

Die Vielfalt in der Einheit

**Das Wirken eines multiprofessionellen Teams
anhand des Beispiels der Kinder- und
Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des
Landeskrankenhauses Mostviertel Amstetten-Mauer**

Sandra Nußbaumer

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra(FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im Juni 2008

Erstbegutachterin:
Dr. Edith Singer

Zweitbegutachter:
Prof. (FH) Kurt Fellöcker MA, MSc, DSA

Abstract

Eine wesentliche Arbeitsform im sozialen Sektor stellen in der Gegenwart multiprofessionelle Teams dar, in welche die Sozialarbeit häufig integriert ist.

Die dargestellte Forschungsarbeit setzt sich mit dem spezifischen Charakter multiprofessioneller Teamarbeit auseinander. Einerseits werden die besonderen Kennzeichen, die ein multiprofessionelles Team beinhaltet, deutlich gemacht. Andererseits erscheint das Zusammenwirken unter den divergierenden Professionen interessant. Ferner richtet sich das Augenmerk auf Ziele, Aufgabenverteilungen und Schnittstellen multiprofessioneller Teamzusammenarbeit.

Für dieses Forschungsinteresse wurde das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer anhand qualitativer Methoden untersucht.

Aus der vorliegenden Arbeit konnten zum einen Erkenntnisse über die Sichtweisen der Mitglieder des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie erhoben werden. Diesbezüglich wurden Schwierigkeiten bei Zieldefinitionen und Schnittstellen deutlich. Eine Unzufriedenheit der Teammitglieder hinsichtlich der Besprechungskultur, der Leitungskompetenzen und der Umgangsformen konnten ebenfalls gezeigt werden.

Zum anderen kristallisieren sich spezifische Chancen und Herausforderungen multiprofessioneller Teamzusammenarbeit heraus. Ein Beeinflussungsfaktor von Multiprofessionalität auf gruppensdynamische Aspekte konnte ebenfalls erkannt werden. Hinsichtlich Konfliktursachen und Integrationsmaßstäbe sind Kriterien der Multiprofessionalität definitiv relevant.

Schließlich stellt sich die Profession Sozialarbeit unter anderem aufgrund ihrer Funktion der Transdisziplinarität und ihrer spezifischen Arbeitsweisen als ein wertvolles Mitglied multiprofessioneller Teamarbeit heraus.

Abstract

Multiprofessional teamwork is one of the essential working methods in the social sector, of which social work is often a part.

This research deals with the specific characteristics of multiprofessional teamwork. On the one hand this study shows the special features of multiprofessional teams. On the other hand the focus of cooperation and collaboration between the divergent professions are described. Furthermore, the goals, task assignments and points of collaboration are discussed.

The team of the “Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Mostviertel Amstetten-Mauer” (psychiatric department for children and adolescents) served as a research basis.

This study presents findings concerning the perceptions of the participants of the multiprofessional team of the psychiatric department for children and adolescents. The team members showed discontentment regarding the meeting culture, leadership competences and style of interaction.

In addition, specific possibilities and challenges of multiprofessional teamwork emerged. Considerable influence from multiprofessionality to group dynamic aspects could be identified. When it comes to integration and causes of conflicts, the multiprofessional is definitely relevant. Finally, social work profession can be defined as an important asset of multiprofessional teams due to its transdisciplinary approach and choice of methods and instruments.

Vorwort

Die Themenwahl gestaltete sich für mich als sehr schwierige Aufgabe, da ich sehr viele unterschiedliche Ideen hatte. Nach zahlreichen „mindmaps“ und Gesprächen mit StudienkollegInnen kristallisierte sich ein besonderes Interesse meinerseits für die multiprofessionelle Teamzusammenarbeit heraus. In einigen Institutionen, die ich im Laufe meines Studiums kennen lernen durfte, beobachtete ich verschiedene Professionen, die in ein und derselben Einrichtung arbeiteten ohne eine gemeinsame Austauschplattform. Ich persönlich empfand dies oft als einen Mangel. Daher wollte ich mich im Zuge meiner Diplomarbeit mit einem multiprofessionellen Team beschäftigen, um das Zusammenwirken unterschiedlicher Professionen zu erforschen und somit eine Erfahrung reicher zu werden.

Für die Umsetzung dieses Forschungsinteresses benötigte ich ein Team, welches möglichst viele unterschiedliche Professionen beinhaltet. Mein Augenmerk richtete sich diesbezüglich nach einer ausführlichen Recherche auf das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer. Diesem Team gilt mein besonderer Dank, da es sich bereit erklärte, mir als Forschungsgegenstand zur Verfügung zu stehen. Dies erforderte ein gewisses Maß an Mut und Offenheit. Für diese Bereitschaft möchte ich mich bei allen Mitgliedern des Teams der Kinder- und Jugendstation recht herzlich bedanken. Für die Kontakterstellung und Vermittlung zur Kinder- und Jugendstation und für die fortwährende Unterstützung während meiner Praktikumszeit im Landesklinikum Mostviertel Amstetten-Mauer gebührt Frau Mag.^a (FH) Sonja Kirchwegger ein großes Dankeschön. Ebenfalls möchte ich mich bei Frau Dr. Edith Singer bedanken, die mich den gesamten Verlauf der Arbeit unterstützt und begleitet hat.

Abschließend steht meiner Familie, insbesondere meinen Eltern, mein größter Dank zu, die mich in allen meinen Entscheidungen bedingungslos unterstützt und mir meinen gesamten Ausbildungsweg ermöglicht haben. Besonders bedanken möchte ich mich nicht zu letzt bei meinem Freund Stephan, der mir

einerseits durch seine direkte Mithilfe Arbeitsschritte erleichterte und es andererseits immer wieder schaffte, sonnige Seiten, selbst in motivationsloser Zeit, in mein Leben zu bringen.

INHALT

1. EINLEITUNG	3
1.1 Die Aktualität des Themas	3
1.2 Aufbau der Arbeit	4
2. FORSCHUNGSFRAGE UND FORSCHUNGSDESIGN	6
2.1 Forschungsinteresse und Forschungsfrage	6
2.2 Methodische Vorgehensweise	7
2.2.1 Wahl der Forschungsinstrumente	7
2.2.2 Beschreibung des Beobachtungsfeldes	9
2.2.3 Strukturierung der Interviews	10
2.2.4 Datenauswertung	12
2.3 Struktur und Rahmenbedingungen des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankums Mostviertel Amstetten-Mauer	13
3. GRUPPE, TEAM, MULTIPROFESSIONELLES TEAM	17
3.1 Das Team als Sonderform der Gruppe	17
3.2 Multiprofessionelles Team	18
3.3 Besondere Herausforderungen des multiprofessionellen Teams	21
4. ZIELE UND AUFGABEN	28
4.1 Schwierigkeiten bei gemeinsamer Zieldefinition	28
4.1.1 Fehlende Transparenz von Zielen	30
4.2 Verteilung von Aufgaben und Aufgabenüberschneidungen	31
4.2.1 Aufgabenverteilung	31
4.2.2 Aufgabenüberschneidungen	33

5. TEAMDYNAMIK.....	36
5.1 Hierarchien und Regeln.....	36
5.2 Konflikte im Team	39
5.3 Besprechungskultur	43
5.3.1 Störfaktoren	43
5.3.2 „Open Dialogue“	46
5.3.3 ModeratorInnenfunktion	48
5.4 Fachlicher und persönlicher Umgang.....	49
5.4.1 Kritik und Lob.....	51
5.5 Teamentwicklung	53
5.5.1 Entwicklungsphasen	53
5.6 Teamleitung	56
5.7 Integration im Team	58
6. DIE SOZIALARBEIT ALS BESTANDTEIL EINES MULTIPROFESSIONELLEN TEAMS.....	62
6.1 Die Sozialarbeit im Team des Landeskrankenhauses Mostviertel Amstetten- Mauer.....	62
6.2 Der sozialarbeiterische Ansatz als Gewinn für ein multiprofessionelles Team.....	64
7. CONCLUSIO, EMPFEHLUNG, AUSBLICK	68
8. LITERATUR	73
8.1 Weitere Quellen	76
8.1.1 Folder	76
8.1.2 Beobachtungsprotokolle	76
8.1.3 Interviewliste.....	76
9. ANHANG	78
9.1 Leitfaden	78

1. Einleitung

1.1 Die Aktualität des Themas

In vielen Bereichen der Sozialarbeit arbeiten divergierende Professionen auf unterschiedliche Art und Weise zusammen. In Krankenhäusern, Justizanstalten und in betreuten Wohneinrichtungen treffen beispielsweise in ein und derselben Institution ProfessionistInnen aus verschiedenen Berufsfeldern aufeinander. Die Kooperation mit anderen Institutionen wie dem Gericht und öffentlichen Ämtern ist in allen Handlungsfeldern der Sozialarbeit notwendig. HelferInnenkonferenzen, in denen die Sozialarbeit häufig involviert bzw. selbst Initiator ist, erfordern ebenfalls die Zusammenarbeit mit anderen Professionen. Kurz gesagt, Multiprofessionalität kann als ein fixer Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns angesehen werden.

Des Weiteren wird gegenwärtig in vielen Institutionen auf Werbepattformen wie Homepages und Foldern das Angebot eines multiprofessionellen Teams hervorgehoben. Besonders etabliert ist das multiprofessionelle Team in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen: „Das multiprofessionelle psychiatrische Team wird ... zum Leitbild fortschrittlicher Patientenbehandlung“ (Bauer 2004:24).

Ferner ist nachweisbar, dass das „Ideen- und Leistungspotenzial“ in einer Organisation größer ist, wenn das Personal Vielfältigkeit aufweist. Demgemäß bereichern verschiedene Ausbildungen und Erfahrungen eine Organisation. (vgl. Ballreich/Glasl 2007:50) Die zahlreichen Unterschiede, die divergierende Professionen mitbringen, beinhalten jedoch auch Schwierigkeiten in der Kooperation und Konfliktpotenzial. Hindernisse in der Zusammenarbeit können zum einen Auswirkungen auf die ProfessionistInnen selbst und zum anderen auf die KlientInnenarbeit haben. Neben Multiprofessionalität birgt Teamarbeit zahlreiche Vor- und Nachteile für die Organisation, die Mitglieder und die KundInnen.

In einem multiprofessionellen Team treffen sowohl die team- als auch die multiprofessionsspezifischen Merkmale aufeinander. Folglich kann man ein

multiprofessionelles Team als Sonderform von Teamarbeit bezeichnen, die spezifische Eigenheiten und Besonderheiten vermuten lässt. Daher erscheint es interessant, das Wirken eines multiprofessionellen Teams und dessen Kennzeichen zu erfassen.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im Zuge der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass spezifische Literatur zu multiprofessioneller Teamarbeit nur begrenzt vorhanden ist. Im Gegensatz dazu widmen sich zahlreiche AutorInnen dem Thema Teamarbeit. Um das Forschungsinteresse fortwährend im Augenmerk zu haben, erschien für die vorliegende Arbeit eine Verknüpfung von Literatur und Forschungsergebnissen als sinnvoll.

Beginnend mit einleitenden Worten zur Aktualität und Bedeutsamkeit des Themas, wird anschließend im zweiten Kapitel die methodische Vorgehensweise dieser Forschungsarbeit explizit dargestellt. Um den Kontext für die vorliegende Arbeit abzuklären, werden ferner das Forschungsinteresse und der Forschungsgegenstand, das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer und dessen Struktur und Rahmenbedingungen vorgestellt. In dieser Arbeit wird ausschließlich auf dieses Team des Landesklinikums Amstetten-Mauer eingegangen. Daher ist fortwährend in Bezugnahme auf ein Team von diesem die Sprache.

Im dritten Kapitel steht eine Begriffsklärung von Gruppe, Team und multiprofessionellem Team im Blickpunkt. Das multiprofessionelle Team wird anhand von aktuellen Artikeln aus englischen Journalen dargestellt und diskutiert. In Hinsicht auf die Forschungsergebnisse werden anschließend die Chancen und Herausforderungen von multiprofessioneller Teamzusammenarbeit angeführt. Auf die Herausforderungen wird in den darauf folgenden Kapiteln immer wieder Bezug genommen.

Das vierte Kapitel widmet sich den Zielen und Aufgaben des beforschten multiprofessionellen Teams. Dominierende Themen stellen Zieldefinitionen, die Aufgabenverteilung und Problematiken von Schnittstellen dar.

Anschließend werden unterschiedliche Aspekte der Teamdynamik behandelt. Zum einen richtet sich der Blick auf die Schwierigkeiten und Probleme, mit denen das untersuchte Team des Landeskrankenhauses konfrontiert ist. Zum anderen wird versucht, Kennzeichen multiprofessioneller Teamarbeit herauszuarbeiten.

Das sechste Kapitel befasst sich mit der Profession Sozialarbeit als ein Mitglied eines multiprofessionellen Teams.

Abschließend werden im siebenten Kapitel die Erkenntnisse dieser Arbeit und die daraus resultierenden Schlussfolgerungen und ein Ausblick dargestellt.

2. Forschungsfrage und Forschungsdesign

2.1 Forschungsinteresse und Forschungsfrage

Die dargestellte Forschungsarbeit setzt sich mit dem spezifischen Charakter multi-professioneller Teamarbeit auseinander. Zum einen sollen die besonderen Kennzeichen, die ein multiprofessionelles Team mitbringen kann, in Bezug auf dessen Möglichkeiten und Hürden deutlich gemacht werden. Zum anderen erscheint das Zusammenwirken unter den divergierenden Professionen interessant. Die Austausch- und Umgangsformen und die Regeln eines multi-professionellen Teams sollen gezeigt werden. Auch der Grad der Beeinflussung, welchen Multiprofessionalität auf die Teamdynamiken haben kann, wird als wesentlich erachtet.

Das Augenmerk dieser Arbeit richtet sich darüber hinaus auf die Aufgaben und Ziele eines multiprofessionellen Teams. Insbesondere wurde das Forschungsinteresse des Weiteren auf die Sozialarbeit, als ein Mitglied eines multi-professionellen Teams, gerichtet.

Aus diesem Forschungsinteresse ergeben sich folgende leitende Fragestellungen für vorliegende Arbeit:

- Welche Chancen und Herausforderungen bietet ein multiprofessionelles Team?
- Wie funktioniert das Zusammenspiel unter den verschiedenen Professionen, wo liegen Schnittstellen, wo gibt es Überlappungen?
- Welche Rolle nimmt die Profession Sozialarbeit innerhalb des multiprofessionellen Teams ein?

Um diesem Forschungsanspruch gerecht zu werden, erschien das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer aufgrund der hohen Anzahl an divergierenden Professionen, die in einem Team zusammenarbeiten, als besonders geeigneter Forschungsgegenstand. Konkret

auf dieses Team bezogen erweitert die Frage, wie die Mitglieder über die derzeitige Zusammenarbeit denken und wo Probleme und Schwierigkeiten bestehen, das Forschungsinteresse.

2.2 Methodische Vorgehensweise

2.2.1 Wahl der Forschungsinstrumente

Für die folgende Diplomarbeit wurde ein qualitativer Methodenansatz gewählt, da das Forschungsinteresse und die daraus abgeleiteten Forschungsfragen einen hypothesengenerierenden Anspruch verlangen.

Zur Datenerhebung wurde die Methode der teilnehmenden Beobachtung in Kombination mit Leitfadeninterviews herangezogen.

Die „teilnehmende Beobachtung“ wird von Lamnek (2005:552ff) als grundlegende sozialwissenschaftliche Methode beschrieben, die mit anderen Methoden verschränkt wird. Als Kennzeichen der teilnehmenden Beobachtung wird die Einbindung der beobachteten Personen in die natürliche Lebenswelt dargestellt. Des Weiteren sieht Lamnek (2005:575) kommunikative Kontakte als Basis der teilnehmenden Beobachtung an.

Die teilnehmende Beobachtung wurde für die vorliegende Arbeit als geeignet erachtet, da einer der untersuchten Gegenstände, die Teamdynamik, in eine soziale Situationen eingebettet und der Gegenstandsbereich, die Zusammenarbeit von mehreren Professionen in einem Team, von außen schwer einsehbar ist. (vgl. Mayring 1996:64) Weiters erhebt das Forschungsinteresse dieser Arbeit den Anspruch auf eine umfassende „Innenperspektive“ des Teamgeschehens, wozu laut Mayring (1996:61) die teilnehmende Beobachtung dient. Darüber hinaus erschien diese Methode als zweckmäßig, um das Handlungsfeld Psychiatrie und die Rahmenbedingungen des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer kennen zu lernen. Außerdem erwies sich die Methode für die Erstellung des Interviewleitfadens als hilfreich.

In Anknüpfung an die teilnehmende Beobachtung wurde das „Problemzentrierte Interview von Witzel“ (vgl. Flick 2004:134ff, Lamnek 2005:363ff, Mayring 1996:50ff) herangezogen. Das Problemzentrierte Interview zählt zu den Leitfadeninterviews und wird somit der teilstandardisierten Befragung zugeordnet. Beim Problemzentrierten Interview geht der Forscher zwar mit einem theoretischen Konzept ins Feld, jedoch bleibt die Dominanz der Konzeptgenerierung durch den Befragten erhalten. (vgl. Lamnek 2005:368)

Die Anwendung dieser Methode erschien aufgrund der Gegenstandsorientierung als sinnvoll. Gegenstandsorientierung meint, dass die Gestaltung des Verfahrens auf einen spezifischen Gegenstand bezogen sein muss und nicht in der Übernahme fertiger Instrumente bestehen kann. (vgl. Mayring 1996:50) Daraus folgt ein hohes Maß an Offenheit der interviewten Person gegenüber. Zudem gestaltete sich eine Erhebung anhand eines Leitfadens als zweckmäßig, da durch dieses Instrument sichergestellt wird, dass bestimmte Themenbereiche angesprochen werden. (vgl. Marotzki 2006:114)

An dieser Stelle sei noch erwähnt, dass die Forschungsergebnisse zum Großteil auf den Erkenntnissen der Leitfadeninterviews basieren. Die teilnehmende Beobachtung wurde als wertvolle Ergänzung zu den Interviews verstanden. Laut Lamnek (2005:552) kann der Objektbereich der Beobachtung durch eine Gegenüberstellung von Beobachtung und Befragung ermittelt werden. Bei Befragungen werden vor allem Einstellungen, Gefühle und Vorstellungen erforscht, Verhaltensweisen können jedoch nur bedingt ermittelt werden. Außerdem diene die Verknüpfung der Interviews mit der teilnehmenden Beobachtung dem Vergleich zwischen den in den Interviews formulierten Darstellungen der Personen und der beobachteten Alltagspraxis.

2.2.2 Beschreibung des Beobachtungsfeldes

Als Beobachtungsgegenstand für die vorliegende Arbeit fungierte, wie bereits erwähnt wurde, das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendstation des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer.

Das konkrete Beobachtungsfeld war die Kurvenvisite, welche im Abschnitt 2.3 noch genauer erläutert wird. (vgl. 2.3) Die „lokale und zeitliche Begrenzung“ (Lamnek 2005:552ff) wurde durch den Rahmen der Teamsitzung determiniert. Als Beobachtungsort diente der Besprechungsraum, in dem sich die Teamsitzung ereignete. Diese Meetings fanden zweimal wöchentlich statt und dauerten circa drei Stunden. In diesen erfolgte die Beobachtung. Der Beobachtung lag ein Beobachtungsleitfaden zugrunde, in welchem die wichtigsten Beobachtungsdimensionen festgelegt wurden. Mayring (1996:62) beschreibt die Arbeit mit einem Beobachtungsleitfaden als notwendig und sinnvoll. Die Beobachtungsdimensionen für den Leitfaden dieser Forschungsarbeit wurden anhand von Literatur über Gruppendynamik und Teamarbeit festgelegt. Der Beobachtungsleitfaden enthält folgende Dimensionen:

- Organisation des Teams
- Interaktionen zwischen den Personen
- Kommunikationsmuster des Teams
- Verteilung der Rollen
- Ziele des Teams
- Hierarchische Struktur

Da jede teilnehmende Beobachtung in ein Beobachtungsprotokoll münden muss, wurden direkt nach den „Beobachtungseinheiten“ unter Zuhilfenahme der „Feldnotizen“ detaillierte Protokolle erstellt. (vgl. Mayring 1996:61ff) Schlussendlich liegen dieser Forschungsarbeit vier Beobachtungsprotokolle¹ zu Grunde.

¹ Liste der Beobachtungsprotokolle unter weitere Quellen auf Seite 76

2.2.3 Strukturierung der Interviews

Aus dem oben beschriebenen Forschungsinteresse (vgl. 2.1), multi-professionelle Teamzusammenarbeit zu erforschen, erschien es als zweckmäßig, Mitglieder des für die dargestellte Arbeit beobachteten multi-professionellen Teams zu befragen. Dieses Team besteht aus einer großen Anzahl an Mitgliedern (vgl. 2.3), daher musste eine Auswahl der zu interviewenden Personen getroffen werden. Laut Lamnek (2005:386) sucht man sich aufgrund des Erkenntnisinteresses einzelne Fälle für die Befragung aus. In dieser Forschungsarbeit geht es schwerpunktmäßig um die Zusammenarbeit unterschiedlicher Professionen. Deswegen schien eine Auswahl aufgrund des Berufes der Personen als geeignet. Es wurde versucht, von jeder vertretenen Profession des Teams mindestens eine Person zu interviewen. Als Kriterien für die Auswahl der Personen je Profession erschienen das Stundenausmaß bzw. die Präsenz im Team als sinnvoll. Wichtig ist noch zu begründen, dass, wie die unten angeführte Interviewliste zeigt, zwei Ärzte und eine Ärztin befragt wurden. Dies geschah, weil der Teamleiter nicht nur in seiner Rolle als Oberarzt, sondern auch in seiner Rolle als Teamleiter befragt wurde.

Aufgrund dieser Kriterien wurden dreizehn Interviews mit den folgenden Personen geführt:

- zwei Oberärzte und eine Oberärztin
- eine Stationsschwester
- eine Psychologin
- eine Sonder- und Heilpädagogin
- ein Psychotherapeut
- eine Physiotherapeutin
- eine Ergotherapeutin
- eine Musiktherapeutin
- eine Sozialpädagogin
- eine Sozialarbeiterin
- eine Lehrerin

Der im Anhang angeführten Interviewliste² kann man nicht entnehmen, welcher Profession das Interview zuzuordnen ist und somit kann man auch im Laufe dieser Arbeit bei angeführten Zitaten aus den Interviews nicht erkennen, welche Profession diese Aussage getroffen hat. Diese Anonymisierung wurde als wichtig erachtet, da man mit dem Hinweis auf die Profession, aufgrund dessen, dass zahlreiche Professionen im Team der Kinder- und Jugendstation nur von einer bzw. zwei Personen vertreten werden, in den meisten Fällen auf die Person schließen könnte.

Die Interviews wurden, wie oben erklärt, auf der Basis eines Leitfadens³ geführt. Zusammenfassend basiert der Leitfaden auf folgenden Themenkreisen:

- Ziele des multiprofessionellen Teams
- Aufgabenverteilung innerhalb des Teams
- Rollen und Regeln im Team

Das Augenmerk richtete sich neben diesen Themen besonders auf die Erfassung des Stellenwerts der Sozialarbeit innerhalb des Teams und darüber hinaus auf die Meinung der interviewten Personen über die derzeitige Zusammenarbeit.

Alle Interviews wurden mit Hilfe eines Diktiergeräts aufgenommen und vollständig transkribiert. Laut Mayring (1996:69) bietet die wörtliche Transkription die Basis für eine ausführliche interpretative Auswertung.

Für die Transkription wurde die Technik der Übertragung in normales Schriftdeutsch verwendet. (vgl. Mayring 1996:70) Des Weiteren wurde zu jedem Interview ein „Postscriptum“ (Flick 2004:135) angefertigt. In diesem wurden formale Daten wie Datum, Uhrzeit und Ort, Daten zur interviewten Person, der Interviewverlauf und Beobachtungen über das Verhalten des Gegenübers protokolliert.

² Interviewliste unter weitere Quellen auf Seite 76

³ Leitfaden im Anhang auf Seite 78

2.2.4 Datenauswertung

Für die Datenauswertung wurde die Methode der „qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring“ (vgl. Lamnek 2005:478ff, Mayring 1988, Meuser 2006:89ff) herangezogen. Flick (2004:138) beschreibt in Bezug auf das Problemzentrierte Interview, dass vor allem kodierende Verfahren, insbesondere die qualitative Inhaltsanalyse, verwendet werden. Die Inhaltsanalyse nach Mayring erschien als geeignet, da sie eine „sukzessive Verdichtung von umfangreichem Datenmaterial ermöglicht“ (Meuser 2006:90). Diese Methode verfährt auf der Basis von Kategorienschemas. Mayring (1988:53) differenziert drei Grundarten des Interpretierens, die Zusammenfassung, die Explikation und die Strukturierung. Für die vorliegende Arbeit wurde die Technik der Zusammenfassung verwendet. Das Ziel der Zusammenfassung ist, das Material so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte bleiben und durch Abstraktion einen überschaubaren Corpus zu schaffen, der immer noch Abbild des Grundmaterials ist. (vgl. Mayring 1988:53) Im Prozess der fortschreitenden Abstraktion und Reduktion sollen die zentralen Aspekte bzw. Aussagen eines Textes deutlich werden. (vgl. Seipel/Rieker 2003:194)

Die Analyse der dieser Arbeit zugrunde liegenden Interviewtranskripte ergeben vier Kategorien. Die Ziele und Aufgaben des Teams stellen eine Kategorie dar. Diese gliedert sich in die Unterkategorien Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Zieldefinition, fehlende Transparenz von Zieldefinitionen, Aufgabenverteilung und Aufgabenüberschneidungen und Kenntnis des jeweiligen Fachgebiets. Darüber hinaus stellt die Teamdynamik eine Kategorie dar. Diesbezüglich wurden als Unterkategorien Hierarchien und Regeln im Team, die Ursachen von Konflikten, die Besprechungskultur und der fachliche und persönliche Umgang herausgearbeitet. Die Kriterien für die Integration im Team bilden eine weitere Kategorie. Außerdem wurden die besonderen Herausforderungen des multiprofessionellen Teams und der sozialarbeiterische Ansatz als Gewinn für ein multiprofessionelles Team als eigenständige Kategorie festgelegt.

2.3 Struktur und Rahmenbedingungen des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Landeskrankenhauses Mostviertel Amstetten-Mauer

In diesem Abschnitt erfolgt eine auf das Forschungsinteresse beschränkte Vorstellung des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation des Landeskrankenhauses und dessen strukturelle Rahmenbedingungen. Der Anspruch auf Vollständigkeit kann hinsichtlich der folgenden Ausführungen nicht erhoben werden, da die Strukturen aufgrund des Leitfadens, der dieser vorliegenden Arbeit zu Grund liegt, nur bedingt erhoben wurden. In diesem Abschnitt geht es vielmehr darum, Informationen zu bieten, die für das Verstehen der dargestellten Arbeit notwendig sind.

Die Kinder- und Jugendstation des Landeskrankenhauses behandelt Kinder und Jugendliche bis zum achtzehnten Lebensjahr. Angeboten werden unter anderem die „Diagnostik und Therapie bei Krisenzuständen, Verhaltensauffälligkeiten, psychischen Störungen und Suchtproblemen“. (vgl. Folder 8.1.1)

Die Umsetzung der Angebote der Kinder- und Jugendstation wird durch ein multiprofessionelles Team gewährleistet. Dieses setzt sich laut Folder aus mehr als zwölf divergierenden Professionen zusammen. Eine heilpädagogische Schule, heilpädagogisches Voltigieren, Sporttherapie, Beschäftigungstherapie und Watsu-Entspannungsverfahren werden ebenfalls als Angebote angeführt.

Der Forschungsgegenstand dieser Arbeit grenzt sich auf die Professionen ein, die bei der Kurvenvisite anwesend sind. Dazu gehören ein leitender Oberarzt, ein Oberarzt und eine Oberärztin, eine Assistenzärztin, zwei Klinische- und Gesundheitspsychologinnen, ein diplomiertes psychiatrisches Gesundheits- und Krankenpflegepersonal und deren Leitung die Stationsschwester, drei Sozialpädagoginnen, eine Sonder- und Heilpädagogin, eine Sozialarbeiterin, zwei Ergotherapeutinnen, eine Physiotherapeutin, zwei PsychotherapeutInnen, eine Musiktherapeutin, eine Mal- und Gestaltungstherapeutin und drei Lehrerinnen. Aus diesen Personen und Professionen setzt sich das in dieser Arbeit untersuchte multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendstation zusammen, das den Forschungsgegenstand darstellt. Die Führung der Station

hat der leitende Oberarzt über, welcher, wie aus allen Interviews hervorgeht, auch der Leiter des multiprofessionellen Teams ist.

Die Kurvenvisite hat ihren Namen von den PatientInnenakten, die als Kurven bezeichnet werden. Alle stationären PatientInnen der Kinder- und Jugendstation werden in der Kurvenvisite von den angeführten Professionen besprochen. Die Funktion der Kurvenvisite könnte man daher am ehesten als Fallbesprechung bezeichnen. Manchmal werden aber auch organisatorische Angelegenheiten, wie beispielsweise die Planung des „Tages der offenen Tür“, geklärt. Daraus kann geschlossen werden, dass für organisatorische Angelegenheiten, die die Station betreffen, keine eigenständige Plattform, die von der Fallbesprechung abgegrenzt ist, existiert. Die Kurvenvisite findet zweimal wöchentlich, am Mittwoch und am Donnerstag, an einem fixen Ort auf der Kinder- und Jugendstation statt. Der zeitliche Ablauf der Kurvenvisite wird durch den Visitenplan im Vorhinein festgelegt. Der Visitenplan führt den Namen des/r jeweiligen PatientenIn sowie Zeitpunkt und Zeitrahmen der Besprechung an. Zu Abweichungen des Visitenplans kommt es, wie aus den Beobachtungen und den Interviews hervorgehen, häufig, da manche PatientInnen einer ausführlicheren bzw. kürzeren Auseinandersetzung bedürfen. Darüber hinaus besitzen alle Mitglieder Diensthandys, welche des öfteren während der Visite läuten und geführte Telefonate in der Visite implizieren. Dies kann eine störende Wirkung auf den Visitenverlauf haben. Außerdem tragen Terminkollisionen, die mit der Visite zusammenfallen, wie beispielsweise eine Neuaufnahme zu Abweichungen in der Planung bei. Der Stationsalltag läuft neben der Kurvenvisite weiter und kann somit den Verlauf der Visite beeinflussen. Die Problematik dabei ist, dass sich die Anwesenheit mancher Professionen bzw. Personen nach dem Visitenplan richtet. Nicht alle Professionen bzw. Personen sind an der Behandlung jedes/r PatientenIn involviert. Daher kommen einige ProfessionistInnen nur zu den Besprechungszeiten, in welchen laut Visitenplan die PatientInnen besprochen werden, mit denen sie arbeiten. Wie die Beobachtungsprotokolle (vgl. Beo. 1, 2, 3, 4) zeigen, kann diese Regelung eine starke Fluktuation der anwesenden Personen mit sich bringen. Neben der Stationschwester, die meist anwesend ist, wechseln sich die weiteren

vertretenen Personen des Pflegepersonals je Visite ab. Von den Sozialpädagoginnen und den Lehrerinnen ist ebenfalls abwechselnd immer nur eine in der Visite anwesend. Ferner ist der Stationsleiter, der die Moderatorenfunktion innehat, nicht immer in der Visite. Bei seinem Fernbleiben übernehmen entweder der andere Oberarzt oder die Oberärztin die Moderation. Die Eröffnung der Besprechungen je PatientenIn erfolgt, laut Beobachtungsprotokollen (vgl. Beo. 1, 2, 3, 4) durch die fallführende Person des/der PatientenIn. Allen PatientInnen der Kinder- und Jugendstation wird eine fallführende Person zugewiesen. Welche Professionen die Aufgabe der Fallführung übernehmen, wird vom leitenden Oberarzt der Station bestimmt. Zurzeit sind dies der Oberarzt und die Oberärztin, die Psychologinnen und die Sonder- und Heilpädagogin.

Zusammengefasst kann in Bezug auf die Kurvenvisite folgendes ausgesagt werden. Die Kurvenvisite hat neben der Fallbesprechung auch noch die Funktion organisatorische Angelegenheiten, die die Station betreffen, abzuklären. Des Weiteren kann es öfteren der geplante Ablauf durch strukturelle Gegebenheiten der Station nicht umgesetzt werden, was Störungen und Problematiken mit sich bringen kann. Auf den Ablauf der Kurvenvisite und dessen Störfaktoren werden weiter hinten im Abschnitt „Besprechungskulturen“ genauer eingegangen. (vgl. 5.3)

Zurückkommend auf das oben definierte multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendstation ist noch zu erwähnen, dass nicht alle Mitglieder ihren Arbeitsplatz auf der Station haben. Über einen eigenständigen Arbeitsbereich außerhalb der Station verfügen die Lehrerinnen, die Ergo-, Psycho-, Physio-, Mal- und MusiktherapeutInnen und die Sozialarbeiterin. Diese haben jedoch auf der Station selbst kaum räumliche Möglichkeiten um ihre Arbeit durchzuführen. Überdies haben die Teammitglieder eine unterschiedliche Stundenanzahl und verschiedene Arbeitszeiten, das die Koordination des Teams erschwert. (vgl. 3.3)

Rahmenbedingungen für die Kinder- und Jugendstation stellen auch gesetzliche Regelungen dar, die zum Beispiel auf die Aufgabenverteilung und

auf die hierarchischen Strukturen Einfluss haben. Diese beiden Punkte werden im Detail im Kapitel vier und fünf behandelt. (vgl. 4.2 und 5.1)

Die in dieser Arbeit untersuchte Zusammenarbeit eines multiprofessionellen Teams wird durch Faktoren beeinflusst, welche sich weniger auf die strukturellen Rahmenbedingungen beziehen, sondern auf Dynamiken innerhalb des Teams und der Professionen sowie der Schaffung einer entsprechenden Meeting Kultur.

In den kommenden Kapiteln erfolgt eine Auseinandersetzung mit den Forschungsergebnissen, die sich bei der Auswertung aus den Beobachtungen des für diese Arbeit definierten multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation des Landesklinikums und aus den Interviews mit dessen Mitgliedern ergaben. Zahlreiche und verschiedenste Literatur wird ergänzend und vergleichend in diese Auseinandersetzung miteinbezogen. Diese Diplomarbeit bezieht sich schwerpunktmäßig auf die Schwierigkeiten und Störfaktoren der Zusammenarbeit des Teams, da diese dem Forschungsinteresse der dargestellten Arbeit zu Grunde liegen.

Voranstellend ist daher noch folgender Aspekt, der aus den Interviews hervorgeht, anzumerken. Viele der für diese Arbeit interviewten Personen bringen während und am Ende des Interviews zum Ausdruck, dass sie sich im Team der Kinder- und Jugendstation wohl fühlen und dass das Team gute Arbeit leistet und alle versuchen ihr Bestes zu geben.

3. Gruppe, Team, multiprofessionelles Team

3.1 Das Team als Sonderform der Gruppe

Für eine Gruppe werden in der Literatur (vgl. König/Schattenhofer, Wellhöfer) zahlreiche verschiedenste Definitionen formuliert. Hofstätter (1986:30, zit. in: Wellhöfer 2001:7) beschreibt zwei zentrale Merkmale, das Bestehen von Rollensystemen, durch das die Einzelaktivitäten geordnet werden und die Orientierung der Aktivitäten an einem gemeinsamen Ziel. In Homans' (1972:29, zit. in: Wellhöfer 2001:7) Definition wird der „face to face“ Austausch, also dass alle miteinander persönlich in Verbindung treten können, betont. Die Entwicklung eines Wir-Gefühls, gemeinsame Normen und Werte werden des Weiteren als Kennzeichen angesehen. (vgl. König/Schattenhofer 2007:15ff) Summarisch sind gemeinsame Ziele und Aufgaben, Rollendefinierungen, ein „face to face“ Austausch und eine gemeinsame Entwicklung wesentliche Merkmale einer Gruppe. Ist eine Gruppe arbeits- und aufgabenbezogen und müssen deren Mitglieder kooperieren, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen, kann man von einem Team sprechen. Hinzukommt, dass ein Team selber Entscheidungen treffen und diese ausführen kann. Teamarbeit stellt ein anspruchsvolles Instrument der Zusammenarbeit dar, das die Teammitglieder stark fordert. Im Gegensatz zu einer Gruppe hat ein Team ein „Doppelgesicht“, da es einerseits ein Arbeitsinstrument ist und andererseits eine eigene soziale Dynamik beinhaltet. (vgl. König/Schattenhofer 2007:18f) Es gilt: „Nicht jede Gruppe ist ein Team, aber jedes Team eine Gruppe“ (König/Schattenhofer 2007:18).

Ein Team stellt daher eine Sonderform einer Gruppe dar. Eine Sonderform von Teamarbeit bildet ein multiprofessionelles Team, welches sich aus Mitgliedern divergierender Professionen zusammensetzt.

3.2 Multiprofessionelles Team

Während Teamarbeit von vielen AutorInnen behandelt wird, befassen sich nur einzelne spezifisch mit Multiprofessionalität. Im Zuge der Literaturrecherche, die für die vorliegende Arbeit durchgeführt wurde, konnten aktuelle englischsprachige Artikel (vgl. Huotari, McInnes/Lawson-Brown, Payne) gefunden werden, welche sich mit multiprofessioneller Zusammenarbeit beschäftigen.

McInnes und Lawson-Brown (2007:347) führen in ihrem Artikel „God and Other Do-Gooders“ an, dass in modernen „Communities“ immer mehr Professionen in Feldern arbeiten, wo eine Diversität von Perspektiven vorliegt. Die Qualität der Leistung ist von der Kompetenz einzelner, aber auch von der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen abhängig. Einerseits gewährleistet diese Mannigfaltigkeit eine Vielfalt an Kompetenzen, andererseits beinhaltet sie auch Missverständnisse und Konflikte. Ein multiprofessionelles Team impliziert Barrieren wie „diverse occupational knowledge, skills, perspectives, values, epistemologies and status of practitioners“ (McInnes/Lawson-Brown 2007:346). Diese Faktoren können zu Misstrauen und Mangel an Kooperationen führen. Ferner bringt die Arbeit in multiprofessionellen „Communities“ steigende Spannungen und Stress mit sich, wofür es an angemessenen Copingstrategien fehlt. Demgegenüber stellen die beiden Autorinnen die steigende Wichtigkeit von multiprofessioneller Teamarbeit. Diesbezüglich weisen sie darauf hin, dass durch den politischen Druck auf öffentliche Ämter, der mehr Managementkompetenzen und steigende Verantwortung der Angestellten fordert, eines Bruchs der traditionellen Abgrenzungen zwischen den Professionen bedarf. Der Artikel bringt zum Ausdruck, dass multiprofessionelle Zusammenarbeit gefordert wird, diese jedoch mit zahlreichen Hürden und Veränderungen verbunden ist.

Huotari (2008:83ff) erkennt wie McInnes und Lawson-Brown ebenfalls Herausforderungen multiprofessioneller Zusammenarbeit an. Sie bezieht sich in ihrem Artikel auf KlientInnen mit Multiproblemlagen, bei welchen laut der Autorin (Huotari 2008:84) eine Zusammenarbeit unterschiedlicher Experten üblich ist. Sie fordert eine verbesserte Koordination, welche spezielle

Vereinbarungen und Bemühungen der MitarbeiterInnen verlangt. Die Basis für die Koordination sollte sich ihrer Meinung gemäß, nach der Lebenswelt der KlientInnen und nicht nach professionsspezifischen Aufgaben richten: „The basis of coordination is sought in the life world of the clients instead of the professionals' specialized tasks ...“ (Huotari 2008:94). Damit diese KlientInnenorientierung gewährleistet werden kann, schlägt sie die Methode des „Anticipation Dialogue“ vor, der acht Hauptprinzipien beinhaltet: „Subjectivity, Emphasis on the reciprocal character of professional work, Polyphony, High tolerance of uncertainty, Dialogism, Experiments in thought and action, Future perspective as the basis for coordination and Facilitation“ (Huotari 2008:95). Diese Prinzipien erscheinen für multiprofessionelle Zusammenarbeit jeglicher Art wesentlich zu sein. Zusammengefasst betont der „Anticipation Dialogue“ die Wichtigkeit des Verständnisses für andere Meinungen und Positionen. Ein Gesamtbild der KlientInnen entsteht durch die subjektiven Bilder, die die einzelnen Professionen anführen. Vorweggenommene allumfassende Expertisen sind zu determinieren. Zentral ist ein Wechsel von objektiven Problemen zu subjektiven Anliegen. Des Weiteren sind die KlientInnen und deren persönliche Netzwerke als potenzielle Problemlöser anzusehen. Unsicherheit sollte eine hohe Toleranz entgegengebracht werden. Expertisen haben daher einen provisorischen Charakter, da Handlungen immer auch ungeplante Konsequenzen haben können. Die Basis für die Koordination bilden die Zukunftsperspektiven und nicht die Vergangenheit. Um dem „Anticipation Dialogue“ umsetzen zu können, muss man lernen, Wissen nicht als bloßen Inhalt, sondern als dynamisch, als etwas, das sich entwickelt, anzusehen: „People must learn to see knowledge as an event rather than mere content“ (Huotari 2008:91). Als Fazit führt Huotari an, dass, vorausgesetzt, die Basis der Koordination richtet sich nach den KlientInnen, eine intensivere Zusammenarbeit von divergierenden Professionen, zum Beispiel in Form eines Teams, gute Möglichkeiten für die Unterstützung von Personen mit Multiproblemlagen bieten kann.

Neben Huotari, die multiprofessionellen Teams besondere Leistungen für Multiproblemfälle zuerkennt, führt Payne (2006:137ff) eine weitere spezifische

Funktion von divergierenden Professionen, die in einem Team zusammenarbeiten, an. Er beschreibt multiprofessionelle Teams als Ort für stabile Identitätsbildung von Professionen: „Multiprofessional teams are a major site in which stable professional identities might emerge“ (Payne 2006:140). Vorgefertigte standardisierte professionelle Pakete sind laut Payne (2006:145ff) nicht zielführend. Diese Aussage steht, wie er selbst anführt, im Widerspruch mit anderen Meinungen, die auf die Notwendigkeit von klaren Identitäten und Rollen in Teams hinweisen. Payne argumentiert in Bezug auf die Autorin Wenger (1998, zit. in: Payne 2006:147), dass sich Identitäten durch soziale Beziehungen entwickeln und verändern. Somit können professionelle Identitäten in multiprofessionellen Teams nur in Beziehung mit anderen Professionen gebildet werden. Payne (2006:147) spricht von so genannten „communities of practice“, also von professionellen Gemeinschaften, die in einem multiprofessionellen Team geschaffen werden. Durch Interaktionen mit anderen gibt das Team gemeinsam seinen Handlungen Sinn und Bedeutung. Diesen Prozess bezeichnet er als gemeinsame Historie des Lernens: „shared history of learning“ (Payne 2006:147f). Eine „community of practice“ ist daher mehr als die Summe ihrer Einzelteile. Gemäß Payne ist ein multiprofessionelles Team nicht nur eine Arbeitsmethode, sondern impliziert einen neuen Arbeitszugang. Folglich können Identitäten in einem multiprofessionellen Team nicht durch traditionelle Rollen festgelegt werden, sondern sie entstehen durch Interaktionen mit anderen in bestimmten Settings. Payne führt seine Argumentation dahingehend aus, dass man generelle Definitionen einer Profession unterlassen und zu spezialisierten Rollen übergehen soll, die sich in Wechselbeziehungen zu anderen Professionen ergeben. Als selbstverständlich wird die Gebundenheit an das jeweilige Fachwissen angesehen. Die Identität in bestimmten Feldern, wofür er als Beispiel die Palliativpflege heranzieht, richtet sich also nach dem spezifischem Umfeld: „... a more successful model of creating professional identity may be a bottom-up approach of incorporating and debating the contribution of specialized identities formed in multiprofessional communities of practice ... “ (Payne 2006:149).

Aus diesen vorgestellten Artikeln lässt sich erkennen, wozu ein multiprofessionelles Team in seiner Wirkung fähig sein kann. Die Teamzusammenarbeit von divergierenden Professionen beinhaltet unter anderem ein großes Potenzial für Multiproblemfälle und kann unter Umständen ein Ort für Identitätsbildung von ProfessionistInnen sein. Allerdings ist sie auch mit Hürden verbunden. Im nächsten Abschnitt werden konkrete Chancen und Herausforderungen eines multiprofessionellen Teams, die sich aus der Forschung der vorliegenden Arbeit herausgestellt haben, dargestellt.

3.3 Besondere Herausforderungen des multiprofessionellen Teams

Die Analyse der Interviews zeigt, dass spezifische Chancen, die ein multiprofessionelles Team bietet, besondere Herausforderungen in dessen Ausschöpfung erfordern und nicht a priori als gegeben angesehen werden können. Daher verlangen die in der Literatur (vgl. Bauer, Frenzke-Kulbach, Huotari, Payne) beschriebenen und die in dieser Arbeit herausgefundenen Möglichkeiten eines multiprofessionellen Teams eine differenzierte Auseinandersetzung.

Frenzke-Kulbach (2004:424) führt in ihrem Artikel über multiprofessionelle Kooperationen bei sexuellem Missbrauch Auswirkungen von multiprofessioneller Zusammenarbeit an. Vorteile aufgrund einer multiprofessionellen Kooperation beschreibt die Autorin in einer Verbesserung der Kommunikation, welche zum Abbau von Barrieren zwischen den Professionen führen kann. Des Weiteren weist sie auf die Chance der Verteilung von Lasten hin, so dass eine Ausgeglichenheit zwischen den Professionen und eine psychische Entlastung der einzelnen Mitglieder möglich sind. Diese von Frenzke-Kulbach genannten Vorteile sind laut der Forschungsergebnisse dieser Arbeit jedoch von Umsetzungsbarrieren gekennzeichnet.

Eine funktionierende Koordination der unterschiedlichen Professionen stellt an sich bereits eine enorme Herausforderung dar. Die Anzahl der zu ver-

knüpfenden MitarbeiterInnen und divergierenden Professionen werden laut Interviewaussagen als entscheidende Faktoren gesehen. In einem Team kann man generell davon ausgehen, dass dessen Mitgliedern eine unterschiedliche Stundenanzahl zur Verfügung steht. Verschiedene Professionen können zusätzlich auch noch einen voneinander inkongruenten Berufsalltag aufweisen. Das Pflegepersonal hat beispielsweise immer andere Dienstzeiten, da es auch Nachtdienste zu erfüllen hat, während der Großteil der anderen Professionen meist tagsüber arbeitet und keinem Schichtdienst unterlegen ist. Diese Faktoren, wie die MitarbeiterInnenanzahl, die Anzahl der verschiedenen Professionen, das Stundenkontingent sowie die inkongruenten Berufsalltage, erschweren die Erstellung einer Plattform für einen „face to face“ Austausch. In Bezug auf diesen Austausch stellt Frenzke-Kulbach (2004:423) organisatorische Strukturen wie ein „regelmäßiges Treffen“ und einen „festen Raum“ als hilfreiche Maßnahmen für die Koordination dar. Anhand der Forschungsergebnisse dieser Arbeit zeigt sich demgegenüber, dass regelmäßig stattfindende Meetings an einem klar definierten Ort für eine funktionierende Zusammenarbeit unabdingbar sind. Thäler (2001:102ff) weist in seinen Ausführungen zur Gestaltung von Sitzungen ebenfalls auf die Wichtigkeit von festen Strukturen hin.

Abgesehen von den eben genannten organisatorischen Gegebenheiten stellt die Aufgabenkoordination eine erhebliche Herausforderung dar. Die Schnittstellenproblematik in der Aufgabenverteilung bzw. Aufgabendefinition darf in einem multiprofessionellen Team nicht unterschätzt werden und wird in einem der folgenden Kapitel noch genauer erläutert. (vgl. 4.2)

Die Koordination nach den PatientInnenbedürfnissen erweist sich als weitere Herausforderung. Alle interviewten Personen betonen die bestehende Chance eines multiprofessionellen Teams, eine besonders effektive Leistung für die PatientInnen erbringen zu können. Je nach patientInnenbezogenem Behandlungskonzept kann eine Selektion der zu integrierenden Professionen stattfinden: „Der Vorteil für den Patienten ist einerseits natürlich, dass man aus

siebzehn Gruppen ja auswählen kann, welche passen“ (Interview 13:247). Dadurch bietet ein multiprofessionelles Team die Möglichkeit einer individuell abgestimmten PatientInnenbetreuung. Darüber hinaus wird durch die Vielfalt an vorfindbaren differenten Qualifikationen, fachlichem Wissen und verschiedensten Zugängen, Sichtweisen und Wahrnehmungen ein ganzheitliches Behandlungskonzept gewährleistet. (vgl. Interview 7:41) In der konkreten Arbeit mit den PatientInnen besteht die Gelegenheit, ein umfangreicheres Bild zu erhalten, da der/die PatientIn in unterschiedlichen Situationen beispielsweise in der Gruppe oder allein und Kontexten wie Schule und Stationsalltag beobachtet wird: „... dann entsteht ein ganzes Bild und ein ganzes Umfeld, was man zu zweit, alleine oder nur mit einer Berufsgruppe sicher sehr einseitig macht“ (Interview 1:202). Zusammengefasst wird die Vielfalt an SpezialistInnen, die in einem Team kooperieren, als äußerst dienlich für die PatientInnen gesehen. Um diese positiven Effekte erzielen zu können, müssen allerdings bestimmte Hürden überwunden werden. Die Interviewaussagen machen deutlich, dass die Zusammenführung der einzelnen Expertisen zu einem Gesamtbild eine anspruchsvolle Aufgabe darstellt. In dem für die vorliegende Arbeit erforschten multiprofessionellen Team des Landeskrankenhauses wird versucht, diesen gemeinsamen „Bildwerdungsprozess“ (vgl. Interview 13:374) in der so genannten „Kurvensite“ umzusetzen. Der Ablauf dieser Kurvensite wird im Kapitel Besprechungskultur dargestellt. (vgl. 5.3)

Zurückgehend auf den genannten Vorteil von Frenzke-Kulbach (2004:424), dass eine Koordination eine Verbesserung der Kommunikation zur Folge hat, zeigt sich aufgrund der Interviewanalyse Folgendes. Ausgehend von einer gut funktionierenden Bewältigung der oben bearbeiteten Koordinationsherausforderung ist noch keine Garantie für eine Verbesserung der Kommunikation unter den Professionen gegeben. Eine Koordination dient vielmehr als eine notwendige Voraussetzung für eine Kommunikation, erhebt jedoch noch keinen Anspruch an die diesbezügliche Qualität. Die Kommunikation in einem multiprofessionellen Team scheint auch durch Sprachprobleme unter den Professionen gekennzeichnet zu sein. Unterschiedliche Fachsprachen und ein

damit verbundenes differentes Vokabular können eine Zusammenarbeit erschweren.

Neben den unterschiedlichen Fachsprachen differenzieren sich die Professionen auch in ihrem Fachwissen, wodurch es zu Wissensvorsprüngen bzw. Wissensdefiziten kommt. Dieser Tatsache wird aufgrund ihrer Auswirkungen Bedeutung zugemessen. Die Problematik, die einige der InterviewpartnerInnen formulieren, ist eine zu hohe Erwartungshaltung zwischen den Professionen in Bezug auf fachliches Wissen. Als Folge dessen wird von manchen das Gefühl von Überforderung angesprochen: „Ich habe das Gefühl, dass das Niveau für manche zu hoch ist oder auch vielleicht die Kompetenz der einzelnen Berufsgruppen übersteigt“ (Interview 7:398), „Man übersieht, dass ich das Wissen als ... nicht habe. Das macht das Gefühl, dass man dumm ist und jetzt frage ich manche Sachen nicht mehr“ (Interview 5:62). Diese Überforderung kann zum Selbstzweifel an den eigenen Kompetenzen führen und im extremsten Falle in Resignation enden: Fragen zu stellen und eigenes als zu anspruchslos empfundenes Wissen zu präsentieren wird vermieden. Hinsichtlich der Kommunikationsform weist Huotari (2008:92) in ihrem Text auf die notwendige Installation des „Open Dialogue“ in einem multiprofessionellen Team hin, um innovativen Support und eine volle Ausschöpfung aller Expertisen gewährleisten zu können. Die Charakteristiken eines „Open Dialogue“ werden in dem Kapitel „Besprechungskultur“ explizit dargestellt. (vgl. 5.3.2)

Eine weitere charakteristische Chance eines multiprofessionellen Teams, die von mehreren interviewten Personen hervorgehoben wird, ist das vorhandene Potenzial zum Wissensausgleich bzw. zur Wissensergänzung unter den Professionen: „...die hat oft immer wieder Ideen, wo ich sage: ‚Ma, das ist gut und auf das wäre ich selber nicht gekommen‘...“ (Interview 8:120). Die Ausschöpfung dieses Potenzials stellt wiederum eine besondere Herausforderung dar. Bauer (2004:28ff) bezieht sich hinsichtlich des multiprofessionellen Teams als Leitmodell für psychiatrische Behandlung auf die von Kisker beschriebene Problematik therapeutischer Teamarbeit, welche er unter anderem in der Rollenversteifung innerhalb des Teams sieht. Treffend wird hier

die Herausforderung der Umsetzung der Wissensergänzung auf den Punkt gebracht: „jeder wurschtelt für sich und lässt sich dabei nicht in die Karten schauen“ (Kisker 1988:152, zit. in: Bauer 2004:32). Haug (2003:42f) führt als Merkmal eines erfolgreichen Teams die Einsicht aller, Vielfalt im Team als Vorteil bewusst zu sehen und zu akzeptieren, an. Aufgrund dieser Voraussetzung werden die Beiträge aller respektiert und wertschätzend behandelt: „Jeder ist auf seinem Gebiet Experte. – Doch nur gemeinsam sind wir stark!“ (Haug 2003:43). Den Anlass für ein Nicht-Vorhandensein dieser Haltung begründet er in einem Mangel an Vertrauen der Teammitglieder zueinander, welcher wiederum durch eine bestehende Angst um Verlust der Position entsteht.

Für eine Wissensergänzung sind einerseits die Bereitwilligkeit zur Wissensweitergabe und andererseits ein hohes Maß an Offenheit für anderes Wissen und Zugangsweisen von jeder einzelnen Profession und Person erforderlich. Ein gewisses Maß an Vertrauen dient dafür als Voraussetzung. Die Interviewauswertung weist darauf hin, dass in dem für diese Arbeit untersuchten Team Schwierigkeiten beim Wissensausgleich bestehen: „Es kommt schon vor, dass ... der eine auf einem ganz anderen Wissensstand ist ... und wir da eigentlich recht viele Schwierigkeiten haben“ (Interview1:49). Die Frage, die sich diesbezüglich stellt, ist, ob diese Problematik auf einem Mangel an Vertrauen und Verlustängsten fundiert? Diese beiden Aspekte können durch die Forschung weder vollständig angenommen noch absolut widerlegt werden. Als wesentlich kristallisiert sich jedoch ein spezifisches Merkmal heraus. Einige der für diese Arbeit interviewten Personen machen deutlich, dass eine hohe Anzahl an unterschiedlichen Professionen ein gewisses Maß an Emporheben der eigenen Profession erfordert: „... es hat halt jeder seinen eigenen Blickwinkel, was gut ist, aber so muss ich mich dann eben auch behaupten im Team“ (Interview 6:128). Das Emporheben dürfte die Aufnahmefähigkeit von anderen Sichtweisen einengen und das Bedürfnis, sein eigenes Wissen als besonders wichtig darzustellen, entwickeln. Durch den Vergleich der Interviewaussagen scheint das Maß für den Grad der Emporhebung von zwei Kennzeichen abhängig zu sein. Einerseits besitzt der Status einer Profession als solche

einen Einflussfaktor. Multiprofessionelle Teams setzten sich häufig aus traditionelleren Professionen und aus Fachleuten neuerer Berufe zusammen. (vgl. Frenzke-Kulbach 2004:421) Gesehen am Beispiel des Krankenhauses, zählen typischerweise das medizinische Personal als traditionell und Professionen wie exemplarisch die Sozialarbeit und die Sozialpädagogik als neuere Berufe in diesem Handlungsfeld. Die Etablierung dieser „Semi-Professionen“ (Frenzke-Kulbach 2004:421) in der Wissenschaft ist ein in der Gegenwart stattfindender Prozess. Andererseits lässt sich behaupten, dass die Anzahl der professionsgleichen Personen in einem Team eine Rolle spielt: „Also wenn ich meine Position stärken kann, weil ich ja die Einzige bin von meiner Berufsgruppe ... das reicht für mich und das ist eh viel an Aufgabe“ (Interview 1:164). Wird dieselbe Profession von mehreren Personen vertreten, wobei bereits eine zweite Person genügt, dürfte die „Emporhebung“ an Bedeutung verlieren. Aus den bisherigen Ausführungen erscheinen Verlustängste als Begründung für die Schwierigkeiten bei der Wissensergänzung anzuführen, nicht treffend. Vielmehr kann auch der Wunsch nach Bedeutungsgleichwertigkeit zwischen den Professionen im Mittelpunkt sein. Eine Bedeutungsgleichwertigkeit zwischen den verschiedenen Berufsgruppen aufrechtzuerhalten stellt nochmals eine Herausforderung in einem multiprofessionellen Team dar.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass es für die Ausschöpfung der Potenziale für eine effiziente multiprofessionelle Zusammenarbeit wie Verbesserung der Kommunikation, Abbau von Barrieren und Wissensausgleich zwischen den Professionen, zahlreicher gemeinsamer Bewältigungsstrategien des Teams bedarf. Frenzke-Kulbach (2004:421) bringt es in diesem Zusammengang auf den Punkt: „Somit ist multiprofessionelle Zusammenarbeit immer auch Beziehungsarbeit der Professionellen.“ Darüber hinaus beinhalten die viel versprechenden Chancen für die PatientInnenarbeit, die ein multiprofessionelles Team bietet, eine individuell abgestimmte PatientInnenbetreuung und ein ganzheitliches, umfangreicheres Behandlungskonzept, ebenfalls Hürden.

Dadurch ergeben sich folgende besondere Herausforderungen multi-professioneller Teamarbeit:

- funktionierende Koordination
- Schnittstellenproblematik in der Aufgabenverteilung bzw. Aufgabendefinition
- Zusammenführung der einzelnen Expertisen
- Sprachprobleme unter den Professionen
- Wissensausgleich
- Aufrechterhaltung der Bedeutungsgleichwertigkeit zwischen den Professionen

In den folgenden Kapiteln wird versucht, diese spezifischen Herausforderungen eines multiprofessionellen Teams anhand von Zielen, Aufgaben und Teamdynamiken zu untermauern.

4. Ziele und Aufgaben

Ziele und Aufgaben des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation stellten im Leitfaden für die Interviews, welche für die dargestellte Arbeit geführt wurden, wesentliche Themenkreise dar. Mittels der Auswertung sind Schwierigkeiten bei der gemeinsamen Zieldefinition und Überschneidungen von Aufgaben erkennbar.

4.1 Schwierigkeiten bei gemeinsamer Zieldefinition

In der Literatur (vgl. Haug, Gellert/Nowak) werden klare Zielvereinbarungen als notwendiges Kriterium für ein erfolgreiches Team benannt. Gellert und Nowak (2004:38) gehen noch einen Schritt weiter und meinen, dass es der Untergang jeder Teamarbeit ist, wenn die Beteiligten im Verlauf der Arbeit die Ziele aus den Augen verlieren und nicht mehr klar ist, woran und wozu man eigentlich arbeitet. Als Folge sehen sie unter anderem die Spaltung des Teams und Einzelkämpfertum. Haug (2003:24) ordnet Teamziele zu den harten Faktoren des Teamerfolgs. „Teamverdrossenheit“ ist das Ergebnis von Unklarheiten in Zielvereinbarungen. Summarisch führt Haug (2003:25) folgende Eigenschaften für Teamziele an: Teamziele müssen eindeutig formuliert und schriftlich festgelegt werden, damit Missverständnisse nicht entstehen können. Um den Erfolg des Teams überprüfen zu können, sollten Kennzahlen zur Messbarkeit definiert werden. Die Formulierung von Unterzielen trägt zur Motivationsförderung der MitarbeiterInnen bei. Weiters müssen vereinbarte Ziele von den Teamangehörigen akzeptiert werden. Diesbezüglich ist die gemeinsame Entwicklung von Zielen hilfreich. Letztlich sollte jedes einzelne Mitglied Verantwortung für die Erreichung tragen und eine Herausforderung in der Umsetzung sehen. (vgl. Haug 2003:25)

Ein Vergleich dieser von Haug formulierten Kriterien mit den Forschungsergebnissen der dargestellten Arbeit kann kaum vorgenommen werden, da in dem untersuchten Team ein Mangel an klaren Zieldefinition vorzuliegen scheint. Jede für diese Arbeit interviewte Person wurde nach dem gemeinsamen Ziel

des multiprofessionellen Teams befragt. Die Antworten darauf wurden teilweise sehr unklar definiert. Die wenigen expliziten Zielformulierungen, die geäußert wurden, stimmten kaum überein. Im Interview 6 und 10 werden die Unklarheiten über die Zieldefinitionen konkret zum Ausdruck gebracht: „Dass so dezidiert immer ein Ziel formuliert wird für alle Berufsgruppen, das gibt es jetzt nicht“ (Interview 6:30), „Em, wirklich formuliert, in dem Sinn, dass ich sage, das ist bei dem Patienten das Ziel, dass das wirklich so klar ist, das nicht“ (Interview 10:33). Bei genaueren Nachfragen, welche spezifischen Ziele pro PatientInnen vereinbart werden, erfolgte keine fragenbeantwortende Aussage. Darüber hinaus wird dezidiert zum Ausdruck gebracht, dass eine Verschriftlichung von Zielen nicht vorgenommen wird: „Aber ich bekomme jetzt nicht ein Ziel konkret formuliert oder verschriftlicht“ (Interview 6:33). Aufgrund dieser Merkmale kann man ableiten, dass es dem für diese Arbeit erforschten Team an einheitlichen, konkret formulierten Zieldefinition und an Unterzielen fehlt.

Vollkommene Konkordanz ist jedoch in Bezug auf die PatientInnenorientierung der Ziele erkennbar. Sämtliche vorgenommenen Zieldefinitionen der InterviewpartnerInnen beinhalten die PatientInnen. Exemplarisch werden Ziele folgendermaßen definiert:

„...dass man das Bestmögliche für den Patienten herausholt, während des Aufenthalts...“ (Interview 3:25),

„...Kinder und Jugendliche irgendwo ein Stück des Weges zu begleiten“ (Interview 5:44),

„... ein optimales Behandlungskonzept für die Klienten und Klientinnen herausarbeiten“ (Interview 9: 18),

„... dass wir positiv zur Genesung unserer Patienten beitragen“ (Interview 8:21).

Im Interview 10 wird diese PatientInnenorientierung auf den Punkt gebracht:

„...Das Ziel ist grundsätzlich der Patient“ (Interview 10:25). Neben der

PatientInnenorientierung nennt der Großteil der interviewten Personen auch eine funktionierende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen als gemeinsames Ziel. Die diesbezüglichen Interviewaussagen bestehen darin, eine Erhaltung eines Gesamtbildes zu erreichen, in dem alle Sichtweisen miteinbezogen werden. Die Arbeit an einer gemeinsamen Basis und einer funktionierenden Kommunikation werden formuliert.

Aus diesen Ausführungen wird eine zweidimensionale Zielorientierung des für diese Arbeit untersuchten multiprofessionellen Teams deutlich, einerseits auf die PatientInnen und andererseits auf die Zusammenarbeit der divergierenden ProfessionistInnen bezogen. Die formulierten Zieldefinitionen weisen jedoch, wie bereits festgestellt wurde, einen Mangel an Klarheit auf. Von einer Interviewpartnerin wird ihre Definition auch als „Grobziel“ (Interview 5:42) bezeichnet. In Vergleich mit der Literatur (Haug 2003:36f) erscheinen die beschriebenen Ziele eher dem Charakter einer „Vision“ zu entsprechen, da „zum Zeitpunkt der Aussage niemand genau weiß, ob und wie dieses Ziel zu erreichen ist“. Haug (2003:37) zählt die Vision zu den weichen Faktoren des Teamerfolgs und beschreibt dessen Funktion in der emotionalen Verbundenheit der Teammitglieder zueinander und in der gesteigerten Motivation hinsichtlich der Zielerfüllung. Eine Vision ist folglich als Bereicherung anzusehen, ersetzt aber nicht die Notwendigkeit klarer Zielformulierungen, sondern kann vielmehr erst als Gewinn wirken, wenn klare Ziele definiert sind.

4.1.1 Fehlende Transparenz von Zielen

Aus der Analyse der Interviews zeigt sich, dass neben den Schwierigkeiten gemeinsamer konkreter Zieldefinitionen eine fehlende Transparenz von etwaigen formulierten Zielen besteht. Eine Interviewpartnerin äußert das Gefühl, dass von der Leitung ein bestimmtes Ziel verfolgt wird, welches jedoch für andere nicht klar zugänglich ist: „Dass der Oberarzt eigentlich Ziele verfolgt, die er uns nicht ... mitteilt oder zumindest nicht verständlich mitteilt“ (Interview 5:58). Darüber hinaus ist aufgrund der Datenauswertung dieser Arbeit erkennbar, dass manche ProfessionistInnen für sich selbst Ziele verfassen: „Aus diesem Befund komme ich dann auf mein Ziel. Durch dieses Ziel stecke ich mir Nah- und Fernziele“ (Interview 2:96). Eine andere Interviewpartnerin formuliert, dass ihre Berufsgruppe ihr Ziel aus dem Aufnahmegrund, der für den/die jeweilige/n PatientenIn verfasst wurde, ableitet: „Das ist was, dass nicht

unmittelbar ausgesprochen wird, wo es heißt, das ist unser Ziel, das wir haben. Sondern das ergibt sich meistens vom Aufnahmegrund her“ (Interview 10:37). Diese professionsautonomen Ziele scheinen jedoch nicht allen Teammitgliedern zugänglich zu sein. Eine Erklärung für diese Transparenzlosigkeit von professionsautonomen Zielen geht aus den Forschungsergebnissen der vorliegenden Arbeit nicht hervor. Es kann jedoch der Schluss gefasst werden, dass diese fehlende Transparenz der individuellen Zielsetzung je Profession auf das Fehlen eines gemeinsamen Zieles zurückzuführen ist. Bestünden klare, gemeinsam schriftlich formulierte Ziele pro PatientIn, wären möglicherweise die individuellen Ziele an diese angepasst und daher auch für alle anderen besser zugänglich.

4.2 Verteilung von Aufgaben und Aufgabenüberschneidungen

4.2.1 Aufgabenverteilung

Neben dezidiert formulierten Teamzielen wird in der Literatur (vgl. Gellert/Nowak, Haug) eine klare Aufgabenverteilung als wesentlicher Faktor eines Teams gesehen. Gemäß Gellert und Nowak (2004:38) sind klare Ziele und Aufgaben das Kernstück jeder Teamarbeit. Haug (2003:23) zählt neben den Teamzielen eine klare Aufgabenverteilung zu den harten Faktoren des Teamerfolgs.

Die Aufgabenverteilung im multiprofessionellen Team der Kinder- und Jugendstation setzt sich aus klar artikulierten Aufgaben und aus digitalen Zuweisungen je PatientIn zusammen. Bestimmte professionsspezifische Aufgaben sind dezidiert durch dienstrechtliche Vorschriften festgesetzt, wie die Durchführung von medizinischen Indikationen. Ferner wird vom leitenden Oberarzt der Station bestimmt, welche Professionen die Aufgaben der Fallführung übernehmen. (vgl. 2.3) Aufgaben, die sich nach den Bedürfnissen der PatientInnen richten, erfolgen durch digitale Zuweisungen der Fallführenden an die jeweilige Profession. Demgemäß wird beispielsweise bei Notwendigkeit

eines psychologischen Tests den Psychologinnen eine Zuweisung geschickt. Ist für die Behandlung des Kindes eine Zusammenarbeit mit der Jugendwohlfahrt erforderlich, wird meist die Sozialarbeiterin in den Fall miteinbezogen. Zusammengefasst erfolgt die Regelung der Aufgabenverteilung durch gesetzliche Vorschriften, Vorgaben des Stationsleiters und digitale Zuweisungen der Fallführenden.

Eine Abstimmung der Kenntnisse, Fertigkeiten und auch Neigungen der MitarbeiterInnen auf die Aufgabenverteilung ist laut Haug (2003:29) mit einer Steigerung des Teamerfolgs verbunden. Diesbezüglich macht die Forschung der dargestellten Arbeit deutlich, dass die Aufgabenverteilung eng an die Profession gebunden ist. Alle InterviewpartnerInnen formulieren einen Abhängigkeitsfaktor zwischen Aufgabe und Profession. Durch die Datenauswertung sind jedoch neben der Professionsgebundenheit auch noch andere Aspekte für die Aufgabenverteilung erkennbar. Eine Erweiterung der zugeschriebenen Aufgaben dürfte aufgrund von Zusatzausbildungen, die nicht unmittelbar mit der Profession in Verbindung stehen, vorgenommen werden. Zudem scheint die Aufgabenzuschreibung mit den Handlungsweisen des Vorgängers bzw. der Vorgängerin, der/die jeweilige Profession im Team vertreten hat, zusammenzuhängen. Demgemäß werden Aufgaben, die der/die VorgängerIn erledigt hat, auf die derzeit vertretene Person dieser Profession übertragen. Begründungen für die Unterschiede, die wechselnde Personen von derselben Profession mit sich bringen, gehen aus den Interviews nicht hervor. Ein nahe liegender Grund könnte im Veränderungsprozess, dem manche Professionen mehr, andere weniger, unterzogen werden, liegen. Die Sozialarbeit beispielsweise kann zu den Professionen gezählt werden, die sich im Laufe der Zeit immer wieder verändert hat. Diese Veränderung der Sozialarbeit lässt sich schon alleine an dem Wandel in der Ausbildung erkennen. Darüber hinaus kann die Art und Weise, wie eine Profession vertreten wird, von der Person abhängig sein. Ein Interviewpartner bringt diese personenabhängige Auslegung der Profession in Bezug auf die Sozialarbeit auf den Punkt: „Wo ich natürlich durch die Fluktuation stark mitbekommen habe, dass man Sozialarbeit sehr verschieden anlegen kann“ (Interview 13:631).

Derselbe Interviewpartner drückt den starken Personalwechsel und die damit verbundenen Problematiken in Bezug auf die Aufgabenverteilung so aus: „Aber wir haben das Problem gehabt, dass wir im Laufe der zehn Jahre immer wieder neue Berufsgruppen und auch neue Personen dazu bekommen haben. Und dadurch gibt es natürlich gewisse Unschärfen“ (Interview 13:105). Laut dieser Aussage scheinen Personalfluktuaton und Professionszuwachs zu Unklarheiten in der Aufgabenverteilung zu führen. Dieser Mangel an Klarheit wird auch durch eine andere Interviewpartnerin konkret formuliert: „Ich habe das Gefühl, es ist nicht ganz klar, wer welche Aufgaben übernimmt“ (Interview 3:114).

Diesen Aussagen zufolge dürften in dem für die vorliegende Arbeit untersuchten Team trotz klarer Regelungen teilweise Unklarheiten hinsichtlich der Aufgabenverteilung bestehen, die durch Personalfluktuaton und einen Zuwachs an Professionen bedingt sind. Ein weiterer möglicher Anlass für diese Unklarheiten könnten Aufgabenüberschneidungen darstellen.

4.2.2 Aufgabenüberschneidungen

Aus dem Großteil der Interviews geht hervor, dass es im Team der Kinder- und Jugendstation zahlreiche Aufgabenüberschneidungen gibt. Laut Haug (2003:3) bringt ein Mehr an Arbeitsteilung auch ein Mehr an Schnittstellen mit sich. Gellert und Nowak (2004:41) sprechen in diesem Zusammenhang von dem Schnittstellenkonflikt, der sich ergibt, wenn die Schnittstellen zwischen überschneidenden Tätigkeitsbereichen nicht geklärt sind. Demzufolge kann eine produktivitätssteigernde Arbeitsteilung in eine kontraproduktive Abstimmungsproblematik umschlagen. (vgl. Haug 2003:3)

Diese Negativhaltung gegenüber unklaren Schnittstellen bzw. Aufgabenüberschneidungen kann durch die Ergebnisse dieser Arbeit nicht vollständig übernommen werden. Aus der Analyse der Interviews ist erkennbar, dass es eine zweigeteilte Polarisierung in Bezug auf die Überschneidungen gibt: „Ich glaube, ob Aufgabenüberschneidungen zum Problem werden oder nicht, hängt

von der Person ab, nicht vom Fachlichen“ (Interview 13:164). Einige der befragten Personen sehen in den Aufgabenüberschneidungen einen klaren Konfliktpunkt. Andere hingegen erkennen zwar das Konfliktpotenzial, das durch die Schnittstellenproblematik besteht, sehen es persönlich jedoch nicht als „so tragisch“ (Interview 1:62) an.

Aus den Forschungsergebnissen der vorliegenden Arbeit geht ferner hervor, dass die Komplexität in der Aufgabenverteilung und in der Aufgabenabgrenzung, bedingt durch die Zusammenarbeit mehrerer divergierender Professionen, erhöht wird. Die Handhabung von Aufgabenüberschneidungen bzw. Unklarheiten in Schnittstellen dürfte sich demnach als besondere Herausforderung multiprofessioneller Zusammenarbeit darstellen. Wie bereits weiter oben erwähnt, sind sich fast alle InterviewpartnerInnen einig, dass es in ihrem Team zahlreiche Aufgabenüberschneidungen zwischen den Professionen gibt. Hingegen besteht keine durchgängige Einigkeit darin, zwischen welchen Professionen die Überschneidungen besonders stark gegeben sind. Zwei Berufsgruppen, die allerdings immer in Bezug auf häufige Aufgabenüberschneidungen erwähnt werden, sind das Pflegepersonal und die Sozialpädagoginnen. Zwischen diesen beiden Professionen dürften die Überschneidungen für andere Berufsgruppen auffallend sein. Die Begründung dafür wird von manchen in der engen Zusammenarbeit dieser beiden Berufsgruppen gesehen. Der Grad der Überschneidung scheint bei diesen beiden Professionen daher mit der nahen Zusammenarbeit verknüpft zu sein.

Darüber hinaus bestehen Überschneidungen, wie aus den Interviewaussagen erkennbar ist, aufgrund der Ähnlichkeiten in den Berufsbildern. Viele Professionen, die im Team des Landesklinikums vertreten werden, dürften Elemente aus anderen Professionen enthalten. Professionsgruppen, die in Bezug auf diese Ähnlichkeiten genannt werden, sind: Sozialarbeit und Sozialpädagogik; die Oberärzte bzw. die Oberärztin und die Psychotherapie; Mal-, Musik- und Ergotherapie. Überdies übernehmen unterschiedliche Professionen die Aufgabe der Fallführung. Es erscheint nahe liegend, dass sich Überschneidungen im Berufsalltag ergeben können, wenn unterschiedliche Professionen ein und dieselbe Aufgabe übernehmen.

Außerdem lässt sich aus der Forschung dieser Arbeit erkennen, dass zwar ein Einblick in die Hauptaufgaben jeder Profession besteht, es jedoch an Detailwissen fehlt. So zählen viele InterviewpartnerInnen, wie beispielsweise im Interview 3, folgende Aufgaben zu den Professionen: „Die Ärzte machen die medikamentöse Geschichte primär. ...Die Psychologen, sage ich mal, primär die Diagnostik. Und die Sonder- und Heilpädagogin die Einzelbetreuung ... “ (Interview 3:33). Diese Aufzählung der „Kernkompetenzen“ (Interview 6:56) und die in den Interviews fehlende Anführung von konkreten Aufgaben weisen darauf hin, dass ein Aufgabenwissen im Detail nicht gegeben ist. Dieser Mangel an Detailwissen dürfte in manchen Fällen auch ein Grund für Überschneidungen sein. Haug (2003:30) führt als Folge von mangelndem Wissen über Aufgabenbereiche der anderen, Ärger über doppelt erledigte bzw. liegen gebliebene Arbeit, an. Der Ärger über Doppelarbeit wird im Interview 6 zum Ausdruck gebracht: „ ... wenn sich dann rausstellt, das habe ich bei dem schon gemacht, ist es blöd“ (Interview 6:60). Ein grundsätzliches Interesse an Kenntnissen der anderen Fachgebiete scheint jedoch gegeben zu sein. So erzählt eine interviewte Person von einer großen TeilnehmerInnenzahl an einer Präsentationsveranstaltung, in welcher sie ihre Aufgaben und Ziele vorgestellt hat. (vgl. Interview 1:140ff)

Ausschlaggebende Faktoren für Unklarheiten bei den Schnittstellen in einem multiprofessionellen Team stellen, wie die bisherigen Ausführungen zeigen, Nähe in der Zusammenarbeit, Ähnlichkeiten im Berufsbild der unterschiedlichen Professionen, Übernahme gleicher Aufgaben von unterschiedlichen Professionen und Mangel an Kenntnissen der jeweiligen Fachgebiete dar.

In Bezug auf missverständliche Aufgaben innerhalb eines Teams nennt Haug (2003:30) Auswirkungen wie Streitereien, unberechtigte Führungsansprüche, Fragen der Kontrolle und unterschiedliche Rollenverständnisse. Diese Auswirkungen beziehen sich im weitesten Sinne auf gruppendynamische Aspekte, welche im nächsten Kapitel in Bezug auf das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendstation behandelt werden.

5. Teamdynamik

Zahlreiche AutorInnen (vgl. König/Schattenhofer, Wellhöfer,) setzen sich mit dem Thema der Gruppendynamik auseinander. Eine vertiefende Beschäftigung mit gruppenspezifischen Theorien würde den Anspruch dieser Arbeit überschreiten und auch am Forschungsinteresse (vgl. 2.1) vorbeigehen. Viel interessanter erscheint es, die aus den Interviews hervorgegangenen gruppenspezifischen Themen, insbesondere in Hinsicht auf die spezifischen Merkmale eines multiprofessionellen Teams, herauszuarbeiten. Daher werden in diesem Kapitel selektierte gruppenspezifische Aspekte anhand der Forschungsergebnisse behandelt.

5.1 Hierarchien und Regeln

Die Verringerung der Hierarchieebenen wird von Haug (2003:4) als eine der wesentlichen Konsequenzen von Teamarbeit für eine Organisation angeführt. Wintergerst (2001:25) beschreibt, dass die Forderung nach Teamarbeit die Forderung nach politischer Egalität im Arbeitsleben impliziert. Von König und Schattenhofer (2007:37) werden Hierarchie und Normen als zwei Lösungen im Umgang mit Machtbalancen dargestellt. Sie beziehen sich bei ihrer Beschreibung auf eine der drei Dimensionen des gruppenspezifischen Prozesses: „Macht und Einfluss“. Die meisten Gruppen unseres beruflichen Alltags sind in eine formale Hierarchie eingebettet, die einzelnen Personen Führungsaufgaben überträgt und damit auch Macht verleiht. (vgl. König/Schattenhofer 2007:37ff).

Die Forschung der dargestellten Arbeit zeigt auf, dass im Landeskrankenhaus Mostviertel Amstetten-Mauer komplexe dienstrechtliche Bestimmungen vorliegen. Diese legen die Weisungsgebundenheiten und somit auch die formalen hierarchischen Strukturen fest. Der Anspruch auf eine explizite Auseinandersetzung mit den dienstrechtlichen Vorschriften des Landeskrankenhaus wird in dieser Arbeit nicht erfüllt. Jedoch geht aus Interviewaussagen hervor, dass es „den Verwaltungsteil, den Pflgeeteil und den Ärzteteil gibt“

(Interview 13:298). Das multiprofessionelle Team der Kinder- und Jugendstation setzt sich folglich aus Professionen zusammen, die unterschiedlichen Teilen dieser dienstrechtlichen Strukturen untergeordnet sind. Demnach sind beispielsweise die Ärzte und Ärztinnen der ärztlichen Leitung und das Pflegepersonal dem/r PflegedirektorIn unterstellt. Insofern gibt es, formal gesehen, keine klaren abgestuften Hierarchieebenen für das multiprofessionelle Team des Landesklinikums.

Bauer (2004:33ff) stellt in Bezug auf Teamarbeit als Kooperation verschiedener Professionen dar, dass multiprofessionelle Teams mit verschiedenen formalen und informellen Machtbefugnissen ausgestattet sind. Weiters beschreibt sie die nebeneinander bestehende Existenz von traditionellen hierarchischen und teamorientierten egalitären Strukturen und von formalen und informellen Machtstrukturen als ein erhebliches Konfliktpotenzial.

Das von Bauer beschriebene Konfliktpotenzial durch diese eben angeführten Strukturen kann durch die Forschung der dargestellten Arbeit nicht belegt werden. Das Vorhandensein von nebeneinander existierenden formalen und informellen Machtstrukturen wird hingegen durch die Analyse der Interviews deutlich. Formale Machtstrukturen werden aufgrund von dienstrechtlichen Bestimmungen geregelt, welche die Weisungsgebundenheiten gesetzlich festlegen. Diese sind jedoch nur teilweise auf das multiprofessionelle Team umlegbar. Einige Interviewaussagen weisen darauf hin, dass sich das für die vorliegende Arbeit beforschte Team selbst Regeln hinsichtlich der Machtstrukturen aufgestellt hat: „... diese Form der kollegialen Führung, wie das Gesetz das nennt, funktioniert nicht“ (Interview 13:296), „Obwohl sie zwar ein Team sein sollten, weil sie alle der ... unterstellt sind, zwar nicht offiziell, aber das hat man hat damals so gelöst“ (Interview 3:340), „Also es ist nicht so, dass sie mir weisungsgebunden sind, aber wir tun uns einfach zusammen und arbeiten“ (Interview 8:351). Aus diesen Aussagen kann der Schluss gefasst werden, dass es im Team des Landesklinikums eine teaminterne informelle Regelung bezüglich der Hierarchieebenen gibt. Man kann sozusagen von einem informellen Agreement über die Zusammenarbeit sprechen. Dieses Agreement beinhaltet, dass die beiden Oberärzte bzw. die Oberärztin die oberste Instanz der Hierarchieebenen darstellen. Diese hohe Position der Oberärzte und der Oberärztin in der

informellen Regelung erscheint nicht verwunderlich, da sie traditionell gesehen, das Oberhaupt in einem Krankenhaus darstellen. Doch es darf nicht vergessen werden, dass rein rechtlich nur ein Teil der Professionen den Ärzten und der Ärztin weisungsgebunden sind, daher kann man hier von einer informellen Regelung innerhalb des Teams sprechen. Einigkeit in den Interviewaussagen besteht auch noch darüber, wer an der Spitze dieser formalen Hierarchieebenen steht, nämlich der leitende Oberarzt der Station. Dies ist neben Aussagen, in welchen er klar und deutlich als Chef definiert wird, auch darin erkennbar, dass diesem die höchste Entscheidungsgewalt von allen InterviewpartnerInnen zugesprochen wird. Über die weitere Abstufung besteht jedoch Uneinigkeit: „Also bis auf das, was ganz oben steht. Sonst weiß ich nicht, ob es wirklich eine Rangordnung gibt“ (Interview 7:541). Ein Interviewpartner spricht davon, dass die Hierarchie „nicht Stufe für Stufe durchgängig ist“ (Interview 12:234). Manche bezeichnen den Rest als einen „Haufen“ (Interview 6:354). Klare Abstufungen werden nur von wenigen Personen genannt, wobei sich diese wiederum voneinander unterscheiden. Daher kann im Team der Kinder- und Jugendstation eine informelle geregelte oberste Instanz festgelegt werden. Eine weitere Abstufung ist weder formal für alle geordnet noch scheinen informelle Regeln vorzuliegen.

Darüber hinaus wurden in Bezug auf die Hierarchie im Team des Landeskrankenhauses alle interviewten Personen gefragt, ob neben fachlichen Kriterien andere Eigenschaften für die Rangordnung eine Rolle spielen. Diesbezüglich bringen manche der befragten Personen eine Aufwertung bzw. Abwertung der fachlichen Rangordnung aufgrund von anderen Faktoren zum Ausdruck. Kriterien wie das Alter, die Erfahrung, das Persönlichkeitsprofil, die Präsenz in der Visite und eine gutes Verhältnis zum Vorgesetzten werden in den Interviews genannt. Diese Kriterien weisen wiederum einen informellen Charakter auf.

Anknüpfend an die weiter oben angeführte Aussage von König und Schattenhofer (2007:37), dass formale Hierarchieebenen im Berufsalltag bestehen, werfen sie die Frage auf, ob diese formale Macht sich gegen die informelle Macht durchsetzen kann. Diesbezüglich wird durch die Analyse der

Interviews deutlich, dass im Team des Landesklinikums informelle Regeln einen nicht zu unterschätzenden Einflusscharakter auf die Hierarchie aufweisen. Des Weiteren sind hinsichtlich Hierarchien und Regeln im Team der Kinder- und Jugendstation spezifische Kennzeichen eines multiprofessionellen Teams nicht erkennbar. Hier scheinen eher gruppendynamische Prozesse und vor allem der organisatorische Rahmen eines Krankenhauses wesentlicher zu sein.

Die Frage, ob es spezifische Kennzeichen multiprofessioneller Teamzusammenarbeit für Konfliktursachen gibt, wird im nächsten Abschnitt behandelt.

5.2 Konflikte im Team

In der Literatur zu Teamarbeit und Gruppendynamik (vgl. Ballreich/Glasl, Haug, Thäler, Wellhöfer) werden Konflikte als wesentliches Thema angesehen und in unterschiedlichster Weise behandelt. Einig sind sich die Autoren darüber, dass sich Konflikte in Teams nicht verhindern lassen und als Bestandteil von Teamarbeit anzuerkennen sind: „Konflikte lassen sich nicht gänzlich vermeiden. Sie gehören zum Leben. Eine Tabuisierung führt erst recht zu handfesten Konflikten“ (Thäler 2001:30). Die Forschung, auf welcher diese Arbeit basiert, zeigt einige Konflikte auf, die von den interviewten Personen vor allem anhand der Ursachen formuliert wurden.

In Bezug auf Vermeidung von Konflikten stellt Thäler (2001:29) das Fehlen von sozialen Problemen in der Gründungsphase von Institutionen dar. Er argumentiert dies anhand eines gemeinsamen klaren Bildes, das die zusammengefundenen Menschen haben. Diese Aussage steht im Widerspruch mit den „Entwicklungsphasen einer Gruppe“. (vgl. Wellhöfe 2001:10ff) Die Begründung von Thäler erscheint nicht überzeugend, da gerade die ersten Phasen der Gruppenentwicklung von Auseinandersetzungen und Machtkämpfen beherrscht werden und somit auch zu sozialen Problemen führen können. Daher können Konflikte auch in der Anfangsphase jeglicher Gruppenbildung vorkommen.

Wie das weiter oben angeführte Zitat von Thäler zum Ausdruck bringt, ist eine Tabuisierung von Konflikten kontraproduktiv. Ballreich und Glasl (2007:49), Haug (2003:74ff), Wellhöfer (2001:71ff) stimmen Thäler diesbezüglich zu und gehen noch einen Schritt weiter, indem sie Konflikten positive Effekte zusprechen. Alle vier Autoren beschreiben die positiven Auswirkungen von Konflikten auf eine andere Art und Weise, welche jedoch im Grunde dieselben Aussagen beinhalten. Konflikte können die Betroffenen miteinander ins Gespräch bringen, das Verständnis füreinander verbessern, bestehende Konfliktauslöser deutlich und bewältigbar werden lassen, neue Ideen anregen, Verhaltensgewohnheiten in Frage stellen und Entwicklungen ermöglichen. (vgl. Wellhöfer 2001:71) Einen wesentlichen Konfliktnutzen, der im Forschungsinteresse dieser Arbeit liegt, formulieren Ballreich und Glasl (2007:50ff) in der Verstärkung des Zusammenhaltes einer Gemeinschaft wie Teams. Sie beschreiben neben dem Konfliktnutzen auch bestehende Gefahren, wie die Bildung von erstarrten Standpunkten, Übergang zu Unsachlichkeit und Erhaltung von Chaos und Anarchie.

Zurückkommend auf das Zustandekommen positiver Effekte, beschreibt Haug (2003:75) als Voraussetzung offene ausgetragene Konflikte. Bezüglich Offenheit in Konflikten macht die Forschung der vorliegenden Arbeit deutlich, dass Konflikte des untersuchten Teams diesem Kriterium eher nicht entsprechen. Einige InterviewpartnerInnen wurden gefragt, ob „versteckte Konflikte“ bestehen, was bejaht wurde. Zu einer Aussprache von Konflikten scheint es kaum zu kommen: „... es rennt sehr viel unterschwellig, das rennt nicht so offensichtlich“ (Interview 6:294). Stimmt man Haug in seinen Ausführungen zu, dann können die positiven Effekte von Konflikten in dem für diese Arbeit untersuchten Team, den Interviewaussagen zufolge, kaum zum Tragen kommen.

Neben dem eben beschriebenen Aspekt der Offenheit stellt Haug (2003:76) unter anderem die Kenntnis von Konfliktarten als hilfreich und nutzbar in der Praxis dar. Glasl (1994:47ff) verwendet in seinen Ausführungen nicht den Begriff von Konfliktarten, sondern spricht von „Typologien“. Er beschreibt die Zuordnung von Konflikten zu Typen als Voraussetzung für eine tiefere

Konfliktdiagnose. Typen dienen gemäß Glasl (1994:54) als „grobmaschiges Orientierungssystem“ für weitere „Indikationen“. Er spricht in seiner Definition vom „sozialen Konflikt“ (Glasl 2004:17f, zit. in: Ballreich/Glasl 2007:20): „Sozialer Konflikt ist eine Interaktion zwischen Akteuren (Individuen, Gruppen, Organisationen usw.), wobei wenigstens ein Akteur eine Differenz bzw. Unvereinbarkeit im Wahrnehmen und im Denken und im Fühlen und im Wollen mit dem anderen Akteur ... in der Art erlebt, dass beim Verwirklichen dessen, was der Akteur denkt, fühlt und will, eine Beeinträchtigung durch einen anderen Akteur ... erfolgt.“ Laut Glasls Definition wird das Bestehen von Differenzen noch nicht als Konflikt bezeichnet. Entscheidend ist laut Ballreich und Glasl (2007:20) die Art und Weise, wie die betroffenen Menschen mit den Differenzen umgehen.

Ein Bezug auf Glasl wird an dieser Stelle vorgenommen, da er als einer der Pioniere auf dem Gebiet des Konfliktmanagements gilt. Die für die dargestellte Arbeit erhobenen Daten reichen jedoch für eine derartige Konfliktdefinition und Diagnostik nicht aus. Hingegen liegt der Fokus der dargestellten Arbeit unter anderem auf der Auseinandersetzung mit den Konfliktursachen, die von den interviewten Personen formuliert wurden.

Wie in der im Kapitel zwei vorgenommenen Diskussion von Texten zu multiprofessioneller Zusammenarbeit zum Vorschein kommt, beinhalten multiprofessionelle Teams ein erhebliches Konfliktpotenzial. In jedem für diese Arbeit geführten Interview wurden Konflikte innerhalb des Teams zum Thema. Dabei gingen die interviewten Personen kaum auf Auswirkungen oder Beispiele ein, sondern stellten die Ursachen für Konflikte in den Vordergrund. Aus den Interviewaussagen lässt sich eine Uniformität bezüglich der Konfliktursachen erkennen.

Einige der InterviewpartnerInnen formulieren Macht- und Konkurrenzkämpfe als Konfliktursache. Bei diesen Kämpfen scheinen die Positionsverhältnisse und die damit verbundene Delegationsmacht im Mittelpunkt zu stehen: „Ja, ich glaube, da geht es um Hierarchie, ich glaube gar nicht, dass es so sehr um fachliche Aspekte geht ...“ (Interview 11:316). Positionskämpfe stehen laut Ballreich und Glasl (2007:32ff) im Zusammenhang mit elementaren Bedürfnissen. Nicht erfüllte Bedürfnisse können eine existenzielle Bedrohung zur Folge haben. Diese Bedürfnisbedrohung kann wiederum einen Konflikt

auslösen. Positionskämpfe ergeben sich meist aufgrund von Hierarchiestrukturen. Im weiter oben angeführten Abschnitt 5.1 wurde erkannt, dass gruppensdynamische Prozesse und die Krankenhausorganisation wesentlichere Aspekte für Hierarchien sind als die multiprofessionelle Zusammenarbeit. (vgl. 5.1) Positionskämpfe werden daher nicht als spezifische Konfliktursache eines multiprofessionellen Teams gesehen.

Als weitere Konfliktursache werden von allen befragten Personen Aufgabenüberschneidungen formuliert. Fragen der Zuständigkeit und Unklarheiten über Schnittstellen dürften ein nicht zu unterschätzendes Konfliktpotenzial beinhalten. Haug (2003:30) sieht Streitereien ebenfalls als eine Auswirkung von Missverständnissen in der Aufgabenverteilung an. Die in dieser Arbeit entwickelte Erkenntnis, dass die Schnittstellenproblematik von Aufgaben zu den besonderen Herausforderungen des multiprofessionellen Teams zählt, wurde bereits explizit erläutert. (vgl. 3.3)

Darüber hinaus kann man einige Aussagen der InterviewpartnerInnen über Konfliktursachen zu fachlichen Unstimmigkeiten zusammenfassen. Darunter fallen Interviewausführungen, dass es manchmal zu Unverständnis der methodischen Vorgehensweise anderen gegenüber kommt. Als konkretes Beispiel dafür wird die „Krisenintervention“ (Interview 5:235) genannt. Die Vorgehensweise bei Krisen von PatientInnen dürfte von unterschiedlichen Professionen und Personen ungleich gehandhabt werden. Dabei scheint es zu gegenseitiger Kritik zu kommen. Wie der direkte Umgang mit den PatientInnen auszuschauen hat, dürfte eine ungeklärte Streitfrage sein. Diese Art der Auseinandersetzungen kann sowohl unter professionsmonotonen Gruppen als auch in der multiprofessionellen Arbeit stattfinden. Eine Erklärung für Letzteres kann möglicherweise ein fehlendes Verständnis für andere Berufsgruppen und deren Methoden sein. Diesbezüglich wird das Problem des Wissensausgleichs angesprochen, durch welchen eine Aufrechterhaltung der Bedeutungsgleichwertigkeit zwischen den Professionen schwieriger wird.

Zudem werden von allen InterviewpartnerInnen unterschiedliche PatientInnenwahrnehmungen als Konfliktursache betont. Differente Wahrnehmungen, die die PatientInnen betreffen, scheinen im Team der Kinder und Jugendstation

häufig zu Konflikten zu führen. Die Zusammenarbeit von divergierenden Professionen impliziert aufgrund der unterschiedlichen Ausbildungen das Zusammentreffen von ungleichen Sichtweisen. Dies kann, wie bereits dargestellt wurde, sehr vorteilhaft für die PatientInnen sein. Die Zusammenführung zu einem Gesamtbild stellt jedoch auch eine besondere Herausforderung dar. (vgl. 3.3)

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass der Großteil der in den Interviews genannten Konfliktursachen, wie Aufgabenüberschneidungen, fachliche Unstimmigkeiten, fehlendes Verständnis für andere Berufsgruppen und differente PatientInnenwahrnehmungen, auf der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen in einem Team basieren können. Außerdem konnten in diesem Abschnitt nochmals die besonderen Herausforderungen eines multiprofessionellen Teams, die Schnittstellenproblematik, die Erstellung eines Gesamtbildes, der Wissensausgleich und die Erlangung einer Bedeutungsgleichheit zwischen den Professionen anhand der Konfliktursachen gezeigt und bestätigt werden.

5.3 Besprechungskultur

Die Besprechungskultur des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation wird in der vorliegenden Arbeit vor allem anhand der Interviewaussagen und Beobachtungen zu der Kurvenvisite dargestellt.

5.3.1 Störfaktoren

Besprechungen verschiedenster Art wie Teambesprechungen und Sitzungen werden in der Literatur (Thäler 2001:102) als „notwendiges Übel“ bezeichnet. Notwendig deswegen, weil sie zum Informationsaustausch und zur Entscheidungsfindung unerlässlich sind, die Freude der Beteiligten hält sich jedoch in Grenzen. Damit eine Besprechung erfolgreich verläuft, führt Haug

(2003:41f) einige regelleitende Punkte an. Komprimiert beinhalten diese Punkte folgende Aspekte: Besprechungen dürfen nicht von wenigen wortgewandten Mitgliedern dominiert werden. Jeder sollte zu Wort kommen und gehört werden. Alle Mitglieder sollten sich auf die Besprechung vorbereiten, um ganz bei der Sache sein zu können. Eine Kompromissfähigkeit allen Aussagen und Meinungen gegenüber muss ebenfalls bestehen. Außerdem ist es hilfreich, wenn Ideen sofort schriftlich festgehalten werden.

In Bezug auf die dargestellten Beiträge aus der Literatur (vgl. Haug, Thäler) zeigt die Forschung dieser Arbeit, dass die Kurvenvisite als persönliches Zusammentreffen aller Professionen ein unerlässliches Instrument ist: „und darum haben wir ja diese Kurvenvisiten, da hier die Idee ist, durch den offenen Austausch ein gemeinsames Bild zu entwickeln“ (Interview 13:366). Laut Beobachtungen (vgl. Beo. 1, 2, 3, 4) ist die Visite ein Ort für den Informationsaustausch, der vor Missverständnissen schützt. Des Weiteren werden durch diese Besprechungen Doppelarbeiten erkannt und unterschiedliche PatientInnenwahrnehmungen ausgetauscht. Summarisch dient die Besprechung dem Informationsaustausch unter den divergierenden Professionen und der Zusammenführung der einzelnen Expertisen.

Ob die Mitglieder des multiprofessionellen Teams die Kurvenvisite als „notwendiges Übel“ ansehen, wird durch Interviewaussagen nicht bestätigt. Allerdings lässt sich aus der Forschung dieser Arbeit erkennen, dass der Großteil der interviewten Personen mit dem derzeitigen Verlauf der Visite unzufrieden ist. Als Störfaktoren wird unter anderem das Handyläuten genannt. Das ständige Läuten von Diensthandys und damit verbundene Telefongespräche können auch anhand der Beobachtungsprotokolle (vgl. Beo. 1, 2, 3, 4) unterstrichen werden. Die stark fluktuierende Anwesenheit der Teammitglieder, die sich ebenfalls aus den Beobachtungsprotokollen (vgl. Beo 1, 2, 3, 4) erkennen lässt und die öfters vorkommende Abwesenheit des Gruppenleiters werden in den Interviews auch als „sehr störend“ (Interview 1:299) formuliert. Mit der Abwesenheit des Teamleiters geht ein Wechsel der moderierenden Person einher. Dies wird teilweise als unangenehm erlebt, da zwischen den moderierenden Personen große Unterschiede zu bestehen

scheinen. Daraus folgt, dass hinsichtlich der Moderation keine Stabilität gegeben und ständige Anpassung erforderlich ist: „sie sind sich ja selber nicht einig und je nach Arzt, der da ist, müssen wir uns wenden und drehen“ (Interview 5:109). Zudem gehen aus den Interviewaussagen Terminkollisionen, die durch den Stationsalltag, zum Beispiel durch eine anfallende Aufnahme, herbeigeführt werden können und Abweichungen vom Visitenplan als unangenehme Faktoren hervor. Da manche Professionen ihre Anwesenheit nach dem Visitenplan richten (vgl. 2.3), beinhalten Abweichungen von diesem, dass manche Professionen zu spät zur Visite kommen. Dadurch können möglicherweise Beiträge von manchen nicht mehr miteinbezogen werden.

Diese Störfaktoren wie Handyläuten, fluktuierende Anwesenheit, Fehlen des Teamleiters, Terminkollision und Planabweichungen werden von einzelnen befragten Personen genannt. Ein störendes Merkmal, das von fast allen InterviewpartnerInnen als wesentlich formuliert wird, ist der hohe Sprechanteil der Oberärzte und der Oberärztin. Dieses Merkmal wird von mehreren befragten Personen dezidiert zum Ausdruck gebracht: „Die Dialoge zwischen den Ärzten, die kann ich nicht mehr hören“ (Interview 5: 291), „Was mich anstrengt, sind diese Fachgespräche der Ärzte untereinander. Und wo ich so das Gefühl hätte, das gehört einfach außerhalb der Visite geregelt, weil das so viel Platz wegnimmt ... Weil es zurzeit so auf dieser ärztlichen Diskussion rennt“ (Interview 7:406). Um dieser Dominanz entgegenzuwirken ist eine Selbstinitiative der MitarbeiterInnen gefragt: „Aber wie gesagt, jeder, der sich traut, den Mund aufzumachen, denke ich mir, soll und kann das bei uns tun“ (Interview 13:364). Daraus kann man schließen, dass der verbale Beitrag in der Kurvenvisite personabhängig ist. Aus den Interviews gehen zwei wesentliche Auswirkungen dieser Dominanz einer Profession hervor. Zum einen formulieren manche InterviewpartnerInnen Ärger über die ärztlichen Fachdiskussionen, wie die Ausführungen weiter oben zeigen, da sie selbst kaum Einblick in die ärztliche Fachsprache haben und sich dieser Diskussion nicht gewachsen fühlen. Hier wird die besondere Herausforderung eines multiprofessionellen Teams, die Überbrückung der Sprachschwierigkeiten, sichtbar. Die Sprachschwierigkeiten können, wie weiter oben bereits gezeigt wurde, zu Überforderung mancher Professionen führen: „Und dieser Diskussion um Diagnosen und Krankheitsbilder, Krankheitsmuster,

der fühle ich mich nicht wirklich gewachsen“ (Interview 7:165). Zum anderen empfinden einige interviewte Personen durch den hohen Sprechanteil der Oberärzte und der Oberärztin eine „Prioritätensetzung“ (Interview 7:533) dieser Profession. Dies löst in manchen einen Bedeutungsverlust der eigenen Professionen aus und endet wie die oben angeführte Überforderung in Passivität. Eine Interviewpartnerin bringt diesen Kreislauf deutlich zum Ausdruck: „Ja, es gibt immer wieder Situationen, wo du dich fragst, du sagst irgendetwas und irgendwie wird es nicht wahrgenommen oder irgendwie sagst du jetzt die 5. Woche hintereinander dasselbe und das hört halt irgendwie keiner und irgendwie ist es halt nicht so wichtig“ (Interview 10:152). Dies unterstreicht eine weitere Herausforderung eines multiprofessionellen Teams, die Erhaltung der Bedeutungsgleichwertigkeit.

Aus den Ergebnissen der dargestellten Arbeit kann man schließen, dass aufgrund der Störfaktoren die Besprechungskultur den oben formulierten Regeln von Haug für Besprechungen nicht immer standhält. Eine Vorstellung des „Open Dialogue“ (Stahle and Grönroos 2000:155ff, zit. in: Huotari 2008:93) könnte sich für das Team der Kinder- und Jugendstation als hilfreich erweisen.

5.3.2 „Open Dialogue“

Um innovative Leistung erbringen und das Potenzial von Multiprofessionalität ausschöpfen zu können, schlägt Huotari (2008:91ff) die Installation des „Open Dialogue“ vor, der in seinen sechs Charakteristiken wie folgt beschrieben wird:

1. „An open theme“: Die Besprechungssituation muss ausreichend offen sein in Bezug auf das „subject“. Keines der Mitglieder hat weder vorgefertigte Antworten noch die richtige Fragestellung parat. Die ModeratorInnen müssen diese Offenheit durch Fernhalten von Diskussionseinengungen und vorgefertigten Entscheidungen garantieren. Er/sie aktiviert die ganze Gruppe, indem er/sie die persönliche Meinung aller abfragt. Mögliche Fragestellungen

können sein: „Woran erinnert dich der Fall?“, „Was ist deiner Meinung nach, das wichtigste Thema?“, „Was denken die anderen?“.

2. „Equalising Power“: Zwischen den TeilnehmerInnen muss Gleichwertigkeit bestehen. Jeder Beitrag ist essentiell für den Erfolg. Bei bestehender Dominanz mancher ist es nicht möglich, schwache Signale von anderen zu lesen. Die ModeratorInnen haben die Aufgabe, diese Gleichwertigkeit herzustellen, indem er/sie die Meinung von denen, die nicht spontan reden, einholt. Er/sie muss allen die gleiche Aufmerksamkeit und das gleiche Interesse entgegenbringen. Als Methodenvorschlag wird an dieser Stelle eine Kleingruppendiskussion erwähnt. Danach werden alle Ergebnisse aus den Kleingruppen in der Großgruppe zusammengetragen.

3. „Listening to others“: Es geht um ein Wechselspiel von Zuhören und Reagieren. Eine Verbindung zu einer geäußerten Meinung soll von den anderen hergestellt werden. Die TeilnehmerInnen müssen fähig sein, sich von den anderen inspirieren zu lassen und über getätigte Aussagen zu diskutieren. Fragen der ModeratorInnen können an dieser Stelle sein: „Wie ist das mit der Meinung von X verbunden?“, „Welche Ideen sind deinen am nächsten?“.

4. „An individual way of progressing“: Der Informationsaustausch ist experimentell und persönlich. Die Diskussion basiert auf Gefühlen und Meinungen der Mitglieder und nicht auf „generell truths“. Wichtig ist, dass nur anwesende Personen in die Handlungen miteinbezogen werden. Über abwesende Personen wird nicht gesprochen. „Was denkst du persönlich darüber?“, „Was kannst du machen?“, „Welche Möglichkeiten sehen wir darin?“ stellen mögliche Fragen der ModeratorInnen dar.

5. „Conclusions and decisions about continuing“: Jede Besprechung endet mit einem erarbeiteten Fazit, wie es weitergeht. Die ModeratorInnen müssen für die Festhaltung aller Punkte, zum Beispiel anhand eines Flipcharts, garantieren. Er/sie könnte fragen: „Worauf sollen wir uns konzentrieren?“, „Bitte wähle den Punkt aus, der dir am wichtigsten erscheint.“.

6. „Feedback about the participants` experiences“: Um eine innovative Besprechungskultur herstellen zu können, sind Offenheit und Vertrauen notwendige Kriterien. Daher müssen alle Gelegenheit haben, sein/ihr Empfinden

formulieren zu können. Das Feedback ist einerseits wichtig, um klarstellen zu können, ob weitere Diskussionen noch erforderlich sind. Andererseits wird durch Feedback eine Weiterentwicklung in der Gesprächsführung ermöglicht. Die ModeratorInnen haben sich um ausreichend Zeit für das Feedback zu kümmern.

Die eben beschriebenen Charakteristiken eines „Open Dialogue“ können wahrscheinlich nicht eins zu eins in der Kurvenvisite der Kinder- und Jugendstation umgesetzt werden. Dies wird auch nicht als notwendig empfunden. Eine Integration ausgesuchter Teile erscheint jedoch als sinnvoll. So kann beispielsweise der Punkt „equalising Power“ zur Abnahme des hohen Sprechanteils einer Profession beitragen. Des Weiteren kann der „Open Dialogue“ ein Umdenken erzeugen, welches sich möglicherweise positiv auf die Besprechungskultur auswirken kann. Außerdem kann der „Open Dialogue“ explizit bei äußerst schwierigen Fällen wie bei Multiproblemfällen als gezielt eingesetzte Methode herangezogen werden.

5.3.3 ModeratorInnenfunktion

Wie der „Open Dialogue“ zeigt, haben die ModeratorInnen bedeutende Aufgaben in einer Besprechung inne. Durch die Auswertung der Interviews der dargestellten Arbeit wird deutlich, dass die Moderationsfunktion grundsätzlich dem Teamleiter und bei Bedarf dem anderen Oberarzt bzw. der Oberärztin zugesprochen wird. (vgl. Beo. 1)

Frenzke-Kulbach (2004:423) führt in ihrem Artikel über multiprofessionelle Kooperation den Bedarf nach einem/r stabilen ModeratorIn an. Im Gegensatz dazu stellt Wintergerst (2001:31) die Notwendigkeit einer rotierenden Moderation dar. Sie begründet dies damit, dass so die Autorität der einzelnen Teammitglieder gesteigert wird. Haug (2003:100ff) sieht die Moderation als eine der Funktionen des Teamleiters bzw. der Teamleiterin an.

Entscheidender als die Frage, ob eine oder mehrere Personen abwechselnd die Moderation übernehmen sollen, erscheint in dieser Arbeit die Qualität einer Moderation. Die Person, welche die Moderation innehat, sollte laut Frenzke-Kulbach (2004:423) und Thäler (2001:110) über Fachkenntnisse und Erfahrung in der Gruppenleitung verfügen. Klebert, Schrader und Strauß (2006:91) meinen in ihrem Buch „Moderationsmethode“ in Bezug auf geeignete ModeratorInnen, dass ihrer Erfahrung nach jede Person, die moderieren will und überzeugt davon ist, dass Moderation brauchbar ist, Moderationsmethoden lernen, üben und übernehmen kann.

Hinsichtlich des Teams des Landesklinikums wird ein Überdenken der derzeitigen Besprechungskultur als empfehlend erachtet, da einige Verstöße der in der Literatur (vgl. Haug, Huotari) beschriebenen Regeln hinsichtlich Besprechungen und ein Mangel an aktiven Moderationstechniken bestehen. Die aus den Interviews hervorgehende Unzufriedenheit vieler Mitglieder wird als ausschlaggebendes Argument für diese Empfehlung angesehen. In Bezug auf den fachlichen und persönlichen Umgang innerhalb des untersuchten Teams herrscht ebenfalls Unbehagen.

5.4 Fachlicher und persönlicher Umgang

Aus den Forschungsergebnissen der dargestellten Arbeit lässt sich erkennen, dass die Mitglieder des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation mit den fachlichen und persönlichen Umgangsformen teilweise unzufrieden sind. Diese Unzufriedenheit lässt sich neben dezidierten Interviewaussagen, wie „Es ist mal besser, mal schlechter. Aber dass wir jetzt sagen, wir sind ein harmonisches Team, das ausgeglichen ist, davon sind wir weit entfernt“ (Interview 1:400), auch an der Beschreibung der Atmosphäre als „spannungsgeladen“ (Interview 11:386) erkennen.

Thäler (2001:11ff) erläutert in seinem Buch „Teamwork in Organisationen“ Regeln für die Zusammenarbeit. Diese Regeln wirken auf den ersten Blick, wie er es selbst formuliert, als „Binsenwahrheiten“, doch die Integration dieser in

Organisationen hat sich laut seiner Erfahrung als Unternehmensberater als durchaus hilfreich erwiesen. Prägnant zusammengefasst lauten fünf seiner Regeln folgendermaßen:

- Verbindlichkeit: Einhalten von Verabredungen und Beschlüssen ist immer nachzugehen. Falls man Vereinbarungen nicht folgen kann, sollte der „Kontraktpartner“ zumindest rechtzeitig informiert werden.
- Offenheit: „Sagen, was man denkt, und denken, was man sagt.“ Das Thema Offenheit ist eine ganz „heikle Sache“ und sollte auch als solche gehandhabt werden.
- Vertraulichkeit: Eine gemeinsame Absprache darüber, welche Informationen an Dritte weitergeben werden, erscheint als sinnvoll.
- Gleichwertigkeit: Alle Personen haben das gleiche Recht auf Meinungsäußerung.
- Kritik: Äußerung von Kritik ist immer erlaubt und auch erwünscht. (vgl. Thäler 2001:11ff)

Diese Regeln wurden aufgrund der Interviewaussagen ausgewählt. In dem für die vorliegende Arbeit untersuchten Team dürfte es manchmal zu nicht eingehaltenen Vereinbarungen kommen. Dazu wird von einer Interviewpartnerin Folgendes formuliert: „Wenn wir jetzt was ausmachen in der Dienstbesprechung, der übernimmt das und der übernimmt das und bei der nächsten Teambesprechung, dann ist das halt nicht da. Der ... hat es halt nicht gemacht. Er macht nicht seine Sachen, die er übernimmt“ (Interview 6:434). Des Weiteren war in Bezug auf den fachlichen Umgang ein „Wertschätzungsgefälle“ (Interview 5:329) ein sehr oft genanntes Thema. Einige der interviewten Personen fühlen sich selbst von anderen nicht fortwährend wertschätzend behandelt. Viele andere InterviewpartnerInnen weisen darauf hin, dass sie einen nicht angebrachten Ton anderen gegenüber beobachten. Darüber hinaus werden in den Interviews Behandlungen „von oben herab“ formuliert: „Wir sind da oben und die ... da unten“ (Interview 3:218). In diesen angeführten Interviewaussagen findet man Verletzungen der oben genannten Regeln von Thäler wieder.

Eine große Anzahl der befragten Personen ist trotz der teilweise herrschenden Unzufriedenheit von einem Bemühen aller um einen respektvollen Umgang überzeugt. Doch dass hinsichtlich eines korrekten Umgangs noch Umsetzungsbedarf besteht, wird eben auch formuliert.

Möglicherweise wäre eine Integration von Regeln für den persönlichen und fachlichen Umgang, die das Team selbst unter Einbezug aller Mitglieder erstellt, hilfreich. Diesbezüglich stellt Thäler (2001:12f) klar, dass es nicht ausreicht, ein paar Schlagworte zu vereinbaren. Vielmehr ist eine differenzierte Auseinandersetzung hinsichtlich der Definition der Begriffe notwendig.

5.4.1 Kritik und Lob

Als ein auffallend dominierendes Thema kristallisiert sich aus den Interviewtranskripten in Bezug auf den fachlichen Umgang miteinander das Thema „Lob und Kritik“ heraus. Der Großteil der interviewten Personen bringt zum Ausdruck, dass zu wenig Lob ausgesprochen wird. Der Ausspruch von Anerkennung und Lob dürfte sehr mangelhaft sein. Vor allem deuten die Interviews auf eine hohe Erwartungshaltung der Teammitglieder dem Teamleiter gegenüber hin, die nicht erfüllt zu werden scheint: „Also wo, wo Lob viele nicht bekommen und sich erwarten würden, ist vom Chef“ (Interview 7:298). Demgegenüber wird Kritik sehr oft ausgesprochen und von einigen nicht als adäquat erlebt. Manche InterviewpartnerInnen sprechen diesbezüglich von „vernichtender“ (Interview 11:289) und „runterdrückender“ (Interview 6:262) Kritik.

Beides, Lob und Kritik, sind Formen von Feedback. Das Feedback an sich hat durchaus positive Effekte. Gellert und Nowak (2004:58) erklären, dass Feedback Beziehungen zwischen Personen klärt und besseres gegenseitiges Verstehen unterstützt. Außerdem korrigiert es Verhaltensweisen, die für die Gruppe destruktiv sind. Wellhöfer (2001:45ff) schreibt Feedback ebenfalls eine „zentrale Bedeutung“ zu. Er sieht Feedback als „Grundlage sozialer Lernprozesse“ an. Unser „Selbstbild“ hängt davon ab, wie wir glauben, dass andere uns sehen, also von unseren selbstentwickelten Fantasien. Es gibt nun

zwei Möglichkeiten, mit diesen Fantasien umzugehen. Entweder ist man von diesen überzeugt und spricht sie nicht an oder man redet mit dem Gegenüber darüber, um Spannungen abzubauen. (vgl. Wellhöfer 2001:45ff) Schulz von Thun (1981:77, zit. in: Wellhöfer 2001:46) bringt diesen Zwiespalt passend auf den Punkt: „Fantasien über innere Vorgänge eines Gesprächspartners können entweder zum Bau von Käfigen oder aber als Kontaktbrücken benutzt werden.“ Um Fantasien abzubauen, ist nun ein Feedback, das bestimmten Regeln entspricht, nützlich. Gellert und Nowak (2004:65) führen die Kriterien zum Geben und zum Annehmen von Kritik kurz und prägnant, wie folgt an:

„Die 3 K zum Geben von Kritik: Kurz, Konkret, Konstruktiv.

Die 3 Z zum Annehmen von Kritik: Zuhören, Zuhören, Zuhören.“

Thäler (2001:99ff) stellt in Bezug auf Kritik, Lob und Motivation dar, dass der Ausspruch von Kritik schneller und öfter erfolgt als der von Lob. Das Negative wird tendenziell mehr gesehen und das Positive wird bald als selbstverständlich dargestellt. Der Ausspruch von Lob wird von Thäler (2001:99ff) als notwendig und motivationsfördernd gesehen. Wird Lob jedoch übertrieben kann die Echtheit verloren gehen.

Der Literatur (vgl. Gellert/Nowak, Thäler, Wellhöfer) und den Interviewaussagen zufolge könnte der Schluss gezogen werden, dass möglicherweise neben zu hart formulierter Kritik das Verhältnis zwischen Lob und Kritik nicht passt und somit auch zu Unzufriedenheit der Teammitglieder führt. Rückmeldungen, die im Alltag stets gemacht werden, sind laut Wellhöfer (2001:48) meist spontan, nonverbal, unbewusst und mehrdeutig. Daher sollten Zeiten eingerichtet werden, in denen klare Feedbacks unter Einhaltung der Feedbackregeln vorgenommen werden können, um „Fantasien“ aufzulösen und Beziehungen abzuklären. (vgl. Gellert/Nowak 2004:57ff, Wellhöfer 2001:47)

Hinsichtlich des fachlichen und persönlichen Umgangs scheinen Merkmale von multiprofessioneller Zusammenarbeit, wie weiter oben bei Hierarchien und Regeln, nachrangig zu sein. Entscheidender dürften hierfür gruppendynamische Aspekte wirken.

5.5 Teamentwicklung

In der Literatur (vgl. Gellert/Nowak, König/Schattenhofer, Wellhöfer) wird beschrieben, dass alle Gruppen einem Entwicklungsprozess unterliegen. Veränderungen, Wendepunkte und unterschiedliche Phasen sind Kennzeichen jeder Gruppe und damit auch von Teams. König und Schattenhofer (2007:54f) führen die Problematik der Negativbedeutung von Krisen und Konflikten an. Konfliktreiche Gruppen, in denen der Zusammenhalt in Frage steht, werden als unproduktiv angesehen. Dabei stellen eben diese Krisen, Konflikte und Zeiten der Orientierungslosigkeit notwendige Abschnitte eines Entwicklungsprozesses dar.

5.5.1 Entwicklungsphasen

Für eine Gruppenentwicklung müssen laut Wellhöfer (2001:8) folgende Voraussetzungen gegeben sein: Die potentiellen Gruppenmitglieder müssen die Möglichkeit haben, miteinander in Beziehung zu treten und zu kommunizieren. Ferner müssen sie gemeinsame Ziele, Motive und Interessen finden, und eine gewisse Sympathie und Identifikationsmöglichkeit mit anderen soll möglich sein. Betrachtet man diese Voraussetzungen in Bezug auf das für diese Arbeit beforschte Team, kann man sie als gegeben ansehen. Die Mitglieder des multiprofessionellen Teams des Landesklinikums stehen regelmäßig, der Großteil sogar täglich, durch den Arbeitsablauf auf der Kinder- und Jugendstation, im persönlichen Austausch miteinander. Bei den Mitgliedern des Teams die in den Stationsablauf nicht direkt eingebunden sind, wie die TherapeutInnen, die Lehrerinnen und die Sozialarbeiterin, ist eine Kommunikation zumindest durch die Teilnahme an der Kurvenvisite gegeben. Gemeinsame Ziele, Motive und Interessen finden wir im Team, das für die vorliegende Arbeit untersucht wurde, ebenfalls vor. Wie im Kapitel vier bereits dargestellt wurde, besteht bei allen eine starke gemeinsame Orientierung an dem PatientInnenwohl. (vgl. 4.1) Dadurch kann man auch von einer Identifikation aller mit dem Gesamtteam ausgehen. Diese Ausführungen zeigen,

dass die Voraussetzungen für eine Gruppenentwicklung des Teams des Landeskrankenhauses gegeben sind.

Des Weiteren ist laut König und Schattenhofer (2007:60) hinsichtlich der Gruppenentwicklung die Unterscheidung verschiedener Entwicklungsphasen gebräuchlich. Diese Phasen dienen als „Maßstab“ für den Gruppenprozess und haben das Ziel, den Entwicklungsstand zu erfassen. Wellhöfer (2001:10) betont, dass die Entwicklungsphasen eine „Abstraktion von der Realität“ sind und keinesfalls als ein Muss verstanden werden dürfen: „... Jede einzelne Gruppe hat ihre eigene Geschwindigkeit und wird sich „individuell“ entwickeln...“. Trotz dieser Bedenken wird die Abbildung der Gruppenentwicklung in Entwicklungsphasen in der Literatur (vgl. König/Schattenhofer, Wellhöfer) als hilfreich angesehen, da sie „Wahrnehmungen strukturiert“ (König/Schattenhofer 2007:61) und Komplexität verringert. Wichtig zu erwähnen ist noch, dass, wie König und Schattenhofer (2007:61) anführen, die Entwicklungsdynamik von äußeren Rahmenbedingungen abhängt.

Für die Einteilung in Gruppenphasen stehen zahlreiche Modelle zur Auswahl. (vgl. König/Schattenhofer 2007:60ff, Wellhöfer 2001:10ff) Als eines der bekanntesten zählt die „Teamuhr“ nach Tuckmann (1965, zit. in: Gellert/Nowak 2004:192), die aus den vier Phasen „Forming“, „Storming“, „Norming“ und „Performing“ aufgebaut ist.

Versucht man, das für die vorliegende Arbeit untersuchte multiprofessionelle Team anhand dieser vier Entwicklungsphasen zu betrachten, scheint sich die Gruppe in der zweiten Phase zu befinden.

In der ersten Entwicklungsphase „Forming“, auch Orientierungsphase genannt, geht es darum, erste Ziele für die Gruppe zu formulieren. Die Gruppe wird mit zahlreichen Ungewissheiten konfrontiert: „Wer und wie sind die anderen?, Wie lautet konkret unsere Aufgabe?, Wie werden die Rahmenbedingungen aussehen?“. (vgl. Gellert/Nowak 2004:195ff, Wellhöfer 2001:10f) Aus den bisherigen Ausführungen dieser Arbeit geht hervor, dass, trotz Mangel an dezidierten Zielformulierungen, das beforschte Team ein gemeinsames Ziel formuliert hat, und zwar die Orientierung an den PatientInnen. Dasselbe gilt für die Aufgabenverteilung. (vgl. 4.1 und 4.2) Die beschriebenen Ungewissheiten

findet man im Team der Kinder- und Jugendstation des Weiteren kaum vor. Die Kennenlernphase kann als abgeschlossen angesehen werden: Jeder weiß, wer die anderen sind. Die Rahmenbedingungen sind ebenfalls abgeklärt.

Die zweite Phase „Storming“ wird auch als Phase der Auseinandersetzung und Positionsfindung bezeichnet. Hier sind die Beziehungen zwischen den Einzelnen noch nicht stabil, ein gewisses Konkurrenzverhalten besteht. Es findet eine Auseinandersetzung mit dem/der GruppenleiterIn statt. Fragen nach den Leitungsfähigkeiten und nach den Einstellungen der Leitung werden erforscht. Auch die Bildung von informellen Untergruppen kann in dieser Phase stattfinden. (vgl. Gellert/Nowak 2004:198ff, Wellhöfer 2001:11) Das Konkurrenzverhalten im untersuchten Team wurde in dem Abschnitt „Hierarchien und Regeln“ gezeigt. (vgl. 5.1) Darüber hinaus erfolgt im Team der Kinder- und Jugendstation, wie die Interviews zeigen, eine Auseinandersetzung mit dem Teamleiter. Dies wird im nächsten Abschnitt „Teamleitung“ noch genauer ausgeführt. (vgl. 5.6) Außerdem geht aus den Interviews dieser Arbeit hervor, dass informelle Untergruppen bestehen. Beispielsweise wird in den Interviews öfters von der „akademischen Gruppe“ (Interview 5:325) gesprochen. Auch das Pflegepersonal in Verbindung mit den Sozialpädagoginnen wird als eigenständiges Team erwähnt. (vgl. Interview 10:124ff) Aufgrund dieser Kennzeichen, wie Konkurrenzverhalten, Auseinandersetzung mit der Teamleitung und existente informelle Untergruppen, kann auf die zweite Entwicklungsphase im Team des Landesklinikums geschlossen werden.

Diese Anführungen erheben nicht den Anspruch einer Darstellung der Gesamtentwicklung des Teams der Kinder- und Jugendstation, sondern sind eine Momentaufnahme der vierwöchigen Forschungsphase dieser Arbeit. Daher kann aus den Forschungsergebnissen der dargestellten Arbeit nicht erfasst werden, ob das Team zu einem anderen Zeitpunkt bereits eine Phase weiter war. Wie Wellhöfer (2001:10) anführt, sind Rückschritte zu bereits abgeschlossenen Phasen beobachtbar. Darüber hinaus kann es sein, dass einzelne Teammitglieder der oben formulierten Phasenbeschreibung nicht zustimmen, da laut König und Schattenhofer (2007:55) individuelle Unterschiede im Erleben vorliegen können. Es wird auch nochmals darauf

hingewiesen, dass es sich bei den Entwicklungsphasen um Abstraktionen der Realität handelt.

In Bezug auf die Entwicklungsphasen wird immer auf die Aufgaben des Teamleiters bzw. der Teamleiterin eingegangen. Im nächsten Unterabschnitt wird daher auf die Leitungsposition des Teams der Kinder- und Jugendstation Bezug genommen.

5.6 Teamleitung

Neben dezidiert formulierten Aufgaben des Teamleiters hinsichtlich der Teamentwicklung (vgl. Gellert/Nowak 2004:194ff) werden des Weiteren in der Literatur (vgl. Gellert/Nowak, Haug, Wellhöfer) der Leitungsperson des Teams zahlreiche Aufgabenbereiche für die praktische Arbeit zugesprochen. Haug (2003:100ff) stellt folgende Begriffe als Funktionen des Teamleiters dar: organisieren, integrieren, repräsentieren, balancieren, moderieren, kommunizieren, motivieren und koordinieren. Eine genauere Ausführung der von Haug formulierten Aufgaben wird in dieser Arbeit nicht vorgenommen. Diese Aufzählung soll verdeutlichen, dass der Teamleitung eine große Fülle an Aufgaben zugeordnet wird.

In den bisherigen Abschnitten wurde teilweise bereits auf die Aufgaben der Teamleitung und auf deren nicht vollkommene Erfüllung eingegangen. Beispielsweise wurde das Bestehen von unklaren Zielformulierungen und Aufgabenverteilungen herausgearbeitet. (vgl. Kapitel 4) Eine klare Zielorientierung und Aufgabenverteilung in Gruppen bzw. Teams wird in der Literatur (Wellhöfer 2001:83) als Aufgabe des Teamleiters gesehen. Schließt man sich diesbezüglich dem Autor an, so könnten diese Unklarheiten hinsichtlich der Ziele und Aufgabenverteilung auf die Teamleitung zurückzuführen sein. Des Weiteren wird von Haug (2003:124ff) die Moderation als Funktion des Teamleiters beschrieben. In Bezug auf die Moderation wurde im Abschnitt „Besprechungskultur“ bereits auf das Gefühl von Unzufriedenheit über den

Visitenablauf hingewiesen. (vgl. 5.3) Wie gezeigt wurde, steht dies mit fehlenden Moderationstechniken im Zusammenhang. Zudem wird unter anderem in der Methode des „Open Dialogue“ (vgl. 5.3.2) die Einrichtung von Feedbackzeiten als Aufgabe des Teamleiters formuliert. Daher könnte man die Erkenntnis dieser Arbeit, dass manche Teammitglieder mit der Verhältnismäßigkeit von Lob und Kritik unzufrieden sind, auch auf fehlende Führungsqualitäten zurückführen.

Zusammenfassend zeigt die Forschung dieser Arbeit einen Mangel an Struktur und Leitung: „Mir fehlt eine Leitung. Ganz klipp und klar eine Leitung und Strukturen, ...“ (Interview 4:434). Die meisten InterviewpartnerInnen formulieren dies eher als negativ und sprechen den Wunsch nach Änderung aus. Eine Interviewpartnerin spricht dem Mangel an Führung auch positive Effekte zu. Sie meint (Interview 7:86), dass man durch eine führerlose Aufgabenverteilung mit seinen „Ressourcen mehr punkten“ kann.

Hinsichtlich der Führungskompetenzen des Teamleiters des beforschten Teams geht aus den Interviewaussagen hervor, dass „ihm da einiges an Qualität fehlt ... er hat wo anders seine Fähigkeiten und nicht an der Führungsgeschichte“ (Interview 7:473). Neben zahlreichen Aussagen von InterviewpartnerInnen, die das hohe Ansehen der fachlichen Fähigkeiten des Teamleiters zum Ausdruck bringen, wird diesem eben auch ein Mangel an Führungskompetenzen zugesprochen.

Schlussendlich erscheint es einleuchtend, dass nie alle Teammitglieder mit dem Führungsstil des Leiters bzw. der Leiterin einverstanden sein können. Den einen perfekten Führungsstil gibt es nicht, wie aus den Ausführungen von Wellhöfer (2001:85ff) hervorgehen. Man darf auch das Spannungsfeld zwischen Team und Gesamtorganisation, in welchem sich der/die TeamleiterIn bewegt, nicht vergessen. (vgl. Haug 2003:100) Doch aus dieser Arbeit gehen konkrete, von den Teammitgliedern formulierte „Kritikpunkte“ hervor, bezüglich diese es ratsam erscheint, sie nicht außer Acht zu lassen.

Im letzten Unterabschnitt zur Teamdynamik werden im nachfolgenden Teil die Integrationskriterien des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation behandelt.

5.7 Integration im Team

Aus der Forschung der vorliegenden Arbeit können abhängige Faktoren für das Maß der Integration und hilfreiche Maßnahmen für eine verbesserte Integration ins Team der Kinder- und Jugendstation herausgearbeitet werden.

In der Beschreibung des gruppenspezifischen Raums von König und Schattenhofer (2007:34ff), auf den bereits im Abschnitt „Hierarchien und Regeln“ Bezug genommen wurde, geht neben der Dimension „Macht und Einfluss“ die Dimension „Zugehörigkeit“ hervor. Die Frage, wer dazu gehört, muss in einer Gruppe geklärt sein, damit sie existenzfähig ist. Weiters beschreiben die beiden Autoren das Bedürfnis der Gruppenmitglieder nach Zugehörigkeit und die Angst vor dem Ausschluss. Dies wird als wesentlicher dargestellt, als die Erreichung von Zielen. Die damit verbundenen Fragen bezüglich der Dimension „Zugehörigkeit“ sind: „Gehöre ich dazu oder nicht? Schaffe ich es hineinzukommen? Werde ich mit meinen Besonderheiten akzeptiert? Kann ich dazugehören, ohne mich (völlig) anpassen zu müssen?“ (König/Schattenhofer 2007:36).

Aus der Forschung, die dieser Arbeit zu Grunde liegt, geht hervor, dass für das Maß der Integration in dem untersuchten Team unterschiedliche Faktoren ausschlaggebend sind. Die Dauer der Mitgliedschaft ist diesbezüglich ein wesentliches Kriterium. Der Großteil der interviewten Personen, die sich als engeres Teammitglied bezeichnet haben, weist auf die Länge ihrer Mitgliedschaft hin. Zudem werden die Stundenanzahl und der Standort des eigenen Arbeitsplatzes genannt. Mit diesen beiden Faktoren geht die Präsenz auf der Station einher, welche für viele Teammitglieder für die Integration sehr wichtig zu sein scheint. Neben der Präsenz auf der Station ist das Ausmaß der Anwesenheit in der Visite bedeutend. Darüber hinaus dürften persönliche

Aspekte wie die Verbundenheit, die emotionale Bindung an die Station und das Team für einzelne Personen für die Selbstwahrnehmung des Integrationsausmaßes erheblich sein. Demgemäß beschreiben die InterviewpartnerInnen, dass sie sich aufgrund ihrer Verbundenheit zum Team und zur Station als zugehörig sehen. Außerdem scheinen Kriterien, die an die Profession gebunden sind, bedeutend. Diesbezüglich führen die interviewten Personen die bisher gemachten Erfahrungen des Teams mit der Profession an. Auch professionsspezifische Aufgaben sind für das Integrationsausmaß ein Kriterium. Einerseits bezeichnen sich die fallführenden Professionen selbst aufgrund dieser Aufgabe als engeres Mitglied. Andererseits sprechen die anderen ProfessionistInnen, die keine Fallführung übernehmen, den fallführenden Personen ein hohes Integrationsmaß zu. Außerdem scheint die Unterstützung und Haltung des leitenden Oberarztes der jeweiligen Profession bzw. Person gegenüber ein integrierendes Kriterium zu sein.

Anknüpfend an die oben formulierte Frage, „Gehöre ich dazu oder nicht?“ kann gesagt werden, dass die Mitgliedsdauer, die Präsenz auf der Station und in der Visite, die persönliche Verbundenheit mit der Station und dem Team, professionsbezogene Aspekte und die Haltung des Oberarztes der Profession und Person gegenüber über die Beantwortung entscheiden. Diese Kriterien wirken nicht einzeln für sich, sondern die Zusammensetzung mehrerer Kriterien ist ausschlaggebend. Dies kann kurz am Beispiel der Sozialarbeiterin der Kinder- und Jugendstation gezeigt werden. Das Büro der Sozialarbeiterin befindet sich nicht auf der Kinder- und Jugendstation, sie arbeitet dort keine vierzig Stunden und die Fallführung gehört nicht zu ihren Aufgaben. Doch trotzdem scheint das Integrationsmaß ein hohes zu sein, da sie hohe Präsenz in der Visite zeigt, eine Identifikation mit dem Team und der Station besteht und vom Oberarzt geschätzt wird. (vgl. Interview 7:242ff, 11:455ff, 13:621ff)

„Schaffe ich es hineinzukommen?“ ist eine andere, schon weiter oben angeführte Frage. Durch die Analyse der Interviews der dargestellten Arbeit wird deutlich, dass es Maßnahmen gibt, die für eine Integration hilfreich sind. Alle interviewten Personen wurden gefragt, wodurch man in dieses Team besonders gut integriert wird. Zusammenfassend haben sich folgende hilfreiche

Maßnahmen aus den Interviews herausarbeiten lassen. Ein gleichwertiger und wertschätzender Umgang miteinander wird von manchen als wesentliches Kriterium für die Integration ins Team hervorgehoben. Zudem wird der Ausspruch von Anerkennung als wichtig erwähnt. Diese beiden Kriterien unterstreichen nochmals den im Abschnitt „Fachlicher und persönlicher Umgang“ festgestellten Mangel an gegenseitiger Wertschätzung und Lob im Team des Landesklinikums. (vgl. 5.4.1) Des Weiteren wird Kompetenz als hilfreich erachtet. Diesbezüglich kann wieder an den oben geführten Diskurs zur Überforderung rückgeschlossen werden, dass manche möglicherweise zu hohe Erwartungen an die Kompetenzen anderer haben. Außerdem wird vom Großteil der interviewten Personen Interesse an anderen Professionen und Offenheit und Toleranz gegenüber anderen Sichtweisen und Methoden formuliert. Dies stellt ein spezifisches Kriterium für die Integration in ein multiprofessionelles Team dar. Auch Aufgabenoffenheit kann man als notwendig für multiprofessionelle Zusammenarbeit ansehen. Eine Interviewpartnerin berichtet davon, dass ihr beim Teameinstieg Aufgaben zugeteilt wurden, die ihrer Ansicht nach nicht in ihren Bereich fielen. Trotzdem hat sie gedacht: „... also wenn ich einen Fuß in die Station bekommen will, dann muss ich das jetzt einfach tun.“ Gegenwärtig werden ihr derartige Aufgaben nicht mehr zugesprochen. (vgl. Interview 7:280ff) Eine andere Interviewpartnerin bringt diese Notwendigkeit der Aufgabenoffenheit auf den Punkt: „Also man kann net nur pädagogisch, net nur therapeutisch oder net nur pflegerisch arbeiten, das geht nicht“ (Interview 10:69). Wesentlich scheint hinsichtlich dieser Aufgabenoffenheit für manche Teammitglieder eine Selbstinitiative beim Erteilen von Unterstützungsangeboten, zu sein.

Aus den bisherigen Aussagen kann der Schluss gezogen werden, dass sich in Bezug auf integrationsfördernde Maßnahmen im Team der Kinder- und Jugendstation zahlreiche informelle Gepflogenheiten entwickelt haben.

Außerdem dürfte eine Integration in zweierlei Hinsicht gefordert sein. Zum einen eine Integration der Person und zum anderen die der Profession. Daraus folgend geht aus dieser Arbeit hinsichtlich der Integration in einem

multiprofessionellen Team die Erkenntnis hervor, dass sowohl gruppenspezifische Aspekte, wie bestimmte Regeln in den Umgangsformen als auch charakteristische Anforderungen multiprofessioneller Zusammenarbeit sowie Interesse an den anderen Professionen und Aufgabenoffenheit, für die Integration wesentlichen Einfluss haben.

6. Die Sozialarbeit als Bestandteil eines multiprofessionellen Teams

Sozialarbeit ist in ihrem Berufsalltag in allen Handlungsfeldern mit Multiprofessionalität konfrontiert. Wie bereits in der Einleitung formuliert wurde, ist die Zusammenarbeit mit anderen Professionen ein fixer Bestandteil sozialarbeiterischen Handelns. Bei diesen Kooperationen kann man jedoch, laut Definition eines Teams (vgl. 3.1), nur selten von multiprofessioneller Teamarbeit sprechen. Dieser Anspruch wird beispielsweise in der Arbeit mit psychisch kranken Menschen erhoben, wo multiprofessionelle Teams zum Leitbild zählen.

6.1 Die Sozialarbeit im Team des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer

In der Literatur (Clausen/Dresler/Eichenbrenner 1996:108) wird formuliert, dass kaum in einem anderen Feld die Soziale Arbeit so stark mit anderen Wissenschaften, Denkmustern und Berufsgruppen konfrontiert ist wie in der Psychiatrie. Darüber hinaus wird die Erwartungshaltung an eine Kinder- und Jugendpsychiatrie nach dem Bestand eines multiprofessionellen Teams artikuliert.

Auf der Kinder- und Jugendstation des Landesklinikums Mostviertel ist die Sozialarbeit mit zahlreichen anderen Professionen in einem Team verbunden. In den vorangegangenen Kapiteln wurde dieses Team anhand verschiedenster Facetten dargestellt und Erkenntnisse über die Problematiken wurden gewonnen. Diese herausgearbeiteten Schwierigkeiten betreffen laut Interviewaussagen auch die Sozialarbeit. Demgemäß zeigt die Forschung dieser Arbeit, dass die Sozialarbeit mit Aufgabenüberschneidungen konfrontiert ist. Sozialpädagogik und Sozialarbeit werden in den Interviews als „Professionspärrchen“, bei dem es häufig zu Überschneidungen kommt, angeführt. Aufgabenüberschneidungen können, wie bereits dargestellt wurde (vgl. 5.2), zu Konflikten führen. Zimmermann und Lob-Hüdepohl (2007:294) beschreiben

bezüglich Aufgabenüberschneidungen, dass die Grenzen zwischen Sozialarbeit und den anderen Professionen nicht klar zu ziehen sind. Die Schwierigkeiten bei der Abgrenzung begründen sie einerseits in der Komplexität des Phänomens der psychischen Störungen, welchen inzwischen „multimodale Behandlungsmöglichkeiten“ zur Verfügung stehen. Andererseits sehen sie in der Spezialisierung der anderen Berufsgruppen, die mit den klassischen Kernkompetenzen Sozialer Arbeit kollidieren, ein Argument für die Existenz von Überschneidungen.

Des Weiteren bestehen, laut Interviewanalyse, bei manchen Teammitgliedern Unklarheiten über die spezifischen Aufgaben der Sozialarbeit. In Hinsicht auf die Frage nach sozialarbeiterischen Aufgaben werden ausschließlich Hauptaufgaben genannt. Manche InterviewpartnerInnen bringen neben dieser Aufzählung der Hauptaufgaben fehlende Transparenz der Arbeitsschritte zur Erfüllung dieser Aufgaben seitens der Sozialarbeit zum Ausdruck. Eine Interviewpartnerin formuliert, dass sie kaum Einblick in die Aufgaben der Sozialarbeiterin hat und das geringe Wissen, das sie besitzt, von den Beiträgen der Sozialarbeiterin aus der Visite herleitet. (vgl. Interview 2:496ff) In einem anderen Interview wird der Wunsch nach mehr Transparenz ihrer Arbeit und nach einem Vortrag über sozialarbeiterische Aufgaben ausgedrückt. (vgl. Interview 1:556ff) Als eine der Hauptaufgaben der Sozialarbeiterin im Team des Landesklinikums führen alle InterviewpartnerInnen die Vernetzungsarbeit nach außen mit extramuralen Einrichtungen, vor allem mit der Jugendwohlfahrt, an. Interventionen bei Fremdunterbringung und die oft damit verbundene Suche nach patientInnenbedürfnisorientierten Wohngemeinschaften wurden ebenfalls mehrfach genannt. Darüber hinaus wird vom Großteil der interviewten Personen die sozialrechtliche Beratung als Aufgabe der Sozialarbeit angegeben. Neben fachlichen Hauptaufgaben wird der Sozialarbeiterin die Übernahme von nicht unmittelbar sozialarbeiterischen Aufgaben, wie die Organisation von Veranstaltungen, zugesprochen.

Als wünschenswerte zusätzliche Beiträge der Sozialarbeit werden von den InterviewpartnerInnen beispielsweise eine Erstellung einer Liste aller zur Verfügung stehenden Wohngemeinschaften mit aktuellen Daten wie freien Plätzen

angeführt. (vgl. Interview 1:556ff) Eine andere Interviewpartnerin meint: „ich würde mir auch durchaus mal wünschen, dass sie einen Vortrag hält zu Themen, zu denen wir nichts wissen ... so in juristischen Fragen ... oder auch so in sozialen Bereichen, wie Krankengeld und Versicherungen“ (Interview 8:380). Diese Beiträge werden von den interviewten Personen nicht als Forderung, sondern als persönliche Anliegen formuliert.

Letztlich kommen aus den Interviews deutlich die „Unverzichtbarkeit“ (Interview 13:624) und das Ansehen der Sozialarbeit als wesentlicher Bestandteil des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation zum Ausdruck.

6.2 Der sozialarbeiterische Ansatz als Gewinn für ein multiprofessionelles Team

Unterschiedliche AutorInnen (vgl. Bosshard/Elbert/ Lazarus, Zimmermann/Lob-Hüdepohl) weisen auf zahlreiche Problematiken hin, mit welchen die Sozialarbeit innerhalb eines multiprofessionellen Teams konfrontiert ist. Zimmermann und Lob-Hüdepohl (2007:294) beschreiben die Gefahr, dass die große Menge an Expertisen in einem multiprofessionellen Team die Soziale Arbeit „unkenntlich macht oder unkenntlich gemacht wird“. Darüber hinaus führen Bosshard, Elbert und Lazarus (2007:75) die Gefahr der Beeinflussung der Ausgestaltung der Arbeitsplätze und der Aufgabenstellungen der Sozialarbeit durch das jeweilige Berufsverständnis anderer Professionen an.

Die dargestellte Arbeit versucht in den folgenden Ausführungen diese Gefahren, unter anderem in Bezugnahme auf die im dritten Kapitel diskutierten Texte, zu entschärfen bzw. zu widerlegen, beginnend mit dem von Huotari (2008:91ff) beschriebenen „Anticipation Dialogue“. (vgl. 3.2)

Der „Anticipation Dialogue“ beinhaltet in seinen Prinzipien viele Anteile der Sozialen Arbeit. Er fordert vor allem die Orientierung an den KlientInnen und an deren Netzwerken. Diesem Anspruch kommt die Sozialarbeit in der „Lebensweltorientierten Individualhilfe“ (Pantuček 1998), also in der Einzelfallhilfe nach. Dies kann an dem Instrument der Netzwerkkarte nachgewiesen

werden. Laut Pantuček (1998:155) versucht die Netzwerkkarte die Netzwerkbeziehungen der KlientInnen durch einfache Systematisierung bewusst zu machen und Ansätze zur Veränderung zu finden. Es wird sozusagen ein Netzwerk in Zusammenarbeit mit den KlientInnen gemeinsam erschlossen und analysiert. Des Weiteren fordert der „Anticipation Dialogue“ eine ganzheitliche Betrachtungsweise. Die Sozialarbeit wird von Kleve (2005:20) als eine Profession bezeichnet, die den „ganzheitlichen Ansatz favorisiert“. Andere Professionen beziehen sich eher auf „Ausschnitte des Menschlichen“. Die Sozialarbeit ist sowohl biologisch und psychologisch als auch sozial orientiert. Kleve (2005:20) bezeichnet die Soziale Arbeit daher als eine „Sowohl/Als Auch“, im Gegensatz zu einer „Entweder/Oder-Profession“. Auch Arbeitsprinzipien der Sozialarbeit wie „Hilfe zur Selbsthilfe“ und „Empowerment“ sind im „Anticipation Dialogue“ integriert. „Hilfe zur Selbsthilfe“ beinhaltet die Ernstnahme des berechtigten Anspruchs auf Autonomie und Selbstständigkeit der KlientInnen. Selbstbefähigung und Selbstermächtigung stehen in Bezug auf Empowerment im Mittelpunkt. Ständiger Einbezug der Ressourcen und die Unterstützung der Eigenverantwortlichkeit und Einflussnahme der KlientInnen sind zentrale Handlungsprinzipien. (vgl. Bosshard/Ebert/Lazarus 2007:86ff)

Anknüpfend an den Artikel von Payne (2006:137ff), der multiprofessionelle Teams als Ort für professionelle Identitätsfindungen beschreibt, wird die Identität der Sozialarbeit in der Literatur (vgl. Kleve 2005:18ff, Zimmermann/Lob-Hüdepohl 2007:294ff), oft besonders schwach, unscharf und unsicher gesehen. Dies bringen im weitesten Sinne auch die beiden oben formulierten Gefahren zum Ausdruck. Kleve (2005:18ff) beschreibt in seinem Artikel „Sozialarbeit als Beruf ohne (eindeutige) Identität“, dass es für die Identitätsproblematik der Sozialarbeit keine Lösung gibt, da es kein Problem darstellt. Er bezeichnet die Sozialarbeit als „spezialisiert generalistisch“ (Kleve 2005:20). Sozialarbeit ist einerseits auf die Gesellschaft und andererseits auf das Individuum bezogen. Dies bringt viele Widersprüche und Ambivalenzen mit sich, die sich letztlich auch auf ihre „fragmentierte Identität“ (Kleve 2005:21) auswirken. Laut Kleve (2005:21) braucht die Sozialarbeit aber eben genau diese Offenheit in ihrer Identität, um ihrer „vermittelnden, transversalen“

Funktion gerecht zu werden. SozialarbeiterInnen müssen sich, in Hinblick auf ihre KlientInnen, ständig an unterschiedlichste Spezialsprachen und Kulturen adäquat anpassen. Beispielsweise dienen SozialarbeiterInnen oft der Übersetzung von behördlichen Schreiben für ihre KlientInnen. Außerdem sieht Kleve die Verknüpfung von Spezialwissen als Spezifikum der Sozialen Arbeit. Weiters beschreibt er die Leistung der Sozialarbeit in der „Transprofessionalität“ und in der „Transdisziplinarität“ (Kleve 2005:21). Seit dem Bestehen professioneller Sozialarbeit ist ihre wesentliche Leistung die Kommunikation zwischen „differenzierten, verschiedensprachigen Räumen, Sphären und Perspektiven“. (vgl. Kleve 2005:18ff)

Bezieht man diese beiden von Kleve formulierten Eigenschaften der Sozialarbeit, die Transprofessionalität und die Transdisziplinarität, auf ein multiprofessionelles Team, beinhaltet die Soziale Arbeit die Chance, die in dieser Arbeit herausgefundenen besonderen Herausforderungen eines multiprofessionellen Teams, die Sprachprobleme und den Wissensausgleich, meistern zu können.

Anhand von Interviewaussagen wird diese Erkenntnis nochmals untermauert. Eine Interviewpartnerin beschreibt den Mangel an Vernetzung der einzelnen Meldungen in der Visite und bezeichnet die Sozialarbeiterin als die Profession, die vernetzend arbeitet: „Aber ich habe oft das Gefühl, es kommen viele Einzelmeldungen, aber es wird nicht vernetzt. Die Einzige, die relativ vernetzend ist, ist die Sozialarbeiterin“ (Interview 5:81). Des Weiteren wird in den Interviews der Sozialarbeiterin die Rolle als „Konfliktregler“ (Interview 3:475), Reflexionspartner (vgl. Interview 11:497f) und die Funktion als „Vermittler“ (Interview 13:676), „Drehscheibe“ (Interview 5:431) und „Verbindungsstelle“ (Interview 9:370) zugeschrieben.

Aus den Ausführungen dieses Kapitels kann zusammenführend ausgesagt werden, dass die Sozialarbeit, wie jede andere Profession des untersuchten Teams, der Teamdynamik unterliegt und somit auch sie die herausgefundenen Problematiken betreffen und beeinflussen. Aber durch ihren ganzheitlichen Ansatz und ihre spezifischen Methoden und Arbeitsprinzipien kann man die

Sozialarbeit als wesentliche Ressource für ein multiprofessionelles Team bezeichnen. Außerdem können die sozialarbeiterischen Funktionen, die Transprofessionalität und die Transdisziplinarität, besondere Herausforderungen eines multiprofessionellen Teams, wie die Sprachprobleme und die Hürden beim Wissensaustausch, bewältigen. Daher geht aus der vorliegenden Arbeit der sozialarbeiterische Ansatz als Gewinn für ein multiprofessionelles Team hervor, der die oben angeführten Gefahren für die Sozialarbeit, die ein multiprofessionelles Team beinhalten kann, zumindest entschärft.

7. Conclusio, Empfehlung, Ausblick

Aus der vorliegenden Diplomarbeit können Erkenntnisse auf zwei Ebenen gewonnen werden. Einerseits kristallisieren sich spezifische Charakteristiken multiprofessioneller Teamarbeit und die Rolle der Sozialarbeit innerhalb derer heraus. Andererseits wurde die Sichtweise der Mitglieder des multiprofessionellen Teams der Kinder- und Jugendstation des Landesklinikums und dessen Problematiken erhoben.

Das beforschte multiprofessionelle Team ist zum Großteil von dem Bestreben einer guten Zusammenarbeit und effektiven Leistungserbringung den PatientInnen gegenüber überzeugt. Trotzdem werden durch diese Arbeit einige Schwierigkeiten deutlich, mit denen das Team konfrontiert ist und die Unzufriedenheit der Mitglieder hervorrufen.

Unklarheiten in Bezug auf gemeinsame Ziele und Aufgabenverteilung stellen zwei der Probleme dar. Während eine starke Zielorientierung an den PatientInnenbedürfnissen gegeben ist und das Wohl der PatientInnen höchste Priorität für alle MitarbeiterInnen hat, fehlt es an konkreten gemeinsamen Zieldefinitionen pro PatientIn. Dieser Mangel bringt möglicherweise auch die fehlende Transparenz von professionsautonomen Zielen mit sich. Die Unklarheiten in der Aufgabenverteilung gehen mit den Aufgabenüberschneidungen einher, deren Existenz durch spezifische Kennzeichen eines multiprofessionellen Teams verstärkt wird.

Des Weiteren herrscht eine starke Unzufriedenheit mit der derzeitigen Besprechungskultur in der Kurvenvisite. Ausschlaggebend dafür ist der erhöhte Sprechanteil der Oberärzte und der Oberärztin, wodurch eine Prioritätensetzung einer Profession empfunden wird. Die Bedeutungsgleichwertigkeit gerät dadurch in Gefahr, deren Aufrechterhaltung an sich eine Herausforderung eines multiprofessionellen Teams darstellt. Auch das Besondere eines multiprofessionellen Teams, ein Gesamtbild durch das Zusammenwirken divergierender Professionen zu erstellen, könnte durch diese Dominanz gefährdet werden. Die Ursache des erhöhten Sprechanteils einer Profession

scheint unter anderem im fehlenden Einsatz von professionellen Moderationstechniken zu liegen.

Darüber hinaus stellen zu schwache Führungsleitlinien einen Unzufriedenheitsfaktor dar.

Der fachliche und persönliche Umgang wird ebenfalls prekär gesehen. Neben mangelndem wertschätzendem Umgang miteinander und zu hart ausgesprochener Kritik, passt auch das Verhältnis zwischen Lob und Kritik nicht. An integrierten Feedbackzeiten und Regeln dürfte es grundsätzlich fehlen.

Letztlich kann zum Team der Kinder- und Jugendstation der Schluss gezogen werden, dass es zu wenig Raum für ein Teambuilding gibt, in dem, unabhängig von der PatientInnenarbeit, die Probleme des Teams Platz finden. Die Installation von Regeln für den gemeinsamen Umgang, von Feedbackzonen und Moderationstechniken und die Formulierung von klaren Zielen erscheinen als empfehlenswert. Für diese Aufgaben und die Arbeit an der Teamentwicklung wird allerdings eine begleitende externe Unterstützung als notwendig erachtet.

Einige der Probleme des für diese Arbeit untersuchten Teams hängen mit spezifischen Charakteristiken eines multiprofessionellen Teams zusammen.

Wie ein Team eine Sonderform einer Gruppe ist, kann das multiprofessionelle Team als Sonderform von Teams gesehen werden. Ein multiprofessionelles Team impliziert daher alle Kennzeichen von Gruppen und Teams und damit auch soziale Dynamiken. Aus der vorliegenden Arbeit ist erkennbar, dass bei den Aspekten Hierarchien, Regeln und Umgangsformen eher gruppendynamische Aspekte bzw. auch die strukturellen Rahmenbedingungen und weniger Multiprofessionalität wesentlich sind. Hingegen scheint in Bezug auf Konfliktursachen und Integrationsmaßstäbe das Zusammenwirken divergierender Professionen in einem Team einen nicht unerheblichen Einflussfaktor zu haben.

In einem multiprofessionellen Team wird eine Integration in doppelter Hinsicht, nämlich sowohl der Person als auch der Profession, gefordert. Neben Kriterien wie Mitgliedsdauer, Präsenz auf der Station und in der Visite, persönliche

Verbundenheit mit dem Team und Haltung des Oberarztes den Professionen und Personen gegenüber, gibt es spezifische Maßnahmen in einem multiprofessionellem Team, die sich für eine verbesserte Integration als vorteilhaft erweisen. Diese sind das Interesse an den anderen Professionen, die Toleranz für andere Sichtweisen, Wahrnehmungen und Methoden und die Aufgabenoffenheit. Sind diese Haltungen nicht gegeben, kann es zu Konflikten kommen.

Zahlreiche Konfliktursachen wie fachliche Unstimmigkeiten, „fehlendes Verständnis“ für andere Berufsgruppen und differente PatientInnenwahrnehmungen basieren auf der Zusammenarbeit von unterschiedlichen Professionen in einem Team. Aufgabenüberschneidungen stellen ebenfalls eine charakteristische Konfliktursache für ein multiprofessionelles Team dar. Diese Konfliktursachen leiten zu einigen der besonderen Herausforderungen von multiprofessioneller Teamarbeit über.

Ein multiprofessionelles Team beinhaltet neben Chancen und Potenzialen auch die eine oder andere Herausforderung.

Multiprofessionelle Zusammenarbeit kann speziell für Multiproblemfälle eine besondere Leistung erbringen. Ferner kann ein Team, das aus divergierenden Professionen besteht, einen Ort für professionelle Identitätsbildung darstellen. Sie kann auch eine verbesserte Kommunikation und den Abbau von Barrieren zur Folge haben. Der Wissensaustausch und die gegenseitige Ergänzung sind weitere Vorteile von Multiprofessionalität. Viel versprechende Chancen für die KlientInnen- bzw. PatientInnenarbeit wie individuell abgestimmte Betreuung und ein ganzheitliches, umfangreicheres Behandlungskonzept konnten ebenfalls in dieser Arbeit erhoben werden. Jedoch bedürfen diese Potenziale einerseits einer anspruchsvollen Beziehungsarbeit und andererseits der Überwindung von Hürden.

Herausforderungen zeigen unter anderem eine funktionierende Koordination der divergierenden Professionen, vor allem in Bezug auf einen „face to face“ Austausch, auf. Die Zusammenführung der einzelnen Expertisen zu einem Gesamtbild und der damit verbundene Wissensaustausch kristallisieren sich aus

dieser Arbeit als weitere Hürden heraus. Die Erhaltung der Bedeutungs- gleichwertigkeit und Sprachprobleme dürfen ebenfalls nicht unterschätzt werden. Ferner werden Schnittstellenproblematiken durch multiprofessionelle Teamarbeit indiziert bzw. verstärkt. Ausschlaggebende Faktoren für Unklarheiten bei den Schnittstellen in einem multiprofessionellen Team stellen die Nähe der Zusammenarbeit, die Ähnlichkeiten im Berufsbild der divergierenden Professionen, die Übernahme gleicher Aufgaben von unterschiedlichen Professionen und ein Mangel an Kenntnissen der jeweiligen Fachgebiete dar. In Bezug auf diese Herausforderungen stellt sich in der vorliegenden Arbeit die Profession Sozialarbeit als wertvolles Mitglied eines multiprofessionellen Teams heraus. Als wesentliche Aufgabe der Sozialarbeit wird spätestens seit ihrer Professionalisierung die Vernetzungsarbeit von unterschiedlichen Einrichtungen und Berufsgruppen angesehen. Die beiden daraus resultierenden Funktionen der Sozialarbeit, Transprofessionalität und Transdisziplinarität, beinhalten das Potenzial, Hürden für multiprofessionelle Teamarbeit, wie Sprachprobleme und Schwierigkeiten beim Wissensaustausch, zu entschärfen. Außerdem können bestimmte Methoden, wie die Netzwerkkarte und Arbeitsprinzipien wie Empowerment, als wertvolle Ressource für Multiprofessionalität angesehen werden. Der sozialarbeiterische Ansatz geht daher aus dieser Arbeit als Gewinn für ein multiprofessionelles Team hervor.

Trotz einiger Schwierigkeiten, die kooperierende divergierende Professionen mit sich bringen, darf einem multiprofessionellen Team das besondere Potenzial nicht aberkannt werden.

In der Sozialen Arbeit ist die Vernetzung und Kooperation mit anderen ProfessionistInnen spätestens seit ihrer Professionalisierung unabdingbar. Diese Anforderung wird jedoch zurzeit auch verstärkt von anderen Professionen verlangt. (vgl. Kleve 2005:22) In der beruflichen Praxis wird die soziale Arbeit immer häufiger mit KlientInnen in Multiproblemlagen mit einem komplexen Hilfebedarf konfrontiert, was die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Personen und Professionen erfordert. Des Weiteren arbeiten manchmal in ein und derselben Institution divergierende ProfessionistInnen nebeneinander,

ohne miteinander in Austausch zu treten. Diesbezüglich kann eine Abgrenzung notwendig sein, um die Integrität der KlientInnen zu bewahren. In manchen Fällen wäre jedoch eine Kooperation notwendig, um Doppelarbeiten und „Auspielmanöver“ seitens der KlientInnen verhindern zu können. Ebenso kann ein Austausch von Informationen den KlientInnen helfen, da eine einseitige Richtung für Stabilität sorgt. Eine multiprofessionelle Teamzusammenarbeit kann darüber hinaus für die Profession der Sozialarbeit ein Vorteil sein, weil diese immer wieder als eigenständige Profession in Frage gestellt wird und aus dieser Arbeitsform als anerkannte Profession, eben aufgrund ihrer offenen Identität, hervorgehen könnte.

Multiprofessionelle Teams bergen ein großes Potenzial für die ganzheitliche Herangehensweise an komplexe Problemlagen von KlientInnen. Gerade deshalb sind Erfahrung und professionelle Weiterbildung im Bereich Teamarbeit von essentieller Bedeutung.

8. Literatur

Antoni, Conny Herbert (2000): Teamarbeit gestalten. Grundlagen, Analysen, Lösungen, Weinheim.

Ballreich, Rudi/Glasl, Friedrich (2007): Mediation in Bewegung. Ein Lehr und Übungsbuch mit Filmbeispielen auf DVD, 1. Auflage, Stuttgart.

Bauer, Petra (2004): Systemische Supervision multiprofessioneller Teams in der Psychiatrie. Freiburg im Breisgau.

Bosshard, Marianne/Elbert, Ursula/Lazarus, Horst (2007): Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch, 3. Auflage, Bonn.

Clausen, Jens/Dresler, Klaus-Dieter/Eichenbrenner, Ilse (1996): Soziale Arbeit im Arbeitsfeld Psychiatrie. Eine Einführung, Freiburg im Breisgau.

Flick, Uwe (2004): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung, 2. Auflage, Reinbek bei Hamburg.

Frenzke-Kulbach, Annette (2004): Multiprofessionelle Kooperation bei sexuellem Missbrauch, in: Soziale Arbeit. Nr. 11, 53. Jg., 421-425.

Gellert, Manfred/Nowak, Claus (2004): Teamarbeit – Teamentwicklung – Teamberatung. Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams, 2. Auflage, Meezen.

Glasl, Friedrich (1994): Konfliktmanagement. Ein Handbuch zur Diagnose und Behandlung von Konflikten für Organisationen und ihre Berater, 4. Auflage, Bern.

Haug, Christof von (2003): Erfolgreich im Team. Praxisnahe Anregungen für effiziente Team- und Projektarbeit, 3. Auflage, München.

Huotari, Risto (2008): Development of Collaboration in Multiproblem Cases. Some Possibilities and Challenges, in: Journal of Social Work. Nr. 1, 8. Jg., 83-98.

Klebert, Karin/Schrader, Einhard/Strauß, Walter G. (2006): Moderations-Methode. Das Standardwerk, 3. Auflage, Hamburg.

Kleve, Heiko (2005): Sozialarbeit als Beruf ohne (eindeutige) Identität. Eine postmoderne Umdeutung, ihre Begründung und Auswirkung, in: Sozialarbeit in Österreich, Zeitschrift für Soziale Arbeit, Bildung und Politik, Nr. 4, 40. Jg., 18-23.

König, Oliver/Schattenhofer, Karl (2007): Einführung in die Gruppendynamik. 2. Auflage, Heidelberg.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch, 4. Auflage, Weinheim und Basel.

Marotzki, Winfried (2006): Leitfadeninterviews. in: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch, 2. Auflage, Opladen, 114.

Mayring, Philipp (1988): Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken, Weinheim.

Mayring, Philipp (1996): Einführung in die qualitative Sozialforschung. 3. Auflage, Weinheim.

McInnes, Alison/Lawson-Brown, Vicki (2007): God and Other Do-Gooders: A Comparison of the Regulation of Services Provided by General Practitioners and Social Workers in England. in: Journal of Social Work. Nr. 3, 7. Jg., 341-354.

Meuser, Michael (2006): Inhaltsanalyse. in: Bohnsack, Ralf/Marotzki, Winfried/Meuser, Michael (Hg.): Hauptbegriffe qualitativer Sozialforschung. Ein Wörterbuch, 2. Auflage, Opladen, 89-91.

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg im Breisgau.

Payne, Malcolm (2006): Identity Politics in Multiprofessional Teams: Palliative Care Social Work. in: Journal of Social Work. Nr. 2, 6. Jg., 137-150.

Scholtes, Peter/Joiner, Brian/Streibel, Barbara (1996): The team handbook. Second Edition, Madison.

Seipel, Christian/Rieker, Peter (2003): Integrative Sozialforschung. Konzepte und Methoden der qualitativen und quantitativen empirischen Sozialforschung, Weinheim und München.

Thäler, Hans (2001): Teamwork in Organisationen. Ein Handbuch für Mitarbeiter und Führungskräfte, 1. Auflage, Bern.

Wellhöfer, Peter R. (2001): Gruppendynamik und soziales Lernen. Theorie und Praxis der Arbeit mit Gruppen, 2. Auflage, Stuttgart.

Wintergerst, Theresia (2001): Autorität und Regeln. Prinzipien funktionierender Teamarbeit, in: Sozialmagazin. Die Zeitschrift für Soziale Arbeit, Heft 2, 26. Jg., 25-33.

Zimmermann, Ralf-Bruno/Lob-Hüdepohl, Andreas (2007): Ethik Sozialer Arbeit in der Sozialpsychiatrie. in: Lob-Hüdepohl, Andreas/Lesch, Walter (Hg.) (2007): Ethik Sozialer Arbeit. Ein Handbuch. Paderborn, 287 -310.

8.1 Weitere Quellen

8.1.1 Folder

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer. Folder von Kinder- und Jugendneuropsychiatrie.

8.1.2 Beobachtungsprotokolle

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Beo. 1 vom 20.12.2007

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Beo. 2 vom 2.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Beo. 3 vom 9.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Beo. 4 vom 10.1.2008

8.1.3 Interviewliste

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 1 vom 7.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 2 vom 8.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 3 vom 8.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 4 vom 21.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 5 vom 21.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 6 vom 21.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 7 vom 21.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 8 vom 23.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 9 vom 23.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 10 vom 23.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 11 vom 23.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 12 vom 24.1.2008

Landeskrlinikum Mostviertel Amstetten-Mauer: Transkript von Interview 13 vom 25.1.2008

9. Anhang

9.1 Leitfaden

Leitfaden für die Interviews mit Teammitgliedern der Kinder- und Jugendstation des Landesklinikums Mostviertel Amstetten-Mauer

Einladung und Einleitung

- Wie lange sind Sie schon in diesem nun bestehenden Team?
- Würden Sie sich als Mitglied des engeren Teamkerns bezeichnen? Warum?

Ziele und Aufgabenverteilungen des multiprofessionellen Teams

- Was ist Ihrer Ansicht nach das gemeinsame Ziel des multiprofessionellen Teams?
- Welchen Beitrag (fachlich-persönlich) leisten die unterschiedlichen Professionen im Team?
- Wie werden die Aufgaben im Team verteilt?
- Welche Aufgaben haben Sie im Team?
- Wie würden die anderen Teammitglieder Ihre Aufgaben beschreiben?
- Würden Sie gerne andere Aufgaben übernehmen?
- Was ist für Sie das Besondere an einem multiprofessionellen Team?

Rollen und Regeln im Team

- Beschreiben Sie bitte Ihre Rolle im Team?
- Was ist notwendig, um in Ihrem Team besonders gut integriert zu sein?
- Bei welchen Themen treten typischerweise Unstimmigkeiten auf?
- Beschreiben Sie bitte den persönlichen und fachlichen Umgang miteinander.
- Wie empfinden Sie im Allgemeinen die Atmosphäre im Team?
- Wie wird untereinander in den Teamsitzungen kommuniziert?

- Wie laufen Entscheidungsprozesse ab?
- Wie sehen Sie die fachliche und persönliche Rangordnung im Team?

Abschlussfragen

- Wodurch könnte man Ihr Team allgemein/insgesamt fördern/verbessern?
- Wie erleben Sie derzeit den Beitrag der Sozialarbeit im Team?
- Welche zusätzlichen (weiteren) Beiträge können Sie sich seitens der Sozialarbeit vorstellen?

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Sandra Nußbaumer, geboren am 11.10.1985 in St. Pölten, erkläre,

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Pölten, am 2.5.2008

Unterschrift