

# **Clash of cultures in der Psychiatrie: Eine Herausforderung für das Kooperations- management**

*Prof. Dr. Johannes Jungbauer*

Organisationen im Gesundheits- und Sozialwesen sind heute in aller Regel durch die multiprofessionelle Kooperation von Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, etc. geprägt. Dies bietet die große Chance, den vielfältigen und komplexen Anforderungen im Kontakt mit Klienten oder Patienten optimal gerecht zu werden. Andererseits kann berufliche Pluralität auch Kommunikationsprobleme und Konfliktpotentiale bedingen – sowohl im Hinblick auf die kollegiale Zusammenarbeit innerhalb einer Einrichtung (z.B. in einer Rehabilitationsklinik) als auch im Hinblick auf die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Einrichtungen. So kann Multiprofessionalität in einem Tätigkeitsfeld (z.B. in der Gemeindepsychiatrie) durchaus Probleme im Hinblick auf die interinstitutionelle Kooperation mit sich bringen. Dies ist etwa dann der Fall, wenn in verschiedenen Einrichtungen divergierende Professionslogiken und -ideologien dominieren und sich bei einer Kooperation miteinander reiben. Aber auch innerhalb einer Einrichtung kann Multiprofessionalität Konfliktpotentiale beinhalten. So gibt es – je nach Berufszugehörigkeit – unterschiedliche „Zuständigkeiten“ und berufsspezifische Tätigkeiten im Kontakt mit den Klienten. Diese funktionelle Arbeitsteiligkeit geht häufig mit strukturellen Macht- und Statusunterschieden einher. Beispielweise werden bis heute die wichtigsten Leitungs- und Managementpositionen in Krankenhäusern von Ärzten bekleidet, während die anderen Berufsgruppen in der organisationalen Hierarchie weiter unten zu finden sind. Auf einer anderen Ebene bedeutet Multiprofessionalität innerhalb einer Einrichtung eine große Vielfalt beruflicher Identitäten und berufsbezogener Rollenerwartungen, die sich u.a. im „Image“ der jeweiligen Berufsgruppen widerspiegeln.

Vor diesem Hintergrund kann es kaum verwundern, dass in multiprofessionellen Gesundheits- und Sozialdiensten meist keine homogene Organisationskultur existiert – vielmehr gibt es unterschiedliche subkulturelle Muster, die z.T. in Konkurrenz zueinander stehen. Die Konkurrenz dieser Subkulturen kann durch den Status der jeweiligen Mitarbeiter (z.B. Hauptamtliche vs. Ehrenamtliche), die jeweilige berufliche Sozialisation oder die Stellung in der Hierarchie der Einrichtung determiniert sein. Im vorliegenden Beitrag soll herausgearbeitet werden, warum „Multikulturalität“ die Kooperation im multiprofessionellen Team behindern oder sogar Konflikte hervorrufen kann. Dazu wird in einem ersten Schritt das Konzept der Organisationskultur vorgestellt, wobei insbesondere auf das Konzept von Schein (2003) rekurriert wird. Exemplarisch werden danach zwei unterschiedliche Subkulturen in psychiatrischen Institutionen beschrieben: die „medizinische Kultur“ und die „soziale Kultur“. Auf dieser Grundlage wird dargelegt, warum die Beschäftigung mit Organisationskulturen wichtig für Führungskräfte in multiprofessionellen Sozial- und Gesundheitsdiensten ist. Geht man nämlich davon aus, dass die Integration unterschiedlicher Professionen und Professionskulturen eine Führungsaufgabe im Sinne des Kooperationsmanagements darstellt, so müssen Führungskräfte „Kulturkenner“ sein, die unterschiedliche Kulturen analysieren können und in der Lage sind, im Rahmen eines kooperativen Führungsstils kulturspezifische Erfordernisse mitzudenken.

## Zum Begriff der Organisationskultur: Das Kultur-Ebenen-Modell

Im Verlauf der letzten 20 Jahre hat sich Begriff „Organisationskultur“ zunehmend zu einem zentralen Konzept in den Management-Wissenschaften entwickelt. Die in diesem Zusammenhang entwickelten Ansätze begreifen unter Bezugnahme auf anthropologische und konstruktivistische Sichtweisen jede Organisation als „Miniaturgesellschaft“ (Schreyögg 1999), die ihre eigene soziale Realität kreiert. Über tagtägliche Interaktionen bilden sich bei den Mitgliedern einer Organisation (z.B. den Angestellten eines Unternehmens) spezifische Sicht- und Handlungsweisen heraus, die zu kognitiven Strukturierungsmustern „gerinnen“. Dabei entfaltet sich ein kollektives kulturelles Gesamtsystem, die Organisationskultur.

Eine umfassende Darstellung der verschiedenen theoretischen Ansätze und Modelle zum Thema „Organisationskultur“ würde den Rahmen des vorliegenden Kapitels sprengen; ein empfehlenswerter Überblick hierzu findet sich bei Neubauer (2003). In diesem Kapitels soll exemplarisch das Kultur-Ebenen-Modell von Edgar Schein (2003) dargestellt werden, weil es sich m.E. besonders gut für die Analyse von unterschiedlichen (Sub-)Kulturen in Gesundheits- und Sozialdiensten eignet

Als Sozialpsychologe vertritt Schein eine evolutionäre Perspektive: Organisationen und Organisationskulturen entwickeln sich in enger Beziehung zur Unternehmensführung. Aus diesem Grund hält es Schein für unerlässlich, dass sich Führungskräfte mit der Analyse von Organisationskulturen beschäftigen. So ist eine differenzierte Kulturanalyse u.a. hilfreich für das Verständnis subkultureller dynamischer Prozesse innerhalb einer Organisation. Konflikte und mangelhaftes Teamwork lassen sich oft zutreffender als Störungen der interkulturellen Kommunikation begreifen. Damit ist es auch besser möglich, effiziente Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Ferner ist eine Kulturanalyse hilfreich, um die Auswirkungen von Innovationen und Reformen in Organisationen adäquat zu verstehen. Dies könnte z.B. die Einführung neuer Technologien und Strukturen betreffen, die u.U. eine Bedrohung etablierter (Sub-)Kulturen nach sich zieht.

Was genau ist nun Organisationskultur, und was ist ihr Sinn bzw. ihre Funktion? Zunächst kann ganz allgemein festgestellt werden, dass „Kultur“ offenbar etwas ist, was von den Mitgliedern einer Gruppe geteilt und gemeinsam vertreten wird. Dazu gehören:

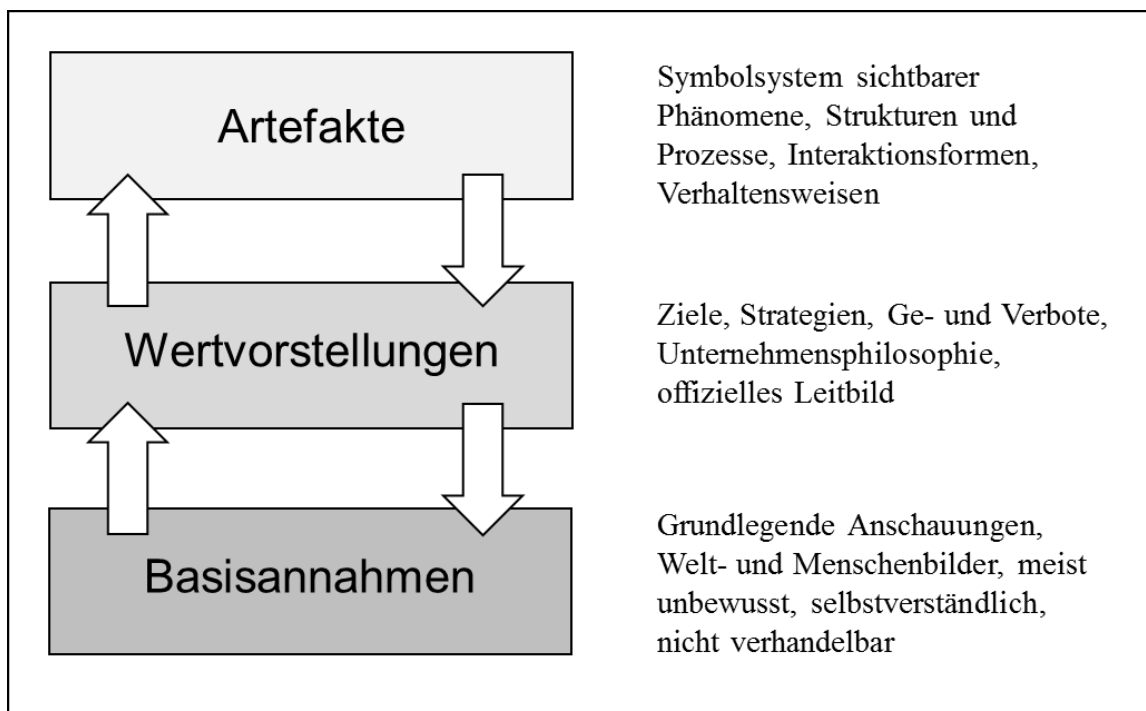
- Wiederkehrende Verhaltensweisen in der Interaktion (z.B. Sprache, Traditionen, Rituale etc.);
- Gruppennormen (implizite Maßstäbe und Verhaltensregeln);
- Bekundete Werte (öffentlich vertretene Prinzipien);
- Offizielle Philosophie (Ideologie, Leitbild, Politik);
- Spielregeln (stillschweigend akzeptierte Regeln, z.B. die Art und Weise, wie es in einer Einrichtung „läuft“);
- Klima (Ambiente, Umgangsformen, Stimmung zwischen den Mitarbeitern);
- Denkgewohnheiten (gemeinsamer kognitiver Rahmen, der den Gruppenmitgliedern Wahrnehmungen, Gedanken und Sprache vorgibt);
- Gemeinsame Bedeutungen (Übereinkunft der Gruppenmitglieder hinsichtlich der Bedeutung von Ereignissen);
- Symbole mit Integrationskraft. (Schein 2003, 21 ff.).

Unter Bezug auf sozialpsychologische Konzepte fragt Schein nach den Funktionen einer Kultur und unterscheidet zwei wesentliche Herausforderungen, die alle Gruppen zu bewältigen haben: (1) Überleben, Wachstum und Anpassung; sowie (2) interne Integration, die das tägliche Zusammenarbeiten sicherstellt. Auf dieser Grundlage kommt der Autor zu folgender Definition von Organisationskultur:

„Organisationskultur ist ein Muster gemeinsamer Grundannahmen, das eine Gruppe zur Bewältigung von Problemen der externen Anpassung und der internen Integration entwickelt hat – und das hinreichend gut funktioniert hat, um es als gültig zu betrachten und deshalb neuen Mitgliedern zu vermitteln ist, damit diese die Probleme in der richtigen Weise wahrnehmen, denken und fühlen.“ (Schein 2004, 12; Übers. d. Verf.).

Zur Analyse von Kulturen schlägt Schein ein Modell vor, in dem drei unterschiedliche Ebenen unterschieden werden. Diese Ebenen sind in komplexer Weise miteinander verwoben und reichen von sichtbaren Phänomenen über Werte bis hin zu tief verwurzelten, unbewussten Grundannahmen (vgl. **Abb. 1**):

- (1) Die oberste Ebene beinhaltet sogenannte **Artefakte**; dabei handelt es sich um ein Symbolsystem beobachtbarer Verhaltensweisen, Interaktionen und Phänomene; hierzu gehören u.a. die Ausstattung der Räume, Logos, bestimmte Sprachformen, unausgesprochene Kleidungsvorschriften, Umgangsformen und Rituale, aber auch Geschichten und Legenden, die unter den Mitarbeitern kursieren. Zwei kleine Beispiele zur Illustration: Die Mitarbeiter einer psychosozialen Beratungsstelle bemühen sich, im Umgang miteinander „Mensch zu bleiben“, es wird ein herzliches, quasi-familiäres Miteinander gepflegt, Kollegen umarmen einander bei der Begrüßung etc. Die Räumlichkeiten sind gemütlich gestaltet und mit Grünpflanzen dekoriert, die Sprache ist informell-privat, die Kleidervorschrift eher salopp (Distanz zu Krawattenträgern). Einen deutlichen Kontrast hierzu stellen die Artefakte eines Versicherungsunternehmens dar: Hier wird größter Wert auf eine seriöse Gesamtwirkung und die strenge Beachtung konservativer Codes gelegt; Begrüßungen finden mit festem Handschlag statt. Der Umgangston ist höflich, aber sachlich, der Sprachstil formell-distanziert, der Kleidungsstil businessorientiert (Distanz zu Cordhosenträgern). Artefakte wie diese sind von Außenstehenden leicht zu beobachten, aber u.U. schwer hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Organisationskultur zu entschlüsseln.



**Abb. 1:** Das Kultur-Ebenen-Modell von Schein (2003)

- (2) Die mittlere Ebene umfasst **Wertvorstellungen** und Verhaltensstandards. Sie beinhalten Ge- und Verbote, an denen sich Organisationsmitglieder orientieren und die ihr Verhalten steuern. So mag es z.B. in einer psychosozialen Beratungsstelle als selbstverständlich gelten, sich engagiert und solidarisch für die Klienten einzusetzen. Der gute Mitarbeiter ist „selbstlos“ und nötigenfalls immer bereit, im Dienst der „guten Sache“ auch Überstunden in Kauf zu nehmen (Wertvorstellung: „Die Starken sollen den Schwachen helfen“). Auch in einem Versicherungsunternehmen ist es möglicherweise üblich, Überstunden zu machen – aber vor einem völlig anderen normativen Hintergrund: Der gute Mitarbeiter ist hier leistungsfähig und maximal leistungsbereit, und er stellt sich ganz in den Dienst des Unternehmens (Wertvorstellung: „Karriere machen zu Recht nur die Besten“).
- (3) Die unterste Ebene beinhaltet **Basisannahmen**, also bestimmte Weltanschauungen und anthropologische Prämissen. Basisannahmen beziehen sich auf das Wesen des Menschen, seine Beziehungen zu seiner sozialen Umwelt sowie auf Wirklichkeit und Zeit. Sie umfassen daher u.a. Vorstellungen über anzustrebende Handlungen und Haltungen sowie über die Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen. Solche anthropologischen Basisannahmen sind meist unbewusst und werden nicht in Frage gestellt. Sie werden als etwas so Selbstverständliches angesehen, dass sie in den Bereich des Nicht-Verhandelbaren fallen und dass abweichende Meinungen ohne Überlegung abgelehnt werden. So können z.B. bei Mitarbeitern einer psychosozialen Beratungsstelle in kirchlicher Trägerschaft ein christliches Menschenbild und das Ideal einer solidarischen Gesellschaft zu den Basisannahmen gehören. Bei den Mitarbeitern eines Versicherungsunternehmens sind hingegen Leistungsorientierung und eine utilitaristische Gerechtigkeitsauffassung als Basisannahmen wahrscheinlich.

Wie Schein (2003) darlegt, kann eine adäquate Analyse von Organisationskulturen nur bei Berücksichtigung aller drei Ebenen erfolgen. So ist die Entschlüsselung von Artefakten oder von Wertvorstellungen schwierig, wenn die zu Grunde liegenden Basisannahmen der Mitarbeiter nicht bekannt sind. Wichtig ist eine differenzierte Kulturanalyse im Hinblick auf die Analyse von Störungen und Konflikten sowie im Hinblick auf Versuche, Organisationskulturen zu beeinflussen bzw. zu gestalten.

## **Organisationsübergreifende und organisationsinterne Subkulturen**

Innerhalb einer Organisation kann es eine übergreifende gemeinsame Kultur geben. Dies ist etwa dann der Fall, wenn sich die Mitarbeiter eines Verbandes in hohem Maße mit ihrer Organisation identifizieren und dessen Normen als verbindlich erachten. Der vom Management üblicherweise gewünschte Idealfall ist es, das sich alle oder zumindest die meisten Mitarbeiter als Teil des Ganzen fühlen und sich solidarisch für die gemeinsame Sache engagieren („corporate identity“). Allerdings gibt es keineswegs nur homogene Organisationskulturen, sondern auch eine große Vielfalt subkultureller Muster innerhalb einer Einrichtung oder eines Tätigkeitsfeldes. In der Praxis finden wir sowohl organisationsübergreifende Subkulturen als auch Subkulturen innerhalb einer Organisation.

Neubauer (2003) nennt eine ganze Reihe von unterschiedlichen Formen organisationaler Subkulturen: Ein bekanntes Beispiel für organisationsübergreifende Subkulturen sind Berufskulturen („professional cultures“). So ist es etwa möglich, dass die Mitarbeiter verschiedener Einrichtungen aufgrund des selben Hochschulstudiums und einer ähnlichen berufsbezogenen Sozialisation die gleiche Subkultur aufweisen, obwohl die Organisationskultur ihrer Arbeit-

geber sehr unterschiedlich sein mag. Beispielsweise fühlen sich Diplom-Psychologen, die bekanntermaßen in sehr unterschiedlichen Profit- und Non-Profit-Organisationen tätig sind, oft in hohem Maße einer spezifischen Psychologen-Subkultur verpflichtet. Ferner existieren auch Subkulturen innerhalb einer Einrichtung oder einer Organisation. Diese können unter Umständen identisch mit den vorhandenen intraorganisationalen Berufskulturen sein. Denkbar ist auch, dass verschiedene vertikale Teilsysteme innerhalb einer Organisation (z.B. Abteilungen, Stationen etc.) eine eigene Subkultur entwickeln. Nicht zuletzt können auch in horizontalen Teilsystemen (z.B. auf der Leitungsebene) Gemeinsamkeiten wahrgenommen werden, die zur Entwicklung einer eigenen Subkultur führen. Darüber hinaus existieren zuweilen auch lokale Subkulturen. Bekannt sind z.B. Unterschiede zwischen Einrichtungen im ländlichen oder im großstädtischen Umfeld; ferner gibt es Gemeinden, die in bestimmten Bereichen ausgeprägte lokale Traditionen aufweisen. So gibt es z.B. in der norditalienischen Stadt Reggio Emilia seit über 50 Jahren eine lokale Kultur der vorschulischen Kinderbetreuung, von der vielfältige Impulse für Erziehung und Kleinkindpädagogik ausgehen („Reggio-Pädagogik“, vgl. Dreier, 2006).

Im Sozial- und Gesundheitswesen finden wir regelmäßig Einrichtungen und Bereiche, die zwei oder mehr subkulturelle Muster aufweisen. Dies kann insbesondere dann zu Komplikationen führen, wenn Subkulturen in Konkurrenz geraten oder wenn kulturbedingte Missverständnisse, Konflikte oder Animositäten zwischen den Protagonisten der vorhandenen Subkulturen entstehen. Für Management und Führungskräfte in multiprofessionellen Gesundheits- und Sozialdiensten stellt sich deswegen nicht nur die Frage, wie sich kulturbedingte Konflikte lösen lassen, sondern auch die Frage, wie eine starke Gesamtkultur gefördert werden kann, die als integrative Klammer für unterschiedliche Subkulturen fungiert und die kollegiale Kooperation fördert (Neubauer, 2003).

## **Subkulturen in psychiatrischen Einrichtungen**

Auch in der modernen Psychiatrie, die in der Regel durch eine multiprofessionelle Zusammenarbeit von Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern, Ergotherapeuten etc. geprägt ist, existieren unterschiedliche Subkulturen. Dabei handelt es sich zum Teil um organisationsübergreifende Berufskulturen, die sich sowohl in stationären und ambulanten Versorgungseinrichtungen (z.B. psychiatrische Kliniken, Ambulanzen und Beratungsstellen) als auch in Einrichtungen des komplementären, „lebensweltlichen“ Sektors finden (z.B. Übergangswohnheime, betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Dienste etc.). Insbesondere in größeren Einrichtungen (z.B. psychiatrische Kliniken mit vielen Mitarbeitern) stehen sich auch verschiedene organisationsinterne Subkulturen gegenüber, die berufsbezogen, funktionsbezogen oder hierarchiebezogen sein können. Wie Uffelman (1998) darlegt, bilden in psychiatrischen Kliniken ärztliche Kultur, Pflegekultur, Verwaltungskultur, Patientenkultur usw. ein geradezu unversöhnliches Konglomerat von Theorien, Zielsetzungen, Bedürfnissen und sprachlichen Besonderheiten, so dass eine homogene psychiatrische Organisationskultur im Sinne einer „corporate identity“ nur sehr schwer zu realisieren sei. Im Folgenden sollen exemplarisch zwei Subkulturen in der Psychiatrie beschrieben werden, die sowohl organisationsintern als auch organisationsübergreifend existieren und die offen oder verdeckt in Konkurrenz bezüglich ihres Geltungsanspruchs stehen: Die medizinische Kultur und die soziale Kultur (vgl.

**Tab. 1):**

	<b>Medizinische Kultur</b>	<b>Soziale Kultur</b>
<b>Artefakte</b>	Weißer Kittel Korrekt-distanzierte Umgangsformen Statusbewusster Habitus Akademischer Sprachstil Medizinische Fachsprache Eher weniger Patientenkontakt Alltagsparadigma: Patientenvisite unter Zeitdruck	Legere Kleidung Zwanglos-lockere Umgangsformen, kumpelhafter, zuweilen anbietender Habitus Bewusst unpräziser Sprachstil Eher viel Patientenkontakt Alltagsparadigma: Teetrinken mit Patienten
<b>Wertvorstellungen</b>	Effektivität und Effizienz Wissenschaftlichkeit Fokussierung auf psychiatrische Problematik des Patienten Eher erkrankungsorientierte Herangehensweise Der Patient als Behandlungsfall Systematisch-schematische Handlungsstrategien Distinktion: Distanz zu unwissenschaftlicher „Kuschelpädagogik“	Emanzipatorischer Anspruch Ganzheitliche Sichtweise des Patienten Eher lebensweltorientierte Herangehensweise Der Patient als gleichberechtigter Partner („Klient“) Intuitiv-spontane Handlungsstrategien Distinktion: Distanz zu Technokratie und „kaltem Ärztezynismus“
<b>Basisannahmen</b>	Hippokratischer Eid Finale Verantwortlichkeit für Prozesse und Ergebnisse Intellektuelle Überlegenheit und legitimer Führungsanspruch der Mediziner Eher affirmative Haltung zum psychiatrischen Hilfesystem	Ideal einer gerechten, egalitären Gesellschaft Anspruch des humaneren Instrumentariums Strukturelle Kränkung durch Assistenzfunktion Eher kritische Haltung zum psychiatrischen Hilfesystem

**Tab. 1:** Medizinische und soziale Kultur im Vergleich

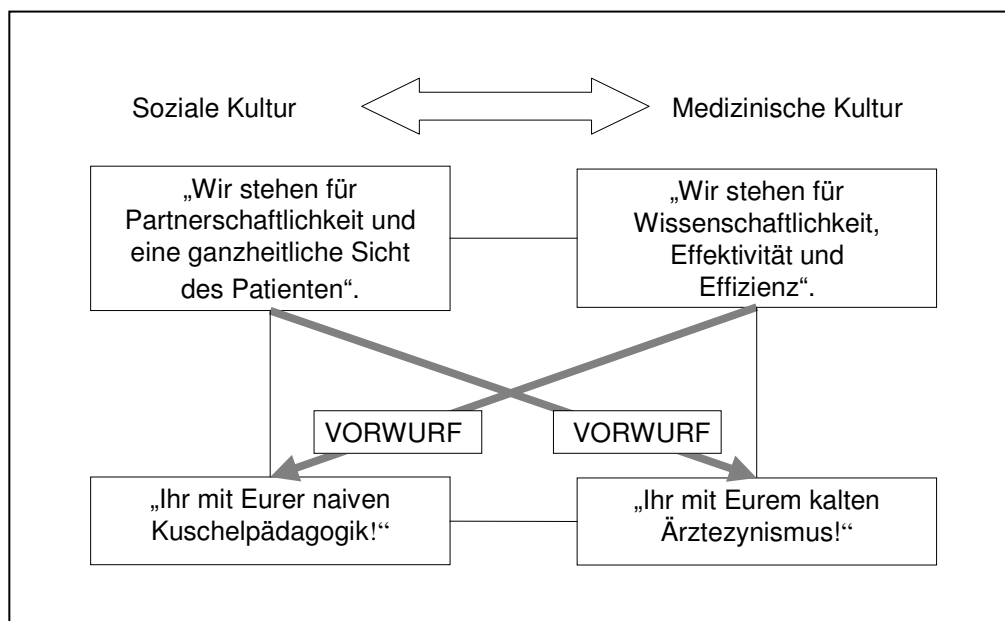
## Die medizinische Kultur

Die medizinische Kultur wird prototypisch von Psychiatern und z.T. von Psychotherapeuten vertreten. Sie orientiert sich in erster Linie an einem psychiatrisch-kurativen Paradigma, d.h. das primäre Ziel der Arbeit mit dem Patienten ist eine rasche Symptomreduktion und Wiederherstellung des Gesundheitszustandes quo ante. Der Kontakt zum Patienten wird oft durch eine fürsorglich-patriarchalische Grundhaltung geprägt (traditionelle Variante) oder aber durch einen Dienstleistungs-Ethos (moderne Variante). Letzterer beinhaltet u.a. den Anspruch, die Behandlung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen durchzuführen und dabei die Patienten als Kunden zu betrachten. Dabei werden auch ökonomische Kriterien wie Effektivität und Effizienz von Interventionen berücksichtigt (Qualitätskriterien: „Wissenschaftlichkeit, Wirksamkeit, Wirtschaftlichkeit“). Ärzte werden als die Hauptzuständigen für alle Belange der psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation betrachtet. Anderen Professionen wird demzufolge eine Assistenzfunktion zugeschrieben. Die psychiatrische Kultur beansprucht allgemein eine intellektuelle Überlegenheit, die Deutungshoheit über den jeweiligen „Fall“ und die operative Führung bei allen Entscheidungen, die Behandlung und Rehabilitation von Patienten betreffen. Die Beziehungsgestaltung zum Patienten wird vor allem aus instrumentellen Gründen als wichtig erachtet (z.B. zur Verbesserung der Compliance bei der Medikamenteneinnahme).

## Die soziale Kultur

Die soziale Kultur wird von Sozialarbeitern und Sozialpädagogen, z.T. auch von Psychotherapeuten, Ergotherapeuten und Pflegekräften vertreten; allerdings gibt es bisweilen auch Ärzte, die sich gleichsam als „Dissidenten“ ihrer Zunft der sozialen Kultur verpflichtet fühlen. Sie orientiert sich in erster Linie an einem ganzheitlichen, lebensweltbezogenen Paradigma und einem emanzipatorischen Anspruch, der nicht selten auf psychiatriekritischen Annahmen fußt. Ihre Zuständigkeit definiert die soziale Kultur weit über den akuten Behandlungskontakt hinaus. Angestrebt wird ein partnerschaftlicher Kontakt auf gleicher Augenhöhe, der den Patienten nicht nur als Träger einer psychischen Krankheit sieht (wie dies häufig der medizinischen Kultur unterstellt wird), sondern als „Psychiatrieerfahrenen“ ernst nimmt. Die soziale Kultur will den Patienten und dessen Angehörige in einen gleichberechtigten Dialog mit professionellen Mitarbeitern integrieren (Beispiel: Psychoseseminare). Häufig ist eine Solidarisierung mit den Patienten festzustellen. Die Beziehungsgestaltung zum Patienten wird nicht instrumentell, sondern vielmehr als „Wert an sich“ betrachtet, der die Arbeit erst legitimiert. Die soziale Kultur sieht sich zu Unrecht lediglich in einer nachgeordneten Funktion; sie beansprucht für sich, das umfassendere, humanere und letztlich effektivere Instrumentarium zu haben. Insofern sieht sie sich als wichtiges Korrektiv der medizinischen Kultur.

Unter einer kommunikationspsychologischen Perspektive wird deutlich, warum die Konkurrenz von medizinischer und sozialer Kultur sehr leicht zu zwischenmenschlichen Komplikationen, Zerwürfnissen und Arbeitsstörungen führen kann. Wie Schulz von Thun (2004) anmerkt, geht es bei Konflikten sehr häufig um grundlegende Werte: „Wenn mir etwas heilig ist, bin ich besonders verletzlich und dann auch notwehr-bösartig, wenn jemand gegen dieses mir Heilige verstößt oder sogar verächtlich darauf herumtrampelt“ (Schulz von Thun 2004, 42). In **Abb. 2** sind typische Werthaltungen von medizinischer und sozialer Kultur gegenübergestellt, die per se keinen Widerspruch darstellen, sondern vielmehr in einem dialektischen Ergänzungsverhältnis zueinander stehen. Gleichwohl stellen diese Werte häufig die Basis für gegenseitige Schuldzuweisungen von medizinischer und sozialer Kultur dar.



**Abb. 2:** Medizinische und soziale Kultur im dialektischen Wertequadrat

In der Konfiguration des Wertequadrats betrachtet handelt es sich um eine Polarisierung, wenn an sich zusammengehörige, sich gegenseitig ergänzende Werte auseinandergerissen werden, so dass sich die eine Kultur für einen, die andere Kultur für den anderen stark macht. Die Konfliktparteien betonen in ihren Angriffen meist die negativen Aspekte und Fehlformen der jeweils konkurrierenden Werthaltungen – im verbalen Auseinandersetzungen gehen Unterstellungen und Vorwürfe schnell und gern „unter die Gürtellinie“. Charakteristische Folgen einer solchen gegenseitigen Abwertung sind mangelhafte Kooperation, Einschränkungen der Kommunikation und des zwischenmenschlichen Kontakts oder gegenseitiges Ignorieren.

Zum Schluss dieses Abschnitts sollen zwei Praxisbeispiele verdeutlichen, wie die Konkurrenz von medizinischer und sozialer Kultur die Kooperation im multiprofessionellen Team behindern oder Konflikte zwischen verschiedenen Einrichtungen hervorrufen kann:

**Beispiel 1:** In einer psychiatrischen Tagesklinik ordnet der Stationsarzt nach einem Familiengespräch an, dass der noch bei den Eltern lebende 25-jährige Patient so bald wie möglich einen Platz im Betreuten Wohnen erhalten soll. Ziel dieser Maßnahme ist es, den Patienten in seiner Autonomieentwicklung zu fördern und eine „heilsame“ Distanz zum überfürsorglichen Elternhaus herzustellen. Der Arzt beauftragt daher den Sozialarbeiter der Tagesklinik damit, Kontakt mit einer entsprechenden Einrichtung aufzunehmen und sich um die Kostenübernahme zu kümmern. Der Sozialarbeiter reagiert im Gespräch reserviert auf die Anweisung des Stationsarztes. In der Folge zeigt er nur geringes Engagement bei der Erledigung seines Auftrags; unterschwellig torpediert er sogar die Anordnung des Arztes, indem er dem Patienten zu verstehen gibt, dass er natürlich auf keinen Fall gegen seinen Willen im Betreuten Wohnen „untergebracht“ werden darf. Als dies dem Stationsarzt hinterbracht wird, kommt es zu einer heftigen Auseinandersetzung, bei der sich auf der Station zwei „Konfliktlager“ bilden. In der Supervision ergibt sich überraschend, dass der Sozialarbeiter durchaus der Ansicht ist, dass es für den Patienten gut wäre, in einer eigenen Wohnung zu leben. Allerdings ist er keineswegs mit der Art und Weise einverstanden, in der diese Entscheidung erfolgte – der Arzt hatte wesentliche Wertvorstellungen und Basisannahmen der sozialen Kultur außer Acht gelassen. Gemäß seinem Verständnis von Partnerschaftlichkeit hätte der Sozialarbeiter zuvor konsultiert bzw. in die Überlegungen des Arztes mit einbezogen werden müssen; auch hätte der Plan, einen Platz im Betreuten Wohnen zu organisieren, gemeinsam mit dem Patienten und dessen Familienangehörigen besprochen werden müssen, statt dies „selbstherrlich“ anzuordnen.

**Beispiel 2:** Dem Oberarzt einer psychiatrischen Klinik kommt zu Ohren, dass Patienten nach ihrer Entlassung von den Sozialarbeitern einer Tagesstätte für psychisch Kranke darin bestärkt werden, die verordneten Medikation zu reduzieren. Bei etlichen dieser Patienten ist es in letzter Zeit zu einer erneuten psychotischen Krise gekommen. Er beschwert sich beim Psychiatriekoordinator der Stadt über die „unverantwortliche“ Handlungsweise der Sozialarbeiter, die das „eigenmächtige“ Verhalten der Patienten unterstützen. Er beschließt, bei Patienten, die bekanntermaßen Klienten dieser Tagesstätte sind, künftig „vorsichtshalber“ eine Depotmedikation anzuordnen. Aus Sicht der Sozialarbeiter in der Tagesstätte, deren Handlungsweisen in der sozialen Kultur verwurzelt sind, stellt sich der Sachverhalt aber ganz anders dar: Gemäß ihres emanzipatorischen Anspruchs, die Klienten zu mehr Selbstbestimmung zu ermutigen („empowerment“) statt über sie zu bestimmen, bestärken sie diese auch in einem eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten. Hierzu gehört eben auch die eigenverantwortliche Reduktion der verordneten Medikamentendosis oder ggf. auch das eigenverantwortliche „Experiment“ eines Absetzens. Sie gehen davon aus, dass Klienten, die sich nicht selbst für die Medikamente entschieden haben, sondern „nur“ der Anweisung des Arztes folgen, die Medi-



kamente ohnehin meist wieder absetzen. Den Ärzten der psychiatrischen Klinik hingegen wird unterstellt, die Patienten mangelhaft oder falsch zu informieren, Angst zu machen, unter Druck zu setzen und keine Alternativen zu den Medikamenten aufzuzeigen. Vor diesem Hintergrund verwundert es nicht, dass es zwischen der Klinik und der Tagesstätte seit Jahren kaum noch direkte Kommunikation gibt; es dominieren wechselseitige Abwertungen, Schuldzuweisungen und Feindbilder.

## **Organisationskultur als Führungsaufgabe**

In den vorangegangenen Abschnitten wurde dargelegt, dass Multiprofessionalität in Sozial- und Gesundheitsdiensten sehr wahrscheinlich mit unterschiedlichen berufsbezogenen Subkulturen einhergeht, die sowohl innerhalb einer Einrichtung als auch einrichtungsübergreifend existieren. Am Beispiel der Psychiatrie wurde gezeigt, dass offene oder verdeckte Konkurrenz von Subkulturen die Kooperation der Mitarbeiter und die Zusammenarbeit unterschiedlicher Einrichtungen nachhaltig beeinträchtigen kann.

Vor diesem Hintergrund erscheint Organisationskultur als Führungsaufgabe. Im folgenden werden einige Aspekte beschrieben, die im Management multiprofessioneller Sozial- und Gesundheitsdienste Berücksichtigung finden können und sollten: Ausgehend von einer differenzierten Kulturanalyse stellt sich die Frage nach einem interinstitutionellen Kooperationsmanagement sowie einer kooperativen Führung innerhalb einer Einrichtung (intrainstitutionelles Kooperationsmanagement) – beides unter Berücksichtigung der existierenden Organisationskulturen. Abschließend wird auf das Thema einer möglichen Kulturveränderung als Führungsaufgabe im Sinne der Organisationsentwicklung eingegangen.

### **Kulturanalyse**

Es geht zunächst darum, die eigene Organisationskultur und ggf. vorhandene Subkulturen zu analysieren, um auftretende Probleme in der Kooperation zwischen Mitarbeitern und mit anderen Einrichtungen besser zu verstehen. Eine Kulturanalyse ist allerdings anspruchsvoll und keinesfalls mit einfachen Erhebungsmethoden wie z.B. einem Fragebogen durchführbar. Neben der prinzipiellen Schwierigkeit, ein geeignetes Instrument mit den „richtigen“ Fragen zu entwickeln, ist die Erfassung kollektiver Annahmen und Konstrukte durch individuelle Befragungen problematisch. Schein (2003) schlägt deswegen einen Gruppen-Workshop zur Dechiffrierung der Organisationskultur vor. Dazu wird eine Gruppe von mehreren Mitarbeitern gebildet, die ggf. unter Hinzuziehung eines externen Beraters die eigene Organisationskultur reflektiert. Als Ausgangspunkt eignet sich z.B. ein aktuelles Problem oder ein strategisches Vorhaben in einer Einrichtung. In mehreren Schritten werden nun die Bestimmungsstücke der eigenen Kultur bzw. Subkultur benannt, wobei die Oberflächenebene der unmittelbar sichtbaren, aber u.U. schwer zu entschlüsselnden Artefakte am Anfang steht. Im weiteren Verlauf werden die tieferliegenden und schwieriger zu erfassenden Wertvorstellungen und Basisannahmen identifiziert (vgl. Schein 2003, 69 ff.).

### **Interinstitutionelles Kooperationsmanagement**

In den Managementwissenschaften bezieht sich der Begriff „Kooperationsmanagement“ primär auf die Gestaltung und Steuerung von Beziehungen zwischen verschiedenen Unternehmen und Organisationen (vgl. z.B. Schuh / Friedli / Knurr 2005). Ziel von interinstitutionel-

lem Kooperationsmanagement ist es, die Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Organisationen und ihren Führungskräften zu verbessern, Konflikte zu lösen oder ihnen vorzubeugen. Insbesondere, wenn unterschiedliche Organisationskulturen aufeinandertreffen (z.B. bei Firmenübernahmen, Fusionen oder Joint Ventures), erfordert Kooperationsmanagement die Fähigkeit zur Analyse und Integration divergierender oder konkurrierender Kulturen. Wie Schein (2003) anhand von Beispielen aus dem Wirtschaftsleben darlegt, ist ein kultursensibles Kooperationsmanagement beispielsweise häufig der entscheidende Faktor für erfolgreiche Joint Ventures.

Analog dazu erscheint interinstitutionelles Kooperationsmanagement auch im non-profit-Bereich notwendig, etwa um die Zusammenarbeit multiprofessioneller Dienste und Einrichtungen im Gesundheitswesen zu koordinieren. In diesem Sinne sollte Kooperationsmanagement Aufgaben der Vernetzung, der Kommunikation und der Beziehungspflege zwischen unterschiedlichen Einrichtungen bzw. den Hauptakteuren der Einrichtungen umfassen. Indessen wird interinstitutionelles Kooperationsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen nur relativ selten professionell praktiziert. Die Kontaktpflege und Vernetzung mit anderen Einrichtungen, deren Angebote die eigenen Klienten in Anspruch nehmen sowie mit weiteren Institutionen, die für die Belange und Interessen der Klienten zuständig sind, wird in der Regel nicht als Führungsaufgabe angesehen, sondern delegiert (z.B. an Sozialarbeiter). Initiativen zur Vernetzung, Information und zu Round-Table-Gesprächen finden häufig auf freiwilliger Basis statt und gehen auf individuelle Initiativen zurück. Trotzdem gibt es auch Ansätze für gelingendes Kooperationsmanagement im o.g. Sinne. So bieten störungsspezifische Kompetenznetze im Gesundheitswesen (z.B. zu Depression, Schlaganfall oder Demenz) hervorragende Chancen für interinstitutionelles Kooperationsmanagement. Weiterhin gibt es zunehmend Kommunen, die die Koordination und Vernetzung von Gesundheits- und Sozialdiensten als zentralen Aufgabenbereich von speziell hierfür zuständigen Mitarbeitern definieren.

So gibt es z.B. heute in zahlreichen Kommunen einen Psychiatriekoordinator, die für die Vernetzung stationärer, ambulanter und komplementärer psychiatrische Institutionen zuständig ist und sich dafür einsetzt, vorhandene Angebote möglichst gut aufeinander abzustimmen. Beispielsweise ist es oft eine Aufgabe eines Psychiatriekoordinators, die Zusammenarbeit zwischen Einrichtungen der Erwachsenenpsychiatrie und der Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie zu verbessern. Schließlich geht es auch um die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Behörden und Institutionen außerhalb der Psychiatrie (Jugendamt, Erziehungsberatungsstellen etc.). Dies kann z.B. wichtig sein, wenn geeignete Angebote für Familien bereitgestellt werden sollen, in denen ein Elternteil psychisch erkrankt ist. Diese Aufgabenbeschreibung macht deutlich, dass sich ein Psychiatriekoordinator um die Zusammenarbeit von Einrichtungen kümmert, deren Mitarbeiter unterschiedlichen Kulturen angehören und deren berufliches Handeln auf unterschiedlichen Professionslogiken basiert. Aus diesem Grund erfordert dessen Kooperationsmanagement ein hohes Maß an kultureller Sensibilität und sozialer Kompetenz. Gerade am Schnittpunkt von medizinischer und sozialer Kultur ist es eine große Herausforderung, von den Vertretern unterschiedlicher Einrichtungen ernstgenommen zu werden und als „allparteilicher“ Mediator zwischen verschiedenen Interessen und Positionen zu vermitteln (vgl. Montada / Kals 2007).

## **Kooperative Führung**

Auf der intrainstitutionellen Ebene zielt Kooperationsmanagement auf die gute Zusammenarbeit zwischen unterschiedlichen Mitarbeitern und Berufsgruppen einer Einrichtung ab. Intrainstitutionelles Kooperationsmanagement erfordert in hohem Maße soziale Managementkompetenzen – erst durch sie lässt sich eine konstruktive Kommunikationskultur in einer Einrichtung, Abteilung oder Station entfalten (Neubauer 1999). Umgekehrt wirkt sich deren Feh-

len wahrscheinlich negativ auf die kollegiale Zusammenarbeit und die Interaktion mit den Klienten sowie deren Befindlichkeit aus: Wenn sich Mitarbeiter nicht in ihrem Handeln und ihrer Haltung respektiert fühlen, wenn laufend über ihre Köpfe hinweg gehandelt wird und keine Mitwirkung an relevanten Entscheidungsprozessen möglich ist, können innere Kündigung, Burn-out und Mobbing die Folge sein (vgl. Schreyögg 1998). Intrainstitutionelles Kooperationsmanagement kann daher primär als Realisierung eines kooperativen Führungsstils aufgefasst werden. Dies umfasst die Herstellung eines motivierenden Arbeitsklimas, die Förderung von Kommunikation zwischen unterschiedlichen Hierarchieebenen, die Vermittlung bei Konflikten zwischen Mitarbeitern bzw. Mitarbeitergruppen sowie geeignete Maßnahmen der Teamentwicklung. So sollten z.B. Vorgesetzte in einer psychiatrischen Klinik möglichst regelmäßige Teambesprechungen organisieren, sich explizit für die Belange aller Mitarbeiter interessieren, sie um die Artikulation ihrer Meinung bitten, ihren fachlichen Rat einholen und ihnen ihre Wertschätzung für ihren menschlichen und fachlichen Beitrag zur gemeinsamen Arbeit deutlich machen. Ein kooperativer Führungsstil umfasst ferner kulturelle Sensibilität, also die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Bezug auf die unterschiedlichen kulturellen Referenzsysteme der Mitarbeiter. Ausgehend von der Kulturanalyse einer Einrichtung sollten Führungsaufgabe geeignete Rahmenbedingungen schaffen, um die Koexistenz und Kooperation unterschiedlicher (Sub-)Kulturen zu fördern und einen multidisziplinären Diskurs zwischen deren Protagonisten initiieren. Wenn es gelingt, diesen Diskurs ko-kreativ zu gestalten, also allen Seiten gleichermaßen Geltung zu verschaffen, wird es mittelfristig möglich sein, eine integrative Organisationskultur aufzubauen (Wilke 1997). Diese kann gerade deshalb als integrative Klammer zwischen den verschiedenen Subkulturen wirken, weil sie die Widersprüchlichkeit, das Nicht-Wissen und auch die Hilflosigkeit und Ohnmacht auf Patientenseite wie auf Mitarbeiterseite kommunizierbar macht und ertragen hilft (Uffelmann 1998). Wenn etwa in einer psychiatrischen Klinik derartige Kommunikationsstrukturen und Führungsmuster etabliert werden, stehen die Chancen gut, dass Konflikte und Arbeitsstörungen zwischen den Angehörigen unterschiedlicher Subkulturen abnehmen und die Bereitschaft zur Kooperation zunimmt.

### **Kulturveränderung als Führungsaufgabe**

Wenn man bedenkt, wie bedeutsam eine Organisationskultur für das Denken, Fühlen und Handeln der Mitarbeiter ist, erscheint es nahezu zwingend, die Steuerung, Beeinflussung und Veränderung von Kulturen als Managementkompetenz zu begreifen. Die Praxis zeigt indes, dass Organisationskulturen in aller Regel sehr veränderungsresistent sind – schließlich haben sie sich ja aus Sicht von deren Protagonisten bewährt, um interne und externe Anforderungen erfolgreich zu bewältigen. So stellt sich die Frage, ob man Organisationskulturen und -subkulturen überhaupt gezielt ändern kann, oder ob man einfach mit ihnen zurechtkommen muss? Zu dieser Frage finden sich in der Fachliteratur recht unterschiedliche Positionen. Schreyögg (2002) merkt in diesem Kontext an, dass es sich bei jeder Kultur um ein gewachsenes Muster kollektiver Sozialsysteme handelt, das sich nicht einfach planmäßig durch ein neues ersetzen lässt – allenfalls könne eine bestehende Organisationskultur über einen umfassenden Dialog mit den Mitarbeitern allmählich modifiziert werden. Systemtheoretisch gesehen unterliegt allerdings ohnehin jedes Sinnsystem schon automatisch einer Modifikation, wenn es von den „Kulturträgern“ selbst reflektiert wird (vgl. Schein 2003). Ganz sicher wäre es jedenfalls naiv, Organisationskulturen durch „gezielte“ Maßnahmen womöglich kurzfristig verändern zu wollen. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass Organisationskultur – zumal in ihren tieferen, unbewussten Ebenen – nur begrenzt und langfristig beeinflusst werden kann. Selbst wenn man davon ausgeht, dass die reflektierte Gestaltung von Organisationskultur eine

Führungsaufgabe darstellt, sollte daher nicht von „Kulturmanagement“, sondern vielmehr von „kulturbewusstem Management“ gesprochen werden (vgl. Neubauer 2003).

Wie Hofstede (1993) pointiert herausgearbeitet hat, ist Kultur zwar ein „weiches“ Merkmal, doch erfordern tiefgreifende Kulturveränderungen „harte“ Maßnahmen. Harte Maßnahmen können strukturelle Veränderungen sein wie z.B. die Schließung von Abteilungen bzw. Stationen oder die Reorganisation ganzer Einrichtungen. Weiterhin sind prozessbezogene Veränderungen möglich, wie z.B. die Einführung neuer Behandlungs- und Therapieverfahren, die Neuordnung von Zuständigkeiten und die Abschaffung von Kontrollmaßnahmen. Ferner sind Kulturveränderungen oft auch mit signifikanten Veränderungen auf der Ebene des Personals und der Hierarchieebenen verbunden. Weiche Maßnahmen wie z.B. Mitarbeiterfortbildungen allein sind ungeeignet zur Änderung von Organisationskultur: „Fortbildungsprogramme ohne Unterstützung harter Veränderungen gehen meist nicht über Lippenbekenntnisse hinaus und sind reine Geldverschwendung“ (Hofstede 1993, 227).

Als Beispiel für eine tiefgreifende Kulturveränderung mag die sogenannte Psychiatriereform in den letzten 30 Jahren dienen. Lange Zeit galt die Psychiatrie als „totale Institution“ mit oligarchischen Machtstrukturen, in der Patienten „unter elenden menschenunwürdigen Umständen“ (Finzen / Schädle-Deininger 1979) verwahrt, unterdrückt und fehlbehandelt wurden. Im Jahr 1971 beauftragte der deutsche Bundestag die Bundesregierung zur Durchführung einer „Enquête“ über die Lage der Psychiatrie. Dies eingesetzte Sachverständigenkommission zeigte in ihrem Bericht zahlreiche Missstände auf und empfahl eine Reihe von harten Veränderungsmaßnahmen, um den Wechsel von einer kustodialen zu einer therapeutisch und rehabilitativ ausgerichteten Psychiatrie zu erreichen. Entsprechend dieser Empfehlungen kam es u.a. zu einer erheblichen Verkleinerung und Umstrukturierung der bislang sehr großen Nervenheilstätten, der Öffnung geschlossener Stationen und zur Schaffung neuer, kleinerer und gemeindenaher Einrichtungen, wie z.B. Wohngruppen, Heimen und Tagesstätten für psychisch Kranke. Der Ausbau der sogenannten „komplementären“, lebensweltlichen Versorgungsangebote erforderte nicht zuletzt auch die Mitwirkung neuer Berufsgruppen wie z.B. Sozialarbeiter und Psychotherapeuten. Neben der medizinischen (häufig rein medikamentösen) Behandlung wurden neue Therapie- und Betreuungsangebote eingeführt, wie z.B. Soziotherapie, Ergotherapie und betreutes Wohnen. Im vorliegenden Zusammenhang ist bedeutsam, dass die skizzierten harten Veränderungen der psychiatrischen Versorgung nicht nur eine wesentliche Verbesserung für die Patienten darstellten, sondern auch eine allmähliche Kulturveränderung der gesamten Psychiatrie und der in ihr existierenden Subkulturen bewirkt haben. Wichtige Indikatoren für diese Kulturveränderung sind insbesondere ein verändertes Selbstverständnis der Mitarbeiter, der Anspruch einer humanen, ganzheitlichen Behandlung auf unterschiedlichen Ebenen und die Sicht der psychisch Kranken als prinzipiell gleichberechtigte Partner. Naturgemäß zeigt sich dieser Kulturwandel in komplementären psychiatrischen Einrichtungen (in denen die oben beschriebene soziale Subkultur dominiert) besonders ausgeprägt, doch sind kulturelle Veränderungen auch in psychiatrischen Kliniken oder psychiatrischen Abteilungen von Krankenhäusern durchaus sehr deutlich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass ein über oberflächliche Veränderungen hinausgehender Kulturwandel in sozialen Organisationen langjährige Ausdauer und eine nicht nachlassende Aufmerksamkeit aller Beteiligten erfordern. Wenn größere Kulturveränderungen angestrebt werden, sollte idealerweise in regelmäßigen Abständen eine differenzierte Kulturdiagnose vorgenommen werden. So können entsprechende Entwicklungen sowohl für die Führungs- als auch auf der Mitarbeiterebene sichtbar gemacht werden, was die Bereitschaft und Motivation für weitere Veränderungsprozesse erhöht.

## Literatur

- Dreier, A., Was tut der Wind, wenn er nicht weht? Begegnungen mit der Kleinkindpädagogik in Reggio Emilia. Weinheim 2006.
- Finzen, A. & Schädle-Deininger, Unter elenden menschenunwürdigen Umständen. Die Psychiatrie-Enquete. Werkstattsschriften zur Sozialpsychiatrie. Band 25. Wunstorf, Rehburg-Loccum 1979.
- Fittkau, W. Kommunikation – ein bestimmendes Mittel von Organisationskulturen. Integrative Therapie 23 (1997) 181 – 202.
- Hoffmann-Richter, U. / Finzen, A., Organisationskulturen in der Psychiatrie. Integrative Therapie 21 (1995) 115 – 134.
- Hofstede, G.H., Interkulturelle Zusammenarbeit. Kulturen - Organisationen - Management. Wiesbaden 1993.
- Montada, L. / Kals, E., Mediation. Ein Lehrbuch auf psychologischer Grundlage. Weinheim 2007.
- Neubauer, W., Organisationskultur. Stuttgart: 2003.
- Neubauer, W., Führen und Leiten in sozialen Organisationen. In: P. Boskamp / R. Knapp (Hg.), Führung und Leitung in sozialen Organisationen. Handlungsorientierte Ansätze für neue Managementkompetenz. Neuwied 1999, 75 – 108.
- Schein, E.H., Organisationskultur. Köln 2003.
- Schein, E.H., Organizational Culture and Leadership. San Francisco 2004.
- Schreyögg, A., Coaching in Kliniken – eine professionelle Alternative zur Supervision. In: D. Eck (Hg.), Supervision in der Psychiatrie. Bonn: 1998, 287 – 300.
- Schreyögg, A., Organisation. Wiesbaden 1999.
- Schuh, G. / Friedli, F. / Knurr, M.A., Kooperationsmanagement. München 2005.
- Schulz von Thun, F., Klarkommen mit sich selbst und Anderen: Kommunikation und soziale Kompetenz. Reinbek 2004.
- Uffelmann, P., Die Organisationskultur als Basiskonzept. In: D. Eck (Hg.), Supervision in der Psychiatrie (S.). Bonn 1998, 263 – 275.
- Willke, H., Kultur der Komplexität. Die systemischen Qualitäten der responsiven Organisation. Integrative Therapie 23 (1997) 167 – 181.

Das vorliegende Manuskript ist die überarbeitete Fassung des folgenden Buchkapitels: Jungbauer, J. (2009). Organisationskulturen und -subkulturen: Eine Herausforderung für das Kooperationsmanagement am Beispiel der Psychiatrie. In U. Deller & R. Krockauer (Hrsg.), Kooperationsmanagement - Führung in Gesundheits- und Sozialdiensten. Opladen: Barbara Budrich Verlag (S. 138-156).



### Der Autor

Prof. Dr. Johannes Jungbauer  
Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp)  
Kath. Hochschule NRW / Aachen  
Robert-Schuman-Straße 25  
52066 Aachen  
E-Mail: j.jungbauer@katho-nrw.de