



Praxishilfe

Teamentwicklung in der Rehabilitation

Die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (BAR) ist die gemeinsame Repräsentanz aller Verbände der gesetzlichen Krankenversicherung, Unfallversicherung, Rentenversicherung, Kriegsopferfürsorge und Sozialhilfe, der Bundesanstalt für Arbeit, sämtlicher Bundesländer, des Deutschen Gewerkschaftsbundes, der Deutschen Angestelltengewerkschaft, der Bundesvereinigung Deutscher Arbeitgeberverbände sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zu dem Zweck, die Maßnahmen der medizinischen, schulischen, beruflichen und sozialen Rehabilitation zu koordinieren und zu fördern.

ISSN 0933-8462

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation

Praxishilfe
Teamentwicklung
in der Rehabilitation

Vorwort

Die Verbesserung der Zusammenarbeit in der Rehabilitation erfordert berufsgruppen-, abteilungs- und hierarchieübergreifende Kommunikations- und Arbeitsweisen. Dies wird auch in den theoretischen Konzepten zu den verschiedenen Bereichen der Rehabilitation immer wieder gefordert. Die Einleitung von Teamentwicklungsprozessen scheitert jedoch häufig an den wenig konkreten Vorstellungen darüber, was Teamentwicklung bedeutet und wie sie in Gang gesetzt werden kann.

Bemühungen auf die Entwicklung dauerhafter Teamarbeit hin auszurichten bedeutet, in den Einrichtungen mit Hilfe effizienter Führungsarbeit und dauerhafter Formen der Mitarbeiterbeteiligung Innovationspotenziale freizusetzen. Teamentwicklung birgt die Chance, Widerstände gegenüber Veränderungen zu überwinden, Mitarbeiter zu motivieren und das Anliegen der Rehabilitanden ins Zentrum aller Bemühungen zu stellen. Dabei geht es insbesondere auch um die Fähigkeit, die eigene Arbeitsleistung innerhalb verschiedener Gesamtprozesse zu verorten, im Gespräch mit anderen Prozessbeteiligten beschreiben und dann gemeinsam fortlaufend optimieren zu können.

Die Arbeitsrealität in der Rehabilitation entwickelt sich allerdings nicht von alleine in Richtung teamorientierten Arbeitens. Vielmehr bedarf es hierzu organisierter innovativer Impulse. Die vorliegende Praxishilfe soll Mut machen, sich auf diesen Weg zu begeben, indem sie Instrumente zur Implementierung von Teamentwicklungsprozessen beschreibt und an konkreten Beispielen deren Machbarkeit aufzeigt.

Unser Dank gilt an dieser Stelle den bereits in konkreten Projekten engagierten Praktikern, die mit ihren Rückmeldungen an der inhaltlichen Gestaltung und der Praxishilfe dieser Veröffentlichung wesentlichen Anteil haben.

Frankfurt am Main / Köln, im Mai 2000

Bernd Steinke
Geschäftsführer der
Bundesarbeitsgemeinschaft
für Rehabilitation

Albert Brühl
Geschäftsführer des
Sozialpsychologischen
Instituts

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	5
2. Was angestrebt wird	7
Teamentwicklung schafft Klarheit	8
Teamentwicklung betrifft die Organisation	9
Teamentwicklung betrifft die Führungsarbeit	9
Teamentwicklung betrifft das Personal	9
3. Stellungnahmen aus der Praxis:	
Was spricht dafür?	10
Was spricht dagegen?	13
4. Wo die Mißverständnisse liegen	
Abgrenzung der Teamentwicklung von anderen Konzepten	18
5. Praxisbeispiele:	
Änderung der Visitenzeiten	20
„Flottmachen“ einer Abteilung	36
6. Im Werkzeugkasten: Alle wesentlichen Instrumente	42
Überblick	42
Das Team stellt sich dar	42
Das Team formuliert Aufträge	49
Das Team kontrolliert die Aufgabenerfüllung	51

1. Einleitung

In Zeiten rasanter Veränderungen innerhalb der gesamten Rehabilitation gewinnt die Fähigkeit von Leistungsanbietern, Innovationsprozesse in Gang zu setzen, immer größere Bedeutung. Führungsimpulse sind nicht länger ausschließlich allein fachlicher Natur, sondern beziehen sich neben den Leitungsaufgaben in der medizinisch-therapeutischen Alltagspraxis auf die Frage, wie Mitarbeiterbeteiligung in Veränderungsprozessen realisiert werden kann. Dies ist gerade für Chefärzte, Oberärzte, Geschäftsführer, Verwaltungsleiter und die zweite Führungsebene der Abteilungsleiter eine neue Herausforderung.

Auf die Veränderungen in der Rehabilitation haben viele Leistungserbringer mit der Einführung von Qualitätsmanagementsystemen reagiert. Dabei wird dem gut funktionierenden Reha-Team als ein wichtiger Baustein zur Optimierung der Ablaufprozesse und damit auch der Rehabilitationsergebnisse zwar große Bedeutung bei der Qualitätssicherung beigemessen, unterstützende Teamentwicklungsmaßnahmen fehlen jedoch in aller Regel.

Gerade in den hochspezialisierten, funktionsteiligen und zum Teil hierarchischen Organisationen, in denen rehabilitiert wird, reicht aber das oftmals vorrangig fachlich-aufgabenbezogene Qualitätsmanagement alleine nicht aus, um teamorientiertes Arbeiten zu fördern. Teamentwicklungsmaßnahmen müssen deshalb in Qualitätsmanagement-Prozessen vorbereitend und begleitend eingesetzt werden können. Mit dieser Praxishilfe wollen wir daher als Ergänzung und Hilfestellung ein Teamentwicklungskonzept vorlegen, das diese Lücke zu füllen versucht, indem es Aspekte aus Organisationsentwicklung und Führungstrainings integriert.

Unser Ansatz berücksichtigt die Organisationsperspektive und bietet Platz für die Behandlung von Führungsverhalten wie auch die Verbesserung verschiedener Formen des Mitarbeiterengagements in konkreten organisatorischen Rahmenbedingungen. Damit ergänzen wir den Ansatz des Qualitätsmanagements um einige Instrumente aus der Organisations- und Führungskräfteentwicklung.

Generell unterscheidet sich unsere organisations- und führungsbezogene Darstellung von Teamentwicklung von Konzepten, die eher gruppendynamische Prozesse innerhalb von Arbeitsgruppen in den Vordergrund stellen. Dies wurde von den vorab befragten Führungskräften aus Rehabilitationseinrichtungen auch so wahrgenommen:

Der „Gefühlsbrei“ steht in dieser Darstellung des Themas nicht so im Vordergrund wie in anderen Darstellungen dieser Art.

Was Sie als „Teamentwicklung“ darstellen, würden andere als Organisationsentwicklung bezeichnen.

Nach einer detaillierten Definition dessen, was mit unserer Praxishilfe angestrebt wird, folgen direkte Stellungnahmen aus der Praxis. Danach grenzen wir unser

Teamentwicklungskonzept von Teamsupervision und von Balint-Gruppen ab.

Wesentlicher Kernpunkt der Praxishilfe sind die beiden vorgestellten Praxisbeispiele und der „Werkzeugkasten“. Die beiden Praxishilfen vermitteln einen Eindruck davon, zu welchen Anlässen unser Konzept eingesetzt werden kann und welche Ergebnisse hiermit erzielt werden. Im „Werkzeugkasten“ sind noch einmal einige Instrumente isoliert vorgestellt.

Jemand, der dem Thema grundsätzlich ablehnend gegenübersteht wird sicher nicht durch eine detaillierte Darstellung von Instrumenten für das Thema Teamentwicklung gewonnen. Denjenigen aber, die bei ihren Qualitätsmanagementsystemen organisationsimmanente Begrenzungen durch angemessene Führungsimpulse und engagierte Mitarbeiter überwinden wollen, möchten wir mit der Praxishilfe Perspektiven eröffnen, sich auch diesen Themen in Veränderungsprozessen zuzuwenden.

2. Was angestrebt wird

Teamentwicklung schafft Klarheit

Einrichtungen im Medizinbetrieb zeichnen sich durch eine starke Hierarchisierung, eine hohe Funktionsteilung und eine hohe fachliche Qualifikation des Personals aus. Demgegenüber wird im Teilbereich von Rehabilitationseinrichtungen schon seit langem die ausgeprägte Teamorientierung betont. Dennoch findet sich auch hier oft ein Nebeneinander vieler Arbeitsgruppen in den verschiedenen Einrichtungen der Rehabilitation und in der Folge eine ganze Reihe interner wie externer Schnittstellen. Neben offiziellen Zuständigkeiten, einer offiziellen Verteilung von Fach- und Führungsverantwortung, ergeben sich im Arbeitsalltag eine Reihe konkurrierender Strukturen, die sich in inoffiziellen Formen der Organisation von Zielsetzungen, Planungsvorgängen, Formen der praktischen Durchführung und Kontrolle niederschlagen.

Solange alles „funktioniert“, sind diese inoffiziellen Formen der Organisation kein Problem. Treten Fehler auf, die aufgrund des inoffiziellen Charakters der Fehlerursache nicht bearbeitet werden können, so kann eine dauerhafte Demotivierung gerade verantwortungsbereiter Mitarbeiter und Führungskräfte die Folge sein. Sie alle kennen Situationsschilderungen wie die folgende:

Hier bei uns gilt doch die Gleichung Chefarzt = Klinik. Der will sein Ding durchziehen und sonst gar nichts. Und auch wenn du hier Verantwortung trägst, weil du eine so genannte „Führungskraft“ bist, – der Chef redet doch immer mit den gleichen Personen. Diejenigen, die es letztendlich betrifft, die eigentlich zuerst davon wissen müssten, die erfahren es dann oft als letzte“.

Als einzelne Situationsschilderung ist das in der vorliegenden Form „nur“ die Sicht einer Mitarbeiterin. Außerdem bestehen offizielle Formen der Arbeitsorganisation selbstverständlich auch in der Organisation, aus der das obengenannte Zitat stammt. Zum Teil sind diese Formen des „Managements“ im Fall der Organisation von „Qualitätsmanagement“ sogar „zertifiziert“. In der Regel liegt dann eine Personalisierung des Problems nahe: Die betreffende Mitarbeiterin ist „schuld“ an ihrer eigenen Misere.

Gibt es aber eine Vielzahl von strukturell ähnlichen Schilderungen anderer Mitarbeiter und besteht z.B. hinter dem offiziellen System von Entscheidungsprozessen ein inoffizielles System, das die Diffusion von Verantwortung geradezu zum Ziel hat, dann besteht Teamentwicklung darin, das gemeinsame Interesse der Teammitglieder und der verantwortlichen Führungskräfte an einer Optimierung und Entwicklung des offiziellen Systems der Organisation von Aufgabenverteilung und Ablauforganisation zu identifizieren und für deren Entwicklung zu nutzen. Und oft weiß der oben angesprochene Chefarzt gar nicht, dass seine Mitarbeiter eine Veränderung im Führungsverhalten begrüßen würden. Wenn ihn diese Einschätzungen interessieren und er auch die Souveränität besitzt, sich mit ihnen auseinander zu setzen, dann ist der Einstieg in Teamentwicklung sinnvoll.

Klar muss hierbei sein, dass es sich nicht um ein einmaliges „Seminar“ handelt, nachdem dann die Welt in der Klinik direkt in Ordnung ist. Vielmehr bedeutet ein Engagement im Bereich der Teamentwicklung eine auf Dauer angelegte Veränderung von Führungsverhalten und damit einhergehend die Schaffung von Möglichkeiten zum Engagement für Mitarbeiter. Dies bedeutet selbstverständlich auch, dass für eingeleitete Teamentwicklungsprozesse die notwendigen Zeitkorridore, die in Abhängigkeit von Art und Umfang dieser Prozesse sehr unterschiedlich sein können, zur Verfügung stehen müssen.

Teamentwicklung betrifft die Organisation

Die meisten Teams in Einrichtungen der Rehabilitation sind keine Teams im Sinne der exakten Definition des Begriffs (vgl. S. 18). Sie sind allenfalls Arbeitsgruppen, also mehrere Personen, die aufgrund der Organisation des operativen Alltagsgeschäfts zusammenarbeiten. Gerade deshalb gelangt man bei der Entwicklung von Abteilungsgruppen oder Abteilungsteams, wie sie gerne genannt werden, schnell an Grenzen, die von der Gesamtorganisation vorgegeben sind. Dann ist es zwar immer noch möglich, schöne erlebnisorientierte Seminartage für die Teilnehmer zu gestalten – eine wirkliche Entwicklung muss dann aber bei der Organisation beginnen.

Gibt es organisatorische Gründe für immer wieder auftretende, nicht zielführende Teamsituationen, so müssen diese auch auf der Ebene der Gesamtorganisation gelöst werden. Gerade hier herrscht in Einrichtungen der Rehabilitation ein eklatanter Mangel an gemeinsamen Begriffen für Organisationsprozesse und Organisationsentwicklungen. Begriffe existieren auf der Ebene von Personen (z.B. Beziehungsbegriffe) oder auf der Ebene von Funktionen (z.B. Fachterminologie). Teamentwicklung bedeutet, überindividuelle Entwicklungsinstrumente einzusetzen, die die Organisation gruppen- bzw. institutionsweiter Arbeitsperspektiven und Alltagsroutinen erlauben. Dabei kann Teamentwicklung alle Organisations- und Funktionsebenen betreffen. Der Teambegriff lässt sich hiernach anwenden auf

- das häufig multidisziplinär zusammengesetzte Leitungsteam der Einrichtung,
- die oft berufsgruppenhomogenen Abteilungen (z.B. „Pflegeteam“) und
- auf die interdisziplinären Teams, deren Ziel es ist, individuelle Rehabilitationsabläufe optimal zu gestalten.

In der Regel werden in Problemschilderungen, die die eigene Organisation betreffen, Begriffe auf der Ebene persönlicher Beziehungen oder Begriffe aus dem Bereich fachlicher Qualifikationen (z.B. medizinische, juristische, betriebswirtschaftliche etc.) eingesetzt. Für die Beschreibung organisatorischer Rahmenbedingungen fehlt oft die Sprache. Auch Qualitätsmanagement wird momentan in der Rehabilitation sehr stark an fachlicher Qualitätssicherung orientiert und liefert für die Organisationsentwicklung nur bedingt Impulse. Das Teamentwicklungskonzept, wie es hier für Einrichtungen der Rehabilitation vorgestellt wird, bezieht die Ebene der Organisation deshalb direkt mit ein, weil es

wirkliche Teams, die unabhängig agieren können, in der Rehabilitation nur ganz selten gibt.

Teamentwicklung betrifft die Führungsarbeit

Gerade in der Rehabilitation steht die Definition dessen, was eine gute Führungskraft zu leisten hat, noch am Anfang. Führungskräfte kommen meistens zu ihren Aufgaben, weil sie gute Fachkräfte waren und werden auf Führungsarbeit in der Regel nicht extra vorbereitet. Gleichzeitig erhöht sich der Komplexitätsgrad der Führungsprozesse, in dem gerade im Bereich der Rehabilitation eine Vielzahl von Fachleuten unter einen Hut zu bringen sind und Veränderungsprozesse initiiert und gesteuert werden müssen.

In der Teamentwicklungsarbeit sind neue Führungsimpulse oft ein Weg zur verbesserten Nutzung bestehender Ansätze von Mitarbeiterengagement. Welche Arten von Führungsimpulsen gibt es? Wie sehen Fertigkeiten aus, die hierfür erworben werden müssen? Welche persönlichen Entwicklungsmöglichkeiten der Führungskräfte können sinnvoller Weise realisiert werden? Dies alles sind Fragen, die im Rahmen eines Teamentwicklungsprogramms aufgeworfen werden können. Auch zu ihrer Behandlung sind unter Punkt 6 der Praxishilfe Instrumente enthalten.

Teamentwicklung betrifft das Personal

Es ist teilweise erschreckend, wie schlecht der Informationsfluss über verschiedene Hierarchiestufen hinweg in vielen Organisationen der Rehabilitation ist. Das liegt an der mangelnden Interaktion zwischen Führungsimpulsen und den verschiedenen Formen des Mitarbeiterengagements. Führungskräfte, die oft alles tun, um sich nicht mit dem eigenen Führungsverhalten konfrontieren zu müssen, haben vielfach Mitarbeiter, die in den starren Hierarchien gelernt haben, den Mund zu halten, wo Kritik zielführend wäre (Abteilungsbesprechungen etc.). Kritik wird erst dann geäußert, wenn einzelne Personen sich – je nach Sympathie – gegenseitig ihre Vorurteile gegenüber einzelnen anderen Personen der gleichen Organisation bestätigen. *Kaum ist die Tür zu, schon geht es los...*

Kritikfähigkeit aktiv und passiv zu entwickeln, hat in erster Linie damit zu tun, Methoden zu erlernen, mit denen Aufgabenformulierungen vereinfacht werden, Aufgaben einzelner Teams auf die Gesamtaufgabe einer Organisation bezogen werden können und dem einzelnen Team die Möglichkeit eröffnet wird, sich selbst bei der Aufgabenerfüllung zu kontrollieren.

Hierzu sind einzelne Einstiegsübungen unter Punkt 5 und 6 aufgelistet und erläutert, die die Situationswahrnehmung einer Gruppe dazu nutzen, Kritik und selbstdefinierte Entwicklungsaufgaben zu verbinden und aktive sowie passive Kritikfähigkeit zu fördern.

3. Stellungnahmen aus der Praxis

Wir haben die nun vorliegende Fassung der Praxishilfe „Teamentwicklung in der Rehabilitation“ Praktikern aus Klinikleitungen und Führungskräften der zweiten Führungsebene vorgelegt, die ihre Meinung zum Thema formuliert haben. Wir möchten direkt zu Beginn die Praktiker zu Wort kommen lassen, denn hier lassen sich mögliche Motivation und Widerstände erkennen, sich im Bereich der Teamentwicklung zu engagieren. Die Beiträge der befragten Praktiker sind kursiv gedruckt. Wir haben verschiedene Beiträge unter thematischen Überschriften zusammengefasst.

Was spricht dafür?

1. Teamentwicklung erweitert die Möglichkeiten des Qualitätsmanagements

Die Erweiterung des Qualitätsmanagements um eine (psychologisch fundierte) Perspektive der Organisationsentwicklung halte ich für eine wichtige zukünftige Entwicklungsaufgabe.

2. Teamentwicklung sollte bezogen auf die Gesamtorganisation des Klinikmanagements die Delegation von Aufgaben ermöglichen

Ich bin sehr daran interessiert. Ich bin ja eigentlich nicht für alles zuständig, von der Werbebroschüre bis zur Bestückung des Medikamentenschrankes auf der Station (...) Ich wäre froh, wenn diese Dinge einfach abgegeben werden und man sich selbst auf wesentliche Dinge bezieht.

3. Teamentwicklung ist ein Test für das Veränderungsengagement der Klinikleitung, der im Qualitätsmanagement nicht zwingend erfolgt

Das (Qualitätszirkel) lief dann ein halbes Jahr und ist dann eingeschlafen. Die Ergebnisse waren hochinteressant.

Mein Ziel war gar nicht, dass wir gleich alles hinkriegen, was wir da entwickeln, sondern ich wollte einfach nur mal gucken, was passiert eigentlich, wenn dieses Engagement zu einfachen Ergebnissen führt, die man schnell umsetzen könnte – passiert dann was oder passiert da gar nichts? (...) Und es passierte gar nichts, es wurde irgendwo im Schrank verschlossen und unter dem Motto „Ach du lieber Himmel, jetzt will XY auch noch so was“ – es wurde leider immer an Personen festgemacht – und es geschah gar nichts. Immer wenn ich nachgefragt habe hieß es „Ist ja schön, dass Sie so etwas machen“ (...) wissen Sie, wie ‘ne Ansteckblume, aber ernsthaft ... Also wenn so etwas (Teamentwicklung) angefangen werden soll, muss erst einmal der Chef dafür Interesse und Bereitschaft zeigen, und hier ist nun mal nicht die geringste Bereitschaft dazu da.

4. Teamentwicklung ist ein Beitrag, um insbesondere in Reha-Kliniken den spezifischen Reha-Auftrag umzusetzen

Letzten Endes machen wir in der Klinik gute Arbeit, die ich aber nie darstellen würde als Teamarbeit – was sie auch tatsächlich nicht ist – und wir würden durch Teamarbeit enorm bessere Ergebnisse erzielen, vor allen Dingen was den eigentlichen Reha-Auftrag angeht. Der wird hier nicht erfüllt, weil wir von der Führung her immer noch so tun als sei es eine medizinisch hochwertige Klinik, die in erster Linie medizinisch zu arbeiten hat.

Also erst einmal meine ich, dass das Thema absolute Priorität hat. Das ist das, was in den meisten Kliniken eigentlich gar nicht funktioniert. (...) Manchmal dachte ich (bei der Lektüre): Das ist es genau, und dann hab' ich wieder gedacht: Mein Gott – wenn das schief geht.

Wir haben hier ganz andere Möglichkeiten – wir können hier wirklich den Patienten ganzheitlich behandeln (...) aber das spielt gar keine Rolle (ohne Teamarbeit).

Ich würde sagen, dass das, was Sie machen einen entscheidenden Bereich in der Rehabilitation qualitativ weiterentwickelt und sozusagen Standards (wie das Reha-Team), die zwar in der Theorie formuliert sind praktisch umsetzbar macht (...) ich denke, es ist halt eine konkrete Handlungsanleitung.

5. Teamentwicklung hilft, Führungsaufgaben zu erkennen

Im ärztlichen Bereich und im therapeutischen Team ist der Arzt ja führungstechnisch in der Spitze und hat gleichzeitig aber auch sozusagen die Definitionshoheit über viele Zustände – was passiert. Diejenigen, die gruppenspezifisch und führungstechnisch miserabel sind, retten sich, indem sie auf dieser inhaltlichen Arbeit beharren und sie nach vorne bringen, lösen das momentane Problem damit (...) z.B. bei der Entscheidung: „Herzinsuffizienz können wir nicht“, verschärfen dann führungstechnische Probleme, mischen sich dann auch in Abläufe ein, in denen sie mit ihrer Fachlichkeit nichts zu suchen hätten.

Ich begreife, dass diese führungstechnischen Fragen gerade in dieser aufgabenorientierten, effektorientierten Art wichtig sind, aber irgendwie glaubt man immer, man käme mit gesundem Menschenverstand durch – wohl wissend, dass man immer wieder an Stellen scheitert, an denen man sich sagt: Hier wäre jetzt führungstechnische Professionalität am Platze.

Und bei diesen Personen, die sind ja eigentlich ausgesucht worden, weil sie gute Krankenschwestern sind (...) – ja genau wie ich, wie ich hier sitze, ja nicht, weil ich führungstechnisch gut bin, sondern, weil ich mich fachlich qualifiziert habe, so und dann werden die in eine Aufgabe reingeworfen und merken: Höchstens 40% ihrer Aufgabe hat mit der Fachlichkeit zu tun, das andere ist Führungstechnik, Gruppendynamik und so. Und dann hat man Defizitgefühle.

Da (in der Entscheidung für Teamentwicklung) muss man sich also klar werden, welche Anforderungen stellt man an Führungskräfte. (...) Medizinisch lässt sich das hier alles ganz gut machen. Wirklich knifflige Fragen (...) haben wir nicht,

wenn wir die mal haben, muss sich wirklich alle viertel Jahr mal ein Oberarzt bemühen. Die meisten Dinge sind (medizinisch) absolute Routine. (...) Da ist medizinisch nicht so schrecklich viel.

Wenn der Chef sich dafür (Teamentwicklung) interessiert, dann kann man alles bewegen – also hier bei uns könnte man alles bewegen.

6. Teamentwicklung kann helfen, das Verhältnis zwischen den Berufsgruppen zu verbessern

Ein Aspekt ist ganz entscheidend: Wie viel gebe ich denn von meiner Entscheidungsgewalt auch ab, wie viel lasse ich die anderen mitreden und wie viel Bereitschaft ist auch da zu gegenseitiger Achtung, weil zwischen den hierarchisch höher gestellten Ärzten und den anderen Berufsgruppen doch das Anordnungsprinzip vorherrscht?*

Das gab gerade mit jungen Ärztekollegen, die neu zu uns kamen, immer wieder Probleme, weil die gewohnt waren, nach „unten“ Arbeit zu verteilen und in der Reha ist das ja schon ein bisschen anders (...) und gerade unter der Führung des Herrn XY haben die einzelnen Bereiche ihre Position und haben da auch Entscheidungen treffen können und das war bei jungen Ärzten schon ein Problem, nach dem Motto: Von einem Sozialarbeiter oder einer Diätassistentin lasse ich mir doch nichts sagen.

Man dient sich da halt hoch in dem Ärztesystem und das fördert nicht die Teamfähigkeit.

Und das ist, glaube ich, ein Problem, wenn sie dann mit ca. 27 (Jahren) ihren ersten Job machen und sich zum Chefarzt hoch kämpfen, dann machen sie das nicht dadurch, dass sie sich besonders teamfähig machen, sondern im Gegenteil, sich selbst profilieren, zu veröffentlichen, zu machen, Seminare zu halten, Vorträge, dass sie – so gesehen – eher mit der Außenwirkung weiterkommen und das ist auch typisch für einen Chefarzt.

Ich habe das Glück, dass ich hier im Führungsteam eine Kollegin habe, die einerseits über Fachwissen in diesem Bereich verfügt und andererseits auch ein gutes Gespür für Prozesse besitzt, auch für die Struktur von Prozessen und auch die Geduld hat, das auszutragen und nicht wie ich nach dem naiven Augenschein auf sofortigen Vollzug zu drängen – diese Diskrepanz erlebe ich als Arzt: Wir sind so mit den Sachen beschäftigt, dass wir die gruppenspezifische und organisational-technische Regelmäßigkeit des Ablaufes für selbstverständlich halten.

*) Anm.: Ausschließlich dem Arzt vorbehalten Aufgaben dürfen nicht delegiert werden. Bei der erlaubten Delegation einer ärztlich angeordneten Maßnahme müssen fachliche Qualifikation und hinreichende Erfahrung des Mitarbeiters gewährleistet sein. Der Arzt hat die Einhaltung der gebotenen Sorgfalt zu kontrollieren.

7. Teamentwicklung hilft, die Führungsrollen auch der zweiten Führungsebene zu definieren

Stationsleitungen (in der Pflege) sind schwierige Positionen, weil die Aufgaben weniger scharf umrissen sind als z.B. bei der Leitung der Krankengymnastik, Leitung der Ergotherapie oder der Logopädie, da ist das alles fassbarer. Aber die Stationsleitung, die in unserem Teamverständnis gemeinsam mit dem Stationsarzt die Stationsteams leitet (...), die hat die ganz komplexe Situation, der Sorge für die Pflegemitarbeiter, muss fachlich den Therapeuten Paroli bieten, bzw. mit-halten, in unserem Konzept sogar das „carry over,“ also die Übertragung in den Alltag, sicherstellen und mit dem Stationsarzt zusammenarbeiten und das nach „oben“ und dann kommt der Pflegedienstleiter und sagt: Hier – Überstunden! Das ist die schwierigste von allen Positionen.

8. Teamentwicklung hilft in konkreten Problemsituationen innerhalb von Abteilungs- bzw. Stationsteams

Da haben wir eine Stationsleitung, (...), die im Grunde ein sehr rigides System aufgebaut hat. Wir haben eine unheimliche Fluktuation dort, gute Leute gehen weg und da überlegen wir: Was können wir da tun? Und solch eine Situation, da könnte ich mir vorstellen – wenn durch so einen Prozess die Gruppe Möglichkeit findet, ihre Ängste, Vorschläge, Befürchtungen, Kritik so einzubringen, dass es nicht verletzend ist und es anonym bleibt.

Was dagegen spricht

1. Führungsarbeit hängt von Personen ab. Tauscht man die Personen aus, braucht es eventuell keine Teamentwicklung

Allein dadurch, dass wir einen neuen Abteilungsleiter haben – der auch führungsunerfahren ist -, hat sich vieles dort verändert, ohne Auarbeiten, ohne Teamentwicklung, allein deshalb, weil der Mann motiviert ist, obwohl er das (Führung) jetzt nicht gelernt hat und obwohl er das nicht weiß, enorm verändert.

Ergänzung: Gelegenheiten bei Personalwechseln Impulse zu setzen, sind natürlich zu nutzen; manchmal hat man hierbei auch einfach Glück. Teamentwicklung ist im Gegensatz dazu ein Ansatz, der mit dem vorhandenen Personal zielorientiert arbeitet.

2. Mitarbeiter engagieren sich nicht genügend

Ich stehe der ganzen Teamentwicklung im Grunde offen gegenüber, meine eigene Erfahrung ist aber, dass Mitarbeiter, denen Aufgaben übertragen werden, manchmal einfach auch nicht Willens sind, so etwas zu tun (...) Sie haben ja auch gemerkt, dass die Gruppensitzungen nicht effektiv waren und die Moderatoren nicht zu Potte gekommen sind.

Ergänzung: Teamentwicklung kann helfen, verantwortungsbereite Mitarbeiter zu identifizieren und in ihrem Engagement zu stärken. Gerade „fehlendes“ Engagement basiert vielfach auf Missverständnissen. Wenn Gruppen nicht effektiv sind und Moderatoren keine Ergebnisse erzielen, müssen die Teams entwickelt werden. Und das geht ganz sicher über eine Moderationsausbildung hinaus.

3. Stark hierarchische Führung ist von den Mitarbeitern gewollt

Bis vor wenigen Jahren hatten wir den Pflegedienst mit einer Leitung versehen, die sehr dirigistisch war. Sie wurde natürlich gehasst, weil sie so dirigistisch war, aber sie wurde auch geliebt, weil sie den Mitarbeitern viele Überlegungen und auch Entscheidungen abgenommen hat. (...) Die Pflegedienstleitung hat ihren Jahresplaner genommen und den Urlaub verteilt und die Leute waren zufrieden. (...) Dann kam eine neue Pflegedienstleitung und es wurde geändert, jeder durfte seinen Urlaub selber planen(...) in Abstimmung mit der Pflegedienstleitung. Was war passiert? – Die Leute waren unglücklich, die kamen damit nicht zurecht und wussten nicht, wann sie Urlaub nehmen sollen (...), die nahmen ihren Urlaub nicht mehr, wir hatten auf einmal einen Berg von nicht genommenem Urlaub (...), letztendlich waren die Leute mit der wohlwollenden Führung, selbständig ihren Urlaub planen zu können, überfordert (...) und das ist in vielen Abteilungen so, die auch mit der Teamarbeit nicht klarkommen. Was hatten unsere Mitarbeiter nicht für Probleme, sich im Team zu organisieren, bevor sie zum Ergebnis kommen, dass sie so doch nicht weiterarbeiten können (...).

Ergänzung: Teamentwicklung bedeutet, einen der Reife der Gruppenmitglieder angemessenen Führungsstil mit der Gruppe zu erarbeiten. Das kann auch eine auf Anordnungen basierende Führungsarbeit sein. Teamentwicklung ist keine Einbahnstraße in Richtung Delegation und Selbstorganisation der Gruppe unabhängig davon, ob eine Gruppe das kann!

4. Teamentwicklung kollidiert mit dem Selbstverständnis von Chefarzten

Der Chef versteht seine Rolle völlig anders, er würde nie richtige Teamarbeit wollen, da können Sie fachlich-inhaltlich machen, was Sie wollen, es würde immer wieder blockiert. Und ich will das nicht an seiner Person festmachen.

Diese Aussage schildert ein grundsätzliches Problem der Führungskräfteentwicklung auf der Ebene von Chefarzten. Die meisten Klinikträger haben eine sehr genaue Vorstellung, in welchen ihrer Kliniken Personal- oder Organisationsentwicklung nicht stattfinden kann. Die gleichen Klinikträger gehen dann auch sehr häufig davon aus, dass in dieser Art Kliniken Qualitätsmanagement nur auf dem Papier stattfindet. Falls es innerhalb von Klinikgruppen eines Trägers Chefarzte mit Interesse an Personal- und Organisationsentwicklung gibt, so gilt es, diese zu stärken, so dass Beispiele für den Einsatz von Personal- und Organisationsentwicklungsinstrumenten vorhanden sind. Teamentwicklung ist hierfür eine Möglichkeit.

5. Die Mitarbeiter sind mit der Aufgabe der Selbstorganisation überfordert

Es ist theoretisch schön zu lesen, aber was mich interessiert, wie soll das aussehen, wenn Mitarbeiter das machen? Es stellt sich die Frage, auf welcher Ebene das geht. Die Ebene der Selbstverwaltung, der Selbstorganisation, die etwas als Problem erkennt und bearbeitet, ist bereits eine sehr hohe Ebene. Auf welcher Ebene bewegt sich das, wenn ich noch nicht einmal meinen Urlaub selbst organisieren kann? (...) Das ist ja genau das Problem: Wo können die Mitarbeiter mehr Verantwortung übernehmen, welche Bereiche können sie selbst bearbeiten? Ich wäre heilfroh, wenn ich solche Bereiche erkennen würde, ich Dinge einfach abgeben kann. Wo ich dann weniger sehen muss, dass das läuft, wo ich auch weniger ankreiden muss, ich wäre heilfroh, wenn die Bereiche wären, die dann mehr Eigendynamik entwickeln (...).

Ergänzung: Teamentwicklung hat genau das Ziel, Bereiche und konkrete Aufgaben zu identifizieren, bei denen die Mitarbeiter selbständig eigene Projekte umsetzen können.

6. Teamentwicklung übersteigt den Erfahrungshorizont vieler leitender Mitarbeiter in Reha-Kliniken

Da bin ich selbst noch auf einer Vorstufe, weil ich nicht weiß, wie man die Eigenverantwortung der Mitarbeiter stärken kann. Und ich hab' auch keine Idee, wie man das methodisch umsetzen kann. Und wenn ich das lese (...), dann habe ich eher den Wunsch zu sehen, wie ist denn das Resultat, was kann man denn erreichen? Wie sieht das denn aus, wie sieht das denn woanders aus (...) und dann kann man sehen, was im eigenen Haus getan werden muss, um es umzusetzen. Da ich mir aber das Resultat schwer vorstellen kann, kann ich mir auch den Weg dorthin schwer vorstellen.

Beispiel: Das Resultat von Teamentwicklung sieht jedes mal anders aus. Für konkrete Beispiele eines zentralen Führungsimpulses werden wir im Folgenden auflisten was Teamentwicklung zu leisten vermag.

7. Teamentwicklung setzt Kritikfähigkeit voraus

Er glaubt, jeder Eingriff von außen bedeutet, du hast deine Aufgabe als Chefarzt falsch gemacht.

Ergänzung: Worein wird investiert? In die Illusion einer perfekt-routinierten Führungsarbeit, die keiner Veränderung bedarf? Besser ist es, in die Nutzung von Kritik zur Beteiligung und besseren Führung der Mitarbeiter zu investieren und das bedeutet, Teamentwicklung anzustoßen.

8. Teamentwicklung hängt sehr stark vom jeweiligen Moderator ab

Jetzt kenn' ich sie und ihre Art und schätze die auch (...) Sonst kennt man ja auch Psychologen, die (...) mehr mit sich selbst beschäftigt sind, gruppendedynamische Prozesse lostreten und sie dann nicht mehr steuern können.

Da würde ich bei allen diesen Dingen Wert darauf legen, dass eine externe Begleitung erfolgt und der geschulte Moderator diese Situationen dann begleitet.

Ergänzung: Teamentwicklung ist ein Prozess, bei dem externe Unterstützung hilfreich ist, wenn ein Vertrauensverhältnis zwischen externem Moderator und der jeweiligen Organisation aufgebaut werden kann

9. Teamentwicklung ist in der Rehabilitation besonders schwer

Zudem glaube ich, dass der medizinisch-fachliche Prozess der Rehabilitation selbst von viel zu wenig Leuten verstanden wird – wenn sie das (Teamentwicklung) in einem Betrieb präsentieren, die mit ihren Inhalten fertig werden – Autos produzieren, Computer verkaufen etc., dann ist das einfacher zu begreifen als in einem System, von dem ich mit Belegen behaupten kann, dass der Inhalt (der Gegenstand) noch nicht mal richtig verstanden wird – das macht es so schwierig für mich, dazu Stellung zu nehmen.

Ergänzung: Das Verständnis des Gegenstandes der Rehabilitation wird im Arbeitsalltag immer das Ergebnis eines interdisziplinären Diskussionsprozesses bleiben, auch wenn einmal ein einheitliches Vokabular z.B. für die Krankheitsfolgen vorliegt. Insofern setzt bereits die Definition des Gegenstandes von Rehabilitation die Fähigkeit zur Teamarbeit voraus.

10. Teamentwicklung setzt Veränderungsbereitschaft bei den Mitarbeitern voraus

Gerade bei dem Thema „Führungsprofile im Führungsteam“ frage ich mich: Sind die Leute bereit, so etwas zu machen?

Ich bin da immer skeptisch ob da nicht das berühmte „Haben wir immer schon so gemacht, war immer schon so und wo kommen wir denn da hin?“ einsetzt.

Ergänzung: Genau wegen dieser Widerstände wird Teamentwicklung als Instrument zur Organisationsentwicklung eingesetzt. Wichtig ist hierbei eine Abfolge verschiedener Maßnahmen über einen längeren Zeitraum. Die punktuelle Betrachtung einzelner Instrumente irritiert da eher.

11. Teamentwicklung wird von den Mitarbeitern als zusätzliche Belastung wahrgenommen

Wir sind gerade dabei zu schauen, wo können wir Prozesse optimieren, um Verfahren abzukürzen, Pflegesätze zu senken usw.. Ich finde es schon sinnvoll, ich weiß nicht, ob bei all dem Personalabbau in den Kliniken jetzt noch die Bereitschaft besteht, sich vernünftig noch zusätzlich mit dem Thema auseinander zu setzen (...) Da kommt jetzt noch etwas auf uns zu, was ihr auch noch von uns erledigt haben wollt, das ist so ein beliebtes Vorschubargument – ob das jetzt stimmt, steht auf einem ganz anderen Blatt.

Ergänzung: Teamentwicklung ist kein zusätzliches Thema und hilft gerade bei Umstrukturierungen Mitarbeiterbeteiligung zu realisieren. Bei Umstrukturierungen gibt es eine ganze Reihe von Aufgaben, bei denen die Beteiligung der Mitarbeiter kontraproduktiv wäre. Ist aber die Richtung einer Umstrukturierung klar, so gibt es durchaus Themenbereiche, bei denen eine Beteiligung der Mitarbeiter sinnvoll ist. Dann werden die Möglichkeiten der Beteiligung (z.B. bei einer Indikationsänderung) von den Mitarbeitern sehr positiv aufgenommen und nicht als zusätzliche Belastung abgelehnt.

4. Wo die Missverständnisse liegen

Meistens wird von der Notwendigkeit teamorientierten Arbeitens gesprochen und allerlei Unterschiedliches darunter verstanden.

Ein Team ist in erster Linie eine kleine, überschaubare Gruppe, die mit einem hohen Grad der Selbststeuerung ihre Informationsbeschaffung, Informationsverarbeitung, Urteilsbildung, Planung und Problemlösung bezogen auf eine definierte Aufgabe hin organisiert.

Was ist dann Teamentwicklung ? Teamentwicklung hat immer das Ziel, Führungsimpulse und Formen des Mitarbeiterengagements aufeinander zu bewegen. Dies gilt für die Ebene der Klinikleitungen ebenso wie für (berufshomogene) Teams in Abteilungen oder am Rehabilitationsprozess orientierte (interdisziplinäre) Teams.

Oft haben wir es bei „Teamentwicklungen“ in der Rehabilitation mit der Entwicklung von Arbeitsgruppen zu tun, die in eine bestimmte Hierarchie und Organisation eingebettet sind. Teamentwicklung bedeutet dann nicht, bestehende Unterstellungsverhältnisse zu ändern oder die Funktion der jeweils vorgesetzten Führungskraft überflüssig zu machen. Es geht eher um die Implementation eines funktionalen Teamwork-Systems, das den einzelnen Arbeitsgruppen und ihren Führungskräften sowie der Führung der Gesamtorganisation erlaubt, Zielsetzung, Planung, Entscheidung, Durchführung und Kontrolle so zu organisieren, dass unterschiedliche Führungsimpulse und verschiedenartiges Mitarbeiterengagement realisiert werden können. Die hier einzusetzenden Instrumente dienen deshalb nicht in erster Linie der Beziehungsarbeit auf einer persönlichen Ebene. Sie dienen der Erweiterung des Management- und Beteiligungsinstrumentariums, um Arbeitsgruppen innerhalb bestehender Organisationen selbstständiger an der Steuerung von Veränderungsprozessen teilhaben lassen zu können, als dies die Alltagsroutinen erlauben. Es handelt sich also im Gegensatz zu Qualitätszirkeln um Arbeitsgruppen, die bei der konkreten Arbeitsausführung bereits bestehen, wohingegen Qualitätszirkel neben dem „normalen“ Arbeitsablauf installiert werden.

Abgrenzung der Teamentwicklung von anderen Konzepten

Zu trennen ist Teamentwicklung von Supervision oder von Balint-Gruppen, weil viele Teilnehmer von Teamentwicklungsmaßnahmen diese Konzepte im Hinterkopf haben, wenn sie den Begriff „Teamentwicklung“ hören.

„Nach Meinung vieler bezeichnet eine Balint-Gruppe eine beliebige Gruppe von Ärzten, die zusammenkommen, um bestimmte Fälle (häufig Problemfälle) zu besprechen. (...) Für eine Balint-Gruppe ist charakteristisch, dass sie sich regelmäßig trifft, einmal in der Woche (...) und zwar über einen ziemlich langen Zeitraum hinweg. (...) Das Ziel ist immer und überall dasselbe: Es besteht darin, Fälle

zu diskutieren, sie mit Nachträgen zu versehen und den Ärzten, ihren Patienten und der Gruppe selbst das Beobachtungsfeld zu erweitern“ (Balint, 1989, S. 16). Im Gegensatz zu einer Teamentwicklung haben wir es bei einer Balint-Gruppe mit einer berufsgruppenhomogenen Gruppe zu tun, die sich in ihrer Arbeit an Patientenfällen orientiert. Führungsarbeit, Organisation oder Personal sind keine Themen, die vom Konzept her systematisch in einer Balint-Gruppe bearbeitet werden. Es bleibt bei der Einzelfallperspektive, und auch die Teilnehmer agieren als Einzelpersonen. Der einzige Bezug zur Arbeit in Teamentwicklungsprozessen besteht vielleicht darin, dass gerade diese starke Einzelfallorientierung und das Streben nach einer Zweierbeziehung im Behandlungsprozess viele Ansatzpunkte für die Entwicklung von Teamarbeit bieten. Genau hiervon leitet sich nämlich insbesondere ein ärztliches Selbstverständnis gerade von leitenden Ärzten ab, das durch seine individualisierte Interventionspraxis auch des Managements komplexer sozialer Systeme für den Gedanken von teamorientiertem Management nicht gerade leicht zugänglich ist.

Supervision hängt sehr stark ab von den Schwerpunkten, die der jeweilige Supervisor setzt. Es ist sehr schwer, „die“ einende Idee der Supervision zu benennen. Startet man einen Versuch, so könnte als Ziel von Supervision benannt werden, eingefahrene Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsabläufe so zu unterbrechen, dass die Komplexität menschlicher Erfahrungsmöglichkeiten wieder sichtbar wird. Viel präziser lässt sich eine allgemeine Zieldefinition von Supervision nicht benennen. Festzuhalten bleibt, dass Supervision sich eher im therapeutischen Handlungsfeld bewegt und als einzelne Interventionsform Arten von Führungsimpulsen und Organisationsstrukturen nicht thematisiert. Durch die beiden letztgenannten Punkte unterscheidet sich Supervision deshalb von dem hier vorgestellten Konzept von Teamentwicklung.

5. Praxisbeispiele

1. Änderung der Visitenzeiten

Wir möchten hier an einem Beispiel das Zusammenwirken verschiedener Instrumente zur Teamentwicklung demonstrieren. Es geht hierbei um die Umsetzung eines Führungsimpulses mit langfristig konzipierter Unterstützung durch Instrumente der Teamentwicklung.

Unser Beispiel nutzt einen Führungsimpuls des Chefarztes zur Änderung von Visitenzeiten, um zu demonstrieren, was Teamentwicklung bedeuten kann.

Inhaltlich waren die folgenden Gründe Ausgangspunkt für die Veränderung von Visitenzeiten:

- Die Visitenzeiten sollen in die Therapiesteuerung aufgenommen werden, was bislang nicht der Fall war.
- Bei einer Verlegung vom Nachmittag auf den Vormittag würden sich die Arbeitsplanung für die Pflegedienstmitarbeiter erheblich verbessern lassen.
- Auch die Patienten hatten in einer Patientenzufriedenheitsbefragung Kritik am Zeitpunkt der Visite geäußert.

Aus dieser Überlegung heraus versucht nun der Chefarzt das Projekt „Visitenzeitenänderung“ ins Rollen zu bringen. Um überhaupt so weit zu kommen, dies als einen Führungsimpuls bearbeiten zu können, sind einige Vorarbeiten notwendig.

Hier ist eine mittelfristig zu planende Intervention wie eben eine „Teamentwicklung“ vonnöten, die wir im Folgenden beschreiben. Die „Visitenzeitenänderung“ ist nur ein Beispiel für einen Führungsimpuls, an dem wir den Einsatz unserer Instrumentarien demonstrieren.

Zum Einsatz kamen folgende Teamentwicklungsinstrumente in der Gruppe der Klinikleitung und der Abteilungsleiter, also der Führungskräfte der Klinik in einem Zeitraum von drei Jahren in einer Eintages- und zwei eineinhalbtägigen Veranstaltungen (siehe hierzu auch die Einzeldarstellung der Instrumente in Kapitel 5):

- Vorgesprächsleitfäden
- Vorstellungsrunde
- Teamselbstwahrnehmung
- Fokussierte Situationsdarstellungen zusammen mit der Entwicklung einer Grundlage für die Teamselbstbewertung
- Aktivitätenliste + Prozessdarstellung

Eingebettet in die Veranstaltungen waren auch fachliche Diskussionen um die Entwicklungsperspektiven der medizinischen Rehabilitation insgesamt oder z.B. auch Impulsvorträge des Chefarztes zu konkreten Entwicklungsperspektiven des betreffenden Hauses. Die im Folgenden vorgestellten Teamentwicklungsinstrumente bildeten die jeweiligen Kerne der Veranstaltungen.

Vorgespräche

In den Vorgesprächen für die erste Veranstaltung zur Teamentwicklung wurde der Teilnehmerkreis für die Veranstaltung mit der betreffenden Klinikleitung vereinbart. Vertreten sein sollten alle Personen, die in der Klinik Führungsverantwortung tragen. Dazu gehören die Vertreter der Klinikleitung und die Abteilungsleiter. Der impulsgebende Mann hierfür war und ist der Chefarzt, der sich vom Engagement im Bereich der Teamentwicklung Möglichkeiten zur Delegation von Aufgaben versprach und eine deutliche Stärkung des Mitarbeiterengagements erwartete. Ganz klar war hier die Bereitschaft des Chefarztes zu erkennen, sich der Kritik der Mitarbeiter zu stellen, um mit der Unterstützung durch externe Moderation in der Kritik vorhandene Potenziale für Engagement zu entdecken und im Arbeitsalltag zu nutzen. Die Illusion, mit einer einmaligen Intervention gleich alle entdeckten Probleme zu lösen, bestand nicht. Gleichzeitig lag ein inhaltlich klares strategisches Rahmenkonzept für die konzeptionelle Weiterentwicklung der Klinik vor.

Vorstellungsrunde

Zentral in der Vorstellungsrunde ist der Aufbau einer konstruktiven Atmosphäre der Offenheit und der Aufbau einer Beziehung zwischen Moderator und Teilnehmern. Da es sich immer um Personengruppen handelt, die sehr viel verbindet und oft auch sehr viel trennt, ist diese Moderationssituation anspruchsvoll und setzt Qualifikation und Erfahrung beim Moderator voraus.

In der Vorstellungsrunde werden neben der IST-Situation und von den Teilnehmern erlebten Veränderungen auch zentrale inhaltliche Themen genannt, die das Führungsteam beschäftigen. Flipchart-Sammlungen waren z.B. in der erwähnten Veranstaltung:

1. Chart

- Verändertes Patientengut
- Medizin: Zunahme an Motivation, Erfolge sichtbar
 - Nachteil: starre Strukturen, Arbeitsklima, Informationsfluss, Kommunikation, „Survival“
 - Wechsel des Chefarztes – Führungswechsel
 - Existenzsicherung
- Chance des psychosozialen Ansatzes
- Gleichgewicht zwischen Medizin und „Drumherum“
- Vielfältigkeit der Medizin
- Aufgaben mit kleinem Personalstamm schwer umzusetzen!

2. Chart

Pflege: Flexibilität

- geändertes Patientengut
- anderer Schwerpunkt in der Pflege (Aufwandszunahme)

Ernährungsberatung

Zunahme an Motivation wegen jüngerer Patienten

Psychologie

(lernen, mit den Krankheitsfolgen zu leben)

Therapieerfolgskontrolle;

mehr Multimorbidität

Ziel: Verlaufsbesprechung

Sozialarbeit: Schwerpunkt der Wiedereingliederung

mehr an Einsatz neben der normalen Tätigkeit

weniger Zeit für Stationsbesuche

wohin rehabilitiere ich eigentlich? (Rente?)

Perspektivenverschlechterung

Natürlich ist das auf Flipcharts festgehaltene Ergebnis nur ein unzureichendes Element zur Wiedergabe einer Vorstellungsrunde, in der über die aktuelle Situation der eigenen Klinik und die wahrgenommenen Veränderungen diskutiert wird. Fasst man die Ergebnisse zusammen, so sind aufgabenbezogene Erfolge in dieser Klinik nach einem Chefarztwechsel bereits sichtbar und die einzelnen Abteilungen können sie zum Teil auch benennen, mitarbeiterbezogen hat diese Phase der Neuorientierung ein Gefühl des „survival“ hinterlassen, was sich natürlich auch auf das Arbeitsklima auswirkt.

Teamselbstwahrnehmung

In der Teamselbstwahrnehmung geht es darum, zunächst einmal Teameigenschaften zu definieren, die die Mitglieder des Führungsteams einer Klinik für wichtig halten, um ihr eigenes Team zu beurteilen. Bereits der Diskussionsprozess hierzu ist ein gutes Beispiel für die interne Kommunikationsfähigkeit des Führungsteams. Hier kann diskutieren geübt werden und gleichzeitig wird der aktuelle Stand der Wahrnehmung des eigenen Teams festgehalten.

Das Ergebnis im aktuellen Team sah aus wie folgt:

Teameigenschaften

Ziele klar und einheitlich	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	unklar
Kommunikation offen	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	verdeckt
Konfliktfähigkeit	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Konfliktvermeidungsverhalten
Zielkongruenz	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Zieldivergenz
Akzeptanz der Mitglieder	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Ablehnung der Mitglieder
handlungsfähig	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	handlungsunfähig
Bereitschaft zur Verantwortung	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Passivität
Informationsfluss gut	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	Informationsfluss schlecht
Qualifikation der Mitarbeiter hoch	<u>+3</u>	+2	+1	0	-1	-2	-3	niedrig
gegenseitige Unterstützung	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	Behinderung
Selbstkontrolle	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Fremdkontrolle

(kursiv = niedrigster Wert; fett = häufigster Wert; unterstrichen = höchster Wert)

Schaut man sich diese Art der Teamselbstwahrnehmung an, so fällt auf, dass wir es hier mit einem sehr selbstbewussten Team zu tun haben, da es eine ganze Reihe leistungsbezogener Dimensionen von sich aus produziert, diese gut bewertet und nicht in erster Linie Beziehungsdimensionen zur Selbstwahrnehmung einsetzt. Das Führungsteam schätzt sich selbst in den Leistungsdimensionen (Qualifikation, Handlungsfähigkeit, Zielklarheit) durchweg positiv ein. Besonders auffällig ist auch die gute Einschätzung der Konfliktfähigkeit bereits zu Beginn des Teamentwicklungsprozesses.

Handlungsbedarf besteht offensichtlich in den Bereichen Informationsfluss und der Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung. Dies ist insofern besonders interessant, da hier genau die Potenziale liegen, um ein gut qualifiziertes und hochmotiviertes Team in zentralen Aufgaben zu beteiligen.

Wir haben diese Teamselbstwahrnehmung im Team dann noch mit einer „Kartenfrage“ vertieft und kamen zu drei Hauptbereichen, in denen von den Mitgliedern des Führungsteams Ursachen für die negativ ausgeprägten Teameigenschaften gesehen werden:

1. Rubrik: Selbstverständnis im Handeln

- Einigung auf eine „Philosophie des Hauses“ zur Vermeidung von „Sprüngen im Guss“-Team als Träger der Teamphilosophie
- Team ist nicht wirklich etabliert, nur punktuell; Reha-Team ist modern.
- Veränderung der Prioritätensetzung zugunsten der Implantierung von Team

2. Rubrik: Beziehung

- Mangelnde Rückmeldung sowie mangelnder Austausch in Form von Gesprächen (nicht schriftliche Information)
- Rückmeldung, ob Arbeit erfolgreich – Lob?
- Verantwortung/Passivität
- Demotivation/Motivationsarbeit
- Zu selten Lob – die geleistete Arbeit wird kaum anerkannt
- „Hinter dem Rücken reden“
- Betroffene Personen werden nicht direkt angesprochen
- Information: Chefarzt-/Oberarzt-Ebene
- Teil-Info
- Info über Dritte (Sekretärin/Assi)
- Zu wenig/selten Info (für organisatorische Absprache)
- Infofluss – mangelnde Durchlässigkeit
- evtl. Zurückhalten von Infos als „Machtmittel“
- Es wird nur mit bestimmten Personen kommuniziert, dorthin fließen auch nur Informationen.
- Information geht über mehrere Personen und verändert sich dabei
- Information wird nicht weitergegeben oder erfolgt überhaupt nicht
- Erhöhte Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung sollte nicht negiert bzw. ignoriert werden
- Kommunikation
- z.B. monologische Kommunikation (vertikale) zum Teil
- Abschiebung von Verantwortung auf andere Mitarbeiter
- Es ist immer ein Anderer verantwortlich bei Problemen
- „Ab 1. Januar müssen wir sparen – das heißt: Zwei Schwestern weniger – aber nicht weitersagen!“ – „Wir müssen doch nicht sparen!“

3. Rubrik: Arbeitsorganisation zur Delegation

- Quantität frisst Qualität auf
- Umfang des jeweiligen Arbeitsbereichs ist nicht genau festgelegt
- Klärung der Zuständigkeit als Voraussetzung für die Übernahme von Verantwortung
- Grenze – Zeit: Für Team muss Zeit vorhanden sein, Team kostet Zeit! Die muss eingeplant werden.
- Übernahme von pflegeaufwendigen Patienten (aus Akut-Klinik)
- (Absicherung der Qualität)

Wenn man sich die drei Rubriken der Kartenfrage zu den Ursachen der negativen Teameigenschaften aus der Teamselbstwahrnehmung ansieht, so sind da einige Präzisierungen enthalten, die schon als Ausgangspunkt für die nächste Veranstaltung genommen werden können: Z.B. der Hinweis auf die Information, die zwischen Chefarzt- und Oberarzt-Ebene nicht fließt, die Hinweise auf inoffizielle Wege (bestimmte Personen), auf denen sich die Kommunikation bewegt. Gleichzeitig scheint es ein starkes Bedürfnis nach Delegation zu geben, wenn auf die Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung verwiesen wird und gleichzeitig die Klärung von Verantwortung über beispielsweise ein Organigramm eingefordert wird.

Diese Stufe der Teamentwicklung ist gekennzeichnet durch eine Vielzahl von Kritik und auch einer Vielzahl von Vorschlägen, die aber momentan alle in der Regel nicht wirklich zielführend sein können, weil noch kein einheitliches Situationsverständnis im Führungsteam existiert oder gar ein zugehöriges Vokabular vorhanden wäre, mit dem man weiter arbeiten könnte.

Die Vorschläge, die gemacht werden, reproduzieren bei allem guten Willen zu diesem Zeitpunkt gleichzeitig die Bedingungen, die bei ihrer Umsetzung zum Scheitern führen.

So ist die Aufstellung eines Organigramms zu diesem Zeitpunkt der Teamentwicklung nicht zielführend, weil in Organigrammen niemals das abgebildet wird, was die an den Prozessen beteiligten Personen wirklich tun. Gerade auch das Denken in Zuständigkeiten, was hier zum Vorschein kommt, ist kontraproduktiv für die Delegation von Aufgaben. Das aber ist zu diesem Zeitpunkt nicht zu bearbeiten, weil hierfür noch die Voraussetzungen fehlen. So empfiehlt es sich, eine Agenda aufzustellen, in denen die aus Sicht des Führungsteams sinnvollen Maßnahmen aufgelistet werden, die innerhalb der nächsten sechs Monate umgesetzt werden sollen. Hier tauchen dann eben Dinge wie das eben bereits angesprochene Organigramm auf oder aber der Auftrag an einzelne Stationen, erarbeitete Konzepte zu erproben und an andere Stationen weiterzugeben.

Diese „Maßnahmen“ versanden dann tatsächlich häufig und sind auch nicht das Ziel der Veranstaltung. Das Ziel ist erreicht, wenn die problematischen Teameigenschaften identifiziert und diskutiert wurden. Das sich – etwa wie bei einem

EDV-Problem – direkte Lösungsvorschläge anschließen ist normal und richtig, hat aber eher den Sinn, den Teilnehmern die Möglichkeit der eigenständigen Umsetzungsversuche zu geben und hierbei auf den Informationsfluss und die mangelnde Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung zu achten. Ziel ist es zu identifizieren: Wie reagiert das Führungsteam in den beiden Bereichen Informationsfluss und Übernahme von Verantwortung auf seine ersten eigenen Veränderungsimpulse?

Die folgende Maßnahme der fokussierten Situationsdarstellungen mit der Entwicklung eines Schemas zur Teamselbstbewertung folgte in etwa einem Abstand von einem Jahr.

Fokussierte Situationsdarstellungen zusammen mit der Entwicklung einer Grundlage für die Teamselbstbewertung

Vor der zweiten Intervention erfolgt eine telefonische Befragung der Teilnehmer der ersten Veranstaltung zu den wahrgenommenen Veränderungen seit der letzten Veranstaltung.

Die Ergebnisse wurden unter den Rubriken „Teamverhinderer-Kriterien“ und „Teambefähiger-Kriterien“ zusammengefasst und sahen aus wie folgt:

Telefoninterview

Teamverhinderer-Kriterien:

Keine Zeit, miteinander zu sprechen; arbeiten bis zum Umfallen; Chefarzt (CHA) will seine Ziele erreichen; Träger übt Druck aus; andere konzeptionelle Arbeit; Stat. 5 kein Modell; häufiger Arztwechsel; Selbstverständnis CHA = Klinik; Angst; weniger Personal; keiner nimmt es in die Hand; Dominanz der Fachlichkeit; zu viele Hierarchiestufen; es muss mehr funktionsbezogen laufen; Existenzfrage vor Team.

Teambefähiger-Kriterien:

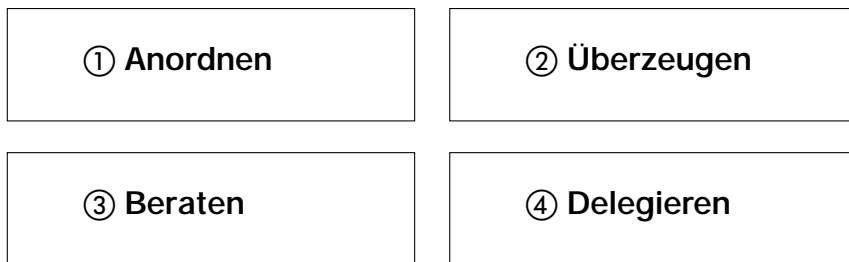
Atmosphäre besser geworden; Bemühen, dem Thema gerecht zu werden; Möglichkeiten, auf Führungsstil Einfluss zu nehmen; CHA will abgeben, weiß aber nicht, ob er Zutrauen haben soll; Klinik als „Lernende Organisation“; Kontakt und Austausch; soziale Kompetenzen.

Delegation ist von Chefarztseite gewollt und würde von den anderen Führungskräften begrüßt. Die Schwelle hierzu wird aber noch nicht überschritten.

Hauptaufgabe der zweiten Veranstaltung ist es, ein gemeinsames Situationsverständnis verschiedener Führungssituationen zu schaffen, in dem Anordnungs-, Überzeugungs-, Beratungs- und Delegationssituationen in der Gruppe der führungsrelevanten Situationen getrennt werden.

Hierzu kann auf eine Situationssystematik zurückgegriffen werden, die sich z.B. der Dimensionen Mitarbeiterselbständigkeit, Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung bedienen kann. Je nach Zielgruppe kann man sich hier auch auf Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung beschränken oder andere Konzepte situationsorientierter Führungstheorien nutzen:

Situationstypen



- ① = hohe Aufgabendefinition der Führungskraft; geringe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; geringe Mitarbeiterselbständigkeit
- ② = hohe Aufgabendefinition der Führungskraft; hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; geringe Mitarbeiterselbständigkeit
- ③ = geringe Aufgabendefinition der Führungskraft; hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; hohe Mitarbeiterselbständigkeit
- ④ = Zielvorgabe durch Führungskraft, Aufgabendefinition durch Mitarbeiter; niedrige Mitarbeiterorientierung; hohe Mitarbeiterselbständigkeit

Dann wird eine Sammlung von zentralen Führungssituationen vorgenommen. Für jedes Team gibt es zentrale Situationen, die strukturell ähnlich immer wieder auftauchen. Das methodische Vorgehen bei der Situationssammlung kann sich im Einzelfall von einander unterscheiden. Der Moderator kann z.B. Kleingruppen bilden, die Situationen sammeln und dann im Plenum abwechselnd in einem dialogischen Kurzvortrag vorstellen. Die Vorstellung selbst und eine direkt anschließende Diskussion findet mit allen anwesenden Situationsbeteiligten statt, die sich dann auf eine Darstellung einigen müssen. Mit Videounterstützung wird diese zu einer konkreten Kommunikationsübung, selbstverständlich mit externer Moderation. In der Regel werden hier ca. bis zu zwei Situationen pro Teilnehmer produziert. Die Darstellung dient der Zuordnung zu einer der bereits genannten vier typischen Führungssituationen. Die Situationsbeteiligten einigen sich neben der IST-Beschreibung der gewählten Situationen auf eine Sollsituation, von der sie glauben, dass die Situation später so aussehen müsse. So ist im folgenden Beispiel die Situation „Visitenzeiten“ ganz klar eine Situation, in der vom Chefarzt auf den Oberarzt delegiert werden soll. Deshalb wird dies in der Spalte „Sollsituation“ festgehalten.

Im Folgenden sind zwei Beispielsituationen abgebildet:

2 Beispielsituationen

Titel	Inhalt	Beteiligte	IST-Beschreibung	Sollsituation
1) Demotivations- Zuständigkeit	Visitenzeiten	Chefarzt, Verwaltungs- leiter, Abteilungs- leitung, Therapie- steuerung	"Der (Therapiesteuerung) kommt an und will 1000 Sachen durchge- setzt haben, du (Oberarzt) bist da- gegen, 99 % deiner Mitarbeiter sind dagegen - mach da endlich mal was, jetzt wieder mit den Visi- tenzeiten (...). Der Chefarzt kann doch nicht ablehnen, mit der Füh- rungskraft zu reden"	Delegation Chefarzt- Abtlg., Oberarzt; Beratungssit. Abtlg., Therapie- Mitarbeiter
2) Stellvertretende Pflegerdienst- leitung	Ungewollte Kompetenz- übertragung (Abgabe von Verantwortung)	Pflegerdienstl. (PDL), stv. PDL, Verwaltungs- leiter, Oberarzt	"Da geht es nicht nur um dich (PDL), sondern auch um den Oberarzt und den Verwaltungslei- ter, wo die mir Sachen aufladen, wo ich denke, dass das deine Sachen sind, Aufgaben, die du (PDL) nicht machen willst! Wo der Verwaltungsleiter kommt und sagt, das weiß der PDL und trotzdem passiert nix und wenn es dann wieder zu mir kommt, muss ich mich drum kümmern."	Delegations- situation PDL-Stv. PDL

Insgesamt wurde eine ganze Reihe von führungsrelevanten Situationen benannt. Ziel ist es hierbei, ein Gefühl für Führungssituationen zu entwickeln und solche zu identifizieren, die sich strukturell ähneln. Um eine Grundlage für den Einsatz einer gemeinsamen Systematik von Führungssituationen zu haben, wird ein Teamselbstbewertungsinstrument zur Erfassung zentraler Teamsituationen entwickelt. Im vorliegenden Beispiel bezieht sich diese Erfassung auf das Führungsteam.

Bis zur nächsten Veranstaltung erhält das Führungsteam den Auftrag, die sich ergebenden führungsrelevanten Situationen im Führungsteam mit einem selbstentwickelten Instrumentarium einzuordnen.

Aus der Vorstellung der Führungssystematik übernehmen wir die Situationstypen, aus den Videoanalysen der Vorstellung der Beispielsituationen Wirkfaktoren der Kommunikation, die in diesen Situationen zentral sind. Hieraus ergibt sich dann folgendes Instrument für den Einsatz zwischen der zweiten und der dritten Veranstaltung (siehe Abbildung nächste Seite).

Bis zur nächsten Veranstaltung kann dieses Instrument eingesetzt werden, um die Wahrnehmung zentraler Teamsituationen aus verschiedenen Perspektiven abzubilden.

FÜHRUNGSPULSE – MITARBEITERENGAGEMENT

Situationstitel: _____

Teilnehmer/Datum: _____

Mitarbeiter Impulsgeber/Führungskraft

Es geht um obengenannte Situation

IST-Einschätzung:

SOLL-Einschätzung:

Anordnungssituation (hohe Aufgabenorientierung und niedrige Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter nicht selbstständig)

Überzeugungssituation (hohe Aufgabenorientierung und hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter nicht selbstständig)

Beratungssituation (niedrige Aufgabenorientierung und hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter teils selbstständig)

Delegationssituation (reine Zieldefinition; geringe Aufgabeorientierung und geringe Mitarbeiterorientierung; Mitarbeiter selbstständig)

Führungskraft zeigte folgenden Stil:

Mitarbeiter verhielten sich wie folgt:

	ja	nein		ja	nein
teilte Entscheidungen mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hörten aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gab klare Anordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akzeptierten merkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war kompromissbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Widerstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informierte zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fragten nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begründete Entscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beteiligten sich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hörte zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gab Gelegenheit zu Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übernahmen Verantwort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war verletzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Verständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilte Ideen mit, ohne zu bedrängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waren ohne eigene Meinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigte sich offen für Ideen von anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nahmen sich Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
führte die Gruppe zum Entscheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beteiligten sich an Entscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Prozessdarstellung + Aktivitätenliste

In der dritten Veranstaltung werden jetzt Abfolgen verschiedener Führungssituationen und damit Führungsprozesse betrachtet. Zunächst einmal werden die Ergebnisse des Teamselbstbeurteilungsbogens gesammelt. Hier lassen sich zentrale Teamsituationen identifizieren, in denen die Einschätzungen der Mitglieder des Führungsteams immer wieder auseinander liegen. So kann der Chefarzt im Beispiel der Visitenzeitenänderung der Meinung sein, diese Aufgabe in einer bestimmten Sitzung bereits delegiert zu haben, ohne dass diese Delegation z.B. bei den Oberärzten angekommen ist. Gerade in den zentralen Teamsituationen gibt es immer wieder Situationseinschätzungen, die aneinander vorbeigehen. Dies hat immer mit allen beteiligten Personen, den Themen und der Organisation von Prozessen zu tun. Es ist sinnvoll, mit einer Darstellung eines ersten Beispielprozesses zu beginnen, der Situationen enthält, bei denen die Teamselbstbewertung der Mitglieder des Führungsteams sich untereinander nicht decken. Im vorliegenden Fall war ein Beispiel hierfür die Visitenzeitenänderung.

Methodisch wird eine Darstellung des Prozesses als Einstieg gewählt, bei der die Beteiligten nicht ihre eigenen Aktivitäten, sondern die von den anderen Situationsbeteiligten wahrgenommenen Handlungen aufgelistet werden. Diese Aktivitätensammlung wird in eine zeitliche Abfolge gebracht. Die Ausgangssituation insgesamt stellt sich in der Regel für keinen der Beteiligten als Einzelperson so dar, wie sie sich in der Zusammenschau abbildet. Auch wenn man selbst meint, einen Überblick darüber zu haben, was passiert ist, so ergeben sich hier immer Überraschungen.

Für die Vistenzeitenänderung ergab sich in der ersten Darstellung insgesamt folgendes Bild:

Erster konkreter Beispielprozess – IST-Zustand:

Beteiligte: 1 = Chefarzt, 2 = Oberarzt, 3 = Oberarzt, 6 = Assistenzarzt, 9 = Pflegedienstleitung, 11 = Therapiesteuerung

Start des Prozesses	Fortsetzung	Fortsetzung
Impuls 1	Pflegeteam – 1 – 9	Versammlung einberufen zw. OÄ, Ärzten, + Projektvorstellung durch 11
1 Auftrag an 11 Visite in Therapie- steuerung aufzunehmen	Arbeitsgruppe Pflege intern 9 mit	1 Aufforderung an Ärzte und Schwestern jeder Station, sich auf eine Visitenzeit zu einigen
1 Diskussion mit 11; 2,3	1 hat Vorschlag zur gemeinsamen Diskus- sion 2,3, 11 abgelehnt	Diskussion 11, 1, 11,- 9, 11, 2,3
1) Diskussion mit 11)	Diskussion 2,3	Alle Schwestern: Diskussi- on 1, 2,3, 9
Gespräch 1 mit 2,3	Diskussion auf Pflege- ebene 9	2 + 3, deren Zeitressourcen den Engpass darstellen, fühlten sich überfahren
Besprechung über mögliche Modelle 1 mit 11	Austausch 6, 3, 1, 9	Vereinbarung zur konkreten Klärung durch 2,3 + 11 in Kl. Gruppe 2+3 mit 11
Fortsetzung am Anfang der nächsten Spalte	Fortsetzung am Anfang der nächsten Spalte	

Der Zustand zum Zeitpunkt der Abbildung des IST-Zustandes der Umsetzung war gekennzeichnet durch Verärgerung auf fast allen Seiten der Prozessbeteiligten. Der Chefarzt war davon ausgegangen, die Aufgabe der Visitenzeitenänderung delegiert zu haben, die Oberärzte hatten ihrer Meinung nach von den Vorbereitungen in der Therapiesteuerung erfahren, bevor sie selbst angesprochen wurden. Eine „Ablehnung“ einer Diskussion ist nach Meinung des Chefarztes auch niemals erfolgt. Interessant ist auch, dass der Chefarzt den „offiziellen“ Start des Prozesses sehr viel später identifiziert als die Oberärzte. Wichtig ist hier jetzt nicht, wer Recht hat, sondern mit dem Wissen um verschiedene Arten von Führungssituationen zu identifizieren, wo und wie beispielsweise eine Delegation hätte erfolgen sollen.

Die folgende Prozessmatrix enthält die Abbildung des „Idealprozesses“ auf den sich das Führungsteam für das Beispiel der Visitenzeitenänderung geeinigt hat. Die Delegation erfolgt hier an dem Prozessschritt, an dem das „F“ für den Federführenden vom Chefarzt auf den Oberarzt übergeht. Gleichzeitig wird festgelegt, wer insgesamt an diesem Prozess auf welche Art zu beteiligen ist. Eine Zieldefinition und die Rückmeldung an den Chefarzt sind ebenfalls von vornherein festgelegt.

In einer Aktivitätenliste werden zusätzlich weitere Hauptführungsimpulse gesammelt, für die ebensolche Prozessdarstellungen erarbeitet werden können. Die Aktivitätenliste ist ein zentrales Kommunikationsinstrument. Sie enthält alle zentralen Aktivitäten, die zu Änderungen der Arbeitsroutinen führen, und die hierfür Verantwortlichen. In der Aktivitätenliste wird auch festgehalten, ob es für den jeweiligen Führungsimpuls eine Prozessdarstellung gibt.

Die jetzige Prozessdarstellung für den Führungsimpuls „Visitenzeitenänderung“ enthält nun klar und deutlich eine Delegationssituation zwischen Chefarzt und Oberärzten. Weiterhin ist das Ziel der Visitenzeitenänderung, die betroffene Mitarbeitergruppe und die Art ihrer Beteiligung von vornherein klar. Ob bei dem nun folgenden Beispiel nicht noch weitere Mitarbeiter einbezogen werden müssen, ist eine andere Frage. So wie in der zweiten Veranstaltung Grundlagen für ein Verständnis von Führungssituationen geschaffen werden, so entwickelt das Führungsteam nun ein Gespür für die Struktur von Prozessen. Auch Führungskräfte können so Geduld entwickeln, vereinbarten Prozesse auch die notwendige Zeit zu geben und nicht nur nach subjektiver Einschätzung ungeduldig dann auf Vollzug zu drängen, wenn es gerade sinnvoll erscheint.

Dass Prozessdarstellungen auch methodisch anders erarbeitet werden können, ist klar (z.B. Flow-Charts, vgl. Werkzeugkasten).

Auch zu dieser dritten Veranstaltung ist eine Überprüfung geplant, um zu sehen, welche neuen Führungssituationen in Anlehnung an Prozessmatrizes denn wirklich umgesetzt werden konnten. Der Vorteil für den Chefarzt besteht in einer Arbeitsentlastung, und für die Mitarbeiter der zweiten Führungsebene (Oberärzte) in einer Zunahme an Gestaltungsmöglichkeiten.

Prozessmatrix/Titel: Änderung komplexer Ablaufprozesse
 Beispiel: Veränderung Visitenzeiten

Nr.	Prozessschritte/ Aufgaben	CHA	OA	ÄÄ	PD	VW	Thst.	Bemerkungen
1	Impuls	F	I	I	I	I	I	Hier erfolgt Impuls + Zieldefinition (siehe auch Aktivitätenliste) Ziel = Übernahme der Therapiezeiten in die Steuerung; Leistungserfassung
2	Rückmeldung, wer einzubeziehen ist	F	M	M	M	M	M	
3	Diskussion zur Entscheidungsvorbereitung mit Termin	I	F	M	M	M	M	
4	Umsetzungsvorbereitung	I	F	I	I	I	F	
5	Entscheidungsdiskussion + Entscheidung	F	F	F	F	I	F	Chefarzt hat Vetorecht; Rückkehr zu Prozessschritt 4 mit erneuter Terminsetzung ist möglich
6	Infowertergabe an alle Bereiche		F	F	F	F	F	Verwaltung sorgt für die Information aller durch die Beteiligten nicht abgedeckten Klinikbereiche
7	Praxisphase	I	F	M	M	I	F	
8	Rückmeldung zu erreichtem Ziel	I	F	I	I	I	F	

Beteiligungsqualifizierung: F = Federführend, Verantwortung für Ergebnis; M = Aktive Mitarbeit; I = Informationsempfänger (CHA = Chefarzt; OA = Oberarzt; PD = Pflegedienst; AA = Ass.-Ärzte; VW = Verwaltung; Thst. = Therapiesteuerung)

Aktivitätenliste Klinik XY

Aktivität	Ziel	Verantwortlich	Prozessmatrix ja/nein	Status/nächster Termin	Erste Aufnahme in Liste am
Visitenänderung	Übernahme in Therapiesteuerung	x	ja	Prozessschritt 4: Umsetzungsvorbereitung: 31.05.99	02/1999
Arbeitsablauforganisation/Pflege	Transparenz für Klinik; Qualitätssicherung in der Pflege; Personaleinsparung	y	ja	interne Kleingruppenarbeit; Personaleinsparung bereits realisiert	1997
Dienstzeitänderung Therapeuten	Stabilisierung der Therapiebedichte; Orientierung an Patientenbedürfnissen; Personalkosteneinsparung	z	ja	Vorphase: Umsetzung offen	03/1999
Dienstzeitveränderung Ärzte	Größeres Chefarztsekretariat	a	ja	Information an OÄ und Verwaltungsl.	05/1999
Raumplanung roter Flur	Lebendiges Forum; Impulsbörse, Transparenz, Zielsetzungen, Zieldiskussion, Information, Ansätze zur Problemlösung	b	ja	Vorbereitungsphase	05/1999
Weiterentwicklung Klinikkonferenz	Lebendiges Forum; Impulsbörse, Transparenz, Zielsetzungen, Zieldiskussion, Information, Ansätze zur Problemlösung	c	ja	Vorbereitungsphase	05/1999

2. „Flottmachen“ einer Abteilung

Eine Auswahl der Instrumentarien, die im vorangegangenen Beispiel im Führungsteam einer Klinik im Zeitraum von drei Jahren in drei extern begleiteten Seminaren angewandt wurden, kann auch für einzelne Abteilungen eingesetzt werden. Dies kann z.B. auch – wie im vorliegenden Beispiel – in Form eines zweitägigen Seminars erfolgen. Der Auslöser hierfür kann ein Impuls des jeweiligen Abteilungsleiters sein, der zur Überwindung einer Stagnation bei der Umsetzung von innovativen Projekten externe Unterstützung anfordert.

Zum Einsatz kamen in diesem Fall:

- Vorberechungsleitfäden
- Vorstellungsrunde
- Teamselbstwahrnehmung
- Fokussierte Situationssammlung
- Teamselbstbewertung
- Prozessmatrix
- Nachbesprechung/Praxisbesuch nach sechs Wochen

Vorgespräch

Im Vorgespräch wird abgeklärt, inwieweit die Klinikleitung bereit ist, den Abteilungsleiter mit zu unterstützen, wenn sich in der Teamentwicklung der Abteilung konkrete Themen ergeben, die über die Abteilungsperspektive hinaus Schnittstellen zur Gesamtorganisation berühren. Dem Abteilungsleiter werden die Instrumente vorgestellt und der konkrete Ablauf des Seminars wird vereinbart.

Vorstellungsrunde

Auch hier kommen wieder die beiden Hauptfragen nach der Dauer der Organisationszugehörigkeit und den erlebten Veränderungen zum Einsatz. Gerade bei den erlebten Veränderungen schlugen zwei entscheidende durch: die vorgenommene Indikationsänderung und der erfolgte Chefarztwechsel. Die Kombination von verkürzten Verweildauern der Reha-Patienten, einer Erhöhung der Therapiedichte mit gleichzeitig im Rahmen des Qualitätsmanagements eingeführten Qualitätszirkeln wird als paradox erlebt. Nach Meinung der Abteilungsmitglieder geht es hier eher um Quantitäts- denn Qualitätsmanagement. Die Stimmung in der Abteilung war schlecht, weil einige Impulse nach der Indikationsänderung und einige aus den Qualitätszirkeln nicht umsetzbar waren.

Teamselbstwahrnehmung

Es folgt eine Identifikation der zentralen Dimensionen, nach denen sich das Team bewertet:

Teameigenschaften								
Zeit für Gespräche	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	keine Zeit für Gespräche
Teilhabe/ Beteiligung	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	keine Beteiligung
Engagement	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Gleichgültigkeit
gute Ablauforganisation	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	schlechte Ablauforganisation
gute Teamführung	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	schlechte Teamführung
Zusammenhalt	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	jeder für sich
offene Kommunikation	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	verdeckte Kommunikation
guter Influss	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	schlechter Influss
Hilfsbereitschaft	<u>+3</u>	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	Ignoranz
Zielsetzung	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	Orientierungslos
Zielerreichung	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	Stagnation

(kursiv = niedrigster Wert; fett = häufigster Wert; unterstrichen = höchster Wert)

Negativ an dieser Teamselbstwahrnehmung ist die durchgängig schlechte Einschätzung der Teameigenschaften. Nach dieser Einschätzung wäre lediglich die gegenseitige Hilfsbereitschaft eine aktuelle Ressource des Teams.

Allerdings deuten Dimensionen wie „Orientierung“, „Zielerreichung“, „Ablauforganisation“ und „Führung“ auf Möglichkeiten einer aufgabenbezogenen Entwicklung des Teams. Für den Abteilungsleiter sind hier Möglichkeiten enthalten, sich Führungssituationen neu zu erarbeiten und hierbei die Mitarbeiter gerade über deren Kritik einzubinden.

Fokussierte Situationssammlung

Es folgen nun die nach den Teameigenschaften fokussierten Situationsdarstellungen. Die Situationsdarstellungen selber werden im Kreis der Beteiligten als Beispiel für die Teamkommunikation genutzt. Hierbei können für die Teamzusammenarbeit förderliche und hinderliche Faktoren gesammelt werden.

Teamselbstbewertung

Zusammen mit der erarbeiteten Situationssystematik werden diese in Form der Teamselbstbewertung zur Bewertung der Zeit zwischen Abschluss dieser ersten beiden Seminartage zur Teamentwicklung und der Nachbesprechung ca. sechs Wochen danach genutzt.

Prozessmatrix

Für eine der in den Kommunikationsübungen erarbeiteten Delegationssituationen wird eine Prozessmatrix entwickelt, die im Folgenden dargestellt ist. Diese Delegationssituation der Erarbeitung eines Befundbogens wird in dem Seminar selbst verbindlich vereinbart. Es wird festgelegt, bis zu welchem Prozessschritt die Gruppe vorangekommen sein muss, wenn nach sechs Wochen die Nachbesprechung mit der Abteilung stattfindet.

Nachbesprechung

In der Nachbesprechung ca. sechs Wochen nach den ersten beiden Seminartagen wurde die erfolgreiche Umsetzung der Erstellung des „Befundbogens“ geprüft. Der Befundbogen war zwischenzeitlich erstellt und die erarbeitete Prozessmatrix umgesetzt worden.

Weiterhin wurde die Einschätzung der Teamselbstwahrnehmung wiederholt. Hier zeigte sich gerade im Punkt Informationsfluss eine deutliche Verbesserung. Auch die Führung wurde besser eingeschätzt. Es wurde vereinbart, die Teamselbstwahrnehmung alle sechs Monate zu wiederholen. Zur Einschätzung zentraler Teamsituationen steht dem Team zusätzlich der Teamselbstbewertungsbogen zur Verfügung.

Sechs aus 14 Beispielsituationen

Titel	Inhalt/Beschreibung	Beteiligte	Situationsstyp
1) Behandlungsbuch	Ergometerseite/oftmals arbeitstechnisch nicht umzusetzen, mangelnde Infos	Abteilungsleitung, Arbeitskreis- Qualitätszirkel	Beratungssituation
2) Abfeiern von Überstunden	Freiwillig/Bereitwillig Überstunden abfeiern; Absprachen werden nicht eingehalten, ≥ 20 Üstd., obwohl Möglichkeiten bestehen	Abteilungsleiter/Abteilung	Anordnungssituation
3) Fortbildungsmöglichkeiten	Suchen, Nutzen - als notwendig ansehen/Fortbildungen werden vorher abgesagt, kein Interesse, Angebote nicht wahrgenommen	Abteilungsleiter/Abteilung	?
4) Erstellung von Qualitätskriterien für die eigene Arbeit	Entwicklung eines Beurteilungsbogens für EG-Patienten	Abteilungsleiter, Oberärztin, Mitarbeiter A, B, C, D	Delegationssituation
5) Onkologisches Konzept	Ziele/Inhalte bewegtherapeut. Gruppen im onkologischen Bereich	Abteilungsleiter/Abteilung, Chefarzt	Delegationssituation
6) Wochenenddienste (+)	Arbeit am Wochenende/selbständiges Eintragen in den Plan im Voraus, Tauschen von Diensten, Ersatz bei Erkrankung	Zwei Personen der Abteilung (Freiwillige), Abteilung	Delegationssituation

Prozessmatrix/Titel: Delegationssituation – Befundbogen
 Beispiel: Delegation der Erstellung des „Befundbogens“

Nr.	Prozessschritt e/Aufgaben	A	B	C	D	Bemerkungen
1	Impuls	I	I	I	I	Hier erfolgt die Zielsetzung
2	Aufgabenverteilung	F	M	M	M	Aufgabenverteilung durch das "F"; z.B. ein "M" sammelt Befundbögen
3	Entwurf	F	M	M	M	Zusammenstellung des ersten Entwurfs; Abgabe bei Abteilungsleiter
4	Abteilungsvorlage	F	M	M	M	
5	Entscheidung für Endfassung	I	F	F	F	Wenn keine Mehrheitsentscheidung möglich ist, hat A das Entscheidungsrecht
6	Abteilung legt Oberärztin einen Befundbogen vor	F	I	I	I	Termin 30.09.99

Beteiligungsqualifizierung: F = Federführend, Verantwortung für Ergebnis, M = Aktive Mitarbeit; I = Informationsempfänger

FÜHRUNGSIMPULSE – MITARBEITERENGAGEMENT

Situationstitel: _____

Teilnehmer/Datum: _____

Mitarbeiter Impulsgeber/Führungskraft

Es geht um obengenannte Situation

IST-Einschätzung:

SOLL-Einschätzung:

Anordnungssituation (hohe Aufgabenorientierung und niedrige Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter nicht selbstständig)

Beratungssituation (niedrige Aufgabenorientierung und hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter teils selbstständig)

Delegationssituation (reine Zieldefinition durch die Führungskraft; Mitarbeiter selbstständig + verantwortlich
nötig: positive Zieldefinition+ erster Schritt + Kompetenzen und Ressourcen klären+Definition, wann das Ziel erreicht ist)

Führungskraft zeigte folgenden Stil:

Mitarbeiter verhielten sich wie folgt:

	ja	nein		ja	nein
fasste Ergebnisse zusam.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akzeptierten merkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verteilte Aufgaben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Engagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
übernahm Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Bereitschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erklärte Delegation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
stellte Bezug zur Fragestellung her	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übernahmen Verantwortung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sprach einzelne Teilnehmer direkt an	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	machten lange Redebeiträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wollte es allen Recht machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hielten sich nicht an das Thema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
führte die Gruppe zum Entscheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beteiligten sich an Entscheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Im Werkzeugkasten

Alle wesentlichen Instrumente im Überblick

Vorgesprächsleitfäden	42
Das Team stellt sich dar	42
Vorstellungsrunde	43
Organisationsweite Abteilungsperspektiven + Hearing	44
Teamselbstwahrnehmung	47
Führungsprofile	47
Das Team formuliert Aufträge	49
Fokussierte Situationsdarstellung.....	49
Das Team kontrolliert die Aufgabenerfüllung	51
Teamselbstbewertung	51
Führungsprozessdarstellung + Aktivitätenliste	53
Einzelberatung/Coaching	58
Praxisbesuche	58

Vorgesprächsleitfäden

Die Leitfäden für Vorgespräche variieren je nach dem Ziel, zu dem die Teamentwicklung umgesetzt werden soll. Zwei Fragen müssen hierbei allerdings immer beantwortet werden: Welche Hierarchieebenen und Bereiche der Organisation sind direkt oder indirekt mit in die Teamentwicklung einzubeziehen? Inwieweit sind die verantwortlichen Führungskräfte bereit, Verantwortung für Veränderungen selbst zu übernehmen?

Bei den Vorgesprächen ist es zwingend notwendig, dass die oberste Führungsebene und die direkt beteiligten Führungskräfte derjenigen Arbeitsgruppen beteiligt sind, die in die Teamentwicklungsmaßnahmen einbezogen werden.

Das Team stellt sich dar

Vorstellungsrunde – Hauptfragen

In der Vorstellungsrunde sind zwei Fragen zum Einstieg besonders geeignet: „Wie lange sind Sie schon hier?“ – „Was hat sich in der Zeit am meisten verändert?“ Hierdurch werden der Erfahrungshorizont der Teilnehmer und die bislang tatsächlich wirksamen Veränderungsimpulse in der Organisation identifiziert.

Wichtig ist es hierbei, auf die Nebentöne zu hören und diese in der Diskussion zu präzisieren. Wenn zu den beiden Fragen wenig Reaktion kommt, sind hier im weiteren Verlauf Kartenfragen anzuschließen dergestalt: „Was ist gut an Ihrer Zusammenarbeit?“, „Was ist schlecht an Ihrer Zusammenarbeit?“ „Was passiert, wenn sich hieran nichts ändert?“

Ganz entscheidend ist hierbei die Moderation. Gerade in der Phase des „Clusters“ der Antwortkarten kann deren Bedeutung in der moderierten Gruppendiskussion präzisiert werden. Die hierbei entstehenden Pinwand-Protokolle können zu einem ersten Informationsaustausch insbesondere zwischen verschiedenen Hierarchiestufen dann genutzt werden, wenn ein „Team“ zunächst ohne die zugehörige Führungskraft in die Vorstellungsrunde geht. Der Austausch der Vorstellungsrunde erfolgt dann in einem zweiten Schritt. Dehnt man diese Systematik auf die Abteilungen einer gesamten Organisation aus, so entstehen organisationsweite Abteilungsperspektiven, die dann in einem „Hearing“ ausgetauscht werden.

Es folgen nun Beispiele für die Ergebnisse zu beiden Varianten der Vorstellungsrunde.

Beispiel für eine Flipchart-Sammlung:

Vorstellungsrunde – „Was hat sich verändert?“

- Halbierung der Stellenzahl; Veränderung des Berufsbildes
- Stimmungsschwankungen
- Kardiologische Funktionstätigkeiten nehmen ab
- Vielfältigere Arbeit(r) Patienten als Kunden
- Wegnahme von anspruchsvollen Tätigkeiten
- Überwachungsstation wird viel weniger genutzt
- Bürokratie nimmt zu
- Ihre Arbeit orientiert sich zunehmend am **Service**
- Patienten haben weniger Geduld
- Gesundheitserziehung ist weniger gefragt
- Andere Führungsstile
- Bemühungen um ein gemeinsames Ziel
- Routine bei Notfallsituationen nimmt ab
- Viel intensivere Zuwendung an onkologische Patienten
- Von der Stations- zur Gruppenorientierung

Beispiel für ein Pinwand-Protokoll einer Kartenfrage:

„Was ist schwierig in der Zusammenarbeit in der Klinik?“

Angst	Verwaltung	Klinikleitung	PDL
„Gerüchteküche“	Wenig Akzeptanz der Pflege	Einmischen in Pflege	Konzeptionslosigkeit im Bereich der Pflege
Neue Ideen werden häufig ohne Diskussionen eingeführt	Zu viel Schreibarbeiten	Kommunikation mit Verwaltungsleitung	PDL keine Führungskraft
Zu wenig Verantwortungsgefühl	Fremdbestimmter Personaleinsatz	Vorplanung der Feiertage	Bewusst provokantes Verhalten
Keine Veränderung	Flickschusterei bei Planungsfehlern	Privatpatient hat Sonderstatus	Vertrauen zur PDL fehlt
Konsequenz	Der Pflegende als universal einsetzbares Wesen	Zu hoher Verwaltungs- und Papieraufwand	Gute Stimmung im Team wird nicht gerne gesehen
Hektik und Stress		Aktendurchlauf Pat. Verw. – Ärztlicher Dienst	Despotisches Verhalten

Organisationsweite Abteilungsperspektiven + Hearing

Hierbei handelt es sich um die Ausweitung der Vorstellungsrunde mit den drei obengenannten Kartenfragen („Was ist gut/schlecht an der Zusammenarbeit in der Klinik?“, „Was passiert, wenn sich hieran in der nächsten Zeit nichts ändert?“) auf beliebig viele Abteilungen und den Austausch der Ergebnisse in einem Hearing. Im Folgenden werden die Tagesablaufpläne für eine solche Veranstaltung abgedruckt.

Tagesplan 1. Tag

Teamentwicklung: Initiativveranstaltung (vier Gruppen bei einem Moderator; acht Gruppen bei zwei Moderatoren usw.)

Zeit	Inhalte	Methoden	Ziel	Teilnehmer
8:00 - 10:00	Vorstellungsrunde Fragen des Interviews: <ul style="list-style-type: none"> • Was ist gut an der Zusammenarbeit in der Klinik? • Was ist problematisch an der Zusammenarbeit in der Klinik? • Was passiert, wenn sich daran nichts ändert? 	Fokussiertes, moderiertes Gruppeninterview mit nebenstehenden Initialfragen Pinwand-Protokolle	Materialsammlung zu subjektiven Einschätzungen von Zusammenarbeit Perspektiven erarbeiten	1. Gruppe
10:00 - 10:15	Pause			
10:15 - 12:15	s. o.	s. o.	s. o.	2. Gruppe
12:15 - 13:00	Pause			
13:00 - 15:00	s. o.	s. o.	s. o.	3. Gruppe
15:00 - 15:15	Pause			
15:15 - 17:15	s. o.	s. o.	s. o.	4. Gruppe
18:00 - 19:00	Vorstellung der Ergebnisse aller Gruppen	Diskussion Klinikleitung und Moderator	Austausch der Ergebnisse, Vorbereitung des zweiten Tages	Moderator, Klinikleitung

2. Tag Teamentwicklung: Hearing

Zeit	Inhalte	Methoden	Ziel	Teilnehmer
8:30 - 09:00	Austausch der Ergebnisse	Kurzvortrag Moderator Moderierte Diskussion von Vertretern der Klinikleitung mit den jeweiligen Gruppenteilnehmern	Diskussion der Ansatzpunkte zur Kennzeichnung des aktuellen Stands der Teamarbeit und der Perspektiven	1. Gruppe (2., 3. und 4. Gruppe beobachten und verteilen nach der Diskussion selbstklebende Wertungspunkte auf den interessantesten Themen der 1. Gruppe)
09:00 - 09:30	s. o.	s. o.	s. o.	2. Gruppe (1.,3. und 4. Gruppe s.o.)
09:30 - 10:00	s. o.	s. o.	s. o.	3. Gruppe (1.,2., und 4. Gruppe s.o.)
10:00 - 10:30	s. o.	s. o.	s. o.	4. Gruppe (1.,2., und 3. Gruppe s.o.)
10:30 - 10:45	Pause			
10:45 - 11:15	Prioritätenliste der zu behandelnden Themen erstellen und Klinikmitarbeiter gewinnen	Auszählen der Gewichtungspunkte; Diskussion	Hauptthemen und Agenten der Klinik zur Teamentwicklung identifizieren	Plenum
11:15 - 11:30	Bewertung der Veranstaltung	schriftliche Befragung	Anregungen und Feedback	Plenum

Teamselbstwahrnehmung

Bei der Teamselbstwahrnehmung werden die Teammitglieder danach gefragt, welche Teameigenschaften sie denn für wünschenswert halten. Zu jeder positiven Eigenschaft wird der negative Gegenpol identifiziert. Danach schätzt jedes Teammitglied anonym und schriftlich die aktuelle Ausprägung der eigenen Teameigenschaften im eigenen Team ein. Es folgt ein Beispiel:

Teameigenschaften

gegenseitige Unterstützung	<u>+3</u>	+2	+1	0	-1	-2	-3	im Stich gelassen werden
offene Kommunikation	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	verdeckte Kommunikation
Engagement	+3	<u>+2</u>	+1	0	-1	-2	-3	Resignation
Entwicklungsorientierung	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	Orientierung am Status quo
Kontinuität bei Zielumsetzung	+3	+2	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	Orientierung am Status quo
gegenseitige Anteilnahme	+3	<u>+2</u>	+1	<u>0</u>	-1	-2	-3	jeder für sich
offene Konflikt-handhabung	+3	+2	<u>+1</u>	0	-1	-2	-3	verdeckte Konfliktlösung

(kursiv = niedrigster Wert; fett = häufigster Wert; unterstrichen = höchster Wert)

Diese Teamselbstwahrnehmung kann noch durch eine moderierte Kartenfrage zu den Ursachen negativer Teameigenschaften präzisiert werden. Ob eine solche Präzisierung eingesetzt werden muss, hängt vom Ausgang der Vorstellungsrunde ab.

Führungsprofile im Führungsteam

Je nachdem wie und innerhalb welcher Zusammensetzung die ersten Einstiegsübungen ausgefallen sind, werden Teamentwicklungsmaßnahmen unterschiedlich fortgesetzt. Liegt ein Schwerpunkt auf dem Fehlen von Führungsimpulsen oder soll ein Rollenverhandeln vorbereitet werden, so bietet sich die Abbildung von Führungsprofilen im jeweiligen Führungsteam an. Hierbei beschreibt zunächst jeder einzelne Teilnehmer, was er als Aktivität des jeweils anderen wahrnimmt. In einem zweiten Schritt ergänzen die Teilnehmer das, was ihrer Meinung nach an ihrem Tätigkeitsprofil noch fehlt.

Schaut man sich das folgende Beispiel an, so fällt auf, dass die Pflegedienstleitung in der normalen Alltagsarbeit offensichtlich eher zu einer Art „Haustechniker“ mutiert scheint. Mitarbeiterbezogene Arbeit findet so gut wie nicht statt. Obwohl hier eine Gruppe von „Führungskräften“ versammelt ist, scheint diese

Dreiergruppe keinerlei eigenständige Entscheidungen zu treffen. Hierfür werden immer Bezüge zur Geschäftsführung und zum Chefarzt hergestellt. Im vorliegenden Beispiel hatte gerade der Chefarzt und Geschäftsführer das Fehlen von Führungsimpulsen bemängelt – und das offensichtlich zu Recht wie die folgende Darstellung zeigt. Die einzige Ergänzung macht der beteiligte Oberarzt, der gerne mehr Entscheidungsbefugnisse hätte.

In der folgenden Darstellung fehlen vollkommen mitarbeiterbezogene und strategische Führungsimpulse. So werden offensichtlich keine Mitarbeitergespräche geführt oder auch nur Dienstbesprechungen abgehalten. Mit einer Ausnahme (dem Begehren des beteiligten Oberarztes nach Führungsverantwortung jenseits der Medizin) werden ausschließlich Leitungsaufgaben genannt, die zur Aufrechterhaltung des operativen Alltagsgeschäfts nötig sind. Mit diesem aktuellen Selbstverständnis der „Führungscrow“ sind kaum grundlegende Veränderungen in der Unternehmenspolitik umzusetzen.

Patient	Material	Personal	Technik	?
<u>Pat.-Wünsche</u>	<u>Einkauf</u> <u>(Verkauf)</u>	PDL	Organisation Technik	<i>Außenwirkung</i>
Pflege	<i>Verantwortlich für Produk-teinsatz</i>	<i>Erfolgskontrolle von Anordnungen</i>	EDV-Sicherung Aufsicht Planung etc.	<i>Entscheidung bei mehr als Medizin (Ergänzung)</i>
<u>Pat.-Verwaltung</u>	<u>Besorgungen</u>	Einsatz des Pflegepersonals	Verantwortlich für Betriebseinrichtung (medizinisch)	<i>Kommunikation mit CHA herstellen bei Entscheidungen</i>
<i>Ärztliche Leistung Dialyse/ Krankenhaus</i>	<u>Fahrdienst</u>	<u>Personalverwaltung</u>	Freiwillige Koordination der Betriebs-einrichtung (haustechnisch)	
<i>Verantwortlich für med. Betreuung und Abwicklung</i>	<u>Kommunikation mit Außenwelt</u>	<u>Kommunikation zwischen Gruppen</u>	<u>Patienten-unabh. Organisation vieles</u>	
<u>Schreibkraft</u>		<u>Kommunikation – GF</u>		

(unterstrichen = VD/Verwaltung; fett = PDL/Pflege; kursiv = OA/Medizin)

Das Team formuliert Aufträge

Fokussierte Situationsdarstellung

Da die Mitarbeiter zu diesem Zeitpunkt in den Einstiegsübungen klargemacht haben, wo die Hauptentwicklungsaufgaben liegen, erfolgen nun Darstellungen hierfür relevanter Situationen. Diese Darstellungen können direkt als Kommunikationsübungen und als Einstieg in ein Rollenverhandeln der Teammitglieder untereinander oder mit den Führungskräften eingesetzt werden. Wichtig für das Rollenverhandeln ist der Einsatz der später noch aufzuführenden Teamselfbewertung. Es folgen nun zwei Beispiele für die Situationssammlung (im Original insgesamt 22 Beispielsituationen) bei einer Hauptaufgabe einer Teamentwicklung „Führungsimpulse aus der Pflegedienstleitung“: (siehe Tabelle gegenüberliegende Seite)

2 Beispielsituationen

Titel	Inhalt	Beteiligte	IST-Beschreibung	Soll-situation
1) Zertifizierung	Vollendete Tatsachen, mangelnde Information	Führungsebene	"Da kommen bei mir wieder die ganzen Fragen hoch: Was ist das?, warum machen wir das?, wieso müssen wir uns das eigentlich gefallen lassen?, Wer hat das bestimmt?, Warum kommt so etwas immer so spät im Team an? Und du (PDL), bist du damit einverstanden?"	Delegation von GF an PDL, OA; Beratungssituation PDL, OA, Mitarbeiter
2) Medikamente	Bestellung, Zuständigkeit	VD, PDL, Sr. P.	das (die Medikamente) war (früher)mal meine Aufgabe (...) und wenn einer gefragt hat: 'Es ist kein xy mehr da', dann hast du gesagt, dass macht die Petra (...), 'ne Sache, wo ich (jetzt) nix mehr dran machen konnte (...) Ich kam mir ja ein bisschen verbalbert vor, weil das (später) plötzlich so einfach ging (...) und (auch) das ist mir nie erklärt worden. Niemals, zu keiner Zeit von Keinem."	Beratungssituation

Natürlich sind hier Situationen genannt worden, die die Probleme mit den Führungsimpulsen aus der Pflegedienstleitung klar auch als ein Problem der Kommunikation zwischen den Führungskräften gleicher und unterschiedlicher Hierarchiestufen identifiziert. Um die Systematik der Führungssituationen (Delegations-, Beratungs-, Überzeugungs- und Anordnungssituation) auch auf zukünftige Situationen anwenden zu können, wird das Instrument der Team-Selbstbewertung eingesetzt).

Das Team kontrolliert die Aufgabenerfüllung

Teamselbstbewertung

Die Teamselbstbewertung ist dazu da, die Wahrnehmung zentraler Teamsituationen, die entscheidend sind für die Teamentwicklung, aus der Perspektive von Führungskräften und Mitarbeitern abbildbar zu machen. Nimmt man die im vorhergehenden Text abgedruckten Prozessmatrizes, so sind hier insbesondere die Delegationssituationen zwischen erster und zweiter Führungsebene auf ihr Gelingen hin zu überprüfen. Aber natürlich sind auch andere Schwerpunktsetzungen in der Bewertung zentraler Teamsituationen möglich. Im Folgenden ist ein Teamselbstbewertungsinstrument abgedruckt. Es fokussiert Führungskräfte-Mitarbeiter-Situationen.

Wichtig: Jedes Team entwirft sein eigenes Instrumentarium!

Für den Einsatz eines Teamselbstbewertungsinstruments bedarf es unserer Meinung nach der externen Moderation, sowohl bei der Entwicklung als auch bei der Rückmeldung von Ergebnissen! (siehe Tabelle gegenüberliegende Seite)

FÜHRUNGSIMPULSE – MITARBEITERENGAGEMENT

Situationstitel:		_____			
Teilnehmer/Datum:		_____			
<input type="checkbox"/>	Mitarbeiter	Impulsgeber/Führungskraft		<input type="checkbox"/>	
Es geht um obengenannte Situation					
IST-Einschätzung:			SOLL-Einschätzung:		
<input type="checkbox"/>	Anordnungssituation (hohe Aufgabenorientierung und niedrige Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter nicht selbständig)			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Überzeugungssituation (hohe Aufgabenorientierung und hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter nicht selbständig)			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Beratungssituation (niedrige Aufgabenorientierung und hohe Mitarbeiterorientierung der Führungskraft; Mitarbeiter teils selbständig)			<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Delegationssituation (reine Zieldefinition; geringe Aufgabeorientierung und geringe Mitarbeiterorientierung; Mitarbeiter selbständig)			<input type="checkbox"/>	
Führungskraft zeigte folgenden Stil:			Mitarbeiter verhielten sich wie folgt:		
	ja	nein		ja	nein
teilte Entscheidungen mit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	hörten aufmerksam zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gab klare Anordnungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	akzeptierten merkbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war kompromissbereit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Widerstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
informierte zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	fragten nach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
begründete Entscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beteiligten sich nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hörte zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Eigeninitiative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gab Gelegenheit zu Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	übernahmen Verantwort.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
war verletzend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zeigten Verständnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teilte Ideen mit, ohne zu bedrängen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	waren ohne eigene Meinung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeigte sich offen für Ideen von anderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nahmen sich Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
führte die Gruppe zum Entscheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	beteiligten sich an Entscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktivitätenlisten und Führungsprozessdarstellungen

Die Führungsprozessdarstellungen nutzen diejenigen führungsrelevanten Situationen, in denen mehrere Führungskräfte der gleichen oder verschiedener Hierarchiestufen beteiligt sind. Hieran kann dann schnell exemplarisch die Aufgabenverteilung in zentralen Führungsprozessen einer Organisation vorgenommen werden. Nicht alle Prozesse verlangen die Darstellung einer solchen Matrix. Deshalb ist es sinnvoll, die Prozessdarstellungen mit einer Aktivitätenliste zu verbinden, in der alle komplexen Veränderungsprozesse einer Organisation wiedergegeben werden. Im Folgenden wird eine solche Aktivitätenliste abgebildet. Wesentlich ist es, ein Steuerungsgremium zu bilden, das die Aufnahme von Inhalten in die Aktivitätenliste und ihre ständige Pflege gewährleistet.

Sind laut Aktivitätenliste Prozessdarstellungen erforderlich, so erfolgen diese in einer Matrix, in der die Prozessschritte, die Beteiligten mit ihren Aufgaben und die Beteiligungsqualifizierung wiedergegeben wird. In der Regel decken wenige verschiedenartige Matrizes alle Führungsprozesse zwischen erster und zweiter Führungsebene einer Organisation ab. Wurden idealtypische Führungsprozesse vereinbart, so hat sich die Einrichtung einer Prozessbeauftragten bewährt, die wenn z.B. ein neuer Arbeitsinhalt umgesetzt werden soll, eine entsprechende Matrix aufstellt und die Führungskräfte darin unterstützt, diese Matrix umzusetzen. Es folgen ein Beispiel für eine Aktivitätenliste und zwei Beispiele für eine Prozessmatrix: (siehe Tabellen nachfolgende Seiten)

Aktivitätenliste Klinik XY

Aktivität	Ziel	Verantwortlich	Prozessmatrix ja/nein	Status/nächster Termin	Erste Aufnahme in Liste am
Visitenänderung	Übernahme in Therapie- steuerung	x	ja	Prozessschritt 4: Umsetzungsvor- bereitung; 31.05.99	02/1999
Arbeitsablauf- organisation/ Pflege	Transparenz für Klinik; Qua- litätssicherung in der Pflege, Personaleinsparung	y	ja	Interne Kleingrup- penarbeit; Perso- naleinsparung be- reits realisiert	1997
Dienstzeitänderung Therapeuten	Stabilisierung der Thera- pedichte; Orientierung an Patientenbedürfnissen; Per- sonalkosteneinsparung	z	ja	Vorphase: Um- setzung offen	03/1999
Dienstzeitverän- derung Ärzte		a	ja	Information an OÄ und VL	05/1999
Raumplanung roter Flur	Größeres Chefarztsekreta- riat	b	ja	Vorbereitungs- phase	05/1999
Weiterentwicklung Klinikkonferenz	Lebendiges Forum; Impuls- börse, Transparenz, Ziel- setzungen, Zieldiskussion, Information, Ansätze zur Problemlösung	c	ja	Vorbereitungs- phase	05/1999

Prozessmatrix/Titel: Änderung komplexer Ablaufprozesse
Beispiel: Veränderung Visitenzeiten;

Nr.	Prozessschritte/ Aufgaben	CHA	OA	AÄ	PD	VW	Thst.	Bemerkungen
1	Impuls	F	I	I	I	I	I	Hier erfolgt Impuls + Zieldefinition (siehe auch Aktivitätenliste) Ziel = Übernahme der Therapiezeiten in die Steuerung; Leistungserfassung
2	Rückmeldung, wer einzubeziehen ist	F	M	M	M	M	M	
3	Diskussion zur Entscheidungsvorbereitung mit Termin	I	F	M	M	M	M	
4	Umsetzungs-vorbereitung	I	F	I	I	I	F	
5	Entscheidungsdiskussion + Entscheidung.	F	F	F	F	I	F	Chefarzt hat Vetorecht; Rückkehr zu Prozessschritt 4 mit erneuter Terminsetzung ist möglich
6	Infoweitergabe an alle Bereiche		F	F	F	F	F	Verwaltung sorgt für die Information aller durch die Beteiligten nicht abgedeckten Klinikbereiche
7	Praxisphase	I	F	M	M	I	F	
8	Rückmeldung zu erreichtem Ziel	I	F	I	I	I	F	

Beteiligungsqualifizierung: F = Federführend, Verantwortung für Ergebnis, M = Aktive Mitarbeit; I = Informationsempfänger (CHA = Chefarzt; OA = Oberarzt; PD = Pflegedienst; AÄ = Ass.-Ärzte; VW = Verwaltung; Thst.=Therapiesteuerung)

Prozessmatrix/Titel: Beschaffungsprozesse
Beispiel: Beschaffung medizinischer Geräte (hier: Laborgerät)

Nr.	Prozessschritte/ Aufgaben	Abtg.	CHA	OA	ÄÄ	PD	VW	Thst.	Bemerkungen
1	Impuls	F	I	I	I	I	I	I	
2	Rückmeldung, erforderlich + fin. Möglichkeit	I	F	M	(I)	(I)	F	(I)	
3	Produktwahl	F	F	M	I	I	M	(F)	
4	Erprobungsphase	F	I	I	I	I	(I)	-	
5	Beschaffung	I	I	I	I	I	F	I	
6	Einführungsphase	F	I	I	I	I	I	M	
7	Information an Betroffene	F	I	I	I	I	I	I	
8	Rückmeldung	I	F	F	F	-	-		

Beteiligungsqualifizierung: F = Federführend, Verantwortung für Ergebnis; M = Aktive Mitarbeit; I = Informationsempfänger (Abtg. = Abteilung; Thst. = Abteilung; CHA = Chefarzt; OA = Oberarzt; PD = Pflegedienst; ÄÄ = Ass.-Ärzte; VW = Verwaltung; Thst. = Therapiesteuerung)

Natürlich können Prozesse auch in so genannten Flow-Charts dargestellt werden.

Uns liegt aktuell kein Beispiel für die Darstellung eines Führungsprozesses in einem Flow-Chart vor. Um das Instrument trotzdem vorstellen zu können, geben wir im Folgenden eine Prozessdarstellung eines Routineprozesses in einer Reha-Klinik wieder. Es stammt aus Qualitätsmanagement-Bemühungen im Rahmen des entsprechenden DEGEMED (Deutsche Gesellschaft für Medizinische Rehabilitation e.V.)-Verfahrens:

Verantwortung	Verfahrensablauf Teil 1 von 2	Bemerkungen
1-6) Bezugstherapeut in Absprache mit Chefarzt oder Oberärzten	<pre> graph TD A([Anfang]) --> B[1. Überprüfung der Erreichbarkeit der Ziele in genehmigter Zeit] B --> C{2. Ziele in vorgegebener Zeit erreichbar?} C -- Ja --> F[6. Entlassungstermin wird festgelegt] C -- Nein --> D{3. Verlängerung Verkürzung sinnvoll?} D -- Ja --> E[5. Verlängerung/Verkürzung wird Kostenträger mitgeteilt] D -- Nein --> G[4. Entlassungstermin bleibt wie vorgesehen] E --> F G --> F </pre>	<p>1) Frage der Verkürzung wird bereits im Aufnahmegespräch angesprochen, Frage der Verlängerung in der 3-Wochen-Visite</p> <p>4) Das vom Kostenträger angegebene Datum</p> <p>5) Selbstverwaltung im Rahmen des Kontingents</p> <p>6) Verlängerungen immer im Rahmen der 3-Wochen-Visite</p>
7) Oberärztin	<pre> graph TD F[6. Entlassungstermin wird festgelegt] --> G[7. Benachrichtigung der Disposition über Entlassungstermine] </pre>	<p>a) Dort sind alle Patienten aufgelistet, deren ursprüngliches Entlassungsdatum in 3 Wochen sein wird, Änderungen werden eingetragen</p>
8) Pflege	<pre> graph TD G[7. Benachrichtigung der Disposition über Entlassungstermine] -- a --> H[3 Wochen Liste] G --> I[8. Patient erhält Termine zum Entlassungsgespräch u. Entl.untersuchung] I -- b --> J[Benachrichtigungszettel] </pre>	<p>8) Termin möglichst 1 Tag vor Entlassung, Therapeut teilt Pflege Möglichkeiten mit</p>
9-10) Bezugstherapeut	<pre> graph TD I[8. Patient erhält Termine zum Entlassungsgespräch u. Entl.untersuchung] --> K[9. Entlassungsgespräch wird geführt] K --> L[10. Daten werden in der Akte festgehalten] L -- c --> M[Akte] </pre>	<p>9) Wurden Ziele erreicht, haben sich Ziele verändert?, sozialmedizinische Fragen, Ausblick auf die Zukunft, ggf. ambulante Therapie am Wohnort</p>
11) Stationsarzt	<pre> graph TD L[10. Daten werden in der Akte festgehalten] --> N[11. Entlassungsuntersuchung wird durchgeführt] </pre>	<p>11) Symptomveränderungen auf körperlicher Ebene, ggf. Nachuntersuchungen bei spezifischen Beschwerden</p>

Verantwortung	Verfahrensablauf Teil 2 von 2	Bemerkungen
13-14) Arzt/ Bezugstherapeut	<pre> graph TD 12[Daten werden in der Akte festgehalten] -- c --> Akte[Akte] 12 --> A((A)) A --> A2((A)) A2 --> 13[Patient erhält Kurzbericht vom Arzt/ Bezugstherapeut] 13 -- d --> Kurzbericht[Kurzbericht] 13 --> 14[Entlassungsbericht] 14 -- e --> Entlassungsbericht_Psychosomatik[Entlassungsbericht Psychosomatik] 14 --> Ende([Ende]) </pre>	<p>Falls Bezugstherapeut und Arzt die gleiche Person sind, werden 9 u. 11 in einem Termin durchgeführt</p> <p>14) Schnittstelle zu Prozess "Erstellung Entlassungsbericht"</p>

Einzelberatung/Coaching

Einzelberatungen oder „Coaching“ werden eingesetzt, um Ergebnisse insbesondere der fokussierten Situationsdarstellungen und der Teamselbstbewertungen dauerhaft nutzbar zu machen. Erstes Ziel muss es sein, die Angst vor der Nutzung von Mitarbeiterkritik abzubauen und hierbei auch die Rolle einer Führungskraft zu klären. In der Regel kommen hierbei auch Techniken zum Abbau von Selbstüberforderung und zur Optimierung verschiedenartiger Führungsimpulse zum Einsatz. Bei weit auseinanderliegenden Situationseinschätzungen in den Teamselbstbewertungen werden die Nachbesprechungen zuerst getrennt in den Gruppen (Führungskräfte -Mitarbeiter; Mitarbeiter-Mitarbeiter) verschiedener Situationswahrnehmungen durchgeführt. Die getrennten Sitzungen haben das Ziel, die Verbesserung einer als trennend erlebten Teamsituation mit Videounterstützung vorzubereiten. Die Vorbereitung der Übung einer bislang als trennend empfundenen, wichtigen Teamsituation sichert den Praxisbezug eines Führungskräftecoaching.

Praxisbesuche

Praxisbesuche sind beispielsweise dann angezeigt, wenn in den von den Mitarbeitern entwickelten zentralen Situationen für die Hauptentwicklungsaufgabe des Teams z.B. die Einführung einer verbindlichen Abteilungsbesprechung enthalten war. Dann dienen Praxisbesuche der Überprüfung beispielsweise der Einführung neuartiger strukturierter Abteilungsbesprechungen.

Weitere BAR-Publikationen

Arbeitshilfen

Arbeitshilfe für die Rehabilitation schädel-hirnverletzter Kinder und Jugendlicher, Heft 1/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Koronarkranker, Heft 2/1997

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von an Asthma bronchiale erkrankten Kindern und Jugendlichen, Heft 3/1989

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Schlaganfallpatienten, Heft 4/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Rheumakranken, Heft 5/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation bei älteren Menschen, Heft 6/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation Krebskranker, Heft 7/1991

Arbeitshilfe für die stufenweise Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß, Heft 8/1994

Arbeitshilfe für die Rehabilitation psychisch Kranker und Behinderter, Heft 9/1992

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von chronisch Nierenkranken, Dialysepflichtigen und Nierentransplantierten, Heft 10/1993

Arbeitshilfe für die Rehabilitation allergischer Atemwegserkrankungen, Heft 11/1995

Arbeitshilfe für die Rehabilitation von Suchtkranken
Alkohol – Drogen – Medikamente, Heft 12/1996

Gemeinsames Rahmenkonzept für die Durchführung stationärer medizinischer Maßnahmen der Vorsorge und Rehabilitation für Kinder und Jugendliche vom 15. August 1998

Wegweise – Eingliederung von Behinderten in Arbeit, Beruf und Gesellschaft

Rehabilitation Behinderter – Schädigung – Diagnostik – Therapie – Nachsorge – Wegweiser für Ärzte und weitere Fachkräfte der Rehabilitation

Verzeichnis spezialisierter Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation

Filmverzeichnis – Prävention/Rehabilitation/Integration – Ausgabe 1996

Zusammenstellung von Forschungsvorhaben auf dem Gebiet der Rehabilitation 1993–1997

Rehabilitationswissenschaftler in Deutschland – Ausgabe 1999

Kongreß- und Tagungsberichte

Geschäftsberichte

Herausgegeben von:

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation,
Walter-Kolb-Straße 9-11
60594 Frankfurt am Main,
Tel.: 069 / 60 50 18 0, Fax: 069 / 60 50 18 29,
email: info@bar-frankfurt.de,
Internet: www.bar-frankfurt.de

und

Sozialpsychologisches Institut,
Arnoldsstraße 31,
50679 Köln,
Tel.: 02 21 / 980 84 58, Fax: 02 21 / 980 84 49,
email: SPIKOELN@aol.com,
Internet: http://members.aol.com/SPIKOELN

Frankfurt am Main – Juni 2000
ISSN 0933-8462