

Recruiting und Personalentwicklung am Uniklinikum Dresden: Wer sind die richtigen?

Axel R. Heller, Kerstin Schaffer

Inhalt

1	Zielsetzung.....	539
2	Hintergrund.....	540
3	Entwicklung von Karrieremodellen.....	541
4	Welche Kompetenzen werden benötigt?.....	542
4.1	Projektvorbereitung Studierende.....	544
4.2	Pflege- und Funktionsdienst.....	545
4.3	Ärzte.....	546
4.3.1	Methodenkompetenz.....	546
4.3.2	Sozialkompetenz.....	547
4.3.3	Selbstkompetenz.....	547
5	Schlussfolgerung.....	548
6	Literatur.....	549

1 Zielsetzung

In der Vergangenheit haben sich die Personalabteilungen in Krankenhäusern vorwiegend mit der Verwaltung von Personal beschäftigt (vgl. Albrecht u. Töpfer 2006). **Zukunftsorientierte Krankenhausführungen** nutzen die Ressource Personalabteilung jedoch mehr und mehr als interne Dienstleister im kompletten »Employee lifecycle«. Dabei müssen aber neben der Strategie der Klinikleitung die speziellen Bedarfe und Kulturen der Abteilungen und Berufsgruppen ebenso berücksichtigt werden wie allgemeine Kenntnisse aus den Human-Ressourcen-Wissenschaften (vgl. Böhm u. Armutat 2007).

Eine **Projektgruppe »Lebensphasenorientierte Karriereplanung«** hat am Universitätsklinikum Dresden (UKD) unter Federführung des Geschäftsbereichs Personal die Karriereentwicklungsmöglichkeiten zunächst gesammelt und beschrieben. Danach wurden die **Qualifikationsbedarfe** interdisziplinär und berufsgruppenspezifisch erarbeitet. Ein zentraler Aspekt dabei war die Entwicklung von aufgabengerechten Sollprofilen. Ein **paralleles Projekt** an der Medizinischen Fakultät zu **Merkmale für die Studierendenauswahl** gibt in der Synopse einen ganzheitlichen Blick auf die Persönlichkeits-Sollprofile der stationären Leistungserbringer im Gesundheitswesen. Mit der Kombination von Karriereentwicklungsmatrix und Sollprofilen kann die Bewerberauswahl anhand definierter Kriterien transparent vollzogen werden. Dabei gibt das Profil nicht den einzig idealen Kandidaten für entsprechende Aufgaben vor. Vielmehr können aufgabenspezifisch Defizite in bestimmten Items durch andere kompensiert werden.

Die Ergebnisse des Projekts ermöglichen nicht nur eine passgenauere Besetzung vakanter Stellen von extern, sondern auch die frühzeitigere Identifikation von Potenzialträgern, z. B. innerhalb der jährlich stattfindenden Mitarbeitergespräche und die Zuteilung entsprechender Qualifikationsmaßnahmen wie modulares Führungskräfte-Training, Bachelor- und Master-Studiengänge.

2 Hintergrund

Vor allem auch vor dem Hintergrund des **demografischen Wandels** mit einem absehbaren Fachkräftemangel besteht nicht nur die Notwendigkeit der Attrahierung und Rekrutierung von Mitarbeitern, sondern insbesondere auch das Erfordernis, qualifizierte Mitarbeiter in der eigenen Organisation nachhaltig zu verankern und dabei zusätzlich talentierte Mitarbeiter aus den eigenen Reihen zielgerichtet zu entwickeln und zu fördern.

Ein wichtiger Aspekt dabei ist die Erkenntnis, dass ein abstrakt zu beschreibender aber auch individuell immer nachvollziehbarer »Employee lifecycle« besteht (vgl. Hilb 2006). Dieser Kerngedanke wurde in der Vergangenheit vielleicht in Krankenhäusern registriert, jedoch nicht innerhalb einer positiven Unternehmenskultur (vgl. Böhm u. Armutat 2007) aufgegriffen und in ein pro-aktives Personalmanagement umgesetzt. Im Gegenteil haben sich die Personalabteilungen in Krankenhäusern in den zurückliegenden Jahren mit der Verwaltung ihres Personals begnügt, obwohl dies in Industrieunternehmen längst wesentlich weiter entwickelt wurde.

Wie Abbildung 1 zeigt, kann die **Ressource Personalabteilung als interner Dienstleister** aber strategisch viel nachhaltiger zum Unternehmenserfolg beitragen. Dabei müssen neben der Strategie der Klinikleitung die speziellen Bedarfe und Kulturen der Abteilungen und Berufsgruppen berücksichtigt werden (vgl. Böhm u. Armutat 2007).

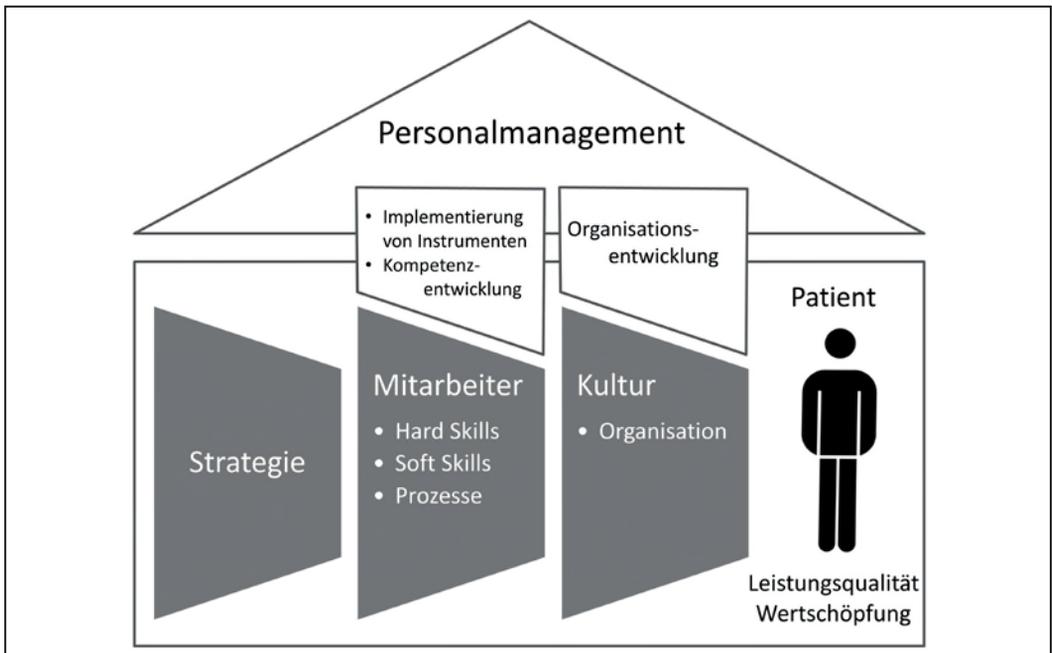


Abb. 1: Ganzheitliche Aufgaben eines modernen Krankenhausmanagements

Eine weitere Rolle eines zentralisierten Personalmanagements begann sich erst in den vergangenen Jahren unter stärker werdendem externem Ertragsdruck als Erfolgsfaktor herauszubilden: Während früher die Krankenhausabteilung mehr oder weniger unabhängig vom Gesamtkontext agiert hat und mikro-kulturbildend war, fallen heute viele Aufgaben zum Aufbau und der Verbesserung des internen und externen Arbeitgeberimages dem zentralen Personalmanagement (vgl. Heller u. Heller 2009) quasi makro-kulturbildend im Sinne eines »**Employer Branding**« zu. Dies ist umso ernster zu betrachten, als gleichzeitig auf der Mitarbeiterseite die Ansprüche an den Arbeitgeber stark angestiegen sind (vgl. Hilb 2006, Schmidt et al. 2011). Bereits jetzt unterstützt die Arbeitsmarktlage die Durchsetzung solcher Anspruchshaltungen, was sich in Zukunft noch verschärfen wird.

Letztlich ist nicht nur das **Umdenken vom operativen hin zum strategischen Personalmanagement**, sondern auch die Bekanntmachung und Vernetzung der bereits am jeweiligen Krankenhaus existierenden Instrumente und Leistungen für die internen Anwender und damit für die Organisationsentwicklung des Krankenhauses als Ganzes entscheidend.

Die **Kartierung der bestehenden Entwicklungsmöglichkeiten** und die Erarbeitung hierauf zugeschnittener transparenter Anforderungen an die Mitarbeiter und Bewerber, aber auch von Fördermöglichkeiten sowohl im ärztlichen Dienst als auch im Pflege- und Funktionsdienst ist die Voraussetzung zur Erreichung der personalstrategischen Unternehmensziele.

3 Entwicklung von Karrieremodellen

Um die am Universitätsklinikum Dresden verfügbaren Entwicklungsmöglichkeiten berufsgruppen- und fachübergreifend darzustellen, wurde unter Federführung des Geschäftsbereichs Personal eine **Projektgruppe »Lebensphasenorientierte Karriereplanung«** ins Leben gerufen und geführt. Neben ärztlichen Mitarbeitern aller Hierarchieebenen aus dem Universitätsklinikum als Anstalt des öffentlichen Rechts (AöR) und der Medizinischen Fakultät gehörten auch Vertreter des Pflege- und Funktionsdienstes der Arbeitsgruppe an. Entsprechend der Aufgabenausrichtung wurde **jeweils eine Teilgruppe für Ärzte und Pflege** gebildet. Neben den gemeinsamen Gesamt-Projektmeetings erfolgte in den Untergruppen die berufsgruppenspezifische Vorarbeit. Während sich die Hierarchiestufen im ärztlichen Bereich aus der Einteilung Assistenzarzt – Facharzt – Oberarzt ergaben, nutzte die Pflege die von Dreyfus verwandte Einteilung in Berufseinsteiger – Anfänger – Fortgeschrittener – Experte (vgl. Dreyfus u. Dreyfus 1980). Den Karriere- und Erfahrungsstufen wurden entsprechende Aufgaben und Spezialisierungen sowohl im klinischen wie auch in Forschung und Lehre zugeordnet.

Um eine **positive Organisationsentwicklung** zu erreichen, müssen die richtigen »Befähiger« (vgl. EFQM 2002) erkannt werden. Eine gute Gelegenheit hierfür ist das **jährliche Mitarbeiterentwicklungsgespräch**. Sind die entsprechenden Potenzialträger erkannt, so sind für die Berufsgruppen zugeschnittene dem persönlichen Entwicklungsstand angemessene Weiterbildungsmaßnahmen bis hin zum berufs begleitenden Bachelorstudiengang »Management für Gesundheitsfachberufe« oder dem Masterstudiengang »Health Care Management« vorgesehen. Je nach Vereinbarung können die Studiengebühren vom UKD anteilig übernommen werden (siehe Abb. 2).

Entwicklungskriterien im Pflege- und Funktionsdienst: Fach/ Führungslaufbahn					
Anforderungen	Ausbildung/ Studium	Berufserfahrung in Jahren ohne Fehlzeiten > 3 Mo	Bewertung Kernkompetenzen in/ durch	Zusatzaktivitäten	Für separate Bereiche: Zusatzqualifikation
Stufen der Laufbahn					
Pflegedienst- leitung	Bachelor-/ Master-/ Diplomstudium im medizinischen Bereich	Ab 5 Jahre	<u>Im:</u> Auswahlprozess Karrieregespräch <u>Durch:</u> Personalabteilung Pflegedienstdirektor andere Pflegedienstleiter Selbsteinschätzung	<ul style="list-style-type: none"> •Referententätigkeit •Beteiligung an strategischen Projekten der Unternehmensentwicklung •Leitung von Arbeitsgruppe •Dozententätigkeit 	
Stations- und Funktions- dienstleitung	Medizinische Basisausbildung; Stationsleiterkurs bzw. vergleichbares	< 5 Jahre	<u>Im:</u> Auswahlprozess Karrieregespräch <u>Durch:</u> Direkte Pflegedienstleiter Selbsteinschätzung	Mitarbeit in AG's und Projektgruppen	
Experte im Pflege- und Funktionsdienst	Medizinischer Ausbildungsberuf	mind. 5 Jahre als erfahrene Person im Pflege- und Funktionsdienst	<u>Im:</u> Auswahlprozess/Karrieregespräch <u>Durch:</u> direkter Vorgesetzter/Kollegen im Team Selbsteinschätzung	<u>Verantwortlich für:</u> •Teilnahme an Arbeitsgruppen intern und stationsübergreifend	•Weiterbildungen zur Leitungstätigkeit •Erfahrung durch Hospitation
Kompetente Person im Pflege- und Funktions- dienst		ab 2 – 5 Jahre als kompetente Person im Pflege- und Funktionsdienst		<u>Verantwortlich für:</u> •Arzneimittelbestellung/ Apotheke SAP •Verantwortlich für Hygiene und Transfusion •Mentorenschaft für Hospitanten •Schutzmaßnahmen & Notfallmanagement, sowie Medizintechnik •Einarbeitung neue Mitarbeiter und Azubis	•Weiterbildungen z.B.: Wund- und Schmerzmanagement •Teilnahme an Tagungen •Erfahrungen durch kurzzeitige Rotation wünschenswert
Einsteiger im Pflege- und Funktionsdienst		Abschluss Ausbildung, bis 2 Jahre		<u>Verantwortlich für:</u> •Ordnung & Vollständigkeit von Arbeitsmaterialien, Betreuung von Praktikanten •Nachweis über regelmäßige Teilnahme an Fortbildungen (Praxisanleiter → 2Jahre Rhythmus laut 40 Punkte-System)	/

Abb. 2: Entwicklungsstufen im Bereich Pflege- und Funktionsdienst (siehe hierzu auch den Beitrag »Team Management im Krankenhaus für eine Lernkultur« in Kapitel 2.11 dieses Sammelbandes)

4 Welche Kompetenzen werden benötigt?

Das Wissen, die Fähigkeiten und das Verhalten, die eine Person benötigt, um anstehende Aufgaben und Probleme erfolgreich und verantwortungsvoll zu bewältigen sowie die Lösungen zu bewerten und die persönlichen Handlungsmuster weiterzuentwickeln, werden als **Kompetenz** verstanden (vgl. Weinert 2001, Pellerin 2009). Dabei sind Kompetenzen lern- und entwickelbar und durch das Handeln und Verhalten einer Person beobachtbar.

Es existiert eine Vielzahl von Publikationen, welche Qualitäten **Führungskräfte** mitbringen sollten, um ihre Mitarbeiter wirksam zu leiten und zum Unternehmenserfolg beizutragen (vgl. Malik 2009). Eine Reihe von Grundkompetenzen unterscheidet sich nicht zwischen Krankenhäusern und Industriebetrieben oder anderen Hochrisikobereichen (vgl. Weick u. Sutcliffe 2003, Pellerin 2009). Eine ungeprüfte Übertragung auf die Medizin erscheint aber nicht zulässig. In der Literatur (vgl. Hollmann 2010) werden für **leitende Ärzte** neben einem von Ethik und Humanität geprägten Menschenbild folgende medizinische Ansprüche formuliert: Herausragende Fachkompetenz, Erfahrungen in mehreren klinischen Arbeitsschwerpunkten des Fachgebiets, Organisationsfähigkeit für medizinische Abläufe eines klinischen Bereichs, Beratung und Weiterbildung der Mitarbeiter aller Hierarchiestufen sowie Ergebnisverantwortung für alle Assistenzberufe. Daneben sollen aber auch nichtmedizinische »Soft Skills«

vorhanden sein. Dazu gehören neben Qualitäten in der Mitarbeiterführung und Motivationsfähigkeit strategisches Planen und Handeln, Optimierung der medizinischen Kernprozesse, aktive und positive Umsetzung der Anforderungen des DRG-Systems, kaufmännisch kompetente Leitung des Bereichs, Einführung bzw. Umsetzung von Qualitätsmanagement, sektorenübergreifende Kooperationsbereitschaft. Um derartig 360° qualifizierte Talente früh zu entwickeln, ist es notwendig, ein aufgabenspezifisches Radarsystem für Potenzialträger zu etablieren, um diese frühzeitig der Förderung ihrer Kompetenzen zuzuführen.

Aus Abbildung 3 wird ersichtlich, dass **Fach- und Methodenkompetenz** eher leicht erlernbar sind, während **Selbstkompetenz** nahezu nicht mehr veränderbar ist. Gerade aber dieser Aspekt müsste für die Personalauswahl der wesentliche Faktor sein. Eine Schätzung für Projekte der NASA zeigt, dass die Effektivität eines Projekts zu 78 % an der Leistungsmotivation und sozialen Faktoren hängt (vgl. Pellerin 2009). Hingegen ist Fachkompetenz gut abprüfbar, weil leicht erlernbar, wenn die Motive stimmen. Demnach erschien es zielführend, für die aus den Karrieremodellen der Berufssparten abgeleiteten Kompetenzstufen und Aufgabenpaketen einen Kompetenzkatalog zu erarbeiten, der Soll-Kompetenzen als Grundlage für Beurteilungsgespräche darstellt. An der Soll-Ist-Diskrepanz können sich dann Personalentwicklungsmaßnahmen orientieren.

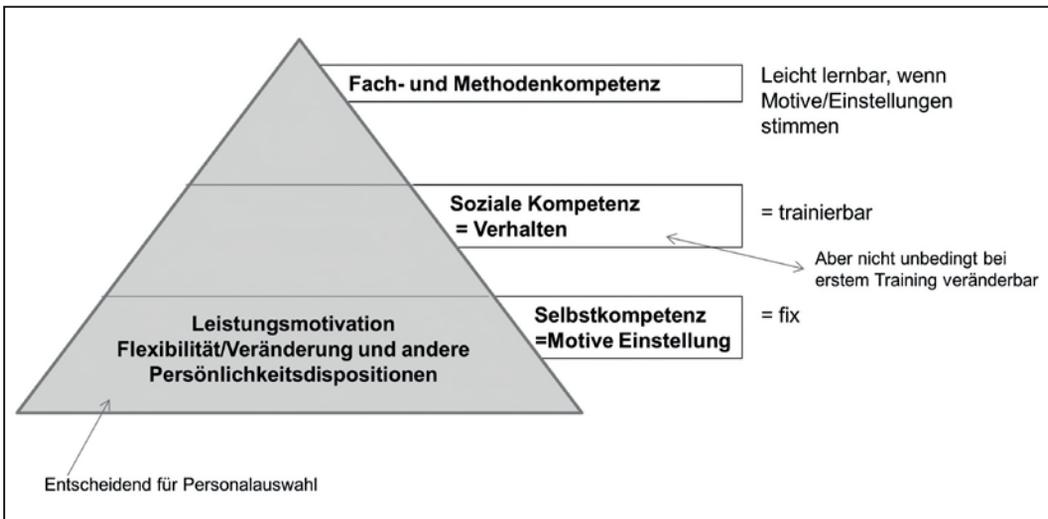


Abb. 3: Zusammenwirken von Einstellungen und Kompetenzen für deren Entwickelbarkeit und die Personalauswahl (modifiziert nach Hilb 2006)

Der **Kompetenzkatalog** dient damit erstens dazu, dem Mitarbeiter einen Überblick über seine möglichen Entwicklungsschritte anhand des Karrieremodells zu bieten. Zweitens wird auf diese Weise eine einheitliche und transparente Definition des Kompetenzbegriffs und der zu erwartenden Anforderungen geschaffen. Dabei wurde nicht nur ein abstrakter rechnerischer Rangwert generiert, vielmehr wurde die Kompetenzbeschreibung immer durch einen verbalen Verhaltensanker ergänzt, der dem Bewerber zeigt, woran sich eine Kompetenz im Verhalten eines durchschnittlichen Mitarbeiters erkennen lässt bzw. durch welches Verhalten die Kompetenz praktisch zutage tritt.

4.1 Projektvorbereitung Studierende

Eine wichtige Vorarbeit für das vorliegende Projekt wurde an der medizinischen Fakultät durchgeführt (vgl. Hänsel u. Koch 2009), indem **Eigenschaften** der Studierenden abgefragt wurden, die den **Erfolg im Medizinstudium** bestimmen (siehe Abb. 4). Befragt wurden hier neben fortgeschrittenen Medizinstudenten auch Hochschullehrer. Die gewonnenen Kompetenzinformationen wurden zur Gestaltung eines **Assessment Centers für die Auswahl der Medizinstudienbewerber** herangezogen. Das entwickelte zweistufige Assessment ermöglicht es, 60 % der Medizinstudienplätze unter Berücksichtigung selbst definierter Kriterien zu vergeben, ohne ausschließlich die Abiturnote heranziehen zu müssen. In der ersten Stufe werden z. B. Vorleistungen im sozialen oder medizinischen Sektor abgefragt und führen zu Bonuspunkten in der Bewertung. Eine sehr gute Abiturnote mag die kognitive Studierfähigkeit der Bewerber im engeren Sinne zwar abbilden und korreliert auch gut mit den Physikumsergebnissen. Die hier im Kapitel 4 dargestellten Qualitäten, die medizinisches Personal im Alltag benötigt, werden von einem exzellenten Schulabschluss jedoch nicht erfasst.



Abb. 4: Bedeutsamkeit von Persönlichkeitseigenschaften von Medizinstudierenden für den Studienerfolg

Daher erscheint eine möglichst frühzeitige Auswahl nach den später ebenfalls relevanten Kriterien ziel-führend. Das Ergebnis des Projekts ist in Abbildung 4 zusammengefasst. Neben den studiumsspezifischen Kriterien wie Lernkompetenz, Fleiß oder naturwissenschaftliches Grundverständnis gehören bereits in diesem frühen Karriereabschnitt überwiegend solche Schlüsseleigenschaften zum Kompetenzportfolio, die den später im Berufsalltag notwendigen Fähigkeiten in vieler Hinsicht entsprechen.

Inwiefern die seit 5 Jahren an der Dresdener Medizinfakultät angewandten Auswahlkriterien dazu führen, Absolventen hervorzubringen, die »bessere Ärztinnen und Ärzte« sind, kann zum gegenwärtigen Zeitpunkt empirisch nicht bewiesen oder gemessen werden, zumal die gültige Approbationsordnung eine rein fachlich-inhaltliche Abschlussbewertung vornimmt.

4.2 Pflege- und Funktionsdienst

Im Rahmen des Projekts wurden die Soll-Ausprägungsprofile der unterschiedlichen Karrierestufen in einer Erhebung bei 53 Pflegekräften mit Personalverantwortung ermittelt (siehe Abb. 5). Dabei zeigte sich, dass für die unterschiedlichen Karrierestufen: Einsteiger, kompetente Person, erfahrene Person und Experte bei einigen Kompetenzen klare Entwicklungsspielräume ausgemacht werden können. Hierzu zählen vor allem das anwendungsbereite Fachwissen, die Beurteilungsfähigkeit sowie systematisch-methodisches Vorgehen. Hingegen sind Teamfähigkeit, Einsatzbereitschaft und Belastbarkeit Faktoren, die bereits schon beim Berufseinsteiger ausgeprägt sein sollen, von denen aber über die Berufskarriere hinweg auch eine weitere Steigerung erwartet wird.

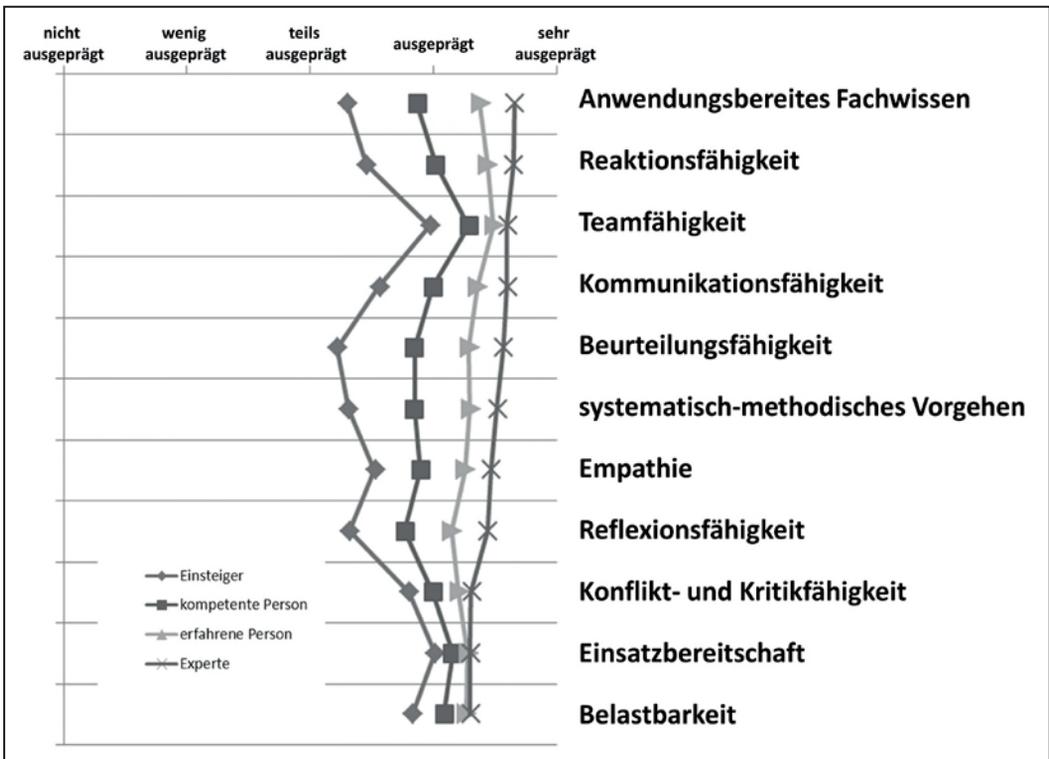


Abb. 5: Übersicht SOLL-Ausprägungsprofil Pflege

4.3 Ärzte

Anders als bei der Erstellung des Kompetenzkatalogs der Pflegenden wurde ein **mehrdimensionaler Ansatz** bei der Bewertung der Tätigen **im ärztlichen Dienst** verwendet. Zur besseren Zuordnung der betrachteten Kompetenzen zu ihrer Entwickelbarkeit on the job bzw. deren Erkennbarkeit in einem Bewerbungsgespräch wurde der Kompetenzkatalog in die Dimensionen Methodenkompetenz, Selbstkompetenz und Sozialkompetenz untergliedert. Die vierte Dimension der Fachkompetenz müssen die jeweiligen Fachführungskräfte unabhängig vom vorliegenden Assessment im jeweiligen Bewerbungsgespräch erfassen. Vor der Befragung von 26 Mitarbeitern aller Hierarchiestufen zur jeweils erwarteten Kompetenzausprägung wurde von der Arbeitsgruppe eine Vorauswahl der Subkompetenzen getroffen, die einerseits für die klinische Tätigkeit relevant sind, andererseits aber wenig Redundanz aufweisen.

4.3.1 Methodenkompetenz

Unabhängig von der Hierarchiestufe sind die jeweils wichtigsten Methodenkompetenzen Organisations- und Problemlösungsfähigkeit, wobei hier vom Berufseinsteiger bis zum Oberarzt eine deutliche Differenz besteht (siehe Abb. 6). Diese Differenz wird insbesondere bei konzeptionellen Fähigkeiten und beim Projektmanagement deutlich. Neben der Problemlösungsfähigkeit wird für den Oberarzt dann aber auch die Führungsfähigkeit zur entscheidenden Methodenkompetenz. Diese Einschätzung zeigt einmal mehr, dass eine gute Fachkenntnis nur die selbstverständliche Basis für eine Stellung mit Personalverantwortung darstellt und keineswegs allein zur Führungstätigkeit ausreicht.

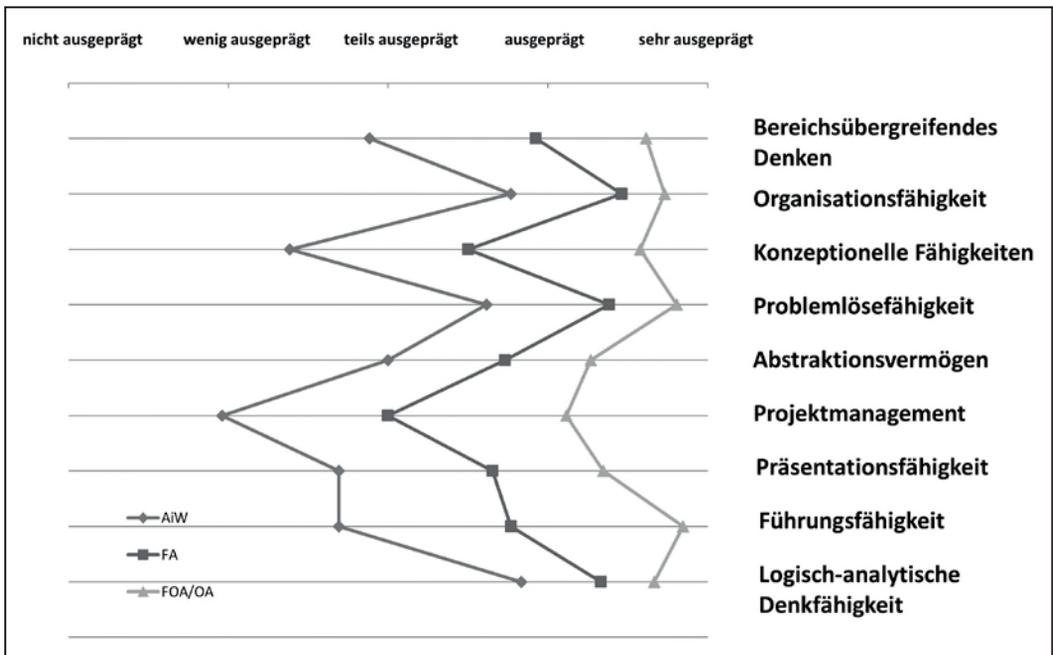


Abb. 6: Übersicht SOLL-Ausprägungsprofil Ärzte Methodenkompetenz

4.3.2 Sozialkompetenz

Das Schwergewicht bei den Sozialkompetenzen eines erfolgreichen Arztes liegt bei Teamfähigkeit und Kommunikationsverhalten (siehe Abb. 7). Insbesondere der Anspruch an die Teamfähigkeit ist von Anfang an hoch und verändert sich nicht signifikant über eine Arzt-Karriere hinweg. Personen mit darüber hinaus bestehender besonderer Konflikt- und Netzwerkfähigkeit erscheinen besonders gut das Sollprofil eines Oberarztes zu erfüllen.

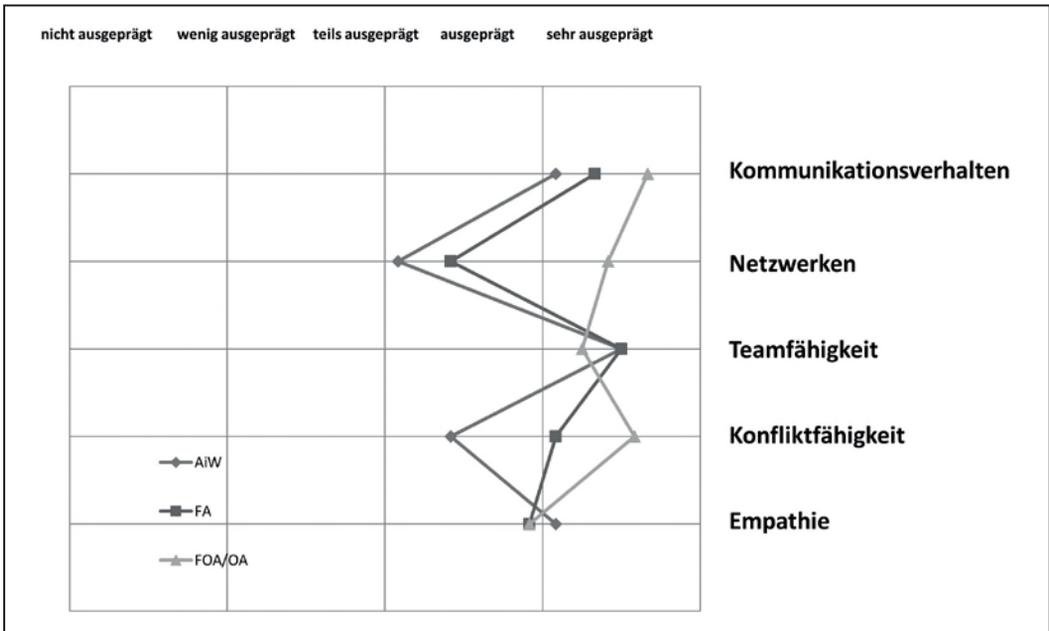


Abb. 7: Übersicht SOLL-Ausprägungsprofil Ärzte Sozialkompetenz

4.3.3 Selbstkompetenz

Anders als bei der Methodenkompetenz liegen die Ausprägungen bei den Selbstkompetenzen zwischen den Hierarchiestufen deutlich näher beisammen (siehe Abb. 8). Insbesondere Belastbarkeit, Leistungs- und Einsatzbereitschaft sowie Loyalität sind hier von Anfang an wichtig, erreichen allerdings selbst bei den Oberärzten mit Ausnahme der Urteils- und Entschlussfähigkeit nicht die Ausprägungsstärke, die für die durchschnittlichen Methodenkompetenzen in dieser Hierarchiestufe für notwendig erachtet wurden. Urteils- und Entschlussfähigkeit, Selbstbewusstsein, Führungsanspruch und -wille sowie Innovationsfreudigkeit erlangen erst im Lauf der Karriere größere Bedeutung. Die stärkste Ausprägung dieser Persönlichkeitseigenschaften wird für das Sollprofil eines Arztes mit Personalverantwortung jedoch nicht als notwendig erachtet.

In der Zusammenschau mit Abbildung 4 scheint hier auf den ersten Blick ein Widerspruch zu bestehen, da Selbstkompetenz im Allgemeinen als wenig veränderlich gilt. Aus dem Sollprofil allerdings erscheint es, als würden diese Selbstkompetenzen über die Hierarchiestufen hinweg erlernt werden. Im Gegenteil muss aber davon ausgegangen werden, dass diese Kompetenzen sich allenfalls in geringem

Umfang entwickeln lassen und es hier vielmehr zu einer Selektion entsprechender Personen kommt, die über die geforderte Ausstattung an Kompetenzen bereits früh verfügen.

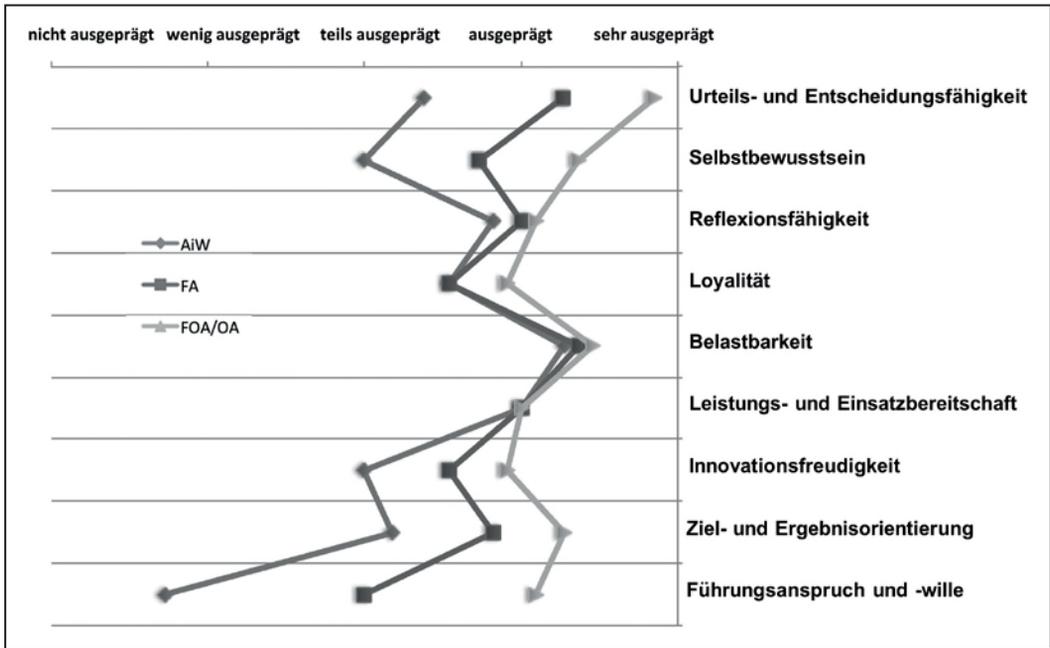


Abb. 8: Übersicht SOLL-Ausprägungsprofil Ärzte Selbstkompetenz

5 Schlussfolgerung

Bei der Nutzung von Sollprofilen muss unabhängig davon, um welche Berufsgruppe es sich handelt, genau berücksichtigt werden, in welcher Hierarchiestufe und an welchem konkreten Einsatzort eine Position besetzt werden soll. Entsprechend ist das Anforderungsprofil an die Gegebenheiten anzupassen. Zur **frühen Erkennung von Talenten** ist die Betrachtung solcher Indikatoren von besonderer Bedeutung, die eine **hohe Diskriminanz** aufweisen.

Dabei weisen Persönlichkeitseigenschaften wie hohe Einsatzbereitschaft, Belastbarkeit und Teamfähigkeit wenig Diskriminanz auf, obwohl sie eine wichtige Grundvoraussetzung sind. Je nach Einsatzort können Beurteilungs- und Reflexionsfähigkeit, konzeptionelle Fähigkeiten, Innovations- oder Konfliktfähigkeit überlegene Indikatoren darstellen. Hierfür gibt das Profil nicht den einzig idealen Kandidaten für entsprechende Aufgaben vor. Vielmehr können aufgabenspezifisch Defizite in bestimmten Items durch andere Stärken kompensiert werden. Entsprechend können Potenzialträger bereits frühzeitig an einem Kompetenzmuster erkannt werden, das der nächsthöheren Hierarchiestufe entspricht.

Messinstrumente zur Ermittlung der Ausprägungen von Persönlichkeitskompetenzen haben immer auch einen subjektiven Charakter. Zur genauen Analyse bedarf es eines nicht unerheblichen Aufwands, um zu hinreichend objektiven Ergebnissen zu kommen. Letztlich entscheidet die **Qualität des Auswahlverfahrens** für Potenzialträger über die **Personalentwicklung** und damit über die institutionelle Qualität des **Wissensmanagements** und der **Unternehmenskultur**.

6 Literatur

- Albrecht DM, Töpfer A (Hrsg) (2006)* Erfolgreiches Changemanagement im Krankenhaus – 15-Punkte Sofortprogramm für Kliniken, 1. Aufl Springer Medizin Heidelberg
- Böhm H, Armutat S (2007)* Professionalisierung im Personalmanagement – der Ansatz der DGFP e. V., in: Eiff W v, Stachel K (Hrsg) Unternehmenskultur im Krankenhaus, Verl Bertelsmann Stiftung Gütersloh: 86-111
- Dreyfus SE, Dreyfus HL (1980)* A Five-Stage Model of the Mental Activities Involved in Directed Skill Acquisition. Operations Research Center Report (February 1980), University of California, Berkeley: 1-18
- EFQM – European Foundation for Quality Management (2003)* Introducing Excellence, Brüssel
- Hänsel M, Koch T (2009)* Entwicklung eines Auswahlverfahrens für Studienplatzbewerber an der Medizinischen Fakultät der TU-Dresden
- Heller AR, Heller SC (2009)* Die familienfreundliche Klinik – (Wie) geht das? Der Anaesthesist Jg 58 Nr 6: 571-581
- Hilb M (2006)* Integriertes Personalmanagement – Ziele, Strategien, Instrumente, 15. Aufl Luchterhand Neuwied
- Hollmann J (2010)* Führungskompetenz für Leitende Ärzte – Motivation, Teamführung, Konfliktmanagement im Krankenhaus, Springer Berlin, Heidelberg
- Malik F (2009)* Führen, Leisten, Leben – Wirksames Management für eine neue Zeit, 13. Aufl Campus-Verl Frankfurt/ M, New York
- Pellerin CJ (2009)* How NASA Builds Teams – Mission Critical Soft Skills for Scientists, Engineers, an Project Teams, Wiley Hoboken
- Schmidt CE, Möller J, Schmidt K, Gerbershagen MU, Wappler F, Limmroth V, Padosch SA, Bauer M (2011)* Generation Y – Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Der Anaesthesist Jg 60 Nr 6: 517-524
- Weick KE, Sutcliffe KM (2003)* Das Unerwartete managen – Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen, Klett-Cotta Stuttgart
- Weinert FE (2001)* Vergleichende Leistungsmessung in Schulen – Eine umstrittene Selbstverständlichkeit, in: Weinert FE (Hrsg) Leistungsmessungen in Schulen, Beltz Verl Weinheim u. Basel