



Dr. rer. nat. Ulrike Borst

Fachpsychologin für Psychotherapie und klinische Psychologie, leitet seit 1995 die Unternehmensentwicklung der Psychiatrischen Dienste Thurgau (Schweiz). Außerdem ist sie Geschäftsführerin, Dozentin und Supervisorin am Ausbildungsinstitut für Systemische Therapie und Beratung in Meilen.
Kontakt: Psychiatrische Dienste Thurgau
 Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen
 Fon +41-(0)71-6864141, E-Mail: ulrike.borst@stgag.ch



Dr. med. Karl Studer

Seit 1980 Spitaldirektor und Chefarzt, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Spezialgebiet Betriebsentwicklung, Schizophreniebehandlung, Systemische Therapie
Kontakt: Psychiatrische Dienste Thurgau
 Postfach 154, CH-8596 Münsterlingen
 Fon +41-(0)71-6864141
 E-Mail: karl.studer@bluemail.ch

Navigieren, Driften und Wellen schlagen

Unternehmensentwicklung in einer psychiatrischen Klinik

In vielen Organisationen des Gesundheitswesens werden moderne Managementansätze noch kritisch beurteilt. Gesundheitspolitische Anforderungen, ärztliches Berufsethos, duale Finanzierung und pauschale Vergütungsmodelle bieten gute Argumente, warum Organisationsentwicklungs- und Change-Projekte in dieser Branche für schwer umsetzbar gehalten werden.

Der vorliegende Beitrag stellt einige Spezifika in der Unternehmensentwicklung von Gesundheitseinrichtungen dar, indem parallel zu allgemeinen Überlegungen konkret am Beispiel einer psychiatrischen Klinik gezeigt wird (kursiv dargestellte Passagen), wie Ansätze der Organisationsentwicklung (OE) und des Change-Managements in diese Branche übertragen werden können.



Anfänge: Kostenexplosion, Qualitätssicherung und Kundenorientierung

Nationale Gesundheitssysteme haben es schwer, die Kosten in den Griff zu bekommen. Die Gründe sind vielfältig: Fortschritte der Medizin, demographische Entwicklung und die Abgeltung der Leistungen durch die Solidargemeinschaft der Versicherten sind vielleicht die wichtigsten.

Ende der 80er-Jahre traten in Deutschland und Österreich, 1996 in der Schweiz Gesetze und Verordnungen in Kraft, die die Leistungserbringer, allen voran die Kliniken, über die Verpflichtung zu qualitätssichernden Maßnahmen dazu bewegen sollten, Wirtschaftlichkeitsprinzipien walten zu lassen und Transparenz über die erbrachten Leistungen herzustellen. Die wenigsten Kliniken nahmen die Impulse der Gesetzgeber zum Anlass, den Forderungen von außen mit grundlegenden Veränderungen im Inneren zu begegnen.

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen häuften sich Mitte 1995 beim Ärztlichen Direktor (Karl Studer) die Ankündigungen, Kommentare und Aufrufe zur Umsetzung des neuen Krankenversicherungs-Gesetzes, das zum 1.1.1996 in Kraft treten sollte. Da erschien die mit wissenschaftlichen Methoden vertraute, zudem systemisch ausgebildete Psychologin (Ulrike Borst), die bereits seit sechs Jahren im Hause therapeutisch gearbeitet hatte, und fragte nach einem neuen Betätigungsfeld. Der Ärztliche Direktor übergab ihr erleichtert den Stapel Papier mit dem Auftrag: «Sie arbeiten doch so gern wissenschaftlich;

dann evaluieren Sie mal unsere Arbeit.» Ein weiterer Auftrag kam hinzu und wirkte klärend: Nachdem sich einige Pflegekräfte empört an den Regierungsrat des Kantons Thurgau gewandt hatten, da ihnen ihre Berufsgruppe von der Ärzteschaft allzu sehr dominiert schien, verordnete der Regierungsrat der Klinik eine Leitbildentwicklung. Bevor diese am Widerstand der Mitarbeiterschaft zu scheitern drohte, machten wir sie schnell zu unserer Sache. Damit aber nicht wieder nur ein Papier für die Schublade geschrieben wurde, wurde zu jeder kühnen Behauptung des Leitbilds ein Stichwort an den Rand geschrieben, das im so genannten Entwicklungsplan wieder auftauchte. Außerdem verpflichteten wir uns uns selbst gegenüber, das Leitbild alle zwei Jahre zu überdenken.

«Viele im Management gebräuchliche Begriffe müssen auf die spezielle Situation im Gesundheitswesen übersetzt werden.»

Mit Hilfe des zunächst drei Jahre umfassenden Entwicklungsplans wurde eine Organisationsentwicklung in Gang gesetzt und gehalten, die bis heute spürbare Effekte hat. Organigramm, Funktionendiagramme und Stellenbeschreibungen wurden entwickelt, Prozesse beschrieben und neu gestaltet, Messinstrumente zur Outcome-Messung entwickelt. Abbildung 1 listet die Grundsätze auf, die im Leitbild vertreten waren und sind, und die den OE-Projekten zu Grunde lagen.

Als von außen der Ruf nach Zertifikaten für die Qualitätsbemühungen immer lauter wurde, schauten wir uns nach einem geeigneten System um und stießen auf das Modell der European Foundation for Quality Management EFQM (Abbildung 2), das mit seiner Kunden-, Mitarbeiter- und Ergebnisorientierung zu uns zu passen schien. Bereits 1999 unterzogen wir uns einem Probelauf einer externen Begutachtung und waren damit die erste psychiatrische Klinik in der Schweiz.

Viele im Management gebräuchliche Begriffe, so auch die Kriterien des EFQM-Modells (Abbildung 2), müssen zunächst «übersetzt» werden. Ein Beispiel: Eine Patientin [Für weibliche und männliche Berufsleute konnten meist geschlechtsneutrale Bezeichnungen gefunden werden. Für die Hauptpersonen in Kliniken ist dies nicht gelungen; es ist daher von Absatz zu Absatz abwechselnd von Patientinnen und Patienten die Rede.] ist in mancherlei Hinsicht nicht als Kundin zu betrachten. Sie übt durch ihr Verhalten nur wenig Einfluss auf Qualität und Preis der Dienstleistung aus. Sie drückt allenfalls durch ihre Wahl des Arztes, der Rehaklinik oder des Akutspitals aus, welches Image der betreffende Leistungserbringer bei ihr hat. Gleichzeitig haben aber die meisten Fachrichtungen der Medizin erkannt, dass die Mitwirkung der Patientin an Gesunderhaltung und medizinischer Behandlung von ganz entscheidender Bedeutung für das Ergebnis sein kann. Die «Kundenorientierung» anderer Unternehmen bekommt hier also noch eine zweite Bedeutung: Patientinnen sollen (wie Kundinnen) zufrieden gestellt werden und an das Unternehmen gebunden werden, sollen (wie gesunde und autonome Bürgerinnen) aber auch daran mitwirken, in Zukunft so wenig Leistungen wie möglich zu beanspruchen. Hier ist die einzelne Organisation im Konflikt.

Ein weiteres Beispiel ist die «Übersetzungsarbeit» in der Prozessgestaltung. Während die meisten Prozesse nach den Regeln der Kunst beschrieben und gestaltet werden können, bleibt der Kernprozess der Therapie gegenüber technischer Beschreibbarkeit weitestgehend verschlossen.

Eines der wichtigsten OE-Projekte der Anfangszeit war die Entwicklung und Einführung von Therapiestandards, die bewusst nicht Pflegestandards genannt wurden, da sie für die multiprofessionellen Teams gelten sollten. Kernstück war und ist immer noch der Standard «Therapieprozess», der nur erfüllt ist, wenn der Patient an seiner Therapieplanung mitgewirkt hat. Dazu muss das Team oder zumindest ein substantieller Teil des Teams mit dem Patienten zusammen eine gemeinsame Problemdefinition erarbeiten, Ressourcen benennen, Ziele definieren und geeignete Maßnahmen vereinbaren. Im Ohr ist uns die überraschte Reaktion einer seit vielen Jahren in der Klinik bekannten Patientin anlässlich ihrer 18. Hospitalisation: «Seit wann fragt Ihr denn die Patienten, was ihre Ziele sind?» – Hier wird aber bereits ein möglicher Widerspruch und Zielkonflikt erkennbar: Was tun wir, wenn ein Patient meint, zur Genesung mehrere Wochen zu brauchen, die Statistik aber gerade wieder zunehmende Aufenthaltsdauern ausweist, nachdem man sie mit vereinten Anstrengungen im Durchschnitt gesenkt hat?

Verbesserung: Deming-Zirkel oder Kybernetik zweiter Ordnung?

Das Vorgehen im Qualitätsmanagement wird vorzugsweise als kreisförmiger Prozess dargestellt. Deming (1986) nannte die Phasen «plan – do – check – act», im EFQM-Modell wurde daraus die RADAR-Logik («results – approach – deployment – assessment – review»). Diese Kreise stellen einen Problemlöse- oder Verbesserungsprozess dar. Ein anderes Schlagwort ist das von der «lernenden Organisation» (Senge 1996). Es sagt zunächst nichts darüber aus, wie gelernt wird. Übersetzt in lern-

Abbildung 1
Grundsätze der Unternehmensentwicklung

| Grundlagen/Voraussetzungen | Ziele |
|---|---|
| Leitbild | gemeinsame Grundhaltung |
| Organigramm, Funktionenbeschreibungen | Ausrichtung auf Kernprozess Therapie |
| Projekte | neue Lösungen, Angebotsanpassungen |
| Prozesse, z.B. | Ziele |
| Standard: Therapieprozess, Therapieplan | Mitwirkung der Patientinnen und Patienten |
| Ergebnisse | Ziele |
| Daten, u.a. aus Befragungen | zielgerichtete kontinuierliche Verbesserung, Vergleich mit den Besten |
| Selbst- und Fremdbewertung nach EFQM | Entwicklung zur lernenden Organisation |

theoretische Begriffe, handelt es sich wohl um Lernen am Modell (Benchmarking und Orientierung an der «best practice»), Lernen durch Vermeidung negativer Verstärkung (etwa als Folge von und in Vorbereitung von Personalumfragen) oder Lernen durch positive Verstärkung (etwa als Folge einer positiven Erfolgsrechnung).

Die Anforderungen an das Klinikmanagement sind aber wesentlich komplexer. Zielkonflikte müssen gelöst, sprunghafte Veränderungen im Umfeld abgedeckt und psychologische Faktoren in der Mitarbeiterschaft und bei den Partnern berücksichtigt werden. Das EFQM-Modell mit seinen neun Kriterien und unzähligen Unterkriterien wird der Komplexität bereits einigermaßen gerecht. Die Balanced Score Card versucht dagegen, die Komplexität wieder etwas zu reduzieren und das Management darin zu unterstützen, das Unternehmen mit wenigen Anzeigen im Cockpit auf Kurs zu halten.

Aus systemischer Sicht reicht beides nicht. Es sind häufig gerade die unerklärlichen, zunächst scheinbar unwichtigen Phänomene, die wesentlich mehr Einfluss auf Wohl und Wehe der Klinik haben als die mühevoll erarbeitete, peinlich genau gemessene Prozedur. Und hier ist die Rolle der Beobachter im Cockpit, ohne dass sie immer genau wüssten warum, enorm groß.

Bei der zweiten externen Begutachtung nach dem EFQM-Modell im Jahre 2001 war die Empörung der Bereichsleitungen über die Bewertung groß: Sie lag nur 16 Punkte über der beim ersten Durchgang erreichten Punktzahl und schien somit die Anstrengungen der letzten Jahre wenig zu würdigen. [Zur Erläuterung: Die EFQM hatte, um die Reliabilität der Fremdbewertungen zu verbessern, im Jahr 2000 neue Skalen zur Einschätzung eines Vorgehens nach RADAR-Logik eingeführt. Zwischen Gutachtern und Begutachteten wurde und wird seither bei jeder neuen Bewertung eine fruchtbare Auseinandersetzung geführt, ob die für hohe Punktzahlen geforderten Verbesserungen auch valide sind, das heißt mit tatsächlichen, auch nach anderen Kriterien mess- und spürbaren Qualitätsverbesserungen einhergehen.]

Es wurde nun sogar in Anwesenheit der Gutachter darüber diskutiert, ob wir wirklich weiter nach diesem Modell vorgehen sollten. Nachdem beschlossen worden war, dass die Kränkung zu verdauen sein müsste und dass es kein passenderes Modell gebe, war sogar die Einsicht möglich, dass die zweite Führungsstufe sich in Zukunft besser würde einigen müssen und eine gemeinsame Strategie, nicht nur im QM, verfolgen müsse. Das war der Grundstein für die Managemententwicklung, die später noch ausführlich dargestellt wird.

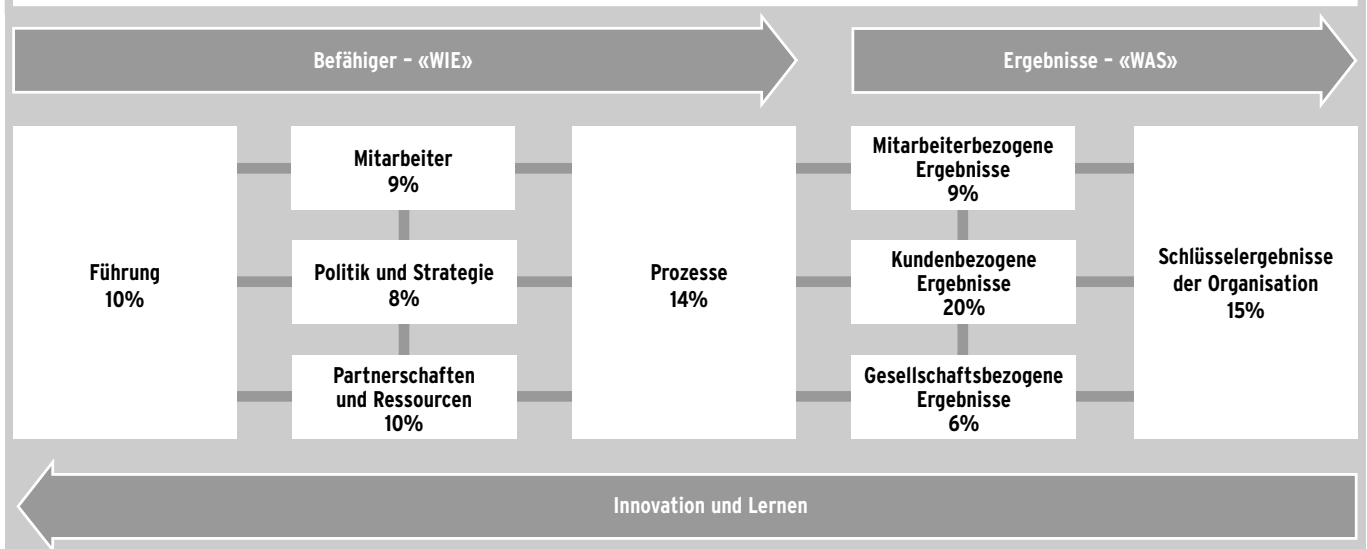
«Oft haben unerklärliche, scheinbar unwichtige Phänomene, mehr Einfluss auf das Wohl der Klinik als die mühevoll erarbeitete, genau gemessene Prozedur.»

Andere quantitative Daten und ihre Rückmeldung stießen ebenfalls auf alles andere als freudige Lernbereitschaft. Als die Erstautorin das erste Mal Ergebnisse einer Patientenumfrage frank und frei intern veröffentlichte, erntete sie bei den Assistenzärztinnen und -ärzten einen Aufschrei der Entrüstung. Es stellte sich heraus, dass deren Arbeitszeiten kurz zuvor so verändert worden waren, dass sie kaum noch regelmäßige Gespräche mit den Patientinnen führen konnten. Die Ärztinnen und Ärzte führten die verglichen mit anderen Berufsgruppen etwas schlechteren Rückmeldungen der Patienten auf diesen Faktor zurück. Ob das wirklich der Grund war, konnte nicht geklärt werden. Gelernt haben wir daraus, dass die Art der Rückmeldung vereinbart werden muss. Außerdem müssen die Betroffenen die Möglichkeit haben, die Ergebnisse und die Differenzen zum Mittelwert selbst zu interpretieren und geeignete Maßnahmen zu ergreifen. Inzwischen klappt dies für die Patientenbefragungen sogar mit den externen Benchmarkingpartnern so gut, dass das Benchmarking offen gestaltet werden kann.

Ein weiteres Beispiel gaben die ersten beiden Personalumfragen. Die erste Umfrage fiel noch in die Zeit, als die Psychiatri-

Abbildung 2

Bewertungsmodell der EFQM



sche Klinik zusammen mit drei externen psychiatrischen Diensten eine Einrichtung kantonalen Rechts darstellte. Hauptergebnis war eine gewisse Unzufriedenheit mit der Information durch die Klinikleitung und die ungenügende Möglichkeit zur Mitwirkung an Veränderungen. Daraufhin wurde ein großes Projekt unter Leitung eines Leitenden Arztes gestartet, in dem sehr gründlich und umfassend ausgelotet wurde, wie diese Mängel zu beheben seien. Alle Vorschläge der Projektgruppe wurden umgesetzt. Zwei Jahre später – Klinik, externe Dienste und kinder- und jugendpsychiatrischer Dienst nannten sich jetzt Psychiatrische Dienste Thurgau und waren Teil der Spital Thurgau AG geworden – zeigte die nächste Personalumfrage in diesen Fragen keine Auffälligkeiten mehr. Vielleicht hatte ja das Projekt wirklich alle Mängel beseitigt; die Probleme wurden nun aber ohnehin in einem ganz anderen Bereich gesehen: Die neue AG rief Angst vor Arbeitsplatzverlust hervor und das von ganz oben erlassene Leitbild, das keinerlei Bezug auf das vorhandene Leitbild nahm, wurde wenig gnädig bewertet.

Alle drei Beispiele zeigen, dass es mit den Lernzyklen nicht so recht funktionieren will, dass vielmehr andere Faktoren als die Verarbeitung zurückgemeldeter Daten die größeren Effekte haben können – in unseren Fällen: gekränkter Stolz, neue Arbeitszeitregelungen und veränderte Rahmenbedingungen.

Schlüsselerlebnis: Standard ist nicht gleich Standard

Ein Kollege am Ausbildungsinstitut für systemische Therapie und Beratung in Meilen verzog, als er von unserer Entwicklung von Therapiestandards hörte, verächtlich das Gesicht und meinte, das sei aber eine unreife Art von Organisation, die wir da entwickelten. Er verwies auf Mintzberg (1985), den wir daraufhin natürlich sofort lasen. Was wir entwickelt hatten, war zum Teil tatsächlich die unreife «Standardisierung von Prozessen» und «Standardisierung von Ergebnissen». Zu einem großen Teil aber mussten wir große Fähigkeiten der Mitarbeiter voraussetzen, etwa die Fähigkeit, mit Patienten in psychischen Krisen zu verhandeln. Eine «Standardisierung der Fähigkeiten der Mitarbeiter», die bei Mintzberg als die reifste Form der Organisation gilt, war zwar noch nicht dadurch erreicht, dass wir das Verhandeln um die Therapiepläne vorschrieben, wurde aber von Jahr zu Jahr in den Evaluationsgesprächen und schließlich auch in einer groß angelegten Weiterbildung verbessert. Als Ziel der Weiterbildung war formuliert: «Die Mitarbeitenden werden befähigt, Lebens- und Krankheitsgeschichten systemisch zu verstehen, Probleme mehrperspektivisch zu beschreiben, Anliegen und Aufträge zu klären, über Therapieziele zu verhandeln...» – Der kollegiale Einwurf war für uns insofern Schlüsselerlebnis, als wir uns nun bei allen Organisationsversuchen fragen: In Richtung welcher Organisationsform bewegen wir uns?

Systemisch betrachtet reagieren einzelne Organisationseinheiten zwar durchaus auf Steuerungsimpulse von außen, wozu auch das Datenfeedback gehört. Die Reaktion entspricht aber vielfach nicht der intendierten, sondern folgt den Gesetzmäßigkeiten des betreffenden Sub-Systems. Das Konzept der Selbstorganisation sozialer Systeme (Luhmann 2004) ist mit großem Gewinn zum Verständnis solcher Phänomene hinzu zu ziehen. Gesetzmäßigkeiten der Kybernetik zweiter Ordnung kommen zum Zuge, indem Führung nicht mehr als von außen beobachtend und steuernd konzeptualisiert werden kann. Nicht einmal externe EFQM-Gutachter können als «objektive» Außenstehende durchgehen, sondern müssen mit rückbezüglichen Einflüssen des beobachteten Systems rechnen.

Führung: Wellen machen und mitschwimmen

Aus dem bisher Gesagten wird ersichtlich, dass für das Schicksal von Steuerimpulsen und Regelkreisen meist auch andere als die objektiven Faktoren eine Rolle spielen. Der erfahrene Chef und die erfahrene Chefin weiß das. Er oder sie setzt die Impulse so, dass sie auf fruchtbaren Boden fallen; oder wirft einen Stein ins Wasser, wenn einigermaßen sicher ist, dass die entstehenden Wellen im richtigen Moment das Richtige auslösen. Er oder sie setzt im chaostheoretischen Sinne Attraktoren (Forster 1992): Attraktoren sind Elemente im System, die zwar nichts zwingend bewirken oder direkt verursachen; sie erhöhen bzw. reduzieren aber die Wahrscheinlichkeit bestimmter Ereignisse.

Für eine Klinik wie auch für jeden Bereich könnten mindestens in drei Aktionsfeldern Attraktoren gesetzt werden: in der Mitarbeiterschaft, bei den Patienten und im unmittelbaren sozialen Kontext der Patienten (Familien, Arbeitgeber, andere Dienstleister etc.). Der äußere gesetzliche und finanzielle Rahmen, der diese Aktionsfelder begrenzt, kann durch die «Wellen» im Teich ebenfalls beeinflusst werden. Und dem Denken in kybernetischen Konzepten entspricht es anzunehmen, dass die Steine werfende Person auch selbst in dem Teich schwimmt, in den sie Steine wirft.

So hat es Auswirkungen, die nicht komplett vorhersagbar sind, wenn etwa die Direktion den Stationen monatlich die Belegungszahlen zurückmeldet und zugleich die Personalbemessung von der Belegung abhängig macht. Wenn daraufhin Stationen voll- oder überbelegt sind, muss sich zwar der Leitende Arzt wegen sinkender Aufnahmebereitschaft und steigenden Aufenthaltsdauern verantworten, hat aber andererseits gegenüber den anderen Leitenden Ärzten betten- und personalmäßig den größeren Einflussbereich. Direktion und Leitende Ärzte haben somit Wellen geschlagen, die sowohl Belegung als auch Teamgröße auf ein hohes Niveau bringen, das Gesamtsystem aber in der Zweckerfüllung gefährden und den Rahmen zu sprengen drohen.

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurde, wie bereits erwähnt, ein Management-Entwicklungs-Programm (MEP) aufgelegt, da wir erkannt hatten, dass die Führungskräfte der verschiedenen Bereiche ihre Vorbildfunktion bezüglich Qualität sehr unterschiedlich wahrnahmen, insgesamt nicht optimal zusammen arbeiteten und ihre persönlichen und unternehmerischen Ziele eher in Vier-Augen-Gesprächen mit dem

Ärztlichen Direktor als in kollegialen Auseinandersetzungen zu erreichen suchten. Ziel war, den Boden für eine gemeinsame Strategie zu bereiten und diese Strategie zu erarbeiten. Das Vorgehen wurde von einem erfahrenen Personal- und Organisationsentwickler vorgeschlagen, von der Direktion genehmigt und dann zunächst für die zweite (Bereichsleitungen), anschließend für die dritte Kaderstufe (Leitungen der Stationen und Dienste) umgesetzt. Als Lernformen kamen Workshops, Lerngruppen, Coaching, Training-on-the-job und Selbststudium zum Einsatz. Themen waren Kommunikation, Betriebswirtschaft, Entwicklung der Person, Politik und Strategie der Psychiatrischen Dienste.

Die Wirkung der ersten Runde war wie erhofft. Man lernte sich besser kennen, verstand, was den Kollegen oder die Kollegin so bewegt, und einigte sich auf gemeinsame Ziele und Vorgehensweisen. Die Bereitschaft, auch im Rahmen des QM-Systems mehr Verantwortung zu übernehmen, wuchs. Die turnusgemäß anstehende Leitbild-Überarbeitung ging besser als je zuvor über die Bühne: Alle eingeladenen Führungskräfte wussten, um was es ging, und waren auch bereit, an der Revision mitzuarbeiten und ihre Direkt-Unterstellten zum gemeinsamen Nachdenken zu motivieren. Es gelang sogar, die Psychiatrischen Dienste der Spital Thurgau AG gegenüber zu

öffnen, das eigene Leitbild an deren Leitbild anzunähern und dennoch die eigene Identität deutlich und selbstbewusst darzustellen.

Was durchaus schon Motiv für die Management-Entwicklung, wenn auch zunächst nur in zweiter Linie und im Hintergrund, gewesen war, rückte einige Zeit nach Abschluss des Programms in den Vordergrund. Die Pensionierung des Ärztlichen Direktors warf immer deutlichere Schatten voraus. Im Rahmen der gemeinsamen Entwicklung gelang es aber nun, einen Konsens über die Anforderungen an die künftige Leitung zu formulieren. Die Frequenz der Vier-Augen-Gespräche nahm deutlich ab. Die Bereichsleiter bekamen Budget-Verantwortung für ihre Bereiche, zunächst für die Fort- und Weiterbildungsbudgets, später auch für die Stellenpläne.

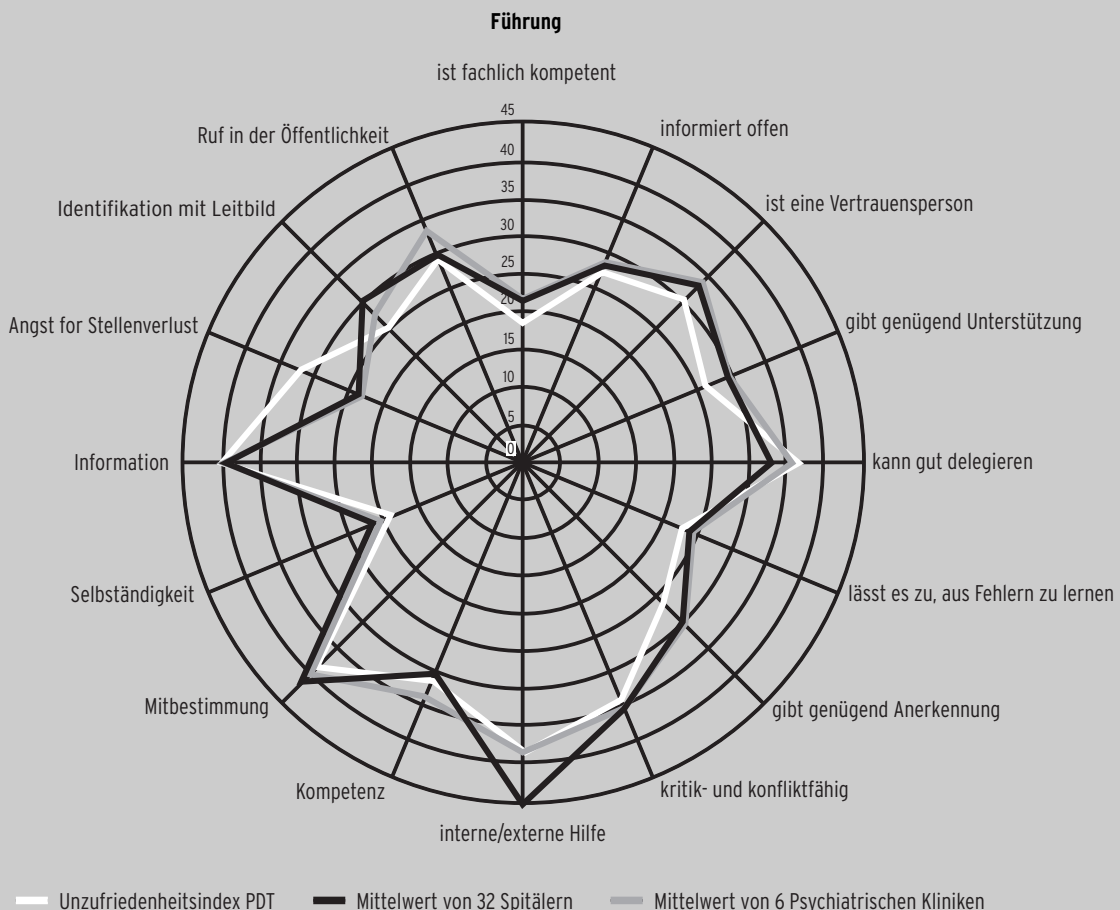
Dass diese aufwändige Maßnahme tatsächlich auch erwünschte Wirkungen zeigte, wurde mit einer weiteren Personalumfrage belegt (vgl. Abbildung 3).

Um das Gesagte zum Handlungsspielraum der Führungskräfte aufzugreifen: Das Verhandeln um die Budgets betrifft den äußeren Rahmen des eigenen Subsystems; das Arsenal an Steinen, die ins Wasser geworfen werden können, wird durch Wissen vergrößert, die Wurfweite kann nach dem Training besser variiert, die Interferenzen besser kalkuliert werden.

Abbildung 3

Personalumfrage 2003 - Unzufriedenheitsindices zu Fragen der Führung

(höhere Werte = größere Unzufriedenheit, im Vergleich zu Mittelwerten (Benchmarks) vergleichbarer Schweizer Spitäler)



First Person Account: Ein Oberarzt berichtet

Der Einbezug in das Management-Entwicklungsprogramm (MEP) fand in zwei Stufen statt. MEP I erfasste die ärztlichen und pflegerischen Bereichsleitungen sowie die entsprechenden Kader der Verwaltung und Hotellerie. Ein Jahr später war das mittlere Management in MEP II zusammengefasst worden.

Vor allem ein Teil der Ärzteschaft reagierte anfänglich sehr zwiespältig auf MEP II, da es sich um eine «Zwangsverpflichtung» für eine Weiterbildung handelte, die anscheinend deutlich über das Kerngeschäft («das Heilen von Patienten») hinausgehen sollte.

Die Erfahrungen waren dann positiv. Zum einen fand ein wichtiger Kennenlernprozess zwischen den verschiedenen Bereichen statt, der Respekt im Alltag wuchs dadurch. Durch eine von MEP II ausgehende bessere Vernetzung zwischen den Berufsgruppen (Ärzte, Pflege, Verwaltung, Hotellerie) wuchs das «Wir-Gefühl» innerhalb einer als anonym erlebten Spital Thurgau AG. Zum ersten Mal wurde über verschiedenartige Führungsstile, Kriterien für die Beurteilung und Förderung von Mitarbeitenden diskutiert und in Intervisionsgruppen erstaunlich offen reflektiert. Der Reiz der unterschiedlichen Kulturen wurde deutlich. Als Oberarzt mit dem Küchenchef zu diskutieren, wie er eine Therapiestation organisieren würde (und umgekehrt), brachte neue Sichtweisen für den Arbeitsalltag. MEP II bekam außerdem durch die Führungskader die Funktionsabläufe zum Beispiel beim Erstellen eines Jahresbudgets erläutert. Die Enge der Spielräume überraschte viele.

Die Lust auf die Übernahme von Managementaufgaben ist durch MEP nicht sehr stark gewachsen, aber die Kompetenz dazu ist höher – und die Effizienz. Gewachsen ist die Lust, anderen Abteilungen zu zeigen, was man kann – und die Neugierde beim anderen was abzuschauen. Besser werden muss die Transparenz, zum Beispiel zur Frage, wie die vorhandenen Mittel auf die verschiedenen Bereiche aufgeteilt werden. Dies ist nicht nur Ausdruck verbliebener Ressentiments, sondern Ausdruck des gewachsenen betriebswirtschaftlichen Verständnisses. Ob die Klinik- und vor allem die Geschäftsleitung so viel Einmischung und Neugierde zu würdigen weiß, das bleibt abzuwarten.

Dr. Herbert Leherr, Oberarzt im Bereich Sucht & Forensik

Die erzielten Verbesserungen über die Jahre hinweg und die im Vergleich mit anderen Kliniken guten Werte wurden im Rahmen der dritten EFQM-Bewertung als gut geplant und gut evaluiert betrachtet und spiegelten sich, zusammen mit hunderten von weiteren Verbesserungsmaßnahmen, in einer hohen Punktzahl wider.

Kultur: Menschenbild, (Heil-) Kunst und Milieu

Hiermit sind wir bei der bislang letzten Stufe der Unternehmensentwicklung angelangt, und hier werden die Konzepte vage. Wer weiß schon so genau, was mit «Kultur» gemeint ist? Trotzdem spürt man sie, sobald man durch die Eingangstür tritt, dem ersten Mitarbeiter begegnet, die Homepage besucht.

«In psychiatrischen Kliniken ist es besonders wichtig, im Rahmen der Unternehmensentwicklung Menschenbild und Auffassungen von Therapie als Begegnung vorrangig zu behandeln.»

Wir wollen uns in diesem Abschnitt auf Kulturelemente beschränken, die wiederum den drei Gebieten Kunden, Mitarbeiter und Kontext zuzuordnen sind. Gleichzeitig finden wir, dass wahrscheinlich in kaum einer anderen Branche diese drei Gebiete so eng zusammen hängen und darum auch so dringend gemeinsam entwickelt werden müssen wie in der Psychiatrie. Psychiatrische Kliniken bergen schließlich auch heute noch die Gefahr in sich, zu totalen Institutionen (Goffman 1957) zu verkommen, in denen die Menschenwürde auf subtile Art missachtet wird. Gerade gut organisierte Kliniken ohne Schlupflöcher und Ausweichmöglichkeiten für Patienten tragen dieses Risiko. Umso wichtiger ist es, im Rahmen der Unternehmensentwicklung Menschenbild und Auffassungen von Therapie als Begegnung (Welter-Enderlin & Hildenbrand 2004) vorrangig zu behandeln.

Ob und welch ein Menschenbild von den Mitarbeitenden geteilt wird, ist ein deutlich spürbares, aber kaum per Dekret zu erlassendes Kulturelement. Ist die Patientin ein Mensch, dessen Autonomie durch eine Krise vorübergehend eingeschränkt ist? Wollen wir ihre Geschichte hören und verstehen, wie es zu ihrem Problem gekommen ist? Was denken wir, was hilft – ausschließlich Medikamente oder auch die Begegnung? Interessieren wir uns für die Krankheitstheorien der Patientin? Wollen wir wirklich nicht die Experten sein, wollen wir wirklich Mitwirkung?

Unser Bild von den Patienten und der Umgang mit den Mitarbeitenden haben Parallelen. Entsprechende Fragen sind: Was trauen wir unseren Mitarbeitenden zu? Wie gehen wir mit Fehlern um? Wie fördern wir Ausbildung und Professionalisierung? Was halten wir von Evidence Based Medicine: Ist sie nur Leitschnur und Zusammenfassung von Wissen, oder macht sie die heilsame Beziehung zwischen Therapeut und Patient entbehrlich? Wenn wir die Begegnung zwischen Patient und Therapeut für wichtig halten, wie sieht es mit Begegnungen innerhalb der Mitarbeiterschaft aus?

Fragen zum Kontext können sich auf «draußen» oder «drinnen» beziehen und könnten lauten: Lassen wir die Welt herein? Fördern wir die Patientin in ihrer Rollenerfüllung als Familienmitglied, Arbeitnehmerin, Nachbarin? Welches Milieu stellen wir auf den Stationen her? Nehmen wir Einfluss auf die gesundheitspolitische Landschaft?

In den Psychiatrischen Diensten sind einige uralte qualitätssichernde Maßnahmen wiederbelebt worden, um diese Kulturelemente zu pflegen. Chefvisiten, Fallvorstellungen mit ausführlichen Diskussionen, Förderung von mehrjährigen Therapieausbildungen der Mitarbeitenden inklusive Supervision sind Beispiele.

Jüngstes Beispiel für eine Team- und Organisationsentwicklungs-Maßnahme, die große Auswirkungen auf die Kultur hatte und hat, ist die Weiterbildung «Systemische familienorientierte Behandlung». Ausgangspunkt war die Einsicht, dass Familien zwar als wichtige Mitbehandler und Nachbetreuer zu sehen sind, von vielen Mitarbeitern aber bestenfalls mit Unsicherheit, schlimmstenfalls als nebensächlich oder sogar störend betrachtet werden. Mitarbeitende mit Spaß an Familiengesprächen und entsprechenden mehrjährigen Weiterbildungen dagegen führten solche Gespräche gerne im stillen Kämmerlein durch.

Die systemische Weiterbildung wandte sich deshalb, ange-regt durch das SYMPA-Projekt dreier norddeutscher Kliniken (Schweitzer et al. 2005) an ganze Teams; im Gegensatz zu SYM-

PA waren jedoch alle und nicht nur Akutstationen angesprochen. Ziel war, eine Basis für gemeinsames Fallverständnis zu legen und dennoch rollengerechtes professionelles Handeln zu ermöglichen. In vier Blöcken zu jeweils drei Tagen, fand gemeinsames Lernen statt. In Life-Interviews mit Patienten der Klinik und anschließenden Diskussionen eines spontan zusammengestellten «Reflecting Teams» wurde die Einsicht vermittelt, dass wir unseren Patienten gegenüber ruhig unsere Meinungen und Hypothesen äußern können, dass wir die Hypothesen aber auch mit Freuden und zum Nutzen des Patienten wieder verwerfen können, wenn sie sich als falsch herausstellen. In Rollenspielen wurden Gesprächs- und vor allem Fragetechniken geübt. Von klinikinternen Fachleuten wurden Input-Referate gehalten. Zwischen den Blöcken trafen sich stationsgemischte Sechser-Gruppen zu Fallbesprechungen, die schnell von Supervisions- zu Interventionsgruppen umgestaltet wurden (Welter-Enderlin 1995). So genannte Hausaufgaben zielten darauf ab, neu erworbene Erkenntnisse in den Stationsalltag umzusetzen.

Außer den gewünschten Hauptwirkungen eines selbstverständlicheren Familieneinbezugs und eines systemischen Verständnisses psychiatrischer Krisen waren als Nebenwirkungen zu verzeichnen:

- Die Stations-Teams stellten fest, dass auch die anderen Teams gute Arbeit leisten und Wissen besitzen, das sich mit Vorteil anzapfen lässt.
- Manche Teams begannen, ihre Sitzungen neu zu organisieren, um mehr mit als über die Patientinnen reden zu können.
- Die Fähigkeiten der Mitarbeiter, mit den Patientinnen auf Augenhöhe zu reden und zu verhandeln, wuchs, so dass an vielen Orten die Kompetenz der Patientin als Mit-Produzentin ihrer Gesundheit ernster genommen wurde.

Ein anderes Beispiel dafür, wie Menschenbild, Kultur und Milieu zusammen hängen, ist der Umgang mit Kunst in der Klinik. An den Wänden hängen Originale. Zwischen den Häusern stehen Original-Skulpturen, durch hochkarätige Ausstellungen zeitweise noch vermehrt. Die Patientinnen und Patienten kommentieren die Kunstwerke und setzen sich mit ihnen auseinander. Der bisher einzige Fall von Vandalismus wurde von einem Eindringling begangen. Außerdem kam es vor 15 Jahren zur Beschädigung einer Skulptur, die von einem Karatekämpfer mit Schizophrenie-Diagnose als Sparringpartner benutzt worden war.

In der vierten und bislang letzten Runde der EFQM-Bewertungen wurde ein äußerst zufrieden stellender Wert erzielt, der die Psychiatrischen Dienste Thurgau im Vergleich mit anderen Kliniken ganz am oberen Ende positioniert.

Zukunft: Wer denkt und wer lenkt?

So weit so gut. Wir sind zufrieden mit unserer Entwicklung bis hierher: Unsere Patientinnen und Patienten beschwerten sich seltener als früher, dafür mit größerem Selbstbewusstsein und mehr Erfolg; die Finanzen sind unter Kontrolle; die Personalfuktuation ist nicht zu hoch und nicht zu niedrig.

Die Zukunft einer Klinik ist dennoch von zu vielen Faktoren abhängig, als dass man sich nun zurücklehnen und den Entwicklungsstand einfach halten könnte. Vorausschau-



endes, strategisches Management tut Not und muss auf Personen und Prozesse treffen, die Impulse in Wirkungen transformieren.

Seit 2003 hat die Psychiatrische Klinik ihre Anstrengungen verstärkt, auf das psychiatriepolitische Umfeld Einfluss zu nehmen. Eine Grundsatzentscheidung war, dabei nicht nur die eigenen Einnahmen sichern oder gar mehr zu wollen, sondern den Standpunkt zumindest für die Dauer des Projekts von innen nach außen zu verlegen und zusammen mit allen anderen Dienstleistern im Kanton bei Bestandsaufnahme und Planung die Warte der Patientinnen und Patienten und der Wohnbevölkerung einzunehmen. Im Jahre 2004 wurde der Kantonsregierung das «Psychiatriekonzept Thurgau» mit einem detaillierten Maßnahmenkatalog vorgelegt. Es fand breite Zustimmung bei allen Interessengruppen und harrt seither der Umsetzung, wobei zwei bis drei kleinere Folgeprojekte bereits lanciert sind.

Intern wird nun verstärkt das Zusammenwirken verschiedener Führungsstufen thematisiert. Die Frage ist, wie die Systeme sich so aneinander koppeln, dass eine gemeinsame Strategie dabei herauskommt. Die Teams funktionieren bereits gut, sogar sehr gut; die Bereiche ebenfalls. Wie aber reagieren beide System-Arten in Zukunft noch schneller und besser auf äußere Anforderungen? Wie wird «innen», in den Teams, weiterhin motiviert, selbst organisiert und mit hervorragender Qualität gearbeitet; wer geht nach «draußen» und gestaltet den Rahmen mit; wie werden neue Anforderungen in Steuerungsimpulse übersetzt?

Statt einer Zusammenfassung:

Nütliches für die Entwicklung in Kliniken

Qualitätsmanagement-Systeme sind eine gute Basis für die Organisationsentwicklung an Kliniken. Feedbackschleifen sollten in ihrer qualitätsfördernden Wirkung allerdings nicht überschätzt werden. Schlichte Ursache- Wirkungs-Zusammenhänge sind eher selten, chaostheoretische und kybernetische Modelle helfen weiter.

Schnelle Veränderungen in die beabsichtigte Richtung sind eher unwahrscheinlich: Befähigung der Mitarbeitenden braucht Zeit und Motivationsarbeit, und das ist der Hauptansatz, um letztendlich die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu verbessern. Diese Befähigung ist «In House» besser erreichbar als durch kostspielige auswärtige Weiterbildungen.

«Die Patienten beschwerten sich seltener als früher, dafür mit größerem Selbstbewusstsein und mehr Erfolg.»

Ärztinnen und Ärzte sind keine geborenen Führungskräfte und teilweise schwer zu überzeugen von der Notwendigkeit, Managementaufgaben zu übernehmen. Auswärtige Managementausbildungen sind vielleicht geeignet, Führungskompetenzen Einzelner zu verbessern. Einer gemeinsamen Management- und Strategieentwicklung, die ein koordiniertes «Navigieren beim Driften» des Unternehmens ermöglicht, ist aber bei Weitem der Vorzug zu geben.

Literatur

- **Biendarra, U. und Studer, K. (2005).** Managemententwicklung – ein etwas anderes Führungsseminar in den Psychiatrischen Diensten Thurgau. Schweizerische Ärztezeitung, 86, 243–248.
- **Borst, U., Studer, K., Würth, B. und Wyrsh, E. (1999).** Qualitätsmanagement in einer Psychiatrischen Klinik der Grundversorgung. Schweizerische Ärztezeitung, 80, 727–729.
- **Borst, U. und Werther, P. (1999).** Schizophrenie-Patienten: Opfer, Kunden oder Mit-Täter der Behandlung? Qualitätsmanagement im Klinikalltag. Schizophrenie, 14, 7–12.
- **Borst, U., Studer, K., Eyer, H. und Kellenberger, U. (2004).** Qualitätsmanagement in den Psychiatrischen Diensten Thurgau - Instrument der Unternehmensentwicklung. Schweizerische Ärztezeitung, 85, 578–581.
- **Deming, W.E. (1986).** Out of the crisis. Cambridge: MIT Center of Advanced Engeneering Study
- **Forster, W. (1992).** Management by Attraction. Aspekte eines systemischen Managementverständnisses. In C. Schmitz et al. (Hrsg.): Managerie. 1. Jahrbuch. Systemisches Denken und Handeln im Management (S. 41–69). Heidelberg: Carl-Auer
- **Goffmann, E. (1972).** Asyle. Frankfurt: Suhrkamp
- **Luhmann, N. (2004).** Einführung in die Systemtheorie (2. Aufl.), herausgegeben von Dirk Baecker. Heidelberg: Carl-Auer
- **Mintzberg, H. (1983).** Structures in Five. Designing Effective Organizations. Englewood Cliffs: Prentice Hall
- **Schweitzer, J. (1995).** Kundenorientierung als systemische Dienstleistungsphilosophie. Familiendynamik, 20, 292–313
- **Schweitzer, J., Engelbrecht, D., Schmitz, D., Borst, U. und Nicolai, E. (2005).** Systemische Akutpsychiatrie: Ein Werkstattbericht. Psychotherapie im Dialog, 6, 255–263
- **Senge, P.M. (1996).** Die fünfte Disziplin. Stuttgart: Klett-Cotta
- **Welter-Enderlin, R. (1995).** Effiziente Team-Intervision und Lernen 2. Ordnung. System Familie, 8, 111–117
- **Welter-Enderlin, R. und Hildenbrand, B. (2004).** Systemische Therapie als Begegnung (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta