



Universität Dortmund

DISCUSSION PAPERS

Zentrum für Weiterbildung – Universität Dortmund

**Maximiliane Wilkesmann & Uwe Wilkesmann
& Alfredo Virgillito**

Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur technickorientiertes Wissensmanagement in Krankenhäusern?

Discussion papers des
Zentrums für Weiterbildung
Universität Dortmund
04-2007

ISSN 1863-0294

**Discussion papers des Zentrums für Weiterbildung
Universität Dortmund**

**Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur
technikorientiertes Wissensmanagement in
Krankenhäusern?**

von

Maximiliane Wilkesmann & Uwe Wilkesmann & Alfredo Virgillito

Discussion paper Nr. 04-2007

**Korrespondenzanschrift:
Prof. Dr. Uwe Wilkesmann
Universität Dortmund
Lehrstuhl Weiterbildungs-, Sozial- und Organisationsmanagement
Hohe Str. 141
44139 Dortmund
Tel.: 0231 / 755 6630
Fax: 0231 / 755 6611
Email: wso.zfw@uni-dortmund.de**

Die Diskussionspapiere des Zentrums für Weiterbildung der Universität Dortmund werden von dem Lehrstuhl herausgegeben. Die inhaltliche Verantwortung für die Beiträge liegt bei den Autoren und nicht bei dem Lehrstuhl.

Die discussion papers können unter <http://www.zfw.uni-dortmund.de/wilkesmann> herunter geladen werden.

Inhaltsverzeichnis

Discussion papers des Zentrums für Weiterbildung	1
1 Einleitung	4
1.1 Wissensmanagement im Krankenhaus	5
1.2 Faktor Organisationskultur	7
1.3 Faktor Motivation	9
1.4 Faktor Gruppengröße	11
2 Empirie	11
2.1 Datenbasis	11
2.2 Methode	12
2.3 Empirische Ergebnisse	14
2.4 Diskussion	16
3 Resümee	17
4 Anhang: Faktorenanalyse	19
5 Literatur	22

Maximiliane Wilkesmann & Uwe Wilkesmann & Alfredo Virgillito

Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur technikorientiertes Wissensmanagement in Krankenhäusern?

1 Einleitung

Wissen ist eine der wichtigsten Ressourcen in modernen Unternehmen, d.h. ein guter Umgang mit dem vorhandenen Wissen sollte daher – auch in Krankenhäusern - selbstverständlich sein. „Guter Umgang“ bedeutet dabei, dass Wissen¹ weitergegeben, aber auch neues Wissen generiert wird. Dies sind fundamentale Voraussetzungen für komplexe, wissensintensive Dienstleistungen. Prozesse im Krankenhaus sind vor allem dadurch gekennzeichnet, dass Personen verschiedener Berufsgruppen gezielt miteinander Informationen austauschen, um eine optimale Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Somit hat der Prozess der Wissensweitergabe mit Hilfe von elektronischer Unterstützung einen wesentlichen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses. Zwar scheint Wissen keine knappe Ressource zu sein, die sich wie andere Ressourcen verbraucht, dennoch ist die Weitergabe von Informationen alles andere als selbstverständlich oder einfach².

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass allein die technische Unterstützung keinen Selbstläufer zur Wissensweitergabe darstellt: In der Praxis ist zu beobachten, dass es nicht ausreicht, ein technisches Tool in der Organisation zu implementieren und dann darauf zu hoffen, dass der einzelne Mitarbeiter sich mit seinen Informationen in das Tool einbringen³. Daher sind neben der technischen Möglichkeit noch weitere Faktoren nötig, damit Wissensmanagement auch den erwünschten Erfolg erzielt.

In diesem Beitrag werden zunächst die Grundlagen und Möglichkeiten eines technikorientierten Wissensmanagements beschrieben. Daran anschließend werden die Begriffe „Motivation“ und „Organisationskultur“, welche in der Literatur häufig als fördernde Faktoren zum technikorientierten Wissensaustausch zitiert werden, definiert und auf den Faktor der Gruppengröße als wichtiges organisatorisches Gestaltungsmerkmal bei der Wissensweitergabe einge-

¹ Der Begriff Wissen wird in diesem Kontext nur metaphorisch gebraucht, da Wissen an sich nicht weitergegeben werden kann, sondern nur Daten oder Informationen, die dann im persönlichen Wissenskontext wieder zu Wissen transferiert werden (vgl. Wilkesmann 2005).

² Vgl. Wilkesmann 2005.

³ Wilkesmann/ Rascher 2005.

gangen. Im Rahmen eines aktuellen Forschungsprojekts in 11 Krankenhäusern in NRW werden von den Autoren derzeit die Voraussetzungen zur elektronischen Weitergabe von Informationen in wissensintensiven Arbeitsprozessen zwischen den Pflegekräften und der Ärzteschaft untersucht. Inwieweit die oben genannten Faktoren technikorientiertes Wissensmanagement tatsächlich fördern, wird mit Hilfe dieser empirischen Untersuchung geprüft.

1.1 Wissensmanagement im Krankenhaus

Die Krankenhauslandschaft in Deutschland ist äußerst heterogen, d.h. je nach Trägerschaft stehen Krankenhäuser im Spannungsfeld zwischen Profit- und Non-Profit-Organisationen. Unabhängig vom Organisationstyp haben in der Vergangenheit verschiedene exogene Einflüsse, wie die Einführung von Diagnosis Related Groups (DRG), demografisch bedingte Veränderungen und vor allem der Rückgang öffentlicher Fördermittel dazu geführt, dass Krankenhäuser dazu gezwungen sind, eine Optimierung der Aufbau- und Ablauforganisation anzustreben⁴.

Wissensmanagementansätze haben zu Beginn der 1990er Jahre einen regelrechten Boom ausgelöst. Probst et al. (1998) entwickelten in dieser Zeit den wohl bekanntesten Ansatz zur Systematisierung der einzelnen Funktionen des Wissensmanagements, welcher seitdem weit verbreitet und weiterentwickelt wurde⁵. Wissensmanagement wird dabei als Herausforderung für Organisationen betrachtet, da Wissen die einzige Ressource ist, die sich durch Gebrauch vermehrt⁶. Als die beiden wichtigsten Funktionen⁶ des Wissensmanagements lassen sich aus dem oben zitierten Ansatz die folgenden zusammenfassen:

- *Generierung* von neuem Wissen und
- *Speicherung* und *Nutzung* von neuem Wissen⁷.

Wissensmanagement kann in Krankenhäusern auf verschiedenen Ebenen stattfinden, nämlich auf der strategischen sowie operativen Ebene. In der Organisation Krankenhaus gibt es drei wissensintensive Bereiche auf der strategischen Ebene:

- Kaufmännische Leitung
- Ärztliche Leitung
- Pflegedienstleitung.

⁴ Vgl. Augurzky et al. 2007.

⁵ Lehner 2000, S. 242.

⁶ Probst et al. 1998, S. 17.

⁷ Vgl. Wilkesmann 2003.

Die eigentliche optimierbare Outputgröße eines Krankenhauses liegt allerdings im Zeitalter von DRGs in der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Patienten bei möglichst kurzer Verweildauer. In diesem Beitrag wird daher der Fokus auf die Ebene des operativen Geschehens, d.h. der Arbeit am Patienten gelegt, die maßgeblich von den beiden Berufsgruppen Ärzteschaft und den Pflegekräften geleistet wird. Wissensweitergabe weitab von technischer Unterstützung findet in Krankenhäusern tagtäglich in ritualisierten und weitestgehend standardisierten Formen, wie Übergaben, Dienstbesprechungen und in Form von papierförmigen Patientenakten statt. Ziel des Wissensmanagements ist es aber, Wissen – oder besser: Informationen – möglichst unabhängig von Personen zu speichern. Technologische (Weiter-) Entwicklungen haben in der Vergangenheit einen Impuls zu einem veränderten Umgang mit Wissen geführt, da sie neue Möglichkeiten der einfachen und kostengünstigen Kommunikation, bei gleichzeitiger räumlicher und zeitlicher Entkoppelung, schaffen. Informationen können somit in nahezu beliebiger Komplexität in kürzester Zeit und mit geringen Kosten übertragen werden⁸. Daten bzw. Informationen lassen sich dabei mit Hilfe von IT-Tools auf verschiedenste Art und Weise im Krankenhaus bereitstellen. Das Projekt „Know-IT“ hat einiger dieser IT-Tools aufgegriffen und weiterentwickelt:

- KIS (Krankenhaus Informationssysteme),
- Newsgroups, Mailinglisten, Newsletter,
- Datenbanken (z.B. Gelbe Seiten, Prozessdatenbank, Dienstleistungsdatenbank etc.), in denen Dokumente unterschiedlicher Formate gespeichert werden können sowie
- Wikis.

Im Krankenhausalltag haben Pflegekräfte größtenteils einen eingeschränkten Zugang zu IT-gestützten Möglichkeiten des Wissensaustauschs⁹. Die Computernutzung ist in Krankenhäusern insgesamt wenig individualisiert, d.h. das Krankenhauspersonal arbeitet zwar mit dem Computer, besitzt aber beispielsweise keinen eigenen Internet- und E-Mailaccount. In der Regel werden eher Gruppenzugänge genutzt (z.B. Stationsnutzung). Diese Zugangsrestriktion stellt sicherlich eine Barriere bei der Nutzung dar, die aber für Pflegekräfte und Ärzte unterschiedlich ausgeprägt ist. Ebenso sind die Arbeitsgestaltung und der Arbeitsauftrag beider Berufsgruppen im Prozess der Dienstleistung am Patienten unterschiedlich. Aus den genannten Gründen sind in der Auswertung der Untersuchung sowohl die beiden Berufsgruppen der Ärzteschaft und Pflegekräfte gesondert analysiert worden, da unterschiedliche Einflüsse von Organisationskultur zu vermuten sind, als auch die verschiedenen Möglichkeiten des Zugangs

⁸ Zimmer 2003, S. 226.

⁹ Vgl. Bohnet-Joschko/ Dilling/ Abrolat 2005.

zu Computern erfasst worden. Der letzte Faktor muss kontrolliert werden, damit sich keine Artefakte ergeben.

Wenn das Teilen von Wissen (genauer von Information) kein Selbstläufer ist, muss gefragt werden, wie dies unterstützt werden kann, also unter welchen Bedingungen Mitarbeiter doch bereit sind, ihr Wissen weiterzugeben. Im Folgenden werden die zentralen Bedingungen der Organisationskultur, der Motivation und der Gruppengröße diskutiert.

1.2 Faktor Organisationskultur

Das Teilen von Wissen kann nicht von außen verordnet werden. Weder kann ein Vorgesetzter dies befehlen, noch können externe Anreize, wie Prämien dies belohnen¹⁰. Es können von außen höchstens Strukturen und kulturelle Voraussetzungen geschaffen werden, die die Entwicklung und das Funktionieren einer Wissensgemeinschaft unterstützen¹¹. In den 1980er Jahren wurde der Kulturgedanke auf die Organisation übertragen¹². Populär wurde das Thema Organisationskultur vor allem in der angelsächsischen Beraterbranche vor dem Hintergrund, dass durch die gezielte Gestaltung der Organisationskultur in Firmen bessere Unternehmenserfolge zu erzielen seien¹³. Ouchi (1981) argumentiert, dass Organisationen mit einem hohen Maß an Beteiligung auch eine hohe Übereinstimmung kultureller Werte besitzen und bei Entscheidungen somit geringere Transaktionskosten haben als Organisationen die hauptsächlich nach bürokratischen Regeln funktionieren. Den meisten Definitionen von Organisationskultur bzw. Unternehmenskultur gemeinsam sind die Konstrukte ‚Werte‘, ‚Normen‘ sowie ‚grundlegende Annahmen‘¹⁴. Schein definiert Organisationskultur als „... ein Muster gemeinsamer Grundprämissen, das die Gruppe bei der Bewältigung ihrer Probleme externer Anpassung und interner Integration erlernt hat, das sich bewährt hat und somit als bindend gilt...“¹⁵. Die Anpassungsfunktion von Organisationskultur spielt beim Wissensmanagement eine große Rolle: Wenn in einer Organisation beispielsweise die Norm vorherrscht, anderen zu helfen und zu kooperieren, dann ist Wissensaustausch eher möglich als in einer Organisation, wo jedermann darauf bedacht ist, die Gunst des Vorgesetzten zu erlangen. Je mehr Informationen geteilt werden, desto selbstverständlicher wird es in der Organisation auch, so fortzufahren¹⁶. Es bildet sich als Folge dieser Entwicklung eine Organisationskultur, in dessen Klima der Wissens-

¹⁰ Vgl. Frey/ Osterloh 2002; Wilkesmann 2005, 2007.

¹¹ North/ Romhardt/ Probst 2000, S. 55.

¹² Vgl. Schein 1985; Allaire/ Firsiritu 1984.

¹³ Ouchi 1981; Peters/ Waterman 1982; Deal/ Kennedy 1982.

¹⁴ Gontard 2002, S. 9.

¹⁵ Schein 1995, S. 25.

¹⁶ Charan 1992, S. 113.

austausch stattfindet und verankert wird. Neue Mitarbeiter lernen direkt diese Kultur kennen und passen sich diesen Verhaltenweisen an.

In der einschlägigen Literatur zum Wissensmanagement werden zwar verschiedene Kultur-faktoren aufgeführt, die für IT-unterstütztes Wissensmanagement förderlich sind. Allerdings gibt es bislang keine empirische Untersuchung, die den Einfluss der Organisationskultur auf IT-gestütztes Wissensmanagement erforscht hat. Diese Forschungslücke wird mit der hier vorgestellten empirischen Untersuchung geschlossen.

Grob kategorisieren kann man Ansätze mit objektivistischer Ausrichtung (Organisationen haben eine Kultur), subjektivistische Ausrichtungen (Organisationen sind Kultur) und integrativer Ausrichtung (Organisationen sind Kultur und haben gleichzeitig kulturelle Aspekte) unterscheiden¹⁷. Im Rahmen der theoretischen Vorüberlegungen wurden jeweils die Stärken und Schwächen der drei Forschungsrichtungen analysiert, wobei sich das methodische und theoretische Verständnis der integrativen Perspektive am besten für die hier angestrebte empirische Analyse eignet. Die abgefragten Dimensionen wurden in Anlehnung an Fey und Denison (2000) gewählt, der den Zusammenhang zwischen der Organisationskultur und der Effizienz von Unternehmen empirisch untersuchte. Unterstellt wird, dass Organisationen, die eine hohe Übereinstimmung von Werten und Normen (consistency), eine hohe Beteiligung an Entscheidungen und Ergebnissen (involvement), eine klare Vision (mission) und eine hohe Anpassungsfähigkeit (adaptability) besitzen und besonders effektiv beim technikorientierten Wissensmanagement sind. Die hohe Beteiligung an Entscheidungen und Ergebnissen führt zu folgendem Effekt: "Executives, managers, and employees are committed to their work and feel that they own a piece of the organization. People at all levels felt that they have at least some input into decisions that will affect their work and that their work is directly connected to the goals of the organization"¹⁸. Die Übereinstimmung von Werten und Normen ist wichtig, weil "(B)behavior is rooted in a set of core values, and leaders and followers are skilled at reaching agreement even when there are diverse points of view. This type of consistency, is a powerful source of stability and internal integration that results from a common mindset and a high degree of conformity"¹⁹. Eine hohe Anpassungsfähigkeit ist ebenso nach Fey and Denison ein wichtiger Faktor der Organisationskultur: "Adaptable organizations are driven by their customers, take risks and learn from their mistakes, and have capability and experience at creating change. They are continuously changing the system so that they are improving the organi-

¹⁷ Gontard 2002, S. 11.

¹⁸ Fey and Denison 2000, S. 7.

¹⁹ Ebd.

zations' collective abilities to provide value for their customers"²⁰. Auch eine klare Vision ist wichtig für die Organisationskultur, weil dadurch eine Kopplung von individuellen Zielen mit den organisationalen Zielen unterstützt wird. Für die hier vorliegende Untersuchung haben wir uns auf die Aspekte der Beteiligung an Entscheidungen und Ergebnisse (involvement) sowie der Übereinstimmung von Werten und Normen (consistency) fokussiert, weil sie die relevanten Faktoren der Kooperation und der Wissensweitergabe in Organisationen darstellen. Die Faktoren einer klaren Vision (mission) und einer hohen Anpassungsfähigkeit (adaptability) sind aus Gründen der Fragebogenökonomie vernachlässigt worden. Es ist zu vermuten, dass sie aber auch für den hier behandelten Zusammenhang nicht relevant sind, da sie eine top down Orientierung widerspiegeln, die wenig Einfluss auf den Wissenstransfer hat. Wie oben schon ausgeführt, kann der Wissenstransfer nicht top down verordnet werden. Involvement wird in den Dimensionen Empowerment, Teamorientierung und Kompetenzentwicklung unterteilt. Für die hier vorliegende Befragung ist der Faktor Organisationskultur in der gerade geschilderten Unterteilung mit Hilfe der Items aus dem Fragebogen von Fey und Denison (2002) übernommen worden (vgl. Anhang). Eine Organisationskultur, die hohe Übereinstimmung von Werten und Normen sowie eine hohe Beteiligung bei Entscheidungen ermöglicht, sollte die Mitarbeiter im Krankenhaus dazu ermutigen, ihr Wissen mit Hilfe von IT-Instrumenten zu teilen. Dies führt zu der ersten Hypothese:

(H 1) Eine Organisationskultur, die in den Dimensionen involvement und consistency hohe Ausprägungen hat, verstärkt die Handlungsoption der IT-gestützten Wissensweitergabe von Pflegekräften und Ärzten.

Eine Organisationskultur kann jedoch nur dann handlungswirksam für die Mitarbeiter werden, wenn sie lange genug in die jeweilige Unternehmenskultur sozialisiert worden sind. Ein Neuling kann sich z.B. überhaupt nicht im Sinne der Unternehmenskultur verhalten, weil er sie noch nicht richtig kennt, geschweige denn sie internalisiert hat. Aus diesem Grunde wird der Faktor der zeitlichen Zugehörigkeit zum jetzigen Krankenhaus in der Analyse kontrolliert.

1.3 Faktor Motivation

North, Romhardt und Probst (2000) gehen davon aus, dass jeder Mensch sein Wissen teilen möchte. Es sei für jeden ein befriedigendes Gefühl, eigene Erfahrungen weiterzugeben und zu sehen, dass diese Personen vom eigenen Wissen einen Nutzen haben. In der Praxis hat sich allerdings gezeigt, dass es nicht ausreicht, ein technisches Tool in der Organisation zu imple-

²⁰ Fey and Denison 2000, S. 7/8.

mentieren und dann darauf zu hoffen, dass sich der einzelne Mitarbeiter mit seinen Informationen in das IT-Tool einbringt. Die Bereitstellung von Informationen ist notwendig, da beispielsweise eine Datenbank nur dann für die Nutzer interessant ist, wenn diese eine kritische Masse an Informationen bereithält. Je mehr Informationen geteilt werden, desto selbstverständlicher wird es im Krankenhaus auch, so fortzufahren. Allerdings ist das nur möglich, wenn Anreize und Strukturen geschaffen werden, damit Pflegekräfte und Ärzte ihr Wissen z. B. innerhalb einer Datenbank oder in Form des persönlichen Austausches weitergeben. Daher sind neben der technischen Möglichkeit und einer wissensfördernden Organisationskultur motivationale Faktoren nötig, damit das Managen von Wissen auch den erwünschten Erfolg erzielt.

Grundsätzlich sind zwei Formen der Motivation denkbar: *intrinsische Motivation* (von innen heraus; die Arbeit macht z.B. einfach Spaß) und *extrinsische Anreize* (von außen; es wird für Geld gearbeitet). Beide Formen sind im Fall der Wissensweitergabe denkbar. Extrinsische Anreize sind bei der Arbeit in Krankenhausteams jedoch eher sekundär. Von außen ist z.B. der Beitrag einer einzelnen Pflegekraft zum Genesungsergebnis des Patienten nicht beobachtbar. Aus diesem Grunde kann die Arbeit auch nicht von außen mit extrinsischen Anreizen direkt unterstützt werden. Die Belohnung ist schließlich an ein beobachtbares Kriterium gebunden. Außerdem ist nicht nur der individuelle Input in den Pflegeprozess für das Ergebnis entscheidend, sondern auch die Kommunikation innerhalb des Pflorgeteams von Pflegekräften. Die Interaktion und das „Zusammenspiel“ im Pflorgeteam sind ebenso wichtig und nicht in Form von selektiven Anreizen quantifizierbar. Aus diesen Gründen steht die intrinsische Motivation im Vordergrund. Heckhausen versteht unter intrinsischer Motivation „wenn Mittel und Zweck thematisch übereinstimmen; mit anderen Worten, wenn das Ziel gleichthematisch mit dem Handeln ist, so dass dieses in seiner eigenen Thematik willen erfolgt“²¹. Wenn einer Person eine bestimmte Tätigkeit z.B. Spaß macht, ist sie intrinsisch motiviert. Die intrinsische Motivation kann dabei durchaus durch den (diffusen) extrinsischen Anreiz einer Karriereerwartung unterstützt werden, ohne dass die Motivation dadurch zerstört wird²².

Die Besonderheit im Krankenhaus ist, dass die intrinsische Motivation bei Menschen in pflegerischen Berufen durch ein hohes Maß an karitativer Motivation verstärkt wird, d.h. dass Menschen des Helfenswillens und aus Nächstenliebe geholfen wird.

²¹ Heckhausen 1989, S. 459.

²² Vgl. Frey/ Osterloh 2002.

Mitarbeiter im Krankenhaus, die hoch intrinsisch motiviert sind, müssten ebenso eher bereit sein, ihr Wissen zu teilen, da sie dies aus einer grundsätzlichen intrinsischen Motivation heraus unternehmen, die keinen extrinsischen Anreiz in ihr Kalkül bewusst aufnimmt. Man hilft den Kolleginnen und Kollegen gerne, weil es z.B. Spaß macht und man grundsätzlich gerne Kollegen hilft. Dies führt zur zweiten Hypothese:

(H 2) Je höher die intrinsische Motivation der Mitarbeiter, desto eher sind sie zur IT-gestützten Wissensweitergabe bereit.

1.4 Faktor Gruppengröße

Die Wissensweitergabe ist neben den beiden genannten Faktoren auch noch von einem aus der Organisationsforschung weithin bekannten dritten Faktor abhängig: der Gruppengröße. Wissensweitergabe beruht auf dem Prinzip der Reziprozität. Gibt Ego sein Wissen an Alter weiter, erwartet Ego auch von Alter, dass er ebenso handelt. Im Enttäuschungsfall wird Ego nicht ein zweites Mal so handeln und im Wiederholungsfall Alter sein Wissen vorenthalten. Ob dies so ist, kann Ego aber nur beobachten, wenn eine Beobachtung von Alters Reaktion durch Ego möglich ist. Dies gilt nicht nur für die face-to-face Interaktion, sondern auch für die IT-gestützte Interaktion, wie Creß et al. in Laborexperimenten feststellen konnten²³. Eine Beobachtung von Alters Reaktion ist aber nur dann möglich, wenn die Gruppe nicht zu groß ist. Bei großen Gruppen kann Ego nicht mehr beobachten oder sonst wie feststellen, wie Alter sich verhält, deshalb wird in großen Gruppen auch bei der Wissensweitergabe ein Trittbrettfahrer-Verhalten wahrscheinlich²⁴. Gemeint ist damit, dass Alter zwar das Wissen von Ego „anzapft“, aber sein Wissen für sich behält. Dies führt zur dritten Hypothese:

(H 3) Je kleiner die Gruppe oder das Netzwerk ist, desto wahrscheinlicher ist IT-gestützte Wissensweitergabe.

2 Empirie

2.1 Datenbasis

Die Befragung wurde von Februar bis Mai 2006 in 11 Krankenhäuser in NRW durchgeführt. Fünf Krankenhäuser aus dem Sample fallen in die Kategorie kleiner Krankenhäuser (bis 250 Betten), weitere fünf Krankenhäuser fallen in die Kategorie mittlerer Krankenhausgröße (251-

²³ Vgl. Cress et al. 2003; Cress 2006.

²⁴ Vgl. Olosn 1965.

500 Betten) und ein Krankenhaus fällt in die Kategorie große Krankenhäuser (mehr als 500 Betten). Es wurden 3024 Fragebögen in allen Krankenhäusern verteilt und 1047 zurückgesendet. Der Rücklauf von 34,6% ist eine gute Rücklaufquote für eine schriftliche Befragung. Die Rücklaufquote bei den Ärzten beträgt 30,3%, bei den Pflegekräften 36,0%. Im Datensatz sind 19,4% Ärzte und 80,6% Pflegekräfte enthalten. 975 von den 1047 Fragebögen waren für die vorliegende Auswertung im vollen Umfang verwendbar und sind damit in die Analyse eingeflossen. Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit zum jetzigen Krankenhaus beträgt bei den Ärzten 6,8 Jahre und 14,4 Jahren bei den Pflegekräften. Das durchschnittliche Alter der Ärzte beträgt 40,8 Jahre und 39,2 Jahre bei den Pflegekräften. 55% der antwortenden Ärzte sowie 24,9% der Pflegekräfte sind männlich.

2.2 Methode

Mit Hilfe dieses Datensatzes werden die oben ausgearbeiteten Hypothesen überprüft. In einem ersten Schritt wenden wir zur Operationalisierung unserer theoretischen Konzepte eine Faktorenanalyse²⁵ an. Danach werden die so gefundenen Konstrukte in einem Regressionsmodell zur eigentlichen Hypothesenprüfung herangezogen.

In Anlehnung an Nonaka und Takeuchi (1995) werden die Ärzte und Pflegekräfte nach Weitergabe und Empfang von 'Wissen' befragt. Jedes Item wird über eine fünf-stufige Likert Skala gemessen (1=trifft gar nicht zu, 5= trifft genau zu). Eine Faktorenanalyse (siehe Anhang) zeigt, dass technikorientiertes Wissensmanagement ein eigenständiger Faktor der von uns in Krankenhäusern untersuchten Dimensionen des Wissensmanagements ist. Dieser Faktor erweist sich als reliabel (Crombach's alpha = 0.738). Die Items, auf denen diese Skala beruht, sind:

- Mein Fachwissen teile ich durch Einträge, die über die Pflichtangaben hinausgehen, in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) mit.
- Mein Fachwissen teile ich durch Einträge in andere elektronische Medien (z.B. Diskussionsform, Chat) mit.
- Ich lerne viel mit Hilfe von Informationen durch das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. andere arbeitsrelevante Software.
- Ich lerne viel mit Hilfe von Informationen durch andere elektronische Medien (z.B. Internet, Intranet, Chat, Diskussionsforen etc.).

Um die Dimensionen der Organisationsstruktur zu operationalisieren, verwenden wir Items von Denison und Mishra (1995). Die Faktorenanalyse differenziert die Involvement Dimensi-

²⁵ Alle hier referierten Faktorenanalysen sind Hauptkomponentenanalysen. Extrahiert wurden nach dem Kaiserkriterium alle Faktoren mit einem Eigenwert größer eins. Zur einfachen Interpretation der Faktoren wurde eine Varimax Rotation benutzt.

on in drei Faktoren: Strategische Ausrichtung, intradisziplinäre Teamorientierung und interdisziplinäre Teamorientierung. Die drei Skalen sind reliabel ($\alpha > 0.7$). Da wir davon ausgehen, dass Organisationskultur im Sinne von organisationellen Regeln gelernt werden muss, vermuten wir zudem einen positiven Zusammenhang von der Betriebszugehörigkeitsdauer gemessen in Jahren und dem medialen Wissenstransfer.

Auch die Dimension Consistency wird in drei Faktoren zerlegt. Nur zwei dieser Skalen können als reliabel angesehen werden: Übereinstimmen von Reden und Handeln ($\alpha = 0.851$) und Wertorientierung ($\alpha = 0.588$) und bei letzterer nur eingeschränkt. Der dritte Faktor weist eine unzureichende Reliabilität ($\alpha = 0.211$) auf, wird nicht benannt und fließt daher nicht mit ins Modell ein.

Die intrinsische Motivation wird mittels fünf Items abgefragt²⁶. Von diesen fünf Items bilden vier eine reliable Skala ($\alpha=0.603$), die wir in dem Regressionsmodell benutzen.

Die Gruppengröße wird in drei Kategorien erfasst: Kleine Gruppen haben bis zu vier Mitarbeiter, mittlere bestehen aus fünf bis zehn und in großen Teams arbeiten mehr als elf Menschen zusammen. Wir vermuten, dass in kleineren Gruppen der technikgestützte Wissensaustausch angeregter ist, als in größeren Teams. Daher wählen wir die mittlere Gruppengröße als Referenzkategorie und messen, wie sich der Wissensaustausch in Gruppen mit davon abweichenden Mitgliederzahlen verhält.

Zusätzlich zu den hier beschriebenen unabhängigen Variablen werden noch zwei weitere Kontrollvariablen ins Modell mit aufgenommen. Zum einen das Geschlecht und zum anderen das Ausmaß des Zugangs zu den verschiedenen Mitteln des IT-gestützten Wissenstransfers²⁷. Die Variable Zugang zu den Möglichkeiten des technologischen Wissenstransfers kontrolliert die institutionellen Rahmenbedingungen, wie das Niveau der technischen Ausstattung im Krankenhaus, aber auch, dass Ärzte generell einen besseren Zugang zu diesen Mitteln haben.

Tabelle 1 zeigt die deskriptiven Statistiken der verwendeten Variablen. Auffällig sind die Unterschiede in den Betriebszugehörigkeitsdauern, bedingt durch die berufsspezifischen Karrie-

²⁶ Diese Items lauten: „Meine Meinung über mich selbst wächst, wenn ich meine Arbeit gut mache.“, „Ich empfinde eine große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache“, „Ich fühle mich schlecht und unglücklich, wenn ich sehe, dass ich meine Arbeit schlecht ausgeführt habe.“, „Meine Arbeit macht mir Freude.“ und „Meine Stimmung wird im allgemeinen nicht davon beeinflusst, wie gut ich meine Arbeit mache.“. Cronbach's alpha liegt für alle Items bei 0.4234 und bei 0.603 wenn das letzte Item weggelassen wird.

²⁷ Es wurde gefragt, über welche technischen Möglichkeiten das Krankenhaus verfügt. Möglich waren: Internetzugang, Intranet, Dokumentendatenbank, Expertenverzeichnis, e-mail, KIS, Diskussionsforum, Chat und Videokonferenz. Die daraus generierte Variable gibt die Anzahl der Möglichkeiten an und variiert zwischen eins und fünf.

ren von Ärzten und den Pflegeern. Weiterhin große Unterschiede zwischen den Berufsständen bestehen bei der Verteilung der Geschlechter und der Gruppengrößen. Auch zeigt sich, dass die Pflegekräfte einen erheblich eingeschränkten Zugriff auf die Medien des IT-gestützten Wissenstransfers haben, im Gegensatz zu den Ärzten. Diese wiederum haben kein so großes Vertrauen in (oder sind besser informiert über) die strategische Entwicklungsfähigkeit des Krankenhauses als die Pflegekräfte.

Tabelle 1: Deskriptiva

	Ärzeschaft		Pflegepersonal	
	Durchschnitt	sd	Durchschnitt	sd
medial vermittelter Wissenstransfer Involvement	1.96	0.75	2.03	0.83
strategische Entwicklungsfähigkeit	2.53	0.88	3.14	0.80
Intradisziplinäre Teamkultur	3.28	0.76	3.47	0.67
Interdisziplinäre Teamkultur Consistency	3.70	0.82	3.76	0.78
Überereinstimmung von Reden und Handeln	2.51	0.82	2.76	0.67
Wertorientierung	3.27	0.73	3.23	0.67
Betriebszugehörigkeitsdauer	6.79	6.76	14.38	8.79
intrinsische Motivation	4.02	0.68	3.94	0.61
Zugang zu Medien	3.53	0.84	3.01	0.96
Geschlecht (Anteil Männer)	56.32%		24.84%	
Gruppengröße				
Klein (bis 4)	6.74%		13.63%	
Mittel (5 bis 10)	25.52%		52.48%	
Groß (ab 11)	67.37%		33.89%	
n	190		785	

2.3 Empirische Ergebnisse

Um die Hypothesen empirisch zu überprüfen, wurden zwei Regressionsmodelle geschätzt (s. Tabelle 2), eins für die Ärzte und eines für die Pflegekräfte. Dies geschieht aufgrund der Annahme, dass die beiden Berufsgruppen sich nicht nur im Niveau des IT-gestützten Wissenstransfers unterscheiden, dazu hätte es gereicht den Beruf als unabhängige Variable in das Mo-

dell einzuführen, sondern dass vielmehr strukturelle Unterschiede zwischen diesen Berufsgruppen das jeweilige Ausmaß des IT-gestützten Wissenstransfers bedingen²⁸.

Regressionsmodell²⁹	Ärztenschaft	Pflegepersonal
Involvement		
strategische Entwicklungsfähigkeit	0.07	0.119**
Intradisziplinäre Teamkultur	-0.061	-0.049
Interdisziplinäre Teamkultur	0.047	-0.032
Consistency		
Übereinstimmung von Reden und Handeln	0.171	0.239**
Wertorientierung	0.023	-0.073+
Betriebszugehörigkeitsdauer	-0.037	0.021
intrinsische Motivation	-0.03	0.118**
Gruppengröße		
klein	0.059	-0.03
mittel (Referenzkategorie)		
groß	0.12	0.093**
Geschlecht (Referenzkategorie = männlich)	-0.001	0.025
Zugang zu Medien	0.267**	0.17**
korrigiertes r ²	0.096	0.128

+ p < 0,1 * p < 0,05 ** p < 0,001

Tabelle 2: Unterstützung IT-gestützten Wissenstransfer

Dieser strukturelle Unterschied wird auch sofort in den Ergebnissen der Regressionsmodelle deutlich: Das Modell der Pflegekräfte hat eine höheres r² als das der Ärzte; es passt besser zu den theoretischen Annahmen. Zwar ist der Zugang zu Medien in beiden Modellen signifikant, aber mehr Gemeinsamkeiten sind nicht auszumachen. Während die Zugangsmöglichkeiten zu Medien der einzige signifikante Einfluss auf den IT-gestützten Wissenstransfer bei Ärzten ist, ist dieser Einfluss bei den Pflegekräften nur einer unter vielen. Bei den Pflegekräften sind somit alle Aussagen zum Einfluss von Motivation und Organisationskultur unabhängig von den Zugangsmöglichkeiten zu den verschiedenen IT-gestützten Wissenstransferkanälen gültig.

Bei den Pflegekräften sind vor allem Kulturvariablen wie „strategische Entwicklungsfähigkeit“ und „Übereinstimmung von Reden und Handeln“ signifikant und fördern den medialen Wissenstransfer, während Teamkulturvariablen keinen signifikanten Einfluss ausüben. Für die Pflegekräfte scheint Vertrauen in die und Zufriedenheit mit der Krankenhausführung einen

²⁸ Hinweise darauf finden sich in unserer Untersuchung zu face-to-face Wissenstransfer in Krankenhäusern (vgl. Wilkesmann/Wilkesmann/Virgillito 2007)

²⁹ Dargestellt sind standardisierte Beta-Koeffizienten, die die Stärke nicht absolut sondern relativ zu den anderen im Modell befindlichen Variablen angeben.

wichtigeren Stellenwert einzunehmen, was den medialen - und somit auch unpersönlichen – Wissenstransfer angeht, als eine starke - und zumeist auch persönlich erfahrbare - Teamkultur.

Auch die intrinsische Motivation übt einen positiven Einfluss auf den medialen Wissenstransfer aus, allerdings in geringerem Umfang als die Organisationskultur. Die Gruppengröße hat, entgegen unseren Annahmen, einen positiven Einfluss: In größeren Gruppen wird mehr Wissen medial transferiert als in kleineren Gruppen. Man könnte vermuten, dass dies an der Unübersichtlichkeit der Gruppe liegt und medialer Wissenstransfer in größeren Gruppen praktischer ist. Das hätte zur Folge, dass in kleinen Gruppen Wissensaustausch verstärkt in face-to-face Situationen stattfindet, was aber mit diesen Daten nicht bestätigt werden kann³⁰. Das Geschlecht hat weder in unserem theoretischen noch im empirischen Modell einen signifikanten Einfluss auf den IT-gestützten Wissenstransfer.

2.4 Diskussion

Die Differenz zwischen den beiden Berufsgruppen der Ärzte und Pflegekräfte fällt zuerst auf. Während bei den Ärzten keiner der Faktoren einen signifikanten Einfluss auf den IT-gestützten Wissenstransfer hat, sind dies bei den Pflegekräften die Faktoren, wie intrinsische Motivation, strategische Entwicklungsfähigkeit, Übereinstimmung von Reden und Handeln sowie die Gruppengröße, welche einen signifikanten Einfluss auf den IT-gestützten Wissenstransfer haben.

Für die Gruppe der Pflegekräfte ist die Hypothese 1 zumindest in Teilen bestätigt worden. Einen besonders hohen Einfluss hat der Faktor „Übereinstimmung von Reden und Handeln“. Dies trifft den bekannten Umstand, dass eine Krankenhausleitung in Sonntagsreden ein Verhalten fordert, welches sie selbst nicht einlöst, bzw. keiner im Krankenhaus ernst nimmt. In diesem Fall kann und wird das neue Instrumentarium der IT-gestützten Wissensweitergabe auch nicht ernst genommen, sondern als moderner „Schnickschnack“ abgetan, der bei den aktuellen Problemen nicht weiterhilft. Ebenso ist die strategische Entwicklungsfähigkeit ein signifikanter Faktor, der Einfluss auf die Wissensweitergabe hat. Dies reflektiert den Sachverhalt, dass das Krankenhaus strategisch eindeutig aufgestellt sein muss und nicht ständig neuen, sich vermutlich sogar widersprechenden, Strategien folgen darf. In diesem Fall werden die Pflegekräfte sagen, dass sie die neue Mode ebenso überleben werden, wie sie bisher alle anderen Moden überlebt haben. Interessant ist, dass sowohl die intra- als auch interdisziplinäre

³⁰ Vgl. Wilkesmann/Wilkesmann/Virgillito 2007.

Teamkultur keinen Einfluss auf den IT-gestützten Wissenstransfer der Pflegekräfte haben. Vermutlich spielt für die IT-gestützte Wissensweitergabe nicht die flache Hierarchie der Teamorientierung die größte Rolle, sondern die Handlungsroutine, in welche die IT-gestützte Wissensweitergabe eingebettet ist. Wissensweitergabe muss eben eine Handlung sein, die in die Routine des alltäglichen Arbeitsprozesses integriert ist. Außerdem ist zu erwarten, dass in Teams face-to-face Kommunikation immer noch am effektivsten ist.

Die Hypothese 2 wird für die Gruppe der Pflegekräfte bestätigt. Die Hypothese 3 wird für die Gruppe der Pflegekräfte genau in der entgegen gesetzten Richtung bestätigt, d.h. nicht kleine Gruppen, sondern große Gruppen unterstützen den IT-gestützten Wissenstransfer, obwohl die Gruppengröße nur den geringsten Einfluss hat. Damit sind zwei Hypothesen für die Gruppe der Pflegekräfte bestätigt und eine Hypothese in der „umgekehrten Richtung“ verifiziert worden.

Für die Gruppe der Ärzte ist keine der drei Hypothesen bestätigt worden. Dies erstaunt auf den ersten Blick. Eine mögliche Begründung dafür kann der Umstand sein, dass Wissenstransfer bei den Ärzten eher face-to-face stattfindet, in den täglichen Besprechungen, aber auch in den Kaffeepausen³¹. Weiterhin ist zu bedenken, dass Pflegekräfte weder in der Selbstverständlichkeit des Zuganges zu den Mitteln des IT-gestützten Wissenstransfers, noch in der Organisation ihrer Arbeit, so viele Freiheiten genießen wie die Ärzteschaft. Es ist demnach für die Pflegekräfte relativ aufwendig ihr Wissen über IT-Kanäle weiterzugeben, während dies für Ärzte oftmals selbstverständlich ist. Unsere Untersuchung zeigt auch, dass Pflegekräfte, die besonders motiviert und in hohem Maße in die Organisationskultur integriert sind, bereit sind, den für sie hohen Aufwand des IT-gestützten Wissensmanagements in Kauf zu nehmen.

3 Resümee

Bei der Analyse der Faktoren, die IT-gestütztes Wissensmanagement fördern, sind die beiden Berufsgruppen der Pflegekräfte und Ärzte streng zu trennen. Für beide Gruppen gelten vollkommen unterschiedliche Voraussetzungen. Wie mit Hilfe der empirischen Untersuchung gezeigt werden konnte, sind nur für die Gruppe der Pflegekräfte die Einflussfaktoren der intrinsischen Motivation, der Organisationskultur und der Gruppengröße relevant, um die unterschiedliche Nutzung des IT-gestützten Wissensmanagements zu erklären. Für die Ärzte gilt dies alles nicht. Positiv formuliert kann aber ein IT-gestützter Wissenstransfer unter den Pfl-

³¹ Vgl. Wilkesmann/Wilkesmann/Virgillito 2007.

gekräften nur dann gelingen, wenn die oben genannten Faktoren berücksichtigt werden. Die erste wichtige Botschaft ist: Unternehmenskultur hat einen Einfluss auf den Wissenstransfer. Dies ist kein Faktor, der sich „mal eben“ managen lässt, sondern sehr viel Zeit in Anspruch nimmt. Eine in diesem Sinne positive Unternehmenskultur entwickelt sich über einen langen Zeitraum, kann jedoch in sehr kurzer Zeit wieder zerstört werden. Krankenhausleitungen müssen mit diesem Faktor also sehr sensibel umgehen.

Ebenso ist der Faktor der intrinsischen Motivation nicht einfach „managebar“. Von außen kann kein Vorgesetzter seinem Mitarbeiter sagen: „Sei intrinsisch motiviert!“ Dies wäre eine paradoxe Intervention, da intrinsische Motivation von innen kommen muss. Wie aus der Arbeitsforschung bekannt, kann aber ein Zusammenhang zwischen der Arbeitsgestaltung und der Wahrscheinlichkeit des Auftretens von intrinsischer Motivation hergestellt werden³²: Je größer der Handlungs- und Entscheidungsspielraum in der Arbeit ist, desto wahrscheinlicher ist das Auftreten von intrinsischer Motivation. Auch der dritte Einflussfaktor, die Gruppengröße, ist letztendlich ein Faktor der Arbeitsgestaltung im Krankenhaus.

Zusammenfassend lässt sich damit sagen, dass IT-gestützter Wissenstransfer durch Kontextfaktoren (zumindest bei den Pflegekräften) gestaltbar ist. Nicht direkte Einflussnahme, sondern Steuerung über Rahmengestaltung entscheidet über den Erfolg von IT-gestütztem Wissenstransfer. Managen heißt damit für die Krankenhausleitung heute nicht Detailsteuerung und Kontrolle bis in den kleinsten Arbeitsablauf hinein, sondern – ganz im Gegenteil! – die Schaffung von Freiräumen, das Managen über Kontextfaktoren, die nur indirekt das Verhalten von Mitarbeitern beeinflussen. Der Versuch der direkten Steuerung wird dagegen immer zu kontraproduktiven Effekten führen. Die Botschaft kann also nur heißen: Schafft gute Rahmenbedingungen und gebt den Pflegekräften entsprechende Handlungsräume, die sie dann ausfüllen können. Handlungsspielräume zur Entwicklung einer Wissenskultur dürfen nicht durch zeitliche und soziale Restriktionen gehemmt werden. Wissenstransfer erfordert ein hohes Maß an Autonomie auf Seiten der Anwender, dazu müssen die Organisationsmitglieder aber zuerst auch die Möglichkeit erhalten.

³² Vgl. Hackman/ Oldham 1980; Wilkesmann/ Rascher 2005.

4 Anhang: Faktorenanalyse

**Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Vari-
max mit Kaiser-Normalisierung.**

KMO: 0,808 Bartlett: 0,00	Komponente					erklärte Gesamtvari- anz: 62,233 alpha
	1	2	3	4	5	
Ich zeige Kollegen bestimmte Vorgänge, damit sie sie erlernen.	0.868	0.073	0.029	0.142	0.124	0.860
Ich unterstütze Kollegen dabei, eigene Arbeitserfahrungen zu sammeln.	0.834	0.111	0.062	0.090	0.143	
Kollegen lernen eine Menge dadurch, indem sie sich Sachen von mir anschauen.	0.817	0.130	0.066	0.130	0.097	
Kollegen unterstützen mich dabei, meine eigenen Arbeitserfahrungen zu sammeln.	0.089	0.797	0.129	0.002	0.068	0.775
Ich lasse mir bestimmte Vorgänge von Kollegen zeigen, damit ich sie erlerne.	0.100	0.779	-0.006	-0.005	-0.020	
Ich lerne eine Menge dadurch, dass ich meinen Kollegen bei der Erledigung ihrer Arbeit beobachte.	0.127	0.739	0.115	0.002	0.003	
Ich lerne viel dadurch, dass ich Kollegen frage.	0.007	0.714	-0.076	0.044	0.226	
Mein Fachwissen teile ich durch Einträge in andere elektronische Medien (z.B. Diskussionsform, Chat) mit.	0.011	-0.035	0.815	0.061	0.095	0.738
Mein Fachwissen teile ich durch Einträge, die über die Pflichtangaben hinausgehen, in das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) mit.	-0.006	0.018	0.802	0.002	0.220	
Ich lerne viel mit Hilfe von Informationen durch das Krankenhaus-Informationssystem (KIS) bzw. andere arbeitsrelevante Software.	0.063	0.183	0.707	0.135	0.046	
Ich lerne viel mit Hilfe von Informationen durch andere elektronische Medien (z.B. Internet, Intranet, Chat, Diskussionsforen etc.).	0.190	0.014	0.554	0.479	-0.042	
Ich lerne viel mit Hilfe von Informationen durch Printmedien (z.B. Bücher, Fachzeitschriften etc.).	0.144	-0.019	0.137	0.774	-0.101	0.685
Ich lerne viel durch papierförmige Dokumente.	0.049	0.037	0.045	0.742	0.237	
Ich lerne viel durch Kongresse und externe Fortbildungen.	0.135	0.023	0.068	0.725	0.240	
Bei Teamsitzungen, Übergaben, Stationssitzungen oder Abteilungsbesprechungen bringe ich mich häufig ein.	0.404	-0.062	0.042	0.119	0.647	0.600
Ich lerne viel in Teamsitzungen, Übergaben, Stationssitzungen oder Abteilungsbesprechungen.	-0.133	0.336	0.101	0.244	0.614	
Ich dokumentiere viel für Kollegen in Papierform (außerhalb der vorgeschriebenen Dokumentation, z.B. Buch für Neuigkeiten, Handbuch o.ä.).	0.142	0.045	0.295	0.049	0.576	
Ich teile neue Ideen meinen Kollegen mit.	0.450	0.125	0.028	0.070	0.556	

Rotierte Komponentenmatrix(a)

KMO: 0,89 Bartlett: 0,00	Komponente			erklärte Gesamtvarianz: 54,303 alpha
	1	2	3	
Die Stärken des Krankenhauses werden ständig ausgebaut (z.B. Spezialisierung).	0.832	0.065	0.082	0.803
Die fachliche Fähigkeit der Mitarbeiter in diesem Krankenhaus wird als wichtige Quelle des Wettbewerbsvorteils angesehen.	0.814	0.140	0.160	
Die Stärken des Krankenhauses werden ständig ausgebaut (z.B. Spezialisierung).	0.757	0.123	0.104	
Über die strategische Ausrichtung unseres Krankenhauses bin ich informiert.	0.631	0.188	0.130	
Fachliche und soziale Probleme gibt es in diesem Krankenhaus selten, weil wir die notwendigen Fähigkeiten haben, unsere Arbeit zu erledigen.	0.514	0.395	0.110	
Die meisten Kollegen meiner Abteilung sind sehr engagiert bei der Erledigung ihrer Arbeit.	0.114	0.722	0.200	0.724
Jeder in meiner Abteilung glaubt, dass man einen positiven Einfluss auf das Klima der Zusammenarbeit haben kann.	0.151	0.694	0.248	
Entscheidungen in meiner Abteilung werden normalerweise auf der Grundlage der besten Informationen getroffen.	0.238	0.655	0.315	
Mitarbeiter in meiner Abteilung können in vielen Bereichen eigenverantwortlich handeln.	0.233	0.586	0.268	
Ein zentraler Baustein meiner Abteilung ist die Arbeit in Teams innerhalb der eigenen Berufsgruppe (Ärzte untereinander/ Pflegekräfte untereinander).	0.092	0.561	-0.288	
Der Führungsstil in meiner Abteilung ist eher horizontal, d.h. es gibt wenige Anweisungen „von oben“.	0.066	0.379	0.350	0.708
Ein zentraler Baustein meiner Abteilung ist die Arbeit in interdisziplinären Teams (Ärzte und Pflegekräfte zusammen).	0.111	0.127	0.791	
Auf Zusammenarbeit über Berufsgruppen (gemeint sind hier nur Ärzte und Pflegekräfte!) hinweg, wird im Krankenhaus Wert gelegt.	0.351	0.118	0.693	
Ich fühle mich als Teil eines Teams bei der Arbeit in meiner Abteilung.	0.087	0.438	0.606	

Rotierte Komponentenmatrix(a)

KMO: 0,887 Bartlett: 0,00	Komponente			erklärte Gesamtvarianz: 52,899 alpha
	1	2	3	
Es ist einfach, Projekte über Abteilungen hinweg in diesem Krankenhaus zu koordinieren.	0.761	-0.092	0.128	0.851
Es gibt eine gute Ausrichtung von Zielen über Abteilungsgrenzen hinweg.	0.737	-0.031	0.193	
Diese Organisation hat eine "starke" Organisationskultur, d.h. es ist einfach Konsens zu erreichen, auch bei schwierigen fachlichen Problemen.	0.691	0.368	0.003	
Mitarbeiter besitzen, obwohl sie aus unterschiedlichen organisatorischen Abteilungen kommen, eine gemeinsame Sichtweise (es gibt selten Abteilungs-egoismen).	0.686	0.115	0.093	
Wenn Widersprüche auftreten, arbeiten wir stark daran gemeinsam eine Lösung zu finden, bei der jeder profitiert.	0.654	0.406	-0.105	
Die Führungskräfte in diesem Krankenhaus handeln selbst so, wie sie es „predigen“.	0.630	0.311	0.046	
Es gibt klare, gleich bleibende und gemeinsam geteilte Werte, die das Handeln im Arbeitsalltag prägen.	0.620	0.410	0.071	
Im Krankenhaus gibt es bestimmte ethische Werte, die mein Handeln lenken.	0.140	0.622	0.364	0.588
Es gibt eine klare Vorstellung über das richtige und falsche Handeln in meiner Abteilung.	0.405	0.618	-0.062	
Mein Handeln im Krankenhaus ist gleich bleibend und vorhersagbar.	-0.034	0.573	0.068	
Wir haben selten Mühe, persönliche Probleme untereinander zu lösen.	0.415	0.517	-0.149	
Die Missachtung dieser Werte führt zu persönlichen Problemen.	-0.006	0.238	0.725	0.211
Die Zusammenarbeit mit externen Fachkräften (z.B. niedergelassenen Ärzten) ist nicht so gut wie die Zusammenarbeit mit Fachkräften aus anderen Abteilungen dieses Krankenhaus.	0.171	-0.100	0.650	

5 Literatur

Allaire/ Firsirotu 1984

Allaire, Yvan/ Firsirotu, Mihaela F.: Theories of Organizational Culture, Organization Studies, Heft 1, S. 193-226.

Augurzky et al. 2007

Augurzky, Boris/ Engel, Dirk/ Krolop, Sebastian/ Schmidt, Christoph M./ Schmitz, Hendrik/ Schwierz, Christoph/ Terkatz, Stefan: Krankenhaus Rating Report 2007 - Die Spreu trennt sich vom Weizen - Executive Summary, RWI: Essen.

Bohnet-Joschko/ Dilling/ Abrolat 2005

Bohnet-Joschko, Sabine/ Dilling, Julian/ Abrolat, Joachim: Krankenhäuser im Umbruch: Status und Perspektiven – Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung zu Leistungs- und Kommunikationsprozessen in deutschen Krankenhäusern, Wittener Diskussionspapiere Nr. 143, Mai 2005.

Charan 1992

Charan, Ram: In Netzwerken können Manager schneller entscheiden, Harvard Business Manager, Heft 3, S. 105-116.

Cress et al. 2003

Cress, Ulrike/ Barquero, Beatriz/ Buder, Jürgen/ Schwan, Stephan/ Hesse, Friedrich: Wissensaustausch mittels Datenbanken als Öffentliches-Gut-Dilemma. Die Wirkung von Rückmeldungen und Belohnungen, Zeitschrift für Psychologie, Heft 2, S. 75-85.

Cress 2006

Cress, Ulrike (Hg.): Effektiver Einsatz von Datenbanken im betrieblichen Wissensmanagement, Bern: Huber.

Deal/ Kennedy 1982

Deal, Terrence/ Kennedy, Allan: Corporate Cultures, Reading: Addison Wesley.

Denison/ Mishra 1995

Denison, Daniel R./ Mishra, Aneil K.: Toward a theory of organizational culture and effectiveness, Organization Science, Heft 2, S. 204-223.

Fey/ Denison 2000

Fey, Carl F./ Denison, Daniel R.: Organizational Culture and Effectiveness: The case of foreign firms in Russia, Working Paper series in business administration, No. 4, SSE/EFI.

Frey/ Osterloh 2002

Frey, Bruno S./ Osterloh, Margit (Hg.): Managing Motivation, Wiesbaden: Gabler.

Gontard 2002

Gontard, Maximilian: Unternehmenskultur und Organisationsklima. Eine empirische Untersuchung, Mering: Hampp.

Hackman/ Oldham 1980

Hackman, Richard J./ Oldham, Greg R.: Work redesign, Reading: Addison Wesley.

Heckhausen 1989

Heckhausen, Heinz (1989): Motivation und Handeln, Berlin: Springer.

Lehner 2000

Lehner, Franz (2000): Organisational Memory. Konzepte und Systeme für das organisatorische Lernen und das Wissensmanagement, München: Hanser.

Nonaka/ Takeuchi 1995

Nonaka, Ikujiro/ Takeuchi, Hirotaka: The knowledge-creating company, Oxford: University Press.

North/ Romhardt/ Probst 2000

North, Klaus/ Romhardt, Kai/ Probst, Gilbert: Wissensgemeinschaften. Keimzellen lebendigen Wissensmanagements, io Management, Heft 7/8, S. 52-62.

Olson 1965

Olson, Mancur: The logic of collective action, Cambridge: Harvard University press.

Ouchi 1981

Ouchi, William G.: Theory Z. How American Business can meet the Japanese Challenge, Reading: Addison Wesley.

Peters/ Waterman 1982

Peters, Thomas J./ Waterman, Robert H. Jr.: In Search of Excellence. Lessons from America's Best-Run Companies, New York: Harper & Row.

Probst et al. 1998

Probst, Gilbert/ Raub, Stefan/ Romhardt, Kai: Wissen managen, Wiesbaden: Gabler.

Schein 1985

Schein, Edgar H.: Organizational Culture and Leadership, San Francisco: Pfeiffer Wiley.

Schein 1995

Schein, Edgar H.: Unternehmenskultur. Ein Handbuch für Führungskräfte, Frankfurt a. M: Campus Verlag.

Wilkesmann 2003

Wilkesmann, Uwe: Strukturelle und motivationale Voraussetzungen des organisationalen Lernens. In: Brentel, Helmut/ Klemisch, Herbert/ Rohn, Holger (Hg.): Lernendes Unternehmen. Konzepte und Instrumente für eine zukunftsfähige Unternehmens- und Organisationsentwicklung. Wiesbaden: Westdt. Verlag, S. 133-148.

Wilkesmann 2005

Wilkesmann, Uwe: Die Organisation von Wissensarbeit, Berliner Journal für Soziologie, Heft 1, S. 55-72.

Wilkesmann 2007

Wilkesmann, Uwe: Einzelinteressen und kollektives Handeln in Organisationen. Das Dilemma der Steuerung wissensintensiver Arbeit. In: Bandelow, Nils C./Bleek, Wilhelm (Hg.): Einzelinteressen und kollektives Handeln in modernen Demokratien, Wiesbaden: VS-Verlag, S. 163-186.

Wilkesmann/ Rascher 2005

Wilkesmann, Uwe/ Rascher, Ingolf: Wissensmanagement – Theorie und Praxis der motivationalen und organisationalen Voraussetzungen, 2. Auflage, München/ Mering: Hampp.

Wilkesmann/ Wilkesmann/ Virgillito 2007

Wilkesmann, Uwe/ Wilkesmann, Maximiliane/ Virgillito, Alfredo: Requirements for knowledge transfer in hospitals. How can knowledge transfer be supported in hospitals? Im Druck

Zimmer 2003

Zimmer, Marco (2003): Virtuelle Organisationen und Experten-Netzwerke. Perspektiven auf Handlungsmotivationen und Rationalitäten, Zeitschrift für Personalforschung, Heft 2, S. 224-238.

Bisher erschienene discussion paper des Zentrums für Weiterbildung, Universität Dortmund

01-2006	Uwe Wilkesmann & Doris Blutner: Kollektives Handeln zur Produktion und Allokation von Clubgütern im deutschen Profifußball. Oder: Warum lassen sich die Interessen kleiner Vereine trotz Mehrheit nur schwer organisieren?
02-2006	Uwe Wilkesmann, Heike Fischer, Anne Rubens-Laarmann und Grit Würmseer: Hat der MBA Signalfunktion? Eine Marktanalyse zur Bedeutung und Gestaltung von MBA-Studiengängen im Gebiet Rhein-Ruhr
01-2007	Anne Rubens-Laarmann: Marketing für die universitäre Weiterbildung am Beispiel des Zentrums für Weiterbildung an der Universität Dortmund
02-2007	Uwe Wilkesmann & Maximiliane Wilkesmann & Alfredo Virgillito: Requirements for knowledge transfer in hospitals How can knowledge transfer be supported in hospitals?
03-2007	Uwe Wilkesmann & Grit Würmseer: Wissensmanagement an Universitäten
04-2007	Maximiliane Wilkesmann & Uwe Wilkesmann & Alfredo Virgillito Inwieweit unterstützen die Faktoren Motivation und Organisationskultur technikorientiertes Wissensmanagement in Krankenhäusern?