

Teamdisziplin, Hierarchie und Autorität

Mathias Lohmer

Zusammenfassung

Die moderne Diskussion über Teams und Organisationen wird bestimmt von Begriffen wie *New Work*, *Agilität* und *Holokratie*. Damit werden jeweils das Auflösen starrer und dysfunktionaler Hierarchien und die Verteilung von Verantwortlichkeit auf alle Mitarbeiter umschrieben. Unsere drei Begriffe *Teamdisziplin*, *Hierarchie* und *Autorität* verströmen dagegen den Charme einer vergangenen Epoche. Bei genauerer Untersuchung erweist sich jedoch, dass sie einen verkappten Reiz haben, gerade weil sie quer zum organisationalen New-Work-Zeitgeist von Selbstbestimmung, Selbstregulation und Selbstorganisation zu liegen scheinen. In ihrer Aura von Altertümlichkeit erweisen sie sich als überraschend aktuell und können uns tatsächlich zum vertieften Nachdenken über Teamdynamiken bringen. In der Folge untersuchen wir Definition, Herkunft und Implikationen dieser Begriffe, stellen sie dann aktuellen Führungskonzepten gegenüber und diskutieren, welche Bedeutung sie für die Teamarbeit in der Behandlung schwerer Persönlichkeitsstörungen haben.

Schlüsselwörter

Organisationsdynamik; Teamdynamik; Persönlichkeitsstörungen; Führung; Selbstorganisation

Abstract

Team discipline, hierarchy and authority: The modern discussion about teams and organizations is dominated by terms such as *new work*, *agility* and *holocracy*. This signals the dissolution of rigid and dysfunctional hierarchies and the distribution of responsibility across the entire staff. Our three terms *team discipline*, *hierarchy* and *authority*, by contrast, exude the charm of a bygone era. Closer examination, however, reveals that they have a disguised appeal precisely because they are at odds with the organizational New Work zeitgeist of self-determination, self-regulation, and self-organization. By dint of being seemingly antiquated, they in fact turn out to be surprisingly up-to-date and can actually make us think more deeply about team dynamics. We go on to examine the definition, origin and implications of these terms, then contrast them with current leadership concepts and discuss what they mean for teamwork in the treatment of severe personality disorders.

Keywords

organizational dynamics; team dynamics; personality disorders; leadership; self-organization

Cite as Lohmer, M. (2021). Teamdisziplin, Hierarchie und Autorität. *Persönlichkeitsstörungen*, 25 (4), 275–285. DOI 10.21706/ptt-25-4-275

Einführung¹

Manchmal geht es einem als Autor wie einem Schüler beim Schulaufsatz: Man bekommt überraschend drei Begriffe zugewiesen und soll damit eine sinnvolle Geschichte oder Erörterung entwerfen.

Betrachtet man unsere drei titelgebenden Begriffe, so ist die erste Reaktion intuitiv aversiv: Keiner davon löst zunächst freudige Gefühle aus, eher kommt einem eine Bedeutungswolke väterlicher Strenge und kühler Fremdbestimmung entgegen. So ging es auch mir, nachdem mir die HerausgeberInnen dieses Thema vorgeschlagen hatten.

Beim zweiten Blick entwickeln die Begriffe aber einen verkappten Reiz, gerade *weil* sie quer zum organisationalen New-Work-Zeitgeist von Selbstbestimmung, Selbstregulation und Selbstorganisation zu liegen scheinen. In ihrer Aura von Altertümlichkeit erweisen sie sich als überraschend aktuell und können uns tatsächlich zum vertieften Nachdenken über Team- und Organisationsdynamiken bringen.

In der Folge untersuchen wir Definition, Herkunft und Implikationen dieser Begriffe, stellen sie dann aktuellen Führungskonzepten gegenüber und diskutieren, welche Bedeutung sie für die Teamarbeit in der Behandlung von Patienten mit schwerer Persönlichkeitsstörung haben.

Teamdisziplin

Der Begriff »Disziplin« kommt vom lateinischen *Disciplina* und bedeutet Lehre, Zucht und Schule. Weitere Bedeutungen betreffen z. B. »Selbstdisziplin« im Sinne von bewusster Selbstregulierung und Gehorsam in Sinne von Ordnungsregulierung innerhalb eines Befehlsbereiches. Daneben gibt es noch die Bedeutung von »Teildisziplin« im Sinne eines Teilbereiches von Wissenschaft und »Sportdisziplin« im Sinne einer Sportart. In

unserem Sinne wird Disziplin verstanden als Einhalten von Ordnung, Befolgen eines Regelsystems (auch: Hierarchie) und Unterordnung unter eine akzeptierte Autorität. Wir sehen schon: Das Konzept Disziplin hängt eng mit unseren beiden anderen düsteren Begriffen zusammen!

Ideengeschichtlich war »Disziplin« in der traditionellen Pädagogik Bestandteil einer autoritären Erziehung, in der das »wilde« Kind Selbstkontrolle, »Triebverzicht« und Unterordnung unter ein übergeordnetes »zivilisiertes« familiäres und gesellschaftliches System einüben sollte (Elias 1939).

Durch die antiautoritäre Kulturrevolution der 68er-Jahre geriet der Begriff in Misskredit, wurde in letzter Zeit aber, auch mit der Bedeutungs-facette von »Selbstdisziplin«, neu entdeckt. Angesichts der Dynamik von Arbeitsverdichtung, Parallelarbeiten (»Multitasking«) und ständigem Priorisierungsdruk – inzwischen schon regelhaft die tägliche »Re-Priorisierung« der Arbeitsanforderungen – ist *Selbstdisziplin* in der Arbeitsgestaltung eine überlebensnotwendige Tugend geworden. Hierzu gehören die bekannte Unterscheidung von *Wichtigem* und *Dringlichem* sowie ähnliche Ordnungs- und eben Selbstdisziplinierungsversuche. Eine andere Facette des Revivals des Disziplin-Begriffes entstammt der wachsenden Unzufriedenheit mit der *Meeting-Kultur* (gerade auch in der Dominanz von Online-Meetings in der Covid-Zeit) und der Zusammenarbeit in Teams: Unaufmerksamkeit und Unpünktlichkeit, paralleles Arbeiten mit Smartphone und PC, die Beantwortung von Mails und WhatsApps lassen den Energiepegel in der Zusammenarbeit sinken und das Bedürfnis nach Meeting- und Team-Disziplin steigen.

Definition: In diesem Sinn wäre Team-Disziplin dann die Bereitschaft und Haltung, eigene unmittelbare Handlungsimpulse zugunsten von übergeordneten Werten zurückzustellen, Verlässlichkeit in der Aufgabenerfüllung zu garantieren, Rahmenbedingungen und Regeln zu respektieren und sich damit auf das Gegenüber und die Gemeinschaft einzustellen (s. a. Eppler & Kernbach 2018).

¹ Im Folgenden wird für bestimmte Personengruppen und Berufe meistens das generische Maskulinum benutzt. Es sind an diesen Stellen alle Gender gemeint.

Wenn wir uns neue Arbeitsformen im Rahmen von *New Work* und *agilem Arbeiten* (vergl. Oestreich & Schroeder 2017) ansehen, so fällt uns entsprechend auf, dass gerade im Rahmen von hierarchie-armem Arbeiten in selbstorganisierten Teams ein hohes Maß an Disziplin und Regeltreue notwendig sind. Klare Rollenvorstellungen wie »Projectowner« und »Agile Coach« treten an die Stelle von »Kontrolle und Anweisung« (Control and Command), die Selbstbewertung und Review-Leistung der Arbeitsgruppe tritt an die Stelle des kritischen Vorgesetztenblicks.

Was bedeutet dies für Teams, die mit schweren Persönlichkeitsstörungen arbeiten?

Vignette

In der Psychotherapie-Station einer großen Psychiatrischen Klinik werden Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation behandelt. Dem Chefarzt und der Pflegedienstleiterin fallen auf, dass es einen hohen Wechsel und Krankenstand bei den MitarbeiterInnen des Pflgeteams gibt, die PatientInnen häufig in die chirurgische Nothilfe zum Nähen von Schnittwunden kommen und Arztbriefe ungewöhnlich lange brauchen, bis sie versendet werden. Als beide zu einem Gespräch auf die Station kommen, wird ihnen folgende Situation berichtet: Es sei schwierig, im Pflgeteam zu wissen, wer gerade zum Dienst komme, weil der Dienstplan häufig kurzfristig wegen der vielen Krankmeldungen angepasst werden müsse; die Teamsitzungen würden generell verspätet beginnen, weil man noch auf die Ärzte warten müsse, die ihre Visiten überziehen würden. Das sei fast immer der Fall, weil man mit den Patienten nicht »durchkäme«. In der Teambesprechung forderten die vielen Krisen viel Besprechungszeit für die immer gleichen Patienten – dadurch würden aber Nachfolgetermine verspätet beginnen und die Patienten beschwerten sich, dass die Therapiestunden unpünktlich beginnen und häufig verschoben würden; bei der Teamsupervision kämen einzelne Teammitglieder generell

nicht, das sei ja nur »Zeitverschwendung« bzw. Pflegemitarbeitern würden ihren Dienst so legen, dass sie »im Frei« seien, wenn die Supervision angesetzt sei. Die Stimmung zwischen den Pflegemitarbeitern und den Ärzten und Psychologen auf Station sei spröde und sprachlos, die Pflegemitarbeitern würden häufig strengere Regeln und Konsequenzen bei Krisen und Regelverstößen anfordern. Dies beziehe sich auf Patientenverhalten wie Sich-Schneiden, Zu-spät-auf-Station-Kommen und verbalem »Ausfälligsein« gegenüber Mitarbeitern, vor allem auch im Nachtdienst. Die ÄrztInnen seien wenig therapieerfahren und würden den Patienten zu häufig Ausnahmen wie Wochenendbeurlaubungen gestatten, wenn die nur genügend Druck machten, die PsychologInnen würden für mehr Verständnis für die doch schwer traumatisierten PatientInnen werben, seien aber für Krisengespräche kaum erreichbar, auch die Informationen für den Dienstarzt seien schwierig zu erreichen, da sich die Akten häufig auf den Zimmern der TherapeutInnen befänden.

An diesem Fallbeispiel können wir einiges erkennen, was zu unserem Thema »Teamdisziplin« passt. Die Struktur der Station ist aufgeweicht. Halt, Orientierung und Containment im System stationäre Psychotherapie (vgl. Dulz et al. 2021) sind dadurch kaum mehr möglich, Patienten und Behandler agieren im *Krisenmodus*. Dies setzt dann einen sich selbst verstärkenden Kreislauf in Gang: Der mangelnde Halt macht zusätzliche Krisengespräche nötig, diese führen zu einer wachsenden Missachtung von Zeitgrenzen (scheinbar im Dienste einer guten Sache) in Patienten- und Besprechungskontakten, was wiederum die Arbeitsfähigkeit dieser »Gefäße« der Teamarbeit schädigt und Ärger sowie Verlust von Engagement provoziert. Der darauf folgende Rückzug in den eigenen Tätigkeitsbereich und die eigene Berufsgruppen-Perspektive führt zu einem Absinken der gemeinsamen Integrationsleistung und des Bewusstseins für den Wert von

Grenzen und Rahmen. Aufgrund der mangelnden Konfliktkultur (keine offenen Aussprachen und Klärungen) zeigt sich passiv-aggressiver Protest gegen »die da oben« und entsprechender Boykott der Supervision, die eigentlich das Containment stärken könnte. Risse zwischen Berufsgruppen über Aufgabenverständnis und Handlungsfragen wie Umgang mit Regeln verstärken sich nun zu Spalten.

Wir wissen, dass sich der Widerstand der Patienten gegenüber der Entwicklung in der Therapie interaktionell an Kämpfen um den Rahmen äußert. Dies ist verstehbar, da therapeutischer Fortschritt ja ein Aufgeben bisher Sicherheit vermittelnder pathologischer Muster erfordert. Die Ambivalenz – vor allen Dingen von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation – gegenüber Struktur und *Containment* (Giernalczyk et al. 2012) durch Rahmen und Regeln wird mit einem Blick auf die Psychodynamik dieser Patienten verständlich: Das innere Strukturdefizit im Rahmen einer Identitätsdiffusion macht es notwendig, dass temporär eine äußere Struktur (Klinik, stationäres oder teilstationäres Setting) die innere ersetzt (vgl. Lohmer 2013). Patienten erleben dies als positiv haltgebend – und dann wieder als einengend und fremdbestimmend. In oszillierendem Wechsel werden innere Objektbeziehungseinheiten von elterlichem Halt und grenzverletzender Intrusion aktiviert. Abhängigkeits- und Versorgungswünsche werden mit Autonomiedemonstrationen wie Regelverstößen und Suchtverhalten abgewehrt und balanciert.

In einer komplementär zum projektiven Druck des Patienten mitschwingenden Haltung werden Teams zum Mitagieren veranlasst: Auch sie schwanken zwischen einer Laissez-faire-Haltung und einer übermäßigen Rigidität, je nachdem, wie ihre eigene Verhaltensvalenz beschaffen ist und in welche komplementäre Haltung sie der Patient bzw. die Patientengruppe bringt.

Disziplin hilft hier in zweifacher Hinsicht: Gegenüber der Patientengruppe sorgt sie für eine gleichmäßige, berechenbare, klare und ruhige Grundhaltung bezüglich Regeln, Verhaltens-

erwartungen und Rahmenbedingungen der Behandlung: gegenüber den Teammitgliedern garantiert sie gegenseitige Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit gegenüber den Patienten und einen Schutz vor dem Mitagieren im Sinne einer »Anything-goes«-Haltung. Somit sorgt die Grundhaltung der Disziplin mit dafür, dass die *Aufgabenorientierung* beständig im Fokus bleibt.

Hierarchie

Das Wort *Hierarchie* kommt aus dem Altgriechischen *hierarchia*, zusammengesetzt aus *hieros* (heilig) und *arche* (Führung, Herrschaft). Es war zunächst auf den religiösen Kontext bezogen, dort schließlich auf das Amt des Hohepriesters. Hierarchie kann als eine auf stufenmäßige Über- und Unterordnung beruhende Ordnung verstanden werden, die auf Herrschaft aufbaut (Köbler 2018). Dabei geht es um die Elemente Entscheidungsmacht, Kompetenzen und Rang. Systemtheoretisch gesehen ist die Ordnung eines Systems dann zu klären, wenn es aus mindestens zwei Elementen besteht, deren Beziehung zueinander zu klären ist. Größere Organisationen verfügen über eine Linienorganisation, bei der die Kommunikation (Information und Anordnungen) entlang des definierten Linienwegs stattfindet. Ein Organigramm regelt die Systematik der Gleichordnung von Organisationseinheiten (z. B. von verschiedenen Ressorts eines Vorstandes) und der Über- bzw. Unterordnung (z. B. in absteigender Reihenfolge: Bereich – Abteilung – Gruppe – Team) von Einheiten. Ein wichtiges Kriterium für die Hierarchie-Stufe ist, wer wem gegenüber berichtspflichtig ist – welche Stellen innerhalb einer Aufbau- bzw. Linienorganisation Informationspflichten gegenüber einer übergeordneten Stelle wahrzunehmen haben.

Im Gesundheitswesen ist uns die Aufbauorganisation einer Klinik je nach Berufsgruppen (z. B. Chefarzt – Oberärzte (Leitende Psychologen) – Funktionsoberärzte/Psychologische Psychotherapeuten – Fachärzte – Assistenzärzte – Psychologen ohne Approbation) vertraut. Eine

Gesamteinrichtung wie ein Klinikum (bestehend aus verschiedenen Kliniken bzw. Abteilungen) wird dann durch eine übergeordnete Ebene (wie z. B. Ärztliche DirektorIn, VerwaltungsdirektorIn und PflegedirektorIn – als Direktoren- oder Vorstandstrio – bzw. durch eine meist betriebswirtschaftliche KlinikdirektorIn) und nachgeordnet Ärztliche und Pflegerische Direktion geleitet.

Klare Hierarchien haben klare *Vorteile*: eine eindeutige Zuweisung von Aufgabe (A), Kompetenz (K) und Verantwortung (V) für jede Position innerhalb der Organisation. Mit diesen AKVs als Definitionshilfe können dann die *Rollen* definiert werden, die jeder Teilnehmer einer Organisation zu übernehmen und zu gestalten hat. Damit werden auch die gegenseitigen *Rollenerwartungen* benennbar und klärbar. In jedem System gibt es neben den formalen Hierarchien auch informelle Hierarchien – Bedeutung, Status und Autorität, die jemandem zugeschrieben werden, ohne dass er über eine formelle Führungsrolle verfügt. In der Partei »Die Grünen« hatte Joschka Fischer lange eine solche klare informelle Führungs- und Machtrolle, obwohl er kein Parteiamt bekleidete. Konflikte in formellen Hierarchien sind oft eindeutiger zuzuordnen und zu klären, während Machtkämpfe in informellen Hierarchien oft verdeckt verlaufen (s. a. Sprenger 2020).

Hierarchie-betonte Systeme haben aber auch klare *Nachteile*: Organisations-Mitglieder identifizieren sich in der Regel eher mit ihrem Subsystem als mit der ganzen Organisation – damit fühlen sich häufig auch nur für dieses verantwortlich und sehen sich weniger in einer Verantwortung für die übergreifenden Zwecke und Aufgaben der Gesamtorganisation. Verantwortung wird bei risikobehafteten Entscheidungen eher nach oben oder unten delegiert als selbststeuernd wahrgenommen.

Durch die Diskussion um *New Work* und *agiles Arbeiten* hat das Unbehagen an als fremdbestimmt erlebtem Arbeiten in starren Hierarchien einen neuen Auftrieb und methodische Argumentationshilfe bekommen. Angestoßen z. B. durch die Arbeiten von Laloux (2014) wurde deutlich, dass hierarchie-arme Systeme, die Entscheidungen z. B. in *Kreisen* von Delegierten

von Arbeitsgruppen treffen und nicht in einem System von Vorgesetzten und Nachgeordneten, ein weit höheres Maß an Engagement und Leidenschaft, Zuständigkeitsgefühl und Umsicht für das Gesamtsystem bei den Teilnehmern einer Organisation wecken können, als es in klassisch-hierarchischen Organisationen der Fall ist. Von daher sind Möglichkeiten der Selbstorganisation und Selbststeuerung in flachen bzw. hierarchiearmen Organisationen ein wichtiges Thema geworden (Oestreich & Schröder 2017; Scheller 2017). Noch etwas radikaler ist das Konzept der Holokratie (Robertson 2015), das die Aktivierung aller Beteiligten einer Organisation durch Einbeziehung bei allen zentralen Entscheidungsprozessen vorschlägt. Dazu gehört dann eine Entscheidungsfindung durch *Konsent* (Minimierung von Einwänden) statt *Konsens* (Einigung aller bzw. Mehrheit entscheidet dann).

Aus einer psychodynamisch-systemischen Perspektive (Giernalczyk & Lohmer 2012) interessieren uns die Übergänge von Old Work (klassische Hierarchie) zu New Work (Selbststeuerung und Selbstorganisation). Bei beiden Formen geht es jeweils auch darum, wie die *Primäraufgabe* einer Organisation (Hirschhorn 2008) – das, was sie erfüllen muss, um am Markt bestehen zu können – ausgeführt wird. Insbesondere geht es dabei auch darum, wie mit dem emotionalen Aufruhr, der mit Veränderung einhergeht, umgegangen wird. Angelehnt an Hirschhorn (2017) haben wir in einer Arbeit zu *Real Work* (Holle et al. 2019) dargelegt, dass es in der Realität notwendig ist, »zwischen formellen und informellen Strukturen, zwischen etablierten und innovativen Arbeitssettings zu *oszillieren*, um Entwicklung und Fortschritt zu *ermöglichen*« (S. 207).

Definition: Wir können also sagen, dass *Hierarchie* per se weder gut noch schlecht ist, sondern die notwendige Ordnung eines Systems bezeichnet. Je nach Arbeitsaufgabe, Organisationstypus und Kultur der Mitarbeitenden kann eine klar hierarchisch gegliederte Organisation oder eine flache Hierarchie mit gut definierten Elementen der Selbststeuerung vorteilhafter sein.

Wenn wir das Thema »Hierarchie« nun auf die therapeutische Arbeit mit Patienten mit strukturellen Störungen anwenden, so gab es historisch gesehen zunächst eine klar hierarchisch gestufte kustodiale psychiatrische Behandlung, dann die Bewegung der Antipsychiatrie und der Sozialpsychiatrie in den 60er- und 70er-Jahren des letzten Jahrhunderts und schließlich das Konzept der Therapeutischen Gemeinschaft, vor allem in England seit den 50er-Jahren.

Die *Antipsychiatrie* in England (Laing 1967) und die *Demokratische Psychiatrie* (Basaglia 1971) in Italien übertrugen gemäß den Gedanken der Antiautoritären Bewegung ein radikales und basisdemokratisch-sozialistisches Konzept von Organisationen auf die Arbeit mit psychisch Kranken (vor allem chronisch psychotischen Patienten). Beide Bewegungen sahen den Kern der Verbesserung der Lage der Patienten in einer radikalen Ent-Psychiatisierung und Selbstbestimmung der Patienten. Im deutschen Sprachraum setzte sich das politisch weniger radikale Konzept der *Sozialpsychiatrie* durch (Dörner & Plog 1978), das ebenfalls die Mündigkeit und Aktivität der Patienten in den Mittelpunkt stellte.

Am produktivsten für die Arbeit mit Patienten mit strukturellen Störungen war aus heutiger Sicht das Konzept der *therapeutischen Gemeinschaft*. Diese Bewegung revolutionierte das Denken und teilweise die Praxis der stationären Behandlung von dissozialen und schweren Persönlichkeitsstörungen in England und Amerika der 50er- und 60er-Jahre grundlegend (vgl. Hinselwood & Manning 1979; Jones 1979; Main 1989a; 1989b;). Dies geschah zunächst am Cassel-Hospital und am Henderson-Hospital in London. Dort wurden junge Erwachsene in einer Kombination von Milieu-Therapie und Einzeltherapie behandelt. Die Idee der Milieu-Therapie war dabei, dass in selbstorganisierten Gruppen das Leben in der Gemeinschaft (Aufräumen, Kochen, Renovieren) organisiert wurde und in analytischen Großgruppen die Gruppendynamik innerhalb der Gemeinschaft und in der Durchführung dieser Arbeiten offen und von allen Beteiligten – Patienten und Teammitgliedern gleichermaßen – untersucht wurde. Durch

dieses Pendeln zwischen lebensnaher Aktivität in Arbeits-Gruppen und Reflexion in Gemeinschafts- und therapeutischen Gruppen kann der Wechsel zwischen Erleben und Beobachten, Ich-Stärkung und Reflexion besonders gut stimuliert werden.

Die Hierarchie stand hier im Hintergrund: So gab es nach wie vor jeweils eine ärztliche und pflegerische (sozialtherapeutische) Leitung für die administrativen oder klinischen Entscheidungen im engeren Sinne; die gemeinsame Organisation des Stationslebens und die psychoanalytisch-systemtherapeutische Reflexion der Gruppen- und Stationsdynamik geschah aber vor dem Hintergrund eines egalitären Organisationsverständnisses. Dies sollte auch dem regressiven Sog einer »totalen Organisation« (mit damals im Vergleich zu heute noch langen stationären Behandlungszeiten von bis zu einem Jahr) durch eine Ich-Stärkung entgegenwirken.

In einer spannenden Parallele zu den heutigen Erfahrungen mit Organisationen im New-Work-Kontext (z. B. mittelständische Firmen nach einer Krise, Start-ups) bedarf es in erfolgreichen Organisationen dieses Typus oft einer klaren und zuweilen auch charismatischen Führungsperson, die durch ihre besondere *Autorität* (zu diesem Konzept siehe weiter unten) eine Vitalisierung und ständige Weiterentwicklung dieser Art der Zusammenarbeit bewirkt.

Im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitswesens haben diese Ansätze derzeit an Einfluss verloren, könnten aber durch die Diskussionen um New Work und Bedürfnisse einer jüngeren Mitarbeitergeneration nach mehr Selbstbestimmung und Selbststeuerung wieder an Bedeutung gewinnen.

Was bedeutet dies für die Teambehandlung von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen?

Vignette

In ihrem Gespräch mit dem Stationsteam bemerken Chefarzt und Pflegefachdienstleiterin, dass das Gespräch einer Klagerunde gleicht: Alle Untergruppen stellen die Beschwerden ihrer speziellen Arbeitssituation eindringlich dar, es gibt Appelle an die

obere Leitungsebene, aber es ist kaum Verantwortlichkeit und Initiative im Team selbst zu spüren. Mit den Händen zu fassen ist ein Leitungsvakuum: Die erfahrene Oberärztin, die auch für die Entwicklung des Konzeptes über Jahre zuständig war, hat die Station vor einem knappen Jahr verlassen, ein Nachfolger ging rasch wieder, derzeit leitet eine in der Arbeit mit dieser Klientel nur wenig erfahrene Oberärztin, die vorher lange Zeit auf der Neurologie war, die Station. In ihrer Unsicherheit konzentriert sie sich auf somatische, insbesondere neurologische Fragen. Die »graue Eminenz« ist ein schon lange zum Team gehörender Psychologe, der aber besonders stark auf »seine Grenzen« achtet und insbesondere von den MitarbeiterInnen der Pflege als »arrogant« und nicht einbeziehend erlebt wird. Gemeinsame Entscheidungsfindung passiert kaum, in den Teamsitzungen werden kontrastierende Meinungen nebeneinandergestellt, ohne dass es zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung und Einigung kommt.

Wir können sehen: die Abwesenheit einer klaren hierarchischen Ordnung führt noch nicht zu gelingender Selbstorganisation und auf das Ganze bezogenem verantwortlichen Denken und Handeln. Sie führt eher zu einer Verantwortungsdiffusion und einem Rückzug in Subsysteme – darunter leidet die Aufgabe und die Moral der Beschäftigten. Ein Führungsvakuum füllt sich in der Regel mit dysfunktionalen Entscheidungs- oder Nicht-Entscheidungs-Wegen bzw. wird durch die heroische Anstrengung einzelner »Work Group Leader« (siehe unten) im Sinne engagierter Teammitglieder kompensiert. Wir haben oben ausgeführt, dass ein an New Work orientiertes Führen in flachen Systemen eines ausgeklügelten Regelwerkes, klarer Zuständigkeiten und Unterstützender bedarf.

Autorität

Der Begriff leitet sich vom lateinischen *auctoritas* ab und bedeutet »Würde, Ansehen und Einfluss«. Im römischen Rechtsverständnis spielte Autorität eine zentrale Rolle als regulierende Entscheidungsgrundlage, wenn klare juristische Vorschriften fehlten. *Auctoritas* konnte sowohl Individuen wie auch einem Kollektiv (wie z.B. dem römischen Senat) zukommen. Das nicht-formaljuristische Gewicht der *Auctoritas* steht dabei der formalen Macht der *Potestas* gegenüber.

In unserem heutigen Verständnis benennt *Autorität* das Ansehen, das einer Institution oder Person zugeschrieben wird und das einen Einfluss auf Denken und Handeln anderer Menschen ausübt.

Autorität bedarf also immer einer *Beziehung*, um wirken zu können – sie ist daher eng mit dem Begriff der *Anerkennung* verbunden.

Erich Fromm (1936) unterscheidet hier die Autorität eines Lehrer-Schüler-Verhältnisses, die ein natürliches Macht- und Wissensgefälle enthält, als Fall einer *rationalen Autorität* von einer irrationalen und willkürlichen, machtbestimmten Autorität des Herren in einer Herr-Knecht-Beziehung (Hegel 1807), die schließlich zu einem *autoritären Charakter* führen kann. Dies hat Adorno später weiter ausgeführt (1950).

In der Studentenbewegung der 68er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts war der Kampf gegen als repressiv erlebte Autoritäten (der Staat, die Hochschullehrer) im Sinne der *Antiautoritären Bewegung* konstitutiv für den politisch-emanzipatorischen Kampf. Ausgeblendet wurde dabei teilweise, dass auch diese Bewegung über charismatische Führungspersönlichkeiten (z.B. Rudi Dutschke) mit einer hohen zugewiesenen und ausgedrückten Autorität verfügte.

In der Folge tat sich eine linksliberale (Fach-)Öffentlichkeit immer schwer mit dem Begriff der Autorität – hilfreich war dabei schließlich die Unterscheidung in *autoritäres* Verhalten als Bezeichnung für repressiv geprägtes, machtbetontes und nicht verhandelndes Verhalten gegenüber *autoritativem* Verhalten als Ausdruck einer

natürlichen, anerkannten und positiv wirkenden Autorität.

Gerade im psychosozialen Bereich – weniger stark im traditionell ärztlich geprägten Gesundheitsbereich – ist eine basisdemokratische generelle Skepsis gegenüber Autorität wie auch gegenüber Macht nach wie vor deutlich spürbar und führt immer wieder zu Führungssituationen, in denen Führungspersonen Macht- und Entscheidungsbefugnisse nicht zugestanden bzw. von den Führungspersonen selbst auch nicht angenommen werden. Leitungsrollen werden dann lieber als *Koordinierung* und *Moderation* verstanden – mit dem Ergebnis, dass häufig informelle Autorität und Macht Entscheidungen bestimmt (siehe auch oben).

Aus psychoanalytisch-systemischer Sicht in der Tradition des *Tavistock-Modells* (Giernalczyk & Lohmer 2012) ist die Zuweisung und Anerkennung von Autorität konstitutiv für die Idee der Führung. Sie ist eine Voraussetzung, um wirksam in einer *Rolle* arbeiten zu können. In Anlehnung an Obholzer (1994) können wir die Zuweisung von Autorität so fassen, dass Autorität immer von oben (der übergeordneten hierarchischen Ebene, die einen Auftrag vergibt) und unten (den nachgeordneten Führungs- und Mitarbeiter-Ebenen) anerkannt und zugewiesen werden muss. Ohne einen klaren Auftrag von *oben* fehlt die Grundlage für die Autorität, Entscheidungen treffen und die dafür notwendige *Macht* im Dienste der Aufgabe ausüben zu können. Ohne Autorität von *unten* wird eine Führungsperson nicht durch die nächsten Ebenen getragen, verfügt über keine ausreichende Akzeptanz und kann Entscheidungen, wenn überhaupt, nur zeitweise und durch direkte Machtausübung durchsetzen oder aber durch »Wohlverhalten« gegenüber den Geführten »erkaufen«. Wir sehen hier, wie eng *Leadership* (als Ausdruck geistiger und umfassender Führung) in Zusammenhang mit *Followership* (im Deutschen nur widerstrebend mit »Gefolgschaft« zu übersetzen) verbunden ist.

Eine zusätzliche Dimension ergibt sich aber durch die dritte Dimension der notwendigen Zuweisungen von Autorität – der Autorität von *innen*. Damit ist die *Selbst-Autorisierung* einer

Führungskraft zu verstehen: sich selbst die Ausübung von Autorität mit der dafür notwendigen Macht, auch gegen Widerstand, zuzugestehen. Diese Dimension ist dann in Gefahr, wenn neurotische Hemmungen bestehen, eine Autorität darstellen, sich gewissermaßen »über andere« stellen zu dürfen.

Definition: In diesem Organisationsverständnis ist Autorität also immer an eine Rolle und Aufgabe gebunden, muss notwendig für die Funktionsfähigkeit der Organisation sein und bedarf der Anerkennung.

Welche Bedeutung hat nun das Konzept der *Autorität* in der therapeutischen Arbeit von Teams mit Patienten mit schweren Persönlichkeitsstörungen?

Vignette

Chefarzt und Pflegedienstleiterin sehen klar, dass sie hier in ihrer übergeordneten Leitungs- und Containment-Funktion gefordert sind. Sie beschließen, dass die Pflegedienstleiterin zunächst mit der Stationsleitung und dann mit dem gesamten Pflorgeteam einen Klärungstermin initiieren wird. Darin soll die Stationsleitung in ihrer Autorität (Dienstplan durchsetzen, die Supervision ist obligatorisch) gestärkt werden, die Rotation von Pflorgeteam-Mitgliedern von der Akutstation wird in die Wege geleitet, um die passiv-aggressive Verweigerungshaltung im Pflorgeteam aufzulösen. Gleichzeitig sollen in dem Treffen mit dem Pflorgeteam klare Erwartungen der Mitarbeiter an die anderen Berufsgruppen erarbeitet und in einer nächsten Gesamtsitzung mit Chefarzt und Pflegedienstleitung ausgehandelt werden. Der Chefarzt wird einen erfahrenen Psychologen aus der sozialpsychiatrischen Abteilung als therapeutische Leitung einsetzen, um die Leitungsfunktion neben der Oberärztin zu stärken. Das Trio Stationsleitung, Therapeutische Leitung und Oberärztin soll dann gemeinsam als Leitungsteam auftreten und für

Klarheit und Disziplin im Umgang mit dem Rahmen sorgen. Gleichzeitig sollen Vorschläge der Kunst- und Musiktherapeuten für ein Projekt mit den Patienten zur Förderung des Gemeinschaftsgefühls auf Patientenseite aufgegriffen, autorisiert und gefördert werden. Monatlich wird es zunächst ein Jour Fixe von Chefarzt und Pflegedienstleiterin mit dem Leitungstrio der Station geben, um diese in ihrer Funktionsfähigkeit zu stärken, sie werden ebenfalls eine Leitungssupervision beim Teamsupervisor erhalten. In sechs Monaten wird es dann ein drittes Treffen aller geben, um die Veränderungen zu sichten und gegebenenfalls weitere Schritte zu beschließen.

Das Fallbeispiel zeigt, wie das Autoritäts- und Machtvakuum auf Station durch klare Autorisierung und Beauftragung mit offiziellen Leitungsrollen wieder behoben werden kann – vorausgesetzt, die benannten Mitglieder gehen in diese Rollen mit einer »inneren« Autorisierung und dem Bewusstsein, zunächst (neben Erleichterung) auch auf Widerstand zu treffen, weil das »Interregnum« ja auch Autonomie-Spielräume und unbeobachtete Freiheitsnischen für die Mitarbeiter eröffnet hatte! Gleichzeitig müssen sie auch die Unterstützung der »Verlierer« dieser Lösung gewinnen (z. B. des Psychologen, der die »graue Eminenz« war) bzw. Mitglieder, die nachhaltig boykottieren, müssen versetzt werden. Der Auftrag an das Leitungsteam ist dann auch, zusammen mit dem Team die Prozesse und Konzepte zu überprüfen und wieder eine gemeinsam geteilte therapeutische Grundhaltung zu entwickeln.

Wir können sagen: klinische Erfahrung, Wissen um Konzepte, Reflexionsfähigkeit über eigene Verwicklungsmöglichkeiten in Patienten- und Teamdynamiken sowie die Fähigkeit zum Perspektivwechsel definieren u. a. Autorität in Teams. Diese ist nicht an formale Führungsrollen gebunden, auch erfahrene Teammitglieder ohne Führungsrolle können im Team in der Rolle eines »Work-Group-Leaders« (Bion 1961), der oder die

im Sinne der Arbeit initiativ wird, Aufgaben übernimmt und Probleme (»Elefanten im Raum«) benennt, Autorität innehaben und ausüben. Diese besteht in diesem Kontext häufig darin, Routinen infrage zu stellen, Regeln zu vertreten und ihre Sinnhaftigkeit immer wieder zu überprüfen und fürsorgliche Konfrontationen mit Patienten einzugehen. Damit hat Autorität im Team auch die Aufgabe, *anti-konventionell* zu wirken und der natürlichen Tendenz von Teams, sich auf einen formalen, oberflächlich regelkonformen und routiniert-risikoarmen Modus einzuschwingen, entgegenzuarbeiten.

Autorität bedeutet somit, Wirklichkeitskonstruktionen und Abwehroperationen immer wieder infrage zu stellen und Fragen zu stellen wie:

- Dient unsere Stations- und Team-Routine dem Patienten oder unserem Komfortgefühl?
- Sind wir individuell genug in unserem Behandlungsplan oder betreiben wir Standardisierung, um uns Aufwand zu ersparen?
- Wollen wir einen Patienten entlassen, weil wir den Behandlungsrahmen, die Zusammenarbeit im Team und die Therapiechancen der anderen Patienten schützen müssen, oder weil uns die Auseinandersetzung mit einem Patienten in Grenzbereiche des Verstehens und Aushaltens bringt?

Die Autorität für solch fundamentale Fragen erwirbt sich ein Teammitglied, sei es mit oder ohne formale Führungsrolle, wenn es sich als verlässlich und richtungweisend in der Zusammenarbeit erwiesen hat.

Hier können wir auf eine These von Sennett (2012) über *das Dreieck der guten Zusammenarbeit* zurückgreifen.

Definition: Verdiente Autorität, wechselseitiger Respekt und Kooperation während einer Krise bilden das Fundament einer verlässlichen und vertrauensvollen gemeinsamen Arbeit.

Neben der fachlichen Autorität – in unserem Fall eine lange therapeutische Erfahrung und ein gutes konzeptuelles Wissen sowie supervisorische Fähigkeiten – ist es der wechselseitige Respekt

im Sinne von Wertschätzung der Erfahrungen und Perspektiven der anderen, auch wenn sie einem selbst nicht einleuchten. Und schließlich finden wir hier als dritten Schenkel des Dreiecks die Unterstützung während einer Krise. Speziell bei Vorgesetzten wird die Glaubwürdigkeit, das Vertrauen und die Bereitschaft, sich auch auf risikobehaftetes Vorgehen einzulassen, beträchtlich erhöht, wenn sich die Person mit Autorität auf berufliche und private Krisen mit Interesse, Einfühlung und Hilfsbereitschaft einlässt.

Gerade im therapeutischen Bereich verbinden sich in *Krisen* persönliche und professionelle Themen. Sind wir persönlich angeschlagen, können uns Entwertung und projektive Identifikationen durch Patienten – und manchmal auch Kollegen – besonders treffen. Kommt es dann zum Rückzug aus Scham und entsprechendem Schutzbedürfnis, leidet die Arbeit mit Patienten und Team und es droht, dass eine Atmosphäre von Pseudo-Offenheit und falschem Respekt vor Abwehrbedürfnissen entsteht.

»Verdiente Autorität« im Sinne Sennetts bedeutet dann die Lizenz, eine solche Krisendynamik taktvoll aufzugreifen, die Abwehrroutine infrage zu stellen und Kollegen persönlich ins Gespräch zu ziehen.

Fazit

Die drei uns zunächst fremdartig und aversiv anmutenden Begriffe haben sich nun also doch als nützlich erwiesen, um unseren Umgang mit Führung und Zusammenarbeit im Team zu überprüfen. Die relative Strenge, die ihnen eignet, hat sich als eine gute Messmöglichkeit erwiesen, mit der wir in der Teamarbeit das Ausmaß unserer

- ernsthaften Aufgabenorientierung,
- Bereitschaft zu verantwortungsvollem Handeln und Entscheiden sowie
- Fähigkeit, Routinen infrage zu stellen und erprobtes Erfahrungswissen anzuwenden, beurteilen können.

Literatur

- Adorno, T.W. (1950). Studien zum autoritären Charakter. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Basaglia, F. (1971). Die negierte Institution oder die Gemeinschaft der Ausgeschlossenen. Ein Experiment der psychiatrischen Klinik in Görz. Frankfurt/Main: Suhrkamp. 12. Aufl. 1995.
- Bion, W.R. (1974 [1961]). Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Stuttgart: Ernst Klett.
- Dörner, K. & Plog, U. (1978). Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie. Wunstorf: Psychiatrie-Verlag.
- Dulz, B., Lohmer, M., Kernberg, O.F., Wlodarczyk, O. & Dammann, G. (2021). Borderline-Persönlichkeitsstörung: Übertragungsfokussierte Psychotherapie. Ein Manual zur stationären Therapie. Göttingen: Hogrefe (im Druck).
- Elias, N. (2010 [1939]). Über den Prozess der Zivilisation. Frankfurt: Suhrkamp.
- Eppler, M.J. & Kernbach, S. (2018). Meet up! Einfach bessere Besprechungen durch Nudging. Stuttgart: Schäffer & Poeschel. DOI 10.34156/9783791039756.
- Fromm, E. (1936). Studien über Autorität und Familie. Forschungsberichte aus dem Institut für Sozialforschung. Paris: Alcan.
- Giernalczyk, T. & Lohmer, M. (Hg.) (2012). Das Unbewusste im Unternehmen: Psychodynamik von Führung, Beratung und Change Management. Stuttgart: Schäffer & Poeschel.
- Giernalczyk, T. & Lazar, R.A. & Albrecht, C. (2012). Die Rolle der Führungskraft und des Beraters als Container. In: T. Giernalczyk & M. Lohmer (Hg.). Das Unbewusste im Unternehmen. Stuttgart: Schäffer & Poeschel, 25–39.
- Hegel, F.W. (1807). Herrschaft und Knechtschaft. In: E. Moldenhauer & K.M. Michel (Hg.). F.W. Hegel (1807). Phänomenologie des Geistes. Theorie Werkausgabe Bd. 3. Frankfurt/Main: Suhrkamp.
- Hinshelwood, R.D. & Manning, N. (Hg.). Therapeutic Communities. London: Routledge & Kegan Paul, 1–11.
- Hirschhorn, L. (2017). Extending the Tavistock Model: From Social Defence to Developmental Politics. München: M19-Manufaktur f. Organisationsberatung, unveröff. Manuskript.
- Hirschhorn, L. (2008). Das primäre Risiko. In: M. Lohmer (Hg.). Psychodynamische Organisationsberatung: Konflikte und Potentiale in Veränderungsprozessen. 2. Auflage. Stuttgart: Schäffer & Poeschel, 98–118.
- Holle, M., Lohmer, M. & Zimmermann, M. (2019). Von Old Work über New Work zu Real Work. Eine psychodynamische Perspektive. Organisationsberat Superv Coach 26, 193–213. DOI 10.1007/s11613-019-00600-3.
- Jones, M. (1979). The therapeutic community, social learning and social change. In: R.D. Hinshelwood & Manning, N. (Hg.). Therapeutic Communities. London: Routledge & Kegan Paul, 1–11.
- Köbler, G. (2018). Juristisches Wörterbuch: Für Studium und Ausbildung. 17. Auflage. München: Franz Vahlen.
- Laloux, F. (2015 [2014]). Reinventing Organizations. Ein Leitfaden zur Gestaltung sinnstiftender Formen der Zusammenarbeit. München: Franz Vahlen. DOI 10.15358/9783800652860.
- Laing, R.D. (1969 [1967]). Phänomenologie der Erfahrung. Frankfurt: Suhrkamp.
- Lohmer, M. (2013). Borderline-Therapie. Psychodynamik, Behandlungstechnik und therapeutische Settings. 3. Auflage. Stuttgart: Schattauer.
- Main, M. (1989a). The ailment. In: T. Main (Hg.). The Ailment and other Psychoanalytic Essays. London: Free Association Books, 12–36.
- Main, M. (1989 b). The concept of the therapeutic community. In: T. Main (Hg.). The Ailment and other Psychoanalytic Essays. London: Free Association Books, 123–145.

- Obholzer, A. (1994). Authority, power and leadership: contributions from group relations training. In: A. Obholzer & V. Zagier Roberts (Hg.) (1994). *The Unconscious at Work*. London and New York: Routledge, 39–50.
- Oestreich, B. & Schröder, C. (2017). *Das kollegial geführte Unternehmen. Ideen und Praktiken für die agile Organisation von morgen*. München: Franz Vahlen. DOI 10.15358/9783800652303.
- Robertson, B.J. (2016 [2015]). *Holocracy. Ein revolutionäres Management-System für eine volatile Welt*. München: Franz Vahlen. DOI 10.15358/9783800650880.
- Scheller, T. (2017). *Auf dem Weg zur agilen Organisation*. München: Franz Vahlen. DOI 10.15358/9783800652723.
- Sennett, R. (2012). *Zusammenarbeit – Was unsere Gesellschaft zusammenhält*, Berlin: Hanser.

- Sprenger, B. (2020). *Sprich nicht darüber, aber halte dich dran: Die Macht impliziter Regeln in Systemen*. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht. DOI 10.13109/9783666407413.

Korrespondenzadresse

Dr. Mathias Lohmer
Feilitzschstr. 36
80802 München
E-Mail: mathias.lohmer@m-19-organisationsberatung.de