

|                  |   |
|------------------|---|
| Studiengang      | <b>Pflegemanagement</b>                   |
| Fach             | <b>Wahlpflichtfach Personalmanagement</b> |
| Art der Leistung | <b>Prüfungsleistung</b>                   |
| Klausur-Knz.     | <b>PM-PER-P12-050604</b>                  |
| Datum            | <b>04.06.2005</b>                         |

**Die Klausur besteht aus 5 Aufgaben, von denen alle zu lösen sind.**

Ihnen stehen 120 Minuten für die Lösung zur Verfügung. Die maximal erreichbare Punktzahl beträgt 100 Punkte. Zum Bestehen der Klausur müssen mindestens 50 % der Gesamtpunktzahl erzielt werden.

Lassen Sie 1/3 Rand für die Korrekturen und **schreiben Sie unbedingt leserlich.**

Denken Sie an Name und Matrikelnummer auf den von Ihnen benutzten Lösungsblättern.

**Bearbeitungszeit:** 120 Minuten  
**Anzahl der Aufgaben:** 5  
**Höchstpunktzahl:** 100  
**zulässige Hilfsmittel:** keine

## Bewertungsschlüssel

|                         |    |    |    |    |    |       |
|-------------------------|----|----|----|----|----|-------|
| Aufgabe                 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | insg. |
| max. erreichbare Punkte | 18 | 18 | 24 | 18 | 22 | 100   |

## Notenspiegel

|              |        |         |         |         |         |         |         |         |         |         |        |
|--------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Note         | 1,0    | 1,3     | 1,7     | 2,0     | 2,3     | 2,7     | 3,0     | 3,3     | 3,7     | 4,0     | 5,0    |
| notw. Punkte | 100-95 | 94,5-90 | 89,5-85 | 84,5-80 | 79,5-75 | 74,5-70 | 69,5-65 | 64,5-60 | 59,5-55 | 54,5-50 | 49,5-0 |

## Aufgabe 1: Personalplanung

18 Punkte

Beschreiben Sie eine Methode bzw. ein Instrument zur Personalplanung. Stellen Sie die Vor- und Nachteile dar und machen Vorschläge zur Optimierung und Erhöhung der Praxistauglichkeit.

## Aufgabe 2: Personaleinsatzplanung

18 Punkte

Die Problematik der Dienstplanerstellung in stationären Einrichtungen sorgt immer wieder für kontroverse Diskussionen im Hinblick auf die unterschiedlichen Interessenlagen des beteiligten Personenkreises.

- a) Beschreiben Sie in Kurzform die Grundcharakteristiken von individuellen und kollektiven Arbeitszeitmodellen. **6 Punkte**
- b) Erläutern Sie explizit ein Arbeitszeitmodell anhand seiner Vor- und Nachteile und stellen Sie ein hierzu passendes Beispiel aus der Praxis vor. **12 Punkte**

## Aufgabe 3: Qualität

24 Punkte

Der Qualitätsaspekt nimmt in Einrichtungen des Gesundheitswesens einen immer höheren Stellenwert ein.

- a) Beschreiben Sie 4 Aspekte der Ergebnisqualität in bezug auf eine Krankenbehandlung. **16 Punkte**
- b) Diskutieren Sie die Notwendigkeit von Qualitätssicherungsmaßnahmen (speziell hinsichtlich der Ergebnisqualität) im Rahmen eines zeitgemäßen Personalmanagements und stellen stichwortartig wesentliche Aspekte dar. **8 Punkte**

## Aufgabe 4: Fort- und Weiterbildung

18 Punkte

Im Rahmen **Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen** für Führungskräfte ist der Einsatz von **Seminaren** ein probates Instrument.

Entwickeln Sie einen Seminarablaufplan für ein 2-Tagesseminar für Stationsleitungen / Wohnbereichsleitungen zum Thema „Mobbing in Pflegeeinrichtungen – Möglichkeiten der Konfliktregelung und Prävention“ und legen zusätzlich die Zielsetzung eines solchen Seminars in Kurzform dar.

## Aufgabe 5: Coaching

22 Punkte

Grundsätzlich kann mit jedem Mitarbeiter eines Unternehmens ein Coaching durchgeführt werden, mit einfachen Angestellten wie mit Führungskräften. Die Form des Coachings hängt von den jeweiligen Umständen ab.

- a) Eine mögliche Form ist ein Coaching, das eine Führungskraft mit einem Mitarbeiter durchführt. Welche Rolle hat die Führungskraft hierbei? Nennen Sie 6 Aspekte. **12 Punkte**
- b) Neben dem Gruppencoaching unterscheidet man auch ein sog. Einzelcoaching. Beschreiben Sie, welche Themen idealerweise in der ersten Sitzung zur Sprache kommen sollten. **10 Punkte**

## Klausur – Korrektur – Richtlinien



UNIVERSITY  
OF APPLIED SCIENCES

|                  |   |
|------------------|---|
| Studiengang      | <b>Pflegemanagement</b>                   |
| Fach             | <b>Wahlpflichtfach Personalmanagement</b> |
| Art der Leistung | <b>Prüfungsleistung</b>                   |
| Klausur-Knz.     | <b>PM-PER-P12-050604</b>                  |
| Datum            | <b>04.06.2005</b>                         |

Um größtmögliche Gerechtigkeit zu erreichen, ist nachfolgend zu jeder Aufgabe eine Musterlösung inklusive der Verteilung der Punkte auf Teilaufgaben zu finden. Natürlich ist es unmöglich, jede denkbare Lösung anzugeben. Stoßen Sie bei der Korrektur auf eine andere als die als richtig angegebene Lösung, ist eine entsprechende Punktzahl zu vergeben. Richtige Gedanken und Lösungsansätze sollten positiv bewertet werden.

Sind in der Musterlösung die Punkte für eine Teilaufgabe summarisch angegeben, so ist die Verteilung dieser Punkte auf Teillösungen dem Korrektor überlassen.

50 % der insgesamt zu erreichenden Punktzahl (hier also 50 Punkte von 100 möglichen) reichen aus, um die Klausur erfolgreich zu bestehen.

Die differenzierte Bewertung in Noten nehmen Sie nach folgendem Bewertungsschema vor:

### Bewertungsschlüssel

| Aufgabe                 | 1  | 2  | 3  | 4  | 5  | insg. |
|-------------------------|----|----|----|----|----|-------|
| max. erreichbare Punkte | 18 | 18 | 24 | 18 | 22 | 100   |

### Notenspiegel

| Note         | 1,0    | 1,3     | 1,7     | 2,0     | 2,3     | 2,7     | 3,0     | 3,3     | 3,7     | 4,0     | 5,0    |
|--------------|--------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| notw. Punkte | 100-95 | 94,5-90 | 89,5-85 | 84,5-80 | 79,5-75 | 74,5-70 | 69,5-65 | 64,5-60 | 59,5-55 | 54,5-50 | 49,5-0 |

Die korrigierten Arbeiten reichen Sie bitte spätestens bis zum

**22.06.2005**

bei Ihrem Studienzentrum ein. Dies muss persönlich oder per Einschreiben erfolgen. Der Abgabetermin ist **unbedingt einzuhalten**. Sollte sich aus vorher nicht absehbaren Gründen eine Terminüberschreitung abzeichnen, so bitten wir Sie, dies unverzüglich Ihrem Studienzentrum anzuzeigen.

**Methoden und Instrumente der Personalplanung**

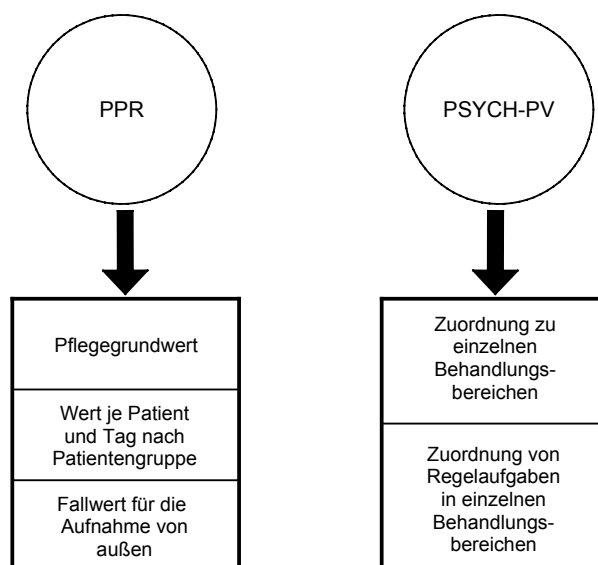
Im Jahr 1982 forderte die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine Neuordnung der Anhaltszahlen für das Pflegepersonal in stationären Einrichtungen. Das entwickelte Instrument wurde als *Pflegepersonalregelung* (PPR) vorgestellt und trat für die Berechnung des Pflegebedarfs gesetzgeberisch verbindlich am 1.1.93 in Kraft (Regelung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Krankenpflege [Pflege-Personalregelung] im Rahmen des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung [Gesundheitsstrukturgesetz] vom 21. Dezember 1992, Bundesgesetzblatt 1992 Teil I, S. 2316). Am 1.7.97 wurde die Pflegepersonalregelung im Rahmen des 2. Neuordnungsgesetzes ersatzlos gestrichen. Als Begründungen wurden angegeben, dass die Schaffung der geplanten Stellen bereits vor Ablauf der stufenweisen Durchführung weit übertroffen wurde und auch ein gewisser Bürokratismus nachgewiesen werden konnte. So mussten z. B. jährlich ca. 150 Millionen Erhebungsbögen ausgewertet werden.

je 6 Punkte für Beschreibung, Vor- und Nachteile sowie Vorschläge zur Optimierung

Die PPR war eine Leistungsberechnung mit ihren variablen Größen in der „Allgemeinen“ und „Speziellen Pflege“ und umfasste die Bereiche der Kinderkrankenpflege und der Erwachsenenkrankenpflege. Nicht einbegriffen waren Funktionsabteilungen wie Intensiv- und Dialyseeinheiten und psychiatrische Kliniken. In der Psychiatrie erfolgte durch die *Psychiatrie-Personalverordnung* (Verordnung über Maßstäbe und Grundsätze für den Personalbedarf in der stationären Psychiatrie [Psychiatrie-Personalverordnung – Psych-PV] vom 18.12.1990, Bundesgesetzblatt 1990 Teil I, S. 2930) die Grundlage für die Personalbemessung.

Für den Intensivbereich wurden andere Bemessungsverfahren wie z. B. der TISS (TISS = Therapeutic Intervention Scoring System) angewendet. Es handelt sich um eine Einstufung von 76 diagnostisch therapeutischen Interventionen in einer vier Punkte umfassende Likertskala. Aus der Errechnung der Gesamtpunktzahl werden vier Patientenklassen gebildet, die den qualitativen und quantitativen Pflegeaufwand des Intensivpatienten abbilden sollen. Anhand der Klassen wird der Personalaufwand bestimmt. Der TISS wurde mehrfach stark kritisiert, da er eine deutliche Überbewertung der medizinischen Versorgung darstellt. (Vgl. TRAUTMANN 1994 und RUPPRECHT 1994)

In der **Abbildung** wird deutlich, dass die PPR und die Psych-PV unterschiedlichen Systematiken bei der Berechnung von Personalstellen folgen.



Erfassungsbereiche von PPR und Psych-PV

Die übergeordnete Zielstellung der PPR war die Ablösung eines damaligen starren Berechnungssystems für den Personalbedarf. Im § 3 Abs. 3 wird dazu ausgeführt: „Ziel dieser Regelung ist, eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche sowie an einem ganzheitlichen

Pflegekonzept orientierte Pflege der stationär oder teilstationär zu behandelnden Patienten zu gewährleisten, die einer Krankenhausbehandlung im Sinne von § 39 Abs. 1 des Fünften Sozialgesetzbuches bedürfen.“

Die PPR war als verbindliches Instrument gedacht zur Ermittlung von Personalstellen im allgemein versorgenden Krankenhausbereich. Bei dieser Methode sind folgende Aspekte besonders zu beachten:

- Nicht mehr die Zahl der durchschnittlich belegten Betten, sondern die durchschnittliche Zahl der Patienten ist Grundlage der Personalbemessung, die entsprechend des pflegerischen Aufwandes den verschiedenen Pflegestufen zugeordnet wird.
- Die für die Pflegestufen vorgegebenen Zeitwerte werden mit Hilfe von Tätigkeitsprofilen für die „Allgemeine Pflege“ und für die „Spezielle Pflege“ ermittelt. Damit sollen Voraussetzungen für eine individuelle, ganzheitliche Pflege geschaffen werden.
- Der „Pflegegrundwert“ weist vor allem solche Tätigkeiten aus, die nicht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der direkten Patientenbetreuung stehen. Hingewiesen sei hier auf administrative Tätigkeiten.
- Um den Veränderungen des Alters- und Krankheitsspektrums der Patienten einerseits und der Leistungsintensivierung durch den medizinisch-technischen Fortschritt andererseits hinsichtlich einer besseren pflegerischen Betreuung gerecht werden zu können, wird eine leistungsorientierte Personalbedarfsermittlung angestrebt.
- Im Rahmen normativ vorgegebener und in Minuten ausgedrückter Arbeitszeiten können ganzheitliche Pflegekonzepte verwirklicht werden.
- Die Personalbemessung knüpft an Leistungskriterien an, die den pflegerischen Aufwand nachprüfbar abbilden. Der erforderliche Pflegeaufwand ergibt sich im Wesentlichen aus den Grundbedürfnissen des einzelnen Patienten, die er teilweise oder überhaupt nicht mehr selbstständig erfüllen kann, sowie aus den erforderlichen pflegerischen Leistungen im Zusammenhang mit der notwendigen Diagnostik und Therapie.

Da es zur Zeit keine Alternative zur Personalbemessung gibt, ist es zwangsläufig notwendig, dass die PPR in den Krankenhäusern als Arbeitsgrundlage zur Leistungserfassung immer noch genutzt wird. Sie ist somit indirekt eine Verhandlungsgrundlage mit den Krankenkassen, denn wenn die Krankenkassen zu wenig Personal anbieten, kann man nachweisen, ob diese Situation tragbar ist oder nicht.

Es ist unumstritten, dass zur Berechnung von Fallpauschalen diese Methode ein hilfreiches Mittel ist. So kann zur Berechnung von Fallpauschalen der entsprechende Pflegeanteil in Pflegeminuten erfasst werden und in Stellen und Kosten umgerechnet werden. Allerdings berücksichtigt die PPR nicht ausreichend den gestiegenen Patientendurchlauf in Folge der Verweildauerverkürzung.

## Lösung Aufgabe 2 (SB 2, S. 36ff)

18 Punkte

### a) Individuelle und kollektive Arbeitszeitmodelle

6 Punkte

- Die individuellen Arbeitszeitmodelle beziehen sich auf das Vertragsverhältnis mit einzelnen Mitarbeitern.
- Unter kollektiven Arbeitszeitmodellen werden diejenigen zusammengefasst, die in ihrer Auswirkung einzelne Betriebsteile oder das ganze Unternehmen betreffen. Sie werden auf tariflicher Grundlage und über Betriebsvereinbarungen, d. h. in Abstimmung mit der Mitarbeitervertretung/Betriebsrat und Unternehmensleitung/Träger, bestimmt und vereinbart.

### b) Arbeitszeitmodelle

max. 12 Punkte

*Das Beispiel soll das ausgewählte Modell verdeutlichen.*

- **Individuelle Arbeitszeitmodelle**

6 Punkte für  
das Modell

- **Das Job-Sharing Modell**

Eine klassische Form der individuellen Regelung ist das Job-Sharing Modell. Hierbei teilen sich zwei oder mehrere Mitarbeiter einen Arbeitsplatz in festgelegten In-

6 Punkte für  
das Beispiel

tervallen. Sie sind gemeinsam dem Arbeitgeber für die Erfüllung der Aufgaben aus ihrem Arbeitsbereich verantwortlich (Bsp.: Sekretariatsarbeit). Durch eine Verteilung der Aufgabe auf mehrere Mitarbeiter steigt auf der einen Seite der Informations- und Kommunikationsgrad. Auf der anderen Seite haben die Mitarbeiter einen erweiterten Erholungszeitraum und können so in der verbliebenen Arbeitszeit eine höhere Leistung erbringen.

- **Die Altersteilzeitregelung**

Eine andere Form der individuellen Arbeitszeitgestaltung ist die sog. Altersteilzeitregelung. Die Rechtsgrundlage bietet hier das *Altersteilzeitgesetz*, das es Arbeitnehmern ab 55 Jahren ermöglicht, mit einer Verringerung der wöchentlichen Arbeitszeit einen langsamen Übergang in den Ruhestand zu gestalten. Der Einkommensverlust und eine Absenkung der Rentenansprüche wird durch Zuschuss der Bundesanstalt für Arbeit gemildert. Das Arbeitsamt entscheidet auf schriftlichen Antrag des Arbeitgebers, ob die Voraussetzungen für die Erbringung von Leistungen erfüllt sind. Der Arbeitgeber muss einen beim Arbeitsamt arbeitslos gemeldeten Arbeitnehmer oder einen Arbeitnehmer nach Abschluss der Ausbildung auf dem freigemachten oder auf einem in diesem Zusammenhang durch Umsetzung frei gewordenen Arbeitsplatz versicherungspflichtig im Sinne des *Sozialgesetzbuchs III* beschäftigen, sonst entfällt die Förderungsvoraussetzung.

- **Individuelle Arbeitszeitregelungen**

Eine andere Art von „modellorientierten“ Arbeitszeitregelungen sind individuelle Arbeitszeitregelungen. In Absprache und unter Berücksichtigung der sozialen Situation des Mitarbeiters und der betrieblichen Erfordernisse und Möglichkeiten werden individuelle Arbeitszeiten vereinbart. Diese können in Form von Teilzeitregelungen aber auch auf bestimmte Stundenzahlen und Zeiten pro Arbeitstag oder an bestimmten Arbeitstagen gelegt werden. Zu beachten ist dabei, dass ein Teilzeitarbeitsverhältnis an sich keine Form einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung ist, da sich die Arbeitszeitverkürzung im Vergleich zur vollbeschäftigten Person mit gleichzeitiger linearer Lohnkürzung verbindet. Die Flexibilität zeichnet sich in der individuellen Arbeitszeitregelung in der Lage der Arbeitszeit aus. Der Vorteil einer individuellen Regelung ist darin zu sehen, dass Mitarbeiter zu ganz bestimmten Zeiten eingesetzt werden können.

• **Kollektive Arbeitszeitmodelle**

- **Das Arbeitszeitkonto**

Die Einführung eines Arbeitszeitkontos ist eine in vielen Tarifverträgen verankerte Möglichkeit der Einführung eines kollektiven Arbeitszeitmodells, welche nicht oder nur selten genutzt wird. Hierbei wird in einer definierten Periode (= Ausgleichszeitraum) die Abweichung der tatsächlichen von der vertraglichen Arbeitszeit dokumentiert und in einem definierten Zeitraum ausgeglichen. Die Lohnfortzahlung erfolgt unabhängig der tatsächlich erbrachten Mehr- oder Minderstunden. Der Umfang der Mehr- oder Minderstunden pro definierten Zeitraum wird im Voraus festgelegt. Dies ermöglicht ein hohes Maß an Flexibilität im Personaleinsatz. Zu Zeiten einer hohen Arbeitsdichte und -intensität können Mehrstunden erbracht werden, die zu anderen arbeitsarmen Zeiten wieder abgebaut werden können. Wichtig für diese Art einer Arbeitszeitflexibilisierung ist die Vereinbarung von Grenzen, Regeln und Kontrollen. Nach KELM setzt sich dafür in der Praxis zunehmend das „**Ampelkonto**“ durch. Es werden 3 Bereiche definiert:

- ◆ „Grüner Bereich (ca. +/- 30 Stunden): Im Rahmen dieses festgelegten Stundenkontingents disponiert der Mitarbeiter eigenverantwortlich.
- ◆ Gelber Bereich (ca. +/- 60 Stunden): Der Mitarbeiter soll die Initiative ergreifen und möglichst bald in den grünen Bereich zurückkehren, die Führungskraft schaltet sich nur bei Notwendigkeiten ein.
- ◆ Roter Bereich (über +/- 60 Stunden): Dieser Bereich darf nur vorübergehend und mit Genehmigung der Führungskraft genutzt werden. Er muss schnellstmöglich wieder verlassen werden.“ (KELM 2002, S. 202)

Der Ausgleichszeitraum und die variable Stundenhöhe muss sich nach tarifver-

traglichen Regelungen und individuellen Erfordernissen richten, um die jeweiligen Betriebsabläufe sicherzustellen.

- **Die gleitende Arbeitszeit**

Die Form der gleitenden Arbeitszeit ist in vielen Unternehmen außerhalb des Gesundheitswesens schon etabliert. Im Bereich der Krankenhäuser fasst sie zunehmend Fuß. Hierbei handelt es sich um eine Flexibilisierung der täglichen Arbeitszeit in vorgegebenen Grenzen, über die der Mitarbeiter selbst verfügen darf. Die einfache Form dieser Variante ist die Definition eines Zeitkorridors, d. h. über den frühesten Beginn und das längste Ende der täglichen Arbeitszeit. In Verbindung mit einem Arbeitszeitkonto können Mehr- oder Minderstunden ausgeglichen werden. Bestimmte Anwesenheitszeiten sind definiert. Bei Einführung ist auf eine Mindestbesetzung und zu bestimmten Zeiten die Sicherstellung einer qualitativen Besetzung zu achten. Voraussetzung für ein derartiges Modell ist die Einführung einer zeitnahen Arbeitszeiterfassung, sinnvollerweise EDV-gestützt.

- **Die Kernarbeitszeit**

Die Form der Kernarbeitszeit im normalstationären Bereich war ein in den 90er Jahren sehr stark propagiertes Modell einer Arbeitszeitregelung für Pflegekräfte im Schichtdienst. Wegen des Problems des Arbeitskräftemangels wurden neue Formen der Schichtarbeit entwickelt, um die Arbeitszeiten der Pflegekräfte attraktiver zu gestalten und neue Mitarbeiter zu gewinnen. Ziel dieser Modelle ist eine Verlagerung von Tätigkeiten in der Pflege in Kernzeiten, um die personelle Besetzung entsprechend umzuschichten. Insofern ist diese Form der Arbeitszeit eine Einführung einer zusätzlichen Zwischenschicht zum traditionellen Früh-Spätdienst-Modell. Im Krankenhaus hat sich diese Form der Arbeitszeitregelung aber auf breiter Ebene nicht etabliert. In vielen Krankenhäusern gibt es jedoch fragmental flexible Formen in einzelnen Arbeitsbereichen.

- **Die kapazitätsorientierte variable Arbeitszeit**

Beim Konzept der kapazitätsorientierten variablen Arbeitszeit wird die Lage als auch die Dauer der Arbeitszeit dem tatsächlichen Arbeitsanfall angepasst. Sie ist dem Grunde nach eine arbeitgeberorientierte Form der Arbeitszuweisung. Auf Abruf befindet sich der Arbeitnehmer in Warteposition. Bei dieser Form der flexiblen Arbeitszeitgestaltung sind jedoch gesetzliche Einschränkungen zu beachten. So darf der Arbeitnehmer nur verpflichtet werden, wenn der Arbeitgeber dem Arbeitnehmer die Lage seiner Arbeitszeit jeweils mindestens vier Tage im Voraus mitgeteilt hat (§ 12 Abs. 2 TzBfG), bei Unterschreitung der Frist kann der Arbeitnehmer die Arbeitsleistung verweigern, ohne dass es zu einer Verdienstminderung kommt. Für die tägliche Arbeitszeit bei der kapazitätsorientierten variablen Arbeitszeit gilt, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, den Arbeitnehmer für jeweils mindestens drei aufeinander folgenden Stunden zur Arbeitsleistung in Anspruch zu nehmen, wenn die tägliche Dauer der Arbeitszeit nicht vereinbart ist (§ 12 Abs. 1 TzBfG).

## a) Ergebnisqualität in der Krankenbehandlung

16 Punkte

(1) Ergebnisqualität ist abstrakt das tatsächliche (aggregierte) **Behandlungsergebnis** bezogen auf das erwartete Ergebnis (z. B. Obergrenze der noch tolerierten Komplikationsrate) aus fachlicher Sicht. Sodann ist Ergebnisqualität das Behandlungsergebnis im Vergleich zum erwarteten Ergebnis aus der Sicht des (aufgeklärten) Patienten als nicht ganz freiwilligem Kunden („Laien-Sicht“). Auch die Summe derartiger Ergebnisse ließe sich aggregieren. Schließlich lassen sich – wie bei der stichprobenartigen Evaluation der Reha bereits realisiert – beide Ergebnisse miteinander zu einem Ergebniswert verbinden.

4 Punkte

(2) Dann ist Ergebnisqualität – ebenfalls aus Patientensicht – das tatsächliche (aggregierte) Ergebnis bezüglich **Unterkunft und Verpflegung** („Hotelleistungen“ im engeren Sinne; in der Fachöffentlichkeit werden zu letzteren oft auch – wir meinen fälschlich – die Pflegeleistungen gezählt) und dem „Drumherum“ der Krankenbehandlung bezogen auf das vom Patienten erwartete Ergebnis: Wie nett fanden uns Patienten und Angehörige? Auch hier ist es Sache der Leistungserbringer, dafür zu sorgen, dass überspannte Erwartungen („Anspruchshaltung“) angesichts begrenzter Mittel nicht aufkommen können. Für andere „Kunden“ wie Zuweiser und Krankenkassen gilt Sinngemäßes.

4 Punkte

(3) Schließlich ist Ergebnisqualität das **Preis-Leistungs-Verhältnis der Krankenbehandlung je Fallart** (DRG) – auch dieses in erster Linie aus Kundensicht! Intern ist stattdessen eher das Nutzen-Kosten-Verhältnis je Fallart interessant. Dort kommt es hierzulande darauf an, ein bestimmtes (quantitativ möglichst genau festgelegtes Mindest-)Ergebnis mit minimalen Kosten zu erzielen. Ökonomische Aspekte spielen – auch wenn das in der Klinik noch oft missverstanden wird – auch in der Krankenbehandlung eine herausragende Rolle!

4 Punkte

(4) Ergebnisqualität kann auch in der Krankenbehandlung nur „gesichert“ werden, wenn alle zugehörigen **Prozesse** stimmen! Das sind zunächst die Behandlungsprozesse selbst, dann die diese unterstützenden Prozesse und schließlich die Managementprozesse. Zu den unterstützenden Prozessen gehört mit seinen Aufgabenfeldern das Personalmanagement.

4 Punkte

Ergebnisqualität ist stets die **Qualität aus Kundensicht**. Wo der Kunde „nicht versteht“, haben wir als Leistungserbringer die Bringschuld!

Gemessen werden derzeit in der Praxis bestenfalls – kaum kritisch hinterfragte – Strukturen, z. B. die Personalbesetzung (Facharzt-Standard, examinierte Pflegekräfte). Strukturierte Prozesse gibt es ohnehin kaum. Oder sie werden in der Praxis nicht eingehalten (z. B. pünktlicher OP-Beginn). Nach der eigentlich allein wichtigen Ergebnisqualität wird fast nirgendwo auch nur gefragt – schon gar nicht im Personalmanagement.

## b) Qualität im Personalmanagement

8 Punkte

Auch das Personalmanagement wird sich vor allem daran messen lassen müssen, ob es ihm gelingt, seinen Beitrag zu einer nachvollziehbaren und immer höheren Ergebnisqualität zu leisten. Was dazu im einzelnen erforderlich ist, lässt sich ein wenig aus den Standards der JCAHO und den Kriterien von KTQ ablesen.

3 Punkte

Personalbedarfsbestimmung, Personalbestandsanalyse, Personalbeschaffung, Personalentwicklung, Personaleinsatz, Personalkostenmanagement, Personalfreisetzung und Personalführung sind derart weiterzuentwickeln, dass die Mitarbeiter an der Basis in der Lage sind, „ihren“ Kunden (also Patienten und Angehörigen, Zuweisern, Krankenkassen etc.) Qualität zu bieten: Die von diesen mindestens erwartete Ergebnisqualität, im Wettbewerb aber eine signifikant bessere Qualität zu bieten als die Konkurrenz! Das setzt neben einer hohen fachlichen und sozialen Kompetenz eine gehörige Portion von Basiswissen zum Qualitätsmanagement und seinen Werkzeugen voraus – für buchstäblich alle Angehörigen der Organisation, nicht zuletzt auch bei jenen, die mit dem Personalmanagement befasst sind.

5 Punkte

**Seminarablaufplan zum Thema: „Mobbing in Pflegeeinrichtungen – Möglichkeiten der Konfliktregelung und Prävention“** **18 Punkte**

**Zielsetzung****4 Punkte**

*Die Zielsetzung für das Seminar muß einen logischen Bezug zum Thema aufweisen und in verständlicher Weise formuliert sein. Beispiel:*

Überall dort, wo Menschen unterschiedlichster Charaktere aufeinandertreffen und über längere Zeiträume miteinander auskommen müssen, sind Konflikte vorprogrammiert. Mobbing ist **eine** Form dieser Konflikte. Im Rahmen eines Seminars sollen Lösungsansätze zur Erkennung, Vermeidung und Umgang von Mobbing von Mitarbeitern gemeinsam mit den Führungskräften erarbeitet werden und als Zielvereinbarung für die Zukunft gelten.

**Ablaufplan eines Seminars****14 Punkte**

*Im Folgenden handelt es sich um ein Beispiel eines möglichen Seminarablaufs. Daneben gibt es zahlreiche weitere denkbare Varianten, die in der Bewertung Berücksichtigung finden sollen, insofern sie eine klare Struktur und eine sinnvolle inhaltliche Gestaltung enthalten.*

**1. Seminartag: Thema: Mobbing****8.15 – 9.15 Uhr Tageseinstieg****Einführung in das Seminar:**

- Vorstellung des Seminars
- Vorstellung der Ausschreibung
- Vorstellung der Inhalte wie z. B. „Warum wird gemobbt?“ (Theorie und Praxis zum Thema Mobbing)

**Einstiegsrunde:**

- Vorstellung der Person
- Welche Erfahrung haben Sie mit dem Mobbing
- Wenn ich an das Thema Mobbing denke, dann....
- Welche Umgangsformen sind Ihnen bei diesem Thema wichtig?  
(Ergebnisse werden schriftlich fixiert z. B. Flipchart)

**9.15 – 12.15 (Pausen werden zeitlich und inhaltlich entsprechend angepasst)**

**Vortrag: Vorstellung des Zielvereinbarungssystems** u. a. mit folgenden Themen (z. B. Folienvortrag):

- Auswirkungen von Mobbingaktivitäten für Mitarbeiter und Betrieb
- Top down: Erwartungskorridor
- Bottom up: Umsetzung, Zielhöhe, Maßnahmen durch die Mitarbeiter bestimmt

**Beginn der Workshoparbeit****Workshop 1**

- Was ist Mobbing?
- Übungsblatt

**Workshop 2**

Mobbingarten

Legen Sie dazu jeweils zwei Arten für die Einrichtung/Abteilung, pro Mitarbeiter, für die eigene Person fest. Die Auswertung erfolgt in Paarbeit.

**Mittagspause****13.30 – 16.00 Fortsetzung der Workshoparbeit****Workshop 3**

- Wie wirkt die kurzfristige/langfristige Einführung von Zielvereinbarungsgesprächen? (Gruppenarbeit)
- Welche Aufgaben ergeben sich daraus für die Führungskräfte? (Plenum)

#### **Workshop 4**

- Entwicklung eines Fragebogens für ein Zielvereinbarungsgespräch

#### **Workshop 5**

- Entwicklung eines Zeitplans für die Einführung eines solchen Gespräches
- Evaluation des Seminartages

## **2. Seminartag: Thema: Personalförderung**

**8.15 – 9.15 Uhr Tageseinstieg**

**Vortrag: Grundlagen von Mobbingaktivitäten**

**9.15 – 12.15** (*Pausen werden zeitlich und inhaltlich entsprechend angepasst*)

#### **Workshoparbeit**

##### **Workshop 6**

- Gruppenarbeit
- Feedback

##### **Workshop 7**

- Entwicklung von Feedback-Regeln

##### **Workshop 8**

- Übungsblatt: Sagen, was man meint!

##### **Workshop 9**

- Entwicklung eines entsprechenden Bogens zur Mobbingerkennung
- Ausfüllen des Bogens

##### **Workshop 10**

- Entwicklung von Vermeidungsstrategien für Mobbingaktivitäten

#### **Mittagspause**

**13.30 – 16.00 Plenum**

- Entwicklung von Umsetzungsstrategien für ein solches System
- Abschlussrunde: Evaluation des Seminartags, Evaluation des gesamten Seminars

### **Lösung Aufgabe 5 (SB 5, S. 26f)**

**22 Punkte**

#### **a) Die Rolle der Führungskraft**

Die Führungskraft

- ist von den Möglichkeiten ihrer Mitarbeiter absolut überzeugt,
- überlässt den Coachees ohne offene oder verdeckte Sanktionen die Entscheidung für ein Coaching,
- ist sich der Vorteile des Coachings für beide Seiten bewusst,
- hat Vorstellungen über Aufgaben, Inhalte und Ziele des Coachings,
- ist über die Arbeitssituation (Umstände, Belastungen) informiert,
- kennt die Neigungen und Fähigkeiten des Mitarbeiters,
- nutzt im Gespräch soziale und kommunikative Kompetenzen,
- fördert die Bemühungen des Mitarbeiters,
- stellt eigene Ideen und Lösungen zurück,
- ist Vorbild,

**max. 12 Punkte**

2 Punkte  
pro Aspekt

- kann zwischen den verschiedenen Rollen klar unterscheiden und
- kennt die eigenen und die Grenzen des Coachees.

**b) Die erste Sitzung beim Einzelcoaching**

**10 Punkte**  
5 Punkte

In der ersten Sitzung findet die Bestandsaufnahme statt. In dieser Runde werden die Rollen von Coachee und Coach definiert, die generelle Arbeitsweise aufeinander abgestimmt und ein Überblick über Regeln und Pflichten auf beiden Seiten sowie dem grundsätzlichen Ablauf des gesamten Coachings gegeben. Ggf. kann danach eine Stärken-Schwächen-Analyse des Coachees vorgenommen werden. Hierzu bietet sich zu allererst einmal ein Gespräch über den Lebenslauf des Coachees an, der über seine Berufs- und Lebenserfahrung berichtet. Weiterhin können auch Tests zum Einsatz gebracht werden, um bestimmte Themen näher zu beleuchten. Je nach dem, welcher Schwerpunkt näher beleuchtet werden soll, können bspw. Persönlichkeitstests, Intelligenztests, Tests, die auf das Arbeitsverhalten abzielen etc., herangezogen werden. Hierbei sollte es sich allerdings um in der Praxis erprobte und validierte Tests handeln.

5 Punkte

Sollte kein Interesse an einer Stärken-Schwächen-Analyse bestehen, kann auch sofort in die generelle Problematik eingestiegen werden, d. h. es wird eine Ist-Analyse der jetzigen Situation und zu erreichenden Ziele vorgenommen. Wenn es die erste Sitzung nicht zuließ, sollten spätestens in der zweiten Sitzung die Ziele des Coachings unter Zuhilfenahme der Testauswertungen und/oder Gespräche zusammen mit dem Coachee entwickelt werden, wenn sie nicht schon im Vorhinein feststanden. Generell gilt für jede Sitzung, dass der Verlauf und die Ergebnisse protokolliert werden und an den Coachee weitergeleitet werden sollte. Diese Protokolle können auch bei weiteren Sitzungen zu Rate gezogen werden und dienen generell als Arbeitsmaterial, insbesondere, um noch nicht verarbeitete Themen und/oder Erkenntnisse aus vorangegangenen Sitzungen zu reflektieren. Sind die Ziele definiert, geht es in dieser und den nächsten Sitzungen um die konkrete Umsetzung der zur Zielerreichung notwendigen Maßnahmen.