

ternehmenskultur ist veränderbar und sollte folgende Funktionen erfüllen:

- Sie konstituiert die kulturelle Identität und stützt das Wir-Gefühl (Wer sind wir?).
- Sie vermittelt nach innen und außen einen Sinnzusammenhang der zu erfüllenden Aufgaben (Versorgung der Patienten/Image).
- Sie sichert einen Basiskonsens und klare Kommunikation.
- Sie entlastet Mitarbeiter und gibt ihnen Sicherheit (klare Strukturen und Prozesse).
- Sie bleibt stets „weltoffen“ und ermöglicht Lern- und Entwicklungsschritte.

Unternehmenskulturen verändern sich, wenn auch sehr langsam, aber sie verändern sich. Jede einzelne Abteilung kann wie eine kleine Keimzelle dazu beitragen. Eine ganz wesentliche Aufgabe kommt in diesem Zusammenhang den Führungskräften zu. Daher sollen hier einige fördernde Maßnahmen und Verhaltensweisen aufgelistet werden, die quasi als Checkliste für Führungskräfte für eine offenere Fehlerkultur im Krankenhaus dienen können (5).

- Schaffen Sie Raum und Zeit bei der Einschulung neuer Mitarbeiter, bei der Zusammensetzung neuer Teams und bei allen anderen Veränderungsprozessen. Legen Sie großen Wert darauf, dass in der Anfangsphase solcher Prozesse möglichst viele Fragen gestellt werden.
- Schaffen Sie größtmögliche Transparenz. Versuchen Sie Redundanzen zu vermeiden. Führen Sie eine einheitliche und für alle beteiligten Berufsgruppen leicht einsehbare Dokumentation.
- „Führen“ Sie aktiv nur in außergewöhnlichen (Krisen-) Situationen. Routinearbeiten möchten Mitarbeiter weitestgehend autonom bewältigen. Sorgen Sie für harmonische und klare Kommunikation.
- Während überdurchschnittlich hoher Arbeitsbelastung, sollte der Teamleiter (Abteilungsleiter) sich um die Organisation und Führung kümmern und nicht gleichzeitig auch die meisten Sachaufgaben bewältigen (Delegation!).
- Sprechen Sie als Teamleiter so oft wie möglich in der „Wir-Form“. Das stärkt das Gruppengefühl und führt mittelfristig zu besseren Teamergebnissen.
- Widmen Sie bis zu 30% Ihrer Arbeitszeit dem „Problem-Lösen“. Das kostet kurzfristig viel Zeit, aber rechnet sich mittel- bis langfristig enorm.
- Planen und strukturieren Sie Teambesprechungen. Ermutigen Sie Ihre Teamkollegen mitzusprechen, sich einzubringen. Versuchen Sie neben der Sachebene auch immer die Beziehungsebene zu beobachten. Sollten Sie Widerstände spüren, sprechen Sie diese an.
- Bleiben Sie in schwierigen Situationen kühl und überlegt. Die Augen aller Teamkollegen sind auf Sie gerichtet. Sie bestimmen maßgeblich, wie Ihre Teamkollegen mit schwierigen Situationen umgehen (Vorbild).

Diese Liste lässt sich noch um viele Punkte erweitern. Egal wie es momentan in Ihrer Abteilung ist, es ist veränderbar.

## Literatur

1. St. Pierre M, Hofinger G, Buerschaper C (2005) Notfallmanagement, Human Factors in der Akutmedizin. Springer Medizin Verlag, S. 24-30
2. Watzlawick P (2002) Die erfundene Wirklichkeit, Wie wissen wir, was wir zu wissen glauben? Beiträge zum Konstruktivismus, 14. Auflage. Piper
3. Helmreich RL, Ashleigh MC (2001) National, Organizational and Professional Influences. MPG Books Ltd, pp. 53-106
4. Kasper H, Mayrhofer W (1993) Organisation. Ueberreuter, S. 118-132
5. Sexton JB (2004) The Better the Team, the Safer the World, Golden Rules of Group interaction in High Risk Environments: Evidence based suggestions for improving performance. Gottlieb Daimler and Karl Benz Foundation, pp. 12-52

## Vergleich zweier Lehrmethoden – Methoden und Ergebnisse

J. Barwing, S. G. Russo, E. Nickel, M. Quintel, A. Timmermann

### Einführung

Die Qualität medizinischer Ausbildung hat vor dem Hintergrund größeren Konkurrenzdrucks zwischen den Universitäten und der Einforderung einer guten Ausbildung auch durch die Studierenden eine immer größere Bedeutung gewonnen. Die Reform des Studiengangs Medizin im Jahre 2002 hat für die Fakultäten die Notwendigkeit zur Implementierung neuer Konzepte in der Ausbildung geschaffen. An der Universität Göttingen wurde mit Hilfe eines modularen Unterrichtskonzepts realisiert eine große Zahl von Studierenden in Kleingruppen zu unterrichten. (1) Dabei wurden im Sommersemester 2004 und im Wintersemester 2004/2005 Studenten jeweils eines Semesters in verschiedene Techniken aus dem Bereich Notfall- und Intensivmedizin unterwiesen. Pro Semester nahmen ca. 180 Studenten zwei Wochen lang am Unterricht teil. Acht verschiedene Dozenten unterrichteten jeweils Gruppen à sechs Studenten. Am Ende des zweiwöchigen Kurses stand eine theoretische und eine praktische Prüfung, letztere wurde als „OSCE“ (objective structured clinical examination) abgehalten (1).

### Methoden

Am Beispiel des Moduls „Basic Life Support“ (BLS) wurden im Rahmen des Kurses zwei Lehrmethoden verglichen. Für das Modul waren 90 Minuten pro Gruppe in der ersten Woche des Kurses vorgesehen. In Anlehnung an Unterrichtskonzepte für größere Studentengruppen früherer Semester erhielt die eine Hälfte der Studierenden einen konventionellen praktischen Unterricht am Übungsphantom zu dem BLS. Die Inhalte wurden zuvor definiert und mit allen Dozenten besprochen. Im Anschluss hatte jeder Studierende die Gelegenheit, das Gelernte praktisch am Modell zu üben. Umfang und Aufbau des Anteils praktischer Übung im Rahmen des Unterrichts wurden vorher