

Übersichtsarbeiten

Organisationsentwicklung – Konzepte, Methoden und Evaluation

Friedrich Balck

Zusammenfassung

Es werden zunächst die Wurzeln der Organisationsentwicklung (OE) aufgezeigt, Definitionen gegeben und sodann für die wesentlichen Modelle Ziele und Aufgaben beschrieben. Heute nimmt die Darstellung von Interventionen einen breiten Raum ein, ohne das dahinter liegende mit gedachte Modell der Organisation und der Veränderung in Organisationen zu explizieren. Deshalb wird der gesamte Prozess der Organisationsentwicklung beschrieben. Mögliche Interventionen werden dann in Modelle eingeordnet, z. B. in das Prozessmodell, und nach der Diagnostik und Evaluation der OE wird gefragt.

Schlagwörter: Organisationsentwicklung – Interventionen in Organisationen – Messungen in Organisationen

Summary

Organization development – Concepts, methods, and evaluation

First the roots of the organizational development are discussed, second definitions are given and third goals of some prominent models are described. Nowadays the interventions take in a big part in the discussion, without mentioning the concepts of organization and of change standing behind. Therefore the whole process of organizational development is described. Interventions are placed in the models and we have to ask for diagnostic and evaluation.

Key words: organization development – interventions in organizations – organizational assessment

1 Einleitung

Wie sich zeigen wird, haben wir es bei der Organisationsentwicklung z. B. von psychosozialen Einrichtungen und Krankenhausabteilungen mit einer Kombination von organisationspsychologischen und psychotherapeutischen Ansätzen zu tun. Zum einen werden Psychologen um Hilfe gebeten, wenn es in diesen Einrichtungen zu Teamproblemen kommt oder wenn Abteilungen neu gebildet oder umstrukturiert werden sollen. Häufig wird dann nach Konzepten gearbeitet, die aus psychotherapeutischen Ansätzen abgeleitet wurden z. B. den familientherapeutisch systemischen Interventionskonzepten, deren Adäquatheit aber in Bezug auf eine Teamveränderung oder auf eine Entwicklung einer Organisation nicht geprüft wurde.

Zum anderen wurden in den vergangenen Jahren viele Veränderungsvorschläge für den psychiatrischen Bereich vorgelegt, die letztendlich aus dem Schlussbericht der Enquête-Kommission zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik Deutschland resultierten. Erstaunlich ist dabei, dass bei der Durchführung der zahlreichen nachfolgenden Projekte z. B. des Modellprogramms und des Modellverbundes „Psychiatrie“ zwar die Frage der Evaluation eingehend behandelt wurde, die Frage der Entwicklung von Organisationen und die damit verknüpften Forschungsprobleme so gut wie ausgeklammert blieben (Forschungsbericht 1987). Diese Einschränkung gilt auch für neuere EU-Projekte, die z. B. die Wirksamkeit einer tagesklinischen Behandlung bei Psychiatriepatienten untersuchten.

Eine weitere Anregung zu diesem Thema ergibt sich aus Forschungsergebnissen zur Rehabilitation somatisch Kranker. So haben z. B. ältere Untersuchungen bei Dialysepatienten ergeben (Kaplan De-Nour 1980), dass der Rehabilitationserfolg wesentlich durch die Teamatmosphäre auf der Dialysestation beeinflusst wird. Aufgrund solcher Ergebnisse scheint es unter bestimmten Bedingungen auch in dem Forschungsfeld der OE angebracht, eine personenzentrierte Betrachtung auszuweiten und ihr Umfeld, den Kontext mit einzuschließen.

Nach einer kurzen Darstellung der geschichtlichen Wurzeln und einiger Definitionen der OE, ihrer Ziele und Aufgaben werden einige Modelle der OE bzw. Teamberatung vorgestellt. Nach einer Darstellung der Prozessmodelle, der Diagnostik und einer Taxonomie der Interventionen werden Fragen der Evaluation der OE erörtert. Hierzu wird exemplarisch auf ein durchgeführtes Projekt – die Beratung einer Dialyseeinheit – zurückgegriffen.

2 Definition und Zielsetzung von Organisationsentwicklung

Eine Definition der OE zu geben, würde bedeuten, die Entwicklung auf dem Gebiet „Veränderung von Organisationen“ seit den Hawthorn-Studien (1924) nachzuvollziehen. Eine Reihe von Autoren haben hierzu Überblicksarbeiten publiziert, u. a. Starbuck, Shepard, Trist, Leavitt, Burke, Wimmer, Walger.

Die berichteten Ansätze beziehen sich dabei auf die Mitarbeiter, die Mitarbeitergruppe oder auf das Gesamtsystem. Als Vorläufer können Arbeiten um K. Lewin (1951) und aus dem Institut of Social Research der Universität Michigan sowie aus dem Tavistock Institut in London betrachtet werden. Die erste Bewegung mündete in die Untersuchung von Training-Groups in den National Training Laboratories (Bradford et al. 1964), die zweite in eine Ausweitung der Betrachtungseinheit, und zwar vom sozialen System zum sozio-technischen System.

Es gibt Stimmen, die der OE den Status eines Konzeptes absprechen. Katz (1974, S. 490) meint z. B.: „OE ist nicht präzise definiert, OE ist nicht reduzierbar auf spezifisches, einheitliches und beobachtbares Verhalten. OE hat keinen nachweisbaren Platz im Netzwerk logisch relevanter Konzepte oder einer Theorie.“

Beckhard (1972) beschreibt OE als ein Verfahren, das „planmäßig, betriebsumfassend, von der Organisationsleitung gesteuert, zum Zweck der Verbesserung von Wirksamkeit und Gesundheit der Organisation durch geplantes Eingreifen von Erkenntnissen aus den Verhaltenswissenschaften angewandt wird. Es dient dem Ziel, die Organisation an veränderte Umweltbedingungen anzupassen.“

Bennis (1969) definiert OE als „eine Antwort auf eine Veränderung, als eine komplexe Erziehungsstrategie, um Einstellungen, Werte und die Organisations-Struktur zu verändern, so dass sie sich an neue Technologien und Märkte, schwierige Aufgaben und eigene interne Veränderungsprozesse besser anpassen.“

Unter OE wird bei Burke und Hornstein (1972) die Veränderung einer gesamten Organisation verstanden. Sie stellen drei Kriterien auf, um die Arbeit in einer Organisation als OE zu kennzeichnen. Die Veränderung soll

1. sich auf ein aktuelles und bewusstes Veränderungsbedürfnis der Klienten beziehen,
2. den Klienten in die Planung und Implementierung der Veränderungsmaßnahmen einbeziehen und
3. zu einer Änderung der Organisationskultur führen. Darunter verstehen sie z. B. die Normen und Werte im formellen System und ihre Reinterpretation im informellen System, die Geschichte der internen und externen Konflikte, die Art der Kommunikation und die Art der Ausübung von Autorität in der Organisation.

Dieser letzte Aspekt wird bei Burke und Hornstein besonders betont, wenn sie OE als einen „Prozeß der Organisations-Kultur-Veränderung“ definieren. Sie grenzen die OE zudem auf jene Fälle ein, in denen eine Organisation einer grundlegenden Änderung bedarf. Dies ist ihrer Meinung nach dann der Fall, wenn Probleme trotz Anwendung verschiedener Lösungsvorschläge resistent sind oder die gleichen Probleme von Zeit zu Zeit erneut auftreten.

Über Veränderungskonzepte in Bezug auf Organisationen war man sich lange im Unklaren. Ist die Veränderung von Organisationsmerkmalen allein ausreichend oder kann eine Änderung einer Organisation auch durch das gezielte psychologische Training einzelner Personen erreicht werden? Aus dieser Perspektive ist es notwendig, beide Ansätze zu betrachten und dann die Frage erneut zu stellen.

3 Modelle der Organisationsentwicklung

Im Folgenden wird auf Modelle eingegangen, die aus der Betriebs- und Organisationspsychologie oder aus psychotherapeutischen Konzepten abgeleitet sind, und die Arbeit mit Arbeitsgruppen oder Einrichtungen betreffen. An dieser Stelle soll auf strukturelle Modelle, d. h. Modelle, die der allgemeinen Systemtheorie folgen, eingegangen werden.

Leavitt (1964) sieht eine Organisation als ein multivariates System, in dem vier Variablen interagieren: die Aufgabe, Struktur, Technologie und die Mitarbeiter einer Organisation. Hieran anknüpfend formuliert er entsprechende Veränderungskonzepte, die die Änderung jeweils einer dieser Aspekte in den Mittelpunkt stellt.

Ein solcher Ansatz vernachlässigt in erstaunlichem Maße die gesellschaftliche und soziale Einbettung der Organisation. Komplexe Organisationen können als ein Produkt der Wechselbeziehung zwischen Kultur und Technologie gesehen werden. Sie basieren auf gesellschaftlichen Werten oder Glaubenssätzen, durch die in einem etwas weiteren Sinn ihre Ziele bestimmt werden. Die Entwicklung der Technologie ermöglicht dann die Umsetzung dieser Ziele, wobei die gesellschaftlichen Werte und die Technologie in diesem Prozess in einem starken Interdependenzverhältnis stehen.

Die Entwicklung der Psychopharmaka und die psychologischen Kenntnisse über Verhaltensänderungen waren zusammen mit veränderten Einstellungen zu psychischer Gesundheit und Erziehung Bedingungen, an eine Reform des Gesundheitswesens im Bereich der Psychiatrie zu denken und neue Einrichtungsformen im Vorfeld der Psychiatrie zu erproben.

Die neueren Modelle der Organisationspsychologie orientieren sich an der allgemeinen Systemtheorie und betrachten Input-, Transformations- und Output-Prozesse. Nach Perrow (1965) sind Organisationen Systeme, die Energie in

einer strukturierten und gerichteten Anstrengung einsetzen, um den Zustand eines Basis- oder Rohmaterials in einer vorher determinierten Art zu verändern, an die Umgebung zurückzugeben und damit Ressourcen von der Umgebung zurück zu erhalten.

Diese Sichtweise wird in den letzten Jahren durch die Selbstdefinition der Organisation (Identität) und die Art einerseits, der in der Organisation zirkulierenden Geschichten, sowie andererseits der Konversation ergänzt (Leriche 2005).

Angewandt auf das Krankenhaus oder andere psychosoziale Einrichtungen bedeutet dies, dass die Organisation den Zustand von Personen ändert, nämlich durch Veränderung ihrer Lebensumstände, ihrer Persönlichkeiten (z. B. Bewertungen) oder der körperlichen Bedingungen.

Die Besonderheit gegenüber anderen Organisationen ist nun, dass dieses „Material“, d. h. der Patient, besondere Eigenschaften mitbringt. Dies ist seine große Komplexität, die sich u. a. in einer eingeschränkten Analysierbarkeit und in einer hohen Variabilität ausdrückt. Außerdem haben wir es mit dem einzigartigen Umstand zu tun, dass das Objekt der Arbeit dem arbeitenden Subjekt entspricht, wodurch es im sog. Transformationsprozess zu besonderen Interaktionsformen zwischen Subjekt und Objekt kommen kann. Diese Probleme sind Thema in den Balintgruppen und Fallsupervisionen.

Zudem kann der Patient seine Verweildauer in der Organisation und die Kontaktintensität selbst bestimmen, so dass der Organisation die zusätzliche Aufgabe zufällt, diesen Kontakt zum Patienten zu gestalten. Die medizin-psychologische Literatur zur Gestaltung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, z. B. bei der Visite (Nordmeier et al. 1981) oder Ausführungen der Familientherapie zum „joining“, zielen in diese Richtung. Auch die von der Gesprächspsychotherapie herausgearbeiteten förderlichen und hemmenden Gesprächsfaktoren auf Seiten des Therapeuten meinen diesen zweiten Aufgabenbereich.

Das Systemmodell zeichnet sich dadurch aus, dass es die in einer Organisation identifizierbaren Subsysteme gleichwertig in ihrer Interdependenz nebeneinander betrachtet, die Gesamtorganisation in seiner Beziehung zum ökologischen Umfeld sieht und von einem Fließgleichgewicht der Organisation ausgeht, das einerseits den Bestand der Organisation sichert, andererseits Veränderungsprozesse in der Organisation zulässt. Eine Organisation ist somit kein homöostatisches System, sondern ein sich aus sich heraus veränderndes System.

Diese Sichtweise führt zu einer Differenzierung bei der Beurteilung abweichender Verhaltensweisen in der Organisation. Es ist zu prüfen, ob dieses abweichende Verhalten Hinweise auf notwendige Veränderung des Systems enthält. Veltin (1981) hat dies an einem Beispiel aus einem Landeskrankenhaus deutlich gemacht.

4 Prozessmodelle der Organisationsentwicklung

Das Prozessmodell der OE folgt dem Modell der Aktionsforschung, wie sie z. B. von Lewin (1958) und Lippitt et al. (1958) aufgestellt wurden. Den drei Phasen von Lewin (unfreezing, movement und refreezing) lassen sich die sieben Phasen von Lippitt et al. entsprechend gut zuordnen (Tab. 1). In der mittleren Spalte sind die entsprechenden Schritte nach dem Aktions-Forschungsmodell für OE abgetragen.

Tab. 1: Drei Phasenmodelle der Veränderung

Lewins drei Schritte	Handlungs-Forschungsmodell für OE	Lippitt, Watson und Westleys Phasen der geplanten Veränderung
<i>unfreezing</i>	perception of problem	development of a need relationship
	enter consultant	establishment of a change relationship
	data are collected/feedback	diagnosis
	back provided to client	
<i>movement</i>	joint action planning action	examination of alternatives actual change
	assessment	
<i>refreezing</i>	feedback provided to client	generalization and stabilization of change
	joint action planning action	
	etc. (continuing cycle)	

Diese Modelle lassen sich im Grunde auf fünf Elemente reduzieren:

1. einen Berater oder change-agent;
2. eine Datensammlung über das zu beratende System, um mehr von der inhärenten Natur des Systems zu erfahren, um Hauptgebiete der Veränderung zu bestimmen (Problemfelder) und einen Bericht an das System zu geben, so dass eine angemessene Handlung unternommen werden kann;
3. eine gemeinsame Beratung des Beraters mit der Organisation mit dem Ziel, Interventionen zu planen;
4. Durchführung der Intervention unter kontinuierlicher Anleitung durch den Berater;
5. Institutionalisierung der Veränderung.

An dieser Stelle sei ein 6. Schritt hinzugefügt, der in den obigen Ablaufmodellen nicht ausdrücklich erwähnt ist, nämlich die Evaluation der Maßnahmen.

Nach diesem Modell wurden von uns in medizinischen und psychosozialen Einrichtungen Veränderungsmaßnahmen durchgeführt, u.a. in einer Dialyseabteilung, einer psychosozialen Übergangseinrichtung zur ambulanten Betreuung von Patienten mit einer Psychose in der Vorgeschichte, einem Wohnheim für psychisch und körperlich Behinderte, beim Aufbau einer integrierten Einrichtung zur Frühförderung und einer Sozialtherapeutischen Anstalt des Strafvollzuges. Angewendet wurde das Modell auch auf kirchliche Institutionen sowie mittelständische Betriebe.

5 Diagnostik

Zur Diagnostik werden in der OE hauptsächlich vier Methoden verwandt: das Interview, der Fragebogen, die Beobachtung und die Analyse von Sekundärdaten (z. B. Dokumente, Statistiken). Die Vor- und Nachteile dieser Methoden sind in Tabelle 2 aufgeführt. Zum Interview ist zu sagen, dass es u. a. adaptiv und

Tab. 2: Vergleich verschiedener Diagnostikmethoden

Methode	Vorteile	Nachteile
<i>Interview</i>	<ul style="list-style-type: none"> – adaptiv und flexibel – erreicht valide Informationen – fördert und leitet Energie – stellt Beziehungen her 	<ul style="list-style-type: none"> – kann teuer sein – abhängig von Qualität des Interviewers/Training – Codierungs- und Interpretationsprobleme – Self-report Bias
<i>Fragebogen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – leichte Quantifizierung – große Stichproben möglich – kostengünstig – großer Variablenumfang 	<ul style="list-style-type: none"> – nicht empathisch – kann Problemfeld verfehlen – Datenüberinterpretation – Response Bias
<i>Beobachtung</i>	<ul style="list-style-type: none"> – kein Bericht über Verhalten, sondern direktes Verhalten – nicht retrospektiv 	<ul style="list-style-type: none"> – Interpretations- und Codierungsprobleme – Stichprobenprobleme – Validitätsprobleme – Kosten
<i>Sekundärdaten</i>	<ul style="list-style-type: none"> – nicht reaktiv/keine Antwortfehler – hohe Face-validity – leicht quantifizierbar 	<ul style="list-style-type: none"> – Erfassung/Erhebung kann Problem sein – Validierungsprobleme – Codierungs- und Interpretationsprobleme

flexibel ist, aber seine Qualität von einer intensiven Interviewerschulung abhängt und häufig – wenn zur Auswertung nicht auf ein theoretisches Modell zurückgegriffen werden kann – Codierungs- und Interpretationsprobleme auftreten.

Mit Hilfe des Fragebogens lassen sich bei großen Stichproben quantifizierbare Daten erheben, es besteht jedoch die Gefahr, das Problemfeld in einer Organisation zu verfehlen. Beobachtungen haben den Vorteil, dass sie sich auf direkt beobachtbares Verhalten in konkreten Situationen beziehen, bringen aber Codierungs-, Interpretations-, Stichproben- und Validitätsprobleme mit sich. In die Analyse von Sekundärdaten gehen keine Antwortfehler der Mitarbeiter ein, sie haben häufig eine hohe face-Validität und sind leicht quantifizierbar. Ein Problem kann u. a. die Erhebung dieser Daten für einen externen Berater sein.

6 Interventionen

In der OE trifft man – vergleichbar wie in der Psychotherapie – auf eine Fülle von Interventionstechniken (Wimmer 1992). Es existieren etliche Versuche, diese zu systematisieren. Diese Taxonomien sind zumeist dreidimensionale Gliederungsschemata, die auf das diagnostizierte Problem, die primär zu verändernde Einheit und die Art der Intervention abheben.

Als ein Beispiel hierfür sei das Klassifikationsschema von Schmuck und Miles (1971) angeführt. Es besteht aus drei Dimensionen: diagnostizierte Probleme, Fokus der Betrachtung und Interventionsarten. Beispielhaft werden die Untergliederungen der ersten und zweiten Dimension aufgeführt. Auf der ersten Dimension werden neun Problemebenen genannt: Ziele/Pläne, Kommunikation, Kultur, Führung, Problemlösung, Entscheidungsfindung, Konflikt/Kooperation, Rollendefinitionen. Bei der Betrachtungsebene werden die Person, die Dyade/Triade, Rolle, Teams, Intergruppenbeziehungen und die Gesamtorganisation unterschieden.

Andere Taxonomien, z. B. die von French und Bell (1973), kombinieren Zielsetzungen (Änderung der Kommunikation) mit den einzusetzenden Interventionsarten (z. B. Daten-Feedback).

An einem Beispiel von Reinke und Greenberg (1986) sei dieses Modell für den psychosozialen Bereich verdeutlicht (Tab. 3).

Als Input-Variablen wurden die Art der Patienten, verfügbare professionelle Ressourcen außerhalb der Einrichtung, die Bevölkerungsdichte und die Anzahl anderer Versorgungseinrichtungen genommen. Als Transformationsvariablen nennen die Autoren die Art, in der die Aufgaben, der Arbeitsfluss und die Koordination gestaltet und die Standards und die Moral der Einrichtung aufrechterhalten werden. Als Outcome-Variablen werden die Rehospitalisierungsrate, die Moral der Mitarbeiter und der Zustand der Klienten erfasst.

Tab. 3: Untersuchungsansatz von Reinke und Greenberg für ein Psychiatrisches Zentrum

<i>Input</i>	Patientendokumentation: <ul style="list-style-type: none">– Beschreibung der Patienten– Kontakt zu anderen Einrichtungen (Psychiatrische Kliniken, Nervenärzte, Psychologen)– Beschreibung des Versorgungsgebietes
<i>Organisationsvariablen</i>	<ul style="list-style-type: none">– Anwesenheitserhebung der Patienten– Tätigkeitsanalysen der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter– Kooperation der Einrichtungen unter einem Dach: einrichtungsübergreifender Einsatz der Mitarbeiter– Kooperation zwischen Tagesklinik und Tagesstätte– Einbeziehung der Laienhelfer
<i>Outcome</i>	Befragung von Mitarbeitern und Patienten: <ul style="list-style-type: none">– Zufriedenheit– Kontaktdichte zu den Patienten nach dem Zusammenzug– Arbeitserleichterungen und -erschwernisse

Einen ähnlichen Ansatz wählten wir bei der Untersuchung einer psychosozialen Einrichtung für psychiatrische Patienten. Es galt die Effekte bei der Zusammenlegung verschiedener Einrichtungen (einer Tagesklinik, einer Tagesstätte, einem Patientenclub) zu untersuchen. In einem quasi-experimentellen Design wurden Daten vor und nach der Zusammenlegung erfasst. In Tabelle 4 sind die berücksichtigten Variablenkomplexe aufgeführt.

7 Evaluation von Organisationsentwicklung

Die Evaluation von OE-Maßnahmen stellt ein schwieriges Problem dar und wurde bei Feldstudien selten durchgeführt. Lawler et al. (1980) nennen vier Kriterien, mit denen die Adäquatheit von Ansätzen der Organisationsmessung bestimmt werden kann. Diese lassen sich unter den Aspekten Genauigkeit der Beschreibung und durch die Brauchbarkeit der Ergebnisse für die Organisation (Klienten) zusammenfassen (Tab. 5).

Die Genauigkeit hängt ab von den bekannten Gütekriterien (Sensitivität, Reliabilität und Validität) und der Angemessenheit des verwandten Modells. Weiter kann man differenzieren nach der Fähigkeit des Modells, beobachtete Beziehungen der Organisationsfaktoren vorherzusagen und der Überlegenheit des Modells in der Prädiktion gegenüber anderen Modellen.

Tab. 4: Eigenes Vorgehen in einer Sozialtherapeutischen Anstalt

<i>Diagnostik</i>	Interview <ul style="list-style-type: none"> – Struktur (Subgruppen, Hierarchie) – Arbeitskonzepte / mögliche Differenzen – Verantwortlichkeiten – Art der Veränderung (von wem angestrebt?) – Institutsideologie / „Glaubenssätze“ – Freiräume der einzelnen Gruppen / Kontrolle – Umfeld der Einrichtung
<i>Ergebnisse der Diagnostik</i>	<ul style="list-style-type: none"> – neues Behandlungskonzept – Umorganisation einzelner Abteilungen bzw. Teilung in drei Arbeitsgruppen – Phänomene des Gruppenbildungsprozesses: interne Homogenisierung mit Vergrößerung der Distanz zu den anderen Gruppen – Konfusion über die Position der Fachkräfte – polarisierte Meinungen über „richtiges“ therapeutisches Handeln
<i>Maßnahmen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Reaktivierung einer Beratungsrunde mit Vertretern aller Hierarchieebenen – Group-building mit einer Betreuergruppe als Modell-Wiederholung mit einer zweiten Gruppe

Die Brauchbarkeit der Ergebnisse einer OE für die Organisation wird determiniert durch die Bedeutsamkeit der gemessenen Faktorenbereiche und durch die Adäquatheit in der Vermittlung der Untersuchungsergebnisse. Mit dem ersten Kriterium ist gemeint, wie wichtig die gemessenen Faktoren für die Klienten sind. Der Grad der Einbeziehung des Klienten über Feedback-Prozesse und seiner Teilnahme an Entscheidungen spielt hier eine Rolle. Die Adäquatheit in der Vermittlung der Ergebnisse meint die Art, mit der Ergebnisse dem Klienten mitgeteilt werden, d. h. die gewählte Methode, die Vollständigkeit des Berichtes und der Grad der Akzeptanz durch den Klienten (Tab. 6).

Die Evaluation der OE im Krankenhaus oder in psychosozialen Einrichtungen hat sich mit fünf Fragen zu beschäftigen:

1. Was hat man unter „Verbesserung“ einer Einrichtung zu verstehen? Eine Antwort auf diese Frage hat mehrere Aspekte zu berücksichtigen. Auf welcher Analyseebene, in welchem Zeitrahmen, in welchem Handlungsbereich findet die Veränderung statt? Durch welche Datenart (Fremd- vs. Selbstbeurteilung) wird die Veränderung erfasst? Existieren Referenzkriterien zur

Tab. 5: Evaluation von Organisationsentwicklungsansätzen

<i>Was ist eine „Verbesserung“?</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Analyselevel: Person/Gruppe – Zeitrahmen – Welche Teile des Systems? – Welche Handlungsbereiche? – Welche Datenart? – Welche Referenzkriterien?
<i>Welche Phase von OE wird evaluiert?</i>	– Differenzierung der Kriterien
<i>Was sind die unabhängigen Variablen?</i>	– OE-Maßnahmen als unabhängige Variable oder als Intervention, die auf die unabhängige Variable wirkt?
<i>Kontrolle der Variablen</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Kontrolle der Bedingungen – Kontrollgruppen – Design-Fragen – Kausalität zwischen OE und Veränderung der Organisation?
<i>Was verändert sich? (Kriterienfrage)</i>	– Auswahl der abhängigen Variablen, um „Veränderung“ zu erfassen

Tab. 6: Adäquatheitskriterien

Genauigkeit der Deskription		Brauchbarkeit der Messergebnisse	
Adäquatheit der Informationserfassungsmethode	der Organisationsmodelle	Bedeutsamkeit der Faktoren	Adäquatheit der Ergebnisse
Sensitivität	prädiktive Fähigkeit des Modells	Identifikation eines Klienten	Berichtsmethode
Reliabilität	Prädiktionsstärke gegenüber anderen Modellen	Herstellen einer wechselseitigen Beziehung	Vollständigkeit
Konstruktvalidität Convergent und discriminant validity			Akzeptanz

- Beurteilung der Veränderung, z. B. eine Norm, eine komparable Gruppe, ein Ziel, das erreicht werden soll?
2. Auf welche Phase des OE-Prozesses bezieht sich die Evaluation?
 3. Sind die unabhängigen Variablen in den OE-Maßnahmen zu suchen oder ist OE nur ein Mittel, um unabhängige Variablen zu beeinflussen?
 4. Können die auftretenden Effekte auf die OE-Maßnahme zurückgeführt werden? Die Antwort auf diese Frage muss sich u.a. mit der Kontrolle der Bedingungen und damit Designaspekten beschäftigen. Pate et al. (1977) zeigten, dass die meisten OE-Untersuchungen ein quasi-experimentelles Design verwendeten.
 5. Wie ist die Veränderung durch abhängige Variablen beschreibbar, d. h. die Selektion und Operationalisierung von Kriteriums- und Prozessvariablen?

8 Hindernisse bei der Organisationsentwicklung

In der Literatur wird immer wieder aus OE-Projekten berichtet, und dies ist kein Spezifikum dieses therapeutischen Bereichs, dass Veränderungsbemühungen einer Organisation am Widerstand der Mitarbeiter scheitern. Nach Burke und Hornstein (1972) lässt sich dieses Phänomen des Widerstands u. a. durch zwei Konzepte erklären: a) das des Verlustes und b) das der Identifikation.

Der Gedanke, dass nicht so sehr die Veränderung, sondern der Eindruck von einem Verlust bedroht zu sein, den Widerstand erzeugt, geht auf Marris (1975) zurück. Dabei droht den Mitarbeitern ein Verlust aus zwei Richtungen: der Verlust von Bekanntem und Zuverlässigen.

Eine Veränderung bedeutet, dass sich entfernen aus einer vertrauten und bekannten Situation und das Aufgeben stabiler, verlässlicher Verhaltensmuster. Dies ist mit Unsicherheit verbunden und fordert von der Person eine aktive Leistung zur Bewältigung der neuen Situation. Nach Nutzen-Kosten-Modellen würde die Person mit der Veränderung verknüpfte zukünftige Belohnungen und den erforderlichen Einsatz einerseits mit entsprechenden Parametern der momentanen Situation andererseits vergleichen. Übersteigt der erforderliche Einsatz die Erwartung einer künftigen Belohnung würde die Person ihre alte Verhaltensweise beibehalten. Dieses einfache Modell einer Verhaltensselektion kann durch elaborierte Modelle, z. B. Erwartungs-Mal-Wert-Modelle, wie sie bei Kuhl (1983) beschrieben werden, ersetzt werden.

Veränderungen stoßen zudem auf Widerstand, wenn eine Person den Eindruck hat, dass seine Freiheit, d. h. hier seine Wahlmöglichkeiten, eingeschränkt werden. Brehm (1966) beschreibt in seiner Theorie der psychologischen Reaktanz dieses Phänomen. Diese Reaktionen auf Verluste korrespondieren mit einem Prinzip, das Lewin (1958) beschrieb: Je mehr Personen bei Entscheidungen, von denen sie betroffen sind, in die Planung einbezogen werden, desto

mehr fühlen sie sich verpflichtet, diese Entscheidungen mit zu tragen und sie umzusetzen. Fehlt eine solche psychologische Verpflichtung, kommt es zwar nicht notwendig zum Widerstand, sondern eher zu einem passiven Ertragen der Veränderung.

9 Die Beratung eines Dialyseteams

An einem Beispiel soll im folgenden ein OE-Prozess beschrieben werden. Das Interesse an der Arbeit mit einer Dialyseabteilung entstand durch Forschungsberichte, in denen neben einer hohen Belastung des Dialysepersonals durch die Betreuung dieser Patienten von der Wechselwirkung zwischen Teamerwartungen und dem Rehabilitationserfolg der Kranken berichtet wird. Als ein Dialyseteam einen Beratungsbedarf formulierte, wurde eine ein Jahr dauernde Kooperation mit monatlichen Treffen vereinbart.

An diesem Beispiel soll nun verdeutlicht werden, in welcher Weise wir versucht haben, zu reliablen Daten und Effekteinschätzung zu kommen. In Tabelle 7 ist das Vorgehen skizziert. An jeder Stunde nahmen zwei Berater teil, die nach der Stunde jeweils ein Verlaufsprotokoll anfertigten. In einer gemeinsamen Sitzung in Anwesenheit eines Diskussionsleiters wurden die Protokolle vorgestellt und ein gemeinsames Protokoll angefertigt. Die gemeinsame Sitzung diente gleichfalls der Planung der folgenden Stunde, mit der ungefähren Festlegung der Interventionen.

Nach jeweils fünf Beratungssitzungen wurde eine sog. Bilanzsitzung eingeschoben, in der die Teammitglieder in einem halbstrukturierten Interview zur momentanen Befindlichkeit, zur Einstellung gegenüber den Patienten und zu anderen Mitarbeitern sowie zum abgelaufenen Teamprozess befragt wurden. Da das Team keine Tonbandaufnahmen wünschte, nahm eine Stenographin an diesen Sitzungen teil. Diese Protokolle wurden inhaltsanalytisch ausgewertet.

In der letzten Bilanzsitzung (insgesamt wurden 12 Sitzungen durchgeführt) am Ende eines Jahres wurden die Effekte des Trainings erfragt. Das Vorgehen bei den Interventionen lässt sich durch einen Shift von den Patientenproblemen über die eigenen Probleme bis zu den Teamproblemen beschreiben. Das anschließende Teamtraining diente zur Absicherung der Effekte.

Die Ergebnisse zeigten sich im Verhalten der Teilnehmer, in der Interaktion mit den Patienten und in den realen Veränderungen der Abteilung. Dieser relativ lange Weg, den das Personal von den Patientenproblemen über die eigene Beteiligung bis zur Einbeziehung des Teams zurücklegt, verdeutlicht eine Besonderheit von psychosozialen Einrichtungen. Es scheint – und dies soll als Hypothese verstanden werden –, dass das Personal in psychosozialen Einrichtungen (vielleicht ob ihrer Ausbildung) auftretende Probleme zunächst auf die Patienten und dann auf die eigene Person bzw. auf einzelne andere Teammitglie-

der attribuiert. Dieses Erklärungsmuster verstellt dann nicht selten den Weg, über diese Faktoren hinaus Faktoren der Teaminteraktionen oder gar der Organisation, z. B. im Sinne der Organisationskultur von Burke und Hornstein, zum Verstehen der Probleme heranzuziehen. Eine verbreitete Reaktion solcher Einrichtungen ist dann der Ruf nach Supervision, die nach mehrmaligem Austausch der Supervisoren scheitert.

Tab. 7: Teamberatung eines Dialyseteams

Kontrolle der Datenerhebung:

- zwei Berater, getrennte Protokolle
- Einigungssitzung mit Endprotokoll und Interventionsplanung
- sog. Bilanzsitzungen nach 5 Sitzungen; Wortprotokoll mit inhaltsanalytischer Auswertung
- Endsitzung nach 12 Sitzungen, Vorgehen wie in den Bilanzsitzungen

Interventionsstrategien:

- ausführliche Motivation- und Zieldiskussion
- patientenzentrierte Fallarbeit ohne Einbeziehung der emotionalen Anteile des Personals
- Fallarbeit mit Einbeziehung der emotionalen Anteile
- Interaktionsprobleme im Team
- Teamtraining zur Verbesserung der Interaktions- und Kommunikationskompetenz

Ergebnisse:

- gesteigertes Selbstbewusstsein des Personals
- Wahrnehmungsdifferenzierung in Bezug auf die Patienten
- Entlastung in der Arbeit mit den Patienten
- Verringerung der Teamspannungen
- Umorganisation der Abteilung (z.B. Essenbestellung und Verteilung; andere Raumaufteilung und Möblierung)

Literatur

- Beckhard, R.(1972): Organizational development. Reading, MA: Addison-Wesley.
Bennis, W. G.(1969): Organization development. Ist nature, origins, and prospects. Reading, MA. Addison-Wesley. Bradford, L.; Gibb, J.; Benne, K. (1964): T-Group theory and laboratory methods. New York: John Wiley and Sons.
Brehm, J. (1966): A theory of psychological reactance. Oxford: Academic Press.
Burke, K.; Hornstein, H A. (1972): The social technology of organization development. La Jolla, CA: University Associates.
Forschungsbericht Nr. 150 (1987): Entwicklung von Organisationsmodellen für die be-

- triebliche Rehabilitation. Der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung (Referat Öffentlichkeitsarbeit).
- French, W. L.; Bell, C. (1973): *Organizational development: behavior science interventions for organizational improvement*. Paperback Prentice Hall.
- Kaplan De-Nour, A. (1980): The hemodialysis unit. *Adv. Psychosom. Med.* 10: 132–150.
- Kuhl, J. (1983): *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Lawler, E. E.; Nadler, D. A.; Cammann, C. (Hg.) (1980): *Organizational assessment*. New York: John Wiley.
- Leavitt, H. (1964): Applied organization change in industry: structural, technical, and human approaches. In: Leavitt, H. (Hg.): *Perspectives in organizational research*. Chichester: Wiley.
- Leriche, P. (2005): Der vernachlässigte Weg. Warum Menschen in Organisationen eine neue Art des Redens finden müssen. *Z. f. Systemische Therapie und Beratung* 23: 69–76.
- Lewin, K. (1951): *Field theory in social science; selected theoretical papers*. Oxford: Harpers.
- Lewin, K. (1958): Group decision and social change. In: Maccoby, E. E.; Newcomb, Th. M.; Hartley, E. L. (Hg.): *Readings in Social Psychology*. New York, S. 197–211.
- Lewin, K. (1963): *Feldtheorie in den Sozialwissenschaften*. Bern: Huber.
- Lippitt, R.; Watson, J.; Westley, B. (1958): *The dynamics of planned change*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Nordmeier, J.; Nordmeyer, J. P.; Deneke, F. (1981): Formal-quantitative Aspekte des Sprachverhaltens von Arzt und Patient während der Visite. *Zeitschrift für klinische Psychologie, Forschung und Praxis* 10: 220–231.
- Marris, P. (1975): *Loss and change*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Pate, L.; Nielson, W. R.; Bacon, P. (1977): Advances in research on organization development: toward a beginning. *Group and Organization Studies* 2: 449–460.
- Perrow, C. (1965): Hospitals: technology, structure, and goals. In: March, J. (Hg.): *The handbook of organization*. Chicago: Rand McNally, S. 910–971.
- Reinke, B.; Greenley, J. (1986) Organizational analysis of the community support program models. *Hospital and Community Psychiatry* 37: 624–629.
- Schmuck, R.; Miles, M. (Hg.) (1971): *Organization development in schools*. Palo Alto: National Press Books.
- Veltin, A. (1981): On the problems of getting an opinion, finding a decision when working in psychiatric institutions. Experiences with counselling a psychiatry institutions. *Psychiatrische Praxis* 8: 95–99.
- Wimmer, R. (1992): Was kann Beratung leisten? Zum Interventionsrepertoire und Interventionsverständnis der systemischen Organisationsberatung. In: Wimmer, R. (Hg.): *Organisationsberatung*. Wiesbaden: Gabler, S. 59–112.
- Walger, G. (Hg.) (1995): *Formen der Unternehmensberatung. Systemische Unternehmensberatung, Organisationsentwicklung, Expertenberatung und gutachterliche Beratungstätigkeit in Theorie und Praxis*. Köln: Otto Schmidt.

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Friedrich Balck, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsklinikum Dresden, Fetscherstr. 74, 01307 Dresden; E-Mail: friedrich.balck@uniklinikum-dresden.de