

Zürcher Hochschule
für Angewandte Wissenschaften



**Angewandte
Psychologie**

www.psychologie.zhaw.ch

Bachelorarbeit

Positive Leadership in der Spitalführung

Eine qualitative Untersuchung am Inselspital Bern

Karin Betschart

Vertiefungsrichtung Arbeits- und Organisationspsychologie

Dr.rer.soc.oec. Christof Schmitz

Hansjürg Lusti, dipl. Psychologe FH

Winterthur, Mai 2008

Diese Arbeit wurde im Rahmen des Bachelorstudienganges am Departement P der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich.

Aus einem Interview

„Die beste Beschreibung unserer Kulturen, die ich je gehört habe, war die eines Betriebswirtschafter, der natürlich beide Seiten sieht- der sieht die Pflege und uns Ärzte. Er hielt uns sehr schön vor, dass wenn man etwas von der Pflege wolle, dann müsse man saubere,, detaillierte Abläufe und genaue Prozesse vorstellen, dann bringe man sein Anliegen durch. Wenn man hingegen etwas von uns Ärzten wolle, dann müsse man es so vorbereiten, dass der Arzt am Schluss das Gefühl habe, er sei selber auf die gewünschte Lösung gekommen. Ein Arzt müsse am Schluss glauben, er habe selber entschieden und dann werde das Ganze auch umgesetzt.... Dies ist höchstwahrscheinlich eine sehr treffende Beschreibung unserer Situation.“

Danken

möchte ich all den Menschen, die bei der Entstehung dieser Bachelorarbeit mitgewirkt haben. Frau Ursula Schaufelberger, Personalchefin und Mitglied der Spitalleitung des Inselspitals, die es möglich machte, dass diese Untersuchung in Zusammenarbeit mit dem ‚College-M‘ durchgeführt werden konnte. Meinen Interviewpartnerinnen und Partnern für Zeitressourcen, Offenheit und Vertrauen, das sie mir schenkten. Sie ermöglichten mir einen spannenden Einblick in die facettenreiche Führungskultur am Inselspital. Meinen Referenten Christof Schmitz und Hansjürg Lusti, die mich mit bemerkenswertem Fachwissen unkompliziert unterstützten, mir aber auch Freiraum gewährten und Andy Wüthrich, der in Nachtarbeit den Rechtschreibbefehlern auf den Leib rückte.

Danken möchte ich auch meinem Lebenspartner, Stefan Kläusler, für den PC-Support und sein Verständnis.

Inhaltsverzeichnis

1	Abstract	1
2	Einleitung	2
	2.1 Vorgehen	2
	2.2 Hintergrund	2
	2.3 Fragestellung und Hypothese	4
	2.4 Ziel	4
3	Theoretischer Teil	5
	3.1 Führungskulturen im Spital	5
	3.1.1 Begriffsklärungen	5
	3.1.2 Führung in der Expertenorganisation	6
	3.1.3 Zielkonflikte im Spital	8
	3.1.4 Zielkonflikte zwischen Ärzten, Managern und der Pflege	9
	3.1.5 Das Führungsverständnis der Mediziner	10
	3.1.6 Das Führungsverständnis der Spitalmanager	11
	3.1.7 Führungsverständnis der Pflege	12
	3.1.8 Produktive Möglichkeiten	14
	3.2 Positive Leadership	14
	3.2.1 Positive Psychologie und Glücksforschung	15
	3.2.2 Positive Organisational Scholarship	16
	3.2.3 Appreciative Inquiry	16
4	Empirischer Teil	21
	4.1 Ausgangslage und Fragestellung	21
	4.1.1 Ausgangslage	21
	4.1.2 Das Berner Insepsital	22
	4.1.3 Managen im Spital – ein Nachdiplomkurs	22
	4.1.4 College-M	24
	4.1.5 Ziel und Fragestellung	24
	4.2 Empirisches Vorgehen	25
	4.2.1 Methodenwahl	25
	4.2.2 Untersuchungsdesign	27
	4.2.3 Auswahl der Stichprobe	28
	4.2.4 Datenerhebung	29
	4.2.5 Datenauswertung	29
	4.3 Ergebnisse der Untersuchung	31
	4.3.1 Wahrnehmung der Organisation	31
	4.3.2 Kulturen	32
	4.3.3 Nachdiplomkurs „Managen im Spital“	38
	4.3.4 Führungskulturelle Annäherung aufgrund des Nachdiplomkurses	41
	4.4 Diskussion	43
	4.4.1 Überblick	43
	4.4.2 Positive Leadership - Anknüpfung an den methodischen Teil	44
	4.4.3 Beantwortung der Fragestellung	45

4.4.4	Interpretation der Ergebnisse	50
4.4.5	Die Wirkung des Positive Leadership auf die kulturelle Annäherung	52
4.4.6	Kritische Betrachtung der Methode	54
4.4.7	Fazit und Ausblick	55

1 Abstract

Das gesamte Gesundheitswesen befindet sich in einem anhaltenden Veränderungsprozess. Medizinische Innovationen, demographische Entwicklung, steigende Ansprüche der Patienten und zeitgleiche Ressourcenverknappung sind nur einige Herausforderungen, mit welchen Führung und Management in Spitälern konfrontiert werden. Die Veränderung dieser Rahmenbedingungen fordert in interdisziplinärer Zusammenarbeit, das Entwickeln von Strategien, sowie ein fachübergreifendes Angehen von Projekten und Prozessen. Spitalmanager, Pflegeleitung und Chefärzte mit verschiedenen Kulturen und Werte-Welten sind zur intensiven Zusammenarbeit gefordert.

Es stellen sich hierzu Fragen, wie gemeinsame Vorstellungen und Ziele als Alternative zum konflikthaften Auseinanderdriften entwickelt werden könnten und welche Faktoren eine gegenseitige Akzeptanz positiv beeinflussen würden.

Aufgrund von Erkenntnissen aus der Literatur und der Ergebnisse der qualitativen Untersuchung dieser Arbeit am Inselspital Bern, stellt sich der Versuch die verschiedenen Kulturen von Ärzten, Pflege und Spitalmanagern zu vereinen, nicht als erfolgsversprechendes Ziel dar. Die verschiedenen Führungswelten sollen nicht deckungsgleich werden. Dafür sind die Aufgabenbereiche zu verschieden. Viel eher ginge es darum, im Bewusstsein der Unterschiede, das Interesse für die anderen Führungskulturen zu wecken, einen offenen Austausch zu fördern und dadurch ein gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz zu erlangen.

Das ‚College M‘ bietet am Berner Inselspital den Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital‘ für Führungskräfte an. Diese Untersuchung zeigt, dass dieser auf dem ressourcenorientierten Ansatz ‚des Positiv Leadership‘ basierende Kurs, ein Weg hin zu einer integrativen Zusammenarbeit zwischen Spitalmanagern, Pflege und Chefärzten sein kann.

2 Einleitung

2.1 Vorgehen

Einleitend wird die praktische und theoretische Problemstellung kurz beschrieben, aus der sich der Untersuchungsbedarf ergibt. Die Fragestellung und das Ziel der Arbeit werden erläutert.

Der theoretische Teil ist in zwei Hauptkapitel unterteilt. Im Kapitel 3.1 werden die verschiedenen Führungskulturen von Chefärzten, Spitalmanagern und Pflegeleitung beschrieben.

Das Kapitel 3.2 befasst sich mit dem Positive Leadership. Hier wird auf Philosophie und Grundannahme eingegangen. Theorie und Anwendung von Appreciative Inquiry (Wertschätzendes Erkunden), ein Instrument innerhalb des ‚Positive Leadership‘ zur Organisationsentwicklung und Unternehmensanalyse, werden erläutert.

Auf die Themen Organisationsentwicklung und Führungsausbildung im Allgemeinen geht diese Arbeit nicht ein, da diese zu wenig spezifisch sind und zu weit greifen würden.

Der empirische Teil der Arbeit befasst sich als Ausgangslage mit der Organisation des Inselfspitals und den Inhalten des Nachdiplomkurses ‚Managen im Spital‘, der durch das College für Management im Gesundheitswesen ‚College-M‘, durchgeführt wird. Anschliessend werden Untersuchungsdesign sowie die Datenerhebung- und Auswertung transparent gemacht und die Ergebnisse der Interviews vorgestellt.

Im Diskussionsteil werden die Ergebnisse zusammengefasst, was zur Beantwortung der Fragestellung und Interpretation der Ergebnisse führt. Die Methode wird kritisch hinterfragt. Im Fazit sollen zukunftsweisende Schlussfolgerungen gezogen werden.

2.2 Hintergrund

Das gesamte Gesundheitswesen befindet sich in einem anhaltenden Veränderungsprozess, der sich mehr und mehr zur Unzufriedenheit aller beteiligten Akteure entwickelt.

Nicht nur in der Schweiz, sondern in ganz Europa stehen Spitäler unter einem massiven Druck.

Medizinische Innovationen, demographische Entwicklung, steigende Ansprüche der Patienten und zeitgleiche Ressourcenverknappung sind nur einige Herausforderungen, mit welchen Führung und Management in Spitälern konfrontiert sind. Solche Herausforderungen rütteln an den traditionellen Rollenverständnissen vor allem der Mediziner und an den Einflussphären der unterschiedlichen Akteure in den Spitälern (Berchtold, Endrissat, Müller & Schmitz, 2007).

Da sich das Gesundheitswesen in einer Phase befindet, in der Veränderungen an der Tagesordnung stehen, ist die Gefahr gross, dass die altbewährten Strukturen innerhalb der Spitäler in Zukunft immer weniger funktionieren. Krisensituationen provozieren die Frage nach Leitung, Führung und Management nachhaltig (Grossmann & Heller, 1997). Neue Wege der Führung und Kontrolle für das Spital müssen gefunden und entwickelt werden.

Viele Schweizer Spitäler befassen sich zurzeit mit Fragen der Effizienzsteigerung und der Reorganisation. Beides geht oftmals mit der Einführung neuer (Führungs-) Strukturen einher. Traditionelle ‚Duale-‘ oder ‚Dreibeinstrukturen‘ werden durch eine Einerspitze oder ‚CEO-Führungsstruktur‘ ersetzt. In dieser trägt der Spitalmanager allein die Gesamtverantwortung für das Spital und teilt diese nicht mit einem ärztlichen Direktor. Die Umsetzung dieser Strukturen und der oftmals damit verbundene Anspruch der Spitalmanager, die Chefärzte des Spitals ‚zu führen‘ gestaltet sich oftmals schwierig. Mit den Spitalmanagern und den Chefärzten treffen zwei Berufsgruppen aufeinander, die in ihrem Selbstverständnis und in ihrer Kultur sehr verschieden sind. Ärzte warnen typischerweise vor dem ‚ökonomischen Diktat‘ und davor, dass ‚übertriebener Neoliberalismus geradewegs in die Katastrophe führe (Bayer, 2004; zit. nach Benz, 2007). Von ökonomischer Seite her wird den Ärzten das Mitentscheidungsrecht quasi entzogen. Ein Zitat eines führenden Gesundheitsökonomen im deutschsprachigen Raum verdeutlicht dies: „Die Ärzte sollen das tun, was sie können und nicht über Ökonomie reden. Davon verstehen sie nichts.“ (Köck, 2004; zit. nach Benz, 2007). Beide Extremstandpunkte stehen einer zukunftsorientierten Zusammenarbeit im Wege.

Pflegende und Mediziner arbeiten beide im operativen Kerngeschäft, der Behandlung und Betreuung der Patienten. Dennoch trennen ganz unterschiedliche Grundverständnisse diese beiden Subsysteme: Mediziner profilieren sich in ihren Fachdisziplinen, kontrollieren Behandlungsentscheide und orientieren sich gerne ausserhalb der Spitalhierarchie. Die Pflegenden widmen sich vor allem den Betreuungsprozessen, koordinieren vieles rund um den Patienten und orientieren sich innerhalb der Organisation. Nicht selten bilden Pflegende Koalitionen mit Managern, die sich häufig gegen die Ärzte richten (Berchtold et al., 2007).

Hierzu stellt sich die Frage, wie diesem möglichen Antagonismus¹ der drei Berufsgruppen entgegenwirkt werden kann. Wie können gemeinsame Vorstellungen als Alternative zum konflikthaften Auseinanderdriften entwickelt werden? Wie können gemeinsame Ziele definiert werden und wie kann gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz geschaffen werden? Wie kann eine kulturelle Annäherung der verschiedenen Berufsgruppen herbeigeführt werden? (Berchtold et al., 2007).

Mögliche Antworten auf diese Fragen dürften sehr vielseitig und vielschichtig sein. Eine gemeinsame, fachübergreifende Management Aus- und Weiterbildung könnte ein denkbarer Weg sein.

Am Berner Inselspital wird vom College für Management im Gesundheitswesen „College-M“ ein

¹ Antagonismus [gr.] Gegensatz, Widerstreit, gegenseitiges Sichausschliessen, wechselweises Wirken

fachübergreifender Nachdiplomkurs (NDK) „Managen im Spital“ für Führungskräfte angeboten. Es nehmen Führungskräfte aus allen Departementen mit medizinischem, pflegerischem oder betriebswirtschaftlichem Hintergrund teil. Dieser NDK gliedert sich in 5 Module von insgesamt 12 Tagen und erstreckt sich über sechs Monate. Die Gestaltung der Kursinhalte richtet sich nach dem Ansatz des Positive Leadership. Auf den Begriff Positive Leadership wird im theoretischen Teil dieser Arbeit eingegangen.

2.3 Fragestellung und Hypothese

Aufgrund der geschilderten Problematik geht es in dieser Bachelorarbeit zunächst darum, zu untersuchen, wie sich die Kulturen der Chefärzte, der Pflege und der Spitalmanager unterscheiden

In einem zweiten Schritt soll geprüft werden, ob eine interdisziplinäre Führungsausbildung nach dem Ansatz des Positive Leadership die unterschiedlichen Kulturen von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen kann. Hierzu werden folgende Hypothesen geprüft:

- Die Kulturen der Chefärzte, Pflege und der Spitalmanager unterscheiden sich.
- Ein fachübergreifender Nachdiplomkurs nach dem Ansatz des Positive Leadership ermöglicht eine führungskulturelle Annäherung von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern.

2.4 Ziel

Im Auftrage des College für Management im Gesundheitswesen „College-M“ soll mittels einer qualitativen Studie nach dem Ansatz des Appreciative Inquiry (Wertschätzendes Erkunden) untersucht werden, inwiefern eine führungskulturelle Annäherung der drei Bereiche möglich ist und wo diesbezüglich die Grenzen liegen.

3 Theoretischer Teil

3.1 Führungskulturen im Spital

In diesem Kapitel werden zunächst die Begriffe Führung und Unternehmenskultur definiert. Anschliessend wird im Kapitel 3.1.2 auf die Expertenorganisation im Spitalkontext eingegangen. Es werden die Besonderheiten im Bezug auf Führung in der Expertenorganisation herausgearbeitet.

Im Kapitel 3.1.3 werden die Hintergründe der verschiedenen Zielkonflikte im Spital sowie die verschiedenen Führungskulturen der Manager, Ärzte und Pflege beschrieben.

Ein konzeptioneller Ausgangspunkt dieser Arbeit bildet die Erkenntnis, dass Führung als kulturelle Praxis verstanden werden kann, die sich weitgehend nach den impliziten Annahmen und Verständnissen der Führenden richtet, welche wiederum stark durch die jeweiligen sozialen Felder, in diesem Fall der Pflege, der Medizin und des Managements in Schweizer Spitälern, geprägt sind. Die Begriffe Kultur und Führung können nicht streng getrennt werden. Sie greifen ineinander und beeinflussen sich gegenseitig.

3.1.1 Begriffsklärungen

Führung

Rosenstil (1993) definiert Führung als zielbezogene Einflussnahme. Die Unternehmensführung verfolgt das Ziel der Steuerung des Gesamtsystems Unternehmen. Sie stellt ein gestaltendes Eingreifen in den gesamten Wertschöpfungsprozess des Unternehmens dar. Die Aufgaben der Unternehmensführung lassen sich als Lenkung, Gestaltung und Entwicklung umschreiben (Ulrich, 1984). Durch die Lenkung werden Ziele bestimmt sowie entsprechende Aktionen ausgelöst und kontrolliert. Bei der Gestaltung geht es um die Schaffung eines Rahmens, der es ermöglicht, eine handlungsfähige Ganzheit über ihre Zweckerfüllung überlebens- und entwicklungsfähig zu halten. Die Entwicklung ist teils das Ergebnis von Gestaltungs- und Lenkungsprozessen im Zeitablauf, teils erfolgt sie über sich selbst generierende Prozesse über die Veränderung von Einstellungen, Wissen und Können in kollektiven Lernprozessen (Bleicher, 1995).

Mitarbeiterführung stellt einen wesentlichen Teil der Unternehmensführung dar. Dabei können zwei wesentliche Arten der Mitarbeiterführung unterschieden werden:

- Führung durch Strukturen (indirekte Führung oder Systemgestaltung)
- Führung durch Personen (direkte Führung oder Systemgestaltung)

Strukturen unterschiedlicher Art wie beispielsweise Organigramme und Stellenbeschreibungen können Aktivitäten steuern und koordinieren. Dabei handelt es sich um indirekte Führung. Direkte Führung hingegen geschieht durch die persönliche Interaktion und Kommunikation von Vorgesetzten.

Kultur-Unternehmenskultur

Doppler und Lautenburg (2002) definieren Unternehmenskultur als die Gesamtheit aller Normen und Werte, die den Geist und die Persönlichkeit des Unternehmens ausmachen. Sie bezeichnen Normen und Werte als Steuerungsgrößen, die das Verhalten der Menschen kanalisieren mit dem Ziel, Komplexität zu reduzieren. Sie helfen dem einzelnen sich an seine Umwelt anzupassen und bieten ihm Orientierung bezüglich des Verhaltens der anderen. Sein soziales Umfeld wird für ihn verstehbar, durchschaubar und berechenbar. Im heutigen Arbeitsumfeld verfügen Mitarbeitende aller Stufen über einen immer grösser werdenden Handlungsspielraum. Sie nehmen komplexe und anspruchsvolle Aufgaben wahr – ohne hierarchische Aufsicht und im Rahmen einer Organisation, die sich ständig im Fluss befindet. Nicht äussere Strukturen geben ihnen Orientierung und Sicherheit, sondern transparente, stabile und wenn möglich verinnerlichte Normen und Werte. Durch sie werden aufwändige Koordinations- und Kontrollsysteme obsolet. Doppler und Lautenburg (2002) sehen in der Folge eine ausgeprägte und in sich stimmige Unternehmenskultur als effizientes Steuerungsmittel und zentralen Erfolgsfaktor einer Unternehmung an.

Schein (2003) hingegen sieht die Kultur nicht länger als Bindemittel und Quelle der Identität, sondern als Teil der Erfolgstradition – also der Annahmen, mit denen das Unternehmen dorthin gekommen ist, wo es heute steht. Sie ist für ihn immer noch eine stark konservative Kraft, weil viele Mitarbeitende und Manager selbstverständlich davon ausgehen, dass das, was das Unternehmen erfolgreich gemacht hat, zwangsläufig auch weiterhin richtig ist. Diese Überzeugung lässt sich durch eine blosser Ankündigung neuer Arbeitsweisen oder neuer Werte nicht so leicht erschüttern oder verändern.

3.1.2 Führung in der Expertenorganisation

„Ich glaube, unser grösster Fehler im Umgang mit Organisationen, den wir durch das ganze Jahrhundert hindurch gemacht haben und jeden Tag wiederholen, liegt in der Annahme, es gäbe einen ‚one best way‘, alle Organisationen zu führen... Wir können ebenso wenig alle Organisationen gleich behandeln, wie Ärzte allen Patienten die gleiche Brille verschreiben können.“ (Mintzberg, 1989, S. 14).

Grossmann, Pellert und Gotwald (1997) bestätigen, dass die Besonderheiten der Strukturen und Prozesse der jeweiligen Organisation berücksichtigt werden müssen, um der Komplexität der Expertenorganisation und ihren Produkten gerecht werden zu können. Eine Steuerung, die sich auf die Forderung nach mehr Effizienz und Kostensenkung beschränkt, greift nach Meinung der Autoren zu kurz und bringt für die bestehende Organisation nicht nur grosse Probleme mit sich, sondern stellt auch

deren Funktionsfähigkeit in Frage. Die zu ergreifenden Massnahmen beziehen sich auf die Organisation als soziale Struktur mit ihren zentralen Leistungsprozessen.

Spitäler sind Organisationen, so genannte Expertenorganisationen, deren Kerngeschäft von Professionals (Mediziner, Pflege) betrieben wird, welche hoch spezialisiert ausgebildet und in ihrer Profession spezialisiert sind. Dies gilt speziell für die Mediziner. Aufgrund ihres Spezialwissens – das für Aussenstehende kaum durchschaubar ist – und der Art der klinischen Tätigkeit bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit selbst überlassen. Dadurch können sie ein grosses Mass an Autonomie in ihrer Berufsausübung wahrnehmen. Mediziner zu managen bedeutet deshalb eine besondere Führungsherausforderung (Berchtold et al., 2007).

Ein zentrales Charakteristikum des Experten ist sein eigenständiger Umgang mit Wissen. Daher ist anzunehmen, dass angesichts einer zunehmenden wissensbasierten Gesellschaftsentwicklung immer mehr Organisationen die Merkmale von Expertenorganisationen aufweisen werden. Exemplarisch neben Spitälern sind Schulen und Universitäten, sowie Beratungsfirmen oder Grosskanzleien (Grossmann, Pellert und Gotwald, 1997).

Im Vergleich zu „konventionellen Organisationen“ läuft der Prozess der Strategiebildung in Expertenorganisationen insofern anders ab, als hier die Organisation „im Sinne einer Musterbildung im Handeln“ von „Strategien überflutet“ wird. (Mintzberg, 1991).

Viele Strategiefragen unterstehen der Kontrolle einzelner Experten. Dies ist auf den hohen Grad an Autonomie zurückzuführen, die dem einzelnen Experten zusteht, namentlich sein naher Bezug zu seinen Klienten einerseits und seine lockere Verbindung zu anderen Unternehmenseinheiten andererseits. Hinzu kommt, dass die Outputs in Expertenorganisationen schwer zu messen und auch schwer konkret und generell festzulegen sind (Mintzberg, 1991).

Expertenorganisationen weisen laut Grossman, Pellert und Gotwald (1997) ein charakteristisches Management- und Führungsdefizit auf. Die Experten befassen sich bevorzugt mit ihrer Facharbeit und erleben Führung primär als Einmischung der Organisation in ihre eigentliche Arbeit. Leitung und andere Managementaufgaben können nur begrenzt an Organisations- und Managementfachkräfte abgegeben werden, da Leitungsentscheidungen und andere Managementfunktionen sehr eng mit der fachlichen Arbeit verknüpft sind. Mintzberg (1999) bemerkt hierzu, dass ein tief greifendes Verständnis dessen, was gemanaged wird, in Expertenorganisationen unerlässlich ist. Gleichzeitig besteht auch eine ablehnende Haltung gegenüber Hierarchien. Unter Experten gilt das Prinzip der Kollegialität, straffe Leitungsfunktionen sind unerwünscht. Autorität basiert auf Expertise und nicht auf hierarchischen Positionen (Grossmann et al. 1997).

Die Organisation der Experten weist nach Mintzberg (1989) zwei herausragende Vorteile auf: Einerseits ist sie demokratisch, da sie Macht direkt an ihre Mitarbeitenden verteilt. Andererseits besitzen die

Mitarbeitenden der Expertenorganisation einen hohen Grad an Autonomie, da eine enge Zusammenarbeit mit ihren Kollegen notwendig ist.

Genau in diesen zwei Besonderheiten, der Autonomie und Demokratie, liegen gleichzeitig die Hauptprobleme der Leitung von Expertenorganisationen. Mintzberg (1989) spezifiziert diese Problemursachen folgendermassen: Ausser der durch die Experten selbst ausgeübten Kontrollen gibt es keine weitere Möglichkeit zur Kontrolle der Arbeit. Ferner gibt es auch keine Möglichkeit, Schwachpunkte ohne Beteiligung der Experten zu beseitigen. Im Vordergrund stehen dabei die Probleme mit:

- *der Koordination* (jede Berufsgruppe empfindet sich als Elite mit eigenen Regeln und Werten; Ziele der Organisation werden nur unterstützt, wenn sie kongruent mit jenen des eigenen Berufsstandes sind)
- *dem Ermessen und der Messbarkeit* (grosser Ermessensspielraum der Experten; Leistungen werden nach eigenen fachlichen Kriterien beurteilt; Kontrolle von aussen stösst auf starken Widerstand)
- *der Innovation* (Ablehnung gegenüber kollektivem Vorgehen und Abneigung gegenüber Kooperation untereinander und mit den unterstützenden Gruppen (Pflege, Technik etc.) wirkt sich negativ aus auf Innovation, welche zumeist das Überschreiten etablierter Spezialfächer erfordert)

3.1.3 Zielkonflikte im Spital

In den letzten Jahrzehnten war das strategische Management in den meisten Spitälern nahezu bedeutungslos. Dies ist mit einer starken Regulierung des Gesundheitswesens und den damit verbundenen Vorgaben des Leistungsauftrages zu begründen. Unternehmerisches Handeln beschränkte sich weitgehend auf taktisch operative Anpassungsmassnahmen (Braun von Reinersdorf, 2002).

Nach Amelung & Schumacher (2004), Boos (2004), Juhasz (2004), Wiechmann (2003); zit. nach Berchtold et al. (2007), steht das schweizerische Gesundheitswesen vor grossen Herausforderungen: Die medizinische Entwicklung generiert immer neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, die demografische Entwicklung steigert die Komplexität der Krankheiten, Leistungsempfänger stellen höhere Ansprüche an Behandlung und Betreuung, während Ressourcenverknappung und Kostendruck stetig zunehmen. Dies fordert von Spitälern einen erhöhten Steuerungs- und Managementbedarf (Boos, 2004; zit. nach Berchtold et al., 2007), der sich beispielsweise folgendermassen zeigt:

- Prozesse werden optimiert und Kernprozesse vermehrt auf eine wissenschaftliche Basis gestellt
- Professionelle werden auf explizite Qualitätsstandards verpflichtet (z.B. im Rahmen von Outcome-Messungen)

- Patientenbehandlung ist immer mehr eine komplexe interdisziplinäre Kooperationsaufgabe zwischen verschiedenen Fachspezialisten und Professionen
- Neue Organisationsformen und Führungsarchitekturen überlagern traditionelle Klinikstrukturen (z.B. organspezifische Departemente an Universitätsspitalern)
- Zunehmende Ressourcenknappheit schafft ethische Dilemmata am Krankenbett

(Berchtold & Michel-Alder 2003, Schmitz, 2004; zit. nach Berchtold et al. 2007)

Insbesondere bei Medizinerinnen rütteln solche Veränderungen und Herausforderungen am traditionellen Rollenverständnis. Sie erfahren diese Veränderungen als Kontrollverlust und sehen auch ihre (professionelle) Autonomie eingeschränkt (Atun 2003; zit. nach Berchtold et al., 2007). Es erstaunt also nicht, dass solche Entwicklungen in vielen Spitalern zu einer teils heftigen Ablehnung der Managements durch die Mediziner geführt haben (z.B. Doolin 2001, Edwards, Kornacki & Silversin, 2002; zit. nach Berchtold et al., 2007).

3.1.4 Zielkonflikte zwischen Ärzten, Managern und der Pflege

Aus den im Kapitel 3.1.3 ausgeführten Gründen hat sich das Spannungsfeld von medizinischen Leistungen, ökonomischen Möglichkeiten und sozialem Handeln verstärkt. Medizinisch Wünsch- und Machbares entfernt sich immer weiter vom ökonomisch Sinnvollen. Somit entfernen sich die medizinischen und ökonomischen Ziele voneinander. Die wesentliche Ursache besteht darin, dass die Vertreter einer Profession (Ärzte und Pflege) und die Manager einer Organisation aus unterschiedlichen ‚Kulturen‘ stammen.

Der entstehende Konflikt zieht nicht zu vernachlässigende Konsequenzen nach sich. Eine Schweizer Studie aus dem Jahr 2002 (Heuss, Girsberger, Münster & Schmid; zit. nach Benz, 2007) hat ergeben, dass 80% der befragten Ärzte die Attraktivität ihrer Tätigkeit als gesunken wahrnehmen. Davon ausgehend, stellten die Autoren in ihrer Untersuchung die Frage ins Zentrum, welche Anreize das Führungs- und Managementverhalten leitender Spitalärzte in der Schweiz beeinflussen könnten. Neben der Änderung der Organisationsstruktur (selbständige Rechtsform mit unternehmerischem Handlungsspielraum), wurden der Wunsch nach vermehrter Einbindung der leitenden Spitalärzte in die Führungsverantwortung auf Spitalebene und der Rückzug von Fremdeinflüssen aus der operativen Spitalebene genannt. Im Gegenzug dazu sind die befragten Ärzte auch bereit, einen Mehraufwand in Kauf zu nehmen.

Im Zusammenhang mit der Frage, was die Hintergründe für den möglichen Antagonismus zwischen Medizin, Pflege und Management sein könnten und worin die Motive für das Ringen um Einfluss und Macht bestehen könnten, verweisen Davies, Nutely und Mannion (2000; zit. nach Berchtold et al.,

2007) auf die vielen professionskulturellen Unterschiede. Diese Unterschiede, die durch die (unterschiedliche) Sozialisation (während der Ausbildung) und später durch die berufliche Tätigkeit entstanden sind, prägen die Selbstverständnisse der Mediziner, Pflegenden und Manager.

3.1.5 Das Führungsverständnis der Mediziner

„Arzt ist nicht ein Beruf, den man ausübt, sondern man ist Arzt“ (Hohner, 1997, S.7). Das ist einer der Gründe dafür, warum sich die Einführung wirtschaftlicher Elemente in Spitälern als so schwierig gestaltet. „Für den Mediziner steht bei einem Systemwandel die Bedeutung neuer Schranken für die Qualität der ärztlichen Versorgung im Vordergrund“ (Schüpfer, Konrad & Schaffelbach, 2000, S. 68).

Personen, die sich für den Arztberuf entscheiden, werden von Beginn des Medizinstudiums an institutionsspezifischen Einprägungen unterworfen, durch die sie sich spezifische, sozial relevante Verhaltensweisen und Erfahrungen aneignen, die sie benötigen, um sich als adäquate Institutionsmitglieder behaupten zu können (Basler, Mayer & Scheller, 1978).

Die Ausbildung zum Mediziner beginnt mit der Selektion für das Studium. Seit 1998 besteht in der Schweiz an mehreren Universitäten für die Zulassung ein Numerus clausus. Die Tatsache, dass Medizinstudierende überdurchschnittlich häufig aus Arzt- oder anderen Akademikerfamilien stammen, kann darauf hindeuten, dass die Medizin an bestimmte Denk, Verhaltens- und Wertmuster gebunden ist (Heim & Schuller, 1992).

Zu Beginn ihrer praktischen Tätigkeit versuchen Ärzte oft an einer humanistischen, patientenorientierten Perspektive festzuhalten, was aber nur wenigen gelingt. Das soziale Umfeld der technologisch-biomedizinisch ausgerichteten ärztlichen Ausbildung führt zu einer weiteren Prägung (Conrad 1998; zit. nach Benz, 2007). Durch die dominante Standesvertretung der Ärzte sowie durch Fortbildungen wird die Zugehörigkeit zur Profession weiter bestärkt. Freidson (1975) fasst zusammen, dass während der gesamten medizinischen Ausbildung vor allem zwei Werte stark internalisiert werden. Es handelt sich dabei um die ärztliche Verantwortung (das Leben des Patienten liegt in der Hand des behandelnden Arztes) und die klinische Erfahrung (wird aus dem direkten Kontakt mit dem Patienten gewonnen und ist massgebend für Entscheidung und Rechtfertigung einer Behandlungsweise).

2007 führten Berchtold et al. in der Schweiz mit 15 Spitalmanagern aus verschiedenen Institutionen und 15 Chefärzten aus ebenfalls verschiedenen Institutionen qualitative Interviews durch. Ziel dieses Forschungsprojektes war es, Aussagen über die Kultur und das Führungsverständnis der jeweiligen Berufsgruppen zu machen. Zusammenfassend sehen sich Ärzte gemäss Berchtold et. al. (2007) in Führungspositionen, aufgrund ihrer professionellen Kompetenz – zuständig für das Kerngeschäft des Spitals – der qualifizierten Patientenbehandlung. Ihre Perspektive ist eine fallbezogene und disziplinäre, nicht aber eine institutionelle. Nicht zuletzt um ihre Professionalität aufrechtzuerhalten erbringen

Chefärzte ihre Leistung, indem sie selber praktizieren sowie in der Führung ihres Pools von professionellen Mitarbeitenden in ihrer Klinik.

Führung bedeutet für sie im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Entwicklung derer Professionalität, indem sie ihnen in der Praxis die erforderlichen Werte, Einstellungen, Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln – oder ihnen ermöglichen, sich diese anzueignen. Zu dieser „erzieherischen Führungsaufgabe“ sehen sie sich durch ihre langjährige Professionalitätsgeschichte und den damit erworbenen Qualifizierungen, wie auch durch ihre persönliche Position legitimiert. Ihre ausschliessliche Legitimation begründet den Anspruch auf Selbständigkeit in ihrem Leistungsbereich. Die institutionelle und insbesondere die ökonomische Entwicklung im Umfeld werden tendenziell als Bedrohung der Selbständigkeit wahrgenommen. Die Bemühungen der Spitalmanager um Gesamtperspektive und institutionelle Integration widerspricht ihrem Selbstverständnis des professionell begründeten Autonomieanspruchs. Ihrer Führungsaufgabe möchten sie nachkommen, indem sie ein entwicklungsförderliches Umfeld, Freiräume zur professionellen Emanzipation und sich selber als Vorbild zur Verfügung stellen. Zu ihrem Führungsverständnis gehören auch die Weitervermittlung von Erfahrung und Wissenschaft sowie die Gestaltung fürsorglicher Beziehungen, um die für die Entwicklung der Mitarbeitenden erforderliche Sicherheit und Rückendeckung zu gewährleisten.

Sie führen sehr stark über ihre Person und nicht über Strukturen und formale Instrumente, was ein klares persönliches Profil erfordert, dessen Durchsetzung auch Abgrenzung bedeutet und der Nähe zu den Mitarbeitenden im Wege stehen kann (Berchtold et al., 2007).

3.1.6 Das Führungsverständnis der Spitalmanager

Die Sozialisierung zum Manager ist weitaus weniger komplex als die zum Mediziner. Ökonomen erfahren ihre eigentliche Sozialisierung erst ‚on the job‘ (Raelin, 1989; zit. nach Benz, 2007). Daraus resultieren auch der starke Bezug zum Unternehmen und die Identifikation mit seinen Zielen und seiner Kultur. Nach Sicht von Ökonomen darf die Zugehörigkeit zur eigenen Profession die Loyalität gegenüber der eigenen Unternehmung nicht dominieren, vor allem nicht in einer Welt, in der Ressourcen knapp sind. „One is not an employee of the profession, but of the organisation.“ (Raelin, 1989; zit. nach Benz, 2007). Neu in Organisationen eintretende Manager versuchen sich ein klares Bild von ihrer Management-Rolle und den daraus abzuleitenden Aufgaben zu machen. Daraus leiten sie im Idealfall ab, ob sie diese effizient und effektiv durchführen (Hallier & Forbes, 2004; zit. nach Benz, 2007). Darüber hinaus zählt laut Mintzberg (1973; zit. nach Benz 2007) die Integration von individuellen und organisationalen Zielen zu einer der Hauptaufgaben von Managern. Dementsprechend ist die Wertung der Rationierung (die für die Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehenden Güter sind begrenzt) und Rationalisierung (die Frage nach Optimierungspotential) im Krankenhaus aus Managementsicht eine völlig andere.

Aus der von Berchtold et. al. (2007) in der Schweiz durchgeführten Studie zu Kultur und Führungsverständnis geht hervor, dass sich Spitalmanager als zuständig und verantwortlich für das Spital in seinem politischen Umfeld und für seine Zukunft als Ganzes sehen. Dies insbesondere aus einer wirtschaftlichen und strategischen Perspektive. Sie bilden damit also ein Gegengewicht zur lokalen und fallgetriebenen operativen Orientierung der Kader mit medizinischem Hintergrund. In der Führung ist für sie die Beziehungsgestaltung ein sehr zentrales Anliegen. Beziehungsgestaltung mit dem Ziel, dieser selbst und deren Anliegen das erforderliche Gewicht und die nötige Akzeptanz zu geben, aber auch um die professionellen Führungskräfte des Spitals bei der Wahrnehmung der übergeordneten Belange zu engagieren und um die komplizierten professionellen Strukturen zu vereinfachen und zu integrieren.

Durch eine klare, konsequente Linie und verbindliches Handeln versuchen Spitalmanager das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeitenden zu erwerben. Ihr Anliegen ist es, Integration und Ausrichtung der Organisation durch die Gestaltung von partizipativen und konsultativen, engagierenden Prozessen zu bewerkstelligen, oder aber durch sachliches und transparentes Entscheiden zu überzeugen und den eigenen Standpunkt durchzusetzen.

Das schwierige politische Umfeld, die heterogenen, komplizierten Strukturen und die ausgeprägte professionelle Kultur im Spital sehen sie als Herausforderung und zugleich als Schwierigkeit. Daraus ergibt sich eine eigenartige Ambivalenz zwischen der Betonung einer gelassenen und geduldigen Gestaltung von Entwicklungsprozessen einerseits und dem Durchsetzen von aus ihrer Sicht notwendigen raschen Veränderungen andererseits. (Berchtold et al. 2007)

3.1.7 Führungsverständnis der Pflege

Es ist unstrittig, dass die pflegerische Leistung im Spital ein unverzichtbarer Teilprozess der Gesamtleistung des Unternehmens darstellt. Dennoch ist die Frage, wie sich unter den veränderten internen und externen Bedingungen die Position der Pflege im Spital darstellen lässt, schwieriger als in der Vergangenheit.

Bei der ökonomisch dominierten Reform der Gesundheitsprozesse zeigte die Pflege in den letzten Jahren Innovationsbereitschaft. Oft war sie Entwicklungsmotor bei der Gestaltung von Prozessen. Zentrum pflegerischer Aufgabenstellung im Spital ist neben der unmittelbaren Patientenbetreuung die Verknüpfung der ärztlichen, pflegerischen, technischen und sozialen Dimensionen der Behandlung. Neben der Kundenorientierung ist es im pflegerischen Management eine zentrale Gestaltungsaufgabe, die Mitarbeitenden als Erfolgsfaktor des Unternehmens zu betrachten und Mitarbeiterorientierung als Kernelement der erfolgreichen Leistungserbringung zu betrachten (Reinhart & Georg, 2007).

Um die Kultur der Pflege zu verstehen, muss ein Blick auf den Wandel des Pflegeberufes geworfen werden.

Für den Zeitraum der 1970er Jahre wird die Pflege als arztorientiert bezeichnet. Die Professionalisierungsbemühungen belaufen sich auf eine medizinische Spezialisierung. Unter Professionalisierung versteht man den Prozess, in dem Wissenskombinationen zur Theorie weiterentwickelt, also verwissenschaftlicht werden. Der Zugewinn an medizinisch-naturwissenschaftlichen Kenntnissen führt aber nicht zu einer Weiterentwicklung des pflegerischen Berufsbildes.

Für die 1980er Jahre wird der beginnende Wandel im beruflichen Selbstverständnis beschrieben und als berufliche Emanzipationsbemühungen gekennzeichnet. Hier spielen Versuche, das Berufsbild der Pflegenden auszugestalten, Forderungen nach struktur- und arbeitsverbessernden Massnahmen sowie Forderungen nach neuen Aus-, Fort und Weiterbildungskonzepten eine Rolle. Die Unterordnung unter die Medizin und die hierarchische Arbeitsteilung wird problematisiert und zunehmend abgelehnt.

Mit Beginn der 1990er Jahre tragen die allmähliche Etablierung der Pflegewissenschaft und -forschung sowie die Einrichtung akademischer Bildungsgänge für lehrende und leitende Aufgaben zu den Professionalisierungsbemühungen bei. Es wird der Versuch unternommen, die Pflege konzeptionell und aufgabenorientiert zu definieren, sowie ihre Eigenständigkeit und Notwendigkeit zu begründen.

Deutlich wird in dieser Zeit auch erkennbar, dass der Versuch unternommen wird, die politische Einflussnahme zu verstärken und auf der institutionellen Ebene berufliche Autonomie einzufordern. Eine Vielzahl von Verbänden wird zu Berufsorganisationen der Pflege zusammengeschlossen, um ihre politische Wirkkraft zu verstärken (Reinhart & Georg, 2007).

Ganz unkritisch können diese Versuche nicht betrachtet werden. Wieder (1995; zit. nach Reinhart & Georg, 2007) weist zu Recht darauf hin, dass die hierarchische Arbeitsteilung zwischen Medizin und Pflege innerhalb der Gesundheitsbetriebe und die zunehmende Standardisierung pflegerischer Abläufe die Professionalisierbarkeit pflegerischen Handelns begrenzt.

Seit Jahren kämpfen Pflegefachleute für die Mitsprache und Mitverantwortung der Pflege in der Spitalleitung. Die Pflegedienstleitung hat Führungs- und Fachverantwortung der Pflege und trägt damit die Mitverantwortung für den Gesamtbetrieb des Spitals. Um einen tatsächlichen Entscheidungsspielraum zu haben und die vollumfängliche Verantwortung wahrnehmen zu können, müsste die Pflegedienstleitung gemeinsam mit der Direktion strategische Entscheidungen treffen können.

Fachleute fordern Mitspracherecht beim Budget und bei der Ressourcenverteilung. Es geht also darum, dass Verantwortung und Kompetenzen der Pflegedienstleistung übereinstimmen. (Jener, 2008)

Im Bezug auf die Führung kann zur heutigen Pflegedienstleitung zusammenfassend gesagt werden, dass sich diese – im Gegensatz zu den Ärzten – als Kerngeschäft mit Führung befassen kann. Sie ist damit weiter vom Tagesgeschäft der Patientenbehandlung entfernt. Ihre Aufgaben bestehen zum

grössten Teil aus administrativen Tätigkeiten wie Mitarbeitermanagement, Pflegemanagement, Organisationsmanagement, Betriebsmanagement und Qualitätsmanagement. Aus Gründen der Professionalisierung sind klare Aus-, Fort- und Weiterbildungskonzepte sowie eine Standardisierung der Abläufe und berufliche Autonomie zentrale Themen der Führungskultur. So erstaunt es nicht, dass die Pflege nicht selten Koalitionen mit Spitalmanagern (Professionalisierung) bildet und sich häufig gegen Ärzte (berufliche Autonomie) richtet.

3.1.8 Produktive Möglichkeiten

Auf der Ebene des Spitals sollte es nach Berchtold et. al. (2007) Ziel sein, gemeinsame Vorstellungen zu entwickeln, als Alternative zum potentiell konflikthafter Auseinanderdriften. Durch strukturelle Lösungen sind Kultur- und Führungsweltdifferenzen nicht aus der Welt zu schaffen. Hingegen wären prozesshafte Formen des Austauschs, der Bewusstwerdung und Reflexion der jeweiligen handlungsleitenden Kontexte sowie die Gewinnung gemeinsamer Ziele und Erfolge notwendig. Es stellt sich hierzu die Frage, wie in einem Spital solche gemeinsamen Vorstellungen gewonnen werden. Und bei welchen Gelegenheiten oder Anlässen ein anregender Austausch über Führungsvorstellungen und Führungsstrategien stattfinden kann.

3.2 Positive Leadership

In diesem Teil geht es darum, Positiv Leadership als Theorie einzuführen. Dabei wird vertieft auf den Ansatz Appreciative Inquiry – AI (Wertschätzendes Erkunden), der einen Teil des Positive Leadership ausmacht, eingegangen. Positive Leadership ist ein für diese Arbeit zentrales Thema. Der Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital‘ basiert auf diesem Ansatz, zudem wird das Thema im Empirischen Teil erneut aufgegriffen. Die Interviews wurden nach einem AI-Ansatz geführt und dieser fließt auch in die Auswertung ein.

Seit einigen Jahren entwickelt sich in den USA ein Denkansatz, der sich dort bereits zu einer wachsenden Bewegung wissenschaftlicher Forschung und praktischer Anwendung in Management und Beratung entwickelt hat. Dieser positive Zugang gewinnt in den letzten Jahren auch in Europa immer mehr an Interesse und Bedeutung. Die Ideen des Positiven Managements gehen im Wesentlichen auf folgende Quellen zurück:

- **Positive Psychologie und Glücksforschung (nach Seligman)**
- **Positive Organisational Scholarship**
- **Appreciative Inquiry**

(nach Ringlstetter, Kaiser & Müller-Seitz, 2006)

3.2.1 Positive Psychologie und Glücksforschung

Auslöser der Bewegung war die Positive Psychologie und ihr Pionier Martin E.P. Seligman.

Glück ist im Sinne der positiven Psychologie keine Emotion, keine persönliche Eigenschaft, kein situativer Zustand, wie etwa Freude bei einem Lottogewinn. Glück ist ein Zustand von tiefer Zufriedenheit und Zuversicht, der aus einem Bewusstsein über den Sinn des eigenen Lebens entspringt.

Nach Seligman (2002) hat Glück drei Ebenen:

1. Positive Gefühle wie Optimismus, Zuversicht, Vertrauen, Lebensfreude
2. Engagement, also die Fähigkeit und Bereitschaft zu Bindung, Mitgefühl, Menschenfreundlichkeit und Dankbarkeit
3. Sinnvolles Leben: „Der Sinn des Lebens besteht darin, sich mit etwas Grösserem zu verbünden – und je grösser dies ist, desto sinnvoller ist das Leben.“

Nach Peterson und Park (2006) ist im Zusammenhang der Positiven Psychologie und Glücksforschung der Begriff „Flow“ nach Csikszentmihalyi (1990) ebenfalls von Bedeutung. Flow bezeichnet einen besonderen Zustand, der entsteht, wenn individuelle Begabungen und Potenziale auf eine herausfordernde Aufgabe treffen. Im Zustand des Flow geht das Individuum vollkommen in der Aufgabe auf, vergisst darüber die Zeit, Raum und sich selbst. Das Bewusstsein des Ichs löst sich in einem energetischen Fliessen auf.

Csikszentmihalyi (1992) nennt acht Faktoren, die eine Flow-Erfahrungen begünstigen, bzw. hervorrufen:

1. eine Aufgabe, der man sich gewachsen fühlt
2. Konzentrationsfähigkeit
3. klare Ziele
4. unmittelbares Feedback
5. eine tiefe, mühelose Hingabe in die Aufgabe, die Alltagsorgen verdrängt
6. Kontrolle über die Tätigkeiten
7. über die eigenen Grenzen gehen
8. ein verändertes Zeitempfinden: Stunden vergehen in Minuten, Minuten werden zu Stunden

Nach Peterson und Park (2006) löst das Zusammenwirken dieser Faktoren tiefe Freude und ein Gefühl des Fliessens von Energien und der Erfüllung aus. Dies wird allerdings erst nach der Erfüllung der Aufgabe wahrgenommen, da während der Situation der Fokus auf der Aufgabe selber liegt.

Eine derzeit wichtige Bemühung im Zusammenhang mit Positive Leadership ist das Übertragen und die Nutzung dieser Erkenntnisse im Zusammenhang mit Organisationen und Management.

3.2.2 Positive Organisational Scholarship

Das Zentrale Kennzeichen von Positive Organisational Scholarship (POS) ist die explizite Konzentration auf organisationale Höchstleistungen. Das Interesse der vielfältigen Studien richtet sich vor allem auf die so genannten „high performing“ Unternehmen, also besonders erfolgreiche Organisationen und was man von ihnen lernen kann. Die POS-Forscher untersuchen mit wissenschaftlichen Methoden, wie Spitzenleistungen in und von Organisationen entstehen. Ziel ist es, möglichst innovative und interdisziplinäre Zusammenhänge zu positiven Phänomenen zu gewinnen. Dadurch sollen Führungskräfte neue, praxisnahe Anregungen für die verbesserte Nutzung und Entwicklung ihrer Humanressourcen sowie Ansatzpunkte zu einer effektiveren und effizienteren Organisationsentwicklung erhalten. Dabei zeigt sich unter anderem, dass man Effektivität besser über positive Abweichung, also besondere Erfolge, Höhepunkte oder gute Ergebnisse messen kann als über die Analyse des Gap zwischen Ist und Soll.

Insgesamt hat POS als Forschungsdisziplin mittlerweile beachtliche Aufmerksamkeit gewonnen. In der Harvard Business Review für das Jahr 2004 wurde POS als eine der „Breakthrough Ideas“ erwähnt. Darüber hinaus fanden sich in den letzten Jahren an der jährlichen Konferenz der American Academy of Management, eine der wichtigsten Konferenzen zur Managementforschung, eine zunehmende Anzahl von Beiträgen mit explizitem Bezug zu POS (Ringlsetter et al., 2006).

3.2.3 Appreciative Inquiry

Eine der bekanntesten Zugänge zu positivem Management ist Appreciative Inquiry (AI). AI ist ein ressourcenorientiertes Instrument der **Organisationsentwicklung** (das Beste in der Organisation erkunden, es wertschätzen und weiterentwickeln), sowie eine ressourcenorientierte Form der **Unternehmensanalyse** (Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und erlebten Höhepunkten transparent machen) (vergl. Cooperrider et al. 2000; Bonsens u. Maleh 2001).

Das von David Cooperrider und Sureh Srivastva in den USA entwickelte AI-Modell wurde 1987 veröffentlicht. AI ist demzufolge eine relativ junge Methode.

Der Begriff Appreciative Inquiry setzt sich aus den Teilen „to appreciate“ (Deutsch: würdigen, wertschätzen, gewinnen, aufwerten, Gefallen finden) und „inquiry“ (Deutsch: Erkundung, Erforschung) zusammen.

Als Beratungsansatz für Veränderungsprozesse baut AI auf der konstruktivistischen Annahme auf, dass jedes menschliche Handeln von Wirklichkeitskonstruktionen gesteuert wird und Wirklichkeits-

konstruktionen unter anderem von der jeweiligen Perspektive des Beobachters geprägt werden. Was wir wahrnehmen, hängt nicht zuletzt vom Blickwinkel der Beobachtung ab.

Der AI-Ansatz geht davon aus, dass wir immer nur das finden, wonach wir fragen. Fragen wir nach Fehlern, nach Mängeln oder Defiziten, dann finden wir diese sofort. Fragen wir nach unseren Stärken, Ressourcen, nach Lösungen, so finden wir eben diese.

Bei AI geht es also um eine wertschätzende, aufwertende Erkundung des Besten der Menschen und Organisationen, ihre Stärken und Erfolge. AI sucht nach den Dingen, die in der Organisation gut funktionieren, die ein schöpferisches und ein belebendes Potential haben, um darauf eine Veränderung in diese Richtung einzuleiten. Die Methode, die dabei verwendet wird, ist die Erkundung durch das gezielte Stellen von Fragen. Gefragt wird nach Dingen, die verstärkt werden sollen. Das Ziel von Appreciative Inquiry ist es, das Beste der Organisation zu erkennen und weiterzuentwickeln, um Unternehmen wettbewerbsfähiger und effektiver zu machen.

Die Organisation oder ein Team wird nicht als Problem, das gelöst werden muss, betrachtet, sondern man sucht mit den Beteiligten Menschen das Potential, das entfaltet werden kann. Das Modell will Schlüsselfaktoren identifizieren und diese bewusst werden lassen, damit sie gezielt verstärkt werden können (nach Bosen & Maleh, 2001).

Gemäss Bosen und Maleh (2001) ist der Fokus des traditionellen Problemlösungsansatzes eher darauf gerichtet, das zu beseitigen, was nicht gut läuft. Es wird analysiert, wo Probleme liegen. Ursachen werden gefunden und Gegenmassnahmen entwickelt. Wenn danach gesucht wird, lassen sich Misserfolge natürlich immer finden. Dass man aus Fehlern lernen kann, hat sicher etwas Wahres. Gezielt auf Mängel, Fehler und Schwächen zu schauen, verbreitet jedoch eine Stimmung der Demotivation, die Hoffnungslosigkeit und Unlust zur Folge haben kann – Gefühle, die wenig dazu beitragen, engagiert und mutig Veränderungen voranzubringen. Der Blick aufs Positive hingegen setzt Menschen in Bewegung und löst Motivation, Hoffnung und Vertrauen in die Zukunft aus. Es entsteht Lust auf das, was kommt. Visionen können entstehen und es entwickelt sich eine Kraft zur positiven Veränderung. Die nachfolgende Tabelle nach Bosen und Maleh (2001) macht die Unterschiede zwischen konventionellen Problemlöseansätzen und dem AI-Ansatz deutlich:

Konventioneller Ansatz: Probleme lösen	AI-Ansatz: Wege und Lösungen finden
Probleme identifizieren	Verstehen und wertschätzen dessen, was an Gutem da ist
Ursachen analysieren	Entwerfen „was gutes sein könnte“
Mögliche Lösungen erarbeiten	Vereinbaren „was sein sollte“

Konventioneller Ansatz: Probleme lösen	AI-Ansatz: Wege und Lösungen finden
Massnahmen planen	Planen „was zukünftig sein wird“
Grundannahme: Die Organisation hat Probleme, die gelöst werden müssen	Grundannahme: Die Organisation hat ungeahntes Potential, das entdeckt werden möchte

(Tabelle 1: nach Bonsen und Maleh, 2001)

3.2.3.1 Der Appreciative-Inquiry Prozess

Der Appreciative Inquiry Prozess wurde durch verschiedene Autoren mit Modellen zum Ausdruck gebracht. Bekannte Modelle haben Cooperrider & Srivastva (1987) Mohr & Jacobsgaard (2001) und Bushe (1995) hervorgebracht.

Das heute am weitesten verbreitete Modell ist das Vier Phasen-Modell (Discover – Dream – Design – Destiny) von Bonsen & Maleh (2001):

Phase 1: Discovery

Erkunden und Verstehen (was bereits vorhanden ist auskundschaften)

Die Discovery Phase dient dem Erkunden des Besten, was die Autoren die „Juwelen der Organisation“ nennen. Dazu zählen Momente, in denen sich die Menschen in der Organisation grossartig und lebendig gefühlt haben, sich in ihrer Arbeit gestaltend einbringen konnten, engagiert waren und erfolgreiche Zeiten erleben konnten. Die Erkundung erfolgt mittels eines Interviews, aufgrund dessen Schlüsselfaktoren und Rahmenbedingungen identifiziert werden sollen (Ist-Zustand).

Gleichzeitig werden positive Geschichten erinnert, die zu einer Veränderung der Wahrnehmung führen – weg von „viele misslingt“ hin zu „viele gelingt“. Dies führt wiederum zu einer positiven und bejahenden Einstellung zu sich selber und zur Organisation, was wiederum das Vertrauen stärkt und Mut für die Zukunft macht.

Zusammengefasst soll die Erkundung:

- wertschätzend und aufwertend sein (es geht darum, die Elemente zu erkunden, die der Organisation Leben spenden, den Mitgliedern Energie und Kompetenz zur Veränderung und Gestaltung geben),
- anwendbar sein (sie soll theoretisches Wissen produzieren, das angewendet werden kann),
- provokativ sein (sie soll Neues, Ungewohntes aufzeigen, das im System latent vorhanden ist, aber noch nicht erkannt wurde. Sie soll Organisationsmitglieder herausfordern, ungenutzte Potentiale aufzubauen).

Phase 2: Dream

Visionieren (was sein könnte)

In der Dream-Phase wird, aufbauend auf Phase 1, entworfen, was sein könnte. Wie soll sich die Organisation, ein Bereich, eine Abteilung oder ein Team entwickeln? Welche Wünsche haben die Beteiligten für die Zukunft? Dies kann als Vision für eine ganze Organisation mit einem Zeithorizont von fünf bis zehn Jahren oder als neue Arbeitsweise eines Teams, die in wenigen Wochen umgesetzt werden kann, stattfinden. In dieser Phase werden die Menschen inspiriert und motiviert. Um den Entwurf der Zukunft darzustellen, werden methodisch meist kreative Darstellungen gewählt (Bilder gemalt, Collagen gestaltet, Sketche vorgeführt).

Phase 3 Design

Gestalten (was sein soll)

In der Design-Phase werden die kreativen Zukunftsentwürfe in klare Aussagen gefasst, in so genannte Zukunftsaussagen. Diese beschreiben in präzisen Worten, welche Zukunft gemeinsam geschaffen werden soll. Je nach Anwendungsfall kann es sich dabei um Leitlinien handeln, die beispielsweise aufzeigen, wie eine Abteilung künftig mit ihren Kunden umgehen oder wie ein Team miteinander arbeiten will. Oder es entsteht ein Set von Angaben, die zusammen die künftige Kultur, die Vision oder strategischen Schwerpunktziele einer Organisation beschreiben.

Phase 4 Destiny

Umsetzen (was künftig sein wird)

In der Destiny-Phase wird schliesslich geplant, wie die Aussagen, die man in der dritten Phase formuliert hat, umgesetzt werden können. Wo genau und mit welchen Massnahmen lässt sich etwas bewegen? Wer engagiert sich für welches Thema? Dort, wo als Ergebnis des Prozesses eher Leitlinien als Ziele entstanden sind, sollen Konsequenzen für den Einzelnen abgeleitet werden. Die Ergebnisse dieser Phase müssen in Organisationen kommuniziert werden und es soll sichergestellt werden, dass der positive Ansatz des AI-Prozesses im Alltag fortgesetzt werden kann.

3.2.3.1 Kernthemen

Nach Bensen und Maleh (2001) stehen die Kernthemen im Mittelpunkt der vier Phasen. Sie geben die Richtung der Veränderung vor, in der die Mitarbeiter lernen und wachsen wollen. Sie zu bestimmen ist daher sehr wichtig. Kernthemen können beispielsweise zu den Aspekten Management, Kultur, Personalentwicklung, Qualität der Zusammenarbeit etc. formuliert werden. Normalerweise wird ein AI-Prozess zu maximal 3-4 Kernthemen durchgeführt.

3.2.3.2 Das Interview

Der AI-Prozess beginnt mit einem Interview, das Discovery (Erkunden und Verstehen) genannt wird. Die ‚Entdeckungsreise‘ führt in die Vergangenheit, die Gegenwart und die Zukunft der Organisation und ihrer Mitarbeitenden. Das Interview besteht aus drei Frageblöcken mit Fragen

- wie die Organisation allgemein erlebt wird,
- zu den Kernthemen
- zur Zukunft der Organisation.

Der mittlere Teil, die Fragen zu den Kernthemen, stellt oft den grössten Teil des Interviews dar. Ziel der Fragen ist es, die positive Wahrnehmung von sich und der Organisation bewusst zu machen. Daher wird im Interview nach individuell erlebten Höhepunkten und Erfolgserlebnissen gefragt und nach den Umständen, die den Erfolg ermöglicht haben. Ausserdem sollen die Fragen dazu anregen, Wünsche und Ziele für die Zukunft zu äussern. Der Interviewer soll dabei mit der „unbefangenen Neugier eines Kindes“, fragen und nur beteiligter Zuhörer sein, um dem Befragten Raum zu lassen, seine Geschichten zu erzählen. (Bonsen & Maleh, 2001)

Die Interviews sind in der Regel ein schönes Erlebnis für beide Partner. Vergessene Erlebnisse, geknüpft an starke positive Emotionen, werden wieder erinnert und erlebt. Das Besondere dieser Interviews ist, dass sie beim Erzählen Betroffenheit auslösen und manchmal auch den Fragenden stark berühren. Die befragte Person erlebt ihre positiven Erlebnisse ein zweites Mal. Wo vorher das Negative stark wahrgenommen wurde, wird jetzt wieder sichtbar, dass es auch viel Positives gibt.

Eine Grundannahme von AI besagt, dass wir immer das verstärken, worauf wir unsere Aufmerksamkeit richten. Daher sind die Interviewfragen, die die Aufmerksamkeit auf das Positive lenken, bereits eine Veränderung in die Richtung, in die geforscht wird. Jede Frage impliziert, was in diesem Prozess gefunden, welche Potenziale entdeckt und darüber hinaus entwickelt werden sollen. Eine Reflexion der eigenen Person, der Situation und der Organisation wird in Gang gebracht. Die Wahrnehmung verändert sich unmittelbar. Erfolge und deren Bedingungen werden in Zusammenhang gebracht und verstanden (Bonsen & Maleh, 2001).

4 Empirischer Teil

4.1 Ausgangslage und Fragestellung

Im folgenden Teil der Arbeit werden Organisation und Struktur des Berner Inselspitals aufgezeigt und erläutert. Die Kursinhalte des Nachdiplomkurses (NDK) ‚Managen im Spital‘ werden beleuchtet.

Im Kapitel 4.1.4 wird das College-M, die Unternehmung, die einerseits die Nachdiplomkurse am Inselspital durchführt und andererseits Auftraggeberin für diese Untersuchung ist, vorgestellt. Die Hintergründe für diese Untersuchung werden kurz erläutert.

Aufgrund der Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil wird zur Fragestellung, welcher die qualitative, empirische Untersuchung zu Grunde liegt, hingeleitet.

4.1.1 Ausgangslage

Wie im theoretischen Teil bereits erläutert wurde, befinden sich viele Schweizer Spitäler im Zusammenhang mit Effizienzsteigerung in einer Reorganisation, welche Veränderungen in der Spitalorganisation auf allen Führungsebenen mit sich bringt. Traditionelle „Duale- oder Dreibeinstrukturen“ werden durch eine Einerspitze oder „CEO-Führungsstruktur“ ersetzt. Hierarchien und Kompetenzen werden neu festgelegt, was sich in der Umsetzung insbesondere im Bereiche der gegenseitigen Akzeptanz oft als schwierig erweist. Auf allen Führungsebenen wäre eine kulturelle Annäherung der Führungskräfte dieser drei Berufsgruppen zur effizienten und wertschätzenden Zusammenarbeit erstrebenswert.

Ein möglicher Ansatz um diesem Ziel näher zu kommen, könnte in einer gemeinsamen, fachübergreifenden Management Aus- und Weiterbildung liegen.

Das „College-M“ (College für Management im Gesundheitswesen) führt am Berner Inselspital für Führungskräfte sämtlicher Departemente einen fachübergreifender Nachdiplomkurs (NDK) „Managen im Spital“ durch. Aufgrund einer qualitativen Untersuchung soll in dieser Bachelorarbeit unter anderem geprüft werden, ob dieser Nachdiplomkurs eine kulturelle Annäherung von Mediziner*innen, Pflege und Managern bewirken kann.

Obwohl das Thema Führungskulturen in Spitälern aufgrund der eingangs erwähnten, vielschichtigen Gegebenheiten Aktualität erlangt, wurde es noch wenig erforscht. In Kanada führten hauptsächlich die in dieser Arbeit zitierten Mintzberg und Glouberman Forschungsprojekte durch. Im deutschsprachigen Raum ist die erwähnte Studie von Berchtold et al, der aufgrund eines Forschungsprojektes in verschiedenen Schweizer Spitälern Aussagen über die Kultur und das Führungsverständnis von Chefärzten und Spitalmanagern machen konnte, das einzige Projekt dieser Art.

4.1.2 Das Berner Inselspital

Das Berner Inselspital ist eines der bedeutendsten Universitätsspitäler der Schweiz. Es beschäftigt rund 6'000 Mitarbeitende und betreut jährlich über 220'000 Patienten. Als Universitätsspital ist es darüber hinaus Ort der Forschung und der Lehre (Aus- und Weiterbildung). Zusammen mit der Medizinischen Fakultät der Universität Bern ist das Inselspital für die Ausbildung der Studierenden mitverantwortlich. Interdisziplinarität ist im Inselspital auch in der Forschung stark verankert. Spezialisten verschiedener Fachrichtungen arbeiten in nationalen und internationalen Forschungsprojekten eng zusammen.

4.1.2.1 Organisationsstruktur

Die Spitalleitung besteht aus einem Direktionspräsidenten und sechs Direktoren (Ärztlicher Direktor, Lehre und Forschung, Pflege, Betriebe, Dienste, Personal). Das Direktionspräsidium leitet den Prozess der strategischen Positionierung des Inselspitals, die Entwicklung und Umsetzung von Managementinstrumenten, der Strategischen Planung, des strategischen Controllings, des Riskmanagements und die Weiterentwicklung der Organisation des Gesamspitals. Die 37 Kliniken und Institute des Inselspitals sind in neun Departemente zusammengefasst. Die Kernaufgabe dieser Departemente ist die Koordination betriebswirtschaftlicher und administrativ-organisatorischer Prozesse. Den einzelnen Departementen steht ein Departementsdirektorium vor. Mitglieder sind die Klinik- respektive die Institutsdirektorinnen und -direktoren sowie leitende Mitarbeitende anderer Berufsgruppen, die wesentlich zur Leistungserbringung des Departements beitragen.

Departementsvorsitzende (Chefärzte) und die Departementsmanager bilden zusammen die Departementsleitung. (Website, Inselspital Bern, 2008)

4.1.3 Managen im Spital – ein Nachdiplomkurs

Spitäler weisen einen zunehmenden Bedarf nach Gestaltung und Steuerung auf. Seit fünf Jahren bietet das „College M“, das im nachfolgenden Kapitel kurz vorgestellt wird, am Inselspital für Führungskräfte den Nachdiplomkurs „Managen im Spital“ an. Der Kurs wird fachübergreifend angeboten. Es nehmen Führungskräfte sämtlicher Departemente mit einem Hintergrund in Medizin, Pflege oder Betriebswirtschaft teil. Der Kurs richtet sich an erfahrene Fachpersonen im höheren Kader des Inselspitals, namentlich an Chef- und leitende Ärztinnen und Ärzte, erfahrene Oberärztinnen und -ärzte, Pflegedienstleitung, Bereichsleitung, Geschäftsleitung, Departementsleitung und andere. Bis heute haben ca. 160 Personen den Nachdiplomkurs absolviert.

Der NDK gliedert sich in fünf Module von insgesamt 12 Tagen und erstreckt sich über sechs Monate. Die Gestaltung der Kursinhalte richtet sich nach dem im Kapitel 3.2 beschriebenen Ansatz des Positive Leadership.

Im interdisziplinären Kurs geht es um die Frage, wie konkrete Organisationseinheiten lebensfähig positioniert, gestaltet und optimiert werden können. Führungskräfte sollen sich spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten aneignen.

Methodisch baut der Kurs auf einem Spektrum verschiedener Lehr- und Vermittlungsformen auf:

- Input- und Konzeptreferate
- Fallstudien
- Gruppen- und Einzelarbeiten
- Plenumsdiskussionen
- Projektarbeiten

Die fünf Module gestalten sich folgendermassen:

Modul	Inhalte
Modul 1 Einführung ins Management	<ul style="list-style-type: none"> • Führungskonzepte, Managementansätze und -instrumente, Organisationswissen, Handeln in komplexen Systemen • Elemente und Erscheinungsformen von Unternehmenskulturen, Rollenverständnisse, Strategien, professionelle Kulturen, Strukturen des Inselspitals • Vorbereiten Projektarbeit, Projektthemen
Modul 2 Wirksam Führen	<ul style="list-style-type: none"> • Grundlagen des (interdisziplinären) Dialogs, effektive Gesprächsführung, Kommunikation in schwierigen Situationen und Konflikten • Führungsinstrumente (Inselspital) • Vorbereiten Projektarbeit: Projektthemen und Projektgruppen
Modul 3 Entwickeln und Projekte Managen	<ul style="list-style-type: none"> • Projekte initiieren, planen und steuern • Veränderungsstrategien, Umgang mit Widerstand, Informationsprozesse • Prozessgestaltung in Spitälern (Fallmanagement, Disease Management, Guidelines etc.) Prozesskostenrechnung • Grundlagen der Gesundheitsökonomie, Steuerungsmodelle, aktuelle Entwicklungen im Gesundheitssystem • Personalentwicklung: Qualifikationssysteme, Rekrutieren und Fördern, Coaching und Mentoring, Laufbahnplanung • Start der Projektarbeiten (die Teilnehmenden bearbeiten in Kleingruppen und eigener Arbeitsorganisation gemeinsam festgelegte, für den Spitalalltag exemplarische Projekte. Die Arbeit wird supervidiert und ausgewertet.
Modul 4 Kompetent wirken	<ul style="list-style-type: none"> • Auftrittskompetenz, Sitzungen, Präsentationen • Selbst- und Zeitmanagement, Arbeitsorganisation, Stressbewältigung, Work-Life Balance • Supervision der Projektarbeiten

Modul	Inhalte
Modul 5 Gesundheitssystem und Integration	<ul style="list-style-type: none"> • Qualitätsmanagement, Qualitäts-Systeme und Instrumente, Audits, Fehlerkultur und Umgang mit Risiken • Präsentation und Auswertung der Projektarbeiten
Transfertag	<ul style="list-style-type: none"> • 3-6 Monate nach NDK Abschluss (Standortbestimmung bezüglich Umsetzung des Gelernten in der Praxis, sowie Evaluation des weiteren Lernbedarfs)

(Tabelle 2: Kursprogramm NDK ‚Managen im Spital‘ 2008, www.college-m.ch)

4.1.4 College-M

Das 1999 gegründete College für Management im Gesundheitswesen, College-M GmbH, ist ein Bildungs-, Beratungs- und Forschungsunternehmen für Personen und Organisationen im Gesundheitswesen. Zehn Personen mit betriebswirtschaftlichem, medizinischem und/oder psychologischem Hintergrund bilden das Beratungsteam. Die Kernbereiche des Unternehmens sind:

- Management-Weiterbildung für Führungskräfte aus Gesundheitsorganisationen
- Beratung von Personen und Institutionen bei konkreten Entwicklungsprojekten
- Forschung und Entwicklung zu neuartigen Integrations- und Steuerungsmodellen der Gesundheitsversorgung

4.1.5 Ziel und Fragestellung

Im Auftrage des College-M soll im Rahmen dieser Bachelorarbeit zunächst untersucht werden, wie sich die Kulturen der Chefarzte, der Pflege und der Spitalmanager unterscheiden.

In einem zweiten Schritt soll geprüft werden, ob eine interdisziplinäre Führungsausbildung nach dem Ansatz des Positive Leadership die unterschiedlichen Kulturen von Chefarzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen kann. Hierzu werden folgende Hypothesen geprüft:

- Die Kulturen der Chefarzte, Pflege und der Spitalmanager unterscheiden sich.
- Ein fachübergreifender Nachdiplomkurs nach dem Ansatz des Positive Leadership ermöglicht eine führungskulturelle Annäherung von Chefarzten, Pflege und Spitalmanagern.

Hierbei geht es um ein Erkunden der verschiedenen Kulturen und der individuellen und kollektiven Führungsverständnisse sowie der subjektiv erlebten Wirkung des Nachdiplomkurses ‚Managen im Spital‘ im Bezug auf eine Annäherung der drei verschiedenen Kulturen.

Mittels einer qualitativen Untersuchung nach dem Ansatz des Appreciative Inquiry soll in dieser Arbeit untersucht werden, inwiefern eine führungskulturelle Annäherung der drei Bereiche möglich ist und wo diesbezüglich die Grenzen liegen.

4.2 Empirisches Vorgehen

Eingangs wird in diesem Teil die Methodenwahl begründet und das Untersuchungsdesign vorgestellt. Anschliessend werden die Auswahl der Stichprobe und der Vorgang der Datenerhebung und der Datenauswertung erläutert.

4.2.1 Methodenwahl

Aufgrund der Fragestellung, die sich die Rekonstruktion von Führungs- und Beziehungsverständnissen zum Ziel gesetzt hat, bot sich ein qualitativer Forschungsansatz an.

Qualitative Forschung versucht die Handlungen, Ereignisse und Perspektiven durch die Augen der Interviewten zu betrachten und nicht – wie es im quantitativen Forschungsparadigma der Fall ist – aus der Perspektive des Forschers (Bryman, Bresnen, Beardsworth & Keil, 1988; zit. nach Berchtold et al., 2007). Auf diese Weise will die qualitative Forschung zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeiten beitragen und auf Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen (Flick, von Kardorff & Steinke, 2004). Für Conger (1998, zit. nach Berchtold et. al., 2007, S. 16) ist der qualitative Forschungsansatz „the methodology of choice for topics as contextually rich as leadership“. Qualitative Forschung hat in der Regel eine starke Anwendungsorientierung. Darüber hinaus ist sie dem Gedanken der Kontextualität verpflichtet und versucht die Unterschiedlichkeit der Perspektiven der Beteiligten zu berücksichtigen (Flick et. al. 2004; zit. nach Berchtold et. al., 2007). Qualitative Forschung hat sich in den vergangenen Jahren zu einem Forschungsparadigma etabliert, das den Status einer ‚normal Science‘ erreicht hat (Flick et. al. 2004; zit. nach Berchtold et. al. 2007).

4.2.1.1 Das narrative Interview nach der Appreciative Inquiry Methode

Das Erhebungsinstrument für diese Untersuchung ist das narrative Interview (z. B. Mayring 2002, Czarniawska, 2004). Im narrativen Interview geht es nicht um Antworten auf konkrete Fragen, sondern beispielsweise in dieser Arbeit um Führungs- und Weiterbildungserfahrungen in Form von Geschichten. Die Gesprächspartner bringen ihre Perspektiven, Gesichtspunkte und Deutungen zum Ausdruck, indem sie Erlebnisse, Handlungsabläufe, Personen sowie eigene und fremde Reaktionen schildern, dabei Passagen betonen oder wiederholen und bestimmte Ereignisse interpretieren oder Lehren daraus ziehen. Die Auswahl und die erzählerische Ausschmückung solcher vergangener Episoden sagen etwas aus über das gegenwärtige Verständnis von Führung und interdisziplinärer Zusammenarbeit. (nach Burla, Alioth, Frei, & Müller 1994; zit. nach Berchtold et. al. 2007). Zudem wird

argumentiert, dass Befragte, die frei erzählen im sogenannten ‚Erzählzwang‘ oftmals auch Gedanken und Erinnerungen preisgeben, die sie auf direkte Fragen nicht äussern können oder wollen (Hopf, 2004).

Als besondere Form des narrativen Interviews wurde für diese Untersuchung das Interview nach dem Ansatz des Appreciative Inquiry gewählt. Der Nachdiplomkurs „Managen im Spital“ wird, wie bereits ausgeführt, nach dem AI-Ansatz durchgeführt. Aufgrund wiederkehrenden Workshops mit den Kursabsolventen befinden sich sämtliche ehemalige Kursteilnehmer in einem fortdauernden AI-Organisationsentwicklungsprozess. Die Interviews, die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführt wurden, dienen primär zur qualitativen Datenerhebung für diese Bachelorarbeit. Weiterführend können sie auch als erste Phase in einem AI-Organisationsentwicklungsprozess (vergleiche hierzu Kapitel 3.2.3.1) betrachtet werden, bei dem Interviews in der Discovery-Phase (Erkunden) im AI-Prozess durchgeführt werden.

Wie im theoretischen Teil im Kapitel 3.2.3 ausführlich beschrieben, geht der AI-Ansatz davon aus, dass wir immer nur das finden, wonach wir fragen. Fragen wir nach Fehlern, nach Mängeln oder Defiziten, dann finden wir diese sofort. Fragen wir nach unseren Stärken, Ressourcen und nach Lösungen, so finden wir verstärkt diese, wobei die Mängel und Dinge, die nicht funktionieren ebenfalls erzählt werden.

AI sucht nach den Dingen, die in der Organisation gut funktionieren, die ein schöpferisches und ein belebendes Potential haben, um darauf eine Veränderung in diese Richtung einzuleiten.

Das Interview nach der Methode des AI besteht aus 3 Frageblöcken:

1. **Fragen bezüglich der Wahrnehmung der Organisation**

In dieser Arbeit:

Anfangszeit im Inselspital, die ersten Eindrücke, was begeistert, was wird besonders geschätzt, wie unterscheidet es sich von andern Spitälern

2. **Fragen zu Kernthemen**

In dieser Arbeit:

Führung/Kulturen: *Eigene positive Erfahrungen mit Führung, eigene Führungsstärken, Führungskulturelle Unterschiede, (Ärzte, Pflege, Manager), Führungsstärken (Ärzte, Pflege, Manager), was wurde verbindend erlebt*

Weiterbildung: *Beste Erfahrungen, Gründe für den Besuch des NDK ‚Managen im Spital‘, beste Lernerfahrung*

3. **Fragen zur Zukunft der Organisation**

In dieser Arbeit:

Erkunden nach Voraussetzungen, die gegeben sein müssten, damit Manager, Pflege und Ärzte noch besser zusammenarbeiten könnten, Auswirkungen des NDKs auf das Führungsverständnis, Fragen bezüglich Annäherung der drei Kulturen, Inspiration durch Interview

4.2.2 Untersuchungsdesign

Das Untersuchungsdesign kann als Aktionsplan verstanden werden, der durch den Untersuchungsprozess führt. Die grundsätzlichen Überlegungen beziehen sich dabei auf die Auswahl eines Forschungsansatzes, das Vorgehen zur Datenerhebung und Datenauswertung sowie die Erwägungen hinsichtlich Vorzügen, Güte und Limitierungen (Benz, 2007; zit. nach Lincoln & Guba, 1985).

Erkenntnisse sollen anhand von Praxiserfahrungen aus dem untersuchten Gebiet gewonnen werden. Daraus können allfällige Lösungen und die Entwicklung möglicher zukünftiger Realitäten generiert werden (Ulrich, 1981).

Aufgrund ihres eher „weichen“ Charakters muss die qualitative Forschungsmethodik kontrolliert werden und sich an gewissen Gütekriterien messen lassen. Diese müssen zur Kontrolle des Forschungsprozesses und der Ergebnisse herangezogen werden. Im Folgenden werden diese Kriterien und deren Umsetzung beim Untersuchungsvorgehen dargestellt:

Gütekriterien qualitativer Forschung	Umsetzung in der Bachelorarbeit
1. Verfahrensdokumentation: Detaillierte Dokumentation des Untersuchungsprozesses sowie der Ergebnisse mittels Gesprächsprotokollen	<ul style="list-style-type: none"> • Darstellung des Verfahrens im vorliegenden Kapitel • Verwendung eines Tonbandgerätes • Transkription der Aufnahmen
2. Argumentative Interpretationsabsicherung	<ul style="list-style-type: none"> • Verarbeitung der Erkenntnisse der grundlegenden Literatur der relevanten Forschungsfelder
3. Regelgeleitetheit: Einhalten von Verfahrensregeln und systematische Arbeitsweise	<ul style="list-style-type: none"> • Verwendung eines Interviewleitfadens • Analyse der Interviewdaten
4. Nähe zum Gegenstand: Enge Anbindung des Forschers an die Alltagswelt der befragten Subjekte	<ul style="list-style-type: none"> • Alle Interviews fanden am Arbeitsplatz oder in unmittelbarer Nähe statt
5. Triangulation: Erhöhung der Forschungsqualität durch Heranziehen mehrerer Analysegänge und unterschiedlicher Datenquellen	<ul style="list-style-type: none"> • Mehrere Analysegänge bei der Einzelanalyse • Gruppenanalyse als Zweitanalyse

(Tabelle 3: Gütekriterien qualitativer Forschung und deren Umsetzung, nach Mayring, 2002)

4.2.3 Auswahl der Stichprobe

Die Stichprobenauswahl erfolgte nicht mit dem Ziel, statistische Repräsentativität zu erreichen. Stattdessen sollte das *Typische* des untersuchten Gegenstandes erfasst werden und dadurch eine Übertragbarkeit auf andere, ähnliche Gegenstände gewährleistet werden. Für die Auswahl der Untersuchungsobjekte wurde eine *bewusste Auswahl* an Interviewpartnern getroffen.

Bewusste Auswahlen eignen sich insbesondere für Vorklärungen in Bereichen, in denen noch relativ wenig Basiskenntnis vorhanden ist (Kromrey, 2002).

Die Analyse soll auf relativ wenige Elemente der Grundgesamtheit beschränkt werden. Diese allerdings sollen als typisch angesehen werden. Daraus wird in weiterer Folge abgeleitet, dass auch die Antworten typisch (aber nicht repräsentativ) für eine grössere Gesamtheit sind (Kromrey, 2002). Die Ergebnisse sollen exemplarisch und in diesem Sinne generalisierbar sein (Friebertshäuser, 1997).

Wie bereits mehrfach erwähnt liegt die Absicht dieser empirischen Untersuchung nicht in der Erhebung repräsentativer Daten. Vielmehr sollte die Meinung ausgewählter Personen eingeholt werden, die gewisse Kriterien erfüllen. Dabei wird eine gewisse Subjektivität von Aussagen zugunsten von differenzierten und vielseitigen Argumentationen in Kauf genommen.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wurden zwei Pflegeleiterinnen, zwei Personen mit leitenden Funktionen im Management, sowie ein Arzt und eine Ärztin in leitender Funktion interviewt. Sämtliche Interviewpartnerinnen und Partner haben den Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital‘ abgeschlossen und verfügen über eine langjährige Dienstzeit im Inselehospital sowie über mehrjährige Führungserfahrung. Alle angefragten Personen stellten sich freundlicherweise bereitwillig für die einstündigen Interviews zur Verfügung.

Funktion	Geschlecht	Berufsgruppe	Code	NDK/Jahr	Im Inselehospital seit
Leiterin Pflegedienst	w	Pflege	P1	2005	2001
Leiterin Pflegedienst	w	Pflege	P2	2005	1999
Bereichsleiter	m	Manager	M1	2006	1995
Departementsmanagerin	w	Manager	M2	2004	2003
Leitender Arzt	m	Ärzte	A1	2006	2002
Chefärztin	w	Ärzte	A2	2006	1998

(Tabelle 4: Interviewpartner u. Partnerinnen (Stichprobe), Aufteilung nach Funktion)

4.2.4 Datenerhebung

Wie im Kapitel 4.2.1.1 beschrieben, wurde als Methode zur Datenerhebung das narrative Interview in der besondere Form des Appreciative Inquiry-Ansatzes gewählt. Auf der Basis eines Gesprächsleitfadens wurden offene Fragen gestellt. Diese Form der Datenerhebung gilt als besonders geeignet für offene, komplexe und explorative Fragestellungen. Interviews sind zu verstehen als „*planmässiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll*“ (Scheuch, 1967, S.95) Bei diesen Informationen handelt es sich um Erfahrungswissen, das oftmals durch die berufliche Position auf bestimmte Erfahrungs- und Handlungsbereiche bezogen ist. Der Leitfaden dient insbesondere als Orientierungsrahmen und begrenzt die Bandbreite von Informationen (Kanwischer, 2002).

4.2.4.1 Vorgehen

Nach der Erstellung des Interviewleitfadens nach dem AI-Ansatz wurde mit einer Person, welche im Spitalmanagement tätig ist, ein Probeinterview durchgeführt. Aufgrund dieses Probeinterviews wurden im Interviewleitfaden einige geringe Anpassungen vorgenommen. Der Interviewleitfaden kann im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

Für die qualitative Erforschung der Fragestellung wurden von der Autorin im Februar 2008 sechs einstündige Interviews durchgeführt. Sie fanden am Inselspital Bern, in den Büros der Interviewpartner und Partnerinnen oder in einem durch das College-M zur Verfügung gestellten Raum statt. Mit dem Einverständnis der Interview Partnerinnen wurden alle Interviews elektronisch aufgenommen. Zu Beginn der Interviews wurden die Befragten über Thema, Ziel und Ablauf des Interviews informiert.

4.2.5 Datenauswertung

Die Interviews wurden wörtlich transkribiert. Dabei wurde der Dialekt in Schriftsprache übertragen, Satzbaufehler behoben und der Stil geglättet. Um die Aussagen nicht zu verfälschen wurde bei typisch schweizerdeutschen Ausdrücken, die sich nicht treffend hätte übersetzen lassen, der Dialekt beibehalten.

Die Auswertung der Daten erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Für Mayring (2002) ist eine empfohlene Vorgehensweise um Komplexität und die Bedeutungsfülle von sprachlichem Material zu bearbeiten. Die qualitative Inhaltsanalyse „will Texte systematisch analysieren, indem sie Material schrittweise mit theoriegeleiteten, am Material entwickelten Kategoriesystemen bearbeitet“ (Mayring, 2002, S. 114). Die Analyse der Daten dieser Arbeit lässt sich von den drei Grundformen qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) leiten:

1. **Zusammenfassung:** Das Material soll so reduziert werden, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben. Durch Abstraktion soll ein überschaubares Korpus geschaffen werden, das ein Abbild des Grundmaterials ist.
2. **Explikation:** Zu den einzelnen fraglichen Textstellen wird zur Erläuterung zusätzliches Material herangezogen.
3. **Strukturierung:** Unter vorher festgelegten Ordnungskriterien wird ein Querschnitt durch das Material gelegt. Es geht dabei darum, eine bestimmte Struktur aus dem Material herauszufiltern. (Mairing, 2002)

Im Bewusstsein, dass dieses Vorgehen einen experimentellen Charakter hat, wurde bei der qualitativen Inhaltsanalyse, nach dem AI-Ansatz, der Fokus insbesondere auf Ressourcen, also die Aspekte, die besonders gut funktionieren und die weiter entwickelt werden sollten, gelegt.

Die Auswertung der Daten erfolgte in mehreren Schritten. In einem ersten Schritt wurde das transkribierte Material durch die Autorin nochmals gelesen und die Anliegen und zentralen Aussagen der Interviewpersonen herausgearbeitet. Ziel war es, eine Tabelle mit ca. 15 Themen zu erstellen. Diese Themen wurden mit stichwortartigen Aussagen der einzelnen Interviewten hinterlegt. Die einzelnen Stichworte wurden teilweise mit zugehörigen Zitaten untermalt. (*Zusammenfassung / Explikation*). Diese Tabelle kann im Anhang dieser Arbeit eingesehen werden.

Die transkribierten Interviews und diese Tabelle als Grundlage, traf sich die Autorin mit dem Referenten und dem Co-Referenten. Ziel war es, die Auswertung aus einer möglichst breiten Perspektive vorzunehmen und den Einfluss persönlicher Themen und Standpunkte zu minimieren. Persönliche Eindrücke, Themen und Inhalte wurden kritisch beleuchtet und diskutiert.

In einem dritten Schritt wurden aus einem Querschnitt durch das Material nachfolgende vier Kernthemen und Unterthemen definiert.

- **Wahrnehmung der Organisation**
- **Kulturen**
 - *Pflege*
 - *Ärzte*
 - *Manager*
 - *Gemeinsamkeiten*
 - *Voraussetzungen für eine integrativere Zusammenarbeit*
- **Nachdiplomkurs Managen im Spital**
 - *Motivation zur Kursteilnahme*
 - *Erfolgsfaktoren*
 - *Was die Kursteilnehmenden inspiriert hat*
 - *Umsetzung in die Praxis*

- **Führungskulturelle Annäherung**

Die Aussagen zu den Themen wurden zusammengefasst und mit entsprechenden Zitaten untermalt. Die Ergebnisse der Auswertung werden im nachfolgenden Kapitel dargestellt.

4.3 Ergebnisse der Untersuchung

In diesem Teil werden die Ergebnisse der Auswertung vorgestellt. Bei den umrahmten Textteilen handelt es sich um eine Zusammenfassung der Auswertung. Die Zitate der Interviewpartner und Partnerinnen sind kursiv gedruckt. Die Anonymisierungs-codes entsprechen den Codes in der Tabelle 4.

4.3.1 Wahrnehmung der Organisation

Als Besonderheit des Inselspitals wird von den meisten der Interviewpartnerinnen und Partnern die integrierende, wohlwollende und unterstützende „Berner-Kultur“ beschrieben.

P1: *„Das ‚Well Welcome‘ spürte man überall [...] Ich denke, es herrscht hier ein ganz besonderer Geist, oder Klima. Dies ist markant. Mit allen Problemen und Schwierigkeiten, aber es herrscht hier ein guter Geist. Dies spürt man. Ich würde nicht sagen, dass es dies in andern Häusern nicht gibt...aber es gibt auch anderes. Ich habe auch anderes erlebt...“*

A1: *„Der Lebensstil in Bern ist ein anderer. Man ist in Bern interessiert an den persönlichen Kontakten. Es ist Kultur in Bern, dass man sich Zeit nimmt, um miteinander zu sprechen. Das ist etwas sehr Wichtiges, das ist sowohl im Dorf wichtig, als auch hier im Spital.“*

A1: *„Es geht ihnen nicht darum, kurzfristig einen persönlichen Gewinn zu erzielen, sondern man schaut aus meiner Sicht mehr für den Teamerfolg. Dies finde ich etwas sehr Wichtiges. Das College-M ist eine typische Ausprägung einer solchen Idee“.*

P2: *„Ich schätze hier die Kultur, die trotz Grösse gelebt wird und was mir hier sehr auffällt ist die Wertschätzung die man bekommt.“*

Das universitäre Umfeld mit integrierter Lehre und Forschung sowie die Grösse des Spitals wird als Herausforderung im Bezüge auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit betrachtet.

M1: *„Ein erster Eindruck war sicher die Grösse, die Komplexität. Begeistert hat mich, dass sehr viele Leute auf ‚einem Haufen‘ arbeiten, also es gibt wahrscheinlich kaum einen Betrieb, in dem so viele Leute auf so engem Raum zusammenarbeiten. Dies finde ich interessant.“*

P2: *„Ich schätze es sehr, dass ich in einem universitären Umfeld mit integrierter Lehre und Forschung arbeiten kann. Dies ist auch im OP sehr gut spürbar.“*

Ein bewusstes Fördern der interdisziplinären Zusammenarbeit seitens der Spitalleitung wird erkannt.

P1: *„Die Vernetzung wird nun noch stärker gefördert und das finde ich gut, u.a. durch den NDK am College-M. Es ist eine bestechende Idee, multidisziplinär miteinander zu lernen und so ein Netzwerk aufzubauen. Ich habe immer gesagt, dass, wer je diese Idee gehabt hat, dem gratuliere ich. Diese Idee ist bestechend! Leute auf diesem Weg zusammenbringen. Man geht hin, hört zu und bearbeitet gemeinsam, mit Führungspersonen aus allen Sparten Management-“*

themen. Wir waren auch ein irrsinnig toller Kurs. Wir haben uns wirklich miteinander vernetzt. Es war toll wie man miteinander diskutieren konnte und Gemeinsamkeiten finden. Dies war sehr zentral.“

4.3.2 Kulturen

Bei den nachfolgenden Auswertungen fließt einerseits das Selbstbild der Interviewten ein, die selber Teil der entsprechenden Berufsgruppe sind, andererseits handelt es sich um Fremdbilder von Interviewpartnern der anderen Berufsgruppen.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass von allen Interviewpartnern ganz klar Unterschiede bezüglich Kultur und Führungskultur in den drei Bereiche Medizin, Management und Pflege wahrgenommen werden. Man ist sich dieser Unterschiede im Berufsalltag bewusst und versucht diesen Aspekt in der interdisziplinären Zusammenarbeit zu berücksichtigen.

A1: *„Das Beste, an das ich mich erinnern kann, ist die Beschreibung eines Betriebswirtschafers aus der Abteilung Betriebe, der natürlich beide Seiten sieht – der sieht die Pflege und die Ärzte. Er hielt uns sehr schön vor, dass wenn man etwas von der Pflege will, dann müsse man einen sauberen Ablauf vorstellen, mit dem ganzen Prozess und dann komme man durch. Wenn man etwas von einem Arzt wolle, dann müsse man es so vorbereiten, dass der Arzt am Schluss das Gefühl habe, selber auf die gewünschte Lösung gekommen zu sein. Er müsse das Gefühl haben, er habe selber entschieden und dann werde das Ganze auch so umgesetzt. Dies ist höchstwahrscheinlich eine gute Beschreibung der Situation“.*

Pflege

Die Pflege wird im Spital sehr einheitlich, sozusagen „als Gesamtauftritt“ wahrgenommen. Sie gilt als sehr gut organisiert. Prozesse und Abläufe sind klar strukturiert und reglementiert. Die Kultur in Pflegeteams ist stark konsensorientiert. Es finden regelmässige Teamsitzungen statt, in denen gemeinsam über Probleme und mögliche Lösungswege diskutiert wird. Im Spital nimmt sie eine Vermittlerrolle zwischen Patienten und Ärzten wahr.

M1: *„Die Pflege ist eher konsensorientiert. Ich würde manchmal schon fast sagen basisdemokratisch, dort würde man am liebsten immer das Team abstimmen lassen“.*

A1: *„...Allgemeinen Vorgaben für eine Position auf der Seite der Pflege sind sehr detailliert vorhanden: Pflichtenhefte, Nahtstellen, Position im Ganzen, Organigramm, Verantwortlichkeiten, die ganze Organisation, wenn Krisen auftreten... Dies gibt es alles auf der ärztlichen Seite nicht und zwar immer mit der Ausrede, wir hätten so schon soviel zu tun. Der Gedanke, dass, wenn man sich ein Timeout nehmen würde, und sich so besser organisieren könnte und dadurch schliesslich Zeit gewinnen würde, der ist in der Ärzteschaft nicht mehrheitsfähig...aber wir arbeiten daran...“*

Der Pflegeleitung werden in ihrer Führungsposition hohe soziale Kompetenzen zugesprochen. Auf Grund der Ausbildung hat die Pflegeleitung ein gutes Führungs-Know-how, was sich in der Führungskultur bemerkbar macht. Strukturell bedingt ist die Pflegeleitung weniger ans operative Tagesgeschäft gebunden und kann sich so auf ihre Führungs- sowie auf strategische Aufgaben konzentrieren. Dennoch ist die Pflegeleitung organisatorisch dem Chefarzt unterstellt.

P2: „Die Pflege hat natürlich auch eine ganz andere Ausbildung als die Ärzte. Ein Arzt erhält während der Ausbildung den Bereich Führung fünf Stunden vermittelt. Diesbezüglich haben wir den Ärzten gegenüber einen grossen Wissensvorteil.“

A1: „Die Pflege ist, ich sage dies jetzt mal etwas böse, gewerkschaftlich ausgesprochen gut organisiert und hat die Zeichen der Zeit so gut erkannt, dass sie regelmässig ihre Führungssitzungen macht. Dort werden strategische Dinge diskutiert... Wir sind auch neidisch darauf, dass die Pflege sich einfach etwas kaltschnäuzig sagt, dies braucht es einfach und wir nehmen uns einfach diese Zeit. Die Pflege macht dieses Timeout, inklusive Supervision... Ich bin der Meinung, dass die Pflege, bzw. die Leitung der Pflege sehr viel besser erkannt hat, was die Zeichen der Zeit sind.“

A2: „Ich denke, Leute der Pflege oder der Betriebe (Management), die sind einfach viel besser geschult, was Führung angeht. Dort sind die, die führen halt häufig nicht mehr am Bett, oder am Patienten, sondern nur noch in der Führung tätig und dies ist eben der grosse Unterschied zu uns Medizinerinnen, weil wir halt einfach die ganze Arbeit auch machen und dieses Führen dann noch nebenher geht. Dies ist für mich eigentlich der Hauptunterschied.“

A1: „Momentan ist es ja so, dass die Gesamtleitung departemental und auch innerhalb der Klinik auf der ärztlichen Seite liegt. Mit dem EOS, einer Neuorganisation wird die Pflege quasi auf eine Stufe mit dem Chefarzt angehoben, eigentlich im operativen Bereich, aber organisatorisch ist die Pflege noch immer unterstellt. Kann sich so wirklich etwas ändern?“

Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantworten die beiden interviewten Pflegedienstleiterinnen mit einer starken Gewichtung auf Kooperation mit Vorgesetzten und Bezugsgruppen sowie auf das Vorhandensein gemeinsamer Ziele.

P1: „Grundsätzlich nach Organigramm ist er mein Vorgesetzter, aber es ist ein partnerschaftliches Miteinander. Deshalb sage ich mein Cheffpartner... es ist vor allen das Gemeinsamkeiten haben. Gemeinsame Ziele haben. Dies ist so etwas ungeheuer Gutes... Etwas Neues hineinzubringen mit ihm zusammen, dies ist etwas ganz Gutes, etwas Erfreuliches...“

„Unsere Führungsauffassung driftet nicht auseinander. Obwohl der ärztliche Bereich etwas anders aufgebaut ist als der Pflegedienst, dies ist klar, aber da einander zu finden und Verantwortung für die Klinik zu übernehmen und in die Zukunft zu festigen. Dies ist etwas Tolles! Dies gibt auch gegenseitig Boden.“

Als eigene Führungsstärken nennen die Pflegeleiterinnen hohe Sozialkompetenzen, eine starke Mitarbeiter- und Teamorientierung, Mitarbeiterförderung, das Schaffen von klaren Strukturen, Transparenz und ein grosses Wissen durch langjährige Erfahrung.

P1: „Ich sage immer, ich stehe zu euch oder hinter euch, auch wenn ihr den grössten Fehler macht. Man muss ja da auch immer schauen, ob man nicht selber eine Verantwortung darin hat.“

„Ein ganz wichtiger Teil ist mir auch die Mitarbeiterförderung. Das sie hier zwar arbeiten, Dienstleistungen produzieren, aber auf der anderen Seite auch gefördert werden, auch im Bezüge auf ihre Laufbahn... Dies ist sehr wichtig, dass sie merken, aha, ich muss nicht nur jeden Tag arbeiten, sondern ich erhalte auch was.“

P2: „Wenn Mitarbeitende merken, dass es eine Win-win-Situation ist, dann können sie profitieren. Das heisst, dass, wenn sie realisieren, dass es nicht immer nur Bring-Situationen gibt, sondern auch Hol-Situationen“.

„Die Mitarbeitenden können von einem gut geführten Bereich profitieren. Ein Bereich, in dem Standardprozesse beschrieben sind, Rahmenbedingungen erschaffen wurden, die den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in ihrem Bereich in Ruhe zu arbeiten.“

Ärzte

Die Ärzte werden als rationale, leistungsorientierte und entscheidungsfreudige Persönlichkeiten, die gewillt sind, Verantwortung zu übernehmen, beschrieben. Das Individuum steht über der Gemeinschaft. Entscheidungen werden oft aufgrund eigener Interessen getroffen. Betont wird ihr hohes Fachwissen im Bereich ‚Care‘.

A1: *„Ich muss feststellen, dass bei der Ärzteschaft häufig Eigeninteresse vor dem allgemeinen Interessen kommt und dass das eigene Interesse nicht selten zu Entscheiden führt, welche aus der Sicht der Allgemeinheit oft schwer nachzuvollziehen sind. Und dies ist etwas, das wir als Ärzteschaft nicht gut machen. Hier fehlt eben die Führungsausbildung, welche es ermöglicht, auch aus sich hinaus zu gehen und etwas aus einer grösseren Perspektive her anzuschauen.“*

„...als Chirurg hat man einfach gewisse Aufgaben, da muss man nicht lange diskutieren...wenns blutet, dann muss man etwas tun! Und da braucht es niemanden, der sich noch dreimal hintersinnt, ob man nun etwas tun sollte – sondern da muss man einfach etwas tun! Und da bin ich halt ein sehr typischer Chirurg und dies ist auch recht so!“

Hierarchische Strukturen sind im ärztlichen Kontext noch immer von grundlegender Bedeutung. Dies wirkt sich ohne Zweifel auf ihren Führungsstil aus. Insbesondere bei älteren Ärzten wird oft ein hierarchischer, autoritärer Führungsstil gelebt. Bei jüngeren Ärzten scheint sich ein Generationenwechsel im Bezüge auf Führungskultur, hin zu einem integrativeren, kooperativeren Führungsstil, bemerkbar zu machen.

Die operative Tätigkeit, sowie die Nähe zum Patienten ist auch bei Ärzten in höheren Führungsfunktionen ein zentraler Fokus. Entscheidungsfindungen passieren oft auf der operativen Ebene.

A2: *„Früher, wenn man zusammen gesessen ist, gab es viel weniger Diskussionen, weil mein damaliger Chef das Gespräch dermassen dominiert hatte, da dachte ich immer, da sage ich lieber nichts...dies hat sich geändert“.*

P1: *„Es gibt bei den Ärzten schon Führungspersonen, bei denen das hierarchische Denken da ist und die eine andere Führungskultur haben. Wahrscheinlich haben die es auch so gelernt und geben dies dann so weiter. Aber dies ändert sich nun auch bei den Ärzten... Der Wandel bei der jüngeren Generation, der neuen Generation, die in Cheffpositionen kommt, ist deutlich feststellbar. Das Interesse am Ganzen Mitarbeiter ist viel stärker vorhanden. Dies ist sehr deutlich sichtbar...Ich habe immer gesagt, die ändern, die dies nicht so sehen, müssen einfach einmal aussterben...(lacht) Ich habe in meiner Laufbahn viele solche erlebt!“*

M1: *„Bei der Ärzteschaft, habe ich das Gefühl, gibt es einen Generationenwechsel. Die alte Garde, das sind die Professoren, die noch als Patriarchen gross geworden sind. Die, die die Ellbogen am meisten draussen hatten, haben überlebt und die verlangen dann auch von den Untergebenen, jetzt wirklich böse gesagt, von den Untergebenen, dass sie parieren. Dies sind Spitzenchirurgen aber vom Führungsverständnis her Welten von mir entfernt! [...]. Die neuere Generation ist eher auch Teamorientiert und sieht, dass man die Komplexität, die heute im Spital auf einem zukommt, schlicht alleine nicht handeln kann.“*

„...ältere, eingesessene Professoren haben eher das Gefühl sie müssten in der Technik auch noch überall mitsprechen, fast sagen, welche Geräte beschafft werden sollten, bis zum Preis. Die Jüngeren sagen einfach, was zum Beispiel ein Gerät können muss. Sie wollen von uns hören, welches das Beste sei und dann entscheiden wir zusammen...“

M2: „Bedingt durch die neuere Generation wird die Pflege heute von den Ärzten auch anders angeschaut als früher. Die Pflege konnte sich in den letzten Jahren sehr stärken. Das hierarchische Gefälle von Ärzten und Pflege hat sich stark verkleinert. Das Interesse der Ärzte am Bereich Pflege ist gewachsen. Die Ärzte haben auch gemerkt, dass ihnen in der Ausbildung viel fehlt. Ich hatte vor kurzem eine Diskussion mit einem älteren Chefarzt in Zürich. Dieser hatte zu mir gesagt, dass sie die Pflege eigentlich beneiden würden, weil wir so viel Wissen mitbekommen würden, was Führung und Kommunikation anbelangt. Lange war Führung in der Ausbildung der Ärzte gar kein Thema, heute ist die Ausbildung immer noch sehr mager.“

A2: „Ich denke, Leute der Pflege oder der Betriebe (Management), die sind einfach viel besser geschult, was Führung anbelangt. Dort sind die, die führen halt häufig nicht mehr am Bett oder am Patienten, sondern nur noch in der Führung tätig und dies ist eben der grosse Unterschied zu uns Medizinerinnen, weil wir halt einfach die ganze Arbeit auch machen und dieses Führen dann noch nebenher geht. Dies ist für mich eigentlich der Hauptunterschied [...]. Wenn ich nur Führungstätigkeit hätte, wüsste ich viel zu wenig, was die echten Probleme meiner Mitarbeiter sind, weil dies aus dem Alltagsgeschäft wie draussen wäre. Jetzt in meinem Bereich, wenn es beispielsweise im Operationssaal Probleme gibt, mit Instrumentarien, mit Abläufen, die nicht optimal sind, bekomme ich dies alles mit. Wenn einem dies nur rapportiert wird, dann ist dies viel schwieriger nachzuvollziehen. Meine Aufgabe ist es unter anderem, Leute chirurgisch auszubilden. Dies geht gar nicht, ohne dass ich dauernd meine chirurgischen Fähigkeiten praktiziere. Ich könnte diese Ausbildungsfunktion gar nicht mehr wahrnehmen.“

In der Pflege sieht man dies schon. Leitende Pflegepersonen, die nicht mehr am Bett tätig sind, da sieht man schon, dass die einfach die Realität verloren haben.“

A1: „Unser grosses Problem ist, dass wir so stark ‚aufgefressen‘ werden im Tagesgeschäft, dass wir uns selber vorgaukeln können, wir hätten keine Zeit, um mal eine übergeordnete Ebene anzuschauen und deshalb werden auch strategische Entscheide häufig auf der operativen Ebene gefällt, was total falsch ist. Es braucht immer wieder Timeout-Zeiten, für eine moderne Klinik, um Strategiefragen zu klären und dies macht die Ärzteschaft völlig falsch – im Unterschied zur Pflege.“

Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantwortet der eine Interviewpartner mit einem Projekt, das er als Führungsperson erfolgreich durchführen und abschliessen konnte, die andere Person erwähnte den Prozess des Rollenwechsels in ihre jetzige Chefposition. Der eigene Lehrauftrag ist bei den Ärzten im Bezug auf Führung ein wichtiges Thema, das immer wieder aufgegriffen wird.

A1: „Dies haben wir gemacht aufgrund des NDKs des College-M. Ich glaube, dies war mein erster wahrer Führungserfolg. Wir haben aufgrund der Kenntnisse des NDKs ziemlich detailliert durchleuchtet, wer was tut, wann und warum und haben es dann geschafft, rund 15% der Leerzeiten so zu reduzieren, dass ein Oberarzt aus dem Klinikbetrieb befreit werden konnte, und aktuell ist es so, dass wir pro Jahr 3'700 Stunden in der Klinik einsparen konnten, ohne dass wir diese Zeit in der Dienstleistung verloren haben, sondern wir haben die Dienstleistung gestrafft – und die 3700 Stunden gehen direkt in die Forschung.“

A2: „Man übernimmt dann erst noch als Frau in einem chirurgischen Bereich eine solche Abteilung. Da ist das Selbstbewusstsein ist da am Anfang nicht gerade im Himmel. Meine direkten Mitarbeitenden brachten mir jedoch Vertrauen entgegen und eine Loyalität, die ich eigentlich nie erwartet hätte. Dies war für mich eigentlich die positivste Erfahrung. Dies hängt wahrscheinlich eher mit meiner Person zusammen, als mit meinem Führungsstil.“

A1: „Für einen Chirurgen wie mich, der langsam graue Haare bekommt, ist es schön zu sehen, wenn die, die bei mir lernen, die Dinge erfolgreich so anpacken, wie ich es ihnen beigebracht habe. Also wenn bei einer Operation helfe und sehe: Doch, der hat gut aufgepasst, der setzt dies so um, wie ich es ihm beigebracht habe, es ist schön zu sehen, dass man Spuren hinterlässt und irgendwo eine erfolgreiche Schule pflegen kann“.

Als eigene Führungsstärken nennen die interviewten Ärzte Selbstvertrauen, Intelligenz, Mut zu entscheiden, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Authentizität.

A2: *Ich probiere wirklich mich selber zu bleiben, versuche ehrlich zu sein, versuche die Leute so wie sie sind zu respektieren...*

Manager

Die Manager wurden zusammenfassend als gut organisiert, pragmatisch nach Kennzahlen arbeitende Gruppe dargestellt. Ihre Zuschreibungen waren am wenigsten einheitlich und vor allem am wenigsten prägnant. Einigen viel es sehr schwer, die Spitalmanager zu charakterisieren, weil sie nur wenige Berührungspunkte mit Spitalmanagern hatten oder weil sie keine Charakteristiken zu nennen wussten, die auf eine Mehrheit der Gruppe zugetroffen hätte.

A1: *„Die kommen sehr straff organisiert rüber, haben dann aber im Alltag mehr Probleme, als man erwarten würde, wenn man sieht, wie gut sie organisiert sind. Dies ist auch noch spannend... Im Spital ist es halt einfach doch nicht ganz so einfach, wie vielleicht in einer Toyota-Fabrik, wo man einfach ein Auto basteln muss. Es braucht eben auch eine erhöhte Fähigkeit zu improvisieren.“*

M1: *„Durch das technische oder betriebswirtschaftliche Denken kann in Vergessenheit geraten, dass das Spital eigentlich für die Patienten da ist. Wenn man schaut, was für ein riesiger Verwaltungsapparat nötig ist, um eine solche Infrastruktur am Laufen zu halten, gibt es schon Leute, die selten Patienten sehen, ausser vielleicht noch an der Bushaltestelle... (lacht)“*

Zum Thema Führung konnten im Bezug auf die Spitalmanager keine auswertbaren Antworten erhalten werden.

P1: *„Wie die Betriebswirtschaftler ihre Teams führen, kann ich zu wenig beurteilen. Ich kann einfach sagen, dass ich sehr gerne mit Betriebswirtschaftlern zusammenarbeite, sehr sogar. Das ist inspirierend, es ergeben sich interessante Diskussionen, ich kann dort Wissen holen und sie sind interessiert an unserer Organisation, aber wie sie ihre Teams führen, das kann ich zu wenig beurteilen. Ich habe gar nie darüber nachgedacht... Ich sehe dort zu wenig hinein.“*

Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantwortet nur einer der interviewten Manager. Er nannte dabei ein Projekt, bei dem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zentral war. Er beschrieb eine gemeinsame Projektidentität, gegenseitige Akzeptanz, Effizienz, ein schlanker administrativer Aufwand, klare Zielsetzungen und das Ausschalten von Hierarchien als Erfolgsfaktoren.

M1: *„Ich selber bin absolut kein Labormensch. Chemie war nie meine Stärke. Ich wusste gerade mal, wo das Labor war und was die so etwa machten, aber ich hatte keine Ahnung wie das dort funktioniert. Mit der Zeit merkte ich aber, dass die Mitarbeitenden vom Labor begonnen haben, mir Sachen im Labor direkt zu zeigen und zu erklären. Also das was wir vorher theoretisch besprochen hatten. Da merkte ich dann auch, dass ich akzeptiert war. Ich war nicht nur einfach der Verwalter, sondern sie realisierten, dass ich eine gewisse Erfahrung ins Projekt brachte, die sie nicht haben. Sie entwickelten eine Bereitschaft dies auch anzunehmen.“*

Als eigene Führungsstärken nennt einer der interviewten Spitalmanager die Fähigkeit, Ruhe bewahren zu können und seine Entscheidungsfreude, die Interviewpartnerin nannte ihr Bestreben nach koope-

rativen Entscheidungsfindungen, Harmoniebedürfnis und Einfühlungsvermögen, sowie die Unterstützung ihrer Mitarbeitenden.

M1: „Es wird von meinen Mitarbeitern geschätzt, dass, wenn sie mit einem Anliegen oder einem Problem kommen, entschieden wird. Teilweise im Sinne des Mitarbeiters, teilweise auch gegen ihn, aber ich entscheide.“

M2: „Für mich ist wirklich wichtig, dass alle Entscheidungen, die ich treffe, von den Mitarbeitenden getragen werden. Ich beziehe die Mitarbeitenden ein in die Entscheidungsfindung.“

„Die Mitarbeitenden kommen frühzeitig, wenn etwas nicht gut läuft und auch wenn sie Fehler gemacht haben. Es herrscht eine Offenheit vor und durch Fehler können Rückschlüsse für die Zukunft gemacht werden, dass es in Zukunft besser läuft.“

Gemeinsamkeiten

Neben den Faktoren der Wirtschaftlichkeit und der Ressourcenknappheit wird der gemeinsame Auftrag, die Patientenbehandlung, von allen Interviewten als verbindende Gemeinsamkeit wahrgenommen.

A1: „Als Gemeinsamkeit erlebe ich die Verantwortung für den gesamten Betrieb... (überlegt eine Weile) aber auch in der Verantwortung dem einzelnen Patienten gegenüber. Die Umsetzung ist dann einfach sehr unterschiedlich...“

Voraussetzungen für eine integrativere Zusammenarbeit

Voraussetzungen für eine integrativere Zusammenarbeit sehen die Interviewten in höherer gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung, einem zunehmenden Interesse für die anderen Bereiche und dem Schaffen von Netzwerken.

M1: „Etwas vom Wichtigsten ist die Akzeptanz. Ich habe auch schon Professoren gesagt, dass wir ja auch nicht für sie operieren würden! [...] Der NDK fördert die gegenseitige Akzeptanz extrem. Da schaut man ja wirklich drauf, dass die Zusammensetzung gemischt ist. Pflege, Ärzteschaft plus Support-Einheiten. Man schaut im Kurs woher die anderen kommen, was sie machen und man lernt zumindest zwanzig Personen aus ganz anderen Bereichen, quer durchs Spital gut kennen. Dies ist natürlich etwas, das die Akzeptanz, die ich vorher erwähnt hatte, fördert. Wenn man zum Beispiel ein Problem hat, hat man einen direkten Ansprechpartner. Der Kurs fördert die Akzeptanz, man schafft sich ein Netzwerk und dies fördert den Austausch und die Zusammenarbeit.“

M2: „Insbesondere die Pflege müsste mehr Interesse für betriebswirtschaftliche Aspekte aufbringen“

„Ich denke durch den bilateralen Austausch und indem dass man in die verschiedenen Bereiche geht und sich informiert, was dort wichtig ist, wo die Schwierigkeiten liegen und welche Ziele man dort hat.“

Der Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital wird als gute Möglichkeit zum Aufbau von Netzwerken und somit einer erhöhten gegenseitigen Akzeptanz betrachtet, was Grundlage für eine integrativere Zusammenarbeit sein kann. Einige der Befragten würden den NDK als Voraussetzung für sämtliche Kaderpositionen sehen.

M1: „Ich denke, die gemeinsame Managementschulung im NDK ist ein Schritt hin zu einer integrativeren Zusammenarbeit. Miteinander! Wir hatten zum Beispiel einen Gastronomen dabei. Es war interessant auch mal hinter diese Kulissen zu schauen!“

P2: „Wenn Sie die Zusammensetzung dieser NDKs anschauen, spielen Hierarchien dort überhaupt keine Rolle mehr. Im NDK geschieht ein sichtbar machen von ‚Nichtwissen‘, was ja normal ist, von den verschiedenen Berufsgruppen, auf einer gleichen Ebene.“

„Meine Interpretation ist, dass das Inselspital dem Kader und dem Mittelbau ermöglicht, sich auf einen Wissensstand zu bringen, der sich auf demselben Level bewegt. Dies ist sehr wichtig. So spricht man auch dieselbe Sprache und dies ergibt so eine Einigkeit.“

„Man erhält auch Hintergrundwissen über die andern Bereiche und dies bringt sehr viel und trägt viel zum gegenseitigen Verständnis bei. Wenn ich virtuell denke, würde ich sagen, dass jede Person, die in eine Kaderfunktion kommt, muss im ersten Jahr den NDK besuchen!“

4.3.3 Nachdiplomkurs „Managen im Spital“

Motivation zur Kursteilnahme

Die Interviewten erwarteten durch den Kurs einen Informationsgewinn zum Thema Spitalmanagement sowie eine kritische Auseinandersetzung mit dem Thema Führung. Zentrale Motivationsfaktoren, welche sie zur Teilnahme veranlassten, ist die Tatsache, dass der Kurs mit „Insleuten“ am Inselspital stattgefunden hatte, sowie das interdisziplinäre Teilnehmerfeld. Bei einem der Interviewpartner ist der Kurs Voraussetzung für den nächsten Karriereschritt.

M2: „Für mich war es ganz wichtig, dass dieser Kurs hier im Spital selber war, mit Leuten aus dem Spital. So konnte Networking betrieben werden. Es gab mir einen Einblick in andere Bereiche, was ich für eine Zusammenarbeit als sehr wichtig betrachtete. Dann war es auch ein ‚Refresh‘ von verschiedenen Themen und für mich gewissermassen auch eine Standortbestimmung“.

M1: „Mir ging es vor allem darum, Spitalzusammenhänge besser kennen zu lernen. So Managementkurse und Projektleiterkurse habe ich schon verschiedene gemacht. Mich interessierten die spitalspezifischen Inhalte und die verschiedenen kulturellen Hintergründe der Berufsgruppen.“

P2: „Ich wollte wie eine Bestätigung, dass ich dieses Spital und das Schweizer Gesundheitswesen verstehe. Gewisse Sequenzen im NDK hatte ich schon in andern Kursen gehört. Vieles war für mich nicht neu, aber mich reizte, dass dieser Kurs im Spital selber und mit spitalinternen Leuten durchgeführt wurde. Ich wollte Hintergrundwissen über den Betrieb holen.“

A1: „Dies war eine klare Vorgabe für die nächste Karrierestufe. Es eine Voraussetzung für die Beförderung zum leitenden Arzt.[...]Ich ging auch mit einigen Widerständen in diesen NDK hinein. Ich schaute dies als reinen Zeitverlust an und wir haben ja auch sehr viel Zeit investiert in diesen NDK. Retrospektiv werte ich diesen Kurs weitgehend positiv. Er hatte schon Tiefen, aber, sich Zeit zu nehmen, sich mit andern Menschen des Spitals vertieft auseinanderzusetzen war sehr wertvoll und die Netzwerkidee, die dahinter steckt funktioniert sehr gut bis ausgezeichnet. Man lernt sich auf einer ganz anderen Ebene kennen und das ist für den Betrieb meiner Meinung nach hoch intelligent.“

Erfolgsfaktoren

Inhaltliche Themen werden eher sekundär genannt. Wichtige Lernerfahrungen für die Teilnehmenden sind Inhalte mit Bezug auf die verschiedenen Berufskulturen und Inhaltliche Themen werden eher sekundär genannt. Wichtige Lernerfahrungen für die Teilnehmenden sind Inhalte mit Bezug auf die verschiedenen Berufskulturen und die Zusammenarbeit mit diesen Kulturen. Was bei sämtlichen Interviewpartnern und Partnerinnen als beste Lernerfahrung gewichtet wird, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit. Im Kurs fand ein intensiver, fachübergreifender Austausch während den Lektionen und in den Pausen, statt. In Kleingruppen mit Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen mussten gemeinsam Themen erarbeitet und Ziele erreicht werden. Dies bringt einerseits einen Erkenntnisgewinn über die anderen Bereiche und fördert die Zusammenarbeit. Aufgrund der Kursteilnahme können Netzwerken für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Berufsalltag geschaffen werden.

P1: „Es ist eine bestechende Idee, interdisziplinär miteinander zu lernen und so ein Netzwerk aufzubauen. Ich habe immer gesagt, dass wer je diese Idee gehabt hat, dem gratuliere ich. Diese Idee ist bestechend! Leute auf diesem Weg zusammenbringen. Man geht hin, hört zu und bearbeitet gemeinsam, mit Führungspersonen aus allen Sparten, Managementthemen. Wir waren auch ein irrsinnig toller Kurs. Wir haben uns wirklich miteinander vernetzt. Es war toll wie man miteinander diskutieren konnte und Gemeinsamkeiten finden. Dies war sehr zentral. [...] Sich kennen lernen und vernetzen. Es war wichtig zu sehen, wie sich die anderen Disziplinen Überlegungen anstellen. Dies fördert das gegenseitige Verständnis.“

M1: „Das Netzwerk ist in diesem grossen Spital natürlich von immenser Bedeutung. Ohne Netz ist man verloren. Da kann man in einem Büro sitzen und seinen Job machen... wenn man aber nicht weiss, wo die wichtigen Informationen oder Inputs sind, dann macht man seine Arbeit völlig am Betrieb vorbei. Bei dieser Komplexität und Vielschichtigkeit dieses grossen Betriebes braucht man ein Netz.“

M1: „Extrem gefallen hat mir, dass er berufsgruppenübergreifend war. Dies ergab eine sehr spannende und zum Teil auch eine sehr hitzige Mischung. [...] Für mich war vorher zum Beispiel nicht klar, dass der kulturelle Unterschied zwischen den Medizinerinnen und der Pflege so gross war. Man sieht so relativ schnell hinter die Kulisse der anderen Berufsgruppen. Die Pflege zum Beispiel, die möchte sehr viel standardisiert haben... Die Ärzte, die wollen einfach das Beste für den Patienten, sie wollen situativ entscheiden. Dies sind zwei Ziele, die sich diametral widersprechen. Mir war dies vorher nie so richtig klar, dass dies das grundlegend Andere ist. Ich habe nur erlebt, dass z.B. die Pflegeleitung und ein Chefarzt aneinander geraten sind und für mich war das Problem gar nicht erkennbar.“

M2: „Für mich war dies immer wieder die interdisziplinäre Zusammensetzung! Der Austausch der so stattfinden kann. Ein Austausch mit ganz unterschiedlichen Standpunkten. Und halt auch, dass man auf die eigene Situation eingehen kann und Zeit dafür hat.“

A2: „Man lernt so Kader von verschiedenen Bereichen kennen und löste miteinander Aufgaben, unabhängig von der Vergangenheit oder der Funktion, im Sinne der Aufgabe. Dies war für mich eine sehr positive Erfahrung. Es war auch erstaunlich, wie kreativ man plötzlich sein kann, wenn man vom Alltagsgeschehen losgelöst ist.“

A2: „Wenn man als Mediziner immer in dieser ‚Medizinerwelt‘ ist, hat man schon ein bisschen ein Röhrendenken und man ist überrascht, wie viele interessante Leute, dass es in diesem Spital hat, die in ganz anderen Bereichen arbeiten. Ohne diesen Kurs hätte man gar kein Interesse, was in diesen Bereichen überhaupt abläuft, was deren Probleme sind, welche logistischen Schwierigkeiten sie haben, das kann man sich gar nicht vorstellen, wenn man nicht mal, wie in diesem Kurs die Gelegenheit hat, diesen Austausch wahrzunehmen.“

Was die Kursteilnehmenden inspiriert hat

Das Engagement der Spitalleitung im Nachdiplomkurs wird von den Teilnehmenden als Wertschätzung gegenüber den Mitarbeitenden erkannt. Die fachlich kompetenten und humorvollen Referenten und Moderatoren werden ausgesprochen geschätzt, die positive Art und Weise wie sie an Themen herangegangen seien habe sie inspiriert. Sehr positiv bewertet wurde die Tatsache, dass die Kursteilnehmer durch den NDK Zeit zur Verfügung hatten sich intensiv mit kulturellen Themen des Spitals auseinanderzusetzen.

M1: „Für mich war es auch ein Highlight, dass sich die Spitalleitung so stark engagiert für solch einen Kurs. In fast jedem Block war ein Spitalleitungsmitglied vertreten und lieferte Inputs, stand zur Verfügung für Fragen, Kritik und Anregungen... Das ist etwas, das man als Anerkennung sehen muss. Dies habe ich sonst noch nie so erlebt.“

P1: „Ich denke der Humor von Herrn Schmitz... Ich schätzte Herrn Schmitz besonders. Seinen Humor und die Art und Weise wie er Themen anging... oder auch wie er uns zurückgeholt hat. Wir waren so ein undisziplinierter Haufen, wir haben so viel miteinander diskutiert... und wie er dies dann galant gemacht hat... das ist inspirierend.“

„Die Professionalität, Herr Schmitz, die Referenten, die wirklich ganz neue Aspekte einbrachten. Es war auch sehr toll, einmal den Spitaldirektor persönlich zu hören, Tuchfühlung zu haben. Den, der das ganze Spital führt, mal persönlich kennen zu lernen und auch zu spüren, was er wirklich will. Eines der grössten Probleme ist, die Visionen der Vorgesetzten auf den eigenen Alltag herunter zu brechen. Da geht zwischendurch sehr viel verloren.“

A1: „Die Inhalte waren OK, diese vergisst man aber auch wieder. Aber Zeit zu haben, gerade mit der Führung der Pflege einmal etwas mehr in die Tiefe zu diskutieren, dies ist sehr wertvoll. Dies führt auch dazu, dass das Verständnis für die jeweilige Position wächst...“

Umsetzung in der Praxis

Der Kurs regt zur Reflexion bezüglich des eigenen Führungsverhaltens an. Lerninhalte werden teilweise an die Mitarbeitenden weitergegeben. Auch kann durch Know-how, das im Kurs erworben wurde, in Projekten gezielter Einfluss genommen werden.

Die Erfahrungen mit den verschiedenen Berufskulturen, die während dem Kurs gemacht wurden, wirken sich positiv auf die Kommunikation und somit auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus.

M2: „Ich habe meinen eigenen Führungsstil besser kennengelernt. So zum Beispiel, dass ich manchmal etwas zu rubig, und zurückhaltend bin und zu unbestimmt auftrete. Diese Erkenntnisse sind sehr wichtig für mich als Führungsperson.“

A1: „Dies haben wir gemacht aufgrund des NDKs des College-M. Ich glaube, dies war mein erster wahrer Führungserfolg. Wir haben aufgrund der Kenntnisse des NDKs ziemlich detailliert durchleuchtet, wer was tut, wann und warum und haben es dann geschafft, rund 15% der Leerzeiten so zu reduzieren, dass ein Oberarzt aus dem Klinikbetrieb befreit werden konnte, und aktuell ist es so, dass wir pro Jahr 3'700 Stunden in der Klinik einsparen konnten, ohne dass wir diese Zeit in der Dienstleistung verloren haben, sondern wir haben die Dienstleistung gestrafft – und die 3700 Stunden gehen direkt in die Forschung.“

P1: „Wir mussten ja eine Projektarbeit machen. Ich konnte mich dann auch in der Gruppe durchsetzen, dass wir mein Thema genommen haben. Ein Projekt, das ich aufgleisen wollte. Da habe ich die Zeit im Kurs für das gleich nutzen können. Der Vorteil war, dass wir diese präsentieren konnten und es war fast die ganze Spitalleitung dabei. Dies war eine gute PR. Und es löste eine Begeisterung aus, bei den Leuten, die zugehört hatten...“

M2: „Wenn ich jeweils von den Kurstagen zurückkam, erzählte ich meinen Mitarbeitenden, was ich gelernt hatte. Ich konnte so Wissen weitergeben. Ich verglich Spitalziele, von welchen ich im Kurs Kenntnis nahm mit den Zielen unserer Abteilung. Dies gab mir eine gewisse Sicherheit.“

M1: „Wenn ich Projekte oder Sitzungen habe, bei denen die verschiedenen Berufsgruppen anwesend sind, habe ich durch den Kurs ein besseres Gespür für die verschiedenen Berufsgruppenkulturen erhalten. Ich schaue, dass ich meine Kommunikation anpasse und ihre Antworten je nach Berufsgruppe anders werte. Ich habe gelernt, zu interpretieren, was nun eine Pflegeleiterin mit einem Satz sagen will, was eine Aussage eines Betriebswirtschafter besist und was ein Professor mit seiner Aussage meint. Oft sind es einfach verschiedene Tonarten, aber gemeint ist das gleiche. Darauf schaue ich nach dem Kurs viel bewusster. Am Schluss wollen ja eigentlich alle einfach das Gute fürs Spital.“

„Der Aspekt ‘Mut zur Lücke!’ Hilft mir von meinem Führungsverständnis her Wenn man diese Standortführungs-kurse besucht hat man nachher vielleicht das Gefühl man müsse jede Situation im Griff haben. Sozusagen, wenn dieses Problem auftaucht, wendest du jenes Modell an... Innerhalb des NDK haben wir zusammen erkannt, dass eine Situation auch einfach mal ‚verkackelt‘ sein kann, und man akzeptieren muss, dass man eine ganz andere Meinung hat und dies dann auch anspricht, um den minimalen Nenner zu finden. Früher hätte ich wahrscheinlich den Konflikt um jeden Preis lösen wollen und das Ganze hätte mich emotional wahrscheinlich mehr belastet. Ich denke im Kurs habe ich gelernt zu akzeptieren, dass die Leute einfach verschieden sind.“

P2: „Durch den NDK konnten neue Kontakte geknüpft werden und man spricht nun auch dieselbe Sprache. Dies ist sehr eindrücklich. Vor kurzem hat ein leitender Arzt zu mir gesagt: ‚Du hast ja den NDK auch besucht, du weisst doch, von was ich spreche.‘ Es entsteht so eine Kultur des – vielleicht etwas übertrieben gesagt – globalen Wissens‘. Es ist einfach so, dass die, die den NDK besucht haben, sich über Kommunikation und Kulturen im Spital Gedanken gemacht haben.“

P2: „Man hinterfragt vielmehr. Z. B. stelle ich mir viel mehr Überlegungen an, weshalb nun der Controller oder der Arzt ausgerechnet diese oder jene Priorität gesetzt, die ich selber nicht habe. Es fördert also das Verständnis.“

4.3.4 Führungskulturelle Annäherung aufgrund des Nachdiplomkurses

Sämtliche Interviewpartner und Partnerinnen stellten innerhalb des Kurses eine klare führungskulturelle Annäherung fest. Als wichtige Faktoren für die Annäherung wurde die vorhandene Zeit für gemeinsames Denken und den gemeinsamen Austausch, eine gemeinsame Sprache und ein gemeinsames Führungsverständnis, gegenseitige Akzeptanz sowie die erworbenen Kompetenzen im Umgang mit anderen Berufsgruppen genannt.

P2: „Ich bin seit 1986 in der Führung und habe dies noch in keinem Spital erlebt, dass eine solch intensive Annäherung zwischen Ärzteschaft und Pflege stattfinden konnte. Dies ist auch eine Kulturfrage, die das Inselspital prägt.“ „Meine Interpretation ist, dass das Inselspital dem Kader und dem Mittelbau ermöglicht, sich auf einen Wissensstand zu bringen der sich auf demselben Level bewegt. Dies ist sehr wichtig. So spricht man auch dieselbe Sprache und dies ergibt so eine Einigkeit.“

P1: „Es fand ganz klar eine Annäherung statt. Der Kurs gab uns Gelegenheit und vor allem auch Zeit, wir hatten 12 Tage Zeit, um miteinander zusammen zu sein. Diese Zeit findet man im Alltag nicht, ausser man hat ein gemeinsames Projekt. Aber dies waren 12 volle Tage miteinander! Wir konnten in allen Pausen miteinander diskutieren. Wir arbei-

teten gemeinsam, dachten gemeinsam und diskutierten gemeinsam im Plenum und in Gruppen. Diese Zeit, die wir hatten, das war irrsinnig gut. Und dies geht nie verloren.“

M1: „Der NDK fördert die gegenseitige Akzeptanz extrem. Da schaut man ja wirklich drauf, dass die Zusammensetzung gemischt ist. Pflege, Ärzteschaft plus Support-Einheiten. Man schaut im Kurs woher die andern kommen, was sie machen und man lernt zumindest zwanzig Personen aus ganz anderen Bereichen, quer durchs Spital gut kennen. Dies ist natürlich etwas, das die Akzeptanz, die ich vorher erwähnt hatte, fördert. Wenn man zum Beispiel ein Problem hat, hat man einen direkten Ansprechpartner. Der Kurs fördert die Akzeptanz, man schafft sich ein Netzwerk und dies fördert den Austausch und die Zusammenarbeit.“

Sämtliche der interviewten Personen gaben an, dass **innerhalb ihres Kurses** eine offensichtliche Führungskulturelle Annäherung erkennbar gewesen sei. Auf einer Skala von 1-10 (1= keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) ergab die Auswertung eine **durchschnittliche Annäherung von 8.5** (Minimalwert= 5; Maximalwert= 10)

P1: „Ich glaube, in unserem Kurs hätte es gar nicht besser sein können. ‚Das het so gfägt!‘ besser hätte es wirklich nicht sein können... und zwar auch die ganz Stillen holte man mit ins Boot. Ich hatte eine sehr introvertierte Persönlichkeit an meiner Seite. Ein Wissenschaftler. Es war wunderbar, wie er sich geöffnet hatte und mitgemacht hat. Ich glaube es hätte nicht besser sein können. Es funktionierte einfach.“

„Also in unserem Kurs, da kann ich eine 10 geben. Bei uns war dies wirklich einmalig.“

A1: „Es ist halt sehr menschlich, dass man menschenbezogen funktioniert. Es ist für mich ganz klar, dass wenn ich einen Namen oder ein Gesicht aus einem andern Bereich kennt, dann weckt dies auch etwas das Interesse an diesem Bereich. Vorher interessierte mich doch zum Beispiel die Küche nie. Es war recht, dass das Essen gut war, aber mehr sicher nicht. Wenn man dann aber den Leiter des ganzen Gastrobereichs kennen gelernt hat, bekommt man einen ganz anderen Bezug dazu und sieht auch ganz andere Dinge.“

M1: „Innerhalb des Kurses fand auf jeden Fall eine Annäherung statt. Im gesamten Spital findet sicher auf der mittleren und zum Teil auch auf der oberen Ebene eine Annäherung statt. Was aber ganz klar fehlt im Kurs sind die Professoren, die wirklichen Chefs. Man betreibt hier eine Weiterentwicklung des mittleren Kaders.“

Die Einschätzung der Auswirkungen des NDKs auf eine Führungskulturelle Annäherung im **Kontext des gesamten Spitals** war für die Interviewten bedeutend schwieriger. Einige konnten die Frage nicht im Bezug auf das gesamte Spital, sondern nur auf Bereiche, mit denen sie selber zusammenarbeiten, beantworten. Dieser Wert muss demzufolge mit Vorbehalt betrachtet werden. Auf einer Skala von 1-10 (1= keine Annäherung; 10= maximale Annäherung), ergab die Auswertung eine **durchschnittliche Annäherung von 4.5** (Minimalwert= 2; Maximalwert 6).

A1: „Das Problem des Kurses ist, dass er sich ans obere Führungssegment wendet, aber nicht an die Chefärzte und viele der Diskussionen, die wir führen, als Verantwortliche der operativen Ebene, sollten eigentlich von unseren Vorgesetzten geführt werden und die tun dies nicht! Deshalb kann es gar keinen wirklichen Kulturwandel geben.“

M1: „Im Gesamten Spital sind Tendenzen spürbar, aber da die Masse der ‚Alteingesessenen‘ relativ gross ist, braucht es noch viele dieser Kurse. Da kann ich höchstens eine 6 geben.“

M1: „Innerhalb des Kurses fand auf jeden Fall eine Annäherung statt. Im gesamten Spital findet sicher auf der mittleren und zum Teil auch auf der oberen Ebene eine Annäherung statt. Was aber ganz klar fehlt im Kurs sind die Professoren, die wirklichen Chefs. Man betreibt hier eine Weiterentwicklung des mittleren Kaders.“

P1: „Im ganzen Spital müssten noch mehr Personen den Kurs besuchen. Wenn ich das Ganze aus der ärztlichen Perspektive betrachte, bräuchte es noch mehr Führungswissen. Für mich aus der Pflege bräuchte es etwas mehr Betriebswirtschaft.“

4.4 Diskussion

4.4.1 Überblick

Im Auftrage des College für Management im Gesundheitswesen ‚College-M‘ soll im Rahmen dieser Bachelorarbeit untersucht werden, wie sich die Kulturen der Chefärzte, der Pflege und der Spitalmanager unterscheiden.

In einem zweiten Schritt soll geprüft werden, ob eine interdisziplinäre Führungsausbildung nach dem Ansatz des Positive Leadership die unterschiedlichen Kulturen von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen kann.

Hierbei geht es um ein Erkunden der verschiedenen Kulturen und der individuellen und kollektiven Führungsverständnisse, sowie der subjektiv erlebten Wirkung des Nachdiplomkurses „Managen im Spital“ im Bezug auf eine Annäherung der drei Kulturen.

Das Kapitel 4.4.2. beinhaltet einen summarischen Abriss zum Thema Positive Leadership und zeigt die Anknüpfungspunkte und Zusammenhänge zum College-M und der Untersuchung im empirischen Teil nochmals auf.

In den Kapiteln 4.4.3 und 4.4.4 wird auf die Hypothesen Bezug genommen und die Fragestellung aufgrund der Erkenntnisse aus dem theoretischen und empirischen Teil beantwortet. Anschliessend werden die Ergebnisse interpretiert.

Im Kapitel 4.4.5 wird auf den Ansatz des Positive Management im Nachdiplomkurs eingegangen und dessen Wirkung diskutiert.

Eine kritische Betrachtung der Methode ergibt das Kapitel 4.4.6 und im Kapitel 4.4.7 sollen aus dem Fazit Erkenntnisse im Bezuge auf die weitere Entwicklung des Nachdiplomkurses gezogen werden können.

4.4.2 Positive Leadership - Anknüpfung an den methodischen Teil

Der Fokus im Bereich des Positive Managements wird in dieser Arbeit auf den Ansatz des Appreciative Inquiry (AI) gelegt. AI ist ein ressourcenorientiertes Instrument der **Organisationsentwicklung** (das Beste in der Organisation erkunden, es wertzuschätzen und weiterentwickeln), sowie eine ressourcenorientierte Form der **Unternehmensanalyse**, bei der Zusammenhänge zwischen Rahmenbedingungen und erlebten Höhepunkten transparent gemacht werden sollen (vergl. Cooperrider et al. 2000; Bonsens u. Maleh 2001).

Bei AI geht es also um eine wertschätzende, aufwertende Erkundung des Besten der Menschen und Organisationen, ihre Stärken und Erfolge. AI sucht nach den Dingen, die in der Organisation gut funktionieren, die Potential haben darauf eine Veränderung in die gewünschte Richtung einzuleiten. Das Ziel von Appreciative Inquiry ist, das Beste der Organisation zu erkennen und weiterzuentwickeln, um Unternehmen wettbewerbsfähiger und effektiver zu machen. (nach Bonsen & Maleh, 2001)

Der Ansatz des Positive Leadership, insbesondere des Appreciative Inquiry hat im Bezuge auf die Inhalte dieser Arbeit mehrere Anknüpfungspunkte. Der fachübergreifende Nachdiplomkurs, 'Managen im Spital', welcher vom College für Management im Gesundheitswesen 'College-M' am Inselspital durchgeführt wird, richtet sich nach dem Ansatz des Positive Leadership. Dies bedeutet, dass im Kurs der Fokus auf vorhandene Ressourcen gerichtet wird. Anlässlich der Module und vermittelten Kursinhalte wird u.a. gemeinsam ergründet, was in der Organisation besonders gut funktioniert; weshalb es so gut funktioniert; was sein sollte, damit die Zusammenarbeit noch besser funktionieren würde und wie dies schliesslich umgesetzt werden könnte. Der Nachdiplomkurs kann als eigentlicher AI-Prozess (vergleiche hierzu Kapitel 3.2.3.1) mit den Phasen (1) *Erkunden und Verstehen*, (2) *Visionieren*, (3) *Gestalten* und (4) *Umsetzen* verstanden werden.

Wie im methodischen Teil bereits beschrieben, wurden die Interviews für diese Arbeit ebenfalls nach dem AI-Ansatz geführt (vergleiche Kap. 3.2.3.2) Diese narrativen Interviews gliedern sich in drei Bereiche: Zunächst werden Fragen im Bezuge auf die Wahrnehmung der Organisation, dann zu den Kernthemen und zur Zukunft der Organisation gestellt.

Die Auswertung der Interviews erfolgte in Anlehnung an die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Im Wissen um den experimentellen Charakter des Vorgehens wurde bei der qualitativen Inhaltsanalyse, nach dem AI-Ansatz, der Fokus insbesondere auf Ressourcen, also die Aspekte, die besonders gut funktionieren und die weiterentwickelt werden sollten, gelegt.

4.4.3 Beantwortung der Fragestellung

Kann Führungsausbildung die unterschiedlichen Kulturen von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen? Diese Fragestellung und die nachfolgenden Hypothesen sollen aufgrund der Erkenntnisse aus dem theoretischen und empirischen Teil beantwortet und diskutiert werden.

- 1. Hypothese:
Die Kulturen der Chefärzte, Pflege und der Spitalmanager unterscheiden sich.

Ergebnisse aus dem theoretischen Teil

Befasst man sich mit dem Thema Führungskulturen in Spitälern, wird man am Thema *Expertenorganisation* vorbei kommen. In Expertenorganisationen wird das Kerngeschäft von hoch spezialisierten Professionals (Mediziner, Pflege) betrieben, welchen die Kontrolle ihrer Arbeit mehrheitlich selbst überlassen wird. Die Experten befassen sich bevorzugt mit ihrer Facharbeit und erleben Führung primär als Einmischung der Organisation in ihre eigentliche Arbeit. Managemententscheide sind oft sehr eng mit der fachlichen Arbeit verknüpft, was gemäss Mintzberg (1998) ein tiefgreifendes Verständnis dessen, was ‚gemanaged‘ wird, erfordert. Durch die Autonomie (naher Bezug zu seinen Klienten, lockere Verbindung zu anderen Unternehmenseinheiten) untersteht die Kontrolle vieler Strategiefragen den einzelnen Experten. In der klinischen Tätigkeit bleibt den Professionals in der Regel die Kontrolle ihrer Arbeit ihnen selbst überlassen.

Aufgrund der Expertenorganisation stehen sich in Spitälern zwei Fronten gegenüber; die Experten (Ärzte und Pflege) und die Spitalmanager. Mediziner sehen ihren Auftrag in der Patientenbetreuung, der operativen Facharbeit, bzw. Spezialistenarbeit. Sie lassen Ausserstehende ungern in ihre Spezialbereiche Einblick nehmen. Sie arbeiten weitgehend autonom und die Kontrolle liegt oft bei ihnen selber. Das Vereinfachen und Überprüfen von Prozessen und die Kostenkontrolle ist im Zusammenhang mit Ressourcenverknappung und Kostendruck jedoch oft die zentrale Aufgabe von Spitalmanagern. Ohne genauer auf die einzelnen Kulturen zu schauen, haben wir es also insbesondere bei Spitalmanagern und Ärzten mit Menschen mit verschiedener Berufsauffassungen und diametralen Aufgaben und Zielen zu tun.

Insgesamt lassen sich aus den Erkenntnissen der Theorie klare kulturelle Unterschiede bei Ärzten, Spitalmanagern und Pflege erkennen.

Ergebnisse aus dem empirischen Teil

Aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviews kann gesagt werden, dass von allen Interviewpartnern ganz klare Unterschiede bezüglich Kultur und Führungskultur der drei Bereiche wahrgenommen wurden. Die Interviewpartner hatten klare Vorstellungen über die Kultur ihrer eigenen Berufsgruppe und der beiden andern.

Ärzte

Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil

Zusammenfassend kann gemäss Berchtold (2007) gesagt werden, dass sich Ärzte in Führungspositionen – aufgrund ihrer professionellen Kompetenz – zuständig für das Kerngeschäft des Spitals, der qualifizierten Patientenbehandlung, sehen. Ihre Perspektive ist fallbezogen sowie disziplinär und keine institutionelle. Nicht zuletzt um ihre Professionalität aufrecht zu erhalten, erbringen Chefärzte ihre Leistung, indem sie selber praktizieren, sowie in der Führung ihres Pools von professionellen Mitarbeitenden in ihrer Klinik.

Führung bedeutet für sie im Kern den Einsatz ihrer Mitarbeitenden bei gleichzeitiger Entwicklung derer Professionalität. Dadurch sehen sie in der Führung auch eine „erzieherische Aufgabe“ und eine Vorbildfunktion. Sie führen sehr stark über ihre Person und nicht über Strukturen und formale Instrumente, was ein klares persönliches Profil erfordert.

Die institutionelle und insbesondere die ökonomische Entwicklung im Umfeld werden tendenziell als Bedrohung der Selbstständigkeit wahrgenommen.

Erkenntnisse aus dem empirischen Teil

Ärzte werden als rationale, leistungsorientierte und entscheidungsfreudige Persönlichkeiten, die gewillt sind, Verantwortung zu übernehmen, beschrieben. Das Individuum steht über der Gemeinschaft. Entscheidungen werden oft aufgrund eigener Interessen getroffen. Betont wird ihr hohes Fachwissen im Bereich ‚Care‘. Hierarchische Strukturen sind im ärztlichen Kontext noch immer von grundlegender Bedeutung. Dies wirkt sich ohne Zweifel auf ihren Führungsstil aus. Insbesondere bei älteren Ärzten wird oft ein hierarchischer, autoritärer Führungsstil gelebt. Bei jüngeren Ärzten scheint sich ein Generationenwechsel im Bezüge auf Führungskultur, hin zu einem integrativeren, kooperativeren Führungsstil, bemerkbar zu machen.

Die operative Tätigkeit sowie die Nähe zum Patienten ist auch bei Ärzten in höheren Führungsfunktionen ein zentraler Fokus. Entscheidungsfindungen passieren oft auf der operativen Ebene.

Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantwortet der eine Interviewpartner mit einem Projekt, das er als Führungsperson erfolgreich durchführen und abschliessen konnte, die andere Person erwähnte den Prozess des Rollenwechsels in ihre jetzige Chefposition. Der eigene Lehrauftrag ist bei den Ärzten im Bezug auf Führung ein wichtiges Thema, das immer wieder aufgegriffen wird.

Als eigene Führungsstärken nennen die interviewten Ärzte Selbstvertrauen, Intelligenz, Mut zu entscheiden, die Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen und Authentizität.

Spitalmanager

Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil

Die Spitalmanager sehen sich gemäss Berchtold (2007) als zuständig und verantwortlich für das Spital in seinem politischen Umfeld und für seine Zukunft als Ganzes. Sie bilden damit also ein Gegengewicht zur lokalen und operativen Orientierung der Kader mit medizinischem Hintergrund. In der Führung ist für sie Beziehungsgestaltung ein zentrales Anliegen. Beziehungsgestaltung mit dem Ziel, sich selber und ihren Anliegen Bedeutung und Gewicht zu geben, aber auch um die professionellen Führungskräfte des Spitals bei der Wahrnehmung der übergeordneten Belange zu engagieren und die komplizierten professionellen Strukturen zu vereinfachen und zu integrieren.

Durch eine klare, konsequente Linie und verbindliches Handeln versuchen sie das Vertrauen und den Respekt der Mitarbeitenden zu erwerben.

Das schwierige politische Umfeld, die heterogenen, komplizierten Strukturen und die ausgeprägte professionelle Kultur im Spital sehen sie als Herausforderung und zugleich als Schwierigkeit.

Erkenntnisse aus dem empirischen Teil

Die Manager wurden zusammenfassend als gut organisiert, pragmatisch nach Kennzahlen arbeitende Gruppe dargestellt. Ihre Zuschreibungen waren am wenigsten einheitlich und vor allem am wenigsten prägnant. Einigen viel es sehr schwer, die Spitalmanager zu charakterisieren, weil sie nur wenige Berührungspunkte mit Spitalmanagern hatten oder weil sie keine Charakteristiken zu nennen wussten, die auf eine Mehrheit der Gruppe zugetroffen hätte.

Zum Thema Führung konnten im Bezug auf die Spitalmanager keine auswertbaren Antworten erhalten werden.

Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantwortet nur einer der interviewten Manager. Er nannte dabei ein Projekt, bei dem die interdisziplinäre Zusammenarbeit zentral war. Er beschrieb eine gemeinsame Projektidentität, gegenseitige Akzeptanz, Effizienz, ein schlanker administrativer Aufwand, klare Zielsetzungen und das Ausschalten von Hierarchien als Erfolgsfaktoren.

Pflege

Erkenntnisse aus dem theoretischen Teil

Die Kultur der Pflege hat sich in den letzten dreissig Jahren stark gewandelt. Von einer durch Abhängigkeit geprägten, sehr starken Arztorientierung hin zu einer Professionalisierung und Etablierung der Pflege als Profession. Die Pflege ist nicht mehr auf eine reine medizinische Spezialisierung ausgerichtet. Die pflegerische Leistung im Spital stellt einen unverzichtbaren Teilprozess der Gesamtleistung des Unternehmens dar. Bei ökonomisch dominierten Reformen der Gesundheitsprozesse zeigte die Pflege in den letzten Jahren Innovationsbereitschaft.

Im Bezug auf die Führung kann zur heutigen Pflegedienstleitung zusammenfassend gesagt werden, dass sich diese, im Gegensatz zu den Ärzten, als Kerngeschäft mit Führung befassen kann. Sie ist damit weit vom Tagesgeschäft der Patientenbehandlung entfernt. Ihre Aufgaben bestehen zum grössten Teil aus administrativen Tätigkeiten. Aus Gründen der Professionalisierung sind klare Aus- und Weiterbildungskonzepte sowie eine Standardisierung der Abläufe und berufliche Autonomie zentrale Themen der Führungskultur. So bilden Pflegeleitende oft Koalitionen mit Spitalmanagern (Professionalisierung) und wenden sich gegen Ärzte (berufliche Autonomie).

Erkenntnisse aus dem empirischen Teil

Die *Pflege* wird im Spital sehr einheitlich, sozusagen „als Gesamtauftritt“ wahrgenommen. Sie gilt als sehr gut organisiert. Prozesse und Abläufe sind klar strukturiert und reglementiert. Die Kultur in Pflegeteams ist stark konsensorientiert. Es finden regelmässige Teamsitzungen statt, in denen gemeinsam über Probleme und mögliche Lösungswege diskutiert wird. Im Spital nimmt sie eine Vermittlerrolle zwischen Patienten und Ärzten wahr.

Der Pflegeleitung werden in ihrer Führungsposition hohe soziale Kompetenzen zugesprochen. Auf Grund der Ausbildung hat die Pflegeleitung ein gutes Führungs-Know-how, was sich in der Führungskultur bemerkbar macht. Strukturell bedingt ist die Pflegeleitung weniger ans operative Tagesgeschäft gebunden und kann sich so auf ihre Führungs- sowie auf strategische Aufgaben konzentrieren. Dennoch ist die Pflegeleitung organisatorisch dem Chefarzt unterstellt. Die Frage nach eigenen positiv bewerteten Führungserfahrungen beantworten die beiden interviewten Pflegedienstleiterinnen mit einer starken Gewichtung auf Kooperation mit Vorgesetzten und Bezugsgruppen sowie auf das Vorhandensein gemeinsamer Ziele.

Voraussetzungen für eine integrativere Zusammenarbeit

Erkenntnisse aus dem empirischen Teil

Neben den Faktoren der Wirtschaftlichkeit und der Ressourcenknappheit wird der gemeinsame Auftrag, die Patientenbehandlung, von allen Interviewten als verbindende Gemeinsamkeit wahrgenommen. Voraussetzungen für eine integrativere Zusammenarbeit sehen die Interviewten in höherer gegenseitiger Akzeptanz und Wertschätzung, einem zunehmenden Interesse für die anderen Bereiche und dem Schaffen von Netzwerken.

Beantwortung der 1. Hypothese

Aufgrund der aufgeführten Ergebnisse aus dem theoretischen und empirischen Teil kann diese Hypothese dahingehend beantwortet werden, dass sich die Kulturen der Chefärzte, Pflege und Spitalmanager unterscheiden.

- 2. Hypothese

Ein fachübergreifender Nachdiplomkurs nach dem Ansatz des Positive Leadership ermöglicht eine führungskulturelle Annäherung von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern.

Zur Beantwortung der zweiten Hypothese werden die Ergebnisse des empirischen Teils beigezogen.

Motivation zur Kursteilnahme und Erfolgsfaktoren

Zentrale Motivationsfaktoren, welche die Interviewten zur Teilnahme am Kurs veranlassten, ist die Tatsache, dass der Kurs mit „Insleuten“ am Inselspital stattgefunden hatte, sowie das *interdisziplinäre Teilnehmerfeld*.

Wichtige Lernerfahrungen für die Teilnehmenden sind *Inhalte mit Bezug auf die verschiedenen Berufskulturen und die Zusammenarbeit mit diesen Kulturen*. Was bei sämtlichen Interviewpartnern und Partnerinnen als beste Lernerfahrung gewichtet wird, ist die *interdisziplinäre Zusammenarbeit* durch den fachübergreifenden Austausch in Lektionen und in Kleingruppen, wo mit Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen gemeinsam Themen erarbeitet und Ziele erreicht werden mussten. Aufgrund der Kursteilnahme konnten *Netzwerke* für die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Berufsalltag geschaffen werden.

Die Erfahrungen mit den verschiedenen Berufskulturen, die während dem Kurs gemacht wurden, wirken sich positiv auf die Kommunikation und somit auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit aus.

Führungskulturelle Annäherung

Sämtliche Interviewpartner und Partnerinnen stellten aufgrund des Kurses eine klare führungskulturelle Annäherung fest. Als wichtige Faktoren für die Annäherung wurde die vorhandene *Zeit für gemeinsames Denken und den gemeinsamen Austausch*, eine *gemeinsame Sprache* und ein *gemeinsames Führungsverständnis*, *gegenseitige Akzeptanz* sowie die *erworbenen Kompetenzen im Umgang mit anderen Berufsgruppen* genannt.

Auf einer Skala von 1-10 (1= keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) ergab die Auswertung eine **durchschnittliche Annäherung von 8.5** (Minimalwert= 5; Maximalwert= 10)

Die Einschätzung der Auswirkungen des NDKs auf eine führungskulturelle Annäherung im **Kontext des gesamten Spitals** war für Interviewten bedeutend schwieriger. Einige konnten die Frage nicht im Bezug auf das gesamte Spital, sondern nur auf Bereiche mit denen sie selber zusammenarbeiten, beantworten. Der nachfolgende Wert muss demzufolge mit Vorbehalt betrachtet werden. Auf einer Skala von 1-10 (1= keine Annäherung; 10= maximale Annäherung), ergab die Auswertung eine **durchschnittliche Annäherung von 4.5** (Minimalwert= 2; Maximalwert 6).

Beantwortung der 2. Hypothese

Unter Berücksichtigung der eher kleinen Stichprobe und des Resultates, das auf einer subjektiven Empfindung der Teilnehmenden beruht, kann auch diese Hypothese insofern bejaht werden, dass innerhalb der Kurse von den Interviewten eine klare führungskulturelle Annäherung festgestellt worden war. Die interviewten Personen besuchten verschiedene Nachdiplomkurse. Demzufolge wurde die beschriebene Annäherung in verschiedenen Kursen festgestellt.

Im Bezug auf das gesamte Spital kann lediglich von einer Tendenz zur Annäherung gesprochen werden. In interdisziplinärer Projektarbeit wird ein Kulturwandel spürbar, wenn Projektbeteiligte aus den verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeiten, die den Nachdiplomkurs besucht haben. Man besinnt sich auf Inhalte und Ziele des Kurses und versucht, in Projekten gemeinsam Lösungen zu entwickeln, anstatt den Fokus primär auf eigene Interessen zu richten und die Bedürfnisse der andern zu vernachlässigen. Nach Auffassung der Interviewpartnerinnen und -partnern haben im Kontext des gesamten Spitals noch zu wenige Leute den Kurs besucht, um eine wirkliche kulturelle Annäherung festzustellen. Insbesondere wurde bemängelt, dass der Kurs vom obersten Kader nicht besucht werde und dass ein effektiver Kulturwandel nur stattfinden könne, wenn das, was im Kurs vermittelt werde, vom obersten Kader ebenfalls „gelebt“ werde.

Was aus dieser Untersuchung nicht hervorgehen kann, ist welcher Anteil der Kurs an einem kulturellen Wandel, also einer Annäherung der drei Bereiche hat und was eine sozialbedingte Entwicklung der Zeit ist. So zum Beispiel der festgestellte Kulturwandel jüngerer leitender Ärzte im Bezug auf ihren Führungsstil, welcher sich weg von einem stark hierarchisch geprägten Denken hin zu einem integrativeren, kooperativeren Führungsstil bewegt. Eine solche kulturelle Änderung innerhalb einer Berufsgruppe kann sich durchaus auf die Zusammenarbeit im gesamten Spital auswirken und einen Einfluss auf eine kulturelle Annäherung haben.

4.4.4 Interpretation der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Interviews decken sich mit einer erstaunlichen Auffälligkeit mit den Erkenntnissen der Literatur. Die in der Literatur nahezu klischeehaft beschriebenen Kulturen der Berufsgruppen wurden von Vertretern der eigenen Gruppe, wie auch der andern Gruppen annähernd deckungsgleich wahrgenommen. Dies verleitet zur Interpretation, dass man sich als Manager, Arzt oder Pflegeleiterin den kulturellen Eigenheiten bewusst ist und sich mit einem gewissen Berufsstolz auch in die (zuge-schriebene) Rolle hinein gibt.

Bezug nehmend auf die Ergebnisse der Interviews wird bei den *Ärzten* ein möglicher kultureller Generationenwechsel festgestellt. In der Literatur wird zu diesem Thema eher wenig Stellung bezogen. Auf-

grund der Interviews entfernen sich jüngere Ärzte, welche Führungspositionen einnehmen, von einer stark hierarchisch geprägten Führungskultur. Es sind bei ihnen Ansätze eines integrativen und kooperativen Führungsstils und eine erhöhte Akzeptanz der anderen Berufsgruppen erkennbar. Diese Tendenz kann sich konstruktiv auf die Zusammenarbeit mit Pflege und Managern auswirken.

Ziel im Zusammenhang mit dem NDK sollte es sein, Ärzte dazu zu motivieren, lokales Denken zu überwinden und den Fokus stärker auf Klinik übergreifende, spitalweite Zusammenhänge zu legen.

Spitalmanager sind aufgrund der Erkenntnisse aus den Interviews und insbesondere der Theorie weniger lokal orientiert. Ihr Fokus liegt auf dem Spital als Ganzes. Somit ist ein Wille zur integrativen Zusammenarbeit vorhanden, was eine gute Voraussetzung zur führungskulturellen Annäherung darstellt. Durch den Nachdiplomkurs kann bei Spitalmanagern ein besseres Verständnis fürs operative Geschäft der Pflege und der Ärzte erreicht werden, was sich positiv auf die gegenseitige Akzeptanz auswirken kann.

Auffallend ist, dass Spitalmanager insbesondere in den Ausführungen der Ärzte einen sehr geringen Anteil haben. Sie kommen in den erzählten Geschichten kaum vor. Ärzte und Pflege bekundeten Mühe, Aussagen über die Führungskultur der Spitalmanager zu machen. Der Grund dafür könnte darin liegen, dass Spitalmanager ihren Führungsanspruch weniger deutlich machen und sie dadurch weniger in ihrer Führungsrolle wahrgenommen werden.

Die *Pflegeleitung* zeigt auch bei ökonomisch begründeten Prozessreformen Innovationsbereitschaft. Aufgrund ihrer fundierten Kenntnisse und der organisatorischen Möglichkeiten, sich auf operative und strategische Führungsfragen zu konzentrieren, besteht ein Potential zur Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit. Diesem Potential entgegenwirken können zu starke Standardisierungsbestrebungen im Bereich Prozesse aufgrund von Professionalisierung und beruflicher Autonomie.

Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Management scheint aufgrund einer ähnlichen Führungskultur weniger problematisch. Aufgrund von Ausbildung im Pflegemanagement und der Offenheit für Weiterbildung werden wirtschaftliche Aspekte von der modernen Pflegeleitung vermehrt in ihr Denken und Handeln einbezogen. Schwieriger kann es bei der Zusammenarbeit mit Ärzten werden, insbesondere wenn auf Seiten der Ärzte ein stark hierarchisch geprägtes Denken vorhanden ist. In solchen Konstellationen können teilweise begrabene Konflikte zwischen Pflege und Ärzten im Sinne von Abgrenzung und beruflicher Autonomie zum Vorschein kommen.

Bezug nehmend auf die Fragestellung, ob Führungsausbildung nach dem Ansatz des Positive Management die verschiedenen Kulturen von Ärzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen kann, würde dies heissen, dass der Versuch, die verschiedenen Kulturen zu vereinen, sich nicht als sinnvolles Ziel erweist. Die verschiedenen Führungswelten werden und sollen nicht deckungsgleich werden. Dafür sind die Aufgabenbereiche zu verschieden. Viel eher ginge es darum, im Bewusstsein der Unterschiede, das Interesse für die anderen Kulturen zu wecken, einen offenen Austausch zu fördern und dadurch ein

gegenseitiges Verständnis und Akzeptanz zu erlangen.

Obwohl beispielsweise den Ärzten insbesondere aufgrund theoretischer Erkenntnisse zugeschrieben wird, ihr Fokus sei stark aufs Individuum und wenig auf die Ziele des gesamten Spitals gerichtet, ist aufgrund der Ergebnisse der Interviews eine sehr starke Motivation zur interdisziplinären Zusammenarbeit zu erkennen. Auch ist ein Interesse nach Wissen über die anderen Berufskulturen mit dem Ziel einer effizienteren und konfliktfreien Zusammenarbeit vorhanden.

Der Fokus zur führungskulturellen Annäherung im Kontext der Weiterbildung sollte demzufolge auf dem Erkennen der Unterschiede, dem Umgang damit und der interdisziplinären Zusammenarbeit liegen.

In einem Interview wurde das „Erlernen einer gemeinsamen Sprache“ im Nachdiplomkurs als ein Erfolgsfaktor zur führungskulturellen Annäherung bezeichnet. Diese Aussage meint eine gemeinsame Sozialisierung der Führungskräfte der verschiedenen Kulturen. Diese ermöglicht in der interdisziplinären Zusammenarbeit, dass verschiedene Berufsgruppen mit unterschiedlichen Kulturen und Zielen sich im Bereich der Kommunikation, dem Managen von Projekten und der Führung in „derselben Sprache“ unterhalten können. Durch dieses gemeinsame Verständnis kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit gefördert werden.

Aus den Ergebnissen der Interviews geht sehr eindrücklich hervor, wie stark der Faktor der Vernetzung gewichtet wird, „das miteinander unterwegs sein“. Es ist eine starke Motivation, Leute aus anderen Bereichen kennen zu lernen und sich mit diesen intensiv auszutauschen, erkennbar. In einem Kontext mit starken kulturellen Unterschieden wird offenbar die Wichtigkeit persönlicher Ansprechpartner anderer Bereiche zur interdisziplinären Zusammenarbeit erkannt. Interessant wäre es, zu prüfen, ob dieser zentrale Vernetzungsgedanke mit der Kultur des Inseospitals zusammenhängt oder ob dies ein Phänomen von grossen Spitalern ist. Es könnte weiterführend ein Quervergleich zu diesem Phänomen zu Unternehmungen mit anderer wirtschaftlicher Ausrichtung angestellt werden.

4.4.5 Die Wirkung des Positive Leadership auf die kulturelle Annäherung

Aufgrund der Fragestellung soll geprüft werden, ob eine Führungsausbildung nach dem Ansatz des *Positive Leadership* die unterschiedlichen Kulturen von Chefärzten, Pflege und Spitalmanagern vereinen kann. Wie im letzten Kapitel bereits ausgeführt, geht es dabei weniger darum, aus den unterschiedlichen Kulturen eine „einheitliche Kultur zu entwickeln“. Vielmehr geht es darum, das gegenseitige Interesse für die anderen Kulturen zu wecken, einen offenen Austausch zu fördern und durch ein grösseres Wissen eine gegenseitige Akzeptanz zu erlangen.

Bei Positive Management, insbesondere dem Ansatz des Appreciative Inquiry handelt es sich wie mehrfach beschrieben um ein ressourcenorientiertes Instrument der Organisationsentwicklung. AI sucht nach den Dingen, die in der Organisation gut funktionieren, die Potential haben, darauf eine

Veränderung in die gewünschte Richtung einzuleiten. Man sucht mit den Beteiligten das Potential, auf das gebaut werden kann. (nach Bonsen & Maleh, 2001)

Ein anderer Ansatz wäre ein traditioneller, problemzentrierter, bei dem im Nachdiplomkurs die Diskrepanz zwischen dem Ist- und Sollzustand deutlich gemacht würde. Es würde analysiert, wo Probleme liegen, Ursachen würden gefunden und Gegenmassnahmen entwickelt. Was ein solcher Ansatz für Auswirkungen auf den Nachdiplomkurs, auf die Teilnehmenden, die Interaktion innerhalb des Kurses und den Lernerfolg, bzw. die kulturelle Annäherung hätte, kann in dieser Arbeit nicht beantwortet werden.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob es sinnvoll ist, in diesem Kontext (Spital) den Fokus auf das zu richten, was nicht funktioniert. Sind solche Schwierigkeiten und Probleme den Kursteilnehmenden durch den Berufsalltag nicht bestens bekannt? Viel erfolgsversprechender scheint ein Ansatz, der, in Kenntnis der Probleme, seinen Fokus auf das richtet, was funktioniert, dies verstärkt und im Sinne einer zukunftsorientierten Lösungsfindung weiterentwickelt.

Im Rahmen der Interviews konnte festgestellt werden, dass die Interviewpartnerinnen und -partner sehr zuversichtlich in die Zukunft zu blicken scheinen und ihren Fokus tatsächlich auf Dinge richten, die positiv funktionieren könnten. Wenn sie über den Kurs sprachen, war eine sichtbare Begeisterung zu erkennen. Sie empfanden die Lernatmosphäre angenehm und befreiend, was eine gute Basis für einen ehrlichen und ungezwungenen Austausch darstellt.

Durch AI soll das Interesse und die Neugier fürs Gegenüber geweckt werden. Dies könnte einen Einfluss darauf haben, dass aus den Interviews ein starkes Interesse für die anderen Berufsgruppen erkennbar war, was sich auch im Vernetzungsbedürfnis und im starken Wunsch nach gegenseitigem Austausch zeigte. Wie bereits erwähnt, sind dies Voraussetzungen, die eine kulturelle Annäherung begünstigen können.

Die Methode ist jedoch nur ein Teil, der sich auf den Lernerfolg der Kursteilnehmenden auswirkt. Ein ebenso wichtiger Aspekt ist der Auftritt der Referenten und ihre Fähigkeit, die Kursinhalte so zu gestalten, dass sie auf Interesse und Akzeptanz stossen. In einem Kurs mit einer interdisziplinären Zusammensetzung und verschiedenen Kulturen spielt die Beziehungsgestaltung der Referenten zu den Teilnehmenden eine massgebliche Rolle. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Referenten selber durch den Ansatz des AI geprägt sind. Hierzu stellt sich die interessante Frage, welchen Einfluss diese Prägung auf die Beziehungsgestaltung hat und wie sich dies auf Lernerfolg und schliesslich eine kulturelle Annäherung auswirken kann.

Im Hinblick auf die Fragestellung lohnt es sich zu überlegen, welche Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit eine kulturelle Annäherung überhaupt entstehen kann. Mit grosser Wahrscheinlichkeit kann man davon ausgehen, dass eine kulturelle Annäherung nur stattfinden kann, wenn ein Wille zur gemeinsamen Veränderung vorhanden ist, wenn man an eine positive Entwicklung glaubt und Er-

folgsfaktoren kennt, die zu der gewünschten Veränderung führen können. Dieser Prozess kann durch den Ansatz des Positive Management begünstigt und unterstützt werden.

4.4.6 Kritische Betrachtung der Methode

Die Ergebnisse dieser Arbeit beruhen auf einer subjektiven Empfindung von jeweils zwei Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen. Die gezielte Stichprobenauswahl erfolgte nicht mit dem Ziel, statistische Repräsentativität zu erreichen. Vielmehr sollte die Meinung ausgewählter Personen eingeholt werden, die gewisse Kriterien erfüllen.

Um repräsentativere Aussagen machen zu können, müsste die Auswahl der Stichprobe deutlich grösser sein. Im Sinne einer Triangulation wäre eine Umfrage mit schriftlichen Fragebogen zur quantitativen Datenauswertung denkbar.

In dieser Untersuchung wurde keine Prä-Messung vorgenommen. Es können also keine Aussagen darüber gemacht werden, wie nahe sich die Vertreter der verschiedenen Berufsgruppen im Bezüge auf ihre Führungskultur vor dem Kurs gestanden sind. Denkbar wäre dass man mit Kursteilnehmenden vor dem NDK eine Umfrage mittels Fragebogen zur quantitativen Auswertung und/oder Interviews zur qualitativen Untersuchung durchführen würde. Die Ergebnisse vor dem Kurs könnten direkt mit den Ergebnissen nach dem Kurs verglichen werden. Auf diese Art und Weise wäre die Wirkung des Kurses effektiver festzustellen.

Im Bezug auf die starke Ressourcenorientierung, der Suche nach dem Positiven, wird AI als Forschungsansatz in der Literatur kritisiert. Im Rahmen dieser Arbeit wird nicht näher auf die verschiedenen Haltungen in der Forschung eingegangen. Die Autorin hat die AI-Methode auch mit kritischem Auge betrachtet. Nachfolgend sollen die Erfahrungen mit der Methode kurz dargelegt werden. Nach Bensen und Maleh (2001) kann grundsätzlich gesagt werden, dass sich Interviews nach dem AI-Ansatz in einem Kontext, in dem Konfliktsituationen bereits eskaliert sind und grosse Spannungen vorherrschen, nicht eignen. In solchen Situationen wollen Menschen ausdrücken können, was sie stört, ärgert oder kränkt. Fragt man in einer solchen Situation nur nach dem, was funktioniert und begeistert, wird man der Situation diesen Menschen nicht gerecht und sie fühlen sich möglicherweise nicht ernst genommen.

Wie erwähnt wird der stark ressourcenorientierte Ansatz des AI auch kritisiert. Hierzu stellte sich die Frage, was diese Ressourcenorientierung für die Ergebnisse der Untersuchung bedeutet. Aus den Ergebnissen kommen die Elemente heraus, die funktionieren, auf die gebaut werden kann und die für die Zukunft gewinnbringend sein können. Das, was in der Zusammenarbeit schwierig ist und zu Problemen führt, wurde, ohne dass danach gefragt wurde, ebenfalls erwähnt. Möglicherweise tendiert der Mensch dazu, Dinge, die nicht funktionieren, auch ohne danach gefragt zu werden, zu erwähnen. Was

aber in Frage gestellt werden kann, ist, ob in einem problemzentrierten Interview die Ressourcen, auf denen aufgebaut werden kann, ebenfalls erwähnt worden wären.

Eine Besonderheit des Interviews nach dem AI-Ansatz ist die positive Stimmung die im Interview entsteht und die begeisterte, zukunftsorientierte Haltung, die im Gegenüber, durch die besondere Art der Fragestellung, erkennbar wird.

4.4.7 Fazit und Ausblick

In Zukunft werden sich die Herausforderungen, mit welchen Führung und Management in Spitälern konfrontiert sind nicht verringern. Um gemeinsame Ziele zu entwickeln und Strategien zu erarbeiten, werden sich Führungskräfte der Herausforderung der interdisziplinären Zusammenarbeit stellen müssen.

In dieser Arbeit wird aufgezeigt, dass der Nachdiplomkurs ‚Managen‘ im Spital Führungskräften den nötigen Raum und Zeit gibt, sich den kulturellen Unterschieden und den damit verbundenen Schwierigkeiten bewusst zu werden. Durch das gemeinsame erarbeiten von Aufgaben besteht die Möglichkeit des intensiven Austauschs und der Vernetzung. Dies fördert die Entwicklung gemeinsamer Ziele und ermöglicht im Praxistransfer eine konsensorientierte, interdisziplinäre Zusammenarbeit, die optimale Ergebnisse erzielt und Zeitressourcen einspart.

Der ressourcenorientierte Ansatz des Positive Management, scheint einen günstigen Einfluss auf diese Zielsetzung zu haben. Im Hinblick auf ein besseres gegenseitiges Verständnis wird das Interesse fürs Gegenüber geweckt. Der Fokus wird auf vorhandene Ressourcen gelegt, die in Zukunft gefördert und verstärkt werden sollen und es entsteht eine Motivation zur gemeinsamen Veränderung.

Der Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital‘ scheint eine sinnvolle Voraussetzung für Führungskräfte. Führungskräfte erhalten effektive Führungsinstrumente zur Wahrnehmung der eigenen Führungsaufgaben und werden auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorbereitet. Eine gemeinsame ‚Sozialisation‘ der Führungskräfte fördert das gegenseitige Verständnis.

Auf das gesamte Insepsital bezogen wurde der Nachdiplomkurs erst von einem Teil der Führungskräfte besucht. Im gesamten System bleibt dies jedoch nicht ohne Wirkung. Dieser Teil wird in der wechselwirkenden Zusammenarbeit mit Mitarbeitenden und Führungskräften gleicher und höherer Hierarchieebenen, seinen Einfluss im gesamten System geltend machen.

Was für die Zukunft zu prüfen wäre, ist die Frage, wie eine mittel- und längerfristige Nachhaltigkeit der erworbenen Kenntnisse erreicht werden kann.

Literaturverzeichnis

- Amelung, V.E. & Schmacher, H. (2004). *Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement* (3. überarb. und erw. Aufl.). Wiesbaden: Gabler.
- Atun, R.A. (2003). Doctors and managers need to speak a common language. *British Medical Journal*, 326, 655.
- Basler, H. Mayer, B. & Schneller T. (1978). *Medizinische Psychologie II: Sozialwissenschaftliche Aspekte der Medizin*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bayer, D. (2004). Das Spital in der Zukunft - live or let die? *Ärzte Steiermark*, 7, 4.
- Benz, D. (2007). *Unternehmerische Spitalführung - Ein integriertes Konzept für öffentliche Spitäler in der Schweiz*. Dissertation der Universität St. Gallen, Hochschule für Wirtschafts- Rechts- und Sozialwissenschaften (HSG).
- Berchtold, P., Endrissat, N., Müller W.R. & Schmitz, Ch. (2007). *Managing Professionals- Führung in Spitälern*. Forschungsbericht Universität Basel.
- Berchtold, P. Michel-Alder E. (2003). *Die Umarmung des Hippokrates: Systemintegration im Gesundheitswesen*. EMH. Basel: Schweizerischer Ärzteverlag.
- Bleicher K. (1995). Aufgaben der Unternehmensführung. In H. Corsten & M. Reiss (Hrsg.), *Handbuch Unternehmensführung. Konzepte-Instrumente-Schnittstellen*. Wiesbaden: Gabler.
- Bonsen, M. & Maleh, C. (2001). *Appreciative Inquiry (AI) Der Weg zu Spitzenleistungen*. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Boos, L. (2004). *Soziales Dilemma und die Organisation des Krankenhauses. Die Aufgaben des Spitalmanagements*. Bern: SGGP.
- Braun von Reinersdorff, A. (2002). *Strategische Krankenhausführung. Vom Lean Management zum balanced Hospital Management*. Bern: Hans Huber.
- Bryman, A. Bresnen, M., Beardsworth, A. & Keil, T. (1988). Qualitative Research and the study of leadership. *Human Relations*, 41(1), 13-30.
- Burla, S., Alioth, A., Frei, F. & Müller, W. (1994). *Die Erfindung von Führung. Vom Mythos der Machbarkeit in der Führungsausbildung*. Zürich: WWZ/VDF.
- College-M(2008) Website. Gefunden unter www.college-m.ch/uploads/media/wirksam_managen_2008
- Conger J. (1998). *Charismatic Leadership in Organisations*. London: SAGE Publications.
- Conrad, P. (1998). Learning to Doctor: Reflections on Recent Accounts of the Medical School Years. In W. Cockerham, M. Glasser & L. Heuser (Hrsg.), *Readings in Medical Sociology* (S. 9-57). Stuttgart: Poeschel.
- Cooperrider, D. & Sirvastva S. (1987). Appreciative Inquiry in Organizational Life. In David L. Cooperrider et al. (Hrsg.): *Appreciative Inquiry. Rethinking Human organization toward a positive theory of change*. Champaign: Stipes Publishing.
- Cooperrider, D. , Sorensen P., Whitney D., Yaeger T. (2000). *Appreciative Inquiry- Rethinking human organizations toward a positive theory of change*. Champaign: Stipes Publishing.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow. The Psychologie of optimal experience*. New York: Simon & Schuster.
- Davies, H. Nutely, S. & Mannion, R. (2000). Organisational culture and quality of health care. *Quality in Health Car*, 9, 111-119.
- Doolin, B. (2001). Doctors as managers. New public management in a New Zealand hospital. *Public Management Review*, 3(2), 231-254.

- Doppler, K. & Lautenberg, C. (2002). *Change Management*. Frankfurt am Main: Campus.
- Edwards, N., Kornacki M.J., Silversin J., (2002). Unhappy Doctors: what are the causes and what can be done? *British medical Journal*, 324, 835-8.
- Flick, U. (2004). Triangulation in der qualitativen Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 309-318). Reinbeck: Rowohlt.
- Freidson, E. (1975). *Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Friebertshäuser, B. ((1997). Interviewtechniken ein Überblick. In Friebertshäuser, B. & A. Prengel (Hrsg.), *Handbuch qualitativer Methoden in der Erziehungswissenschaft*. Weinheim: Juventa.
- Grossmann, R. & Heller, A. (1997). Leiten im Krankenhaus – eine qualitätssichernde Dienstleistung. In R. Grossmann (Hrsg.), *Besser Billiger Mehr – Zur Reform der Expertenorganisation Krankenhaus, Schule, Universität* (S.???-???). Wien: Springer.
- Grossmann, R., Pellert, A. & Gotwald, V. (1997). Krankenhaus, Schule, Universität: Charakteristika und Optimierungspotentiale. In R. Grossmann (Hrsg.), *Besser, Billiger, Mehr – Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule und Universität* (S. 24-35). Wien: Springer.
- Hallier, J. & Forbes T. (2004). The role of social identity in doctor's experiences of clinical managing. *Employee Relations*, 27(1), 47-70.
- Heim, N. & Schuller, A. (1992) Sozialisation zum Arzt. In A. Schuler, N. Heim & G. Halusa (Hrsg.), *Medizinsoziologie: ein Studienbuch* (S. 50-62). Stuttgart: Kohlhammer.
- Heuss, L. Grisberger, E. Münster, O. & Schmid, R. (2002). Leitende Spitalärzte im Spannungsfeld medizinischer und ökonomischer Zwänge. *Die Volkswirtschaft*, 11, 53-57.
- Hilb, M. (2006) *Integriertes Personal-Management* (15. Auflage). Neuwied: Luchterhand.
- Hohner, H. (1997). Professioneller Wandel in der Medizin als Herausforderung für die psychologische Eignungsdiagnostik. Bericht Nr. 11. In M. Hildebrand-Nilshon, E. Hoff & H. Hohner (Hrsg.) *Berichte aus dem Bereich Arbeit und Entwicklung am Institut für Arbeits-, Organisations-, und Gesundheitspsychologie an der FU Berlin* (S. ???-???). Berlin: Freie Universität.
- Hopf, C. (2004). Qualitative Interviews-ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (349-360). Reinbeck: Rowohlt.
- Inselspital (2008) Website. Gefunden unter: <http://www.insel.ch/inselspital.html>.
- Jenzer J. (2008). Interview mit der Präsidentin der Schweizerischen Vereinigung der Pflegedienstleitungen und Direktorin der Pflegedienste Gesundheitsnetz Wallis. *Care Management.Nr.1,1*.
- Juhasz, E. (2004). *Unternehmensberatung im Krankenhaus. Eine qualitative Untersuchung*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Basel.
- Kanwischer, D. Experteninterviews. Stellenwert, Auswertungsmethoden und Verwendungsmöglichkeiten. In D. Kanwischer & T. Rhode-Jüchtern (Hrsg.) *Qualitative Forschungsmethoden in der Geographiedidaktik* (S. 90-112). Nürnberg: Universitätsverlag.
- Köck, Ch. (2004, zit. in Votava, 2004, 22. Okt.). Interview mit dem Gesundheitsökonom Christian Köck. *Kleine Zeitung*, S.3.
- Kromery, H. (2002). *Empirische Sozialforschung* (10. Auflage). Opladen: Leske und Budrich.
- Mayring, P. (2000). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken* (8. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.) Weinheim: Beltz.
- Mintzberg, H. (1973). *The Nature of Managerial Work*. New York: Harpter & Row.
- Mintzberg, H. (1989). *Mintzberg on Management*. New York: Free Press.

- Mintzberg, H. (1991). *Mintzberg über Manabement. Führung und Organisation. Mythos und Realität*. Wiesbaden: Gabler.
- Mintzberg, H. (1998). Convert leadership: Notes on managing professionals. *Harvard Buisness Review*, November-December, 140-147).
- Peterson C. & Park N. (2006). Positive Organisational Scholarship. In M. Ringelstetter, St. Kaiser & G. Müller-Seitz (Hrsg.), *Positives Management, Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organisational Scholarship* (S. ???-???). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Raelin, J. (1989). An Anatomy of Autonomy: Managing Professionals. *The Academy of Management Executive*, 10 (3), 7-27.
- Reinhart, M. & Georg J. (2007) Pflegemanagement. In M. Haubrock & W. Schär (Hrsg.) *Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus*, (4. überarb. und erw. Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Ringlsetter M., Kaiser St. & Müller-Seitz G. (2006). Positives Management- Ein Ansatz zur Neuausrichtung und Erweiterung bisheriger Managementforschung und –praxis. In M. Ringelstetter, St. Kaiser & G. Müller-Seitz (Hrsg.), *Positives Management, Zentrale Konzepte und Ideen des Positive Organisational Scholarship* (S. ???-???). Wiesbaden: Deutscher Universitätsverlag.
- Rosenstil, L. (1993). Grundlagen der Führung. In L. Rosenstiel, E. Regnet, M. Domsch (Hrsg.), *Führung von Mitarbeitern. Handbuch für erfolgreiches Personalmanagement* (S. ???-???). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Schein, E.H. (2003). *Organisationskultur*. Bergisch Gladbach: EHP.
- Seligman, M.E.P. (2002). *Autentic Happyness: Using the New Positive Psychology to Realize Your Potential for Lasting Fulfillment*. New York: Simon & Schuster.
- Scheuch, E. (1967). Das Interview in der Sozialforschung. In R. König (Hrsg.) *Handbuch der empirischen Sozialforschung, Bd. 1* (S. 136-196). Stuttgart: Enke.
- Schüpfer, G., Konrad, C. & Staffelbach, B. (2000). Privatisierung von öffentlichen Spitälern in der Schweiz- Gedanken aus ärztlicher Sicht. In B. Hürlimann, T. Poledna & M. Rübel (Hrsg.), *Privatisierung und Wettbewerb im Gesundheitsrecht* (S. ???-???). Zürich: Schulthess.
- Schmitz, Ch. (2004). *Managing professionals / professional managing*. Unveröffentlichter Projektbericht. Zürich.
- Ulrich, H. (1981). Die Betriebswirtschaftslehre als anwendungsorientierte Sozialwissenschaft. In N. Geist & R. Köhler (Hrsg.), *Management – Gesammelte Beiträge* (S. ???-???). Bern: Haupt.
- Ulrich, H. (1984). Management. In T. Dyllik & G. Probst (Hrsg.), *Management – Gesammelte Beiträge* (S. ???-???). Bern: Haupt.
- Weidner, F. (1995). *Professionelle Pflegepraxis und Gesundheitsförderung. Eine empirische Untersuchung über Voraussetzungen und Perspektiven des beruflichen Handelns in der Krankenpflege*. Frankfurt a. M: Mabuse.
- Wiechmann, M. (2003). *Managed care. Grundlagen, internationale Erfahrungen und Umsetzung im deutschen Gesundheitssystem*. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag.
- Wunderer, R. (2003). *Führung und Zusammenarbeit. Eine Unternehmerische Führungslebe*. Neuwied: Luchterhand.

Anhang

A Interviewleitfaden

B Tabelle- Zusammenfassung/ Auswertung der Interviews

A Interviewleitfaden

Einleitung

Dank für Bereitschaft/ Aufzeichnung Tonband- Transkription/ Anonymisierung/ Dauer

Im Rahmen meines Bachelor-Studienganges an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, schreibe ich eine wissenschaftliche Arbeit.

Mein Referent, Dr. Christof Schmitz (College-M) begleitet mich dabei.

Die Arbeit soll darüber Aufschluss geben, wie Führungsausbildung, nach dem Ansatz des ‚Positive Leaderships‘ (Ein Ansatz bei dem Insbesondere positive, erfolgreiche Momente betrachtet werden), Führungskultur beeinflussen kann.

Das Interview wird in narrativer Form durchgeführt, ich werde sie also nicht mit standardisierten Fragen konfrontieren, sondern Sie werden zum freien Erzählen animiert.

Interview Nr.:	—		
Bereich	Pflege	Medizin	Betriebswirtschaft
Geschlecht	m	f	
Nachdiplomkurs (Datum)	_____		
Datum/Zeit d. Interviews	_____		

Wahrnehmung der Organisation

1. Um zu beginnen, erzählen Sie mir bitte von Ihrer Anfangszeit im Spital:

Wann kamen Sie dazu?

Was hat Sie zu diesem Spital hingezogen?

Was waren die ersten Eindrücke, was hat Sie begeistert?

2. Was schätzen Sie an diesem Spital besonders?

Worin unterscheidet es sich von andern Spitälern?

3. Was ist Ihre derzeitige Aufgabe im Spital?

Position?

Aufgabenbereich

Kernthemen

Führung

4. **Ich bitte Sie, sich an eine Situation im Spital zu erinnern, bei der Sie eine sehr positive Erfahrung mit Führung gemacht haben. Erzählen Sie mir bitte diese Geschichte**
Wer war dabei?
Was war wichtig, dass es für Sie so positiv werden konnte?
5. **Ohne zu bescheiden zu sein, welches sind IHRE wichtigsten Qualitäten und Stärken im Bezuge auf Führung?**
Wie machen sich diese erkennbar?
Wann und weshalb sind diese Stärken hilfreich?
Wie können andere davon profitieren?
6. **In diesem Spital haben Führungskräfte mit verschiedenem Background Führungsaufgaben. Es gibt Führungsleute mit einem Hintergrund in Pflege, Medizin und Betriebswirtschaft.**
Stellen Sie führungskulturelle Unterschiede fest?
Wie machen sich diese erkennbar?
Können sie mir aus jedem Bereich eine, vielleicht zwei Führungsstärken nennen?
Wo sehen Sie Gemeinsamkeiten?
7. **Während Ihrer Zeit im Spital haben Sie vermutlich Höhen und Tiefen was die Zusammenarbeit der drei verschiedenen Bereiche (Pflege, Medizin und Betriebswirtschaft) anbelangt, erlebt.**
Ich möchte Sie bitten, sich für einen Moment an eine Zeit zu erinnern, welche diesbezüglich ein echter Höhepunkt war. Eine Zeit, in der sie optimal und effizient zusammengearbeitet haben und sie stolz auf Ihren Beitrag fürs Spital waren.
Was haben Sie besonders verbindend erlebt?
Was machte es aus, dass es so gut funktioniert hat?

Zukunft der Organisation

8. **Welche Voraussetzungen müssten gegeben sein, damit die Führungskräfte der drei Bereiche noch integrativer zusammenarbeiten könnten?**
Wie liesse sich dies realisieren?

Kernthemen

Weiterbildung

9. **Welches ist die beste Erfahrung, die Sie im Bezuge auf Weiterbildung gemacht haben?**
Weshalb?
Was war es, dass diese Erfahrung so positiv war?
10. **Weshalb haben Sie den Nachdiplomkurs ‚Managen im Spital‘ besucht?**
11. **Welches waren Ihre besten Lernerfahrungen?**
12. **Gab es während oder nach dem Kurs positive Reaktionen in ihrem Arbeitsumfeld?**
Von wem?
Wie haben sie diese genau erlebt?
13. **Was am Kurs hat sie besonders inspiriert?**
14. **Was Besonderes haben Sie anregen, umsetzen oder anwenden können?**
15. **Was hat der Kurs im Bezuge auf Ihr Führungsverständnis bewirkt?**
Wie hat er das bewirkt?
16. **Die Kursteilnehmer setzen sich aus Führungskräften verschiedener Fachbereiche (Pflege, Medizin, Administration/Dienste (Ökonomie)) zusammen.
Welche positiven Auswirkungen hatte dieses fachübergreifende Setting?**
17. **Hat der Nachdiplomkurs Ihres Erachtens eine Annäherung der drei Bereiche bewirkt?**
Auf einer Skala von 1 bis 10 (1= keine Annäherung, 10= maximale Annäherung), wie stark war die Annäherung Ihres Erachtens innerhalb des Kurses?
Auf derselben Skala, von 1 bis 10 (1= keine Annäherung, 10= maximale Annäherung), wie stark war die Annäherung Ihres Erachtens im Bezuge auf das ganze Inselspital?
18. **Fühlen Sie sich durch dieses Interview zu etwas angeregt?**

B Tabelle- Zusammenfassung/ Auswertung der Interviews

Wahrnehmung der Organisation		
Code	Antworten in Stichworten	Zitate aus den Interviews
Was hat Sie zum Spital hingezogen?		
P1	Reiz der Aufgabe: <ul style="list-style-type: none"> Sanierung und Ausbau der Abteilung Direktor u. Klinikleiter überzeugten mich 	„Ich habe damals geschaut, wer meine Partner und Vorgesetzten sind“
P2	Neue Herausforderung <ul style="list-style-type: none"> Kinderchirurgie Auf keinen Fall die Grösse des Spitals 	
M1	Neues Umfeld	„Von der Schwerindustrie ins Sterile“
M2	Grösse des Betriebs <ul style="list-style-type: none"> Herausforderung interdisziplinärer Zusammenarbeit Organisation des Spitals 	
A1	Personelle Gründe <ul style="list-style-type: none"> Zusammenarbeit mit Chefarzt 	„In der chirurgischen Karriere ist es grundsätzlich so, dass kleine, schlagkräftige Einheiten bestehen, Seilschaften, die über viele Jahre funktionieren, in denen man sich gegenseitig ausgesprochen vertraut und über lange Jahre miteinander zusammenarbeitet. Die erfolgreichen Chirurgenteams funktionieren so.“
A2	Nichts, Zufall	
Was hat Sie begeistert?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> Die Tatsache, dass es ein Universitätsspital ist Die Vernetzung und Freundlichkeit, die einander unterstützen Das Spital ist ein Haus voll Wissen 	„Das ‚Well Welcome‘ spürte man überall...?“
P2	<ul style="list-style-type: none"> Gute Einführung Kultur in der Kinderchirurgie (Ruhe) 	„Dies zeigte mir, dass Strukturen vorhanden sind, dass man Überlegungen angestellt hat, wie eine Kaderperson angeleitet werden soll...“
M1	<ul style="list-style-type: none"> Grösse und Komplexität Interdisziplinäre Zusammenarbeit 	„Ein erster Eindruck war sicher die Grösse, die Komplexität. Begeistert hat mich, dass sehr viele Leute auf ‚einem Haufen‘ arbeiten, also es gibt wahrscheinlich kaum einen Betrieb, in dem so viele Leute auf so engem Raum zusammenarbeiten. Dies finde ich interessant.“
M2	<ul style="list-style-type: none"> Herausforderung durch interdisziplinäre Zusammenarbeit Aktiver Beitrag der Spitalleitung zum Networking (NDK) 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> Berner-Kultur Sich Zeit füreinander nehmen Klima des ‚Miteinanders‘? 	„Der Lebensstil in Bern ist ein Anderer. Man ist in Bern interessiert an den persönlichen Kontakten. Es ist Kultur in Bern, dass man sich Zeit nimmt, um miteinander zu sprechen. Das ist etwas sehr Wichtiges, das ist sowohl im Dorf wichtig, als auch hier im Spital.“
A2	<ul style="list-style-type: none"> Nichts, einiges hat mich abgeschreckt 	„Man muss hier zuerst beweisen, dass man gut ist. Dies ist im Ausland ganz anders, vor allem im angelsächsischen Raum, da hat man ‚Credit Points‘, man muss dort

		<i>zuerst beweisen, dass man nicht gut ist... Hier in der Schweiz ist es umgekehrt. Ich hatte relativ viel Erfahrung und wurde aber wieder behandelt wie der kleine Student. Es interessierte auch niemanden, was ich im Ausland gemacht hatte, was ich erlebt hatte, sondern es war so, dass ich einfach zu „Spuren hatte.“</i>
Was schätzen Sie an diesem Spital besonders?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Den Charakter der lernenden Organisation • Die Kompetenz die in allen Bereichen vorhanden ist • Die Informationspolitik, die Transparenz, Die Vernetzung 	<p><i>„Mir ist dies ein wichtiges Anliegen, ich wollte dies auch in meiner Abteilung aufbauen und ich glaube mir ist dies auch gelungen“</i></p> <p><i>“Die Vernetzung wird nun noch stärker gefördert und das finde ich gut, u.a. durch den NDK am College-M. Es ist eine bestechende Idee, interdisziplinär miteinander zu lernen und so ein Netzwerk aufzubauen. Ich habe immer gesagt, dass wer je diese Idee gehabt hat, dem gratuliere ich. Diese Idee ist bestechend! Leute auf diesem Weg zusammenbringen. Man geht hin, hört zu und bearbeitet gemeinsam, mit Führungspersonen aus allen Sparten Managementthemen. Wir waren auch ein irrsinnig toller Kurs. Wir haben uns wirklich miteinander vernetzt. Es war toll wie man miteinander diskutieren konnte und Gemeinsamkeiten finden. Dies war sehr zentral.“</i></p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Umfeld mit integrierter Lehre und Forschung • Gelebte Kultur Autonomie des Pflegedienstes 	<p><i>„Ich schätze es sehr, dass ich in einem universitären Umfeld mit integrierter Lehre und Forschung arbeiten kann. Dies ist auch im OP sehr gut spürbar.“</i></p> <p><i>„Ich schätze hier die Kultur, die trotz Grösse gelebt wird und was mir hier sehr auffällt ist die Wertschätzung die man bekommt.“</i></p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Viele Freiheiten im Vergleich zur Grösse 	<i>„Es gibt relativ viele Freiheiten. Für einen Betrieb dieser Grösse kann ich selber recht viel beeinflussen und auch Dinge tun, die mir Spass machen.“</i>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen und Bereiche • Organisationsmodell mit den verschiedenen Departementen 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Kultur der integrativen interdisziplinären Zusammenarbeit • Teamerfolg steht im Zentrum 	<p><i>„Man schaut zum Beispiel, dass zwischen Pflege und der Ärzteschaft ein einvernehmliches Klima herrscht. Das ist davon abhängig, dass Menschen in Führungspositionen die schweizerische Mischung von Zuverlässigkeit, einer Rücksichtvollen Grundhaltung und den Willen zur Zusammenarbeit auch leben.“</i></p> <p><i>„Es geht ihnen nicht darum, kurzfristig einen persönlichen Gewinn zu erzielen, sondern man schaut aus meiner Sicht mehr für den Teamerfolg. Dies finde ich etwas sehr wichtiges. Das College-M ist eine typische Ausprägung einer solchen Idee“.</i></p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Paramedizinische Entwicklungsmöglichkeiten • Das Kursangebot • Das College-M mit NDK 	
<ul style="list-style-type: none"> • Worin unterscheidet es sich von andern Spitälern? 		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Grösse, es ist ein Universitätsspital • Es herrscht ein besonderer Geist, Klima 	<i>„Ich denke es herrscht hier ein ganz besonderer Geist, oder Klima. Dies ist markant. Mit allen Problemen und Schwierigkeiten, aber es herrscht hier ein guter Geist. Dies spürt man. Ich würde nicht sagen, dass es dies in andern Häusern nicht gibt...aber es gibt auch anderes. Ich habe auch anderes erlebt..“</i>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Grösse und Auftrag (Universitätsspital) • Bessere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Zukunftsorientierung 	<i>„Andere Spitälern sind eher auf dem ‚Werterhalt-Trip‘, bei uns wird vielleicht eher etwas verändert, proaktiv in die Zukunft. Aber dies ist eine Aussage, die ich vor allem für die Direktion Betriebe mache. Bei der Pflege ist es wieder eher etwas anders. Dort ist es heterogener übers ganze Spital. Dies ist stark vom führenden Professor, der den</i>

		<i>Lead übernimmt, abhängig.“</i>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Engere Zusammenarbeit von Administration und Dienstleistung 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Zu wenig klare akademische Leistungsorientierung (zu wenig internationale Positionierung) 	<i>„Wir sind zwar alle glücklich miteinander aber es gibt auch einen Punkt, wo wir sagen müssten, dass wir in einem kompetitiven Job sind und dazu gehört auch, dass man sich national, wie auch international positioniert. Dies geht etwas unter. In diesem Bereich sind wir etwas zu ‚phäbig‘.“</i>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Wenig Unterschiede zu anderen Universitätskliniken 	<i>„Was mir hier auffällt, ist dass es sehr viel schwieriger ist, an die richtigen Personen zu kommen...wenn man beispielsweise ein Projekt angeben wollte und die entsprechenden Fachleute gesucht hatte, kam man einfacher an diese heran. Hier stösst man im ersten Moment oft auf eine grosse Ablehnung. Man hat fast das Gefühl man störe, wenn man etwas anreissen möchte und die Leute etwas aus ihrem gewohnten Trott herausnimmt. Ich finde es ist sehr sehr viel schwieriger an die richtigen Leute heranzukommen. Wenn man diese findet ist es auch hier möglich, etwas Tolles aufzubauen...“</i>

Kernthemen

Führung

Positive Erfahrung mit Führung

P1	<ul style="list-style-type: none"> • Die Zusammenarbeit mit meinem Chefpartner 	<i>„Grundsätzlich nach Organigramm ist er mein Vorgesetzter, aber es ist ein partnerschaftliches Miteinander. Deshalb sage ich mein Chefpartner... es ist vor allen das Gemeinsamkeiten haben. Gemeinsame Ziele haben. Dies ist so etwas ungeheuer Gutes...Etwas Neues hineinzubringen mit ihm zusammen, dies ist etwas ganz Gutes, etwas Erfreuliches.“</i>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Erreichung der Zertifizierung (Isozertifizierung des OP-Bereichs) 	<i>„Die Zertifizierung gibt mir als Führungsperson die Möglichkeit anders zu führen, als wenn die Strukturen/Prozesse nicht klar beschrieben sind. Es gibt mir die Möglichkeit ruhiger zu führen.“</i>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt mit Siemens – Beschaffung Magnetresonanzsystem für Forschung 	<i>„Was ging um die Beschaffung eines Grossanalyseautomaten.[...] Aus Budgetgründen musste man das Projekt sehr kurzfristig durchziehen. Bei den Leuten vom Labor sind wir auf Widerstand gestossen. Wir hatten dann einige Anlaufschwierigkeiten, bis das Projekt in Fahrt kam, aber am Schluss konnten wir ausgezeichnet zusammenarbeiten.“</i>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Kein konkretes Beispiel 	<i>„Wir von der Administration verstehen uns als ‚Anwälte‘ der Dienstleister. Wir schauen, dass diese nicht zu viele administrative Belastung haben. Wir können sie in dem Sinne gewissermassen ‚abschotten‘ vor zu vielen Anfragen.“</i>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Anpassung der Oberärzteeinsätze 	<i>„Dies haben wir gemacht aufgrund des NDKs des College-M. Ich glaube, dies war mein erster wahrer Führungserfolg. Wir haben aufgrund der Kenntnisse des NDKs ziemlich detailliert durchleuchtet, wer was tut, wann und warum und haben es dann geschafft, rund 15% der Leerzeiten so zu reduzieren, dass ein Oberarzt aus dem Klinikbetrieb befreit werden konnte, und aktuell ist es so, dass wir pro Jahr 3'700 Stunden in der Klinik einsparen konnten, ohne dass wir diese Zeit in der Dienstleistung verloren haben, sondern wir haben Die Dienstleistung gestrafft- und die 3700 Stunden geben direkt in die Forschung.“</i>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenwechsel (Cheffunktion) • Akzeptanz in dieser Rolle 	<i>„Man übernimmt dann erst noch als Frau in einem chirurgischen Bereich eine solche Abteilung. Da ist das Selbstbewusstsein ist da am Anfang nicht gerade im Himmel. Meine direkten Mitarbeitenden brachten mir jedoch Vertrauen entgegen und eine Loyalität, die ich eigentlich nie erwartet hätte. Dies war für mich eigentlich die positivste Erfahrung. Dies hängt wahrscheinlich eher mit meiner Person zusammen, als mit meinem Führungsstil. Dies ist nämlich etwas, was man als Mediziner nie richtig lernt, man macht zwar mal so einen Kurs, aber ich muss ihnen sagen, der NDK ist der einzige Kurs, den ich gemacht habe, um mich in der Führung aktiv zu verbessern. Alles andere habe ich halt von meiner Erziehung mitgebracht, oder durch gesunden Menschenverstand.“</i>
Was war wichtig, dass die Erfahrung so positiv werden konnte?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Die gemeinsamen Ziele • Die gemeinsame Führungsphilosophie 	<i>„Unsere Führungsauffassung drifet nicht auseinander. Obwohl der ärztliche Bereich etwas anders aufgebaut ist als der Pflegedienst, dies ist klar, aber da einander zu finden und Verantwortung für die Klinik zu übernehmen und in die Zukunft zu festigen. Dies ist etwas Tolles! Dies gibt auch gegenseitig Boden.“</i>

P2	<ul style="list-style-type: none"> • Gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflege 	<p>„Ich bin seit 1986 in der Führung und habe dies noch in keinem Spital erlebt, dass eine solch intensive Annäherung zwischen Ärzteschaft und Pflege stattfinden konnte. Dies ist auch eine Kulturfrage, die das Inselspital prägt.“</p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit gleichem Ziel • Gegenseitige Akzeptanz • Gemeinsame Projektidentität • Effizienz, schlanker administrativer Aufwand • ‚Meilensteine‘ wurden gesetzt und eingehalten • Hierarchien waren wenig wichtig 	<p>„Ich selber bin absolut kein Labormensch. Chemie war nie meine Stärke. Ich wusste gerade mal wo das Labor war und was die so etwa machten, aber ich hatte keine Ahnung wie das dort funktioniert. Mit der Zeit merkte ich aber, dass die Mitarbeitenden vom Labor begonnen haben, mir Sachen im Labor direkt zu zeigen und zu erklären. Also das was wir vorher theoretisch besprochen hatten. Da merkte ich dann auch, dass ich akzeptiert war. Ich war nicht nur einfach der Verwalter, sondern sie realisierten, dass ich eine gewisse Erfahrung ins Projekt brachte, die sie nicht haben. Sie entwickelten eine Bereitschaft dies auch anzunehmen.“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Kein Beispiel 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgesetzte haben das Anliegen ernst genommen • Vorgesetzte haben meine Entscheide akzeptiert • Schnelle Umsetzung 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Eigene Authentizität (trotz Rollenwechsel) • Selbstkritisches Verhalten • Dass ich Menschen gerne habe • Respekt gegenüber Mitarbeitenden 	
<p>Welches sind IHRE wichtigsten Qualitäten und Stärken im Bezuge auf Führung?</p>		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Kann sehr viel arbeiten • Ich liebe meine Mitarbeitenden • Ressourcenorientierung • Visionärin 	<p>„Ich sage immer ich stehe zu euch oder hinter euch, auch wenn ihr den grössten Fehler macht. Man muss ja da auch immer schauen ob man nicht selber eine Verantwortung darin hat.“</p> <p>„Dies hat man nicht einfach so, dazu gehört, dass man viel liest, sich informiert, die Augen und Ohren offen hält, was in der Gesundheitslandschaft geht, dass man die Entwicklungen spürt und Visionen hat.“</p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Sozialkompetenz • Flexibilität und Kompromiss-Bereitschaft • Langjährige Erfahrung, grosses Wissen 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Kann Ruhe bewahren • Entscheidungsfreude 	<p>„Es wird von meinen Mitarbeitern geschätzt, dass, wenn sie mit einem Anliegen oder einem Problem kommen, entschieden wird. Teilweise im Sinne des Mitarbeiters, teilweise auch gegen ihn, aber ich entscheide“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Kooperative Entscheidungsfindung • Harmoniebedürfnis • Einfühlungsvermögen • Gebe Mitarbeitenden Rückhalt 	<p>„Für mich ist wirklich wichtig, dass alle Entscheidungen, die ich treffe, von den Mitarbeitenden getragen werden. Ich beziehe die Mitarbeitenden ein in die Entscheidungsfindung“.</p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstvertrauen • Intelligenz • Begabung im Umgang mit Zahlen 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Mut zu entscheiden • Wille Verantwortung zu übernehmen 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Authentizität 	
Wie machen sich diese Stärken erkennbar		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Ich habe befähigte Mitarbeitende • Sie können Verantwortung übernehmen • Sie setzen sich ein, identifizieren sich mit der Arbeit 	<p>„Ich bin transparent und schaue, dass meine Mitarbeitenden Entscheidungen nachvollziehen können respektive ich schaue, dass ich Entscheidungen mit ihnen zusammen treffen kann, ich bin aber auch fähig selber zu entscheiden, wenn es sein muss. Dies gibt den Mitarbeitern Freude und Lust am Arbeiten. Wahrscheinlich ist man Vorbild. Die Mitarbeitenden können auf die Freude und Begeisterung aufsteigen.“</p> <p>„Meine Leute wissen, dass sie zu mir kommen können, wenn Fehler passiert sind, aber auch wenn sie in schwierigen Situationen stecken... Es gibt nichts zu kaschieren. Wenn es schwierig wird, bin ich für sie da.“</p> <p>„Ein ganz wichtiger Teil ist mir auch die Mitarbeiterförderung. Das sie hier zwar arbeiten, Dienstleistungen produzieren, aber auf der anderen Seite auch gefördert werden, auch im Bezüge auf ihre Laufbahn... Dies ist sehr wichtig, dass sie merken, aber ich muss nicht nur jeden Tag arbeiten, sondern ich erhalte auch was.“</p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Team akzeptiert neue Prozesse und Vorgaben • Team akzeptiert mich als Führungsperson 	<p>„Wenn Mitarbeitende merken, dass es eine Win-Win Situation ist, dann können sie profitieren. Das heisst, dass wenn sie realisieren, dass es nicht immer nur Bring-Situationen gibt, sondern auch Hol-Situationen“.</p> <p>„Die Mitarbeitenden können von einem gut geführten Bereich profitieren. Ein Bereich, in dem Standardprozesse beschrieben sind, Rahmenbedingungen erschaffen wurden, die den Mitarbeitenden die Möglichkeit geben, in ihrem Bereich in Ruhe zu arbeiten. Dies ist auch meine Aufgabe, diese Rahmenbedingungen klar zu definieren.“</p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Lösungsorientierung • Klare Richtlinien • Durch Gelassenheit-Vermittlerrolle 	<p>„Man wird dann fast als Vermittler beigezogen wird. Dies sagt man nicht so offen, aber wenn es irgendwo kriselt, dies kann zwischen zwei Kliniken sein, die sich nicht verstehen, oder einen Disput haben“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Offenheit und Transparenz der Mitarbeitenden 	<p>„Die Mitarbeitenden kommen frühzeitig, wenn etwas nicht gut läuft und auch wenn sie Fehler gemacht haben. Es herrscht eine Offenheit vor und durch Fehler können Rückschlüsse für die Zukunft gemacht werden, dass es in Zukunft besser läuft.“</p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Zeitgerechtes Handeln • Optimaler Ressourceneinsatz • Vorbildfunktion 	<p>„Dies ist aber etwas heikel. Ich finde Führung ist etwas Individuelles. Es gibt ganz viele Menschen, denen es mit meinem Führungsstil nicht wohl wäre und die machen dies dann anders und dies ist auch richtig. Aber als Chirurgie hat man einfach gewisse Aufgaben, da muss man nicht lange diskutieren...wenns blutet, dann muss man etwas tun! Und da braucht es niemanden, der sich noch dreimal hindersinnt, ob man nun etwas tun sollte – sondern da muss man einfach etwas tun! Und da bin ich halt ein sehr typischer Chirurgie und dies ist auch recht so!“</p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Ich fühle mich wohl und erhalte positive Feedbacks • Offener Kommunikation • Vorbildfunktion 	<p>„Früher, wenn man zusammen gesessen ist, gab es viel weniger Diskussionen, weil mein damaliger Chef das Gespräch dermassen dominiert hatte, da dachte ich immer, da sage ich lieber nichts...dies hat sich geändert“.</p>
Führungskulturelle Unterschiede (Mediziner/Pflege/Spitalmanager)		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede klar sichtbar 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede sind klar sichtbar 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede sind klar sichtbar 	
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede sind klar sichtbar 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede sichtbar 	<p>„Dies war das zentrale Thema des College M. Inhalte waren OK, diese vergisst man</p>

		<i>aber auch wieder. Aber Zeit zu haben, gerade mit der Führung der Pflege einmal etwas mehr in die Tiefe zu diskutieren, dies ist sehr wertvoll. Dies führt auch dazu, dass das Verständnis für die jeweilige Position wächst....“</i>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Unterschiede klar sichtbar 	
Wie machen sich Führungskulturelle Unterschiede erkennbar?		
P1	<p>Pflege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • stark in der emotionalen Intelligenz <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mediziner: einmaliges Wissen im Bereich ‚Care‘ • Führung bei Ärzten mehr hierarchisch • Denken sehr rational • Ärzte haben eine etwas andere Denkstruktur, was das Management betrifft <p>Spitalmanager</p> <ul style="list-style-type: none"> • kann nicht beurteilen, wie die führen • Arbeit sehr gerne mit Betriebswirtschaftern zusammen- kann dort Wissen holen • pragmatisch, arbeiten nach Kennzahlen • Betriebswirtschafter sind sehr interessiert an unserer Organisation 	<p><i>„Die Unterschiede flachen ab. Dies hat auch viel damit zu tun, dass wir gemeinsam Führungsausbildung machen....Wenn jemand Chefarzt oder leitender Arzt werden möchte, dann muss er diese Führungsausbildung machen...Man lernt miteinander, man tauscht miteinander aus und da ist es interessant hinzuschauen: wie denken die andern, was haben sie für eine Haltung und welche haben wir?“</i></p> <p><i>„Es gibt bei den Ärzten schon Führungspersonen, bei denen das hierarchische Denken da ist und die eine andere Führungskultur haben. Wahrscheinlich haben die es auch so gelernt und geben dies dann so weiter. Aber dies ändert sich nun auch bei den Ärzten.. Der Wandel bei der jüngeren Generation, der neuen Generation, die in Chefpositionen kommen, ist deutlich feststellbar. Das Interesse am Ganzen Mitarbeiter ist viel stärker vorhanden. Dies ist sehr deutlich sichtbar...Ich habe immer gesagt, die andern, die dies nicht so sehen müssen einfach einmal aussterben... (lacht) Ich habe in meiner Laufbahn viele solche erlebt“</i></p> <p><i>„Wie die Betriebswirtschafter ihre Teams führen, kann ich zu wenig beurteilen. Ich kann einfach sagen, dass ich sehr gerne mit Betriebswirtschaftern zusammenarbeite, sehr sogar. Das ist inspirierend, es ergeben sich interessante Diskussionen, ich kann dort Wissen holen und sie sind interessiert an unserer Organisation, aber wie sie ihre Teams führen, das kann ich zuwenig beurteilen. Ich habe gar nie darüber nachgedacht...Ich sehe dort zuwenig hinein.“</i></p>
P2	<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung zwischen Ärzten und Patienten • viel Führungsausbildung, dies macht sich in der Führungskultur bemerkbar. • Pflege vertritt die Patienten <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Starke Leistungsorientierung • Persönlicher Gewinn steht im Vordergrund (Insbesondere Image, aber auch finanziell) • Hierarchischer Führungsstil • Manchmal autoritärer 	<i>„Die Pflege hat natürlich auch eine ganz andere Ausbildung als die Ärzte. Ein Arzt erhält während der Ausbildung den Bereich Führung fünf Stunden vermittelt. Diesbezüglich haben wir den Ärzten gegenüber einen grossen Wissensvorteil.“</i>

	<p>Führungsstil</p> <p>Manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wirtschaftlicher Gewinn steht im Vordergrund • Über Führungsverhalten keine Kenntnisse 	
M1	<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Konsensorientierung <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Generationenwechsel <p>Manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturiertes Vorgehen • Langfristiges Denken 	<p>„Die Pflege ist eher konsensorientiert. Ich würde manchmal schon fast sagen basisdemokratisch, dort würde man am liebsten immer das Team abstimmen lassen“.</p> <p>“Bei der Ärzteschaft, habe ich das Gefühl, gibt es einen Generationenwechsel. Die alte Garde, das sind die Professoren, die noch als Patriarchen gross geworden sind. Die, die die Ellbogen am meisten draussen hatten, haben überlebt und die verlangen dann auch von den Untergebenen, jetzt wirklich böse gesagt von den Untergebenen, dass sie parieren. Dies sind spitzen Chirurgen aber vom Führungsverständnis her Welten von mir entfernt.....“</p> <p>„...ältere, eingesessene Professoren haben eher das Gefühl sie müssten in der Technik auch noch überall mitsprechen, fast sagen, welche Geräte beschafft werden sollten, bis zum Preis. Die Jüngeren sagen einfach, was zum Beispiel ein Gerät können muss. Sie wollen von uns hören, welches das Beste sei und dann entscheiden wir zusammen...“</p> <p>„Die neuere Generation ist eher auch Teamorientiert und sieht, dass man die Komplexität, die heute im Spital auf einem zukommt, schlicht alleine nicht handeln kann.“</p> <p>„Dabei kann im technischen oder betriebswirtschaftlichen Denken vergessen werden, dass das Spital eigentlich für die Patienten da ist. Wenn man schaut, was für ein riesiger Verwaltungsapparat nötig ist, um eine solche Infrastruktur am Laufen zu halten, gibt es schon Leute, die selten Patienten sehen, ausser vielleicht noch an der Bushaltestelle..(lacht)“</p>
M2	<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gesamtauftritt • Pflege ist sehr gut organisiert <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entscheidungsfreudig • Führen und entscheiden ohne im Einklang mit den Mitarbeitenden zu sein <p>Manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben Fokus auf ihrem Bereich, Sicht auf andere Bereiche fehlt zum Teil • Nahe an Politik und Gesetzgebung 	
A1	<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zukunftsorientiert • Prozesse sind klar reglementiert • gewerkschaftliche Organisation • Regelmässige Führungssitzungen 	<p>„Die Pflege ist, ich sage dies jetzt mal etwas böse, gewerkschaftlich ausgesprochen gut organisiert und hat die Zeichen der Zeit so gut erkannt, dass sie regelmässig ihre Führungssitzungen macht. Dort werden strategische Dinge diskutiert. Wir sind auch neidisch darauf, dass die Pflege sich einfach etwas kaltschnänzig sagt, dies braucht es einfach und wir nehmen uns einfach diese Zeit. Die Pflege macht dieses Timeout, inklusive Supervision...Ich bin der Meinung, dass die Pflege, bzw. die Leitung der Pflege sehr viel besser erkannt hat, was die Zeichen der Zeit sind. Es zeigt sich noch deutlicher darin, dass allgemeinen Vorgaben für eine Position auf der Seite der Pflege sehr viel detaillierter vorhanden sind: Pflichtenhefte, Nahtstellen, Position im Ganzen,</p>

	<p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haben den Mut in komplexen Situationen zu Handeln und Verantwortung zu übernehmen • Bei Entscheidungsfindungen stehen Eigeninteresse oft im Vordergrund • Operative Ebene als Entscheidungsgrundlage • Wenig übergeordnete weitsichtige Strategien vorhanden <p>Manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute, straffe Organisation • Strukturiertes Vorgehen • Sicht für Zahlen 	<p><i>Organigramm, Verantwortlichkeiten, die ganze Organisation wenn Krisen aufträte... Dies gibt es alles auf der ärztlichen Seite nicht und zwar immer mit der Ausrede wir hätten so schon soviel zu tun. Der Gedanke, dass wenn man sich ein Timeout nehmen würde, und sich so besser organisieren könnte und dadurch schliesslich Zeit gewinnen würde, der ist in der Ärzteschaft nicht mehrheitsfähig... aber wir arbeiten daran...“</i></p> <p><i>„Das Beste, an das ich mich erinnern kann, ist die Beschreibung eines Betriebswirtschafter aus der Abteilung Betriebe, der natürlich beide Seiten sieht – der sieht die Pflege und die Ärzte. Er hielt uns sehr schön vor, dass wenn man etwas von der Pflege will, dann müsse man einen sauberen Ablauf vorstellen, mit dem ganzen Prozess und dann komme man durch. Wenn man etwas von einem Arzt wolle, dann müsse man es so vorbereiten, dass der Arzt am Schluss das Gefühl habe, selber auf die gewünschte Lösung gekommen zu sein. Er müsse das Gefühl haben, er habe selber entschieden und dann werde das Ganze auch so umgesetzt. Dies ist höchstwahrscheinlich eine gute Beschreibung der Situation“.</i></p> <p><i>„Ich muss feststellen, dass bei der Ärzteschaft häufig Eigeninteresse vor dem allgemeinen Interessen kommt und dass das eigene Interesse nicht selten zu Entscheiden führt, welche aus der Sicht der Allgemeinheit oft schwer nachzuvollziehen sind. Und dies ist etwas, das wir als Ärzteschaft nicht gut machen. Hier fehlt eben die Führungsausbildung, welche es ermöglicht auch aus sich hinaus zu geben und etwas aus einer grösseren Perspektive her anzuschauen.“</i></p> <p><i>„Unser grosses Problem ist, dass wir so stark ‚aufgefressen‘ werden im Tagesgeschäft, dass wir uns selber vorgaukeln können, wir hätten keine Zeit, um mal eine übergeordnete Ebene anzuschauen und deshalb werden auch strategische Entscheide häufig auf der operativen Ebene gefällt, was total falsch ist. Es braucht immer wieder Timeout-Zeiten, für eine moderne Klinik, um Strategiefragen zu klären und dies macht die Ärzteschaft völlig falsch- Im Unterschied zur Pflege.“</i></p> <p><i>Die kommen sehr straff organisiert rüber, haben dann aber im Alltag mehr Probleme, als man erwarten würde, wenn man sieht, wie gut sie organisiert sind. Dies ist auch noch spannend... Im Spital ist es halt einfach doch nicht ganz so einfach, wie vielleicht in einer Toyota Fabrik, wo man einfach ein Auto basteln muss. Es braucht eben auch eine erhöhte Fähigkeit zu improvisieren.</i></p>
A2	<p>Pflege</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gute Führungsausbildung • Führungspersonen können sich auf Führungsaufgaben konzentrieren • Wenig direkte Patientenkontakte <p>Ärzte</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wenig Führungsausbildung • Praxisnähe • Naher Patientenkontakt <p>Manager</p> <ul style="list-style-type: none"> • Führungsausbildung 	<p><i>„Ich denke Leute der Pflege oder der Betrieb (Management), die sind einfach viel besser geschult, was Führung angeht. Dort sind die, die führen halt häufig nicht mehr am Bett, oder am Patienten, sondern nur noch in der Führung tätig und dies ist eben der grosse Unterschied zu uns Medizynern, weil wir halt einfach die ganze Arbeit auch machen und dieses Führen dann noch nebenher geht. Dies ist für mich eigentlich der Hauptunterschied.“</i></p> <p><i>„Wenn ich nur Führungstätigkeit hätte, wüsste ich viel zu wenig, was die echten Probleme meiner Mitarbeiter sind, weil dies aus dem Alltagsgeschäft wie draussen wäre. Jetzt in meinem Bereich, wenn es beispielsweise im Operationssaal Probleme gibt, mit Instrumentarien, mit Abläufen, die nicht optimal sind, bekomme ich dies alles mit. Wenn einem dies nur rapportiert wird, dann ist dies viel schwieriger nachzuvollziehen. Meine Aufgabe ist es unter anderem Leute chirurgisch auszubilden Dies geht gar nicht, ohne dass ich dauernd meine chirurgischen Fähigkeiten praktiziere. Ich könnte diese Ausbildungsfunktion gar nicht mehr wahrnehmen.</i></p> <p><i>In der Pflege sieht man dies schon. Leitende Pflegepersonen, die nicht mehr am Bett tätig sind, da sieht man schon, dass die einfach die Realität verloren haben.“</i></p>
Gemeinsamkeiten?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Auftrag 	

P2	<ul style="list-style-type: none"> • Ausbildungsauftrag • Gleiches Ziel: Mitarbeitende zur Selbständigkeit fördern 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikation mit Arbeitgeber • Spannungsfeld zwischen moderner Technik und Sozialem als Herausforderung 	
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeinsamer Auftrag: Behandlung der Patienten • Faktor Wirtschaftlichkeit 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Verantwortung gegenüber dem Betrieb • Verantwortung gegenüber dem einzelnen Patienten 	<p>„Als Gemeinsamkeit erlebe ich die Verantwortung für den gesamten Betrieb... (überlegt eine Weile) aber auch in der Verantwortung dem einzelnen Patienten gegenüber. Die Umsetzung ist dann einfach sehr unterschiedlich...“</p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Kontakt mit Menschen • Beschränkte Ressourcen (Personell und finanziell) 	
<p>Höhepunkt bezüglich Zusammenarbeit ?</p>		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Projekt REKOLET (Erfassung von Leistungen, Material und Medikamenten)- Projektleiter eingeladen- ging mit Pflegefachfrau mit- gegenseitiger Austausch- Möglichkeiten und Hindernisse wurden auf beiden Seiten schnell erkannt <p>Besonders verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammen das Optimum herausgeholt • Gemeinsame Nenner gesucht • Sich auf keinen Fall gegenseitig zerfleischt <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frühes Kennen lernen • Gespräche bereits am Anfang des Projekts • Gegenseitige Bedürfnisklärung • Klare Kommunikation und Aufklärung der Mitarbeitenden 	<p>„Der Projektleiter, ein Betriebswirt, den haben wir einfach eingeladen zu uns an die Kaderkonferenz und bat ihn uns zu erzählen, was dieses Projekt soll. Dies war ein guter Entscheid von meiner Seite, dass ich ihn früh hergeholt habe. Er sagte uns was sein Auftrag war und wir sahen mit welchen Schwierigkeiten dies verbunden war, insbesondere mit der Zeitvorgabe, bis wann dies umgesetzt werden musste. Auf der anderen Seite hatte er die Möglichkeit uns zu befragen und so kam er möglicherweise schneller zu Erkenntnissen, welche für ihn wichtig waren. Es war so, dass er sagte, dass er mal in den Alltag reinschauen wolle. Er erhielt einem weissen Schoss und ging mit einer Diplomierten mit. Dies war ein sehr gutes Miteinander.“</p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Budgetverantwortung Klinik (sinnvoll einsetzen) 	<p>„Vor meiner Übernahme dieser Aufgabe wusste eigentlich niemand, wie viel reinkommt und wie viel ausgegeben wird. Wir haben dies dann neu strukturiert und mir</p>

	<p>zen, kontrollieren)</p> <p>Besonders Verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entgegengebrachtes Vertrauen und Akzeptanz (meines Vorgesetzten (Arzt) Bereich Finanzen (Betriebswirtschaftler) • Hierarchien spielten keine Rolle mehr <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vertrauen, ich hatte Handlungsspielraum • Ausschalten der Hierarchien (namentlich des Chefarztes gegenüber mir) 	<p><i>wurde diese Aufgabe übergeben. Es war für mich ein Höhepunkt, als ich nach 2-3 Jahren gesehen hatte, dass ich dies in den Griff bekommen hatte, fürs Spital.“</i></p> <p><i>„Als ich diese Aufgabe übernommen hatte, spielte die Hierarchie keine Rolle mehr. Einerseits war es das Vertrauen meines Vorgesetzten, welcher Arzt ist, mir gegenüber und dass der Bereich Finanzen mich problemlos akzeptiert hatte. Dies war wirklich eine klassische Zusammenarbeit zwischen den 3 Bereichen, von denen Sie sprechen, die besonders gut gelaufen ist.“</i></p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Beschaffung eines Gross- analyseautomaten fürs Labor <p>Besonders verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitiges fachliches Interesse • Gegenseitige Akzeptanz <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Klares Kommttment auf der Führungsebene der beteiligten Bereiche • Klare Zielsetzungen 	<p><i>„Dies war ein Generationenwechsel von Einzelprobeanalysen hinzu vollautomatischen Analysen. Aus Budgetgründen musste man das Projekt sehr kurzfristig durchziehen. Ohne böse zu sein, die Laborleute sind etwas eigene Leute. Die leben in ihrem Kosmos, haben ein sehr grosses spezifisches Wissen. Ich ging dort an die erste Sitzung und da merkte ich schnell dass Widerstand vorhanden war...Einigen fiel gleich der Laden runter. Wir hatten dann einige Anlaufschwierigkeiten, bis das Projekt in Fahrt kam, aber am Schluss konnten wir ausgezeichnet zusammenarbeiten. Wir hatten das technische know how und Erfahrung im Umgang mit den Firmen und sie hatten ein ausgezeichnetes Analysenwissen, mit dem wir sie einbeziehen konnten. Wenn ich heute in diese Abteilung gebe, spüre ich eine Akzeptanz, die Leute wissen, dass wir geholfen haben...“</i></p> <p><i>„Mit der Zeit merkte ich aber, dass die Mitarbeitenden vom Labor begonnen haben, mir Sachen im Labor direkt zu zeigen und zu erklären. Da merkte ich dann auch, dass ich akzeptiert war. Ich war nicht nur einfach der Verwalter, sondern sie realisierten, dass ich eine gewisse Erfahrung ins Projekt brachte, die sie nicht haben. Sie entwickelten eine Bereitschaft dies auch anzunehmen.“</i></p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Erstellen eines Businessplans in einem Innovationsprojekt <p>Besonders Verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zusammenarbeit <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enge, straffe Koordination • Gute Kommunikation 	<p><i>„Es haben alle am gleichen Strang gezogen. Die Mitarbeitenden, die Ärzte und die zentralen Dienste und alle haben sich stark mit dem Projekt identifiziert.“</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Klare Aufgabenstellung • Klare Aufgabenverteilung 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Operationsplanung in Zusammenarbeit mit Bettendisposition <p>Besonders Verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vorgegebene klare, gemeinsame Rapporte <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilität und gegenseitiges Verständnis 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Früher Zusammenarbeit in kleinen Einheiten mit optimaler Patientenbehandlung als Ziel <p>Besonders Verbindend:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientenbehandlung stand im Vordergrund • Enge, flexible Zusammenarbeit • <p>Weshalb hat es gut funktioniert?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rollenunabhängige Flexibilität • Patientenbehandlung stand im Zentrum 	
Voraussetzungen für eine noch integrativere Zusammenarbeit ?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Absolute gegenseitige Akzeptanz (alle Bereiche sind gleich wichtig) • Gegenseitige Wertschätzung • Klare Kommunikation • Konsensorientierung • Gemeinsame, Interdisziplinäre Managementausbildung • NDK ‚Managen im Spital‘ als Voraussetzung für alle Führungskräfte • Miteinander- nicht gegeneinander! 	<p>„Ich denke die gemeinsame Managementschulung im NDK ist ein Schritt dorthin. Miteinander! Wir hatten zum Beispiel einen Gastronomen dabei. Es war interessant auch mal hinter diese Kulissen zu schauen!“</p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • NDK als Voraussetzung für alle Führungskräfte 	<p>„Wenn Sie die Zusammensetzung dieser NDKs anschauen spielen Hierarchien dort überhaupt keine Rolle mehr. Im NDK geschieht ein sichtbar machen von ‚Nichtwissen‘, was ja normal ist, von den verschiedenen Berufsgruppen, auf einer gleichen Ebene.“</p> <p>„Meine Interpretation ist, dass das Inselspital dem Kader und dem Mittelbau ermöglicht, sich auf einen Wissensstand zu bringen der sich auf demselben Level bewegt. Dies ist sehr wichtig. So spricht man auch dieselbe Sprache und dies ergibt so eine Einigkeit.“</p>

		<p>„Man erhält auch Hintergrundwissen über die andern Bereiche und dies bringt sehr viel und trägt viel zum gegenseitigen Verständnis bei. Wenn ich virtuell denke, würde ich sagen, dass jede Person, die in eine Kaderfunktion kommt, muss im ersten Jahr den NDK besuchen!“</p> <p>„Im Bereich Pflege ist es so, dass wir den NDK zum Thema machen. Es ist nicht so dass der NDK bei uns in der Pflege ein muss ist, wir haben jedoch die Haltung, dass wir ihn für Führungspersonen als sehr sinnvoll erachten. Bei den Ärzten kommt es halt auf die Haltung der jeweiligen Chefärzte an. Mein Chef hat den Kurs besucht. Aber es ist schon so, dass die Ärzte den Kurs weniger besuchen als wir von der Pflege, obwohl sie weniger Führungsausbildung haben als wir.“</p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Gegenseitige Akzeptanz • Netzwerk • Adäquater Umgang und Kommunikation mit den verschiedenen Berufsgruppen 	<p>„Etwas vom Wichtigsten ist die Akzeptanz. Ich habe auch schon Professoren gesagt, dass wir ja auch nicht für sie operieren würde!“</p> <p>„Der NDK fördert die gegenseitige Akzeptanz extrem. Da schaut man ja wirklich drauf, dass die Zusammensetzung gemischt ist. Pflege, Ärzteschaft plus Support-Einheiten. Man schaut im Kurs woher die andern kommen, was sie machen und man lernt zumindest zwanzig Personen aus ganz anderen Bereichen, quer durchs Spital gut kennen. Dies ist natürlich etwas, das die Akzeptanz, die ich vorher erwähnt hatte, fördert. Wenn man zum Beispiel ein Problem hat, hat man einen direkten Ansprechpartner. Der Kurs fördert die Akzeptanz, man schafft sich ein Netzwerk und dies fördert den Austausch und die Zusammenarbeit.“</p> <p>„Das Netzwerk ist in diesem grossen Spital natürlich von immenser Bedeutung. Ohne Netz ist man verloren. Da kann man in einem Büro sitzen und seinen Job machen... wenn man aber nicht weiss, wo die wichtigen Informationen oder Inputs sind, dann macht man seine Arbeit völlig am Betrieb vorbei. Bei dieser Komplexität und Vielschichtigkeit dieses grossen Betriebes braucht man ein Netz“</p> <p>„Es ist wichtig, dass man lernt mit den verschiedenen Berufsgruppen umzugehen und zu kommunizieren. Mit jemandem aus der Pflege muss man anders kommunizieren als mit einem Mediziner oder einem Betriebswirtschaftler. Da gibt es viele, die aus einem nicht-medizinischen Bereich kommen, die diesbezüglich grausam ins Fettnäpfchen treten. Darauf muss man auch bei der Anstellung sehr achten. Es nützt uns nichts, jemanden anzustellen, der zwar eine riesige Projekterfahrung hat, jedoch nicht die nötigen sozialen Kompetenzen mitbringt um mit eben diesen verschiedenen Spezialisten umzugehen. Eine solche Person läuft uns unter Umständen nach zwei Monaten auf Grund, weil sie sich mit irgendeinem Professoren anlegt und versucht, diesen in ihre Projektstruktur hineinzuzwängen“.</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhtes gegenseitiges Interesse für andere Bereiche • Mehr bilateralen Austausch 	<p>„Insbesondere die Pflege müsste mehr Interesse für betriebswirtschaftliche Aspekte aufbringen“</p> <p>„Ich denke durch den bilateralen Austausch und indem dass man in die verschiedenen Bereiche geht und sich informiert, was dort wichtig ist, wo die Schwierigkeiten liegen und welche Ziele man dort hat.“</p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Priorität • Zeit 	<p>„Es müsste ein prioritäres Ziel sein, gemeinsam entscheiden zu wollen! Und es braucht Zeit“</p> <p>„Momentan ist es ja so, dass die Gesamtleitung departemental und auch innerhalb der Klinik auf der ärztlichen Seite liegt. Mit dem EOS, einer Neuorganisation wird die Pflege quasi auf eine Stufe mit dem Chefarzt angehoben, eigentlich im operativen Bereich, aber organisatorisch ist die Pflege noch immer unterstellt. Kann sich so wirklich etwas ändern?“</p> <p>„Es gäbe viele Aspekte, die interessant wären, aber einer ist wichtig: Kulturell ist es so, dass die Bereiche Pflege und Administration traditionellerweise gar keine Verantwortung übernehmen wollen. Es müsste eine Bereitschaft der beiden Bereiche da sein, auch mal in den Regen hinaus zu stehen und zu frieren und dann halt für einen Ent-</p>

		<i>scheid auch gerade zu stehen. Bisher konnte man am Schluss immer auf den Arzt wütend sein. Wenn man nun aber einen partizipativeren Führungsstil pflegt, verteilt sich ein Entscheid plötzlich auf mehrere Schultern. Dies wäre dann schon ein Paradigmenwechsel und da sind noch nicht alle bereit dazu. Wir haben deswegen grosse Diskussionen in der eigenen Klinik und die Bereitschaft, Verantwortung übernehmen zu wollen ist sehr unterschiedlich. Bei schönem Wetter zwischen neun und zwölf und zwei und fünf, da sind alle da... aber wir übernehmen Verantwortung 24 Stunden am Tag und das ist etwas anderes...“</i>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Kleinere flexiblere Einheiten 	
Weiterbildung		
Beste Erfahrung im Bezuge auf Weiterbildung		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Es braucht Kompetente Dozenten • Eigene Motivation • Miteinander u. voneinander Lernen 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Erste Kaderausbildung 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • NDK 	<p>„Extrem gefallen hat mir, dass er berufsgruppenübergreifend war. Dies ergab eine sehr spannende und zum Teil auch eine sehr hitzige Mischung.“</p> <p>„Für mich war vorher zum Beispiel nicht klar, dass der kulturelle Unterschied zwischen den Medizinerinnen und der Pflege so gross war. Es war für mich sehr interessant Argumente von beiden Seiten zu hören“</p> <p>•</p> <p>Für mich war es auch ein Highlight, dass sich die Spitalleitung so stark engagiert für solch einen Kurs. In fast jedem Block war ein Spitalleitungsmitglied vertreten und lieferte Inputs, stand zur Verfügung für Fragen, Kritik und Anregungen....Das ist etwas, das man als Anerkennung sehen muss. Dies habe ich sonst noch nie so erlebt.“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Interdisziplinäre Zusammensetzung in Weiterbildungsveranstaltungen 	<p>„Für mich war dies immer wieder die interdisziplinäre Zusammensetzung! Der Austausch der so stattfinden kann. Ein Austausch mit ganz unterschiedlichen Standpunkten. Und halt auch, dass man auf die eigene Situation eingehen kann und Zeit dafür hat.“</p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Lehrauftrag • Auslandsaufenthalt in Amerika 	<p>„Ganz spontan ist es für einen Chirurgen wie mich, der langsam graue Haare bekommt schön zu sehen, wenn die, die bei mir lehren, die Dinge erfolgreich so anpacken, wie ich es ihnen beigebracht habe. Also wenn bei einer Operation helfe und sehe: doch, der hat gut aufgepasst, der setzt dies so um, wie ich es ihm beigebracht habe, es ist schön zu sehen, dass man Spuren hinterlässt und irgendwo eine erfolgreiche Schule pflegen kann“.</p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • NDK war prägend • Positives Engagement aller Kursteilnehmer • Gegenseitige Offenheit • Gegenseitiges Kennen lernen • Aufbauen von Netzwerken 	<p>„Man lernt so Kader von verschiedenen Bereichen kennen und löste miteinander Aufgaben, unabhängig von der Vergangenheit oder der Funktion, im Sinne der Aufgabe. Dies war für mich eine sehr positive Erfahrung. Es war auch erstaunlich, wie kreativ man plötzlich sein kann, wenn man vom Alltagsgeschehen losgelöst ist“.</p>
Gründe für NDK Besuch		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Wille bezüglich Führung ‘up to date’ zu bleiben • Konzept überzeugte • Kursbesuch zusammen mit Stellvertreter als sinnvoll erachtet 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Wollte Bestätigung dass 	<p>„Mir ging es vor allem darum, Spitalzusammenhänge besser kennen zu lernen. So Managementkurse und Projektleiterkurse habe ich schon verschiedene gemacht. Mich</p>

	<p>ich Spital u. Schweizer Gesundheitswesen verstehe</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spitalinterner, interdisziplinärer Kurs • Informationsgewinn, Hintergrundwissen über den Betrieb holen 	<p><i>interessierten die spitalspezifischen Inhalte und, die verschiedenen kulturellen Hintergründe der Berufsgruppen.“</i></p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsgewinn, Hintergrundwissen Zusammenhänge im Betrieb holen 	<p><i>„Für mich wars ganz wichtig, dass dieser Kurs hier im Spital selber war, mit Leuten aus dem Spital. So konnte Networking betrieben werden. Es gab mir einen Einblick in andere Bereiche, was ich für eine Zusammenarbeit als sehr wichtig betrachte. Dann wars auch ein ‚Refresh‘ von verschiedenen Themen und für mich gewissermassen auch eine Standortbestimmung.“</i></p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalinterner Kurs • Spitalinterne Kursteilnehmer • Einblick in andere Bereiche • Refreshing verschiedener Themen 	<p><i>“Für mich wars ganz wichtig, dass dieser Kurs hier im Spital selber war, mit Leuten aus dem Spital. So konnte Networking betrieben werden. Es gab mir einen Einblick in andere Bereiche, was ich für eine Zusammenarbeit als sehr wichtig betrachte. Dann wars auch ein ‚Refresh‘ von verschiedenen Themen und für mich gewissermassen auch eine Standortbestimmung.“</i></p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Vorgabe für meine nächste Karrierestufe (Beförderung zum leitenden Arzt) 	<p><i>„Dies war eine klare Vorgabe für die nächste Karrierestufe. Es eine Voraussetzung für die Beförderung zum leitenden Arzt, dass man diesen Kurs macht und ich ging auch mit einigen Widerständen in diesen NDK hinein. Ich schaute dies als reinen Zeitverlust an und wir haben ja auch sehr viel Zeit investiert in diesen NDK. Retrospektiv werte ich diesen Kurs weitgehend positiv. Er hatte schon Tiefen, aber, sich Zeit zu nehmen, sich mit andern Menschen des Spitals vertieft auseinanderzusetzen war sehr wertvoll und die Netzwerkidee, die dahinter steckt funktioniert sehr gut bis ausgezeichnet. Man lernt sich auf einer ganz anderen Ebene kennen und das ist für den Betrieb meiner Meinung nach hoch intelligent.“</i></p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht-Medizinische Weiterbildung • Auseinandersetzung mit Führungsfragen • Chance ein Netzwerk zu schaffen 	
Beste Lernerfahrungen?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Exzellente Referenten • Thema Auftreten (mit Schauspielern) • Austausch mit Vertretern anderer Fachgebiete, anderer Kliniken • Erkenntnis dass andere Kliniken dieselben Probleme haben 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Informationsgewinn im Bezuge auf den Arbeitgeber 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Auftretenskompetenz 	<p><i>“Dies wird bei uns oft unterschätzt. Wir denken, dass wenn die Folien perfekt sind und man nicht gerade stottert, dann komme dies schon gut. Aber das es eben auch auf die Haltung, die Einführung, den Humor etc. ankommt, wird unterschätzt.“</i></p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Gruppenarbeiten anhand praktischer Beispiele • Erfahrungsaustausch 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Thema Auftretenskompetenz 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräche zwischen den Kursen (Networking) 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Austausch in Gruppen • Die eigene Wirkung in und auf eine Gruppe besser kennen lernen 	
Positive Reaktionen aus Arbeitsumfeld?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Abwesenheit war ein Problem 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Kenntnisnahme (Kurs war etwas für mich persönlich) 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Abwesenheit • Besprechung interessanter Inhalte mit Mitarbeitenden 	„Sie waren sehr interessiert und sie schätzten auch, dass man kein Geheimnis aus dem Kurs machte. Man kann ja offen darüber reden, was in dem NDK passiert. Dies ist ja nicht etwas Verschworenes, das niemand wissen darf. Eigentlich ist es Schule fürs Leben“
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Nur Kenntnisnahme 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht direkt 	„Eher nein. Der Kurs führt ja dazu, dass man die Kursmitglieder darin bestärkt, innerhalb des Betriebes Verantwortung zu übernehmen. Dies kann dazu führen, dass man aneckt, weil man die aktuelle Organisation natürlich hinterfragt. Wie es immer ist, wenn man Änderungen implementiert, braucht es zuerst einen vermehrten Aufwand und dann kommt das grosse Gestöhn und erst im zweiten Schritt, wenn es eine gute Idee war, führt es dann zu etwas Besserem. Der Kurs hat mich eher dazu gebracht in meiner Kritik weniger Zurückhaltung zu üben und dies direkt umzusetzen und dies war nicht sehr beliebt bei meinen Vorgesetzten!“
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Nein 	
Was am Kurs hat besonders inspiriert?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetenz der Dozenten 	„Ich denke der Humor von Herrn Schmitz...Ich schätzte Herrn Schmitz besonders. Seinen Humor und die Art und Weise wie er Themen anging... oder auch wie er uns zurückgeholt hat. Wir waren so ein undisziplinierter Haufen, wir haben so viel miteinander diskutiert... und wie er dies dann galant gemacht hat...“
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Die Kursleitung und die Teilnehmer • Heterogenität der Teilnehmer • Interdisziplinärer Austausch • Herausforderung: Einbringen der Anliegen der Pflege bei verschiedenen Themen 	
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogenität der Teilnehmer • Interdisziplinärer Austausch 	
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Laborwerkstatt zum Thema Auftreten • Klausur (3 Tage) 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Herr Schmitz 	„Die Person des Herrn Schmitz ist witzig, Der ist inspirierend!“
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Professionalität der Referenten • Herr Schmitz • Nähe zum anwesenden Spitaldirektor, erkennen, 	„Die Professionalität, Herr Schmitz, die Referenten, die wirklich ganz neue Aspekte einbrachten, Es war auch sehr toll, einmal den Spitaldirektor persönlich zu hören, Tuchfühlung zu haben. Den, der das ganze Spital führt mal persönlich kennen zu“

	was seine Vision ist	<i>lernen und auch zu spüren, was er wirklich will. Eines der grössten Probleme ist, die Visionen der Vorgesetzten auf den eigenen Alltag herunter zu brechen. Da geht zwi-schendurch sehr viel verloren.“</i>
Praxisanwendung/Umsetzung		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Projektarbeit – aktuelles Thema- Umsetzung in der Praxis • Präsentation- gute PR- Arbeit (Spitalleitung war anwesend) 	<i>„Wir mussten ja eine Projektarbeit machen. Ich konnte mich dann auch in der Gruppe durchsetzen, dass wir mein Thema genommen haben. Ein Projekt, das ich aufglei-sen wollte. Da habe ich die Zeit im Kurs für das gleich nutzen können. Der Vorteil war, dass wir diese präsentieren konnten und es war fast die ganze Spitalleitung dabei. Dies war eine gute PR. Und es löste eine Begeisterung aus, bei den Leuten, die zuge-hört hatten...“</i>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Weitergabe von Know how an Mitarbeitende • Vergleich von Spitalzie-len (aus Kurs) mit Zielen unserer Abteilung 	<i>„Wenn ich jeweils von den Kurstagen zurückkam erzählte ich meinen Mitarbeitenden, was ich gelernt hatte. Ich konnte so Wissen weitergeben. Ich verglich Spitalziele, von welchen ich im Kurs Kenntnis nahm mit den Zielen unserer Abteilung. Dies gab mir eine gewisse Sicherheit.“</i>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Erworbene Kompeten-zen im Umgang mit an-deren Berufsgruppen 	<i>„Wenn ich Projekte oder Sitzungen habe, bei denen die verschiedenen Berufsgruppen anwesend sind, habe ich durch den Kurs ein besseres Gespür für die verschiedenen Berufsgruppenkulturen erhalten. Ich schaue, dass ich meine Kommunikation anpasse und ihre Antworten je nach Berufsgruppe anders werte. Ich habe gelernt zu interpretie-ren, was nun eine Pflegeleiterin mit einem Satz sagen will, was eine Aussage eines Betriebswirtschafter heisst und was ein Professor mit seiner Aussage meint. Oft sind es einfach verschiedene Tonarten aber gemeint ist das gleiche. Darauf schaue ich nach dem Kurs viel bewusster. Am Schluss wollen ja eigentlich alle einfach das Gute fürs Spital.“</i>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Selbstanalyse zum Füh-rungsstil 	<i>„Ich habe meinen eigenen Führungsstil besser kennen gelernt. So zum Beispiel dass ich manchmal etwas zu ruhig, und zurückhaltend bin und zu unbestimmt auftrete. Diese Erkenntnisse sind sehr wichtig für mich als Führungsperson“.</i>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Detaillierte Arbeitserfas-sungssystem • Einflussnahme auf Kommunikationskultur in unserer Abteilung • Einflussnahme auf ge-wisse Projekte aufgrund des im Kurs erworbenen Wissens • Karriereschritt zum lei-tenden Arzt 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Mein eigenes Verhalten in der Gruppe besser kennen zu lernen • Erkenntnis, dass man auch in schwierige Rol-len hineinwachsen kann • Einblick in psychologi-sche Themen der Füh-rung • Projektarbeit war eine tolle Sache 	
Auswirkungen des Kurses auf das Führungsverständnis		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Bestätigung auf dem richtigen Weg zu sein • Stärkung des interdis-ziplinären Denkansatzes 	<i>„Der Kurs zeigte mir die Wichtigkeit des Miteinander Arbeitens und des interdis-ziplinären Denkens nochmals auf.“</i>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Erkenntnis das Zusam-menarbeit mit den an- 	<i>„Dies tönt jetzt vielleicht einfach, aber die Zusammenarbeit mit den andern Berufs-gruppen kann gefördert werden, wenn man die andern Berufsgruppen auch wirklich</i>

	<p>dem Berufsgruppen tatsächlich gefördert werden kann</p>	<p><i>„versteht und man diese mal wirklich gehört hat“</i></p> <p>.</p> <p><i>Ich erlebe, dass es bei den Ärzten eine neue Generation gibt. Die Chefarzte vor 30 Jahren, die hat man quasi noch angehimmelt. Heute ist eher ein Gefühl von Zusammenarbeit da. Heute ist eine ganz andere Art von Respekt wichtig geworden“</i></p> <p><i>„Bedingt durch die neuere Generation wird die Pflege heute von den Ärzten auch anders angeschaut, als früher. Die Pflege konnte sich in den letzten Jahren sehr stärken. Das hierarchische Gefälle von Ärzten und Pflege hat sich stark verkleinert. Das Interesse der Ärzte am Bereich Pflege ist gewachsen. Die Ärzte haben auch gemerkt, dass ihnen in der Ausbildung viel fehlt. Ich hatte vor kurzem eine Diskussion mit einem älteren Chefarzt in Zürich. Dieser hatte zu mir gesagt, dass sie die Pflege eigentlich beneiden würden, weil wir so viel Wissen mitbekommen würden, was Führung und Kommunikation anbelangt. Lange war Führung in der Ausbildung der Ärzte gar kein Thema, heute ist die Ausbildung immer noch sehr mager.“</i></p> <p>.</p> <p><i>„Durch den NDK konnten neue Kontakte geknüpft werden und man spricht nun auch dieselbe Sprache. Dies ist sehr eindrücklich. Vor kurzem hat ein Leitender Arzt zu mir gesagt: „Du hast ja den NDK auch besucht, du weißt doch von was ich spreche.“ Es entsteht so eine Kultur des, vielleicht etwas übertrieben gesagt ‚globalen Wissens‘. Es ist einfach so, dass die, die den NDK besucht haben, sich über Kommunikation und Kulturen im Spital Gedanken gemacht haben.“</i></p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Aspekt: Mut zur Lücke 	<p><i>„Der Aspekt :’Mut zur Lücke!’ Wenn man diese Standardführungskurse besucht hat man nachher vielleicht das Gefühl man müsse jede Situation im Griff haben. So zu sagen, wenn dieses Problem auftaucht, wendest du dieses Modell an... Innerhalb des NDK haben wir zusammen erkannt, dass eine Situation auch einfach mal ‚verkachelt‘ sein kann, und man akzeptieren muss, dass man eine ganz andere Meinung hat und dies dann auch anspricht, um den minimalen Nenner zu finden. Früher hätte ich wahrscheinlich den Konflikt um jeden Preis lösen wollen und das Ganze hätte mich emotional wahrscheinlich mehr belastet. Ich denke im Kurs habe ich gelernt zu akzeptieren, dass die Leute einfach verschieden sind.“</i></p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Wichtigste Erkenntnis: „Nicht was A sagt, sondern was B versteht ist wichtig“ 	<p><i>„Nicht das was A sagt sondern das was B versteht ist wichtig. Dies finde ich einen ganz wichtigen Satz, den ich mich immer wieder vergegenwärtige und prüfe, ob das was ich sage beim gegenüber auch so ankommt, wie ich das meine. Auch beim e-Mail-Verkehr- da ist die Diskrepanz ja oft sehr gross- auch bei meinen Mails, obwohl ich immer versuche, mich möglichst kurz und sachlich zu fassen</i></p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Im Tagesgeschäft, wenig • Erkenntnis dass es sinnvoll ist, Zeit ins Management eines Spitals zu investieren 	<p><i>„Im Tagesgeschäft reagiere ich nach wie vor so, wie ich bereits als zwanzigjähriger geführt habe. Ich gehe voraus und erwarte, dass meine Kollegen hintendrein kommen“.</i></p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Gewisse Zusammenhänge wurden mir bewusster • Wichtigkeit als Führungskraft zu fordern und Ziele zu setzen und diese zu überprüfen 	
<p>Positive Auswirkungen des interdisziplinären Settings</p>		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • Vernetzung 	<p><i>„Sich kennen lernen und Vernetzen. Es war wichtig zu sehen, wie sich die anderen Disziplinen Überlegungen anstellen. Dies fördert das gegenseitige Verständnis“</i></p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung von Wissen über andere Bereiche • Verständnis anderer Bereiche und deren Hintergründe und Kulturen 	<p><i>„Man hinterfragt vielmehr. Z. B. stelle ich mir viel mehr Überlegungen an, weshalb nun der Controller oder der Arzt ausgerechnet diese oder jene Priorität gesetzt, die ich selber nicht habe. Es fördert also das Verständnis.“</i></p>

M1	<ul style="list-style-type: none"> Blick hinter die Kulissen der anderen Berufsgruppen Verständnis für andere Bereiche und deren Hintergründe und Kulturen 	<p>„Man sieht so relativ schnell hinter die Kulisse der anderen Berufsgruppen. Die Pflege zum Beispiel, die möchte sehr viel standardisiert haben... Die Ärzte, die wollen einfach das Beste für den Patienten, sie wollen situativ entscheiden. Dies sind zwei Ziele, die sich diametral widersprechen. Mir war dies vorher nie so richtig klar, dass dies das grundlegend Andere ist. Ich habe nur erlebt, dass z.B. die Pflegeleitung und ein Chefarzt aneinander geraten sind und für mich war das Problem gar nicht erkennbar.“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> Offener Austausch Kritische Diskussionen Erhöhtes gegenseitiges Verständnis Schaffen von Netzwerken 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> Networking Erhöhtes gegenseitiges Verständnis 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> Interesse für andere Bereiche wurde geweckt Gegenseitiger Austausch Schaffen eines Netzwerkes 	<p>„Wenn man als Mediziner immer in dieser Medizinerwelt ist, hat man schon ein bisschen ein Röhrendenken und man ist überrascht, wie viele interessante Leute, dass es in diesem Spital hat, die in ganz anderen Bereichen arbeiten. Ohne diesen Kurs hätte man gar kein Interesse, was in diesen Bereichen überhaupt abläuft, was deren Probleme sind, welche logistischen Schwierigkeiten sie haben, das kann man sich gar nicht vorstellen, wenn man nicht mal, wie in diesem Kurs die Gelegenheit hat, diesen Austausch wahrzunehmen.“</p>
Annäherung durch den NDK?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> Annäherung klar erkennbar Zeit für Austausch, Gruppenarbeiten, gemeinsames Denken <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Kurs: Antwort: 10</p> <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Spital: Antwort: 5</p>	<p>„Es fand ganz klar eine Annäherung statt. Der Kurs gab uns Gelegenheit und vor allem auch Zeit, wir hatten 12 Tage Zeit, um miteinander zusammen zu sein. Diese Zeit findet man im Alltag nicht, ausser man hat ein gemeinsames Projekt. Aber dies waren 12 volle Tage miteinander! Wir konnten in allen Pausen miteinander diskutieren. Wir arbeiteten gemeinsam, dachten gemeinsam und diskutierten gemeinsam im Plenum und in Gruppen. Diese Zeit, die wir hatten, das war irrsinnig gut. Und dies geht nie verloren.“</p> <p>„Ich glaube in unserem Kurs hätte es gar nicht besser sein können. ‚Das het so gfägt!‘ besser hätte es wirklich nicht sein können...und zwar auch die ganz Stillen holte man mit ins Boot. Ich hatte eine sehr introvertierte Persönlichkeit an meiner Seite. Ein Wissenschaftler. Es war wunderbar, wie er sich geöffnet hatte und mitgemacht hat. Ich glaube es hätte nicht besser sein können. Es funktionierte einfach.“</p> <p>„Dies ist natürlich sehr schwierig zu beantworten. Ich kann dies nur aus meiner Sicht beantworten. Ich habe schon gesagt, dass dieser NDK eine geniale Idee ist, und wer immer diese Idee hatte, dem gratuliere ich. Ich habe schon an früheren Arbeitsorten solche Sachen gemacht, Gemeinsames...und dies funktioniert nicht immer. Es fehlte an der Haltung oder der Motivation. Es waren ausgesprochen gute Moderatoren bzw. Dozenten...Ich glaube das Problem ist, dass die Pflege nicht so Teil nimmt und da fehlt natürlich ein grosser Teil. Die Pflege ist die Berufsgruppe, die die höchste Mitarbeiterzahl hat.“</p>
P2	<ul style="list-style-type: none"> Klare Annäherung erkennbar <p>Annäherung in einer Skala von Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Kurs:</p>	<p>„Also in unserem Kurs, da kann ich eine 10 geben. bei uns war dies wirklich einmalig.“</p>

	<p>Antwort: 10</p> <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Spital: Antwort: 6</p>	<p>„Im ganzen Spital müssten noch mehr Personen den Kurs besuchen. Wenn ich das Ganze aus der ärztlichen Perspektive betrachte, bräuchte es noch mehr Führungswissen. Für mich aus der Pflege bräuchte es etwas mehr Betriebswirtschaft.“</p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Annäherung klar erkennbar • Kontakte wurden geknüpft • Zeit für Austausch <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Kurs: Antwort: 8</p> <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Spital: Antwort: 6</p>	<p>„Innerhalb des Kurses fand auf jeden Fall eine Annäherung statt. Im gesamten Spital findet sicher auf der mittleren und zum Teil auch auf der oberen Ebene eine Annäherung statt. Was aber ganz klar fehlt im Kurs sind die Professoren, die wirklichen Chefs. Man betreibt hier eine Weiterentwicklung des mittleren Kaders.“</p> <p>„Im Gesamten Spital sind Tendenzen spürbar, aber da die Masse der ‚alteingesessenen‘ relativ gross ist braucht es noch viel dieser Kurse. Da kann ich höchstens eine 6 geben.“</p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Annäherung klar erkennbar, durch gegenseitiges Kennen lernen • Gewecktes Interesse bei Ärzten und Pflege fürs Management <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) Kurs: Antwort: 5</p> <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Spital: Antwort: 5</p>	<p>„Ja und zwar dadurch dass man die anderen Bereiche und Personen aus diesen Bereichen besser kennen gelernt hat. Und bei den Ärzten und insbesondere bei der Pflege wurde das Interesse fürs Management mehr geweckt“.</p>
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Innerhalb des Kurses Annäherung erkennbar <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung) - Kurs: Antwort: 8</p>	<p>„Das Problem des Kurses ist, dass es sich ans obere Führungssegment wendet, aber nicht an die Chefärzte und viele der Diskussionen, die wir führen, als Verantwortliche der operativen Ebene, sollten eigentlich von unseren Vorgesetzten geführt werden und die tun dies nicht! Deshalb kann es gar keinen wirklichen Kulturwandel geben. Aber: Meiner Meinung nach ist einer der Hintergedanken des NDKs, dass die Spitalleitung via oberes Segment der Klinikleitungen versucht, die Chefärzte zu zwingen, sich mehr zusammenzurufen...dies machen sie bis jetzt aber nicht! Dort liegen eben die echten Probleme. Die Probleme sind nicht auf der operativen Ebene. Wir wissen, dass wir</p>

	<p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung)</p> <p>- Spital:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antwort: 2 	<p><i>alle miteinander auskommen müssen, wir lösen die Probleme auch täglich, indem wir improvisieren, aber wir brauchen strategische Vorgaben und die strategischen Vorgaben müssten von der höheren Ebene kommen und da haben wir ein Führungsproblem.“</i></p>
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Eindeutige Annäherung • Verständnis für andere Bereiche verbessert • Interesse für andere Bereiche geweckt <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung)</p> <p>- Kurs:</p> <p>Antwort: 10</p> <p>Annäherung in einer Skala von 1-10 (1=keine Annäherung; 10= maximale Annäherung)</p> <p>- Spital:</p> <p>Antwort: 3</p>	<p><i>„Es ist halt sehr menschlich, dass man menschenbezogen funktioniert. Es ist für mich ganz klar, dass wenn ich einen Namen oder ein Gesicht aus einem andern Bereich kennt, dann weckt dies auch etwas das Interesse an diesem Bereich. Vorher interessierte mich doch zum Beispiel die Küche nie. Es war recht, dass das Essen gut war, aber mehr sicher nicht. Wenn man dann aber den Leiter des ganzen Gastro-Bereichs kennen gelernt hat, bekommt man einen ganz anderen Bezug dazu und sieht auch ganz andere Dinge.“</i></p>
Inspiration aufgrund des Interviews?		
P1	<ul style="list-style-type: none"> • nein 	
P2	<ul style="list-style-type: none"> • Erkenntnis das Kurs evaluiert wird • Motivation Mitarbeitende, die in eine Führungsposition kommen, in den NDK zu schicken 	<p><i>„Ja, ich merke, dass dieser Nachdiplomkurs nicht einfach durchgeführt wird und so viele Teilnehmer wie möglich durchgeschleust werden...Ich merke, dass ernsthaft evaluiert wird und meine Motivation Leute in diesen Kurs zu schicken ist sehr gross.“</i></p> <p><i>“Für mich wäre es sehr sinnvoll wenn dieser Kurs Voraussetzung ist, wenn Personen in eine Führungsposition kommen. Ich bin momentan daran, für mich eine Stellvertreterin zu suchen und für mich ist es ganz klar, dass sie im ersten Jahr diesen Kurs besuchen wird.“</i></p>
M1	<ul style="list-style-type: none"> • Repetition der Unterlagen 	<p><i>„Ja, mal wieder die Unterlagen hervor zu nehmen! Dieses Interview ist für mich eine Reflexion. Im Tagesgeschäft ist ein solcher Kurs natürlich schnell weg. Ich habe mich durch dieses Interview wieder an gewisse Personen und Inhalte erinnert, auch dass ich bei jemandem mal vorbei geben wollte, das schon.....“</i></p>
M2	<ul style="list-style-type: none"> • Repetition der Unterlagen 	
A1	<ul style="list-style-type: none"> • Retroperspektive auf Kurs 	
A2	<ul style="list-style-type: none"> • Bewusstwerden was NDK eigentlich gebracht hat • Persönliche Reflexion • Bewusstwerden über die Kulturellen Unterschiede der Mediziner Pflege und Betriebswirtschaftler 	<p><i>Man sollte solche bereichsübergreifenden Kurse unterstützen sollte, wo man kann.</i></p>

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

A handwritten signature in black ink, appearing to read "P. Bilsch". The signature is written in a cursive style with a large initial "P" and a long, sweeping underline.

Unterschrift: