

Das Vorurteil hinter dem Vorurteil - Supervision mit medizinischen Führungskräften

Beauftragung

„Ich sage Ihnen gleich, ich komme nicht freiwillig zu Ihnen!“ Eine muntere Stimme am Telefon. Der Satz wirkt, so freundlich und bestimmt gesprochen, anspornend und angenehm herausfordernd auf mich. Frau Dr. A. berichtet, dass ihr Chef sie zu mir schickt.

Die Kontaktaufnahme ist ungewöhnlich und eigenwillig. Normalerweise nimmt die Personalabteilung der Klinik mit mir Kontakt auf und organisiert ein Erstgespräch zwischen Supervisand:innen/Coachees und Supervisor:innen/Coachs, oft zu Beginn auch begleitet durch die Personalabteilung. Manchmal bekomme ich auch nur Nachricht, dass sich Dr. X bei mir melden wird, wegen diesem und jenem Anliegen. Nach dem Erstgespräch muss ich einen schriftlichen Auftrag formulieren und eine Einschätzung über Setting und Rahmen abgeben, was ich dann an beide Personalabteilung und Supervisand:in/Coachee sende. Auch ein schriftlicher Bericht wird am Ende verlangt, der wiederum mit den Supervisand:innen/Coachees abgestimmt wird und dann an die Personalabteilung geht. Was sagt diese Praxis der Beauftragung über das Feld Klinik aus und was sagt mir die unkonventionelle Kontaktaufnahme über meine potentielle Coachee?

Der Arzt und Sozialwissenschaftler Thomas Lion entfaltet 2019 in seinem Artikel „Supervision im ärztlichen Bereich – eine super Vision?“ eine hilfreiche Hintergrundfolie zum Verständnis für die weitverbreitete Skepsis von Ärzt:innen gegenüber Supervision (z.B.: Becker-Kontio 2004). Historische Narrative über die Kunst der Medizin von der Antike bis heute, Wissen und Macht sind demnach eng verflochten und werden unbewusst permanent über kollektive Erfahrungen, Habitus und professionelles Selbstverständnis reproduziert. Die Zuschreibungen und tradierten Narrative von Ärzt:innen als „Halbgötter in Weiß“ führen zu überspannten Erwartungen und reflexionsbedürftiger Macht einerseits und zu Abwertung gegenüber anderen helfenden Professionen andererseits:

„Anhand der Überlegungen von Foucault wird deutlich, dass der Umgang mit Macht und deren Auswirkungen ein wichtiges Reflexionsfeld für die Supervision ärztlicher Führungskräfte darstellt, die über andere Ärztinnen und Ärzte, über Patientinnen und Patienten, im akademischen Setting über Studierende und aufgrund ihrer Stellung in der Gesellschaft auch über diese Macht ausüben. Der produktive und verantwortungsvolle Umgang mit dem Komplex Wissen und Macht bringt große Herausforderungen mit sich, denn er erfordert nicht nur ein Bewusstsein über die gestalterischen Möglichkeiten, die den positiven und motivierenden Effekt von Macht widerspiegeln, sondern setzt auch eine reflektierte Betrachtung der destruktiven Möglichkeiten, d. h. des potenziellen Missbrauchs von Macht, voraus“ (Lion 2019, S. 68).

Diese Macht begegnet mir auch im Beauftragungsverfahren der Klinik. Ich fühle mich nicht als Expertin gerufen, zu der man ein gleichrangiges, vertrauensvolles Verhältnis aufbaut, sondern als Dienstleisterin mit Pflichten, die abrechenbare und sichtbare Ergebnisse produzieren soll. Das medizinische Feld ist stark geprägt von dem nachvollziehbaren Wunsch nach Kontrolle und die darin agierenden Akteur:innen ebenso. So lassen sich vielleicht einerseits die strengen Regeln der Beauftragung von Supervision und Coaching über die

Personalabteilung erklären sowie der Versuch meiner Anruferin Kontrolle über diesen Prozess durch Hintergehung der offiziellen Wege und Regeln zu gewinnen. Zurück zum mich anspornenden Telefonat. Frau Dr. A. berichtet, dass sich die Assistenzärzt:innen immer wieder über ihren harschen Ton beschweren würden, weswegen ihr Chef ein Coaching anordnet.

Auch diese Aussage halte ich für bemerkenswert: Der Chef als inhaltlicher Auftraggeber taucht im gesamten Beauftragungsprozess nur als Erzählung meiner Klientin auf: Er beauftragt sie, ein Coaching zu durchlaufen, sie meldet sich bei der Personalabteilung und bekommt mich aus dem Berater:innenpool vorgeschlagen. Anstatt die übliche Schleife über die Personalabteilung zu drehen, nimmt sie direkt Kontakt mit mir auf und hebt sich zusätzlich durch ihren forschenden Anfangssatz *„Ich sage Ihnen gleich, ich komme nicht freiwillig zu Ihnen!“* mir gegenüber aus der Passivität und damit dem Gefühl der Ohnmacht, trotz verordneter Beratung. Ganz nach dem Motto *„Angriff ist die beste Verteidigung.“*

„Das gleichzeitige Gefühl von Macht und Stärke sowie Ohnmacht und Schwäche gehört zu den zentralen Spannungsfeldern der ärztlichen Tätigkeit (...)"(Lion 2019, S. 68).

Die Personalabteilung reagiert mit leichtem Grummeln, aber das ungewöhnliche Prozedere wird akzeptiert. Frau Dr. A. hat also von Anfang an das Heft des Handelns in der Hand und ich komme weder auf die Idee, sie an die Personalabteilung zurück zu verweisen, noch, ein Gespräch mit dem Chefarzt einzufordern. Sie scheint zu wissen, was sie tut und erst im Nachhinein komme ich über diese Vorgehensweise ins Grübeln und spüre die Beschneidung meines eigenen Handlungsrahmens durch ihre Setzungen.

Am Ende unseres Telefonats schlage ich fünf Coachingsitzungen innerhalb eines halben Jahres vor. Coaching, weil es sich um eine Führungskraft handelt mit einem konkreten, handlungsspezifischen Anliegen. Da Frau Dr. A. aber auch über ihr Unbehagen mit der Rolle als Oberärztin an diesem Klinikum klagt, die weitgehend auf Ausbildung beschränkt ist, bekommt das Coaching auch einen hohen supervisorischen Anteil im Sinne von Rollenreflexion und Passung im Dreieck von Person, Profession und Funktion. Das Wort Supervision nehme ich nicht in den Mund aus Furcht, dass es im klinischen Feld noch weniger anschlussfähig ist als Coaching. Maximal ein halbes Jahr schlage ich vor, um für Frau Dr. A. einen absehbaren zeitlichen Horizont zu skizzieren. Fünf Sitzungen halte ich für angemessen, um die angekündigte Skepsis von Frau Dr. A. möglicherweise zu verringern und eine ausreichende Tiefung unserer Zusammenarbeit zu ermöglichen. Beratende Professionen sind auf Ko-Kreation angewiesen, während das professionelle Selbstverständnis der Arzt-Patienten-Beziehung eher darauf beruht, dass Patient:innen untersucht werden, daraufhin Ärzt:innen eine Diagnose stellen und eine entsprechende (meist medikamentöse) Behandlung erfolgt. Dadurch entsteht eher eine aktiv-passiv-Beziehung als eine aktiv-aktiv-Beziehung. Die ko-kreative Lösungssuche im Beratungsprozess stellt deshalb vermutlich eine maximale Irritation für Ärzt:innen dar, mit der womöglich eine Geringschätzung oder zumindest Skepsis gegenüber den beratenden Professionen einhergeht.

Nach unserem Telefonat formuliere ich den Auftrag an die Personalabteilung wie folgt: *„Ziel des Coachings ist eine lernförderliche und adäquate Ansprache der Assistenzärztinnen und -ärzte, besonders in als schwierig und angespannt erlebten Situationen. Eine Reflexion der Rolle als Oberärztin, die im Uniklinikum in erster Linie in der Funktion einer Ausbilderin ist, ist darin eingeschlossen“.*

Der Beratungsprozess

Pünktlich erscheint Frau Dr. A. in meiner Praxis. Sie betont nochmal, dass das mit dem Coaching nicht ihre Idee war, sie sich aber nun darauf einlasse. Auch im direkten Kontakt mit ihr beeindruckt mich ihre klare, ungeschminkte Ansprache.

Im Laufe unserer Zusammenarbeit habe ich große Freude an der Arbeit mit ihr und sie findet offenbar auch Gefallen daran, mir zu erzählen, wie sie die Dinge sieht, was sie leistet und was ihr auf die Nerven geht. Ich folge ihr in ihren Kosmos und ertappe mich ab und an dabei, mich innerlich mit ihr zu verschwören gegen Dummheit, Frechheit, Arroganz und Verantwortungslosigkeit, die in beschriebenen Protagonist:innen aufscheinen. Mir imponiert die Eigenwilligkeit dieser Ärztin und ihre klaren Werthaltungen.

Unsere Absprachen funktionieren zuverlässig und unkompliziert, fast brav durchläuft Frau Dr. A. das Coaching und lässt sich – zumindest oberflächlich – auf all meine Anregungen und Interventionen ein: Wir leuchten mit der Lupe angespannte Situationen aus, heben die leitenden Werte ihres Handelns ins Bewusstsein und erweitern ihre Wahrnehmung durch die Perspektiven der Auszubildenden. Wir schauen gemeinsam auf das System Uniklinik, auf Aufgaben, Rollenanforderungen, Erwartungen, eigene Akzentuierungswünsche und Widerstände im System. Wir beleuchten ihr Hadern mit verschiedenen Rollenaspekten und arbeiten an Strategien, wie sie ihre Anliegen effektiv einbringen und durchsetzen kann.

In der letzten Sitzung reflektieren wir unseren gemeinsamen Prozess, eine gewisse Anerkennung ihrerseits dem Format sowie meiner Person gegenüber schmeicheln mir. Ich mache meinen Abschlussbericht ihr gegenüber transparent, in dem steht:

„Als Ergebnis des Coachings formulierte die Coachee selbst, dass sie ruhiger geworden sei, nicht mehr so aufbrausend reagiere und ihre Kommunikation insgesamt besser geworden sei. Vertrauen und Akzeptanz in eigene Stärken und Schwächen sowie in Stärken und Schwächen der Assistenzärzt:innen seien gewachsen, die Klagen hätten abgenommen und sie fühle sich insgesamt wohler und zufriedener.“

Sieht also aus wie ein gelungener Coachingprozess: Ziele erreicht, skeptische Klientin überzeugt, zufriedene Coachee.

Reflexion

Bei der Anfrage zu diesem Artikel kommt mir spontan dieser etwas länger zurückliegende Prozess in den Sinn. Und im zweiten Nachdenken taucht eine von mir völlig verdrängte Randbemerkung aus der Abschlusssitzung auf:

Fast im Hinausgehen erzählt Frau Dr. A., dass ihr Chef bereits früher ein Coaching angeraten hatte zu eben jenem Thema, das aus den Beschwerden der Assistenzärzt:innen erwachsen war. Diesem Rat sei sie damals nicht gefolgt. Aus dem Rat wurde ca. ein halbes Jahr später eine Aufforderung des Chefarztes. Warum? Es war ein schwerwiegender Fehler mit Folgeschäden für die Patientin passiert, für den Frau Dr. A. die Verantwortung als Oberärztin der Abteilung trug. Ihr Chef hatte sie also anlässlich dieses Vorfalles ins Coaching geschickt, der in unserem Prozess aber keine Erwähnung fand. Dafür brauche sie kein Coaching, meinte Frau Dr. A., da könne ihr niemand helfen. Sie komme aus einer Ärztefamilie und wisse seit Anfang an, dass folgenschwere Fehler in diesem Beruf passieren und man ganz alleine die Verantwortung dafür tragen müsse. Das sei ihr immer bewusst gewesen, dafür brauche sie keine Beratung.

Ratlos sitze ich nun also da und frage mich:

Warum konnte oder wollte Frau Dr. A. im Coaching nicht über den Vorfall sprechen? Schließt die Vorstellung, dass folgenschwere Fehler im Berufsbild eingepreist sind und dennoch um

jeden Preis vermieden werden müssen auch automatisch mit ein, dass man die Fehler, wenn sie denn passieren, mit sich selbst ausmachen muss? Hätte sie die Thematisierung deshalb als Kontrollverlust erlebt (im Sinne von: „Ich erzähle Ihnen, was mich wirklich belastet und kaum zu tragen ist“)? Hätte ich das Thema hinter dem Thema spüren müssen, hätte ich für eine Verarbeitungsbegleitung des Vorfalles am Ende unseres Prozesses werben sollen? Und überhaupt: Warum erzählt sie mir das am Ende? Wollte sie mir ein kleines Schnippchen schlagen oder einfach ihre Not teilen?

„Da die dem (ärztlichen) Habitus zugrundeliegende inkorporierte Geschichte in der Regel nicht bewusst wahrgenommen wird, ist es nach Bourdieu notwendig, zunächst das geschichtlich entstandene Unbewusste (Bourdieu 2005) zu entschleiern, bevor eine reflektierte Auseinandersetzung mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis möglich wird. Diese theoretische Analyse von Bourdieu liefert die Einsicht, dass die Unterstützung des Erkenntnisprozesses über die inkorporierte Geschichte (Bourdieu 2001) bzw. die Kontinuität kollektiver Erfahrung (Foucault 2002) und den daraus resultierenden persönlichen Haltungen und Verhaltensnormen eine Prämisse für die Akzeptanz von Supervision im ärztlichen Bereich darstellt“ (Lion 2019, S. 70).

Lion beschreibt hier vor dem Hintergrund der Theorien von Bourdieu und Foucault einen Prozess der gesamtgesellschaftlichen Reflexion einer lange währenden und sich immer wieder neu aktualisierenden Geschichte der Medizin und ihrer Bedeutung. Die Annäherung des medizinischen Feldes an professionelle Beratung muss also noch weiterwachsen. Vielleicht sind dafür ebensolche Prozesse mittlerer Tiefung vonnöten, bis die bisher offenbar notwendige Abwehr im vertraulichen Rahmen wirklich außer Kraft gesetzt werden kann. Das wäre Voraussetzung, um produktiv über die Grenzen der Macht und Machbarkeit nachdenken zu können. Leben, Heilung, Gesundheit und Tod entziehen sich immer wieder der ärztlichen Kontrolle. Sich das einzugestehen und trotzdem handlungsfähig zu bleiben ist die große Herausforderung an Mediziner:innen. Supervision und Coaching könnten einen Rahmen bieten, in dem diese Spannung eine angemessene Sprache finden kann und gemeinsam getragen wird ohne in existentieller Scham zu ersticken. Hierzu noch einmal Lion:

„Der ärztliche Habitus, insbesondere jener von Führungskräften, der zu einem wesentlichen Teil auf einer inkorporierten Geschichte beruht, die das Narrativ von göttergleicher (All-)Macht und Allwissenheit beinhaltet, beeinflusst maßgeblich auch die Einstellung und den Zugang dieser Berufsgruppe zur Supervision“ (Lion 2019, S. 69).

Erst im Nachhinein wird hinter dem vermeintlich abgebauten Vorurteil ein tieferliegendes Vorurteil sichtbar. Meine erste Freude über das Gelingen eines beauftragten Coachings wird im Nachdenken darüber melancholisch gefärbt. Diese Melancholie könnte wiederum zum Ansporn werden, die Verflechtung von Macht, Wissen und historisch geprägtem Professionsverständnis stärker in die beratende Arbeit im medizinischen Feld zu integrieren.

Literatur:

Becker-Kontio, M. (2004) Bericht der Projektgruppe „Supervision im Gesundheitswesen“ in der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V. In: Becker-Kontio M, Kimmig-Pfeiffer A,

Schwennbeck M-L, Streitbürger G, Wengelski-Strock S (Hrsg) Supervision und Organisationsberatung im Krankenhaus: Erfahrungen – Analysen – Konzepte (Veröffentlichungen der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V.). Juventa, Weinheim.

Bourdieu, P. (2001): Wie die Kultur zum Bauern kommt. VSA, Hamburg.

Bourdieu, P. (2005): Die männliche Herrschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Foucault, M. (2002): Archäologie des Wissens. Suhrkamp, Frankfurt am Main.

Lion, T. (2019): Supervision im ärztlichen Bereich – eine super Vision? In Zeitschrift „Pädiatrie und Pädologie“, Sonderheft 1/2019, Zugriff am 1.10.2023 auf <https://www.springermedizin.at/content/pdfid/16568018/10.1007/s00608-019-0664-z>