

Primäre Aufgabe – Primäres Risiko

Das Konzept der *Primäraufgabe* bzw. des *primären Risikos* ist eines der Basiskonzepte des Tavistock-Ansatzes (psychodynamische Organisationsberatung). Im Kern behandelt es das Verhältnis von *Realität* und *Phantasie* in der organisationsbezogenen Arbeit, dabei steht es in engem Zusammenhang mit Bions Konzepten der „*Arbeitsgruppe*“ (realitätsbezogene Gruppenmentalität) und den verschiedenen „*Grundannahmen*“ (regressive Gruppenverfassungen, die die Gruppe von der Realität entfernen).

Die *Primäraufgabe* bezeichnet die zentralen Aufgabenstellungen einer Unternehmung / einer Organisation. Sie macht ihren Sinn und Zweck aus und kann als das Ensemble aller primären Praktiken definiert werden, d. h. derjenigen Praktiken, in denen sich die *tatsächlichen* Ziele der Organisation manifestieren (die sich nicht unbedingt mit den erklärten Zielen decken müssen). Die Primäraufgabe repräsentiert Realitäten, auf die die Organisation zwar Einfluss hat, die sie jedoch nur beschränkt steuern kann. Zwischen der Primäraufgabe der Organisation und dem, was wir mit Freud *Realitätsprinzip* nennen, besteht eine enge Verbindung.

Mit Blick auf die Primäraufgabe bzw. die primären Praktiken werden Ressourcen bereit gestellt und Prioritäten gesetzt, was die verschiedenen Aktivitäten des Unternehmens angeht. Die Bestimmung der Primäraufgabe und ihre erfolgreiche Bewältigung sichert das Überleben der Organisation. In der Praxis ist das weniger leicht, als es zunächst erscheinen mag: Verschiedene Gruppierungen innerhalb der Organisation mögen verschiedene Auffassungen generieren, was die Primäraufgabe sein und wie sie interpretiert und angegangen werden sollte. In einem Unternehmen der Automobilbranche geht es z. B. um die Produktion von Automobilen. Aber: Ob Premiumfahrzeuge oder erschwingliche Fahrzeuge für große Bevölkerungsgruppen hergestellt werden sollten, kann schon Gegenstand von Diskussionen sein. Wie sollte die Produktpalette ausgestaltet werden? Welche Ausgestaltung entspricht der

Marke? Weiter: Wie sieht das Unternehmen die Frage der Auslagerung von Produktionsbereichen? Wie intensiv nutzt es Zulieferer? Wird die Sicherung der Arbeitsplätze in der Region als Teil der Primäraufgabe gesehen? Oder geht es darum, Profit zu generieren – unter Umständen eben auch durch Verlagerung der Produktion ins Ausland? Schließlich: Wie schätzt das Unternehmen die Zukunft des Automobilbaues ein? Wie soll sich die Marke entwickeln? Welche Antriebsaggregate wird der Markt in naher oder mittelfristiger Zukunft präferieren? Wie schätzt das Unternehmen die Marktlage in Deutschland, in Europa, in Übersee ein? Welchen Einfluss werden die verschiedenen politischen Kräfte nehmen? Wenn der Elektromotor das Antriebsaggregat der Zukunft ist – was bedeutet das für die Steuerung der Ressourcen (Forschung, Marketing usw.)? Was sind die Folgen für Arbeitnehmer? – Bei all diesen Themen fehlt noch die auf Digitalisierung basierende Revolution der Mobilität (autonomes Fahren usw., usf.)....Wenn diese Klärungen der Primäraufgaben nicht entschlossen genug erfolgen, wenn die Komplexität und Dynamik der Themenstellungen unterschätzt werden, oder wenn sich spezifische Interessengruppen mit ihren je eigenen Sichtweisen durchsetzen, kann die Zukunft des Unternehmens ernsthaft (nachhaltig) in Gefahr sein...

In Organisationen, die dazu dienen, Menschen zu helfen oder sie zu verändern, in denen also *Beziehungsarbeit* geleistet wird, ist es noch schwieriger, die Primäraufgabe genau und realitätsgerecht zu bestimmen. Hier sind in der Regel multiple Aufgaben zu bewältigen, und alle erscheinen wichtig: Eine Universitätsklinik soll Patienten behandeln, aber auch Forschung betreiben und Experten ausbilden. Eine Forensische Klinik soll Patienten behandeln, aber auch die Sicherheit der Bevölkerung gewährleisten. Ihre Ärzte sollen Expertengutachten erstellen. Wie kann dies alles abgewogen und aufeinander bezogen werden? Wie genau sind die Prioritäten zu setzen? Sowohl innerhalb, als auch außerhalb der Klinik wird es konträre Auffassungen darüber geben, und manche dieser Erwartungen schließen sich untereinander aus.

Die seit zwei Jahrzehnten an Dramatik zunehmende Dynamik des sozialen Wandels intensiviert diese Probleme noch: Organisationen wandeln sich ohne Unterlass, Umstrukturierungen sind inzwischen die Regel, und in der Folge verändern sich die Aufgabenstellungen sehr vieler Unternehmungen. Die Dynamik im Inneren unserer

Organisationen hängt dabei vielfältig mit Dynamiken im Umfeld derselben zusammen: Wenn – von einem Monat auf den anderen – hunderte von hilfeschuchenden Migranten die regionale PIA aufsuchen, müssen Entscheidungen getroffen werden: Soll die „Versorgung“ dieser Klientel zu den zentralen Aufgaben der PIA gerechnet werden? Wenn ja, wie kann der gewaltige Ansturm bewältigt werden? Welche personellen, finanziellen und räumlichen Ressourcen werden benötigt, und wie können sie erschlossen werden? Welche Auswirkungen wird der neue Schwerpunkt der PIA auf die Arbeit mit denjenigen haben, die die Angebote der PIA seit Jahrzehnten nutzen?

Mit diesen Fragen klingt an, dass es heute nicht mehr darum geht, eine überschaubare, genau definierbare und relativ stabile Primäraufgabe zu bestimmen. Vielmehr steht fast überall an, multiple Aufgabenstellungen, die sich fortlaufend verändern, in begleitenden Reflexions- und Entscheidungsprozessen in den Blick zu nehmen und so weiterzuentwickeln, dass die Zukunft der fachlich zu verantwortenden Arbeit möglichst nachhaltig gesichert werden kann. Dies ist ein niemals endender Prozess, der alle Beteiligten extrem fordert. Der amerikanische Kollege Larry Hirschhorn hat diese Herausforderung als Bewältigung des *primären Risikos* beschrieben: Führungskräfte, Manager und Mitarbeitende sind zunehmend damit konfrontiert, ihre Konzeption der Aufgabe und die damit einhergehende Gestaltung des Organisationsdesigns den sich verändernden Bedürfnissen der Klienten (des Marktes) anzupassen. Dies impliziert *strategische Abwägungen und Entscheidungen*, von denen u. U. die Zukunft der Unternehmung abhängt. Das *primäre Risiko* ist dann das empfundene Risiko, die primäre Aufgabe falsch zu bestimmen, d. h. so zu wählen, dass sie nicht bewältigt, oder besser gesagt: dass mit ihrer Erledigung die Zukunft des Betriebes nicht gesichert werden kann. Das Risiko hängt dabei am faktisch gegebenen Verhältnis des Unternehmens zu seiner relevanten Umwelt, das fortlaufend betrachtet, reflektiert und ausgewertet werden muss.

Bevor ich drei Beispiele für konstruktive Reflexions- und Entscheidungsprozesse schildere, möchte ich hervorheben, dass die skizzierten Herausforderungen unausweichlich bewusste und unbewusste Ängste (Verunsicherungen, Überforderungen, Zweifel, Belastungen...) und entsprechende Widerstände wecken.

Der Druck auf verantwortliche Entscheider, aber auch auf Mitarbeitende, kann sehr groß sein. Die Last der Verantwortung und das Risiko des Scheiterns kann zur Etablierung einer dysfunktionalen Absicherungskultur führen. Oder die reale Bedrohung kann verleugnet oder illusionär verkannt werden („Wir sind so gut, uns kann nichts passieren!“), bis das böse Erwachen kommt und alles zusammenbricht (VW...AUDI?). Solche dramatischen Entwicklungen mit schlechtem Ausgang gibt es bekanntlich nicht nur in der Automobilbranche und im Profifußball, sondern auch in psychosozialen Feldern. Die Schuld für ausbleibende Klienten, kritische Rückmeldungen und wirtschaftliche Verluste kann auch auf Außenstehende abgeschoben werden (auf die Krankenkassen, auf die Politik, auf die Medien...). Diese Wege der irrationalen Bewältigung realer Bedrohungslagen werden im nächsten Text („Regressive Gruppendynamik“) genauer besprochen.

Hier erst einmal drei Beispiele, die davon handeln, wie die primäre Aufgabe und das primäre Risiko realitätsgerecht in den Blick genommen werden. Das *erste Beispiel* betrifft eine seit drei Jahren etablierte Teamsupervision im Betreuten Wohnen eines Psychiatrischen Betreuungsvereines in einer Großstadt. Die 120-minütigen Sitzungen finden im monatlichen Abstand statt, die Mitwirkenden sind alle Mitarbeitenden (maximal zwanzig Personen), sowie die Abteilungsleitung und ihre zwei Stellvertretungen. Traditionell wurden schwerpunktmäßig Menschen mit akuten und vor allem chronischen Erkrankungen aus dem Formenkreis der Psychosen angenommen und betreut, wobei diese Betreuung in Vernetzung mit anderen psychosozialen Angeboten der Region (Psychiatrische Klinik, PIA, TK, SPsD, niedergelassene Ärzte, Rechtsbetreuer usw.) umgesetzt wurde. Für Kostenübernahmen werden Anträge geschrieben und Ziele der Betreuung definiert, die Verlängerung der Bewilligungszeiträume wird von der Zielerreichung abhängig gemacht. Auf dieses Vorgehen sind alle Beteiligten (die Nutzer wie die Anbieter von Angeboten) gut eingestellt, es ist seit vielen Jahren etabliert und miteinander eingespielt (es „funktioniert“). *Neu* ist, dass sich die Klientel verändert: Die Patienten, die von der Klinik oder von niedergelassenen Ärzten angemeldet werden, leiden immer häufiger auch an multiplen Abhängigkeitserkrankungen (Alkohol, illegale Drogen, Glücksspiel, Computerspiele), und viele dieser Abhängigkeitskranken sind mit abstinenter Lebensführung definitiv überfordert. Sie benötigen eine Form der niederschweligen, lebensbegleitenden, akzeptierenden Betreuung, die sie vor den

krassesten Abstürzen bewahrt und ihnen hilft, so viel Lebensqualität wie möglich zu erhalten. Das macht nicht nur andere Antragsbegründungen, andere Betreuungsformate und zusätzliches Fachpersonal nötig, sondern erfordert auch berufliche Identitätsarbeit bei den meisten Betreuerinnen und Betreuern: Wollen wir diese „neue“ Klientel betreuen? Fühlen wir uns dazu verpflichtet? Sind wir – mit Blick auf unsere Arbeitsplätze – womöglich dazu gezwungen? Wenn wir uns für „zuständig“ erklären: Wie können wir uns selbst weiterentwickeln? Welche Fortbildungen benötigen wir? Wo können wir hospitieren? Wie können wir ein zeitgemäßes Betreuungskonzept für diese Menschen entwickeln? Wenn wir uns auf ein solches Konzept geeinigt haben: Wie können wir den Vorstand des Vereins dazu gewinnen, uns mit den erforderlichen Ressourcen zu unterstützen? – Alle diese Fragen (und andere mehr) beschäftigen das Team in der kontinuierlichen Teamsupervision. Diese wird damit zu einem Ort, an dem über die Primäraufgabe und die Zukunftssicherung der Einrichtung gemeinsam nachgedacht werden kann. Das betrifft auch zwei weitere Veränderungen in der Klientel: Wie an vielen anderen Orten der Betreuung, so steigt auch in dieser Einrichtung der Anteil an Menschen stetig an, die unter einer schweren Persönlichkeitsstörung leiden. Diese Personengruppe mit ihren spezifischen, dynamisch eingebrachten Anliegen dominiert die Betreuungskultur inzwischen weitgehend. Ihre Begleitungen lassen sich nur sehr bedingt in ein traditionelles Betreuungsschema übertragen. Neue Konzepte müssen – ähnlich wie in der Arbeit mit Abhängigkeitskranken – entwickelt und gegenüber den Steuerungsverantwortlichen vertreten werden...“Neu“ ist auch, dass die seit vielen Jahren betreuten Bewohner – nicht zuletzt aufgrund guter Betreuung – immer älter und damit multimorbide werden. So steigt der Pflegeaufwand, und es braucht nicht nur neue, für aufwendige somatische Pflege geeignete Räumlichkeiten, sondern auch veränderte Haltungen. Alle diese Themen betreffen die sich verändernde Primäraufgabe der Einrichtung und berühren die Frage der zukunftssichernden Anpassung an eine sich verändernde Umwelt. Psychodynamische Teamsupervision trägt dazu bei, die resultierende Herausforderung schrittweise zu bewältigen. Im vorliegenden Fall könnte sie dies noch wirksamer, wenn sich Vorstand und Geschäftsführung des Vereines kommunikativ weniger zurückhaltend und weniger passiv verhielten, und wenn sie sich transparent und proaktiv in die skizzierten strategischen Überlegungen einbrächten.

Dies ist in meinem *zweiten Beispiel* der Fall. Es handelt von einem renommierten, seit Jahrzehnten etablierten Betreuungsverein mit mehreren Standorten und etwa 100 Mitarbeitenden, dessen hauptamtlicher Geschäftsführer und dessen ehrenamtlicher Vorstand ausgesprochen vorausschauend, initiativ und fachlich engagiert an der Klärung existenzieller Fragen mitwirken. Da Mitarbeitende Unzufriedenheit über nicht transparente Entscheidungsprozesse auf Leitungsebene äußerten und sich kommunikativ ungenügend einbezogen fühlten, wurden auf Anregung der beiden Führungsebenen (GF und Vorstand) im Verlauf der letzten Jahre wiederholt „Zukunftstage“ veranstaltet, die ich gruppenanalytisch moderierte. Diese Tage wurden in moderierten Besprechungen vorbereitet, an denen der Vorstand, die Geschäftsführung, die Abteilungsleitungen, sowie der Personalrat teilnahmen. In einem thematisch nur wenig vorstrukturierten Austausch wurden zentrale akute Bedarfe einzelner Abteilungen, aktuelle Herausforderungen und Zukunftsfragen gesammelt und mit Blick auf den jährlichen „Zukunftstag“ diskutiert. Dieser Tag fand anschließend in Form einer Großgruppe mit drei Sitzungen à 90 Minuten statt und ermöglichte, sowohl Kritisches als auch Anerkennendes zur Sprache zu bringen. Danach wurden Projekte vorgeschlagen und schriftlich festzuhalten, die zu entwickeln für notwendig, wichtig, sinnvoll oder auch einfach interessant und spannend erachtet wurden. Aus etlichen Vorschlägen dieser Art wurden gemeinsam Projekte mit Priorität destilliert, mit deren Initiierung und Umsetzung die Geschäftsführung bzw. das zentrale Leitungsgremium des Trägers (GF und Abt.-Leitungen) beauftragt wurden. Diese Prioritäten betrafen vor allem die Bündelung, Sortierung und Priorisierung sehr vielfältiger und mehr oder weniger spontan gewachsener Angebote; die Bestandsaufnahme vielfältiger Qualifikationen und Kompetenzen im Verein und die Etablierung vereinsinterner generierter Fortbildungen; die Bestandsaufnahme und Verdichtung vielfältiger ambulanter Angebote; eine stärkere Schwerpunktsetzung in den einzelnen Standorten; sowie die Gründung und den Ausbau einer weiteren Einrichtung für stationär betreutes Wohnen, da eine bereits etablierte, erfolgreiche Einrichtung dieser Art den großen Bedarf nicht decken kann, und weil dieses Angebot sinnvoll ist und allen Beteiligten Freude bereitet. – In den folgenden „Zukunftstagen“ wurde die Umsetzung dieser Projekte – teils mit Kritik, überwiegend aber sehr anerkennend – in der Großgruppe ausgewertet und reflektiert. Insgesamt entstand der Eindruck, dass eine vielfältig aufgestellte, sehr gut geführte Organisation einen semi-strukturierten, in großen

Teilen offenen Reflexionsprozess initiiert und umgesetzt hat, der auf vielfältige Weise hilft, zukünftige Herausforderungen zu bewältigen.

Mein *drittes Beispiel* handelt von einer Schwerpunktlinik mit etwa einem Dutzend verschiedener Fachabteilungen, deren Chefärzte / Pflegedirektion und deren Geschäftsführung / medizinisches Controlling sich jährlich zu „Strategie-Workshops“ treffen. Hier ist die Bearbeitung des *primären Risikos* im Titel der Veranstaltung vorgegeben: Das Treffen dient dazu, die Leistungs- und Geschäftsdaten jeder Abteilung in den Blick zu nehmen und im regionalen und überregionalen Vergleich mit Konkurrenten („benchmark“, „best practice“) zu bestimmen, welche inhaltlichen Ausrichtungen und welche fachlichen Praktiken am besten dazu dienen können, die Klinik erfolgreich zu betreiben (sie schreibt im Unterschied zu vielen vergleichbaren Kliniken Deutschlands keine Verluste). In der Vergangenheit waren diese Strategie-Workshops von einem betriebswirtschaftlich ausgerichteten Berater moderiert wurden, was zu Spannungen und Konflikten zwischen GF und Chefärzten führte. Der von den Chefs gewünschte und von der GF beauftragte Wechsel zu psychodynamischer Moderation, die nicht so sehr betriebswirtschaftliche Aspekte, sondern die kommunikative Dimension und Aspekte der *Führung* zum Gegenstand haben sollte, entspannte die Auseinandersetzung relativ schnell. Relativ schnell wurde aber auch deutlich, dass der „wunde Punkt“ der Klinik (fast fächerübergreifend, ausgenommen die psychosoziale Abteilung) in einem Kommunikationsproblem bestand: Weder tauschten sich die Chefs untereinander genügend aus, noch die Chefs mit ihren jeweiligen Oberärzten. Auch der Austausch zwischen GF und der Chefarzteebene, sowie zwischen GF und den Oberärzten als mittleres medizinisches Management erschien ausbaufähig – abgesehen von der betriebswirtschaftlichen Dimension. Außerdem mangelte es an einem zeitgemäßen Verständnis vertrauensvoller Führung durch Chef- und Oberärzte und in der Folge davon an einer verantwortlichen, verbindlichen Besprechungskultur zumindest in den zentralen Abteilungen des Hauses. Diese Mängel waren Mitursache von Beschwerden seitens der Patienten und ihrer Angehörigen, die sich nicht selten ungenügend informiert fühlten. Auch die Mitarbeitenden verschiedener Berufsgruppen äußerten Unzufriedenheit und dokumentierten dies in geeigneter Form. Mit Blick auf unser heutiges Thema (Primäraufgabe, primäres Risiko) ließe sich formulieren: Die Bewältigung der Primäraufgabe (Patientenversorgung auf

möglichst konstant hohem Niveau) geriet in Gefahr, weil es an der Strukturierung klinischer Arbeit und an der Besprechungskultur in zentralen Abteilungen mangelte. Viele Informationen versickerten, und viele Arbeitsprozesse erschienen wenig geordnet. Das Arbeitsklima und der Ruf der Klinik begannen zu leiden, so dass sich die Zukunft der Klinik weniger sicher anfühlte, als die Zahlen es ausdrückten. Alle die hier angesprochenen Punkte handeln von *Führung*. Daher erschien es konsequent, Vorschläge zur Etablierung und Vertiefung einer Kultur vertrauensvoller Führung zu unterbreiten. Diese Vorschläge beinhalteten Seminarangebote für Chef- und Oberärzte, von deren Sinnhaftigkeit zunächst die GF und danach die unmittelbar Mitwirkenden (Chef- und Oberärzte) zu überzeugen waren. Es ging darum Verständnis zu wecken: Verständnis für die Notwendigkeit, nicht unerhebliche finanzielle, zeitliche und persönliche Ressourcen in die Professionalisierung der Führung durch Chef- und Oberärzte zu investieren. Es ging um die Überzeugung, dass der Einsatz dieser Ressourcen die verantwortlichen Ärzte und damit auch die Klinik als ganze besser in den Stand setzen würde, weiterhin eine Patientenversorgung auf einem konstant hohem Niveau anzubieten und zu sichern. – Die Investitionen wurden in der Folge positiv beschieden, und das Seminarprogramm befindet sich in der Umsetzung. – Dass die Kooperation zwischen Ärzten und Pflege ein zentraler Aspekt dieses Themas ist, versteht sich von selbst. Ich habe ihn hier ausgespart, weil er den Rahmen der Diskussion sprengen würde.

Ausgewählte Literatur

- Fürstenau, P.: Psychoanalytisch-systemische Teamsupervision im psychiatrisch- psychosomatischen Bereich zwecks Förderung der Teamentwicklung. In: Fürstenau, P.: Entwicklungsförderung durch Therapie. Pfeiffer, München 1992, S. 175-188
- Fürstenau, P.: warum braucht der Organisationsberater eine mit der systemischen kompatible ichpsychologisch-psychoanalytische Orientierung? In: Fürstenau, P.: Psychoanalytisch verstehen. Systemisch denken. Suggestiv intervenieren. Pfeiffer bei Klett-Cotta, Stuttgart 2001, S. 120-136.
- Heltzel, R.: Gruppenanalytische Beratung in Non-Profit-Organisationen. In: Haubl, Heltzel, Barthel-Rösing (Hrsg.): Gruppenanalytische Supervision und Organisationsberatung. Psychosozial-Verlag, Giessen 2005, S. 11-52

- Lohmer, M.: Das Unbewusste im Unternehmen: Konzepte und Praxis psychodynamischer Organisationsberatung. In: Lohmer, M. (Hrsg.): Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potenziale in Veränderungsprozessen. Klett-Cotta, Stuttgart 2000, S. 18-39.
- Hirschhorn, L.: Das primäre Risiko. In: Lohmer, M. (Hrsg.): Psychodynamische Organisationsberatung. Konflikte und Potenziale in Veränderungsprozessen. Klett-Cotta, Stuttgart 2000, S. 98-118.
- Zagier Roberts, V.: The organisation of work. Contributions from open systems theory. In: Obholzer, Zagier Roberts (Ed.): The unconscious at work. Individual and organisational stress in the human services. Routledge, London and New York 1994, p. 28-38.