenden Konferenzen zwischen kooperierenden Abteilungen (vgl. ID Int-04-59), fehlende abteilungsübergreifenden Oberärztkonferenzen (vgl. ID Int-05-41) aber auch eine Zunahme an unpersönlicher Kommunikation über Briefe, eMails und Akten (vgl. ID Int-02-78).
- *IT-Fehler*: IT-Unterstützung kann auch fehlerhaft sein. Hierunter fallen mangelhafte Benutzerschnittstellen (vgl. ID Int-04-98), zeitaufwändige und unübersichtliche Systeme (vgl. ID Int-02-69) und mangelhafte Schnittstellen zwischen papierbasierten und elektronischen Systemen (vgl. ID Int-02-74 und Int-02-76).
- *Zeitdruck*: Kongressbesuche zur Fortbildung können als zeitkritisch gesehen werden (vgl. ID Int-04-25), ebenso wie Tätigkeiten, die eigentlich nicht dem originären Berufsbild entsprechen wie das organisatorische Bearbeiten von Arztbriefen (vgl. ID Int-04-94) oder Dokumentieren (vgl. ID Int-02-69).
- *Finanzdruck*: Hierzu gehören mangelnde Einblicke in die finanzielle Situation einer Abteilung (vgl. ID Int-04-87) ebenso wie in die Gesamtsituation einer VO (vgl. ID Int-04-91).
- *Dokumentationsaufwand*: Hierzu gehört das Dokumentieren in fachspezifischen Systemen (vgl. ID Int-02-69) aber auch das Anfertigen von Arztbriefen (vgl. ID Int-04-94).

Tabelle 7.6: Individuelle Fortbildungsmaßnahmen

Einflussfaktor	Beschreibung	Ankerzitat
Kongressbesuch	Besuch eines Kongresses	ID Int-03-17: [...] Ich versuche, einmal im Jahr einen Kongress zu besuchen, der ja immer mit Fortbildung verbunden ist.
Morgenfortbildung	Institutionalisierte Morgenfortbildungen	ID Int-02-07: wir haben unten eine Frühbesprechung 2x in der Woche, da tragen Kollegen Kurzvorträge vor, die werden mit je 1 CME-Punkten bedacht, da kann man hingehen [...]
Zeitschriften	Lektüre von Fachzeitschriften	ID Int-02-07: [...] ansonsten gibt es Fachzeitschriften die ich abonniere oder die ich bekomme über meine Status bekomme [...]
Vorträge	Eigene Vorträge	ID Int-01-52: Viele Vorträge bei verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapeuten), bspw. bei kardiologischen Symposium bei Herrn Elsässer (Adipositas im Alter, Sarkopenie), bei Rheumatologen (Pharmakokinetik im Alter), bei Gastroenterologen (Malnutrition im Alter), dazu dann noch bei Seniorenvereinigungen [...] und ID Int-01-20: [...] Gezielt dann Bücher und Zeitschriftenartikel zur Vorbereitung bestimmter Themen und Vorträge.
Wissenschaftliche Arbeit	Forschung, Reviewtätigkeiten für Zeitschriften	ID Int-05-04: Nebenher ist es so, dass ich nach wie vor die Funktion habe, sozusagen die wissenschaftlich aktive Gruppe leite ich nach wie vor. und ID Int-05-25: [...] Leberchirurgie als z.B. Kollorektalchirurgie, d.h. ich lege meinen eigenen Schwerpunkt dann eher da drauf. Ich versuche mich da sowohl weiterzubilden als auch wissenschaftlich aktiv zu sein. [...]
Fachgesellschaften	Mitgliedschaft und Mitarbeit in Fachgesellschaften	ID Int-01-20: [...] dazu dann noch die Mitarbeit in Fachgesellschaften und in Arbeitsgruppen wo man von Kollegen sehr gut profitieren kann, qualitativ die höchstwertige Form, bspw. aktuell eine Arbeit über Proteinverzehr im Alter in einer weltweiten Arbeitsgruppe [...]
Knowledge Pitches	Kurzvorträge im Rahmen von intra-organisationalen Konferenzen	ID Int-02-32: das sind die Gastroenterologen, die Kardiologen, die Nephrologen und die Geriater und das ist ja schon ein riesiges Gebiet. Und die bekommen durch die kleinen Aufsätze auch schon ein bisschen von den anderen was mit
Qualitätszirkel	Mitarbeit in inter-organisationalen Qualitätszirkeln	ID Int-03-19: Also ich mache einen Qualitätszirkel mit Polypharmazie mit der KJK zusammen, da bin ich einmal im halben Jahr fest mit drin
OP-Kurse	Teilnahme an praktischen OP-Kursen	ID Int-05-25: Wir haben also durch Gespräche und Austausch mit der Industrie haben wir so eine Art, ja wie soll ich sagen, Sponsoring bekommen, wonach wir regelmäßig Kollegen auf wirklich sehr gute, hochklassige Kurse schicken können, also OP-Kurse. [...] Und wir haben als Angebot für die Kollegen und auch für jüngere Kollegen insbesondere, haben wir eben, kriegen wir regelmäßig Einladungen zu sehr guten Kursen an sehr renommierten Unikliniken in Freiburg, Heidelberg, Dresden, wo eben Kollegen aktiv aufgefordert werden, also was heißt aufgefordert werden, das klingt so brutal, also gefragt werden, ob sie nicht Lust hätten hinzufahren. In der Regel wird das sehr dankbar angenommen. [...]
eLearning	Nutzung von elektronischen (z.T. web-basierten) Lernangeboten	ID Int-04-25: [...] Ich benutze hauptsächlich diese Onlineangebote, ich lese mir irgendwas durch, weil ich nicht jemand bin, der jetzt gerne Wochenende in fremden Städten verbringt, fernab von der Familie [...]

Tabelle 7.7: Weitere Unterstützung durch IT-Infrastruktur

Einflussfaktor	Beschreibung	Quelle und Zitat
IT:Diktat	Digitalisiert Dikta- te mit angeschlosse- nem Schreibdienst	Int-03-80: Das ist alles hier . . . ich diktiere alles, das geht direkt online in den Schreibdienst. Hier gibt es keine Kassette mehr, das läuft über SpeechMic von Philips.
IT:GERDA	Fachspezifische Do- kumentation	Int-01-66: [...] dazu auch wichtig für die Do- kumentation hinsichtlich spezifischer geriatri- scher Inhalte, im Klinikum etwas fortgeschrit- teter als im EV, da gibt es auch geriatrisch- spezifische IT-Systeme (GERDA)
IT:OPPlanung	Software zur Un- terstützung der OP-Planung (Zei- ten, personelle Ressourcen, zeitli- che Ressourcen)	Int-05-55: Ja, die spielen eine große Rolle, weil die komplette Organisationplanung elek- tronisch geht, d.h. der Patient wird in der Sprechstunde gesehen, wird quasi für den OP- Termin eingetragen und wird dann praktisch ausschließlich elektronisch zusammengestellt der OP-Plan. D.h. ich überlege mir dann am Tag vorher, wie bekomme ich die beste Saalaus- lastung hin, wie ist es mit der Kernkompetenz der Operateure, wer ist da, wer ist nicht da und so entsteht dann der Plan, das ist ausschließlich am Computer.
IT:Prozess- planung	IT-gestützte Pla- nung des Behand- lungsprozesses	Int-03-13: Es gibt eine EDV-Abteilung die sich mit 2 Vollkräften nur darum kümmert, dass Haus zu verplanen. Also jede einzelne Untersuchung, jede einzelne therapeutische Sitzung, Gruppentherapien, Einzeltherapiean- gebote aber auch Fortbildungen sind EDV- technisch hinterlegt und für die wird man ge- blockt für einen bestimmten Zeitraum für ein bestimmtes Thema.

- *Personalmangel*: Auf Grund von Personalmangel fallen als sinnvoll eingeschätzte Lehrangebote weg (vgl. ID Int-04-43).
- *Fehlende Kommunikationskultur*: Hierunter ist das Ausweichen auf die unpersönliche Kommunikation durch Briefe, eMails und Akten zu verstehen (vgl. ID Int-02-78).
- *Industrieller Einfluss*: der Einfluss von Medizinprodukte- und Pharmaindustrie auf Leitlinien, Kongresse und Fortbildungen wird kritisch gesehen, da rentablere Verfahren und Produkte eher beworben werden als weniger rentable Alternativen, die möglicherweise für Patienten aber besser geeignet sind (vgl. ID Int-04-69, Int-04-71 und Int-04-74).
- *Keine Literaturportale*: Es besteht kein Zugriff auf einschlägige Literaturportale und Bibliotheken während der Arbeitszeit (vgl. ID Int-04-35).

Auf inter-organisationaler Ebene können ebenfalls Konferenzen und Prozesse unterschieden, hinzukommen noch dann Netzwerke. Intra-organisationale Konferenzen sind:

- *Gemeinsame Abteilungskonferenzen*: Dies sind einrichtungsübergreifende Konferenzen einer Fachabteilung (vgl. ID Int-01-51 und Int-03-62).
- *Kongresse*: Dies sind von einer Fachabteilung durchgeführten Kongresse (vgl. ID Int-04-39).

Als inter-organisationale Prozesse konnten identifiziert werden:

- *Überleitungsmanagement*: der Transfer von Patienten zwischen VOen verschiedener Versorgungsstufen und Sektoren, betrifft sowohl eingehende Patienten (vgl. ID Int-02-50) als auch ausgehende Patienten (vgl. IDs Int-02-50, Int-02-59 und Int-05-50).
- *Hospitationen*: hierunter ist die Personalrotation zwischen verschiedenen VOen zu verstehen mit dem explizitem Ziel der Fortbildung (vgl. ID Int-01-71).
- *Leitlinien*: dies ist die Nutzung von Leitlinien, erstellt durch Fachgesellschaften (vgl. ID Int-04-69).

Hinzu kommen dann noch die inter-organisationalen Netzwerke:

- *Qualitätszirkel*: Qualitätszirkel können sowohl intra-organisational als auch inter-organisational gebildet werden. Es sind Kleingruppen, die Teilnahme ist freiwillig und die Themen werden selbst gewählt [BÄK07, S. 6] [KBV10, 4f]. Es werden quartalsweise Qualitätszirkel mit Niedergelassenen (vgl. ID Int-01-22) und mit anderen VOen genannt (vgl. ID Int-03-19).
- *CIRS*: auch diese Systeme können organisationsübergreifend implementiert werden, es wird ein CIRS zum Thema Hygiene genannt (vgl. ID Int-01-33).
- *Alumni*: dies sind informelle Netzwerke, die aus Zeiten des Studiums stammen und sich bei verschiedenen Gelegenheiten treffen, bspw. im Rahmen der Lehrverpflichtungen (vgl. ID Int-05-48).
- *Ärztstammtische*: auch dies sind informelle Netzwerke, die lokal bzw. regional begrenzt sind und einen informellen Austausch über Organisationsgrenzen hinweg ermöglichen (vgl. ID Int-04-39).

Als positive Einflussfaktoren konnten noch identifiziert werden:

- *Patientenverlegungen*: ebenso wie bei intra-organisationalen Patientenverlegungen zwischen Abteilungen sind inter-organisationale Patientenverlegungen ein positiver Einflussfaktor. Hierbei handelt es sich dann um allgemeine Nachfragen zu Patienten (vgl. ID Int-03-64) oder bei besonders komplexen Fällen (vgl. ID Int-02-50 und Int-05-50).
- *Persönlicher Kontakt*: hier werden insbesondere die Vorzüge von bereits persönlich bekannten Ärzten genannt (ID Int-02-65) sowie die aktive Kontaktabahnung in den hausärztlichen Bereich (ID Int-01-55 und Int-01-57).

7.3 Ergebnisse der Interviews im Nebenarm

In der Nebenarmstudie wurden ebenfalls Lernroutinen identifiziert, hier konnte ein Großteil der bereits im Hauptarm identifizierten Lernroutinen bestätigt werden (mehr dazu im Kap. 8.1.1). Tabelle 7.8 gibt einen Überblick über die häufigsten Nennungen (3 und mehr) und der entsprechenden Ankerzitate.

Weiterhin wurden die folgenden inter-organisationalen Lernroutinen identifiziert (vgl. Tab. 7.9):

- *Tumorkonferenzen*: in der onkologischen Versorgung sind Tumorkonferenzen von zentraler Bedeutung. Sie verfolgen einen interdisziplinären Ansatz (Onkologen, Chirurgen, Radiologen), stellen aber auch eine Schnittstelle zwischen den Sektoren dar, d.h. es sind sowohl stationär als auch ambulant tätige Ärzte eingebunden sowie ggf. der Haus- und Facharzt [Sch10b]. Auch sind partizipative Ansätze möglich, in denen Patienten an der Konferenz teilnehmen [AKP+14].
- *Fort- und Weiterbildungsnetzwerke*: VOen können auch in der Fort- und Weiterbildung kooperieren. Hier lernt das Personal aus mehreren VOen gemeinsam und kann so Erfahrungen über Organisationsgrenzen hinweg austauschen.

Tabelle 7.8: Identifizierte intra-organisationale Lernroutinen im Nebenarm

Item	Nennungen	Bemerkungen
Interdisziplinäre Teams	9	„Das gibt es in bestimmten Bereichen, also ich kann nur sagen, dass besonders bei Themen, also sage ich mal Funktions-einschränkungen die man oder Therapiefaden für bestimmte Patienten, die eben interdisziplinär zu sehen sind, sind ohne weiteres auch Gruppen eingerichtet worden und sind Verfahrensanweisungen oder Abläufe entwickelt worden, die eben auch über die Abteilung hinausgehen.“ (vgl. ID N6.02)
Fortbildung	8	„Und es gibt hausintern Veranstaltungen, dass meinetwegen wenn jetzt ein Kardiologe kommt, d.h. menschlich muss ich mein Team ja auch fitmachen, der schult dann praktisch seine Mitarbeiter speziell für kardiologische Fragestellungen oder unfallchirurgische Fragestellungen oder alles Mögliche.“ (vgl. ID N25.03)
Früh- und Mittags-konferenzen	5	„Das gibt es, das gibt es sowohl von chirurgischer, von gefäßchirurgischer Seite, das gibt es auf internistischer Seite. Also Veranstaltungen natürlich primär erst einmal für die eigene Klinik, für die eigenen Interessenten oder Klinikmitarbeiter, aber die Veranstaltungen sind offen und auch die Anästhesisten haben etwas.“ (vgl. ID N18.05)
Radiologiekonferenzen	4	„Ja, es gibt hier regelmäßig Röntgenbesprechungen, da treffen sich alle Ärzte morgens und gucken sich Röntgenbilder zusammen an und das findet für alle Fachabteilungen statt. Das ist alles organisiert.“ (vgl. N25.05)
Ideenmanagement	4	„Aber die eigentliche Verbesserung war nachdem das Lean Management eingeführt war, das wir drei Mitarbeiter gebeten haben „Mensch, Sie wissen doch drüber am besten Bescheid im Bereich“, wie kann man die Wechselzeitenproblematik, die Dauer der Wechselzeit runterfahren. Das haben die drei, innerhalb von 14 Tagen hatten die ein Konzept fertig, mit 25 Punkten, wobei nur ein Punkt betriebsrattechnisch abgesegnet werden musste, den Rest konnten wir wirklich, konnten die Chefsärzte machen.“ (vgl. ID N14.07)
M&M-Konferenzen	3	„[...] es gibt auch Mortalitäts-/Morbiditätskonferenzen im Rahmen des Darmzentrums was wir hier bespielen und das vorgehalten werden muss.“ (vgl. ID N22.11)
CIRS	3	„Ja, das haben wir. Das CIRS System gibt es und das wird auch genutzt und das wird auch besprochen.“ (vgl. ID N17.09)
Qualitäts-managementsysteme	3	„Also wir sind jetzt dabei, aus den Qualitätsmanagementsystemen heraus, wir haben eine neue Hygienefachkraft, ich habe eine neue Fachkraft für Arbeitssicherheit und wir sind jetzt in diesem Jahr nach unserem Audit, da kriegt man ja auch noch einmal Hinweise von draußen, also wir sind ja auch Leute, die andere Häuser kennen, sind wir jetzt dabei, wir werden wöchentlich ein internes Audit machen im Wechsel in den einzelnen Fachbereichen, sodass jeder Bereich alle 6 Wochen dran ist, um dann wirklich einzuführen, unserer System dann auch noch mal zu stabilisieren, das was wir eingeführt haben.“ (vgl. ID N14.18)
Facharztausbildung	3	„Die Ausbildung der, im Rahmen der Facharztausbildung, der Schwerpunktweiterbildung, läuft nach festen Logbüchern ab, die die Ärztekammer hier vorgeben.“ (vgl. ID N16.06)
Pflegeweiterbildung	3	„Und dann bieten wir in Kooperation mit verschiedenen Schulen Fachweiterbildungen an, eigentlich das breite Spektrum von Stationsleitungsausbildung bis hin zur Intensivfachweiterbildung, OP-Fachweiterbildung, da haben wir ein breites Angebot, nicht so groß natürlich wie in einer großen Klinik, sehr zielgerichtet natürlich, aber das machen wir.“ (vgl. ID N20.06)
Prozess-dokumentation	3	„Das ist vom Arzt bis hin zur Hilfskraft alles in Form von Projekten organisiert worden. Hilft uns auch, dass wir zertifiziert sind nach KTQ und proCumCert, jetzt im November steht die dritte oder vierte, ich glaube vierte müsste ich nochmal nachschauen, Rezertifizierung an, sodass wir unsere Prozesse, unsere Abläufe auch sehr gut dokumentiert haben. Und wenn immer irgendwo Veränderungen anstehen, ist das immer die Grundlage um sich neu aufzustellen.“ (vgl. ID N8.02)
Führungs-weiterbildung	3	„Das muss man vermeiden sozusagen und dann gibt es natürlich individuelle Weiterbildung und Personalentwicklung, wo man dann guckt, ob man möglicherweise über erste Managementseminare Leute nachzieht für Traineeverfahren.“ (vgl. ID N7.14)

- *Gemeinsame Führungsstrukturen:* Verbundene VOen in Konzernstrukturen können über gemeinsame Führungsstrukturen verfügen, diese dienen nicht nur der Kostenersparnis sondern auch der Vereinheitlichung der Führungsprozesse. Gemeinsame Führungsstrukturen sind bspw. ein Chefarzt für eine Disziplin über mehrere Häuser oder gemeinsame Leitungsrunden (Direktorien, Abteilungskonferenzen, Chefarztkonferenzen).
- *Einbeziehung MVZ:* ein an eine VO angeschlossenes MVZ kann über inter-organisationale Qualitätsmanagementsysteme aber auch CIRSe verstärkt in eine VO angeschlossen werden. Auch gemeinsame Führungsstrukturen (gleicher Chefarzt) und Personalabstellungen von der VO in das MVZ unterstützen diesen Prozess.
- *Telemedizinische Netzwerke:* Telemedizin wird häufig in Netzwerken realisiert, d.h. ein Netzwerkteilnehmer stellt einem anderen Netzwerkteilnehmer eine Ressource über das Netzwerk zur Verfügung. Ein klassisches Beispiel ist das telemedizinische Konsil wie es in der Teleradiologie genutzt wird, d.h. es werden über die medizinische Bildgebung bei einem Netzwerkpartner Bilder erzeugt, die dann beim kooperierenden Netzwerkpartner befundet werden. Vergleichbare Anwendungen wären dann die Telepathologie, Teledermatologie oder Telekardiologie [Bra17].
- *Rehabilitationskonferenzen:* Rehabilitationskonferenzen ähneln den Tumorkonferenzen, jedoch steht hier die Rehabilitation im Mittelpunkt. Gemein ist hier jedoch auch wieder der interdisziplinäre und multiprofessionelle Ansatz [MBO+14, S. 68].
- *Fallkonferenzen:* diese Veranstaltungen finden regelmäßig (monatlich, wöchentlich) und haben das Ziel, komplizierte Fälle in einem interdisziplinären Umfeld zu besprechen. Behandelnde Ärzte müssen eine Patientenbesprechung für diese Konferenzen anmelden und können dort von den Empfehlungen erfahrener Ärzte profitieren. Diese sprechen in der Regel eine Behandlungsempfehlung aus, in inter-organisationalen Settings werden hier auch dann verstärkt Schnittstellenprobleme adressiert [RH15].
- *Krankheitsnetzwerke:* VOen können sich auch zu krankheitsfokussierten Netzwerken zusammenschließen und dann gemeinsam, über Organisations- und Sektorengrenzen hinweg, versorgen. Hier ist eine horizontale Integration (mehrere VOen auf einer Versorgungsstufe, bspw. mehrere Krankenhäuser), eine vertikale Integration (niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren) sowie eine Kombination aus beiden Formen denkbar.

7.4 Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im Detail im Hauptarm bei t_1

Es konnten in 11 MGT-Runden insgesamt 154 Patienten beobachtet werden. Zunächst soll die zeitliche Dimension der einzelnen Patientenbesprechungen genauer untersucht werden. Es kann hierbei unterschieden werden nach den beiden untersuchten Krankenhäusern sowie nach GERDA-Unterstützung. Die entsprechenden Hospitationen wurden bereits in Tab. 6.5 aufgeführt (vgl. Kap. 6.2.3).

7.4.1 Auswertung der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde in der zeitlichen Dimension

Es wurden die Bearbeitungszeiten pro Patient in den einzelnen MGT-Runden festgehalten. Tab. 7.10 fasst hierbei die durchgeführten deskriptiven Auswertungen zusammen. Auffällig ist die leicht längere Bearbeitungszeit pro Patient mit dem GERDA-System (5,78 Minuten) als ohne GERDA-System (5,1 Minuten). Deutlich wird dies durch den Anstieg der mittleren Bearbeitungszeit pro Patient von ausgehend 5,1 Minuten auf 6,49 Minuten nach Einführung des GERDA-Systems. Hierbei ist zu beachten, dass das System zum Zeitpunkt der Erfassung bereits mehr als ein halbes Jahr in Nutzung war. Ebenso hat sich die minimale Bearbeitungszeit von 0,5 Minuten auf 3 Minuten erhöht, die Spannweite der Bearbeitungszeiten gleichzeitig jedoch von 12,5 Minuten auf 11 Minuten verringert. Die Einführung des Systems führte also offenbar zu längeren

Tabelle 7.9: Identifizierte inter-organisationale Lernroutinen im Nebenarm

Item	Nennungen	Bemerkungen
Tumorkonferenzen	14	<i>„Text Bei den Tumorkonferenzen, die Dammer werden glaube ich, per Videokonferenz dazugeschaltet“ (vgl. ID N2.13)</i>
Bildungsnetzwerke	8	<i>„Das gibt es in vielfältiger Form, auch mit den niedergelassenen Ärzten. Wir sind hier im Niels-Stensen-Gebäude, es gibt ein Niels-Stensen-Werk, das ist ausdrücklich eine Institution gemeinsam getragenen von niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus, mit dem Ziel der Bildung, Weiterbildung und Ausbildung als ein Beispiel, da gibt es viele weitere.“ (vgl. ID N2.10)</i>
Gemeinsame Führungsstrukturen	6	<i>„Also die Chefarzttrunden finden gemeinsam statt, es gibt keine Chefarzttrunde am Standort Bassum oder Sulingen oder sowas, sondern es gibt nur gemeinsame Chefarzttrunden hier im Raum.“ (vgl. ID N9.07)</i>
Einbeziehung MVZ	4	<i>„Ja, gibt es, denn die, Herr XY berichtete ja, dass die beiden Chefarzte der Unfallchirurgie zur Hälfte im MVZ im niedergelassenen Bereich tätig sind und damit ja eine, eine schon Schnittstelle einfach von zwei Personen geschaffen ist und natürlich auch in den Frühbesprechungen und Nachmittagsbesprechungen besprochen wird, was man ambuliert und wenn dann wie im medizinischen Versorgungszentrum weiterbehandeln könnte.“ (vgl. ID N19.06)</i>
Telemedizin	4	<i>„Und es gibt zum Beispiel in der Herzchirurgie eben auch regelhafte Standleitungen zu bestimmten Kardiologen wo man dann eben zu bildgebenden Verfahren sich austauschen kann, wie sieht es mit dem Patienten aus, das gibt es auch.“ (vgl. ID N7.07)</i>
Rehabilitationskonferenzen	3	<i>„Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken ebenfalls gut, gemeinsame Konferenzen“ (vgl. ID N13.06)</i>
Fällkonferenzen	3	<i>„Wir stellen interessante Fälle mal vor und dann diskutieren wir über Schnittstellenprobleme. Es sind die Leitärzte, Chefarzte, Oberärzte häufig da, nicht immer alle, auch nicht alle Hausärzte haben immer Zeit. Aber es sind so, 15 bis 20 Leute sind immer da. Seit dem sind ... letztlich sind die Schnittstellen, die Sie da beschreiben, ja immer meistens Kommunikationsprobleme. Die Methoden sind ja da, müssen nur angewendet werden.“ (vgl. ID N22.04)</i>
Krankheitsnetzwerke	3	<i>„Also am ehesten würde ich sagen passt da unser Netzwerk Adipositas wo wir mit allen Beteiligten, die an diesem Prozess der Versorgung adipöser Patienten beteiligt sind, zusammenarbeiten und Fällkonferenzen machen.“ (vgl. ID N5.04)</i>

Tabelle 7.10: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde in der zeitlichen Dimension

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Patienten	154	92	62	111	43	43	49
Mittelwerte							
Modus	5	5	4,5	2	2	5	
Median	5	5	5	5	5	5	6
Arith. Mittel	5,59	5,84	5,23	5,78	5,10	5,10	6,49
Streuungsmaße							
Minimum	0,5	0,5	1	1	0,5	0,5	3
Maximum	14	14	11	14	13	13	14
Spannweite	13,5	13,5	10	13	12,5	12,5	11
Unteres Quartil	4	4	4	4	3	3	5
Mittleres Quartil	5	5	5	5	5	5	6
Oberes Quar- til	7	8	7	7	6,5	6,5	8
Varianz	7,47	8,88	5,64	6,76	9,63	9,63	7,99
Standard- abweichung	2,70	2,92	2,28	2,54	3,01	3,01	2,67

Bearbeitungszeiten, sorgte aber auch für eine Angleichung der Bearbeitungszeiten (Verringerung der Varianz von 9,63 auf 7,99 bzw. der Standardabweichung von 3,01 auf 2,67).

7.4.2 Auswertung der Fragebögen in der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde

Zunächst soll die Bewertung der MGT-Runde deskriptiv beschrieben werden. Tabelle 7.11 stellt die allgemeine Bewertung der MGT-Runde und die Bewertung der konkreten MGT-Runde in der Befragungssituation dar (detaillierte Statistiken im Anhang, Tabellen E.17 und E.18) sowie die Bewertung der Wichtigkeit der MGT-Runde für die Patientenbehandlung. Auf alle Befragten gesehen wird die konkrete MGT-Runde im arithmetischen Mittel leicht besser bewertet (1,91) als die MGT-Runde allgemein (2,03). Aufgeteilt auf die Beobachtungscluster ergeben sich dann folgende Unterscheidungen:

- EV: hier wird die konkrete MGT-Runde leicht schlechter bewertet (1,87) als allgemein (1,79).
- KL: hier wird die konkrete MGT-Runde deutlich besser bewertet (1,98) als allgemein (2,36).
- EV ohne GERDA: hier wird die konkrete MGT-Runde leicht schlechter bewertet (1,69) als allgemein (1,76).
- EV mit GERDA: hier wird die konkrete MGT-Runde leicht schlechter bewertet (2,00) als allgemein (1,93).
- Die beste Bewertung bekommt die konkrete MGT-Runde vom EV ohne GERDA (1,76), die schlechteste Bewertung bekommt die konkrete MGT-Runde vom EV mit GERDA (2,00).
- Die beste Bewertung bekommt die allgemeine MGT-Runde vom EV ohne GERDA (1,69), die schlechteste Bewertung bekommt die allgemeine MGT-Runde im KL (2,36).

Die Wichtigkeit der MGT-Runde wird in beiden Häusern im arithmetischen Mittel nahezu gleich hoch bewertet (1,61 im EV, 1,62 im KL). Differenziert man im EV nach Einsatz von

Tabelle 7.11: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der MGT-Runde (nur arithmetisches Mittel)

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Allgemein	2,03	1,79	2,36	2,19	1,69	1,69	1,93
Konkret	1,91	1,87	1,98	1,99	1,76	1,76	2,00
Wichtigkeit	1,62	1,61	1,62	1,66	1,53	1,53	1,71

Tabelle 7.12: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der Kommunikation mit den einzelnen Professionen (nur arithmetisches Mittel)

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Ärztlicher Dienst	1,52	1,52	1,53	1,58	1,41	1,41	1,64
Pflegedienst	1,64	1,85	1,30	1,56	1,79	1,79	1,93
Physio- therapie	1,34	1,37	1,30	1,41	1,19	1,19	1,57
Ergo- therapie	1,44	1,50	1,37	1,55	1,21	1,21	1,83
Logo- therapie	1,76	1,53	2,11	1,97	1,35	1,35	1,77
Psychologie	1,45	1,66	1,15	1,41	1,53	1,53	1,79
Sozialdienst	1,57	1,48	1,70	1,75	1,20	1,20	1,83

GERDA ist im arithmetischen Mittel eine leichte Verschlechterung von 1,53 (ohne GERDA) auf 1,71 (mit GERDA) festzustellen (detaillierte Statistiken im Anhang, Tabelle E.19).

Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch in der Bewertung der Kommunikationen der unterschiedlichen Professionen beobachten (vgl. Tab. 7.12, detaillierte Statistiken im Anhang, Tabellen E.1 bis E.7). Die Bewertung der Kommunikation aller Professionen ist im arithmetischen Mittel mit GERDA im EV leicht schlechter als ohne GERDA im EV. Die geringste Verschlechterung gibt es in der Bewertung des Pflegedienstes (Verschlechterung um 0,13), die größte Verschlechterung gibt es in der Bewertung des Sozialdienstes (0,63).

Gleiches gilt ebenso für die Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Beiträge der beteiligten Professionen. Eine ähnliche Entwicklung lässt sich auch in der Bewertung der Kommunikationen der unterschiedlichen Professionen beobachten (vgl. Tab. 7.13, detaillierte Statistiken im Anhang, Tabellen E.8 bis E.15). Die Bewertung der Wichtigkeit der einzelnen Beiträge der beteiligten Professionen ist im arithmetischen Mittel mit GERDA im EV leicht schlechter als ohne GERDA im EV. Hiervon auszunehmen ist lediglich die Psychologie als Profession, die Wichtigkeit der Beiträge wird sogar höher bewertet als vorher (Verbesserung um 0,22). Die geringste Verschlechterung gibt es in der Bewertung des Pflegedienstes (Verschlechterung um 0,02), die größte Verschlechterung gibt es in der Bewertung der Ergotherapie (0,23). Die Wichtigkeit der eigenen Beiträge wird analog zur Psychologie besser bewertet (Verbesserung um 0,25). Weiterhin ist zu beobachten, dass in keinem Setting die eigenen Beiträge wichtiger erachtet wurden als die der anderen Professionen.

Tab. 7.14 enthält die Ergebnisse zu den Abfragen nach dem Vorhandensein aller benötigten Informationen. Hier ist insbesondere zu beobachten, dass nach Einführung des Systems weniger Informationen in den MGT-Runden fehlen als vor Einführung des Systems (vor Einführung 10-mal, nach Einführung 2-mal). Im gleichen Zeitraum sind in der Vergleichsgruppe im KL ebenfalls insgesamt 12-mal Informationen als fehlerhaft angegeben worden. Im Gegensatz zum EV ist im KL der gegenläufige Trend zu beobachten, hier stiegen im Vergleichszeitraum die Meldungen an fehlenden Informationen von 3 auf 9. Bei detaillierter Betrachtung ist festzustellen, dass es sowohl im EV eine sehr negative Bewertung gab (vgl. MGT-03-FB07 mit 4 Meldungen) als auch im KL sehr negative Bewertung gab (vgl. MGT-11-FB72 mit 5 Meldungen). Beides Mal kamen die Angaben von der Profession der Logopädie, weitere auffällige Bewertungen kamen

Tabelle 7.13: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bewertung der eigenen Beiträge und der Beiträge der einzelnen Professionen (nur arithmetisches Mittel)

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Eigener Bei- trag	1,92	2,00	1,79	1,81	2,11	2,11	1,86
Ärztlicher Dienst	1,22	1,30	1,10	1,21	1,24	1,24	1,38
Pflegedienst	1,33	1,42	1,19	1,29	1,41	1,41	1,43
Physio- therapie	1,33	1,37	1,29	1,34	1,31	1,31	1,43
Ergo- therapie	1,35	1,37	1,32	1,3	1,27	1,27	1,50
Logo- therapie	1,32	1,39	1,21	1,30	1,35	1,35	1,43
Psychologie	1,39	1,55	1,15	1,26	1,65	1,65	1,43
Sozialdienst	1,29	1,36	1,20	1,30	1,27	1,27	1,46

Tabelle 7.14: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Vorhandensein der benötigten Informationen (eigene und die andere Professionen)

Profession		Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Eigener Beitrag	Ja	50	31	19	34	16	16	15
	Nein	3	2	1	1	2	2	0
Ärztlicher Dienst	Ja	50	31	19	32	18	18	13
	Nein	3	1	2	3	0	0	1
Pflege- dienst	Ja	49	29	20	35	14	14	15
	Nein	5	4	1	1	4	4	0
Physio- therapie	Ja	51	32	19	34	17	17	15
	Nein	2	1	1	1	1	1	0
Ergo- therapie	Ja	46	27	19	31	15	15	12
	Nein	3	2	1	2	1	1	1
Logo- therapie	Ja	49	32	17	32	17	17	15
	Nein	3	1	2	2	1	1	0
Psycho- logie	Ja	52	32	20	35	17	17	15
	Nein	0	0	0	0	0	0	0
Sozial- dienst	Ja	45	30	15	29	16	16	14
	Nein	5	1	4	4	1	1	0
Gesamt	Ja	392	244	148	262	130	130	114
	Nein	24	12	12	14	10	10	2

Tabelle 7.15: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Bestärkung der eigenen Patienteneinschätzung

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Ja	50	30	20	34	16	16	14
Nein	1	1	0	0	1	1	0
kA	3	2	1	2	1	1	1

Tabelle 7.16: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Berechnungen zur Hinterfragung und Änderung der eigenen Patienteneinschätzung

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Hinterfragung der eigenen Patienteneinschätzung							
Hinterfragungen	65	23	42	54	11	11	12
Patienten gesamt	106	60	46	79	27	27	33
Antworten	54	33	21	36	18	18	15
Mögliche Hinterfragungen	728	492	236	476	252	252	240
Prozent	8,93	4,67	17,80	11,34	4,37	4,37	5,00
Änderung der eigenen Patienteneinschätzung (Ausgangsbasis sind die Hinterfragungen)							
Änderungen	26	15	11	20	6	6	9
Prozent	40,00	65,22	26,19	37,04	54,55	54,55	75,00

nicht aus dieser Profession.

Der Großteil der Teilnehmer gab an, sich durch die MGT-Runde in der eigenen Patienteneinschätzung bestärkt zu fühlen (50 Zustimmungen, entspricht einem Anteil von 92%, vgl. Tab. 7.15). Lediglich eine Person (entspricht 1,85%) gab an, sich in der eigenen Patienteneinschätzung nicht bestärkt zu fühlen. Allerdings gibt diese Person auch an, die eigene Patienteneinschätzung nicht hinterfragt zu haben und in der Folge dann auch die eigene Patienteneinschätzung nicht geändert zu haben. Über alle MGT-Runden betrachtet gaben die Teilnehmer an, dass sie bei 8,93% ihre eigene Patienteneinschätzung hinterfragt haben. Das Maximum liegt hier im KL mit 17,80%, das Minimum im EV mit 4,67%. Der Wert im EV steigt gegenüber der Zeit ohne GERDA-System leicht an, von ausgehend 4,37% auf 5% (vgl. Tab. 7.16, Rohdaten dazu im Anhang vgl. Tab. E.16). Bei der tatsächlichen Änderung der Patienteneinschätzung ist dann eine starke Entwicklung zu beobachten. Der Wert im EV steigt stark an, von 54,55% ohne GERDA-System auf 75% mit GERDA-System. Insgesamt ist, ausgehend von den Fällen in denen eine Hinterfragung der Patienteneinschätzung angegeben wurde, in insgesamt 26% der Fälle auch tatsächlich eine Veränderung der Patienteneinschätzung angegeben worden. Hier liegt das Maximum beim EV nach Einführung von GERDA (75%), das Minimum beim KL mit 26,19%.

In beiden Häusern wurden Störungen der MGT-Runde berichtet (vgl. Tab. 7.17). Der häufigste Störfaktor waren Telefonate (2x im EV, 4x im KL) und Nebengespräche unter den Teilnehmern (4x im EV und 1x KL) während der Besprechung sowie Unterbrechungen durch kommende und gehende Teilnehmer, entweder auf Grund von Verspätungen, Anschlussterminen oder Personalwechsel (4x im KL). Weitere Störfaktoren sind im Kontext des GERDA-Systems zu betrachten sowie Störungen durch das Geschehen auf dem Flur (der Raum, in dem die Besprechung abgehalten wurde, hatte lediglich eine Glastür). Auffällig ist weiterhin, dass im EV eine Zunahme der Störungen zu beobachten ist. Ohne das System wurde lediglich von einer Störung berichtet (Geschehen auf dem Flur), nach der Einführung wurden Störungen durch Telefonate, Nebengespräche sowie die Probleme auf Grund der neuen Software benannt.

Zeitdruck im Kontext der MGT-Runde wurde in beiden Häusern berichtet (vgl. Tab. 7.18),

Tabelle 7.17: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Störungen der MGT-Runde

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Ja	12	7	5	11	1	1	6
Nein	38	24	14	22	16	16	8
kA	3	2	1	2	1	1	1
Art der Störung (Mehrfachnennungen)							
Telefonate	6	2	4	6	0		2
Neben- gespräche	5	4	1	5	0	0	4
Rein-/ Raus- gehen	4	0	4	4	0	0	0
Recht- schreibung	1	1	0	1	0	0	1
Fehlende Schreibkraft	1	1	0	1	0	0	1
Bildschirm- darstellung	1	1	0	1	0	0	1
Geschehen auf dem Flur	1	1	0	0	1	1	0

dieser äußert sich jedoch in unterschiedlicher Art. Im KL besteht der Zeitdruck eher in der Vorbereitung der Sitzung durch das Personal (21 Nennungen), gefolgt von Zeitdruck auf Grund von nachfolgenden Terminen (13 Nennungen). Beim EV besteht Zeitdruck auf Grund von nachfolgenden Terminen (14 Nennungen) sowie in der Vorbereitung (13 Nennungen), die Nennungen verteilen sich nahezu gleichmäßig auf die Zeit vor und nach der GERDA-Einführung. Nach Einführung des GERDA-Systems besteht aber jedoch offenbar mehr Zeitdruck bei der Besprechung einzelner Patienten (5 Nennungen) bzw. bei Durchführung der MGT-Runde insgesamt (6 Nennungen). Dies wurde vor Einführung des GERDA-Systems nicht erwähnt.

7.4.3 Auswertung der Beobachtungen in der multiprofessionellen geriatrischen Teamrunde

Im Rahmen der Koordinationsverluste kann zwischen vergessenen Informationen und zwischen prozessbedingt fehlenden Informationen unterschieden werden. Die Unterscheidung wurde während der Beobachtung auf Grund der Erläuterungen, warum diese Informationen noch fehlen, getroffen. Es konnte beobachtet werden, dass sich die vergessenen Informationen deutlich reduziert haben. Im KL waren diese bereits auf einem recht niedrigen Niveau, bei 2,17% der besprochenen Patienten wurden Informationen vergessen. Im EV war dieser Wert vor Einführung von GERDA deutlich höher (48,15%), nach Einführung reduzierte sich der Wert auf 9,09%. Demgegenüber haben sich die prozessbedingt fehlenden Informationen im EV kaum verändert (37,04% vor Einführung gegenüber 36,36% nach der Einführung von GERDA). Im KL ist der Anteil allerdings deutlich geringer (10,87%). Ein weiterer Punkt sind die während MGT-Runde fehlenden Disziplinen. Hier konnte lediglich im KL beobachtet werden, dass während zwei MGT-Runden jeweils eine Disziplin fehlte. Einmal fehlte aus ungeklärter Ursache die Logopädie und einmal fehlte auf Grund eines Notfalls auf der Station die leitende OA zu Beginn der MGT-Runde.

Auch bei den Beobachtungen zum transaktiven Gedächtnis können Veränderungen festgestellt werden. Korrekturen von Fehlern einzelner Gruppenmitglieder durch die gesamte Gruppe haben sich im EV nach Einführung des GERDA-Systems fast halbiert (von 22,22% auf 9,09%). Gleiches gilt für falsche Einschätzungen eines einzelnen Gruppenmitgliedes, die durch die Gruppe korrigiert werden mussten (von 40,74% auf 24,24%). Im KL liegt dagegen bei beiden Ausprägungen des transaktiven Gedächtnisses im Durchschnitt.

Die Beobachtungen zur Gruppenpolarisation zeigen kein einheitliches Bild. Es ist eine Zunahme bei den Majoritätsargumenten im EV zu beobachten (Anstieg von 7,41% auf 12,12%

Tabelle 7.18: Deskriptive Auswertung der MGT-Runde: Zeitdruck

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Vorbereitung der Sitzung							
Ja	34	13	21	27	7	7	6
Nein	18	18	0	8	10	10	8
kA	2	2	0	1	1	1	1
Bei Besprechung eines Patienten							
Ja	12	5	7	1	0	0	5
Nein	40	26	14	23	17	17	9
kA	2	2	0	1	1	1	1
Während der Sitzung insgesamt							
Ja	14	6	8	14	0	0	6
Nein	38	25	13	21	17	17	8
kA	2	2	0	1	1	1	1
Auf Grund eines Anschlusstermins							
Ja	27	14	13	20	7	7	7
Nein	23	16	7	14	9	9	7
kA	4	3	1	2	2	2	1
Sonstige							
Späte Dienste der Pflege	1	1	0	1	0	0	1
Weitere Behandlungen	1	0	1	1	0	0	0
Arbeitsraum, PC	1	0	1	1	0	0	0

nach Einführung des GERDA-Systems). Gleichzeitig ist eine Abnahme bei den Vertretungen der Majoritätsargumente durch mehrere unabhängige Quellen festzuhalten (von 11,11 % vor Einführung auf 3,03% nach Einführung des GERDA-Systems). Die Diskussionsintensität der Majoritätsargumente dagegen bleibt nahezu unverändert (vorher 7,41%, nachher 6,06%). Im KL sind die Beobachtungen hingegen etwas anders: dort werden im Vergleich unterdurchschnittlich oft Majoritätsargumente geäußert (6,52%), dafür werden diese aber überdurchschnittlich oft diskutiert (10,87%) und auch überdurchschnittlich häufig von mehreren Quellen vertreten (15,22%). Das Phänomen, dass Majoritätsargumente in der Diskussion überzeugender als andere Argumente präsentiert werden, konnte hingegen in keiner MGT-Runde beobachtet werden.

In der Kategorie Gruppendenken werden die störenden Einflüsse zusammengefasst. Äußere Störungen sind in allen Beobachtungssettings vertreten, die Spannweite ist hier sehr gering und liegt lediglich bei 2,69 Prozentpunkten (Minimum EV mit GERDA 12,12%, Maximum EV ohne GERDA 14,81%, KL 13,04%). Deutlicher fällt der Unterschied jedoch in der Kategorie Zeitdruck aus. Hier ist der Unterschied zwischen EV ohne GERDA (0,00%) und EV mit GERDA (12,12%) besonders deutlich. Im KL liegt dieser Wert bei 2,17%.

Das Führungsverhalten fokussiert hier auf das Hinterfragen von Einschätzungen und Meinungen durch die Führungsperson. Im Durchschnitt geschah dies bei 20,18% der Patientenbesprechungen. Im EV ist nach Einführung des GERDA-Systems eine Zunahme zu beobachten, von 22,22% vor Einführung auf 30,30% nach Einführung. Im KL liegt der Wert bei 13,04%.

7.5 Das Geriatrie Informationsflussmodell

Auf Basis des abstrakten Informationsmodells nach Snyder et. al. (vgl. Kap. 3.4.2), dem geriatrie Behandlungsprozess (vgl. Kap. 2.2.2) und den bisherigen Ergebnissen bei t_0 lässt sich nun ein abstraktes Informationsflussmodell für die geriatrie Behandlung ableiten, das Geriatrie Informationsflussmodell (GIFM) [RH17a].

Tabelle 7.19: Deskriptive Auswertung der Beobachtungen der MGT-Runde

Oberkategorie	Unter­kategorie	Cluster	Alle (106)	EV (60)	KL (46)	GERDA Ja (79)	GERDA Nein (27)	EV Gerda Nein (27)	EV GER- DA Ja (33)
Koordinationsverluste	Fehlende Disziplin	n/a	(2)	n/a (0)	n/a (2)	n/a (2)	n/a (0)	n/a (0)	n/a (0)
	Fehlende Information - Vergessen	15,60	(17)	26,67 (16)	2,17 (1)	5,06 (4)	48,15 (13)	48,15 (13)	9,09 (3)
	Fehlende Information - Prozess- bedingt	24,77	(27)	36,67 (22)	10,87 (5)	21,52 (17)	37,04 (10)	37,04 (10)	36,36 (12)
Transaktives Gedächtnis	Korrigieren eines MA-Fehlers durch die Gruppe	13,76	(15)	15,00 (9)	13,04 (6)	11,39 (9)	22,22 (6)	22,22 (6)	9,09 (3)
	Falsche/grundlegende abweichende Einschätzung	31,19	(34)	31,67 (19)	32,61 (15)	29,11 (23)	40,74 (11)	40,74 (11)	24,24 (8)
Gruppenpolarisation	Majoritätsargumente sind zahlrei- cher	8,26	(9)	10,00 (6)	6,52 (3)	8,86 (7)	7,41 (2)	7,41 (2)	12,12 (4)
	Majoritätsargumente werden häu- figer diskutiert	8,26	(9)	6,67 (4)	10,87 (5)	8,86 (7)	7,41 (2)	7,41 (2)	6,06 (2)
	Majoritätsargumente werden von mehr unabh. Quellen vertreten	10,09	(11)	6,67 (4)	15,22 (7)	10,13 (8)	11,11 (3)	11,11 (3)	3,03 (1)
Gruppendenken	Majoritätsargumente werden überzeugender präsentiert	0,00	(0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)	0,00 (0)
	Störende Einflüsse - Störungen von außen	12,84	(14)	13,33 (8)	13,04 (6)	12,66 (10)	14,81 (4)	14,81 (4)	12,12 (4)
	Störende Einflüsse - Zeitdruck	4,59	(5)	6,67 (4)	2,17 (1)	6,33 (5)	0,00 (0)	0,00 (0)	12,12 (4)
Führung	Hinterfragen von Einschätzung/ Meinung durch Führungsperson	20,18	(22)	26,67 (16)	13,04 (6)	20,25 (16)	22,22 (6)	22,22 (6)	30,30 (10)

Angaben in Prozent (und Absolutwerten)

7.5.1 Akteure

Innerhalb des GIFM existieren Einzelakteure und Gruppen die aus einzelnen Akteuren und Gruppen bestehen können. Einzelakteure stellen eine Klasse von Personen mit gemeinsamen Eigenschaften dar wie bspw. Patienten, Ärzte, Pflege. Eine Gruppe vereint mehrere Akteure wie bspw. die unterschiedlichen Einzelakteure von Logopäden, Ergotherapeuten und Physiotherapeuten zur Gruppe der Therapeuten. Das GIFM enthält die folgenden Akteure:

- *Patient (Einzelakteure)*: geriatrischer Patient, der von einem Klinikarzt behandelt wird.
- *Andere Patienten (Gruppe)*: Patienten mit gleicher oder ähnlicher Grunderkrankung oder Patienten die in der gleichen Einrichtung bzw. vom gleichen Arzt behandelt werden oder in Selbsthilfegruppen engagiert sind.
- *Soziales Umfeld des Patienten (Gruppe)*: Personen, die mit dem Patienten assoziiert sind (Angehörige, Freunde, vgl. ID 1.02).
- *MGT (Gruppe)*: Das MGT besteht aus dem ärztlichen Dienst, Pflege, Therapeuten und dem Sozialdienst (vgl. ID 2-Int-07).
- *Ärztlicher Dienst/Arzt (Einzelakteure)*: behandelt den Patienten, ist Bestandteil des MGT und auf Geriatrie spezialisiert.
- *Pflege (Einzelakteure)*: pflegt den Patienten, häufig mit geriatrischer Zusatzqualifikation (vgl. Int 02-064).
- *Therapeuten (Gruppe)*: Logopäden, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Psychologen, ggf. weitere Therapeuten wenn notwendig, führen spezialisierte Therapien und fachspezifische Assessments durch um das Therapieergebnis zu kontrollieren.
- *Sozialdienst (Einzelakteure)*: Sozialdienst ist für das Sozialassessment, die Kommunikation mit anderen VOen und N-VOen, Gerichten (bei Betreuungspatienten), organisiert die Überleitung mit anderen (ambulanten oder stationären) VOen (vgl. ID 2-Int-33).
- *Andere VOen (Gruppe)*: diese Gruppe umfasst weitere VOen, die in der Vergangenheit den Patienten bereits versorgt haben und/oder in der Zukunft noch versorgen werden. Diese VOen verfügen über wichtige Informationen für die aktuelle Versorgung des Patienten, benötigen für die weitere Versorgung aber ebenso Informationen aus der aktuellen VO. VOen können sowohl im ambulanten und niedergelassenen (Haus- und Fachärzte, MVZs, ambulante Pflegedienste) als auch im stationären Bereich (andere Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen, stationäre Pflege) tätig sein (ID 1.01.10 und ID 1.05).
- *Justizorgane (Gruppe)*: in dieser Gruppe finden sich Amtsgerichte, Betreuungsgerichte) und gesetzliche Vormünder. Im Falle von mangelnder Auskunftsfähigkeit und Geschäftsfähigkeit sowie fehlender Patientenverfügungen und Angehöriger, sind diese Justizorgane befugt, medizinische Entscheidungen für den und im Sinne des Patienten zu treffen.
- *Andere klinische Professionen (Gruppe)*: andere klinische Professionen, die nicht Bestandteil des MGT sind, aber dennoch in die Behandlung des Patienten eingebunden sind. Andere Fachabteilungen, mit chirurgischem oder internistischem Hintergrund, werden konsiliarisch eingebunden, möglicherweise auch durch eine hausinterne Vor- oder Nachbehandlung, Wissensaustausch geschieht formal über Konsile oder klinische Konferenzen. Funktionsabteilungen wie medizinische Bildgebung und Laboratoriumsmedizin werden über Berichte und Konsile eingebunden (vgl. ID 2.11 und ID 4.07.16).
- *Externe Wissensträger (Gruppe)*: alle weiteren Wissensträger außerhalb der behandelnden Einrichtung, die Wissen für die konkrete Behandlung bereitstellen aber nicht direkt involviert sind. Dies sind medizinische Fachgesellschaften, Qualitätszirkel, wissenschaftliche Bibliotheken, Fachverlage und andere verbundene VOen (bspw. über Konzernstrukturen oder regionale Netzwerke). Hier können sich verschiedene Experten zu CoPs [Wen00b, S. 229 ff.] [LGN+09, S. 1 ff.] zusammenschließen.

7.5.2 Informationsobjekte

Informationsobjekte werden zwischen den verschiedenen Akteuren (Einzelakteure und Gruppen) geteilt. Die daraus resultierenden Akteur-Informationsbeziehungen werden im nächsten Abschnitt (vgl. Kap. 7.5.3) vorgestellt. Die einzelnen Informationsobjekte sind:

- *Behandlungsinformationen*: Informationen über die aktuelle Behandlung, z.B. Informationen zum Gesundheitszustand aus der direkten Begegnung Arzt-Patient (visuell, taktil), Diagnosen, Therapieentscheidungen (auch aus Shared Decision), Rückmeldungen des Patienten zum Behandlungsverlauf, usw. Diese Informationen werden typischerweise in Frühkonferenzen, MGT-Sitzungen und Visiten gewonnen und in einer eFA abgelegt sein (vgl. ID 1.01, ID 1.19, ID 2.01, ID 2.02, ID 2.09 und ID 2.23).
- *Kontextinformationen*: selbsterworbene Informationen über Krankheiten (Ursachen, gesundheitsförderliche oder -hinderliche Verhaltensweisen), Therapien (Operationen, Medikamentierungen) und das Gesundheitssystem (spezialisierte Ärzte und Krankenhäuser, Selbsthilfegruppen), können in einer eGA abgelegt werden.
- *Patientenkontextinformationen*: gesundheitsförderliche oder -hinderliche Verhaltensweisen in der Vergangenheit, Informationen über das häusliche und soziale Umfeld, Patientenverfügungen, Entscheidungen von Justizorganen, können in einer ePA abgelegt werden.
- *Klinische Kontextinformationen*: Laborergebnisse, EEG, EKG, medizinische Bildgebung, Ergebnisse aus konsiliarischen Untersuchungen und weitere Informationen, die aus anderen Fach- und Funktionsabteilungen kommen (vgl. ID 2.11 und ID 4.07.16), können in einer eFA und/oder eKA abgelegt werden.
- *Medizinische Kontextinformationen*: medizinisches Fachwissen, aktuelle Forschungsergebnisse, medizinische Leitlinien.

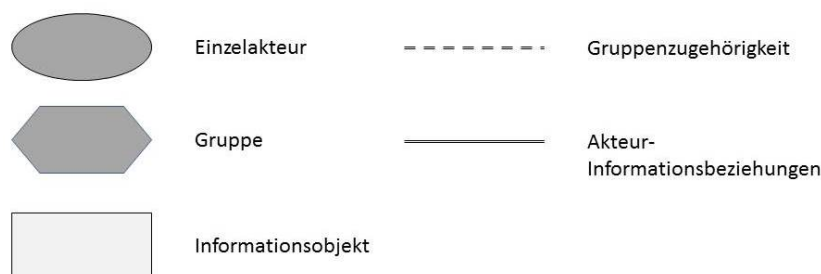


Abbildung 7.1: Legende zum Geriatrischen Informationsflussmodell [RH17a]

7.5.3 Akteur-Informationsbeziehungen

Aus den in den Abschnitten 7.5.1 und 7.5.2 vorgestellten Akteuren und Informationsobjekten lassen sich nun die folgenden Akteur-Informationsbeziehungen ableiten. Dabei konnten bislang nur Akteur-Informationsbeziehungen mit zwei involvierten Akteuren identifiziert werden. Akteur-Informationsbeziehungen mit drei involvierten Akteuren wurden bislang nicht identifiziert.

- *Patient - MGT - Behandlungsinformationen*: dies ist die Hauptinformationsbeziehung in der Versorgung geriatrischer Patienten. Alle relevanten Behandlungsinformationen der involvierten Professionen aus dem MGT finden sich hier, ebenso bringt der Patient in dieser Beziehung alle wichtigen Informationen ein (vgl. ID 1.01, ID 1.19, ID 2.01, ID 2.02, ID 2.09 und ID 2.23).
- *Patient - Andere Patienten - Kontextinformationen*: über diese Informationsbeziehung erhält der Patient von anderen Patienten über seine Erkrankung, Abläufe in der VO, mögliche Anlaufstellen.

- *Patient - Soziales Umfeld des Patienten - Kontextinformationen*: diese Informationsbeziehung ist vergleichbar mit der Beziehung „Patient - Andere Patienten - Kontextinformationen“, auch hier kann der Patient an ähnliche Kontextinformationen gelangen, zusätzlich erfährt er hier aber auch mögliche familiäre Vorbelastungen und kann seine Erfahrungen einbringen. Auch Informationen aus der Beziehung „MGT - Soziales Umfeld des Patienten - Patientenkontextinformationen“ können hier weitergegeben werden.
- *Andere Patienten - Soziales Umfeld des Patienten - Kontextinformationen*: auch in dieser Informationsbeziehung steht der Erfahrungsaustausch im Mittelpunkt, findet jedoch ohne den Patienten statt, Angehörige erhalten Informationen über das Vorgehen in der VO und in der weiterführenden Behandlung.
- *MGT - Soziales Umfeld des Patienten - Patientenkontextinformationen*: in dieser Informationsbeziehung werden Informationen über den Patient geteilt (häusliches Umfeld, gesundheitsrelevantes Verhalten), auch können behandlungsrelevante Informationen und der Behandlungsfortschritt geprüft werden, Angehörige können Handlungsanweisungen erhalten (vgl. ID 2-Int 10 und ID 2-Int 16).
- *MGT - Justizorgane - Patientenkontextinformationen*: im Falle von mangelnder Auskunft- und Geschäftsfähigkeit sowie fehlender Patientenverfügungen und Angehöriger werden in dieser Informationsbeziehung die notwendigen Informationen zum weiteren Vorgehen der Behandlung geteilt.
- *MGT - Andere VOen - Patientenkontextinformationen*: in dieser Informationsbeziehung tauschen Vor- und Nachbehandler Informationen über frühere Behandlungen, geplante Folgebehandlungen, Informationen zur Häuslichkeit und zum gesundheitsrelevanten Verhalten (vgl. ID 1.03 und ID 11.11c).
- *Soziales Umfeld des Patienten - Andere VOen - Patientenkontextinformationen*: diese Informationsbeziehung ist vergleichbar mit der Beziehung „MGT - Soziales Umfeld des Patienten - Patientenkontextinformationen“ mit behandlungsrelevanten Information für Vor- und Nachbehandler.
- *MGT - Andere klinische Professionen - Klinische Kontextinformationen*: in dieser Informationsbeziehung werden die Informationen aus der Kooperationen innerhalb der VO getauscht (vgl. ID 2.11).
- *MGT - Andere klinische Professionen - Medizinische Kontextinformationen*: in dieser Informationsbeziehung weisen sich die Akteure medizinisch relevante Informationen externer Wissensträger zu.
- *MGT - Externe Wissensträger - Medizinische Kontextinformationen*: in dieser Informationsbeziehung werden medizinische Kontextinformationen in die VO eingebracht, gleichzeitig werden Patienteninformationen in die außerorganisationalen Wissensbasis integriert (vgl. Int 02-054 und Int 02-056).

Das GIFM umfasst alle bisher im Rahmen der geriatrischen Versorgung identifizierten Akteure, Informationsobjekte sowie deren Relationen untereinander. Eine detaillierte Diskussion des GIFM erfolgt in Kap. 8.3. Dazu wird das GIFM in der Anwendung der MGT-Runde untersucht sowie jeweils in der Anwendung mit einer intra-organisationalen Lernroutine (Konsil) und einer inter-organisationalen Lernroutine (Überleitungsmanagement). Abschließend wird das GIFM in das Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell eingeordnet.

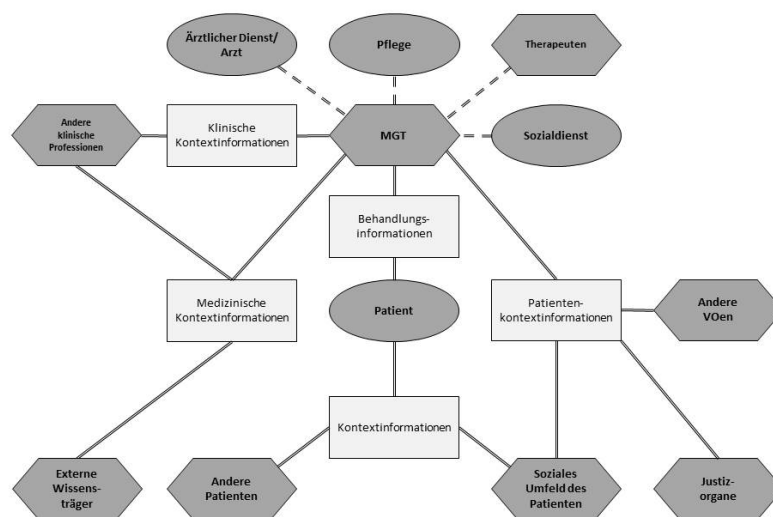


Abbildung 7.2: Geriatrisches Informationsflussmodell nach Rölker-Denker/Hein [RH17a]

8.1 Organisationale Lernroutinen

8.1.1 Identifizierte Lernroutinen

Ein Großteil der im Stand der Forschung identifizierten intra-organisationalen Lernroutinen (vgl. Kap. 3.5) konnte im Haupt- und Nebenarm der Studie nachgewiesen werden (vgl. Tab. 8.1). Lediglich einige sehr spezialisierte Frameworks sowie intra-organisationale Konferenzformate konnten nicht nachgewiesen werden. Dafür konnten einige intra-organisationale Lernroutinen nachgewiesen werden, die in der Literatur noch nicht in diesem Kontext beschrieben wurden. Hier sind insbesondere das Konsil (das auch unter abteilungsübergreifende Zusammenarbeit gefasst werden könnte) und die MGT-Runde (die auch in den Bereich Abteilungskonferenz/Wochenbesprechung einsortiert werden könnte) zu nennen. Im Verhältnis zu den bereits identifizierten intra-organisationalen Lernroutinen sind diese jedoch in der Minderheit.

Gleichzeitig konnten jedoch auf inter-organisationaler Ebene zahlreiche Lernroutinen identifiziert werden, die in der Literatur in diesem Kontext noch nicht beschrieben wurden. Dies sind zum einen Prozesse die in verbundenen VOen bzw. Konzernstrukturen implementiert sind (gemeinsame Konferenzen, gemeinsame technische Systeme), zum anderen aber auch für die intersektorale Kooperation exemplarisch sind (Überleitungsmanagement, Leitlinien). Dies spiegelt den Einfluss der Rahmenbedingungen wider, sowohl des politisch-rechtlichen Rahmens nach sektorenübergreifender Versorgung (vgl. Kap.2.1.2) als auch des ökonomischen Rahmens mit der wachsender Bedeutung von Konzernstrukturen und Fusionen (kommunal, konfessionell, privat, vgl. Kap.2.1.3).

Geriatricspezifische Lernroutinen auf diesen beiden Ebenen sind dabei jedoch nur sehr wenig vorhanden. Die wichtigste geriatricspezifische Lernroutine ist hier die MGT-Runde, die es in dieser speziellen Konstellation nur in der Geriatrie gibt und, auf Grund der Abrechnungsmodalitäten der geriatrischen Komplexbehandlung, auch geben muss (vgl. folgender Abschnitt 8.1.2). Die Ausgestaltung der MGT-Runde scheint aber durchaus unterschiedlich zu sein. Ähnliche interdisziplinäre Teambesprechungen gibt es noch in der Palliativmedizin [HS14].

Es gibt weitere Lernroutinen, die in der Geriatrie eine höhere Bedeutung haben können als in anderen Disziplinen. Hier sind auf intra-organisationaler Ebene das Konsil und auf inter-organisationaler Ebene das Überleitungsmanagement herauszuheben. Das Konsil in der Geriatrie ist häufig ein erster Schritt für die Vorbereitung einer internen Verlegung und den Beginn einer geriatrischen Komplexbehandlung. Andersherum nutzt die Geriatrie das Konsil (wie in anderen Disziplinen auch) um weitere Disziplinen in den Prozess einzubinden. Allerdings hat dies in der Geriatrie eine weitaus höhere Bedeutung, da die Prävalenz der Multimorbidität bei geriatrischen Patienten deutlich höher ist als in anderen Patientenkollektiven und mit zunehmenden Alter auch weiter ansteigt [FZG+15]. Ähnliches gilt für das Überleitungsmanagement. Dieses ist

Tabelle 8.1: Nachweis der identifizierten Lernroutinen

Intra-organisationaler Lernprozess	HA tug	Beobach- tung	HA Interview	NA Interview
Patientenvisite	Ja		Ja	Ja
Chirurgische Reflektionstreffen	-		Ja	-
Klinisch-pathologische Konferenzen	-		Ja	Ja
M&M-Konferenzen	-		Ja	Ja
Videodemonstrationen	-		Als eLearning	Als eLearning und Videokonferenz
Periodische Prüfung	-		-	Im Risikomanagement
Forschungsberichterstattung	-		-	-
Journal Club	-		-	-
Abteilungskonferenz/ Frühbesprechung	Ja		Ja	Ja
Abteilungskonferenz/ Wochenbesprechung	-		Ja	-
Pflegerische Abteilungskonferenzen	-		Ja	Ja
Abteilungsübergreifende Zusammenarbeit	Ja, über Konsile (auch informell)		Ja, über Konsile (auch informell) und Behandlungspfade	Ja
Teamarbeit innerhalb von Abteilungen	-		Ja, insbesondere interdisziplinäre Teams	-
Feedbacksysteme	-		-	Ja
Supervisionssysteme	Ja, über Kurvenvisite von CA/OA und AA		Ja	-
klinische Risikomanagementsysteme	-		Ja	Ja
CIRS	-		Ja	Ja
Teambasierte Frameworks (MPSF, TeamSTEPPS)	-		-	-
Frameworks für Patienten- und Angehörigenbeschwerden	-		-	-
Appreciative Inquiry	-		-	-
Benchmarking	-		-	Ja
Monitoring Leitlinienkonformität	-		-	-
Fehler-Ursachen-Analysen	-		Ja	Ja
Best-Practice/Good Practice	-		-	Ja
Betriebliches Vorschlagswesen	-		-	Ja
Flurfunk	Ja		Ja, auch über informelle Konsile	-

gerade für geriatrische Patienten von hoher Bedeutung, da diese häufiger als andere Patienten in weiterführende pflegerische Settings überführt werden (ambulante Pflege, Kurzzeitpflege, stationäre Pflege).

8.1.2 Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im Detail

8.1.2.1 Diskussion der Befragungsergebnisse

Bewertung der MGT-Runde Die MGT-Runde als institutionalisierter Kommunikationsraum wird im EV besser bewertet als die konkrete Instanziierung zum Erhebungszeitpunkt, im KL ist dieses Verhältnis genau umgekehrt. Im KL wird die morgendliche Frühbesprechung als wichtigerer Kommunikationsraum in der geriatrischen Patientenversorgung beschrieben, die MGT-Runde dagegen lediglich als eine weitere Möglichkeit zur Kommunikation (vgl. MGT-09-FN-01, MGT-09-FN-02, MGT-11-FN-01). Ansonsten wird die MGT-Runde im KL eher als notwendige Dokumentations- und Abstimmungsrunde verstanden (vgl. 2-Int-25 und 2-Int-30). Eine Erklärung kann sein, dass die Erwartungen im EV an die MGT-Runde höher sind und dann auf Grund von Störungen eher eine schlechte Bewertung erhält, während dieser Effekt im KL dann genau umgekehrt ist. (Erwartungshaltungen und Enttäuschungen in sozialen Systemen im Sinne Luhmanns [Sch09, S. 261 ff.]). Allerdings spricht dagegen, dass die Wichtigkeit der institutionalisierten MGT-Runde für die geriatrische Patientenversorgung in allen Settings als hoch angegeben wird und rein quantitativ auch über der qualitativen Bewertung liegt. Eine abschließende Bewertung kann zunächst nicht vorgenommen werden.

Bewertung von Kommunikation und Beiträgen der einzelnen Professionen Hier kann festgestellt werden, dass es zwischen den einzelnen Professionen kaum Abweichungen gibt bzgl. des Kommunikationsverhaltens und der Bewertung der Beiträge. Dies kann zunächst als ein Beweis für die postulierte Gleichberechtigung der verschiedenen Professionen im geriatrischen Team sein (vgl. Kap. 2.2.2.4). Auch die konstant niedrigere Bewertung der Wichtigkeit der eigenen Beiträge kann ein Indiz für die gegenseitige Wertschätzung der Professionen sein.

Fehlende Informationen Offenbar gelang es im EV mit Einführen des GERDA-Systems das Fehlen von benötigten Informationen stark zu verringern. Warum im Vergleichszeitraum im KL ein gegenläufiger Trend zu beobachten war, ist aus den Daten nicht entnehmbar. Möglicherweise kann dies auf einen Gewöhnungseffekt hindeuten. Auch die beiden Ausreißer der Bewertungen der Logopädie sind nicht erklärbar. Vielleicht werden in der MGT-Runde logopädische Aspekte nicht hinreichend diskutiert, dagegen sprechen jedoch die anderen positiven Rückmeldungen aus der Logopädie.

Patienteneinschätzung Die Frage zur Bestätigung der eigenen Patienteneinschätzung scheint missverständlich gestellt gewesen zu sein, da die einzige Verneinung nicht in eine Hinterfragung gemündet hat. Auf eine weitere Auswertung wird daher verzichtet. Bei der Frage nach Hinterfragung und Änderung der Patienteneinschätzung ist der große Unterschied zwischen beiden Häusern interessant. Während im KL mehr Hinterfragungen angegeben werden, werden im EV dann bei den angegebenen Hinterfragungen deutlich mehr Änderungen der Patienteneinschätzungen angegeben. Dieser Effekt verstärkt sich sogar noch nach Einführung des GERDA-Systems.

Störungen Es ist auffällig, dass es im EV nach Einführung des Systems zu vermehrten Nennung von Störungen in der MGT-Runde kam. Einige störende Momente sind durch die Softwarenutzung selber zu erklären, bspw. durch suboptimale Hardwareausstattung (Bildschirm an der Wand, dadurch sehr weit weg und schlecht lesbar). Der größere Anteil ist aber durch das Verhalten der Teilnehmer während der MGT-Runde zu erklären. Es wurden Telefonate und Gespräche abseits des eigentlichen Diskussionsthemas bemängelt. Eine Erklärung wären die Unterbrechungen auf Grund der benannten Probleme der Softwarenutzung, ein weiterer Punkt aber auch durch die verringerte Interaktion der Teilnehmer untereinander auf Grund des formalisierten Vorgehens gegenüber dem vorherigen Zustand. Hier nutzen Teilnehmer die Wartezeiten beim Diktat für andere Gespräche sowie Telefonate, die vorher nicht angenommen wurden. Ein Zusammenhang der Zunahme von Störungen mit den gleichzeitigen schlechteren Bewertungen der MGT-Runde hinsichtlich Kommunikation und Bedeutung nach Einführung des Systems ist nicht auszuschließen.

Zeitdruck Zeitdruck kann, wie in Kap. 3.3.2.3 bereits eingeführt, als negativer Einflussfaktor gesehen werden. Hierbei ist zu unterscheiden zwischen Stress und Zeitdruck in Vor- und Nachgang der MGT-Runde sowie während der eigentlichen Besprechung. Wie den Daten zu entnehmen ist wird der Zeitdruck während der MGT-Runde im EV erst nach Einführung des GERDA-Systems erwähnt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt schon eine Studie des Statistischen Bundesamtes, die einen geringen Zeitaufwand bei manueller bzw. semi-elektronischer Dokumentation gegenüber einer voll-elektronischen Dokumentation ermittelt [SBA13, S. 116 f.]. Dies steht im besonderen Gegensatz zu früheren Erwartungen hinsichtlich Zeitersparnis durch EDV-Unterstützung [DK00]. Genaue Gründe hierfür konnten aber nicht ermittelt werden.

8.1.2.2 Diskussion der Beobachtungen

Koordinationsverluste Nach Einführung von GERDA konnte der Anteil der vergessenen Informationen deutlich reduziert werden. Hier scheint GERDA die Teilnehmer der MGT-Runde in der Vorbereitung so zu strukturieren, dass die notwendigen Informationen vorhanden sind. Dies bestätigt auch die Ergebnisse aus den Umfragen (vgl. Kap. 8.1.2.1). Eine Reduzierung der prozessbedingt fehlenden Informationen konnte jedoch nicht erreicht werden. Hier ist zu vermuten, dass die Veränderungen durch GERDA sich hier erst längerfristig etablieren müssen. Auf das Fehlen der Disziplinen hat das GERDA-System jedoch keinen Einfluss. Nimmt man den medizinischen Notfall heraus, fehlte lediglich einmal eine Disziplin während einer Besprechung im KL.

Transaktives Gedächtnis Der Rückgang der Fehler durch einzelne Gruppenmitglieder kann durch die strukturiertere Vorbereitung erklärt werden (analog zum Rückgang der Koordinationsverluste). Gleiches kann für die Abnahme der falschen Einschätzungen gelten. Durch die teilweise bereits vorher vorhandenen Informationen können sich die einzelnen Gruppenmitglieder besser vorbereiten. Umgekehrt berichten die Teilnehmer in den Fragebögen auch von Störungen durch Technikprobleme sowie Telefonate und Nebengespräche. Diese können ebenso dafür verantwortlich sein, dass Fehler und Fehleinschätzungen nicht thematisiert werden. Eine sichere Aussage ist hier zunächst nicht möglich.

Gruppenpolarisation Die Gruppenpolarisation stellt sich, wie beschrieben, uneinheitlich dar. Wichtigste Erkenntnis ist jedoch, dass die Diskussionsintensität im EV nicht wesentlich abgenommen hat und der Charakter der MGT-Runde als wichtiger Kommunikationsraum erhalten bleibt. Dies ist insbesondere im Hinblick auf die negativen Entwicklungen hinsichtlich Störungen (vgl. Kap. 8.1.2.1) und Zeitdruck (vgl. Kap. 8.1.2.1) festzuhalten.

Gruppendenken Hier konnte insbesondere beobachtet werden, dass sich der Zeitdruck nach Einführung des GERDA-Systems im EV erhöht hat. Die Analysen der zeitlichen Dimension bestätigen dies (vgl. Kap. 7.4.1). Von außen betrachtet haben die sonstigen externen Störungen nicht zugenommen, die Innensicht der Teilnehmer sagt hier jedoch etwas anderes aus (vgl. Kap. 8.1.2.1).

Führungsverhalten Das kritische Hinterfragen durch die Führungsperson im EV hat im Verlauf der GERDA-Einführung zugenommen. Grundsätzlich sind zwei Erklärungsmuster denkbar, einmal auf Grund negativer Veränderungen in der MGT-Runde und einmal auf Grund positiver Veränderungen. Infolge negativer Veränderungen (Zeitdruck, Störungen, Zunahme von Majoritätsargumenten, Verschiebung in Richtung Dokumentationscharakter) kann ein verstärktes Hinterfragen notwendig werden lassen, um die Lernkultur wieder zu stärken (vgl. Kap. 3.3.2.1 zur Rolle von Führung) und den Diskussionsverlauf nicht in die Richtung einer negativen Gruppenpolarisation abschweifen zu lassen. Die nahezu unveränderte Diskussionsintensität kann ein Indiz hierfür sein, dass dies gelungen ist. Es ist jedoch ebenso denkbar, dass die Führungsperson auf Grund der Entlastung durch die Schreibkraft und die Reduzierung fehlender Informationen mehr Gelegenheit hatte, kritische Hinterfragungen zu stellen. Rückmeldungen seitens der Führungsperson am Rande der MGT-Runde (vgl. ID MGT-07-FN-01) deuten aber eher auf eine negative Veränderung hin, hier wird die Runde als „zähflüssig“ und „langatmig“ beschrieben.

8.2 Einflussfaktoren

8.2.1 Geriatrieunspezifische Einflussfaktoren

Die neu identifizierten Einflussfaktoren können nur teilweise den bereits aus der Literatur entnommenen Einflussfaktoren zugeordnet werden. So stellt eine funktionierende, an die Bedarfe der Organisationsmitglieder angepasste IT-Infrastruktur eine technische Flankierung dar, ebenso können Fehler- und Kommunikationskultur den Feedbacksystemen zugeordnet werden. Die positiven Einflussfaktoren Patientenverlegungen, gemeinsame Fortbildungen und gemeinsame Abteilungen sind den existierenden Kategorien nicht zuzuordnen. Diese stellen vielmehr eine neue Kategorie organisationaler und prozessualer Einflussfaktoren dar.

Die Kommunikationskultur scheint sich auch in den Befragungen der MGT-Runde zu bestätigen. Die Kommunikation mit den einzelnen Professionen wird positiv bewertet. Auch scheint das GERDA-System zu stärken, da die eigenen Beiträge nach Einführung als wichtiger erachtet werden (vgl. Tab. 7.13). Auch die kritische Hinterfragung der eigenen Patienteneinschätzungen scheint gefördert zu werden (vgl. Tab. 7.16) sowohl bei der Häufigkeit der Hinterfragungen (leichter Anstieg im EV nach Einführung des Systems) als auch der tatsächlichen Veränderung der Patienteneinschätzung (starker Anstieg im EV). Hier kann also ein positiver Einfluss von IT vermutet werden (zu den negativen Einflüssen von IT weiter unten).

Auch ein Teil der negativen Einflussfaktoren lassen sich den bereits identifizierten negativen Einflussfaktoren zuordnen. Zeitdruck, Finanzdruck und Dokumentationsaufwand lassen sich dem Bereich Arbeitsbedingungen zuordnen, Personalmangel (und damit einhergehende wegfallende Lehrangebote) können der Kategorie Schwächung der Organisationsmitglieder zugeordnet werden. Fehlende Kommunikationsräume und Kommunikationskultur könnten den fehlenden Feedbacksystemen zugeordnet werden, sie lassen sich aber ebenso in einer neuen Kategorie Kommunikationsunterstützung einsortieren. Eine weitere neue Kategorie ist die fehlerhafte/-mangelnde IT-Unterstützung. Hierunter sind im Rahmen der Interviews IT-Fehler und fehlende Literaturportale zu verstehen, aus der Fragebogenstudie der MGT-Runde lassen sich dann noch zusätzlich Darstellungs- und Eingabeprobleme zuordnen. Außerdem scheint das GERDA-System mittelbar auch zu Verhaltensänderungen der Organisationsmitglieder zu führen (parallele Diskussionen und Telefonate im EV, häufiges Rein-/Rausgehen im KL, siehe dazu Kap. 8.1.2.1), was ebenfalls als ein IT-bedingter Einflussfaktor benannt werden kann.

Auf inter-organisationaler Ebene können dann noch Patientenverlegungen (unterstützt durch das Überleitungsmanagement) und der direkte persönliche Kontakt mit Akteuren aus anderen VOen und Sektoren genannt. Negative Einflussfaktoren auf intersektoraler Ebene konnten nicht ausgemacht werden.

8.2.2 Geriatriespezifische Einflussfaktoren

Es lassen sich zunächst keine geriatriespezifischen Einflussfaktoren auf organisationale Lernroutinen ausmachen. Lediglich die Kommunikationskultur scheint von größerer Bedeutung zu sein als andere Einflussfaktoren (siehe vorangegangenen Abschnitt). Gründe hierfür finden sich in den Rahmenbedingungen und der Natur des geriatrischen Behandlungsprozesses (vgl. Kap. 2.1).

Es lassen sich aber bei detaillierter Betrachtung Einflussfaktoren innerhalb der MGT-Runde beobachten. Dies sind:

- *IT-Infrastruktur*: Die IT-Infrastruktur hat offensichtlich einen großen Einfluss auf die MGT-Runde, sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht. Positiv ist zunächst festzuhalten, dass es durch die Einführung von GERDA gelungen ist die fehlenden Informationen und damit die Koordinationsverluste zu reduzieren. Auch scheint das Führungsverhalten der Leitungsperson beeinflusst zu werden, es konnte ein vermehrtes Nachfragen und Hinterfragen durch die Führungsperson beobachtet werden. Negativ ist festzuhalten, dass mit Einführung von GERDA Zeitdruck innerhalb der MGT-Runde und Störungen zunehmen. Diese beiden Einflussfaktoren scheinen also auch abhängig vom Einflussfaktor IT-Infrastruktur zu sein.
- *Zeitdruck*: Es wird sowohl von Zeitdruck vor und nach der MGT-Runde berichtet als auch von Zeitdruck während der Durchführung der MGT-Runde allgemein sowie bei der

Besprechung einzelner Patienten. Zeitdruck wird generell als störend beschrieben, ob es durch Zeitdruck jedoch zu Veränderungen innerhalb der MGT-Runde kommt, konnte nicht ermittelt werden. Auffällig ist, dass der Zeitdruck nach Einführung der MGT-Runde zunimmt.

- *Störungen*: Es wurde von unterschiedlichen Störungen berichtet (insbesondere Telefonate, Nebengespräche, Betreten/Verlassen des Raumes). Auch diese Phänomene werden generell als störend beschrieben, aber auch hier konnten konkrete Auswirkungen zunächst nicht festgehalten werden. Auffällig ist, dass Störungen nach Einführung der MGT-Runde zunehmen.

Die Einflussfaktoren Zeitdruck und Störungen scheinen zumindest in Teilen abhängig von dem Einflussfaktor IT-Infrastruktur zu sein. Hier lässt sich eine Hierarchie der Einflussfaktoren vermuten.

8.3 Diskussion des geriatrischen Informationsflussmodells

Das GIFM soll nun anhand identifizierter Lernroutinen und dem Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell diskutiert werden. Auf Grund der detaillierten Untersuchungen der MGT-Runde wird diese als erste Lernroutine untersucht. Im Anschluss sollen noch je zwei Lernroutinen aus dem intra-organisationalen und inter-organisationalen Feld untersucht werden. Dazu werden auf Grund ihrer Bedeutung für die geriatrische Versorgung das Konsil und das Überleitungsmanagement gewählt. Den Abschluss bildet das Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell.

8.3.1 Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde im geriatrischen Informationsflussmodell

Innerhalb der MGT-Runde werden fast alle Informationsobjekte des geriatrischen Behandlungsprozesses eingebunden, da die MGT-Runde einer der wichtigsten Kommunikationsräume der Behandlung ist. Ein weiterer zentraler Kommunikationsraum ist die tägliche Frühbesprechung, hier sind jedoch nicht immer alle Professionen anwesend, insbesondere gilt dies für den Sozialdienst und die therapeutischen Disziplinen. Außer den Akteuren der MGT-Runde sind keine weiteren Akteure unmittelbar eingebunden, die Einbindung geschieht nur mittelbar über die zuvor angefragten Informationen bzw. über die danach angefragten oder versandten Informationen (vgl. Abb. 8.1, aktive Akteure, Informationsobjekte und Relationen fett hervorgehoben).

In den Behandlungsinformationen sind die Rückmeldungen der Patienten enthalten, die im Rahmen der MGT-Runde besprochen werden. Hinzu kommen die individuellen Eindrücke der behandelnden Personen aus dem Kontakt mit den Patienten. Im Rahmen der MGT-Runde werden auch die Informationen besprochen, die dem Patienten als Rückmeldung gegeben werden sollen, inkl. des weiteren Behandlungsverlaufs.

Patientenkontextinformationen sind für die MGT-Runde von hoher Wichtigkeit. Hier sind Informationen über die Häuslichkeit, in die entlassen werden soll (Barrierefreiheit, Hilfsmittel, AAL), die Betreuungssituation (formelle und informelle Pflege) sowie Informationen über das allgemeine Gesundheitsverhalten enthalten. Informationen aus der MGT-Runde heraus können an Angehörige, Pflegende und aufnehmende Einrichtungen weitergegeben werden. U.U. muss mit gesetzlichen Vertretern Rücksprache gehalten werden.

Medizinische Kontextinformationen enthalten hier geriatrispezifische Leitlinien, wie sie von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und dem Kompetenz-Centrum Geriatrie bereitgestellt werden [KCG17].

Klinische Kontextinformationen enthalten die Ergebnisse aus fachfremden Konsilen ebenso wie die Informationen, die aus geriatrischen Konsilen an andere Disziplinen weitergegeben werden. Auch wichtige Informationen für die intra-organisationale Weiterbehandlung (bspw. für die Chirurgie) sind enthalten. Auch gehören sämtliche diagnostische Informationen (Bildgebung, Labore, EEG, EKGs) in diesen Bereich.

Zwischen den genutzten Informationen in der MGT-Runde und den idealtypisch beschriebenen Informationen des GIFM (vgl. Kap. 7.5.2) besteht somit sowohl in Umfang als auch Detailtiefe

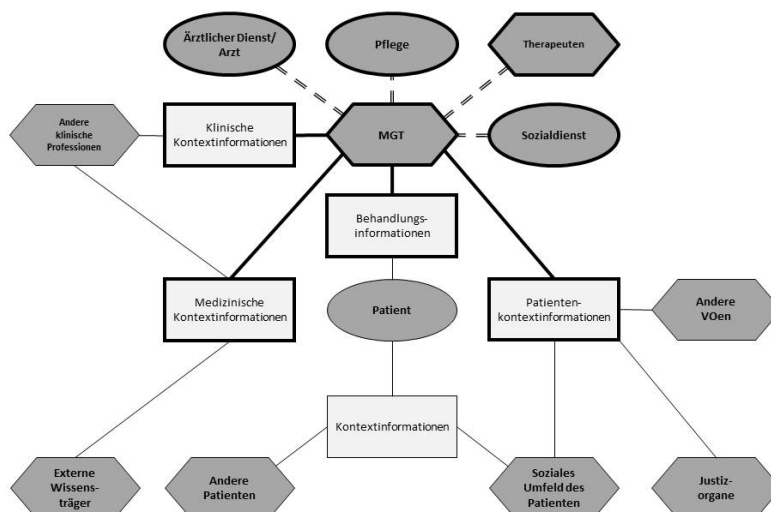


Abbildung 8.1: MGT im GIFM

der einzelnen Informationsobjekte eine hohe Übereinstimmung. Dies bestätigt noch einmal die zentrale Rolle der MGT-Runde als Kommunikationsraum für die geriatrische Versorgung.

8.3.2 Konsile im geriatrischen Informationsflussmodell

Das Konsil ist ein wichtiges Kommunikationsinstrument und zentrale Lernroutine in der Geriatrie. Es wird genutzt um Verlegungen von geriatrischen Patienten aus anderen Disziplinen auf die geriatrische Station vorzubereiten oder um eine geriatrische Mitbehandlung auf anderen Stationen zu gewährleisten. Zudem können andere Disziplinen in die Behandlung eines geriatrischen Patienten eingebunden werden. Im Gegensatz zur MGT-Runde sind hier mit den anderen klinischen Professionen auch tatsächlich andere Akteure direkt an der Lernroutine beteiligt (vgl. Abb. 8.2, Hervorhebungen wie zuvor). Ein Konsil wird im Regelfall von einem Arzt einer anderen Disziplin gestellt und zumeist an eine andere medizinische Disziplin adressiert. Aber auch Konsile an therapeutische Disziplinen sind möglich.

Behandlungsinformationen entstehen hier aus der Kommunikation und Untersuchung mit dem Patienten durch die konsiliarisch tätige Person. Dabei können Behandlungsinformationen auch aus einem reinen Kurvenkonsil entstehen, d.h. die konsiliarisch tätige Person erstellt das Konsil anhand der im vorliegenden Dokumente (klinische Kontextinformationen) und sieht den Patienten selber nicht.

Klinische Kontextinformationen sind die Informationen die im Rahmen des Konsils weitergeleitete Dokumente und Informationen sowie das zurückgesandte Konsil selber.

Medizinische Kontextinformationen sind dann das Einbringen von relevanten Leitlinien in die konsiliarische Tätigkeit. Da dies zumeist eine reine Abfrage ist, findet keine wirkliche Kommunikation mit dem Anbieter der Leitlinien statt und daher sind die externen Wissensträger auch nicht als Akteur in die Lernroutine Konsil eingebunden.

8.3.3 Überleitungsmanagement im geriatrischen Informationsflussmodell

Das Überleitungsmanagement ist eine zentrale inter-organisationale Lernroutine in der Geriatrie [RSH15b], denn häufig müssen Patienten nach der Entlassung in einem anderen Sektor weiterbehandelt werden. Auch bei der Verlegung in das Krankenhaus werden Informationen aus den vorgelagerten Versorgungsbereichen benötigt. Erschwert wird dieser Prozess durch kognitive Einschränkungen der Patienten oder fehlendes soziales Umfeld des Patienten.

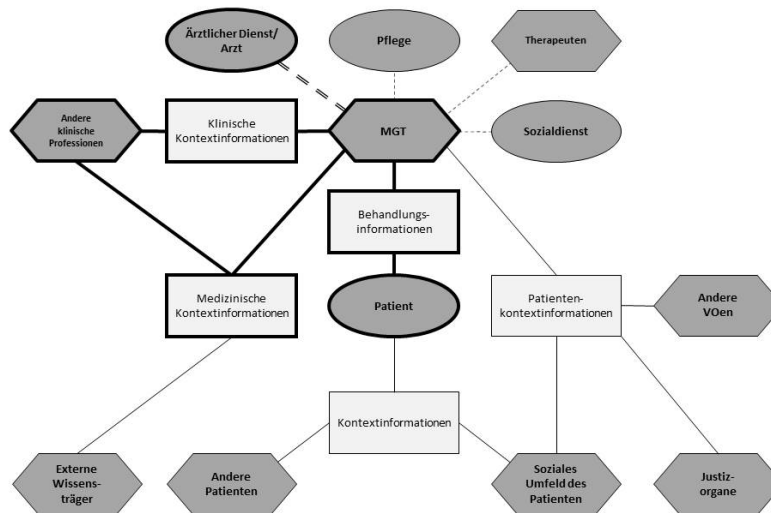


Abbildung 8.2: Konsil im GIFM

In das Überleitungsmanagement sind viele Akteure eingebunden. Klinikseitig sind dies insbesondere die Ärzte und der Sozialdienst. Der Sozialdienst organisiert, in Abstimmung mit Patienten, Ärzten und - sofern vorhanden - sozialem Umfeld des Patienten, die weitere Behandlung des Patienten. U.U. kann es notwendig sein, dass der Sozialdienst auch mit Justizorganen wie Amts- und Betreuungsgerichte sowie gesetzlichen Vormündern Abstimmungen vornehmen muss. Zu den anderen VOen gehören dann hier die aufnehmenden Einrichtungen wie Rehabilitationseinrichtungen und stationäre Pflege, aber auch die weiterbehandelnde Akteure wie ambulante Pflege oder Hausärzte. Im Falle einer Aufnahme sind dies hier die bisher behandelten Akteure (vgl. Abb. 8.4, Hervorhebungen wie zuvor).

Behandlungsinformationen enthalten in dieser Relation die Weitergabe der relevanten Informationen bzgl. einer Weiterbehandlung des Patienten nach erfolgter Überleitung. Auch können hier Wünsche des Patienten berücksichtigt werden. Zudem können die klinischen Behandlungsziele an Erfordernisse nach der Überleitung angepasst werden (bspw. Treppentraining, um die eigene Häuslichkeit zu erreichen).

Patientenkontextinformationen sind dann alle Informationen (neben den Behandlungsinformationen) die für den nachgelagerten Bereich wichtig sind wie Medikamentierungen, Hilfsmittelverordnungen oder Empfehlungen zur weiteren Therapie. Sofern es sich um die Überleitung in die Klinik handelt sind hier ebenfalls Informationen über den bisherigen Behandlungsverlauf inkl. Medikamentierung und Hilfsmittel enthalten.

8.3.4 Einflussfaktoren im geriatrischen Informationsflussmodell

Ein weiterer Ansatzpunkt der Forschungsfragestellung war die Integration der Einflussfaktoren in ein mögliches Modell. Am Beispiel der MGT-Runde zeigt sich aber bereits, dass eine Lernroutine in zwei verschiedenen Organisationen bereits unterschiedlich umgesetzt wird und das ein Einflussfaktor „IT-Infrastruktur“ zu unterschiedlichen Auswirkungen führt. Andere Einflussfaktoren mögen ähnliche Auswirkungen auf unterschiedliche Lernroutinen haben. Um dies zu untersuchen, müssten andere Lernroutinen ebenfalls in einem ähnlichem Detailierungsgrad untersucht werden wie die MGT-Runde. Dies war aber im Rahmen der Studien nicht umsetzbar, daher wurde auf eine Integration der Einflussfaktoren in das GIFM verzichtet.

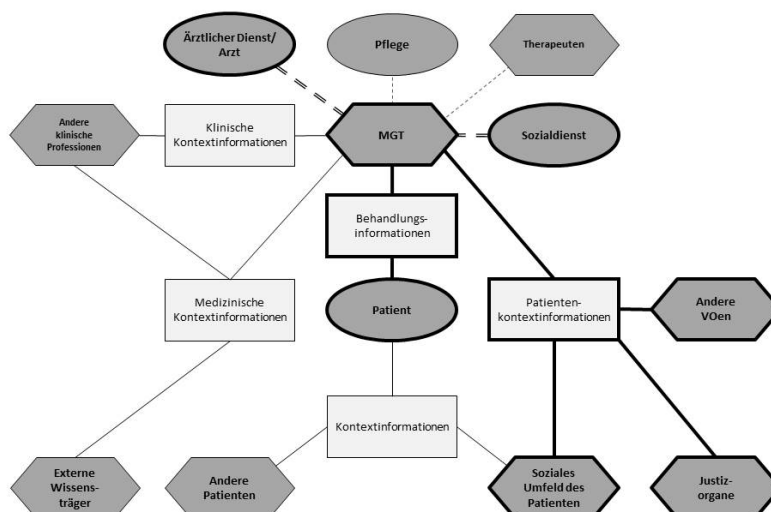


Abbildung 8.3: Überleitungsmanagement im GIFM

8.3.5 Das geriatrische Informationsflussmodell im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell

In der Zusammenführung mit dem Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell zeigen sich einige Schnittpunkte. Das GIFM repräsentiert mit den Akteuren, Informationsobjekten und den Relationen alle Ebenen des Makro-, Meso- und Mikroebenenmodells.

Auf der Mikroebene findet sich die MGT-Patientenrelation aber auch die Interaktionen der MGT-Mitglieder untereinander. Lernimpulse können aus der Kommunikation mit Patienten und Angehörigen entstehen, bspw. in Form von strukturierten Feedbackkanälen oder geäußerten Beschwerden. Informelle Kommunikation (der sog. Flurfunk) ist auf Mikroebene ein wesentlicher Auslöser für Lernprozesse aus der Belegschaft heraus [RH17b].

Die Mesoebene beinhaltet sowohl intra-organisationale als auch inter-organisationale Lernroutinen. Auf dieser Ebene finden sich dann die oben beschriebenen formalen Lernroutinen wie MGT-Runde oder Konsile. Aber auch andere nachgewiesene Lernroutinen in Form weiterer Konferenzen (Frühbesprechung, Abteilungskonferenzen, etc.) CIRS, Feedbacksysteme Vorschlagswesen, Ideenmanagement oder Supervisionssysteme sind hier zu verorten. Inter-organisationale Lernroutinen wie das Überleitungsmanagement und organisationsübergreifende Konferenzen sind hier zu finden [RH17b].

Die Makroebene wird im GIFM bisher über die externen Wissensträger adressiert, also über den Abruf von Leitlinien im Rahmen der MGT-Runde oder eines Konsils. Ansonsten wirkt die Makroebene mittelbar über die unterschiedlichen Rahmenbedingungen (vgl. Kap. 2.1, ein direkter Einfluss in Form einer klar definierbaren Lernroutine konnte aber noch nicht identifiziert werden).

8.4 Studiengüte und Studienqualität

Die klassischen Gütekriterien sind die interne Validität und die externe Validität nach Campbell und Stanley [CS63]. Interne Validität erfordert kausal eindeutige Untersuchungsergebnisse, externe Validität beschreibt die Verallgemeinerung von Untersuchungsergebnissen [BD06, S. 53]. Weitere Qualitätskriterien finden sich im Diskussionspapier der DNVF-AG Qualitative Methoden [SGH+15]. Diese sind in allgemeine Aspekte (Forschungsprozess, Beteiligung relevanter Personengruppen, Ethik und Datenschutz) und spezifische Aspekte (z.B. Forschungsinteresse

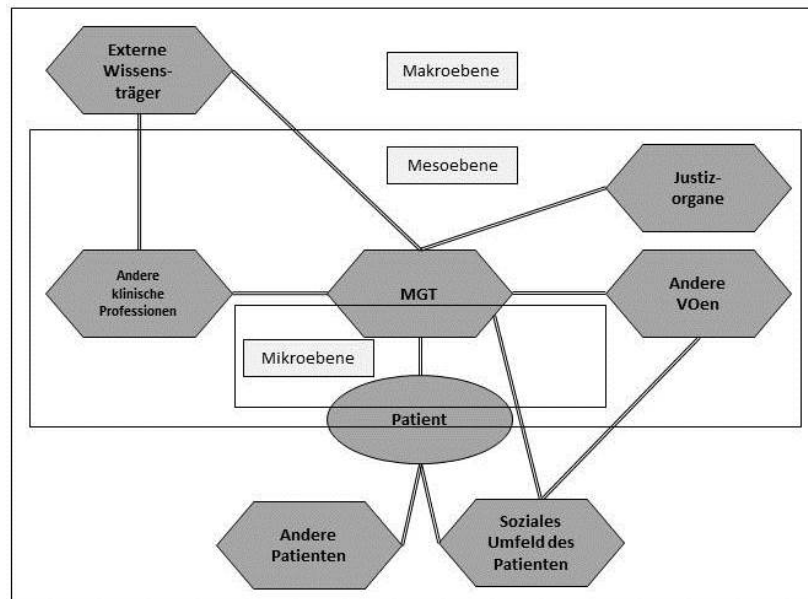


Abbildung 8.4: GIFM im Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell (zur besseren Übersichtlichkeit nur Akteure und ohne Informationsobjekte)

und Ausgangsfragestellung, Methodenauswahl sowie Sample-/Stichprobenbildung) der Qualitätsbewertung unterteilt.

8.4.1 Interne Validität

„Interne Validität liegt vor, wenn Veränderungen in den abhängigen Variablen eindeutig auf den Einfluss der unabhängigen Variablen zurückzuführen sind bzw. wenn es neben der Untersuchungshypothese keine besseren Alternativerklärungen gibt.“ [BD06, S. 53]

Die Studien im Hauptarm haben Gemeinsamkeiten mit quasi-experimentellen Studien, deren Datenbasis aus der Untersuchung natürlicher Gruppen wie Schulklassen stammt. Eine echte Randomisierung kann daher im explorativen Ansatz nicht vorgenommen werden. In den dedizierten Untersuchungen der MGT-Runde war ein gewisses Maß an Randomisierung vorhanden, da zwar immer die gleichen Professionen involviert waren, diese Professionen gerade im therapeutischen und pflegerischen Bereich auf Grund von Schichtdiensten und Vertretungen nicht immer von den gleichen Personen vertreten wurden. Dies wurde jedoch nicht systematisch erhoben und ging daher auch nicht in die Analyse ein. Konstant von den gleichen Personen waren der ärztliche Dienst und der Sozialdienst vertreten.

Es können jedoch zwei Kandidaten für mögliche Confounder identifiziert werden. Der erste Confounder-Kandidat ist die EDV-Unterstützung. Hier wurde im Laufe der Studien im EV zur Unterstützung der MGT-Runde das GERDA-System eingeführt. Hier konnten mit einem Vorher-Nachher-Vergleich einige Effekte erklärt werden. Der zweite Confounder-Kandidat liegt in der unterschiedlichen Gestaltung Frühbesprechung und der MGT-Runde selber. Im KL hat die MGT-Runde einen eher dokumentarischen Charakter und die Frühbesprechung wird stärker zur Abstimmung der Professionen genutzt als im EV. Hier konnten zwischen den Einrichtungen deutliche Unterschiede in der MGT-Runde festgestellt werden.

Auch Grund der beschriebenen Limitationen wurde auf induktive statistische Auswertungen (Regressionsmodelle, Hypothesentests) verzichtet und rein deskriptiv gearbeitet. Die Ergebnisse haben daher einen rein explorativen Charakter und sind daher unter Vorbehalt zu betrachten. Zur Untersuchung der Confounder-Kandidaten und Erhöhung der internen Validität könnten weitere Studien in niedersächsischen Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen durchgeführt werden.

8.4.2 Externe Validität

„Externe Validität liegt vor, wenn das in einer Stichprobenuntersuchung gefundene Ergebnis auf andere Personen, Situationen oder Zeitpunkte generalisiert werden kann.“ [BD06, S. 53]

Die Studien des Hauptarmes und zum größten Teil des Nebenarms wurden in niedersächsischen Krankenhäusern durchgeführt. Die Geriatriekonzepte in Deutschland sind jedoch auf Länderebene geregelt. Daher sind die Ergebnisse nur bedingt auf geriatrische Abteilungen in Krankenhäusern anderer Bundesländer übertragbar (vgl. Kap. 2.1.2). Die geriatricspezifischen Lernroutinen in tagesklinischen und rehabilitativen Konzepten dürften sich von den hier untersuchten Lernroutinen in stationär-klinischer Versorgung unterscheiden.

Auch wurden die Hauptarmstudien in zwei Krankenhäusern mit einer eigenen geriatrischen Abteilung durchgeführt. Es gibt aber auch Konzepte, in denen die geriatrische Versorgung durch einen Geriater ohne eigene geriatrische Abteilung erbracht wird. Dieser ist dann bspw. in die Innere Medizin eingegliedert und versorgt dort die geriatrischen Patienten. Auch hier könnten sich die geriatricspezifischen Lernroutinen dann unterscheiden. Zur Erhöhung der externen Validität könnten weitere Studien in bundesweit ausgewählten Krankenhäusern mit geriatrischen Abteilungen durchgeführt werden. Dabei sollte darauf geachtet werden, dass die unterschiedlichen geriatrischen Versorgungskonzepte vertreten sind.

8.4.3 Allgemeine und spezifische Aspekte zur Qualitätsbewertung

Die DNVF-AG Qualitative Methoden beschreibt in ihrem dreiteiligem Memorandum [MKH+12][KSH+12][SGH+15] allgemeine und spezifische Aspekte, die zur Bewertung und Einordnung der Qualität einer qualitativen Studie herangezogen werden können. Diese Aspekte sollen im Folgenden aufgegriffen werden.

8.4.3.1 Allgemeine Aspekte zur Qualitätsbewertung

Qualitativer Forschungsprozess Die Studie war explorativ ausgelegt. In einem ersten Schritt wurde zunächst in geriatrischen und nicht-geriatrischen Krankenhausabteilungen hospitiert. Die nicht-geriatrischen Abteilungen wurden auf Grund ihrer Verbindungen zur Geriatrie ausgewählt. Hierbei war die Häufigkeit der Kommunikation und der Verlegungen aus Sicht der Geriatrie das Auswahlkriterium. Dies wurde in Absprache mit dem Leiter des GZO entschieden (siehe dazu auch im nächsten Abschnitt). Die Auswahl der MGT-Runde zur vertiefenden Untersuchung geschah aus zwei Gründen. Die MGT-Runde hat eine besondere Stellung im geriatrischen Behandlungsprozess und ist zur Abrechnung der Komplexpauschale sogar vorgeschrieben, d.h. sie wäre auch in anderen Krankenhäusern (siehe die Ausführungen zur internen und externen Validität) vorhanden und könnte zu Vergleichen herangezogen werden. Zusätzlich war zum Planungszeitpunkt dieses Studienabschnittes absehbar, dass im EV das GERDA-System in der MGT-Runde eingeführt wird. Dadurch wurde ein Vorher-Nachher-Vergleich möglich.

Beteiligung der jeweils relevanten Personen/gruppen am Forschungsprozess Die Studien wurden begleitet vom Leiter des GZO. Mit ihm gemeinsam wurden die zu hospitierenden Stationen ausgewählt, der Interviewleitfaden getestet und modifiziert sowie weitere Details der Studienplanung erörtert (Fokussierung auf MGT-Runde auf Grund GERDA-Einführung). Er hatte eine beratende Rolle und keinen Einfluss auf die Erhebungs- und Auswertungsmethoden. Eine weitere Beratung anderer Berufsgruppen (Pflege, Therapeuten, Sozialdienst) fand nicht statt. Auch in den anderen hospitierten Abteilungen und Disziplinen fand eine Beratung nicht statt.

Ethik und Datenschutz Es wurden keine Patientendaten erfasst, die eine Identifikation im Nachhinein ermöglichen. Im Zuge der Beobachtungen wurden Patientennamen in den Rohmaterialien notiert, um Diskussionsverläufe zu rekonstruieren. Diese wurden dann aber bei der Verschriftlichung ausgelassen und den Patienten, sofern möglich, lediglich fortlaufende IDs zugeordnet.

Alle Interviewpartner wurden über die Freiwilligkeit der Teilnahme informiert und hatten jederzeit die Möglichkeit, Fragen auszulassen oder die Aufzeichnung zu stoppen. Auf Grund der zum Teil leitenden Funktionen der Interviewpartner in ihren Abteilungen ist eine Anonymisierung nicht immer möglich. Auch die Teilnahme an der schriftlichen Befragung im Nachgang der MGT-Runde war freiwillig. Alle Personen wurden über die Studienziele aufgeklärt und erhielten ein Informationsblatt.

Zur Wahrung des Datenschutzes wurde auf die bewährten Datenschutzverfahren entsprechend den acht technisch-organisatorischen Maßnahmen (TOM), wie sie in Anlage 9 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) spezifiziert sind bzw. deren konkreter Umsetzung im OFFIS-Datenschutzkonzept (in der Version von 2011¹¹) sowie im Datenschutzkonzept der Carl-von-Ossietzky Universität Oldenburg. Da in den Studien keine patientenbezogenen Daten verarbeitet wurden, war eine Studienregistrierung nicht notwendig. Die TOMs wurden entsprechend umgesetzt.

8.4.3.2 Spezifische Aspekte zur Qualitätsbewertung

Forschungsinteresse und Ausgangsfragestellung Das Interesse des Forschers ist sowohl das Organisationale Lernen als auch das Gesundheitssystem. Bereits in seiner Diplomarbeit [Röl07] hat er auf das Thema „Krankenhaus als Lernende Organisation“ fokussiert. Mit dem Aufkommen der Organisationsbezogenen Versorgungsforschung [PAB+09] entwickelte sich hieraus die Ausgangsfragestellung, wie Organisationales Lernen tatsächlich in der Organisation verankert ist und funktioniert. Aus der Zusammenarbeit mit dem GZO im Niedersächsischen Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten [HHK+14] entwickelte sich dann die Idee, das Organisationale Lernen in der Geriatrie zu untersuchen (vgl. Kap. 1.1).

Untersuchungsfragestellung Die Spezifizierung der Untersuchungsfragestellung war davon motiviert, Prozesse in Form von Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung zu identifizieren und im Detail zu untersuchen. Der Fokus früherer Arbeiten, auch die des Forschers, lag in der Beschreibung der Lernenden Organisation und damit den allgemeinen Rahmenbedingungen (vgl. bspw. [Wen00a] [Bor00] oder auch [Röl07] sowie Kap. 4.1). Die Betrachtung von Einflussfaktoren (die zum Teil dann auch aus dem Rahmen der Lernenden Organisation kommen) sowie die Entwicklung eines Modells sind im Rahmen der Prozessanalyse [Krc15, S. 125;192 ff.] dann auch einige der nächsten logischen Schritte. Weitere Schritte wären dann bspw. das Redesign von Prozessen und die Entwicklung eines Prozessmanagements, diese Schritte gehören aber nicht in den Umfang einer explorativen Studie.

Weitere Auswahlentscheidungen im Forschungsvorgehen Ziel der Arbeit ist es, organisationale Lernroutinen in der geriatrischen Praxis zu beobachten. Da jedoch bisher wenig Arbeiten sich diesem Thema gewidmet haben (vgl. Kap. 4.1), wurde ein explorativ-qualitativer Ansatz gewählt. Weitere Verfahren wie Delphi-Befragungen oder breit angelegte Befragungen zur genutzten Lernroutinen und möglichen Einflussfaktoren können erst durchgeführt werden, wenn dafür die entsprechenden theoretischen Grundlagen gelegt sind. Diese Arbeit hat einen Teil dazu beigetragen, weitere Arbeiten sind jedoch notwendig (siehe dazu auch die Ausführungen zur externen Validität in Kap. 8.4.2 und weiteren vertiefenden Methoden im nächsten Abschnitt Methodenauswahl).

Methodenauswahl In der Auswahl der Erhebungs- und Auswertungsmethoden bedient sich diese Arbeit an den üblichen Methoden der qualitativen Forschung (Beobachtungen und Interviews zur Erhebung, qualitative Inhaltsanalyse zur Auswertung) [KSH+12]. Die Methodenauswahl wird im Kap. 5 ausführlich beschrieben. Für eine weitere vertiefende Untersuchung der Lernroutinen und deren Einflussfaktoren könnten in einem weiteren Schritt Gruppeninterviews und Fokusgruppen aus den beteiligten Professionen der geriatrischen Versorgung durchgeführt werden.

¹¹Zum Zeitpunkt der Studienplanung war der Forscher noch am OFFIS-Institut für Informatik angestellt.

Sample-/Stichprobenerhebung Die Stichprobe im Hauptarm wurde in gemeinsamer Absprache mit dem Leiter des GZO getroffen. Die Stichprobe im Nebenarm war eine Gelegenheitsstichprobe, da hier nur auf die Krankenhäuser zurückgegriffen werden konnte, die auch ein Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Forschungsprojekt Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg hatten.

Re-Präsentation qualitativer Forschung Zwischenergebnisse der Studien wurden auf entsprechenden Fachtagungen vorgestellt (vgl. Kap. F.8), Zwischenstände der Gesamtarbeit wurden im Doktorandenkolloquium präsentiert und diskutiert. Verweise und Ankerzitate aus Interviews und Beobachtungen werden im Fließtext gesetzt, eine vollständige Übersicht der Belege befindet sich im Anhang (vgl. Kap. D).

Teil III

Abschluss

9.1 Beantwortung der Forschungsfragen

Beantwortung der Forschungsfrage 1 (organisationale Zielsetzung)

Lassen sich organisationale Lernprozesse auch in der geriatrischen Versorgung nachweisen?

Organisationales Lernen hat sich auch im Gesundheitssektor etabliert und das trifft auch auf die geriatrische Versorgung zu. Auf intra-organisationaler Ebene existieren bereits viele Lernroutinen, die im klinischen Alltag verankert sind. Diese konnten im Rahmen der Studien sowohl in der geriatrischen Versorgung als auch in der allgemeinen Patientenversorgung (siehe Ergebnisse des Nebenarms, vgl. Kap. 7.3) nachgewiesen werden. Zentrale intra-organisationale Lernroutine in der geriatrischen Versorgung ist die MGT-Runde. Diese wurde bislang in der Literatur im Kontext von Organisationalem Lernen noch nicht beschrieben. Die MGT-Runde ist ein wichtiger und, je nach Ausgestaltung, auch der zentraler Kommunikationsraum in der geriatrischen Versorgung. Aber auch das Konsil nimmt in der geriatrischen Versorgung eine wichtige Rolle ein, es ist ein zentraler Kommunikationskanal zwischen den einzelnen Abteilungen. Das Konsil ist auch wichtig für die Verbreitung geriatrischen Wissens in andere medizinische Domänen hinein (vgl. Kap. 8.1.1).

Die inter-organisationale Ebene war aus Sicht des Organisationalen Lernens bisher wenig bis kaum untersucht. Hier konnte einige inter-organisationale Lernroutinen identifiziert werden. Diese sind insbesondere auf zunehmende intersektorale Kooperation und auch dem wachsenden Anteil an verbundenen VOen oder VOen in Konzernstrukturen zurückzuführen. Auf dieser Ebene ist für die geriatrische Versorgung das Überleitungsmanagement die zentrale inter-organisationale Lernroutine. Überleitungsmanagement ist jedoch kein geriatriespezifischer Prozess sondern wird auch in anderen Kontexten (bspw. Rehabilitationsbehandlung im Anschluss, häusliche Pflege) genutzt. Auf Grund der spezifischen Eigenschaften von geriatrischen Patienten kommt dem Überleitungsmanagement hier jedoch eine besondere Bedeutung zu. Eine geriatriespezifische inter-organisationale Lernroutine konnte jedoch nicht identifiziert werden (vgl. Kap. 8.1.1).

Beantwortung der Forschungsfrage 2 (versorgungsforschende Zielsetzung)

Lassen sich für organisationale Lernprozesse in der geriatrischen Versorgung geriatrieun-spezifische Einflussfaktoren und geriatriespezifische Einflussfaktoren nachweisen?

Es konnten keine allgemeingültigen geriatriespezifischen Einflussfaktoren auf intra-organisationale Lernroutinen identifiziert werden. Jedoch scheint der Kommunikationskultur in der Geriatrie eine besondere Position zuzukommen (vgl. Kap. 8.2.1 und Kap. 8.2.2). Weiterhin wurden einige

spezifische Einflussfaktoren innerhalb der MGT-Runde identifiziert, die untereinander eine hierarchische Struktur zu haben scheinen (vgl. ebenfalls Kap. 8.2.2).

Einflussfaktoren, die auf inter-organisationaler Ebene wirksam sind, konnten nur wenige identifiziert werden, diese sind ebenfalls als geriatrispezifisch einzustufen. Eine mögliche Ursache kann das Fehlen von geriatrispezifischen inter-organisationalen Lernroutinen sein. Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung scheinen also den gleichen Einflussfaktoren wie Lernroutinen in anderen medizinischen Disziplinen zu unterliegen, lediglich die Bedeutung einzelner Einflussfaktoren scheint zu variieren.

Beantwortung der Forschungsfrage 3 (informationswissenschaftliche Zielsetzung)

Lässt sich aus organisationalen Lernprozessen und deren Einflussfaktoren in der geriatrischen Versorgung ein abstraktes Informationsflussmodell für die geriatrische Versorgung ableiten?

Aus den gewonnenen Erkenntnissen im Haupt- und Nebenarm konnte das GIFM abgeleitet werden. Es wurden Akteure, Informationsobjekte und deren Relationen untereinander entwickelt (vgl. Kap. 7.5). Mit Hilfe des GIFMs konnten mehrere Lernroutinen (MGT-Runde, Konsil, Überleitungsmanagement) modelliert, analysiert und validiert werden (vgl. Kap. 8.3).

Die Einflussfaktoren und deren Wirkungen auf die Lernroutinen wurden im GIFM nicht umgesetzt. Detailliert wurde in dieser Arbeit nur die MGT-Runde betrachtet und hier zeigten Einflussfaktoren bereits verschiedene Auswirkungen. Für die Wirkung der anderen Einflussfaktoren in den verschiedenen Lernroutinen müssten diese ebenfalls in einer vergleichbaren Tiefe untersucht werden wie die MGT-Runde. Dies war in der aktuellen Studie jedoch nicht möglich, sodass auf eine weitere Integration der Einflussfaktoren in das GIFM verzichtet wurde.

9.2 Die multiprofessionelle geriatrische Teamrunde in der geriatrischen Versorgung

Abschließend lässt sich festhalten, dass die MGT-Runde als zentraler Kommunikationsraum im geriatrischen Behandlungsprozess bestätigt werden konnte (vgl. Kap. 2.2.2.4). Dies wird unterlegt durch die Bewertung hinsichtlich der Wichtigkeit der MGT-Runde für den Behandlungsprozess, sowohl in beiden untersuchten Häusern als auch unter allen befragten Professionen (vgl. Kap. 8.1.2). Die zentrale Rolle wird auch durch die Modellierung des GIFMs deutlich, hier steht die MGT-Runde im Zentrum des Modells (vgl. Kap. 8.3.2) und hat Verbindungen zu vielen intra- und inter-organisationalen Akteuren auf Mikro-, Meso- und auch Makroebene (vgl. Kap. 8.3.5). Es wird jedoch aus den Studienergebnissen nicht ersichtlich, warum die MGT-Runde in beiden Häusern so unterschiedlich ausgeprägt ist. Ein möglicher Zusammenhang scheint in der unterschiedlichen Ausgestaltung der morgendlichen Frühbesprechung zu sein. Weiterhin bleibt unklar, warum der Einflussfaktor „IT-Infrastruktur“ einmal positiv und einmal negativ wirkt. Auch die unterschiedlichen Auswirkungen ähnlicher Einflussfaktoren bleiben unklar.

9.3 Offene Forschungsfragen

Einige Aspekte der Forschungsfragen konnten nicht beantwortet werden. So bleibt es zunächst unklar, ob es geriatrispezifische inter-organisationale Lernroutinen gibt oder ob diese mit den eingesetzten Methodeninventar und Studiendesign lediglich nicht identifiziert werden konnten. Hierfür sind zusätzliche Studien notwendig, die auch weitere Akteure der geriatrischen Versorgung beinhalten, wie stationäre Pflege- und Altenheime, ambulante Pflegedienste und niedergelassene Haus- und Fachärzte. Auch eine Einbeziehung der Patienten- und Angehörigenperspektive kann sinnvoll sein.

Es konnten einige Einflussfaktoren auf die identifizierten intra- und inter-organisationale Lernroutinen bestimmt werden, geriatrispezifische Einflussfaktoren wurden jedoch nicht bestimmt. Es bleibt zu klären, ob es für die weiteren Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung

analog zur MGT-Runde (vgl. Kap. 8.2.2) ebenfalls Einflussfaktoren gibt und wie diese auf die anderen Lernroutinen wirken.

Auf Grund dieses Mangels an identifizierten Einflussfaktoren und den Schlussfolgerungen der unterschiedlichen Wirksamkeit der Einflussfaktoren in den beteiligten Häusern (vgl. Kap. 9.2) wurde auf Integration der Einflussfaktoren in das GIFM zunächst verzichtet. Hierfür müssen erst weitere Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung bzgl. Einflussfaktoren untersucht werden, um dann eine Integration in das GIFM abschließend zu beurteilen und ggf. umzusetzen.

10.1 Weitere Anknüpfungspunkte

In Deutschland werden, wie bereits dargestellt, in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche geriatrische Versorgungskonzepte verfolgt (vgl. Kap. 2.1.2). Im Rahmen dieser Arbeit fokussierten die Studien im Hauptarm und im Großteil des Nebenarms auf das niedersächsische Geriatriekonzept. Einige wenige Interviewpartner vertraten VOen aus dem Bundesland Bremen, für eine vertiefte Analyse war dies jedoch nicht ausreichend. Um Organisationales Lernen in der geriatrischen Versorgung aber besser zu verstehen, sind weitere Studien in VOen im Einflussbereich anderer Versorgungskonzepte notwendig. Auch ist eine Verbreitung der Datenbasis durch Studien in VOen unterschiedlicher Versorgungsbereiche (u.a. stationäre Pflege, ambulante Pflege, niedergelassener Bereich) notwendig. In den hier durchgeführten Studien wurden einige Schnittstellen in andere Versorgungsbereiche beschrieben, jedoch dann lediglich krankenhausseitig untersucht. Auch sind sich daraus ergebende Adaptionen des GIFM zu überprüfen.

Im Rahmen der Informationsflussmodellierung (vgl. Kap. 7.5) wurde das Modell von Snyder et.al. aufgegriffen (vgl. Kap. 3.4.2 und [SAR+11]). Im Ursprungsmodell wird die Unterscheidung von qualitativ hochwertigen Informationen und qualitativ minderwertigen Informationen beschrieben. Dieser Ansatz wurde in der aktuellen Studie zunächst nicht aufgegriffen. Hier scheint es sinnvoll, mittels subjektiven und objektiven Bewertungen der Informationsqualität diesen Ansatz auch in der geriatrischen Versorgung anzuwenden. Im Kontext der MGT-Studie wurden bereits die Beiträge der einzelnen Professionen bewertet (vgl. Kap. 7.4.2 und Tab. 7.13), jedoch geschah dies eher allgemein und nicht auf spezifische Informationen. Außerdem konnten die subjektiv durch die anderen Professionen bewerteten Informationen mangels medizinisch-geriatrischer Fachexpertise des Forschers nicht zugleich auch objektiv bewertet werden. Hierfür sind andere Studiendesigns notwendig.

Ein weitere Vertiefung scheint auch bei der Analyse der sozialpsychologischen und gruppendynamischen Prozesse (vgl. Kap. 6.1.3) angezeigt. Es sollte methodisch noch breiter aufgestellt untersucht werden (bspw. Fokusgruppen oder Gruppeninterviews, vgl. Kap. 8.4.3.2), um die Methoden noch besser auf den Untersuchungsgegenstand zu skalieren. Zudem sollten weitere Lernroutinen in der geriatrischen Versorgung untersucht werden, insbesondere das Konsil in der intra-organisationalen Dimension und das Überleitungsmanagement in der inter-organisationalen Dimension. Und um schlussendlich eine bessere Vergleichbarkeit zwischen der Geriatrie und anderen Disziplinen herzustellen erscheint es sinnvoll, vergleichbare Konferenzen in anderen Disziplinen mit dem gleichen Methodeninventar zu untersuchen.

Bei einer Weiterentwicklung des GIFM wären auch Akteur-Informationsbeziehungen mit drei oder mehr Akteuren grundsätzlich denkbar. Betrachtet man bspw. die Akteursgruppe „Andere VOen“, wäre eine inter-organisationale Lernroutine Überleitungsmanagement mit einer dreiarmigen Akteur-Informationsbeziehung und den Akteuren MGT, Kurzzeitpflege und ambulante Pflege

denkbar. Allerdings müssten dann auch alle Akteure aktiv in die Akteur-Informationsbeziehungen eingebunden sein und nicht nur passiv konsumieren. Es wäre hier zu prüfen, inwieweit das GIFM diese Beziehungen adäquat abbilden kann. Unter Berücksichtigung einer Integration von Einflussfaktoren erhöht dies natürlich die Komplexität des Modells. Eine zusätzliche Erweiterung des GIFM ist möglich, wenn weitere Akteure aus dem Makro-/Meso-/Mikroebenenmodell hinsichtlich inter-organisationaler Lernroutinen eingebunden werden. Hier sind bislang politische Akteure noch gar nicht erfasst, gleiches gilt u.a. auch für Selbstverwaltungen und Krankenkassen.

10.2 Perspektiven

Die geriatrische Versorgung wird in den kommenden Jahren, wie andere medizinische Bereiche auch, durch den kontinuierlichen Fortschritt in Technik und Medizin weiteren, durchaus tiefgreifenden, Veränderungsprozessen ausgesetzt sein. Die bereits in den Rahmenbedingungen angedeutete technologische Entwicklung (vgl. Kap. 2.1.4) wird weiter voranschreiten. Sowohl in der Klinik als auch Rehabilitation werden Assistenzsysteme die Automatisierung von Assessments in einer kontrollierten Umgebung weiter vorantreiben. Zeitgleich können kontinuierliche und unaufdringliche Assessments in der Häuslichkeit und in der mobilen Umgebung Daten, insbesondere Vital- und Verhaltensparameter, unter realen Bedingungen erfassen. Telemedizinische Anwendungen wie Telekonsile oder Telerehabilitation werden ebenso dazu beitragen, dass Organisations- und Sektorengrenzen weiter überwunden werden und neue Kooperationsformen der VOen untereinander entstehen werden.

Zusätzlich wird der demografische Wandel durch den beschriebenen Zuwachs an alten, sehr alten und langlebigen Menschen bei gleichzeitigem Wandel der Privathaushaltsstruktur hin zu mehr Einpersonenhaushalten gerade in ländlichen und dünn besiedelten Regionen (vgl. Kap. 2.1.1) den Ausbau der Telemedizin beschleunigen. Hier stehen Leistungserbringer, Krankenkassen und Selbstverwaltungen vor neuen Herausforderungen, um eine medizinisch adäquate Versorgung in der Fläche zu gewährleisten. Dies kann dann auch nicht ohne Aktivitäten auf politischer Ebene geschehen. Hieraus werden sich dann neue Versorgungsformen ergeben, die dann insgesamt zu neuen inter-organisationalen Lernroutinen führen werden. VOen, die jetzt schon über Lernroutinen und über das Wissen um deren Nutzung verfügen, werden diesen Wandel dann besser begegnen können als VOen, die auf diesem Gebiet noch nicht aktiv sind.

Abschließend wird es spannend sein, wie sich das Gesundheitssystem auch über einzelne Netzwerke hinweg als Gesamtsystem in Richtung lernendes Gesundheitssystem weiterentwickelt. Der Einfluss von CIRSen auf die einzelne VO wurde in Kap. 3.3.2.1 eingeführt. Hier kann es dann auch auf gesamtsystemischen Ebenen zu Verbesserungen kommen. Das englische National Health System (NHS) wird seit einiger Zeit als lernendes System propagiert [WO06]. 2001 nahm ein NHS-weites CIRS seinen Dienst auf und alleine zwischen 2003 und 2005 wurden 303.447 kritische Events registriert, bis 2015 sogar über 5,8 Millionen [How+15]. CIRS sind aber nur eine Möglichkeit inter-organisationaler Lernroutinen. Hier wird es interessant zu beobachten sein, wie unter dem Aspekt der Wissensgesellschaft und gesamtgesellschaftlicher Lernprozesse sich weitere inter-organisationale und möglicherweise gesamtgesellschaftliche Lernroutinen entwickeln können. Diese können sich zum einen im Gesamtsystem Gesundheitssystem auswirken aber zum anderen eben auch aus dem Gesundheitssystem heraus in das übergeordnete gesamtgesellschaftliche System wirken.

Teil IV

Anhang

Literaturverzeichnis

- [BÄK07] BÄK. *Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung*. 3. überarbeitete Auflage. Abgerufen am 14.10.2017. BÄK, 2007. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/EmpfFortbildung3Auf10807.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.10.2017).
- [BÄK16] BÄK. *Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK)*. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung Band 32. Abgerufen am 14.10.2017. BÄK, 2016. URL: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/QS/M_Mk.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.10.2017).
- [AGA95] Arbeitsgruppe Geriatriisches Assessment. *Geriatriisches Assessment nach AGAST (1995)*. 1995. URL: <http://www.geriatrie-drg.de/dkger/main/agast.html> (zuletzt aufgerufen am 26.11.2017).
- [AKP+14] L. Ansmann, C. Kowalski, H. Pfaff, R. Wuerstlein, M. A. Wirtz und N. Ernstmann. "Patient participation in multidisciplinary tumor conferences". In: *The Breast* 23.6 (2014), S. 865–869. ISSN: 0960-9776. DOI: 10.1016/j.breast.2014.09.004.
- [AKP16] L. Ansmann, C. Kowalski und H. Pfaff. "Ten Years of Patient Surveys in Accredited Breast Centers in North Rhine-Westphalia". In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 76 (2016), S. 37–45.
- [AL01] M. Alavi und D. E. Leidner. "Review: Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues". In: *MIS Quarterly* 25.1 (2001), S. 107–136.
- [Ala10] H. Alahmadi. "Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals". In: *BMJ Quality Safety* 19.e17 (2010). DOI: 10.1136/qshc.2009.033258.
- [Alt16] S. Altendorfer-Kaiser. "Referenzmodellierung - Eine Möglichkeit zur Strukturgebung innerhalb der Informationslogistik?" In: *Industrial Engineering and Management, Techno-ökonomische Forschung und Praxis*. Hrsg. von H. Biedermann. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2016, S. 165–176. DOI: 10.1007/978-3-658-12097-9_9.
- [AMA+12] E.-L. Aveling, G. P. Martin, N. Armstrong, J. Banerjee und M. Dixon-Woods. "Quality improvement through clinical communities: eight lessons for practice". In: *Journal of Health Organization and Management* 26.2 (2012), S. 158–174. DOI: 10.1108/14777261211230754.

- [Ans+17] L. Ansmann, L. Rölker-Denker, W. Baumann, J. Gostomzyk, K. Götz, U. Hahn und S. Nöst. “Memorandum Kap 1: Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung”. In: *16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.-06.10.2017. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House*. 2017, DocV132. DOI: 10.3205/17dkvf088.
- [AP05] M. Aherne und J. Pereira. “A generative response to palliative service capacity in Canada”. In: *Leadership in Health Services* 18.1 (2005), S. 3–21. DOI: 10.1108/13660750510578394.
- [Arg94] C. Argyris. *On organizational learning*. Oxford University Press, 1994.
- [AS15] M. Apelt und K. Senge. “Organisation und Unsicherheit - eine Einführung”. In: *Organisation und Unsicherheit*. Hrsg. von M. Apelt und K. Senge. Organisationssoziologie. Springer VS, 2015, S. 1–16. DOI: DOI10.1007/978-3-531-19237-6.
- [AS78] C. Argyris und D. A. Schön. *Organizational learning: A theory of action perspective*. Addison-Wesley, 1978.
- [AWMF17] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), Hrsg. *S1 Leitlinie: Geriatrisches Assessment in der Hausarztpraxis*. 2017. URL: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/11/053-015.html> (zuletzt aufgerufen am 14.10.2017).
- [Bac09] G. Bachmann. “Teilnehmende Beobachtung”. In: *Handbuch Methoden der Organisationsforschung. Quantitative und Qualitative Methoden*. Hrsg. von S. Kühl, P. Strodtholz und A. Taffertshofer. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2009, S. 248–271.
- [BAMF12] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. *Pflegebedürftigkeit und Nachfrage nach Pflegeleistungen von Migrantinnen und Migranten im demographischen Wandel*. Forschungsbericht 12. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012. URL: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Forschungsberichte/fb12-pflegebeduerftigkeit-pflegeleistungen.html> (zuletzt aufgerufen am 30.07.2016).
- [Bau12] W. Baumol. *The Cost Disease. Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*. Yale University Press, 2012.
- [BC14] J. Butterworth und J. Campbell. “. Older patients and their GPs: shared decision making in enhancing trust.” In: *The British Journal of General Practice* 64.628 (2014), e709–e718. DOI: 10.3399/bjgp14X682297..
- [BD06] J. Bortz und N. Döring. *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Springer, 2006.
- [BDG+06] O. Bahrs, D. Dieckhoff, E. Göpel, D. Jobst, E. Sturm und M. Sturm. “Wege zu einer patientenzepatienten Humanmedizin”. In: *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte - Methoden - Fertigkeiten*. Hrsg. von E. Sturm, O. Bahrs, D. Dieckhoff, E. Göpel und M. Sturm. Thieme, 2006. Kap. 1, S. 2–13.
- [Bec13] M. Becker. *Personalentwicklung. Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis*. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart, 2013.
- [BFC+16] M. Bonaccorsi, L. Fiorini, F. Cavallo, A. Saffiotti und P. Dario. “A Cloud Robotics Solution to Improve Social Assistive Robots for Active and Healthy Aging”. In: *International Journal of Social Robotics* 8.3 (2016), S. 393–408. ISSN: 1875-4805. DOI: 10.1007/s12369-016-0351-1.
- [BFG+96] H. Behrens, K.-P. Fähnrich, S. Gieffers, G. Groh, C. Herbster, A. v. Hoof, J. Kramer, F. Lindert, R. Mayer, B. Messer, T. Olbrich, H.-J. Passlack, W. Rothleitner, R. Striemer, F. Weichardt, M. Zimmermann und V. Zimmermann. *Geschäftsprozessmodellierung und Workflow-Management: Forschungs- und Entwicklungsbedarf im Rahmen der entwicklungsbegleitenden Normung (EBN)*. Hrsg. von DIN e.V. 1. Aufl. Bd. 50. DIN-Fachbericht. Berlin, Wien und Zürich: Beuth, 1996. ISBN: 9783410134916.

- [BG02] F. X. Bea und E. Göbel. *Organisation. Theorie und Gestaltung. 2., neu bearb. Auflage*. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2002.
- [BG10] F. X. Bea und E. Göbel. *Organisation. Theorie und Gestaltung. 4., neu bearbeitete und erweiterte Auflage*. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart, 2010.
- [BIB17a] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. *Altenquotient*. März 2017. URL: <http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/A/altenquotient.html> (zuletzt aufgerufen am 18.03.2017).
- [BIB17b] Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. *Medianalter*. März 2017. URL: <http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/M/medianalter.html> (zuletzt aufgerufen am 18.03.2017).
- [BJZ+11] S. Bohnet-Joschko, L. M. Jandek, C. Zippel, M. Andersen und F. Krummenauer. “Strukturiertes Risikomanagement in Krankenhäusern – kommt es doch auf die Größe an?” In: *Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie* 149 (2011), S. 301–307.
- [BKS10] J. M. Bauer, M. J. Kaiser und C. C. Sieber. “Evaluation of nutritional status in older persons: nutritional screening and assessment”. In: *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care* 13 (2010), S. 8–13.
- [BLR12] K. Ballsieper, U. Lemm und C. v. Reibnitz. *Überleitungsmanagement. Praxisleitfaden für stationäre Gesundheitseinrichtungen*. Springer, 2012.
- [Blu03] T. Blume. “Entität”. In: *Handwörterbuch Philosophie*. Hrsg. von W. D. Rehfus. Vandenhoeck & Ruprecht, UTB, 2003. URL: <http://www.philosophiewoerterbuch.de/> (zuletzt aufgerufen am 30.01.2017).
- [BM13] D. M. Brienza und M. McCue. “Introduction to Telerehabilitation”. In: *Telerehabilitation*. Hrsg. von S. Kumar und E. R. Cohn. Health Informatics. Springer, 2013. Kap. 1, S. 1–12.
- [BMC+13] M. P. Bertone, B. Meessen, G. Clarysse, D. Hercot, A. Kelley, Y. Kafando, I. Lange, J. Pfaffmann, V. Ridde, I. Sieleunou und S. Witter. “Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research”. In: *Health Research Policy and Systems* 11.1 (2013), S. 39.
- [Bor00] G. Borsi. *Das Krankenhaus als Lernende Organisation: zum Management von individuellen, teambezogenen und organisatorischen Lernprozessen, 3. Aufl.* Roland Asanger Verlag, Heidelberg, 2000.
- [Bor12] C. Bormann. *Gesundheitswissenschaften. Einführung*. UVK Verlagsgesellschaft, 2012.
- [BPV12] J. Becker, W. Probandt und O. Vering. *Grundsätze ordnungsmäßiger Modellierung. Konzeption und Praxisbeispiel für ein effizientes Prozessmanagement*. BPM kompetent. Springer Gabler, 2012. DOI: 10.1007/978-3-642-30412-5.
- [BR05] R. Busse und A. Riesberg. *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. WHO Regionalbüro für Europa, 2005.
- [Bra17] A. V. Braga. “Die telemedizinische Konsultation”. In: *Digitale Transformation von Dienstleistungen im Gesundheitswesen I. Impulse für die Versorgung*. Hrsg. von M. A. Pfannstiel, P. Da-Cruz und H. Mehlich. Springer Gabler, 2017, S. 93–108.
- [Bre06] T. Breisig. *Betriebliche Organisation*. NWB Verlag, Juni 2006. ISBN: 9783482543319.
- [BSS+15] N. v. d. Berg, S. Schmidt, U. Stentzel, H. Mühlen und W. Hoffmann. “Telemedizinische Versorgungskonzepte in der regionalen Versorgung ländlicher Gebiete”. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 58.4 (Apr. 2015), S. 367–373. ISSN: 1437-1588. DOI: 10.1007/s00103-015-2134-5. URL: <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2134-5>.

- [BSW13] P. Bowie, J. Skinner und C. d. Wet. “Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes”. In: *BMC Health Services Research* 13.50 (2013). DOI: doi:10.1186/1472-6963-13-50.
- [BTB+16] M. Bosch, E. J. Tavender, S. E. Brennan, J. Knott, R. L. Gruen und S. E. Green. “The Many Organisational Factors Relevant to Planning Change in Emergency Care Departments: A Qualitative Study to Inform a Cluster Randomised Controlled Trial Aiming to Improve the Management of Patients with Mild Traumatic Brain Injuries”. In: *PLOS ONE* 11.2 (2016), e0148091. DOI: 10.1371/journal.pone.0148091.
- [BVG16] Bundesverband Geriatrie e.V., Hrsg. *Weißbuch Geriatrie. Band 1: Die Versorgung geriatrischer Patienten - Strukturen und Bedarf*. Kohlhammer, Stuttgart, 2016.
- [BWN+06] J. Braithwaite, M. T. Westbrook, N. A. Mallock, J. F. Travaglia und R. A. Iedema. “Experiences of health professionals who conducted root cause analyses after undergoing a safety improvement programme”. In: *BMJ Quality Safety* 15 (2006), S. 393–399. DOI: 10.1136/qshc.2005.017525.
- [BWW03] F. A. J. v. d. Bosch, R. v. Wijk und H. W. Volberda. “Absorptive Capacity: Antecedents, Models, and Outcomes”. In: *The Blackwell Handbook of Organizational Learning and Knowledge Management*. Hrsg. von M. Easterby-Smith und M. A. Lyles. Blackwell Publishing, 2003. Kap. 14, S. 278–301.
- [BZB+13] H.-J. Bungartz, S. Zimmer, M. Buchholz und D. Pflüger. *Modellbildung und Simulation. Eine anwendungsorientierte Einführung*. 2., überarbeitete Auflage. Springer Spektrum, 2013. DOI: 10.1007/978-3-642-37656-6.
- [CDL07] D. L. Cooke, P. B. Dunscombe und R. C. Lee. “Using a survey of incident reporting and learning practices to improve organisational learning at a cancer care centre”. In: *BMJ Quality Safety* 16 (2007), S. 342–348. DOI: 10.1136/qshc.2006.018754.
- [CFH+00] M. Campbell, R. Fitzpatrick, A. Haines, A. L. Kinmonth, P. Sandercock, D. Spiegelhalter und P. Tyrer. “Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health”. In: *British Medical Journal* 321 (2000), S. 694–696.
- [CGW97] C. Charles, A. Gafni und T. Whelan. “Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango)”. In: *Social Science & Medicine* 44.5 (1997), S. 681–692.
- [CMU13] J. Chamberlain-Salaun, J. Mills und K. Usher. “Terminology used to describe health care teams: an integrative review of the literature”. In: *Journal of Multidisciplinary Healthcare* (März 2013), S. 65–74.
- [CS63] D. Campbell und J. Stanley. “Experimental and Quasi-experimental Design for Research on Teaching”. In: *Handbook of Research on Teaching*. Hrsg. von N. Gage. Rand McNally, 1963. Kap. 5.
- [CWS11] J. Cegarra-Navarro, A. Wensley und M. Sánchez-Polo. “Improving quality of service of home healthcare units with health information technologies”. In: *Health Information Management Journal* 40.2 (2011), S. 30–38.
- [DES11] Statistische Ämter des Bundes und der Länder (DESTATIS). *Bevölkerungs- und Haushaltsentwicklung im Bund und in den Ländern*. Hrsg. von Statistisches Bundesamt. Bd. 1. Demografischer Wandel in Deutschland. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2011. URL: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/DemografischerWandel/BevoelkerungsHaushaltsentwicklung.html> (zuletzt aufgerufen am 31.07.2016).
- [DG02] T. H. Davenport und J. Glaser. “Just-in-Time Delivery Comes to Knowledge Management.” In: *Harvard Business Review* 80.7 (2002), S. 107–111. ISSN: 00178012.
- [Die05] A. Diekmann. *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. Hrsg. von B. König. 13. Auflage. rowohlt's enzyklopädie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2005.

- [DK00] M. Dzuck und H. Kießling. "EDV in der Pflegedokumentation - Auswirkungen auf die Tätigkeit und die Beanspruchung des Pflegepersonals?" In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 125.50 (2000), S. 1536. DOI: 10.1055/s-2000-9477.
- [DRG+09] L. Demers, L. Robichaud, I. Gélinas, L. Noreau und J. Desrosiers. "Coping Strategies and Social Participation in Older Adults". In: *Gerontology* 55 (2009), S. 233–239. DOI: 10.1159/000181170.
- [DSS+16] L. Dasenbrock, E.-. E. Steen, B. Saalfeld, M. Schulze, M. Becker, P. Bente, M. Dölle, M. Gietzelt, R. Haux, A. Hein, K. Holtkamp, G. Kolb, H. Künemund, C. Lammel-Polchau, M. Marschollek, M. Meis, H. Meyer zu Schwabedissen, K.-H. Wolf und J. Bauer. "Aktivität zuhause lebender Senioren nach Schenkelhalsfraktur – Zusammenhänge von Sensordaten und klinischen Assessmentergebnissen in zwei Fallbeispielen". In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (2016), S. 124. DOI: 10.1007/s00391-016-1123-0.
- [DSS11] S. Drewes, T. Schultze und S. Schulz-Hardt. "Leistung in Gruppen". In: *Sozialpsychologie – Interaktion und Gruppe*. Hrsg. von D. Frey und H.-W. Bierhoff. Bachelorstudium Psychologie. Hogrefe, 2011, S. 221–244.
- [DW05] F. Delamare-Le Deist und J. Winterton. "What is Competence?" In: *Human Resource Development Journal* 8.1 (2005), S. 27–46.
- [DWV+11] M. L. Dückers, C. Wagner, L. Vos und P. P. Groenewegen. "Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative". In: *Implementation Science* 6.18 (2011). DOI: 10.1186/1748-5908-6-18.
- [ECE15] A. Euteneier, I. Chop und M. Eberlein-Gonska. "Analyse- und Reportingwerkzeuge". In: *Handbuch Klinisches Risikomanagement: Grundlagen, Konzepte, Lösungen: medizinisch, ökonomisch, juristisch*. Hrsg. von A. Euteneier. Springer, 2015, S. 557–616.
- [EHR14] M. Eichelberg, A. Helmer und L. Rölker-Denker. "Integration Profiles: an Approach for Cracking the Interoperability Challenge in AAL". In: *Broader, Bigger, Better: AAL Solutions for Europe. Proceedings of the AAL Forum 2014, Bucharest, Romania, 9-12 September 2014*. Hrsg. von A. T. I. Curaj. Sep. 2014, S. 94–98.
- [EM13] L. Esterle und A. Mathieu-Fritz. "Teleconsultation in geriatrics: Impact on professional practice". In: *International Journal of Medical Informatics* 82.8 (2013), S. 684–695. ISSN: 1386-5056.
- [Emd05] M. Emde. "Organisationslernen als Option für die Bürokratie. Untersuchung am Beispiel deutscher Kommunalverwaltungen". Diss. Universität Kassel, IBWL - Institut für Betriebswirtschaftslehre, 2005.
- [FB15] P. Faulstich und R. Bracker. *Lernen - Kontext und Biografie. Empirische Zugänge*. Hrsg. von H. Faulstich-Wieland, H.-C. Koller, K.-J. Pazzini und M. Wimmer. Theorie Bilden. transcript Verlag, Bielefeld, 2015.
- [Fel+13] J. Feller, A. Parhankangas, R. Smeds und M. Jaatinen. "How Companies Learn to Collaborate: Emergence of Improved Inter-Organizational Processes in R&D Alliances". In: *Organization Studies* 34.3 (2013), S. 31–343. DOI: 10.1177/0170840612464758.
- [FFM75] M. F. Folstein, S. E. Folstein und P. R. McHugh. "'Mini-mental state'. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". In: *Journal of Psychiatric Research* 12.3 (1975), S. 189–198.
- [FG08] T. Frühwald und M. Gosch. "Geriatrisches Assessment". In: *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Hrsg. von F. Böhmer und I. Füsgen. Böhlau UTB, 2008. Kap. 4, S. 37–61.
- [FH07] K. Fendriich und W. Hoffmann. "More than just aging societies: the demographic change has an impact on actual numbers of patients". In: *Journal of Public Health* 15.5 (2007), S. 345–351.

- [FH10a] U. Fachinger und K.-D. Henke. *Der private Haushalt als Gesundheitsstandort: Theoretische und empirische Analysen*. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft. Nomos Verlagsges.MBH + Co, 2010. ISBN: 9783832957186.
- [FH10b] R. Fretschner und J. Hilbert. “Gesundheit: Innovationen für Lebensqualität und zur sozialen Emanzipation”. In: *Handbuch Wissensgesellschaft. Theorien, Themen und Probleme*. Hrsg. von A. Engelhardt und L. Kajetzke. transcript Verlag, Bielefeld, 2010. Kap. 3.8, S. 195–203.
- [FL85] C. M. Fiol und M. A. Lyles. “Organizational Learning”. In: *The Academy of Management Review* 10.4 (1985), S. 803–813.
- [Fli14] U. Flick. *Qualitative Sozialforschung*. Hrsg. von B. König. 8. Auflage. rowohlt enzyklopädie. Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2014.
- [FM04] J. M. Firestone und M. W. McElroy. “Organizational learning and knowledge management: the relationship”. In: *The Learning Organization* 11.2 (2004), S. 177–184.
- [Fos14] M. Fosdal. “Using Technology to Advance Cancer Survivorship Programs”. In: *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology* 5 (2014), S. 340–346.
- [FR13] C. Friedman und M. Rigby. “Conceptualising and creating a global learning health system”. In: *International Journal of Medical Informatics* 82 (2013), e63e71. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2012.05.010.
- [Fre12] T. Frenken. “Technischer Ansatz zur unaufdringlichen Mobilitätsanalyse im Rahmen geriatrischer Assessments”. Diss. Universität Oldenburg, Fakultät II – Informatik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften, Department für Informatik, 2012.
- [FS14] C. Franzoni und H. Sauermaun. “Crowd science: The organization of scientific research in open collaborative projects”. In: *Research Policy* 43.1 (2014). DOI: 10.1016/j.respol.2013.07.005.
- [FSH06] G. Fischer, E. Sturm und E. Hesse. “Ältere und alte Menschen angemessen versorgen”. In: *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte - Methoden - Fertigkeiten*. Hrsg. von E. Sturm, O. Bahrs, D. Dieckhoff, E. Göpel und M. Sturm. Thieme, 2006. Kap. 33, S. 381–399.
- [FW12] S. Fleßa und W. Weber. “Informationsmanagement und Controlling in Krankenhäusern”. In: *Management im Gesundheitswesen*. Hrsg. von R. Busse, J. Schreyögg und O. Tiemann. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2012. Kap. 6.3, S. 356–372.
- [FZG+15] E. Fabbri, M. Zoli, M. Gonzalez-Freire, M. E. Salive, S. A. Studenski und L. Ferrucci. “Aging and Multimorbidity: New Tasks, Priorities, and Frontiers for Integrated Gerontological and Clinical Research”. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 16.8 (2015), S. 640–647. ISSN: 1525-8610. DOI: 10.1016/j.jamda.2015.03.013.
- [Gai12] M. Gaitanides. *Prozessorganisation. Entwicklung, Ansätze und Programme des Managements von Geschäftsprozessen*. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Vahlen, 2012.
- [GEB10] G. G. für betriebswirtschaftliche Beratung mbH. Bundesverband Geriatrie e.V. (Hrsg.) *Weißbuch Geriatrie. Die Versorgung geriatrischer Patienten: Strukturen und Bedarf - Status Quo und Weiterentwicklung*. Hrsg. von Bundesverband Geriatrie e.V. Verlag W. Kohlhammer, 2010.
- [GF06] N. Gronau und J. Fröming. “KMDL® Eine semiformale Beschreibungssprache zur Modellierung von Wissenskonversionen”. In: *WIRTSCHAFTSINFORMATIK* 48 (5 2006), S. 349–360. ISSN: 0937-6429. DOI: 10.1007/s11576-006-0080-4.
- [GL13] J. Göpfert und H. Lindenbach. *Geschäftsprozessmodellierung mit BPMN 2.0. Business Process Model and Notation*. de Gruyter Oldenbourg: Berlin, Boston, 2013.

- [Gos08] M. Gosch. “Entscheidung zum Therapieabbruch”. In: *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Hrsg. von F. Böhmer und I. Füsgen. Böhlau UTB, 2008. Kap. 8d, S. 261–267.
- [GR16] A. Gillespie und T. W. Reader. “The Healthcare Complaints Analysis Tool: development and reliability testing of a method for service monitoring and organisational learning”. In: *BMJ Quality Safety* 25 (2016), S. 937–946. DOI: 10.1136/bmjqs-2015-004596.
- [GS] H.-P. Gumm und M. Sommer. *Einführung in die Informatik*. 10., vollständig überarbeitete Auflage. Oldenbourg Verlag München.
- [GS14] J. Geyer und E. Schulz. “Who cares? Die Bedeutung der informellen Pflege durch Erwerbstätige in Deutschland”. In: *DIW Wochenbericht* 14 (2014), S. 294–301.
- [GVG94] Y. Guigoz, B. Vellas und P. Garry. “Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients”. In: *Facts and Research in Gerontology* 4.Suppl 2 (1994), S. 15–59.
- [GW00] N. Gerdes und J. Weis. “Zur Theorie der Rehabilitation”. In: *Grundlagen der Rehabilitationswissenschaften. Themen, Strategie und Methoden der Rehabilitationsforschung*. Hrsg. von J. Bengel und U. Koch. Springer, 2000, S. 41–86.
- [Ham+17] A. Hammer, L. Rölker-Denker, C. Kowalski, U. Hahn, T. Kostuj, M. Wirtz und M. Xylaender. “Memorandum Kap 2: Datenquellen, Datenerhebung und Analyse”. In: *16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.-06.10.2017*. German Medical Science GMS Publishing House, 2017, S. V133. DOI: 10.3205/17dkvf089. URL: <http://www.egms.de/static/en/meetings/dkvf2017/17dkvf089.shtml>.
- [Har15] P. Harmon. “The Scope and Evolution of Business Process Management”. In: *Handbook on Business Process Management 1. Introduction, Methods, and Information Systems*. Hrsg. von J. vom Brocke und M. Rosemann. International Handbooks on Information Systems. Springer, 2015, S. 37–80.
- [Has06] U. Hasenbein. “Praxiswissen in der akutstationären Schlaganfallversorgung. Eine empirische Studie zu Kollegen- und Leitlinienkonformität neurologisch tätiger Ärzte”. Diss. Technische Universität Berlin. Fakultät VIII – Wirtschaft und Management – Institut für Gesundheitswissenschaften, 2006.
- [HCS+06] S. M. Handler, N. G. Castle, S. A. Studenski, S. Perera, D. B. Fridsma, D. A. Nace und J. T. Hanlon. “Patient safety culture assessment in the nursing home”. In: *BMJ Quality Safety* 15 (2006), S. 400–404. DOI: 10.1136/qshc.2006.018408.
- [HCS10] C. Haw, J. Collyer und P. Sugarman. “Patients’ complaints at a large psychiatric hospital: can they lead to better patient services?” In: *International Journal of Health Care Quality Assurance* 23.4 (2010), S. 400–409. DOI: 10.1108/09526861011037452.
- [Heb13] R. Hebestreit. *Partizipation in der Wissensgesellschaft. Funktion und Bedeutung diskursiver Beteiligungsverfahren*. Hrsg. von K.-R. Korte. Studien der NRW School of Governance. Springer VS, 2013. DOI: 10.1007/978-3-658-00485-9.
- [HG99] G. Hackbarth und V. Grover. “The Knowledge Repository: Organizational Memory Information Systems”. In: *Information Systems Management* 16.3 (1999), S. 21–30. DOI: 10.1201/1078/43197.16.3.19990601/31312.4.
- [HGK02] M. Hoffmann, T. Goesmann und A. Kienle. “Analyse und Unterstützung von Wissensprozessen als Voraussetzung für erfolgreiches Wissensmanagement”. In: *Geschäftsprozessorientiertes Wissensmanagement*. Hrsg. von A. Abecker, K. Hinkelmann, H. Maus und H. J. Müller. Springer, 2002, S. 159–184.

- [HHK+14] R. Haux, A. Hein, G. Kolb, H. Künemund, M. Eichelberg, J.-E. Appell, H. Appellrath, C. Bartsch, J. M. Bauer, M. Becker, P. Bente, J. Bitzer, S. Boll, F. Büsching, L. Dasenbrock, R. Deparade, D. Depner, K. Elbers, U. Fachinger, J. Felber, F. Feldwieser, A. Forberg, M. Gietzelt, S. Goetze, M. Gövercin, A. Helmer, T. Herzke, T. Hesselmann, W. Heuten, R. Huber, M. Hülsken-Giesler, G. Jacobs, E. Kalbe, A. Kerling, T. Klingeberg, Y. Költzsch, C. Lammel-Polchau, W. Ludwig, M. Marschollek, B. Martens, M. Meis, E. M. Meyer, J. Meyer, H. M. zu Schwabedissen, N. Moritz, H. Müller, W. Nebel, F. J. Neyer, P.-K. Okken, J. Rahe, H. Remmers, L. Rölker-Denker, M. Schilling, B. Schöpke, J. Schröder, G. C. Schulze, M. Schulze, S. Siltmann, B. Song, J. Spehr, E.-E. Steen, E. Steinhagen-Thiessen, N.-M. Tanschus, U. Tegtbur, A. Thiel, W. Thoben, P. van Hengel, S. Wabnik, S. Wegel, O. Wilken, S. Winkelbach, T. Wist, K.-H. Wolf, L. Wolf, M. Z.-v. der Laan und L. S. R. N. GAL. “Information and communication technologies for promoting and sustaining quality of life, health and self-sufficiency in ageing societies – outcomes of the Lower Saxony Research Network Design of Environments for Ageing (GAL)”. In: *Informatics for Health and Social Care* 39.3-4 (2014), S. 166–187. DOI: 10.3109/17538157.2014.931849.
- [Hil14] T. Hilmer. “Geriatric - Sinnvolle Assessments in der Hausarztpraxis”. In: *Der Allgemeinarzt* 36.9 (2014), S. 50–56.
- [HJW15] G. Harvey, P. Jas und K. Walshe. “Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement”. In: *BMJ Quality Safety* 24 (2015), S. 48–55. DOI: 10.1136/bmjqs-2014-002928.
- [HLF+11] A. Helmer, M. Lipprandt, T. Frenken, M. Eichelberg und A. Hein. “3DLC: A Comprehensive Model for Personal Health Records Supporting New Types of Medical Applications”. In: *Journal of Healthcare Engineering - Special issue on Electronic Health Records* 2.3 (2011), S. 321–336.
- [HLK+98] R. Haux, A. Lagemann, P. Knaup, P. Schmücker und A. Winter. *Management von Informationssystemen: Analyse, Bewertung, Auswahl, Bereitstellung und Einführung von Informationssystemkomponenten am Beispiel von Krankenhausinformationssystemen. Unter Mitarb. von Anke Häber*. Leitfäden der Informatik. Teubner Verlag, Stuttgart, 1998.
- [HMT+05] H.-M. Hasselhorn, B. H. Müller, P. Tackenberg, A. Kümmerling und M. Simon. *Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa*. Hrsg. von Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Ü15. Wirtschaftsverlag NW, 2005. URL: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Schriftenreihe/Uebersetzungen/Ue15.html?nn=668352> (zuletzt aufgerufen am 31.07.2016).
- [How+15] A.-M. Howell, E. M. Burns, G. Bouras, L. J. Donaldson, T. Athanasiou und A. Darzi. “Can Patient Safety Incident Reports Be Used to Compare Hospital Safety? Results from a Quantitative Analysis of the English National Reporting and Learning System Data”. In: *PLoS ONE* 10.12 (2015), e0144107. DOI: 10.1371/journal.pone.0144107.
- [HPN13] P. Hien, R. R. Pilgrim und R. Neubart. *Moderne Geriatrie und Akutmedizin. Geriatriisch-internistische Strategien in Notaufnahme und Klinik*. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2013. DOI: 10.1007/978-3-642-25603-5.
- [HS14] S. Hirsmüller und M. Schröer. In: *Basiswissen Palliativmedizin*. Hrsg. von M. W. Schnell und C. Schulz. 2., bearbeitete u. erweiterte Auflage. Springer, 2014, S. 11–21. DOI: 10.1007/978-3-642-38690-9.
- [Hur04] T. Hurlebaus. *Strategiekonforme Organisationsgestaltung von Krankenhäusern. Eine theoretische und empirische Analyse*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2004.

- [HW15] A. Holleder und M. Wildner. "Versorgungsforschung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) und das öffentliche Gesundheitswesen". In: *Das Gesundheitswesen* 77.232-236 (2015). DOI: 10.1055/s-0034-1390410.
- [IB16] J. Innis und W. Berta. "Routines for change: how managers can use absorptive capacity to adopt and implement evidence-based practice". In: *Journal of Nursing Management* 24 (2016), S. 718–724. DOI: 10.1111/jonm.12368.
- [IEC16] IEC (International Electrotechnical Commission). *International Electrotechnical Vocabulary*. 2016. URL: <http://www.electropedia.org/> (zuletzt aufgerufen am 18.09.2016).
- [IH16] M. Isken und A. Hein. "Continuous Geriatric Assessments Supported by a Mobile Service Robot: Movement Analysis". In: *Ambient Assisted Living: 8. AAL-Kongress 2015, Frankfurt/M, April 29-30. April, 2015*. Hrsg. von R. Wichert und H. Klausung. Cham: Springer International Publishing, 2016, S. 37–46. ISBN: 978-3-319-26345-8. DOI: 10.1007/978-3-319-26345-8_4.
- [Ing15] J. A. Ingvaldsen. "Organizational Learning: Bringing the Forces of Production Back In". In: *Organization Studies* 36.4 (2015), S. 423–444. DOI: 10.1177/0170840614561567.
- [JBL+12] L. Jeffs, W. Berta, L. Lingard und G. R. Baker. "Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes". In: *BMJ Quality Safety* 21 (2012), S. 287–294. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000256.
- [JDK16] U. Junius-Walker, N. Daether-Kracke und O. Krause. "It's MAGIC - einfaches geriatrisches Basisassessment für die Hausarztpraxis validiert". In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 92.4 (2016), S. 169–175. DOI: 10.3238/zfa.2016.0169aA017.
- [Jus13] T. Just. *Demografie und Immobilien. 2., überarbeitete Auflage*. Oldenbourg Verlag München, 2013.
- [KB16] L. Krämer und J. Bengel. "Chronische körperliche Krankheit und Krankheitsbewältigung". In: *Psychologie in der medizinischen Rehabilitation. Ein Lehr- und Praxishandbuch. Mit 15 Abbildungen und 10 Tabellen*. Hrsg. von J. Bengel und O. Mittag. Springer, 2016, S. 25–36.
- [KBK+12] M. Kraft, N. van den Berg, K. Kraft, S. Schmekel, S. Gärtner, J. Krüger, J. Meyer, M. M. Lerch und W. Hoffmann. "Development of a telemedical monitoring concept for the care of malnourished geriatric home-dwelling patients: A pilot study". In: *Maturitas* 72.2 (2012), S. 126–31. DOI: 10.1016/j.maturitas.2012.02.011.
- [KBV10] Kassenärztliche Bundesvereinigung. *Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung (Qualitätssicherungs-Richtlinien der KBV) gemäß § 75 Abs. 7 SGB V*. Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2010. URL: http://www.kbv.de/media/sp/KBV_QS_Richtlinien.pdf (zuletzt aufgerufen am 14.10.2017).
- [KCG17] Kompetenz-Centrum Geriatrie. *Geriatrisch relevante Leitlinien*. 2017. URL: https://kcgeriatrie.de/Geriatrisch_relevante_Leitlinien/Seiten/Einf%C3%BChrung.aspx (zuletzt aufgerufen am 04.12.2017).
- [KE14] A. Kieser und M. Ebers, Hrsg. *Organisationstheorien. 7., aktualisierte und überarbeitete Auflage*. Kohlhammer, Stuttgart, 2014.
- [Kha16] H. Khalil. "Knowledge translation and implementation science: what is the difference?" In: *International Journal of Evidence-Based Healthcare* 14.2 (2016), S. 39–40. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000086.
- [KHW11] R. Kislov, G. Harvey und K. Walshe. "Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care: lessons from the theory of communities of practice". In: *Implementation Science* 6.1 (2011), S. 64.
- [Kim13] C. Kimble. "Knowledge management, codification and tacit knowledge". In: *Information Research* 18.2 (2013), paper 577.

- [KK12] A. Kiesel und I. Koch. *Lernen. Grundlagen der Lernpsychologie*. Hrsg. von J. Kriz. Basiswissen Psychologie. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2012. DOI: 10.1007/978-3-531-93455-6_1.
- [Kle13] S. Kleuker. *Grundkurs Software-Engineering mit UML. Der pragmatische Weg zu erfolgreichen Softwareprojekten*. 3., korrigierte und erweiterte Auflage. Springer, 2013.
- [KN10] M. Koller und E. A. M. Neugebauer. “Methoden zur Erfassung und Bewertung von Lebensqualität”. In: *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*. Hrsg. von H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske und M. Schrappe. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2010, S. 290–265.
- [Koc15] S. Koch. *Einführung in das Management von Geschäftsprozessen. Six Sigma, Kaizen und TQM*. 2. Auflage. Springer Vieweg, 2015. DOI: 10.1007/978-3-662-44450-4.
- [Krc15] H. Krcmar. *Informationsmanagement*. 6., überarbeitete Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2015.
- [KRE+13] U. Kuckartz, S. Rädiker, T. Ebert und J. Schehl. *Statistik. Eine verständliche Einführung*. 2., überarbeitete Auflage. Springer VS, 2013. DOI: 10.1007/978-3-531-19890-3.
- [Kri11] K. Kristoferitsch. “Geriatric - Hausbesuch ist unverzichtbar”. In: *Der Allgemeinarzt* 33.18 (2011), S. 36–40.
- [KSH+12] U. Karbach, M. Stamer, C. Holmberg, C. Gütthlin, C. Patzelt und T. Meyer. “Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 2: Stand qualitativer Versorgungsforschung in Deutschland - ein exemplarischer Überblick”. In: *Das Gesundheitswesen* 74.08/09 (2012), S. 516–525. DOI: 10.1055/s-0032-1323694.
- [KSS+06] A. Keseberg, E. Sturm, S. Simon und R. Lohmann. “Beim Sterben begleiten”. In: *Hausärztliche Patientenversorgung. Konzepte - Methoden - Fertigkeiten*. Hrsg. von E. Sturm, O. Bahrs, D. Dieckhoff, E. Göpel und M. Sturm. Thieme, 2006. Kap. 34, S. 400–421.
- [Kur10] M. Kurz. “BPM 2.0. Kollaborative Gestaltung von Geschäftsprozessen”. In: *Multikonferenz Wirtschaftsinformatik 2010 (MKWI 2010)*. Hrsg. von M. Schumann, L. M. Kolbe, M. H. Breitner und A. Frerichs. 2010, S. 729–740.
- [KW03] A. Kieser und P. Walgenbach. *Organisation*. 4., überarb. und erw. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart, 2003.
- [KW10] A. Kieser und P. Walgenbach. *Organisation*. 6., überarb. und erw. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart, 2010.
- [KWH+14] R. Kislov, H. Waterman, G. Harvey und R. Boaden. “Rethinking capacity building for knowledge mobilisation: developing multilevel capabilities in healthcare organisations”. In: *Implementation Science* 9.1 (Nov. 2014), S. 166. ISSN: 1748-5908. DOI: 10.1186/s13012-014-0166-0. URL: <https://doi.org/10.1186/s13012-014-0166-0>.
- [KWS+11] C. Kowalski, R. Würstlein, P. Steffen, N. Harbeck und H. Pfaff. “Vier Jahre Patientinnenbefragung im Rahmen der (Re-)Zertifizierung der Brustzentren in Nordrhein-Westfalen”. In: *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 71.1 (2011), S. 67–72.
- [Lau14] T. Lauer. *Change Management. Grundlagen und Erfolgsfaktoren*. 2. Auflage. Springer Gabler, 2014. DOI: 10.1007/978-3-662-43737-7.
- [LB69] M. Lawton und E. Brody. “Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living”. In: *The gerontologist* 9 (1969), S. 179–189.
- [LCL+15] H. Liyanage, A. Correa, S.-T. Liaw, C. Kuziemsy, A. L. Terry und S. de Lusignan. “Does Informatics Enable or Inhibit the Delivery of Patient-centred, Coordinated, and Quality-assured Care: a Delphi Study”. In: *IMIA Yearbook* (2015), S. 22–29. DOI: 10.15265/IY-2015-017.

- [Le+14] T. Le, S. Chaudhuri, C. White, H. Thompson und G. Demiris. "Trust in Health Information Sources Differs Between Young/Middle and Oldest Old". In: *American Journal of Health Promotion (AJHP)* 28.4 (2014), S. 239–241. DOI: 10.4278/ajhp.120921-ARB-459.
- [Led05] B. Lederer. *Das Konzept der Lernenden Organisation. Bildungstheoretische Anfragen und Analysen*. Schriftenreihe Studien zur Berufspädagogik, Band 17. Verlag Dr. Kovac, 2005.
- [Lev11] B. Levin. "Mobilising research knowledge in education". In: *London Review of Education* 9.1 (2011), S. 15–26.
- [LFC+90] M. S. Lachs, A. R. Feinstein, L. M. J. Cooney, M. A. Drickamer, R. Marottoli, F. C. Pannill und M. E. Tinetti. "A simple procedure for general screening for functional disability in elderly patients". In: *Annals of internal medicine*. 112.9 (1990), S. 699–706.
- [LFP07] R. Lipshitz, V. J. Friedman und M. Popper. *Demystifying Organizational Learning*. Sage, 2007.
- [LGN+09] L. C. Li, J. M. Grimshaw, C. Nielsen, M. Judd, P. C. Coyte und I. D. Graham. "Use of communities of practice in business and health care sectors: a systematic review". In: *Implementation Science* 4 (2009), S. 27.
- [Lie11] B. Liebsch. *Phänomen Organisationales Lernen: Kompendium der Theorien individuellen, sozialen und organisationalen Lernens sowie interorganisationalen Lernens in Netzwerken*. Rainer Hampp Verlag, 2011. DOI: 10.1688/9783866187108.
- [Lip14] M. Lipprandt. "Entwicklung eines modellgetriebenen Verfahrens zur Abbildung sensorbasierter Daten aus häuslichen Assistenzsystemen auf medizinische Befundberichte". Diss. Universität Oldenburg, Fakultät II – Informatik, Wirtschafts- und Rechtswissenschaften, Department für Informatik, 2014.
- [LKK14] E. J. Lee, H. S. Kim und H. Y. Kim. "Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance". In: *Journal of Clinical Nursing* 23 (2014), S. 3513–3524. DOI: 10.1111/jocn.12603.
- [LKS+02] S. Lecher, B. Klapper, D. Schaeffer und U. Koch. *(Endbericht zum Modellprojekt Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" von April 1999 bis Mai 2002)*. Bundesärztekammer, 2002.
- [LL14] R. Lerchster und B. Lesjak. "Forschungsteams organisieren. Eine gruppendynamische Perspektive". In: *Interdisziplinär und transdisziplinär forschen. Praktiken und Methoden*. Hrsg. von G. Dressel, W. Berger, K. Heimerl und V. Winiwarter. Science Studies. transcript Verlag: Bielefeld, 2014, S. 79–90.
- [LP00] R. Lipshitz und M. Popper. "Organizational Learning in a Hospital". In: 36 (2000), S. 345–360.
- [Lue13] R. Luelfs. *Nachhaltigkeit und organisationales Lernen : eine transdisziplinäre Analyse*. Univ., Diss.–Düsseldorf, 2012. Wiesbaden: Springer Gabler (zgl. Dissertation Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, 2012), 2013.
- [Man08] E. Mann. "Hausarzt und geriatrischer Patient". In: *Geriatric. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Hrsg. von F. Böhmer und I. Füsigen. Böhlau UTB, 2008. Kap. 8k, S. 339–353.
- [May02] H. Mayer. *Einführung in die Pflegeforschung*. Facultas UTB, 2002.
- [May15] P. Mayring. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 12., überarbeitete Auflage. Beltz Verlag, 2015.
- [MB65] F. Mahoney und D. Barthel. "Functional Evaluation. The Barthel Index." In: *Maryland State Medical Journal* 14 (1965), S. 61–65.
- [MBO+14] G. Müller, H. Borrusch, U. Otto, M. Goepel, H. Sperling und H. Rübben. "Rehabilitation". In: *Uroonkologie*. Hrsg. von H. Rübben. 6. vollst. überarb. Aufl. Springer, 2014, S. 63–98.

- [McG09] G. McGivern. “Networking to improve end of life care”. In: *London Journal of Primary Care* 2 (2009), S. 113–117.
- [MF10] T. Meyer und U. Flick. “Methoden der qualitativen Forschung”. In: *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*. Hrsg. von H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske und M. Schrappe. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2010, S. 296–302.
- [Mie12] B. Miebach. *Organisationstheorie. Problemstellung - Modelle - Entwicklung*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Soziologische Theorie. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2012.
- [Min80] H. Mintzberg. “Structure in 5’s: A Synthesis of the Research on Organization Design”. In: *Management Science* 26.3 (März 1980), S. 322–341.
- [MK10] J. C. McGrath und U. Kischka. “Interdisziplinäre Teamarbeit und Zielsetzung in der Rehabilitation”. In: *NeuroRehabilitation. Ein Praxisbuch für interdisziplinäre Teams*. Hrsg. von P. Frommelt und H. Lösslein. Springer, 2010, S. 107–114.
- [MKH+12] T. Meyer, U. Karbach, C. Holmberg, C. Güthlin, C. Patzelt und M. Stamer. “Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung”. In: *Das Gesundheitswesen* 74.08/09 (2012), S. 510–515. DOI: 10.1055/s-0032-1323693.
- [MKP+12] H. Müller, A. Kazakova, M. Pielot, W. Heuten und S. Boll. “Unobtrusively reminding users of upcoming tasks with ambient light: Ambient Timer”. In: *Proceedings of the 7th Nordic Conference on Human-Computer Interaction: Making Sense Through Design*. Hrsg. von ACM. NordiCHI ’12. Okt. 2012, S. 801–802. ISBN: 978-1-4503-1482-4. DOI: 10.1145/2399016.2399155.
- [MLT+09] D. Moher, A. Liberati, J. Tetzlaff und D. G. Altman. “Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement”. In: *British Medical Journal* 339 (2009). DOI: 10.1136/bmj.b2535.
- [Mül+13] S. Müller, M. Frenken, R. Eckert, H. Baumgartner, A. Felscher und A. Hein. “Acceptance and Usability of a Technical Support System for Ambulant Palliative Care”. In: *Proceedings AAL Forum 2013*. Norrköping, Sweden, Jan. 2013.
- [MW15] L. M. Mayeng und J. E. Wolvaardt. “Patient safety culture in a district hospital in South Africa: An issue of quality”. In: *Curationis* 38.1 (2015), Art. 1518. DOI: 10.4102/curationis.v38i1.1518.
- [Ner14] F. W. Nerdinger. “Organisationsentwicklung”. In: *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Hrsg. von F. W. Nerdinger, G. Blickle und N. Schaper. Bd. 3., vollständig überarbeitete Auflage. Springer, 2014, S. 159–170.
- [Neu15a] R. Neubart. “Der geriatrische Behandlungsprozess”. In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 10, S. 86–98.
- [Neu15b] R. Neubart. “Der geriatrische Patient”. In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 3, S. 9–14.
- [Neu15c] R. Neubart. “Geriatrische Rehabilitation”. In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 7, S. 59–68.
- [Neu15d] R. Neubart. “Rechtliche Grundlagen”. In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatrische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 4, S. 15–22.

- [NIW09] Niedersächsisches Institut für Wirtschaftsforschung e.V., Hannover. *Forschungs- und wissensintensive Wirtschaftszweige. Produktion, Wertschöpfung und Beschäftigung in Deutschland sowie Qualifikationserfordernisse im europäischen Vergleich*. Hrsg. von B. Gehrke und H. Legler. Studien zum deutschen Innovationssystem Nr. 3-2009 (ISSN 1613-4338). Expertenkommission Forschung und Innovation (EFI), Berlin, 2009. URL: <http://www.niw.de/index.php/publikationen-detailseite/items/107.html> (zuletzt aufgerufen am 24.07.2016).
- [NLL+15] R. Neubart, G. Linß, R. Lenzen-Großimlinghaus, H. Wulsche, K. Finger, J. Schulz, N. Abdulkerimova und R. Jelkmann. "Typische Erkrankungen des Alters". In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatriische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 18, S. 209–324.
- [NNB15] R. Neubart, S. Neubart und A. V. Bosbach. "Multiprofessionalität in der modernen Geriatrie". In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatriische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2015. Kap. 5, S. 23–54. DOI: 10.1007/978-3-662-48210-0.
- [Nor11] K. North. *Wissensorientierte Unternehmensführung. Wertschöpfung durch Wissen*. 5. Auflage. Gabler Verlag, 2011.
- [NPC+08] D. Nicolini, J. Powell, P. Conville und L. Martinez-Solano. "Managing knowledge in the healthcare sector. A review". In: *International Journal of Management Reviews* 10.3 (Sep. 2008), S. 245–263. DOI: 10.1111/j.1468-2370.2007.00219.x.
- [NPS+08] E. A. M. Neugebauer, H. Pfaff, M. Schrappe und G. Glaeske. "Versorgungsforschung - Konzept, Methoden und Herausforderungen". In: *Prävention und Versorgungsforschung. Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007*. Hrsg. von W. Kirch, B. Badura und H. Pfaff. Springer Medizin Verlag, 2008, S. 81–94.
- [NS14] V. Nürnberg und B. Schneider. *Kundenmanagement im Krankenhaus. Service - Qualität - Erreichbarkeit*. Springer Fachmedien Wiesbaden, 2014.
- [NS15] R. Neubart und P. Stawenow. "Spezielle Versorgungskonzepte geriatrischer Patienten". In: *Repetitorium Geriatrie. Geriatriische Grundversorgung - Zusatz-Weiterbildung Geriatrie - Schwerpunktbezeichnung Geriatrie*. Hrsg. von R. Neubart. Springer, 2015. Kap. 19, S. 325–337.
- [NSB+94] T. Nikolaus, N. Specht-Leible, M. Bach, P. Oster und G. Schliefert. "Soziale Aspekte bei der Diagnostik und Therapie hochbetagter Patienten. Erste Erfahrungen mit einem neu entwickelten Fragebogen im Rahmen des geriatrischen Assessment." In: *Zeitschrift für Gerontologie* 27 (1994), S. 240–245.
- [NT12] I. Nonaka und H. Takeuchi. *Die Organisation des Wissens. Wie japanische Unternehmen eine brachliegende Ressource nutzbar machen*. 2., um ein Vorwort erweiterte Auflage. Campus Verlag, 2012.
- [NT95] I. Nonaka und H. Takeuchi. *The Knowledge-Creating Company: How Japanese Companies Create the Dynamics of Innovation*. Oxford University Press, 1995.
- [Off11] G. Offermanns. *Prozess- und Ressourcensteuerung im Gesundheitssystem*. Springer, 2011.
- [OMG13] OMG Object Management Group. *Business Process Model and Notation (BPMN)*. Version 2.0.2. Dez. 2013. URL: <http://www.omg.org/spec/BPMN> (zuletzt aufgerufen am 19.01.2017).
- [OMG15] OMG Object Management Group. *OMG Unified Modeling Language TM (OMG UML)*. Version 2.5. März 2015. URL: <http://www.omg.org/spec/UML/2.5> (zuletzt aufgerufen am 19.01.2017).
- [Ost17] F. Osterloh. "Krankenhäuser: Der Markt ist in Bewegung". In: *Deutsches Ärzteblatt* 114.26 (2017), A–1296, B–1078, C–1056.

- [OVP+12] Á. Oszvald, H. Vatter, C. Byhahn, V. Seifert und E. Güresir. ““Team time-out” and surgical safety—experiences in 12,390 neurosurgical patients”. In: *Neurosurgical Focus* 33.5 (2012), E6. DOI: 10.3171/2012.8.FOCUS12261.
- [PAB+09] H. Pfaff, U.-S. Albert, R. Bornemann, N. Ernstmann, J. Gostomyzk, M. Gottwik, G. Heller, U. Höhmann, U. Karbach, O. Ommen und M. Wirtz. “Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung”. In: *Das Gesundheitswesen* 71.11 (2009), S. 777–790.
- [PB13] N. Phillips und G. Byrne. “Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust”. In: *Journal of Clinical Nursing* 22 (2013), S. 2625–2635. DOI: 10.1111/jocn.12088.
- [PCW+16] M. F. Peerally, S. Carr, J. Waring und M. Dixon-Woods. “The problem with root cause analysis”. In: *BMJ Quality Safety* (2016). ISSN: 2044-5415. DOI: 10.1136/bmjqs-2016-005511.
- [Pel11] H. Pelizäus-Hoffmeister. *Das lange Leben in der Moderne. Wechselbeziehungen zwischen Lebensalter und Modernisierung*. Hrsg. von G. M. Backes und W. Clemens. Band 21. Alter(n) und Gesellschaft. VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, 2011. DOI: 10.1007/978-3-531-92641-4_2.
- [Pfa03] H. Pfaff. “Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben”. In: *Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. Hrsg. von H. Pfaff, M. Schrappe, K. W. Lauterbach, U. Engelmann und M. Halber. Verlag Hans Huber, 2003, S. 13–23.
- [Pfa97] H. Pfaff. “Das lernende Krankenhaus”. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 5.4 (1997), S. 323–342.
- [Phi86] P. Phillips. “Grip strength, mental performance and nutritional status as indicators of mortality risk among female geriatric patients”. In: *Age and Aging* 15 (1986), S. 53–56.
- [Pil05] K. Pils. “Rehabilitation in der Geriatrie”. In: *Kompendium der Physikalischen Medizin und Rehabilitation. Diagnostische und therapeutische Konzepte*. Hrsg. von V. Fialka-Moser. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Spr, 2005, S. 239–248.
- [Pil08] K. Pils. “Grundlagen der Rehabilitation”. In: *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Hrsg. von F. Böhmer und I. Füsgen. Böhlau UTB, 2008. Kap. 10, S. 565–574.
- [Pin08] G. Pinter. “Palliative Geriatrie”. In: *Geriatrie. Der ältere Patient mit seinen Besonderheiten*. Hrsg. von F. Böhmer und I. Füsgen. Böhlau UTB, 2008. Kap. 8u, S. 459–466.
- [Pol66] M. Polanyi. *The tacit dimension*. Doubleday & Company, Inc., 1966.
- [PP10] M. Papenhoff und C. Platzköster. *Marketing für Krankenhäuser und Reha-Kliniken. Marktorientierung & Strategie, Analyse & Umsetzung, Trends & Chancen*. Springer Medizin Verlag Heidelberg, 2010.
- [PPG+15] P. D. B. Parolo, R. K. Pan, R. Ghosh, B. A. Huberman, K. Kaski und S. Fortunato. *Attention Decay in Science*. Social Science Research Network. März 2015. URL: <http://ssrn.com/abstract=2575225> (zuletzt aufgerufen am 24.07.2016).
- [PR91] D. Podsiadlo und S. Richardson. “The Timed Up and Go. A test of basic functional mobility for frail elderly persons”. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 39 (1991), S. 142–148.
- [Pre16] P. Preisendörfer. *Organisationssoziologie. Grundlagen, Theorien und Problemstellungen*. 4., überarbeitete Auflage. Springer VS, 2016. DOI: 10.1007/978-3-658-10017-9.
- [PRR12] G. Probst, S. Raub und K. Romhardt. *Wissen managen. Wie Unternehmen ihre wertvollste Ressource optimal nutzen*. 7. Auflage. Springer Gabler, 2012.

- [PRW03] A. Picot, R. Reichwald und R. Wiegand. *Die grenzenlose Unternehmung. Information, Organisation und Management, 5., aktualisierte Aufl.*. Gabler Verlag, Wiesbaden, 2003.
- [PS10] H. Pfaff und M. Schrappe. "Einführung in die Versorgungsforschung". In: *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung. Mit Geleitworten von Peter C. Scriba, Bernhard Badura und Heiner Raspe*. Hrsg. von H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske und M. Schrappe. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2010.
- [Rad11] S. Radatz. *Wie Organisationen das Lernen lernen. Entwurf eines epistemologischen TheorieTheorie organisationelen'Lernens aus Relationaler Sicht*. Hrsg. von R. Arnold. systemia - Systemische Pädagogik. Schneider Verlag Hohengehren, 2011.
- [RBC+15] G. Rubin, A. Berendsen, S. M. Crawford, R. Dommett, C. Earle, J. Emery, T. Fahey, L. Grassi, E. Grunfeld, S. Gupta, W. Hamilton, S. Hiom, D. Hunter, G. Lyratzopoulos, U. Macleod, R. Mason, G. Mitchell, R. D. Neal, M. Peake, M. Roland, B. Seifert, J. Sisler, J. Sussman, S. Taplin, P. Vedsted, T. Voruganti, F. Walter, J. Wardle, E. Watson, D. Weller, R. Wender, J. Whelan, J. Whitlock, C. Wilkinson, N. de Wit und C. Zimmermann. "The expanding role of primary care in cancer control". In: *The Lancet Oncology* 16.12 (2015), S. 1231–1272. ISSN: 1470-2045. DOI: 10.1016/S1470-2045(15)00205-3.
- [RE13] L. Rölker-Denker und M. Eichelberg. "Wissensmanagement in interdisziplinären Forschungsprojekten. Eine Fallstudie". In: *Wissen im Dialog. Beiträge zu den Kremser Wissensmanagement-Tagen 2012*. Hrsg. von B. Lutz. Krems: Edition Donau-Universität, 2013, S. 135–143.
- [REH14] L. Rölker-Denker, M. Eichelberg und A. Hein. "Recommendations on Interoperability, Specifications and Standards". In: *Tagungsband Ambient Assisted Living, 7. Deutscher AAL-Kongress mit Ausstellung, 21.-22. Januar 2014, Berlin*. VDE Verlag, Jan. 2014, Paper 128.
- [Rei09] L. Reimers. *Medizinisch-technischer Fortschritt: theoretische Grundlagen, Regelungsbereiche, Finanzierung und Vergütung ; eine konomische Untersuchung am Beispiel des deutschen und des US-amerikanischen Gesundheitssystems*. Europäische Schriften zu Staat und Wirtschaft. Nomos, 2009.
- [Ren09] W. v. Renteln-Kruse. "Geriatrische Methodik und Versorgungsstrukturen". In: *Medizin des Alterns und des alten Menschen*. Hrsg. von W. von Renteln-Kruse. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage, mit 22 Abbildungen und 63 Tabellen. Steinkopff Verlag, 2009, S. 40–60.
- [RGR14] T. W. Reader, A. Gillespie und J. Roberts. "Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy". In: *BMJ Quality Safety* 23 (Aug. 2014), S. 678–689. DOI: 10.1136/bmjqs-2013-002437.
- [RH12] L. Rölker-Denker und A. Hein. "Lernende Krankenhäuser aus versorgungsforschender Perspektive - Studiendesign und Methodeninventar". In: *Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift*. 137.Supplement Nr. 3. Abstractband zum 11. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung und 4. Nationalen Präventionskongress (2012), 170/ A281. DOI: 10.1055/s-0032-1323444.
- [RH15] L. Rölker-Denker und A. Hein. "Knowledge Process Models in Health Care Organisations - Ideal-typical Examples from the Field". In: *Proceedings of the International Conference on Health Informatics (BIOSTEC 2015)*. 2015, S. 312–317. ISBN: 978-989-758-068-0. DOI: 10.5220/0005192003120317.
- [RH17a] L. Rölker-Denker und A. Hein. "Abstract Information Model for Geriatric Patient Treatment - Actors and Relations in Daily Geriatric Care". In: *Proceedings of the 10th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies - Volume 5: HEALTHINF, (BIOSTEC 2017)*. INSTICC. SciTePress, 2017, S. 222–229. ISBN: 978-989-758-213-4. DOI: 10.5220/0006106902220229.

- [RH17b] L. Rölker-Denker und A. Hein. “Organisational learning in patient care – trigger events on micro, meso, and macro level”. In: *16. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.-06.10.2017*. German Medical Science GMS Publishing House, 2017, DocV171. DOI: 10.3205/17dkvf020. URL: <http://www.egms.de/static/de/meetings/dkvf2017/17dkvf020.shtml>.
- [RHS+01] L. Rubenstein, J. Harker, A. Salva, Y. Guigoz und B. Vellas. “Screening for undernutrition in geriatric practice. Developing the short form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF)”. In: *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*. 56.6 (2001), S. M366–72.
- [RKJ+11] T. Rotter, L. Kinsman, E. James, A. Machotta, J. Willis, P. Snow und J. Kugler. “The Effects of Clinical Pathways on Professional Practice, Patient Outcomes, Length of Stay, and Hospital Costs”. In: *Evaluation & the Health Professions* 35.1 (2011), S. 3–27. DOI: 10.1177/0163278711407313.
- [RMC+12] E. Rowley, R. Morriss, G. Currie und J. Schneider. “Research into practice: Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) for Nottinghamshire, Derbyshire, Lincolnshire (NDL)”. In: *Implementation Science* 7.40 (2012). DOI: doi:10.1186/1748-5908-7-40.
- [Röl07] L. Rölker. “Das Krankenhaus als lernende Organisation : Unterstützungsmöglichkeiten durch eLearning und Lern-Management-Systeme”. Diploma thesis. Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2007.
- [Rot14] J. Rothlauf. *Total Quality Management in Theorie und Praxis. Zum ganzheitlichen Unternehmensverständnis*. De Gruyter Oldenbourg: Berlin, Boston, 2014.
- [Row+10] M. Rowlinson, C. Booth, P. Clark, A. Delahaye und S. Procter. “Social Remembering and Organizational Memory”. In: *Organization Studies* 31.1 (2010), S. 69–87. DOI: 10.1177/0170840609347056.
- [RSH14] L. Rölker-Denker, I. Seeger und A. Hein. “Projektvorstellung "Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen – Oldenburg"”. In: *Zeitschrift für Palliativmedizin* 15.3 (2014), S. V50. DOI: 10.1055/s-0034-1374113.
- [RSH15a] L. Rölker-Denker, I. Seeger und A. Hein. “Knowledge Processes in German Hospitals. First Findings from the Network for Health Services Research Metropolitan Region Bremen-Oldenburg.” In: *eKNOW 2015, The Seventh International Conference on Information, Process, and Knowledge Management*. IARIA. 2015, S. 53–57.
- [RSH15b] L. Rölker-Denker, I. Seeger und A. Hein. “Überleitung aus Sicht der Krankenhäuser - Ergebnisse aus semi-strukturierten Leitfadeninterviews auf Ebene der Geschäftsführung in der Region Metropolregion Bremen-Oldenburg”. In: *14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. 7. - 9. Oktober 2015, Berlin*. 2015, DocP152. DOI: 10.3205/15dkvf263.
- [SAH11] B. v. d. Soekijad Maura and Hooff, M. Agterberg und M. Huysman. “Leading to Learn in Networks of Practice: Two Leadership Strategies”. In: *Organization Studies* 32.8 (2011), S. 1005–1027. DOI: 10.1177/0170840611410834.
- [SAR+11] C. F. Snyder, A. W. Wu, R. S. Miller, R. E. Jensen, E. T. Bantug und A. C. Wolff. “The role of informatics in promoting patient-centered care”. In: *The cancer journal* 17.4 (2011), S. 211–218.
- [SB12] F. Schwartz und R. Busse. “Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung”. In: *Public Health: Gesundheit und Gesundheitswesen*. Hrsg. von F. Schwartz, U. Walter, J. Siegrist, P. Kolip, R. Leidl, M.-L. Dierks, R. Busse und N. Schneider. Bd. 3. neu bearb. Aufl. Urban & Fischer, 2012, S. 555–582.
- [SBA13] Statistisches Bundesamt. *Erfüllungsaufwand im Bereich... Pflege Antragsverfahren auf gesetzliche Leistungen für Menschen, die pflegebedürftig oder chronisch krank sind*. Projektreihe Bestimmung des bürokratischen Aufwands und Ansätze zur Entlastung. 2013.

- [Sch+08] S. Schmidt, S. Sheikzadeh, B. Beil, M. Patten und J. Stettin. "Acceptance of telemonitoring to enhance medication compliance in patients with chronic heart failure". In: *Telemedicine and e-Health* 14.5 (2008), S. 426–433. DOI: 10.1089/tmj.2007.0076.
- [Sch05] D. Schreiber. *Netzwerklernen und Kreislaufwirtschaft. Nachhaltige Entwicklung im lernenden System*. Hochschulschriften zur Nachhaltigkeit, Band 25. oekom Verlag: München, 2005.
- [Sch06] V. Schüerhoff. *Vom individuellen Lernen zum organisationalen Lernen. Eine konstruktivistische Analyse*. Hrsg. von U. Schäffer. [Schriftenreihe der European Business School International University Schloß Reichartshausen. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2006.
- [Sch09] W. Schneider. *Grundlagen der Soziologischen Theorie. Band 2: Garfinkel - RC - Habermas - Luhmann*. 3. Auflage. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 2009.
- [Sch10a] E. H. Schein. *Organisationskultur*. Hrsg. von G. Fatzer. Bd. EHP - Organisation. EHP, 2010.
- [Sch10b] H. Schmalenberg. "Interdisziplinäres Qualitätsmanagement und Zentrumsbildung in der Onkologie". In: *Qualitätsmanagement und Zertifizierung in der Onkologie*. Hrsg. von H. Schmalenberg, R. Hartmann und W. Baumann. Springer, 2010, S. 107–141.
- [Sch14] M. Schilder. *Geriatric*. Hrsg. von K. Reiber, J. Dieterich, M. Hasseler und U. Höhmann. Pflege fallorientiert lernen und lehren. Kohlhammer, Stuttgart, 2014.
- [Sch84] E. H. Schein. "Coming to a New Awareness of Organizational Culture". In: *Sloan management review* 25.2 (1984). Zuletzt aktualisiert - 2013-02-24, S. 3.
- [SEE12] S. Somunoglu, E. Erdem und Ü. Erdem. "A Study on Determining the Perception of Learning Organisation Applications by Health Sector Workers". In: *Journal of medical systems* 36 (2012), S. 3925–3931. DOI: 10.1007/s10916-012-9864-9.
- [SF15] M. Sujan und D. Furniss. "Organisational reporting and learning systems: Innovating inside and outside of the box". In: *Clinical Risk* 21.1 (2015), S. 7–12. DOI: 10.1177/1356262215574203.
- [SGH+15] M. Stamer, C. Güthlin, C. Holmberg, U. Karbach, C. Patzelt und T. Meyer. "Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien". In: *Das Gesundheitswesen* 77.12 (2015), S. 966–975. DOI: 10.1055/s-0035-1565235.
- [SGS07] G. Schüpfer, R. Gfrörer und A. Schleppers. "Anästhesisten lernen - lernen Institutionen auch? Bedeutung von institutionellem Lernen und Unternehmenskultur in der Klinik". In: *Der Anaesthetist* 56 (Sep. 2007), S. 983–991. DOI: 10.1007/s00101-007-1265-y.
- [SK04] J. Schilling und A. Kluge. "Können Organisationen nicht lernen? Facetten organisationaler Lernkulturen". In: *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 35.4 (2004), S. 367–386.
- [SKS+09] K. Stead, S. Kumar, T. J. Schultz, S. Tiver, C. J. Pirone, R. J. Adams und C. A. Wareham. "Teams communicating through STEPPS". In: *Medical Journal of Australia* 190.11 Suppl (2009), S128–S132.
- [Sku04] S. Skule. "Learning conditions at work: a framework to understand and assess informal learning in the workplace." In: *International Journal of Training & Development* 8.1 (2004), S. 8–20. ISSN: 13603736.
- [SP06] R. Sheaff und D. Pilgrim. "Can learning organizations survive in the newer NHS?" In: *Implementation Science* 1.1 (2006), S. 27. ISSN: 1748-5908. DOI: 10.1186/1748-5908-1-27.
- [SS10] G. Schreyögg und S. Schmidt. "Absorptive Capacity – Schlüsselpraktiken für die Innovationsfähigkeit von Unternehmen". In: *WiSt - Wirtschaftswissenschaftliches Studium* 39 (2010), S. 474–479.

- [SS13] S. Stürmer und B. Siem. *Sozialpsychologie der Gruppe*. Ernst Reinhardt Verlag, 2013.
- [SS15] U. Schneidewind und M. Singer-Brodowski. “Vom experimentellen Lernen zum transformativen Experimentieren. Reallabore als Katalysator für eine lernende Gesellschaft auf dem Weg zu einer Nachhaltigen Entwicklung”. In: *Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik* 16.1 (2015), S. 10–23.
- [SSR+17] K. v. Storch, A. Schlomann, C. Rietz, M. C. Polidori und C. Woopen. “Wearables zur Unterstützung des Selbstmanagements von älteren Menschen mit chronischen Erkrankungen”. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* (Okt. 2017). ISSN: 1435-1269. DOI: 10.1007/s00391-017-1323-2.
- [SSY+13] K. S. Suh, S. Sarojini, M. Youssif, K. Nalley, N. Milinovicj, F. Elloumi, S. Russell, A. Pecora, E. Schecter und A. Goy. “Tissue banking, bioinformatics, and electronic medical records: the front-end requirements for personalized medicine”. In: *Journal of Oncology* 2013 (2013), S. 368751. DOI: 10.1155/2013/368751.
- [ST14] C. Schiersmann und H.-U. Thiel. *Organisationsentwicklung. Prinzipien und Strategien von Veränderungsprozessen*. 4., überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer VS, 2014. DOI: 10.1007/978-3-658-03485-6.
- [SVR03] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. *Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität. Band 1: Finanzierung und Nutzerorientierung*. Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden, 2003.
- [TC11] V. Tangri und N. Chande. “Quality of Internet-based information on gastrointestinal diseases”. In: *Canadian Journal of Gastroenterology* 25.2 (2011), S. 93–96.
- [THO+14] S. Turner, J. Higginson, C. A. Osborne, R. E. Thomas, A. I. Ramsay und N. J. Fulop. “Codifying knowledge to improve patient safety: A qualitative study of practice-based interventions”. In: *Social Science & Medicine* 113 (2014), S. 169–176. DOI: 10.1016/j.socscimed.2014.05.031.
- [Thu15] S. Thun. “Digitalisierte Medizin. Die Zukunft der Medizin mit IT-Standards und einer weltweit gültigen Medizinfachsprache”. In: *Informatik Spektrum* 38.1 (2015), S. 22. DOI: 10.1007/s00287-014-0859-4.
- [Tin86] M. Tinetti. “Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients”. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 34 (1986), S. 119–126.
- [TSV+15] S. Trajkovski, V. Schmied, M. Vickers und D. Jackson. “Using appreciative inquiry to bring neonatal nurses and parents together to enhance family-centred care: A collaborative workshop”. In: *Journal of Child Health Care* 19.2 (2015), S. 239–253. DOI: 10.1177/1367493513508059.
- [Tun16] S. Tunison. *Cultivating Knowledge. Promoting Research to Enrich Everyday Practice*. SensePublishers, 2016.
- [Tup03] J. Tuppinger. *Wissensorientierter Organisationswandel. Ein Ansatz zur Veränderung von Struktur und Kultur*. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden, 2003.
- [TWH+12] G. Theile, A. Winter, E. Hummers-Pradier und U. Junius-Walker. “Das geriatrische Basisassessment in der Hausarztpraxis”. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 45 (2012), S. 323–332. DOI: 10.1007/s00391-011-0265-3.
- [Uli11] E. Ulich. *Arbeitspsychologie*. 7., neu überarbeitete und erweiterte Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart, 2011.
- [Vah15] D. Vahs. *Organisation. Ein Lehr- und Managementbuch*. Schäffer-Poeschel Verlag für Wirtschaft, Steuern, Recht GmbH, Stuttgart, 2015.
- [VKR+11] H. C. Vollmar, S. Kuske, C. Riesner, T. Quasdorf, S. Wilm und I. Buscher. “Was bedeuten Implementierungsforschung und Wissenszirkulation für die Professionalisierung im Gesundheitswesen?” In: *Jahrestagung der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung (GMA)*. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House, 2011, Doc11gma249. DOI: 10.3205/11gma249.

- [WAB+10] M. Wirtz, U.-S. Albert, R. Bornemann, N. Ernstmann, U. Höhmann, O. Ommen und H. Pfaff. "Versorgungsnahe Organisationsforschung". In: *Lehrbuch Versorgungsforschung. Systematik - Methodik - Anwendung*. Hrsg. von H. Pfaff, E. A. M. Neugebauer, G. Glaeske und M. Schrappe. Schattauer GmbH, Stuttgart, 2010, S. 284–289.
- [WAB02] A. Winter, E. Ammenwerth. und R. Birgit und Haux. "Krankenhausinformationssysteme". In: *Handbuch der Medizinischen Informatik*. Hrsg. von E. Lehmann Thomas und Meyer zu Bexten. Hanser Verlag, München [u.a.], 2002, S. 473–552.
- [WAB93] Y. Watson, C. Arfken und S. Birge. "Clock completion: an objective screening test for dementia". In: *Journal of the American Geriatrics Society* 41 (1993), S. 1235–40.
- [Wah96] H.-K. E. Wahren. *Das lernende Unternehmen: Theorie und Praxis des organisationalen Lernens*. de Gruyter, Berlin [u.a.], 1996.
- [War10] J. Waring. "Patient safety: learning the lessons in primary care". In: *London Journal of Primary Care* 3 (2010), S. 88–92.
- [WB10] J. J. Waring und S. Bishop. "'Water cooler' learning Knowledge sharing at the clinical 'backstage' and its contribution to patient safety". In: *Journal of Health Organization and Management* 24.4 (2010), S. 325–342. DOI: 10.1108/14777261011064968.
- [Wen00a] P. Wengelowski. *Entwicklung organisationalen Lernens. Ein Lenkungsmodell*. Deutscher Universitätsverlag, 2000.
- [Wen00b] E. Wenger. "Communities of Practice and Social Learning Systems". In: *Organization* 7.2 (2000), S. 225–246. DOI: 10.1177/135050840072002.
- [Wen15] M. Wensing. "Implementation science in healthcare: Introduction and perspective". In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 109.2 (2015), S. 97–102. DOI: 10.1016/j.zefq.2015.02.014.
- [WHC+11] R. Walker, A. Henderson, M. Cooke und D. Creedy. "Impact of a learning circle intervention across academic and service contexts on developing a learning culture". In: *Nurse Education Today* 31.4 (2011), S. 378–382. DOI: 10.1016/j.nedt.2010.07.010.
- [Wil09a] R. Wilhelm. *Prozessorganisation*. Oldenbourg, 2009.
- [Wil09b] M. Wilkesmann. *Wissenstransfer im Krankenhaus. Institutionelle und strukturelle Voraussetzungen*. VS Verlag für Sozialwissenschaften | GWV Fachverlage GmbH, Wiesbaden, 2009.
- [Wit01] L. Wittgenstein. *Philosophische Untersuchung. Kritisch-genetische Edition*. Hrsg. von J. Schulte, H. Nyman, E. von Savigny und G. H. von Wright. Suhrkamp, 2001.
- [WML+11] J. K. Ward, R. R. McEachan, R. Lawton, G. Armitage, I. Watt und J. Wright. "Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting". In: *BMC Health Services Research* 11 (2011), S. 130. DOI: 10.1186/1472-6963-11-130.
- [WMS02] E. Wenger, R. McDermott und W. M. Snyder. *Cultivating Communities of Practice. A Guide to Managing Knowledge*. Harvard Business School Press, 2002.
- [WO06] S. K. Williams und S. S. Osborn. "The development of the National Reporting and Learning System in England and Wales, 2001–2005". In: *The Medical Journal of Australia* 184.10 Suppl (2006), S65–S68.
- [Wol14] G. Wolf. *Zur Konstruktion des Erwachsenen. Grundlagen einer erwachsenenpädagogischen Lerntheorie*. Springer V, 2014. DOI: 10.1007/978-3-658-03956-1.
- [WS05] A. Wrabel und B. Seidel-Kwem. "Das G-DRG-System - Entwicklung eines komplexen Preissystems". In: *Leistungsmanagement im Krankenhaus: G-DRGs. Schritt für Schritt erfolgreich: Planen - Gestalten - Steuern*. Hrsg. von U. Vetter und L. Hoffmann. Springer, 2005, S. 47–62.

- [WU91] J. P. Walsh und G. R. Ungson. “Organizational Memory”. In: *The Academy of Management Review* 16.1 (1991), S. 57–91.
- [YBR+83] J. Yesavage, T. Brink, T. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey und V. Leirer. “Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report.” In: *Journal of Psychiatric Research* 17.1 (1983), S. 37–49.
- [Zol13] H.-D. Zollondz. *Grundlagen Lean Management. Einführung in Geschichte, Begriffe, Systeme, Techniken sowie Gestaltungs- und Implementierungsansätze eines modernen Managementparadigmas*. Oldenbourg Wissenschaftsverlag: Berlin, Boston, 2013.

ANHANG B

Literaturstudie

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
1	Adams R, Tranfield D, Denyer D. Process antecedents of challenging, undercover and readily adopted innovations. <i>J Health Organ Manag</i> 2013;27(1):42-63	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
2	Aiguier G, Oboeuf A, Cobbaut JP, Vanpee D. Activity confrontation methods: A reflexive and metacognitive approach for interprofessional collaboration training. <i>J Interprof Care</i> 2015;29(5):457-63	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
3	Alahmadi HA. Assessment of patient safety culture in Saudi Arabian hospitals. <i>Qual Saf Health Care</i> 2010;19:e17	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
4	Ballangrud R, Hedelin B, Hall-Lord ML. Nurses' perceptions of patient safety climate in intensive care units: a cross-sectional study. <i>Intensive Crit Care Nurs</i> 2012;28(6):344-54	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
5	Bohnet-Joschko S, Jandek LM, Zippel C, Andersen M, Kruppenauer F. Clinical risk management in German hospitals - does size really matter? <i>Z Orthop Unfall</i> 2011;149:301-307	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
6	Bosch M, Tavender EJ, Brennan SE, Knott J, Gruen RL, Green SE. The Many Organisational Factors Relevant to Planning Change in Emergency Care Departments: A Qualitative Study to Inform a Cluster Randomised Controlled Trial Aiming to Improve the Management of Patients with Mild Traumatic Brain Injuries (Report). <i>PLOS ONE</i> 2016;11(2):e0148091	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
7	Bowie P, Skinner J, Wet Cd. Training health care professionals in root cause analysis: a cross-sectional study of post-training experiences, benefits and attitudes. <i>BMC Health Serv Res</i> 2013;13:50	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Abstract	Nach Volltext	Ein-schluss
8	Brborović H, Šklebar I, Brborović O, Bru-men V, Mustajbegović J, Bajić Ž, Komerički M, Babić N. Development of a Croatian version of the US Hospital Survey on Patient Safety Culture questionnaire: dimensionality and psychometric properties. <i>Postgrad Med J</i> 2014;90:125–132	PubMed	Nein	Nein	-	-
9	Cegarra-Navarro JG, Wensley AKP, Sánchez-Polo MT. Improving Quality of Service of Home Healthcare Units with Health Information Technologies. <i>HIM J</i> 2011;40(2):30-8	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
10	Cooke DL, Dunscombe PB, Lee RC. Using a survey of incident reporting and learning practices to improve organisational learning at a cancer care centre. <i>Qual Saf Health Care</i> 2007;16:342–348	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
11	Coulthard K, Patel D, Brizzolara C, Morriss R, Watson S. A feasibility study of expert patient and community mental health team led bipolar psychoeducation groups: implementing an evidence based practice. <i>BMC Psychiatry</i> 2013;13:301	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
12	D'Aquino P, Bah A. Multi-level participatory design of land use policies in African drylands: A method to embed adaptability skills of drylands societies in a policy framework. <i>J Environ Manage</i> 2014;132:207-219	PubMed	Nein	Nein	-	-
13	Dückers ML, Wagner, C, Vos L, Groenewegen PP. Understanding organisational development, sustainability, and diffusion of innovations within hospitals participating in a multilevel quality collaborative. <i>Implement Sci</i> 2011;6:18	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
14	Ferlie E. Commentary on text of interview with Professor Lord Ara Darzi: Desirable? Yes; but is it achievable? <i>London J Prim Care (Abingdon)</i> 2015;7(1):2-5	PubMed	Nein	Nein	-	-
15	Ferlie E, Crilly T, Jashapara A, Peckham A. Knowledge mobilisation in healthcare: a critical review of health sector and generic management literature. <i>Int J Health Policy Manag</i> 2015;4(3):127-130	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
16	Ficapal-Cusí P, Boada-Grau J, Torrent-Sellens J, Vigil-Colet A. Spanish adaptation of the internal functioning of the Work Teams Scale (QFI-22). <i>Psicothema</i> 2014;26(2):273-278	PubMed	Nein	Nein	-	-
17	Finlayson K, Dixon A, Smith C, Dykes F, Flacking R. Mothers' perceptions of family centred care in neonatal intensive care units. <i>Sex Reprod Healthc</i> 2014;5(3):119-24	PubMed	Nein	Nein	-	-

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Abstract	Nach Volltext	Ein-schluss
18	Fortané N, Bonnet-Beaugrand F, Hémonic A, Samedí C, Savy A, Belloc C. Learning Processes and Trajectories for the Reduction of Antibiotic Use in Pig Farming: A Qualitative Approach. <i>Antibiotics</i> 2015;4:435-454	PubMed	Nein	Nein	-	-
19	French B, Thomas LH, Baker P, Burton CR, Pennington L, Roddam H. What can management theories offer evidence-based practice? A comparative analysis of measurement tools for organisational context. <i>Implement Sci</i> 2009;4:28	PubMed	Nein	Nein	-	-
20	Friedman C, Rigby M. Conceptualising and creating a global learning health system. <i>Int J Med Inform</i> 2013;82(4):e63-71	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
21	Gillard S, Edwards C, Gibson S, Holley J, Owen K. New ways of working in mental health services: a qualitative, comparative case study assessing and informing the emergence of new peer worker roles in mental health services in England. <i>Health Services and Delivery Research</i> 2014;4;2(19)	PubMed	Nein	Nein	-	-
22	Gillespie A, Reader TW. The Healthcare Complaints Analysis Tool: development and reliability testing of a method for service monitoring and organisational learning. <i>BMJ Qual Saf</i> 2016;0:1-10	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
22a	Reader TW, Gillespie A, Roberts J. Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy. <i>BMJ Qual Saf</i> 2014;23:678-689	Other	Nein	Ja	Ja	Ja
23	Grealish L, Henderson A. Investing in organisational culture: nursing students' experience of organisational learning culture in aged care settings following a program of cultural development. <i>Contemp Nurse</i> 2016;27:1-7	PubMed	Nein	Nein	-	-
24	Grealish L, Henderson A, Quero F, Phillips R, Surawski M. The significance of 'facilitator as a change agent'—organisational learning culture in aged care home settings. <i>J Clin Nurs</i> 2014;24:961-969	PubMed	Nein	Nein	-	-
25	Handler SM, Castle NG, Studenski SA, Perera S, Fridsma DB, Nace DA, Hanlon JT. Patient safety culture assessment in the nursing home. <i>Qual Saf Health Care</i> 2006;15:400-404	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
26	Harvey G, Jas P, Walshe K. Analysing organisational context: case studies on the contribution of absorptive capacity theory to understanding inter-organisational variation in performance improvement. <i>BMJ Qual Saf</i> 2015;24:48-55	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
27	Haw C, Collyer J, Sugarman P. Patients' complaints at a large psychiatric hospital: can they lead to better patient services? <i>Int J Health Care Qual Assur</i> 2010;23(4):400-409	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
28	Henderson A, Fox R, Armit L. Education in the clinical context: establishing a strategic framework to ensure relevance. <i>Collegian</i> 2008;15(2):63-8	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
29	Hendy J, Chrysanthaki T, Barlow J, Knapp M, Rogers A, Sanders C, Bower P, Bowen R, Fitzpatrick R, Bardsley M, Newman S. An organisational analysis of the implementation of telecare and telehealth: the whole systems demonstrator. <i>BMC Health Serv Res</i> 2012;12:403	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
30	Hunt G, Merzeder C, Bischofberger I. A tool for the consensual analysis of decision-making scenarios. <i>Nurs Ethics</i> 2016:1-17	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
31	Innis J, Berta W. Routines for change: how managers can use absorptive capacity to adopt and implement evidence-based practice. <i>J Nurs Manag</i> 2016;24:718-724	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
31a	Panzano PC, Roth D. The Decision to Adopt Evidence-Based and Other Innovative Mental Health Practices: Risky Business? <i>Psychiatr Serv</i> 2006;57:1153-1161	Other	Nein	Ja	Nein	-
31b	Wisdom JP, Chor KHB, Hoagwood KE, Horwitz SM. Innovation Adoption: A Review of Theories and Constructs. <i>Adm Policy Ment Health</i> 2014;41:480-502	Other	Nein	Ja	Nein	-
31c	Fixsen DL, Blase KA, Naoom SF, Wallace F. Core Implementation Components. <i>Res Soc Work Pract</i> 2009;19(5):531-540	Other	Nein	Ja	Nein	-
31d	Bond GR, Drake RE, Becker DR. Beyond Evidence-Based Practice: Nine Ideal Features of a Mental Health Intervention. <i>Res Soc Work Pract</i> 2010;20(5):493-501	Other	Nein	Ja	Nein	-
32	Iyayi F. Classification of mistakes in patient care in a Nigerian hospital. <i>East Afr J Public Health</i> 2009;6(3):256-62	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
33	Jeffs L, Berta W, Lingard L, Baker GR. Learning from near misses: from quick fixes to closing off the Swiss-cheese holes. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012;21:287-294	PubMed	Nein	Ja	Ja	ja
34	Kislov R, Waterman H, Harvey G, Boaden R. Rethinking capacity building for knowledge mobilisation: developing multilevel capabilities in healthcare organisations. <i>Implement Sci</i> 2014;9:166	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
34a	Tunison S. <i>Cultivating Knowledge. Promoting Research to Enrich Everyday Practice</i> . Sense Publishers. 2016	Other	Nein	Ja	Ja	Ja

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Abstract	Nach Volltext	Ein-schluss
35	Kislov R, Harvey G, Walshe K. Collaborations for leadership in applied health research and care: lessons from the theory of communities of practice. <i>Implement Sci</i> 2011;6:64	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
35a	Bertone MP, Meessen B, Clarysse G, Hercot D, Kelley A, Kafando Y, Lange I, Pfaffmann J, Ridde V, Sieleunou I, Witter S. Assessing communities of practice in health policy: a conceptual framework as a first step towards empirical research. <i>Health Res Policy Syst</i> 2013;11:39	Other	Nein	Ja	Ja	Ja
35b	Kislov R. <i>Multiprofessional Communities Of Practice In A Largescale Healthcare Knowledge Mobilisation Initiative: A Qualitative Case Study Of Boundary, Identity And Knowledge Sharing</i> . PhD Thesis, University of Manchester. 2012	Other	Nein	Ja	Nein	-
36	Koskinen L, Äijö M. Development of an integrative practice placement model for students in health care. <i>Nurse Educ Pract</i> . 2013;3(5):442-8	PubMed	Nein	Nein	-	-
37	Lee EJ, Kim HS, Kim HY. Relationships between core factors of knowledge management in hospital nursing organisations and outcomes of nursing performance. <i>J Clin Nurs</i> 2014;23:3513-3524	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
38	Leva MC, Cahill J, Kay AM, Losa G, McDonald N. <i>Ergonomics</i> 2010;53(2):164-83	PubMed	Nein	Nein	-	-
39	Lundberg K. A systems thinking approach to environmental follow-up in a Swedish Central Public Authority: hindrances and possibilities for learning from experience. <i>Environ Manage</i> 2011;48:123-133	PubMed	Nein	Nein	-	-
40	Maeder A, Gray K2 Borda A2 Poultney N1 Basilakis J. Achieving greater consistency in telehealth project evaluations to improve organisational learning. <i>Proc Global Telehealth 2015: Integrating Technology and Information for Better Healthcare</i>	PubMed	Ja	-	-	-
40a	Maeder A, Gray K, Borda A, Poultney N, Basilakis J. Achieving greater consistency in telehealth project evaluations to improve organisational learning. <i>Stud Health Technol Inform</i> 2015;209:84-94	Other	Nein	Ja	Nein	-
41	Mayeng LM, Wolvaardt JE. Patient safety culture in a district hospital in South Africa: An issue of quality. <i>Curationis</i> 2015;38(1):#1518	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
42	McGivern G. Networking to improve end of life care. <i>London J Prim Care (Abingdon)</i> . 2009;2:113-17	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
43	Nicolini D, Waring J, Mengis J. Policy and practice in the use of root cause analysis to investigate clinical adverse events: mind the gap. <i>Soc Sci Med</i> 2011;73(2):217-25	PubMed	Nein	Ja	Nein	-

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
43a	Peerally MF, Carr S, Waring J, Dixon-Woods M. The problem with root cause analysis. <i>BMJ Qual Saf</i> 2016;0:1–6	Other	Nein	Ja	Ja	Ja
43b	Braithwaite J, Westbrook MT, Mallock NA, Travaglia JF, Iedema RA. Experiences of health professionals who conducted root cause analyses after undergoing a safety improvement programme. <i>Qual Saf Health Care</i> 2006;5:393–399	Other	Nein	Ja	Ja	Ja
44	Nugus P, Forero R, McCarthy S, McDonnell G, Travaglia J, Hilman K, Braithwaite J. The emergency department carousel: an ethnographically-derived model of the dynamics of patient flow. <i>Int Emerg Nurs</i> 2014;22(1):3-9	PubMed	Nein	Nein	-	-
45	Oborn E, Barrett M, Racko G. Knowledge translation in healthcare: Incorporating theories of learning and knowledge from the management literature. <i>J Health Organ Manag</i> 2013;27(4):412-31	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
46	Phillips N, Byrne G. Enhancing frontline clinical leadership in an acute hospital trust. <i>J Clin Nurs</i> 2013;22:2625-2635	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
47	Reavley N, Livingston J, Buchbinder R, Bennell K, Stecki C, Osborne RH. A systematic grounded approach to the development of complex interventions: the Australian WorkHealth Program—arthritis as a case study. <i>Soc Sci Med</i> 2010;70:342-350	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
48	Ribeiro L, Severo M, Ferreira MA. Performance of a core of transversal skills: self-perceptions of undergraduate medical students. <i>BMC Med Educ</i> 2016;16:18	PubMed	Nein	Nein	-	-
49	Rowley E, Morriss R, Currie G, Schneider J. Research into practice: Collaboration for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) for Nottinghamshire, Derbyshire, Lincolnshire (NDL). <i>Implement Sci</i> 2012;7:40	PubMed	Nein	Nein	-	-
50	Schneiker A. The vulnerable do-gooders: security strategies of German aid agencies. <i>Disasters</i> 2013;37(2):244-266	PubMed	Nein	Nein	-	-
51	Schrapppe M. [Leadership in the hospital] <i>Z. Evid.Fortbild.Qual.Gesundh.wesen(ZEFQ)</i> 2009;103:198-204	PubMed	Nein	Nein	-	-
52	Schüpfer G, Gfrörer R, Schleppers A. [Anaesthetists learn—do institutions also learn? Importance of institutional learning and corporate culture in clinics.] <i>Anaesthesist</i> 2007;56:983-991	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
53	Sheaff R, Pilgrim D. Can learning organizations survive in the newer NHS? <i>Implement Sci</i> 2006;1:27	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
54	Sheridan L, Agim T. Aged care safety dilemma: caring-for-self versus caring-for-residents. <i>Australas J Ageing</i> 2014;33(4):283-285	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
55	Somunoğlu S, Erdem E, Erdem U. A study on determining the perception of learning organisation applications by health sector workers. <i>J Med Syst</i> 2012;36:3925-3931	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
56	Stead K, Kumar S, Schultz TJ, Tiver S, Pirone CJ, Adams RJ, Wareham CA. Teams communicating through STEPPS. <i>Med J Aust</i> 2009;190(11):S128-S132	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
57	Strachan H, Dalles K. An electronic portal to support using information to improve health-care. <i>Proc Connecting Health and Humans</i>	PubMed	Ja	-	-	-
57a	Strachan H, Dalles K. An electronic portal to support using information to improve health-care. <i>Stud Health Technol Inform</i> 2009;146:663-7	Other	Nein	Nein	-	-
58	Sujan M, Furniss D. Organisational reporting and learning systems: Innovating inside and outside of the box. <i>Clinical Risk</i> 2015;21(1):7-12	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
59	Sujan MA, Ingram C, McConkey T, Cross S, Cooke MW. Hassle in the dispensary: pilot study of a proactive risk monitoring tool for organisational learning based on narratives and staff perceptions. <i>BMJ Qual Saf</i> 2011;20:549-556	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
60	Swallow VM, Smith A, Shiel G, Steele K, Farrer S, Herring M, Hickman M. Opening up pre-registration education for nurses (the OPEN Project): a partnership approach. <i>Nurse Educ Pract</i> 2007;7:141-149	PubMed	Nein	Nein	-	-
61	Thomas A. Access and Use: Improving Digital Multimedia Consumer Health Information. <i>Proc Digital Health Innovation for Consumers, Clinicians, Connectivity and Community</i>	PubMed	Ja	-	-	-
61a	Thomas A. Access and Use: Improving Digital Multimedia Consumer Health Information. <i>Stud Health Technol Inform</i> 2016;227:120-5	Other	Nein	Nein	-	-
62	Towill DR. Frank Gilbreth and health care delivery method study driven learning. <i>Int J Health Care Qual Assur</i> 2009;22(4):417-440	PubMed	Nein	Nein	-	-
63	Trajkovski S, Schmied V, Vickers M, Jackson D. Using appreciative inquiry to bring neonatal nurses and parents together to enhance family-centred care: A collaborative workshop. <i>J Child Health Care</i> 2015;19(2):239-253	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
64	Turner S, Higginson J, Osborne CA, Thomas RE, Ramsay AI, Fulop NJ. Codifying knowledge to improve patient safety: a qualitative study of practice-based interventions. <i>Soc Sci Med</i> 2014;113:169-176	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
65	Turner S, Ramsay A, Fulop N. The role of professional communities in governing patient safety. <i>J Health Organ Manag</i> 2013;27(4):527-43	PubMed	Nein	Nein	-	-
66	van Beurden EK, Kia AM, Hughes D, Fuller JD, Dietrich U, Howton K, Kavooru S. Networked resilience in rural Australia—a role for health promotion in regional responses to climate change. <i>Health Promot J Austr</i> 2011;22:Spec No:S54-60	PubMed	Nein	Nein	-	-
67	Vlayen A, Hellings J, Claes N, Peleman H, Schrooten W. A nationwide hospital survey on patient safety culture in Belgian hospitals: setting priorities at the launch of a 5-year patient safety plan. <i>BMJ Qual Saf</i> 2012;21:760-767	PubMed	Nein	Nein	-	-
68	Walker R, Cooke M, Henderson A, Creedy DK. Characteristics of leadership that influence clinical learning: a narrative review. <i>Nurse Educ Today</i> 2011;31(8):743-56	PubMed	Nein	Nein	-	-
69	Walker R1, Henderson A, Cooke M, Creedy D. Impact of a learning circle intervention across academic and service contexts on developing a learning culture. <i>Nurse Educ Today</i> 2011;31(4):378-82	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
70	Wallace LM, Spurgeon P, Adams S, Earll L, Bayley J. Survey evaluation of the National Patient Safety Agency's Root Cause Analysis training programme in England and Wales: knowledge, beliefs and reported practices. <i>Qual Saf Health Care</i> 2009;18:288-291	PubMed	Nein	Nein	-	-
71	Ward JK, McEachan RR, Lawton R, Armitage G, Watt I, Wright J; Yorkshire Quality and Safety Research Group. Patient involvement in patient safety: Protocol for developing an intervention using patient reports of organisational safety and patient incident reporting. <i>BMC Health Serv Res</i> 2011;11:130	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
72	Waring J, Currie G, Crompton A, Bishop S. An exploratory study of knowledge brokering in hospital settings: facilitating knowledge sharing and learning for patient safety? <i>Soc Sci Med</i> 2013;98:79-86	PubMed	Nein	Ja	Nein	-
73	Waring J. Patient safety: learning the lessons in primary care. <i>London J Prim Care (Abingdon)</i> 2010;3:88-92	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
74	Waring JJ, Bishop S. Water cooler learning: knowledge sharing at the clinical "backstage"—and its contribution to patient safety. <i>J Health Organ Manag</i> 2010;24(4):325-342	PubMed	Nein	Ja	Ja	Ja
75	Waring JJ. Constructing and re-constructing narratives of patient safety. <i>Soc Sci Med</i> 2009;69(12):1722-31	PubMed	Nein	Nein	-	-

ID	Publikation	Quelle	Duplika	Nach Ab- stract	Nach Voll- text	Ein- schluss
76	Wong S. Tales from the frontline: the experiences of early childhood practitioners working with an 'embedded' research team. <i>Evaluation and Program Planning</i> 2009;32:99-108	PubMed	Nein	Nein	-	-
76a	Wong S. Tales from the frontline: the experiences of early childhood practitioners working with an 'embedded' research team. <i>Evaluation and Program Planning</i> 2009;32:99-108	Other	Ja	-	-	-
77	Zhu J, Li L, Zhao H, Han G, Wu AW, Weingart SN. Development of a patient safety climate survey for Chinese hospitals: cross-national adaptation and psychometric evaluation. <i>BMJ Qual Saf</i> 2014;23:847-856	PubMed	Nein	Nein	-	-
78	Lipshitz R, Popper M. Organizational Learning in a Hospital <i>J Appl Behav Sci</i> 2000;36:345-360	Other	Nein	Ja	Ja	Ja
	relativ	91	4	30	19	
	total	91	89	59	38	38

ANHANG C

Erhebungsinstrumente

C.1 Erhebungsinstrumente zur Datenerhebung im Hauptarm bei t_0

C.1.1 Interviewleitfaden

Interviewleitfaden zum Promotionsvorhaben Lars Rölker-Denker

Titel: Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg

Interviewleitfaden

Einführung/ Hintergrundinformationen

Frage 1: Bitte beschreiben Sie Ihren beruflichen Werdegang: Schule, Ausbildung und berufliche Stationen.

Frage 2: Bitte beschreiben Sie Ihre aktuelle Tätigkeit und die berufliche Situation.

Frage 3: Bitte beschreiben Sie Ihre Station und einen typischen Tages- und Wochenablauf (abhängig von der Schicht).

Nachfrage 3 (wenn noch nicht aufgeführt): Arbeitsaufkommen/ Stress?

Individuelles Lernen

Frage 4: Welche Rolle spielen Fort- und Weiterbildungsangebote für Sie? Gibt es noch weitere formelle Lernangebote/ offizielle Angebote?

Nachfrage 4: Was nutzen Sie noch zur Fortbildung/ Lernen? Fachzeitschriften, Konferenzen, Mitarbeit in Fachgesellschaften?

Gruppenlernen in der Abteilung/ Team

Frage 5: Gibt es Wissensaustausch zwischen den Mitarbeitern Ihrer Abteilung/ Ihres Teams? (Bspw. Abteilungskonferenzen, Teamsitzungen, Qualitätszirkel?)

Frage 6: Wie wird bei Ihnen im Team/ in der Abteilung mit Fehlern umgegangen?

Nachfrage 6: Kennen und nutzen Sie Systeme wie CIRS (Critical Incident Reporting System)?

Organisationales Lernen zwischen Abteilungen

Frage 7: Gibt es Wissensaustausch auch zwischen Abteilungen in Ihrem Haus?

Nachfrage 7: (Bspw. werden komplizierte Fälle abteilungsübergreifend diskutiert? Best Practice Transfer? Klinische Behandlungspfade? Leitlinien? Gibt es andere Beispiele?)

Netzwerklernen

Frage 8: Gibt es so einen Wissensaustausch auch zwischen Ihrer Abteilung und anderen Leistungserbringern, wie niedergelassenen Ärzten, Rehabilitations-Einrichtungen und anderen Krankenhäusern?

Nachfrage 8: (Bspw. Abstimmungen bei Überleitungen, Verlegungen? Abstimmungen mit Fachabteilungen der anderen Häuser? Dauerhafte Änderungen an den Schnittstellen?)

Fragen zur IT und Versorgungssituation

Frage 9: Welche Rolle spielen moderne Informations- und Kommunikationstechnologien in den Abläufen, die Sie eben geschildert haben?

Frage 10: Welche Unterstützung würden Sie sich hier zusätzlich wünschen?

Frage 11: Welche Rolle spielt Ihrer Meinung nach Lernen und Wissensaustausch, so wie Sie es eben beschrieben haben, im Rahmen der Patientenversorgung? Haben Sie hier positive und negative Beispiele?

Fragen zu Neugründung GZO und EMS

Frage 12: Was wird sich durch die Gründung und den Betrieb der geriatrischen Rehabilitation ändern? Für Ihre Arbeit? Für die Versorgung der Patienten? Für Ihre Abteilung/ Einrichtung?

Frage 13: Was wird sich den Betrieb der European Medical School ändern? Für Ihre Arbeit? Für die Versorgung der Patienten? Für Ihre Abteilung/ Einrichtung?

Nachfrage 13: Spüren Sie schon Auswirkungen?

Frage 14: Haben Sie weitere Anmerkungen zu diesem Gespräch?

Literatur

Vgl. Lipshitz and Popper (2000) und Lecher et. al. (2002)

Lipshitz and Popper (2000): Organizational Learning in a Hospital. Journal of Applied Behavioral Science. 2000;36:345-360

Lecher et. al. (2002): Endbericht zum Modellprojekt "Interprofessionelle Kommunikation im Krankenhaus" von April 1999 bis Mai 2002. Bundesärztekammer

C.1.2 Informationsblatt

Informationsblatt zu einem Interview im Rahmen des Forschungsprojektes

Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforscherische Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg

Dissertationsvorhaben Lars Rölker-Denker (OFFIS – Institut für Informatik)

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, das Forschungsprojekt „Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforscherische Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg“ durch ein Interview zu unterstützen. Vor Ihrer endgültigen Zustimmung durch die Einwilligungserklärung erhalten Sie mit diesem Informationsblatt noch einige Informationen zum Inhalt und Ziel des Forschungsprojektes sowie zum Interviewverfahren.

Inhalt und Ziel

Das Forschungsprojekt hat das Ziel, den Einfluss von formellen und informellen Lernvorgängen auf die tägliche Arbeit im Gesundheitswesen, im speziellen im Krankenhaus, zu untersuchen. Lernvorgänge sind immer dann erforderlich, wenn innere und äußere Einflüsse eine Veränderung etablierter Verfahren notwendig machen. Für dieses Forschungsprojekt wurden zwei Entwicklungen herausgegriffen: die Gründung und Etablierung der European Medical School im Herbst 2012 (allgemeine Entwicklung) und die Eröffnung der geriatrischen Rehabilitation im Herbst 2013 (spezielle Entwicklung). Das Forschungsprojekt hat das Ziel, Veränderungen und Lernprozesse aus diesen beiden Entwicklungen zu identifizieren und zu analysieren.

Die Studie ist zweistufig aufgebaut, die erste Interviewrunde findet im Frühjahr/ Sommer 2013 (vor dem Start der geriatrischen Rehabilitation), die zweite Runde im Winter 2014/ Frühjahr 2015 (nach dem Start und Anlauf der geriatrischen Rehabilitation). Ggf. sind pro Person zwei Interviews notwendig.

Interviewverfahren

Für das Interview wird ein Zeitrahmen von ca. 60 Minuten benötigt. Zur Auswertung werden während des Interviews Audioaufnahmen und schriftliche Notizen angefertigt. Die Audioaufnahme wird im Anschluss verschriftlicht (sog. Transkription). Bei Interesse Ihrerseits können Sie Ihre gesamte Interviewdokumentation in digitaler Form erhalten. Die Interviewdokumentation wird für 10 Jahre gespeichert.

Widerspruch

Sie können jederzeit Ihre Teilnahme am Interview beenden. Dies gilt auch für bereits begonnene Interviews. Die bis dahin aufgezeichneten Daten werden dann gelöscht. Auch ist es möglich, einzelne Fragen während des Interviews auszulassen oder die Audioaufzeichnung zu unterbrechen. Ihnen entstehen aus Beendigung und Übersprungung zu keinem Zeitpunkt Nachteile.

Wissenschaftliche Verwendung

Für die wissenschaftliche Auswertung werden Ihre Angaben pseudonymisiert verwendet. Ein Pseudonym ist erforderlich, da eine Auswertung über beide Interviewrunden vorgenommen wird und somit gewährleistet ist, dass beide Interviews zugeordnet werden können. In wissenschaftlichen Forschungsprojekten ist es üblich, dass Ergebnisse auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften vorgestellt werden. Dies ist auch für dieses Forschungsprojekt vorgesehen. Bei der wissenschaftlichen Veröffentlichung können einzelne Sätze aus den Interviews ver-

wendet werden, hierbei werden keine Daten verwendet die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen (Name, Alter). Der Beruf und die Funktion können aber notwendig sein, um einen Sinnzusammenhang herzustellen.

Zur Auswertung der Daten haben neben des Interviewers/Doktoranden weitere Personen Zugriff: die Betreuer des Doktoranden sowie ggf. wissenschaftliche Hilfskräfte und Studenten, die im Rahmen von Studien- und Abschlussarbeiten an der Studie mitwirken.

Datenschutz

Die weitere Verarbeitung der Daten geschieht dann entsprechend den acht technisch-organisatorischen Maßnahmen (TOM), wie sie in Anlage 9 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) spezifiziert sind. OFFIS hat langjährige Erfahrung in der Verarbeitung personenbezogener Daten. Daraus resultieren OFFIS-interne Maßnahmen, die von den TOM nach BDSG abgeleitet und für die Gegebenheiten bei OFFIS operationalisiert wurden. Diese können Sie gerne vollständig einsehen. Einige Auszüge:

- **Zugangskontrolle:** Unter Zugangskontrolle versteht man, dass Unbefugte gehindert werden sollen, Datenverarbeitungsanlagen, mit denen PD verarbeitet oder gespeichert werden, zu nutzen. Alle Datenverarbeitungsanlagen, die im Zusammenhang des Forschungsprojektes genutzt werden, sind durch Passwörter geschützt, die Daten selber sind verschlüsselt gespeichert.
- **Trennungskontrolle:** Das Trennungsgebot ist ein Grundsatz, nach dem PD, zu unterschiedlichen Zwecken erhoben werden, auf technischer Ebene nicht miteinander vermischt werden dürfen. Nicht zwingend erforderlich ist jedoch eine räumliche Trennung in gesonderten Systemen oder Datenträgern. Die erhobenen Daten werden nur für den o.g. Zweck verwendet. Sollte ein weiterer Zweck notwendig werden, so wird dies mit dem jeweiligen Interviewpartner abgestimmt.

Für weitergehende Fragen können Sie mich gerne kontaktieren. Sie erreichen mich bevorzugt per eMail unter lars.roelker-denker@offis.de aber auch telefonisch unter 0441-9722-172.

C.1.3 Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zum Interview im Rahmen des Forschungsprojektes

Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg

Dissertationsvorhaben Lars Rölker-Denker

Ich bin über das Vorgehen bei der Auswertung der persönlichen, „freien“ Interviews mit einem Informationsblatt informiert worden. Folgende Punkte sind darin enthalten:

- a) Information, was erhoben wird: Interview
- b) Information, wofür erhoben wird: Forschung im Rahmen des o.g. Forschungsprojektes
- c) Informationen, wo diese Daten gespeichert werden: OFFIS-Rechner mit Zutritts-, Zugangs- und Zugriffskontrolle
- d) Informationen über die Dauer der Speicherung und der Löschung: 10 Jahre mit anschließender Löschung
- e) Informationen, wer Zugriff auf die Daten hat: Teilnehmer am Forschungsprojekt, insbesondere der Doktorand (Lars Rölker-Denker), der Doktorvater (Prof. Dr. Andreas Hein) und ggf. studentische Mitarbeiter
- f) Informationen über die Aufzeichnung: Audioaufnahme des Interviews mit anschließender Verschriftlichung (Transkription)
- g) Informationen über Widerspruchsmöglichkeiten: jederzeit, vor und während des Interviews, sowie zu einzelnen Fragen möglich

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Ich habe eine Ausfertigung des Informationsblattes erhalten.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, pseudonymisiert und ausgewertet wird.

_____, den _____
(Ort)

Unterschrift: _____

C.2 Erhebungsinstrumente zur Datenerhebung im Hauptarm bei t_1

C.2.1 Beobachtungsformular

Beobachtungsmatrix Multiprofessionelles geriatrisches Team, Datum: 2015-08-06, Patientename: _____

Aufnahmetag: _____, Dauer der Behandlung: _____, Entlassung: _____, Entlassziel: _____

Beginn			
Koordinationsverluste	Fehlende Disziplinen		
	Fehlende Informationen	Vergessen	
		Prozessbedingt	
Transaktives Gedächtnis	Korrigieren eines MA-Fehlers durch Gruppe		
	Falsche/grundlegende abweichende Einschätzung		
Gruppenpolarisation	Majoritätsargumente sind zahlreicher		
	Majoritätsargumente werden häufiger diskutiert		
	Majoritätsargumente werden von mehr unabhängigen Quellen vertreten		
	Majoritätsargumente werden überzeugender präsentiert		
Gruppendenken	Störende Einflussfaktoren	Störungen von außen	
		Zeitdruck	
Führung	Hinterfragen von Einschätzungen/Meinungen durch Führungsperson		
Ende			
Dauer in min			

C.2.2 Fragebogen

Kurzfragebogen zur multiprofessionellen geriatrischen Teamsitzung

1) Funktion/Profession (bitte ankreuzen):

Oberarzt Assistenzarzt Pflege Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

Psychologie Sozialdienst Sonstige (bitte spezifizieren) _____

2) Wie bewerten Sie die Kommunikation mit den anderen Professionen?

	(1) = Sehr gut	(2) = Gut	(3) = Befriedigend	(4) = Mangelhaft	(5) = Ungenügend
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Lagen alle notwendigen Informationen von Ihnen vor? Ja Nein

4) Lagen alle notwendigen Informationen der anderen Disziplinen vor?

	Ja	Nein
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) Wurden Sie in Ihrer Patienten-Einschätzung durch die anderen Teilnehmer bestärkt? Ja Nein

6) Haben Sie Ihre eigene Patienten-Einschätzung durch neue Informationen der anderen Teilnehmer hinterfragt? Ja Nein Wenn ja, bei wie vielen Patienten? _____

7) Haben Sie Ihre eigene Patienten-Einschätzung durch neue Informationen der anderen Teilnehmer geändert? Ja Nein Wenn ja, bei wie vielen Patienten? _____

8) Wie wichtig schätzen Sie Ihre eigenen Beiträge zum Erfolg der Sitzung ein?

	(1) = Sehr wichtig	(2) = Wichtig	(3) = Weder wichtig noch unwichtig	(4) = Eher nicht wichtig	(5) = Unwichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9) Wie wichtig schätzen Sie die Beiträge der anderen Disziplinen zum Erfolg der Sitzung ein?

	(1) = Sehr wichtig	(2) = Wichtig	(3) = Weder wichtig noch unwichtig	(4) = Eher nicht wichtig	(5) = Unwichtig
Ärztlicher Dienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Wie wichtig schätzen Sie die Sitzung für den Behandlungserfolg des Patienten ein?

	(1) = Sehr wichtig	(2) = Wichtig	(3) = Weder wichtig noch unwichtig	(4) = Eher nicht wichtig	(5) = Unwichtig
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) Gab es störende Einflüsse innerhalb der Sitzung? Wenn ja, welche?Ja Nein Wenn ja, welche Einflüsse: _____**12) Gab es Zeitdruck?**

	Ja	Nein
In der individuellen Vorbereitung der Sitzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Sitzung bei der Besprechung eines Patienten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während der Sitzung insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für Sie persönlich, weil ein dringender Anschlusstermin folgt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige (bitte spezifizieren):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13) Bewertung der zur multiprofessionellen geriatrischen Teamsitzung allgemein?

	(1) = Sehr gut	(2) = Gut	(3) = Befriedigend	(4) = Mangelhaft	(5) = Ungenügend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14) Bewertung der zur multiprofessionellen geriatrischen Teamsitzung heute?

	(1) = Sehr gut	(2) = Gut	(3) = Befriedigend	(4) = Mangelhaft	(5) = Ungenügend
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C.2.3 Informationsblatt

Informationsblatt zum Fragebogen im Rahmen des Forschungsprojektes
Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisatio-
nale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel
des Geriatrischen Zentrums Oldenburg
Dissertationsvorhaben Lars Rölker-Denker (Uni Oldenburg, Fak. VI, Versorgungsforschung)

Vielen Dank, dass Sie bereit sind, das Forschungsprojektes „Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg“ durch einen Fragebogen zu unterstützen. Vor Ihrer endgültigen Zustimmung durch die Einwilligungserklärung erhalten Sie mit diesem Informationsblatt noch einige Informationen zum Inhalt und Ziel des Forschungsprojektes sowie zum Fragebogen.

Inhalt und Ziel

Das Forschungsprojekt hat das Ziel, den Einfluss von formellen und informellen Lernvorgängen auf die tägliche Arbeit im Gesundheitswesen, im speziellen im Krankenhaus, zu untersuchen. Lernvorgänge sind immer dann erforderlich, wenn innere und äußere Einflüsse eine Veränderung etablierter Verfahren notwendig machen. Für dieses Forschungsprojekt wurden zwei Entwicklungen herausgegriffen: die Gründung und Etablierung der European Medical School im Herbst 2012 (allgemeine Entwicklung) und die Eröffnung der geriatrischen Rehabilitation im Herbst 2013 (spezielle Entwicklung). Das Forschungsprojekt hat das Ziel, Veränderungen und Lernprozesse dieser Entwicklungen zu identifizieren und zu analysieren.

Im Zuge dieser Untersuchungen wurde die multiprofessionelle geriatrische Teamsitzung als ein wichtiger Baustein der Informations- und Kommunikationsprozesse identifiziert. Daher sollen nun mit einem Fragebogen der Informationsfluss, störende Faktoren und einige allgemeine Einschätzungen erfragt werden. Erster Erhebungszeitpunkt war 2015, zweiter Erhebungszeitpunkt ist Frühjahr/Sommer 2016.

Fragebogen

Der Fragebogen wird im Anschluss an die multiprofessionelle geriatrische Teamsitzung verteilt und sollte innerhalb von 5 max. Minuten ausfüllbar sein. Die Fragebögen sind zum Zwecke der Auswertung nummeriert, ein Rückschluss auf Ihre Person ist nicht möglich.

Widerspruch

Sie können jederzeit Ihre Teilnahme am Fragebogen beenden. Auch ist es möglich, einzelne Fragen auszulassen. Ihnen entstehen aus Beendigung und Überspringung zu keinem Zeitpunkt Nachteile.

Wissenschaftliche Zwecke

Für die wissenschaftliche Auswertung werden Ihre Angaben anonymisiert verwendet. In wissenschaftlichen Forschungsprojekten ist es üblich, dass Ergebnisse auf Fachtagungen und in Fachzeitschriften vorgestellt werden. Dies ist auch für dieses Forschungsprojekt vorgesehen. Bei der wissenschaftlichen Veröffentlichung können einzelne Sätze aus den Fragebögen verwendet werden, hierbei werden keine Daten verwendet die einen Rückschluss auf Ihre Person zulassen (Name, Alter). Der Beruf und die Funktion können aber notwendig sein, um einen Sinnzusammenhang herzustellen.

Datenschutz

Die weitere Verarbeitung der Daten geschieht dann entsprechend den acht technisch-organisatorischen Maßnahmen (TOM), wie sie in Anlage 9 Satz 1 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) spezifiziert sind.

Für weitergehende Fragen können Sie mich gerne kontaktieren. Sie erreichen mich bevorzugt per eMail unter lars.roelker-denker@uni-oldenburg.de oder telefonisch unter 0441-798-4856.

C.2.4 Einwilligungserklärung

Einwilligungserklärung zum Fragebogen im Rahmen des Forschungsprojektes
Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisatio-
nale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel
des Geriatrischen Zentrums Oldenburg
Dissertationsvorhaben Lars Rölker-Denker (Uni Oldenburg, Fak. VI, Versorgungsforschung)

Ich erkläre mich einverstanden, an der Befragung im Rahmen des Forschungsprojektes „Lernende Organisationen und Wissensmanagement im Gesundheitswesen. Eine organisationale, informationswissenschaftliche und versorgungsforschende Perspektive am Beispiel des Geriatrischen Zentrums Oldenburg“ teilzunehmen.

Ich bin über die Hintergründe der Studie, Möglichkeiten des Widerspruchs und das Vorgehen bei der Auswertung der Fragebögen mit einem Informationsblatt informiert worden. Ich habe eine Ausfertigung des Informationsblattes erhalten.

Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass einzelne Sätze, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden können.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, den Fragebogen auszufüllen.

_____, den _____
(Ort)

Unterschrift: _____

Erhobene Primärdaten und Kategorienbaum

D.1 Kategorienbaum

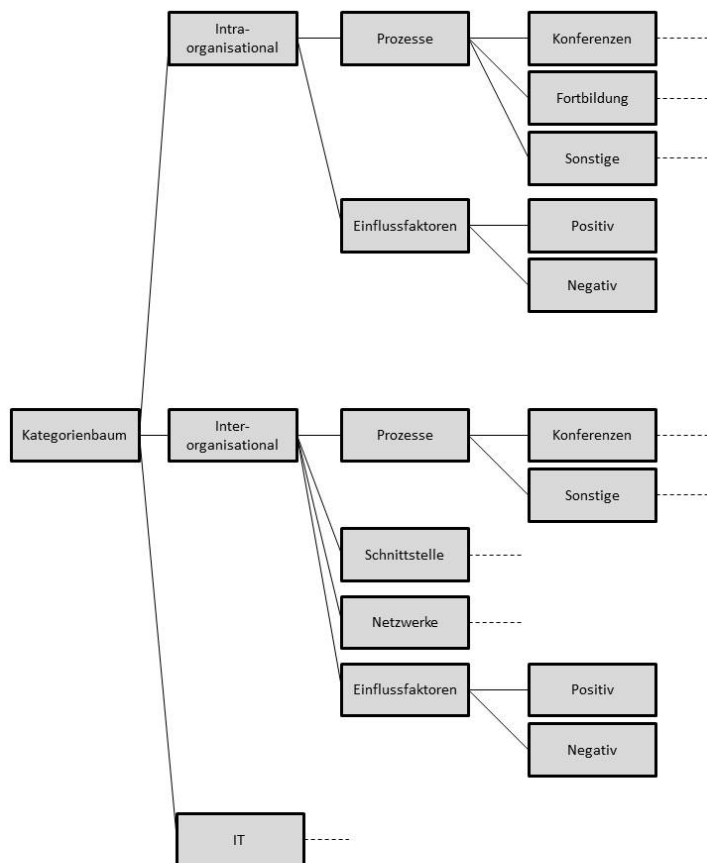


Abbildung D.1: Verwendeter Kategorienbaum, die jeweils letzte Ebene mit den eigentlichen Einträgen ist aus Platzgründen über die gestrichelte Linie angedeutet

D.2 Hospitationen

ID	Kategorie	Uhrzeit	Beschreibung	Beteiligte Personen	Kontaktpunkt	Bemerkungen
1.01	Intraorganisational:Prozesse:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:interdisziplinäre_Teams	9:15- 9:35	Frühbesprechung	Ltd OA, OA, Pflege, Ergo, Physio	Int: int/ext	Besprechung von 14 Patienten (siehe 1.01- Patienten), Ann: gefolgte Person Ltd, OA
1.01.10			Besprechung Patient 10: Donnerstag Verlegung in Neurochirurgie post-operativ, Augentropfen fehlen und Augenarzt unbekannt, Kontakt via Hausarzt zum Augenarzt erforderlich		Int:NCH	
1.02	Interorganisational:Schmittstelle:Stationsekretariat	09:35	Vorstellung der Stationssekretärin als Schmittstelle nach außen für alle anfallenden Nachfragen			
1.03	Interorganisational:Schmittstelle:Arzt	09:36	Telefonat mit KJK wegen Verlegung und Sichtung des Patienten		Ext:KJK	
1.05		09:40	Gespräch OA mit Logopädie wegen Patientenverlegung auf Palliativ und daraus resultierendem Zimmerengpass	Logopädie	Int:Palliativ	Visite von 13 Patienten (siehe 1.20-Patienten)
1.19	Intraorganisational:Visite	10:52	Chefarztvisite	CA, Pflege		
11.11c	Intersektoral		Telefonat mit Vorbehandler zwecks Anforderung des Entlassungsbriefes			
12.01	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:interdisziplinäre_Teams	08:12	Beginn Patientenbesprechung	CA, Pflege, PT, LT, ET, SD, Psy, Ernährungstherapie		siehe 12.01 - Patienten
12.10.07b		30 sec	Neuropsychologie			Rückmeldung OA wegen Demenz
2.01	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:interdisziplinäre_Teams	08:54	Frühbesprechung der Patienten mit dem ärztlichen Dienst	3 Ärzte (Lt, Oäin, OA, Aäin, 1x Physio, 1x Ergo, 1SD		Besprechung von 5 Patienten (siehe 2.01- Patienten), Ann: gefolgte Person Ltd, Oäin
2.02	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen	09:01	Frühbesprechung der Patienten mit dem pflegerischem Dienst	Pflege (Ann: genaue Anzahl nicht notiert, pflegerische Leitung der Station, pflegerisch primär Verantwortliche)		Besprechung von 12 Patienten (siehe 2.02- Patienten)
2.09	Intraorganisational:Visite	11:54	Visite	AA-Visite (Aäin, Pflege)		Anschluss an bereits laufende Visite

ID	Kategorie	Uhrzeit	Beschreibung	Beteiligte Personen	Kontaktpunkt	Bemerkungen
2.11	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	12:10	Bearbeitung Konsil	Aäin		Sichtung des urologischen Konsils, Sichtung des kardiologischen Konsils, EKG, Radiologiebefund, nebenbei Gespräch mit Aäin über anderen Patienten
2.14	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	12:34	Bearbeitung des Konsils			Schreiben des Konsils, Faxen des Konsils, Kopie zum Sekretariat Geriatrie zur weiteren Speicherung
2.23	IT:GERDA; Intraorganisational:Prozesse:Komplexbehandlung Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Kommunikationsräume; Intraorganisational:MGT_Runde	14:00	GERDA Runde	10 Teilnehmer (Lt. Oäin, AÄ, Pflege, SD, Phsyio, Physio, Ergo, Ergo, Logo, Psy)		
2-Int 10	Intraorganisational:Prozesse:Interdisziplinäre_Teams		Patientenvisite mit Pflege da Themen sehr komplex, Pflege muss die Gespräche am Patienten mitbekommen, Pflege ist auch Schnittstelle zur Familie, Neuropsychologie mit kognitiven Tests, Sozialdienst			
2-Int 16			Nachmittags (13:00-15:00): Angehörige, Sonographie (Funktionsraum) und Palliativ auf Station			
2-Int-07	Interorganisational:Schnittstelle-Arzt		GERDA-Prozess ganzheitlich, Oäin nimmt Overhead ab, gesamte Administration damit die AÄ Zeit für Medizin haben, Schnittstellen zu Therapie und Gerontopsychiatrie GERDA kein Smalltalk sondern festlegen			
2-Int-30	Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Kommunikationskultur		multidisziplinärer Zielsetzung Sozialdienst: Frage nach Reha oder Kurzzeitpflege Verlegungen: Innere eher selten, häufig keine Übernahmen sondern eher Beratung (Anm: Konsile)			
3.02d	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Patient 16: geriatrisches Konsil erbeten Geriatrisches Konsil geplant			
4.07.16	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	10:22			int:Geri	
5.03.02a	Intraorganisational:Prozesse:Konsil				Int:Geri	

ID	Kategorie	Uhrzeit	Beschreibung	Beteiligte Personen	Kontaktpunkt	Bemerkungen
5.03.02e	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Medikamente müssen erfragt werden, eventuell konsiliarisch		Ext:Pius	
5.03.04a	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Geriatrisches Konsil geplant		Int:Geriatrische Chirurgie	
5.03.06a	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		PCH-Konsil		Ext:Klinikum PCH	Anm: pädiatrische Chirurgie
5.03.10a	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Konsil internistisch gestellt		Int:Innere	
5.03.10c	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Barthel fehlt noch, eventuell Übernahme Geriatrie oder internistisch, dann Reha		Int:Geriatrische Chirurgie	
5.16	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	13:06	Sichtung der Konsile + Laborbefunde der Patienten		Int:Innere	
6.22.12	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	14:47	Bericht über Konsile, 1min			
7.01.19c	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Psychologisches Konsil wegen Geschäftsfähigkeit?			
7.01.33c	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Konsil Neurologie am Nachmittag		Int:Neuro	
9.02b	Intraorganisational:Prozesse:Konsil		Aufnehmender Arzt aus Sprechstunde berichtet auch über Konsile			

MGT-07-FN-01
 OA: Willkommen zu den längsten zwei Stunden der Woche. Das ist so zähflüssig geworden, ich korrigiere nebenbei verstärkt Briefe wenn nur eingetippt wird.

D.3 Interviews im Hauptraum

ID	Kategorie	Text
Int-01-08	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:MGT_Runde	Dazu Einmal am Donnerstag um 14:00, Teambesprechung über Patienten in der Frühreha zusammen mit Vertretern aller Professionen, 7-8 Personen Ja, aber da hoffe ich, dass wir über die Uni mehr Zugang bekommen, momentan funktioniert es noch nicht gut. Durch meine Reviewtätigkeit habe ich auch Zugänge zu Datenbanken (SCOPUS), auch eine Form der Fortbildung, ist aber im gleichen Themengebiet, dazu dann noch die Mitarbeit in Fachgesellschaften und in Arbeitsgruppen wo man von Kollegen sehr gut profitieren kann, qualitativ die hochwertigste Form, bspw. aktuell eine Arbeit über Proteinverzehr im Alter in einer weltweiten Arbeitsgruppe (CAN, USA, AUS), dazu noch eine Einladung zu einer Arbeitsgruppe über Sarkopenie. Dazu noch EUGMS noch Schatzmeister und Vorstandsmitglied. Gezielt dann Bücher und Zeitschriftenartikel zur Vorbereitung bestimmter Themen und Vorträge
Int-01-20	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Zeitschriften Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Fachgesellschaften	
Int-01-22	Interorganisational:Netzwerke:Qualitätszirkel Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Fachabteilungskonferenzen Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Teambesprechung	Ganz wichtig, Wissensaustausch zwischen dem Team und mir ist vorhanden, könnte intensiviert werden, einmal im Monat eine Abteilungskonferenz pro Haus, dann wöchentliche Sitzungen, Qualitätszirkel mit Niedergelassenen einmal pro Quartal
Int-01-27	Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Fehlerkultur	Fehler werden thematisiert, man beherrscht sich diese nicht emotionalisiert zu besprechen, in der Geriatrie sind die Personen eher selbstkritisch (Grübler), Fehler werden auch gut selbst analysiert, die dann lediglich eine Begleitung benötigen, Mentalität ist eher fehlerorientiert
Int-01-33	Interorganisational:Netzwerke:NetzwerkCIRS	Hgienesysteme, es gibt Vorschriften über Hygienereports, das macht die Hygiene im Klinikum, dort beteiligen wir uns an einem MRSA-Projekt
Int-01-39	Intraorganisational: Einflussfaktoren:positiv:GemeinsameAbteilung	Klinikum umgesetzt aber noch nicht perfekt, im EV ein Konzeptentwurf. Die Konzepte sehen eine gemeinsame Station von UCH, Ortho und Geriatrie vor und dann auch mit gemeinsamer Fortbildung.
Int-01-51	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Abteilungskonferenzen Interorganisational:Netzwerke:Qualitätszirkel	Einmal halbjährlich beide Häuser eine Gesamtsitzung, Qualitätszirkel mit Niedergelassenen einmal pro Quartal
Int-01-52	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Vorträge	Viele Vorträge bei verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Therapeuten), bspw. bei kardiologischen Symposium bei Herrn Eisässer (Adipositas im Alter, Sarkopenie), bei Rheumatologen (Pharmakokinetik im Alter), bei Gastroenterologen (Malnutrition im Alter), dazu dann noch bei Seniorenvereinigungen, das ist aber häufig auch Beziehungslernen, Lernen über den Anderen, wie wird kommuniziert, wie sollten Patienten laufen, das geht dann gut über Vorträge und Diskussion
Int-01-55	Interorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Persönlicher_Kontakt	Keine Systematik, aber Aufforderung zum Anrufen der Hausärzte, aktive Kontaktsuche

ID	Kategorie	Text
Int-01-57	Interorganisational:Einflussfaktoren;positiv:Persönlicher_Kontakt	Die Beschwerden kommen eher bei Nichtanruf, wenn wir bspw. ein Medikament ansetzen und der Hausarzt sagt dann nein, dann bringt das nichts. Daher rufen wir dann und sagen „Wir würden das machen“ und der Hausarzt sagt „Nein“, dann fragen wir „Und jetzt“, wir versuchen zu schauen wie die Patientenkategorie weitergeht, auch wenn wir nicht wissen, was genau vorliegt. Ich denke, dass bei uns die Frequenz höher ist
Int-01-66	IT:GERDA	Ganz wichtig, Arbeitsalltag ist IT-geprägt, Befundkommunikation, Laborkommunikation, Befunderstellung, die Kommunikation läuft schneller, dazu auch wichtig für die Dokumentation hinsichtlich spezifischer geriatrischer Inhalte, im Klinikum etwas fortgeschrittener als im EV, da gibt es auch geriatrisch-spezifische IT-Systeme (GERDA)
Int-01-71	Interorganisational:Prozesse:Hospitation	Rotation zur Fortbildung ist auch geplant, wird aber noch nicht so gelebt, da gibt es noch einfache Hürden zwischen den Häusern, aber das ist zäh. Schon angestoßen in der PDL, aber das versuche ich wieder.
Int-02-07	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Morgenfortbildung Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Zeitschriften Intraorganisational:Prozesse:Interdisziplinäre_Teams IT:Literaturportal	Wir haben unten eine Frühbesprechung 2x in der Woche, da tragen Kollegen Kurzvorträge vor, die werden mit je 1 CME-Punkten bedacht, da kann man hingehen, wenn am die Zeit denn hat (!), ansonsten gibt es Fachzeitschriften die ich abonniere oder die ich bekomme über meine Status bekomme, dann gibt es den Mangel der Zeit der das eben sehr eingrenzt, die wichtigste Quelle ist mit den anderen Fakultäten hier sprechen über Probleme und das schnelle Nachgucken im Internet
Int-02-09	IT:Literaturportal	Suchmaschinen für Laborfragen, für Innere Fragen, aber auch allgemeine Angebote, Leitliniennachlagen, RKI bei Infektionen, WiSo, die Dachgesellschaft die gerade für das Problem zuständig ist, da kann man dann gucken Ja, total gut sogar, weil wir ja Geriatrie sind. Jeden Morgen haben wir 8:40 Frühbesprechung, da nehmen alle Professionen teil also, Sozialdienst, Neuropsychologie, Logo, Physio, Ärzte, Pflege. Da wird über jeden Patienten kurz gesprochen, was nach Abschluss der Arbeit am Vortag bis zum Morgen, Zeitpunkt der Besprechung, vorgefallen ist und da wird auch erklärt und geklärt, da spricht jede Profession und das haben wir in den letzten 2 ½ gut hinbekommen, jede Profession spricht in ihrer Fachsprache und das wird auch übersetzt, d.h. wir stellen Fragen und die Fragen werden sofort beantwortet und wir versuchen gemeinsam einen Level zu finden.
Int-02-16	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:Interdisziplinäre_Teams Intraorganisational:Einflussfaktoren;positiv:Kommunikationskultur	

ID	Kategorie	Text
Int-02-17	Intraorganisational:MGT_Runde Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Kommunikationskultur Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:KnowledgePitches IT:GERDA	<p>Das gleiche haben wir mit GERDA gemacht, also wir diese Sitzung einmal in der Woche haben, da mussten wir alle lernen, kurz und prägnant zu formulieren und da mussten wir auch noch einmal in die Sprache der anderen übersetzen, die Pflege bspw. versteht verständlicherweise nicht so viel davon was die Physio, Ergo, die neurophysiologische Testung hat viele Fremdwörter, nicht nur Fremdwörter verstehen, sondern auch inhaltlich füllen mit der Klinik die der Patienten hat, das ist ein langjähriger Lernprozess, aber ich denke wir sind da gut am Ball und wir wachsen da zusammen, und ich hatte auch früher zu besseren Zeiten alle vier Wochen angeboten, 1) dass wir wenn gewünscht ist immer wieder Fortbildung machen, dann kommen die Schwestern mittags dahin und dann mache eine halbe Stunde zu einem Thema oder 2) was ich auch angeregt habe, was aber momentan zeitlich nicht geht, vor jeder GERDA-Sitzung erklärt eine Profession einen kleinen Inhalt, MMT oder TUG oder was ist wieso, konstruktives, Kurz-/Langzeitgedächtnis, Demenz, Delir und so, das haben wir in Eigenregie gemacht, immer nur 5 Minuten, nicht großartig, mehr so wie in der Erziehung „steter Tropfen höhlt den Stein“, ständige Konfrontation führt doch letztendlich zum Lerneffekt</p>
Int-02-22	Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Fehlerkultur Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Kommunikationskultur	<p>In meinem Leben habe ich oft Feedback bekommen, dass man bei mir keine Angst haben muss, mit Fehlern anzukommen oder irgendetwas zu sagen. Mein Ansatz ist 1) wir richten das, damit nichts passiert, und das meiste kann man ja richten, wenn man es weiß, schlimmer ist wenn man es nicht weiß und das 2) man guckt dann, klärt nochmal auf und guckt wo kommt das her, damit es sich nicht wiederholt. Und wenn man so etwas in einer gewissenhaften, konstruktiven Art und Weise tut, dann haben alle was davon, und mit Strafen haben wir es nicht, jedenfalls ich nicht. Das ist nicht mein Ding, ich glaube da wäre ich nicht erfolgreich. Ich kann schon einmal streng werden, wenn sich ständig etwas wiederholt, aber ich glaube das ist die Strenge die ich denke, die derjenige der das da macht sich selber auch mal antun müsste, damit das nicht ständig passiert. Ich würde sagen, wir haben jede Menge Fehler in der Pflege, die sehen uns auf die Finger, wir denen, das tägliche Einerlei mit den Kurven, da ist jeden Tag was zu finden, man selber wird aber auch jeden Tag erinnert, das ist alles menschlich, aber das hält sich in Grenzen. Nach 20 Jahren Klinikführung würde ich sage, was wir haben gibt es überall und es wird nie ohne gehen, man muss nur im Blick halten und dran denken und immer und immer und immer wieder besprechen. Nutzt nichts, so machen wir das.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-02-32	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Morgenfortbildung Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Patientenverlegungen Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:KnowledgePitche	<p>Doch, das sind die Gastroenterologen, die Radiologen, die Nephrologen und die Geriater und das ist ja schon ein riesiges Gebiet. Und die bekommen durch die kleinen Aufsätze auch schon ein bißchen von den anderen was mit. Aber der beste Austausch ist, wenn man gemeinsam Patienten hat und dann überlegt, wie man die behandelt mit den Inneren. Da gibt es einen Austausch am Patienten, mit den anderen Fakultäten darüber hinaus nicht. Da gibt es hier im Haus Fortbildungen von den anderen Fakultäten, da kann man hingehen jederzeit, da kann man hingehen, das ist ja an den Litfaßsäulen und der Zeitung, das können wir alles im Computer abrufen. Aber das ist Eigeninitiative.</p>
Int-02-50	Interorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Patientenverlegungen Interorganisational:Prozesse:Überleitungsmanagement	<p>Also erst einmal bekommen die Patienten einen Entlassungsbrief mit, der ist an Bord, der ist sehr ausführlich bei den alten Patienten, die sich nicht immer selber artikulieren können. Und dann ist so, wenn wir etwas komplex finden, zu Hause viel Weiterbetreuung braucht, oder wenn wir eine Therapie exsersiv geändert haben oder wenn wir kostenungünstig arbeiten müssen, dann rufen wir an. Wir rufen auch an, wenn wir uns ein Bild machen müssen und wir denken, Fremd- und Eigenwahrnehmung passt nicht zusammen. Ich finde das gut.</p>
Int-02-59	Interorganisational:Prozesse:Überleitungsmanagement	<p>Da gibt es von den Schwestern den Überleitungsbogen, da stehen persönliche Sachen wie Erkrankungen, Pflegegeschichte, Hilfsmittelbedarf, Nahrung, Kontinenz und Medikation, damit die Pflege in der anderen Einrichtung lesen kann, wobei dieser fremde Mensch Hilfe in den ADLs braucht. Von unserer Seite gibt es an den medizinischen Kollegen den Verlegungsbrief mit, da steht in der Epikrise ja auch alles drin, über den Krankheitsverlauf auf Station meist sehr ausführlich, die Verlegungsmedikation, am Kopf des Bogens die Verlegungs- und Vordiagnosen, also aktuelle und bekannte relevante Vordiagnosen auf zwei Ebenen. Und dann haben wir es hier so eingerichtet, dass der Wechsel, also Aufnahme oder Weggehen, wenn möglich um 11 Uhr stattfindet. Das hat logistische Gründe, wann sind die Briefe morgens fertig, wann ist der Transport fertig und wann möchten die anderen Häuser ihre Patienten haben. Vechta möchte möglichst nicht nach elf, weil dann ist noch Blutaufnahme möglich, dann ist Aufnahme noch möglich. An deren Ablauf versuchen wir das so zu machen wie es geht.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-02-65	Interorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Persönlicher_Kontakt	<p>Dreimal und ich finde das total schön, Herr XX und Herr YY sind ja Kollegen von mir und jetzt hat man endlich, man hat so komplikationslose Kommunikation wie noch nie. Also gestern rief der Kollege an, wie lange nimmt der Herr Soundso Antibiose, wir haben das gar nicht hier, muss das noch sein? Da haben wir schnell nachgeschaut und gesagt „Und sowieso noch 20ter, braucht ihr keine Packung mehr für was weiß ich“ und dann ist gut. Dann wusste er nicht wo der Infekt ist, dann hat er das irgendwie überlesen, dann konnte man das sagen, da und da und so ist das gewesen und dann hatte er gleich ... und man kennt den dann. Das ist ein 5 Minutengespräch oder ein 3 Minutengespräch und schon ist man im Bilde und weiß wie man mit ihm umgehen muss, mit dem alten Herrn. Das ist gut.</p>
Int-02-69	IT:GERDA Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:IT-Fehler	<p>GERDA, ich liebe GERDA ... nicht. Ich hasse GERDA, aber das darf ich ja nicht sagen. Also, GERDA ist zeitaufwändig bis zum geht nicht mehr. Es ist auch unübersichtlich, es schafft mehr Verwirrung als Nutzen, oft. Es ist einfach Zeitkiller. Und ... bringt auch nix.</p>
Int-02-74	Intraorganisational:Prozesse:Konsil	<p>Das kann sein, es ist auch so, mit dem Computer. Wer damit groß geworden ist, der geht da ganz souverän mit um, aber wir haben Konsile auf Papier, wir haben Konsile auf Papier die muss man faxen. Wir haben Konsile, die muss man hier im Haus faxen, da muss die hier im Haus faxen, die muss man hier zu einer Stelle faxen, dann werden die rausgefakt. Dann haben wir Konsile, die kann man nur ins Netz stellen.</p>
Int-02-76	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:IT-Fehler	<p>Man darf nur Untersuchungen anmelden, und bekommt dann im gespeichertem System einen Termin, der ist viel zu spät. Ok, wir haben das gemacht so wie das soll und telefoniert. Also, wenn ich das mal aus alten Zeiten sehe, der doppelte und dreifache Aufwand mit dem ganzen Tüddeldada und haste nicht gesehen, weil es ja wirklich nicht funktioniert. Weil auch durch die Art der Kommunikation viele Information verloren gehen, man kann nicht in Kürze irgendwas beschreiben und so klar machen, dass der andere weiß, jetzt muss ich heute morgen als erstes da ein Echo machen weil da steht das und das im Hintergrund. Alle Leute haben die gleichen Wörter, die gleichen Gründe, die gleichen Fragen und dann ist eben doch das persönliche Gespräch und die individuelle Entscheidung und das Umsetzen, das ist ganz oft, dass was man hinterher schieben muss.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-02-78	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Fehlende_Kommunikationskultur Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Fehlende_Kommunikationsräume	<p>Ja, und wo man auch ... man kann ja nicht. Wenn die Kiddies heute lernen SMS zu schreiben, wenn ich die Kommunikation sehe, da geht alles verloren, keine Stimmungsschwankungen, keine Räume in denen man spricht, keine Aura, keinen Unterton. Diese ganze psychosoziale Kiste fällt raus, und das macht ja auch mindestens die Hälfte eines Gespräches aus, es geht ja nicht um Austausch von Zeichen, Wörtern und Buchstaben nur. Das ist eben die Reduktion durch die Systeme, die wir erfahren, und das ist eben in manchen Fällen nur die halbe Wahrheit und dann hängt man doch wieder am Telefon, weil es mehr ist, weil da noch mehr ist. Wenn man das ganze jemanden beschreiben, ich kann in 5 Minuten einen kardiologischen Fall so beschreiben, dass der andere mir sagen kann „Nee, also wenn das alles so ist und wackelig und das passiert ist, dann würde ich dem jetzt doch nicht Blutgerinnung machen, das hört sich nicht gut an“. Die gleiche Information kriege ich aber nicht hin, wenn ich dem mehrere Scores, die es ja gibt, wenn ich ihm die anbiete, dann kommt „Nach Leitlinie soundos“, mein Imputus war aber „Diese Leitlinie kenne ich auch, aber die hilft jetzt nicht weiter, wie schätzen Sie das Risiko ein bei dem Patienten“. Das ist auch ein Bauchgefühl, wir haben es hier erlebt, der ist so und so oft hingebätzt, der hat sich nichts schlimmes getan, aber der könnte ja mal und dann hat er noch das hier.</p>
Int-03-09	Intraorganisational:MGT_Runde	<p>Dann ist 1x in der Woche pro Patientengruppe eine interprofessionelle oder multiprofessionelle Teamsitzung wo alle 1x Patienten wöchentlich durchgesprochen werden, dafür haben wir für 15 Patienten ein Zeitfenster von einer Stunde, das ist Dienstags und Mittwochs, wobei ich an beiden Terminen teilnehme, weil dann immer ein Geriater dabei sein soll, wobei mein Kollege das ja noch nicht ist. Mein Kollege hat an den versetzten Tage Visite, also Dienstag und Freitag, ich habe Montag und Donnerstag. Das sind die fixen Termine, ansonsten bin ich mit Patientenaufnahmen, Entlassbriefen, Verlängerungsanträgen und allgemeinen administrativen Dinge beschäftigt.</p>
Int-03-13	IT-Prozessplanung Intraorganisational:Prozesse:Therapiepfade	<p>Es gibt eine EDV-Abteilung die sich mit 2 Vollkräften nur darum kümmert, dass Haus zu verplanen. Also jede einzelne Untersuchung, jede einzelne therapeutische Sitzung, Gruppentherapien, Einzeltherapieangebote aber auch Fortbildungen sind EDV-technisch hinterlegt und für die wird man geblockt für einen bestimmten Zeitraum für ein bestimmtes Thema.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-03-17	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Kongress	<p>Fort- und Weiterbildung spielt formell schon eine sehr wichtige Rolle, zum Einen muss ich natürlich auch meine 250 CME Punkte alle 5 Jahre nachweisen. Aber ich muss auch fachgebunden die CME Punkte und weitere Fortbildungen nachweisen, weil ich ja die Weiterbildungsbefugnis Geriatrie habe und die hängt schon davon ab, dass man regelmäßig an Fortbildungen teilnimmt. Und natürlich ist sonst auch von Interesse. Ich versuche, einmal im Jahr einen Kongress zu besuchen, der ja immer mit Fortbildung verbunden ist.</p>
Int-03-19	Interorganisational:Qualitätszirkel	<p>Also ich mache einen Qualitätszirkel mit Polypharmazie mit der KJK zusammen, da bin ich einmal im halben Jahr fest mit drin. Aber ansonsten ist es viel Online-Angebot und Printmedien die ich nutze.</p>
Int-03-31	Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Gemeinsame_Fortbildung	<p>Die Pflegekräfte müssten auf jeden Fall noch mal eine Fortbildung zum Thema Diabestes Mellitus und Insulinverabreichung bekommen, das ist das nächste was ich da oben geplant habe. Mit den Orthopäden ist geplant, dass wir gemeinsam uns weiterbilden zum Thema Lagerungsmöglichkeiten nach Hüftoperationen um Hüftluxation zu vermeiden, das man da vielleicht auch einen Standard gemeinsam entwickelt der für das Haus tragend ist, weil es gibt ja hier auch eine Abteilung für orthopädische Rehabilitation. So was ist angedacht.</p>
Int-03-62	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Abteilungskonferenzen	<p>2x jährlich die Konferenz des GZO, wo die unterschiedlichen MA der einzelnen Geriatrien sich treffen.</p>
Int-03-64	Interorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Patientenverlegungen	<p>Nur im Einzelfall bei Patientennachfragen.</p>
Int-03-80	IT:Diktat Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:IT-Infrastruktur	<p>Das ist alles hier ... ich diktiere alles, das geht direkt online in den Schreibdienst. Hier gibt es keine Kassette mehr, das läuft über SpeechMic von Philips. Also, ich wüsste nicht, was man hardwaremäßig noch verbessern könnte. (LRD: Das ist ja eher selten) Das ist das Beste, was ich je gesehen habe in all den Kliniken, die wir vorher schon aufgezählt haben.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-04-25	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:Kongress eLearning:Ja Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Zeitdruck	<p>Es gibt einmal die formellen Lernangebote durch den AG, die ich wahrnehmen muss, weil sie verpflichtend sind, wie Brandschutzunterweisung, Strahlenschutzunterweisung und Gefahrschutzunterweisung. Dann gibt es die Fortbildung zum Bereisen, selber aussuchen oder auch selber drum gekümmert. D.h. ich habe da irgendwie eine reisende Veranstaltung, die ich dann besuchen kann, mit Bus oder Bahn irgendwo in fernen Städten. Und dann gibt es so hausinterne Fortbildungen von der Ärztekammer, Fortbildung so, dass eigentlich von der Bandbreite der Fortbildungen, Qualität, Themenauswahl genügend da vorhanden, sodass man seine dann auch seine CME-Punkte da auf so eine Art und Weise zusammen kommen würde. Ich benutze hauptsächlich diese Onlineangebote, ich lese mir irgendwas durch, weil ich nicht jemand bin, der jetzt gerne Wochenende in fremden Städten verbringt, fernab von der Familie. Das wäre mir zur zeitaufwändig, dass ich jetzt 8h irgendwo hinfahren muss, dann da 2h sitze und dann wieder zurückfahre. Das ist Kappes, das mache ich nicht, das dauert zu lang.</p>
Int-04-35	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:KeinLiteraturportal	<p>Sprich also, ich kann in den Kiosk gehen, mir etwas ausleihen, aber ich muss es da liegenlassen. Und Frau Hobenbeck guckt dann in meine Aktentasche, ob ich ein Buch eingesteckt habe. Wir haben eine eigene kleine Bibliothek in unserem Bereitschaftsraum, das ist aber eigentlich veralteter Buchbestand, da können Sie das Wissen der letzten 20 Jahre erwerben. Ist kein aktuelles Wissen. Aber ansonsten aktuelle Literatur, so wie man es sich an einer Universität vorstellen würde oder an einer modernen Klinik, findet hier nicht statt. Wir haben auch kein Login für Zeitungen usw. Wenn sie eine bestimmte Information, eine rezente aktuelle Information haben wollen, müssen sie dafür eigentlich schlimmstenfalls den Verlag Geld geben, um an diese wissenschaftliche Veröffentlichung, Paper zukommen, z.B. wenn ich irgendwas wissen will.</p>
Int-04-39	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Kongressdurchführung Interorganisational:Netzwerke:Ärzttestammische	<p>Ja, privat kann ich mir alles kaufen, das ist immer so. Da kann ich auch nach Mercedes gehen und mir den größten Mercedes kaufen, ist klar. Und dann haben wir hier noch (zeigt auf Bücherregal) so eine Altpapiersammlung, wollen wir mal so sagen, da stehen unsere Bücher drin, die wir im Laufe der Zeit geerbt haben. 80er-Jahre oder historisch oder noch älter. Aber aktuell, ne, findet nicht statt. Alle Jubeljahre ist so eine NCH Veranstaltung, die der CA Kretschmer ausrichtet oder aber man kann mit dem CA Meyer zu irgendwelchen Wirbelsäulenstammischen, wo dann lokal sich in dann irgendwelchen Lokal getroffen wird.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-04-43	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Mittagskonferenzen Intraorganisational:Prozesse:Facharztzubildung Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Pathologische_Konferenzen Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Reflektionskonferenzen Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Personalmangel	<p>Morgens Frühbesprechung, Nachmittagsbesprechung Aufrollen der aktuellen Fälle, Fortbildungen für die AA, zeitweise gab es einen Assistentenmontag wo es Unterricht und Klausuren gab, neuropathologische Konferenz alle 3-4 Monate dort Analyse kritische Fälle wenn der Pathologe etwas anderes meint als wir, sporadisch einzelne Vorträge zu seltenen Fällen, hängt aber davon ab, wie viele Leute da sind, bei vielen gut machbar</p>
Int-04-59	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Fehlende_Kommunikationsräume	<p>Ja, das ist einer in Bremen, der ist die Konferenz und der kommt zu uns. Ansonsten sind wir ein Neurozentrum, wobei das Neurozentrum als Wort existiert. Eine wirkliche Verquickung dieser Abteilung findet, wahrscheinlich schon traditionsgemäß, gar nicht statt, weil sich diese Abteilungen erst vor 100 Jahren entwickelt haben. Die NCH ist eine relativ neue Disziplin, ist erst nach dem Krieg aufgetreten, die ist erst 70 Jahre auf dem Markt. Da bestehen fachlich und auch von den Krankheitsbildern Barrieren, dass sie die Fächer zusammenfließen lassen, die einen machen konservative, die anderen operative Krankheitsbilder. Beide Berufe haben andere Ansprüche an die Stationsarbeit und Behandlungsstrategien. Man hat eine gewisse Schnittmenge, aber die Schnittmenge ist bedingt durch die Krankheitsbilder gar nicht so groß, dass sich daraus eine Konferenz machen lässt. Ein Hirntumor interessiert mich während meiner Arbeitszeit nicht so sehr wie ein Hirntumor, den ich operieren kann. Da brauche ich meine 8-10 Stunden Zeit, die ich habe für diesen Patienten. Insofern gibt es das Wort Neurozentrum, in dem die Neurodisziplinen reingehören, aber eine tatsächliche Verschmelzung, dass man da eine Konferenz macht, ist mal versucht worden, ist aber wieder weg.</p>
Int-04-63	Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Patientenverlegungen	<p>In manchen Fällen ja, aber das findet auf individueller Ebene Arzt zu Arzt, OA zu OA. Meistens OA-Ebene, dass die kommunizieren, etwas Überlegungen, und dann einer Abteilung zuweisen.</p>
Int-04-69	Interorganisational:Prozesse:Leitlinien	<p>Teilweise, es gibt weniger Leitlinien von der DGNC, eher von der DGN, die kann man auch einsehen und wir versuchen dann natürlich auch gemäß der Leitlinien, weil der Patient oder die Angehörigen natürlich auch die Leitlinien lesen können, die dann so zu handhaben. Wobei die LL natürlich auch kritisch zu bewerten sind, da gibt es Wissenschaftskritik, weil viele LL auch von der Industrie manipuliert werden. Sprich: diese LL haben für den Patienten keinen Benefit, sondern für die Leute die im Hintergrund stehen und dann irgendwie ein Medizinprodukt verkaufen.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-04-71		<p>Ja klar, die Medizinprodukteindustrie ist interessiert ihre Schrauben zu verkaufen, LL für Spondylosen, die Pharmaindustrie für den Gebrauch oder Nichtgebrauch von Medikamenten. Z.B. Medikamente, die wenig Gewinn abwerfen, werden gar nicht so gerne genutzt und auch gar nicht beworben, weil die gar nicht so einen Etat haben wir z.B. populäre Medikamente mit einer hohen Gewinnspanne. Folglicherweise setzen viele Ärzte erst populäre Medikamente mit einer hohen Gewinnspanne ein, weil die tüchtig beworben werden, dann finden sie auch vielmehr CME-Fortbildungen. Wenn Sie mal so ein paar Fortbildungen machen, finden Sie dann vielmehr CME-Fortbildungen mit dem Resultat, dass dieses Medikament am besten für den Patienten ist. Das finden Sie dann gehäuft auf den letzten Fragen, 7,8,9,10. Da häufen sich dann die Fragen, weil es das letzte ist, was hängenbleiben soll, positive Studienangaben, eine extra Seite mit Papern, wo versucht wird, das zu belegen. Dieses Herangehen muss man natürlich kritisch beurteilen.</p>
Int-04-74		<p>Durchaus, sonst wären ja auch Kongresse gar nicht machbar, wenn die Pharmaindustrie da wäre und sponsort, irgendwer muss dafür Geld geben, weil sonst können die gar nicht zu dem Preis oder in der Qualität wie man sich die wünscht, mit Canapees, Bierchen, Essen und Toskanabankett oder was weiß ich, gar nicht anbieten. Und natürlich hat die Industrie dann ein Interesse daran, die Produkte vorzuzeigen, die dann entsprechen dem Krankheitsbild angeboten werden. Damit muss dann wahrscheinlich auch leben können, wenn man einen entsprechenden Standard haben will. Man kann ja keinen Bastelkurs anbieten, mit menschlichen Leichen zum Selbstkostenpreis, dass wird zu teuer, da bleiben die Leute weg. Oder es gibt auch Produkte, die so massiv gesponsort werden, dass die Industrie sämtliche Kosten übernimmt, damit sie da hinfahren. Bei Vertebroplastie oder Kyphoplastie, da werden sie umsonst eingeladen, da trägt die Industrie alles, Hotel, Bastelkurs. In der Hoffnung, dass sie dann aus dem Produktportfolio dann was mitnehmen nach Hause und einkaufen.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-04-87	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Finanzdruck	<p>Man kann die anrufen und fragen, aber eine direkte Kommunikation findet zumindest in diesem Haus, in der Form wie ich es früher in anderer Form erlebt habe, findet nicht statt. Ob die Abteilung erfolgreich wirtschaftet, weniger erfolgreich, dass ist alles nebulös in diesem Haus. Das wird nur veröffentlicht, wenn etwas schiefgeht und plötzlich kein Geld mehr da ist. Dann werden Dinge plötzlich veröffentlicht. In anderen Häusern ist das transparenter, da kommt dann eine Rückmeldung mit Zahlen, da kommt einer und sagt „Gucken Sie, so sieht es jetzt aus diesen Monat, läuft gut, läuft schlecht, wir haben hier noch Möglichkeiten“. In anderen Häusern kommt auch der OA und sagt „Wir sind fertig für dieses Jahr“ im Oktober oder November, und der nächste Monat ist nur noch für den Bonus. Da gab es noch ein Feedback, hier gibt es überhaupt kein Feedback, sie sehen da überhaupt keine Zahlen, auch nicht von den Umsätzen, den Operationen. Das können Sie nur mitverfolgen und selber im Kopf halten, das ist nicht transparent hier.</p>
Int-04-91	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Finanzdruck	<p>Dann passt dann der Schraubverschluss nicht (Lachen). Und das ist dann wenig transparent für die MA, auch nicht so eine geschönte Statistik, auch wenn sie nicht alles sagen wollen, dass aber dann zumindest der Kurs stimmt. Nö, da wird dann plötzlich festgestellt, im November sind wir bankrott, das wird dann im Sommer plötzlich festgestellt. Das wissen die natürlich schon viel länger, aber die meinen wahrscheinlich, dass die mit Holzköppen zusammenarbeiten und alle anderen außer sie eben Holzköpfe sind und dann nix merken.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-04-94	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Zeitdruck Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Dokumentationsaufwand	<p>Ich ersetze jetzt eine Schreibkraft, ich bin oftmals über Stunden eine überbezahlte, nicht effiziente, teure Arztssekretärin, weil ich meine Briefe selber schreiben muss. In dieser Zeit könnte ich eigentlich, wenn ich wirtschaftlich denke, auch einen Patienten mit dem Produkt Bandscheibe operieren und für dieses Produkt 3000 EUR erhalten. Damit kann ich mit zwei Bandscheiben-OPS über zwei Stunden habe ich zwei Sekretärinnen für den Monat, wenn ich das netto bekommen würde, bezahlt. Das ist ein Witz, das ist vollkommen rausgeschmissenes Geld, wenn ich hier size und Arztbriefe schreibe. In anderen Kliniken, die da schlauer sind, ist es so, die haben da ein dickes Glasfaserkabel an das Haus angestöpselt, da verschwindet das Diktat nach Indien, China irgendwo wo die Leute Deutsch sprechen, die tippen das und morgens, Abakadabra, habe ich den Brief im System, lese den einmal Korrektur und kann den dann an die Schwestern freischaalen, die drucken den aus und tüten den ein. Hier, in diesem System ist es so, dass ich den ausdrücke, dann selber die Unterlagen parat lege usw., also ich size auch vorne noch einmal 1 Stunde, ordne die Unterlagen, stecke die zusammen, verliere wieder 1 Stunde. Wieder, wo ich etwas anderes machen könnte, Patientengewinn für den Laden hier, höherwertige qualitative Versorgung, findet hier nicht statt. Hier im Hause ist es so wie in der realen DDR, auch ein besser Ausgebildeter kann die einfachsten Tätigkeiten machen. Das finden die hier gut, das ist auch teuer, ist auch egal, dass einer da eben einen hohen Stundenlohn hat, ist aber toll er das macht. Gibt es woanders nicht.</p>
Int-04-98	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:IT-Fehler	<p>Genau, gibt es auch nicht. Wir haben eine Batchdatei, die geht zum Radiologieprogramm von Vectra, das hatten die schon vorher gekauft, und die Vorgängersoftware war eine einzige Flickschusterei, das war dieses CyMed-System, da haben die nur mit Batchdateien gearbeitet, da haben die IrfanView eingeflochten, damit wir einen Dokumentenbetrachter hatten für Scans. Das war ganz wild, sie konnten den IrfanView nur eine Richtung benutzen, sonst waren sie in der verkehrten Akte und haben sich gewundert „Kommisch, vor zwei Seiten war noch gar keine Rede von Herzinsuffizienz, was ist das für ein komischer Patient“. Dann haben Sie da angerufen, und die haben gesagt, dass ist ein Benutzerfehler. Sie dürfen nicht die grünen Knöpfe nehmen nach oben und unten, sondern die roten nach links und rechts, wenn sie die anderen nehmen, blättern sie von Akte zu Akte. Und der Speicher wird nicht gelöscht, sondern ist wie ein Stapel, der von oben nach unten gelegt wird.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-05-04	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:WissArbeiten	<p>Also die Funktion des leitenden Oberarztes umfasst bei uns im Grunde das gleiche wie in anderen Abteilungen auch, d.h. grundsätzlich sind sie Stellvertreter des ärztlichen Direktors. Das ist das eine und das zweite ist, dass ich die komplette Organisation der Abteilung mache. Das geht los mit OP-Planung, das geht weiter mit Einbestellungen, Entlassungsmanagement, im Grunde Urlaubsplanung gehört dazu, Abwesenheitsplanung gehört dazu. Nebenher ist es so, dass ich nach wie vor die Funktion habe, sozusagen die wissenschaftlich aktive Gruppe leite ich nach wie vor. Das kommt noch mit dazu. Man kann sagen, Ansprechpartner für Organisatorisches sowohl für Anfragen von innen als auch für Anfragen von außen. Frau Kallweit bspw. leitet gerne Gespräche weiter, das gehört eben dazu. [LRD: Mhm] Aber kurzum eigentlich: Stellvertreter des ärztlichen Direktors und eben im Grunde die komplette Organisation, die so eine Klinik einfach mit sich bringt.</p>
Int-05-25	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:OPKurse Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung:WissArbeiten	<p>Ja, wir nehmen das sehr intensiv sogar wahr. Wir haben also durch Gespräche und Austausch mit der Industrie haben wir so eine Art, ja wie soll ich sagen, Sponsoring bekommen, wonach wir regelmäßig Kollegen auf wirklich sehr gute, hochklassige Kurse schicken können, also OP-Kurse. Und wir nehmen das ultimativ ernst, weil aus meiner Sicht eine absolute Selbstverständlichkeit und es geht nicht ohne. Man muss sich weiterbilden, man kann nicht in der heutigen Zeit nicht allen Themen gleich gut drin sein. Ich habe jetzt, ähm, mich interessiert der obere Gastroenteraltrakt mehr und die Leber und Hepa .. Leberchirurgie als z.B. Kollorektalchirurgie, d.h. ich lege meinen eigenen Schwerpunkt dann eher da drauf. Ich versuche mich da sowohl weiterzubilden als auch wissenschaftlich aktiv zu sein. Und wir haben als Angebot für die Kollegen und auch für jüngere Kollegen insbesondere, haben wir eben, kriegen wir regelmäßig Einladungen zu sehr guten Kursen an sehr renommierten Unikliniken in Freiburg, Heidelberg, Dresden, wo eben Kollegen aktiv aufgefordert werden, also was heißt aufgefordert werden, das klingt so brutal, also gefragt werden, ob sie nicht Lust hätten hinzufahren. In der Regel wird das sehr dankbar angenommen. Also, sehr wichtiges Thema, ganz elementar.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-05-33	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:MundMKonferenzen Intraorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Fehlerkultur	<p>Auch das sind Vorgaben durch die Zertifizierungen jetzt zum Darm- und Pankreaszentrum, sind eben diese regelmäßigen Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen vorgeben. Aus meiner Sicht machen wir das noch zu wenig, die Fehlerkultur ist noch sicher ausbaufähig. Das hat natürlich mit traditionellen Strukturen zu tun und möglicherweise mit dem alten Personalstamm, den wir eben zum Teil noch haben. Ohne da jetzt jemanden einen Vorwurf zu machen, aber Kollegen, die nie gelernt haben, darüber zu diskutieren. Man fällt dann relativ häufig in so eine Vorwurfshaltung, die reden hier über mich oder die reden über meine Fehler, die reden über Schuld. Aber Morbidität und Mortalität sollte nie eben in diesen Kategorien wie Schuld diskutiert werden, sondern es geht darum, was ist gut gemacht worden was nicht, wie können wir es beim nächsten Mal verhindern und wie können wir es beim nächsten Mal besser machen. Aber das in die Köpfe zu kriegen ist tatsächlich ein echter Prozess. Aus meiner Sicht machen wir das noch zu wenig, das, wie gesagt, das wird aber entsprechend vorgeben. Das wird sich möglicherweise erst in ein paar Jahren ändern.</p>
Int-05-41	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Fehlende_Kommunikationsräume	<p>Leider nein, haben wir leider nicht. Es wäre wünschenswert, dass wir sowas wie eine Oberarztkonferenz haben, es wäre wünschenswert, dass wir sowas wie eine, ja wie soll ich das, eine abteilungsübergreifende vielleicht die leitenden Oberärzte, das haben wir leider nicht. Das ist ein Defizit, aber haben wir derzeit nicht.</p>
Int-05-48	Intraorganisational:Einflussfaktoren:negativ:Fehlende_Kommunikationsräume Interorganisational:Netzwerke:Alumni	<p>Da haben wir auch nichts systematisches, leider. Auch das wäre natürlich wünschenswert, wenn wir dann einen regelmäßigen Austausch haben. Es gibt fachlichen Austausch mit anderen Kliniken, den gibt es sehr wohl. Alleine durch die Tatsache, dass wir natürlich der Prof. Raab viel unterwegs ist und ich eben durch meine Tätigkeit eben auch regelmäßig dann nach Heidelberg meinen Lehrverpflichtungen mache, ist natürlich im Laufe der Jahre, weil viele Heidelberger natürlich auch weggegangen sind, irgendwo beschäftigt sind, man trifft sich dann auch da wieder zur Lehre und insofern gibt es da schon intensiven Austausch. Ich find das auch immer schön. Beim letzten Mal in Heidelberg, ich mach das immer blockweise eine Woche, weil das eben anders nicht praktikabel wäre, also eine Woche Lehre in Heidelberg vollzeitig. Da war zufällig ein Kollege, ein ehemaliger Heidelberger Kollege, der jetzt in Stuttgart tätig ist und so trifft man sich immer wieder in Heidelberg. Das ist ganz schön und tauscht sich natürlich auch aus.</p>

ID	Kategorie	Text
Int-05-50	Interorganisational:Einflussfaktoren:positiv:Patientenverlegungen Interorganisational:Prozesse:Überleitungsmanagement	<p>Nein, haben wir, wir haben ... Man kommuniziert da letztlich über den Arztbrief oder wenn es was kompliziertes ist, ruft man da mal an. Auch wenn ein komplexer Patient nach Hause entlassen wird, dann ist eine Selbstverständlichkeit, oder sollte es eine Selbstverständlichkeit sein, dass man den Hausarzt anruft und sagt „Da kommt jetzt Frau Müller, die das und das Problem hat“. Das macht man dann schon. Aber dass das dann strukturiert für jeden Patienten ... Sondern es wird für jeden Patienten eine Reha organisiert, der Patient kommt in die Reha, bekommt einen Brief mit und dann kommt irgendwann mal ein Brief zurück, dass die Reha abgeschlossen ist und das war es letztlich was Kommunikation angeht.</p>
Int-05-55	IT:OPPlanung	<p>Ja, die spielen eine große Rolle, weil die komplette Organisationplanung elektronisch geht, d.h. der Patient wird in der Sprechstunde gesehen, wird quasi für den OP-Termin eingetragen und wird dann praktisch ausschließlich elektronisch zusammengestellt der OP-Plan. D.h. ich überlege mir dann am Tag vorher, wie bekomme ich die beste Saalauslastung hin, wie ist es mit der Kernkompetenz der Operateure, wer ist da, wer ist nicht da und so entsteht dann der Plan, das ist ausschließlich am Computer. Es wird aus traditionellen Gründen, weil der Prof. Raab morgens noch gerne einen Ausdruck in der Hand hat, wird das morgens noch ausgedruckt, müsste aber nicht, dass ist sozusagen noch eine Hommage an die guten alten Zeiten aber sonst ist das absolut eigentlich papierfrei.</p>

D.4 Interviews im Nebenarm

ID	Kategorie	Ankerzitat	Krankenhaus	Datum
N2.02	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Mittagskonferenzen	Der entscheidende Punkt ist der, wir haben keine Morgenkonferenz, morgens gehen alle in ihre Boxen sozusagen und fragen die Dinge ab. Wir haben eine Mittagskonferenz und bringen den Input des Tages rein und können, haben am Nachmittag noch Zeit, die Dinge zu lösen.	Vechta	2014-04-30
N2.10	Interorganisational:Netzwerke:Bildungsnetzwerke	Das gibt es in vielfältiger Form, auch mit den niedergelassenen Ärzten. Wir sind hier im Niels-Stensen-Gebäude, es gibt ein Niels-Stensen-Werk, das ist ausdrücklich eine Institution gemeinsam getragen von niedergelassenen Ärzten und dem Krankenhaus, mit dem Ziel der Bildung, Weiterbildung und Ausbildung als ein Beispiel, da gibt es viele weitere.	Vechta	2014-04-30
N2.13	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Tumorkonferenzen	Bei den Tumorkonferenzen, die Dammer werden glaube ich, per Videokonferenz dazugeschaltet	Vechta	2014-04-30
N5.04	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Falkkonferenzen	Also am ehesten würde ich sagen passt da unser Netzwerk Adipositas wo wir mit allen Beteiligten, die an diesem Prozess der Versorgung adipöser Patienten beteiligt sind, zusammenarbeiten und Falkkonferenzen machen.	Bremerhaven	2014-06-04
N6.02	Intraorganisational:Prozesse:Interdisziplinäre_Teams	Das gibt es in bestimmten Bereichen, also ich kann nur sagen, dass besonders bei Themen, also sage ich mal Funktionseinschränkungen die man oder Therapiepfaden für bestimmte Patienten, die eben interdisziplinär zu sehen sind, sind ohne weiteres auch Gruppen eingerichtet worden und sind Verfahrensanweisungen oder Abläufe entwickelt worden, die eben auch über die Abteilung hinausgehen. Und es gibt zum Beispiel in der Herzchirurgie eben auch regelmäßige Standleitungen zu bestimmten Kardiologen wo man dann eben zu bidgebenden Verfahren sich austauschen kann, wie sieht es mit dem Patienten aus, das gibt es auch.	EV Oldenburg	2014-06-05
N7.07	Interorganisational:Prozesse:Telemedizin:Diagnose	Und es gibt zum Beispiel in der Herzchirurgie eben auch regelmäßige Standleitungen zu bestimmten Kardiologen wo man dann eben zu bidgebenden Verfahren sich austauschen kann, wie sieht es mit dem Patienten aus, das gibt es auch.	Bremen Links der Weser	2014-06-13
N7.14	Intraorganisational:Prozesse:Führungsbildung	Das muss man vermeiden sozusagen und dann gibt es natürlich individuelle Weiterbildung und Personalentwicklung, wo man dann guckt, ob man möglicherweise über erste Managementseminare Leute nachzieht für Traineeverfahren [...]	Bremen Links der Weser	2014-06-13
N8.02	Intraorganisational:Prozesse:Prozessdokumentation	Das ist vom Arzt bis hin zur Hilfskraft alles in Form von Projekten organisiert worden. Hilft uns auch, dass wir zertifiziert sind nach KTQ und proCumCert, jetzt im November steht die dritte oder vierte, ich glaube vierte müsste ich nochmal nachschauen, Rezensierung an, sodass wir unsere Prozesse, unsere Abläufe auch sehr gut dokumentiert haben. Und wenn immer irgendwo Veränderungen anstehen, ist das immer die Grundlage um sich neu aufzustellen.	Wildeshausen	2014-07-02
N9.07	Interorganisational:Prozesse:Gemeinsame_Führungsstrukturen	Also die Chefarztunden finden gemeinsam statt, es gibt keine Chefarztunde am Standort Bassum oder Sulingen oder sowas, sondern es gibt nur gemeinsame Chefarztunden hier im Raum.	Eydelestedt	2014-07-28
N13.06	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Rehabilitationskonferenzen	Zusammenarbeit mit Reha-Kliniken ebenfalls gut, gemeinsame Konferenzen	Friesoythe	2014-07-30

ID	Kategorie	Ankerzitat	Krankenhaus	Datum
N14.07	Intraorganisational:Prozesse:Ideenmanagement	Aber die eigentliche Verbesserung war nachdem das Lean Management eingeführt war, das wir drei Mitarbeiter gebeten haben „Mensch, Sie wissen doch drüben am besten Bescheid im Bereich“, wie kann man die Wechselzeitenproblematik, die Dauer der Wechselzeit runterfahren. Das haben die drei, innerhalb von 14 Tagen hatten die ein Konzept fertig, mit 25 Punkten, wobei nur ein Punkt betriebsrätetechnisch abgesegnet werden musste, den Rest konnten wir wirklich, konnten die Chefsärzte machen.	Otterndorf	2014-07-31
N14.18	Intraorganisational:Prozesse:QM	Also wir sind jetzt dabei, aus den Qualitätsmanagementsystemen heraus, wir haben eine neue Hygienefachkraft, ich habe eine neue Fachkraft für Arbeitssicherheit und wir sind jetzt in diesem Jahr nach unserem Audit, da kriegt man ja auch noch einmal Hinweise von draußen, also wir sind ja auch Leute, die andere Häuser kennen, sind wir jetzt dabei, wir werden wöchentlich ein internes Audit machen im Wechsel in den einzelnen Fachbereichen, sodass jeder Bereich alle 6 Wochen dran ist, um dann wirklich einzuführen, unserer System dann auch noch mal zu stabilisieren, das was wir eingeführt haben.	Otterndorf	2014-07-31
N16.06	Intraorganisational:Prozesse:Facharztausbildung	Die Ausbildung der, im Rahmen der Facharztweiterbildung, der Schwerpunktweiterbildung, läuft nach festen Logbüchern ab, die die Ärztekammer hier vorgeben.	Lingen	2014-08-13
N17.09	Intraorganisational:Prozesse:CIRS	Ja, das haben wir. Das CIRS System gibt es und das wird auch genutzt und das wird auch besprochen. Das wird dann schon auch bearbeitet.	Sanderbusch	2014-08-13
N18.05	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Frühkonferenzen	Das gibt es, das gibt es sowohl von chirurgischer, von gefäßchirurgischer Seite, das gibt es auf internistischer Seite. Also Veranstaltungen natürlich primär erst einmal für die eigene Klinik, für die eigenen Interessenten oder Klinikmitarbeiter, aber die Veranstaltungen sind offen und auch die Anästhesisten haben etwas.	Bremen Rotes Kreuz Krankenhaus	2014-09-22
N19.06	Interorganisational:Prozesse:Einbeziehung_MVZ	Ja, gibt es, denn die, Herr XY berichtete ja, dass die beiden Chefsärzte der Unfallchirurgie zur Hälfte im MVZ im niedergelassenen Bereich tätig sind und damit ja eine, eine schon Schnittstelle einfach von zwei Personen geschaffen ist und natürlich auch in den Frühbesprechungen und Nachmittagsbesprechungen besprochen wird, was man ambulant und wenn dann wie im medizinischen Versorgungszentrum weiterbehandeln könnte.	Delmenhorst St. Joseph Hospital	2014-10-07
N20.06	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildungscontrolling	Ansonsten legen wir das fest für das kommende Jahr, was wir für einen Bedarf sehen, auch wo wir Notwendigkeiten sehen und haben dann auch feste Lernangebote für die Mitarbeiter.	Aller Weser Klinik	2014-10-14

ID	Kategorie	Ankerzitat	Krankenhaus	Datum
N22.04	Interorganisational:Prozesse:Konferenzen:Fallkonferenzen	Wir stellen interessante Fälle mal vor und dann diskutieren wir über Schnittstellenprobleme. Es sind die Leitärzte, Chefärzte, Oberärzte häufig da, nicht immer alle, auch nicht alle Hausärzte haben immer Zeit. Aber es sind so, 15 bis 20 Leute sind immer da. Seit dem sind ... letztlich sind die Schnittstellen, die Sie da beschreiben, ja immer meistens Kommunikationsprobleme. Die Methoden sind ja da, müssen nur angewendet werden.	Cloppenburg	2014-10-20
N22.11	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:MundMKonferenzen	[...] es gibt auch Mortalitäts-/Morbiditätskonferenzen im Rahmen des Darmzentrums was wir hier beispiele und das vorgehalten werden muss.	Cloppenburg	2014-10-20
N25.03	Intraorganisational:Prozesse:Fortbildung	Und es gibt hausintern Veranstaltungen, dass meinewegen wenn jetzt ein Kardiologe kommt, d.h. menschlich muss ich mein Team ja auch fitmachen, der schult dann praktisch seine Mitarbeiter speziell für kardiologische Fragestellungen oder unfallochirurgische Fragestellungen oder alles Mögliche.	Damme	2014-11-19
N25.05	Intraorganisational:Prozesse:Konferenzen:Radiologiekonferenzen	Ja, es gibt hier regelmäßig Röntgenbesprechungen, da treffen sich alle Ärzte morgens und gucken sich Röntgenbilder zusammen an und das findet für alle Fachabteilungen statt. Das ist alles organisiert.	Damme	2014-11-19

**Ergänzende Statistik zur deskriptiven Auswertung der
MGT-Runde**

Tabelle E.1: Bewertung der Kommunikation mit dem ärztlichen Dienst

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	50	31	19	33	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	2	2	1	1	2
Median	1	1	2	2	1	1	2
Arith. Mittel	1,52	1,52	1,53	1,58	1,41	1,41	1,64
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	2	3	3	3	3
Spannweite	2	2	1	2	2	2	2
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	2	2	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2	2	2
Varianz	0,34	0,39	0,26	0,31	0,38	0,38	0,40
Standard- abweichung	0,57	0,62	0,50	0,55	0,60	0,60	0,61

Tabelle E.2: Bewertung der Kommunikation mit dem Pflegedienst

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	51	31	20	34	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	2	2	1	1	2	2	2
Median	2	2	1	1,5	2	2	2
Arith. Mittel	1,64	1,85	1,30	1,56	1,79	1,79	1,93
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	2	3	3	3	3
Spannweite	2	2	1	2	2	2	2
Unteres Quartil	1	1,25	1	1	1	1	2
Mittleres Quartil	2	2	1	1,5	2	2	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2	2	2
Varianz	0,39	0,39	0,22	0,38	0,41	0,41	0,38
Standard- abweichung	0,62	0,61	0,46	0,60	0,62	0,62	0,59

Tabelle E.3: Bewertung der Kommunikation mit der Physiotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	50	30	20	34	16	16	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	2
Median	1	1	1	1	1	1	2
Arith. Mittel	1,34	1,37	1,30	1,41	1,19	1,19	1,57
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	1	1	2
Varianz	0,23	0,24	0,22	0,25	0,16	0,16	0,26
Standard- abweichung	0,47	0,48	0,46	0,49	0,39	0,39	0,49

Tabelle E.4: Bewertung der Kommunikation mit der Ergotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	45	26	19	31	14	14	12
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	2
Median	1	1	1	1	1	1	2
Arith. Mittel	1,44	1,50	1,37	1,55	1,21	1,21	1,83
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	2	4	2	2	4
Spannweite	3	3	1	3	1	1	3
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	1	1	2
Varianz	0,39	0,50	0,25	0,46	0,18	0,18	0,70
Standard- abweichung	0,62	0,69	0,48	0,66	0,41	0,41	0,80

Tabelle E.5: Bewertung der Kommunikation mit der Logotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	49	30	19	32	17	17	13
Mittelwerte							
Modus	1	1	2	2	1	1	2
Median	2	1	2	2	1	1	2
Arith. Mittel	1,76	1,53	2,11	1,97	1,35	1,35	1,77
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	5	3	5	5	2	2	3
Spannweite	4	2	4	4	1	1	2
Unteres Quartil	1	1	1,5	1	1	1	1
Mittleres Quartil	2	1	2	2	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	2,5	2	2	2	2
Varianz	0,69	0,40	0,99	0,81	0,24	0,24	0,53
Standard- abweichung	0,82	0,62	0,97	0,88	0,48	0,48	0,70

Tabelle E.6: Bewertung der Kommunikation mit der Psychologie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	49	29	20	34	15	15	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	2
Median	1	2	1	1	1	1	2
Arith. Mittel	1,45	1,66	1,15	1,41	1,53	1,53	1,79
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	2	3	3	3	3
Spannweite	2	2	1	2	2	2	2
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	2	1	1	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	1	2	2	2	2
Varianz	0,42	0,52	0,13	0,37	0,55	0,55	0,49
Standard- abweichung	0,64	0,71	0,36	0,60	0,72	0,72	0,67

Tabelle E.7: Bewertung der Kommunikation mit dem Sozialdienst

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	47	27	20	32	15	15	12
Mittelwerte							
Modus	1	1	2	2	1	1	2
Median	2	1	2	2	1	1	2
Arith. Mittel	1,57	1,48	1,70	1,75	1,20	1,20	1,83
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	3	3	2	2	3
Spannweite	2	2	2	2	1	1	2
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	2	1	2	2	1	1	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	1	1	2
Varianz	0,38	0,41	0,33	0,39	0,17	0,17	0,52
Standard- abweichung	0,61	0,63	0,56	0,61	0,40	0,40	0,69

Tabelle E.8: Bewertung der Bedeutung der eigenen Beiträge

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	53	32	21	35	18	18	14
Mittelwerte							
Modus	2	2	2	2	2	2	2
Median	2	2	2	2	2	2	2
Arith. Mittel	1,92	2,00	1,79	1,81	2,11	2,11	1,86
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	3	3	3	3	2
Spannweite	2	2	2	2	2	2	1
Unteres Quartil	2	2	1	1,75	2	2	2
Mittleres Quartil	2	2	2	2	2	2	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2,75	2,75	2
Varianz	0,34	0,32	0,36	0,27	0,46	0,46	0,13
Standard- abweichung	0,58	0,56	0,59	0,51	0,66	0,66	0,35

Tabelle E.9: Bewertung der Bedeutung der Beiträge des ärztlichen Dienstes

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	50	30	20	33	17	17	13
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1
Arith. Mittel	1,22	1,30	1,10	1,21	1,24	1,24	1,38
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Oberes Quar- til	1	2	1	1	1	1	2
Varianz	0,18	0,22	0,09	0,17	0,19	0,19	0,26
Standard- abweichung	0,41	0,46	0,30	0,41	0,42	0,42	0,49

Tabelle E.10: Bewertung der Bedeutung der Beiträge des Pflegedienstes

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	52	31	21	35	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1
Arith. Mittel	1,33	1,42	1,19	1,29	1,41	1,41	1,43
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Oberes Quar- til	2	2	1	2	2	2	2
Varianz	0,22	0,25	0,16	0,21	0,26	0,26	0,26
Standard- abweichung	0,47	0,49	0,39	0,45	0,49	0,49	0,49

Tabelle E.11: Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Physiotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	51	30	21	35	16	16	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1
Arith. Mittel	1,33	1,37	1,29	1,34	1,31	1,31	1,43
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2	2	2
Varianz	0,23	0,24	0,21	0,23	0,23	0,23	0,26
Standard- abweichung	0,47	0,48	0,45	0,47	0,46	0,46	0,49

Tabelle E.12: Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Ergotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	46	27	19	31	15	15	12
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1,5
Arith. Mittel	1,35	1,37	1,32	1,39	1,27	1,27	1,50
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1,5
Oberes Quar- til	2	2	2	2	1,5	1,5	2
Varianz	0,23	0,24	0,23	0,25	0,21	0,21	0,27
Standard- abweichung	0,48	0,48	0,46	0,49	0,44	0,44	0,50

Tabelle E.13: Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Logotherapie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	50	31	19	33	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1
Arith. Mittel	1,32	1,39	1,21	1,30	1,35	1,35	1,43
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	2	2	2	2	2	2	2
Spannweite	1	1	1	1	1	1	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Oberes Quar- til	2	2	1	2	2	2	2
Varianz	0,22	0,25	0,18	0,22	0,24	0,24	0,26
Standard- abweichung	0,47	0,49	0,41	0,46	0,48	0,48	0,49

Tabelle E.14: Bewertung der Bedeutung der Beiträge der Psychologie

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	51	31	20	34	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	2	2	1
Median	1	2	1	1	2	2	1
Arith. Mittel	1,39	1,55	1,15	1,26	1,65	1,65	1,43
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	2	2	3	3	2
Spannweite	2	2	1	1	2	2	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	2	1	1	2	2	1
Oberes Quar- til	2	2	1	1,75	2	2	2
Varianz	0,28	0,32	0,13	0,20	0,37	0,37	0,26
Standard- abweichung	0,53	0,56	0,36	0,44	0,59	0,59	0,49

Tabelle E.15: Bewertung der Bedeutung der Beiträge des Sozialdienstes

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	48	28	20	33	15	15	13
Mittelwerte							
Modus	1	1	1	1	1	1	1
Median	1	1	1	1	1	1	1
Arith. Mittel	1,29	1,36	1,20	1,30	1,27	1,27	1,46
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	3	3	2	2	3	3	2
Spannweite	2	2	1	1	2	2	1
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Mittleres Quartil	1	1	1	1	1	1	1
Oberes Quar- til	2	2	1	2	1	1	2
Varianz	0,25	0,31	0,17	0,22	0,35	0,35	0,27
Standard- abweichung	0,50	0,55	0,40	0,46	0,57	0,57	0,50

Tabelle E.16: Hinterfragung und Änderung der eigenen Patienteneinschätzung

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Hinterfragung der eigenen Patienteneinschätzung							
Ja	4	0	4	4	0	0	0
Nein	25	20	5	14	11	11	9
Keine Anga- be	1	1	0	1	0	0	1
1 Patient	7	3	4	4	3	3	0
2 Patienten	13	8	5	9	4	4	4
3 Patienten	1	0	1	1	0	0	0
4 Patienten	1	1	0	1	0	0	1
Alle Patien- ten	2	0	2	2	0	0	0
Patienten ge- samt	106	60	46	79	27	27	33
Antworten	54	33	21	36	18	18	15
Mögliche Hinterfra- gungen	728	492	236	476	252	252	240
Änderung der eigenen Patienteneinschätzung							
Ja	3	1	2	2	1	1	0
Nein	36	23	13	22	14	14	9
Keine Anga- be	1	1	0	1	0	0	1
1 Patient	5	2	3	4	1	1	1
2 Patienten	9	6	3	7	2	2	4

Tabelle E.17: Bewertung der MGT-Runde allgemein

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	51	29	21	35	16	16	14
Mittelwerte							
Modus	2	2	2	2	1	1	2
Median	2	2	2	2	2	2	2
Arith. Mittel	2,03	1,79	2,36	2,19	1,69	1,69	1,93
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	2	1	1	1	1
Maximum	3	3	3	3	3	3	3
Spannweite	2	2	1	2	2	2	2
Unteres Quartil	2	1	2	2	1	1	1,25
Mittleres Quartil	2	2	2	2	2	2	2
Oberes Quar- til	2,25	2	3	3	2	2	2
Varianz	0,46	0,62	0,23	0,38	0,50	0,50	0,53
Standard- abweichung	0,67	0,71	0,47	0,61	0,68	0,68	0,70

Tabelle E.18: Bewertung der aktuellen MGT-Runde

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	52	30	21	35	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	2	2	2	2	2	2	2
Median	2	2	2	2	2	2	2
Arith. Mittel	1,91	1,87	1,98	1,99	1,76	1,76	2,00
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	3	4	3	3	4
Spannweite	3	3	2	3	2	2	3
Unteres Quartil	1,375	1,25	1,5	2	1	1	2
Mittleres Quartil	2	2	2	2	2	2	2
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2	2	2
Varianz	0,47	0,56	0,51	0,48	0,44	0,44	0,46
Standard- abweichung	0,68	0,67	0,70	0,68	0,64	0,64	0,65

Tabelle E.19: Wichtigkeit der MGT-Runde für die Patientenversorgung

Wert	Alle	EV	KL	GERDA Ja	GERDA Nein	EV Gerda Nein	EV GER- DA Ja
Antworten	52	31	21	35	17	17	14
Mittelwerte							
Modus	2	1	2	1	2	2	1
Median	2	2	2	2	2	2	1,50
Arith. Mittel	1,62	1,61	1,62	1,66	1,53	1,53	1,71
Streuungsmaße							
Minimum	1	1	1	1	1	1	1
Maximum	4	4	3	4	2	2	4
Spannweite	3	3	2	3	1	1	3
Unteres Quartil	1	1	1	1	1	1	1,00
Mittleres Quartil	2	2	2	2	2	2	1,50
Oberes Quar- til	2	2	2	2	2	2	2
Varianz	0,44	0,51	0,35	0,53	0,26	0,26	0,84
Standard- abweichung	0,65	0,70	0,58	0,71	0,50	0,50	0,88

Lebenslauf und Veröffentlichungen

F.1 Akademischer Werdegang

Tätigkeit	Hochschule	Zeitraum
Lehrauftrag Sozialwirtschaft im akademischen Weiterbildungsprogramm (AWP) Management und Leadership in der Sozialwirtschaft	Center für lebenslanges Lernen (C3L) der Universität Oldenburg	Seit 2018
Lehrauftrag Pflegeökonomie Masterstudiengang Public Health	Jade Hochschule Oldenburg	Seit 2015
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	2014-2017

F.2 Außeruniversitäre Berufstätigkeit

Tätigkeit	Hochschule	Zeitraum
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	OFFIS e.V., Oldenburg	Seit 2018
Wissenschaftlicher Mitarbeiter	OFFIS e.V., Oldenburg	2009 –2013
Consultant	Logica Deutschland, Hamburg	2008 –2009
Schatzmeister (ehrenamtlich)	Versorgungsnetz Gesundheit, Oldenburg	Seit 2011

F.3 Akademische Ausbildung

Studium/Abschluss	Hochschule	Zeitraum
Diplom-Ökonom	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	2007
Wirtschaftswissenschaften mit Schwerpunkt Informatik	Carl von Ossietzky Universität Oldenburg	2000–2007

F.4 Forschungs- und Entwicklungsvorhaben

Name des Vorhabens und Funktion	Laufzeit	ggf. Partner	Angaben zur Finanzierung
STROKE OWL (Sektorübergreifend organisierte Versorgung komplexer chronischer Erkrankungen: Schlaganfall-Lotsen in Ostwestfalen-Lippe): Konzeption Datenschutz	Seit 2018	Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe, Uni Bielefeld, Innovation Health Partners, TK, IKK classic	Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsfonds
Demenz Informations- und Koordinierungsstelle Oldenburg (DI-KO): Finanzverwaltung und Projektcontrolling	Seit 2017		Stadt Oldenburg
Lokale Allianzen für Demenz (LAD): Finanzverwaltung und Projektcontrolling	Seit 2016	Klinikum Oldenburg, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg, Pius Hospital Oldenburg	BM für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Critical Systems Engineering for Socio-Technical Systems (CSE): Leitung Projektgeschäftsstelle, Projektkoordination, Einführung des Masterstudienganges Engineering of Socio-Technical Systems	2014-2016	OFFIS, DLR, SafeTRANS	Land Niedersachsen
Integrierte Technik- und Arbeitsprozessentwicklung für Gesundheit in der ambulanten Pflege (ITAGAP): Co-Koordination und Bearbeitung des Antrages, Abstimmungen mit Projektträger Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg: Koordination und wissenschaftliche Bearbeitung	Seit 2016	Johanniter, PTH Vallendar, Christlicher Pflegedienst Bramsche	BMBF
AAL Joint Programme Action on Standards: Durchführung von Workshops, inhaltliche Arbeit zur Sammlung von Anwendungsfällen und Ableitung von Integrationsprofilen	2013 bis 2015, Erweiterung 2016		AAL Joint Programme
European Next Generation Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2): inhaltliche Arbeit zum Thema Standards und Normen, Ausrichtung von Workshops, Forschungsreisen nach Japan und Nordamerika	2012 bis 2014	SSSA (IT), Tunstall (UK), DTAG, Tecnalia (ES), AGE (EU), VanMorgen (NL)	EU FP7
Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL): stellvertretende Projektkoordination, inhaltliche Mitarbeit zum Thema Datenschutz und informationelle Selbstbestimmung	2009 bis 2013	TU Braunschweig, MHH, Hör-Tech, FHG IDMT, Uni Vechta, Uni Osnabrück, Charité, Uni Jena, Klinikum Oldenburg, St. Bonifatius Hospital Lingen	Land Niedersachsen

F.5 Tätigkeit in Fachorganisationen in den letzten 5 Jahren

Organisation	Funktion	Zeitraum
Deutschen Netzwerk Versorgungsforschung, AG Organisationsbezogene Versorgungsforschung	Gleichberechtigter Sprecher der AG	Seit 2014
DKE Arbeitskreis 801.0.2 Architektur & Interoperabilität	Arbeitskreisleiter	Seit 2016
DKE/K 801 System Komitee AAL	Stellvertretender Obmann	Seit 2009
IEC SyC AAL PT 60050-871 International Electrotechnical Vocabulary - Part 871: Active Assisted Living	Chair/Convenor	Seit 2016
IEC SyC AAL	Liaison Officer AALIANCE2	Seit 2016
IEC SyC AAL	Stellvertretender deutscher Sprecher, Mitarbeit in allen Working Groups	Seit 2017

F.6 Sitzungsvorsitze, Gutachtertätigkeiten und sonstige wissenschaftliche Tätigkeiten in den letzten 5 Jahren

Organisation	Funktion	Zeitraum
Healthinfo (IARIA)	Mitglied im Technical Program Committee	Seit 2018
Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung	Mitarbeit Stellungnahme zum Evaluationskonzept Qualitätsverträge des IQTIG	2017
Deutscher Kongress für Versorgungsforschung	Gutachter, Sitzungsvorsitze	Seit 2015
Deutsche Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention	Gutachter Jahrestagung	2015, 2016
Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.	Sitzungsvorsitz Jahrestagung	2015

F.7 Auszeichnungen

Auszeichnung	Jahr
IEC 1906 Award für die Arbeit im IEC SyC AAL und PT 60050-871 International Electrotechnical Vocabulary - Part 871: Active Assisted Living	2017

F.8 Publikationen

Jahr	Publikation
2007	Das Krankenhaus als lernende Organisation : Unterstützungsmöglichkeiten durch eLearning und Lern-Management-Systeme. Rölker, L. Diplomarbeit, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, 2007
2010	The Lower Saxony Research Network Design of Environments for Ageing (GAL), A Brief Introduction. Haux, R.; Hein A.; Eichelberg, M.; Appell, J.; Appellrath, H.-J.; Bartsch, C.; et.al. <i>Proceedings of the 13th World Congress on Medical and Health Informatics (Medinfo2010)</i> , 2010

Jahr	Publikation
2010	The Lower Saxony research network desing of environments for ageing: towards interdisciplinary research on information and communication technologies in ageing societies. Haux, R.; Hein A.; Eichelberg, M.; Appell, J.; Appelrath, H.-J.; Bartsch, C.; et.al. <i>Informatics for Health and Social Care</i> , 2010;35:92-103. doi:10.3109/17538157.2010.520419
2010	Hospitals as Learning Organizations. Rölker-Denker, L. <i>Proceedings of the IADIS International Conference e-Health</i> , 2010:295-298
2010	Der Niedersächsische Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten: Informations- und Kommunikationstechnik zur Gewinnung und Aufrechterhaltung von Lebensqualität, Gesundheit und Selbstbestimmung in der zweiten Lebenshälfte. Rölker-Denker, L.; Haux, R.; Hein, A.; Eichelberg, M.; Appell, J.; Appelrath, H.-J.; et.al. <i>APS+PC-Nachrichten. Mitteilungen der ITG/ GI Fachgruppe Arbeitsplatzrechner und Personal Computing</i> , 2010;19:33-39
2011	Telemedizin und Ambient Assisted Living (AAL): Eine technische Antwort auf die demographische Entwicklung? Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. <i>eHealth Conference 2011. Dokumentation der Veranstaltung vom 14. und 15. September 2010 in Hannover, Gesellschaft für Versicherungswirtschaft und -gestaltung e.V. (GVG)</i> , 2011;68:143-151
2011	Environmental Management Systems In Learning Organizations In Health Care. Rölker-Denker, L. In: Golinska, P.; Fertsch, M. & Marx-Gomez, J. (Eds.) <i>Information Technologies in Environmental Engineering</i> , Springer Berlin Heidelberg, 2011;3:389-395. doi:10.1007/978-3-642-19536-5_30
2011	The GAL Project - an Interdisciplinary PM Challenge. Rölker-Denker, L. & Eichelberg, M. <i>Second Proceedings: Short Papers, Doctoral Symposium and Workshops of the 12th International Conference on Product Focused Software Development and Process Improvement - PROFES 2011; 2011 Jun 20-22; Torre Canne, Italy</i> . New York: ACM, 2011:86-88
2011	The organizational learning cube. Adopting the data cube model for analyzing organizational learning in healthcare organizations and networks. Rölker-Denker, L.; Eichelberg, M. & Hein, A. In: Kioulafas, K.; Gallos, P. G. & Lenotis, D. M. (Eds.) <i>Proceedings of 9th International Conference On Information Communication Technologies In Health</i> , National and Kapodistrian University of Athens, Greece, 2011:152-159
2011	Datenschutz im AAL-Kontext. Rölker-Denker, L.; Künemund, H.; Remmers, H.; Thoben, W. & Wolf, L. <i>Proceedings 4. Deutscher AAL-Kongress</i> , 2011;paper 21.1
2012	Umsetzung eines Konzepts zum Schutz von personenbezogenen Gesundheitsdaten für eine AAL-Plattform. Helmer, A.; Steen, E.-E.; Rölker-Denker, L.; Eichelberg, M. & Hein, A. <i>Lecture Notes in Informatics (LNI) - Proceedings - Series of the Gesellschaft für Informatik (GI)</i> , 2012;208:1390-14
2012	Modelling Knowledge Processes In Health Care Organizations. Rölker-Denker, L. & Hein, A. In: Bruzzone, A.; Buck, W.; Cayirci, E. & Longo, F. (Eds.) <i>Proceedings of The International Workshop on Applied Modeling & Simulation</i> , 2012:70-75
2012	Organisationales Lernen und Organisationale Gedächtnisse im AAL-Kontext. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Proceedings 5. Deutscher AAL-Kongress 2012 (AAL 2012)</i> , 2012:P24
2012	Lernende Krankenhäuser aus versorgungsforschender Perspektive - Studiendesign und Methodeninventar. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Deutsche Medizinische Wochenzeitschrift</i> , 2012;137:170/A281. doi:10.1055/s-0032-1323444
2013	Organizational Learning and Environmental Engineering with Special Focus on Health Care. Rölker-Denker, L. In: Golinska, P. (Ed.) <i>EcoProduction and Logistics</i> , Springer Berlin Heidelberg, 2013:293-310. doi:10.1007/978-3-642-23553-5_17
2013	Wissensmanagement in interdisziplinären Forschungsprojekten. Eine Fallstudie. Rölker-Denker, L. & Eichelberg, M. In: Lutz, B. (Ed.) <i>Wissen im Dialog. Beiträge zu den Kremsener Wissensmanagement-Tagen 2012</i> , Krems: Edition Donau-Universität., 2013:135-143
2014	Integration Profiles: an Approach for Cracking the Interoperability Challenge in AAL. Eichelberg, M.; Helmer, A. & Rölker-Denker, L. In: Curaj, A. T. I. (Ed.) <i>Broader, Bigger, Better: AAL Solutions for Europe. Proceedings of the AAL Forum 2014, Bucharest, Romania, 9-12 September 2014</i> , 2014:94-98

Jahr	Publikation
2014	Recommendations on Interoperability, Specifications and Standards. Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Tagungsband Ambient Assisted Living, 7. Deutscher AAL-Kongress mit Ausstellung, 21.-22. Januar 2014</i> , Berlin, VDE Verlag, 2014:paper 128
2014	Information and communication technologies for promoting and sustaining quality of life, health and self-sufficiency in ageing societies – outcomes of the Lower Saxony Research Network Design of Environments for Ageing (GAL). Haux, R.; Hein, A.; Kolb, G.; Künemund, H.; Eichelberg, M.; Appell, J.-E.; et.al. <i>Informatics for Health and Social Care</i> , 2014;39:166-187. doi:10.3109/17538157.2014.931849
2014	Organisationale Lernroutinen in der geriatrischen Akutbehandlung und Rehabilitation. Ergebnisse einer qualitativen Studie. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Zeitschrift für Palliativmedizin</i> , 2014;15(3):PD320. doi:10.1055/s-0034-1374490
2014	Projektvorstellung Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen – Oldenburg. Rölker-Denker, L.; Seeger, I. & Hein, A. <i>Zeitschrift für Palliativmedizin</i> , 2014;15(3):V50. doi:10.1055/s-0034-1374113
2015	SIRKA: Sensoranzug zur individuellen Rückmeldung körperlicher Aktivität. Lins, C.; Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Proceedings 55. Wissenschaftliche Jahrestagung 2015 der Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V.</i> , 2015:90(V111)
2015	AAL-Interoperabilität durch Normen, Standards und Integrationsprofile meistern – aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen. Rölker-Denker, L. & Eichelberg, M. <i>Proceedings conhIT 2015</i> , 2015
2015	Knowledge Process Models in Health Care Organisations - Ideal-typical Examples from the Field. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Proceedings of the International Conference on Health Informatics (BIOSTEC 2015)</i> , 2015:312-317
2015	Knowledge Processes in German Hospitals. First Findings from the Network for Health Services Research Metropolitan Region Bremen-Oldenburg. Rölker-Denker, L.; Seeger, I. & Hein, A. <i>eKNOW 2015, The Seventh International Conference on Information, Process, and Knowledge Management</i> , 2015:53-57
2015	Einflussfaktoren teilnehmender Beobachtung im Krankenhaus – Ein systematischer Review zur Realität des Reportings: Studiendesign und erste Ergebnisse. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Das Gesundheitswesen</i> , 2015;77:A204. doi:10.1055/s-0035-1563160
2015	Überleitung aus Sicht der Krankenhäuser - Ergebnisse aus semi-strukturierten Leitfadeninterviews auf Ebene der Geschäftsführung in der Region Metropolregion Bremen-Oldenburg. Rölker-Denker, L.; Seeger, I. & Hein, A. <i>14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Deutsches Netzwerk Versorgungsforschung e. V. 7. - 9. Oktober 2015</i> , Berlin, 2015:DocP152. doi:10.3205/15dkvf263
2015	Defizite in der Zusammenarbeit bei der vor- und nachstationären Betreuung aus Sicht der Krankenhäuser - Ergebnisse aus semi-strukturierten Leitfadeninterviews auf Ebene der Geschäftsführung. Seeger, I.; Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>14. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung</i> , 2015:DocP151. doi:10.3205/15dkvf262
2015	Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notaufnahme – Betrachtungen zur Patientenverteilung. Seeger, I.; Rölker-Denker, L.; Naziyok, T. & Hein, A. <i>10. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA)</i> , 2015:VSF-P06
2016	From organisational learning to inter-sectoral learning – focus on geriatric patient treatment. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Workshop Informationssystemgestaltung in integrierten Versorgungsszenarien, Multikonferenz Wirtschaftsinformatik 2016</i> , 2016 (unpublished)
2016	Das multiprofessionelle geriatrische Team aus Perspektive der organisationsbezogenen Versorgungsforschung – Erste Ergebnisse einer teilnehmenden Beobachtungsstudie. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>15. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung</i> , 2016:DocP094. doi:10.3205/16dkvf172

Jahr	Publikation
2016	Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst oder Notaufnahme - Betrachtungen zur Patientenverteilung. Seeger, I.; Naziyok, T.; Rölker-Denker, L.; Röhrig, R. & Hein, A. 15. <i>Deutscher Kongress für Versorgungsforschung</i> , 2016:DocP021. doi:10.3205/16dkvf122
2016	Notfallversorgung in Nordwest-Niedersachsen aus Sicht der Krankenhausleitungen. Seeger, I.; Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Niedersächsisches Aerzteblatt</i> , 2016;89:22
2016	Ambulante Versorgung in ZNA und Bereitschaftsdienstpraxis: Eine deskriptive Sekundärdatenanalyse in einer ländlichen Klinik. Seeger, I.; Rupp, P.; Naziyok, T.; Rölker-Denker, L.; Röhrig, R. & Hein, A. <i>Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin</i> , 2016:1-9. doi:10.1007/s00063-016-0233-1
2017	Abstract Information Model for Geriatric Patient Treatment - Actors and Relations in Daily Geriatric Care. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Proceedings of the 10th International Joint Conference on Biomedical Engineering Systems and Technologies - Volume 5: HEALTHINF, (BIOSTEC 2017)</i> , SciTePress, 2017:222-229. doi:10.5220/0006106902220229
2017	Definition und Konzept der organisationsbezogenen Versorgungsforschung. Ansmann, L.; Rölker-Denker, L.; Baumann, W.; Gostomzyk, J.; Götz, K.; Hahn, U. et.al. 16. <i>Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)</i> . Berlin, 04.-06.10.2017, German Medical Science GMS Publishing House, 2017:DocV132. doi.10.3205/17dkvf088
2017	Memorandum Kap 2: Datenquellen, Datenerhebung und Analyse. Hammer, A.; Rölker-Denker, L.; Kowalski, C.; Hahn, U.; Kostuj, T.; Wirtz, M. et.al. 16. <i>Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)</i> . Berlin, 04.-06.10.2017, German Medical Science GMS Publishing House, 2017:V133. doi:10.3205/17dkvf089
2017	Organisational learning in patient care – trigger events on micro, meso, and macro level. Rölker-Denker, L. & Hein, A. 16. <i>Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF)</i> . Berlin, 04.-06.10.2017, German Medical Science GMS Publishing House, 2017:DocV171. doi:10.3205/17dkvf020
2017	Realisierung von Datenschutz und informationeller Selbstbestimmung in AAL-Szenarien. Umsetzungsansätze aus dem GAL-Verbund und aktuelle Entwicklungen. Rölker-Denker, L.; Thoben, W.; Künemund, H.; Remmers, H.; Wolf, L. & Helmer, A. Submitted to GAL-Sammelband (working title), De Gruyter (under review)
2017	Das Management großer Forschungsverbünde. Erfahrungen mit interdisziplinärer Forschung aus dem GAL-Verbund. Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Haux, R.; Künemund, H.; Kolb, G. & Hein, A. Submitted to GAL-Sammelband (working title), De Gruyter (under review)
2018	The Geriatric Information Flow Model - An Abstract Information Flow Model for Geriatric Patient Treatment. Rölker-Denker, L. & Hein, A. <i>Health and Technology, SI: Advances in Health Informatics</i> , Springer. doi:10.1007/s12553-018-0230-x
2018	IT-gestützte Strukturierungen von Freitexteingaben zur Verbesserung der Evaluationsbasis in Versorgungsforschungsprojekten. Michelsen, T., Rölker-Denker, L., Luepkes, C. & Hein, A. Submitted to GMDS 2018 (working title, under review)
2018	Gewährleistung von Datenqualität bei Datentriangulation mit Patientendaten. Rölker-Denker, L., Michelsen, T., Luepkes, C. & Hein, A. Submitted to DKVF 2018 (working title, under review)
2018	Methoden für die organisationsbezogene Versorgungsforschung. Ansmann, L., Rölker-Denker, L., Albert, U.-S., Auer, R., Baumann, W., Bitzer, E.-M., et.al. Submitted to DKVF 2018 (working title, under review)

F.9 Vorträge

Jahr	Vortrag
2010	Hospitals as Learning Organisations, poster presentation at IADIS International Conference on e-Health 2010, Freiburg/Germany
2011	Datenschutz im AAL-Kontext, at AAL-Kongress 2011, Berlin/Germany

Jahr	Vortrag
2011	The organizational learning cube. Adopting the data cube model for analyzing organizational learning in healthcare organizations and networks , at 9th International Conference on Information Communication Technologies in Health (ICICTH2011), Samos/Greece
2011	Environmental Management Systems In Learning Organizations In Health Care, at Information Technologies in Environmental Engineering (ITEE 2011), Poznan/Poland
2011	The GAL Project – an Interdisciplinary PM Challenge, at 1st International Workshop on Project and Knowledge Management Trends (PKMT2011) at 12th International Conference on Product Focussed Software Development and Process Improvement (PROFES2011), Torre Canne/Italy
2012	Lernende Krankenhäuser aus versorgungsforschender Perspektive - Studiendesign und Methodeninventar, at DKVF2012, Dresden/Germany
2012	Niedersächsischen Forschungsverbands zur Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL) und IDEAAL, Impulsreferat at 5. Niedersächsischer Fachtag Wohnen im Alter, Hildesheim/Germany
2012	Modelling Knowledge Process in Health Care Organisations, at WAMS2012, Rome/Italy
2012	Wissensmanagement in interdisziplinären Forschungsprojekten – eine Fallstudie, at Kremser Wissensmanagementtage, Krems/Austria
2013	Standards and middleware: challenges for AAL interoperability, at AALIANCE2 Joint EU/Japan AAL Workshop, Osaka/Japan
2013	AAL and Health Services Research – a symbiotic relationship?, poster presentation at AAL Forum 2013, Norrköping/Sweden
2013	Presentation of use-case collection, at AAL Joint Programme Workshop Future-proof AAL Systems, Brussels/Belgium
2013	Ambient Assisted Living als quantitative Methode der Versorgungsforschung, poster presentation at DKVF2013, Berlin/Germany
2013	Organisationsdiagnostik als qualitative Methode der Versorgungsforschung, poster presentation at DKVF2013, Berlin/Germany
2013	Update on AALIANCE2 and AAL JP Action on Interoperability, at IEC SG 5, Tokio/Japan (remote)
2014	Standards and middleware: challenges for AAL interoperability, at AALIANCE2 Workshop on AAL Roadmap and SRA, Stanford/USA
2014	Presentation of use-case collection, at AAL Joint Programme Workshop Interoperability Days Managing AAL Complexity through Support for Interoperability (MACSI), Brussels/Belgium
2014	Organisationale Lernroutinen in der geriatrischen Akutbehandlung und Rehabilitation - Ergebnisse einer qualitativen Studie, poster presentation at DKVF2014, Düsseldorf/Germany
2014	Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg, at DKVF2014, Düsseldorf/Deutschland
2014	Recommendations standards and interoperability in AAL: results from the AALIANCE2 project, at Growing the silver economy in Europe hosted by European Commission, Brussels/Belgium
2014	AAL JP Action on Interoperability – A brief overview, at IEG SG 5 Meeting, Brussels/Belgium
2015	AAL-Interoperabilität durch Normen, Standards und Integrationsprofile meistern – aktuelle Entwicklungen und Empfehlungen at conhIT2015, Berlin/Germany
2015	SIRKA: Sensoranzug zur individuellen Rückmeldung körperlicher Aktivität, at DGAUM2015, Munich/Germany
2015	Überleitung aus Sicht der Krankenhäuser, poster presentation at DKVF 2015, Berlin/Germany
2015	Knowledge Process Models in Health Care Organisations. Ideal-typical Examples from the Field, poster presentation at Healthinf2015, Lisbon/Portugal

Jahr	Vortrag
2015	Brief Summary on AALIANCE2 and AAL JP Action on Interoperability, at IEC SyC AAL Meeting, Frankfurt/Germany
2015	Interoperability in the Field of AAL – Standards, Integration Profiles and Latest Results, at 1st International Workshop on Open Platforms in the Field of Independent Living and Active Ageing at IEEE Healthcom 2016, München/Germany
2015	How can standards and interoperability foster industrial responsibility?, at Workshop on Responsible Research and Innovation in the industrial practice, Karlsruhe/Germany
2016	Das multiprofessionelle geriatrische Team aus Perspektive der organisationsbezogenen Versorgungsforschung, poster presentation at DKVF 2016, Berlin/Germany
2016	Overview about AAL activities in Germany (DKE) and Europe, at Workshop on Standardization on Smart City at Indo-German Working Group on Quality Infrastructure for Cooperation in Standardization, Conformity Assessment and Product Safety hosted by Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), New Delhi/India (remote)
2016	From organisational learning to inter-sectoral learning – focus on transition of geriatric patients, at Workshop Informationssystemgestaltung in integrierten Versorgungsszenarien at Multikonferenz Wirtschaftsinformatik 2016, Ilmenau/Germany
2017	Abstract Information Model for Geriatric Patient Treatment - Actors and Relations in Daily Geriatric Care at Healthinf2017 (in conjunction with BIOSTEC 2017), Porto/Portugal
2017	Introduction IEC Systems Committee Active Assisted Living (AAL), at Workshop Responsible Research & Innovation in the Health Industry at European Economic and Social Committee, Brussels/Belgium
2017	Organisational learning in patient care - trigger events on micro, meso, and macro level, at DKVF2017, Berlin/Germany
2017	Memorandum Kap 2: Datenquellen, Datenerhebung und Analyse, at DKVF2017, Berlin/Germany
2018	Standardization and Interoperability Needs in the Field of AAL - Brief Overview and IEC SyC AAL, at AgeingFit 2018, Nice/France

F.10 Technische Berichte

Jahr	Technischer Bericht
2006	eLearning als Fort- und Weiterbildungsalternative am Klinikum Oldenburg. Rölker-Denker, L.; Dolzinski, P. & Kolbe, A., Projektarbeit Universität Oldenburg
2009	Zwischenbericht zum 1. Projektjahr (deliverable D8.1.1.1). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2009	Zwischenbericht Öffentlichkeitsarbeit zum 1. Projektjahr (deliverable D8.2.1.1). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2010	Vorstudie für eine Normungsroadmap Ambient Assisted Living. Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Brell, M.; Heuten, W.; Meyer, J.; Frenken, T.; et.al.
2010	Sachstandsbericht für die Zwischenbegutachtung am 25. März 2010 (deliverable D8.1.1.4). Haux, R.; Hein, A.; Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Appell, J.-E.; Appellrath, H.-J.; et.al. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2011	Abschlussbericht der Projektjahre 1-3 (deliverable D8.1.1.3). Haux, R.; Hein, A.; Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Appell, J.-E.; Appellrath, H.-J.; et.al. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2011	Proceedings der Konferenz Alter und Technik (deliverable D8.2.2). Haux, R.; Hein, A.; Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Appell, J.-E.; Appellrath, H.-J.; et.al. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)

Jahr	Technischer Bericht
2011	Abschlussbericht Arbeitskreis Informationelle Selbstbestimmung und Datenschutz (deliverable D8.3.1). Rölker-Denker, L.; Thoben, W.; Künemund, H.; Remmers, H.; Wolf, L. & Helmer, A. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2012	Online Repository of existing standards and certifications in AAL and related areas for the R&D community – snapshot (deliverable D4.1). Rölker-Denker, L.; Eichelberg, M.; Cavallo, F.; Aquilano, M.; Barry, J.; Klaus, H.; et.al. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2013	1st workshop on standards and certifications in AAL (deliverable D4.2). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2013	2nd workshop on Reference Designs for Integrated Applications (deliverable D4.3). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2013	Inception Report (deliverable D1). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2013	Workshop Report for 1st Workshop (deliverable D3). Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Helmer, A. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2013	Abschlussbericht Öffentlichkeitsarbeit (deliverable D8.5.1). Rölker-Denker, L. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2013	Report on Standards and Certification in AAL (deliverable D4.4). Rölker-Denker, L. & Eichelberg, M. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2013	Abschlussbericht Arbeitskreis Informationelle Selbstbestimmung und Datenschutz (deliverable D8.6.1). Rölker-Denker, L.; Thoben, W.; Künemund, H.; Remmers, H.; Wolf, L. & Helmer, A. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2014	Ambient Assisted Living Roadmap. Aquilano, M.; Cavallo, F.; Dario, P.; Moschetti, A.; Acerbi, G.; Fiorini, L.; et.al. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2014	Ambient Assisted Living Strategic Research Agenda. Aquilano, M.; Cavallo, F.; Dario, P.; Moschetti, A.; Acerbi, G.; Fiorini, L.; et.al. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)
2014	Final Report (deliverable D5). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2014	AAL Use Cases and Integration Profiles (deliverable D2). Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Helmer, A. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2014	Workshop Report for 2nd Workshop (deliverable D4). Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Helmer, A. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2014	Use Cases in the Ambient Assisted Living domain: a selected collection from AAL JP, FP6 and FP7 projects (deliverable D7). Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; Helmer, A. & Doma, A. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2014	Abschlussbericht des Projekts (deliverable D8.4.1). Haux, R.; Hein, A.; Kolb, G.; Künemund, H.; Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L.; et.al. Niedersächsischer Forschungsverbund Gestaltung altersgerechter Lebenswelten (GAL)
2014	Updated Report on Standards and Certification in AAL (deliverable D4.5). Rölker-Denker, L.; Eichelberg, M.; van Glabbeek, G. & Pagliai, T. Next Generation European Ambient Assisted Living Innovation Alliance (AALIANCE2)

Jahr	Technischer Bericht
2015	Progress Report CSE1. Damm, W.; Boll, S.; Fränzle, M.; Hein, A.; Köster, F.; Nicklas, D.; et.al. Interdisciplinary Research Center on Critical Systems Engineering for Socio-Technical Systems (CSE)
2016	AAL Use Cases and Integration Profiles (deliverable D2, revised version). Eichelberg, M.; Rölker-Denker, L. & Helmer, A. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2016	Final Report (deliverable D5, revised version). Eichelberg, M. & Rölker-Denker, L. AAL Joint Programme Action Aimed at Promoting Standards and Interoperability in the Field of AAL
2016	Abschlussbericht Forschungsprojekt Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg. Hein, A.; Rölker-Denker, L. & Seeger, I. Netzwerk Versorgungsforschung Metropolregion Bremen-Oldenburg
2017	Selbstbericht im Neu-Akkreditierungsverfahren bei ASIIN. Winter, A.; Fränzle, M.; Rölker-Denker, L.; Boll, S.; Hein, A.; Hahn, A.; et.al. Masterstudiengang M.Sc. Engineering of Socio-Technical Systems
2017	PNW TS AAL-60: Active Assisted Living (AAL) use cases. Haltrich, U.; Boissonneault, P.; Lizhen, G.; Rölker-Denker, L.; Matsuoka, K.; Samarin, A.; et.al. International Electrotechnical Commission Systems Committee Active Assisted Living (IEC SyC AAL)
2017	International Electrotechnical Vocabulary - Part 871: Active Assisted Living (IEC 60050 - 871). Rölker-Denker, L.; Goodwin, J.; Cunniffe, P.; Duff, S. S.; Eisner, L.; Gwynn, P. D.; et.al. International Electrotechnical Commission Systems Committee Active Assisted Living (IEC SyC AAL), PT 60050-871
2017	Stellungnahme zum IQTIG-Evaluationskonzept Qualitätsverträge nach § 110a SGB V. Geraedts, M.; Drösler, S.; Kuske, S.; Meißner, W.; Stausberg, J.; Ansmann, L.; et.al. Deutsches Netzwerk für Versorgungsforschung

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die dem Wortlaut oder dem Sinn nach anderen Werken entnommen sind, wurden unter Angabe der Quelle kenntlich gemacht.

Ganderkesee/Oldenburg, 21.12.2017

Ort, Datum

Lars Rölker-Denker