

Supervision als Verfahren Integrativer Organisationsentwicklung in medizinischen Einrichtungen

Peter Recht, Bielefeld

© 2024 Bielefeld Peter Recht

Erstveröffentlicht in:
Organisationsentwicklung, Supervision und Clinical Management
Opladen 1994

Inhalt

Zusammenfassung	3
1 Methodische und substantielle Probleme von Supervision in medizinischen Einrichtungen	4
2 Soziologische Perspektiven in der Supervision medizinischer Einrichtungen	6
2.1 Theorien formaler Organisation	6
2.2 Ansätze interpretativer Soziologie	7
2.3 Empirische Verfahren interpretativer Soziologie	8
3 Integrative Supervision als Verfahren klinischer Soziologie	9
3.1 Das heuristische Vorgehen integrativer Supervision	10
3.2 Dimensionen der Datenerhebung und -analyse	11
3.2.1 <i>Die individuelle Ebene</i>	11
3.2.2 <i>Die interaktionale Ebene</i>	12
3.2.3 <i>Die systemische Ebene</i>	12
3.2.4 <i>Defizit, Trauma, Störung, Konflikt - Typen institutioneller Pathologie</i>	13
3.3 Perspektiven sozialer Intervention in Organisationen	15
4 <i>Kontext, Kontakt, Kontrakt</i> als Kategorien eines heuristischen Zugangs zu medizinischen Einrichtungen	16
5 Kontext (Ist-Analyse)	17
5.1 Personenbezogener Kontext	17
5.1.1 <i>Individueller Kontext der professionell Handlungsbeteiligten</i>	17
5.1.2 <i>Individueller Kontext des Patienten</i>	19
5.2 Institutioneller Kontext	19
5.2.1 <i>Politisch-ökonomischer Kontext</i>	20
5.2.2 <i>Aufgabenstruktur / Zielsysteme</i>	20
5.2.3 <i>Baulicher / Ausstattungs-Kontext</i>	20
5.2.4 <i>Personeller Kontext</i>	21
5.2.5 <i>Leistungsstruktur</i>	21
5.2.6 <i>Funktionskontext</i>	22
6 Kontakt (Ist-Analyse)	23
6.1 Institutionelle Interaktionsformen	23
6.1.1 <i>Die Ebene des Arbeitsprozesses</i>	23
6.1.2 <i>Die soziodynamische Ebene</i>	24
6.2 Beziehungen zwischen professionellen und nichtprofessionellen Mitgliedern der Organisation (Arzt-Patient, Pflege-Patient)	24
6.3 Beziehungen zwischen professionellen Mitgliedern der Organisation	25
6.3.1 <i>Komplexe Interaktionssysteme, Kommunikation zwischen Abteilungen</i>	25
6.3.2 <i>Kommunikation innerhalb von Teams/Abteilungen</i>	26
7 Kontrakt (Soll-Struktur)	26
Literaturverzeichnis	28
Anhang 1: Gliederungssystem	30
Anhang 2: Initialphase der Organisationsentwicklung in einem allgemeinen Krankenhaus	32
Anhang 3: Prozessverlauf der Organisationsentwicklung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik	34

Zusammenfassung

In diesem Aufsatz werden feldspezifische Bedingungen und Verfahrensweisen von Supervision in Einrichtungen des Gesundheitswesens beschrieben und theoretisch verortet. Dabei wird besonders auf Ansätze phänomenologisch-qualitativer Sozialforschung Bezug genommen und Supervision als Ansatz "klinischer Soziologie" verstanden. Ein ausführlich dargestelltes heuristisches Modell zeigt Wege eines verstehenden Zugangs zu den vielfältigen Struktur- und Prozessdimensionen von Krankenhäusern u. ä. Einrichtungen gesundheitlicher Versorgung auf. Damit werden Ansätze für Prozesse rationaler Organisationsentwicklung in diesen Institutionen sowohl diagnostisch begründet und als auch gleichzeitig vom Prozess her in Gang gesetzt.

Summery:

This article describes specific conditions and proceedings in the supervision of health-care services. In a theoretical discussion this kind of supervision is brought into relationship with research methods of phenomenological oriented sociology. In this way supervision appears as a matter of "clinical sociology". A comprehensive heuristic model offers access to the multiple dimensions of structure and process in hospital or similar institutions in health-care services. The grounded body of diagnostic knowledge gives initiates processes of organizational development.

key-words:

health-care services, clinical sociology, organizational development, phenomenology, supervision

1 Methodische und substantielle Probleme von Supervision in medizinischen Einrichtungen

Ziel der folgenden Arbeit ist, einige charakteristische Merkmale und Verfahrensweisen der Supervision medizinischer Einrichtungen darzustellen und zu diskutieren. Mit dem Terminus „medizinische Einrichtungen“ ist dabei nicht nur an solche Kliniken und Beratungsstellen gedacht, die spezielle psycho- oder soziotherapeutische Leistungen erbringen (z.B. psychosomatische Fachkliniken, Einrichtungen der Suchtkrankenhilfe) und in denen Supervision schon etwas länger zum Standard gehört, sondern es geht auch um allgemeine Krankenhäuser und Ambulatorien, die auf dem Feld der Somatotherapie, dem traditionellen medizinischen Sektor, tätig sind. In diesem Bereich artikuliert sich in letzter Zeit ein zunehmendes Bedürfnis nach Hilfestellung durch Supervision bei der institutionellen und individuellen Bewältigung verschiedener Problemkonstellationen.

Das bisher in der Supervision überwiegend verwendete methodische Instrumentarium und dessen theoretische Begründung erweist sich für die Bedürfnisstruktur von Supervisanden in medizinischen Einrichtungen teilweise als unzureichend und im Hinblick auf die zu bearbeitenden Phänomene auch gelegentlich als irreführend. Das erscheint nicht verwunderlich, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die existierenden supervisorischen Schulen ihre Wurzeln in eng umschriebenen Arbeitsfeldern haben. Hierzu zählen die Praxisanleitung von Sozialarbeitern¹, die Schulaufsicht und Ausbildung von Lehrern², die Ausbildung von Psychoanalytikern³ und die Weiterbildung praktischer Ärzte im Hinblick auf die psychosomatischen Anteile ihrer Diagnosen unter einer psychoanalytischen Perspektive⁴.

Als zentraler Ansatz des supervisorischen Diskurses ist damit eine fallbezogene Betrachtungsweise unter besonderer Berücksichtigung psychodynamischer Variablen der Interaktion zwischen Patienten und Therapeut / Arzt definiert. Als Setting beratender bzw. therapeutischer Tätigkeit wird hierbei eine dyadische Beziehung zwischen Berater-Klient bzw. Arzt-Patient im Rahmen einer überschaubaren niedergelassenen Praxis bzw. Beratungsstelle vorausgesetzt. Die heutige stationäre medizinische Praxis vollzieht sich aber in multiprofessionell und arbeitsteilig organisierten Großinstitutionen, deren professionelle und organisatorische Komplexität von deren Mitarbeitern verstanden und bewältigt werden will. Das heißt für die supervisorische Praxis in diesem Feld, dass die supervisorische Arbeitsperspektive über den traditionellen Rahmen einfacher dyadischer und auch gruppenspezifischer Interaktionssituationen hinausgehen muss. Ferner besteht die Notwendigkeit, einen solchen Arbeitsansatz theoretisch zu begründen und ihn in Bezug zu den für Feld und Methode bedeutsamen wissenschaftlichen Grundlagen zu setzen.

Damit ist keine generelle Absage an diejenigen psychologischen bzw. psychodynamischen Erklärungsansätze gemeint, die bisher die methodische und inhaltliche Sichtweise von Supervision dominieren. In der Praxis findet die Reflexion psychosozialer Dimensionen medizinischer Arbeit häufig im Rahmen von *Balint*gruppenarbeit und Falldiskussionen, bei Teamsupervisionen auch unter einem gruppenspezifischen Ansatz statt. In der Folge sind gelegentlich undifferenziert frustrierte bis wütende Reaktionen der Mitarbeiter vorzufindenden. Diese Reaktionen stellen oft

keinen pathologischen Widerstand dar, sondern stellen die adäquate Reaktion auf eine unangemessene Problemdefinition zu ihren Lasten dar.

Wenn nämlich die problematische Situation in Richtung des organisatorischen bzw. institutionellen Hintergrundes hin untersucht wird, stellen sich gruppensdynamische Konflikte häufig als Ausdruck zentraler struktureller Konflikte oder Defizite der Organisation oder der beteiligten Professionen dar. Werden diese Dimensionen aber ausgespart, bleibt es in der Supervision beim kurzfristigen Entlastungseffekt des „Darüber-Redens“. Auch besteht so die Gefahr, dass Supervision auf diesem Wege die defizitäre soziale Wirklichkeit der Organisation und die Mängel im Leistungsprofil der Organisation verschleiern hilft und diese gegenüber der Klientel, den Mitarbeitern und der Öffentlichkeit ungerechtfertigterweise legitimiert.

Hiermit ist für die Supervision eine inhaltlich und methodisch breite Arbeitsperspektive gefordert. Das erfordert ein entsprechend umfassendes theoretisches und praxeologisches Gesamtkonzept, das in seinem methodischen Ansatz sowohl die personale als auch die interaktionale als auch die systemische Ebene der Organisation unter pragmatischen Gesichtspunkten mehrperspektivisch ins Auge fasst. Vor dem Hintergrund integrativer Supervisionsverfahren⁵ sollen in den folgenden Bezügen zwischen einem mehrperspektivischen Vorgehen in der Supervision einerseits und sozialwissenschaftlicher Theoriebildung und Methodologie andererseits dargestellt werden. Damit kann ein solch mehrperspektivisches Supervisionsverfahren auch als ein Verfahren angewandter Sozialforschung und sozialer Intervention in Organisationen, oder auch kurz, als ein Verfahren klinischer Soziologie verstanden werden.

Der Begriff „Klinische Soziologie“ hat seine Ursprünge in der soziologischen Tradition der „Chicago Schule“ in den 30iger Jahren.⁶ „Klinische“ Forschung, auch in der Medizin und Psychologie/Psychoanalyse, ist charakterisiert durch die typische Form des anfallenden empirischen Datenmaterials, die einzelfallbezogene Materialsammlung. Für die Datenanalyse heißt das, dass Fallmaterial in uncodierter und damit nicht-quantifizierter Form unter qualitativen Gesichtspunkten dargestellt und interpretiert wird.

Die breite Entwicklung eines klinischen Ansatzes in der empirischen Sozialforschung ist aber bis heute dadurch behindert, dass es im Gegensatz zur expansiven Entwicklung quantifizierender Forschungsmethoden an der Entwicklung eines differenzierten methodischen Instrumentariums zur Auswertung qualitativer Daten fehlt. Erst in den letzten 20 Jahren ist im Bereich amerikanischer und auch neuerer deutscher Ansätze phänomenologisch orientierter Soziologie und Soziolinguistik eine entsprechende Grundlagenforschung betrieben worden.⁷

Im Verlauf der vorliegenden Arbeit sollen die Bezüge zwischen soziologischer Theoriebildung und Methodologie einerseits und integrativer Supervisionsverfahren andererseits näher beschrieben werden, um diese als Verfahren *klinischer Soziologie* zu kennzeichnen und einzuordnen. Diese Überlegungen werden dann auf die Supervision im Feld medizinischer Einrichtungen bezogen. Angesichts der Vielfalt der in der Supervision aufscheinenden substantiellen Problemkonstellationen medizinischer Einrichtungen und deren komplexer inhaltlicher Dimensionierung bedarf deren praktische Darstellung und Handhabung einer orientierenden Systematik. Hierzu werden im Anschluss zentrale substantielle Problembereiche medizinischer Einrichtungen im Rahmen eines heuristischen Modells vorgestellt. Dieses phänomenologische Modell soll helfen, das

Material, das innerhalb supervisorischer Arbeit generiert wird, strukturellen Arealen des Feldes zuzuordnen. Als System „pragmatischer Typisierung“ kann dieses Modell dem Supervisor als Orientierungshilfe im Gewirr vielfältiger Analyseebenen und Systemzusammenhänge dienen, mit denen er in den komplexen Systemen medizinischer Versorgung konfrontiert wird.

2 Soziologische Perspektiven in der Supervision medizinischer Einrichtungen

Theoriebildung kann als der systematische Versuch verstanden werden, die phänomenale Vielfalt der Welt zu ordnen. D.h., dass systematisch Deutungs- und Strukturierungsmuster entwickelt werden, mit deren Hilfe alltagsweltliches oder wissenschaftliches Datenmaterial geordnet werden kann. Für den Supervisor als klinischen Sozialforscher stellt sich dabei aber immer wieder das Problem, dass zwischen Theoriebildung und der Realität empirischen Datenmaterials eine scheinbar unüberwindbare Kluft besteht.⁸ Es ist nicht möglich, aus Daten über die Struktur der Organisation direkt auf das Handeln ihrer Mitglieder zu schließen. Auch umgekehrt ist aus der subjektiven Präsentation von Datenmaterial im Rahmen einer Supervisionsgruppe nicht unbedingt auf die Realität der Gesamtorganisation zu schließen. Die Realität des Mitarbeiters und die Realität der Organisation stehen damit unvermittelt nebeneinander.

Diese Dichotomie spiegelt sich in der methodischen Praxis gängiger Verfahren der Organisationsberatung und -entwicklung wieder. Einerseits werden Organisationsgutachten erstellt und Reorganisationsbemühungen initiiert, die sich mit dem strukturellen Aufbau der Organisation befassen. Andererseits wird Supervision betrieben, die sich mit der subjektiven Verarbeitung eben dieser Strukturen auf Seiten der Mitarbeiter beschäftigt. Eine wechselseitige Befruchtung bzw. die Integration beider Seiten der Wirklichkeit werden damit systematisch verhindert.

Das liegt in der Orientierung an Theorien formaler Organisation⁹, die auf Seiten der traditionellen Organisationsberatung dominieren, begründet. Supervision verhindert andererseits durch eine Präferenz dynamischer Theorien vom Typ individualpsychologischer bzw. psychodynamischer Ansätze einen Zugang zur strukturellen Wirklichkeit der Organisation.

2.1 Theorien formaler Organisation

In der Organisationssoziologie als der entsprechenden wissenschaftlichen Bezugsdisziplin konkurrieren mehrere theoretische Ansätze miteinander. Die Theorien formaler Organisation in der Tradition von *Max Weber*¹⁰ und strukturfunktionalistische Ansätze¹¹ stehen phänomenologischen

Ansätzen¹² gegenüber. Die Schulen formaler Organisationstheorie verstehen das Handeln in Organisationen als Handeln, das von formalen Regeln und Normen sowie dem offiziellen Organisationsziel bestimmt wird. Regeln und Normen werden dabei als Teil der Organisationsstruktur verstanden. Die Analyse der formalen, expliziten Regeln und Strukturen der Organisation soll Aussagen über das Handeln der Mitglieder ermöglichen und als Planungsgrundlage dienen.

Menschliches Handeln wird in diesem Sinne als einfaches Produkt der Ausführung institutioneller Regeln verstanden. Aber jeder Verwaltungsleiter eines Krankenhauses wird bestätigen, dass ja gerade aus der Diskrepanz zwischen Organisationszielen und Organisationsregeln einerseits und dem Handeln der Mitglieder der Organisation andererseits eben diejenigen täglichen Probleme entstehen, die dann mit Hilfe von Supervision überbrückt werden sollen.^{13 14} Unter den Theorien formaler Organisation wird diese Diskrepanz durch die Bildung von Theorien gleichen Typs, die instabilen bzw. dynamischen Strukturen der Organisation als Phänomene „informeller Organisation“ zu erklären versuchen, überbrückt. Die eigentliche Qualität des Widerspruchs bleibt damit aber verschleiert.

Für die empirische Sozialforschung und damit auch für die Supervision als klinisches Verfahren ergibt sich daher alleine aus der Analyse der Regeln der Organisation keine ausreichende Basis, um effiziente Vorschläge zur Reorganisation der institutionellen Struktur oder zur Verhaltensmodifikation ihrer Mitglieder machen zu können.

2.2 Ansätze interpretativer Soziologie

Ansätze interpretativer bzw. qualitativer Sozialforschung¹⁵ aus der phänomenologischen Wissenschaftstradition, wie sie auf der metatheoretischen Ebene auch den hier zugrunde gelegten Verfahren integrativer Supervision zu eigen sind, zeigen Möglichkeiten auf, hier einer Problemlösung näherzukommen. Die Grundannahme entsprechender soziologischer Ansätze ist, dass soziale Strukturen, in unserem Falle also die Strukturen einer Organisation, das Produkt pragmatischen Handelns ihrer Mitglieder sind.¹⁶ Die Mitglieder der Organisation werden dabei von dem pragmatischen Interesse¹⁷ geleitet, sich unter Berücksichtigung professioneller Orientierungen innerhalb der situativen Bedingungen der Organisation zu regulieren. Dabei ist die personale Identität¹⁸ der Handlungsbeteiligten sicherzustellen¹⁹.

Im Zusammenhang medizinischer Einrichtungen sind hiermit die Bedürfnisse von Patienten und Personal gemeint, die arbeitsteilig befriedigt werden müssen: Patienten wollen von ihrer Krankheit genesen und dabei physische, psychische und soziale Bedürfnisse befriedigen. Professionelle wollen ihrer Berufstätigkeit nachgehen und dabei nicht nur materiellen Lohn sondern auch (Lebens-)Sinn gewinnen. Pragmatische Interessen resultieren auch aus den Zugzwängen und Perspektiven, die sich aus einer prozessualen Dimension heraus ergeben: zu jedem (Lebens-) Zeitpunkt bestimmen sowohl biografisch beschreibbare Erfahrungen als auch zukunftsgerichtete Pläne das Handeln eines Individuums²⁰. (vgl. S.17: Personenbezogener Kontext).

Dies tun die Mitglieder einer Organisation unter Aktivierung spezieller struktureller Ressourcen, nämlich u.a. in einem speziellen Gebäude, mit Hilfe verschiedener Werkzeuge und an Hand spezifischer finanzieller Mittel (vgl. S. 20: Ökonomischer und baulicher bzw. Ausstattungs-Kontext). Diese Kontextbedingungen sind den Handelnden auf kognitiver Ebene präsent.²¹ D.h., es sind pragmatische Vorstellungen darüber vorhanden, was man angesichts bestimmter Aufgaben und Interessen unter bestimmten Kontextbedingungen tut oder lässt. Diese Vorstellungen werden als geordnetes Wissen gespeichert und sind im Rahmen beruflicher Sozialisation entwickelt worden. Sie dienen im Alltag als Grundlage für routinisiertes und unproblematisches Handeln unter identischen oder ähnlichen Aufgabenstellungen und Kontextbedingungen.

Im sozialen Kontakt innerhalb einer arbeitsteilig funktionierenden Organisation handeln deren Mitglieder in mehr oder weniger routinisierten kommunikativen Prozessen jeweils aus, welche Kontextbedingungen und welche persönliche Interessen in einen gemeinsamen Handlungsplan (vgl. S. 27: Kontrakt) Eingang finden sollen. Damit sind die Grundlagen für weiteres routinisierte Handeln gelegt. Dieser Handlungsplan ist dann so lange Grundlage gemeinsamen Handelns, bis veränderte individuelle Interessen oder spezifische Kontextbedingungen die bisherige Handlungsorientierung unter pragmatischen Gesichtspunkten als problematisch erscheinen lässt. So kommt es zu neuen Aushandlungsversuchen und neuen Handlungsorientierungen. In diesem Sinne sind Aushandlungsprozesse generell Voraussetzung für jedes organisiertes Handeln. Mit allgemeinen soziologischen Begriffen gesagt, ist das Finden einer gemeinsamen Definition der Wirklichkeit auch die Schaffung der sozialen Welt durch ihre Mitglieder.²²

Ein Beispiel solchen Aushandelns bietet z.B. die medizinische Diagnose. Sie stellt den sozialen Abgleich unterschiedlicher Situationsdefinitionen der an der Interaktion Beteiligten und die Suche nach einer gemeinsamen Handlungsperspektive dar.²³ Idealtypisch betrachtet werden vom Patienten problematische Phänomene wie z.B. Schmerzen beschrieben. Die Beschreibungen werden dann vom beteiligten medizinischen Personal mit den professionellen Vorstellungen medizinischen Wissens verglichen. Darauf kann im Diskurs eine miteinander geteilte Definition des anstehenden Problems zwischen Patienten und Behandelnden ausgehandelt werden. Die ausgehandelte Definition des Problems bildet als Diagnose die Grundlage für eine Handlungsperspektive, bei der die Behandelnden und der Patient kooperieren können.

2.3 Empirische Verfahren interpretativer Soziologie

Wenn nun bei den Theorien *formaler Organisation* die Schwierigkeit darin liegt, dass nicht ohne weiteres von den formalen Regeln und Strukturen der Organisation auf das Handeln der Mitglieder der Organisation geschlossen werden kann, so besteht umgekehrt unter den interaktionstheoretischen Ansätzen das Problem, von den subjektiven Wahrnehmungen des Forschers oder der Mitglieder der zu untersuchenden Organisation auf die strukturellen Bedingungen und Regeln der Einrichtung zu schließen. Dies ist aber notwendig, wenn man nicht nur die Einstellung und Motivation der handelnden Menschen ändern, sondern auch Planungsgrundlagen für materielle und funktionale Strukturen der Organisation schaffen will.²⁴

Im Rahmen der zuvor skizzierten Grundlagen phänomenologischer Ansätze haben u.a. *Glaser* und *Strauss*²⁵ bei ihren medizinsoziologischen Forschungen Wege aufgezeigt, wie die Formulierung solider, substantieller Theorien auf konkreter Ebene möglich ist und dabei trotzdem von intersubjektiv generiertem, qualitativem Datenmaterial (Fallgeschichten, Stehgreiferzählungen, mit Hilfe von Rollenspielen und kreativen Medien entwickeltes szenisches Material) wie es in Supervisionssitzungen anfällt, ausgegangen werden kann. Es gilt dabei, das aus narrativen Interviews, Gruppendiskussionen oder sonstigen szenischen Rekonstruktionen institutioneller Wirklichkeit gewonnene qualitative Datenmaterial so zu organisieren, dass die in ihm immanente Struktur aufscheint und evident wird.

Für einen bestimmten Beobachtungsgegenstand und -zeitraum werden von *Glaser* und *Strauss* mehrere Beobachter oder Interviewer eingesetzt. Die aus dem Material entwickelten Kategorisierungen werden im Rahmen eines fortgesetzten Vergleichs²⁶ mit bereits definierten Kategorien immer wieder neu verglichen und auf ihre immanente, logische Konsistenz hin überprüft. Die unterschiedlichen subjektiven Perspektiven der Beobachter werden gegeneinander verglichen und dann eine gültige Beschreibung und Kategorisierung der beobachteten Phänomene zwischen den verschiedenen Beobachtern einer Szene ausgehandelt. Die theoretische Logik, mit der das Material kategorisiert wird, entspringt also nicht einer zuvor postulierten Hypothese, sondern wird aus dem phänomenologisch dargestellten Material heraus evident und intersubjektiv validiert. Somit werden strukturelle Phänomene des zu analysierenden Feldes sichtbar gemacht und formuliert. Die Forscher benutzen dabei auf der wissenschaftlichen Ebene empirischer Sozialforschung eben jene oben beschriebene alltagsweltliche Methode des intersubjektiven Vergleichens und Aushandelns.

Die Supervisionsgruppe innerhalb einer Organisation bietet, wenn sie je nach Fragestellung forschungsstrategisch adäquat zusammengestellt wird, einen praktisch verfügbaren Rahmen, in dem zum einen relevantes qualitatives Datenmaterial generiert werden kann und zum anderen der Prozess intersubjektiver Validierung des Materials als kommunikativer Prozess organisiert wird.²⁷ Eben damit wird Supervision zum wirksamen Instrument kommunikativer bzw. *Integrativer Organisationsentwicklung*.²⁸

3 Integrative Supervision als Verfahren klinischer Soziologie

Die vorgestellten Ansätze interpretativer Sozialforschung korrespondieren mit dem heuristischen Vorgehen *Integrativer Therapie* und den daraus entwickelten Verfahren integrativer Supervision. Diese Verfahren beinhalten systematische Erkenntnisstrategien, die in ihrer diskursiven Form der Datenerhebung, in der Qualität des Datenmaterials und in ihrem analytischen Vorgehen den oben dargestellten Ansätzen interpretativer Sozialforschung vergleichbar sind.

3.1 Das heuristische Vorgehen integrativer Supervision

Sowohl bei wissenschaftlicher als auch bei therapeutischer bzw. supervisorischer Interaktion werden zur Darstellung und Diskussion der infrage stehenden Themen spezielle, professionelle Abkürzungen alltagsweltlicher Erzählschemata und Interaktionsformen verwendet²⁹. Daher kann mit dem gleichen Darstellungskonzept, mit dem der Verhandlungsprozess zwischen Supervisor und Supervisand beschrieben wird, auf einer zweiten Ebene auch der eigentliche Gegenstand der Supervision beschrieben werden: das Problem, das ein Therapeut mit einem Patienten oder mit einem Teamkollegen hat.

In der supervisorischen Praxis geht es zwischen Supervisand und Supervisor aber zuerst darum, eine gemeinsame Arbeitsbasis zu schaffen. D.h., dass definiert werden muss, was das Problem ist, in welcher Dimension es angesiedelt ist und vermittels welcher Verfahren im Supervisionsprozess eine Lösung zu erwarten ist. Dazu müssen der Kontext des Supervisors und der des Supervisanden vermittelt und verstanden werden und auf der Grundlage einer Verständigung hierüber ein Supervisionskontrakt ausgehandelt werden. Dies geschieht in einem interaktionalen Prozess wechselseitigen Beschreibens bzw. als szenische Rekonstruktion der infrage stehenden Situationen und in wechselseitigen Bewertungen dieses Materials. In sozialer Interaktion wird auf diesem Weg eine geteilte Definition von Wirklichkeit ausgehandelt. Die Qualität und Dynamik dieser Interaktion wird in der *Integrativen Therapie* unter dem Begriff Kontakt³⁰ beschrieben.

Grundlagen für die jeweils von den Verhandlungspartnern eingebrachten Beschreibungen (*Typisierungen*) sind deren jeweiliger Kontext sowie das individuelle pragmatische Interesse der in diesem Kontext Handelnden, in eben diesem Kontext die individuellen leiblichen, psychologischen, sozialen, etc. Bedürfnisse zu regulieren. Das entspricht den anthropologischen Grundformeln, die Basis zu einer Persönlichkeitstheorie der *Integrativen Therapie* bildet:

„Der Mensch ist ein Körper-Seele-Geist-Organismus, d.h. ein Leib-Subjekt, das in einem unlösbaren Verbund mit dem sozialen und ökologischen Umfeld, der Lebenswelt steht. Aus der Interaktion mit diesem Umfeld gewinnt er seine Identität.“³¹

„Als Kontext³² wird das soziale *und* das ökologische Umfeld bezeichnet. In einem derartigen Konzept von Identität geschieht eine Verschränkung bzw. Synergie von individueller und gesellschaftlicher Verfasstheit...“³³

„Die *Identität* (I) entsteht also als Leistung des Ich im Zusammenwirken von *Leib* (L) und *Kontext* (Kn) im *Zeitkontinuum* (Kt): $I=Kt(L, Kn)$. Es wird damit von einem Strukturmodell der Persönlichkeit... zu einem Prozessmodell übergegangen.“³⁴

In diesem Sinne ist „*Gestalt Diagnostik* ... zu verstehen als ganzheitliche prozessuale Diagnostik, eingebettet in einen Rahmen von intersubjektiver Korrespondenz unter Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum.“³⁵ Prozessuale Diagnostik stellt in diesem Sinne einen interaktiven Aus-

handlungsprozess dar, der sich ebenso wie in der therapeutischen Situation auch in der Supervision manifestiert.

Bezogen auf die Supervision in medizinischen Einrichtungen gilt es also, als Grundlage der Analyse den Kontext der Handelnden - Patienten und Professionelle - zu identifizieren und sowohl auf individueller als auch institutioneller Ebene als historischen bzw. biografisch gewachsenen zu verstehen. Mit Hilfe des methodischen Instrumentariums integrativer Supervisionsverfahren werden so problematische Phänomene der Organisation und ihrer Mitglieder ins Bewusstsein der Handelnden gerückt, benannt und in ihrer Bedeutung erfasst. „Ein solches Erleben von vitaler Evidenz ... macht die Veränderung und Auflösung alter Strukturen möglich und gibt Freiheitsgrade für neue Strukturen.“³⁶

Es wird also in der Supervisionsgruppe oder in der Dyade Supervisor-Supervisand eine Re-Definition der infrage stehenden Phänomene erarbeitet und alternative Handlungspläne werden daraufhin entwickelt. Diese beziehen sich unter pragmatischen Gesichtspunkten je nach Art des Problems sowohl auf die Veränderung struktureller Bedingungen als auch auf eine Veränderung kommunikativer Handlungsvollzüge.

3.2 Dimensionen der Datenerhebung und -analyse

Integrative Supervision bietet durch ihre Mehrperspektivität eine große Auswahl in der Wahl relevanter Dimensionen der Datenerhebung und -analyse. Drei zentralen Dimensionen in der Wahrnehmungs- und Analysestruktur integrativer Supervision³⁷ sollen, bezogen auf das Feld medizinischer Einrichtungen, im Folgenden näher erläutert und durch eine weitere Differenzierung im Hinblick auf die „Pathogenese“ institutioneller und professioneller Problemkonstellationen ergänzt werden:

3.2.1 Die individuelle Ebene

Damit ist diejenige Ebene bezeichnet, auf der die individuellen Erlebens- und Verarbeitungsmuster des einzelnen Mitarbeiters zum Tragen kommen und wo sich Auswirkungen problematischer Arbeitsbedingungen auf das Verhalten des Einzelnen im Arbeits- und im Privatbereich zeigen. Ziel supervisorischer Arbeit auf dieser Ebene ist es, individuelle problematische Verhaltensmuster und Reaktionsweisen auf Ereignisse der Arbeitswelt zu hinterfragen und in ihrem individuell (biografisch) gewachsenen psychologischen Sinn zu verstehen und zu verdeutlichen. Hierbei sind neben den tiefenpsychologischen Dimensionen der Übertragung/Gegenübertragung auch psychobiologisch wirksame Stressoren verschiedener Genese aus dem Bereich täglicher Arbeitsbelastung zu berücksichtigen (z.B. Schichtarbeit, Lärm, Arbeitsdruck, u. ä.).³⁸ Auf dieser Grundlage kann der einzelne Mitarbeiter dann neue, situationsadäquate Verhaltensmuster und Copingstrategien entwickeln. Im Mittelpunkt der Auseinandersetzung steht dabei zunächst die Geschichte der professionellen Sozialisation. Bezüge in die private Biographie können wegen der Schutzbedürftigkeit des Individuums im exponierten beruflichen Feld nur mit großer Vorsicht hergestellt werden.

3.2.2 Die interaktionale Ebene

Auf dieser Ebene sind die unterschiedlichen Arten professioneller und menschlicher Beziehungen der Mitarbeiter im Arbeitsfeld Gegenstand der Auseinandersetzung. Tragende und stabile Sozialbeziehungen bilden in helfenden Berufen Arbeitsgrundlage in zweifacher Hinsicht:

Zum einen ist die Beziehung zwischen Pflegendem bzw. Arzt/Therapeuten und dem Patienten wesentliches therapeutisches Agens medizinisch-therapeutischen Handelns. Die vielfältigen Ausformungen menschlicher Beziehungen und die Schwierigkeit, diese unter professionellen Bedingungen sicher und angemessen zu handhaben, erfordert für die Mitarbeiter helfender Berufe eine ständige Reflektion und Neuorientierung. Nur so kann Professionalität, d.h. reflektiertes und systematisches Handeln, im beruflichen Alltag sichergestellt werden. Für die Supervision ergibt sich hieraus das Ziel, Motive und Bedürfnisse aller an der Interaktion Beteiligten zu verstehen und Beziehungen auf der Basis fachlich-therapeutischer Gesichtspunkte systematisch zu gestalten.

Im Weiteren bilden die kollegialen Beziehungen ein Netz, dessen Funktionsfähigkeit eine unabdingbare Voraussetzung für routinisiertes Handeln in Organisationen darstellt. Kooperation und eindeutiger Informationsfluss in einer komplexen Organisation fordern Beziehungen, die auch unabhängig von zwischenmenschlichen Beziehungskonstellationen und individuellen Bedürfnissen sicher reproduzierbar sein müssen. Außerdem ist auch gerade die gut entwickelte menschliche Qualität kollegialer Beziehungen eine wichtige Stütze für den einzelnen Mitarbeiter, die professionellen und menschlichen Belastungen pflegerischer und medizinischer Arbeit zu bewältigen. Die Zusammenarbeit im Team und auftretende zwischenmenschliche Schwierigkeiten und Konflikte werden in der Supervision zur persönlichen Situation einzelner Mitarbeiter sowie zur organisatorischen Handlungsebene in Bezug gesetzt. Auch hier wird über einen verstehenden Zugang der Weg zu alternativen Interaktionskonzepten eröffnet.

Hierbei werden identifizierte Probleme nicht ausschließlich i.S. einer psychoanalytisch definierbaren Übertragungs-/Gegenübertragungs-Beziehung gedeutet. Es werden auch kommunikationstheoretische Überlegungen und die Effekte institutioneller Überformung alltagsweltlicher Handlungs- und Kommunikationsroutinen in der Analyse berücksichtigt.

3.2.3 Die systemische Ebene

Hier sind die organisatorischen und materiellen Strukturen des Krankenhauses (fachliche, rechtliche, verwaltungsmäßige, interdisziplinäre, bauliche, finanzielle, u.a.) Gegenstand superviso-rischer Arbeit. Die Strukturen des organisatorischen Kontextes bieten sowohl Begrenzung/Behinderung als auch Stützung/Orientierung für alltägliche routinisierte Handlungsvollzüge. Sie können aber nur in positivem Sinne genutzt werden, wenn sie von allen Mitarbeitern erkannt und akzeptiert werden. Deshalb versucht Supervision auf dieser Ebene eine systematische Auseinandersetzung mit betrieblichen Strukturen und deren Aneignung durch die Mitarbeiter, d.h., Identifikation und Identifizierung mit diesen Strukturen zu fördern.

3.2.4 Defizit, Trauma, Störung, Konflikt - Typen institutioneller Pathologie

Mit der Analyse systemischer Dimensionen gerät in der Supervision nun ein Thema in den Blick, von dem es eigentlich verwundert, dass es in der einschlägigen Literatur bisher nur selten einer systematischen Betrachtung unterzogen wird: dass der speziellen Pathologie der Institution. Wie bereits erwähnt, ignorieren vor allem psychodynamisch orientierte Ansätze der Supervision die systemische Ebene der Pathogenese weitgehend und gehen damit auf Grund des ihnen immanenten Denkens vom Pathologietypus des „Konfliktes“ aus.³⁹ Dieser Typus entspricht dem Konzept der *Neurose* im psychoanalytischen Denken. Das impliziert für die Interventionsperspektive die Annahme, dass der Konflikt lösbar ist, wenn er nur aufgedeckt und verstanden werden kann.

Die Realität von Institutionen bietet aber bei genauerer Betrachtung eine wesentlich breitere Palette von Formen spezieller Pathologie. Medizinische Einrichtungen, aber auch viele andere Organisationen, sind nicht nur durch Konflikte sondern vor allem auch durch eine Vielzahl von Defiziten gekennzeichnet. Defizite aber sind nicht zu lösen, indem sie von Mitarbeitern „verstanden“ werden, sie müssen vielmehr substituiert oder nachsozialisiert werden. Wenn nun Supervisionsvorhaben ohne differenzierte Diagnose der institutionellen Pathologie mit einem auf Konflikte begrenzten Blickwinkel antreten, produzieren sie für die betroffenen Supervisanden unter Umständen eine unlösbare Aufgabe: Es soll etwas „gelöst“ werden, was gar nicht vorhanden ist. Hieraus sind m.E. die häufig im Feld beobachtbaren Frustrationen von Supervisanden erklärbar, die infolge entsprechender Erfahrungen als massive Vorbehalte gegenüber Supervision formuliert werden.

In Anlehnung an die Kategorien der speziellen Psychopathologie der *Integrativen Therapie*⁴⁰ sollen im Folgenden grob einige Typen der Pathologie von Institutionen differenziert und mit einigen Beispielen skizziert werden. Dabei ist einschränkend zu bemerken, dass diese Typen in der Wirklichkeit von Organisationen praktisch nie in dieser kategorialen Reinform anzutreffen sind. Eine sich monokausal orientierende Diagnostik ist daher auch durchgängig als unangemessen anzusehen.

1. Defizite (*fehlende Stimulierung*):

Personalmangel, unzureichender Professionalisierungsgrad, mangelhafter Ausbildungsstand, materielle Mängel (bzgl. Entlohnung, Räumlichkeiten, Ausstattung, u.a.), fachliche und organisatorische Führungsschwäche, u. s. w.

2. Traumata (*Überstimulierung*):

Überzogene Auslastungsphasen, Phasen der Überlastung durch Personalmangel, Umzug, Konzeptwechsel, Leitungswechsel, plötzliche organisatorische oder leistungsmäßige Expansion, u. s. w.

3. Störungen (*zwiespältige, inkonsistente Stimulierung*):

Stark wechselnde Arbeitsbelastungen (verhindert Routinisierung), Schichtarbeit (bzgl. individueller Belastung), hohe Personalfuktuation, mangelhafte personelle und materielle Ausstattung bei

gleichzeitig hoher Leistungsanforderung, Konzeptionswechsel und andere rasche Wechsel in der Anforderungsstruktur, u. s. w.

4. Konflikte (*antagonistische Stimulierung*)

Unklare Rollenzuschreibungen, unklare Aufgabenprofile, doppelbödiges Loyalitätsanforderungen (Intrarollenkonflikte), interprofessionelle Konflikte (Interrollenkonflikte), Über-Ich-Konflikte (professionelle Leistungsnormen vs. praktische Begrenztheit des Handlungsrahmens), unlösbare Aufgaben (z.B. „Der Patient darf nicht sterben!“), u. s. w.

In dem Maße, wie sich das Verständnis der Pathologie der Organisation von der reduzierten Dimension *Konflikt* aus weitet, ergibt sich aber hieraus auch die Frage nach entsprechenden Interventionsstrategien, die vor allem die Dimensionen *Defizit* und *Störung* wirksam angehen können. Für den Umgang mit evtl. diagnostizierten Defiziten resultiert hieraus für den Supervisor die Aufgabe, eine entsprechende Substitution defizitärer Strukturen der Organisation bzw. Prozesse der Nachsozialisation professioneller Kompetenzen der Mitarbeiter anzuregen und zu fördern.

Hierfür sind auf Seiten des Supervisors zwei Bedingungen von zentraler Bedeutung:

1. Zum einen muss der Supervisor die gängige Vorstellung von einer rein abstinenter Rolle im System aufgeben. Die Vorstellung einer abstinenter Rolle des Supervisors entspricht dem der Psychoanalyse und ist gut geeignet, *Konflikte* zu identifizieren. Es stellt aber i.d.R. eine Überforderung besonders von Mitarbeitern unterer Ränge in der Hierarchie dar, wenn von ihnen erwartet wird, dass sie aus eigener Kraft u.U. gegen den Widerstand von Leitungen z.B. *Leistungsdefizite*, *Personaldefizite*, *konzeptionelle Richtliniendefizite*, u.a.m. effizient angehen sollen. Hierfür fehlen ihnen häufig nicht nur die fachlichen und daher auch argumentativen Voraussetzungen, sondern innerhalb der Organisation häufig auch die faktische Macht, vorhandenen Vorstellungen überhaupt Gehör zu verschaffen.

Hier muss der Supervisor gegenüber Leitung und Mitarbeitern inhaltlich Position beziehen, wenn er kausal wirksam sein will. Es ist daher ratsam, dass schon in der konzeptionellen Anlage eines Supervisionsvorhabens eine Leitungsberatung mit eingeplant wird. Wird dieser Aspekt ausgespart, droht die Gefahr, dass Supervision zu einem für die Organisation rein legitimatorischen Unternehmen verkommt. Diese Gefahr ist gerade im Rahmen des neuerlichen Supervisionsbooms immer häufiger zu beobachten.

2. Eine zweite Voraussetzung dafür, dieses Rollenverständnis auf Seiten des Supervisors inhaltlich ausfüllen zu können, ist allerdings, dass er über eine möglichst weitreichende Feldkompetenz verfügt. Nur dann wird der Supervisor in der Lage sein, ein adäquates Verständnis für die infrage stehenden substantiellen Probleme zu entwickeln und mögliche Entwicklungsperspektiven aufzuzeigen.

Es ist klar, dass damit eine hohe Anforderung an die Kompetenz des Supervisors gestellt ist. Daher scheint es ratsam, dieses Problem schon im Rahmen der Rekrutierung und Ausbildung von Supervisoren anzugehen: es ist m.E. empfehlenswert, nicht wie bisher Kandidaten aus feldunspezifischen Vorberufen für undefinierte Supervisionsfelder auszubilden. Vielmehr könnten

kompetente Mitglieder spezieller Arbeitsfelder mit der notwendigen theoretischen und praktischen supervisorischen Kompetenzen versehen werden.⁴¹

Andererseits ist die Handhabung eines nicht-abstinenten Supervisionsstils angesichts der vielfältigen Fallen, die eine Organisation für den Supervisor bereithält, sicher nicht unproblematisch und bedarf einer gründlichen und vielschichtigen Ausbildung. Ebenso sind damit auch entsprechend qualifizierte Kontrollinstanzen für den Supervisor (Supervision des Supervisors) unabdingbar. Die *Integrative Therapie* bietet mit ihrem therapeutischen Stil der *selektiven Offenheit* und der *partiellen Teilnahme* ein Konzept für eine zugewandte, von partiellem Engagement geprägte therapeutische Grundhaltung.⁴² Die psycho- und soziotherapeutische Praxis dieses Verfahrens hat gezeigt, dass ein flexibler Interventions- und Beziehungsstil, der von den Notwendigkeiten des Patienten her indiziert und nicht durch ein kategorisches Apriori bestimmt ist, effizient und für den Therapeuten handhabbar ist. Dieses Modell bietet sich zur Übernahme in den Supervisionsbereich an. Im Moment sind m.E. keine prinzipiellen Einschränkungen sichtbar, die einem Transfer dieses Konzeptes in den Supervisionsbereich entgegenstehen könnten.

Auf diesem Wege erscheint die Hoffnung berechtigt, dass Supervision durch eine differenzierte Diagnostik und entsprechend differenzierte Interventionsstrategien zu wesentlich höherer faktischer Effizienz im Sinne der ihr gestellten Aufgaben kommt.

3.3 Perspektiven sozialer Intervention in Organisationen

In der aktiven Auseinandersetzung mit betrieblichen und professionellen Handlungssystemen (z.B. Informationsstrukturen, Behandlungssysteme, Pflegeroutinen, etc.) werden, wie oben angesprochen, in der so gehandhabten Supervision häufig Schwachstellen des Systems deutlich. Gerade hier bietet sich die Chance, Mitarbeiter als Experten für ihr Arbeitsfeld anzusprechen und ihnen bei Bedarf hierbei Artikulationshilfe zu geben. In der Regel können die Mitarbeiter auf Grund ihrer substantiellen Kenntnisse der in Frage stehenden Materie wertvolle Anregungen zur Verbesserung betrieblicher und professionsbezogener Handlungssysteme bieten. Diese Anregungen zeigen Strategien zur Lösung struktureller Konflikte bzw. zum Ausgleich von Defiziten innerhalb des sozialen und materiellen Systems der Organisation. Im Rahmen eines umfassend angelegten Supervisionsprozesses können diese Anregungen dann an die zuständigen Leitungsinstanzen der Organisation direkt durch die Mitarbeiter oder durch den Supervisor (der hier die Stellung eines Gutachters einnimmt) weitervermittelt werden. Damit steht auf der Leitungsebene valides Material als Grundlage betriebliche Entscheidungen zur Verfügung. In diesem Sinne ist der beschriebene Supervisionsansatz auch als ein Verfahren kommunikativer bzw. integrativer Organisationsentwicklung zu verstehen.⁴³

Zusammenfassend lässt sich an dieser Stelle feststellen, dass aus dem Vergleich der zuvor dargestellten soziologischen Ansätze zur Beschreibung und Analyse von Organisationen einerseits und Verfahren integrativer Supervision andererseits deutlich wird, dass es sich hier um vergleichbare

Verfahren handelt, und zwar sowohl auf theoretischer als auch auf methodischer Ebene. Daher kann in diesem Zusammenhang auch von Verfahren klinischer Soziologie gesprochen werden.

Für die empirische Soziologie und für die Praxis sozialer Intervention in Organisationen ergibt sich damit auch eine praktische Perspektive zur Lösung zweier immer wieder beklagter Probleme:

Zum einen wird die Frage nach der Verknüpfung von Struktur und Prozess verfahrenspraktisch gelöst.⁴⁴ Zum anderen bietet hier Supervision eine verfahrenspraktische Lösung des schwierigen Transferproblems bei der Umsetzung theoretischer und empirischer Erkenntnisse in Maßnahmen sozialer Intervention, wie sie in der Sozialforschung unter dem Etikett „Aktionsforschung“⁴⁵ diskutiert werden. D.h. für das Feld medizinischer Einrichtungen, dass durch die aktive Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter im Stadium der Organisationsanalyse und der Konzeptentwicklung nicht nur eine hohe Validität der Analyse, sondern auch Transparenz des Konzeptes und Motivation bei dessen Implementation gesichert sind.

4 *Kontext, Kontakt, Kontrakt* als Kategorien eines heuristischen Zugangs zu medizinischen Einrichtungen⁴⁶

Auf der Basis der bisher gemachten theoretischen und methodologischen Überlegungen soll ein heuristischer Zugang zum Feld medizinischer Einrichtungen beispielhaft vorgestellt werden. Damit soll eine Möglichkeit dargestellt werden, signifikante Problembereiche, die in der Supervision medizinischer Einrichtungen denkbar sind, zu ordnen.⁴⁷ Dabei muss betont werden, dass es sich nicht um ein theoretisches Modell medizinischer Einrichtungen handelt und dass damit kein Anspruch auf eine allgemeine Erklärung der organisatorischen Struktur medizinischer Einrichtungen erhoben wird. Vielmehr handelt es sich im Sinn o.a. methodischen Vorgehens um pragmatische Typisierungen, die aus einer praktischen Auseinandersetzung mit dem Feld medizinischer Einrichtungen im Sinne einer o. a. *substanziellen Theorie* entstanden ist.

Diese Gliederung dient hier also der Verdeutlichung eines heuristischen Zugangs zum Feld und bietet eine topografische Beschreibung medizinischer Einrichtungen im Sinne o.a. *prozessualen Diagnostik* von Organisationen. Sie beschreibt aber nicht nur die Topografie der Organisation, sondern zeigt gleichzeitig auch eine Prozessstruktur *Integrativer Organisationsentwicklung*.⁴⁸

Die erste Phase dieses Prozesses bildet die *Kontextanalyse*, bei der in signifikanten Supervisionsgruppen alle relevanten Kontextdimensionen mit Hilfe des vielfältigen methodischen Instrumentariums der integrativer Supervision untersucht werden. In einer zweiten Phase, der *Kontaktanalyse*, werden die formellen und informellen Beziehungsformen der Organisation bearbeitet. In der dritten Phase der *Kontraktbildung* werden dann Organisa-

tionsentwicklungsperspektiven formuliert und operationalisiert. Letzteres heißt, dass auf verschiedenen Organisationsebenen Beschlüsse über zu verändernde Kontextstrukturen und/oder Kontaktformen (Beziehungsstrukturen) gefasst und implementiert werden können.⁴⁹

5 Kontext (Ist-Analyse)

Die verschiedenen Kontexte einer medizinischen Einrichtung lassen sich grob in einen personenbezogenen und in einen organisatorischen Kontext gliedern. Der personenbezogene Kontext bezieht sich auf die individuelle Ebene der Mitglieder der Organisation und beschreibt den Horizont derjenigen Bedingungen und Voraussetzungen, die Mitglieder der Organisation persönlich einbringen, und zwar unabhängig davon, ob sie professionelle Mitglieder oder Laien (Patienten) sind. Als organisatorischer Kontext wird die systemische Ebene der institutionellen Strukturen im Sinne materieller oder auch organisatorischer Vorgaben bezeichnet.

5.1 Personenbezogener Kontext

Zum *personenbezogenen Kontext* gehören auf der Seite der einzelnen professionellen Mitglieder der Organisation (Ärzte, Pflegekräfte, Verwaltungspersonal, u.a.) die individuellen, biografisch determinierten Handlungsanteile. Die personenbezogenen professionellen Handlungsanteile sind durch die Prägungen der beruflichen Sozialisation, durch den Stand des Einzelnen innerhalb der beruflichen Karriere und den hieraus resultierenden persönlichen Perspektiven auf das Arbeitsgeschehen bestimmt.

Auch auf Seiten des Patienten ist zunächst die individuelle biografische Situation gemeint. Der Patient hat darüber hinaus zu einem gegebenen Zeitpunkt auch eine institutionelle Sozialisation erfahren, die als „Patientenkarriere“⁵⁰ bezeichnet werden kann. D.h., dass die Vorerfahrungen, die er mit dem medizinischen System gemacht hat, seine Wahrnehmung, sein Denken und Handeln beeinflussen.

5.1.1 Individueller Kontext der professionell Handlungsbeteiligten, d.h. des medizinischen Personals

5.1.1.1 Persönliche Handlungsanteile

Die individuellen, unplanmäßigen Verhaltensmuster der Mitglieder der Organisation sind im individuellen Kontext bestimmt von ihrer aktuellen Lebenssituation (Sozialbeziehungen, materielle Ausstattung, Umwelt, u.a.), die als eine im biografischen Zusammenhang gewachsene zu verstehen ist. Integrative Supervision rekurriert zu deren Verständnis auf die anthropologischen Grundlagen der *Integrativen Therapie*, deren Kernsatz lautet: „Der Mensch ist Körper-Seele-Geist-Wesen in einem sozialen und ökologischen Umfeld, und: Der Mensch ist Leib-Subjekt in der Lebenswelt.“⁵¹

Hieraus folgt eine mehrperspektivische Sichtweise auf das Individuum, dass in seiner leiblichen Verfassung, seiner psychischen Situation und seiner geistigen Dimensionen, d. h. seinen Werten und Einstellungen, gesehen wird. Dieses Individuum steht in Beziehung zu seinem sozialen Feld, dem Netz seiner Sozialbeziehungen. Es unterliegt im ökologischen Feld materiellen Umweltbedingungen. Das in diesen Dimensionen beschreibbare *Leib-Subjekt*⁵² unterliegt der kontinuierlichen (biografischen) Entwicklung im Zeitkontinuum.

Dieses Menschenbild bezieht sich nicht nur auf den Patienten, sondern auf alle Mitglieder der Organisation, auf Professionelle und Patienten. Erst ein von allen Mitgliedern der Organisation geteiltes Menschenbild schafft die Grundlage für Intersubjektivität und Symmetrie im Sinne der oben beschriebenen Aushandlungsprozesse therapeutischer Behandlung. Somit ist auch eine Definition therapeutischer und kollegialer Beziehung gegeben, die der Tendenz jeder Organisation, ihre Mitglieder zu objektivieren, entgegenwirkt.

In einem alltagspraktischen Sinn bietet das hier skizzierte Menschenbild auch die Möglichkeit einer einfachen und gut handhabbaren Reflexionsfolie für die Mitglieder der Organisation. Die einzelnen Kategorien können dazu dienen, die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung, die sie von einem Patienten oder einem Kollegen haben, im Alltag und in der Supervision systematisch zu reflektieren und zu ordnen.⁵³

5.1.1.2 Professionelle Handlungsanteile des medizinischen Personals

Bei den professionellen Handlungsanteilen des medizinischen Personals handelt es sich um die planmäßigen Handlungs- und Deutungsmuster, die als Bestandteil der beruflichen Sozialisation systematisch vermittelt wurden, mit anderen Worten, es handelt sich um das Handwerkszeug des jeweiligen Berufsstandes.

Dazu gehören in der Medizin neben einem breiten naturwissenschaftlichen und, meist geringem, psychosozialen Grundlagenwissen auch Kenntnisse über praktische („handwerkliche“) Prozeduren und Verfahrensweisen. Auch Vorstellungen über den Krankheits- bzw. Gesundheitsbegriff, ethische Normen und Wissensbestände über das Funktionieren der Organisation allgemein: was alles zu einem Krankenhaus gehört und wie *man* das in diesem Hause macht.

Der jeweilige Wissensstand, der den individuellen professionellen Kontext begründet, ist abhängig von der beruflichen Biographie des einzelnen Mitgliedes. Auch die Spezifität der Ausbildungs-

stätten und Lehrer sowie von Arbeitsstätten und Kollegen des bisherigen Berufslebens schlagen sich hier nieder.

5.1.2 *Individueller Kontext des Patienten*

5.1.2.1 *Persönliche Handlungsanteile*

Die persönlichen Handlungsanteile des Patienten sind, wie bereits angesprochen, unter den gleichen Kategorien beschreibbar wie die, die für die professionellen Mitglieder der Organisation gültig sind. Die Krankheit, die Dynamik des Krankheitsgeschehens und das Verhalten des Patienten sind bestimmt von einer als Biographie beschreibbaren Entwicklung des *Körper-Seele-Geist-Wesens in der Lebenswelt*.⁵⁴

Die so begründete Psycho-sozio-somatik bietet besonders für die Fallsupervision eine gut operationalisierbare Grundlage. Eine Matrix, die sich aus den verschiedenen hier beschriebenen Beobachtungsfeldern ergibt, ermöglicht im Sinne einer psycho-sozio-somatischen Medizin⁵⁵ aufschlussreiche Einsichten in dynamische, intrapersonelle Verschiebungen von Konflikten des Patienten, z.B. aus dem sozialen Feld in die somatische Dimension.

5.1.2.2 *Institutionelle Handlungsanteile des Patienten*

Die institutionell geprägten bzw. normierten Handlungsanteile des Patienten sind am ehesten unter den soziologischen Begriffen Patientenrolle und Patientenkarriere zu fassen. Der Begriff Patientenrolle weist auf standardisierte Verhaltensmuster und Typisierungen hin, die sicherstellen, dass sich ein Kranker in das medizinische System als behandelbar einfügt. Für sein angepasstes Verhalten wird er belohnt, indem ihm eine weitgehende Regression aus gesellschaftlicher Anforderung ermöglicht wird. Er wird u.a. von der Arbeitspflicht entlastet und von der Institution rundum versorgt.

Das zunächst im Zusammenhang mit den totalen Institutionen der Psychiatrie oder von Gefängnissen entwickelte Karrierekonzept⁵⁶ ist auch im Bereich der Allgemeinmedizin anwendbar. Institutionelle soziale Kontrolle greift auch im Akutkrankenhaus umfassend.⁵⁷ Die Sozialisation des Kranken zum behandelbaren Patienten beginnt i.d.R. schon im vormedizinischen Laienbereich. Im Stadium der Laiendefinition von Krankheit und des ersten Hilfeersuchens bei professionellen Institutionen (z.B. niedergelassene Ärzte) werden gesellschaftliche und institutionelle Faktoren wirksam, die ein schicht- bzw. kulturspezifischem Krankheitsverhalten und eine entsprechend variierte Inanspruchnahme medizinischer Dienste zur Folge haben.⁵⁸

5.2 Institutioneller Kontext

Unter dem Begriff institutioneller Kontext soll hier die systemische Ebene medizinischer Einrichtungen gefasst werden. Der institutionelle Kontext umfasst sowohl materielle als auch immaterielle Strukturelemente der Organisation.

5.2.1 Politisch-ökonomischer Kontext

Der politisch-ökonomische Kontext medizinischer Einrichtungen wird vor allem von Finanzfragen bestimmt. Stichworte hierzu sind Gesundheitsreformgesetz, Pflegesätze, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Krankenhausbedarfsplanung und Kostendämpfungsgesetz mit seinen Auswirkungen auf die Haushaltsplanung, Angebots- und Organisationsstruktur von Krankenhäusern.⁵⁹

5.2.2 Aufgabenstruktur / Zielsysteme

Im Bereich der Aufgabenstruktur medizinischer Dienstleistungssysteme erschweren widersprüchliche politische Vorgaben und Anforderungen eine klare Orientierung in der Organisation medizinischer Leistungen. Während auf einer öffentlichen Diskussionsebene eine patientenzentrierte Medizin als Ziel definiert und eine Technikzentrierung als inhuman kritisiert wird, verlangen Patienten und Angehörige im Einzelfall die Erhaltung von Leben mit Einsatz aller verfügbaren technischen Mittel. Dieser Konflikt setzt sich bei der Forderung nach optimaler Versorgung einerseits und objektiv begrenzten finanziellen Ressourcen andererseits fort. Auch die Medikalisierung sozialer Probleme, die besonders im Bereich der Gerontologie evident wird, trägt zur Konfusion und Unangemessenheit medizinischen Handelns bei. Krankenhäuser werden von gesellschaftlicher Seite herzunehmend dahingehend funktionalisiert, dass sie eine allgemeine Auflösung von Familienstrukturen und anderen sozialen Netzwerken, in denen kranke und alte Menschen Versorgung und Pflege erfahren könnten, kompensieren sollen. Das wird durch eine fast vollständige Verdrängung von Krankheit und Sterben aus dem gesellschaftlichen Alltag in die Krankenhäuser und Heime hinein verschärft. In der Supervision sind die angesprochenen gesellschaftlichen Anforderungen daraufhin abzuwägen, ob die daraus entstehenden Handlungskonflikte auf professioneller bzw. organisatorischer Ebene überhaupt lösbar sind oder qua definitionem zu Konflikten auf organisatorischer Ebene führen und ggf. vom professionellen System als unlösbar zurückgewiesen werden müssen.

5.2.3 Baulicher / Ausstattungs-Kontext

Der räumliche bzw. bauliche Kontext medizinischer Einrichtungen ist meist von historischen Entwicklungen gesellschaftlicher und fachlicher Vorstellungen und Bedeutung medizinischer Versorgung bestimmt. Während sich vor allem ältere Einrichtungen mit baulichen Strukturen arrangieren müssen, die lange nicht mehr der heutigen Aufgabenstruktur entsprechen, sind heute viele Neukonstruktionen als Ausdruck eines einseitig naturwissenschaftlich-technischen Verständnisses von gesundheitlicher Versorgung geprägt. Die futuristische High-Tech-Welt von Universitätskliniken und Schwerpunktkrankenhäusern muss dabei genauso erwähnt werden wie hotelähnli-

che Neubauten, in denen der Patient in der vollklimatisierten Isolation seines Einzelzimmers mit Kabel-TV-Anschluss und Nasszelle einer weitgehenden sozialen Isolation und damit potenzieller psychischer Verwahrlosung ausgesetzt ist. Ein solch einseitig technisch ausgerichteter räumlicher Ausstattungskontext von Kliniken bindet alle Aufmerksamkeit von Personal und Patienten und lässt damit kaum noch Raum für die psychosoziale Dimension der Behandlung.⁶⁰

5.2.4 Personeller Kontext

Der personelle Kontext der Institution ist von der quantitativen Personalausstattung, deren qualitativer Struktur und den Vorgaben der Aufbauorganisation, d.h. der Entscheidungs- und Vollzugs-hierarchie, geprägt.

Es finden sich in medizinischen Einrichtungen eine ganze Reihe von z.T. sehr unterschiedlich sozialiserten Berufsgruppen zusammen. Die Unterschiede sind sowohl im Hinblick auf das zugrundeliegende berufliche Paradigma als auch bezüglich des Ausbildungsniveaus beschreibbar. Ärzte, Pflegepersonen, Verwaltungsberufe, medizinisch-technisches Personal, handwerkliche, hauswirtschaftliche und, im Bereich der allgemeinen Krankenhäuser eher gelegentlich, auch psychosoziale Berufe.

Die quantitative Personalausstattung der meisten Einrichtungen ist durch den oben angeführten politischen und finanziellen Kontext bestimmt. Im Bereich der Pflege sind auf Grund des finanziellen und statusmäßiger Unattraktivität des Pflegeberufes z.Z. häufig nur ca. 70% - 80% der Planstellen besetzt. Die Situation im ärztlichen Bereich stellt sich im Gegensatz zu früheren Jahren durch die heutige „Ärztenschwemme“ und die weitere Aufrüstung der Medizin im naturwissenschaftlich-technischen Bereich im Verhältnis zum Pflegebereich gegenläufig dar.

Von großer Bedeutung ist auch die fachliche Orientierung der verschiedenen Gesundheitsberufe: sie ist bei den meisten Gesundheitsberufen entsprechend des dominierenden medizinischen Paradigmas hauptsächlich auf das naturwissenschaftlich-medizinische ausgerichtet. Das korreliert aber z.B. im Pflegebereich nicht mit der zentralen Aufgabenstruktur dieser Berufsgruppe, die eher als kommunikativ beschrieben werden kann und damit vor allem auf einer psychosozialen und organisatorischen Ebene angesiedelt ist.

Ferner wird über den beruflichen Status meist auch der gesellschaftliche Status der betreffenden Mitarbeiter definiert. Das Spektrum reicht in medizinischen Einrichtungen vom Universitätsprofessor bis zur Reinigungshilfskraft. Diese umfangreiche Schichtung bedingt vielfältige soziale Konflikte, die den Integrationsinteressen der Organisation entgegen wirken.

5.2.5 Leitungsstruktur

Die Leitungsstrukturen von medizinischen Einrichtungen haben sich bisher recht unreflektiert entwickelt und sind dabei im Wesentlichen von den ständischen Interessen der einzelnen beteiligten Berufsgruppen her bestimmt.⁶¹ Diese ständisch orientierten Subsysteme innerhalb medizinischer Einrichtungen haben die Neigung, auf Grund ihrer partikulären Interessen und der daraus

resultierenden Intergruppenkonflikte wesentlich zur Desintegration der Organisation beizutragen.

Es stellt z.B. noch ein Novum dar, dass die Pflegedienstleitung, die immerhin weit über 50% der Beschäftigten der Organisation repräsentiert, Mitglied der Geschäftsleitung ist. Bisher haben sich dort der ärztliche und der (betriebswirtschaftlich ausgerichtete) Verwaltungsdirektor alleine arrangiert. Diese Situation wird dadurch erschwert, dass die Beteiligten zwar als qualifiziert ausgewiesene Vertreter ihrer jeweiligen Fachdisziplinen sind, meist aber keinerlei Ausbildung im Bereich allgemeiner Führungstätigkeit besitzen.⁶² Generell ist in medizinischen Einrichtungen ein Mangel an integrativen Führungskonzepten, die fachliche, professionsbezogene und organisatorische Realitäten aufgreifen und zu einer systematischen Leitungsstruktur zusammenführen, zu beobachten.

5.2.6 Funktionskontext

Der Funktionskontext ist durch die Bedingungen der Ablauforganisation bestimmt. Auch sie orientiert sich meist ähnlich dem o.a. Führungsstil an klassischen Modellen industrieller Organisationen und ist meist von rein betriebswirtschaftlich-funktionalen Prinzipien bestimmt. Zusammenhänge zwischen Formen der Betriebsorganisation und therapeutischen Zielen der Einrichtung als Ausdruck einer speziellen Organisationskultur („Corporate Identity“) sind praktisch überhaupt nicht vorhanden.

Als Beispiel für die Auswirkungen unterschiedlicher Organisationsparadigmata auf die Qualität der medizinischen Dienstleistung und die Arbeitssituation der Mitarbeiter soll hier die Kontroverse zwischen der sogenannten *Funktions-* und der *Zimmerpflege* ansprechen. Funktionspflege heißt, dass eine Schwester alle Patienten wäscht, eine zweite alle mit Essen versorgt, eine dritte alle Betten macht, u. s. w. Bei einer durchschnittlichen Stationsgröße von 30-40 Betten ist offensichtlich, dass sich hier keine therapeutische Beziehung zwischen Pflegeperson und Patient entwickeln kann. Daher hat die Schwester auch keine wirkliche Chance, im Sinne ihrer traditionellen Aufgabenstruktur umfassende Informationen über den Patienten zu sammeln.

In letzter Zeit werden zunehmend Versuche unternommen, unter dem Stichwort "Zimmerpflege" eine patientenbezogene Organisationsform der pflegerischen Stationsarbeit einzuführen. Dabei handelt es sich um ein Bezugstherapeutensystem, bei dem eine Schwester einer begrenzten Anzahl von Patienten zugeordnet wird, bei denen sie dann alle Pflegeleistungen erbringt. Damit ist die organisatorische Voraussetzung für den Aufbau einer therapeutischen Beziehung zum Patienten geschaffen.

An diesem recht einfachen Beispiel wird das Bedingungsgefüge deutlich, in dem Menschenbild, Krankheitsverständnis und Organisationsprinzipien inhaltlich miteinander verknüpft sind. D.h., wenn neben somatischen auch psychosoziale Dimensionen der Pathogenese angeboten werden sollen, dann sind die kommunikativen (Beziehungs-)Leistungen der Krankenschwester als ergänzender Bestandteil der Therapie zu verstehen. Das wird aber durch das dem Funktionskontext zuzuordnende Organisationsprinzip „Zimmerpflege“ überhaupt erst möglich.

Aus betriebswirtschaftlicher Sicht stellt diese Lösung ein zunächst kostenneutrales Organisationsprinzip dar, das aber durch den Einbezug psychosozialer Dimensionen (die Beziehungs-Pflege der Krankenschwester) effizientere therapeutische Perspektiven bietet. Das führt z.B. durch eine verkürzte postoperative Heilungsdauer oder z.B. durch eine Verminderung des in Allgemeinkrankenhäusern heute zunehmend zu beobachtenden „Drehtüreffektes“ letztendlich zu einem volkswirtschaftlichen Gewinn in den Behandlungskosten.⁶³ Auf der subjektiven Seite sind als Gewinn für die Krankenschwester ein persönlich befriedigenderer Arbeitsstil (durch geringere Entfremdung vom Patienten und die Möglichkeit, dessen Entwicklung zu beobachten) und für den Patienten eine größere Sicherheit in der Beachtung seiner individuellen Bedürfnisse zu verbuchen.

Diese beispielhafte Diskussion der Bedeutung und Effizienz der Pflegekraft-Patient-Beziehung leitet vom Bereich der *Kontextbedingungen* medizinischen Handelns hin zu den *Kontakt-* und *Beziehungsformen*, die den Rahmen medizinischer Einrichtungen und arbeitsteiliges therapeutisches Handeln kennzeichnen, über.

6 Kontakt (Ist-Analyse)

Unter dem Begriff Kontakt soll die interaktionale Dimension von Organisationen gefasst werden. Damit sind alle Formen von Interaktion und von Informationsprocessing gemeint, die soziale, und damit auch die organisatorische Qualität der Einrichtung, begründen. Hierbei können mehrere Dimensionen grob unterschieden werden:

6.1 Institutionelle Interaktionsformen

6.1.1 Die Ebene des Arbeitsprozesses

Auf der Ebene des Arbeitsprozesses werden hochstandardisierte Formen von Interaktionen gepflegt: verschiedene Berichts-, Befund- und Anforderungsformulare sowie Aktenführung spielen als bürokratische Steuerungssysteme in medizinischen Einrichtungen eine große Rolle. Das Thema Krankenakte als Organisationsmedium ist z.Z. durch die gesetzlich neu definierte Dokumentationspflicht im Pflegebereich hoch aktuell. Das Stichwort hierzu ist "Pflegedokumentation".⁶⁴

Als Produkte formeller Kommunikation sind diejenigen Interaktionen zu verstehen, in denen Kontakte zwischen professionellen und nichtprofessionellen Mitgliedern beziehungsweise zwischen Mitgliedern professioneller Gruppen in mehr oder weniger ritualisierter Form ablaufen. Hierzu gehören zum einen Visiten, Untersuchungen und Pflegegespräche, zum anderen kollegiale Besprechungen, Arbeitsgruppen, Konferenzen, schriftliche Verwaltungsanweisungen, u. s. w.

Eine ausführliche Diskussion dieser institutionellen Interaktionsformen, die für die Organisation und Leistungsfähigkeit medizinischer Einrichtungen zentral und konstitutiv sind, würde allerdings den hier gegebenen Rahmen sprengen und muss in einen anderen Zusammenhang verwiesen werden.⁶⁵

6.1.2 Die soziodynamische Ebene

Auf der soziodynamischen Ebene sind die Besonderheiten der interpersonellen Beziehungen der Mitglieder der Organisation zu identifizieren. In diesem Zusammenhang sind Gründe für die persönliche Variation standardisierter Kommunikationsstrukturen zu suchen, also Gründe für z.B. die sachlich nicht zu rechtfertigende Nicht-Weitergabe oder selektive Weitergaben von Sachinformationen.

Neben den persönlichen Überformungen o.a. formeller Kommunikationsstrukturen sind auch diejenigen Kommunikationsstrukturen zu beachten, in denen sich Bedingungen des *individuellen Kontextes* auf sehr direkte und persönliche Art ausdrücken: in der Gruppen- und Intergruppendynamik. Auf dieser Ebene der Kommunikation sind vor allem innerhalb von Teams und Abteilungen, aber auch zwischen Abteilungen und Berufsgruppen, wesentliche Bedingungsgefüge zu beobachten und zu analysieren. Vor allem der Klatsch und das freundschaftliche Gespräch unter Kollegen markieren diese Dimension. Typische Anlässe für solcherart Kommunikation sind z.B. im Pflegebereich der Kaffee beim Schichtbeginn, Besuche auf anderen Stationen/Abteilungen zu verschiedenen Anlässen, Rauchpausen, Frühstück und Mittagspause.

Die Dimension gruppenspezifischer Effekte ist aber nicht alleine im Zusammenhang informeller Organisationsstrukturen von Bedeutung. Informelle Kommunikationssysteme leisten unerlässliche Beiträge zur individuellen kognitiven und emotionalen Verarbeitung arbeitsfeldbezogener Ereignisse. Damit ergibt sich für die Mitglieder der Organisation die Möglichkeit, die eigenen Erlebnis- und Verarbeitungskategorien auf ihre soziale Relevanz und Intersubjektivität hin zu überprüfen. Mitarbeiter medizinischer Einrichtungen überprüfen und verinnerlichen in diesem Zusammenhang wesentliche Bewertungen und Maßstäbe für ihr Tun sowie Bewertungen zentrale Organisationsmuster der Institution. Darüber hinaus lässt sich aber in solchen Zusammenhängen stets auch ein umfangreicher Austausch faktischer Informationen beobachten. Insofern sichern informelle Kommunikationssysteme die soziale Stabilität der Einrichtung und die Effizienz ihres Organisationsablaufs.

6.2 Beziehungen zwischen professionellen und nichtprofessionellen Mitgliedern der Organisation (Arzt-Patient, Pflege-Patient)

Die Interaktion zwischen medizinischem Personal als professionellen Mitgliedern der Organisation bzw. Dienstleistenden auf der einen Seite und den Patienten bzw. „Kunden“ als den nichtpro-

professionellen Mitgliedern der Organisation auf der anderen Seite definiert den Fokus der Leistungserbringung des Dienstleistungsunternehmens Krankenhaus.

Die hier identifizierbaren Beziehungsformen zwischen Arzt und Patient⁶⁶ bzw. Pflegekraft und Patient, sind durch ein grundsätzliches Dilemma charakterisiert: Während die Behandlung für den Patienten in der Regel ein existentiell bedrohliches, einzigartiges Ereignis darstellt, gilt es für die professionell Tätigen, die individuell variablen Erscheinungsformen von Krankheit im Rahmen einer routinisiert ablaufenden und hochgradig arbeitsteiligen Organisation zu bearbeiten und angemessenen therapeutischen Lösungen zuzuführen. Eine Routinisierung professionellen Handelns gibt dabei keineswegs Anlass für eine negative Bewertung des Tuns. Routinisierung stellt vielmehr eine Notwendigkeit dar, wenn die Organisation und ihre professionellen Mitglieder konstant handlungsfähig bleiben wollen. In diesem Sinne unterliegen auch alle Interaktionsformen einer mehr oder weniger hochgradigen Routinisierung.⁶⁷ Diese drückt sich in spezifischen institutionellen Überformungen alltagsweltlicher Interaktionsformen in der Kommunikation zwischen medizinischem Personal und Patienten aus⁶⁸. Mit der „Macht der Experten“⁶⁹ wird eine asymmetrische Beziehungsstruktur etabliert, in der Patient als Objekt routinisierter Behandlungsabläufe definiert ist.⁷⁰ In eben diesem Beziehungsdilemma liegt der Schlüssel zur Problematik der vielfach zitierten „Inhumanität medizinischer Einrichtungen“.

6.3 Beziehungen zwischen professionellen Mitgliedern der Organisation

6.3.1 Komplexe Interaktionssysteme, Kommunikation zwischen Abteilungen

Wie bereits angesprochen, stellen medizinische Einrichtung in der Regel hochkomplexe und arbeitsteilig stark ausdifferenzierte Handlungssysteme dar. Entsprechend komplex und daher auch störanfällig sind die vielfältigen Kommunikationssysteme zwischen den verschiedenen Organisationseinheiten. Diese werden sehr stark von den professionsbezogenen Wahrnehmungs- und Kommunikationsmustern der beteiligten Berufsgruppen bestimmt, die entsprechend dem jeweiligen Standpunkt der beteiligten Mitarbeiter im System unterschiedliche Bewertungen und unterschiedlichen Umgang mit identischen Problemkonstellationen bedingen. Hierin sind wesentliche Gründe für die notorischen Kommunikationsprobleme, Reibungen und Missverständnisse zwischen den Abteilungen und Professionen zu suchen.

Um die Komplexität der Gesamtorganisation zu reduzieren und sie sowohl kognitiv als auch emotional verarbeiten zu können, neigen Mitarbeiter dazu, sich in der Wahrnehmung und Beurteilung von Arbeitsaufgaben auf ihren professionsspezifischen bzw. abteilungsspezifischen Horizont zu beschränken. Das verschärft in der Regel die Interaktionsprobleme. Es ist daher eine wesentliche Aufgabe in der Supervision, diesen Horizont immer wieder zu weiten und die flexible Handhabung von Perspektiven in der Wahrnehmung der Organisation zu trainieren. Ferner müssen Wissen über und Akzeptanz für die verschiedenen Rollensets der beteiligten Interaktionspartner vermittelt werden. Auf dieser Grundlage können die professionellen Mitglieder der Organisation verlässliche und situationsadäquate Kommunikationsstrukturen entwickeln.

Als weitere Erschwernis eindeutiger Kommunikation ist zusätzlich auch die Reduktion der Leistungsfähigkeit interpersoneller Kommunikationsformen durch die zunehmende Nutzung technischer und standardisierter Kommunikationsmedien zu erwähnen. Vernetzte elektronische Datenverarbeitung und sonstige moderne Telekommunikations- und Transportanlagen bedingen ein Informationsprocessing, das immer größere Informationsquantitäten transportiert. Diese sind aber in der Komplexität ihrer Datenstruktur unflexibel und in ihrer Informationsqualität simpel dimensioniert. Damit geht sowohl die Flexibilität als auch die „Tiefe“, d.h. Aussagekraft und Interpretationsfähigkeit natürlicher zwischenmenschlicher Kommunikationsformen zunehmend verloren. Dies schafft eine kontraproduktive Situation des „qualitativen Nichtwissens“ von Mitarbeitern über arbeitsrelevante Sachverhalte.

6.3.2 Kommunikation innerhalb von Teams/Abteilungen

Die Kommunikation innerhalb von Teams oder Abteilungen ist von den Dimensionen Arbeitsprozess und Soziodynamik bestimmt. Dabei ist bei der Analyse gruppenspezifischer Konfliktsituationen in einem sehr großen Teil zu beobachten, dass Störungen und Defizite auf der Ebene des Arbeitsprozesses kausal verantwortlich sind. Mangels rationaler Analyse und Problemdefinition problematischer Strukturen des Arbeitsprozesses durch die Mitarbeiter wird die resultierende Konfliktenergie auf die gruppenspezifische Ebene verschoben und dort agiert. Daher sollte die Analyse von Teamstrukturen im Sinne der weiter oben angesprochenen Diagnostik in der Regel auf der Ebene des Arbeitsprozesses beginnen. Hierzu zählen neben einer eindeutigen und expliziten Definition des personellen Kontextes (im Hinblick auf Personalstruktur, Leitungsstruktur und Leistungsspektrum der Einrichtung) auch der Funktionskontext (z.B. Aufgabendefinition und -verteilung, Entscheidungskompetenzen, zeitliche Ablaufsteuerung) und die Analyse der formellen Kommunikationsstrukturen (z.B. Besprechungen, Berichte).

Erst wenn die Dimension des Arbeitsprozesses handhabbar ist, ist es m.E. zulässig, die eigentlichen gruppenspezifischen und individualpsychologischen Dimensionen des Teamgeschehens im Hinblick auf Konkurrenzen, Übertragungskonstellationen und andere individuell und biografisch begründete Momente der einzelnen Teammitglieder hin zu bearbeiten.

7 Kontrakt (Soll-Struktur)

Bleibt als letzter Ordnungspunkt des Modells der *Kontrakt* anzusprechen. Er ergibt sich aus den interaktiv im *Kontakt* ausgehandelten und formulierten Handlungsfolien der beteiligten Mitglieder der Organisation, deren Inhalt und Form von den jeweiligen differentiellen *Kontexten* (vgl. oben) bestimmt werden. Der *Kontrakt* bildet so die Basis für kooperatives und damit soziales Handeln in der Organisation.

Ferner bezeichnet *Kontrakt* diejenigen Ergebnisse von Supervisionsprozessen oder Prozessen *Integrativer Organisationsentwicklung*, die in der Auseinandersetzung mit problematischen Organisationsroutinen und unzureichenden Kontextbedingungen erarbeitet wurden. Damit können defizitäre oder konflikthafte Kontext- und Kontaktbedingungen unter Einbezug der betroffenen Mitglieder der Organisation neu definiert, umgestellt bzw. projiziert werden. Damit wird ein neuer Grad von Funktionalität und Leistungsfähigkeit der Organisation erreicht. Dabei ist die Frage der Motivation der Mitarbeiter bei der Implementation dieser Neuerungen bei dieser Sichtweise durch den kommunikativen und kooperativen Stil der Veränderungsprozesse weitgehend gelöst. Bei einem entsprechendem Vorgehen ist für alle Beteiligten ein deutlicher Gewinn zu erwarten: Für die betroffenen Mitglieder der Organisation - Mitarbeiter und Patienten - heißt das auf Seiten der Mitarbeiter Minderung der Reibungsverluste und bessere Orientierung, damit auch Minderung der individuellen Arbeitsbelastung. Für die Patienten bedeutet es Verbesserung der Leistungsstruktur der jeweiligen medizinischen Einrichtung, sowohl im Bereich der sachlichen als auch der kommunikativen (d.h. Beziehungs-) Leistungen. Beides zusammengenommen verspricht dem Träger der Einrichtung Effizienz in der Leistungsstruktur und damit wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Erfolg.

Literaturverzeichnis

- Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen*, 1976, Kommunikative Sozialforschung. Fink, München.
- Bakal, D.A.*, Psychologie und Medizin. Psychobiologie und ganzheitliche Heilkunde. Junfermann, Paderborn.
- Balint, E. & Novell, J.S.*, Hrsg., 1975, Fünf Minuten pro Patient - Eine Studie über die Interaktion in der ärztlichen Allgemeinpraxis. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Balint, M.*, 1976⁴, Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Klett, Stuttgart.
- Berger, P. L., Luckmann, T.*, 1977⁵, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Bittner, E.*, 1974, The Concept of Organization. In: *R. Turner*, Hrsg., Ethnomethodology. Penguin, Harmondsworth, S. 69-82.
- Blau, P.M., Scott, W.R.*, Formal Organizations. Chandler, San Francisco 1962.
- Cicourel, A. V.*, 1968, The Social Organization of Juvenile Justice. Wiley, London & Sidney.
- Cicourel, A. V.*, 1974, Methode und Messung in der Soziologie. Suhrkamp, Frankfurt/M.
- Dörner, K.*, 1977, Wie werde ich Patient? oder Sozialisation in fünf Stufen. Betrachtungen eines Arztes. In: *Nussbaum, H.v.*, Hrsg., Die verordnete Krankheit. S. Fischer, Frankfurt/M.
- Etzioni, A.*, 1961, Complex Organizations. Free Press, New York.
- Freidson, E.*, 1975, Dominanz der Experten. Zur sozialen Struktur medizinischer Versorgung. Urban & Schwarzenberg, München, Berlin & Wien.
- Föllmer, M.*, 1977, Supervision in der amerikanischen Sozialarbeit. In: *Neue Praxis* 1977, Heft 1, S. 4-17.
- Fürstenau, P.*, 1970, Institutionsberatung. Ein neuer Zweig angewandter Sozialwissenschaft. In: *Gruppendynamik*, Jg. 10, Heft 1, S. 219-233.
- Garfinkel, H.*, 1967, Studies in Ethnomethodology. Prentice-Hall, Englewood Cliffs.
- Glaser, B. G.*, 1969, The Constant Comparative Method of Qualitative Analysis. In: *McCall, G.J. & Simmons, J.L.*, Hrsg., Issues in Participant Observation: A Text and Reader. Addison-Wesley, Reading Mass.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L.*, 1969¹⁰, The Discovery of Grounded Theory. Aldine, New York.
- Glaser, B. G., Strauss, A. L.*, 1974², Time for Dying. Aldine, Chicago.
- Glassner, B., Freedman, J. A.*, 1979, Clinical Sociology. Longman, New York & London.
- Goffman, E.*, 1973, Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Suhrkamp, Frankfurt am Main.
- Grote-Jan, C.v. & Weingarten, E.*, 1983, Technikgebundene Handlungsabläufe auf der Intensivstation: Zum Zusammenhang von medizinischer Technologie und therapeutischer Beziehung. In: *Zeitschrift für Soziologie*, Jg. 12, Heft 4, S. 328-340.
- Güntert, B., Orendi, B. & Weyermann, U.*, 1989, Die Arbeitssituation des Pflegepersonals. Strategien zur Verbesserung. Hans Huber, Bern, Stuttgart & Toronto.
- Horn, K.*, 1979, Zur politischen Bedeutung psychoanalytischer "Technik". Hinweise für eine kritische Sozialwissenschaft. In: *K. Horn*, Hrsg., Aktionsforschung: Balanceakt ohne Netz? Methodische Kommentare. Syndikat, Frankfurt am Main, S. 320-376.
- McHugh, P.*, 1969, Defining the Situation. The Organization of Meaning in Social Interaction. Bobbs-Merril, Indianapolis & New York.
- Kutzik, A.J.*, 1977, The Social Work Field. In: *Kaslow, F.W.*, Hrsg., Supervision, Consultation, and Staff Training in Helping Professions. Jossey-Bass, Washington, London, S. 25 ff.
- Mangold, W.*, 1960, Gegenstand und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens. Europäische Verlagsanstalt, Frankfurt/M.
- Mechanic, D.*, 1969, Medical Sociology. A Selective View. Free Press, New York.
- Mehan, H., Wood, H.*, 1975, The Reality of Ethnomethodology. Wiley-Interscience, New York et al.
- Meinefeld, W.*, 1976, Ein formaler Entwurf für die empirische Erfassung elementaren sozialen Wissens. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen*, a.a.O., S. 88-158.
- Müller, H.W.*, 1983², Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus. Ein Handbuch für Krankenhausträger, Verwaltungen, Behörden, Ärzte und Pflegepersonal. Kohlhammer, Stuttgart et al.
- Parsons, T.*, 1960, Structure and Process in Modern Societies. Free Press, New York.
- Petzold, H.*, 1980, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. In: *H. Petzold*, Hrsg., Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Junfermann, Paderborn, S. 223-290.
- Petzold, H.*, 1988, Die „vier Wege der Heilung“ in der „Integrativen Therapie“. In: *H. Petzold*, Hrsg., Integrative Bewegungs- und Leibtherapie. Ein ganzheitlicher Weg leibbezogener Psychotherapie. Junfermann, Paderborn, S. 173-284.
- Petzold, H., Heini, H.*, 1983, Gestalttherapeutische Fokaldiagnose und Fokalintervention bei Störungen aus der Arbeitswelt. In: *H. Petzold, H. Heini*, Hrsg., Psychotherapie und Arbeitswelt. Junfermann, Paderborn, S. 178-219.
- Pflanz, M.*, 1972⁴, Gesundheitsverhalten. In: *A. Mitscherlich et al.*, Hrsg., Der Kranke in der modernen Gesellschaft. Kiepenheuer & Witsch, Köln & Berlin.

- Radke, F. O.*, 1979, Zum Stand der Aktionsforschungsdebatte. Erläuterungen anhand der Kooperation von Lehrern und Wissenschaftlern. In: *K. Horn*, Hrsg., *Aktionsforschung: Balanceakt ohne Netz? Methodische Kommentare*. Syndikat, Frankfurt am Main, S. 71-110.
- Rahm, D.*, 1986⁴, *Gestaltberatung*. Junfermann, Paderborn.
- Recht, P., Schuin, P. et al.*, 1977, Anzeigeneigung. In: *Bintig, A. & Schumann, K.F.* Forschungsbericht des Projektes „Produktion von Kriminalitätsraten“, Teil IV, Universität Bielefeld.
- Recht, P.*, 1979, Interaktion in medizinischen Einrichtungen. Darstellung neuerer methodischer Ansätze und deren Relevanz für eine Theorie medizinischer Versorgung. Diplomarbeit, Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie.
- Recht, P.*, 1992, Die soziale Konstruktion medizinischer Wirklichkeit. Interaktive Dimensionen medizinischer und pflegerischer Dienstleistungen. In Vorbereitung.
- Roth, J. A.*, 1963, *Timetables. Structuring the Passage of Time in Hospital Treatment and Other Careers*. Bobbs-Merrill, Indianapolis & New York.
- Schaefer, H. & Blohmke, M.*, 1978², *Sozialmedizin. Einführung in die Ergebnisse und Probleme der Medizin-Soziologie und Sozialmedizin*. G. Thieme, Stuttgart.
- Schreyögg, A.*, 1986, Integrative Gestaltsupervision. In: *Gruppendynamik*, 17 (1986), S. 301-317.
- Schreyögg, A.*, 1990, Integrative Gestaltsupervision: ein methodenplurales Modell. In: *Pühl, H.*, Hrsg., *Handbuch der Supervision. Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation*. Ed. Marhold, Berlin.
- Schütze, F. et al.*, 1973, Grundlagentheoretische Voraussetzungen methodisch kontrollierten Fremdverstehens. In: *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen*, Hrsg., *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*, Bd. 2. Rowohlt, Reinbek, S. 433-495.
- Schütze, F.*, 1984, Professionelles Handeln, wissenschaftliche Forschung und Supervision. In: *Beiträge zur Supervision, Arbeitskonferenz Theorie der Supervision*. Gesamthochschule Kassel, FB 4 Sozialwesen.
- Selznick, P.*, 1948, Foundations of the Theory of Organization. In: *American Sociological Review*, 13 (1948), S. 25-35.
- Siegrist, J.*, 1976, Asymmetrische Kommunikation bei klinischen Visiten. In: *Medizinische Klinik*, 71 (1976), S. 1962-1966.
- Siegrist, J.*, 1977³, *Lehrbuch der medizinischen Soziologie*. Urban & Schwarzenberg, München, Wien & Baltimore.
- Sullivan, C.G.*, 1980, *Clinical Supervision: a State of the Art Review*. Association for Supervision and Curriculum Development, Alexandria, Virginia.
- Uexküll, T.v. & Wesiack, W.*, 1986, Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In: *Uexküll, T.v.* 1986³, *Psychosomatische Medizin*. Urban & Schwarzenberg, München et al., S. 1-30.
- Weber, M.*, 1976⁵, *Wirtschaft und Gesellschaft*. J.C.B. Mohr (Paul Siebeck), Tübingen.
- Zimmermann, D.H.*, 1969, Record-Keeping an the Intake Process in a Public Welfare Agency. In: *Wheeler, S.*, Hrsg., *On Record - Files and Dossiers in American Life*. Russel, New York.

Anhang 1: Gliederungssystem

I. Individueller/personenbezogener Kontext

A. Professioneller Kontext (med. Personal)

1. Persönliche Handlungsanteile
 - a. Leibliche Verfassung
 - b. Psychische Situation
 - c. Geist: Lebenskonzept, -plan, Werte, Einstellungen
 - d. Soziales Feld: Soziale Lebenssituation (soziales Netz)
 - e. Ökologisches Feld: Materielle/ökologische Situation
 - f. Zeitkontinuum
2. Professionelle Handlungsanteile

B. Patientenkontext

1. Persönliche Handlungsanteile
 - a. Leib
 - b. Psyche
 - c. Geist
 - d. Soziales Feld
 - e. Ökologisches Feld
 - f. Zeitkontinuum
2. Institutionelle Handlungsanteile
 - a. Patientenrolle
 - b. Patientenkarriere
 - c. Krankheitsverständnis
 - d. Kulturspezifisches Krankheitsverhalten
 - e. Kulturspezifische Inanspruchnahme med. Dienste

II. Institutioneller Kontext

A. Politisch-ökonomischer Kontext

1. Finanzlage
 - a. Budgetierung
 - b. Pflegesätze
2. Aufgabenstruktur / Zielsysteme
 - a. Konflikt zw. med.-techn. und humanen Ansprüchen
 - b. Konflikt zwischen Ökonomie und optimaler Versorgung

B. Baulicher / Ausstattungs-Kontext

C. Personeller Kontext: Aufbauorganisation

1. Quantitative Ausstattung
2. Personalstruktur
3. Berufsgruppen
 - a. Ärzte
 - b. Pflege
 - c. Verwaltung
 - d. Med.-technisches Personal

- e. Psychosoziales Personal
- 4. Leitungsstruktur
- 5. Führungsstil
- 6. Intergruppenkonflikte
- 7. Behandlungsideologie, Organisationskultur

D. Funktionskontext: Ablauforganisation

- 1. Arbeitsteilung und Koordination
- 2. Rationalisierung
- 3. Organisationsstil

III. Kontakt: Interaktionale Ebene

A. Institutionelle Interaktionsformen und -probleme

- 1. Ebene des Arbeitsprozesses
- 2. Soziodynamische Ebene

B. Beziehungen zwischen professionellen und nichtprofessionellen Mitgliedern der Organisation

- 1. Arzt-Patient-Beziehung
- 2. Pflege-Patient-Beziehung

C. Beziehungen zwischen professionellen Mitgliedern der Organisation

- 1. Komplexe Interaktionssysteme
- 2. Kommunikation zwischen Teams/Abteilungen
- 3. Kommunikation innerhalb von Teams/Abteilungen

IV. Kontrakt

Betriebsvereinbarungen, Ablaufpläne, Stellenbeschreibungen, Aufgabendefinitionen, u.s.w. als Ergebnisse von Supervision / Organisationsentwicklung

Anhang 2: Initialphase der Organisationsentwicklung in einem allgemeinen Krankenhaus

Zielgruppe der Erstintervention: Stationsschwestern

Stationsschwestern haben auf der Ebene des mittleren Managements der Organisation Krankenhaus eine zentrale Position sowohl bzgl. der vertikalen als auch der horizontalen Kommunikationsstrukturen. Insofern bilden sie als „systemimmanente Experten“ einen guten Zugang zu qualitativen Daten des Gesamtsystems.

Methode:

Im Rahmen „Integrativer Supervision“ wird ein konsequent phänomenologischer Zugang zur Organisation entwickelt. D.h., dass beschreibendes Datenmaterial aus der subjektiven Sicht kompetenter Organisationsmitglieder (hier: Stations-schwestern) gesammelt und in Gruppendiskussionen mit eben diesen Mitgliedern geprüft und ausgewertet wird. Zur Generierung und Dokumentation dieses Materials werden sog. „erlebnisaktivierende Methoden“ (Imagination, Arbeit mit kreativen Medien, Planspiel, Soziodrama, u. s. w.) verwandt. Dieses Material wird vom Supervisor mit objektivem Datenmaterial (Stellenpläne, Belegungsdaten, bauliche Struktur, u. s. w.) abgeglichen. Das Ergebnis kann dann in Form eines Gutachtens vorgelegt werden, das i.d.R. von der beteiligten Arbeitsgruppe legitimiert worden ist.

Ablauf:

Für den infrage stehenden Fall empfehle ich eine Folge von 6 Sitzungen zu je 2,5 Arbeitsstunden oder von 3 Seminartagen zu je 5 bis 6 Arbeitsstunden mit der Gruppe aller Stationsschwestern/-pfleger einschließlich Oberschwester/-pfleger, evt. auch unter Teilnahme der Pflegedienstleitungen. Die einzelnen Sitzungen werden thematisch einzelnen Organisationsbereichen bzw. -dimensionen zugeordnet. Dabei werden innerhalb der jeweiligen Dimension Aufbau-, Ablauf- und Kommunikationsstrukturen untersucht und beschrieben. Die Ergebnisse werden vom Supervisor, z.T. unter Mitwirkung der Teilnehmer, dokumentiert.

Thematische Gliederung der Sitzungsfolge:

1) Einführung der Gruppe in Thema und Methode.

Erster Zugang zur Institution und Generierung von Material mit Hilfe erlebnisaktivierender Methoden (Visualisierung) und kreativer Medien (Malen eines beschreibenden Organigramms).

Auswertung: Organisationskultur und -atmosphäre.

2) Station und Stationsteam.

Nutzung des vorhandenen Materials.

Auswertung: Aufbau-, Ablauf- und Kommunikationsstruktur der Stationen.

3) Patientengut.

Generierung von Material mit Hilfe von Soziodrama und vorbereiteten Patientendaten.

Auswertung: Mortalität, psychosoziale und kulturelle Definition, Bedürfnisanalyse.

4) Zusammenarbeit zwischen Abteilungen.

Nutzung bisherigen Materials, vorbereiteter Aufgabenprofile und Organigramme der Organisation, Planspiel.

Auswertung: Kommunikationsstrukturen, Ablaufanalyse (patientenzentriert), Intergruppenkonflikte.

5) Geschichte des Krankenhauses und Behandlungsideologie.

a) Darstellung der Entwicklung der leistungsmäßigen, baulichen und personellen Situation.

Auswertung: Identifikation der gewachsenen Struktur des Hauses, von „Hypothesen“ und Mythen aus der Vergangenheit, Konfrontation mit der Ist-Situation.

b) Reflektion des Menschenbildes, der Grundwerte und der Gestaltung der Pflege-Patient-Beziehung.

Auswertung: Identifikation professioneller Grundhaltungen und von Wahrnehmungsstrukturen im Hinblick auf den Patienten.

6) Organisationsentwicklungslinien.

Überschau des bisher erarbeiteten Materials und Extrapolation in zukünftige Entwicklungen. Abschätzung von Prioritäten und für eine Entwicklung aktivierbarer Ressourcen. Motivationsprüfung.

Anhang 3: Prozessverlauf der Organisationsentwicklung einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik

I. Kontextanalyse (Ist)

1. Patienten
 - a) Kinder
 - b) FamilienZahl, Demografie, Störungen, Bedürfnisse
2. Institution Krankenhaus
3. Sozialpolitischer Raum
4. Personal
Berufsgruppe, Arbeitsmethoden, Fortbildungsstand, Stellenplan u. -besetzung, Aufbauorganisation/Hierarchie, Entscheidungskompetenz, u.a.
5. Allgemeine Ziele/Werte
Menschenbild, Behandlungsideologie
6. Materielle Ausstattung
Finanzen, Räumlichkeiten, Ausstattung

II. Kontakt-/Beziehungsanalyse (Ist)

1. zu Patienten
2. zwischen Kollegen intern
3. nach außen
 - a) Krankenhaus
 - b) Fachöffentlichkeit
 - c) Publikum

III. Kontraktbildung (Soll)

1. zeitliche Abläufe
Tages-, Wochen-, Jahresablauf
2. Kommunikationssysteme
Besprechungen, Berichte
3. Belegungsorganisation
4. Aufgabenverteilung
horizontal (wer macht was?)
5. Bezugstherapeutensystem
6. Entscheidungskompetenz
vertikal, Hierarchie
7. Bauliche bzw. Ausstattungsentwicklung
8. Behandlungspläne
 - a) Kinder
 - b) Familien
9. Öffentliche Vertretung

Arbeitsplan

Es stehen 4 Arbeitstage zur Verfügung. Sie können wie folgt aufgegliedert werden:

1. Analyse des institutionellen Kontextes

- a) Personal
- b) materielle Bedingungen
- c) Patienten

2. Planung der Weiterentwicklung des institutionellen Kontextes
dto.

3. Analyse der Kontaktformen
- a) zu Patienten
 - b) zwischen Kollegen, intern
 - c) nach außen

4. Planung verbesserter Kommunikations- u. Kontaktformen
dto.

Vorbereitende Materialsammlung

1. Personeller Kontext

Stellenplan der Institution:

- * Wie viele Mitarbeiter (MA) auf welchen Funktionsstellen?
- * Tarifgefüge?
- * Stellenbeschreibungen?

Ist-Besetzung der Abteilung:

- * Quantitativ?
- * Welche Mitarbeiter besetzen welche Stellen?
- * Welche Berufsgruppen/-rollen sind zu unterscheiden? Ihre Verteilung?
- * Wie ist die demographische Struktur (Lebens-, Dienstalter, Geschlecht)?
- * Welche persönlichkeitspezifische Merkmale bringen die MA ein?
- * Wie ist der Aus- und Weiterbildungsstand der MA? Deren Umfang, inhaltliche Ausrichtung?
- * Welche methodischen Schwerpunkte/Ansätze vertreten die MA?
- * Welche möglichen berufsständischen Konflikte stehen zwischen Mitarbeitergruppen?

Aufbauorganisation (Hierarchien)

- * Welche Entscheidungs-/Verantwortungsstrukturen existieren formell? - informell?
(Wer ist für was verantwortlich?)

Ablauforganisation

- * Welche Aufgaben sind im Arbeitsalltag zu bewältigen? (Tagesprotokoll!)
- * Wie unterscheidet sich die Aufgabenstruktur für unterschiedliche Berufsgruppen?

2. Patientenkontext

Belegung (quantitativ)

- * Aufenthaltsdauer
- * Auslastung

Belegung (qualitativ)

- * Einweisungs- und Arbeitsdiagnosen
- * Geschlechtsverteilung
- * Altersverteilung
- * sozialer Status (Herkunftsfamilie)

Verlauf

- * Institutionelle Vor-Karriere, zuweisende Institution?
 - * Stationäre Entwicklung?
- (Beziehungsverteilung, Behandlungsansätze, -verteilung)
- * Behandlungsausgang, Verbleib, Wiederaufnahme?

3. Ökonomischer Kontext

- * Pflegesätze, Pflegesatzentwicklung?
- * Sachmittelletats für Verbrauchsmittel, Anschaffungen, Veranstaltungen mit Patienten, Fortbildung?

4. Materieller Kontext

- * Räumliche Voraussetzungen, Raumbedarf - quantitativ u. qualitativ?
- * Ausstattung: Mobiliar u. Alltagsbedarf, med.-therapeutisches Gerät, Spielzeug?

Anmerkungen

1. vgl. z.B. *Kutzik, A.J.* 1977, 25 ff.; *Föllmer, M.* 1977.
2. vgl. *Sullivan, C.G.*, 1980.
3. vgl. z.B. *Balint, M.* 1947
4. vgl. *Balint, M.* 1976⁴, *Balint, E. & J.S. Novell*, Hg., 1975
5. vgl. *Schreyögg, A.*, 1990
6. vgl. *Wirth, L.*, 1931 und *Glassner B. & J.A. Freedman* 1979.
7. vgl. *Schütze, F.* 1984, S. 358 f.: Anm. Zu (4.); S. 361 f.: Anm. 29; S. 363 f.: Anm. 33 und 34.
8. vgl. *Glaser, B.G.* 1969, *Glaser, B.G. & A.L. Strauss* 1979¹⁰: vii
9. vgl. z.B. *Etzioni, A.* 1961, *Parsons, T.* 1960: 16-96
10. *Max Weber* 1972⁵
11. Vgl. z.B. *Selznik, P.* 1948.
12. vgl. z.B. *Bittner, E.* 1975²; *Cicourel, A.V.* 1968
13. Desgleichen gilt allgemein auch für strukturfunktionalistische Ansätze.
14. Hier ist auch darauf hinzuweisen, dass sich die meisten organisationstheoretischen Modelle aus dem Bereich der Betriebswirtschaft und manche organisationspsychologische Ansätze auf dem gleichen theoretischen Boden bewegen.
15. vgl. zur Einführung *Schütze, F. et al.* 1973 und *Arbeitsgruppe Bielefelder Soziologen* 1976
16. vgl. *Garfinkel, H.* 1967
17. vgl. *Garfinkel, H.* a.a.O.
18. Zum Indentitätskonzept der *Integrativen Therapie* vgl. im Einzelnen *Heinl, H. & H. Petzold* 1983: 179 ff.
19. vgl. auch die Ausführungen von *Rahm, D.*, a.a.O.: 179 ff. zum Selbstorganisationskonzept.
20. Aus soziologischer und sozialpsychologischer Sicht ist hier auf Seiten der professionellen Mitglieder der Organisation die Dimensionen der beruflichen Karriere bzw. Sozialisation bedeutsam (vgl. für den Arztberuf als Übersicht *Siegrist, J.*, 1977³, S. 172 ff.). Auf Seiten des Patienten sind die sozialisatorischen Prägungen der „Patientenkarriere“ im Rahmen institutioneller medizinischer Behandlung zu berücksichtigen (vgl. *Dörner, K.*, 1977, der das Karrierekonzept von *Goffman, E.*, 1973, S. 125 ff. bzw. *Scheff, T.*, 1973, in den allgemeinmedizinischen Bereich überträgt).
21. *Berger, P.L. & Luckmann, T.*, 1977, beschreiben den Wissensbestand des Mitgliedes einer bestimmten Kultur als „Netzwerk von Typisierungen“, das kognitiv sedimentiert und damit verinnerlicht ist.
22. vgl. *Berger, P.L. & T. Luckmann* 1977⁵
23. vgl. *McHugh, P.* 1968
24. Die häufig vom medizinischen Personal beklagte „Non-Compliance“ des Patienten liegt immer in einer nicht zustandekommenen gemeinsamen Problemdefinition, d.h. *Kontrakt*, begründet.
25. *Glaser, B.G. & A.L. Strauss* 1979¹⁰
26. „The Constant Comparative Method“, vgl. *Glaser, B.G. & A.L. Strauss* 1979¹⁰: 105 ff.
27. zur Bedeutung und Methode des Gruppendiskussionsverfahrens als Erhebungsinstrument qualitativer Sozialforschung vgl. *Mangold, W.*, 1960, *Meinefeld, W.*, 1976, Kap. 5 und *Recht, P., Schuin, P., et al.* 1977.
28. Wie bereits angedeutet, bedarf es noch größerer Anstrengungen bei der Weiterentwicklung der qualitativ-sozialwissenschaftlichen Methodologie, um dieses Verfahren von der methodischen Qualität her auf einen Stand zu bringen, der auch strengeren wissenschaftlichen Kriterien gerecht wird. *F. Schütze*, 1984, steckt für die Entwicklung von Supervision in diesem Sinne einen entsprechenden Entwicklungsrahmen ab.
29. vgl. *Mehan, H. & H. Wood* 1975
30. Zum Begriff Kontext vgl. u.a. die Ausführungen über die Ursprünge der Gestaltpsychologie und ihre Umsetzung bei *Perls*

-
- in *Rahm, D.* 1986⁴. Der Begriff Kontakt bezieht sich auf die Qualitäten von Beziehung. Vgl. hierzu *Petzold, H.* 1980.
31. *Petzold, H.G.*, 1988, S. 37
 32. Hervorh. d. Verf.
 33. *Heinl, H. & H. Petzold* 1983: 179
 34. *Petzold, H.G.*, 1988, S. 40
 35. *Rahm, D.* 1986⁴: 108 ff. Hervorh. d. Verf.
 36. *Rahm, D.* a.a.O.: 178
 37. vgl. *Schreyögg, A.* 1986: 301f
 38. Eine umfangreiche empirische Untersuchung zu Arbeitsbelastungen im Pflegebereich haben *Güntert, B., Orendi, B. & U. Weyermann* 1989 vorgelegt.
 39. Dagegen bleiben die der familientherapeutischen Tradition entspringenden neueren systemischen Ansätze von Supervision in ihrer analytischen Dimensionierung aber auf der Ebene individueller Motive, der Verknüpfung individueller Motive und strukturellem Kontext sowie durch einen Mangel an prozessualen Denken von eingeschränkter Reichweite.
 40. vgl. *Petzold, H.G.*, 1988, S. 200 ff.; *ders.* S. 353 ff.
 41. Z.B. hat das *Fritz Perls Institut* begonnen, in diesem Sinne berufserfahrene und weitergebildete Kräfte aus dem Pflegebereich (Pflegedienstleitungen, Unterrichtskräfte, u.ä.) als Supervisoren für das Feld der Krankenpflege auszubilden.
 42. *Petzold, H.G.*, 1980, S. 248 ff.
 43. vgl. zu Stellenwert und Aufgaben der Institutionsberatung in diesem Zusammenhang auch *Fürstenau*, 1970.
 44. vgl. *Cicourel, A.V.* 1974
 45. vgl. u.a. *Horn, K.* 1979, *Radke, F.O.* 1979
 46. Mit dem Terminus „medizinische Einrichtungen“ sind hier hauptsächlich Krankenhäuser gemeint. Krankenhäuser variieren allerdings nach Typ, Größe und therapeutischer Ausrichtung erheblich. Grundliegende Strukturen und substantielle Teile des Modells lassen sich aber überall wiederfinden und bieten darüberhinaus auch Zugang zu anderen Kategorien medizinischer Einrichtungen (Praxen, Ambulanzen, Fackkliniken, u.ä.). Um die dargestellte supervisorische Praxis auch für diese Bereiche erschließbar zu machen, wurde der generalisierende Begriff gewählt.
 47. Die Idee hierzu ist auf einen Strukturierungsversuch zurückzuführen, den *W. Rönner*, 1986, (mündliche Mitteilung) in einem Seminar zur *Gestaltberatung* am *Fritz Perls Institut* entwickelt hat. Dort wurde eine Beratungssituation unter Verwendung der Kategorien Kontext, Kontakt, Kontrakt („3 K's“) strukturiert.
 48. Wie bei allen Phasenmodellen ist auch hier die Einschränkung zu machen, dass die beschriebenen Phasen in realiter nicht in dieser Reihenfolge und auch nicht in Vollständigkeit durchlaufen werden müssen.
 49. Im Anhang am Ende dieser Arbeit wird hierzu eine Gesamtübersicht in Form eines Gliederungssystems gezeigt.
 50. vgl. Seite 8 und Anmerkung 20.
 51. *Petzold, H.* 1988: 335 ff.
 52. vgl. *Petzold, H.* 1989: 339 ff.
 53. vgl. *Rahm, D.* 1986⁴: 110 f.
 54. vgl. *Petzold, H.* 1989: 335 ff.
 55. Als Beispiele für entsprechende Krankheitsmodelle vgl. *Uexküll, T.v. & Wesiack*, 1986 und *Schaefer, H. & Blohmke, M.* 1978², S. 176-183.
 56. vgl. *Goffmann, E.* 1973
 57. vgl. z.B. *Roth, J.A.* 1963; *Glaser, B.G. & A.L. Strauss* 1974²
 58. vgl. u.a. *Pflanz, M.* 1972; *Mechanic, D.* 1968
 59. An dieser Stelle kann auf die breite gesundheitspolitische Diskussion zur Krankenhausfinanzierung nur allgemein verwiesen werden.
 60. Zu dieser Thematik sei eine empirische Untersuchung beispielhaft herausgegriffen: *Grote-Jan, C.v. & Weingarten, E.*

1983. Diese Untersuchung stellt auch ein anschauliches Beispiel für die empirische Vorgehensweise interpretativer Soziologie im Feld medizinischer Einrichtungen dar.

61. Eine Illustration hierzu bietet die Gliederung eines Lehrbuches für „Führungsaufgaben im modernen Krankenhaus“ (Müller, H.W., 1983²): es zeigt eine Aufzählung der verschiedenen im Krankenhaus engagierten ständischen Gruppen (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Wirtschaftsdienst, Krankenhauseesorge, u.s.w), die nacheinander aufgelistet und dann in ihrer jeweiligen Binnenstruktur dargestellt werden.

62. Eine Verbesserung der Situation verspricht die Einrichtung eines Studienganges „Pflege-dienstleitung“ an der Fachhochschule Osnabrück sowie die geplanten Studiengänge „Pflege-wissenschaft“ an Fachhochschulen und Universitäten. Neuerdings werden auch vereinzelt spezielle Fortbildungsangebote für ärztliche und andere Führungskräfte in medizinischen und sozialen Einrichtungen angeboten. (u.a. Kompaktcurriculum „Leiten in Institutionen“ des *Fritz Perls Institutes*, Hückeswagen)

63. vgl. als ausgewählte Einführung in die mittlerweile breite Literatur zu psycho-biologischen Erklärungsansätzen der Pathogenese somatischer Erkrankungen *Bakal, D.A.*, 1987.

64. Zur Bedeutung von Akten als Steuerungsfolie bürokratischer Abläufe vgl. u.a. *Zimmermann, D.H.*, 1969.

65. Für eine umfassendere Darstellung und Diskussion interaktiver Dimensionen medizinischer Einrichtungen siehe *Recht, P.*, 1991.

66. vgl. *Siegrist, J.*, 1977³, S. 204 ff.

67. vgl. *Recht, P.*, 1979, S. 42 ff.

68. vgl. *Recht, P.*, 1979, S. 56 ff.

69. vgl. *Freidson, E.*, 1975.

70. *Siegrist, J.*, 1976, hat im Rahmen der Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation bei Visiten eine Systematik „asymmetrischer Verbalhandlungen“ entwickelt.