

Organisationsentwicklung an psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern¹

Chancen, Risiken und Nebenwirkungen

Ulrike Borst

Zusammenfassung

Über Organisationsentwicklung (OE) wird viel geschrieben. Was aber funktioniert wirklich? Welche Besonderheiten sind in psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhäusern zu berücksichtigen? An einem großen und mehreren kleinen Fallbeispielen werden die Interdependenzen von Coaching, Psychotherapie, Supervision und OE angesprochen. Kritische Faktoren für den Erfolg von OE-Maßnahmen werden dargestellt.

Schlüsselwörter

systemische Organisationsentwicklung, Managemententwicklung, Autonomie, Teamarbeit

Warum in einem Heft über Coaching ein Beitrag über Organisationsentwicklung in Krankenhäusern? – Weil sich Auftraggeber, Coaches und Coachees auch in Krankenhäusern zunehmend vorausschauend verhalten und der Organisationsentwicklung widmen müssen; diese Aufgaben gehen über klassische Coaching-Situationen hinaus, in denen es um Führungskrisen geht, etwa im Umgang mit schwierigen Mitarbeitenden, bei neuen Aufgabenstellungen oder in Rollenkonflikten. Weil in Krankenhäusern die Abgrenzungen von Psychotherapie, Coaching, Führung und Supervision problematisch werden können. Weil eine gute Ärztin und ein guter Psychotherapeut nicht automatisch gute Führungskräfte sind. Vielleicht aber auch, weil ein Coach gerne bedeutsame Themen und Lösungsansätze in einem psychiatrischen Krankenhaus kennenlernen möchte.

Am Beispiel der Psychiatrischen Dienste Thurgau (PDT) werde ich darstellen, welche Schwerpunkte die Organisationsentwicklung haben kann, welche konkreten Veränderungen sie für die Mitarbeitenden bringen und welche Lektionen dort bisher gelernt wurden. Dazu zunächst das Nötigste zu Rahmen und Kontext. Die PDT bestehen aus der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen, drei externen psychiatrischen Diensten sowie dem Kinder-

und Jugendpsychiatrischen Dienst mit zwei Tageskliniken und Ambulatorium. Zusammen mit einer privaten Klinik gewährleisten sie die psychiatrische Versorgung der Thurgauer Bevölkerung. – Als 1996 die komplexen Anforderungen des neuen Schweizerischen Krankenversicherungsgesetzes kamen, wuchs in der Direktion der Bedarf an gezielter Organisationsentwicklung, und ich wurde mit deren Leitung betraut. Als zu Beginn des Jahres 2000 die PDT Teil der Spital Thurgau AG wurden, war bereits ein gutes Stück Arbeit getan: Leitbild, Organigramm, Funktionendiagramme, Stellenbeschreibungen, Prozessbeschreibungen und ein stattliches Daten-Set zur Ergebnisqualität waren eingeführt und gut aufeinander abgestimmt; diese Instrumente hielten den PDT der Spital Thurgau AG gegenüber den Rücken frei, auch, weil die Außenwirkung gut war und die PDT ein Feld von Krankenhäusern, die Qualitätsmanagement betrieben, anführten. In den PDT wurde Qualitätsmanagement aber von Anfang an als ein Instrument der OE gesehen (Borst et al. 2004), die OE nach systemischen Grundsätzen gestaltet (Borst u. Studer 2007) und die Patienten- sowie Mitarbeiterorientierung groß geschrieben.

Ich beschreibe im Folgenden die Essenz unserer Organisationsentwicklung – die wichtigsten Schwerpunkte, immer

¹ Zu beachten sind die vielfältigen Unterschiede zwischen Deutschland und der Schweiz, was die Stellung der Psychosomatik betrifft. In der Schweiz gibt es verglichen mit Deutschland weit weniger psychosomatische Kliniken. Das Klientel, das man in deutschen psychosomatischen Kliniken findet, verteilt sich in der Schweiz zu großen, etwa gleichen Teilen auf psychiatrische und somatische Kliniken. Die Teamarbeit an deutschen psychosomatischen

Kliniken ist meist ganz anders organisiert als an Schweizer Kliniken, indem die wenigen Pflegekräfte nicht im Bezugspersonensystem arbeiten. Ein weiterer gravierender Länderunterschied liegt im professionellen Selbstverständnis der Pflegenden: Schweizer Pflegefachleute haben wesentlich höhere zugestandene Kompetenzen, zum Beispiel was Einzelgespräche mit Patientinnen und Patienten betrifft.



mit dem Seitenblick auf sich daraus ergebende Coaching-Themen. Gelegentliche Ausflüge in andere Krankenhäuser, in denen ich Organisationsentwicklungs-, Supervisions- oder Coachingmandate hatte, kommen vor.

Kernaufgabe: Patientenautonomie fördern

Patientinnen und Patienten kommen in eine psychiatrische oder psychosomatische Klinik, weil sie unter Symptomen leiden, die ihre Lebenspraxis stark einschränken. Die Rollenerfüllung als Arbeitnehmerin, als Vater, als Präsidentin im Verein ist stark in Gefahr. Handelt es sich um eine kurze Krise oder um eine von vornherein festgelegte Aufenthaltsdauer, ist die Hospitalisation vielleicht stigmatisierend, aber gefährdet die Rolle nicht. Längere Aufenthalte dagegen bergen das große Risiko, dass der Weg zurück immer schwerer wird; und ganz hohe therapeutische Kunst ist die Förderung der Ablösung unter erschwerten Bedingungen, z. B. bei jungen Männern mit ersten psychotischen Krisen.

Kernaufgabe der Behandlung ist die möglichst komplette (Wieder-)Erlangung der Autonomie der Lebenspraxis. Anders als in der somatischen Medizin ist die Mitwirkung der PatientInnen an diesem Prozess nicht nur von Vorteil, sondern absolut unerlässlich. Andererseits sind psychiatrische Kliniken auch heute noch mit vielen Merkmalen einer totalen Organisation (Goffman 1973) behaftet:

- Alle Angelegenheiten des Lebens finden unter ein- und derselben Autorität statt.
- Alle Aktivitäten sind exakt geplant.
- Insassen und Personal sind getrennt, dazwischen gibt es nur begrenzten Informationsaustausch.
- Der Aufenthalt ist mit normaler Lohnarbeit und Familienleben unvereinbar.
- Das Ich wird durch subtile Mechanismen entwürdigt.
- Bei Wohlverhalten gibt es Privilegien.

Was sich auf Anhub banal anhört, ist in seiner Einfachheit eine Herausforderung für die Organisationsentwicklung in der Klinik: Wie erreicht man flächendeckend, dass Patientinnen und Patienten nicht nur behandelt werden, sondern dass auch jederzeit von jedem Mitarbeiter auf Augenhöhe mit dem Patienten oder

der Patientin über die Behandlung verhandelt wird? Kein Standard allein, keine Leitlinie allein kann dies gewährleisten. Es braucht auf allen Ebenen Maßnahmen: Im Leitbild muss ein entsprechendes Menschenbild verankert sein; die Teams müssen mehr mit als über die Patientinnen und Patienten reden; die Teammitglieder müssen die Fähigkeiten und Fertigkeiten ausbilden, fall- und situationsangemessen diese Verhandlungskultur in gute Gespräche mit dem Patienten umzusetzen; die Berufsgruppen müssen zwar nicht in jedem Detail „am gleichen Strang ziehen“, aber sich doch in groben Zügen einig sein, worum es geht und wie die Autonomie gefördert werden soll.

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen gibt es seit zehn Jahren ein gut eingeführtes System der Therapieplanung mit dem Patienten und im multiprofessionellen Team. Die jährlichen Evaluationen zeigen aber auch, wie anfällig dieses System ist: Personalwechsel, Zeitmangel und Koordinationsprobleme führen auf einzelnen Stationen schnell zu einer Verkümmern der Routinen, zu einem Vergessen ihres Sinns und zu separatistischen Bestrebungen; der Arzt therapiert wieder im stillen Kämmerlein, und die Pflegefachfrau schreibt im einsamen Büro am Therapieplan, der damit wieder zum reinen Pflegeplan wird.

Kritischer Erfolgsfaktor ist, dass die Erstellung eines konsensfähigen Therapieplans als fachliche Herausforderung betrachtet wird, die höchstes Können verlangt. Und dass dieses Können noch über die Expertenrolle gestellt wird, die die Ärztin besser wissen lässt, was dem Patienten gut tut.

» Das Team einer seit zwei Jahren bestehenden, ständig von Kostendämpfungsmaßnahmen der Mutterklinik bedrohten Tagesklinik für Suchterkrankte besteht aus teilweise sehr erfahrenen, teilweise in Weiterbildung befindlichen Fachleuten. Es gibt kein vereinbartes Vorgehen zur Therapieplanung, weder im Team, noch mit dem Patienten. Formuliertes Ziel ist meist die Abstinenz. Autonomiebestrebungen der Patienten werden häufig als Regelverstöße interpretiert und mit disziplinarischen Entlassungen sanktioniert. – Als Supervisorin versuche ich ein gemeinsames Fallverständnis zu entwickeln, das Antworten gibt auf die Fragen: Auf welches Leben draußen wollen wir den Patienten vorbe-

reiten? Sind die Störungen unserer Klinikabläufe vielleicht in diesem Zusammenhang zu verstehen? Welche Reaktionen außer Entlassung könnten wir noch zeigen? Mit meiner Organisationsentwicklungserfahrung im Hinterkopf rege ich außerdem die Einführung hilfreicher Routinen der Therapiezielplanung an. «

Bedingung I: Teamautonomie fördern

Ergebnisse der Arbeitspsychologie (Ulich 2002) zeigen, dass Motivation und Zufriedenheit des Personals eng damit zusammenhängen, wie viel Einfluss die Mitarbeitenden auf die Arbeitsgestaltung haben, wie vollständig die Aufgabe ist, und wie das Verhältnis von Aufwand und Gratifikation in Form von Geld und Anerkennung ist. Eine Untersuchung von Spar aus dem Jahre 1976 (ausführlich referiert in Bardé u. Matcke 1993) weist einen Zusammenhang von Kontrollüberzeugungen der Mitglieder psychiatrischer Teams mit der psychopathologischen Besserung und den Kontrollüberzeugungen ihrer Patientinnen und Patienten nach.

Was liegt also näher, als zum Wohle des Patienten die Autonomie der Teams zu fördern? Aber wie geht das?

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurde 1996 die Organisation grundlegend geändert. Die in Krankenhäusern übliche 3-Säulen-Hierarchie der Ärzteschaft, Pflege und Verwaltung wurde aufgehoben. Die Stationen stehen unter therapeutischer Leitung einer Oberärztin, eines Psychologen oder einer Sozialpädagogin, die nicht mehr Kontroll-, sondern Integrations- und Koordinationsfunktion hat. Dies ist in der Stellenbeschreibung verankert. Im Rahmen gewisser Vorgaben in Gestalt des Leitbilds, des Budgets, der Stellenbemessung und vereinbarter Entwicklungsziele sind die Stationen frei, ihre therapeutische Arbeit zu gestalten. Etwas komplizierter als in klassisch organisierten Kliniken ist die Einstellung und Entlassung von Mitarbeitern, da mehr Personen als anderswo üblich Mitspracherecht haben. Kritisch zu beurteilen ist, dass die Stellenbemessung stark von den Belegungszahlen abhängig gemacht wird, sodass nicht „das leere Bett“ und „die zügige Entlassung“ belohnt wird, sondern zur Stabilisierung

der Teams auch eine Stabilisierung der Belegung angestrebt wird.

Zu den Erfolgsfaktoren gehört hingegen, dass die Belegschaft mitsamt ihren therapeutischen LeiterInnen immer wieder auf die gemeinsam erarbeiteten Grundsätze verpflichtet wird. Dies geschieht in team- und bereichsübergreifenden Konferenzen, Fortbildungen und Fallbesprechungen, aber auch durch den hoch erwünschten Nebeneffekt der Projekte mit Matrixorganisation (s.u.), dass hierin nämlich intensiv über Ziele und Grundsätze geredet wird und im Austausch mit der Klinikleitung nach neuen Lösungen gesucht wird.

» Ein mit der Behandlung schizophrener PatientInnen befasstes Team an einer großen psychiatrischen Klinik erfuhr gelegentlich per E-mail aus der Personalabteilung, dass wieder ein Mitarbeiter abgezogen und auf eine andere Station versetzt wurde. Einmal wurde die ganze Klinik erst zwei Tage vorher darüber informiert, dass eine Station ganz geschlossen werden sollte. Die Stimmung im Team ließ sich mit dem Satz zusammenfassen: „Wir sind sowieso die Letzten.“ Diese Stimmung übertrug sich auf die Patientenbehandlung, indem deren Schicksal als unveränderlich, die Krankheit als chronisch und der Ausgang als schwerst behindernd angesehen wurden. Mir als Supervisorin war es ein Anliegen, zunächst kleine, später größere Beispiele zu finden, wo Team (und Patient oder Patientin) vielleicht doch Einfluss auf ihr Schicksal nehmen konnten. Oberarzt und Pflegeleiter wurden ermutigt, den übergeordneten Stellen zu vermitteln, dass über grundlegende Veränderungen früher informiert werden muss, und Mitsprache zu fördern („Führung von unten“). «

Ressourcen I: Mitarbeitende gesund und kreativ erhalten

Auch für die körperliche und psychische Gesundheit des Personals wurde eine positive Korrelation mit Einflussmöglichkeiten und Aufgabenvollständigkeit nachgewiesen (Ulich 2002).

Da in der ersten Personalbefragung an der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen im Jahre 1999 vor allem die Einflussmöglichkeiten und auch der Informationsfluss vergleichsweise negativ beurteilt

wurden, wurde ein großes Projekt mit Namen „Mitarbeiterdialog“ lanciert. Methodisch baute der Projektleiter, ein leitender Arzt, auf den Einbezug der Basis in das Projekt und auf qualitative Interviews mit zahlreichen Mitarbeitenden.

Ergebnis waren viele Vorschläge zur Verbesserung des Dialogs zwischen Hierarchieebenen, Berufsgruppen und – vor allem – Direktion und Mitarbeiterschaft. Alle Vorschläge wurden in einer zweiten Runde zahlreichen Mitarbeitenden zur Prioritätenbildung und Bewertung vorgelegt. Folgende Mittel zur Verbesserung des Dialogs wurden schlussendlich ausgewählt und umgesetzt: Klinikkonferenzen, Ombudsstelle, Ideenmanagement, Ausschreibung von Projektleitungen und interne Veröffentlichung der Protokolle der Klinikleitungssitzung. Alle Instrumente sind auch acht Jahre später noch in Gebrauch. In den weiteren großen Personalumfragen, dreien an der Zahl, wurden Informationsfluss und Mitwirkungsmöglichkeiten im Mittel als gut bis sehr gut bezeichnet.

Kritische Erfolgsfaktoren für die Mitwirkung der Mitarbeitenden sind zum einen die Zahl, die Ernsthaftigkeit und das Prestige der Projekte: Eine Anzahl von etwa drei Projekten im Jahr scheint sinnvoll; die Ergebnisse müssen von der Direktion ernsthaft gewollt und umgesetzt und in der gesamten Organisation als wichtig angesehen werden. So war es zum Beispiel für die Projektmitarbeitenden eher frustrierend, ein neues Dokumentationssystem zu erarbeiten, dagegen recht befriedigend, an der Erweiterung der betriebseigenen Kinderkrippe zu arbeiten. Zum anderen ist entscheidend, in Diskussionsforen wie etwa Vollversammlungen nicht nur von oben nach unten zu informieren und sich dann über mangelnde Diskussionsfreude zu wundern, sondern auch Berichte von der „Basis“ zu fordern und zu fördern.

Auf Stationsebene ist ein weiterer Punkt erwähnenswert: die Bezugspersonenarbeit. Jeder Patient, jede Patientin bekommt bei Eintritt eine pflegerische Bezugsperson und einen Arzt oder eine Psychologin als Therapeuten zugeordnet. Die pflegerische Berufsperson hat sehr weitreichende Kompetenzen. Sie führt selbstständig Gespräche mit „ihren“ Patienten und Patientinnen, koordiniert die Dienstleistungen, achtet auf rechtzeitige Therapieplanung, hält Kontakt zu externen Bezugspersonen wie Beiständen

(in Deutschland wären das Betreuer), Sozialamtmitarbeitenden und Angehörigen. Diese Aufgabe wird als interessant und anspruchsvoll erlebt. Neue Assistenzärztinnen, vor allem deutsche, müssen sich oft erst an die selbstbewussten Bezugspersonen gewöhnen.

Seit 2004 wird, angeregt durch das SYMPA-Projekt (Schweitzer et al. 2005), in etwa jährlich neu aufgelegten Durchgängen eine Weiterbildung namens „Systemische familienorientierte Behandlung“ angeboten, an der Angehörige sämtlicher Berufsgruppen teilnehmen können. Hauptziel ist die Befähigung des Mitarbeitenden, mit einzelnen PatientInnen, aber auch in Mehrpersonensettings Allparteilichkeit und Mehrperspektivität zu zeigen, mit Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen gemeinsame Problemdefinitionen und Zielvereinbarungen zu erarbeiten und innerhalb ihres Teams zu einem gemeinsamen Fallverständnis unter Einbezug wichtiger Kontextfaktoren und der Biografie des Patienten zu kommen. Nebenziel ist der Austausch über Teamgrenzen hinweg.

» Die gesamte Belegschaft einer psychosomatischen Abteilung an einem deutschen Bezirkskrankenhaus wurde vom Chefarzt zur systemischen Weiterbildung aufgeboten. Es stellte sich erst vor Ort heraus, dass schon ganz viel Wissen über systemische Konzepte und Methoden vorhanden war, dass aber das Zusammenspiel der Mitarbeitenden in der Behandlung der PatientInnen häufig nicht gelang: Die wenigen anwesenden Pflegefachleute fühlten sich von den Ärzten schlecht informiert und mit den Krisen, die sich vor allem an Wochenenden häuften, alleingelassen. Die Ärzte dagegen taten sich schwer mit systemischen Aspekten ihrer Therapien, da Angehörigengespräche im Konzept nicht vorgesehen waren. Die Kontakte zu den Angehörigen waren auf Gespräche „zwischen Tür und Angel“ beim Abholen oder Bringen an Wochenenden beschränkt und wurden dann natürlich von den diensthabenden Pflegekräften wahrgenommen. In einem Life-Interview mit einer Patientin mit Angststörung wurde sichtbar, dass die Informationen und Hypothesen über Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung sehr individualpsychologisch geprägt waren, und dass die Pflege hier viel zu einer systemischen Sicht beizutragen hatte. Nach der fallbezogenen Diskussion wurden Ideen produziert und diskutiert, wie die Pfl-

genden ihre Beiträge besser einbringen könnten. «

Ressourcen II: Wissen verbreiten, erweitern und nutzen

Was der neurologischen Klinik ihr Kernspintomograph, ist der psychiatrischen Klinik ihr Fachmann für forensische Gutachten, ihre Neuropsychologin mit Schwerpunkt Demenzdiagnostik, ihre erfahrene Paar- und Familientherapeutin. In diese Fachleute wurde viel investiert. Da aber Patientinnen und Patienten nicht ausschließlich von einzelnen Fachleuten behandelt werden, sondern das ganze Paket der vollstationären Behandlung brauchen – wären sie sonst eingetreten? – muss das Wissen Einzelner verbreitet werden.

Datenbankgestütztes Wissensmanagement hilft hier nur begrenzt weiter. Nötig sind Begegnungen, in denen Wissen ausgetauscht und nach dem Prinzip der Emergenz (aus der Summe der einzelnen Informationen entsteht neues Wissen) erweitert wird.

Die guten alten Fallkonferenzen sind ein Beispiel. Auch Teams können Fallbesprechungen durchführen, die mehr sind als die üblichen Kardexbesprechungen zum Informationsaustausch, indem sie das Gefäß für einen gemeinsamen Prozess des Verstehens nutzen.

In der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen wurden im Rahmen der bereits erwähnten Weiterbildung zur „Systemischen familienorientierten Behandlung“ Lerngruppen gebildet, in denen sechs Mitglieder verschiedener Stationsteams sich gegenseitig Fälle vorstellen, Hypothesen zur Fallstruktur entwickeln und Lösungsideen austauschen. Dies war zunächst nur für die Zeitdauer der Weiterbildung, mit vier bis fünf Treffen während eines halben Jahres, vorgesehen. Die Erfahrung wurde aber als so bereichernd erlebt, dass eine Fortführung der Gruppen auch über das Weiterbildungsende hinaus gewünscht wurde.

Eine andere Möglichkeit des Wissensaustausches besteht in der Projektarbeit. Auch hier treffen sich Personen verschiedener Stationen, Dienste und Bereiche, um gemeinsam an neuartigen Lösungen zu arbeiten. – Ein alles umfassendes Projekt stellt die Selbst- und Fremdbewer-

tung der PDT nach dem Modell der European Foundation for Quality Management (EFQM) dar. Hier treten alle Bereiche, Dienste und Stationen mit all ihren Ressourcen, Prozessen und Ergebnissen in Austausch. Die Arbeit der sogenannten Kriterienverantwortlichen steht senkrecht zur Linienorganisation, indem z. B. das Kriterium „Führung“ mit all seinen Subkriterien quer durch die ganze Organisation betrachtet wird. Das Endprodukt der Selbstbewertung, ein 70-seitiger Bericht, ist eine Organisationsanalyse, wie sie kompletter kaum sein könnte, und macht der internen Öffentlichkeit sehr viel Wissen zugänglich.

» *In den eigenen Diensten, den PDT, wird gerade ein Critical Incident Reporting System eingeführt. Ziel ist die Fehlervermeidung und das Lernen aus Fehlern, was beides auch als Verbreitung von Wissen zu betrachten ist: Ein auf einer Station gemachter Fehler könnte ja schließlich dazu dienen, die Abläufe in der ganzen Klinik zu verbessern. So einfach, wie es klingt, ist es aber nicht. In Bereichen, wo das Vertrauen in die Führung gering ist, scheint die Lust, sich an der Meldung von Fehlern zu beteiligen, inexistent, oder die Meldung wird mit Denunziation verwechselt. Es müssen also zunächst die Führungspersonen dahingehend gecoacht werden, dass sie bereit und in der Lage sind, in Teamdiskussionen auch über Fehler zu sprechen, diese nicht zu sanktionieren, sondern eine das Lernen fördernde Fehlerkultur herzustellen.* «

Bedingung II: Führungskräfte zu SpagatkünstlerInnen entwickeln

Es ist noch kein Manager vom Himmel gefallen, und Ärzte sind nicht die geborenen Führungskräfte. Da der Ärztestand aber zu den klassischen Professionen (Parsons 1964) gehört, berufsständische Organisationen gebildet hat und sich weitgehend selbst kontrolliert, tut er sich schwer damit, selbst Beratung zu suchen und zu akzeptieren. Manager dagegen gehören keiner Profession an, entwickeln sich aber in ihrer Laufbahn, häufig mithilfe von Beratung, zu „Führungspersönlichkeiten“ – Tom Levold spricht sogar von der „Professionalisierung der Persönlichkeit“ (Levold 2003).

Erschwerend kommt hinzu, dass der Habitus der Therapeutin, der Habitus der leitenden Ärztin und der Habitus der Verhandlungsführerin mit den Krankenversicherern nicht leicht zur Deckung kommen, gemäß Bourdieu (Übersicht bei Kraus u. Gebauer 2002) jeder Mensch aber nur einen Habitus hat.

In einem Management-Entwicklungsprogramm in den PDT (Biendarra u. Studer 2005) wurde zunächst den Führungspersonen der zweiten Kaderebene, dann den Führungskräften der dritten Kaderebene Wissen über wirtschaftliche Zusammenhänge vermittelt; vor allem aber wurde in verschiedenen Situationen geübt, zielgruppengerecht aufzutreten. In Lerngruppen sowie Einzelcoachings mit einem externen Berater wurden einerseits Erfahrungen ausgetauscht und gemeinsame Strategien entwickelt, andererseits aber auch der persönliche Stil entwickelt. – Ein nachhaltiger Effekt dieser recht aufwendigen Maßnahme könnte daran scheitern, dass die zweite Kaderebene sich mit ihren in langen Jahren frei entwickelten Stilen nun wieder durchsetzt und die dritte Kaderebene, durch das Programm in Aufbruchstimmung versetzt und wohlwollend-kritisch gegenüber Vorgesetzten geworden, bezüglich „Führung von unten“ resigniert und wieder die eigenen Gärtchen pflegt.

Hier ist meines Erachtens der Unterschied zwischen guter und exzellenter Klinik zu suchen: Auch bei einer ganzen Ansammlung hervorragender Fachleute ist eine Klinik erst dann exzellent, wenn es gelingt, eine gemeinsame Strategie zu entwickeln und Antworten zu haben auf die Fragen: Was ist unsere Klientel? Welche Partnerschaften sind uns wichtig? Welche Grundsätze teilen wir? Welche Entwicklungen gehen wir mittel- und langfristig an? – und Personen freizustellen für die Entwicklung neuer Angebote.

Gelernte Lektionen

- Ohne den ausdrücklichen Wunsch und Willen der Direktion, am besten personifiziert durch den Ärztlichen Direktor, ist eine umfassende Organisationsentwicklung in Krankenhäusern nicht möglich.
- Vertrauen in die Mitarbeitenden ist essenziell. Teamautonomie und Projektarbeit kann nur gelingen, wenn von der obersten Leitung große Offen-

Fazit

Die Steuerung von Krankenhäusern über betriebswirtschaftliche Kennzahlen muss mit fachlichen Zielsetzungen verknüpft werden. Dazu ist eine enge und gute Zusammenarbeit zwischen Controller und Direktion nötig. Die gemeinsame Strategieentwicklung über alle Hierarchiestufen hinweg ist dann eine Sache der Arbeit an gemeinsamen Themen, der Überzeugungskraft und der sinnvollen Projektarbeit. Dies ist weit mehr, als mit den üblichen Zielvereinbarungen erreicht werden kann.

heit für die Ergebnisse gezeigt wird. Die Bereitschaft der Mitarbeitenden zur Mitwirkung ist vorhanden, schwindet aber auch schnell, wenn sich nach einem aufwendigen Projekt konkret zu wenig ändert.

- Gutes Projektmanagement mit klaren Aufträgen und Zielen ist nötig. Projekte geraten sonst zu lang und ermüden. Die erforderliche Methodenkompetenz der Projektleiterinnen und -leiter ist durch nichts zu ersetzen, weder durch Führungs- noch durch therapeutische Kompetenz.
- Regelmäßige Evaluationen und Kurskorrekturen verhindern, dass Projekte „einschlafen“ oder klinikweite Änderungen an ihrer geringen Halbwertszeit zugrunde gehen.
- Für das Lernen aus Fehlern oder aus dem Vergleich mit anderen gibt es eine optimale Gruppengröße. Eine Organisation mit 350 Beschäftigten lernt als solche nicht. Nur Personen lernen, und das auch nur, wenn sie weder zu ängstlich noch zu entspannt sind.

Zur Autorin

Ulrike Borst

geb. 1955, Dr. rer. nat., Dipl.-Psych., Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, Fachpsychologin für Klinische Psychologie FSP, Lehrende Supervisorin SG. Von 1989 bis 1995 Stationspsychologin, von 1995 bis 2002 Psychologin in Oberarzt-Funktion und Leiterin Qualitätsmanagement in der Psychiatrischen Klinik Münsterlingen (Schweiz), seit 2002 Leiterin Unternehmensentwicklung in den Psychiatrischen Diensten Thurgau (Schweiz). Seit 1998 Mitglied des Dozenten- und Supervisorenteams des Ausbildungsinstituts für systemische Therapie und Beratung in Meilen bei Zürich. Seit 1.1.2006 Leiterin des Ausbildungsinstituts.

Arbeitsschwerpunkte: systemische Einzel-, Paar- und Familientherapie, Supervision, Team- und Organisationsentwicklung in der Psychiatrie und in anderen Organisationen des Sozial- und Gesundheitswesens.

Korrespondenzadresse:

Dr. Ulrike Borst
Psychiatrische Dienste Thurgau
Postfach 154
8596 Münsterlingen, Schweiz
E-mail: ulrike.borst@stgag.ch



Literatur

- 1 Bardé B. Die psychotherapeutische Behandlung der Patienten durch ein therapeutisches Team. Zur Theorie, Empirie und Klinik der psychoanalytisch orientierten stationären Psychotherapie. In: Bardé B, Mattke D (Hrsg): Therapeutische Teams. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 1993
- 2 Biendarra U, Studer K. Managemententwicklung – ein etwas anderes Führungsseminar in den Psychiatrischen Diensten Thurgau. Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86: 243–248
- 3 Borst U, Studer K. Navigieren, Driften und Wellen schlagen. Unternehmensentwicklung in einer psychiatrischen Klinik. OrganisationsEntwicklung 2007; 1: 53–60
- 4 Borst U, Studer K, Eyer H, Kellenberger U. Qualitätsmanagement in den Psychiatrischen Diensten Thurgau – Instrument der Unternehmensentwicklung. Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85: 578–581
- 5 Goffman E. Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt: Suhrkamp, 1973
- 6 Kraiss B, Gebauer G. Habitus. Bielefeld: transcript Verlag, 2002
- 7 Levold T. Die Professionalisierung der Persönlichkeit – Zur gesellschaftlichen Aktualität von Coaching. In: Martens-Schmid K (Hrsg): Coaching als Beratungssystem. Grundlagen, Konzepte, Methoden. Heidelberg: economica Verlag, 2003: 55–88
- 8 Parsons T. Die akademischen Berufe und die Sozialstruktur. In: Parsons T (Hrsg): Beiträge zur soziologischen Theorie. Neuwied: Luchterhand, 1964: 160–179
- 9 Schweitzer J, Engelbrecht D, Schmitz D, Borst U, Nicolai E. Systemische Akutpsychiatrie: Ein Werkstattbericht. Psychotherapie im Dialog 2005; 6: 255–263
- 10 Ulich E. Betriebliche Gesundheitsförderung lohnt sich – Netzwerken und Handeln lautet die Devise. Die BKK 2002; 2: 39–44