

B I R T H U N D L Ü F F E

Institut für psychologische Beratung, Fortbildung und Supervision
Hamburg · Darmstadt

Wirksame Teamentwicklung für das Krankenhaus der Zukunft

von

Gabriele Birth

Wirksame Teamentwicklung für das Krankenhaus der Zukunft

Vortrag

Summary

Entsprechend unserem Arbeitskonzept und psychodramatischem Ansatz sind Teamentwicklungsprozesse nicht losgelöst vom sozialen System „Krankenhaus“ und seinen massiven Wandlungsprozessen zu sehen. Teamentwicklung heute ist vorrangig ein Instrument der ressourcenorientierten Kooperation zwischen verschiedenen definierten Berufsgruppen; es ist nicht erlernbar wie eine fachliche Qualifikation, sondern bedeutet eine permanente Anpassung der Mitarbeiter und Führungskräfte durch die Übernahme von und Identifizierung mit neuen Rollen. Dieser Prozess findet nicht nur auf der Ebene der Fähigkeiten und des Verhaltens statt, sondern verlangt den Zugang zu neuen Einstellungen und Haltungen, ist ein Prozess der persönlichen Integration und der „Mentalitätsveränderung“ *auf der einen Seite*, aber noch viel mehr eine Klärung der Aufgaben und Schnittstellen im Dschungel der Rollenvielfalt – *auf der anderen Seite*.

Aus der Integration der Rollenanalyse MORENOS und unserem Arbeitskonzept ergibt sich ein Teamentwicklungsziel, das die Rollenklärung in den Vordergrund stellt: Es gilt, das einzelne Teammitglied von der informellen Funktion "pur" herunterzubringen und ihm zu verdeutlichen, was den Arbeitsprozess und die Schnittstellen insgesamt ausmacht. Ausgangspunkt für den Teamprozess ist die Erarbeitung der institutionellen Rollen und die Erfassung der Unterschiede zwischen formaler und informeller Rollenverteilung und Hierarchie.

Die arbeitsmethodische Umsetzung dieser Art von Beratungsauftrag setzt eine Abkehr von dem in Krankenhäusern weit verbreiteten supervisorischen und beziehungsorientierten Teamansatz voraus und verlangt eine Teamentwicklung mit „OE-Brille“. Diese garantiert eine Arbeitsweise mit Teams, die die geplanten strukturellen Veränderungen mit dem neuen Berufsrollenverständnis der Teilnehmer verbindet, und den Anforderungen an Kommunikation zwischen sehr heterogenen

Berufsgruppen gerecht wird. Sie hat zum Ziel Rollenunsicherheiten abzubauen und die Beschäftigten durch aktionsorientierte Methoden für die Übernahme der ungewohnten Anforderungsprofile und Rollenerwartungen fit zu machen.

Kapitel 1

Umwelten werden neu definiert: Die Institution Krankenhaus befindet sich im Umbruch

In Anlehnung an den ergebnisorientierten Wirtschaftsbereich wird auch im klinischen Bereich nach Wegen gesucht, um, dem aktuellen Zeitgeist folgend, die komplexe hierarchische Organisation auf eine betriebswirtschaftlich effiziente Dienstleistungseinrichtung umzustellen. Die finanziellen Möglichkeiten sollen das medizinische, psychologisch und pflegerisch machbare bestimmen und nicht umgekehrt.

In Folge werden Steuerungsgrößen für Erfolg und Zielerreichung definiert, Arbeitsprozesse stärker zergliedert und straffere Organisationsformen eingeführt, die den komplexen Apparat kostengünstiger und "produktorientierter" verwalten können. Die Einführung vom betriebswirtschaftlich orientierten Management und Systemen der Qualitätssicherung in Kliniken bedeutete auch Neudefinition und Umwandlung traditioneller Normsysteme und Neudefinition der klassischer Berufsbilder und ihrer Teams.

Auf dem Weg zum „Krankenhaus der Zukunft“ wird der schwerfällige ständisch strukturierte Versorgungsapparat auf „moderne, marktorientierte Dienstleistung“ umgestellt. „Im Krankenhaus der Zukunft werden die finanziellen Möglichkeiten das medizinisch machbare bestimmen und nicht umgekehrt“ (Westphal, 1995). Will sagen: Das Krankenhaus wird eine High-Tech-Produktionsstätte für medizinische und therapeutische Leistungen mit angegliedertem Hotel, d. h. mit sehr viel weniger hospitalisierten Patienten mit hoher Leistungsdichte und extremer Spezialisierung. Ein wichtiger Baustein im Veränderungsprozess ist die *Neudefinition der Teams*, ihren Arbeitsauftrag, ihre hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und die neue Grundhaltung zum Patienten.

Langeooger Psychotherapietage 2005

Der Mitte der Neunziger angestoßene tief greifende Wandel hebt das alte hierarchische Ordnungsmuster zwischen den Berufsgruppen auf; Funktionen, Anforderungsprofile und Rollenerwartungen an Ärzte, Psychologen, Pflegepersonal etc. verändern sich grundlegend. Nicht länger bestimmt das traditionelle Berufsbild „Krankenschwester“, „Arzt“, „Therapeut“ das Aufgabenprofil und den Status der Berufsgruppen, sondern in Abhängigkeit von politischen, regionalen, unternehmerischen und abteilungsspezifischen Zielen sind die Beschäftigten mit diffusen, weil sehr komplexen und wechselnden Rollenanforderungen konfrontiert. Die Aufgabenprofile der Moderne sehen für jeden Einzelnen eine „berufsgruppenübergreifende“, „auf dem Gesamtprozess der Patientenbetreuung“ zugeschnittene Rolle vor. Die Stationsleitung der Zukunft ist am Bett, in der Angehörigenbetreuung (Kundenblick), in der Administration und in der Steuerung komplexer Prozesse (QM, DIG, ZVG etc.) involviert. Orientierung für die Rollenvielfalt findet sie längst nicht mehr in der Stellenbeschreibung, sondern in den jährlich oder halbjährlich stattfindenden Zielvereinbarungen mit den Vorgesetzten (falls diese stattfinden).

Gegen diese Bewegung der Modernisierung, Flexibilisierung und Ökonomisierung (mit der folgerichtigen Aufweichung alter Rollenmuster) steht all zu oft die noch ständisch organisierte Traditions- und Machtstruktur „Krankenhaus“:

So hat sich das Grundschema der divisionale Organisationsstruktur eines Krankenhauses nicht wesentlich geändert (Trill, 1996). Die Kliniken arbeiten immer noch weitgehend autonom, die Geschäftsbereiche werden wie kleine Subunternehmen geführt. Die Aufbauorganisation deutscher KH stellt nach wie vor eine „aufgeblähte“ Hierarchie dar, in der Verwaltung, Pflege, Ärzte mit jeweils 5 Hierarchiestufen in offiziell parallelen Säulen organisiert sind. Die Vertretung der unterschiedlichen Berufsgruppen im einem Direktorium stellt offiziell die einzige strukturelle Schnittstelle dar. Obwohl heterogene, interdisziplinäre Teamstrukturen fehlen (mit Ausnahme der Psychiatrie) sind im Krankenhaus der Zukunft enge Kooperationslinien im Sinne der Qualitätssteigerung und Ganzheitlichkeit am Patienten vorgesehen (Kirchner, 2001). Diese Diskrepanz zwischen Anspruch an Change Management und struktureller Landschaft ist ein wesentlicher Grund für die Krise vieler Häuser und der Beschäftigten darin.

Die Autoren sprechen von der berufsegoistischen Sackgasse“, in der „im Naturschutzpark öffentlich-rechtlicher Kostenerstattung Ärzteschaft, Pflege und andere Dienste es sich leisten, ihre Autoritäts- und Emanzipationsprobleme auf den Rücken der Patienten auszutragen (Westphal, 1995). Andere fassen es in dem schlichten Satz: „Das Krankenhaus ist krank“ (Loffing, 1999) zusammen und führen die Symptome der Berufsrollenkonflikte auf wesentliche strukturelle und kulturelle Mängel zurück

- strenge Hierarchisierung
- scharfe Abgrenzung zwischen Berufsgruppen
- Ideologie der Berufung im religiösen Sinn
- Männlich paternalistische Dominanz der Ärzte
- Weiblich-fürsorgliche Rolle der „Schwestern“
- etc.

Die hierarchische Organisationsstruktur wird den Anforderungen an die neuen Unternehmensziele nicht gerecht, das Führungsvakuum auf den Stationen führt zu Regellosigkeiten in der Zusammenarbeit hoch komplexer Systeme.

Was wir vorfinden: Berufsgruppen in der Sackgasse, Sollbruchstellen zwischen den Berufsbildern, Kultur der parallelen Säulen, unterschiedliche Blickwinkel zum Patienten aus der Sozialisation der Berufsbilder erschweren die Kommunikation, die Pflege als grundsätzlich beziehungsorientierte Berufsgruppe, Die Ärzte als sach- und ständeorientierte Berufsgruppe.

Die Konsequenzen für die Berufsmotivation der Berufsgruppen, ihrer Kultur des Miteinanders und der Arbeitsabläufe sind beträchtlich: Dauerkonflikte und tiefe Gräben zwischen Stationen, Berufsgruppen (Ärzte – Pflege) und Hierarchien (SL-PDL). Unter dem steigenden Druck auf die Beschäftigten, trotz erheblicher Struktur- und Managementdefizite neue Aufgaben und Verantwortlichkeiten zu übernehmen, scheidet ein nicht unerheblicher Teil der vom Wandel betroffenen aus ihrer Tätigkeit aus, oder, in Zeiten knapper Arbeitsplatzressourcen, flüchten sich in Stereotype und Rollenkonserven oder gehen in die innere Kündigung (Loffing, 1999). Kurzum: Das Kennzeichen der Krise ist eine massive Rollenverunsicherung der Beschäftigten. Das vorherrschend hierarchische Prinzip führt zu einem Mangel an Teamfähigkeit in heterogenen Gruppen (siehe Stadelmann in Fatzer, 1996)

Um diesen anhaltenden Erosions-Prozess zu stoppen und den Anpassungsprozess der Organisationen, bzw. ihrer Menschen darin zu beschleunigen, sind neben gezielten Maßnahmen der Personalentwicklung (Führungskräfteschulung, Kommunikationstraining, etc.) die neuen Strategien der Teamentwicklung ein effektives Mittel zur Unterstützung der Systeme in der Bewältigung der wachsenden Umwelтанforderung.

2. Kapitel: Die neuen Teams

Ein Meilenstein auf dem Weg zum „Krankenhaus der Zukunft“ sind „die neuen Teams“. Visionäre der OE empfehlen den Einzug flacher Hierarchien mit interdisziplinär funktionierenden Stationsteams, die eine gleichberechtigte Zusammenarbeit der Berufsgruppen ermöglichen (siehe Forschungsprojekt an der Uniklinik FFM, 1998). Immer wieder empfehlen Autoren aus dem Feld der Unternehmensberatung eine Abkehr von der alten Säulenstruktur in eine bewegliche, den neuen Zielen angemessene, hierarchie- und berufsgruppenübergreifende Teamstruktur.

Unseres Wissens sind die vielen Vorschläge zur „Rettung“ der Organisation Krankenhaus durch massive Umstrukturierung (Einrichtung von „bunten“ Stationsteams, Änderung der Rechts- und Betriebsform, Modifikation des Entgeltsystems, Verbesserung der Arbeitsbedingungen - Pflege) häufig nicht mehr als gute Literatur. Was für moderne Privatkliniken (häufig als GmbH) möglich ist, bleibt für die Häuser in öffentlicher Trägerschaft oft nur graue Theorie.

Doch auch hier findet eine Umstellung des Denkens in Richtung „Dienstleistung“ statt und es gilt auch hier die großen Ziele „Wirtschaftlichkeit“ und „Kundenfreundlichkeit“ gekonnt auf einen Nenner zu bringen - und das ohne die Hardware der Struktur komplett zu erneuern. Der Schlüssel sind die Prozesse zur Beratung und Begleitung interdisziplinärer Teams/Netzwerke in den Kliniken, in denen ein gemeinsamer Problemlöseprozess angestrebt wird.

- Sie sind immer hierarchie- und/oder berufsgruppenübergreifend
- Sie leisten den Beitrag an einer unternehmerischen, meist strukturellen Veränderung, oft mit wirtschaftlichem Gewinn und Qualitätssteigerung.

- Die Beteiligten sind von der Unternehmensspitze beauftragt und der Prozess ist einer Effizienzkontrolle unterworfen.

In der neuzeitlichen Literatur zum Changemanagement im Unternehmen wird gerne zwischen verschiedenen Teamarten wie dauerhaft, temporär, themenbezogene Teams und Projektteams unterschieden (Lindinger, 2004). Wirklich gewinnbringend sind die Kategorien nicht. In allen „Teamwelten“ treten die gleichen Probleme im zwischenmenschlichen Miteinander auf, die Herausforderung für Teamentwicklung ist in allen Gruppen identisch.

Ein Beispiel für die „neuen Teams“ ist der **Führungskräftekreis der Frauenklinik** eines öffentlich-rechtlichen Großkrankenhauses, der zur Bewältigung anstehender Aufgaben, hier die Installation eines einheitlichen ZVG-Systems, in regelmäßigen Workshops zusammenkommt. Der Führungskreis, bestehend aus 1 Chefarzt, 5 Oberärzten, PDL, 5 Stationsleitungen, 2 Psychologen, entsprechen den Merkmalen der „neuen Teams“ im Gesundheitswesen:

Die wirtschaftliche Situation der Frauenklinik und die deutlich gewordenen Qualitätsmängel geben die Druck auf die Klinikleitungen ein einheitliches Managementkonzept (ZVG) mit mehr Transparenz in die Führungsstrategie und die Unternehmensziele einzuziehen und praktisch umzusetzen. Anders als von einer Gruppe von „Spitzenleitungen“ zu erwarten trifft das „neue Team“ zum ersten Mal in dieser Formation zusammen und nach der berühmten Teamreifeuhr (Tuckmann in Gellert 2004), steht diese Gruppe noch ganz am Anfang, nämlich in der *Orientierungsphase ihrer Gruppenreife*. Die Berufsgruppen kommunizieren in inoffiziellen Rollen, sind ganz in der Problemsicht der eigenen Station und Berufsgruppe verhaftet. Misstrauen und Konkurrenz bestimmen den ersten Kontakt, aber auch Rückmeldungen über schlechte Befindlichkeiten, Arbeitsüberlastung und Stresssignale. Auffallend ist die wenig zielorientierte Gesprächsführung und der Mangel an Feedbackkultur. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit auf hohem Problemlöseniveau ist noch Fernziel: Zu unterschiedlich sind die Kulturen, Sprachstile und Zugänge zum Patienten. Die offizielle Struktur der Hierarchie (Organigramm) und die Verteilung von Verantwortlichkeiten innerhalb des Führungskreises liegen völlig im Dunkeln. Hier stehen Machtrituale und Positionskämpfe im Vordergrund und die viel zitierte „Teamfähigkeit“ geht gegen Null. Nun ist es die Aufgabe des Beraters aus der Gruppe von „Einzelkämpfern“ eine

konfliktfreudige, immer auch zielorientierte und auf Strategiefindung ausgerichtete Teamformation (auf Stufe 4 der Teamuhr) zu bilden.

Ein weiteres Beispiel für „die neuen Teams“ ist eine Gruppe von **17 Klinikleitungen plus Pflegedirektorin**, die beauftragt ist, eine Rollendifferenzierung in der eigenen Mitte vorzunehmen und die in Pflegedirektorin durch den Einzug einer neuen Teamstruktur in der Kommunikation und Zielverfolgung zu entlasten, bzw. über die Aufteilung der Gruppe in „Klinikteams“ Synergieeffekte zu ermöglichen.

Das Ergebnis des Teamprozesses war die Aufteilung der Gruppe 4 Leitungsteams, die in neuer Kooperation eine Anzahl von Kliniken gemeinsam managen. Die Aufteilung der Gruppe nach wirtschaftlichen (Größe der Kliniken, Fachdisziplin, Budget) und persönlichen (Chemie, Alter, Ausbildung) Kriterien war kein leichtes Manöver, da der Rollenfindungsprozess und die Verteilung der neuen Aufgaben nicht ohne gruppendynamische Stürme und Phasen von Orientierungslosigkeit und Ängsten einherging (mehr dazu an späterer Stelle).

Der Schlüssel zum Erfolg dieser Art der Prozessbegleitung ist die Umsetzung einer rollen- und strukturbezogenen Teamentwicklung an der Schnittstelle zwischen Teamsupervision und Organisationsentwicklung.

Dies bedeutet eine deutliche Abkehr von den auf rein auf Beziehung und Fall (Patient, Klient) konzentrierten Beratungsprozesse. Aus unserer Sicht unterliegen die Ansätze der klassischen Supervision und Teamberatung im Gesundheitswesen einem deutlichem Irrtum, nämlich dass die Arbeit im Krankenhaus zum Großteil aus Beziehungsarbeit im Team und am Patienten und folglich der regelmäßigen supervisorischen Kontrolle bedarf. Wohl ist das Gesundheitswesen, insbesondere das Krankenhaus, immer auch eine Stätte der Heilung *am Menschen*, doch noch viel mehr ist es eine komplexe Ablauforganisation und „industrielle High-Tech-Produktionsanlage“ im Dienst der Beherrschung von Krankheitsbildern (Stadelmann, 1996). Teamsupervision suggeriert die Auseinandersetzung mit „der Beziehungsarbeit am Patienten“ und wenn diese als Folge der Umweltveränderung im Klinikalltag kaum noch vor kommt, bleibt wenigstens die Arbeit am kollegialen Miteinander.

Die potentielle Gefahr dieser Entwicklung ist die Versandung der Beratungsprozesse im „ewigen Teamaustausch“. Insbesondere im Pflegebereich, wo die Supervision der Pflgeteams mit dem Ziel der besseren Wahrnehmung des Patienten, aber auch der Steigerung von Kollegialität im Sinne der Berufsethik eine „heilige Pflicht“ ist, führt die Abwesenheit neuer Impulse und der fehlende Zugang zu aktuellen Unternehmensentwicklungen und Entscheidungsträgern zu Ermüdungserscheinungen und Supervisionsfrust. Nicht selten kompensiert die Teamberatung hier die Führungs- oder Konfliktschwäche der Vorgesetzten.

Wir formulieren die Hypothese, dass nicht die gleichberechtigten Kollegenteams als vielmehr die interdisziplinären Arbeits- und Projektgruppen, die im Zuge von OE wie Pilze aus dem Boden schießen, einer professionellen, an den Anforderungen der situativen Organisationsidee gemessenen Beratung bedürfen.

Das Konzept der beraterischen Unterstützung von „neuen Teams“, beschreibt die Arbeit an folgenden Schwerpunkten:

1. Gemeinsame Reflexion der Arbeitssituation vor dem Hintergrund der neuen Ziele (Abteilungs- Management, Organisationsziele).
2. Die Verdeutlichung der Ziele und die Auswirkungen der Zielverfolgung auf das Rollenatom jedes Teammitglieds (persönlich, sozial, institutionell) .
3. Die handlungsorientierte und szenische Abbildung der neuen Teamstrategie und das Durchspielen des neuen Rollengefüges.

Kapitel 3: Rollenwandel im Krankenhaus der Zukunft

Veränderung im Unternehmen umfasst alle Ebenen des Systems:

- I) der Einzelne und die neuen Aufgabe
- II) die Gruppe als operative Einheit im Ganzen
- III) die Strukturen der Institution im Wandel.

Ausgestattet mit einem "rollentheoretischen Blickwinkel" steht der Teamentwicklungsprozess auf dem Boden einer fundierten Analyse der personenbezogenen, teambezogenen und institutionellen Voraussetzungen und

einer kreativen Bewältigung von Blockaden und Widerstandsphänomenen. Organisationen sind eine Ansammlung von Menschen, denen verschiedene Rollen zugewiesen sind und die mittels kommunikativer, struktureller und

gruppendynamischer Prozesse untereinander und miteinander vernetzt sind. Sie (die Menschen) haben die Aufgabe Zielvorgaben zum Wohle des Unternehmens umzusetzen. Strukturelle Krisen innerhalb von Unternehmen entstehen in der Regel, weil Menschen die Ziele des Unternehmens, der eigenen Teameinheit, der Abteilung nicht kennen. Vielmehr noch sind die vielschichtigen Rollenerwartungen nicht bekannt, ebenso wenig die Kooperationsleistungen zu anderen Berufsgruppen.

Die Berufsgruppen im Wandel befindet sich in einem mehrfachen Rollenkonflikt, der sich auf die soziale Stabilität und Arbeitsfähigkeit der Teams und Projektgruppen auswirkt. Führungsvakuum und das Fehlen der klaren institutionellen Rolle erklärt die hohe Wertigkeit der informellen Rollen im Team. Ist die Ausübung dieser Rollen durch Rückzug oder

Ausgrenzung aus der Gruppe ebenfalls in Frage gestellt, kann ein Ausweichen der Person auf psychische und somatische Rollen als ein Rollenhandeln auf sehr basaler Ebene beobachtet werden. Die Spirale der Konfliktverschiebung verläuft von der strukturellen Ebene, über die soziale Ebene, auf die individuell psychisch-somatische. Der Schauplatz der Konfliktaustragung ist dann nicht mehr die Gruppe sondern die eigene Befindlichkeit.

Kurzum, die in der aktuellen Literatur zum „Change Management“ propagierte Theorie vom „Pauschalen Widerstand“ oder „Personenbedingten Widerstand“ (Lindinger et al, 2004) kann der Kompliziertheit des Phänomens nicht gerecht werden. Nicht Rollenstarrheit (Ich will mich nicht verändern....) sondern Rollenungewissheit und intrapsychische Rollenkonflikte führen zu den bekannten Blockaden, Reibungsverlusten, Kommunikationsstörungen und Motivationseinbrüchen bei Beschäftigten. Wandel und Widerstand gehen in eine unzertrennliche Koalition und Berufsgruppen im Wandel blockieren sich gegenseitig.

Zum Verständnis dieser Phänomene bedarf es eines der differenzierten Rollenanalyse und damit eines „Ausflugs“ in die Denke und Verfahrensweise eines

alten psychotherapeutischen Ansatzes, dem Psychodrama, der hier für die Team- und Organisationsentwicklung frische methodische Alternativen bietet:

Entsprechend unserer Arbeitshypothese ist nicht die Qualität der Beziehungen maßgeblich verantwortlich für die Gestaltung der Arbeit, sondern das Vorhandensein- bzw. Nichtvorhandensein von geeigneten Arbeitsrollen entscheidet über die Qualität der persönlichen Arbeitsbeziehungen und Teamstrukturen. Hier wird Teamberatung im institutionellen Gefüge immer auch zur Rollenberatung und Hilfe zur klaren Einsicht in die

eigene Berufsrolle und deren persönliche Gestaltung. Es ergibt sich die Frage: Was sind denn Arbeitsrollen? Nach welchen Rollenmustern handeln Menschen in der Arbeitswelt ihrer Institution?

Im psychiatrischen Rollenkonzept von MORENO wird zwischen *Klassen von Rollen* differenziert, die hier zur Handlungstheorie im Organisationsentwicklungsprozess beitragen. Nach seinem Verständnis umfasst der Rollenbegriff sowohl eine individuelle als auch gesellschaftliche Dimension und versteht sich als eine „Fusion persönlicher und kollektiver Elemente. Jede Rolle hat zwei Seiten, eine persönliche und eine kollektive“ (Hochreiter, 2004). Unter dem Begriff der primären Rollenkategorien werden Klassen von Rollen unterschieden

(Aufbau der Rollen auf dem Vortragspodium):

1. Die physiologischen oder psychosomatischen Rollen

sind die ersten Rollen des Menschen und zielen auf die Erhaltung des Organismus (Essen, Sexualität) und sind Voraussetzung für die Entstehung zahlreicher Rollen in anderen Kategorien.

2. Die psychischen oder psychodramatischen Rollen

repräsentieren die individuellen Ideen, Erfahrungen und Erlebniswelten eines Menschen und sind an die Beziehungen zu anderen Menschen geknüpft.

3. Die sozialen oder offiziellen Rollen

sind Handlungsmuster, die das gesellschaftliche Leben eines Menschen vorgeben und in denen sich der Mensch seiner Realität präsentiert (Berufsrollen, Freizeitrollen, Beziehungsrollen).

4. *Die transzendenten Rollen*

sind ethische oder religiöse Rollen, die das Handeln des Menschen auf den Boden innerer Werte stellt.

5. *Die Institutionelle Rollen*

sind in Stellenbeschreibungen, Organigrammen, Vorschriften und Kompetenzregelungen festgelegt und geben einer Person Verhaltensorientierung über Aufgabenbereich, Stellung, Status und Machtbefugnis innerhalb der Gesamtorganisation.

Nach der hier getroffenen Definition sind die Verhaltensmuster von Mitarbeitern in einer Organisation durch formale, in den Strukturen festgelegte Rollen bestimmt (*institutionelle Rollen*). Ebenso werden sie durch die offizielle Berufsrolle (*soziale Rollen*) und durch informelle, in den gesellschaftlichen Normen einer Berufsrolle und in Beziehungsmustern und Normen einer Institution festgelegte Rollen (*transzendente und psychische Rollen*) geregelt. Auf unser Beispiel übertragen legen die Strukturen einer Klinik die Kompetenz- und Aufgabenbereiche einer Stationsleitung in weiten Teilen fest, darüber hinaus wird ihr Rollenverhalten durch Traditionen und Normen des Berufsbildes (Pflege/Arzt) und teambezogene Rollen- und Statuszuweisungen bestimmt.

Zu Blockaden kommt es genau dann, wenn die verschiedenen Rollen einer Person (Rollenatom) in Konflikt geraten:

Demnach befindet sich eine Person im *Intrarollenkonflikt*, wenn sie in der Ausübung *einer* Rolle ambivalent ist. Dieser Effekt kann dadurch zustande kommen, daß eine Rolle aus mehreren Rollen zusammengesetzt ist (Cluster-Effekt) und die zum Cluster gehörende Rollen unterschiedlich akzeptiert oder ganz ablehnt bzw. unterschiedlich weit entwickelt sind. In unserem Beispiel ist die Rolle der PDL mit komplexen Rollen (Managerin, Organisatorin, Beraterin) assoziiert, die in Abhängigkeit von der Arbeitssituation konkurrieren und Ambivalenz auslösen.

Der *Interrollenkonflikt* beschreibt den Gegensatz zweier oder mehrerer Rollen einer Person, die einander widersprechen oder sich ausschließen. Im therapeutischen Ansatz von MORENO ist der Rollenkonflikt verursacht durch Rollenmuster, die sich aus spezifischen Kindheitserfahrungen ergeben, die zu aktuellen Rollenmustern im Widerspruch stehen. Auf unser Beispiel bezogen stammen die im Anforderungsprofil der PDL offiziell festgelegten Funktionen "Pflegerin am Krankenbett" contra "Managerin der Klinik" aus zeitlich unterschiedlichen Epochen der Berufsrollensozialisation. Interpersonale Konflikte werden dadurch ausgelöst, daß im neuen Berufsbild die alten, traditionellen Rollenmuster (Pflegerin am Krankenbett) mit der „modernen“ Rolle der Managerin unverbunden nebeneinander stehen und konkurrieren. Weiterer Auslöser für Konflikte sind beispielsweise im neuen Berufsbild der Stationsleitung nachlassende Bedeutung der transzendenten Rollen (Helferin), die im traditionellen Berufsbild als ethische Komponente fest verankert waren.

Vor dem Hintergrund der Rollenanalyse wird die Situation der Berufstätigen im Zustand permanenten Wandels deutlich. Das sich wandelnde Berufsbild der Berufsgruppen im Gesundheitswesen in Kombination mit den massiven Umbrüchen und Veränderungen in der Institution Krankenhaus bieten den Hintergrund für Rollenunsicherheit und -konflikt auf unterschiedlichen Ebenen. Der Mangel an institutionellen Rollen zur Regelung von Aufgaben und Kompetenzen führt zu Unsicherheiten in Status und Führungsanspruch der Leitungskräfte und begünstigen ein Ausweichen auf soziale und psychische Rollen zur Regelung von Machtfunktionen innerhalb der Gruppe. Der Zustand begünstigt die Herausbildung einer informellen Hierarchie, die neben der formalen Hierarchie in wirksamer Weise das komplexe Zusammenspiel von Status und Kompetenzen mitbestimmt. In dieser Phase der Organisation sind die Machtverhältnisse in Teams diffus verteilt, die Kriterien für Autorität und Führungsanspruch nicht transparent. Entsprechend der *Netzwerkhypothese* Morenos weist jede Gruppe neben den offiziellen Strukturen informelle und sozioemotionale Strömungen,, die Verkehrswege sozialer Gefühle“ auf. In seiner Theorie sind soziale Gebilde besonders konfliktreich, wenn ihr durch eine Autorität formelle, starre Strukturen aufgezwängt werden, die die Bildung informeller Strukturen untersagt (Zeintlinger, 1996,). Nach unserer Beobachtung gilt in Institutionen auch der umgekehrte Fall, nämlich dass ein Fehlen von Aufgaben- und Managementstrukturen in einer Organisation die Bedeutung der informellen

Strukturen und Informationskanäle in so extremer und für das System ungesunde Weise begünstigt, daß wiederum Konflikte und Konkurrenzen die Folge sind.

In unserer Beratungstätigkeit wird die Position alltäglich bestätigt. Die Herausbildung informeller Hierarchien in Teams und Organisationseinheiten ist "urwüchsig" und zufällig, instabil und immer umstritten. Das Motiv für andauernde Positionskämpfe im Team ist immer die persönliche Stellung zu sichern bzw. zu verbessern. In der informellen Arbeitsteilung in Teams und Projektgruppen ist die Tendenz der Teammitglieder, vermehrt diejenigen Arbeitsbereiche zu übernehmen, bzw. diejenigen Arbeitsstrategien zu praktizieren, die ihnen am leichtesten fallen. Die uns bekannten Symptome der informellen Hierarchie und Arbeitsteilung entsprechen den in der Teilnehmergruppe beobachteten Phänomene:

- Konflikte auf der persönlichen Ebene mit unterschiedlichen Formen der Konfliktaustragung
- Bildung von Zweckbündnissen.
- Konkurrenz verschiedener Personen um die gleiche Domäne
- Vernachlässigung wichtiger Arbeitsbereiche
- Verteidigung der eigenen Domäne und Betonung ihrer Wichtigkeit.
- Klagen über sich verschlechternde psychische und körperliche Befindlichkeit.

Der Dauerbrennerkonflikt „Arzt – Pflege“ entsteht durch die Benutzung inoffizieller Machtinstrumente und Informationskanäle. Vor diesem Hintergrund wird Teamentwicklung zum Rollenklärungsprozess, zur Strukturklärung und Architekturarbeit an Schnittstellen, zur Trainingsweise für neue Verhaltensmuster und Entrümpelung inoffizieller Informations- und Einflusskanäle. Dies geht nur unter Mitwirkung von Entscheidern und offiziellen Kompetenzträgern.

Kapitel 4: Teamentwicklung im Krankenhaus der Zukunft

Kommen wir noch einmal zurück auf das oben genannte Beispiel: 17 Klinkleitungen (männliche und weibliche PDL's sehr unterschiedlichen Alters) und die Pflegedirektion arbeiten in Workshops an der neuen Teamstruktur. Wie am Beispiel „Frauenklinik“ steht auch diese Gruppe am Anfang der Teamentwicklung mit noch

„Leeren Taschen“, was die Qualität der Kooperation und Identifikation anbelangt. Konflikte in der Gruppe, Motivationsprobleme und eine rein vertikale, das heißt auf die Direktorin ausgerichtete Kommunikationsstruktur führten zu Überlastungssymptomen.

Das Teamziel „Festlegung einer neuen Teamstruktur“ ist für die meisten mit mehr Arbeit auf der Managementebene, mit Verlust von Hoheitsgebieten und „Störfeuer im Klinikalltag“ verbunden. Unüberwindlich erscheint die grosse Unterschiedlichkeit in der Wahrnehmung der Rolle „Klinikleitungen“: Einige der Leitungen gehen noch gerne „ans Bett“ andere managen ihre Stationen aus der Ferne auf hohem Delegationsniveau. Der Workshop bringt zunächst Interrollenkonflikte und verdeckt ausgetragene „Rankingspiele“ zum Blühen.

Getreu unserer Hypothese, daß eine Struktur- und Rollenklärung in hierarchieübergreifenden Teams im Vordergrund steht, sind aktionsorientierte Aufbauten und Visualisierungen der Einstieg in die Teamentwicklung. In Skulpturen, Bänderarbeiten und Soziometrien erarbeiten sich die Teilnehmer die offizielle und persönliche Sicht der Organisation. Wie unter Mikroskop betrachten sie unter Zuhilfenahme gestalterischer und symbolischer Hilfsmittel das Herzstück ihrer Klinik- und Führungsstrukturen. Im Abgleich der unterschiedlichen Sichtweisen und im Bauen an der Wirklichkeit entsteht eine erste Plattform der gemeinsamen Weltsicht. Sind die Realitäten geschaffen und in all ihren strukturellen Mängeln und Vorteilen präsent, geht es in die 2. Phase des „kreativen Neubaus“. Auf der improvisierten „Bühne“ der Vorstellungen und Fantasien schaffen die Teilnehmer in sehr engagierter Form eine neue Struktur der Zusammenarbeit - allerdings ohne ihre persönliche Position in den Mittelpunkt zu stellen. Die Gruppe gelangt über das Spiel mit „Architekturen“ und Visualisierungen auf die **Meta-Ebene** und betrachtet das Problem mit einer neuen „OE-Brille“.

Dieser Zugang ist Voraussetzung für den nächsten Schritt der Teamentwicklung: Das **Role-Taking**. Ohne die Vorgehensweise der Auswahl und Entscheidung für ein neues Teammodell auf der Surplus Reality hier im einzelnen auszubreiten, geht es in einem 2 Schritt um die Entdeckung und Stabilisierung der neuen Rollen. Dies gelingt über Probehandeln und Aufbau von Szenarien im neuen Klinikalltag. Die

Langeooger Psychotherapietage 2005

Teilnehmer sind aufgefordert, sich mit den Ausprägungen der neuen Teamrollen, den sozialen und psychischen Auswirkungen auseinander zu setzen. Der Aufbau von Rollenatomen (Innensicht) und der Rollentausch mit Vertretern anderer Berufsgruppen (Außensicht) zeigt die noch vorhandenen Konflikte aber auch Zugänge und Potentiale. Die Szene „erste Teamsitzung der KL“ schafft Rollenzugang auf der Verhaltensebene und regt Feedbackprozesse zur Ablaufoptimierung an. Das Wechselspiel zwischen der Arbeit des Beraters auf der *äußeren und inneren Bühne* des Teams stabilisiert die neuen institutionellen und sozialen Rollen und schafft innere – psychische - Sicherheit.

Die dritte Stufe der Teamentwicklung ist geprägt durch **gemeinsame Problemlösung** vor dem Hintergrund der neuen Leitungsstruktur. Die Falldarstellung unter der Beteiligung von Gruppenteilnehmern garantiert eine Identifikation mit der Problemwelt des Kollegen in anderen Hierarchien. Der „strenge“ Ablauf aus dem Aktionsforschungsansatz der Teamentwicklung: *Problemwahrnehmung, Analyse, Datensammlung, Testen von Strategien, Aktion und Auswertung (Feedback)* sichert die gemeinsame Problemsicht bevor die Lösung diskutiert wird. Diese Phase der handlungsorientierten Problemlösung übt in den neuen Rollen und Abläufen und verfeinert das Rollenrepertoire im Zusammenspiel mit anderen Berufsgruppen und Hierarchien.

In der Phase der Problemlösung und Strategiefestlegung werden die Vorteile der hierarchieübergreifenden Teamentwicklung deutlich: Die Anwesenheit der unterschiedlichen Kompetenzen und Sichtweisen legt die Bahnung für realitätsnahe Entscheidungen und verändert die noch tief verwurzelte Kultur der Kommunikation hinter geschlossenen (hierarchischen) Türen. Voraussetzung ist, wie an anderer Stelle bereits erläutert, die innere Abkehr vom traditionellen Teambegriff als einen völlig hierachiefreien Raum, in der wie in einer Fußballmannschaft das Spiel „unter gleichberechtigten Partnern stattfindet.

Fazit

Das methodische vorgehen in der Arbeit mit neuen Teams entspricht den aus der OE bekannten Ansätzen der Aktionsforschung zur Veränderung sozialer Systeme

(FATZER, 1996). Der Vorteil der handlungs- und rollenorientierten Vorgehensweise in der Begleitung von „Change“ gg. klassischen Besprechungsverfahren liegen auf der Hand:

1. Das handlungsorientierte, immer auf Problemlösung und Zielverfolgung ausgerichtete Vorgehen ist in erster Linie Entwicklungshilfe für soziale und institutionelle Rollen. Sie provoziert bei den Teilnehmern das Denken in Rollen, Organisationsstrukturen und systemübergreifenden Prozessen (Meta-Denken).
2. Die konsequente Visualisierung von Abläufen und Strukturen und die spielerische Verdeutlichung von gedachten Realitäten erleichtert die Wahrheitsfindung und die Verständigung in einer Sprache.
3. Das Lernen in der Gruppe wird spannend, die Arbeit an Bildern und Szenen ist plastisch, reproduzierbar und zeigt einen hohen Wiedererkennungs- und Erinnerungseffekt.
4. Im Gruppenspiel/Gruppenhandeln wird deutlich, wie Rollen ausgefüllt werden und wo im Team der Funktionsrollen Reibungsverluste entstehen. Die
5. anstehende Rollenklärung hilft Erwartungen und Aufgaben der Rollenträger neu zu interpretieren und zu verändern.
6. Das Wechseln in Rollen und Funktionen des Gegenübers verändert die Perspektive und ermöglicht die Identifikation mit dem Gesamtsystem.

Die aktionsorientierten Lernatmosphäre („Action learning“) verbindet die Analyse der jeweiligen Arbeitsbeziehungen - die Abstoßung und Anziehung der Teammitglieder (Soziometrie) - mit einem realitätsnahes Probehandeln (Psychodrama) auf spielerische Weise und bietet den notwendigen "Space" als Grundlage für persönliche Veränderung

Langeooger Psychotherapietage 2005

Ohne diese aus der Aktionsforschung und dem Psychodrama entwickelten Verfahren ist das Lernen in interdisziplinären Teams einer hierarchischen Organisation deutlich erschwert, wenn nicht, auf Grund der unterschiedlichen emotionalen und kognitiven Zugänge, unmöglich.

Literaturliste

Bosselmann, R.; Lüffe-Leonhardt, E.; Gellert, M.: Variationen des Psychodramas. 2., überarbeitete Auflage. Meezen 1996.

Burmeister; Handlungsorientierte Ansätze in Großgruppen in:
Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik 1/2000

Dahlgart und Stratmeyer; Kooperationsanforderungen an Pflege und Medizin im Krankenhaus der Zukunft in: Das Krankenhaus 2/2003

Engelke, E.: Psychodrama in der Praxis: Anwendung in Theorie, Beratung und Sozialarbeit. München 1981.

Fatzer G. Organisationsentwicklung und Supervision: Erfolgsfaktoren bei Veränderungsprozessen, Köln 1996

Fürst, Ottomeyer, Pruckner (HG.): Psychodramatherapie, Ein Handbuch. Wien 2004

Gellert, M. Novak, C.: Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung, Ein Praxisbuch für die Arbeit mit Teams, Meezen 2004

Lüffe-Leonhardt E, Birth, Gabriele: Psychodrama, Handeln statt Reden, Skript, Hamburg 1997

Kirchner, H., Kirchner W.: Change Management im Krankenhaus, Strategische Neuorientierung für Non-Profit Unternehmen, Stuttgart 2001

Lindinger C., Goller I.: Change Management, Frankfurt am Main 2004

Loffing, Ch.: Teamentwicklung im „Kranken Haus“, Ein Beispiel psychologischer Gestaltarbeit, Bad Iburg, 1999.

Moreno, J. L.: Die Grundzüge der Soziometrie - Wege zu Neuordnung der Gesellschaft. 4. Auflage. Opladen 1996.

Stadelmann S. Supervision und Organisationsentwicklung im Krankenhaus; in: Fatzer G., 1996

Stephan Wolff; Soziale Modernisierung in Krankenhäusern – Begründungen und mögliche Schritte in: KRANKENHAUS ALS SOZIALES SYSTEM, 1993

Westphal E.: Das Krankenhaus im Umbruch. In: Grossmann, Krainz, Oswald (Hrsg.): Das Krankenhaus im Umbruch, Wiesbaden, 1995

Zeintliger, K.: Kompendium der Psychodrama-Therapie. Köln 1996.

