

Christine Kunzmann

**Konzeption von Skills-Management-
Instrumenten für die Bildungsbedarfsplanung in
der Pflege am Städtischen Klinikum Karlsruhe**

Diplomarbeit vorgelegt zur Erlangung des Diplomzeugnisses

der Hochschule Pforzheim, Hochschule für Gestaltung, Technik und Wirtschaft

Betreuender Professor:

Prof. Dr. Meinulf Kolb

Zweitkorrektor:

Prof. Dr. Fritz Gairing

Matrikelnummer: 289579

Anschrift:

Ankerstraße 47

75203 Königsbach-Stein

Königsbach, den 15.09.2005

Erklärung:

Hiermit versichere ich, die beiliegende Diplomarbeit selbständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt sowie alle wörtlich oder sinngemäß übernommenen Stellen in der Arbeit gekennzeichnet zu haben.

Christine Kunzmann

Abstract

German hospitals are currently undergoing a paradigm shift towards operating efficiency with the introduction of the German DRG (diagnoses related groups) system. As far as human resources development is concerned, on the one side this requires well-trained employees in order to be able to optimize processes and to flexibly adapt to changed processes; on the other side, training costs themselves are being put to test. These challenges can only be adequately met if training is made more efficient, more targeted to the most needed competencies. In this context, the training needs analysis has a critical role, which is especially true for the Municipal Hospital Karlsruhe. The current process of eliciting needs via questionnaires yields results which are inadequate for any form of needs analysis. Furthermore, strategic and operational training needs planning are not connected with one another.

Although rarely deployed at German hospitals so far, skills management promises to provide a framework for efficiently managing the competencies of the employees. Therefore, the subject of this thesis is the analysis of how skills management instruments can be selected and adapted and introduced to improve the training needs planning process in the area of nursery. In order to accomplish this, a concept is elaborated and validated within a pilot department. The piloting mainly concentrates on establishing the competence catalogue and the requirement profiles. The concept is complemented by an analysis of how the concept can be implemented with the help of mySAP Human Resources Development module.

The results of this thesis show that skills management in hospital nursery is feasible and reasonable, although the knowledge-intensive nursery area poses some challenges. The training needs analysis can be made in a more systematic way, enabling a higher participation rate in the process and data of higher quality (and with quantified needs).

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	4
1 Einleitung	7
1.1 Problemstellung, Aufgabe und Zielsetzung	7
1.2 Überblick über die Arbeit.....	9
A. THEORETISCHER HINTERGRUND	9
2 Grundlagen der Bildungsbedarfsplanung.....	9
2.1 Fort- und Weiterbildung	10
2.2 Bedarfsanalyse	11
2.2.1 Bildungsbedarf und Bildungsbedürfnis	11
2.2.2 Reaktive vs. proaktive Planung.....	11
2.2.3 Ebenen der Bedarfsanalyse	12
2.2.4 Klassifikation aktueller praktisch vorgefundener Ansätze.....	12
2.2.5 Elemente der Bedarfsanalyse	13
2.3 Berufliche Handlungskompetenz und ihre Elemente	14
2.3.1 Kompetenzbegriff.....	14
2.3.2 Klassifikation von Kompetenzen.....	15
2.3.3 Kompetenzniveaus.....	17
2.3.4 Qualifikation	19
3 Skills- und Kompetenzmanagement.....	19
3.1 Begrifflicher Überblick und Abgrenzung.....	20
3.2 Anwendungsbereiche des Skills-Management.....	22
3.3 Referenzmodelle	23
3.4 Skills-Management-Prozess für die Personalentwicklung	25
3.5 Kompetenz- oder Skills-Katalog	26
3.5.1 Informationsquellen für die Kompetenzidentifikation	27
3.5.2 Kriterien für die Kompetenzidentifikation.....	28
3.5.3 Grundprobleme der Modellierung: Modellierungsbreite und -tiefe.....	28
3.5.4 Allgemeine Entwicklungsmethodiken für Ontologien	29
3.5.5 Spezielle Methodiken für die Kompetenzmodellierung.....	30
3.6 Anforderungsprofile	31
3.7 Ist-Profile der Mitarbeiter.....	32
3.8 Kritik am Skills-Management und seinen Elementen.....	34
3.9 Zusammenschau der Begriffe für den Praxisteil.....	34

B. PRAKTISCHE UMSETZUNG AM KLINIKUM	36
4 Überblick und Vorgehensweise für den Praxisteil	36
4.1 Konkretisierte Aufgabenstellung	36
4.2 Struktur des Praxisteils und methodische Vorgehensweise.....	37
4.2.1 Ist-Analyse der Bildungsbedarfsplanung	38
4.2.2 Aufstellen des Konzeptes	38
4.2.3 Pilotierung auf strategischer Ebene.....	38
4.2.4 Untersuchung der Umsetzung mittels EDV	39
4.2.5 Pilotierung auf operativer Ebene	39
5 Ist-Analyse und Anforderungen an das Konzept.....	40
5.1 Unternehmensleitbild und Pflegekonzeption.....	40
5.2 Ist-Organisation der klinikweiten Bildungsplanung.....	40
5.3 Ist-Bildungsplanungsmethoden auf Stationsebene	41
5.3.1 Ad-Hoc-Planung als Standard	41
5.3.2 Methode auf der Station D12	42
5.4 Probleme der bisherigen Vorgehensweise	43
5.5 Rahmenbedingungen durch Qualitätsmanagement (KTQ, EFQM) ...	44
5.5.1 KTQ	44
5.5.2 EFQM	46
5.6 Anforderungen an das Konzept	46
5.6.1 Anforderungen an den Gesamtprozess	47
5.6.2 Anforderungen auf strategischer Ebene	48
5.6.3 Anforderungen auf operativer Ebene.....	48
6 Erarbeitung des Konzeptes	49
6.1 Überblick über das Konzept	49
6.1.1 Aufgaben der Gesamtheit der Pflegedienstleitungen.....	51
6.1.2 Aufgaben der einzelne Pflegedienstleitung	51
6.1.3 Aufgaben der Stationsleitung	52
6.1.4 Aufgaben der Bildungs- und Beratungszentrum.....	52
6.2 Kompetenzidentifikation und -modellierung	53
6.2.1 Identifikation von Kompetenzen.....	53
6.2.2 Strukturierung der Kompetenzen.....	53
6.3 Anforderungsprofile	55
6.4 Erhebungsmethoden für Ist-Profile der Mitarbeiter	55
6.5 Auswertungsmethode für Bildungsbedarf	56
6.6 Evaluation	57
6.7 Einführungskonzept.....	58
6.7.1 Betriebsrat.....	58

6.7.2	Schulung.....	59
6.7.3	Sicherstellung von Akzeptanz und Nachhaltigkeit	59
7	Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojektes.....	60
7.1	Initiales Aufstellen des Kompetenzkataloges	61
7.1.1	Analyse von Quellen und Kompetenzidentifikation.....	61
7.1.2	IT-Unterstützung.....	62
7.1.3	Ergebnisse	63
7.1.4	Probleme bei der Modellierung	64
7.2	Ermittlung der Anforderungsprofile	66
7.3	Ermittlung der Ist-Profile der Mitarbeiter	67
7.3.1	Entwicklung einer excelgestützten Übergangslösung	67
7.3.2	Erfahrungen auf den Pilotstationen	68
8	Abbildung in IT-Systemen am Beispiel von mySAP HR	68
8.1	Kompetenzkatalog	69
8.2	Anforderungsprofile	70
8.3	Entwicklungspläne	71
8.4	Ist-Profile der Mitarbeiter.....	71
8.5	Auswertung.....	72
8.6	Kritische Betrachtung des SAP-Personalentwicklungsmoduls.....	72
9	Zusammenfassung und Ausblick	73
9.1	Zusammenfassung	73
9.2	Zu lösende Probleme und Ausblick	74
	Abkürzungsverzeichnis	76
	Anhang.....	77
	Literaturverzeichnis.....	136

1 Einleitung

Wenn die allgegenwärtige Diskussion um die „Wissensgesellschaft“ oder das „Wissenszeitalter“ ein Gutes hat, so ist es sicherlich, dass sie ein Gegengewicht zur Stimmung der letzten Jahre schafft, dass Mitarbeiter im Unternehmen nur einen Kostenfaktor darstellen und dementsprechend Personalentwicklung auch der erste „Luxus“ ist, an dem gespart werden kann. Man beginnt zu verstehen, dass gerade in verschärften Wettbewerbssituationen die Kompetenzen der Mitarbeiter entscheidend sind. Kunden nehmen sofort wahr, wenn sie unqualifizierten Mitarbeitern gegenüberstehen, oder die Qualität der Produkte abnimmt. Und selbst zur Bewältigung des Kostendrucks braucht es kompetente Mitarbeiter, um die Prozesse zu optimieren oder sich flexibel veränderten Prozessen anzupassen.

Gerade das Gesundheitswesen unterliegt derzeit großen Veränderungen. Durch die Einführung von verweildauerunabhängigen, fallspezifischen Vergütungen (mittels sog. *Diagnosis Related Groups*, DRG) werden Krankenhäuser gezwungen, wirtschaftlich und kostenbewusst zu arbeiten, was für die interne Organisation einen Paradigmenwechsel darstellt; so müssen Strukturen und Prozesse massiv umgestaltet werden, um Kosten zu senken. Diese Entwicklung geht auch am Fort- und Weiterbildungsbereich in Krankenhäusern nicht spurlos vorbei, der ja gerade in der Medizin und im Krankenpflegebereich traditionell angesichts der Wissensintensität der Tätigkeiten und des schnellen Wandels von großer Bedeutung ist. Auf der einen Seite steigen die Anforderungen durch die äußeren und inneren Veränderungen, durch die Prozessoptimierungen und den Wettbewerbsdruck, eine bessere Behandlungsqualität als „die Konkurrenz“ zu liefern. Auf der anderen Seite wird natürlich auch der Kostenpunkt Fort- und Weiterbildung auf den Prüfstand gestellt. Beidem kann man nur gerecht werden, wenn man die Fort- und Weiterbildung zielgenauer plant und durchführt, sie besser an den Unternehmenszielen ausrichtet, wenn man also die Kompetenzen der Mitarbeiter systematisch entwickelt.

1.1 Problemstellung, Aufgabe und Zielsetzung

Diesen Herausforderungen muss sich auch das Städtische Klinikum Karlsruhe gGmbH stellen, ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit ca. 3.500 Mitarbeitern und 1.531 Planbetten. Mit der Umwandlung in eine gemeinnützige GmbH am 28. Juli 1994 wurde ein Veränderungsprozess in Gang gesetzt, in dessen Verlauf moderne Instrumente wie die Definition eines Leitbildes, „Management by Objectives“

oder Qualitätsmanagement nach EFQM eingeführt wurden bzw. noch eingeführt werden.

Das Städtische Klinikum¹ verfügt über ein großes Bildungs- und Beratungszentrum (BBz)²; dieses umfasst Schulen für die Ausbildung von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Medizinisch-Technische LaborassistentInnen und Medizinisch-Technische RadiologieassistentInnen, eine Akademie für Führungskräfte und die Fort- und Weiterbildung. Der größte Teil der Fort- und Weiterbildung entfällt hierbei auf den Bereich der Krankenpflege, der auch der Gegenstand dieser Arbeit ist.³

Ein großes Problem für das Bereitstellen eines bedarfsgerechten Fort- und Weiterbildungsangebots stellt die mangelhafte Erhebung des Bildungsbedarfs dar, die derzeit unsystematisch und eher ad hoc erfolgt. Die Folgen sind die Überschätzung des Bedarfs an bestimmten Veranstaltungen und das fehlende Angebot benötigter Fort- und Weiterbildungen. Auch vernachlässigt die derzeitige Situation die Problematik, dass Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen nicht nur auf den akuten Bedarf reagieren, sondern den zukünftigen Bedarf antizipieren sollten. Mit der derzeitigen unsystematischen Planung ist eine solche strategische Planung nur schwer bis überhaupt nicht möglich.

Dies ist im Wesentlichen darauf zurückzuführen, dass die grundlegenden Instrumente zur Ermittlung des Bedarfs überhaupt nicht zur Verfügung stehen bzw. umgesetzt werden. Vorhandene Stellenbeschreibungen sind meist zu vage, um daraus Qualifikationsanforderungen abzuleiten (werden auch nicht zeitnah aktualisiert) und Mitarbeiterkompetenzen werden nicht systematisch erfasst. Die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen erfolgt meist allein auf der Basis der Mitarbeiterwünsche und evtl. existierender gesetzlicher Vorgaben.

Im Rahmen dieser Arbeit soll im Auftrag des BBz (Bereich Fort- und Weiterbildung) untersucht werden, wie sich die Bildungsbedarfsplanung sowohl auf operativer als auch auf strategischer Ebene durch den Einsatz von aktuellen Skills-Management-Instrumenten und Wissensmanagementansätzen – in einem ersten Schritt begrenzt auf den Pflegebereich – verbessern lässt. Hierzu gehört nach einer Ist-Analyse der aktuellen Situation die Auswahl passender Ansätze und die Ausarbeitung eines entsprechenden Konzeptes zur Umsetzung. Begleitend zur Ausarbeitung des Konzeptes

¹ Organigramm des Städtischen Klinikums Karlsruhe vgl. Anlage 1

² vgl. Anlage 2

³ vgl. Anlage 3

und als dessen Validierung werden die Instrumente in begrenztem Umfang in einem Pilotprojekt umgesetzt und bewertet.

Die Arbeit ist eingebettet in die Initiative „Pflege 2015“, die Anfang des Jahres 2005 angesichts der veränderten Rahmenbedingungen am Klinikum ins Leben gerufen wurde. Im Rahmen dieser Initiative wurde eine Arbeitsgruppe „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, die strategische Personalentwicklung am Klinikum zu verbessern und sich in drei Teilbereiche aufgliedert⁴. Dabei steht auch die Einführung von Wissensmanagementinstrumenten im Vordergrund. Diese Arbeit ist dabei im Wesentlichen dem mitarbeiterbezogenen Teilbereich zuzuordnen, in dem Skills-Management-Instrumente wie Anforderungsprofile oder Kompetenzprofile thematisiert werden sollen. Da die Arbeitsgruppe erst im März 2005 mit der ersten Sitzung ihre Arbeit aufgenommen hat, soll mit dieser Arbeit auch ein Rahmen für die weitere Entwicklung vorgegeben werden.

1.2 Überblick über die Arbeit

In Kapitel 2 werden zunächst die Grundlagen der Bildungsbedarfsplanung vorgestellt, die für diese Arbeit wichtig sind. Dem Thema Skills-Management widmet sich dann Kapitel 3. Kapitel 4 leitet zum Praxisteil über, indem ein Überblick über die methodische Vorgehensweise gegeben wird. Die Ergebnisse der Ist-Analyse werden in Kapitel 5 samt den daraus abgeleiteten Anforderungen dargestellt, bevor das neue Konzept zur Bedarfsplanung in Kapitel 6 vorgestellt wird. Kapitel 7 stellt die Umsetzung in einem Pilotbereich und die dabei gesammelten Erfahrungen dar. In Kapitel 8 soll am Beispiel von SAP die IT-Unterstützung untersucht werden. Eine kurze Zusammenfassung und ein Ausblick runden die Arbeit in Kapitel 9 ab.

A. THEORETISCHER HINTERGRUND

2 Grundlagen der Bildungsbedarfsplanung

In diesem Kapitel wird zunächst auf die Begriffe Fort- und Weiterbildung eingegangen, die die wichtigste Form von Bildungsmaßnahmen im Kontext dieser Arbeit darstellen und deren Verwendung in Literatur und Klinikalltag nicht einheitlich ist.

⁴ vgl. Anlage 4: mitarbeiterbezogen, führungskräftebezogen und aus- und fachweiterbildungsbezogen

Außerdem wird ein Überblick über die Elemente der Bedarfsanalyse sowie der beruflichen Handlungskompetenz gegeben.

2.1 Fort- und Weiterbildung

Die Begriffe Fortbildung und Weiterbildung werden in der aktuellen Literatur grundsätzlich als synonym betrachtet.⁵ Stattdessen wird üblicherweise unterschieden nach:⁶

- ▶ **Erhaltungs- und Anpassungsfortbildungen** sind Fortbildungen, die zur Erhaltung („Auffrischung“) der beruflichen Handlungskompetenz und zur Anpassung an die Veränderungen in der Arbeitswelt dienen.
- ▶ **Erweiterungsfortbildungen** sind Fortbildungen, die die berufliche Handlungskompetenz erweitern sollen.
- ▶ **Aufstiegsfortbildung** sind Fortbildungen, die für eine höherwertige Tätigkeit qualifizieren.

Am Städtischen Klinikum Karlsruhe hingegen wird durchaus zwischen „Weiterbildung“ und „Fortbildung“ unterschieden, weshalb diese Unterscheidung auch für die vorliegende Arbeit verwendet wird.⁷ Hierbei bezeichnet **Weiterbildung** eine Bildungsmaßnahme, die zu einem (zumindest klinikumsintern) formal anerkannten Abschluss führt und sich meist über einen längeren Zeitraum erstreckt. Dieser „Abschluss“ wird im Folgenden auch gleichgesetzt mit einer Qualifikation (vgl. Abschnitt 2.4.4)⁸; diese Bezeichnung wird auch für den Abschluss von Ausbildungen benutzt (z.B. Gesundheits- und KrankenpflegerIn, GKP). Aus diesen Grund ist der Begriff „Weiterbildung“ hier mit dem sonst üblichen Begriff „Aufstiegsfortbildung“ gleichzusetzen. Demgegenüber sind **Fortbildungen** im Sinne dieser Arbeit kürzere Bildungsveranstaltungen, die anderweitig als „Erweiterungs- und Anpassungs-

⁵ „Berufliche Weiterbildung, auch als Fortbildung bezeichnet, ist eine Form der Erwachsenenbildung, die dazu dient, berufliche Kenntnisse und Fertigkeiten von Arbeitnehmern bzw. Arbeitslosen zu erhalten, zu erweitern oder dem aktuellen Kenntnisstand in einem Berufszweig anzupassen.“ (§1 Berufsbildungsgesetz Abs. 3. Geänderte Fassung vom 23. Dezember 2002. BGBl. I S. 4621); vgl. auch Becker (1999b), S.173

⁶ vgl. z.B. Becker (2002), S.208

⁷ in Anlehnung an Hellige & Holler (1994), S.118f

⁸ vgl. Hellige & Holler (1994), S.118: „Weiterbildungen gelten als Maßnahmen, die zu einer Erhöhung der Berufsqualifikation führen, eine Abschlussprüfung oder ein Zertifikat beinhalten oder zu einer Erlaubnis führen, eine neue Qualifikations- oder Berufsbezeichnung zu führen“.

fortbildungen“ bezeichnet werden.⁹ Sie führen zum Erwerb von Handlungskompetenz (vgl. Abschnitt 3.9).

2.2 Bedarfsanalyse

In diesem Abschnitt werden die wesentlichen Begriffe im Umfeld der Bedarfsermittlung für die betriebliche Bildung sowie grundlegende Elemente zur Strukturierung näher erläutert, um später die Einordnung und Beschreibung des erarbeiteten Konzeptes zu erleichtern.

2.2.1 Bildungsbedarf und Bildungsbedürfnis

Für die Bildungsbedarfsplanung ist es im ersten Schritt wichtig, zwischen Bildungsbedarf und Bildungsbedürfnis zu differenzieren.

- Der **Bildungsbedarf** ist die objektive Abweichung zwischen einem Ist-Verhalten bzw. einer Ist-Leistung eines Mitarbeiters von einem festgelegten Soll-Verhalten bzw. einer Soll-Leistung, die durch geeignete Bildungsmaßnahmen behoben werden kann.¹⁰
- Im Gegensatz dazu ist das **Bildungsbedürfnis** die subjektiv durch den einzelnen Mitarbeiter empfundene Diskrepanz zwischen Soll-Verhalten bzw. Soll-Leistung und Ist-Verhalten bzw. Ist-Leistung. Hierbei kann es zu Differenzen zwischen Bildungsbedarf und Bildungsbedürfnis kommen, was auf eine unterschiedliche Soll-Definition und eine unterschiedliche Wahrnehmung des Ist-Zustandes zurückgeführt werden kann.¹¹

Gerade für die vorliegende Arbeit ist wichtig, dass – anders als bisher – klar auf den Bedarf abgezielt wird.

2.2.2 Reaktive vs. proaktive Planung¹²

Die Planung von Bildungsmaßnahmen kann grundsätzlich auf zwei verschiedene Arten durchgeführt werden: reaktiv oder proaktiv. **Reaktive Bildungsplanung** findet dann statt, wenn Angebote auf akuten Bedarf hin ins Programm genommen wer-

⁹ vgl. Hellige & Holler (1994), S.118: „Fortbildungen werden verstanden als berufsbegleitendes Lernen zur Auffrischung und Vertiefung beruflicher Kenntnisse und Fähigkeiten sowie die Anpassung der in der Aus- und Weiterbildung gewonnenen Qualifikationen an den aktuellen Stand.“

¹⁰ vgl. Becker (1999a), S. 117

¹¹ vgl. Becker (1999a), S. 117-121

¹² vgl. Kolb (2002), S.223

den. Bei der **proaktiven Bildungsplanung** versucht man, einen zukünftigen Bedarf zu antizipieren. Hierdurch lässt sich Bildungslücken, die durch veränderte Anforderungen entstehen, frühzeitig entgegenwirken.¹³ Für diese Arbeit steht der Übergang zu einer proaktiven Planung im Vordergrund.

2.2.3 Ebenen der Bedarfsanalyse¹⁴

Der Bildungsbedarf lässt sich auf unterschiedlichen Ebenen ermitteln, denen jeweils eine andere Perspektive zugrunde liegt. Becker unterscheidet hierbei drei Ebenen der Bedarfsanalyse:

- ▶ **Strategische Bedarfsanalyse.** Auf dieser Ebene werden zukünftige Entwicklungen und die damit verbundene Änderungen der Anforderungen an die Mitarbeiter antizipiert. Typische Methoden, die hier eingesetzt werden, sind Trendanalyse oder Expertenbefragungen.
- ▶ **Operative Bedarfsanalyse.** Hier wird der Bedarf auf der Basis der aktuellen Anforderungen ermittelt.
- ▶ **Individuelle Bedarfsanalyse.** Die Basis des Bedarfs ist hierbei das Potential, die Wünsche und die evtl. Karriereplanung des einzelnen Mitarbeiters.

Betrachtet man diese Unterscheidung, so liegt das Ziel dieser Arbeit in der Schaffung eines Rahmen sowohl für die strategische als auch die operative Bedarfsanalyse, die die langfristige und kurzfristige (organisationale) Perspektive¹⁵ repräsentieren. Die individuelle Bedarfsanalyse wird im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen durchgeführt, ist aber nur am Rande Gegenstand der Arbeit.

2.2.4 Klassifikation aktueller praktisch vorgefundener Ansätze

Sowohl die operative als auch insbesondere die strategische Bedarfsplanung werden meistens ad hoc und ohne systematische Vorgehensweise durchgeführt.¹⁶ Pointiert lassen sich die derzeit vorgefundenen Formen der Erhebung des Bildungsbedarfs unterscheiden:¹⁷

¹³ vgl. Becker (2005), S.49

¹⁴ vgl. Becker (2005), S.18 und 40f

¹⁵ vgl. Ridder & Bruns (2002), S.114f

¹⁶ Ursprünglich von Sattelberger, vgl. Neuberger (1991), S.159. Vgl. auch Biesalski & Abecker (2005b), S.1; Einsiedler et al. (2003), S.84f

¹⁷ vgl. Biesalski & Abecker (2005b), S.5

- ▶ **Fragebögen.** Die Bildungsabteilung orientiert sich an den subjektiv empfundenen Bildungsbedürfnissen und ermittelt diese auf der Basis von Befragungen.
- ▶ **Angebot I.** Die Bildungsabteilung geht davon aus, dass sie als Anbieter die Bedürfnisse der Kunden kennt. Eine Feinsteuerung und Rückkopplung erfolgt auf der Basis der Teilnehmerbuchungen.
- ▶ **Angebot II.** Die Bildungsabteilung handelt wie in einer Planwirtschaft; Experten planen Themen und das zeitliche Angebot der Veranstaltungen.
- ▶ **Angebot III.** Die Bildungsabteilung versteht sich als „Messias und Wunderheiler“, die ein standardisiertes Weiterbildungsprogramm aufstellt, das alle relevanten Probleme identifiziert und löst.

Becker unterscheidet unterschiedliche Reifegrade in der Bildungsplanung:¹⁸

- ▶ **Institutionalisierungsphase.** In dieser Phase werden Veranstaltungen ohne vorherige Bedarfsermittlung angeboten. Führungskräfte melden die Teilnahmen ihrer Mitarbeiter an diesen Veranstaltungen.
- ▶ **Differenzierungsphase.** In dieser Phase findet eine systematische Ermittlung in periodischen Abständen statt; hierzu kooperieren die Personalentwicklungsverantwortlichen mit den Führungskräften und stellen so ein Weiterbildungsprogramm auf.
- ▶ **Integrationsphase.** In dieser höchsten Phase findet eine ständige Bedarfsermittlung direkt im Arbeitsprozess statt. Lernen und Arbeiten wachsen zusammen.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, den Rahmen für einen Übergang in die Integrationsphase zu schaffen.

2.2.5 Elemente der Bedarfsanalyse¹⁹

Versucht man den Prozess der Bedarfsanalyse in unterschiedliche Referenzschritte einzuteilen, so ist der erste Schritt einer typischen Bedarfsanalyse die **Tätigkeitsanalyse**. Bei dieser werden die Aufgaben und Tätigkeiten ermittelt, die von den Mitarbeitern wahrgenommen werden, sowie die Kenntnisse und Fertigkeiten, die diese

¹⁸ vgl. Becker (2005), S.35f

¹⁹ vgl. Becker (2005), S.36f

erfordern. In der nachfolgenden **Anforderungsanalyse** wird auf einer mittleren Abstraktionsebene (sog. „Stellenbündelniveau“) die Menge der Anforderungen für eine Stelle ermittelt.

Auf Mitarbeiterseite werden im Rahmen der **Adressatenanalyse** die aktuell vorhandenen Kompetenzen („Qualifikationsanalyse“) und die Entwicklungspotentiale (Potentialanalyse) ermittelt. Daraus kann dann eine **Lücke** ermittelt werden, für die eine **Ursachenanalyse** durchgeführt wird. Diese versucht herauszufinden, ob die Lücke durch einen Mangel im Dürfen (Ordination), Mangel im Wollen (Motivation) oder einen Mangel im Können (Qualifikation) begründet ist. Beim Mangel im Können ist noch weiter zu unterscheiden, ob es sich um einen Mangel an Potential, Mangel an Übung oder Mangel an Rückkopplung handelt. Nur ein Mangel im Können, der nicht diesen drei Kategorien zuzuordnen ist, ist ein Bildungsbedarf; ansonsten handelt es sich um einen Förderbedarf.

2.3 Berufliche Handlungskompetenz und ihre Elemente

Für die betriebliche Bildung ist zentral, was im Rahmen von Bildungsmaßnahmen vermittelt und erreicht werden soll. Das letztendliche Ziel ist dabei stets die Steigerung der beruflichen (Handlungs-)Kompetenz²⁰, die zu besseren Leistungen im umfassenden Sinne führen soll. In diesem Abschnitt sollen die Elemente dieser beruflichen Handlungskompetenz näher erörtert werden, wobei der Fokus auf einer einheitlichen Begrifflichkeit und den Ansätzen zur Strukturierung liegt.

2.3.1 Kompetenzbegriff

Wo im Deutschen nicht der Anglizismus „Skill“ (mit ähnlich unscharfem Bedeutungsspektrum)²¹ verwendet wird, spricht man zunehmend von „Kompetenzen“²² (im Plural²³), wenn man die „Handlungskompetenz“ als Ganzes in ihre Bestandteile

²⁰ „Berufliche Kompetenz bezeichnet die Summe aller Dispositionen (Fähigkeiten, Fertigkeiten, Wissensbestände und Erfahrungen) des Menschen, die ihn zur Bewältigung seiner beruflichen Aufgaben und gleichzeitig zur eigenständigen Regulation seines beruflichen Handelns einschließlich der damit verbundenen Folgeabschätzungen befähigt.“ (Kirchhöfer (2004), S.65). Ähnlich versteht Münch (1995, S. 11) unter Kompetenz die Fähigkeit, „aufgabengemäß, zielgerichtet, situationsbedingt und verantwortungsbewusst betriebliche Aufgaben zu erfüllen und Probleme zu lösen.“

²¹ vgl. Aeschlimann (2004), S.20f. Interessant ist, dass Cooper (2000), S.24 „skill“ als „demonstrated competency“ versteht.

²² z.B. Schmitz (2003), S.20

²³ „Der Singular bezeichnet meist die jeweilige Kompetenzgesamtheit, der Plural weist auf die Existenz von Teilkompetenzen hin“ (Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XVI)

herunterbrechen möchte, was für einen gestaltenden Umgang essentiell ist.²⁴ Dabei werden Kompetenzen als Sammelbegriff benutzt für „Wissen, Fähigkeiten, Motivation, Interesse, Fertigkeiten, Verhaltensweisen und anderen Merkmalen, die eine Person für eine erfolgreiche Bewältigung ihrer Aufgaben benötigt.“²⁵ Erpenbeck & Rosenstiel sprechen hier auch von „Dispositionen“.²⁶ Als wichtigste Bausteine von Kompetenzen werden dabei Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten gesehen:²⁷

- ▶ **Fertigkeiten** sind „durch Übung automatisierte Komponenten von Tätigkeiten“ mit einer „geringen Bewusstseinskontrolle“,²⁸ was sowohl motorische Routinetätigkeiten, als auch kognitive Tätigkeiten wie Rechentechniken oder Auswendiglernen umfasst.²⁹
- ▶ **Fähigkeiten** bezeichnen „alle angeborenen und erworbenen psychischen Bedingungen [...], die zur Erlangung einer Leistung notwendig sind“.³⁰
- ▶ Bei **Kenntnissen** geht es um erworbenes Wissen, das sich zusammensetzt aus propositionalem (wissen, dass) und prozeduralem Wissen (wissen, wie).³¹

2.3.2 Klassifikation von Kompetenzen

Die Vielzahl an Kompetenzen, die im beruflichen Alltag eine Rolle spielt, zwingt zur Strukturierung in Kompetenzkategorien oder -klassen. Dabei gibt es zahlreiche Versuche, Kompetenzen in unterschiedliche Kategorien einzuteilen. In der Literatur finden sich immer wieder die folgenden drei Klassen, die meistens als kanonisch angenommen werden:³²

²⁴ Dementsprechend wird auch betont, dass Kompetenzen „operationalisierbare Konstruktion menschlicher Leistung“ sind (Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.19)

²⁵ Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.18; ähnlich Ley et al. (2003), S.2: „Im weitesten Sinne sind damit alle Fähigkeiten gemeint, die Mitarbeiter zur effektiven Leistungserbringung und zur Problemlösung im Unternehmen einsetzen.“ oder Weinberg (1996, S. 3): „Für die Beschreibung dessen, was ein Mensch wirklich kann und weiß, hat sich der Begriff der Kompetenz eingebürgert. Unter Kompetenz werden alle Fähigkeiten, Wissensbestände und Denkmethode verstanden, die ein Mensch in seinem Leben erwirbt“

²⁶ vgl. Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.X

²⁷ vgl. u.a. Lamberty (2000), S.31, Kirchhöfer (2004), S.65. Im Gegensatz dazu spricht Cooper (2000), S.23 von „knowledge, skills and attitudes“ und kritisiert die Verwendung von „ability“ in diesem Kontext.

²⁸ Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XXVIII

²⁹ vgl. Kirchhöfer (2004), S.61

³⁰ Kirchhöfer (2004), S.61

³¹ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.19f

³² vgl. Kolb (2002), S.219 Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.19 u. 26; Apke et al. (2004), S.64

- **Fachkompetenz** umfasst alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten, die zur Bewältigung des sachlichen Aspektes der beruflichen Tätigkeit erforderlich sind.³³
- **Methodenkompetenz** umfasst universelle Problemlösungskompetenzen, die in vielen beruflichen wie persönlichen Handlungssituationen angewandt werden können. Hierzu gehören Problemlösungs- und Entscheidungsfindungstechniken, die sicherstellen, dass auch neuartige Situationen bewältigt werden können.³⁴
- **Sozialkompetenz** umfasst alle Fähigkeiten, im sozialen Umfeld zu agieren. Hierzu gehört die Kooperation mit anderen, die Fähigkeit, sich in andere hineinzuversetzen. Sie befähigt zum zielorientierten Handeln in sozialen Interaktionssituationen.³⁵

Ergänzend werden in der Literatur noch weitere Kompetenzklassen aufgeführt, so z.B. Lernkompetenz³⁶ (als die Kompetenz für selbstorganisiertes Lernen), Personalkompetenz (als die emotional-motivationale Kompetenz, die sich in Einstellungen, Wertvorstellungen und Motiven äußert)³⁷, Führungskompetenz³⁸, physische Kompetenz³⁹ und ökonomische Kompetenz⁴⁰. Die Abgrenzung zwischen den unterschiedlichen Klassen ist dabei unscharf.

Erpenbeck & Rosenstiel verfolgen einen anderen Ansatz zur Klassifikation. Sie unterscheiden zunächst zwei grundlegende Kompetenztypen: (1) Kompetenzen, die für Selbststeuerungsstrategien bei bekanntem Ziel (wie erreiche ich einen zumindest rudimentär bekannten Zielzustand) und (2) Kompetenzen, die für Selbstorganisationsstrategien bei Zieloffenheit (wie kann ich unterschiedliche Lösungsmöglichkeiten bewerten und Ziele setzen) benötigt werden.⁴¹ Darauf aufbauend gelangen sie

³³ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.26; Kirchhöfer (2004), S.65; Fitzek (2002), S.27

³⁴ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.26; Faix et al. (1991), S.82f; Fitzek (2002), S.27

³⁵ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.26; Kirchhöfer (2004), S.65; Faix et al. (1991), S.80; Freimuth (1997), S.129

³⁶ Kirchhöfer (2004), S.66

³⁷ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.26; Klemke et al. (2003), S.31; Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XVI

³⁸ vgl. Becker (2002), S.294; Klemke et al. (2003), S.31

³⁹ vgl. Einsiedler (2003), S.122

⁴⁰ vgl. Einsiedler (2003), S.122

⁴¹ vgl. Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XV

durch Klassifikation der Handlungsmöglichkeiten eines Menschen zu vier Kompetenzklassen:⁴²

- ▶ **Personale Kompetenzen** (*Handeln an sich selbst*). Hierzu gehören die Kompetenzen, „reflexiv selbstorganisiert zu handeln“, also Selbsteinschätzung, die Entfaltung von Einstellungen, Motivation und die persönliche Entwicklung.
- ▶ **Fachlich-methodische Kompetenzen** (*Handlung an der gegenständlichen Umwelt*). Hierzu gehören alle Kompetenzen zur Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen, was sowohl Kenntnisse, Methoden und deren Weiterentwicklung umfasst.
- ▶ **Sozial-kommunikative Kompetenzen** (*Handlung an der sozialen Umwelt*). Dies umfasst alle Kompetenzen, kommunikativ und kooperativ zu handeln, sich mit anderen auseinanderzusetzen und sich beziehungsorientiert zu verhalten.
- ▶ **Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen** (*Grundlagen des Handelns*). Diese Kompetenzen sind die Grundlage für die Integration der anderen Kompetenzen mit dem eigenen Willensantrieb und umfasst das Ingangsetzen und nachhaltige Durchführen von Handlungen.

Interessant dabei ist, dass Erpenbeck & Rosenstiel im Gegensatz zur obigen Einteilung die Fach- und die Methodenkompetenz aufteilen in fachlich-methodische Kompetenz (im wesentlichen alles, was zur Problemlösung benötigt wird) und aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen (alles, was mit Motivation, Zielorientierung und Durchsetzung zu tun hat).⁴³ Wie später gezeigt wird, löst diese Aufteilung deutlich besser die Abgrenzungsprobleme zwischen methodischer und fachlicher Kompetenz, da fachorientierte Methoden nicht von anderen Fachkompetenzen getrennt werden müssen; dementsprechend bildet diese Klassifikation auch die Basis für diese Arbeit.

2.3.3 Kompetenzniveaus

Eine binäre Sichtweise, in der ein Mitarbeiter entweder über eine Kompetenz verfügt oder eben nicht, trifft so gut wie nie die betriebliche Realität. Es gibt immer „er-

⁴² vgl. Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XVI; vgl. auch Rosenstiel (2004), S.110f

⁴³ vgl. Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XVI

fahrenere“ Mitarbeiter, die bestimmte Dinge „besser“ beherrschen als andere, und Neulinge, die die modellhafte Theorie beherrschen, jedoch nicht die volle Bandbreite der in der Praxis auftretenden Fälle. Um diese Differenzierung ausdrücken zu können, wird oft nach Kompetenzstufen oder -niveaus unterschieden (bzw. „skaliert“⁴⁴), so z.B.:⁴⁵ Überblickswissen/Problembewusstsein (*kennen*), beherrscht standardisierte Anwendung (*verstehen*), beherrscht komplexe Aufgabenstellungen und Situationen (*können*) und Expertenwissen (*beherrschen*).

Dreyfus & Dreyfus legen in Anwendung ihrer Theorie auf die Krankenpflege ein fünfstufiges Modell zugrunde:⁴⁶

- ▶ **Anfänger.** Dies ist im Wesentlichen die Situation am Beginn der Ausbildung. Theoretisches Wissen wird angeeignet und praktisch erprobt, ohne dass jedoch die ganze Bandbreite praktischer Situationen beherrscht werden kann.
- ▶ **Fortgeschrittene Anfänger.** Zunehmend werden situative Faktoren bewusst, und der Lernende lernt, sein Verhalten diesen Faktoren anzupassen.
- ▶ **Kompetent Handelnde.** Mit der zunehmenden Anzahl an situativen Faktoren, die in die Entscheidung mit einbezogen werden, steigt auch die Notwendigkeit, diese Faktoren nach Wichtigkeit zu unterscheiden und die Wahrnehmung entsprechend zu strukturieren.
- ▶ **Erfahrene.** Auf dieser Stufe werden Entscheidungen oft nicht mehr bewusst getroffen, sondern intuitiv; die Überlegungen und Regeln sind verinnerlicht.
- ▶ **Experten.** Zusätzlich zur intuitiven Entscheidung können Experten auch fein differenzieren zwischen Situationen, die unterschiedliche Lösungsstrategien erforderlich machen, und so auch in Ausnahmesituationen überlegen handeln.

Neben diesen qualitativen Skalen werden teilweise auch metrische Skalen (z.B. von 0 bis 100) zugrunde gelegt, die jede beliebige Abstufung erlauben.⁴⁷ Allerdings legen empirische Ergebnisse nahe, dass Skalen mit fünf Ausprägungen die beste Validität liefern.⁴⁸ Für diese Arbeit wird deshalb auch eine solche Skala angestrebt; die pflege-

⁴⁴ vgl. Einsiedler et al. (2003), S.123

⁴⁵ vgl. Ley et al. (2003), S.6, ähnlich Faix et al. (1991), S. 85f; Einsiedler et al. (2003), S.123

⁴⁶ vgl. Dreyfus & Dreyfus (2000), S.54

⁴⁷ vgl. Einsiedler et al. (2003), S.123

⁴⁸ vgl. Cooper (2000), S.133

orientierte Klassifikation nach Dreyfus & Dreyfus ist hierfür ein geeigneter Ausgangspunkt.

2.3.4 Qualifikation

Neben den oft wenig greifbaren Kompetenzen spielen in der betrieblichen Bildung auch formale „Abschlüsse“ eine Rolle, vor allem bei Aufstiegsfortbildungen, aber auch bei gesetzlich vorgeschriebenen Anpassungsfortbildungen. Dies wird üblicherweise mit dem Begriff der Qualifikation bezeichnet, das einen wohldefinierten Komplex von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten beschreibt.⁴⁹ Qualifikationen unterscheiden sich vom oben eingeführten Kompetenzbegriff im Wesentlichen dadurch, dass Qualifikationen abprüfbar sind (typischerweise durch eine Abschlussarbeit, ein Examen o.ä.), während Kompetenzen nur indirekt erschließbar und evaluierbar sind.⁵⁰ Obwohl man aus dieser Definition (pessimistisch) folgern könnte, dass der Erwerb einer Qualifikation nicht notwendigerweise zu einer Kompetenz führt, wird in der Praxis meist davon ausgegangen, dass eine Qualifikation ein Bündel von Kompetenzen (auf einem bestimmten Niveau) vermittelt. So geht man davon aus, dass eine Ausbildung zum/zur Gesundheits- und KrankenpflegerIn einen gewissen Satz von Basiskompetenzen vermittelt, die im Rahmen der weiteren beruflichen Tätigkeit vertieft wird.

3 Skills- und Kompetenzmanagement

In diesem Abschnitt soll ein auf die Thematik dieser Arbeit fokussierter Abriss des Skills- und Kompetenzmanagement gegeben werden. Nach einem Gesamtüberblick, Anwendungsszenarien und Referenzmodellen folgt eine Vertiefung der für die Arbeit relevanten Einzelaspekte, bevor auch die Kritik am Skills-Management noch berücksichtigt wird. Das Kapitel schließt mit einer Zusammenschau der Begriffe, wie sie im Praxisteil verwendet werden.

⁴⁹ Qualifikationen „bezeichnen klar zu umreißende Komplexe von Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten über die Personen bei der Ausübung beruflicher Tätigkeiten verfügen müssen, um konvergent-anforderungsorientiert zu arbeiten. Sie sind handlungszentriert und in der Regel so eindeutig zu fassen, dass sie in Zertifizierungsprozeduren außerhalb der Arbeitsprozesse überprüft werden können“ (Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XXIX)

⁵⁰ Erpenbeck & Rosenstiel (2003), S.XI, XXIX

3.1 Begrifflicher Überblick und Abgrenzung

Mit der zunehmenden Erkenntnis, dass Wissen eine entscheidende Bedeutung für den wirtschaftlichen Erfolg von Unternehmen hat, was plakativ durch den Begriff „Wissensmanagement“ zum Ausdruck gebracht wurde, trat auch der bewusste Umgang mit dem Wissen und Können der Mitarbeiter⁵¹ in den Vordergrund von strategischer wie operativer Führungs- und Personalarbeit. In den letzten Jahren wurde verstärkt der Begriff des Kompetenzmanagement und der damit verwandte Begriff des „Skills-Management“⁵² im Umfeld des Personalmanagement gebraucht.

Die Abgrenzung zwischen den beiden Begriffen „Kompetenzmanagement“ und „Skills-Management“ ist in ihrer Verwendung in Literatur und Praxis sehr unscharf, so dass in der nicht-wissenschaftlichen Literatur die beiden Begriffe undifferenziert oder synonym verwendet werden.⁵³ In jedem Fall ist der Unterschied zwischen „skill“ (ursprünglich als „Fertigkeit“ neben z.B. dem Wissen als Teil der Kompetenz) und „Kompetenz“ nur noch ein historisches Relikt. Der Skill-Begriff ist auch im englischen (vgl. Abschnitt 2.3.1) so weit gefasst, dass praktisch kein Unterschied mehr besteht. Bei der Analyse der wissenschaftlichen Literatur ergibt sich allerdings, dass ein zentraler Unterschied zwischen den Zielsetzungen von Skills-Management und Kompetenzmanagement existiert:⁵⁴

- **Kompetenzmanagement** bezeichnet den systematischen, an den übergeordneten Unternehmenszielen orientierten Umgang mit der Kompetenz des Unternehmens, was sich insbesondere in seinen Kernkompetenzen manifestiert. Kompetenzmanagement bewegt sich damit klar auf der Ebene der strategischen Unternehmensführung.⁵⁵

⁵¹ vgl. die Umschreibung von Faix et al. (1991), S.11: „Management von menschlichen Fähigkeiten und Qualifikationen in Organisationen und Unternehmungen“

⁵² In der Literatur findet sich sowohl die Variante „Skills-Management“ (z.B. Ley et al. (2003)) als auch die Variante „Skill-Management“ (z.B. Faix et al (1991), S.11) . Für diese Arbeit wurde die Plural-Variante gewählt, da im Gegensatz zum „Kompetenzmanagement“ nicht der „Skill“ im Singular (wohl aber beim Kompetenzmanagement die (Gesamt-)„Kompetenz“ des Unternehmens, s.u.), sondern gerade die Vielfalt an erforderlichen „Skills“ systematisch gemanagt werden soll.

⁵³ vgl. Tenberg & Hess, S.5. Auch in der wissenschaftlichen Literatur (z.B. Biesalski (2004), S. 328) wird teilweise Skills- und Kompetenzmanagement gleichgesetzt.

⁵⁴ Dies wird auch durch die empirischen Ergebnisse in Tenberg & Hess, S.8-11 gestützt, auch wenn die Trennschärfe nicht sonderlich hoch ist.

⁵⁵ „Broadly speaking, competence management is the way in which organizations manage the competencies of the corporation, the groups and the individuals. It has the primary objective to define, and continuously maintain competencies, according to the objectives of the corporation.“ (Berio & Harzallah (2005), S.21)

- Dem gegenüber ist der Fokus von **Skills-Management**⁵⁶ das Wissen und die Fähigkeiten der Mitarbeiter. Es beschäftigt sich mit einem systematischen Umgang mit Mitarbeiterkompetenzen bei der Personalauswahl, bei der Personalentwicklung und beim Personaleinsatz und ist damit eine Kernaufgabe des Personalbereichs.⁵⁷ Dabei ist klar, dass erfolgreiches Kompetenzmanagement wohl nur schwer ohne eine Form von Skills-Management zu erreichen ist, so dass (trotz unbestreitbarer strategischer Anteile) Skills-Management im Wesentlichen als die *operative Umsetzung* begriffen werden kann.

Wenn man diese beiden Definitionen mit dem Wissensmanagement (das als „verantwortungsvollen und zielgerichteten Umgang mit Information und Wissen“⁵⁸ verstanden werden kann) vergleicht, so ist ersichtlich, dass Kompetenz- und Skills-Management eine große Überlappung mit dem Wissensmanagement haben, weshalb die häufige Sichtweise, Skills-Management als eine Form von Wissensmanagement zu betrachten,⁵⁹ auch nahe liegt. Dies trifft insbesondere für Anwendungen des Skills-Management zu, die sich mit dem Lokalisieren von vorhandenen Mitarbeitern mit bestimmten Kompetenzen konzentrieren. Allerdings geht das Personalentwicklungsziel der gesteigerten Handlungskompetenz auch über das reine Wissensmanagement hinaus (Kompetenz ist mehr als bloßes Wissen), wie auch das an der Unternehmensentwicklung orientierte Kompetenzmanagement. Deshalb lässt sich das Verhältnis der drei Disziplinen wie in Abbildung 1 darstellen.

Eine interessante ressourcenorientierte Sichtweise auf das Verhältnis von Wissensmanagement und Kompetenzmanagement entwickelt Fitzek, indem er vier Stufen identifiziert: Identifizierung von Wissen, Entwicklung von Wissen, Kompetenzbildung und Kompetenzmanagement.⁶⁰ Hier erscheint dann das Kompetenzmanagement auf einer höheren Abstraktionsebene.

⁵⁶ Mit der verwendeten Begriffsdefinition für „Kompetenzen“ (s.u.) müsste man eigentlich von „Kompetenzenmanagement“ oder „Management der Mitarbeiterkompetenzen“ sprechen. Da diese Bezeichnung unüblich und etwas schwerfällig ist, wurde der Begriff „Skills-Management“ beibehalten.

⁵⁷ Nach Faix et al. (1991), S. 11 ist Skills-Management das „[...] Management von menschlichen Fähigkeiten [...] in Organisationen und Unternehmungen“. Etwas ausführlicher definiert Aeschlimann (2004), S.24: „Skill-Management [...] ist Teil eines komplexen strategischen Führungskonzeptes, mit dem ein Unternehmen die relevanten Kenntnisse der Mitarbeitenden ganzheitlich, ziel- und zukunftsorientiert als wertsteigernde Ressourcen gestaltet.“

⁵⁸ Schnurer & Mandl (2004), S.65

⁵⁹ so z.B. Aeschlimann (2004), S.24f

⁶⁰ vgl. Fitzek (2002), S.13

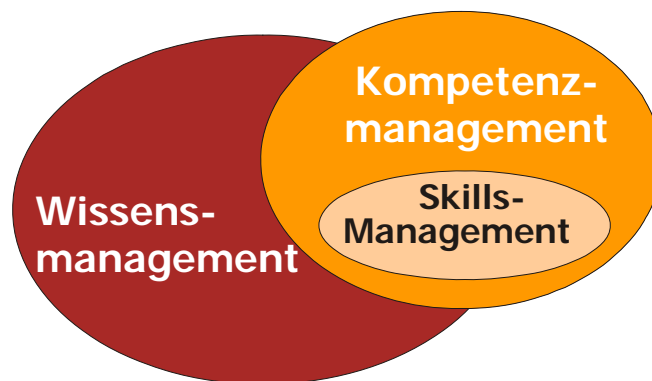


Abbildung 1: Einordnung von Wissens-, Kompetenz- und Skills-Management⁶¹

3.2 Anwendungsbereiche des Skills-Management

Die Anwendungsbereiche des Skills-Management lassen sich auf zwei Grundaufgaben reduzieren, die in den konkreten Anwendungsfällen durchaus gemischt vorkommen: das Auffinden von Mitarbeitern mit bestimmten Kompetenzen und das gezielte Gestalten (also Entwickeln) der Mitarbeiterkompetenzen. Typisch sind im einzelnen die folgenden Anwendungsfälle:

- ▶ **Strategische Lückenanalyse und Personalbeschaffungsplanung.** Gelingt es, die strategische Entwicklung der Kernkompetenzen des Unternehmens in Beziehung zu setzen mit den individuellen Mitarbeiterkompetenzen, so kann durch einen Vergleich der zukünftig benötigten Kompetenzen, der aktuell vorhandenen und der durch Entwicklungsmaßnahmen erreichbaren Kompetenzen ermittelt werden, wo evtl. strategische Kompetenzlücken vorliegen oder durch den Weggang von Experten entstehen können, die durch eine gezielte Personalbeschaffung auszugleichen sind.⁶²
- ▶ **Externe Bewerberauswahl und Interne Stellenbesetzung.** Durch einen Abgleich des Anforderungsprofils für die zu besetzende Stelle mit dem jeweiligen Kompetenzprofil des Bewerbers lässt sich systematisch eine Reihenfolge nach Übereinstimmungsgrad mit den Anforderungen ermitteln.⁶³
- ▶ **Projektteamzusammenstellung.** Bei der Durchführung von Projekten wird für einen bestimmten Zeitraum eine Gruppe von Mitarbeitern gesucht,

⁶¹ eigene Darstellung

⁶² vgl. Biesalski & Abecker (2005b), S.2; Stader & Macintosh (1999), S.36; Aeschlimann (2004), S.51f

⁶³ vgl. Stader & Macintosh (1999), S.36; Aeschlimann (2004), S.52; Beck (2003), S.152

die einen bestimmten (Fach-)Kompetenzmix mitbringen und deren soziale Kompetenzen sich zu einer gesunden Teamstruktur ergänzen.⁶⁴

- **Wissensmanagementanwendungen wie „Gelbe Seiten“ o.ä.** Gerade in größeren Unternehmen ist es oft schwierig, Mitarbeiter zu identifizieren, die über spezielle Kompetenzen verfügen. Deshalb versucht man, diese Kompetenzen für Kollegen transparent zu machen, in dem die jeweiligen Kompetenzen (oft beschränkt auf Spezialkompetenzen) erfasst werden und kompetenzorientierte Suchmöglichkeiten (analog zu „Gelbe-Seiten“-Diensten) anbietet. Diese Anwendungen können einen hohen Nutzwert haben, sind allerdings auch problematisch, da in diesen Verzeichnissen gelistete Mitarbeiter sich oft mit einer erhöhten Anzahl Anfragen (und damit einer Zusatzbelastung) konfrontiert sehen.⁶⁵
- **Personalentwicklung (Bildung und Karriereplanung).** Der Einsatz von Skills-Management für die Personalentwicklung lässt sich in zwei Anwendungsfälle unterteilen: die *operative Entwicklungs- und Bildungsplanung*⁶⁶, bei der auf der Basis einer ermittelten Lücke für den einzelnen Mitarbeiter passende Entwicklungsmaßnahmen (z.B. Teilnahmen an Bildungsveranstaltungen, aber auch E-Learning-Angebote) ausgewählt werden, und die *strategische Bildungsprogrammplanung*⁶⁷, bei der das zukünftige Bildungsprogramm auf der Basis des antizipierten Bedarfs aufgestellt werden soll (wofür wiederum die antizipierte Lücke herangezogen werden kann).

3.3 Referenzmodelle

Obwohl Kompetenz- und Skills-Management in den letzten Jahren ein großes Interesse sowohl aus wissenschaftlicher als auch aus praktischer Sicht auf sich gezogen haben, hat sich noch kein „Referenzmodell“ herauskristallisiert, das eine allgemein akzeptierte Terminologie und Strukturierung beschreibt, was auch darauf zurückzuführen ist, dass das Thema aus unterschiedlichen Richtungen angegangen wird

⁶⁴ vgl. Biesalski & Abecker (2005b), S.2; Stader & Macintosh (1999), S.35; Bach et al. (2000), S.74f; Aeschlimann (2004), S.53; Beck (2003), S.152

⁶⁵ vgl. Lau & Sure (2002), Biesalski & Abecker (2003); Aeschlimann (2004), S.27 u. 48

⁶⁶ Stader & Macintosh (1999), S.35; Aeschlimann (2004), S.52; Schenk et al. (2005), S.38; Biesalski & Abecker (2005b), S.2: „Assessment of Training Needs“; vgl. auch Faix et al. (1991), S.64f; Beck (2003), S.152

⁶⁷ vgl. Biesalski & Abecker (2005b), S.2: „Strategic Assessment of Training Needs“

(kognitiv vs. organisational).⁶⁸ Im Folgenden werden exemplarisch zwei Referenzmodelle zum Kompetenzmanagement (als übergeordnetes Konzept, das Skills-Management mit umfasst) vorgestellt.

North & Reinhardt (vgl. Anlage 5) schlagen ein Referenzmodell für das Kompetenzmanagement vor, welches stark von den Zielen des Wissensmanagements beeinflusst ist und dementsprechend auf den Transfer und die Vernetzung von „Wissensinseln“ im Unternehmen ausgelegt ist. Das Modell ist in drei Phasen aufgeteilt:⁶⁹

- ▶ *Identifikationsphase.* In dieser ersten Phase werden die Geschäftsprozesse analysiert, um daraus die zu bewältigenden Aufgaben zu ermitteln. Daran schließt sich die Ableitung von Rollen an, für die dann jeweils die Kompetenzanforderungen formuliert werden, die im Kompetenzkatalog zusammengefasst werden.
- ▶ *Validierungsphase.* Auf der Basis dieses Kataloges werden die Ist-Kompetenzen der Mitarbeiter erhoben und validiert (sog. „Kompetenzprofile“).
- ▶ *Transferphase.* Auf der Basis der Kompetenzprofile können dann Maßnahmen abgeleitet und deren Erfolg gemessen werden. Als Beispiele werden die Vernetzung von Kompetenzpools im Unternehmen und die Verbesserung des Kompetenzaustausches genannt.

Dieses Modell berücksichtigt die Bildungsperspektive zu wenig, so dass es sich kaum für die hier vorliegende Problemstellung eignet. Allerdings ist die Vorgehensweise der ersten beiden Phasen eine durchaus sinnvolle Grobstrukturierung.

Berio & Harzallah (vgl. Anlage 6) identifizieren vier Komponenten des Kompetenzmanagements, die miteinander in Beziehung stehen:

- ▶ *Kompetenzidentifikation (competence identification).* Dieser Bereich beschäftigt sich mit der Frage, wie relevante Kompetenzen identifiziert und beschrieben werden.
- ▶ *Kompetenzermittlung (competence assessment).* Hier geht es darum, wie man die Kompetenzen des einzelnen Mitarbeiters erheben kann und beschreibt und wie man die Bezüge zu den Anforderungen herstellt. Weiterhin beschäftigt sich dieser Bereich mit der Frage, wie das Unternehmen entscheiden

⁶⁸ vgl. North & Reinhardt (2003), S.1373

⁶⁹ vgl. North & Reinhardt (2003), S.1374f

kann, ob ein Mitarbeiter bestimmte Kompetenzen erworben hat (z.B. im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen).

- ▶ *Kompetenzerwerb (competence acquisition)*. In diesem Bereich geht es um klassische Personalentwicklungsfragen, wie nämlich bestimmte Kompetenzen auf geplante Art und Weise aufgebaut werden können, was sowohl die strategische Bildungsbedarfsplanung als auch ggf. Personalbeschaffung mit einschließt.
- ▶ *Nutzung der Kompetenzinformationen (competence usage)*. Dieser Bereich ist für den operativen Teil des Kompetenzmanagements zuständig. Hier werden die gesammelten Informationen über relevante Kompetenzen, Anforderungs- und Kompetenzprofile für unterschiedliche Einsatzzwecke genutzt.

Das Begriffsverständnis von Skills-Management der vorliegenden Arbeit lässt sich am ehesten in den Bereich der „Nutzung von Kompetenzinformationen“ einordnen, wobei die Zielsetzung der Arbeit klar in den Bereich „Kompetenzerwerb“ fällt. Insgesamt stellt das Modell eine gute Strukturierung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche dar, die typischerweise im Unternehmen auch durch unterschiedliche Rollen bearbeitet werden.

3.4 Skills-Management-Prozess für die Personalentwicklung

Betrachtet man prozessorientiert die Anwendung von Skills-Management auf die Personalentwicklung, so lassen sich im Wesentlichen zwei Ebenen identifizieren:⁷⁰ die **strategische** Ebene, auf der Kompetenzen identifiziert und modelliert sowie Anforderungen an Stellen formuliert werden, und die **operative** Ebene, die aus folgenden Schritten besteht (vgl. Anlagen 7, 8 und 9):⁷¹

- ▶ **Diagnostik der Ist-Profile**. In diesem Schritt geht es darum, die individuellen Kompetenzen der Mitarbeiter zu erfassen und sie in einem Ist-Profil darzustellen. Hierzu gibt es eine breite Palette von Verfahren zur Ermittlung, die

⁷⁰ Diese Sichtweise bzw. Bezeichnung findet sich zwar so explizit nicht in der Literatur, macht aber aus Sicht der Autorin durchaus Sinn, da Kompetenzkatalog und Anforderungsprofile eher mittelfristigen Charakter haben (und i.d.R. durch höher gestellte Führungskräfte durchgeführt wird), während die anderen Aktivitäten kurzfristig sind und von den unmittelbaren Vorgesetzten wahrgenommen werden.

⁷¹ vgl. auch Klemke et al. (2003), Faix et al. (1991), S.90f

von quantitativen Kompetenzmessverfahren bishin zur subjektiven Beobachtung durch Führungskräfte oder die Selbstbewertung reichen.

- ▶ **Lückenanalyse durch Abgleich mit Soll-Profilen.** Existiert für die Stelle eines Mitarbeiters ein Anforderungsprofil, das festlegt, über welche Kompetenzen er zu verfügen hat, um diese Aufgabe sinnvoll auszufüllen, kann durch Abgleich von Ist-Profilen und Soll-Profilen die Kompetenzlücke ermittelt werden, die eine wichtige Grundlage für die Bildungsbedarfsermittlung darstellt.
- ▶ **Entwicklung von Personalentwicklungsmaßnahmen.** Ist mit der Lückenanalyse ein Anhaltspunkt für den Bildungsbedarf gewonnen, kann in der nächsten Phase mit der eigentlichen Gestaltung der Personalentwicklung begonnen werden. Um den tatsächlichen Bildungsbedarf zu bestimmen, sollte neben dem (gegenwartsorientierten) Lückenprofil noch die persönlichen Ziele des Mitarbeiters (im Rahmen eines Zielvereinbarungsgesprächs) und zukunftsorientierte Kompetenzentwicklung betrachtet werden, bevor aus dem ermittelten Bildungsbedarf der Personalentwicklung geeignete Maßnahmen definiert werden.
- ▶ **Überprüfung des Lernerfolgs.** Hat der Mitarbeiter an der Personalentwicklungsmaßnahme teilgenommen, kann im Rahmen des Bildungscontrollings versucht werden, zu überprüfen, ob der gewünschte Lernerfolg eingetreten ist und ob die Maßnahme zu einer verbesserten Handlungskompetenz geführt hat, was wieder in die Erhebung der Ist-Profile überleitet.

Eine zusammenfassende graphische Darstellung, die neben dem hier beschriebenen operativen Prozess auch den strategischen Prozess für die in den folgenden zwei Abschnitten thematisierten Punkte „Erstellung des Kompetenzkatalog“ und „Anforderungsprofile“ umfasst, findet sich aus Platzgründen zusammen mit einer Erläuterung in Anlage 10.

3.5 Kompetenz- oder Skills-Katalog

Kern aller Skills-Management-Ansätze ist der Skills-Katalog oder Kompetenzkatalog⁷². In dieser Arbeit wird der Begriff Kompetenzkatalog verwendet, da er sich im

⁷²

Manchmal wird auch von *Kompetenzmodellen* gesprochen, wobei hiermit das gleiche gemeint ist: „Mit Ihnen werden Kompetenzen, die Mitarbeiter für die erfolgreiche Bearbeitung unterschiedlicher Aufgaben oder die Ausübung unterschiedlicher Positionen und Stellen benötigen, valide und genau beschrieben.“ (Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004),

Deutschen immer mehr durchsetzt und Nichtfachleuten leichter vermitteln lässt. Er legt ein kontrolliertes Vokabular für Kompetenzen fest, die zur Beschreibung von Ist- und Soll-Profilen verwendet werden. Dieses Vokabular umfasst sowohl einen eindeutigen Identifikator als auch eine Definition der Bedeutung der jeweiligen Einträge. Weiterhin definiert er durch seine Struktur auch Beziehungen zwischen den einzelnen Kompetenzen. Der wichtigste und praktisch immer vorzufindende Typ von Beziehung ist die Hierarchiebeziehung, wobei nicht immer klar definiert ist, was es bedeutet, wenn eine Kompetenz Unterkompetenz einer anderen Kompetenz ist.⁷³

Die Aufstellung des Kompetenzkataloges ist eine nicht zu unterschätzende komplexe Modellierungsaufgabe, deren Ergebnis jedoch gleichzeitig auch ausschlaggebend für den Erfolg von Skills-Management ist. Nach einer Auflistung möglicher Informationsquellen sollen im Folgenden die zwei Grundprobleme Modellierungstiefe und Modellierungsbreite kurz skizziert werden, und anschließend wird auf konkrete Vorgehensmodelle für die Entwicklung eingegangen. Dabei werden die zwei Teilaspekte Identifikation von Kompetenzen und ihre Modellierung/Strukturierung zusammen betrachtet, da sie auch in der praktischen Durchführung, die sehr stark iterativ ist, nicht sinnvoll voneinander zu trennen sind: Ein Teilmodell liefert Anhaltspunkte für die Identifikation von weiteren Kompetenzen.

3.5.1 Informationsquellen für die Kompetenzidentifikation

Selten beginnt die Erstellung des Kompetenzkataloges „auf der grünen Wiese“. Stattdessen existieren in vielen Unternehmen bereits Informationen, welche Anhaltspunkte bieten. Hierzu gehören auf der einen Seite Dokumente, welche die Geschäftsprozesse näher erfassen, z.B. explizite Prozessdokumentationen, die Ergebnisse von Aufgabenanalysen oder Stellen beschreiben. Auf der anderen Seite bietet auch das aktuelle Bildungsprogramm des Unternehmens recht gute Informationen über relevante Inhalte, auch wenn seine Beschreibung nicht unbedingt kompetenzorientiert erfolgt.⁷⁴

S.18; ähnlich Leipoldt (2003)). Der Begriff des Kompetenzmodells kann auch die Festlegung von Kompetenzniveaus oder -skalen umfassen, jedoch bleibt der Katalog der konzeptionelle Kern, an den evtl. noch Zusatzinformationen gepackt werden.

⁷³ Im Rahmen dieser Arbeit wird – in Übereinstimmung mit dem überwiegenden Teil der Literatur und der Softwareprodukte – von einer hierarchischen Strukturierung ausgegangen, während z.B. Cooper (2000), S.25 eine simplere Struktur betrachtet, in der Einzelkompetenzen nur in Kategorien gruppiert werden.

⁷⁴ vgl. Cooper (2000), S.82-84; 87

3.5.2 Kriterien für die Kompetenzidentifikation

Im Rahmen der Kompetenzidentifikation und -modellierung steht man immer wieder vor dem Problem, ob es sich um eine Kompetenz handelt oder nicht. Hierfür werden in der Literatur vier Kriterien aufgeführt:⁷⁵

- ▶ Eine Kompetenz ist ein Bündel von Wissen, Einstellungen und Fertigkeiten, die einen wichtigen Teil der beruflichen Tätigkeit betreffen.
- ▶ Eine Kompetenz korreliert mit beruflicher Leistung.
- ▶ Eine Kompetenz kann an akzeptierten Standards gemessen werden.
- ▶ Eine Kompetenz kann mit Bildungsmaßnahmen und Personalentwicklung verbessert werden.

Für die Arbeit und ihre Zielsetzung erscheint die Forderung nach Messbarkeit an Standards etwas stark; hier reicht es aus, wenn die Kompetenz in irgendeiner Form beobachtbar oder messbar ist.

3.5.3 Grundprobleme der Modellierung: Modellierungsbreite und -tiefe

Eine bloße Auflistung von Kompetenzkandidaten aus den obigen Informationsquellen ist nur der erste Schritt; die wichtigste und schwierigste Aufgabe ist das Modellieren eines strukturierten und einheitlichen Kataloges. Das erste Grundproblem hierbei betrifft die Frage, welchen Bereich ein Kompetenzkatalog abdecken soll (**Modellierungsbreite**). Hierbei existieren die beiden Pole „Single-Job“ und „One-Size-Fits-All“.⁷⁶ Im ersten Fall wird für jeden Beruf oder Stellentyp (*job*) ein separater Katalog, im zweiten Fall ein allumfassender Katalog erstellt. Wie bei Modellierungsaufgaben typisch dient die Begrenzung auf überschaubare Teilbereiche dazu, die Komplexität der Modellierung zu reduzieren und die Übersichtlichkeit des Modells zu fördern. Umgekehrt lassen sich bei isolierten Einzelkatalogen die Querverbindungen nicht nutzen, so dass sich dieses Vorgehen nur anbietet, wenn diese Querverbindungen einen geringen Stellenwert einnehmen.

Für diese Arbeit fällt schon die Abgrenzung schwer, was unterschiedliche Stellentypen in der Krankenpflege darstellen. Sicherlich gibt es in jedem Fachbereich bestimmte Kompetenzen, die spezifisch sind, doch sind die Überschneidungen zwi-

⁷⁵ vgl. Parry (1998), S.59f

⁷⁶ vgl. Sonntag & Schmidt-Rathjens (2004), S.20

schen unterschiedlichen Teilbereichen so groß, dass es auf jeden Fall anzuraten ist, einen kompletten Katalog für die Pflege zu erstellen, der nicht nach unterschiedlichen Fachschwestern und Stationsleitungen untergliedert ist.

Das zweite Grundproblem ist der Detaillierungsgrad des Kataloges (**Modellierungstiefe**).⁷⁷ Der Aufwand für die Modellierung (und die spätere Nutzung) steigt mit der Modellierungstiefe exponentiell, so dass es wichtig ist, nicht zu feingranular zu werden. Umgekehrt lassen zu grobe Kompetenzen nur begrenzte Schlussfolgerungen zu. Hier kann es auch sinnvoll sein, mit einer gröberen Variante zu beginnen und diese dann sukzessive und bedarfsorientiert zu verfeinern.

3.5.4 Allgemeine Entwicklungsmethodiken für Ontologien

Ein weiteres Problem ist die Methodik zur Aufstellung eines Kompetenzkataloges. Abstrakt betrachtet stellt ein Kompetenzkatalog etwas dar, was in der Informatik neuerdings als „Ontologie“ bezeichnet wird.⁷⁸ Dabei „wird unter einer Ontologie die konzeptuelle Formalisierung von Wissensbereichen verstanden. Eine Ontologie stellt somit ein formalisiertes Modell der Welt oder eines Teils der Welt dar, über deren Begriffe und Zusammenhänge eine Gruppe von Experten/Nutzern Einigkeit erreichte. Ontologien sind in einer hierarchischen Struktur von relevanten Begriffen oder Kategorien und Unterkategorien organisiert.“⁷⁹

Die Disziplin des „ontology engineering“ beschäftigt sich mit Fragen, die mit dem (manuellen wie semi-automatischen) Aufstellen und Pflegen solcher Ontologien zu tun haben. Der **Ontologieentwicklungsprozess** wird dabei generell in vier Phasen aufgeteilt: Ideensammlung (*brainstorming*), Strukturieren (*grouping*), Formulieren von Begriffsdefinitionen (*produce definition*) und Validierung (*review*).⁸⁰ Dabei sind die Phasen nicht als eine streng lineare Abfolge zu sehen, sondern durchaus als iterativ. Für die ersten beiden Phasen werden folgende Grundalternativen unterschieden:⁸¹

- **Bottom-Up.** Bei diesem Ansatz wird mit einer Sammlung von Details aus unterschiedlichen Quellen begonnen und versucht sie dann schrittweise in den Zusammenhang einzuordnen. Dadurch ist gewährleistet, dass das Ergebnis

⁷⁷ vgl. Cooper (2000), S.100f

⁷⁸ vgl. Stader & Macintosh (1999), S.36f; Dittmann (2004), S.6f

⁷⁹ vgl. Studer et al. (2001), S.3f

⁸⁰ vgl. Uschold & Gruninger (1996), S.110

⁸¹ vgl. Apke et al. (2004), S.56; Fernández et al. (1997), S.35

sehr realitätsnah ist; allerdings ist dies auch sehr abhängig von den untersuchten Ressourcen, so dass künftige Veränderungen oft schwierig einzubinden sind.

- **Top-Down.** Bei diesem Ansatz beginnt man mit einer sehr abstrakten Struktur, die sich aus dem untersuchten Themengebiet ergibt. Sofern keine kanonische Strukturierung vorliegt, ist dieser Ansatz schwierig und nur durch im Themengebiet sehr erfahrene Personen zu leisten. Durch den Beginn im Abstrakten ist zudem die Gefahr gegeben, dass der entstehende Katalog nur noch einen begrenzten Realitätsbezug aufweist.
- **Middle-Out.** Dieser Ansatz ist eine Mischung aus beiden vorangegangenen Ansätzen. Hierbei wird auf mittlerer Abstraktionsebene begonnen und der Katalog sowohl „nach oben“ in abstrakte Gruppen strukturiert, als auch „nach unten“ weiter verfeinert. Hierdurch kann man die beiden Gefahren eines zu abstrakten, realitätsfernen Modells und eines Modells, das sich in Details verliert, wirksam begegnet werden. Der Ansatz bietet sich auch insbesondere deswegen an, weil sich die Modellierungsaufgaben sehr gut an unterschiedliche Experten delegieren lassen.

Welche konkreten Techniken setzt man nun für die Aufstellung des Kataloges ein? Im Bereich der ontologiebasierten Verfahren wird eine Reihe von unterschiedlich stark formalisierten Ansätzen mit spezialisierten Ontologieeditoren oder Software-Modellierungswerkzeuge vorgeschlagen.⁸² Allerdings hat sich gezeigt, dass diese Verfahren für die kooperative Erstellung von Ontologien mit Domänenexperten zu kompliziert sind. Sehr gute Erfahrungen wurden dabei mit der Mind-Map-Technik gesammelt.⁸³ Der Vorteil ist neben der Verfügbarkeit von Werkzeugen, die ein schnelles Umstrukturieren in interaktiven Sitzungen erlauben, insbesondere die intuitive Verständlichkeit der sich ergebenden Modelle. Die mangelnde Präzision von Mind-Maps kann in einem zweiten Schritt nachgebessert werden, sofern dies für die Problemstellung erforderlich erscheint.

3.5.5 Spezielle Methodiken für die Kompetenzmodellierung

Ontologieentwicklungsverfahren sind anwendungsneutral, so dass sie nicht auf spezielle Probleme bei der Modellierung von Kompetenzen eingehen können. Deshalb

⁸² vgl. Apke et al. (2004), S.46-48

⁸³ vgl. Sure (2002), S.84

stellt sich die Frage, ob inzwischen hierfür spezialisierte Verfahren entwickelt wurden. Leider finden sich in der wissenschaftlichen Literatur nur wenig Beiträge zur systematischen Entwicklung von Kompetenzkatalogen. Interviewbasierte Techniken (strukturiert wie unstrukturiert) scheinen sich in der praktischen Anwendung zu bewähren,⁸⁴ um Fachexperten in den Prozess einzubinden; ähnliches gilt für Expertenworkshops⁸⁵. Spezielle (graphische) Modellierungssprachen für die Kompetenzmodellierung werden zwar in der Literatur diskutiert, jedoch werden sie derzeit kaum durch Werkzeuge unterstützt, und sie erfordern eine deutlich höhere Modellierungskompetenz aller Beteiligten.⁸⁶ Diese kann im Pflegedienst – anders als beispielsweise in IT-nahen Unternehmen – keinesfalls vorausgesetzt werden, weshalb diese auch hier nicht näher betrachtet werden sollen.

Weiterhin kommen auch rechnergestützte Dokumentenanalyseverfahren, die semi-automatisch existierende Dokumentenablagen nach Kompetenzen durchforsten,⁸⁷ aufgrund der zu geringen Anzahl an hierfür geeigneten Dokumenten nicht in Frage.

3.6 Anforderungsprofile

Das Aufstellen des Kompetenzkataloges ist kein Selbstzweck; der Katalog bietet das Vokabular, mit dem sich beschreiben lässt, was eine bestimmte Stelle an Fähigkeiten und Kenntnissen erfordert. Zunächst einmal ist zu präzisieren, was unter Anforderungsprofilen zu verstehen ist und wie es sich zu verwandten Konzepten verhält.⁸⁸

- ▶ **Stellenbeschreibung.** Eine Stellenbeschreibung ist eine eher allgemein gehaltene Beschreibung, die grob das Aufgabenfeld des Stelleninhabers und die organisatorische Einordnung der Stelle umreißt.⁸⁹
- ▶ **Tätigkeitsprofil.** Das Tätigkeitsprofil ist das Ergebnis einer Funktions- und Aufgabenanalyse. Es beschreibt die Einzeltätigkeiten, die vom Inhaber einer bestimmten Stelle wahrgenommen werden.
- ▶ **Anforderungsprofil.** Aus den wahrgenommenen Tätigkeiten wird ermittelt, welche Anforderungen in Form von Kenntnissen, Fähigkeiten und Fertigkeiten

⁸⁴ vgl. Ley & Albers (2003); Fitzek (2002), S.77; Apke et al. (2004), S.52; Cooper (2000), S.92f

⁸⁵ vgl. Fitzek (2002), S.77, Cooper (2000), S.93f

⁸⁶ vgl. Berio & Harzallah (2005), S.23f; Posea & Harzallah (2004), S.28f

⁸⁷ vgl. Posea & Harzallah (2004), S.30f; Apke et al., S. 33

⁸⁸ vgl. Becker (1999a), S.122, S.333f

⁸⁹ vgl. Hummel (2001), S.61f

ten erforderlich sind, um diese Tätigkeiten zu bewältigen.⁹⁰ Dies können sowohl Kompetenzen als auch Qualifikationen im Sinne dieser Arbeit sein.

Es ist dabei wichtig, dass ein Anforderungsprofil aus zwei Teilen bestehen sollte: der erste Teil legt die Mindestvoraussetzungen fest, die erforderlich sind, um die Stelle wahrzunehmen, der zweite Teil enthält ein Idealprofil, das eine zukunftsgerichtete Entwicklungsrichtung vorgibt.⁹¹ Somit kann das Anforderungsprofil auch nicht rein aus den aktuellen Tätigkeiten ermittelt werden, sondern muss auch aus der Unternehmensstrategie und den Kernkompetenzen abgeleitet werden.⁹²

Anforderungsprofile werden oft grafisch visualisiert⁹³, in dem man vertikal die Anforderungen und horizontal die jeweiligen Niveaus als Ordinalskala oder Metrik aufträgt und die einzelnen Punkte durch eine Linie verbindet (und somit ein „Profil“ bildet).⁹⁴ Diese Technik erscheint jedoch allenfalls bei wenigen Anforderungen auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau sinnvoll, was bei einer differenzierten Anwendung des Instrumentes wohl selten der Fall ist.

Neben der systematischen, aber sehr aufwendigen Ermittlung von Anforderungsprofilen auf der Basis einer Tätigkeitsanalyse können auch andere Quellen herangezogen werden. Hierzu gehören Stellenausschreibungen, Befragungen von Stelleninhabern und Experten, Leistungsbeurteilungen und Zielvereinbarungen, Unternehmensleitbilder etc.⁹⁵ Da diese Quellen jedoch meist unsystematisch erstellt worden sind, ist ihr Inhalt kritisch zu überprüfen, da beispielsweise Anforderungsprofile die Basis für Leistungsbeurteilungen, Zielvereinbarungen und Stellenausschreibungen sein sollten (und nicht umgekehrt).

3.7 Ist-Profil der Mitarbeiter

Das Gegenstück zu den Anforderungsprofilen sind die Ist-Profile, die die Kompetenzen der Mitarbeiter darstellen. Hierbei wird dasselbe Vokabular aus dem Kompetenzkatalog benutzt. Neben Kompetenzen ist es für eine ganzheitliche Personalent-

⁹⁰ „Das Anforderungsprofil ist eine systematische Zusammensetzung aller wesentlichen Anforderungen, die ein spezieller Arbeitsplatz (Stelle) an die Person stellt, die ihn ausführen soll oder wird. Das Anforderungsprofil spezifiziert die aufgelisteten Arbeitsanforderungen (Einzelfähigkeiten, Persönlichkeitseigenschaften) nach Art und Umfang.“ (Caritas-Krankenhaus St. Josef (2004), S.2)

⁹¹ vgl. Franke & Boden (2003), S.33f; Deutscher Beamtenbund (2002), S. 19f

⁹² vgl. Lamberty (2000), S.33

⁹³ vgl. z.B. Einsiedler et al. (2003), S.124

⁹⁴ Becker (2002), S. 472 f.

⁹⁵ Einsiedler et al. (2003), S.119-121

wicklung sinnvoll, auch Potentiale (also Entwicklungsmöglichkeiten) und Interessen zu erfassen, um so auch die Entwicklung des einzelnen Mitarbeiters über die Stelle hinaus (z.B. im Rahmen der Karriereplanung) zu unterstützen, was allerdings im Folgenden nicht weiter analysiert und nicht als Gegenstand der Arbeit betrachtet wird.

Die Erhebung dieser Ist-Profile ist kein einfaches Unterfangen und stellen den Gegenstand des Forschungsgebietes Kompetenzmessung dar. Erpenbeck & Rosenstiel (2003) geben einen sehr breit gefächerten Überblick über derzeit in der Forschung diskutierte Kompetenzmessungsmethoden und versuchen die Vielfalt dieser Methoden zu strukturieren. Allerdings erscheinen die darin geschilderten Verfahren zwar methodisch valide, aber beispielsweise für den Einsatz in der Pflege nicht tauglich.

Mit einem pragmatischeren Gesamtansatz zählt Cooper als mögliche Methoden auf: Ergebnisse aus dem Abschluss von Bildungsveranstaltungen („curricular assessment“), Selbstbewertung, 360°-Feedback, explizite Tests oder auch Geschäftsergebnisse.⁹⁶

Für die vorliegende Problemstellung erscheint eine Kombination unterschiedlicher Methoden sinnvoll. So lassen sich sicherlich Ergebnisse aus dem Abschluss von Bildungsveranstaltungen einsetzen. Hauptinformationsquelle wird allerdings eine Selbstbewertung sein, in der sich die Mitarbeiter selbst einschätzen. Diese Selbsteinschätzung leidet allerdings unter der geringen Objektivität und damit Konsistenz der unterschiedlichen Selbstbewertungen, da hier mit motivationalen Verzerrungen oder verzerrter Selbstwahrnehmung zu rechnen ist.⁹⁷ Durch eine Kombination (im Rahmen von Mitarbeitergesprächen⁹⁸) mit einer Bewertung durch die Führungskraft (z.B. durch Beobachtung⁹⁹) lässt sich in der Praxis (z.B. bei DaimlerChrysler) eine recht hohe Validität erreichen.¹⁰⁰ Auch scheint die Selbstbewertung als Basis für die Personalentwicklung (im Gegensatz zu anderen Anwendungsbereichen des Skills-Management) grundsätzlich weniger problematisch.¹⁰¹ Einzig der Bereich der sozialen Kompetenzen kann weiterhin problematisch bleiben, da diese auch kaum ob-

⁹⁶ vgl. Cooper (2000), S.50-52

⁹⁷ vgl. Cooper (2000), S.51f

⁹⁸ vgl. Aeschlimann (2004), S.42

⁹⁹ vgl. Leiter (1982), S. 83ff

¹⁰⁰ vgl. Cooper (2000), S.58f

¹⁰¹ vgl. Schuler (1991), S.143

ektivierbar sind; dies ist bei Schlussfolgerungen aus diesem Kompetenzbereich zu berücksichtigen.¹⁰²

3.8 Kritik am Skills-Management und seinen Elementen

So logisch und einsichtig die Vorgehensweise im Skills-Management erscheinen mag, so wurden auch einige kritische Punkte identifiziert. Insbesondere steht und fällt ein Skills-Management-Ansatz mit der Qualität und dem Validität des Kompetenzkataloges sowie der Ist- und Anforderungsprofile. Die derzeitigen Entwicklungsmethoden können die geforderte Qualität jedoch weder sicherstellen noch überprüfen, oft wird sogar die Methodik an sich infragegestellt.¹⁰³ Als besonders problematisch wird dabei gesehen, dass die Instrumente z.B. durch feine Skalen und mathematische Berechnungsverfahren von Übereinstimmungsgraden von Ist- und Soll-Profilen eine hohe Genauigkeit „vorgaukeln“, obwohl die Basis aus höchst subjektiven Einschätzungen und vagen Kompetenzformulierungen besteht.¹⁰⁴

Neben dieser eher pauschalen Einwänden werden als konkrete Kritikpunkte in der Praxis genannt, dass der Kompetenzkatalog meist vergangenheitsorientiert ist, da oft eine Kompetenzidentifikation nur im Rückblick möglich ist. Ebenso besteht eine große Gefahr, dass die erhobenen Daten und Modelle nicht regelmäßig gepflegt werden. In diesem Fall sinkt der Nutzen dramatisch.¹⁰⁵

Insgesamt ist zu sagen, dass Skills-Management ein Hilfsmittel zur systematischen Entwicklung von Mitarbeiterkompetenzen darstellen kann. Es sollte jedoch keine zu starke Fixierung auf das Instrument und eine vollständige Automatisierung der Bildungsprozesse stattfinden, so dass die Mitarbeiter immer noch die Subjekte und nicht die Objekte der Personalentwicklung bleiben, getreu dem Motto „Menschen verlieren ihre Motivation, wenn sie verwaltet werden“¹⁰⁶.

3.9 Zusammenschau der Begriffe für den Praxisteil

Ein weiteres Ergebnis aus der Literaturanalyse ist die sehr uneinheitliche Begriffsverwendung. Deshalb soll hier noch einmal die Begrifflichkeit der Arbeit kurz zusammengestellt werden (vgl. Abbildung 2). Der Begriff Bildungsmaßnahme wird als Oberbegriff für Fort- und Weiterbildungen verstanden. Eine Fortbildung ist eine

¹⁰² vgl. Gronau & Uslar (2004), S.32; Aeschlimann (2004), S.47

¹⁰³ Becker (2002), S. 472 f.

¹⁰⁴ vgl. Schmitz (2003), S.21

¹⁰⁵ vgl. Schmitz (2003), S.22

¹⁰⁶ vgl. Schmitz (2003), S.22

kürzere Bildungsmaßnahme, die zum Erwerb von Kompetenzen führt, während eine Weiterbildung eine länger angelegte Maßnahme ist, die zum Erwerb einer formalen Qualifikation (Ausbildung, Fachweiterbildung o.ä.) führt. Mit einer solchen Qualifikation verknüpft ist eine Menge von Kompetenzen, wobei davon ausgegangen wird, dass mit dem Erwerb einer Qualifikation auch diese Kompetenzen erworben werden.

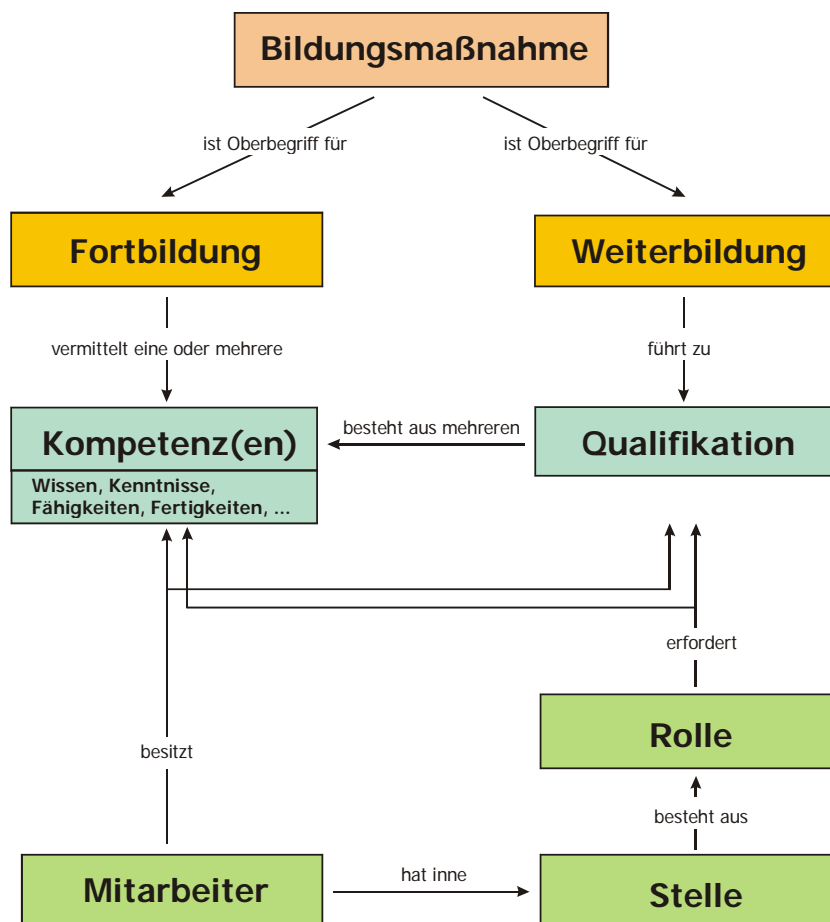


Abbildung 2: Begriffsübersicht (oder „Ontologie“) für die Bildungsbedarfsplanung¹⁰⁷

Kompetenzen sind stets dem einzelnen Mitarbeiter zugeordnet, während bei den Anforderungen eine Abstraktion eingeführt wird: die Rolle. Eine konkrete zu besetzende Stelle besteht grundsätzlich aus einer oder mehreren Rollen¹⁰⁸. Ein gutes Beispiel ist hierbei die Stelle einer Stationsleitung einer bestimmten Station. Da eine Stationsleitung auch ganz normale Pflegetätigkeiten wahrnimmt, hat sie sowohl eine Leitungsrolle als auch eine Pflegerrolle, die jeweils unterschiedliche Kompetenz und Qualifikationsanforderungen haben. Eine solche Trennung ist sinnvoll und wird im Rahmen des Kapitels 6.3 (Anforderungsprofile) noch weiter thematisiert.

¹⁰⁷

eigene Darstellung

¹⁰⁸

Cooper (2000), S.26 spricht hier von „job title“, meint aber im Wesentlichen dasselbe.

B. PRAKTISCHE UMSETZUNG AM KLINIKUM

4 Überblick und Vorgehensweise für den Praxisteil

Nach der Darstellung des Stands der Wissenschaft in den relevanten Gebieten soll in diesem Kapitel ein Überblick über den Praxisteil gegeben werden, bevor in den folgenden Kapiteln die Details vorgestellt werden. Zunächst wird der verbleibende Handlungsbedarf abgeleitet, bevor eine zeitliche wie inhaltliche Gliederung des Praxisteils präsentiert wird.

4.1 Konkretisierte Aufgabenstellung

Aus den in den vorangegangenen zwei Kapiteln präsentierten Erkenntnisse lässt sich folgern, dass die Beschäftigung mit Skills-Management der letzten Jahre eine recht konsolidierte Sicht der Grundbausteine und ihrer Zusammenhänge hervorgebracht und auch die erfolgskritischen Problembereiche identifiziert hat. Allerdings ist bei der Analyse auch klar geworden, dass gerade für die kritischen Problembereiche geeignete und abgesicherte Methoden fehlen. Hierzu gehören vor allem die Aufstellung des Kompetenzkataloges und die Ermittlung von Anforderungs- und Ist-Profilen. Dies ist sicherlich letztlich darauf zurückzuführen, dass es sich hierbei um sehr offene Problembereiche mit vielen Einflussfaktoren und Freiheitsgraden handelt, so dass sich dies nur schwer in ein methodisches Korsett pressen lässt, das eine gewisse Ergebnisqualität garantiert.

Dementsprechend ist die (präzisierte) Hauptaufgabe für den verbleibenden Teil dieser Arbeit die Untersuchung, wie Skills-Management mit dem Ziel einer systematischen Personalentwicklung im Bereich der Krankenpflege funktionieren kann. Dies schließt die Auswahl von passenden Instrumenten und ihr Zuschneiden auf die spezifischen Bedürfnisse vor Ort, die Identifikation von Rollen, die die teilweise anspruchsvollen Modellierungsaufgaben vollziehen können, und die Einbindung in die klinikinternen Geschäftsprozesse mit ein, so dass eine gewisse Nachhaltigkeit erreicht werden kann. Hierbei ist eine kontinuierliche Überprüfung der Konzepte an der „Realität“, also an den Personen und Gegebenheiten, im Rahmen einer prototypischen Umsetzung unverzichtbar. Ein spezieller Punkt im Rahmen der Arbeit, der bislang in der Literatur nur sehr eingeschränkt betrachtet wurde, ist die Verzahnung von strategischer Bildungsbedarfsplanung und operativer Bildungsplanung.

Da die Fort- und Weiterbildung im Pflegedienst Gegenstand dieser Arbeit ist, werden zunächst die unterschiedlichen Rollen im Pflegedienst beschrieben, auf die später Bezug in unterschiedlichen Kontexten Bezug genommen wird. Eine graphische Übersicht über den Aufbau des Pflegedienstes findet sich in Anlage 11. Die Basis des Pflegedienstes bilden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP, früher Krankenschwester/-pfleger). Ihnen untergeordnet sind noch Stationshilfen, Zivildienstleistende (ZDL) und Mitarbeiter, die ein freiwilliges soziales Jahr ableisten (FSJ); sie werden im Folgenden nicht weiter betrachtet, da sie nur gering qualifizierte hauswirtschaftliche Tätigkeiten selbständig ausüben und für sie ein standardisierter Einführungskurs existiert. An der Spitze des Pflegedienstes steht der Pflegedirektor, der neben dem Ärztlichen und dem Verwaltungsdirektor die dreigliedrige Krankenhausleitung bildet. Darunter befinden sich Pflegedienstleitungen (PDL), die für die stationsübergreifende Koordination und strategische Fragestellungen in bestimmten Bereichen zuständig sind; ihnen sind Pflegedienstleistungsassistenten zur Seite gestellt. Auf jeder Station existiert eine Stationsleitung (SL) und eine Stellvertretung (SSL), die neben regulären Tätigkeiten von Gesundheits- und KrankenpflegerInnen (GKP) Leitungsfunktionen ausüben, die u.a. die Dienstplangestaltung und die operative Weiterbildungsplanung umfassen.

4.2 Struktur des Praxisteils und methodische Vorgehensweise

Basierend auf den Erkenntnissen aus der Literatur und dem Rahmen für die Arbeit am Klinikum wurde der Praxisteil in fünf Bereiche aufgeteilt, die in den Unterabschnitten näher beschrieben werden:

- ▶ Ist-Analyse der Bildungsbedarfsplanung (vgl. Kapitel 5)
- ▶ Aufstellen des Konzepts (vgl. Kapitel 6)
- ▶ Pilotierung auf strategischer Ebene (vgl. Abschnitte 7.1 und 7.2)
- ▶ Umsetzung mittels EDV (vgl. Kapitel 8)
- ▶ Pilotierung auf operativer Ebene (vgl. Abschnitt 7.3)

Eine detaillierte (inhaltliche) graphische Übersicht findet sich in Anlage 12; die zeitliche Übersicht, die auch die Abhängigkeiten zwischen den einzelnen Bereichen visualisiert, findet sich in Anlage 13.

4.2.1 Ist-Analyse der Bildungsbedarfsplanung

Die erste Phase umfasst eine Ist-Analyse der Bildungsplanung. Hierbei soll analysiert werden, wie bislang die Bedarfsermittlung und die Planung der Bildungsveranstaltungen abläuft und welche Probleme anzutreffen sind. Hierzu werden in einem ersten Schritt die existierende Dokumente und Auswertungen analysiert sowie un- und semistrukturierte Interviews mit den im Prozess Beteiligten geführt. Dazu gehören insbesondere die Mitarbeiter im BBz, aber auch Führungskräfte wie Pflegedienstleitungen oder Stationsleitungen. Im Rahmen dieser Analyse sollen auch die Ursachen für die Unzulänglichkeiten im Prozess bestimmt werden, um die Ansatzpunkte für das neue Konzept zu identifizieren.

Doch nicht nur die Unzulänglichkeiten sollen Gegenstand der Untersuchung sein, sondern auch erprobte Ansätze, die in einzelnen Bereichen bereits erfolgreich angewendet werden. Um die Akzeptanz des neuen Konzeptes zu erhöhen, sollen diese Ansätze aufgenommen werden.

Auch sollen die zukünftigen Herausforderungen an die Fort- und Weiterbildungsorganisation durch die Einführung von einem klinikweiten Qualitätsmanagementsystem beleuchtet werden. Eine Analyse der beiden am Klinikum relevanten Ansätze EFQM und KTQ liefert zusätzliche Anforderungen für das neue Konzept.

4.2.2 Aufstellen des Konzeptes

Auf der Basis der Ist-Analyse wird ein Konzept aufgestellt, wie die Bildungsbedarfsplanung zukünftig mit Hilfe von Skills-Management-Instrumente verbessert werden kann. Hierzu gehört die Anpassung des allgemeinen Prozesses aus Abschnitt 3.4 an die besondere Situation der Pflege und die Identifikation der Rollen, die die Aufgaben wahrnehmen.

Die Konzeption erfolgt in wechselseitiger Abhängigkeit mit der strategischen Pilotierung, um Erfahrungen aus der Umsetzung in Modifikationen am Konzept übersetzen zu können.

4.2.3 Pilotierung auf strategischer Ebene

Für die Pilotierung wird mit dem zentralen Kompetenzkatalog und den darauf aufbauenden Anforderungsprofilen (also auf strategischer Ebene) begonnen, weil sich anhand dessen die Problematik sehr gut kommunizieren lässt und sich in der praktischen Zusammenarbeit mit den Fachexperten und Führungskräften die Um-

setzungsprobleme identifizieren und ggf. beheben lassen. Um den Prozess überschaubar zu halten, wird dies in einem Pilotprojektes in der Inneren Medizin (Bereich Onkologie) durchgeführt; ergänzend wird teilweise auch die Psychiatrie betrachtet. Die Arbeit erfolgt im Wesentlichen im Rahmen von Workshops mit der Arbeitsgruppe „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ der Initiative „Pflege 2015“. In denen wird das Skills-Management-Konzept vorgestellt und das Konzept der Kompetenzen erläutert, bevor mit den PDL in mehreren Iterationen die relevante Kompetenzen identifiziert und strukturiert werden. Dies wird begleitet durch strukturierte Interviews mit Mitarbeitern auf der Onkologiestation und durch die Thematisierung der Kompetenzproblematik im Rahmen eines Stationsleitungskurses.

Als vorbereitender Schritt wird nach existierenden Ansätzen zur Klassifikation von Pflegekompetenzen gesucht, die evtl. bereits eine sinnvolle Grundstruktur liefern könnten. Ebenso werden existierende Stellenbeschreibungen und das aktuelle Bildungsprogramm des BBz analysiert und daraus prototypische Kompetenzen identifiziert.

4.2.4 Untersuchung der Umsetzung mittels EDV

Da Skills-Management nur mit IT-Unterstützung sinnvoll durchgeführt werden kann und das Klinikum ohnehin das Personalentwicklungsmodul von SAP einsetzen möchte, soll in diesem Schritt untersucht werden, inwieweit sich das Konzept mit diesem Modul verträgt. Hieraus lassen sich dann auch wichtige Schlussfolgerungen für die Customizing-Phase ableiten, in der das Modul an die spezifischen Anforderungen des Klinikums angepasst wird.

Als Zwischenlösung, bis dieses Modul eingesetzt werden kann, wird auf der Basis eines existierenden Ansatzes, der in Richtung Skills-Management erweitert wird, eine spezielle Excel-Lösung erstellt, die Stationsleitungen eine strukturierte Erhebung des Bildungsbedarfs und eine systematische Planung der Bildungsmaßnahmen erlaubt. Diese Lösung wird im Rahmen von Kapitel 7 beschrieben.

4.2.5 Pilotierung auf operativer Ebene

Als abschließender Teil der Arbeit soll ein erster Versuch auf operativer Ebene durchgeführt werden. Dabei wird auf den Pilotstationen den Stationsleitungen das Konzept präsentiert und ein EDV-Werkzeug zur Verfügung gestellt, mit dessen Hilfe sie die Ist-Analyse durchführen können. Anschließend kann eine Lückenanalyse durchgeführt werden.

5 Ist-Analyse und Anforderungen an das Konzept

Ziel dieses Kapitels ist die Ermittlung der Anforderungen an das Konzept, das dann im folgenden Kapitel dargestellt wird. Hierzu wird in einem ersten Schritt das Unternehmensleitbild und die Pflegekonzeption analysiert, bevor die aktuelle Organisation des Bildungsbedarfsplanung sowie die derzeitige operative Durchführung auf Stationsebene beschrieben wird. Anschließend werden die Anforderungen dargestellt, die sich aus den aktuell in der Einführung begriffenen Qualitätsmanagementsysteme KTQ und EFQM ergeben. Das Kapitel schließt mit einer Zusammenstellung der Anforderungen, die die Grundlage für den Rest der Arbeit darstellen.

5.1 Unternehmensleitbild und Pflegekonzeption

Das Städtische Klinikum hat ein Leitbild, das sich in die Kernkompetenzen Patientenzufriedenheit, Mitarbeiterzufriedenheit, Wirtschaftlichkeit und Innovation aufgliedert (s. Anlage 14). Diese Kernkompetenzen wurden in der Pflege in einem Pflegeleitbild heruntergebrochen. Einzelne Kernkompetenzen in diesem Leitbild wurden schon ausformuliert und sind den Mitarbeitern auf Station in einem Ordner zugänglich gemacht worden. Die Mitarbeiter werden zwar dazu angehalten, diese Unterlagen zu lesen; jedoch findet keine Kontrolle statt. Ohnehin besteht die Frage, ob durch das Lesen von Dokumenten Kompetenzen erworben werden können.

Darüber hinaus existiert in der Pflegekonzeption (vgl. Anlage 15) ein Abschnitt über Fort- und Weiterbildung. Darin spiegelt sich die Kultur des Hauses, dass Fortbildung als sinnvoll erachtet, aber dass Teilnahmen an solchen Veranstaltung nicht am Bedarf festgemacht werden, sondern am Bildungsbedürfnis des einzelnen Mitarbeiters.

5.2 Ist-Organisation der klinikweiten Bildungsplanung

Die Planung des Bildungsprogramms wird vom BBz koordiniert. Am Anfang des Jahres werden an rund 250 Führungskräfte Fragebögen verteilt (vgl. Anlage 16), mit deren Hilfe der Bildungsbedarf für das kommende Jahr abgeschätzt werden soll. Die Rückmeldungen werden durch das BBz ausgewertet und auf deren Basis ein Programmvorschlag (welche Seminare sollen angeboten werden?) für das kommende Jahr erarbeitet, der dann in einem Programmausschuss im Juli diskutiert und verabschiedet wird. Daraufhin wird durch das BBz ein konkretes Bildungsprogramm erarbeitet, das angebotene Seminare mit entsprechenden Termine enthält. Dieses wird im Oktober oder November sowohl gedruckt als auch elektronisch im Intranet und

Internet veröffentlicht mit der Aufforderung, dass die Führungskräfte die entsprechenden Teilnahmen ihrer Mitarbeiter an das BBz melden.

Dieses System der Bildungsplanung ist sehr ineffizient. Schon allein die Rückmeldungsquote von 20% für 2005 (50 von 247, vgl. Anlage 17) lässt keine sinnvolle Bildungsprogrammplanung zu. Auch die Aussagekraft der Rückmeldungen ist oft sehr beschränkt. Um dennoch ein Programm aufstellen zu können, werden durch das BBz direkte Gespräche mit ausgewählten Führungskräften geführt, was allerdings sehr zeit- und damit kostenaufwendig ist.

Die Programmplanung kann daher überhaupt nicht am realen Bedarf orientiert sein. Eine Kapazitätsplanung (z.B. mehrere Veranstaltungen zu einem Thema) ist praktisch unmöglich, da Anmeldungen zu Veranstaltungen meistens kurzfristig erfolgen. So ist auch die Anzahl der abgesagten Veranstaltungen recht hoch (vgl. Anlage 17).

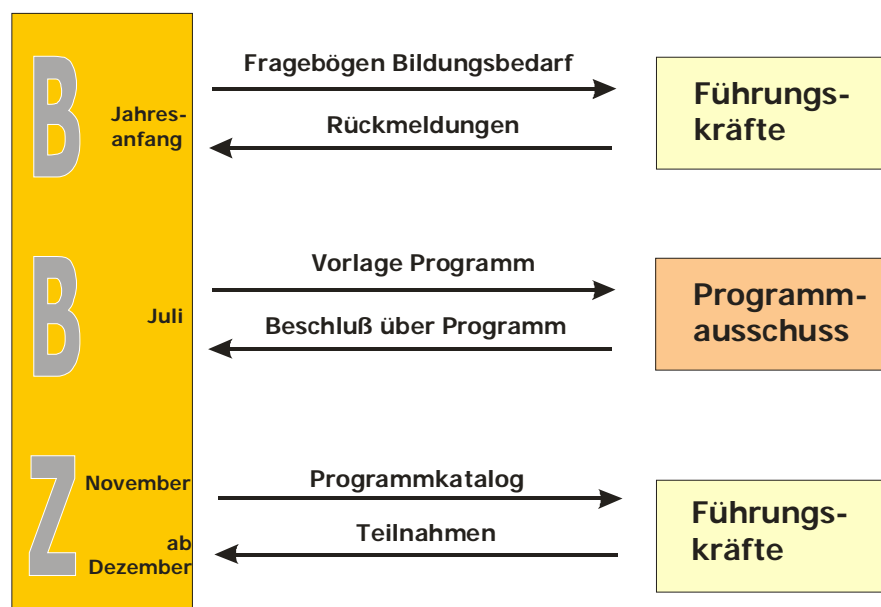


Abbildung 3: Derzeitiger Ablauf der Bildungsprogrammplanung¹⁰⁹

5.3 Ist-Bildungsplanungsmethoden auf Stationsebene

5.3.1 Ad-Hoc-Planung als Standard

Derzeit wird die Fort- und Weiterbildungsplanung auf den einzelnen Stationen nur selten systematisch durchgeführt, was bei überschaubaren Stationsgrößen und relativ stabilen Fort- und Weiterbildungsanforderungen durchaus funktionieren kann. Die Bedarfsermittlung erfolgt dadurch aber auch meist nur unscharf, was sich in entsprechend ungenauen Rückmeldungen an das BBz niederschlägt. Vermutlich

¹⁰⁹

eigene Darstellung

führt diese Art der Bildungsplanung überdies zu Ineffizienzen, wenn auch mangels objektiven Zahlenmaterials dies nicht nachgewiesen werden kann.

5.3.2 Methode auf der Station D12

Eine Ausnahme stellt die Methode dar, wie sie auf der Station D12 durch die Stationsleitung Herrn Herrbrich praktiziert wird. Der pragmatische Ansatz wurde bereits im Rahmen des betrieblichen Vorschlagwesens als Verbesserungsvorschlag eingereicht.

Kern der Methode ist eine Matrixdarstellung (vgl. Anlage 18), die als „Strukturanalyse“ bezeichnet wird, in der auf der y-Achse die Mitarbeiter und auf der x-Achse Einarbeitungs-, Qualitäts-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen aufgetragen sind. Diese umfassen z.B. die Kenntnisnahme des Organisationsleitbildes, Pflegestandards, Katastrophenplan oder der Eintrag auf der Handzeichenliste. Dann finden sich auf der x-Achse auch klassische Fortbildungsveranstaltungen wie Kinästhetik oder Basale Stimulation bis hin zu stationsspezifischen Fachweiterbildungen. In die Felder der Matrix wird jeweils eingetragen, welche Mitarbeiter welche Maßnahmen abgeschlossen haben.

Ein großer Vorteil der Methode ist es, dass sich die Stationsleitung recht einfach einen Überblick über den Fort- und Weiterbildungsstand ihrer Mitarbeiter verschaffen kann. Hierzu werden zusätzlich Kennzahlen berechnet wie der prozentuale Anteil an Mitarbeitern, die eine bestimmte Veranstaltung besucht haben.

Aus diesem Ergebnis werden durch die Stationsleitung die entsprechenden Stationsziele abgeleitet. Die Bildungsplanung läuft nun i.d.R. jährlich wie folgt ab:

- ▶ Im Rahmen von Mitarbeitergesprächen erfolgt der Abgleich der stationsbezogenen Fortbildungsziele einerseits und der individuelle Ziele des Mitarbeiters andererseits.
- ▶ Erscheint das Fortbildungsprogramm des BBz, wird die Teilnahme an diesen Veranstaltungen auch terminlich festgelegt, so dass im Gegensatz zu anderen Stationen dem BBz bereits im Dezember die Anmeldungen für das Folgejahr vorliegen. Finden sich für Fortbildungsthemen keine entsprechenden Angebote des BBz, so wird nach anderweitigen Angeboten gesucht. Dies kann externe Veranstaltungen, aber auch die Suche nach internen Mitarbeitern zur Vermittlung der Inhalte umfassen.

- Die geplanten Fort- und Weiterbildungen werden in einem Jahresausfallzeitenplan erfasst, in dem auch Urlaub, geplante Ausfallzeiten (Mutterschutz, Krankheit) eingetragen werden. Mit diesem Plan erfolgt schon im Vorfeld die Kontrolle, ob sich die Gesamtausfallzeiten noch in einem für die Station erträglichen Rahmen befinden.

5.4 Probleme der bisherigen Vorgehensweise

Die Probleme mit der derzeitigen Form der Bildungsbedarfsplanung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Obwohl Umstrukturierungen des Pflegedienstes durch die generellen Umbrüche im Gesundheitswesen zu erwarten sind, wird nicht untersucht oder aktiv sichergestellt, dass zukünftig auch ausreichend kompetentes Personal für die neuen Aufgaben vorhanden ist (*Defizite in der strategischen Personalbedarfsplanung*).
- Die unzureichende Datenbasis bei der Ermittlung aufgrund des geringen Rücklaufs führt zu Fehlplanungen im Bildungsprogramm (*Defizite in der strategischen Bildungsbedarfsplanung*).
- Diese Fehlplanungen werden durch die in vielen Bereich verbreitete Praxis, kurzfristig Mitarbeiter zu Fortbildungen an- oder abzumelden verstärkt, so dass Über-/Unterkapazitäten bei den angebotenen Veranstaltungen entstehen (*Defizite in der operativen Bildungsbedarfsplanung*).
- Die Planung der Teilnahmen an Bildungsmaßnahmen durch Mitarbeiter erfolgt nicht bedarfsorientiert sondern nach dem Bildungsbedürfnis der Mitarbeiter; d.h. es wird nur auf Mitarbeiterwünsche reagiert, so dass die knappen Bildungsressourcen (sowohl finanziell als auch zeitlich) nicht optimal genutzt werden (*Defizite in der operativen Personalentwicklung*).

Aus Interviews mit Stationsleitungen (u.a. im Rahmen des Stationsleitungskurses am BBz) wurden als wahrscheinliche Ursachen für die Probleme die folgenden identifiziert:

- Die Befragung in ihrer derzeitigen Form ist zu offen. Es fehlt ein Bewusstsein für zukunftsorientierte Bildungsplanung. Die Befragten sind teilweise überfordert. Durch fehlende methodische Hilfestellung ist die ernsthafte Ermittlung zu aufwendig.

- ▶ Auch die Motivation zur Teilnahme ist eingeschränkt, da nicht ersichtlich ist, wie dies für die alltägliche Arbeit hilft. Da kein Druck ausgeübt wird, wenn keine Rückmeldung erfolgt, führt dies zur beobachteten niedrigen Rücklaufquote.
- ▶ Durch ein fehlendes einheitliches Vokabular (mit einheitlicher Bedeutung) über Bildungsinhalte wird die fachbereichsübergreifende Diskussion erschwert. Wo eine Standardisierung auf Inhaltsebene stattfindet, ist diese beschränkt auf die Produktion von Dokumenten wie Pflegestandards oder Organisationsleitbild; Maßnahmen zur Vermittlung der darin enthaltenen oder angerissenen Inhalte werden kaum berücksichtigt.

5.5 Rahmenbedingungen durch Qualitätsmanagement (KTQ, EFQM)

In den letzten Jahren ist Qualitätsmanagement in Kliniken zu einem wichtigen Thema geworden, was nicht zuletzt daran ersichtlich ist, dass seit diesem Jahr Krankenhäuser nach §137 SGB V einen Nachweis über ein internes Qualitätsmanagement erbringen müssen. Welchen Ansatz oder welche Methode sie dabei verwenden, ist nicht festgeschrieben. Im Folgenden sollen zwei Ansätze im Hinblick auf die Anforderungen an die Bildungsplanung untersucht werden: KTQ und EFQM. Hintergrund hierfür ist die Tatsache, dass das Städtische Klinikum Karlsruhe schon seit ein paar Jahren mit durchwachsenem Erfolg an der Einführung eines EFQM-basierten Qualitätsmanagement arbeitet und nun entschlossen ist, sich nach KTQ zertifizieren zu lassen. Im Folgenden sollen die beiden Qualitätsmanagementansätze knapp skizziert werden und ihre Inhalte auf die Relevanz für das in dieser Arbeit zu erarbeitende Konzept untersucht werden.

5.5.1 KTQ¹¹⁰

Da Qualitätsmanagementansätze wie ISO 9000ff oder EFQM ihren Ursprung in der gewerblichen Industrie haben und sich so nur mit Mühe auf die Situation im Gesundheitswesen übertragen lassen, wurde mit KTQ (Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen) von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesärztekammer und des Deutschen Pflegerates ein spezielles Qualitätsmanagementverfahren für das Gesundheitswesen entwickelt.

¹¹⁰ http://www.ktq.de/ktq_verfahren/index.php

Kern des Ansatzes ist ein Katalog von 70 Kriterien, anhand derer die Qualität der Gesundheitsversorgung beurteilt werden soll und die sich in sechs Kategorien gliedern lassen: Patientenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit im Krankenhaus, Informationswesen, Krankenhausführung und Qualitätsmanagement. Den Kriterien werden dabei jeweils Fragenkomplexe zugeordnet.

KTQ bietet ein Zertifizierungsverfahren, das nach einer vorgeschalteten Selbstbewertung eine Überprüfung durch KTQ-Visitoren vorsieht. Ergebnis ist ein KTQ-Qualitätsbericht, der Transparenz über die Qualität der Versorgung schaffen soll und nicht zuletzt auch Patienten als Orientierung für die Auswahl eines Krankenhauses dient.

Für das vorliegende Thema sind folgende Kriterien in der Kategorie Mitarbeiterorientierung relevant (vergleiche Anlage 19) :

- ▶ **2.2.1 Systematische Personalentwicklung.** Der zugeordnete Fragenkomplex umfasst Karriereplanung, Beurteilungen, eine systematische Planung der Fort- und Weiterbildung, Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen und Berücksichtigung der Wünsche der Mitarbeiter, Berücksichtigung von Personalentwicklungsaspekten bei der Personalbeschaffung und die Überprüfung der Ergebnisse der Personalentwicklung anhand der Zufriedenheit der Mitarbeiter.
- ▶ **2.2.2 Festlegung der Qualifikation.** Dieses Kriterium fordert, dass das Krankenhaus sicherstellt, „dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen“. Im zugeordneten Fragenkomplex werden genannt: Aufgabenanalyse, Stellenbeschreibungen (inkl. regelmäßiger Aktualisierung), die Überprüfung der Qualifikationen der Mitarbeiter und die Sicherstellung, dass diese den Stand der Wissenschaft berücksichtigen sowie die Durchführung von Analyse für die Ermittlung des zukünftigen Bedarfs an Fort- und Weiterbildung.
- ▶ **2.2.3 Fort- und Weiterbildung.** Hierbei ist eine systematische Fort- und Weiterbildung gefordert, die sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter und des Krankenhauses orientiert. Der Fragenkomplex fordert Regelungen für die systematische Fort- und Weiterbildung und die Festlegung von Kriterien für die Planung von Fortbildungen.

5.5.2 EFQM

Das EFQM-Modell wurde von der European Foundation for Quality Management erarbeitet, einer von europäischen Unternehmen (primär aus dem produzierenden Gewerbe) getragenen Stiftung, die 1988 als Reaktion auf die verschärfte Konkurrenzsituation insbesondere gegenüber ostasiatischen Unternehmen und mit der Überzeugung gegründet wurde, dass man sich nur durch Qualität im umfassenden Sinne Wettbewerbsvorteile erhalten bzw. erwerben kann.¹¹¹ Seit seiner ersten Auflage wurde das EFQM-Modell als Resultat praktischer Erfahrungen in den Unternehmen kontinuierlich verbessert; so wurde es in den letzten Jahren dahingehend verallgemeinert, dass es besser auf Dienstleistungsunternehmen passt.¹¹²

Dem EFQM-Modell wird ein „Excellence“-Begriff zugrunde gelegt, der umreißt, was ein starkes und nachhaltig erfolgreiches Unternehmen ausmacht. Um den Erfolg eines Unternehmens im Wertesystem des „Excellence“-Begriffs (vgl. Anlage 20) auch messbar zu machen, wurden quantifizierbare Kriterien erarbeitet. Führt man in periodischen Abständen solche Bewertungen durch, so lassen sich daraus Schlüsse ziehen, inwieweit bestimmte Maßnahmen erfolgreich waren.

Für die vorliegende Arbeit ist im „Excellence-Begriff“ insbesondere der Aspekt der Mitarbeiterentwicklung und –beteiligung relevant, der eine nachhaltige Mitarbeiterentwicklung fordert. Die relevanten Komponenten ist auf Befähiger-Seite „3. Mitarbeiter“. Hierbei sind folgende Kriterien besonders bedeutsam:

- ▶ 3.1 Mitarbeiterressourcen werden geplant, gemanagt und verbessert.
- ▶ 3.2 Das Wissen und die Kompetenzen der Mitarbeiter werden ermittelt, ausgebaut und aufrechterhalten.

5.6 Anforderungen an das Konzept

Im Folgenden sollen die Anforderungen an das zu erarbeitende Konzept zusammengefasst werden, die sich aus den Rahmenbedingungen der Arbeit und der durchgeführten Ist-Analyse ergeben. Die Anforderungen werden orientiert an den Ebenen des Skills-Management in Abschnitt 3.4 unterteilt in: Anforderungen an den Gesamtprozess, Anforderungen auf strategischer Ebene und Anforderungen auf operativer Ebene.

¹¹¹ vgl. Wunderer et al. (1997), S. 7

¹¹² vgl. z.B. Brunner (2002), S.92f

5.6.1 Anforderungen an den Gesamtprozess

- ▶ **Systematische Personalentwicklung im Sinne des Qualitätsmanagements.** Da sich das Städtische Klinikum klar zum Qualitätsmanagement nach KTQ und EFQM bekannt hat, muss das Konzept den dortigen Forderungen nachkommen. Hierzu gehört insbesondere dass Personalentwicklung auf systematische Weise, d.h. durch wohldefinierte Prozesse, mit angemessenen Instrumente und unter kontinuierlicher Überprüfung des Prozesse, durchzuführen ist.
- ▶ **Quantitative bzw. quantifizierbare Aussagen über Bedarf.** Ein wichtiges Problem für das BBz war bislang die mangelnde Quantifizierung des gemeldeten Bedarfs. Durch das neue Verfahren soll sichergestellt werden, dass nicht nur qualitative, sondern auch quantitative Aussagen gemacht werden.
- ▶ **Transparenz der Bedarfsermittlung für BBz.** Da in der Fort- und Weiterbildung dem BBz eine koordinierende Funktion (z.B. für die Programmerstellung) zukommt, sollte das Verfahren dem BBz erlauben, nicht nur die Ergebnisse in Form des antizipierten Bedarfs, sondern auch den Prozess der Bedarfsermittlung zu sehen. Im besten Falle sollte es dem BBz ermöglicht werden, auch in kürzeren Abständen als jährlich den Bedarf abschätzen zu können.
- ▶ **Überprüfung der Effektivität.** Für die Akzeptanz des Verfahrens unter den Prozessbeteiligten wie z.B. Pflegedienst- oder Stationsleitungen ist es wichtig, nachweisen zu können, was das neue Verfahren im Vergleich zum bisherigen Ad-Hoc-Vorgehen an Nutzen bringt. Auch ist eine kontinuierliche Verbesserung des Prozesses auf der Basis der Ergebnisse ein wichtiger Punkt.
- ▶ **Nachhaltige Verankerung und Sicherstellung der Aktualisierung.** Besonderes Augenmerk muss darauf gerichtet werden, dass mit dem Konzept nicht ein weiterer „Papierproduktionsprozess“ angestoßen wird, der – im Glücksfall – über eine einmalige Durchführung nicht hinauskommt. Stattdessen sollte durch Verbinden mit existierenden Prozessen und Instrumenten sowie einem eingebauten „Zwang zur Überarbeitung“ der einzelnen Teilbausteine die Nachhaltigkeit soweit wie möglich vorbereitet werden.
- ▶ **Kontrolle der Effektivität von Bildungsveranstaltungen.** Bislang ist dem BBz praktisch nicht möglich, systematisch zu ermitteln, ob die Veran-

staltungen nicht nur zufriedene Teilnehmer, sondern auch eine Verbesserung der beruflichen Handlungskompetenz hervorbringen. Hier sollte das Konzept eine solche Kontrolle möglich machen.

5.6.2 Anforderungen auf strategischer Ebene

- ▶ **Explizite Anforderungsprofile.** Im Qualitätsmanagement nach KTQ sind Anforderungsprofile explizit als essentielles Instrument aufgeführt für eine systematische Personalentwicklung und für die Sicherstellung, dass immer auch ausreichend kompetente Mitarbeiter am Patienten arbeiten. Dementsprechend müssen Anforderungsprofile im Konzept eine zentrale Rolle haben.
- ▶ **Berücksichtigung der Kernkompetenzen.** Bei der Kompetenzidentifikation und der Aufstellung von Anforderungsprofilen sind die Kernkompetenzen besonders zu berücksichtigen.
- ▶ **Überblick über Mitarbeiterkompetenzen für strategische Personalplanung.** Um Veränderungsprozesse, die mit veränderten Kompetenzanforderungen einhergehen, besser vorbereiten zu können, muss es Pflegedienstleitungen möglich sein, einen Überblick über die Kompetenzen der ihnen direkt oder indirekt unterstellten Mitarbeiter zu erhalten.

5.6.3 Anforderungen auf operativer Ebene

- ▶ **Einfache Bedienbarkeit.** Die Ist-Analyse zeigte im direkten Kontakt mit Stationsleitungen eine sehr durchwachsene Kompetenz im Umgang mit IT-gestützten Werkzeugen. Deshalb ist eine einfache Bedienbarkeit – im Zweifel auf Kosten der Mächtigkeit – unabdingbar.
- ▶ **Vorstrukturierung für Stationsleitungen.** Das bisherige Verfahren zur Bedarfsermittlung hat durch seine Offenheit die entsprechenden Führungskräfte überfordert. Hier können durch eine Vorstrukturierung erhebliche Barrieren an der Teilnahme am Ermittlungsverfahren abgebaut werden. Auch ist zu erwarten, dass bei einem transparenteren Bedarfsermittlungsprozess das Verständnis für die Problematik wächst.
- ▶ **Orientierung an strategischen Vorgaben.** Bislang ist die operative Bildungsplanung und Bedarfsermittlung allenfalls informell an die strategische Ebene gekoppelt. Hier ist durch das Konzept eine bessere Integration anzustreben.

- ▶ **Vermittelbarkeit von Entscheidungskriterien für Teilnahmen.** Um den Übergang von einer Orientierung am Bildungsbedürfnis des Mitarbeiter hin zu einer bedarfsorientierten Entscheidung über Fort- und Weiterbildungen zu erleichtern, ist es wichtig, dass die entsprechenden Stationsleitungen die Entscheidungskriterien für den Mitarbeiter transparent machen können.
- ▶ **Einbindung in Mitarbeiterzielvereinbarungsgespräche.** In den vergangenen Jahren sind am Klinikum zahlreiche Instrumente eingeführt worden, welche die Führungsarbeit veränderten. Damit nicht ein zusätzliches Instrument ohne Bezug zu den bisherigen Entwicklungen eingeführt wird, ist es wichtig, dass es sich in die regelmäßigen Mitarbeiterzielvereinbarungsgesprächen integriert.

6 Erarbeitung des Konzeptes

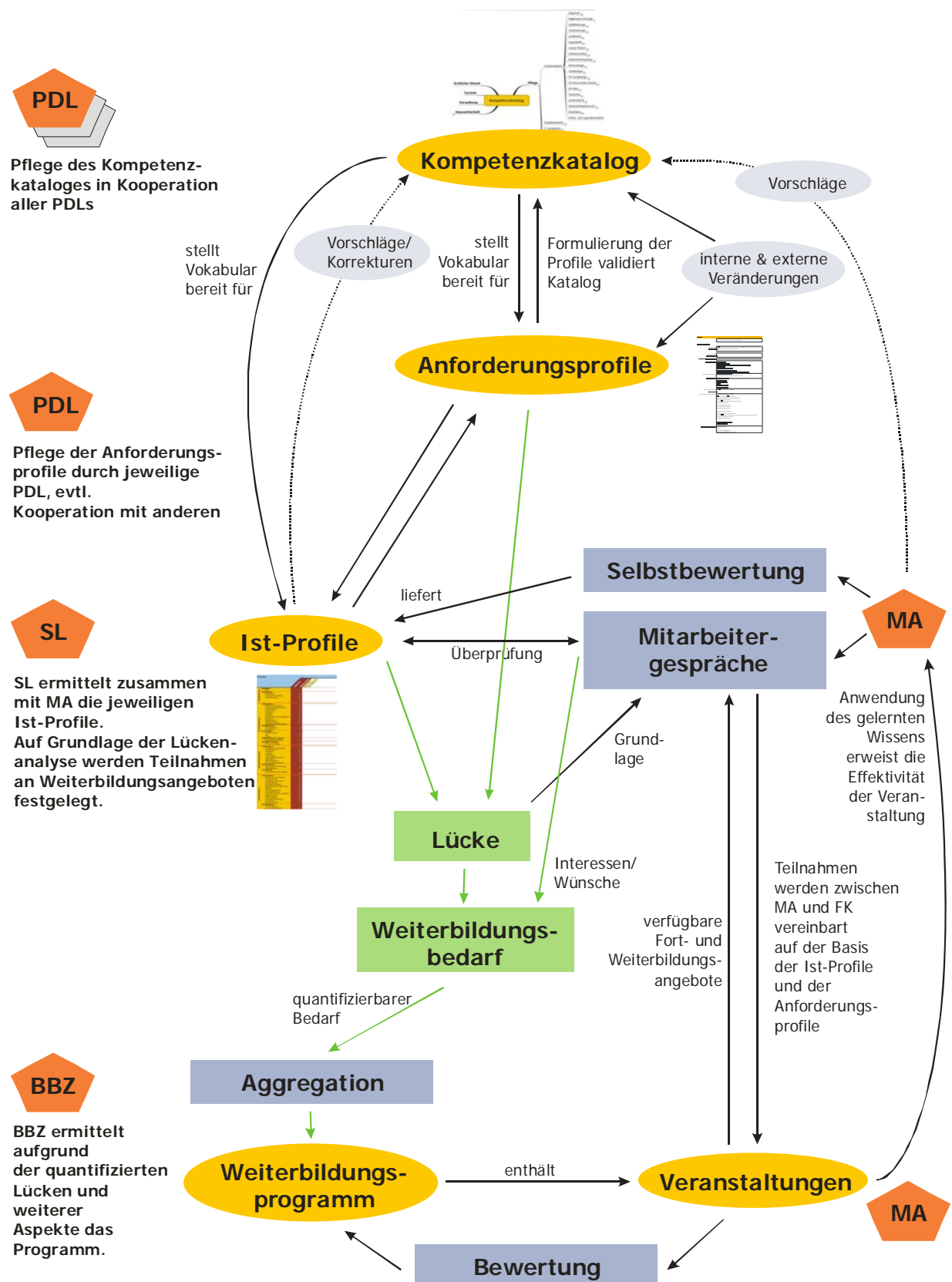
In diesem Kapitel soll das Konzept vorgestellt werden, das auf der Basis der Ist-Analyse und in kontinuierlicher Überprüfung im Rahmen der Pilotierung (vgl. Kapitel 8) erstellt wurde. Zunächst wird ein Überblick über das Konzept gegeben, was entlang der Rollen erfolgt, die jeweils dafür zuständig sind, bevor in den darauffolgenden Abschnitten die Teilkonzepte für die einzelnen Problembereiche vorgestellt werden.

6.1 Überblick über das Konzept

In die Umsetzung des Konzeptes sind die folgenden Gruppen involviert, deren Aufgaben in den Unterabschnitten noch näher beschrieben werden:

- ▶ Pflegedienstleitungen (strategische Ebene)
- ▶ Stationsleitungen (operative Ebene)
- ▶ Berufsbildungs- und Beratungszentrum (strategische und operative Ebene)
- ▶ Mitarbeiter (operative Ebene)

Im Konzept wurde bewusst nicht strikt zwischen operativer und strategischer Ebene unterschieden, da eine Integration der beiden angestrebt wird. So findet die Arbeit der Stationsleitungen im Wesentlichen auf der operativen Ebene statt; gleichzeitig liefert sie jedoch die Basis für die strategische Bedarfsplanung des BBz. Des weiteren fließen in den Mitarbeitergesprächen operative (an welchen Veranstaltungen soll teilgenommen werden) und strategische Aspekte (wo steckt Potential/Interesse, das mittelfristig genutzt werden kann) zusammen.

Abbildung 4: Überblick über das Konzept¹¹³

6.1.1 Aufgaben der Gesamtheit der Pflegedienstleitungen

Auf der obersten Ebene findet die Pflege des Kompetenzkataloges statt. Da dies ein gemeinsames Vokabular zumindest für den Pflegedienst repräsentieren sollte, ist wichtig, dass die Pflege und Erweiterung stets in Abstimmung zwischen den unterschiedlichen Bereichen stattfindet, auch wenn es Zweige des Kompetenzkataloges gibt, die nur für einzelne Bereiche relevant sind. Die Identifikation von neuen Kompetenzen sollte auf eine möglichst breite Basis gestellt werden. Neben Rückmeldungen der Mitarbeiter und der Stationsleitungen aus dem Umgang mit dem Kompetenzkatalog sollten auch antizipierte zukünftige Entwicklungen (z.B. strategische Planung des Klinikums oder medizinische Fortschritte oder politische Veränderungen) einfließen, um rechtzeitig Kompetenzen zu definieren (und damit entwickeln zu können).

Eigentlich ist die Überarbeitung des Kompetenzkataloges eine kontinuierliche Aufgabe, aber um sicherzustellen, dass dieser auch wirklich regelmäßig überarbeitet wird, sollten feste Termine vereinbart werden, an denen der Katalog einer Revision unterzogen wird. Anzuraten sind dabei mindestens jährliche Termine, evtl. sogar halbjährliche. In der Zwischenzeit sollten die Pflegedienstleitungen aus ihren Bereichen die Rückmeldungen und die Veränderungsvorschläge sammeln, so dass in der gesamten Runde nur noch über die Einordnung diskutiert werden muss.

6.1.2 Aufgaben der einzelne Pflegedienstleitung

Die Formulierung der Anforderungsprofile für die Mitarbeiter ist primär die Aufgabe der Pflegedienstleitung. Je nach den Möglichkeiten der Stationsleitungen sollten diese jedoch so weit wie möglich in den Prozess miteinbezogen werden; evtl. ist bei einzelnen Stationsleitungen auch eine Delegation der Aufgabe möglich. Stationsleitungen sollten in jedem Fall ihre Erfahrungen aus der alltäglichen Praxis auf den Stationen einbringen, um die Anforderungsprofile möglichst realitätsnah zu gestalten.

Basis für die Anforderungsprofile ist das Vokabular des Kompetenzkataloges; dieses sollte auch streng eingehalten werden, da die Anforderungsprofile sonst kaum auswertbar sind. Sollten bei der Formulierung der Anforderungen Probleme auftreten, die im Kompetenzkatalog begründet liegen, so werden diese direkt in Modifikationen am Katalog übersetzt.

6.1.3 Aufgaben der Stationsleitung

Die Aufgabe der Stationsleitungen umfasst den unmittelbaren Kontakt zu den einzelnen Mitarbeitern. Neben der alltäglichen Beobachtung ist dabei das wichtigste Instrument das Mitarbeitergespräch, in dem die Selbsteinschätzung der Mitarbeiter überprüft wird und Ziele für die kommende Periode vereinbart werden. Dies kann beispielsweise einen Kompetenzaufbau in einem bestimmten Bereich umfassen, indem Teilnahmen an Fortbildungsveranstaltungen fixiert werden. Mitarbeitergespräche haben also sowohl eine kurz- als auch mittelfristige Funktion: kurzfristig werden auf der Basis des existierenden Bildungsprogramm Teilnahmen an Maßnahmen vereinbart; mittelfristig werden die Daten für die Planung des kommenden Bildungsprogramms gesammelt, die auf der Basis der Lückenanalyse durchgeführt wird.

Es soll noch darauf hingewiesen werden, dass die Ist-Profile der Stationsleitungen bzw. stellvertretenden Stationsleitungen selbstverständlich durch die Pflegedienstleitung erhoben werden. Auch die Mitarbeitergespräche finden hier zwischen Pflegedienst- und Stationsleitung statt.

6.1.4 Aufgaben der Bildungs- und Beratungszentrum

Die Aufgabe des Bildungs- und Beratungszentrums ist es weiterhin, ein Bildungsprogramm mit verfügbaren Maßnahmen aufzustellen und die entsprechenden Veranstaltungen durchzuführen. Durch die automatisierte Ermittlung von aggregierten Kompetenzlücken in den unterschiedlichen Bereichen des Klinikums ist es möglich, sich zukünftig von der Jahresperiode auf kürzere Planungsperioden hinzubewegen, wodurch das Programm auch bedarfsgerechter wird. Durch die Lückenanalysen stehen qualitative und quantitative Ergebnisse bereit, in welchen Bereichen und zu welchen Themen Angebote in welchem Umfang benötigt werden. Diese Indikatoren können die Basis für zielgerichtete Gespräche mit den einzelnen Bereichen dienen.

Dieser Prozess benötigt immer noch viel Erfahrung und lässt sich nicht automatisieren, weshalb Rückmeldungen besonders wichtig sind. Dies betrifft sowohl Rückmeldungen zu den einzelnen Veranstaltungen (unmittelbare Zufriedenheit der Teilnehmer, aber auch die Effekte der Veranstaltung auf die Praxis), als auch Rückmeldungen zum Bildungsangebot in seiner Gesamtheit durch die Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen.

6.2 Kompetenzidentifikation und -modellierung

Dreh- und Angelpunkt des neuen Konzeptes ist ein Kompetenzkatalog, der pflegedienstweit relevante Kompetenzen beschreibt und strukturiert. Im Folgenden sollen die Rahmenbedingungen für Umfang und Struktur des Kataloges festgelegt werden, die für das Klinikum sinnvoll erscheinen. Im Abschnitt über die Pilotierung finden sich noch Detailprobleme, die während der initialen Aufstellung aufgetreten sind.

6.2.1 Identifikation von Kompetenzen

Die wichtigste Grundfrage ist die Abgrenzung, welche Kompetenzen Gegenstand des Verfahrens sein sollen. Da der Kompetenzkatalog nicht Selbstzweck sein soll und bei zu geringer Fokussierung die Beherrschbarkeit in Gefahr gerät, wurde frühzeitig festgelegt, dass nur Kompetenzen betrachtet werden sollen, die sich realistisch und pragmatisch gesehen durch Personalentwicklungsmaßnahmen (und hier im Wesentlichen durch Präsenzveranstaltungen) vermitteln oder verbessern lassen. Denn was nützt die Aufnahme von Kompetenzen, die sich innerhalb des Konzeptes nie auswirken. In Erweiterung dieses Prinzips sollten (nach Erpenbeck & Rosenstiel, Abschnitt 2.3.2) auch nur fachlich-methodische (im Folgenden nur kurz als „Fachkompetenzen“ bezeichnet) und sozial-kommunikative Kompetenzen (kurz „Sozialkompetenzen“) betrachtet werden. Dem liegt die Erkenntnis zugrunde, dass die übrigen beiden Kompetenzklassen sich nur schwer verändern lassen. Im Rahmen des Skills-Management macht die Aufnahme dieser Kompetenzklassen nur für die Auffindung (und nicht für die Gestaltung, s. Abschnitt 3.2) Sinn, z.B. im Rahmen von Projektteamzustellungen, wie es beispielsweise bei DaimlerChrysler gemacht wird.¹¹⁴

6.2.2 Strukturierung der Kompetenzen

Wenn man – wie leider praktisch alle existierenden Softwarelösungen – den Kompetenzkatalog monohierarchisch¹¹⁵ strukturiert, so steht man vor dem Dilemma, ob man (1) die Grobstruktur des Kataloges nach abstrakten, sachorientierten Kriterien oder aber (2) organisatorisch nach Fachabteilungen gliedert, in denen diese Kompetenzen relevant sind. Bei Alternative (1) muss die einzelne Fachabteilung die für sie relevanten Kompetenzen aus evtl. sehr entlegenen „Regionen“ des Kataloges zusammensuchen, so dass die Benutzbarkeit stark darunter leidet. Bei Alternative (2) ge-

¹¹⁴ vgl. Biesalski (2005a), S.9

¹¹⁵ „Monohierarchisch“ bedeutet, dass jeder Eintrag immer nur einen übergeordneten Eintrag haben darf, während „polyhierarchisch“ bedeutet, dass auch mehrere übergeordnete Einträge möglich sind.

hen inhaltliche Zusammenhänge wie beispielsweise Verfeinerungsbeziehungen verloren, wo beispielsweise allgemein nur Grundkenntnisse, in einer Fachabteilung aber vertiefte Spezialkenntnisse und -techniken erforderlich sind.

Für das Klinikum wurde ein Mischansatz gewählt, bei dem ein allgemeiner Kompetenzbereich sachorientiert strukturiert wurde. Zusätzlich wurden die Kompetenzen, die wirklich nur von einer Fachabteilung benötigt werden, in einem separaten Zweig zusammengefasst, auch wenn inhaltliche Beziehungen zum allgemeinen Teil vorliegen. In jedem Fall würde eine polyhierarchische Struktur dies eleganter lösen.

Angesichts der beschriebenen Strukturierungsprobleme wird eine Middle-Out-Strategie vorgeschlagen, bei der auf mittlerem Abstraktionsniveau begonnen wird und die identifizierten Kompetenzen dann in die Grobstruktur eingepasst werden und evtl. Verfeinerungen hinzugefügt werden.

Eine weitere wichtige Frage ist die Bedeutung der Hierarchiebeziehung: was heißt es, wenn ein Mitarbeiter eine Kompetenz A hat, für die weitere Unterkompetenzen definiert sind? Mögliche Interpretationen sind hierbei, dass der Mitarbeiter alle untergeordneten Kompetenzen besitzt, mindestens eine untergeordnete Kompetenz besitzt oder nur Überblickswissen besitzt und die Unterkompetenz spezielle Vertiefungen darstellen. Für das vorliegende Konzept wurde die erste Variante gewählt: Die Zuweisung einer übergeordneten Kompetenz ist gleichbedeutend mit der Zuweisung aller untergeordneten Kompetenzen. Bei einem Anforderungsprofil bedeutet dies also, dass wenn beispielsweise die Kompetenz „Grundlagen psychiatrischer Arbeit“ als Anforderung aufgeführt wird mit einem bestimmten Kompetenzniveau X, dass dann alle Unterkompetenzen mit mindestens dem geforderten Kompetenzniveau X vorhanden sein müssen. Will man stattdessen ausdrücken, dass nur Überblickswissen erforderlich ist, so kann dies (a) durch Kompetenzniveaus oder (b) durch eine spezielle Unterkompetenz „Überblick“ zum Ausdruck gebracht werden.

Als Kompetenzniveaus wird vorgeschlagen, die fünf Stufen nach Dreyfus & Dreyfus (vgl. Abschnitt 2.3.3) zu verwenden.

6.3 Anforderungsprofile

Die Anforderungsprofile legen fest, welche Kompetenzen für eine bestimmte Stelle relevant sind. Da „Relevanz“ hierbei unterschiedliche Bedeutung haben kann, wird das Profil in drei Teile untergliedert:¹¹⁶

- ▶ erforderliche Qualifikationen (Ausbildung und Fachweiterbildungen)¹¹⁷
- ▶ erforderliche Kompetenzen (Mindestanforderungen)
- ▶ gewünschte Kompetenzen

Um den Pflegeaufwand von Anforderungsprofilen zu reduzieren, werden Anforderungsprofile nicht direkt für jede einzelne Stelle formuliert, sondern hierarchisch nach Rollen angeordnet. Dies bedeutet, dass beispielsweise ein Grundprofil für alle Gesundheits- und KrankenpflegerInnen erstellt wird. Dann wird mindestens auf Fachabteilungsebene noch ein weiteres Profil erstellt, das zusätzliche spezifische Kompetenzen hinzufügt. Evtl. wird auch noch auf Stationsebene ein spezielles Profil erstellt. Die spezielleren Profile „importieren“ die übergeordneten Profile, so dass auch deren Inhalte gelten. Zusätzlich kann eine konkrete Stelle wie z.B. die Stationsleitung mehrere Rollen innehaben, also im Fall der Stationsleitung das stationsspezifische GKP-Profil sowie das Stationsleitungsprofil des Fachbereichs, da sie sowohl „normale“ GKP-Aufgaben, als auch Stationsleitungsaufgaben wahrnimmt.

6.4 Erhebungsmethoden für Ist-Profile der Mitarbeiter

Hauptanforderung für die Erhebung der Ist-Profile ist, dass sie sich ohne viel Mehraufwand in den Berufsalltag integriert. Dementsprechend wurde im Wesentlichen auf die Selbstbewertung gesetzt, mit der auch beispielsweise bei DaimlerChrysler im großen Stile gute Erfahrungen gesammelt worden.

Die Selbsteinschätzung sollte allerdings im Rahmen der Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen überprüft werden, um zum einen Rückmeldung zu geben und zum anderen die Möglichkeit zu haben, verzerrte Selbsteinschätzungen (systematische Über-, aber auch Unterschätzung aufgrund persönlicher Charaktermerkmale) zu korrigieren.

¹¹⁶ Im Gegensatz zu Leuzinger & Luterbacher (1994), S.399 werden keine Persönlichkeitsprofile aufgenommen, da diese sinnvollerweise bei der Besetzung der Stelle berücksichtigt werden.

¹¹⁷ Eine Liste der relevanten Qualifikationen in der Krankenpflege am Klinikum findet sich in Anlage 21.

6.5 Auswertungsmethode für Bildungsbedarf

Durch die systematische Ermittlung des Bildungsbedarfes steht dem BBz eine *quantifizierte* Aussage zu angestrebten Kompetenzen zur Verfügung. Hierbei ist wichtig, dass man sich nicht allein auf die automatisiert ermittelte Lücke verlässt (obwohl sie durchaus als Indikator herangezogen werden kann, um jederzeit einen Überblick zu haben), sondern bewusste Entscheidungen der Führungskräfte auf der Basis der Lückenanalyse als Bildungsbedarfsmeldung nimmt, in die auch nicht oder nur sehr schwer modellierbare Anforderungen einfließen.

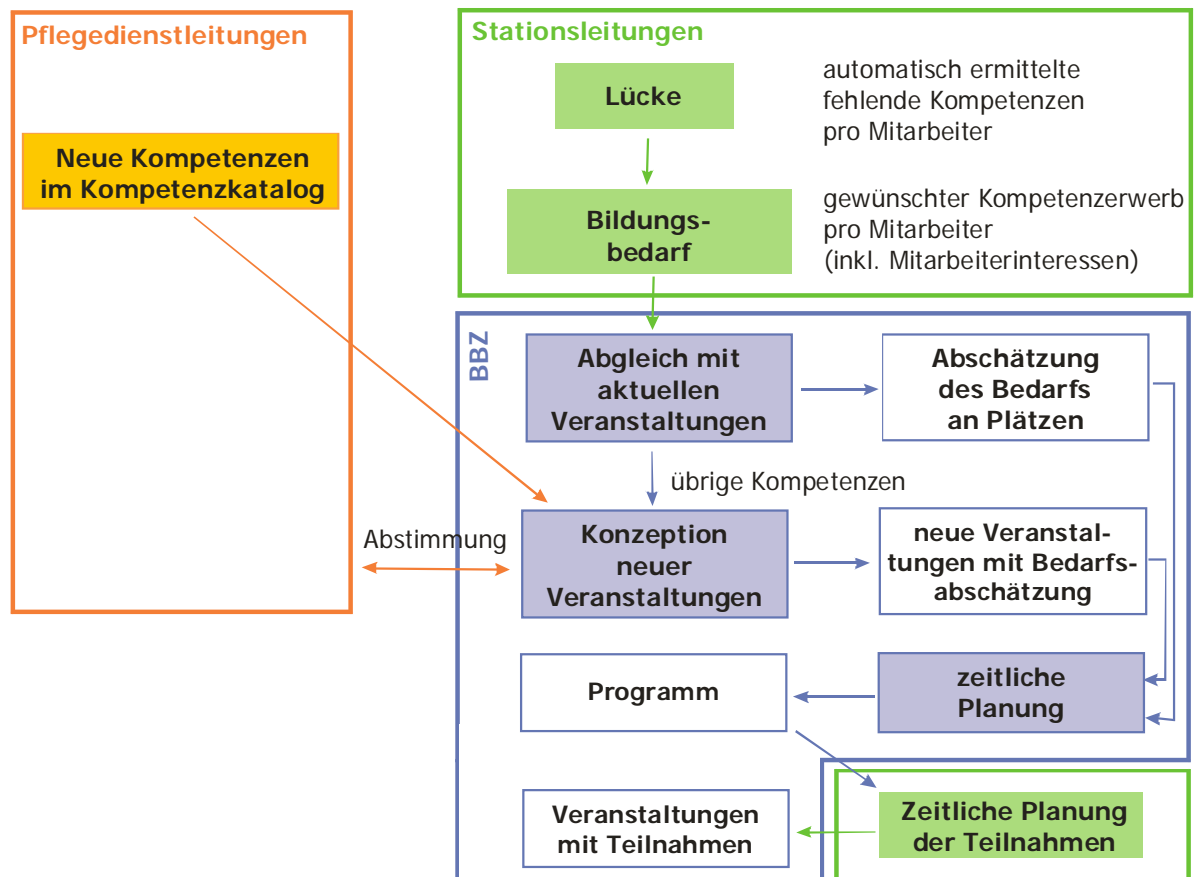


Abbildung 5: Auswertung für die Programmplanung durch das BBz

Voraussetzung für die Nutzung der Bedarfsmeldungen in Form von Kompetenzen ist, dass man Bildungsveranstaltungen so beschreibt, dass als Lernziele Kompetenzen aus dem Kompetenzkatalog zugeordnet sind. Mit Hilfe dieser Meldungen (vgl. Abb. 5) kann das BBz nun die gewünschten Kompetenzen dahingehend überprüfen, ob sie mit den bereits konzipierten Veranstaltung abdeckbar sind. Hierbei sollte auch betrachtet werden, ob Veranstaltungen, die mehrere Kompetenzen vermitteln, bzgl. ihrer Inhalte auch bedarfsgerecht sind, d.h. tritt der Bedarf auch immer (oder meistens) in dieser Kombination auf. Sind passende Veranstaltungen gefunden, so kann der Bedarf an Teilnahmeplätzen grob abgeschätzt werden. Aufgrund der noch

nicht erfolgten zeitlichen Planung ist hier sicherlich mit einer Heuristik zu arbeiten, wie man aus den Meldungen die tatsächlichen Teilnahmen schätzt.

Für Kompetenzen, die nicht abgedeckt werden, können nun in Abstimmung mit den Pflegedienstleitungen und ggf. auch den Stationsleitungen neue Veranstaltungen konzipiert werden, die eine oder mehrere gewünschte Kompetenzen abdecken. Diese können dann beispielsweise durch externe Dienstleister, aber auch durch internes Personal erbracht werden. Auch hier ist eine quantitative Abschätzung des Bedarfes möglich.

Auf der Basis der Bedarfsabschätzungen und identifizierten Veranstaltungen kann das Programm aufgestellt werden, indem die Veranstaltungen zeitlich geplant werden. Dieses Programm kann dann in seiner Gesamtheit, aber insbesondere auch gezielt mit den relevanten Veranstaltungen an die Führungskräfte ausgegeben werden. Durch die Möglichkeit zur gezielten Ansprache der Bereiche kann auch sichergestellt werden, dass Bedarfsmeldung und spätere Anmeldung möglichst deckungsgleich sind. Die Führungskräfte sollten dazu aufgefordert werden, zeitnah die Anmeldungen an das BBz zu schicken, was aber nur funktioniert, wenn auf den Stationen eine entsprechende Dienst- und Urlaubsplanung für die kommenden Monate existiert und die Teilnahme an Fort- und Weiterbildungen dort integriert werden kann.

6.6 Evaluation

Wichtiger als die detaillierte Ausarbeitung der einzelnen Schritte im Prozess ist es, diesen mit Rückkopplung auszustatten, so dass Ergebnisse und Erfahrung in die Verbesserung und Optimierung des Gesamtprozesses zurückfließen – ganz im Sinn aller Qualitätsmanagementansätze. Die auf Skills-Management-Ansätzen beruhende Bedarfsplanung muss zeigen, dass sie zu einer qualitativen Verbesserung der beruflichen Fort- und Weiterbildung führt.

Welche Kennzahlen können für die Erfolgsmessung herangezogen werden?

- ▶ Am Naheliegendsten ist die Messung der **Fehlplanungen** durch das BBz aufgrund von mangelhaften Daten. Hier können als Kennzahlen die Anzahl der abgesagten Seminare und der Auslastungsgrad der stattgefundenen Seminare herangezogen werden.
- ▶ Die Messung des Effektes einer systematischen Personalentwicklung ist schwierig. Als Behelfskennzahl kann man in regelmäßigen Abständen die **Zufriedenheit der Führungskräfte** mit den Ergebnissen der Personalent-

wicklung messen, ggf. differenziert nach unterschiedlichen Aspekten. Dies ist zwar stark subjektiv, allerdings kann evtl. aus dem zeitlichen Verlauf etwas geschlossen werden.

- ▶ Mitarbeiterbefragungen, die die **Zufriedenheit der Mitarbeiter** erheben, würden sicherlich aussagekräftige Ergebnisse liefern. Da jedoch momentan noch keine regelmäßige Befragungen durchgeführt werden, die man um Fragen zur Fort- und Weiterbildung ergänzen könnte, wäre der Aufwand sehr hoch, so dass diese Form der Evaluation unrealistisch ist.

6.7 Einführungskonzept

Zur Abrundung des Konzeptes soll in diesem Abschnitt noch kurz darauf eingegangen werden, was wesentliche Elemente einer Einführungsstrategie sein müssen. Dies betrifft die Einbeziehung des Betriebsrates, die Schulung der Führungskräfte (vor allem für die Aufgaben auf strategischer Ebene) und Maßnahmen, die die Akzeptanz und nachhaltige Durchführung fördern.

6.7.1 Betriebsrat

Bei der Einführung des Konzeptes ist sinnvoll und notwendig, den Betriebsrat mit einzubeziehen:

- ▶ Die offene Kommunikation mit dem Betriebsrat stellt eine vertrauensbildende Maßnahme dar, die klarstellt, welches Ziel mit der Erhebung von Ist-Profilen verfolgt wird.¹¹⁸
- ▶ Aus rechtlicher Sicht ist das Konzept auch grundsätzlich zustimmungspflichtig, was sich im Wesentlichen auf § 94 Abs. 1 BetrVG (Zustimmungspflicht bei Personalfragebögen) abstützt. Die Ist-Profile dürften die Kriterien eines Personalfragebogens erfüllen, auch wenn dieser nicht notwendigerweise Bestandteil der Personalakte wird.¹¹⁹ Dies gilt im übrigen auch für die Beurteilungskriterien bei Zielvereinbarungsgesprächen. Eine Zustimmungspflicht nach § 87 Abs. 1 Nr. 6 BetrVG (Überwachung des Verhaltens oder der Leistung der MA) liegt wohl nicht vor, da mit den Ist-Profilen keine Überwachung auf Leistungsebene stattfindet.

¹¹⁸ vgl. Böhme (2002), S.25f; Hess (2003), S.25; Beck (2003), S.154

¹¹⁹ vgl. http://www.aus-innovativ.de/themen/5022_5087.htm (18.08.2005)

6.7.2 *Schulung*

Die Erfahrung in der Pilotphase hat gezeigt, dass die Umsetzung des hier vorgestellten Konzeptes bei allen Beteiligten entsprechende Schulungen erforderlich macht. Da es für Führungskräfte bereits ein standardisiertes Fortbildungsprogramm gibt, das aus einzelnen Modulen besteht, ist eine Aufnahme des Skills-Management-Konzeptes in eines dieser Module sinnvoll. Wichtige Inhalte sind dabei:

- ▶ **Denken in Mitarbeiterkompetenzen.** Die bisherige Fort- und Weiterbildungspraxis orientiert sich stark am „Teilnehmen“ an Veranstaltungen. So fehlt in vielen Fällen das Bewusstsein, dass es unterschiedliche Kompetenzstufen gibt und Fort- und Weiterbildungen nicht zwangsläufig die Kompetenzen verbessern. Stattdessen muss sich das in der alltäglichen Arbeit zeigen. Hier sollten die Teilnehmer anhand konkreter Beispiele sensibilisiert werden.
- ▶ **Modellierung von Kompetenzen.** Dies betrifft im wesentlichen Pflegedienstleitungen, denen die Aufgabe zukommt, den Katalog zu pflegen. Im Rahmen dieses Themas sollten Grundsätze zur Modellierung vorgestellt werden, z.B. Strukturierungsalternativen und ihre Bewertung. Auch das entsprechende IT-Werkzeug sollte hier Gegenstand werden.
- ▶ **Zukunftsorientierte Kompetenzidentifikation.** Für die nachhaltige Anwendung des Konzeptes ist es wichtig, den Katalog und die Anforderungsprofile aktuell zu handeln, und zwar idealerweise vorausschauend. Hierzu ist jedoch notwendig, dass erforderliche Kompetenzen frühzeitig (d.h. bevor in der alltäglichen Arbeit eine Lücke festgestellt wird) identifiziert werden, z.B. indem die aktuelle Literatur verfolgt oder der Dialog mit Ärzten gesucht wird.
- ▶ **Kompetenzorientierte Mitarbeitergespräche.** Da das Mitarbeitergespräch eine zentrale Funktion für die Aufstellung der Ist-Profile und die Entscheidung über die Teilnahme an Bildungsveranstaltungen hat, ist es wichtig, dass sie auch kompetenzorientiert durchgeführt werden. Den Mitarbeitern ist das Verfahren transparent zu machen und sie sind dafür zu gewinnen.

6.7.3 *Sicherstellung von Akzeptanz und Nachhaltigkeit*

Eine Barriere auf der Ebene der GKP sind bereits die verwendeten Begriffe „Anforderungsprofil“ und „Lücke“, hierbei kann leicht der Eindruck entstehen, dass ein Mitarbeiter nicht für eine Stelle geeignet ist. Dem ist durch eine offene Informa-

tionspolitik entgegenzuwirken. Man muss den Betroffenen erläutern, dass Anforderungsprofile zukunftsorientiert sind und dementsprechend immer mehr enthalten sollten als die aktuellen Kompetenzen. Hier könnte man auf die Literatur zurückgreifen, in der sogar soweit gegangen wird, dass bei einer perfekten Übereinstimmung der Mitarbeiter mit den Anforderungsprofilen auf eine mangelnde dynamische Weiterentwicklung des Unternehmens geschlossen werden sollte.¹²⁰ Durch Einbeziehung und offene Kommunikation mit dem Betriebsrat ist zudem sicherzustellen, dass nicht der Eindruck entsteht, dass die erhobenen Profile zu anderen Zwecken als der Optimierung der Fort- und Weiterbildung eingesetzt werden.

Auf der Ebene der Stationsleitungen ist die Hauptbarriere der Zusatzaufwand. Da bislang nur wenige Stationen systematisch Fort- und Weiterbildungen von Mitarbeitern planen, bedeutet die Erhebung von Ist-Profilen zunächst einmal einen Mehraufwand. Hier sind zwei Dinge wichtig: Zum einen ist der Zusatzaufwand durch entsprechende leicht zu bedienende EDV-Lösungen auf ein Minimum zu beschränken, zum anderen müssen die Stationsleitungen durch Schulungen und Informationsveranstaltungen davon überzeugt werden, dass das neue Verfahren auch für sie einen Nutzen hat, indem sie qualitativ bessere Führungsarbeit mit nur wenig Mehraufwand leisten können. Auch wurden deshalb recht detaillierte Organisationskenntnisse (vgl. Kapitel 7) aufgenommen, die für die Bildungsbedarfsplanung völlig irrelevant, aber für die Einarbeitung von Mitarbeitern beispielsweise von Bedeutung sind.

Den Pflegedienstleitungen fällt sicherlich die wichtigste Aufgabe zu. Sie müssen das Konzept umsetzen und in der Anfangsphase in ihren Bereichen vorantreiben. Weiterhin kommt ihnen auch die zentrale Bedeutung für die Nachhaltigkeit zu, da sie für die Weiterentwicklung zuständig sind. Geschieht dies nicht, ist Skills-Management nur ein bürokratischer Mehraufwand ohne Nutzen.

7 Umsetzung im Rahmen eines Pilotprojektes

Die Pilotierung des vorgestellten Konzeptes wurde primär im Bereich der Inneren Medizin (und zwar speziell in den onkologischen Stationen D 20, D 21, D 41 und der D10 Infektstation) durchgeführt. Sekundär wurde vor allem für die Aufstellung des Kompetenzkataloges auch die Psychiatrie mit einbezogen.

¹²⁰

vgl. Aeschlimann (2004), S.44

7.1 Initiales Aufstellen des Kompetenzkataloges

7.1.1 Analyse von Quellen und Kompetenzidentifikation

Da bislang keinerlei Vorarbeiten in Richtung eines Kompetenzkataloges oder Anforderungsprofilen getätigt worden waren, bestand der erste Schritt in der Sichtung möglicher Quellen oder Vorlagen für die Identifikation und/oder Modellierung von Kompetenzen. Das Ergebnis der Recherche waren die folgenden Materialien:

- ▶ **Aktuelles Bildungsprogramm des BBz.**¹²¹ Dieses bietet eine gute Orientierung über derzeit (entwicklungs-)relevante Kompetenzen, indem man die Lernziele der einzelnen Seminare nimmt. Auch ist durch die Aggregation von Einzelthemen in Themenkomplexe eine gewisse Vorstrukturierung zu erkennen.
- ▶ **Stationsspezifische Einarbeitungsleitfäden.** (vgl. Anlage 22). Für einzelne Stationen existieren Einarbeitungsleitfäden. Ihr Inhalt lässt sich heranziehen, um gewisse Basiskompetenzen zu identifizieren, die nicht durch die Berufsausbildung abgedeckt werden.
- ▶ **Stellenausschreibungen und -beschreibungen.** (vgl. Anlage 23, 24, 25). Diese bieten relativ wenig Anhaltspunkte, da sie sehr allgemein formuliert sind. Die darin aufgeführten Anforderungen müssten noch als Kompetenzen operationalisiert werden. Aber sie konnten im weiteren Verlauf der Arbeit helfen, den am Prozess Beteiligten zu vermitteln, warum diese ein zu hohes Abstraktionsniveau haben und zusätzlich Anforderungsprofile benötigt werden.
- ▶ **Allgemeine Klassifikationen von Pflegeleistungen.** Kompetenzen für die Krankenpflege sind sicherlich nicht ausschließlich spezifisch für das Städtische Klinikum. Aus diesem Grund wurden auch existierende Klassifikationen von Kompetenzen oder zumindest Tätigkeiten gesucht, die als Ausgangspunkt für die Katalogentwicklung hätten dienen können. Untersucht wurden hierbei die Pflegepersonalregelung (PPR)¹²² und LEP¹²³. Diese waren nur bedingt brauchbar, da sie im Wesentlichen für Abrechnungszwecke (also

¹²¹ http://klinikum-karlsruhe.de/fileadmin/Files/bbz_programm2005.pdf

¹²² vgl. Katholischer Krankenhausverband (2001), S.89f

¹²³ vgl. Katholischer Krankenhausverband (2001), S.96

aufwandsorientiert) erstellt wurden – und nicht kompetenzorientiert. Teilweise wurde allerdings die Grobstrukturierung übernommen.

- **Pflegestandards.** (vgl. Anlage 26,27). Um eine einheitliche Durchführung von bestimmten Pflegeleistungen (auch unter ökonomischer und qualitativer Hinsicht) zu gewährleisten, wurden in den vergangenen Jahren sog. Pflegestandards definiert, was nicht nur für das Klinikum spezifisch ist. Da bereits eine große Zahl von Pflegestandards erarbeitet wurden und diese abgegrenzte Tätigkeiten und Verfahren umfassen, sind sie ein guter Ausgangspunkt für die Kompetenzidentifikation.

Die Kompetenzidentifikation wurde auf den Pilotstationen nicht rein papierbasiert durchgeführt. Vielmehr wurden semistrukturierte Interviews mit den Mitarbeitern geführt (Interviewvorlage in Anlage 28), um aus ihrer Sicht relevante Kompetenzen aufzunehmen. Das Ergebnis waren relativ übereinstimmende Angaben zu stations-spezifischen Kompetenzen. Erwartungsgemäß wurden nur wenig allgemeine Kompetenzen genannt.

Von den zuständigen Pflegedienstleitungen wurden die existierenden Dokumentationen „Führen und Leiten“ sowie das Organisationsleitbild des Pflegedienstes, die als Ordner auf jeder Station zur Verfügung stehen, als besonders wichtig erachtet.

7.1.2 IT-Unterstützung

Nach anfänglichen Versuchen mit einer excelbasierten Lösung für die Kompetenzmodellierung wurde schließlich auf die Mind-Mapping-Technik mit Unterstützung durch das Produkt MindManager X5¹²⁴ gesetzt. Diese Technik erlaubt eine intuitive graphische Visualisierung, eine schnelle Navigation durch die hierarchische Struktur, das flexible Ein- und Ausblenden von Teilzweigen und das einfache Verschieben von Kompetenzen zwischen unterschiedlichen Zweigen. Die Hauptbeschränkung ist die monohierarchische Struktur, die nur sehr eingeschränkt durch Querverknüpfungen durchbrochen werden kann und die fehlende automatische Vergabe von eindeutigen Identifikatoren.

Nach Analyse der SAP-Lösung für die Erstellung des Kompetenzkataloges ist im übrigen ernsthaft zu überlegen, ob die weitere Pflege des Kataloges nicht über Mind-

¹²⁴

<http://www.mindjet.com/de/>

Manager erfolgen sollte, da die SAP-Benutzeroberfläche den Überblick verlieren lässt, und entsprechende Schnittstellen geschaffen werden sollten.

7.1.3 Ergebnisse

Die Aufstellung des Kompetenzkataloges im Rahmen des Piloten, der sich auf die Innere Medizin und die Psychiatrie konzentriert, hat gezeigt, dass der Pflegedienst eine Berufsgruppe mit hohen Kompetenzanforderungen darstellt. Dies wirkt sich nicht zuletzt darin aus, dass der derzeitige Kompetenzkatalog bereits 671 Kompetenzen enthält, ohne dass andere Fachabteilungen bereits abgedeckt werden. Dementsprechend aufwendig und langwierig gestaltete sich auch die Aufgabe der Strukturierung, was sich nur im intensiven Dialog mit den entsprechenden Pflegedienstleitungen leisten ließ.

Der erstellte Kompetenzkatalog (vgl. Anlage 29) hat die in Abbildung 6 wiedergegebene Grobstruktur. Er ist so angelegt, dass er prinzipiell für das ganze Klinikum verwendet werden kann. Hierbei wurde festgestellt, dass der überwiegende Teil der Kompetenzen berufsgruppenspezifisch ist, so dass die gemeinsam genutzten Kompetenzen sich auf den Bereich der Führungskompetenzen (vgl. Abbildung 1 in Anlage 29) und der IT-Kompetenzen (vgl. Abbildung 2 in Anlage 29) beschränkt, wobei dies allerdings auch ein wichtiger Bereich für das BBz darstellt.

Sozialkompetenz wird in der derzeitigen Fassung pflegespezifisch aufgefasst. Dies hat im Wesentlichen damit zu tun, dass im Rahmen der Modellierung erkannt wurde, dass in sozialen Berufen wie der Krankenpflege oft nur schwer eine Trennung zwischen Fach- und Sozialkompetenz durchführbar ist. Deshalb sind auch die darin enthaltenen Kompetenzen im Wesentlichen pflegespezifisch. Wird der Skills-Management-Ansatz auf das gesamte Klinikum ausgeweitet, so ist sicherlich nochmals zu prüfen, ob es sinnvoll ist, berufsgruppenneutrale Sozialkompetenzen einzuführen.

Neben der Sozialkompetenz finden sich im Pflegebereich die Kompetenzgruppen Fachkompetenz, medizintechnische Kompetenz, rechtliche Grundlagen und Organisationskenntnisse. Fachkompetenz ist aufgrund ihrer Bedeutung weiter unterteilt in einen allgemeinen Bereich und in die einzelnen Fachabteilungen.

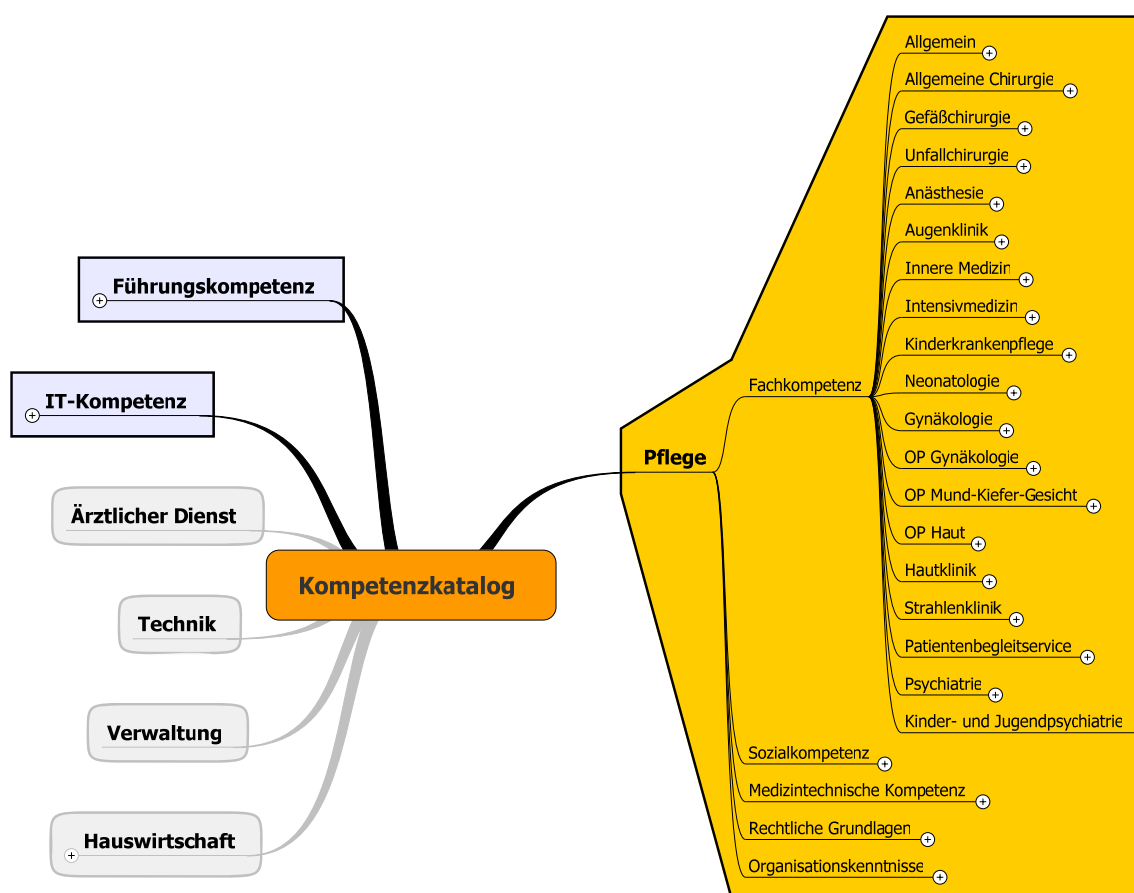


Abbildung 6: Grobstruktur des Kompetenzkataloges

Es stellte sich heraus, dass die Pflegestandards den wesentlichen Teil der allgemeinen Fachkompetenzen in der Pflege abdecken; der Rest wurde ergänzt um die Lernziele der vom BBz angebotenen Schulungen (vgl. Abb. 3 in Anhang 29).

7.1.4 Probleme bei der Modellierung

Die beteiligten Pflegedienstleitungen ließen sich im Rahmen der Pilotierung nur schwer davon überzeugen, dass eine binäre Sichtweise (Kompetenz haben/nicht haben) nicht sinnvoll ist und überdies zu falschen bzw. verkürzten Annahmen führt, dass beispielsweise mit dem Lesen eines Pflegestandards dieser auch beherrscht wird. Dass die unterschiedlichen Kompetenzniveaus dennoch latent eine Rolle spielen, zeigt sich in der Benutzung von Bezeichnungen wie „kennen“ oder „beherrschen“ in der Formulierung der Kompetenzen. Im Rahmen der Pilotierung wurde deshalb bei den Anforderungsprofilen auf Kompetenzniveaus verzichtet; bei den Ist-Profilen wurde eine vereinfachte Differenzierung (vgl. Abschnitt 7.4) eingeführt. Hier ist für die Zukunft unbedingt anzuraten, Kompetenzniveaus in die Ist- und Anforderungsprofile einzuführen bzw. weiter zu verfeinern.

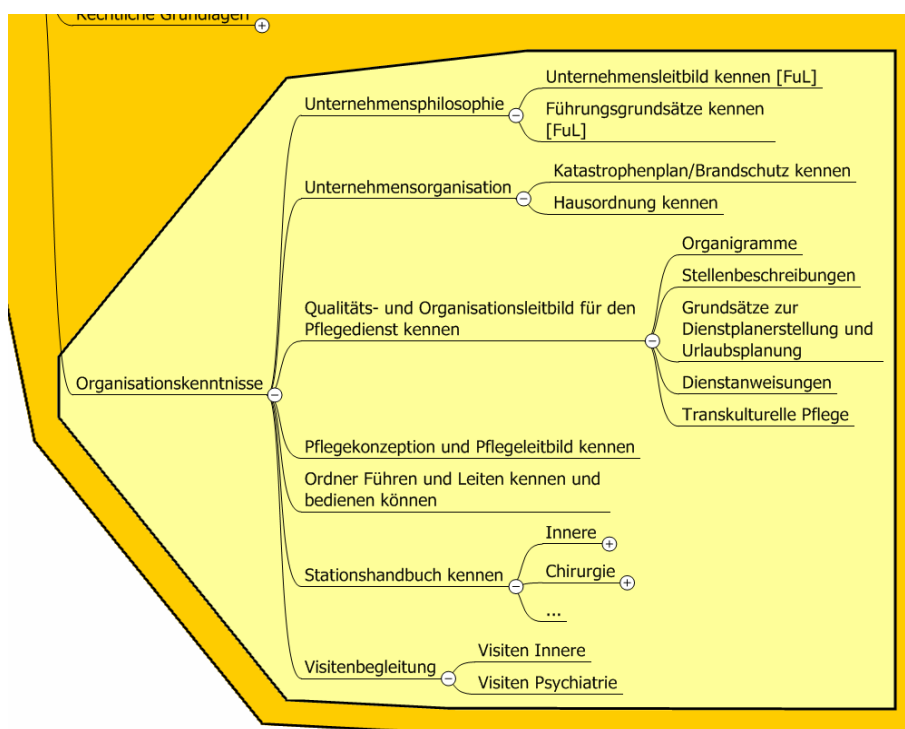


Abbildung 7: Organisationskenntnisse im Kompetenzkatalog

Besonders die oben bereits erwähnten Dokumentationen waren in diesem Zusammenhang bei der Kompetenzmodellierung problematisch. Denn hier wurden die Ordnerinhalte als Kompetenzen aufgeführt, die „abgehakt“ werden müssen, indem sie zur Kenntnis genommen werden (so z.B. im Bereich „Organisationskenntnisse, vgl. Abb. 7). Wie problematisch dies ist, zeigte sich auch beim Abschnitt über „patienten- und kundenorientiertes Arbeiten“, das sich sicherlich nicht allein durch das Lesen eines entsprechenden Abschnittes umsetzen lässt.

Das noch mangelnde Denken in Kompetenzen zeigte sich auch darin, dass oft Fortbildungen eins zu eins als Kompetenzen übernommen werden sollten, ohne dass man sich vergegenwärtigt, dass manche Fortbildung ein Bündel von Kompetenzen vermitteln, die inhaltlich nur bedingt zusammengehören.

Ein weiteres Modellierungsproblem war die Mehrdeutigkeit von Kompetenzbeschreibungen und mangelnde Präzision, die zu Missverständnissen führen würden. So wurde beispielsweise im Bereich der Organisationskenntnisse ursprünglich vorgeschlagen „Stationshandbuch kennen“ als Kompetenz aufzunehmen. Allerdings hätte dies bedeutet, dass ein Mitarbeiter, sollte er ein Stationshandbuch kennen, dann automatisch die Handbücher auf allen Stationen kennt, obwohl die Stationshandbücher jeweils unterschiedlich sind. Ein anderes Beispiel ist der Vorschlag einer Kompetenz „BGB“ im Bereich der rechtlichen Grundlagen. Nach einigem Nachfra-

gen waren hiermit nur ganz wenige Paragraphen gemeint z.B. zum Thema Freiheitsberaubung und Fixierung, so dass die eigentliche Kompetenz die rechtliche Grundlage der Fixierung ist.

Erwartungsgemäß hat sich die monohierarchische Struktur, die auch durch das Mind-Map-Programm vorgegeben war, als problematisch erwiesen. So macht es durchaus Sinn, alle Pflegestandards für einen bestimmten Bereich zusammenzufassen, so dass in Anforderungsprofilen leicht darauf verwiesen werden kann. Andererseits geht dadurch tatsächlich der semantische Zusammenhang verloren, was dazu führt, dass tiefere Kompetenzen, die über den Standard hinausgehen, sich teilweise an weit entfernter Stelle finden.

Um das Konzept auch bei den verantwortlichen Führungskräften zu verankern, war es notwendig, sie zum einen für ein kompetenzorientiertes Denken zu sensibilisieren und sie zum anderen bei der Identifikation und Strukturierung der Kompetenzen zu unterstützen. Dementsprechend sollte die Ausdehnung des Ansatzes auf andere Fachbereiche unbedingt unter Anleitung und Begleitung von Personen durchgeführt werden, die diese Funktion wahrnehmen.

7.2 Ermittlung der Anforderungsprofile

Während anfangs das Konzept, Anforderungsprofile nicht direkt an konkrete Stellen zu heften, sondern vielmehr abstrakte Rollen zu verwenden, zu Verwirrung führte, wurde diese Idee dann relativ schnell akzeptiert. Zunächst wurden Anforderungsprofile auf Fachbereichs- und Stationsebene entwickelt, bevor erkannt wurde, dass es aufgrund des hohen Überlappungsgrades auch sinnvoll ist, für alle GKP im Klinikum (zumindest für alle bettenführenden Abteilungen) eine Basiskompetenz zu definieren.

Bei der Aufstellung der Anforderungsprofile wurde noch deutlicher, dass die Organisationskenntnisse, die sich am Organisationsleitbild orientieren, problematisch sind. So wurden „Kompetenzen“ wie der „Eintrag in die Handzeichenliste“ vorgeschlagen. Nach längeren Diskussionen wurde beschlossen, dass es sinnvoller ist, dies in einen „Entwicklungsplan“ auszulagern, auf dem in einer Art Checkliste abgehakt werden kann, welche Punkte in welchem Zeitraum abgearbeitet werden müssen.

Die erstellten Anforderungsprofile samt der zugrunde liegenden excelbasierten Vorlage sind in Anlage 30 wiedergegeben.

7.3 Ermittlung der Ist-Profile der Mitarbeiter

Da es erheblich aufwendiger war, die Beteiligten für die Entwicklung des Kompetenzkataloges zu motivieren und sensibilisieren, war es zeitlich nicht mehr möglich, innerhalb des Bearbeitungszeitraumes der Diplomarbeit eine Erhebung von Ist-Profilen abzuschließen. Im Folgenden wird zunächst eine excelbasierte Übergangslösung zur Erfassung der Ist-Profile beschrieben, die auf den Pilotstationen installiert wurde und in deren Bedienung sowie den dahinter stehenden Konzepten die Stationsleitungen eingeführt wurden.

7.3.1 Entwicklung einer excelgestützten Übergangslösung

Mittelfristig ist geplant, die Bildungsplanung mit Hilfe des Personalentwicklungsmoduls von SAP umzusetzen, da ohnehin schon in anderen Bereichen SAP eingeführt wurde. Allerdings ist dies frühestens ab 2007 (evtl. sogar deutlich später) realistisch, so dass für die Zwischenzeit eine Lösung erstellt werden muss. Dies hat auch den Vorteil, dass die Verantwortlichen für die Problematik sensibilisiert werden und erste Erfahrungen mit dem Instrument in die Anpassung des SAP-Systems einfließen können.

Die Zwischenlösung setzt schwerpunktmäßig auf Stationsebene an, wo die systematische Durchführung der Bildungsplanung auch den größten Nutzen verspricht, da sich so beispielsweise die Rückmeldequote und –qualität erhöhen lässt. Basis für die Zwischenlösung ist der oben dargestellte, excelbasierte Ansatz von Herrn Herrbrich (vgl. Abschnitt 5.3.2), der in Richtung eines klarer kompetenzorientierten Ansatzes im Rahmen der Arbeit weiterentwickelt wurde.

Die Lösung ist so aufgebaut (vgl. Anlage 31), dass in der Horizontalen die Mitarbeiter und in der Vertikalen die einzelnen Kompetenzen aus dem Anforderungsprofil aufgetragen sind. Die Erweiterung um zusätzliche Kompetenzen ist prinzipiell möglich, so dass Ist-Profile sich nicht nur am Anforderungsprofil orientieren müssen. In die einzelnen Zellen kann ein Datum eingetragen werden, an dem eine Kompetenz erworben wurde. Um zusätzlich eine Differenzierung nach Kompetenzniveaus zu ermöglichen, kann die Textfarbe nach einem vorgegebenen Farbkode genutzt werden. Dies führt zu einem besseren Überblick für die Stationsleitung. Als Ergebnis von Gesprächen mit den Stationsleitungen und dem BBz wurden nur drei Stufen eingeführt: erledigt, unklar und „Bedarf besteht“; dies ist als eine simple Form von Kompetenzniveaus zu sehen, die zur Sicherstellung der Mitarbeiterakzeptanz mit unverfänglichen Bezeichnungen versehen wurden. Als Kontrollindikatoren wird für jede

Kompetenz zusätzlich der prozentuale Anteil der Mitarbeiter angezeigt, die über diese Kompetenz verfügen; das Kompetenzniveau bleibt dabei unberücksichtigt.

7.3.2 Erfahrungen auf den Pilotstationen

Die wichtigste Erkenntnis aus der Pilotierung mit Stationsleitungen war, dass mangelnde EDV-Kenntnisse ein Haupthindernis bei der Einführung sein können. Allerdings ist dies (auch das zeigen die Erfahrungen) durch eine einfache und benutzerfreundliche Lösung durchaus zu lösen.

Die Reaktion unter den beteiligten Stationsleitungen war erstaunlich positiv. Zum Teil waren bereits ähnliche Ideen angedacht worden, die jedoch mangels Zeit und EDV-Kenntnissen nicht umgesetzt wurden.

8 Abbildung in IT-Systemen am Beispiel von mySAP HR

Eine sinnvolle klinikweite und nachhaltige Umsetzung des Konzeptes ist ohne EDV-gestützte Verfahren kaum möglich. Zum einen ist der Aufwand zur Auswertung erheblich, zum anderen ist die Verwendung eines kontrollierten Vokabulars nur dann auf Konsistenz überprüfbar, wenn hier bereits bei der Erfassung der unterschiedlichen Profile die Einhaltung überprüft wird. Besonders kritisch ist die Weiterentwicklung des Kataloges, wenn beispielsweise bestimmte Kompetenzen umbenannt oder verschoben werden. Hier ist durch ein entsprechendes EDV-System möglich, die Auswirkungen von Veränderungen zu überprüfen und die Änderungen auch überall unmittelbar sichtbar zu machen.

Das Städtische Klinikum setzt zur Konsolidierung seiner IT-Infrastruktur auf ein SAP-System. So wurden in den letzten Jahren u.a. bereits die Module FI (Buchhaltung), CO (Kostenrechnung) und PY (Personalabrechnung) angepasst und eingeführt. Obwohl noch kein konkreter Zeitplan vorliegt, ist vorgesehen, den Bereich der Personalentwicklung und Bildungsplanung mit den SAP-Modulen PAPD (Personalentwicklung) und PE (Veranstaltungsmanagement) abzudecken. Deshalb soll im Folgenden untersucht werden, (a) was sich mittels des Personalentwicklungsmoduls in seiner Standardfassung umsetzen lässt und (b) wo sich Notwendigkeiten für eine Anpassung („Customizing“) ergeben, die für einen sinnvollen Einsatz elementar sind. Dabei wurde im Wesentlichen das zugrundeliegende Informationsmodell untersucht

(und weniger die Benutzerschnittstelle)¹²⁵; dieses Informationsmodell ist in einer zusammenfassenden Darstellung in Anlage 32 wiedergegeben.

8.1 Kompetenzkatalog

Das Personalentwicklungsmodul PAPD bietet die Standard-Funktionalität für das Skills-Management, wobei im Wesentlichen die beiden Anwendungsfälle Finden von Mitarbeitern mit bestimmten Kompetenzen und die Weiterbildungsplanung unterstützt werden.

Für den Aufbau des Kompetenzkataloges stehen als Konstrukte dabei Qualifikationsgruppen und Qualifikationen zur Verfügung (vgl. die Abbildung in Anlage 32). Dabei ist in der SAP-Sprache „Qualifikation“ gleichzusetzen mit dem in dieser Arbeit verwendeten Begriff „Kompetenz“. Qualifikationsgruppen dienen alleinig der Gruppierung von Kompetenzen. Sowohl Qualifikationsgruppen als auch Qualifikationen können eine hierarchische Struktur besitzen, d.h. Qualifikationsgruppen können Qualifikationen oder wiederum Qualifikationsgruppen enthalten. Hierdurch lässt sich auch ein komplexer Kompetenzkatalog, wie er für die Pflege erforderlich ist, sinnvoll strukturieren (vgl. exemplarische Umsetzung in Anlage 33). Allerdings ist die Struktur monohierarchisch, d.h. Qualifikationen können nicht in mehreren Qualifikationsgruppen erscheinen, worüber sich Querbeziehungen realisieren ließen.

Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Semantik der Hierarchie bei Qualifikationen (vgl. Abschnitt 3.5.3) nicht festgelegt ist. Dies kann zu Problemen führen, da das System nicht automatisch aus der übergeordneten Kompetenz auf alle Teilkompetenzen schließen und insbesondere auch nicht die konsistente Verwendung überprüfen kann. Dies ist (vgl. Beispielmmodellierung in Anlage 33) beispielsweise bei der Zuweisung „Allgemeine Pflegestandards beherrschen“ der Fall, wo angenommen wird, dass für diese Qualifikation alle Unterqualifikationen beherrscht werden müssen. Auch die Beschränkung auf reine Hierarchien erscheint als eine problematische Beschränkung, die eine nutzerfreundliche Strukturierung behindern kann.

¹²⁵

Dies liegt u.a. darin begründet, dass es im Bearbeitungszeitraum der Diplomarbeit nicht möglich war, eine lauffähige Installation zu untersuchen, was auch auf die geringe Anzahl von Referenzkunden von SAP zurückzuführen war. Andererseits entscheidet auch das Informationsmodell auf einer viel grundlegenderen Ebene über die Möglichkeiten und Grenzen des Software-Produktes. In jedem Fall sollte vor der Einführung auch die Benutzerschnittstelle einer gründlichen Anpassung unterzogen werden, da ansonsten die Akzeptanz durch die Führungskräfte darunter leidet.

Sowohl auf Qualifikationsgruppen- als auch direkt auf Qualifikationsebene lassen sich Skalen zuordnen, die zur Zuweisung von Kompetenzniveaus verwendet werden. Hier sind sowohl qualitative (Ordinalskalen) als auch quantitative Skalen (Metriken) möglich. Als Erläuterung für eine Kompetenzausprägung kann neben dem Skalenwert auch ein beliebiger Freitext hinterlegt werden.

Um der zeitlichen Dimension Rechnung zu tragen, kann auf Qualifikationsebene ein expliziter Gültigkeitszeitraum (z.B. ein Jahr) oder eine „Halbwertszeit“ angegeben werden. Die Halbwertszeit gibt bei metrischen Skalen an, nach welchem Zeitraum der Skalenwert halbiert ist. Hierdurch lässt sich ein kontinuierlicher Verfall von Kompetenzen abbilden, die vom aktuellen Arbeitsplatz nicht gefordert werden. Beide Konstrukte erscheinen auch für die Pflege am Städtischen Klinikum sinnvoll. Insbesondere der explizite Gültigkeitszeitraum kann für gesetzlich vorgeschriebene Fort- und Weiterbildungen genutzt werden.

8.2 Anforderungsprofile

Die Definition von Anforderungsprofilen ist in PAPD sehr mächtig und flexibel, um den Pflegeaufwand für diese Profile zu minimieren. Deshalb lassen sich Anforderungsprofile auf unterschiedlichen Ebenen angeben, zu denen u.a. Aufgabe, Stelle und Planstelle gehören. Die Anforderungsprofile werden dabei vererbt, d.h. ein einer Aufgabe X zugeordnetes Anforderungsprofil gilt automatisch für eine Stelle, die die Aufgabe X umfasst (vgl. Anlage 34).

Hierdurch lassen sich die oben erarbeiteten hierarchischen Profile leicht abbilden, indem z.B. für GKP Innere Medizin und GKP Onkologie jeweils eine eigene Aufgabe angelegt wird, die dann einer Stelle in der Onkologiestation zugewiesen werden kann. Weiterhin können so auch Stationsleitungsaufgaben modelliert werden.

Bei der Zuordnung von Kompetenzen zu Anforderungsprofilen lässt sich auch differenzieren, ob es sich dabei um ein Muss-Kriterium (z.B. aufgrund von rechtlichen Vorschriften) oder ein Soll-Kriterium handelt (das als Entwicklungsziel innerhalb eines bestimmten Zeitraumes erreicht werden sollte). Hierdurch lässt sich noch klarer darstellen, was die Voraussetzung für eine bestimmte Tätigkeit und was eine Idealvorstellung darstellt, der Mitarbeiter nicht (bzw. nicht sofort) gerecht werden müssen, sondern vielmehr als Richtschnur für die Personalentwicklung dient.

8.3 Entwicklungspläne

SAP PAPD unterstützt neben den Anforderungsprofilen auch das Konzept der Entwicklungspläne, über das sich in zeitlicher Abfolge bestimmte Entwicklungsmaßnahmen planen lassen. Dies dient zum einen dazu, komplexere, aus Einzelbausteinen zusammengesetzte Entwicklungsmaßnahmen zu realisieren (was z.B. für die Nachfolgeplanung erforderlich sein kann, wo ein Mitarbeiter in unterschiedliche Bereiche Einblick bekommen soll), zum anderen lassen sich damit aber auch Einarbeitungsleitfäden abbilden.

Entwicklungspläne lassen sich vordefinieren und dann als Vorlage für individuelle Pläne heranziehen. Die einzelnen sog. „Stationen“, die in einem solchen Plan enthalten sind, lassen sich einem Zeitraum zuordnen. Das Konzept des Entwicklungsplanes in SAP lässt sich somit nutzen, um bestimmte standardisierte Schritte (vor allem im organisatorischen Bereich) abzubilden. Allerdings ist durchaus zu überprüfen, ob dies nicht evtl. außerhalb von SAP effizienter umgesetzt werden kann.

8.4 Ist-Profile der Mitarbeiter

Auch bei den Ist-Profilen kennt das SAP-Personalentwicklungsmodul eine große Flexibilität. Neben dem hier betrachteten Qualifikationsprofil kennt das Modul auch noch ein Potentialprofil, ein Interessen- und ein Abneigungsprofil, die der Führungskraft für eine mitarbeitergerechte Personalentwicklung als Instrumente zur Verfügung stehen. Analog zum Anforderungsprofil besteht das Qualifikationsprofil aus Qualifikationsausprägungen, die mit einem Datum (Erwerb der Qualifikation), einem Skalenwert und einem Freitext versehen werden können. Hierbei ist darauf hinzuweisen, dass Informationen zur Ausbildung nicht im Qualifikationsprofil hinterlegt werden, sondern separat erfasst werden.

PAPD unterstützt neben der Pflege des Qualifikationsprofils durch die Führungskraft auch die Selbstbewertung im Rahmen von Employee-Self-Service-Dienste (über die im übrigen auch die anderen Ist-Profil-Arten gepflegt werden können). Die Führungskraft kann die erfassten Kompetenzen überprüfen und ggf. abändern oder ergänzen. Es kann sogar dem Mitarbeiter die Möglichkeit eingeräumt werden, den Kompetenzkatalog selbst zu erweitern.

Wird das Modul für Veranstaltungsmanagement eingesetzt, über das Präsenzseminare verwaltet werden können, so kann von dort aus eine direkte Übernahme ins Qualifikationsprofil erfolgen (sofern dies gewünscht ist und sinnvoll erscheint).

Weiterhin existiert eine Unterstützung für Beurteilungen, über das sich u.a. Führen mit Zielen und 360°-Feedback realisieren lassen. Die im Rahmen von Zielvereinbarungsgesprächen erfassten Kompetenzen können ebenfalls ins Qualifikationsprofil übernommen werden.

8.5 Auswertung

PAPD unterstützt den automatischen Profilabgleich zwischen dem Soll-Profil (Anforderungsprofil) der Stelle und dem Ist-Profil (dem Qualifikationsprofil) des Mitarbeiters. In Kombination mit dem Veranstaltungsmanagementmodul lassen sich dabei auch automatisch Bildungsempfehlungen generieren. Hierzu werden die Veranstaltungen durch die vorausgesetzten und die vermittelten Kompetenzen beschrieben. Es lässt sich außerdem eine automatische Benachrichtigung über auslaufenden Qualifikationen, die einer Erneuerung bedürfen, einrichten.

8.6 Kritische Betrachtung des SAP-Personalentwicklungsmoduls

Das SAP-Personalentwicklung bietet eine recht breite Funktionalität für das Skills-Management. Hiermit lassen sich die Standard-Funktionen recht gut abdecken, wobei bei der Analyse auch etliche Punkte identifiziert wurden, die für den Einsatz am Klinikum noch kritisch betrachtet werden sollten, um ggf. noch Anpassungen vorzunehmen, bevor das System in den Produktivbetrieb eingeführt wird:

- ▶ Die fehlende Unterstützung für Querverbindungen (bzw. polyhierarchischen Struktur) im Kompetenzkatalog führt nach den ersten Erfahrungen bei der Modellierung wahrscheinlich zu Problemen sowohl bei der Pflege als auch bei der Nutzung des Kompetenzkataloges.
- ▶ Es besteht praktisch keine Möglichkeit, abteilungsspezifische Sichten auf den Kompetenzkatalog anzulegen, die den jeweiligen Pflegedienst- und Stationsleitungen nur diejenigen Kompetenzen zeigt, die typischerweise für sie relevant sind. Hierdurch ist zu befürchten, dass die Benutzung sehr umständlich ist und somit eine hohe Barriere für eine häufige und intensive Nutzung darstellt, was zu veralteten Ist-Profilen und Anforderungsprofilen führen kann.
- ▶ Vor einer Nutzung des Systems sollte unbedingt festgelegt werden, dass bei zusammengesetzten Kompetenzen die Zuweisung der übergeordneten Kompetenz bedeutet, dass alle untergeordneten Kompetenzen vorhanden sind bzw. sein müssen.

Der gewichtigste Punkt, der vom SAP-Modul allerdings nicht abgedeckt wird, ist die (strategische) Bildungsbedarfsplanung, die aus den Kompetenzlücken der Mitarbeiter einen Bildungsbedarf abschätzen lassen, der durch ein entsprechendes Angebot an Veranstaltungen abgedeckt werden muss. Stattdessen ist nur der „klassische“ Personalentwicklungsprozess abgebildet, bei dem (operativ) die Weiterbildung für den einzelnen Mitarbeiter auf der Basis eines existierenden Angebots an Bildungsmaßnahmen geplant wird.

9 Zusammenfassung und Ausblick

9.1 Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Arbeit wurden die Konzepte und Erfahrung mit Instrumenten aus dem Bereich des Skills-Management, die sich für die Verbesserung der Bildungsbedarfsplanung am Städtischen Klinikum Karlsruhe eignen könnten, identifiziert, untersucht und bewertet. Darauf aufbauend wurde ein Konzept erarbeitet, um es konkret umsetzen zu können, was eine detaillierte Analyse der IT-Umsetzung mittels mySAP HR und die Erarbeitung von Empfehlungen für eine klinikumsspezifische Anpassung einschloss.

Um das Konzept zu validieren und die ersten Umsetzungsschritte zu begleiten, wurden Pilotstationen ausgewählt. Dabei fand eine Konzentration auf die Entwicklung des Kompetenzkataloges und der Anforderungsprofile statt, da diese beiden die Basis für alle weiteren Schritte bieten und sich insbesondere daran auch bereits die kritischen Problembereiche manifestieren wie z.B. kompetenzorientiertes Denken und die Fähigkeit, berufliches Handeln und die Handlungskompetenz zusammenzubringen.

Für die Pilotierung auf Stationsleitungsebene wurde eine excelbasierte Übergangslösung für die Erhebung der Ist-Profile entwickelt, die den Stationsleitungen eine strukturierte Bildungsplanung ermöglichen.

Insgesamt verspricht das vorgeschlagene Verfahren, die systematische Planung der Fort- und Weiterbildung zu ermöglichen und zu verbessern:

- ▶ Auf der Ebene der Stationsleitungen (operative Planung) werden durch die schematische Vorgabe des Planungsprozesses (Formulierung von Anforderungen, Erhebung von Ist-Profilen, Lückenanalyse) und den entsprechenden Hilfsmittel wie Kompetenzkatalog und Anforderungsprofil die bisherigen

Hürden für eine systematische Planung deutlich reduziert. Dies zeigte sich im Rahmen der Pilotierung auch daran, dass einzelne Stationsleitungen bereits an eine ähnliche Methodik gedacht haben, diese aber – vermutlich aufgrund des damit verbundenen initialen Aufwandes – nicht umgesetzt haben. Den Stationsleitungen ist für die Mitarbeitergespräche zudem ein Überblicksinstrument an die Hand gegeben worden, mit denen sich Teilnahmen an Veranstaltungen nach objektiven Kriterien vereinbaren lassen.

- ▶ Durch die Arbeit an einem gemeinsamen Vokabular wird die fachbereichsübergreifende Bildungsplanung vereinfacht. So kann leichter zwischen abteilungsspezifischen und übergreifenden Themen unterschieden werden, und so auch Synergien gezielter genutzt werden.
- ▶ Wenn Anforderungen zukunftsorientiert formuliert werden, so kann das Verfahren mittelfristig geplante Umstrukturierungen, die mit veränderten Anforderungen an die Mitarbeiter einhergehen, systematisch vorbereiten helfen.
- ▶ Das vorgeschlagene Konzept erfüllt die Anforderungen der Qualitätsmanagementkonzepte EFQM und KTQ nach einer systematischen Personalentwicklung und einer Qualitätssicherung auf der Ebene der Mitarbeiterkompetenzen. Diverse Rückkopplungsmechanismen innerhalb des Konzeptes ermöglichen zudem – in der Philosophie der QM-Ansätze – eine kontinuierliche Verbesserung.
- ▶ Das BBz erhält durch das Verfahren verlässlichere Aussagen über den Bildungsbedarf, da zu erwarten steht, dass bei einer Reduktion der Barrieren am Planungsprozess (bei gleichzeitiger Sensibilisierung für die Thematik durch die Einführung des neuen Instruments) eine höhere Teilnahmequote erreicht wird. Über das kontrollierte Vokabulare und die Lückenanalyse wird überdies ermöglicht, quantitative Aussagen über den Bildungsbedarf zu erhalten. Ist das Instrument einmal eingeführt, so kann weiterhin der Planungsprozess auf kürzere Perioden als die jährliche Aufstellung verkürzt werden, was Fehlplanungen weiter reduziert.

9.2 Zu lösende Probleme und Ausblick

Die klinikweite Umsetzung des Konzeptes steht und fällt mit der Unterstützung der entsprechenden Verantwortlichen. Wie die Erfahrung der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen am Städtischen Klinikum zeigt, besteht selbst bei von der Ge-

schäftsführung initiierten Vorhaben keinerlei Möglichkeit, jemanden zur Teilnahme zu zwingen. Dementsprechend kann eine erfolgreiche Strategie nur darin bestehen, Stationsleitungen und Pflegedienstleitungen den unmittelbaren Nutzen für ihre eigene Arbeit darzulegen. Hierzu ist unbedingt eine treibende Person erforderlich, die das Konzept zu ihrer Sache macht und über hinreichende Unterstützung und Autorität verfügt. Realistischerweise ist auch mittelfristig davon auszugehen, dass die Umsetzung nur in Teilbereichen funktionieren wird. Dennoch kann das Verfahren auch für Teilbereiche bereits eine spürbare Verbesserung erreichen,

Kritisch ist vor allem die Verfügbarkeit von IT-Unterstützung, da ansonsten der Prozess schon bei wenigen Beteiligten nicht mehr zu beherrschen ist. Da sich die Einführung des entsprechenden SAP-Moduls noch mindestens zwei Jahre hinziehen wird, ist hier unbedingt über andere Lösungen nachzudenken, die die Modellierung des Kompetenzkataloges, das Aufstellen der Anforderungsprofile, die Erhebung der Ist-Profile und die Lückenanalyse ermöglichen. Für die ersten Erfahrungen wurde zwar eine Zwischenlösung für die operative Planung erstellt; es fehlt allerdings an Mechanismen, die automatisch Änderungen am Kompetenzkatalog oder den Anforderungsprofilen propagieren. Das für die derzeitige Modellierung eingesetzte Mind-Manager-Produkt könnte weiterhin zur Modellierung eingesetzt werden, indem man über Exportschnittstellen den jeweils aktuellen Kompetenzkatalog in andere Werkzeuge übernimmt.

Abschließend kann nicht deutlich genug darauf hingewiesen werden, dass Skills-Management in jeglicher Ausprägung ein lebendiger Prozess sein muss. Insbesondere sind Kompetenzkatalog und Anforderungsprofile *niemals* abgeschlossen – auch wenn die als offen gekennzeichneten Elemente in der derzeitigen Fassung geklärt sind. Umgekehrt führt die Verankerung eines kompetenzorientierten Denkens zu einem ganz anderen Stellenwert von beruflichen Bildungsmaßnahmen und zu einer verbesserten Wertschätzung des Lernens der Mitarbeiter.

Abkürzungsverzeichnis

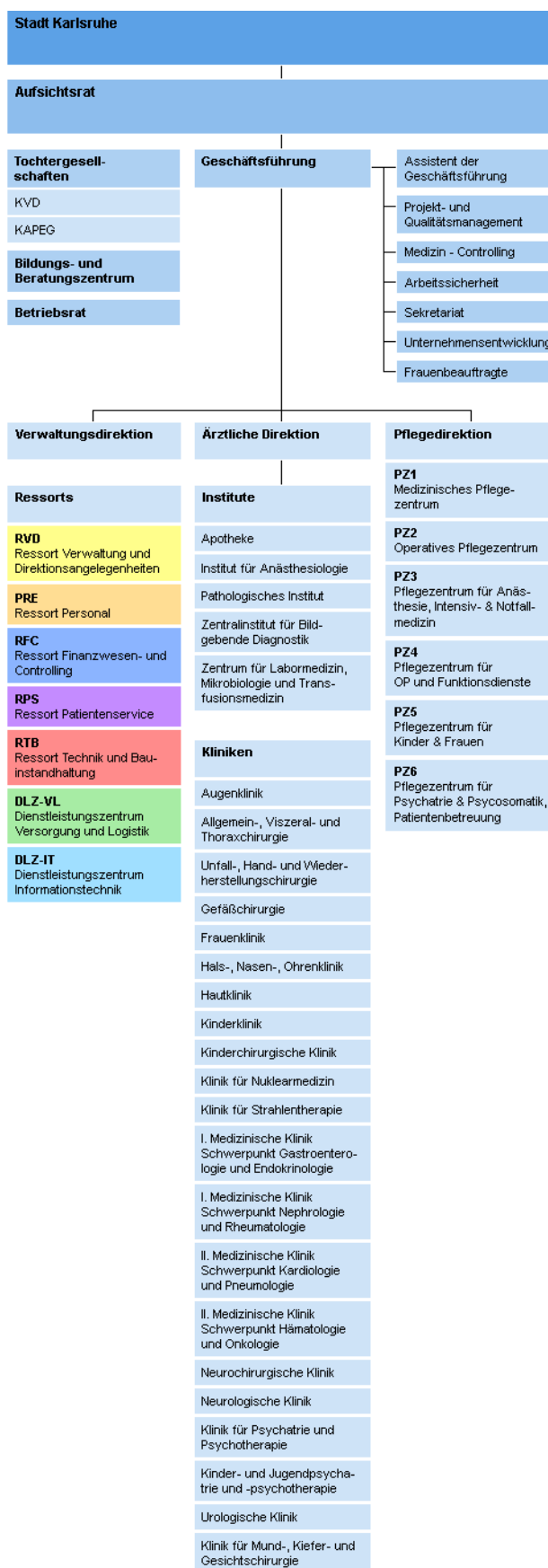
AFG	Akademie für Führungskräfte im Gesundheitswesen
BBz	Bildungs- und Beratungszentrum
BWG	Berufliche Weiterbildung im Gesundheitswesen
DRG	Diagnoses Related Groups
EFQM	European Foundation for Quality Management
FK	Führungskraft
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GKP	Gesundheits- und KrankenpflegerIn
KTQ	Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen
LEP	Leistungserfassung in der Pflege
MA	Mitarbeiter
PDL	Pflegedienstleitung
PPR	Pflegepersonalregelung
SL	Stationsleitung
SSL	Stellvertretende Stationsleitung
ZDL	Zivildienstleistender

Anhang

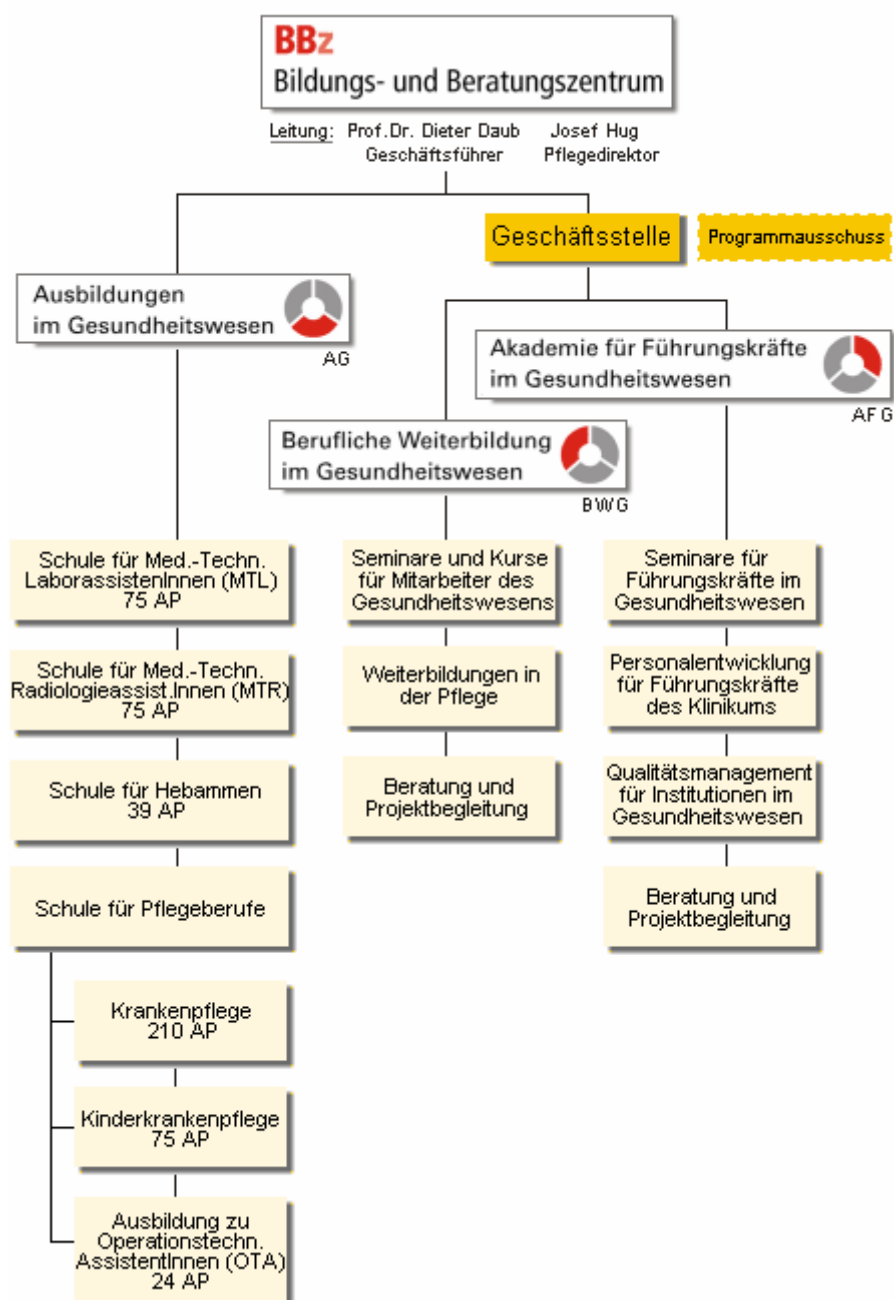
Anlage 1	Organigramm Klinikum	79
Anlage 2	Struktur des BBz.....	80
Anlage 3	Städtisches Klinikum in Zahlen.....	81
Anlage 4	AG „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (Pflege 2015)	82
Anlage 5	Kompetenzmanagement nach North & Reinhardt	83
Anlage 6	Kompetenzmanagement nach Berio & Harzallah.....	84
Anlage 7	Ganzheitliches Kompetenzmanagement nach Klemke et al. .	85
Anlage 8	Profilgesteuertes Personalentwicklungsplanung.....	86
Anlage 9	Bildungsplanung mit Skills-Management-Instrumenten.....	87
Anlage 10	Skills-Management-Prozess für die Personalentwicklung	88
Anlage 11	Struktur des Pflegedienstes	90
Anlage 12	Überblick über den Praxisteil.....	91
Anlage 13	Zeitlicher Ablauf Praxisteil.....	92
Anlage 14	Leitbild des Städtischen Klinikums Karlsruhe	93
Anlage 15	Pflegekonzeption	96
Anlage 16	Leitfaden des BBz zur Ermittlung des Bildungsbedarfs.....	97
Anlage 17	Ergebnisse der Bildungsbedarfsplanung 2004/2005.....	99
Anlage 18	Matrixstruktur der Bildungsplanung D12	100
Anlage 19	KTQ	101
Anlage 20	EFQM	105
Anlage 21	Qualifikationen	106
Anlage 22	Einarbeitungsleitfaden D10	107
Anlage 23	Stellenbeschreibung KS/KP	111
Anlage 24	Stellenbeschreibung Stationsleitung.....	114
Anlage 25	Kompetenzstufen in den Stellenbeschreibungen	117
Anlage 26	Pflegestandards (Auszug aus der Liste)	118
Anlage 27	Pflegestandard Umkehrisolation	119
Anlage 28	Vorlage Interviewprotokoll mit Pilotstationen.....	122
Anlage 29	Erarbeiteter Kompetenzkatalog (Auszüge)	123
Anlage 30	Erarbeitete Anforderungsprofile (Auswahl).....	127
Anlage 31	Modifizierter Excel-Ansatz für die Kompetenzanalyse.....	130
Anlage 32	SAP-Informationsmodell für die Personalentwicklung.....	132

Anlage 33	Kompetenzkatalog im SAP-Informationsmodell.....	134
Anlage 34	Anforderungsprofile in mySAP HR.....	135

Anlage 1 Organigramm Klinikum¹²⁶



Anlage 2 Struktur des BBz¹²⁷



127

<http://klinikum-karlsruhe.de/index.php?id=752>

Anlage 3 Städtisches Klinikum in Zahlen¹²⁸

Beschäftigte	insgesamt	Vollzeit		Teilzeit	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Ärztlicher Dienst	422	247	136	7	32
Pflegedienst	1251	116	528	49	558
Med.Techn. Dienst	526	44	254	4	224
Funktionsdienst	378	95	139	8	136
Wirt.-u.Vers.Dienst	494	115	104	2	273
Technischer Dienst	112	91	8	1	12
Verwalt. Dienst	193	76	61	6	50
Sonderdienst	10	6			4
Pers. der Ausbildung	43	7	19	1	16
	3429	797	1249	78	1305
inkl. an KAPEG und KVD abgestelltes Personal					

¹²⁸

aus dem Geschäftsbericht für 2003

Anlage 4 AG „Aus-, Fort- und Weiterbildung“ (Pflege 2015)

Aus- und Weiterbildung im Pflegedienst

1. Ziel: Strategische Personalentwicklung im Pflegedienst

1.1. Schnittstellen:

AG pflegfachliche Inhalte
AG Pflegeorganisation
AG Führung

2. Aufgaben

2.1. Mitarbeiterbezogen:

- Abgestufte aufgabenbezogene Anforderungsprofile definieren
 - Pflegefachkraft
 - Pflegeassistent
 - Pflegehilfskraft
- Qualifikationsprofil/Kompetenzprofil der MA erheben (Wissensbilanz)
- Abgestuften Bildungsplan für den Pflegedienst erstellen
 - Basisqualifikation
 - FB-Pflicht
 - Zeitplan für Updates
 - Credit points
 - Bildungsportfolio
- Praxistransferunterstützung
 - Pilotbereiche
 - Mentoring
 - Coaching
 - Pflegeexperten

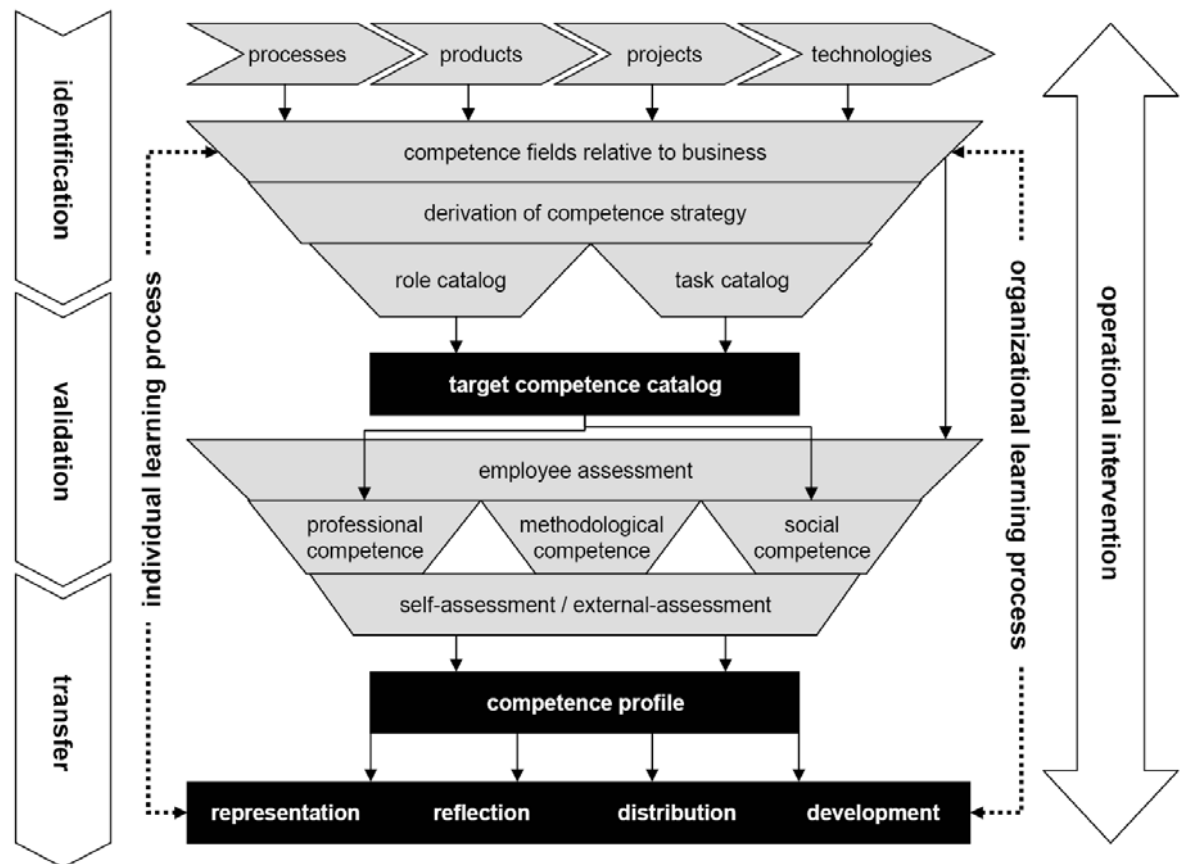
2.2. Führungskräftebezogen:

- Führungsnachwuchs / Talentsuche
- Potentialdiagnostik / Assessmentcenter
- Traineeprogramm / Crossmentoring
- Coaching / Kollegiale Beratung

2.3. Aus- und Fachweiterbildungsbezogen:

- Untergruppe Ausbildung
 - Einsatzplanung
 - Praxisaufgaben
 - Formen der Anleitung
 - Theorie-Praxis-Verknüpfung
 - Beratung der Praxis
- Untergruppe Weiterbildung
 - Modularisierung
 - Credit points
 - Inhaltliche Ausrichtung
 - Neue Lernkonzepte /E-Learning

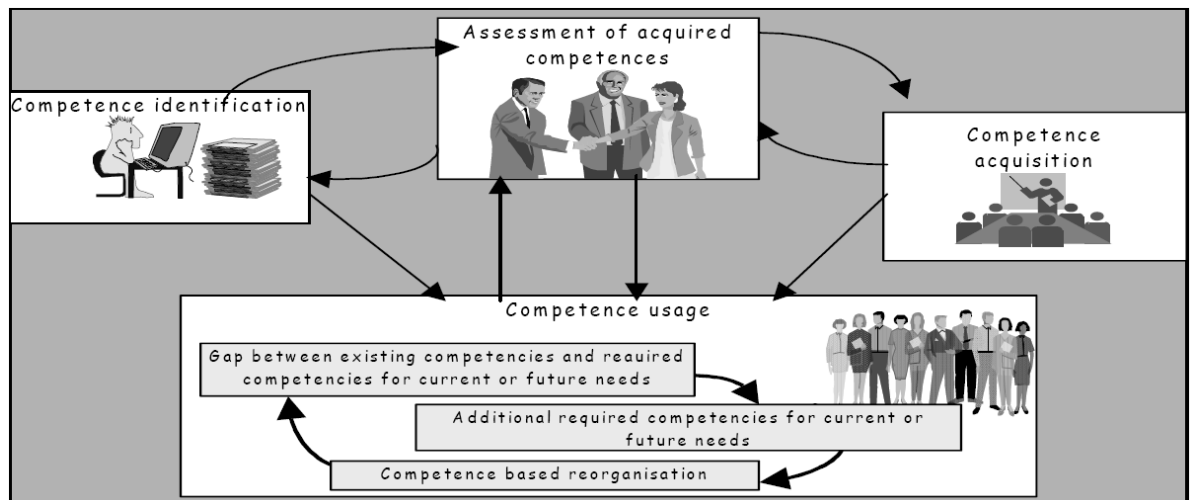
Anlage 5 Kompetenzmanagement nach North & Reinhardt¹²⁹



¹²⁹

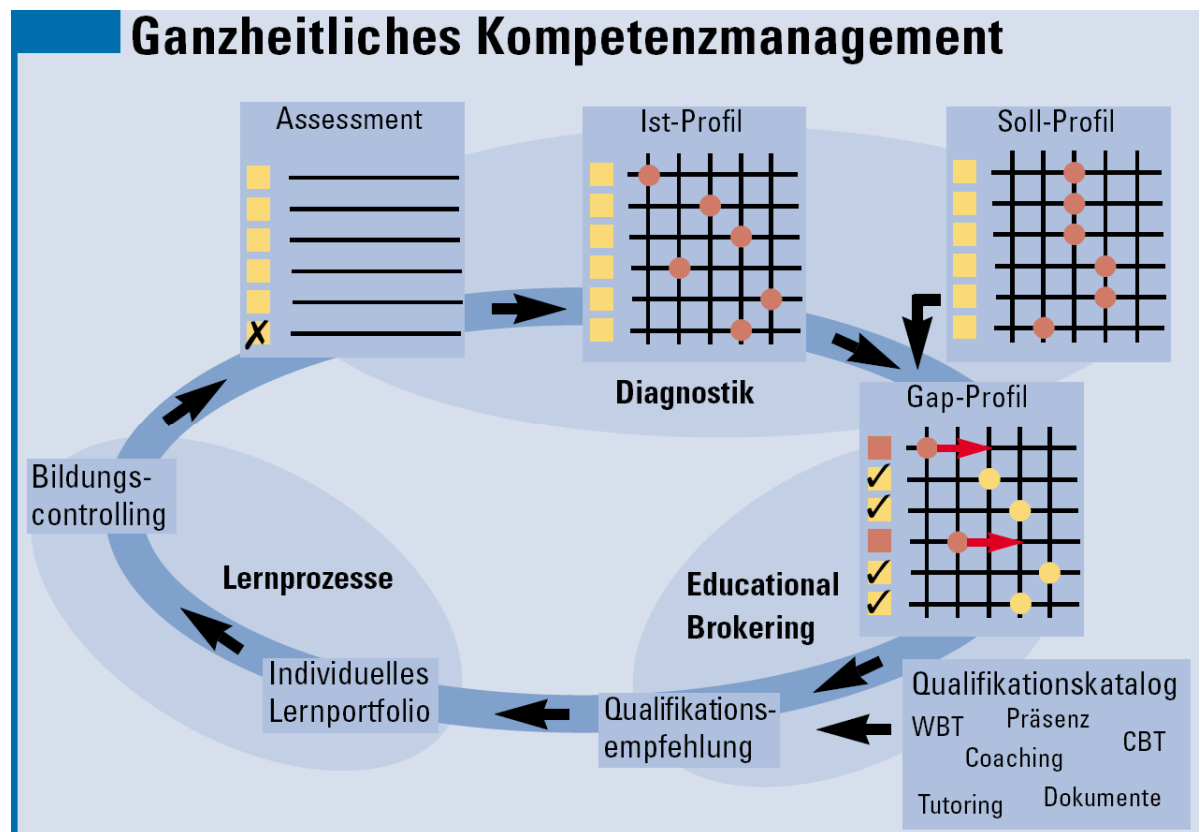
North & Reinhardt (2003), S.1375

Anlage 6 Kompetenzmanagement nach Berio & Harzallah¹³⁰

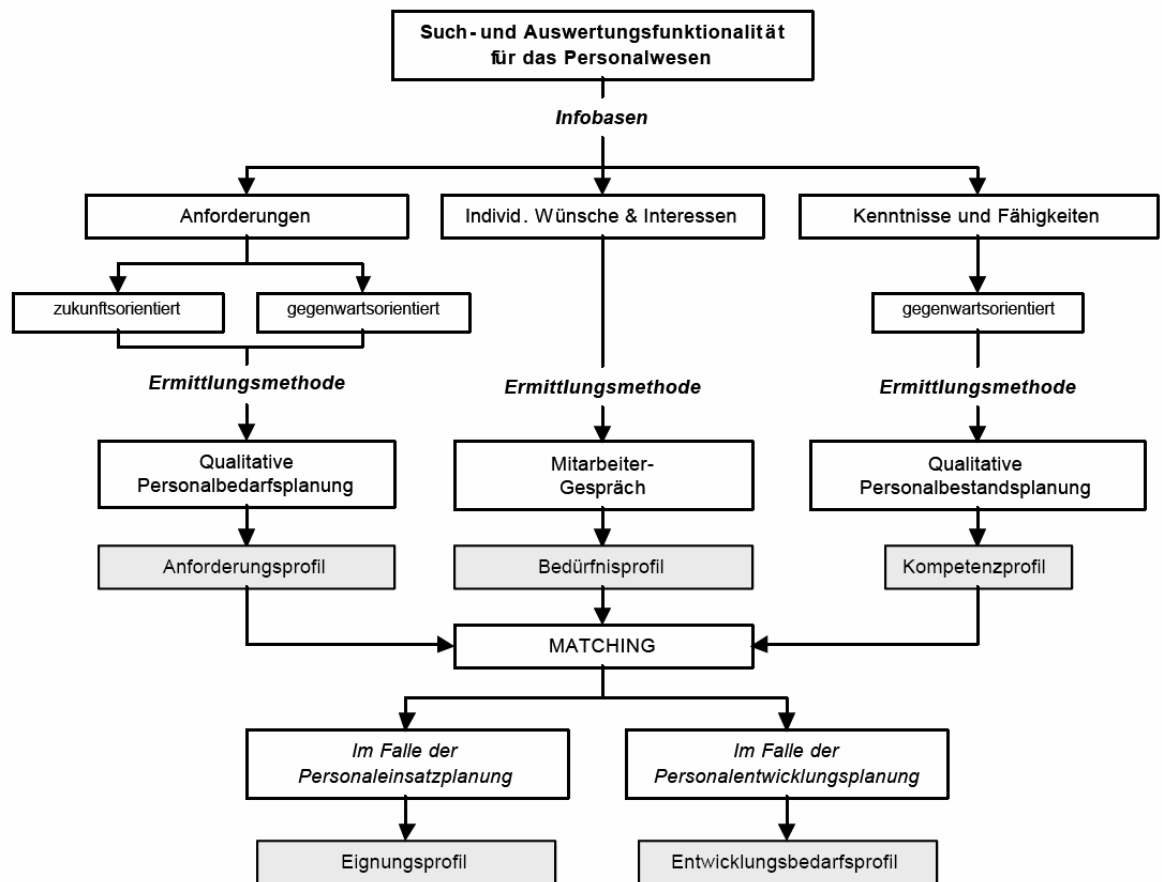


- ▶ **Competence identification**, i.e. when and how to identify and to define competencies required (in the present or in the future) to carry out tasks, missions, strategies; how competence is represented is included here.
- ▶ **Competence assessment**, i.e. (i) when and how to identify and to define competence acquired by individuals and/or (ii) when and how an enterprise can decide that an employee (or an individual) has acquired specific competencies; how the relationships between individuals and required competencies are represented is included here.
- ▶ **Competence acquisition**, i.e. how an enterprise can decide about how to acquire some competencies in a planned way and when;
- ▶ **Competence usage**, i.e. how to use the information or knowledge about the competencies produced and transformed by identification, assessment and acquisition processes; for instance, how to identify gaps between required and acquired competencies, who should attend required training, how finding key employees (i.e. holding key competencies) and so on.

Anlage 7 Ganzheitliches Kompetenzmanagement nach Klemke et al.¹³¹



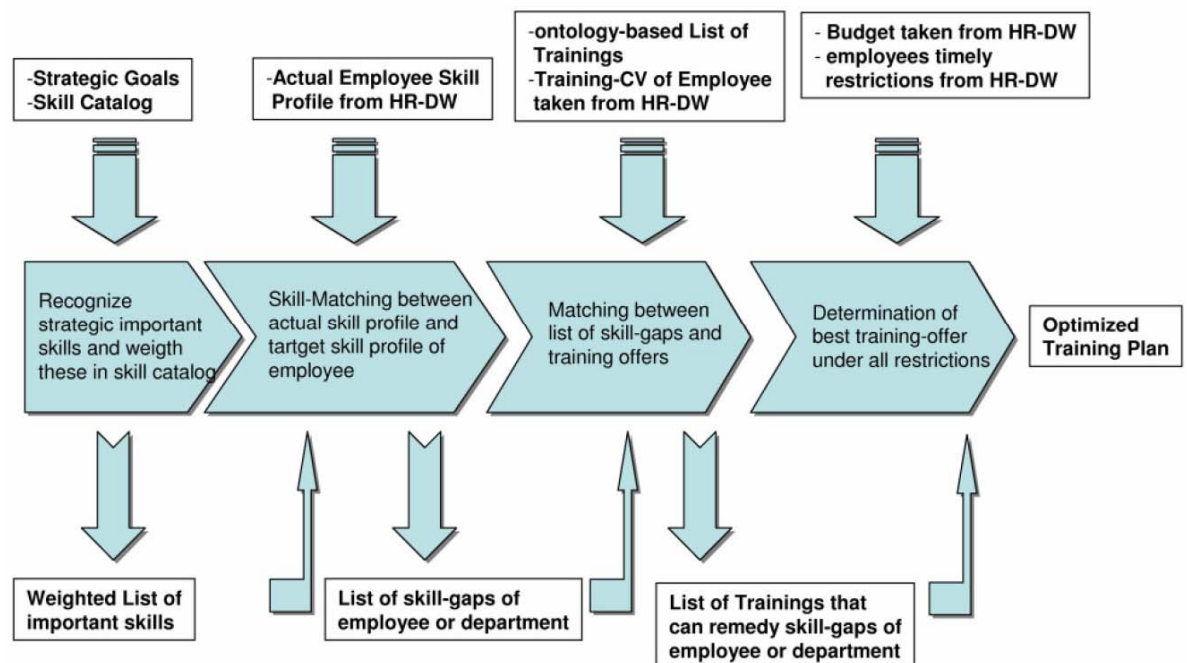
Anlage 8 Profilgesteuertes Personalentwicklungsplanung¹³²



Anlage 9 Bildungsplanung mit Skills-Management-Instrumenten¹³³

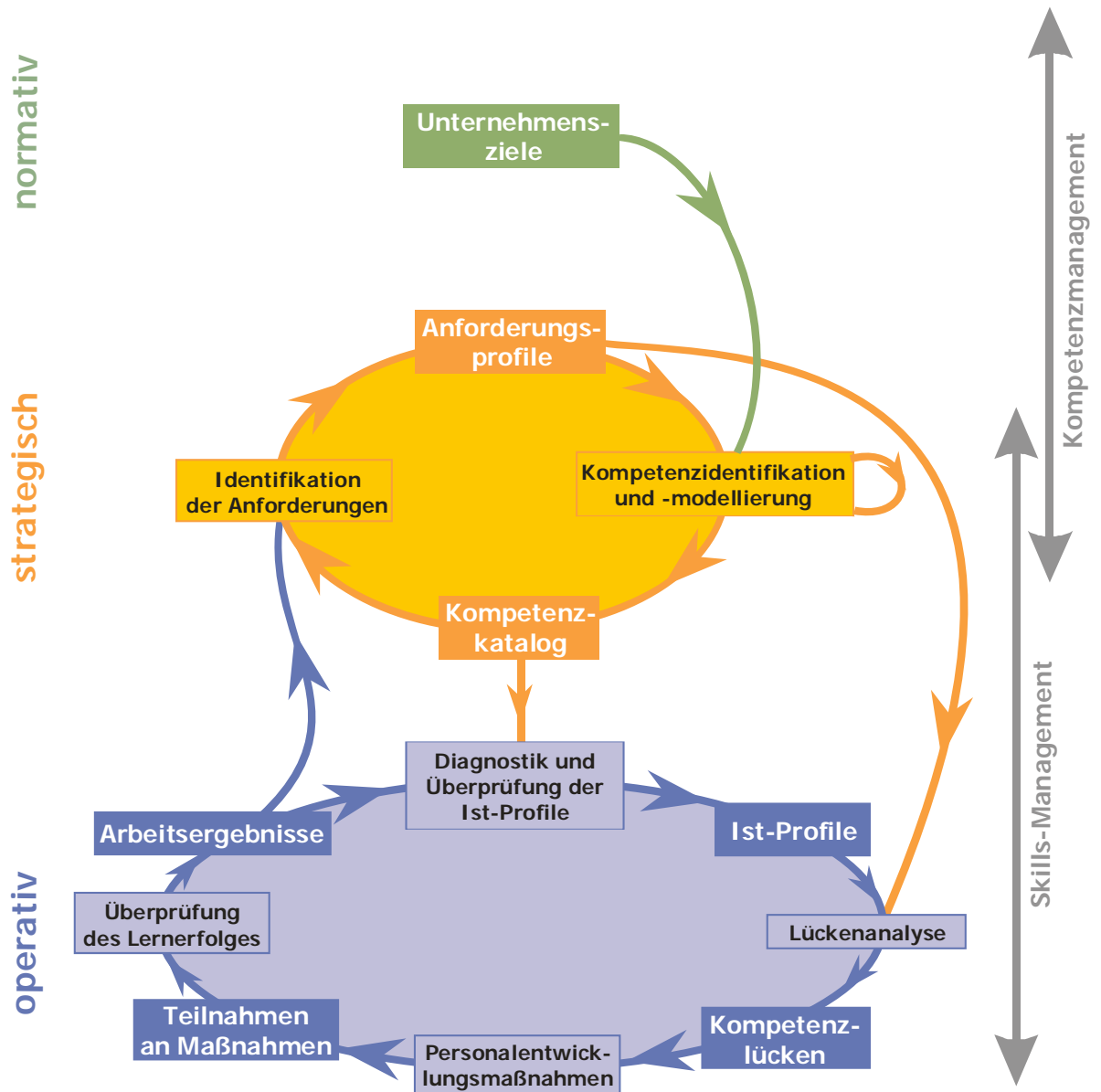
Biesalski & Abecker begreifen die Bildungsplanung mittels Skills-Management-Instrumenten als Problemlösungsprozess und versuchen, für diesen ein Verfahren anzugeben, das sich in die folgenden Schritte gliedert:

- ▶ Auf der Basis der strategischen Ziele des Unternehmens werden die Kompetenzen im Kompetenzkatalog nach ihrer Bedeutung gewichtet.
- ▶ Mit einem Vergleich zwischen Zielprofil und Ist-Profil von Mitarbeitern wird eine Lücke des Mitarbeiters oder der Abteilung ermittelt.
- ▶ Mit Hilfe von entsprechend beschriebenen Bildungsangeboten und der Bildungshistorie des Mitarbeiters werden auf die Lücke passende Angebote ausgewählt.
- ▶ Dieses werden dann unter Einbeziehung des Budgets, der zeitlichen Verfügbarkeit des Mitarbeiters und weiteren Einschränkungen für die Auswahl der „optimalen Bildungsmaßnahme“ herangezogen.



Anlage 10 Skills-Management-Prozess für die Personalentwicklung¹³⁴

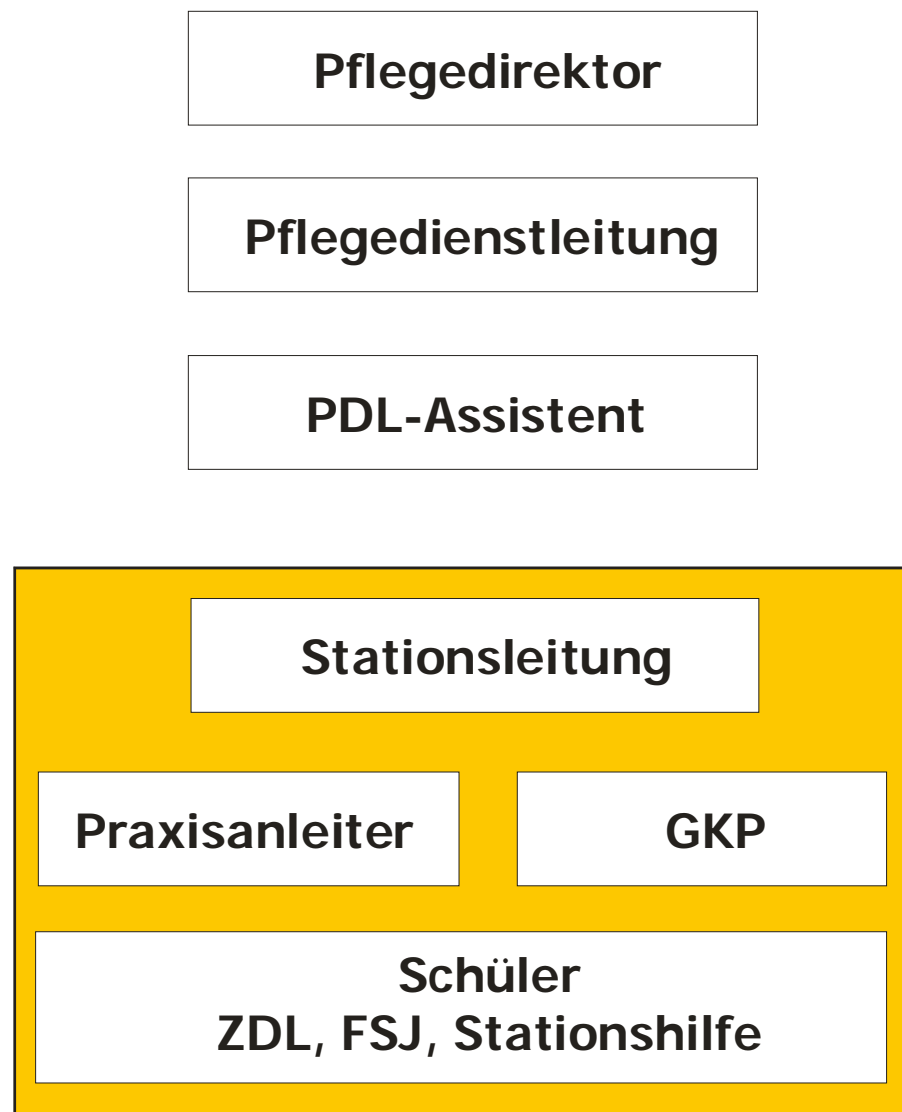
Die folgende Darstellung fasst die unterschiedlichen Aufgaben und Prozesse im Skills-Management zusammen und gliedert sie auf drei Ebenen: operativ, strategisch und normativ. Dabei sind der Schwerpunkt von Skills-Management auf der operativen und strategischen Ebene; die Verbindung zwischen normativer und strategischer Ebene ist die Aufgabe des Kompetenzmanagements.



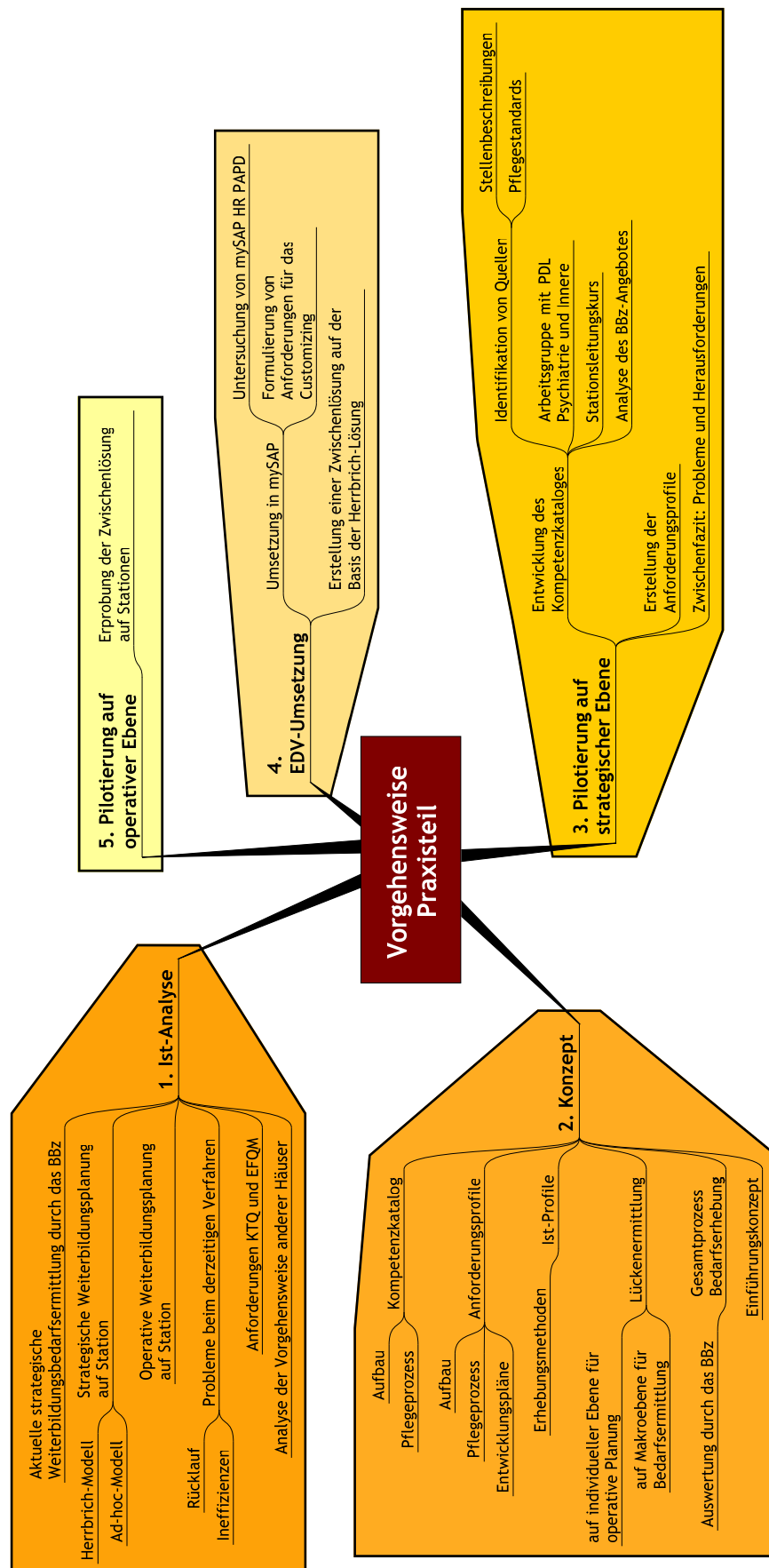
¹³⁴

eigene Darstellung und Beschreibung, operative Ebene auf der Basis von Klemke et al. (2003), S.28. Nach Scholz & Djarrahzadeh (1995), S.10 müsste man statt von normativ – strategisch – operativ eher von strategisch – taktisch – operativ sprechen.

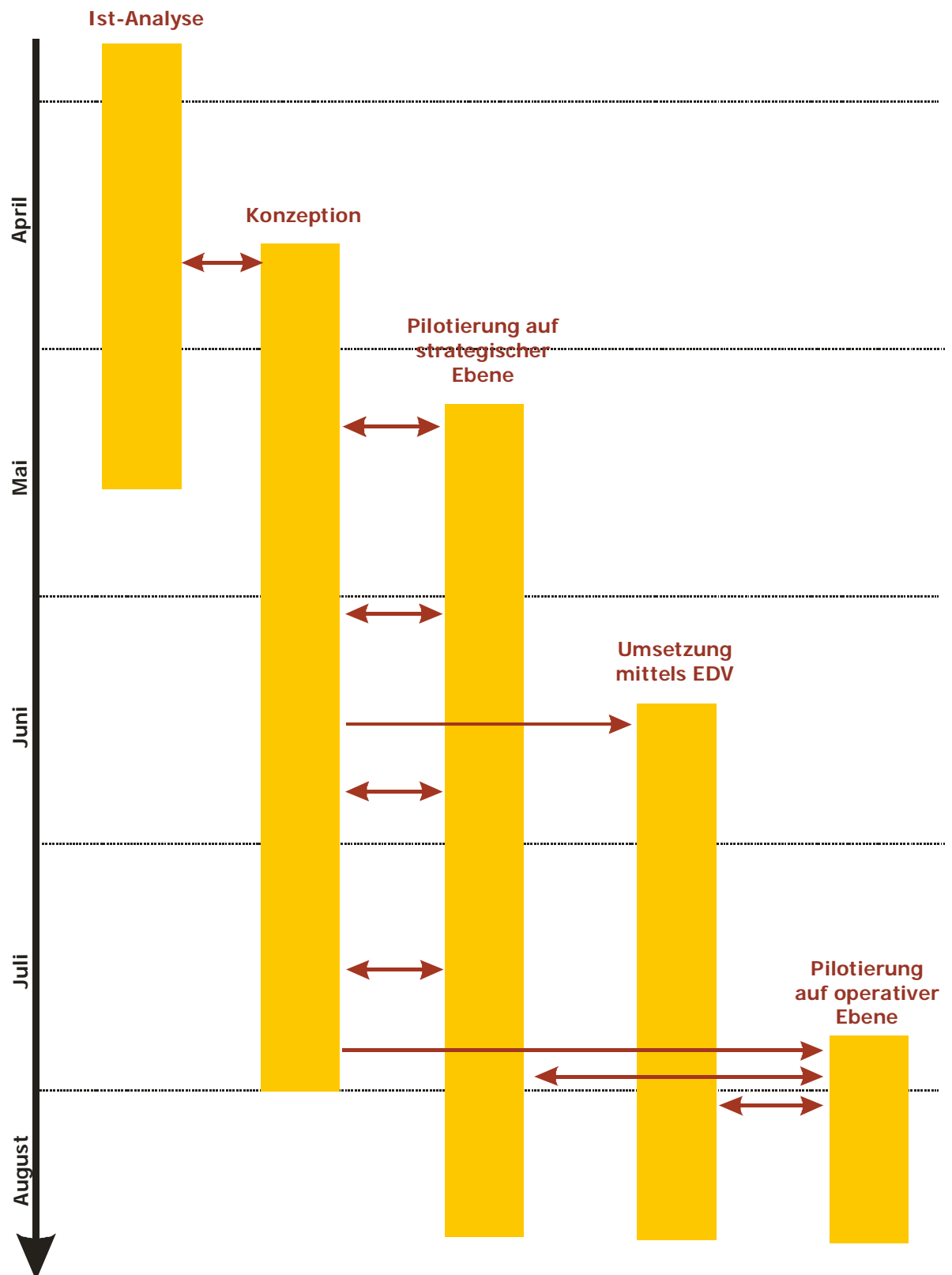
- ▶ Auf der **normativen Ebene** befinden sich die Unternehmensziele und globalen Kernkompetenzen.
- ▶ Auf der **strategischen Ebene** werden die Kernkompetenzen heruntergebrochen und im Rahmen der Kompetenzidentifikation und -modellierung in den Kompetenzkatalog eingepflegt. Auf dessen Basis werden dann die Anforderungsprofile für die Mitarbeiter aufgestellt. Dieser Prozess kann wiederum dazu führen, dass neue Kompetenzen in den Katalog aufgenommen werden müssen, was auch auf der Basis von Rückmeldungen aus der operativen Ebene geschehen kann.
- ▶ Die **operative Ebene** wendet dann die auf der strategischen Ebene erarbeiteten Modelle an. So werden auf der Basis des Kompetenzkataloges die Ist-Profile erhoben, die dann durch Abgleich mit den Anforderungsprofilen die Kompetenzlücken ergeben. Für diese Lücke werden Personalentwicklungsmaßnahmen ausgewählt, an denen die entsprechenden Mitarbeiter teilnehmen. Durch eine Überprüfung des Lernerfolges (auch im Rahmen der konkreten Arbeit) kann eine Rückmeldung an die strategische Arbeit und an die konkrete Bildungsarbeit gegeben werden und so den Prozess verbessern helfen.

Anlage 11 Struktur des Pflegedienstes

Anlage 12 Überblick über den Praxisteil



Anlage 13 Zeitlicher Ablauf Praxisteil



Anlage 14 Leitbild des Städtischen Klinikums Karlsruhe

Die Geschäftsführung hat zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Klinikums ein Leitbild entwickelt. Dieses Leitbild soll zukünftig unsere gemeinsame Wertordnung sein. An ihm orientiert sich die Zielplanung der Geschäftsführung ebenso wie das Verhalten aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Es ist Ausgangspunkt und wichtiger Baustein für unser umfassendes Qualitätsmanagement.

Das Städtische Klinikum bietet den Menschen der Region Karlsruhe als Krankenhaus der Maximalversorgung seit vielen Jahren medizinische Dienstleistungen auf hohem Niveau; hierauf können wir alle stolz sein. Für die zukünftige Entwicklung des Klinikums haben wir besonders günstige Voraussetzungen, die wir in erster Linie der Kompetenz und dem Engagement unserer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verdanken.

Das Städtische Klinikum erfüllt einen gesetzlichen Versorgungsauftrag. Nach unserem Geschäftsvertrag ist, auf der Basis des jeweils geltenden Krankenhausbedarfsplans ein hochqualifiziertes medizinisches und pflegerisches Leistungsangebot zu gewährleisten. Der Zweck unseres Unternehmens ist der ärztliche, pflegerische, technische und kaufmännische Betrieb des Klinikums mit dem Ziel der bestmöglichen und zugleich wirtschaftlichen Versorgung der Bevölkerung. Wir wollen, dass das Klinikum auf Dauer das zentrale Top-Angebot im Gesundheitswesen für die Menschen unserer Region bereithält. Es soll das leistungsfähige Zentrum eines Netzwerks von medizinischen Dienstleistungen im Raum Karlsruhe sein.

Die Bewahrung des Erreichten beinhaltet aber gleichzeitig die Notwendigkeit zum Wandel. Um im härteren Wettbewerb des zukünftigen Gesundheitsmarktes weiterhin erfolgreich bestehen zu können, müssen wir uns alle gemeinsam den Herausforderungen stellen. Die öffentliche Trägerschaft wird uns auch in Zukunft den geeigneten Rahmen bieten. Die Stadt Karlsruhe als Gesellschafterin des Klinikums begleitet den Krankenhausbetrieb mit betriebswirtschaftlichem Verständnis.

In unserem Leitbild haben wir uns auf Bereiche konzentriert, in denen wir in den nächsten Jahren den dringendsten Handlungs- und Wandlungsbedarf sehen. Unser Leitbild erhebt insofern keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll ein Orientierungsrahmen sein, der durch berufsbezogene, verhaltensorientierte und programatische Leitlinien konkretisiert wird. Die Grundsätze des Leitbildes sollen eine solide Grundlage für unsere künftige Arbeit bilden. Sie sind selbstverständlich verän-

derbar; daher wollen wir sie regelmäßig, spätestens nach fünf Jahren, auf Aktualität und Relevanz überprüfen.

- ▶ **Patientenzufriedenheit.** Patientenzufriedenheit sowie medizinische und pflegerische Kompetenz sind der Maßstab für die Qualität unserer Leistungen. Das Klinikum stellt die Patientin und den Patienten als kranke Mitmenschen in den Mittelpunkt seines Wirkens. Alle werden bei uns gleich gut medizinisch und pflegerisch versorgt. Die Würde unserer Patientinnen und Patienten ist unantastbar.
- ▶ **Wirtschaftlichkeit.** Patientenzufriedenheit und Kostenbewusstsein schließen sich nicht aus. Wir stellen uns dem Wettbewerb und sind der Wirtschaftlichkeit verpflichtet. Wir verbessern unsere Strukturen und Prozesse ständig, um unsere Patientinnen und Patienten sowie unsere externen und internen Kunden zufrieden zu stellen. Nur Patientinnen und Patienten, die sich in unserem Klinikum gut versorgt fühlen, garantieren sichere Arbeitsplätze auf Dauer. Unsere Verbesserungspotentiale erschließen wir in berufsgruppenübergreifenden Teams und durch gezielte Personalentwicklungsmaßnahmen. Wir nutzen die uns zur Verfügung stehenden Ressourcen sparsam und umweltbewußt, ohne das Wohl unserer Patientinnen und Patienten zu vernachlässigen.
- ▶ **Mitarbeiterzufriedenheit.** Patientenzufriedenheit und Mitarbeiterzufriedenheit sind für uns untrennbar miteinander verbunden. Das Klinikum braucht qualifizierte und freundliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Sie bilden das Fundament beim Aufbau eines modernen Dienstleistungsunternehmens. Eine interne Krankenhauskultur, die geprägt ist durch offene Kommunikation, gegenseitiges Anerkennung und Wertschätzung, ist die Voraussetzung für unsere vertrauensvolle und kooperative Zusammenarbeit. Dadurch erreichen wir auch die Chancengleichheit von Frauen und Männern und den Abbau berufsgruppenorientierter Schranken. Wie wir miteinander umgehen, so erleben uns die Patientinnen und Patienten! Einsatz im und Freude am Beruf werden durch einen kooperativen Führungsstil gefördert. Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fühlen sich dem Klinikum als Ganzem verpflichtet.

- **Innovation.** Das Klinikum wird immer besser. Die Weiterentwicklung unseres Leistungsangebots, die Sicherung unseres hohen medizinischen Standards, die Verbesserung der räumlichen Ausstattung und die Geborgenheit unserer Patientinnen und Patienten sind uns gleich wichtig. Dies erreichen wir durch ein umfassendes Qualitätsmanagement. Unsere Führungskräfte schaffen hierfür die geeigneten Rahmenbedingungen; für die Umsetzung sind alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verantwortlich. Das Klinikum ist ein kompetenter, zuverlässiger und innovativer Partner im Gesundheitswesen. Die Suche nach neuen Formen der Zusammenarbeit ist für uns eine permanente Aufgabe. Durch Aus-, Fort- und Weiterbildung halten wir uns und unser Klinikum jung.

Anlage 15 Pflegekonzeption¹³⁵

7.2. Fort- und Weiterbildungskonzept

Ziel der Fort- und Weiterbildungen ist es, die in der Grundausbildung erworbenen, fachlichen, sozial-kommunikativen und persönlichen Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter an die aktuellen Bedürfnisse anzupassen. Die Fortbildungsziele und -inhalte orientieren sich dabei an den Unternehmenszielen und am Pflegeleitbild. Neben der Vermittlung aktueller Erkenntnisse der Pflegewissenschaft wollen wir zu wirtschaftlichem und ökologischem Denken und Handeln anregen, die Identifikation mit dem Unternehmen und seinen Zielen fördern und das Führungsverhalten der MitarbeiterInnen in Leitungsfunktion stärken.

Inhalt und Umfang der Weiterbildungen orientieren sich an den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Der Unterricht wird nach den Grundsätzen der Erwachsenenpädagogik durchgeführt, persönliche Erfahrungen sowie praktisches und theoretisches Wissen der Teilnehmer werden einbezogen.

Jede Mitarbeiterin / jeder Mitarbeiter trägt für ihre / seine persönliche Fortbildung Verantwortung. Die Ermittlung des Fortbildungsbedarfs einer Station / Einheit ist Aufgabe des unmittelbaren Vorgesetzten. Die Fort- und Weiterbildungsabteilung unterstützt die Bedarfsermittlung durch Umfragen / Befragung potentieller Teilnehmer und erstellt ein Jahresprogramm, die mit der Pflegedirektion und den Pflegedienstleitungen auf den betrieblichen Bedarf abgestimmt wird.

Aufgabe der Fortbildungsabteilung ist die Bereitstellung des Angebots, die Auswahl der Dozenten, die Durchführung der Veranstaltungen und die statistische und qualitative Auswertung anhand festgelegter Ziele und Kriterien.

Die kontinuierliche Beurteilung der Durchführungsqualität ermöglicht uns eine ständige Verbesserung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Kriterien sind dabei die Teilnehmerorientierung, eine der Lernsituation angepaßte Teilnehmerzahl, Methodenwahl und die Aktualität der Inhalte und Materialien.

Durch folgende Maßnahmen wollen wir den Transfer in die Praxis sicherstellen:

- die Führungskräfte sind über Fort- und Weiterbildungsinhalte informiert, und können so die Mitarbeiter bei der Umsetzung des Erlernten begleiten und unterstützen
- Praxisanleiter und Mentoren sichern die Weiterbildung am Arbeitsplatz und begleiten die Lernprozesse.
- Teilnehmer einer Fortbildung treffen sich zum Erfahrungsaustausch und zur gegenseitigen Unterstützung
- durch Projektbegleitung, Beratung, Reflexion und gezielte Anleitung wird eine erfolgreiche Anwendung neuer Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten im Berufsalltag gefördert.

Durch die Öffnung der Fort- und Weiterbildung auch für externe Teilnehmer tragen wir mit zur Vernetzung vorhandener pflegerischer Versorgungsangebote bei.

¹³⁵

aus: „Pflegekonzeption im Städtischen Klinikum Karlsruhe“, S.14f

Anlage 16 Leitfaden des BBz zur Ermittlung des Bildungsbedarfs

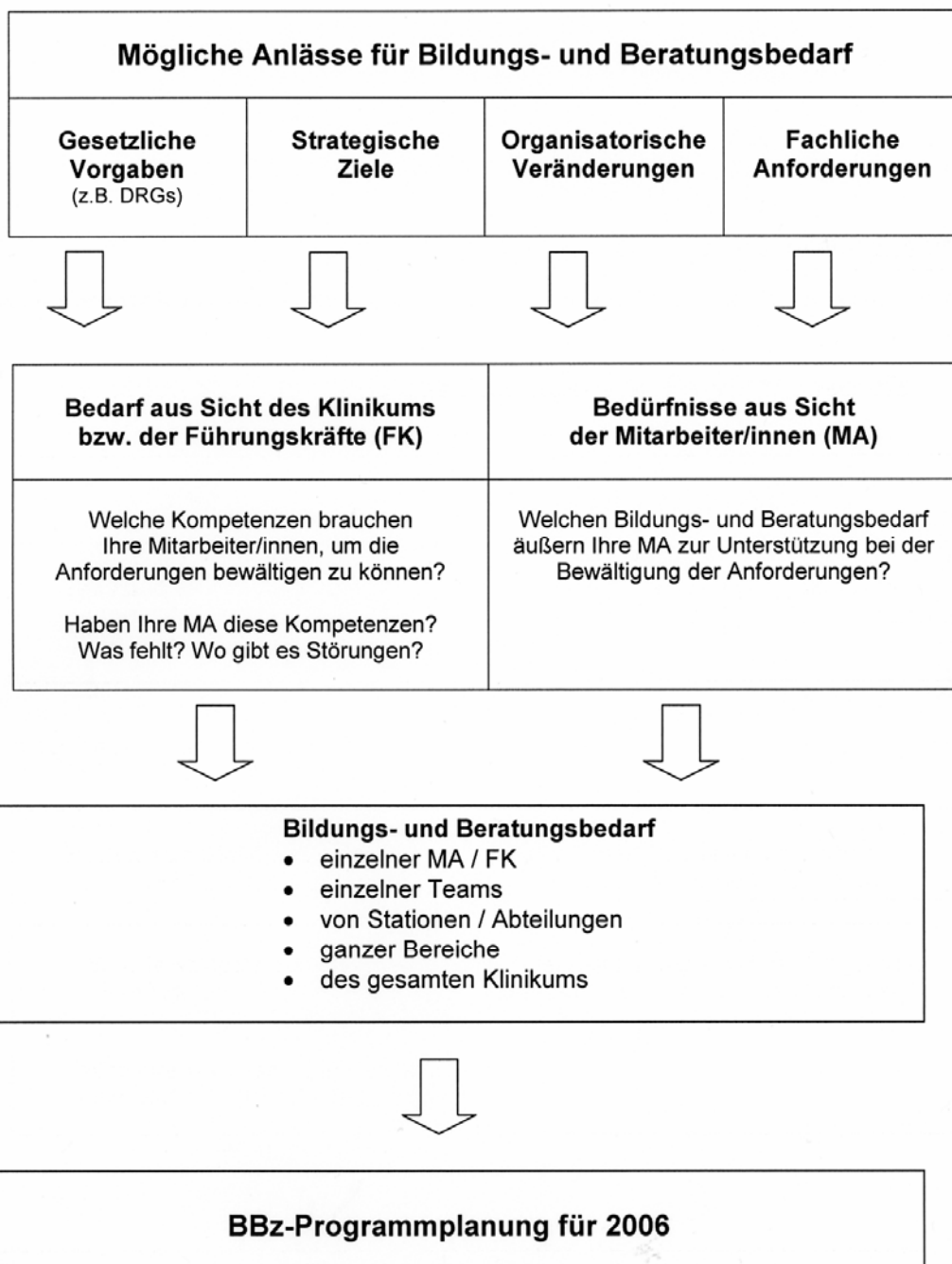


Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

BBz

Bildungs- und Beratungszentrum

Leitfaden zur Ermittlung des Bildungs- und Beratungsbedarfs





Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH

BBz

Bildungs- und Beratungszentrum

Bildungs- und Beratungsbedarf 2006

Name: _____

Bereich: _____ Funktion: _____

1. Auf meinen Bereich, mein Team, ... kommen folgende **Veränderungen** zu:

2. Zur **Bewältigung der Anforderungen** könnten uns folgende Bildungs- bzw. Beratungsangebote hilfreich sein:

3. Die **Mitarbeiter/innen** haben bzw. äußern Bildungsbedarf zu folgenden Themenbereichen (Ergebnisse aus MA-Gesprächen / Zielvereinbarungen):

4. Mein **eigener Bedarf als Führungskraft** vorhandenes Wissen aufzufrischen bzw. zu erweitern, um auf künftige Aufgaben besser vorbereitet zu sein:

5. Welche Seminare aus dem Programm 2004/2005 haben Sie für Ihre Mitarbeiter/innen als erfolgreich in der **alltäglichen Umsetzung** erlebt?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anlage 17 Ergebnisse der Bildungsbedarfsplanung 2004/2005

Fehlplanungen 2004/2005¹³⁶

Absagen durch BBz in 2004 / 2005	
2004	2005
AFG <ul style="list-style-type: none"> • Modul 6 / QM • Besprechungsmanagement • MA-Beurteilung • Mediation • Arbeitszeitrecht • Arbeits- u. Tarifrecht • Personalentwicklung BWG <ul style="list-style-type: none"> • MA-Gespräch für MA • Beschwerdemanagement • Haftungsrecht für Ärzte • Trainerseminare • Kinästhetik VT • ZVK • Pflegeprozess 	AFG <ul style="list-style-type: none"> • Einarbeitung neuer MA • MA-Gespräch • Zielvereinbarungen BWG <ul style="list-style-type: none"> • Aufnahmegespräch/Pflegeanamnese • Beraten in der Pflege • Telefontraining • Gewaltprävention • Haftungsrecht für Ärzte • Selbstverteidigung für Frauen • Mega-Codetraining • Dekubitusprophylaxe • Trainerseminare

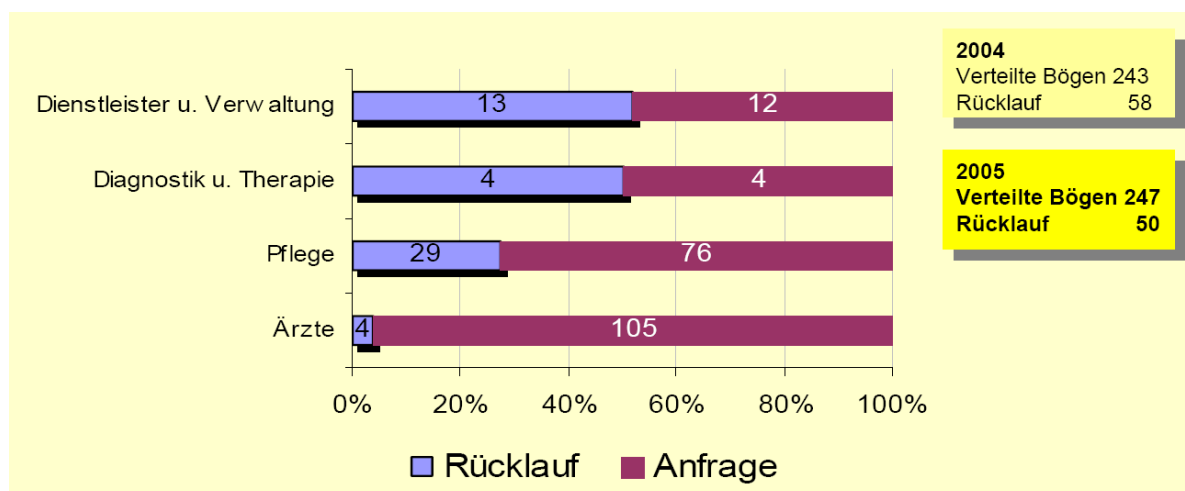


Erläuterung:

AFG = Akademie für Führungskräfte im Gesundheitswesen

BWG = Berufliche Weiterbildung im Gesundheitswesen

Ergebnis der Bildungsbedarfsbefragung für 2006¹³⁷



¹³⁶

Präsentation von Friedbert Mager, BBz, 5.7.2005

¹³⁷

Präsentation von Friedbert Mager, BBz, 5.7.2005

ventrich D12

138

Quelle: Herr Herrbrich, D12, Mitarbeiternamen aus Datenschutzgründen entfernt

Anlage 19 KTQ¹³⁹

2.2 Personalentwicklung

Die Personalentwicklung des Krankenhauses orientiert sich an den Bedürfnissen des Hauses und der Mitarbeiter.

2.2.1 Systematische Personalentwicklung

Das Krankenhaus betreibt eine systematische Personalentwicklung.

Plan				Do									
0	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Beschreiben Sie die Planung der Prozesse, auf die sich das Kriterium bezieht, sowie die geregelten Verantwortlichkeiten in Ihrer Klinik.

1. Beschreiben Sie Ihre Planungen zur systematischen Personalentwicklung.

Beschreiben Sie den „Ist-Zustand“ bzw. die Umsetzung der Prozesse, auf die sich das Kriterium bezieht.

1. Inwieweit berücksichtigt die systematische Personalentwicklung die Umsetzung
 - einer Karriereplanung für Mitarbeiter?
 - eines umfassenden Beurteilungssystems?
 - einer Planung der Fort- und Weiterbildung?
 - regelmäßiger Mitarbeitergespräche mit Zielvereinbarungen?
2. Inwieweit werden die Wünsche der Mitarbeiter in der Personalentwicklung berücksichtigt?
3. Inwieweit wird bei der Einstellung neuer Mitarbeiter das Konzept der Personalentwicklung berücksichtigt?

Check				Act			
0	1	2	3	0	1	2	3

Beschreiben Sie, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung der im Do dargestellten Prozesse erfolgt, ggf. gemessen an den Zielen des Plan (Kennzahlen, Messgrößen).

1. Wie überprüfen Sie die Zufriedenheit der Mitarbeiter hinsichtlich der Personalentwicklung?

Beschreiben Sie die Verbesserungsmaßnahmen, die Sie aus den Ergebnissen des Check abgeleitet haben.

- Nehmen Sie bitte Bezug auf alle Prozessbeschreibungen, die im Do und Check beschrieben sind.
- Beschreiben Sie, wie diese Verbesserungsmaßnahmen ggf. in die erneute Prozessplanung einfließen.

2.2.2 Festlegung der Qualifikation

Das Krankenhaus stellt sicher, dass Wissensstand, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Mitarbeiter den Anforderungen der Aufgabe (Verantwortlichkeiten) entsprechen.

Plan				Do									
0	1	2	3	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Beschreiben Sie die Planung der Prozesse, auf die sich das Kriterium bezieht, sowie die geregelten Verantwortlichkeiten in Ihrer Klinik.				Beschreiben Sie den „Ist-Zustand“ bzw. die Umsetzung der Prozesse, auf die sich das Kriterium bezieht.									
1. Beschreiben Sie Ihre Regelungen zur Festlegung der Qualifikation: Inwieweit beinhalten diese z. B.: <ul style="list-style-type: none"> • Tätigkeitsbeschreibungen für den Aufgabenträger? • organisatorische Einordnung der Stelle im Krankenhaus, einschließlich Kompetenzen? • spezifische Leistungsanforderungen? 				1. Inwieweit gibt es Aufgabenanalysen in den einzelnen Abteilungen bzw. Kliniken? 2. Inwieweit gibt es Stellenbeschreibungen für die Mitarbeiter? 3. Inwieweit werden die Stellenbeschreibungen regelmäßig aktualisiert? 4. Inwieweit beteiligen sich Mitarbeiter an externen Qualifikationserhebungsverfahren (z. B. freiwillige Registrierung in der Pflege: www.freiwillige-registrierung.de)? 5. Wie stellen Führungskräfte sicher, dass die Mitarbeiter den aktuellen Stand der Wissenschaft bei ihrer Tätigkeit berücksichtigen?									
Check				Act									
0	1	2	3	0	1	2	3						
Beschreiben Sie, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung der im Do dargestellten Prozesse erfolgt, ggf. gemessen an den Zielen des Plan (Kennzahlen, Messgrößen).				Beschreiben Sie die Verbesserungsmaßnahmen, die Sie aus den Ergebnissen des Check abgeleitet haben.									
1. Wie überprüfen Sie die erforderliche Qualifikation der Mitarbeiter für die Erfüllung ihrer Aufgaben? 2. Dienen diese Analysen dazu, den zukünftigen Bedarf an Fort- und Weiterbildung zu ermitteln?				<ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie bitte Bezug auf alle Prozessbeschreibungen, die im Do und Check beschrieben sind. • Beschreiben Sie, wie diese Verbesserungsmaßnahmen ggf. in die erneute Prozessplanung einfließen. 									

Check				Act			
0	1	2	3	0	1	2	3
<p>Beschreiben Sie, wie die regelmäßige, nachvollziehbare Überprüfung und Bewertung der Zielerreichung der im Do dargestellten Prozesse erfolgt, ggf. gemessen an den Zielen des Plan (Kennzahlen, Messgrößen).</p> <p>1. Wie wird regelmäßig die Nutzung und Akzeptanz von durchgeführten Fortbildungen erhoben?</p>				<p>Beschreiben Sie die Verbesserungsmaßnahmen, die Sie aus den Ergebnissen des Check abgeleitet haben.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nehmen Sie bitte Bezug auf alle Prozessbeschreibungen, die im Do und Check beschrieben sind. • Beschreiben Sie, wie diese Verbesserungsmaßnahmen ggf. in die erneute Prozessplanung einfließen. <p>1. Inwieweit werden die Ergebnisse der Auswertung für die Planung weiterer Veranstaltungen genutzt?</p>			

Anlage 20 EFQM

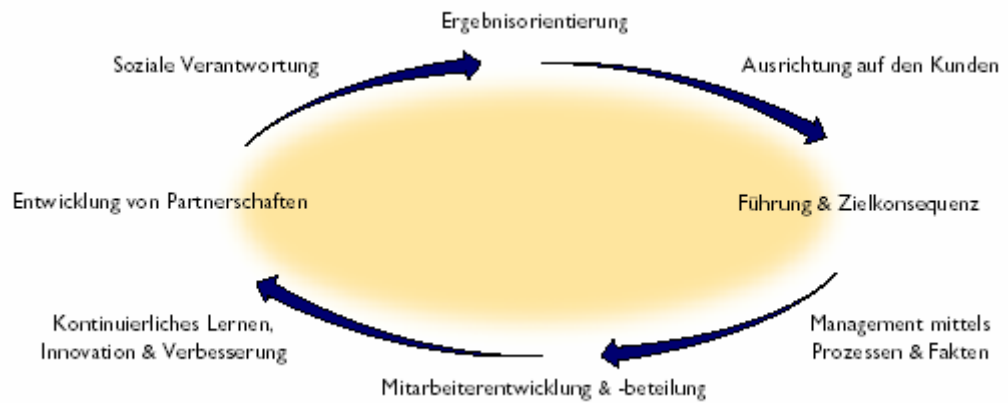


Abbildung 1: Elemente des „Excellence“-Begriffs¹⁴⁰

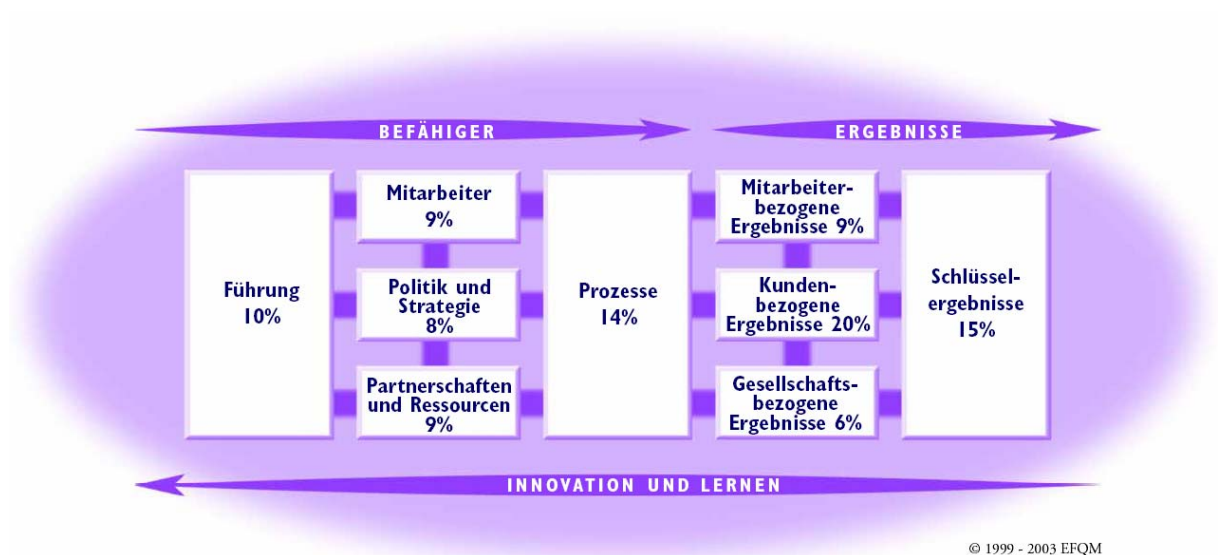


Abbildung 2: Bewertungskriterien des EFQM-Modells¹⁴¹

¹⁴⁰

European Foundation for Quality Management (2003a), S.4

¹⁴¹

European Foundation for Quality Management (2003b), S. 12

Anlage 21 Qualifikationen¹⁴²

Qualifikationen	Mitarbeiter					
	Abteilung					
	Beschäftigungsdauer					
	Note	< 9 Monate	> 9 Monate bis 1 Jahr	1 - 2 Jahre	2 - 4 Jahre	> 5 Jahre
Stationshilfe						
Praxisanleiter und Praxisanleiterin						
3jährige Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger						
3jährige Berufsausbildung zur Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger						
GKP Psychiatrie						
FW Onkologie						
FW Intensiv						
FW Anästhesie						
abgeschlossene Weiterbildung Palliativpflege						
abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung						
abgeschlossene Weiterbildung zur Leitung eines Funktionsbereiches						
abgeschlossene Weiterbildung zur PDL						
abgeschlossenes Studium Pflegemanagement						
Lehrer und Lehrerin						
FSJ / Zivildienstleistende						
Arzthelferin (Stationsassistentin)						

¹⁴² eigene Darstellung

Anlage 22 Einarbeitungsleitfaden D10

Städt. Klinikum Karlsruhe
Gemeinnützige GmbH

Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegedienst



Station :

Mitarbeiter/in :

Bezugsperson :

Eintrittstermin :

Einarbeitung abgeschlossen am :

1. Einführung in die Station

(erster Tag - 2. Woche)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Informieren, Orientieren | <input type="checkbox"/> Dienstplan
<input type="checkbox"/> Urlaubsplanung
<input type="checkbox"/> Krank - / Gesundheitsmeldung
<input type="checkbox"/> Teambesprechungen
<input type="checkbox"/> Anrede, Umgang mit Geschenken
<input type="checkbox"/> Fortbildung | |
| <input type="checkbox"/> Bekanntmachen, Vorstellen | <input type="checkbox"/> Kollegen
<input type="checkbox"/> Physiotherapeuten
<input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Reinigungspersonal
<input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Räumlichkeiten | <input type="checkbox"/> Station | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsraum, Umkleide
<input type="checkbox"/> Dienstzimmer,
<input type="checkbox"/> Funktionsräume
<input type="checkbox"/> Schränke
<input type="checkbox"/> Patientenzimmer
<input type="checkbox"/> Besuchertoilette
<input type="checkbox"/> Sonographie
<input type="checkbox"/> onkologische Ambulanz
<input type="checkbox"/> Apotheke
<input type="checkbox"/> Chemo-Labor |
| | <input type="checkbox"/> Klinik / Bereich | <input type="checkbox"/> Schreibzimmer, Archiv
<input type="checkbox"/> Aufnahme
<input type="checkbox"/> Intensivstationen
<input type="checkbox"/> Neurophysiologie (EEG, VEP, AEP)
<input type="checkbox"/> Doppler, Duplex, EMG |
| <input type="checkbox"/> Kommunikationssysteme | <input type="checkbox"/> Telefon, Piepseranlage
<input type="checkbox"/> Patientenrufanlage
<input type="checkbox"/> Patiententransportdienst (Funk)
<input type="checkbox"/> Rohrpostanlage | <input type="checkbox"/> EKG, Endoskopie
<input type="checkbox"/> Labor + Fach
<input type="checkbox"/> Röntgen+ Fach |
| <input type="checkbox"/> Tagesablauf | <input type="checkbox"/> Frühdienst
<input type="checkbox"/> Spätdienst
<input type="checkbox"/> Nachtdienst | |

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verhalten im Notfall | <input type="checkbox"/> Roter Knopf
<input type="checkbox"/> Notfallwagen (Oxator)
<input type="checkbox"/> Feuerlöscher
(Verhalten im Brandfall) | |
| <input type="checkbox"/> Ver-/Entsorgung der Station | <input type="checkbox"/> Essenskartensystem
<input type="checkbox"/> Wäsche
<input type="checkbox"/> Medikamente | <input type="checkbox"/> Verbandstoff
<input type="checkbox"/> Sterilgut
<input type="checkbox"/> Mülltrennung |
| <input type="checkbox"/> Formulare/Anforderungen | <input type="checkbox"/> Diagnostik
<input type="checkbox"/> Administrativ | |
| <input type="checkbox"/> Dokumentationssystem | <input type="checkbox"/> Kardex
<input type="checkbox"/> Pflegedokumentation | |
| <input type="checkbox"/> Umgang mit Betäubungsmitteln | | |
| <input type="checkbox"/> Pflichtlektüre | <input type="checkbox"/> Hygieneordner
<input type="checkbox"/> Dienstanweisungen
<input type="checkbox"/> Stationshandbuch, Standards | |
| <input type="checkbox"/> Geräteeinweisung | <input type="checkbox"/> Dokumentation im Fortbildungsnachweisheft | |

Städt. Klinikum Karlsruhe
Gemeinnützige GmbH



Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegedienst

2. Die praktische Einarbeitung

Ziel: der/die neue MitarbeiterIn kann in allen Schichten selbständig arbeiten.

- ☐ Grundversorgung
- ☐ allgemeine Pflege

- ☐ Ernährung, Kostaufbau
- ☐ Sondenkost
- ☐ Mobilisation, Lagerung
- ☐ Hilfe bei der Körperpflege
- ☐ Hilfe bei der Ausscheidung

- ☐ spezielle Pflege

- ☐ Vitalzeichenkontrolle
- ☐ Magensonde
- ☐ BDK
- ☐ Verbände (ZVK, PEG, Portanlage, Hickman, Shelton)
- ☐ Medikament, richten + kontrollieren
- ☐ Infusionen, Handhabung + Dosierung
- ☐ ZVD messen
- ☐ Blutentnahme
- ☐ Ein- Ausfuhrkontrolle
- ☐ Umkehrisolation

- ☐ Vor- / Nachbereitung und Assistenz
bei Untersuchungen / Eingriffen
(s. Checkliste)

Stadt.Klinikum Karlsruhe
Gemeinnützige GmbH



Einarbeitung neuer Mitarbeiter im Pflegedienst

- ☐ Umgang mit dem Dokumentationssystem
 - ☐ Kardex
 - ☐ Pflegeanamnese
 - ☐ Pflegeplan / Dokumentation von Maßnahmen
 - ☐ Pflegebericht
- ☐ Aufnahme eines Patienten
 - ☐ Anmeldeformular
 - ☐ Patientenbestandschein
 - ☐ Belegungstafel
 - ☐ Dokumentation anlegen
 - ☐ Routineuntersuchungen richten
- ☐ Entlassung / Verlegung
- ☐ Visite
 - ☐ Entlassungspapiere vorbereiten
 - ☐ E-Datum + ICD
- ☐ Untersuchungen anmelden
 - ☐ Begleiten
 - ☐ Ausarbeiten
- ☐ Geräteeinweisung
 - ☐ HNO ☐ Augen ☐ ZMK
 - ☐ Haut ☐ Neuro-A.O chirurg. Konsile
 - ☐ Röntgen ☐ Endoskopie ☐ EEG
 - ☐ Bodyplethysmographie ☐ EMG
- ☐ Geräteeinweisung
 - ☐ Ivac-Thermometer
 - ☐ Infusomat
 - ☐ Perfusor
 - ☐ Reflogerät
 - ☐ Inhalationsgerät
 - ☐ Sauerstoffanschluß
 - ☐ Absauggerät

Anlage 23 Stellenbeschreibung KS/KP

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



Stellenbeschreibungen

Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger
-exemplarisch-

01. Funktion

Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger
Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger

02. Bereiche

Stationen bzw. Funktionsbereiche

03. Stelleninhaberin bzw. Stelleninhaber

04. Qualifikation

erfolgreich absolvierte 3-jährige Berufsausbildung

05. Revision

Datum:

06. Unterschrift

Stelleninhaberin bzw.
Stelleninhaber

Datum

07. Genehmigung

Weisungsbefugnis

08. Direkt übergeordnete Stelle/vorgesetzte Stelle

- Stations- bzw. Funktionsbereichsleitung, sowie deren Stellvertretung

09. Indirekt übergeordnete Stellen

- Pflegedienstleitung sowie deren Stellvertretung
- Pflegedirektorin bzw. Pflegedirektor sowie deren Stellvertretung
- Geschäftsführung
- Klinikdirektorinnen bzw. Klinikdirektoren in den unter Ziff. 02 genannten Bereichen in medizinischer Sicht

10. Weisungsbefugnis in fachlicher Hinsicht

- Krankenpflegehelferinnen bzw. Krankenpflegehelfer
- Stationshilfen, Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer
- Stationsassistentin bzw. Stationsassistent

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



- Schülerinnen und Schülern der Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule und Hebammenschule
- Sonstige der Station bzw. Abteilung zugeordnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Praktikantinnen bzw. Praktikanten, Hospitantinnen bzw. Hospitanten, ZDL, FSJ etc.)

11. Zielsetzung der Stelle

- Sicherstellung einer fachkundigen, sicheren, geplanten und dokumentierten Pflege nach einem ganzheitlichen Ansatz unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte, in Kooperation mit den verschiedenen Berufsgruppen
- Basis der Arbeit ist das Klinik- und Pflegeleitbild, die Pflege- und die Pflegeprojektkonzeption

Alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter haben durch Ihr Verhalten mit dazu beizutragen

- die psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse der Patienten bei der Pflege soweit wie möglich zu erfüllen
- die Kooperation und Zusammenarbeit im eigenen und mit anderen Bereichen im Krankenhaus zu fördern
- wirtschaftlich und verantwortungsvoll mit sämtlichen Verbrauchs- und Investitionsgütern umzugehen
- die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie die praktische Ausbildung der Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule und Hebammenschule zu gewährleisten
- sich konstruktiv mit neuen Erkenntnissen der Kranken- und Kinderkrankenpflege auseinanderzusetzen
- die Vorgaben der Pflegekonzeption und des Pflegeprozesses umzusetzen
- das Arbeitsklima im Bereich positiv zu fördern.

12. Aufgaben

<u>Pflegebezogen:</u>	<u>Kompetenzstufe</u>
Organisationsentwicklung in der Pflege	D
Umsetzung der Pflegekonzeption und des Pflegeprozesses	A - D
Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen im Pflegebereich	C - D
Durchführung von Übergaben mit dem Patienten oder der Pflegevisite	A - D
Teilnahme an Arztvisiten	A – D
Anordnungen der Ärzte werden fachgerecht ausgeführt, auffällige Beobachtungen unverzüglich weitergeleitet.	A - D
Therapeutische und diagnostische Maßnahmen werden nach ärztlicher Anordnung ordnungsgemäß vorbereitet und ausgeführt.	A - D
Die Mitarbeit und die Selbständigkeit der Patientinnen und Patienten werden auf Wunsch und unter Einbeziehung von Angehörigen und Bezugspersonen gefördert.	A

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



Mitarbeit in Arbeitsgruppen	C - D
Durchführung von Testverfahren bei pflegerelevanten Artikeln	C
Vorschläge für das Pflegebudget	D
Die geltenden Hygieneregeln, die Schweigepflicht, der Datenschutz und die Unfallverhütungsvorschriften werden beachtet.	A

<u>Mitarbeiterbezogen:</u>	<u>Kompetenzstufe</u>
Teilnahme an Mitarbeiterbesprechungen gemäß Strukturstandard der PDL	A
Teilnahme an Dienstübergaben	A
Anleitung und Kontrolle der Auszubildenden	A - B
Erstellung von Beurteilungen für Auszubildende	B
Mitarbeit bei der Erstellung von Mitarbeiterbeurteilungen	D
Verpflichtung zur Meldung grober Verstöße gegen das Strafrecht und/oder arbeitsvertraglicher Regelungen	A
Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben, Rechtsverordnungen, Dienstabweisungen sowie tariflicher Bestimmungen	A

<u>Sonstige:</u>	<u>Kompetenzstufe</u>
Eigene Fort- und Weiterbildung	C - D
Kooperation mit anderen Bereichen im Klinikum	A - D
Vorschläge zu Bauplanungen	A - D
Vorschläge für Fort- und Weiterbildung im Rahmen der BBZ - Jahresplanung	D

Anlage 24 Stellenbeschreibung Stationsleitung

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



Stellenbeschreibungen Stations- und Funktionsbereichsleitung, sowie deren Stellvertretung -exemplarisch-

01. Funktion

Stations- und Funktionsbereichsleitung, sowie deren Stellvertretung

02. Bereiche

Allgemeine Pflegestationen und Funktionsbereiche

03. Stelleninhaberin bzw. Stelleninhaber

04. Qualifikation

Erfolgreich absolvierte 3-jährige Berufsausbildung
Abgeschlossene Weiterbildung zur Stationsleitung bzw. zur Leitung eines
Funktionsbereiches oder die Bereitschaft eine dieser Qualifikationen zu er-
werben.

05. Revision

Datum:

06. Unterschrift

Stelleninhaberin bzw.
Stelleninhaber

Datum

07. Genehmigung

Weisungsbefugnis

08. Direkt übergeordnete Stelle/vorgesetzte Stelle

- Pflegedienstleitung, sowie deren Stellvertretung
- Assistentin bzw. Assistent der Pflegedienstleitung

09. Indirekt übergeordnete Stellen

- Pflegedirektorin bzw. Pflegedirektor sowie deren Stellvertretung
- Geschäftsführung
- Klinikdirektorinnen bzw. Klinikdirektoren in den unter Ziff. 02 genannten
Bereichen in medizinischer Sicht

10. Nachgeordnete Stellen

- Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger
sowie Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Kin-
derkrankenpfleger

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



- Krankenpflegehelferinnen bzw. Krankenpflegehelfer
- Stationshilfen, Pflegehelferinnen bzw. Pflegehelfer
- Stationsassistentin bzw. Stationsassistent
- Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule und Hebammenschule
- Sonstige der Station bzw. Abteilung zugeordnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Praktikantinnen bzw. Praktikanten, Hospitantinnen bzw. Hospitanten, ZDL, FSJ etc.)

11. Zielsetzung der Stelle

- Sicherstellung einer fachkundigen, sicheren, geplanten und dokumentierten Pflege nach einem ganzheitlichen Ansatz unter Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte, in Kooperation mit den verschiedenen Berufsgruppen.
- Basis der Arbeit ist das Klinik- und Pflegeleitbild, die Pflege- und die Pflegeprojektkonzeption

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind mit dem Ziel zu führen,

- die psychischen, physischen und sozialen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten bei der Pflege soweit als möglich zu erfüllen
- die Kooperation mit anderen Bereichen im Krankenhaus positiv zu fördern
- wirtschaftlich und verantwortungsvoll das vorgesehene Budget einzusetzen
- die Einarbeitung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die praktische Ausbildung der Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule und Hebammenschule zu gewährleisten
- sich mit Neuerungen in der Krankenpflege bzw. Kinderkrankenpflege auseinanderzusetzen
- den zugewiesenen Bereich kontinuierlich, unter Berücksichtigung der persönlichen Ressourcen, weiterzuentwickeln
- die Vorgaben der Pflegekonzeption und des Pflegeprozesses umzusetzen
- das Arbeitsklima im zuständigen Bereich positiv zu fördern

12. Führungsaufgaben

Alle nachfolgenden Aufgaben unterliegen einer Teilnahme- oder Durchführungspflicht in der jeweiligen Kompetenzstufe. Eine Delegation unter Berücksichtigung der entsprechenden Qualifikation ist grundsätzlich möglich.

<u>Pflegebezogen:</u>	<u>Kompetenzstufe</u> Leitung	<u>Kompetenzstufe</u> stellv. Leitung
Organisationsentwicklung in der Pflege	C	C
Umsetzung der Pflegekonzeption und des Pflegeprozesses	A	A
Einleitung qualitätssichernder Maßnahmen im Pflegebereich	D - B	D - B
Mitverwaltung des Pflegebudgets, Erstellen des Anforderungskataloges zur Budgetplanung	C	D
Überwachung und Durchführung von Testverfahren bei pflegerelevanten Artikeln	C	C

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



<u>Pflegebezogen:</u>	<u>Kompetenzstufe</u> Leitung	<u>Kompetenzstufe</u> stellv. Leitung
Mitarbeit in Arbeitsgruppen	C - D	C - D
Die geltenden Hygieneregeln, die Schweigepflicht, der Datenschutz und die Unfallverhütungsvorschriften werden beachtet.	A	A

<u>Mitarbeiterbezogen:</u>	<u>Kompetenzstufe</u> Leitung	<u>Kompetenzstufe</u> stellv. Leitung
Regelmäßige Durchführung von Stationsleitungs- u. Mitarbeiterbesprechungen gemäß Vorgabe der PDL	A	A
Sicherstellung und Teilnahme an Dienstübergaben	A	A
Regelmäßiges Führen von Mitarbeitergesprächen	A	A
Erstellung, laufende Überwachung und Auswertung des Dienst- und Urlaubsplanes unter Berücksichtigung der tariflichen und betrieblichen Vorgaben	B	B
Mitwirkung bei der Auswahl neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	C	D
Verpflichtung zur Meldung grober Verstöße gegen das Strafrecht und/ oder arbeitsvertraglicher Regelungen	A	A
Überwachung und Einhaltung der gesetzlicher Vorgaben, Rechtsverordnungen, Dienstanweisungen sowie tariflicher Bestimmungen	A	A
Erstellen von Mitarbeiterbeurteilungen	C	D
Mitwirkung bei der Auswahl von Teilnehmerinnen und Teilnehmern für die innerbetriebliche Fort- u. Weiterbildungen gemäß FB-Standard	C	C
Benennung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für Fortbildungsmaßnahmen	B	B
Überprüfung aller Bereiche der Station, auch im Rahmen der Arztvisiten	A	A
Mitarbeit bei der Stellenplanbewirtschaftung im Rahmen der zugewiesenen Planstellen	C - D	C - D

<u>Sonstige</u>	<u>Kompetenzstufe</u> Leitung	<u>Kompetenzstufe</u> stellv. Leitung
Eigene Fort- und Weiterbildung	C - D	C - D
Kooperation mit anderen Bereichen im Klinikum	A - D	A - D
Mitwirkung bei Bauplanungen im unterstellten Bereich	C - D	C - D
Vorschläge für Fort- und Weiterbildung im Rahmen der BBZ - Jahresplanung	C	C

Anlage 25 Kompetenzstufen in den Stellenbeschreibungen

Qualitäts- und Organisationsleitbild

für den Pflege-, Funktions-
und Beratungsdienst

Städt. Klinikum Karlsruhe
gemeinnützige GmbH



Kompetenzstufen

Kompetenzstufen innerhalb der Stellenbeschreibungen haben die Aufgabe, Schnittstellenproblematiken zu vermeiden bzw. den Stelleninhaberinnen und den Stelleninhabern die Sicherheit eines eigenen Handlungsspielraumes zu vermitteln.

Kompetenzstufe A

In dieser Kompetenzstufe hat die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter das Recht und die Pflicht, im Rahmen ihrer/ seiner erworbenen Qualifikationen und Kenntnisse und unter Berücksichtigung betriebsinterner Richtlinien und Standards selbständig zu handeln und zu entscheiden.

Kompetenzstufe B

In dieser Kompetenzstufe hat die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter das Recht, im Rahmen ihrer/ seiner erworbenen Qualifikationen und Kenntnisse und unter Berücksichtigung betriebsinterner Richtlinien und Standards, selbständig zu handeln und zu entscheiden. Damit ist die Pflicht verbunden, Vorgesetzte, und im Rahmen des Pflegeprozesses auch Kolleginnen und Kollegen, zeitnah über die umgesetzte Tätigkeit in Kenntnis zu setzen.

Kompetenzstufe C

In dieser Kompetenzstufe hat die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter das Recht, Maßnahmen oder Projekte vorzubereiten und die Pflicht, die geplanten Maßnahmen oder Tätigkeiten vor der Ausführung dem jeweiligen direkten Vorgesetzten zur Entscheidung vorzulegen.

Kompetenzstufe D

In dieser Kompetenzstufe hat die Mitarbeiterin bzw. der Mitarbeiter das Recht und die Pflicht, erkannte Verbesserungspotentiale im Rahmen seiner erworbenen Qualifikationen und Tätigkeiten in den Betrieb einzubringen, ohne in die direkte Entscheidungskompetenz eingebunden zu sein bzw. die Verantwortung für die Entscheidung tragen zu müssen.

Anlage 26 Pflegestandards (Auszug aus der Liste)

Aszitespunktion	ALL	ALL 001 a	24
Aufnahme eines Patienten auf Station	ALL	ALL 002 a	25
Augenpflege speziell	ALL	ALL 003 a	26
Betäubungsmittel (BTM): Umgang mit Betäubungsmitteln	ALL	ALL 004 a	27
Blasendauerkatheter (BDK): Legen eines Blasendauerkatheters	ALL	ALL 005 c	28
Blasendauerkatheter (BDK): Pflege bei liegendem Blasendauerkatheter	ALL	ALL 006 b	29
Cystofix/Suprapubischer Fistelkatheter: Verband und Pflege	ALL	ALL 009 a	30
Dekubitus: Pflege bei bestehendem Dekubitus	ALL	ALL 010 b	39
Dekubitusprophylaxe	ALL	ALL 011 b	38
Dreiweggehnwechsel	ALL	ALL 013 b	32
Fixierung eines Patienten	ALL	ALL 014 a	33
Fixierung eines Patienten Anlage	ALL	ALL 014 a	36
Fixierung eines Patienten: Fachgerechte Anbringung der Fixiergurte	ALL	ALL 014 a	34
Fixierung eines Patienten: Rechtliche Grundlagen	ALL	ALL 014 a	35
Injektionen i.m.	ALL	ALL 015 b	37
Injektionen s.c. (subcutan)	Bitte Namen	ALL 016 a	
Kardio-pulmonale Reanimation	ALL	ALL 008 a	42
Körperpflege: Ganzkörperwaschung/Teilkörperwaschung	ALL	ALL 019 a	41
Körperpflege: Arten der Körperwaschung Teil 1	ALL	ALL 017 a	43
Körperpflege: Arten der Körperwaschung Teil 2	ALL	ALL 018 a	44
Magensonde: Legen, entfernen	ALL	ALL 020 b	45
Medikamente: Aufziehen und Auflösen von Medikamenten	ALL	ALL 021 b	46
Medikamenten: richten und verabreichen	ALL	ALL 022 a	47
Mundpflege: allgemein	ALL	ALL 023 a	48
Mundpflege: speziell	ALL	ALL 024 a	49
Nahrung richten und verabreichen	ALL	ALL 025 a	50
Nasenpflege bei liegender Magensonde	ALL	ALL 026 b	51
PEG: Verbandwechsel	ALL	ALL 027 b	52
Pflegedokumentation	ALL	ALL 028 a	53
Pflegevisite	ALL	ALL 047 a	54
Pleurapunktion: Vorbereitung, Assistenz und Nachsorge einer Pleurapunktion	ALL	ALL 029 a	55
Pneumonieprophylaxe	ALL	ALL 030 b	56
Port: Pflege des liegenden Port	ALL	ALL 031 c	58
Sondenkost: Verabreichung über Ernährungssonde	ALL	ALL 034 b	67
Dekubitusprophylaxe: Umgang mit der Carital-Optima-Matratze	ALL	ALL 011 b	59
Sterben: Sterbebegleitung	ALL	ALL 035 a	60
Sterben: Versorgung Verstorbener	ALL	ALL 036 a	61
Blutentnahme durch Venenpunktion	MPF	MPF 001 b	62
Sterile Bedingungen auf Akutstation	ALL	ALL 037 a	63
Temperaturbestimmung	ALL	ALL 050 a	64
Thromboseprophylaxe	ALL	ALL 038 c	65
Transfusionen - Handling	ALL	ALL 039 a	66
Übergabe: Allgemein	ALL	ALL 040 a	68
Übergabe: Mit dem Patienten	ALL	ALL 041 b	69
Urin: Spezifisches Gewicht messen	ALL	ALL 043 a	70
Venenkatheterversorgung (Normalstation)	ALL	ALL 044 a	71
Venenverweilkanüle: Verband und Kontrolle	ALL	ALL 047 b	72
Verbandwechsel chirurgischer Wunden	ALL	ALL 048 c	74
Zahnprothesenpflege	ALL	ALL 045 a	73
Appendizitisabklärung	KIK	KIK 001 a	75
Aufnahme eines Kindes	KIK	KIK 003 a	80
Aufnahme eines Frühgeborenen/Neugeborenen	KIK	KIK 002 b	79
Blutentnahme: kapilläre Blutentnahme	KIK	KIK 005 c	76
Comotio cerebri und einfache Schädelfraktur	KIK	KIK 006 a	81
Diabetes mellitus: Erbrechen bei Diabetes mellitus	KIK	KIK 007 a	82
Diabetes mellitus: Fieberhafter Infekt	KIK	KIK 008 a	83
Diabetes mellitus: Neumanifestation	KIK	KIK 009 a	84
Einlauf/Einmalklysma: Verabreichung eines Einlaufs/Einmalklysmas	KIK	KIK 011 a	77
Enteritis: Ernährung bei Enteritis und Diarrhoe	KIK	KIK 013 a	78
Diabetes mellitus: Typ 1 bekannt	KIK	KIK 010 a	90
Entlassung eines Kindes	KIK	KIK 014 a	85
Fieberndes Kind	KIK	KIK 016 a	86
Funduplicatio-OP nach GÖR	KIK	KIK 017 a	88
Herzerkrankungen: Pflege von Kindern mit Herzerkrankungen	KIK	KIK 018 a	87
Inhalationen mit dem Paryboy	KIK	KIK 019 a	89
Inkubator: Pflege des Kindes im Inkubator	KIK	KIK 020 a	91
Kardio-pulmonale-Reanimation	KIK	KIK 021 a	92
Knochenmarkpunktion	KIK	KIK 023 a	94
Lippen-Kiefer-Gaumensalte	KIK	KIK 024 a	95
Lumbalpunktion: Assistenz bei Lumbalpunktion	KIK	KIK 026 a	96
Magenentlastungs-sonde: Pflege bei liegender Magenentlastungs-sonde	KIK	KIK 027 a	97
Masern: Pflege bei Masern	KIK	KIK 028 a	98
Nephrotisches Syndrom: Pflege bei nephrotischem Syndrom	KIK	KIK 029 a	99
Neugeborenen Screening	KIK	KIK 030 a	100

Anlage 27 Pflegestandard Umkehrisolation

Umkehrisolation		Allgemeiner Tätigkeitsstandard		Pflege	
Problem	Ziele	ISO	Maßnahmen		
<ul style="list-style-type: none"> Abwehrschwäche auf Grund der Chemotherapie, Grunderkrankung, Leukozyten < 1000 Gefahr von Infektionen 	<ul style="list-style-type: none"> Keimminderung im direkten Umfeld des Patienten Infektionsvermeidung Früherkennung von Infektionen 	A	<ul style="list-style-type: none"> Patienten und Angehörige über Isolation informieren Merkblatt aushändigen Isolationsszimmerschild an der Zimmertüre anbringen 		
		B	<p>Vorraum bereitstellen von:</p> <ul style="list-style-type: none"> Handschuhen unsteril Schutzkitteln 4 – 5 „Gesichtsmasken Station“ 1 Pack. Reinigungsliste zur Unterschrift für Reinigungspersonal 		
		C	<p>Im Zimmer.</p> <ul style="list-style-type: none"> Äthanolwischdesinfektion 1 x täglich Verbandstisch 1 x täglich alle Geräte mit Terralin abwischen 1 x täglich frische Handtücher und Waschlappen Alle 2 Tage BWW Bereitstellen eines Verbandswagens bei Bedarf Alle Materialien frisch aus den Schränken entnehmen, nicht aus dem Verbandswagen Keine Schnittblumen und Topfpflanzen Maximal 2 Besucher gleichzeitig Kinder nur nach Absprache Patient darf das Zimmer nur nach Absprache verlassen 		
<ul style="list-style-type: none"> Gefahr der Temperaturerhöhung 	<ul style="list-style-type: none"> Rechtzeitiges Erkennen von Fieber 	D	<ul style="list-style-type: none"> 4 x täglich Temperaturkontrolle sublingual (Digitalthermometer mit Einmalschutzhülle oder Ohrthermometer) 		
<ul style="list-style-type: none"> Gefahr von Infektionen/Pilzen (z.B. bei venösen Zugängen, BDK usw.) 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung Rechtzeitiges Erkennen 	E	<ul style="list-style-type: none"> Vorsicht bei ZVK, Portanlage Sofortiger Verbandwechsel, wenn Verband nass/feucht geworden ist 		

Umkehrisolation Allgemeiner Tätigkeitsstandard Pflege

Materialliste	Vorbereitung/Entsorgung/Hinweise	WHO-Grading System
<ul style="list-style-type: none"> • Merkblatt Vorraum: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Pck Mundschutz (Station) • Grüne Kittel • Desinfektionsmittelspender (ggf. auffüllen) Bad: <ul style="list-style-type: none"> • Einmalwaschhandschuhe • Handtücher (2 Stück) • Waschlotion • 1 l Aqua • Plastikbecher zum Mundspülen Isowagen: <ul style="list-style-type: none"> • 1 Fl. Äthanol 70% • Spritzenabwurf • Handschuhe Bei Verbänden: <ul style="list-style-type: none"> • Sterile Handschuhe • Utensilien für i.v.-Zugänge in Klappschütten: <ul style="list-style-type: none"> Kanülen Nr. 1 Pflaster nach Bedarf Sterile Kompressen rote Kombistopfen Multiadapter 3-Wege Hähne • Sterile Schere • Mundspatel • 1 Pck. 10 ml NaCl Plasco • PVJ –Salbe (bei Bedarf) • Aseptoman (kleine Flasche) • Wischtücher 	<p>Vorbereitung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fenster- und Duschvorhang abhängen lassen (Piepser: 80-1272) • Erstreinigung mit Terralin vor Neubelegung durch Reinigungspersonal veranlassen • Richten des Iso-Zimmers anhand der Materialliste <p>Entsorgung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Staubfrei gelagertes Material kann weiterverwendet werden (Schränke, Schütten, Schubladen) • Iso-Schild mit Anfang- und Enddatum der Isolation und ggf. Reinigungsliste an Hauswirtschaftsleitung zurückgeben <p>Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei Betreten des Zimmers: im Vorraum Händedesinfektion und Mundschutz anlegen • Die Ziffern A – M dienen der Dokumentation II. Medizin • KAUZ-Dokumentation: Z 29.0 	<p>0 Keine Probleme</p> <p>1 Schmerzhafter Mund keine Ulzerationen</p> <p>2 Schmerzhafter Mund mit Ulzerationen, normales Essen möglich</p> <p>3 Nur Flüssigkeit, passierte Kost</p> <p>4 Essen und trinken nicht möglich</p>

Umkehrisolation **Pflege**

Allgemeiner Tätigkeitsstandard

Problem	Ziele	ISO	Maßnahmen
<ul style="list-style-type: none"> Gefahr von Soor/Mundinfektionen 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung und/oder rechtzeitiges Erkennen 	F	<ul style="list-style-type: none"> 1 x täglich Mundsichtkontrolle nach dem WHO Grading System 4 x täglich Mundspülung mit Aquadest 100 ml und Salvia-athymol 10 Tropfen oder Myrrhe 10 Tropfen Für jede Anwendung neue Lösung
<ul style="list-style-type: none"> Gefahr von Mundschleimhautblutungen bei Thrombozytopenie 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung einer Verletzung 	G	<ul style="list-style-type: none"> Vorsichtiges Bürsten mit sehr weicher Zahnbürste Bei auftretender Blutung Verzicht!
<ul style="list-style-type: none"> Infektionsgefahr durch liegende Portanlage 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung und/oder rechtzeitiges Erkennen 	H	<ul style="list-style-type: none"> Verbandwechsel nach Standard 1 x täglich Wechsel des 3 Wegehahns
<ul style="list-style-type: none"> Infektionsgefahr durch liegenden ZVK 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung und/oder rechtzeitiges Erkennen 	I	<ul style="list-style-type: none"> Verbandwechsel nach Standard 1 x täglich Wechsel des 3 Wegehahns
<ul style="list-style-type: none"> Infektionsgefahr durch liegende Venenverweilkanüle 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung und/oder rechtzeitiges Erkennen 	J	<ul style="list-style-type: none"> Verbandwechsel nach Standard (mit sterilen Handschuhen)
<ul style="list-style-type: none"> Gefahr einer Infektion im Magen-Darm-Trakt 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung und/oder rechtzeitiges Erkennen 	K	<i>Ernährung und Flüssigkeitszufuhr:</i> <ul style="list-style-type: none"> Einhaltung des Ernährungsplans Bei Bedarf Diätassistentin einschalten
<ul style="list-style-type: none"> Alopezie 	<ul style="list-style-type: none"> Weitgehend gewohntes Äußeres erhalten 	L	<ul style="list-style-type: none"> Nach Arztinformation aushändigen von Perückenkatalogen Oder Information eines Haarhauses
<ul style="list-style-type: none"> Ausgrenzung aus dem Alltag Soziale Isolation 	<ul style="list-style-type: none"> Integration soweit wie möglich Erkennen von psychischen Veränderungen Angemessene Reaktion 	M	<ul style="list-style-type: none"> Signalisieren der Gesprächsbereitschaft für Patienten und Angehörige Einschalten des Psychologen (auf Wunsch des Patienten)

Anlage 28 Vorlage Interviewprotokoll mit Pilotstationen**Befragter Mitarbeiter**

Station	
Funktion	

Besonderheiten der Station

--	--

Kompetenzen

Basiskompetenz	
Spezielle Kompetenzen	
Gewünschte Kompetenzen	

Anlage 29 Erarbeiteter Kompetenzkatalog (Auszüge)

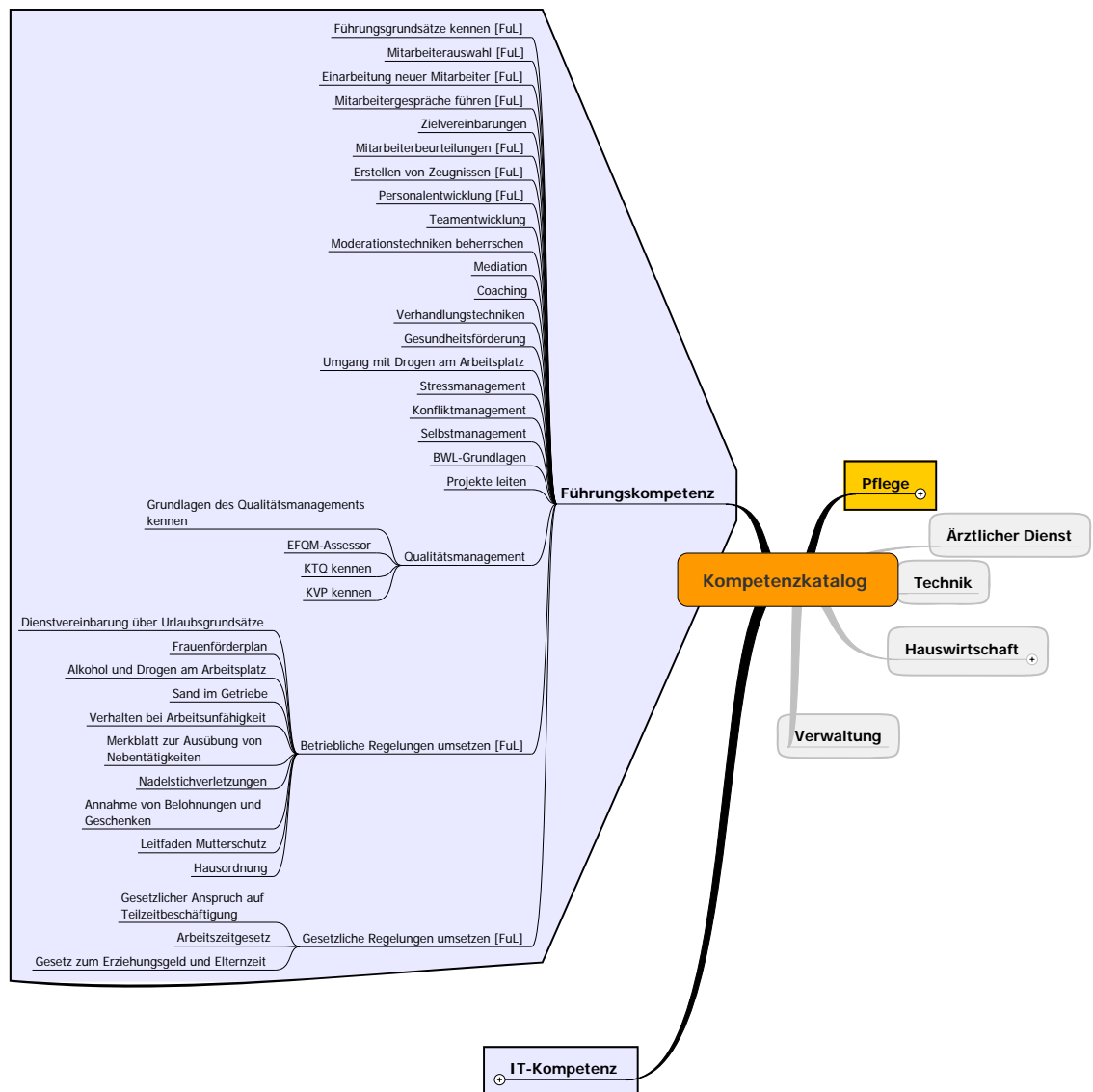


Abbildung 1: Führungskompetenz

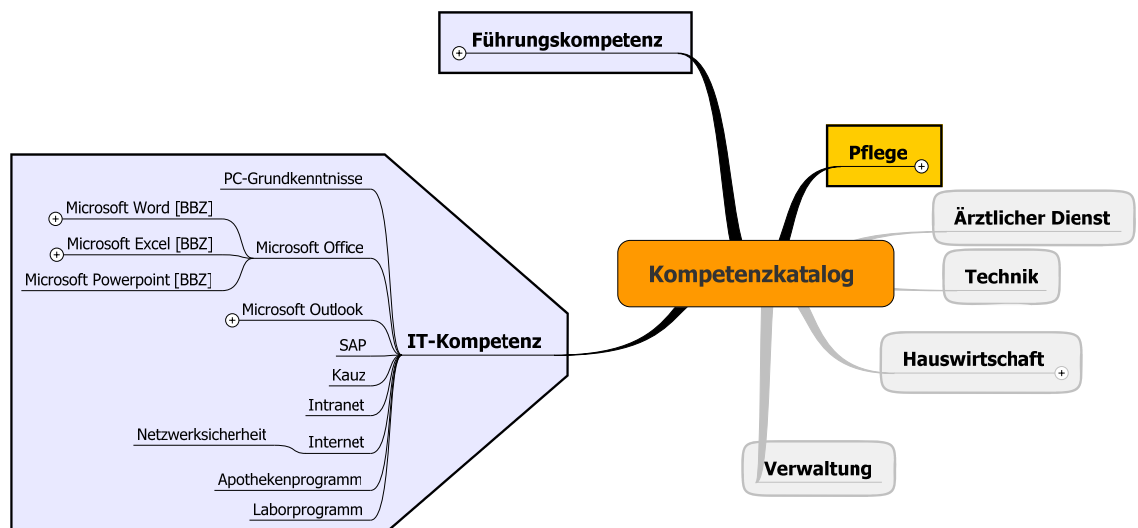


Abbildung 2: IT-Kompetenz

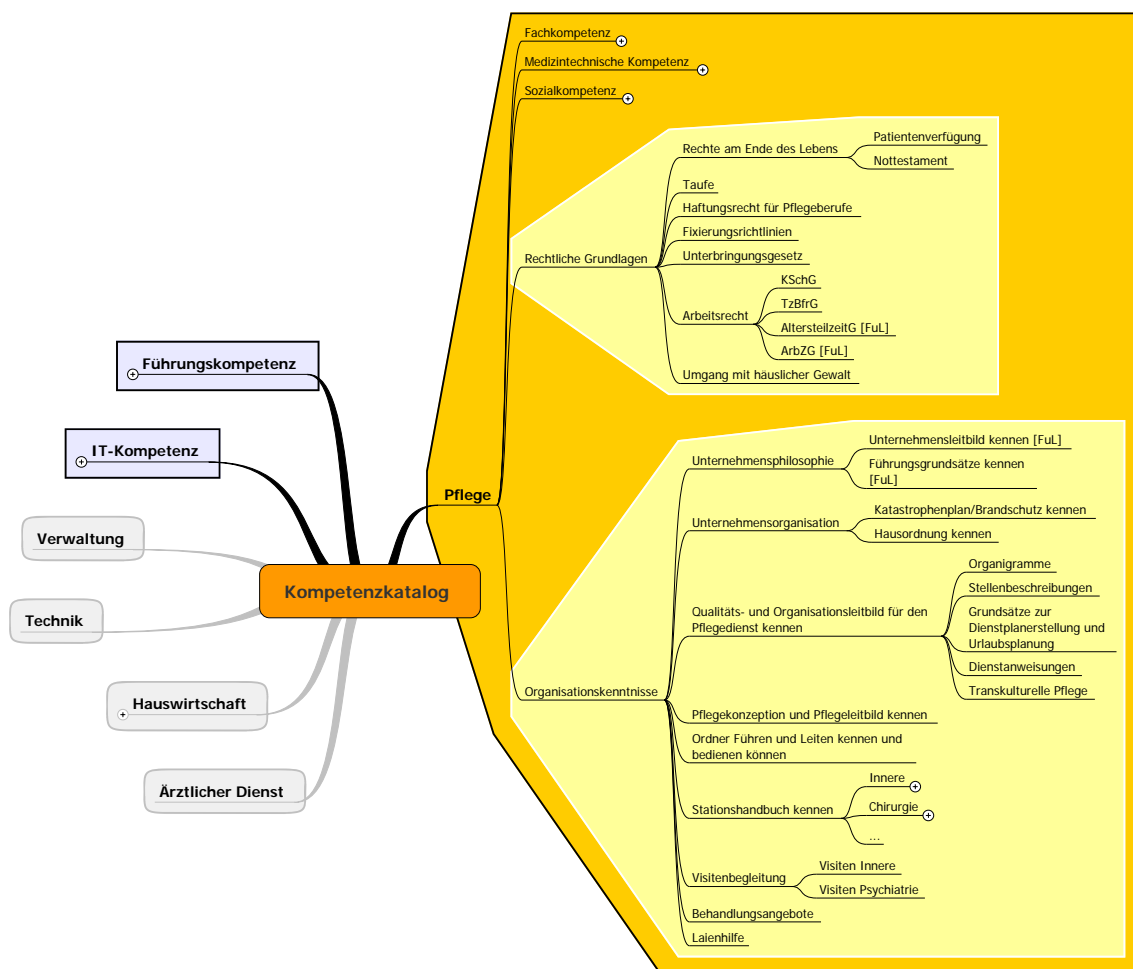


Abbildung 3: Rechtliche Grundlagen und Organisationskenntnisse

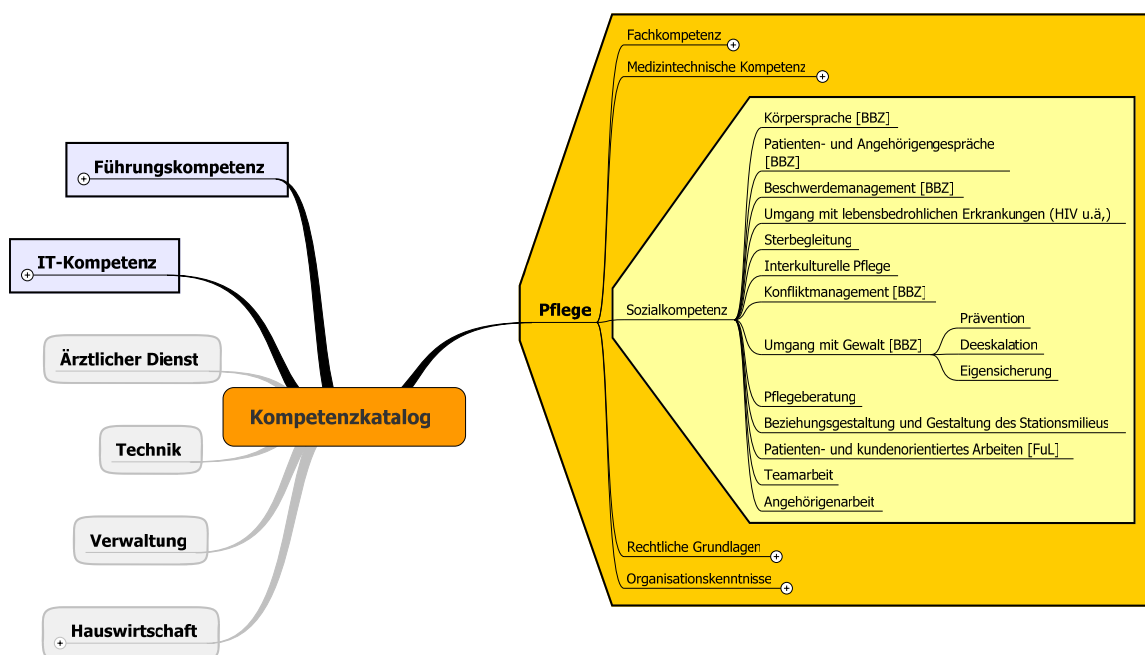


Abbildung 4: Sozialkompetenz

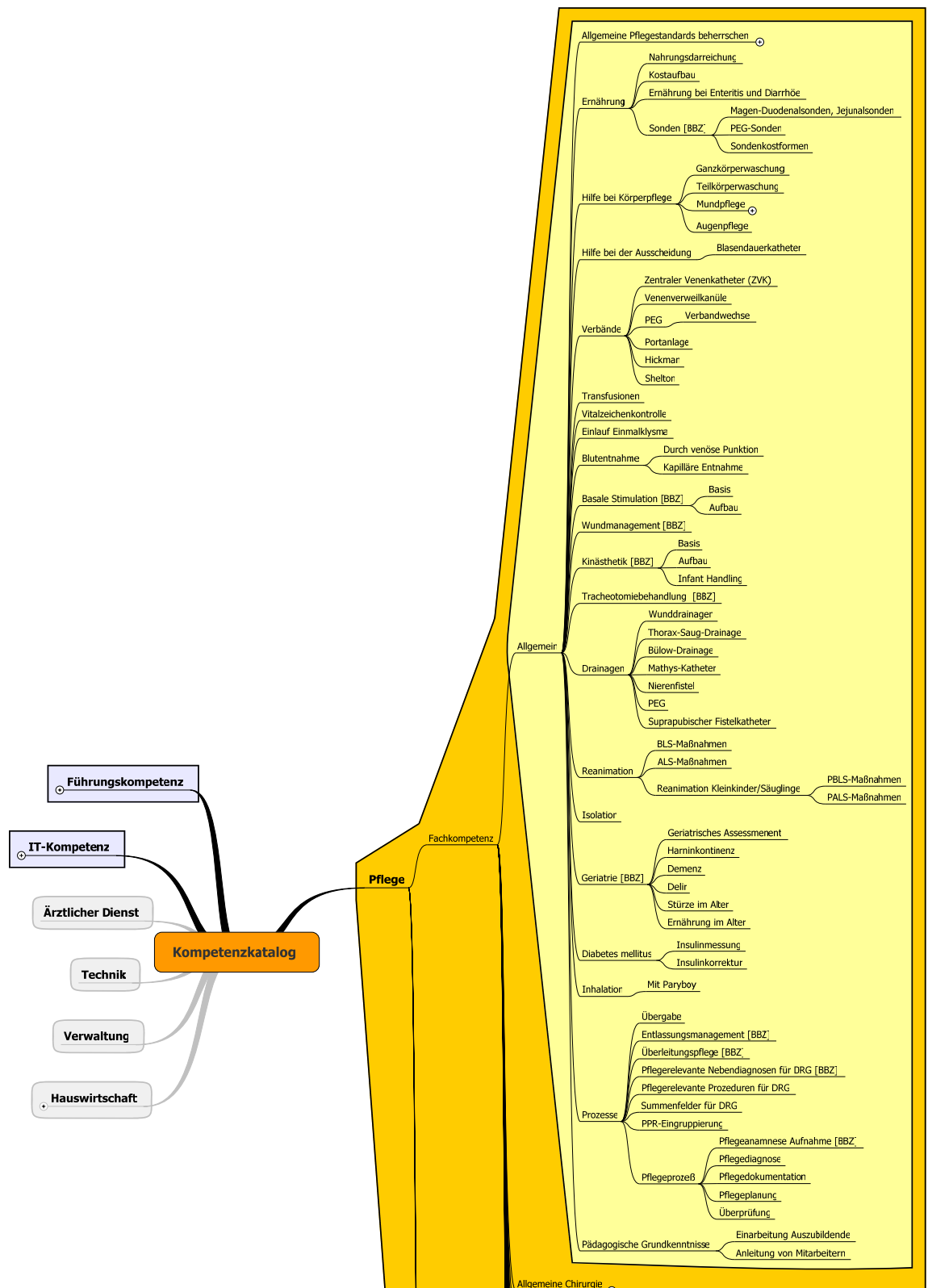


Abbildung 5: Fachkompetenz, Auszug Allgemein

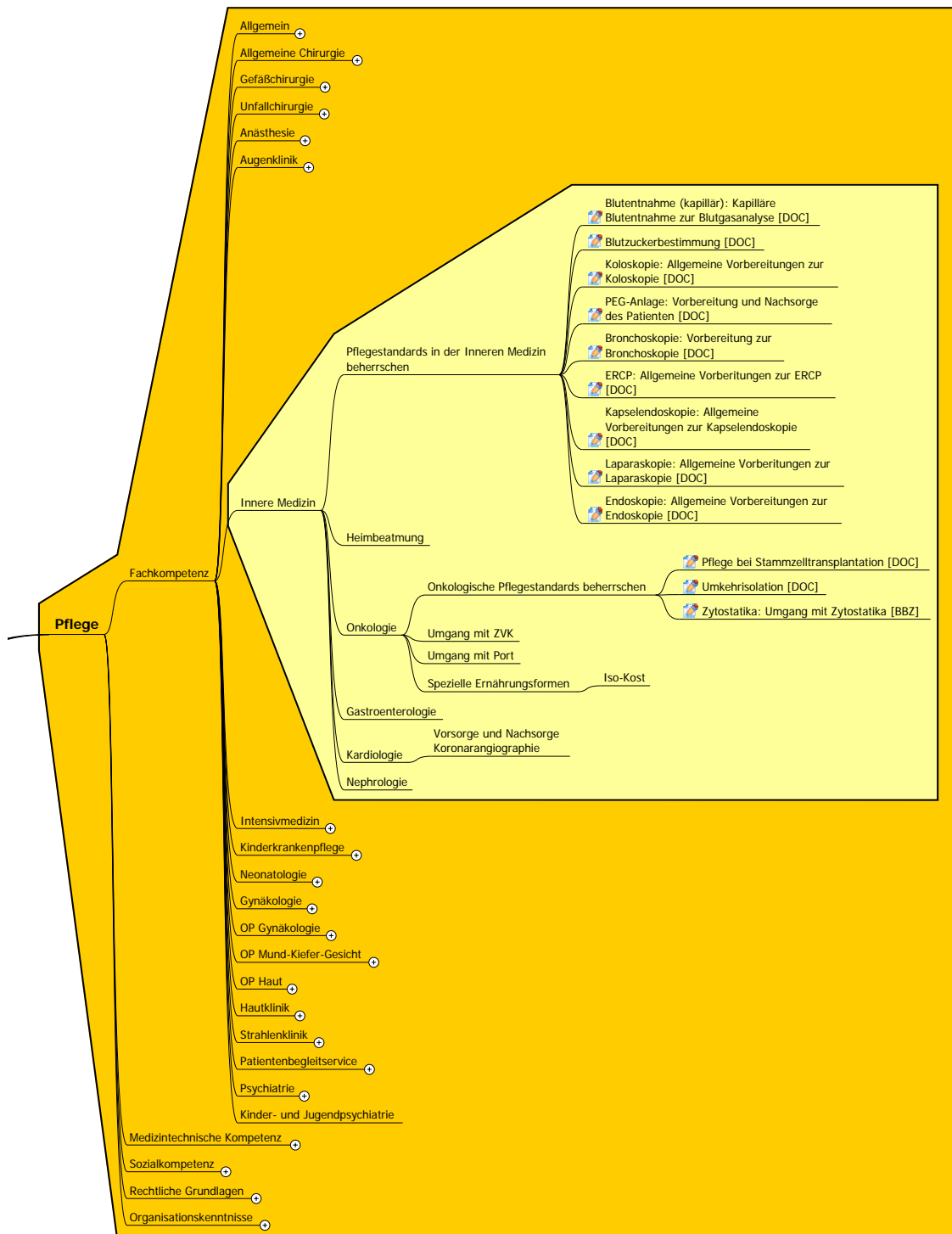


Abbildung 6: Fachkompetenz, Auszug Innere Medizin

Anlage 30 Erarbeitete Anforderungsprofile (Auswahl)

Rolle	
	Basiskompetenz GKP im SKK (Stationäre Bereiche)
Anforderungen	
Qualifikation Ausbildung	3jährige Berufsausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. Gesundheits- und Krankenpfleger
Qualifikation Weiterbildung	
Kompetenzen	
Fachkompetenz	Allgemeine Pflegestandards beherrschen (noch zu def.) Spritzenschein Entlassmanagement Reanimation Einarbeitung von Auszubildenden Anleitung von Auszubildenden und neuen Mitarbeiter
Soziale Kompetenz	Gesprächsführung mit Patienten und Angehörigen Beschwerdemanagement Patienten- und kundenorientiertes Arbeiten
IT-Kompetenz	PC-Grundkenntnisse Netzwerk & Sicherheit Kommunikation & Workgrouping Online-Apotheke Microsoft Excel Microsoft Word Microsoft Outlook Kauz Intranet bedienen Internetkenntnisse
Medizintechnische Kompetenz	Geräteeinweisungen lt. MPG (<i>noch zu def.</i>)
Organisations-kenntnisse	Stationshandbuch kennen Schichtleitungskonzept Visitenbegleitung
Rechtliche Kompetenz	Nottestament Taufe Patientenverfügung Umgang mit häuslicher Gewalt Haftungsrecht für Pflegeberufe

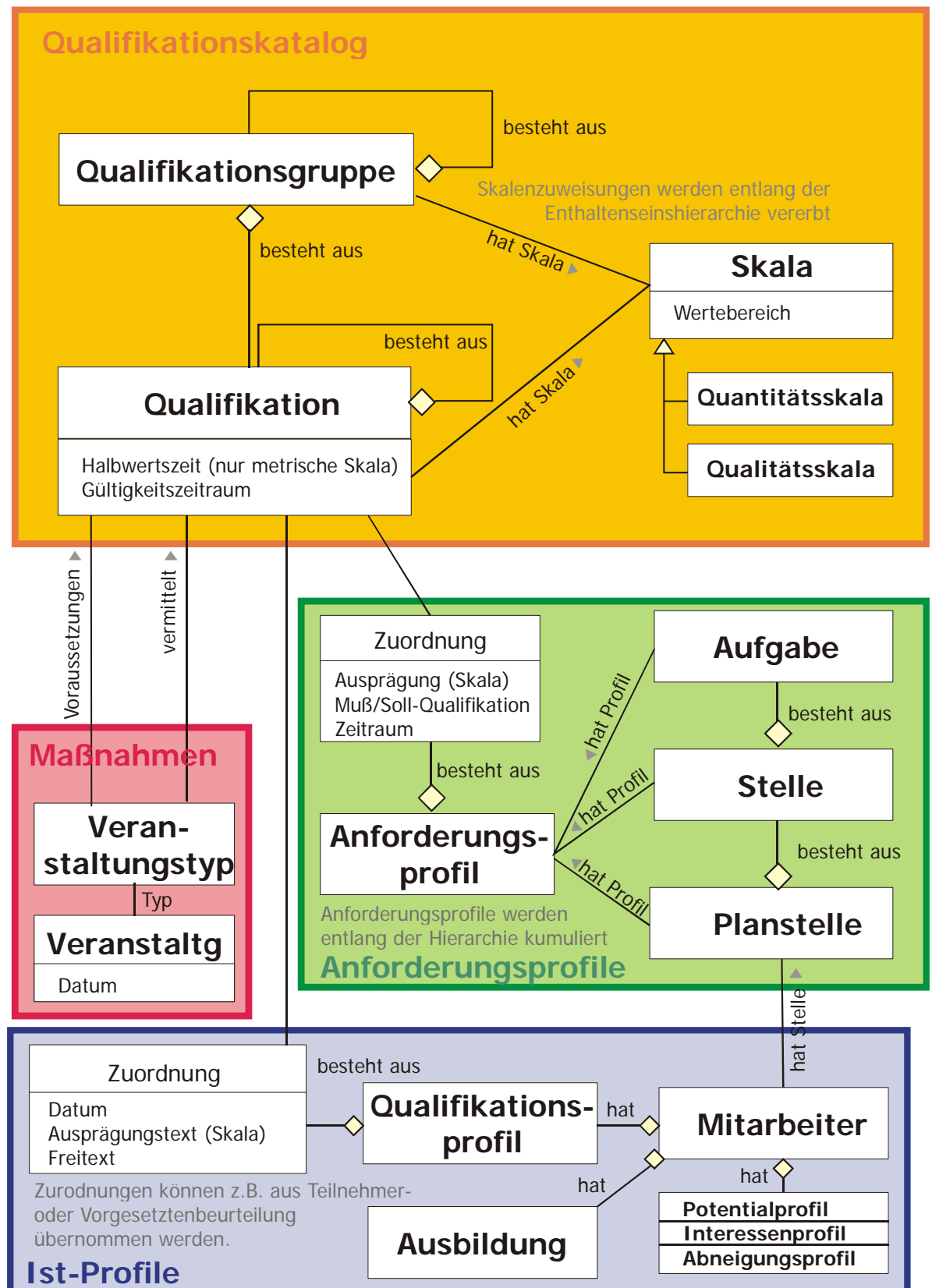
Rolle	
	Basiskompetenz GKP Innere Medizin
Übergeordnete Profile	
	Basiskompetenz GKP (Stationäre Bereiche)
Qualifikation Ausbildung	
Qualifikation Weiterbildung	3-Tageskurs Praxisanleiter
Kompetenzen	
Fachkompetenz	Pflegestandards Innere Medizin allgemein beherrschen Sondenkost Grundkenntnisse Wundmanagement Pflegeanamnese Pflegediagnose Pflegedokumentation PPR-Eingruppierung Pflegerelevante Nebendiagnosen (DRGs) Pflegerelevante Prozeduren (DRGs) Summenfelder Kinästhetik (Grundlagen) Umgang mit ZVK
Soziale Kompetenz	Schichtleitung Recht am Ende des Lebens
IT-Kompetenz	
Organisatorische Kenntnisse	
Medizintechnische Kompetenz	Infusionsspritzenpumpe Infusionspumpe PCA-Pumpe Absauggerät Blutzuckermessgerät Ohrthermometer Druckumwandler Blutwärmegerät Ernährungspumpe O2-Applikation
Rechtliche Kompetenz	

Rolle	
	GKP Onkologie
Übergeordnete Profile	
	GKP Innere Medizin
Anforderungen	
Qualifikation Ausbildung	
Qualifikation Weiterbildung	abgeschlossene Weiterbildung Palliativpflege FW Onkologie
Kompetenzen	
Fachkompetenz	Onkologie Pflegestandards beherrschen Umkehrisolation Kostaufbau Zytostatika-Fortbildung (Pflicht) Chemotherapeutika-Fortbildung (Pflicht) Pflege bei Stammzellentransplantationen Besonderheiten bei Palliativpflege Iso Kost Bülow-Drainage Mathys-Katheter Nierenfistel PEG Suprapubischer Fistelkatheter Umgang mit Port
Soziale Kompetenz	Umgang mit lebensbedrohlichen Erkrankungen (HIV, unheilbar Kranke) Sterbebegleitung
IT-Kompetenz	Stationsspezifische Dokumentation beherrschen (interne Schulung)
Medizintechnische Kompetenz	
Rechtliche Kompetenz	

Bildungsanalyse Onkologie			14 = Mitarbeiteranzahl wird errechnet														
Passende Farbe auswählen, auf das Symbol gehen und auf die Zielzelle klicken																	
Farbe grün entspricht erledigt Farbe gelb entspricht unklar Farbe rot entspricht Bedarf																	
Eingabe der Werte immer als vollständiges Datum(!), z.B. 01-05-2005																	
	Gesamt %	Gesamt absolut	Peter Mustermann	Hans Mustermann	Berta Schmidt	Sabine Meier	Hans Mustermann	Berta Schmidt	Sabine Meier	Hans Mustermann	Berta Schmidt	Sabine Meier	Hans Mustermann	Berta Schmidt	Sabine Meier		
Qualifikationen	Ausbildung																
	GKP	0															
	Weiterbildung																
	Palliativpflege	0															
	3-Tageskurs Praxisanleiter	0															
	Stationsleitungskurs	0															
Basiskompetenzen	FW Onkologie	0															
	Praxisanleiter	0															
	Fachkompetenz																
	Allgemeine Pflegestandards	0															
	Pflegestandards Innere Medizin	0															
	Einarbeitung von Auszubildenden	0															
	Anleitung von Auszubilden/neue MA	0															
	Spritzenschein	0															
	Sondenkost	0															
	Kinästhetik	0															
	Grundkenntnisse Wundmanagement	0															
	Reanimation	0															
	Umgang mit ZVK	0															
	Entlaßmanagement	0															
	Pflegeanamnese	0															
	Pflegediagnose	0															
	Pflegedokumentation	0															
	PPR-Eingruppierung	0															
	Pflegerrelevante Nebendiagnosen	0															
	Pflegerrelevante Prozeduren	0															
	Summenfelder	0															
	Sozialkompetenz																
	Gesprächsführung	0															
	Beschwerdemanagement	0															
	Patienten- und kundenorientiertes A.	0															
	Schichtleitung	0															
	Rechte am Ende des Lebens	0															
	IT-Kompetenz																
PC-Grundkenntnisse	0																
Netzwerk & Sicherheit	0																
Kommunikation & Workgrouping	0																
Online-Apotheke	0																
Microsoft Excel	0																

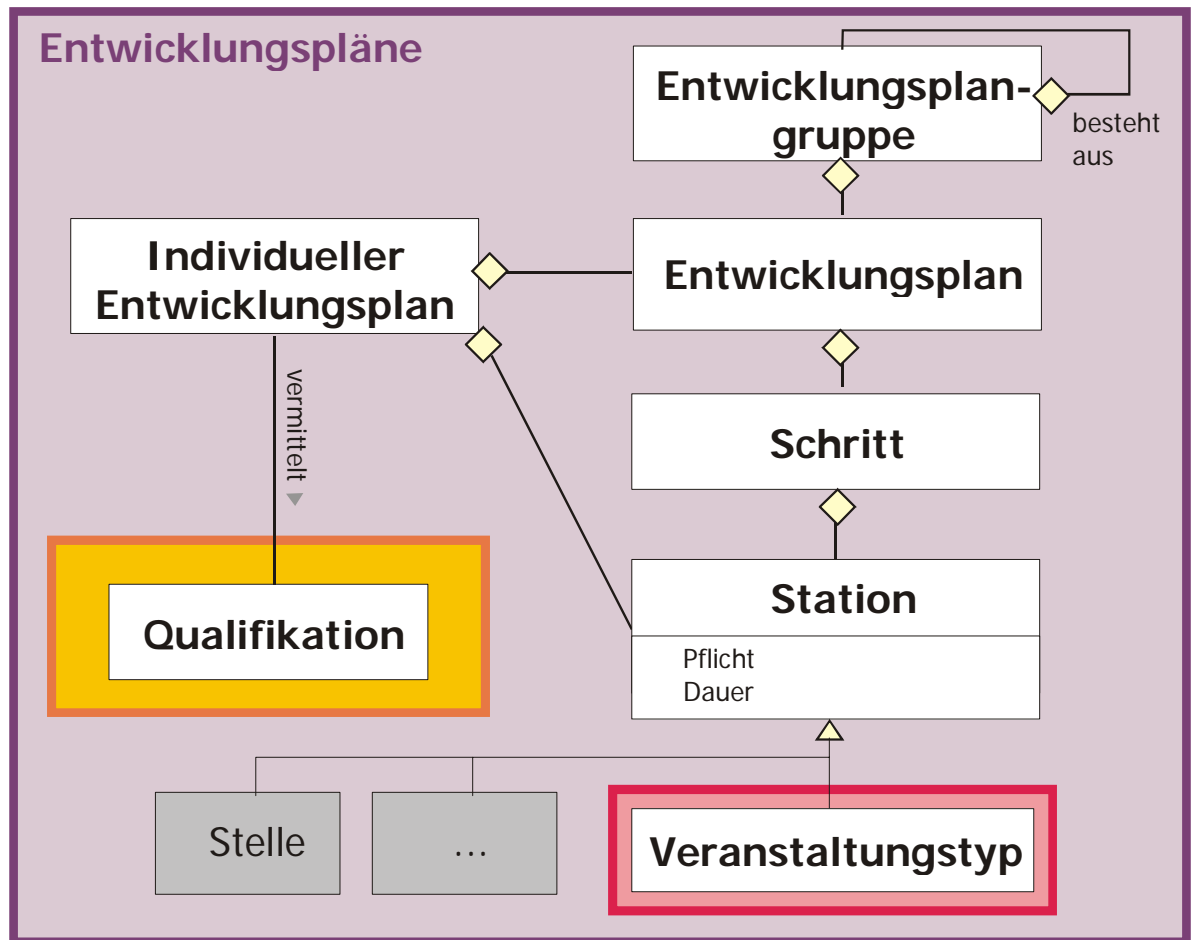
Stationskompetenzen	Fachkompetenz		
	Onkologische Pflegestandards	0	
	Umkehrisolation	0	
	Kostaufbau	0	
	Zytostatika	0	
	Chemotherapie	0	
	Stammzellentransplantation	0	
	Palliativpflege	0	
	Iso-Kost	0	
	Bülöw-Drainage	0	
	Mathys-Katheter	0	
	Nierenfistel	0	
	PEG	0	
	Suprapubischer Fistelkatheter	0	
	Umgang mit Port	0	
Sozialkompetenz			
lebensbedrohliche Erkrankungen	0		
Sterbebegleitung	0		
IT-Kompetenz			
stationsspezifische Dokumentation	0		

Anlage 32 SAP-Informationsmodell für die Personalentwicklung¹⁴³

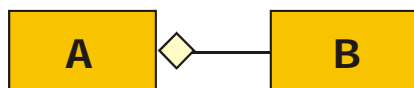


143

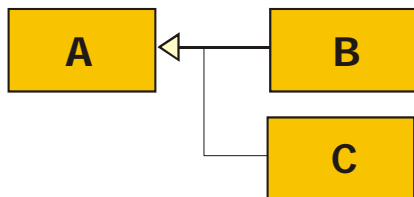
Eigene Darstellung nach Informationen aus Krämer et al. (2003). Die Notation orientiert sich an der Standardmodellierungssprache UML (Unified Modeling Language, <http://www.uml.org>); eine Legende findet sich auf der nächsten Seite.



LEGENDE



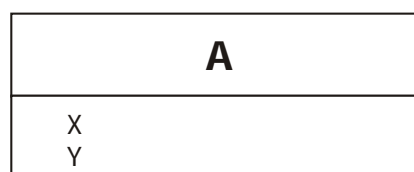
Jedes A besteht aus (einem oder mehreren) B.



B und C sind ein spezielles A
oder: A ist der Oberbegriff für B und C

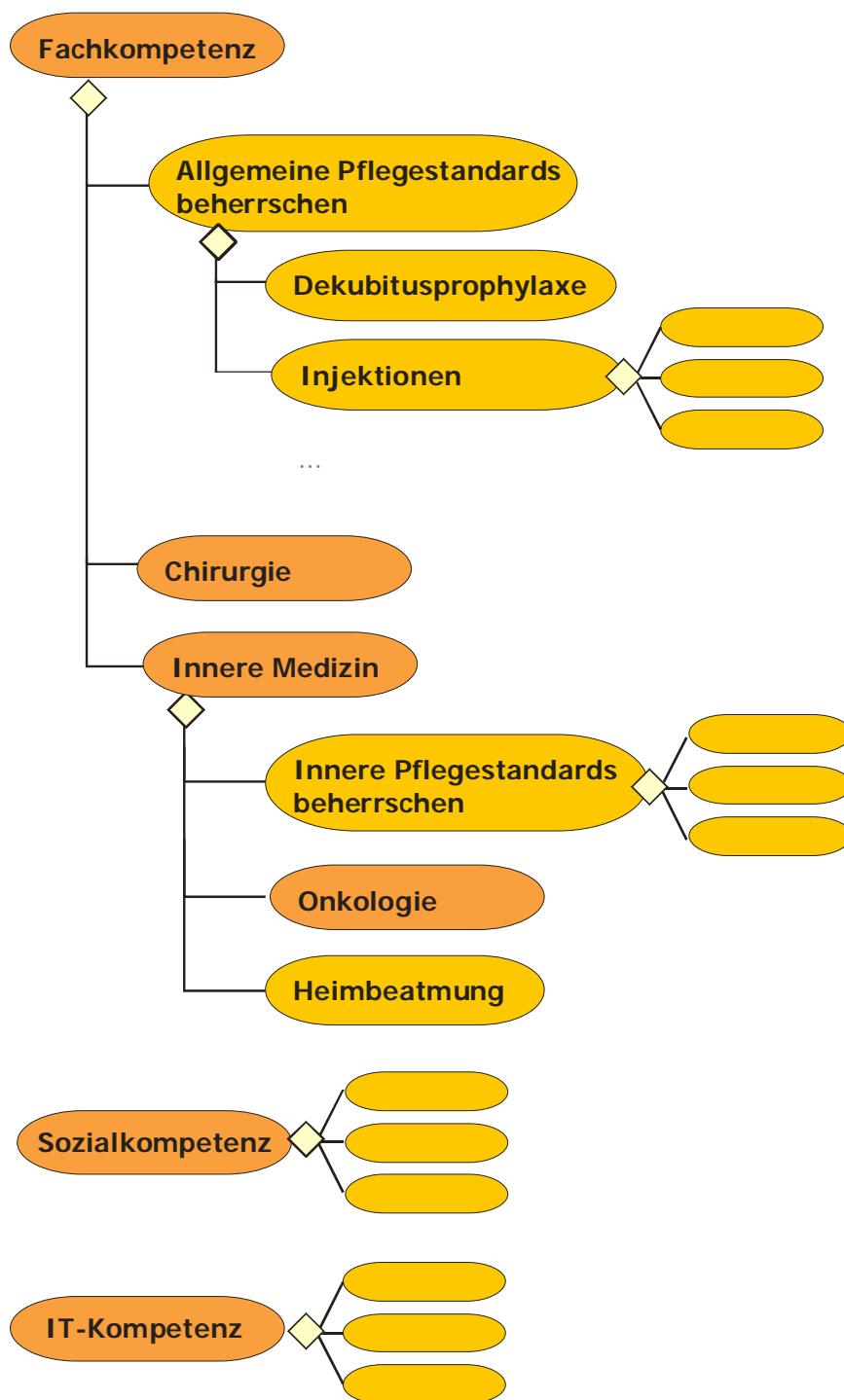
Voraussetzungen ►

Der Pfeil gibt die Leserichtung der Beschriftung an.



Jedes A kann durch die Attribute X und Y näher beschrieben werden.

Anlage 33 Kompetenzkatalog im SAP-Informationsmodell¹⁴⁴



Qualifikationsgruppe

Qualifikation

¹⁴⁴

Schematische Darstellung eines kleinen Ausschnitts des Kompetenzkatalogs im Informationsmodell von SAP-PAPD (vgl. Anlage 32)

Anlage 34 Anforderungsprofile in mySAP HR¹⁴⁵

Hinsichtlich der Anforderungen ist eine Vererbungslogik aktiv, die in Abbildung 8.5 dargestellt ist. Dadurch muss die Zuordnung von Anforderungen insbesondere zu Planstellen nicht redundant gepflegt werden. Es genügt die Zuordnung zu Stellen, sodass alle für diese Stelle allgemein gültigen Anforderungen vererbt werden. Spezielle Anforderungen einer einzelnen Planstelle können dann noch hinzugefügt werden. Neben der hier grafisch dargestellten dreistufigen Vererbungslogik gibt es auch noch eine zweistufige Kette: Anforderungen werden auch von Aufgaben an Arbeitsplätze vererbt. Dies ist insbesondere im Rahmen der Personaleinsatzplanung und des Workforce-Management.

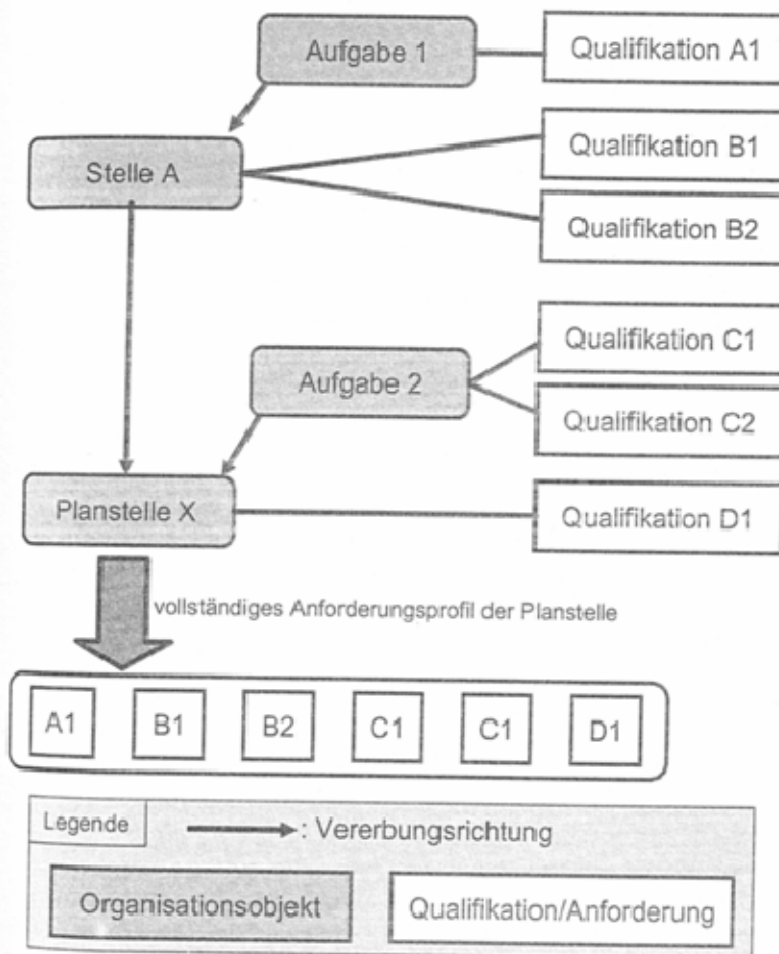


Abbildung 8.5 Vererbung von Anforderungen

Die Einbindung von Aufgaben erlaubt zum einen eine modular aufgeteilte Zuordnung der Anforderungen und damit weniger Pflegeaufwand. Zum anderen ist dadurch eine Verbindung zur Ablauforganisation bzw. den Geschäftsprozessen möglich, wenn sich die Aufgaben in der Geschäftsprozessdokumentation (in der Regel außerhalb des R/3, siehe Abschnitt 7.5.3) wiederfinden lassen.

Literaturverzeichnis

- Aeschlimann, Thomas: Skill-Management im Geschäftsbereich Verkehr der Schweizerischen Bundesbahnen, Lizentiatsarbeit, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Fakultät, Universität Bern, 2004
- Apke, Susanne; Bremer, Anna; Dittmann, Lars: Konstruktion einer Kompetenz-Ontologie, dargestellt am Beispiel der Deutschen Montan Technologie GmbH (DMT), Projektbericht KOWIEN 6/2004, Institut für Produktion und Industrielles Informationsmanagement, Essen, Dezember 2004
<http://www.kowien.uni-essen.de/publikationen/ApkeBremerDittmann04-PBKonstruktionDMT-Ontologie.pdf>
- Bach, Volker; Österle, Hubert; Vogler, Petra: Business Knowledge Management in der Praxis – Prozessorientierte Lösungen zwischen Knowledge Portal und Kompetenzmanagement, Berlin/Heidelberg: Springer, 2002
- Beck, Simon: Skill and Competence Management as a Base of an Integrated Personnel Development (IPD), Journal of Universal Computer Science Bd. 12, Nr. 12, S.1381-1387, 2003
- Becker, Fred G.: Lexikon des Personalmanagements, 2. Auflage, München: DTV, 2002
- Becker, Manfred: Aufgaben und Organisation der betrieblichen Weiterbildung – 2. vollständig überarbeitete Auflage, München Wien: Carl Hanser Verlag, 1999a
- Becker, Manfred: Personalentwicklung – Bildung, Förderung und Organisationsentwicklung in Theorie und Praxis, 2. Auflage, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 1999b
- Becker, Manfred; Schwertner, Anke (Hg.): Personalentwicklung als Kompetenzentwicklung, München und Mering: Rainer Hampp Verlag, 2002
- Becker, Manfred: Systematische Personalentwicklung – Planung, Steuerung und Kontrolle im Funktionszyklus, Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 2005
- Benner, Patricia: Stufen zur Pflegekompetenz – From Novice to Expert, Bern/Göttingen: Hans Huber, 1994
- Berio, Guiseppe; Harzallah, Mounira: Knowledge Management for Competence Management. In: Journal of Universal Knowledge Management, Bd. 0, Nr. 1, S.21-28, 2005
- Biesalski, Ernst: Knowledge Management and e-Human Resource Management, GI-Workshopwoche LLWA, FGWM03 Workshop Wissens- und Erfahrungsmanagement im Rahmen des Treffens der Fachgruppe Wissensmanagement (FGWM) der Gesellschaft für Informatik Karlsruhe, 6. - 8. Oktober 2003, URL: http://www.fzi.de/KCMS/kcms_file.php?action=link&id=422
- Biesalski, Ernst: Ontologien als Bindeglied bei der Personalentwicklung, Informatik 2004 - 34. Jahrestagung der Gesellschaft für Informatik, Workshop: Skill Management - Potenziale, Konzepte, Werkzeuge, 2004, S. 327-331, URL: http://www.fzi.de/KCMS/kcms_file.php?action=link&id=426
- Biesalski, Ernst; Abecker, Andreas: Ansätze zum ontologiebasierten Human Resource Management, In: Professionelles Wissensmanagement (WM2005), Workshop on IT Tools for Knowledge Management Systems: Applicability,

- Usability, and Benefits (KMTOOLS), Kaiserslautern, April 2005a, URL: http://www.fzi.de/KCMS/kcms_file.php?action=link&id=427
- Biesalski, Ernst; Abecker, Andreas: Integrated Processes and Tools for Personnel Development. In: Proceedings of the 11th International Conference on Concurrent Enterprising, Universität der Bundeswehr, München, 2005b, URL: http://www.fzi.de/KCMS/kcms_file.php?action=link&id=464
- Böhme, Karsten: Strategische Personalentwicklung, Neuwied: Luchterhand, 2002
- Brunner, Corinna Bianca: TQM und organisationales Lernen im Krankenhaus, Konstanz: Hartung-Gorre, 2002
- Caritas Krankenhaus St. Josef, Anforderungsprofil für Gesundheits- und KrankenpflegerInnen, Regensburg, Stand 06/2004, URL: http://www.caritasstjosef.de/pflege/anforderungsprofil_ks.pdf (2004)
- Cooper, Kenneth Carlton: Effective Competency Modeling & Reporting, New York: American Management Association, 2000
- Deutscher Beamtenbund: Verwaltung im 21. Jahrhundert – Band 2 Personalentwicklung, Berlin: dbb verlag, Juli 2002
- Dittmann, Lars: Ontology-based Skills Management, KOWIEN-Projektbericht Nr. 23, Universität Duisburg-Essen, April 2004, URL: http://www.pim.uni-essen.de/publikation/KOWIEN%5CDittmann-Ontology-based_Skills_Management-3.pdf
- Dreyfus, Hubert; Dreyfus, Stuart: Kompetenzerwerb im Wechselspiel von Theorie und Praxis. In: Benner (2000), S.45-68
- Einsiedler, Breuer, Hollstegge, Janusch: Organisation der Personalentwicklung, 2. Auflage, Luchterhand: München/Neuwied, 2003
- Erpenbeck, John; Rosenstiel, Lutz von: Handbuch Kompetenzmessung – Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis, Schäffer-Poeschel: Stuttgart, 2003
- European Foundation for Quality Management: Die Grundkonzepte der Excellence, Brüssel, 2003a
- European Foundation for Quality Management: Excellence einführen, Brüssel, 2003b
- Faix, Werner; Buchwald, Christa; Wetzler, Reiner: Skill-Management – Qualifikationsplanung für Unternehmen und Mitarbeiter, Wiesbaden: Gabler 1991
- Fernández, Maria; Gómez-Pérez, Antonio; Juristo, N.: Methontology - From ontological art towards ontological engineering. In: Proceedings of AAAI-97 Spring Symposium, Workshop on Ontological Engineering, pages 33–40, Stanford, CA, 1997
- Fitzek, Daniel: Kompetenzbasiertes Management – Ein Ansatz zur Messung und Entwicklung von Unternehmenskompetenzen, Universität St. Gallen, 2002
- Franke, Dietmar; Boden, Martina: PersonalJahrbuch 2004, Neuwied: Luchterhand, 2003
- Freimuth, Joachim; Haritz, Jürgen; Kiefer, Bernd-Uwe: Auf dem Wege zum Wissensmanagement – Personalentwicklung in lernenden Organisationen, Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1997

- Gronau, Norbert; Uslar, Matthias: Skill-Management – Anwendungsgebiete und Erfahrungen. In: Personalführung, Bd. 37 (2004), Heft 10, S.28-37
- Hellige, Barbara, Holler, Gerhard: Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes. Band 31, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos, Baden-Baden 1994.
- Hess, Klaus: Im Blickpunkt: Skill-Datenbanken. In: Computer-Fachwissen für Betriebsräte, Nr.7-8, 2003, S.24-28
- Hummel, Thomas R.: Erfolgreiches Bildungscontrolling – Praxis und Perspektiven, 2. Auflage: Sauer-Verlag, 2001
- Katholischer Krankenhausverband (Hrsg.): Pflegequalität und Pflegeleistungen I - Zwischenbericht zur ersten Phase des Projektes „Entwicklung und Erprobung eines Modells zur Planung und Darstellung von Pflegequalität und Pflegeleistungen“, Freiburg/Köln, 2002
- Kirchhöfer, Dieter: Lernkultur Kompetenzentwicklung – Begriffliche Grundlagen, Berlin 2004
- Klemke, Roland; Kröpelin, Philipp; Kuth, Christoph: Ganzheitliches Kompetenzmanagement. In: Personalwirtschaft Nr.2 / 2003, S.26-31
- Kolb, Meinulf: Personalmanagement, 3. Auflage, Berlin: Berliner Wissenschaftsverlag, 2002
- Krämer, Christian; Lübke, Christian; Ringling, Sven: Personalplanung und -entwicklung mit mySAP, Bonn: Galileo Press, 2003
- Lamberty, Tom: Die Kunst, Kompetenzen zu entwickeln. In: Personalwirtschaft, Heft 9/2000, S.30-35
- Lau, T.; Sure Y.: Introducing Ontology-based Skills Management at a large Insurance Company , In: Modellierung 2002, Modellierung in der Praxis - Modellierung für die Praxis, 2002, S. 123-134.
- Leipoldt, Thilo: Competency Management – Fit für die Zukunft, JobPilot Thema der Woche vom 5.2.2003,
<http://www.jobpilot.de/content/journal/hr/thema/kompetenz06-03.html>
[10.07.2005]
- Leiter, Reinhard; Runge, Thomas; Burschik, Robert; Grausam, Gerhard: Der Weiterbildungsbedarf im Unternehmen – Methoden der Ermittlung, München, Wien: Carl Hanser Verlag, 1982
- Leuzinger, A.; Luterbacher, Th.: Mitarbeiterführung im Krankenhaus – Spital, Klinik und Heim, 2. Auflage, Bern/Göttingen: Hans Huber, 1994
- Ley, Tobias; Ulbrich, Armin; Bruhnsen, Karin; Droschl, Georg; Kirchpal, Stefan; Koronakis, Philipp; Wöls, Kurt: Skills Management – Management Summary, Technischer Bericht, Graz: Know-Center, Januar 2003
- Ley, Tobias; Albers, David: Identifying employee competencies in dynamic work domains: methodological considerations and a case. In: Journal of Universal Computer Science, Bd. 9, Nr. 12, S. 1500-1518, 2003
- Münch, J.: Qualifikation und Kompetenz. In: J. Münch (Hrsg.). Personalentwicklung als Mittel und Aufgabe moderner Unternehmensführung. Bielefeld, 1995
- Neuberger, Oswald: Personalentwicklung, Stuttgart: Ferdinand Enke, 1991

- North, Klaus; Reinhardt, Kai: Transparency and Transfer of Individual Competencies - A Concept of Integrative Competence Management. In *Journal of Universal Computer Science (J.UCS)*, Volume 9, Number 12, S. 1372-1380, 2003
- Parry, Scott B.: Just What Is a Competency? (And Why Should You Care?) In: *Training*, Juni 1998, S.58-64
- Posea, V.; Harzallah, M.: Building a competence ontology. In *Proc. of the workshop Enterprise modelling and Ontology of the International Conference on Practical Aspects of Knowledge Management (PAKM 2004)*, Wien, 2004, S.26-35.
- Ridder, Hans-Gerd; Bruns, Hans Jürgen: Strategische Personalentwicklung und nachhaltige Wettbewerbsvorteile – Kompetenzmanagement aus ressourcenorientierter Sicht. In: *Becker & Schwertner (2002)*, S.96-140
- Rosenstiel, Lutz von; Pieler, Dirk; Glas, Peter (Hrsg.): *Strategisches Kompetenzmanagement – Von der Strategie zur Kompetenzentwicklung*, Gabler: Wiesbaden, 2004
- Schmitz, Karl: Skill-Management: ein Trojanisches Pferd? In: *Computer-Fachwissen für Betriebsräte*, Nr.7-8, 2003, S.20-23
- Schnurer, Katharina; Mandl, Heinz: Wissensmanagement mit dem Ziel des Kompetenzaufbaus. In: *Rosenstiel et al. (2004)*, S.127-144
- Scholz, Christian; Djarrahzadeh, Maryam (Hrsg.): *Strategisches Personalmanagement - Konzeptionen und Realisationen*, Stuttgart: Schäffer-Poeschl, 1995
- Schuler, Heinz (Hrsg.): *Beurteilung und Förderung beruflicher Leistung – Beiträge zur Organisationspsychologie Band 4*, Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie, 1991
- Schürholz, Dirk: „Skill-Management“ zur Unterstützung der dispositiven Aufgaben des Personalwesens – Konzeptvorschlag für einen ganzheitlichen Software-Ansatz auf Basis einer Anforderungsanalyse und einer empirischen Studie, Diplomarbeit, Universität Köln, 2001
- Sonntag, Karlheinz; Schmidt-Rathjens, Claudia: Kompetenzmodelle – Erfolgsfaktoren im HR-Management? Ein strategie- und evidenzbasierter Ansatz der Kompetenzmodellierung. In: *Personalführung*, Bd. 37 (2004), Heft 10, S.18-26
- Stader, J.; Macintosh A.: Capability Modelling and Knowledge Management. In *Applications and Innovations in Expert Systems VII, Proceedings of ES 99 the 19th International Conference of the BCS Specialist Group on Knowledge-Based Systems and Applied Artificial Intelligence*, Cambridge, December, 1999; Springer-Verlag, S. 33 – 50
- Studer, Rudi; Oppermann, Henrik; Schnurr, Hans-Peter: Die Bedeutung von Ontologien für das Wissensmanagement, Technischer Bericht ontoprise, September 2001
- Sure, York: Travelling Domain Experiment: Engineering with OntoEdit. *Proceedings of the 1st Workshop on Evaluation of Ontology-based Tools (EON2002)*. In: J. Angele and Y. Sure (eds.), *Proceedings of the 13th International Conference on Knowledge Engineering and Knowledge Management EKAW 2002*, Sigüenza (Spain), 30th September 2002, CEUR-WS Publication http://CEUR-WS.org/Vol-62/EON2002_Experiment_OntoEdit.zip, 20002, S.83-92

- Tenberg, Ralf; Hess, Britta: Auseinandersetzung mit Kompetenzen in der Wirtschaft: Explorative Untersuchung über 'Kompetenzmanagement' an 14 deutschen Großbetrieben. In: Berufs- und Wirtschaftspädagogik online, Nr. 8, Juli 2005, http://www.bwpat.de/ausgabe8/tenberg_hess_bwpat8.shtml
- Uschold, Mike, Gunninger, Michael: Ontologies: principles, methods and applications. In: Knowledge Engineering Review, 1996, Band 11, Heft 2 'S. 93-136
- Weinberg, J. (1996). Kompetenzerwerb in der Erwachsenenbildung. In: Hessische Blätter für Volksbildung 3, 209-216
- Wunderer, Rolf; Gerig, Valentin; Hauser, Rainer: Qualitätsorientiertes Personalmanagement – Das Europäische Qualitätsmodell als unternehmerische Herausforderung, München/Wien: Hanser, 1997