

Ökonomisierung in der Gesundheitsversorgung: Ernste Folgen und gute Antworten – aus der Sicht des psychodynamischen Beraters. Dr. med. Rudolf Heltzel*

Lieber Dr. Kampen, lieber Herr Wieczorek, vielen Dank für die Einladung zu diesem Vortrag, der mir die Möglichkeit gibt, über Erfahrungen zu sprechen, die ich im Verlauf der letzten drei Jahrzehnte als psychodynamischer Berater in den verschiedensten Einrichtungen des Gesundheitswesens sammeln konnte. Ich denke, dass sich unter uns nicht nur Profis der medizinischen Versorgung befinden, sondern auch Menschen aus anderen Berufsfeldern, die das Interesse an medizinisch-ethischen Fragestellungen hierher führt. Wie es um unser Gesundheitswesen steht, und wie es in der näheren Zukunft damit bestellt sein wird, das beschäftigt und besorgt heute viele Menschen, nicht nur die Fachleute. Ich erlaube mir daher ganz wenige Vorbe-merkungen, die den Titel meines Vortrages und meinen Erfahrungshintergrund als „psychodynamischer Berater“ betreffen.

Dass Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, Ambulanzen, Praxen u. a. Institutionen der Gesundheitsversorgung von gelegentlicher Beratung durch Externe profitieren können, dürfte einleuchten. Auch Kostenträger (z. B. Krankenkassen), Institutionen der fachpolitischen Aufsicht und verschiedene Berufsverbände machen bei Bedarf davon Gebrauch, und in allen diesen Feldern bin ich als Berater tätig. „Psychodynamische“ Beratung ist eine Fachberatung, welche die berufliche Kommunikation und die persönliche Kooperation der „Profis“, ihre mitunter spannungsreichen Arbeitsbeziehungen untereinander und die therapeutische Beziehung zu ihren Patienten in den Blick nimmt. Sie schafft dabei Raum für den Austausch über die persönlichen, emotionalen Belastungen, die mit dieser Arbeit verbunden sind, also etwa Gefühle der Erschöpfung, der Resignation, auch des Ärgers. Die in der Gesundheitsversorgung Tätigen benötigen darüberhinaus Raum für den Ausdruck und die Klärung tiefer Affekte wie Wut, Enttäuschung, existenzielle Angst, Misstrauen, Empörung und Verzweiflung. Diese Emotionsarbeit ist Voraussetzung einer guten, zugewandten Beziehung zu den Patienten. Ich hoffe im Verlauf meines Vortrages deutlich machen zu können, warum dies so ist.

Ich berate viele Führungskräfte, aber auch Leitungen und Mitarbeitende, und dabei sowohl Einzelne, als auch Teams und Abteilungen (Großgruppen). Auf der Rechnung steht dabei entweder „Coaching“, oder „Supervision“. Heute verwende ich den Oberbegriff und spreche meist von „Beratung“. Egal, welcher Begriff gewählt wird, mein Engagement versteht sich als reflektierte Unterstützung von Professionellen in der Gesundheitsversorgung, die ihre Arbeit zum Wohle der Patienten gestalten und dabei selbst anstreben, gesund und lebendig zu bleiben.

Da ich Veröffentlichungen von Prof. Maio kenne (Maio 2012), und da wir vorbereitend telefonisch Kontakt aufnehmen konnten, kann ich manches, was soeben dargestellt wurde, voraussetzen und daran anknüpfen. Der Workshop ist eine zusätzliche Möglichkeit, um Verbindungen zu diskutieren, darauf bin ich sehr gespannt!

Zunehmender ökonomischer Druck in der Gesundheitsversorgung

Zunehmender ökonomischer Druck im Gesundheitswesen war seit Beginn der 1990er Jahre wahrzunehmen. Zunächst erschienen manche der damit einhergehenden Entwicklungen sinnvoll, da verkrustete Strukturen nun kritisch überdacht und aufgebrochen wurden. Ganz aus der Zeit gefallene Einrichtungen, die diese Periode der Dynamisierung verschliefen, mussten ihre Türen schließen, andere fusionierten oder wurden übernommen, und manchmal erwies sich dies als Segen für die Patienten, die dort behandelt worden waren. Wo nicht gleich ganze Einrichtungen in den Strudel der Dynamik gerieten, wurden eklatante Mängel (wie ungenügende Führung) in den Blick genommen und endlich behoben. So weit so gut.

Sehr bald wurde jedoch deutlich, dass diese Dynamik Wirkungen zeitigte, deren Sinn kaum noch nachvollzogen und vermittelt werden konnte: Während sich die Arbeit überall verdichtete und beschleunigte, führten ausufernde Formalisierungszwänge, Leistungsnachweise, Dokumentationspflichten, Standardisierungsvorgaben und frisch eingeführte Zielvereinbarungssysteme zu Arbeitsbedingungen, die zu Lasten der Beschäftigten gingen. Die meisten mussten immer intensiver arbeiten und dabei doch die Erfahrung machen, dass Einsatz und Engagement nie ausreichten, um die Arbeit zufriedenstellend zu erledigen. Das zermürbte viele und löste Empörung aus.

Seit dem Ende der 1990er Jahre habe ich immer wieder aus der Praxis heraus über Folgen dieser Entwicklung nachgedacht und berichtet. Inzwischen gibt es auch eine wissenschaftlich-empirische Studie, die dazu Stellung bezieht: Der Sozialpsychologe Prof. Rolf Haubl und der Arbeitssoziologe Prof. Günter Voß und ihre wissenschaftlichen Arbeitsgruppen haben im Auftrag der DGsv erfahrene Berater zur Entwicklung in Organisationen befragt (Haubl / Voß (Hrsg.) 2011). Einrichtungen des Gesundheits- und des Sozialwesens gehören zu den Haupteinsatzorten dieser Berater, hier erhalten sie ungeschönte Einblicke in das Innenleben der Organisationen. Die Ergebnisse der Studie sind daher für unsere heutige Diskussion interessant. Ich greife einige der Befunde (die ich übrigens sämtlich bestätigen kann) hier heraus:

- Der im Zusammenhang mit Ökonomisierung ansteigende Effizienzdruck führt zum Verlust an Kreativität und zu starren Standardisierungen
- Das Innovations- und Veränderungstempo nimmt stetig zu
- Veränderungsprozesse werden abgebrochen und durch neue ersetzt, oftmals wird lediglich die Rhetorik verändert
- Zeitaufwändige Dokumentations- und Evaluationspflichten kosten unangemessen viel Zeit, so dass sich die Arbeitsergebnisse verschlechtern
- Arbeitsprozesse werden verdichtet und beschleunigt, die steigende Arbeitsintensität macht krank und führt verbreitet zur inneren Kündigung
- Neue Steuerungsinstrumente wie Zielvereinbarungen führen zunächst zur Leistungssteigerung, später – aus Selbstschutz – zum Unterlaufen der Vereinbarungen
- Immer mehr Beschäftigte entwickeln – als Schutz vor Demoralisierung – einen zynischen Habitus
- Immer mehr Beschäftigte erleben Arbeit als erschöpfende Belastung

- Viele Beschäftigte arbeiten bereits heute in dem Bewusstsein, das Wohl derer zu gefährden, die auf ihre Dienste angewiesen sind
- Schuldgefühle, unhaltbare Zustände aufrecht zu erhalten, sind die Folge
- Die Konfrontation mit der Diskrepanz zwischen perfekten Selbstdarstellungen (Flyer, Internetseiten, usw.) und der alltäglichen Realität wird als besonders belastend erlebt und fördert „Burnout“
- Die Feststellung, angesichts steigender Arbeitsbelastung nicht mehr mithalten zu können, verursacht bei vielen quälende Schamgefühle und führt – in der Folge – zu Rückzug und kommunikativer Isolierung
- Die Folge negativer Selbstbewertung in der Arbeit ist ein innerer Anerkennungsverlust, der das berufliche Selbstwertgefühl bedroht
- Die ursprüngliche Grundhaltung des „Berufs als Berufung“ gerät bei vielen ins Wanken

Ernste Folgen der Ökonomisierung

Dies sind alarmierende Befunde. Sie lassen mich an die Beratung eines Ambulanzteams denken, die ein Jahr zurückliegt. Die Ambulanz war Teil einer Klinik, die von einem gewinnorientierten Konzern betrieben wird. Nachdem die Teilnehmenden ihr anfängliches Misstrauen, dass ich sie persönlich bei der Direktion denunzieren würde, überwunden hatten, berichteten sie ernst und bedrückt, welche Werte im Konzern zählten: Dem Management gehe es in erster Linie ums Geld, danach komme lange Zeit gar nichts. Dann gehe es um Zertifizierungen und formale QM-Standards. Wie diese umgesetzt und ob sie tatsächlich gelebt würden, interessiere nicht wirklich. Hauptsache, die Klinik stehe nicht in der öffentlichen Kritik. Sei dies doch der Fall, würde auf vorliegende Zertifizierungen verwiesen, und es würden Schuldige gesucht. Die Klinikdirektion erhalte Vorgaben bzgl. der Geschäftszahlen, sie stehe selbst unter Druck, von ihr könne man keine Unterstützung erwarten. Die Ambulanzmitarbeiter

fühlten sich mit ihrer Sorge um die Qualität der Patientenversorgung allein gelassen, was sie mit vielen Beispielen veranschaulichten. Auf mich wirkte ihre Darstellung keinesfalls überzogen oder dramatisiert. Sie wurde mit angemessenem Ernst vorgetragen und erschien mir nachvollziehbar und zutreffend. – Im weiteren Verlauf der Beratung ereignete sich u. a. dies: Um Stellenabbau abzuwenden, verzichteten alle Beschäftigten der Klinik auf Lohnerhöhungen und das 13. Monatsgehalt. Weil die Zahlen am Jahresende dies hergaben, sollten nun doch alle eine Prämie von etwa zwei bis dreihundert Euro erhalten. Diejenigen, die mehr als sechs Wochen Arbeitsunfähigkeit im Kalenderjahr angezeigt hatten, sollten davon ausgenommen sein, denn die Prämie sollte nicht das Kranksein, sondern die Leistung anerkennen. Als das Team dies berichtete, saß auch eine verdiente Fachärztin im Stuhlkreis. Sie war in diesem Jahr an einem Tumor operiert worden und danach längere Zeit in der Reha gewesen. Nun war sie zurückgekehrt, aber noch erkennbar gezeichnet von Krankheit und Behandlung. Die Teilnehmenden berichteten betroffen, dass diese Fachärztin die Prämie nicht erhalten solle, da sie länger als sechs Wochen krank gewesen sei. Alle empfanden dieses „Geschenk“ der Geschäftsführung als „vergiftet“ und konnten sich nicht vorstellen, es in dieser Form anzunehmen. Auch die länger erkrankten Kollegen hätten doch auf Gehaltsanteile verzichtet und würden jetzt dafür bestraft, ernsthaft erkrankt gewesen zu sein. Das Team würde es daher vorziehen, wenn alle etwas weniger Prämie erhielten und auch die länger Erkrankten bedacht würden. Als sie beim Chefarzt mit diesem Wunsch vorstellig geworden wären, hätte dieser gar nicht verstanden, um was ihnen gehe: Diese Prämie, habe er gesagt, sei doch eine Belohnung seitens der Geschäftsführung und ein Grund sich zu freuen! Nun seien sie ohne Hoffnung, was dieses Thema angehe: Dies sei die bekannte Konzernpolitik, und der Chef würde sie „eins zu eins“ umsetzen, das kennten sie inzwischen.

Ich war berührt und wie betäubt von dieser Geschichte. Diese Ambulanzmitarbeiter waren – so erlebte ich es – ganz verloren und alleingelassen. Auch untereinander konnten sie kaum Kontakt aufnehmen, so sprachlos und deprimiert waren sie. Wie ihre Fachärztin wirkten sie „angeschlagen“ und wehrlos. Ich bot daher an, den Chef aufzusuchen und ihm mit meinen Worten darzulegen, warum diese „Anerkennung“ mehr Scham- und Schuldgefühle auslöse, als Freude und Stolz über die eigenen Leistungen. Vielleicht könne ich damit durchdringen? Wenngleich es dem Team an Zuversicht mangelte, stimmten alle zu, und so bat ich den Chefarzt um ein Gespräch.

Es verlief wie vom Team erwartet: Er reagierte etwas gereizt und mit Unverständnis darauf, dass das Team und ich dieses Thema so unnötig verkomplizierten. Er war ganz dem Wertesystem der Konzernspitze verpflichtet und für das Anliegen seiner Mitarbeiter emotional nicht erreichbar. Ich selbst fühlte mich abgewürgt und abgeschoben und verstand nun besser, warum sich das Team von ihm so allein gelassen fühlte.

Wer sich etwas mit dem Thema „Burnout“ beschäftigt hat, erkennt nun sowohl in der Auflistung der wissenschaftlichen Befunde, als auch in meinem Beispiel Phänomene dieser Verfassung wieder. Sie treten nicht nur bei Einzelnen auf, sondern werden auch in Teams und ganzen Organisationen beobachtet: Nachhaltig überlastete Teams, denen es an echter Unterstützung mangelt, berichten über chronische Überforderungsgefühle bei der Arbeit, ihre Mitglieder strahlen tiefe Resignation aus, über ihnen liegt eine Schwere oder etwas Depressives. Obwohl sie unter ihrer Situation leiden, wissen sie keine Auswege daraus und tragen oftmals selbst dazu bei, dass alles so bleibt wie es ist. Trotz objektiver oder subjektiv empfundener Anstrengung sinkt ihre Leistungsfähigkeit, was einen Strudel kollektiver Selbstentwertung auslöst. Sarkasmus und Zynismus nehmen zu, die Reizbarkeit steigt an und es häufen sich Beschuldigungen anderer und ernsthafte Feindseligkeiten. Die Destruktivität kann sich gegen bestimmte Teammitglieder richten, oder gegen andere Teams, gegen Leitungsverantwortliche oder Kooperationspartner. Sie kann in unüberwindlichen Kommunikationsbarrieren Ausdruck finden und massive Konflikte und Spaltungen hervorrufen (siehe dazu: Fengler und Sanz (Hrsg.) 2011).

Ein Beispiel für solche Spaltung ist dies: Chefärzte und Pflegedienstleitungen, die große Empathie, Sensibilität und Fürsorge für Patienten aufbringen können, lassen diese Qualitäten im Umgang mit Mitarbeitenden manchmal vollständig vermissen. Achtsamkeit und Fürsorge kommen ausschließlich den Patienten zugute, während die Beschäftigten allein gelassen und krassen Überforderungen ausgesetzt werden (dies ist ein Spaltungsphänomen). Diese Einstellung kann ein wirkmächtiger Beitrag zum „Burnout“ unter Mitarbeitenden sein, was eine Führungskraft mir gegenüber einmal in großer Offenheit und mit einer Art Managerstolz so formulierte: „Klar, wir pressen unsere eigenen Leute aus wie Zitronen, wir verheizen sie. Das sagen die Mitarbeiter, und das stimmt auch. Unseren Patienten kommt das aber zugute!“

Diese Führungskraft hatte nach Jahren der Berufstätigkeit in einem helfendem Beruf eine beachtliche Karriere als Managerin in einem ambulanten Verbund gemacht. – Natürlich lag sie falsch, denn Mitarbeitende, die von ihrer Führung „ausgepresst“ und „verheizt“ werden, dürften nur begrenzt in der Lage sein, sich auf die Bedürfnisse von Patienten einzustellen.

Exkurs: Traumatisierte Organisationen

Das führt mich zum Thema traumatisierter Mitarbeitender in Organisationen. Unter psychodynamischen Beratern wird zur Zeit diskutiert, wie nicht nur Einzelne und Teams, sondern auch ganze Organisationen traumatisiert werden können. Obwohl wir mit diesem inflationär gebrauchten Begriff zurückhaltend umgehen sollten, denke ich doch, dass es mittlerweile Einrichtungen und Unternehmen gibt, auf die er zutrifft. Die oben geschilderte Beratung in einem gewinnorientierten Konzern handelte davon, aber Beispiele für Traumatisierung ganzer Organisationen sind keineswegs auf Unternehmen beschränkt, die Rendite erwirtschaften. Es gibt sie sowohl in kommunalen, als auch in konfessionell getragenen Kliniken und Einrichtungen.

Von Traumatisierung in Organisationen können wir sprechen, wenn die Menge und die Intensität der Arbeit Mitarbeitende und Leitungsverantwortliche schwer und nachhaltig überfordert und keine Abhilfe in Sicht ist. Eine solch ausweglose Situation löst Gefühle der Hoffnungslosigkeit, der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins aus und übersteigt die Möglichkeiten der Bewältigung. Traumatisch wirkt sich weiterhin aus, wenn die Arbeit Mitarbeitende und Leitungen emotional massiv belastet, etwa durch potenzielle oder tatsächliche Konfrontation mit Gewalt, Tod, großem Elend oder schwerem Schicksal. Das kann an vielen medizinischen Arbeitsplätzen der Fall sein. Gemeinsam lassen sich diese Belastungen besser bewältigen als allein. Wenn Personal aller Berufsgruppen aber zunehmend reduziert wird, sind potenziell traumatische Belastungen bereits vorprogrammiert. Ich kenne manche Situation, auf die dies zutrifft.

Besonders belastend und tatsächlich kumulativ traumatisierend ist es, wenn Führungen oder Leitungen, statt zur Bewältigung der skizzierten Problemlagen beizutragen, selbst zur Quelle steigender Frustration, Belastung und Überforderung werden. Das kann verschiedene Ursachen und Hintergründe haben: Neigung zu Willkürherrschaft und Autokratie, Missbrauch der Position zu eigennützigen Zwecken, Desinteresse an Mitarbeiterführung und Organisationsentwicklung, Doppelbödigkeit und Scheinheiligkeit, persönliche Abwesenheit (im räumlichen, zeitlichen, psychologischen Sinne). Oder persönliche Eigenheiten wie Selbstbezogenheit, Konflikt- und Beziehungsunfähigkeit oder eigene handfeste psychische Erkrankungen. Mir ist eine Klinik bekannt, in der nacheinander drei Führungen psychisch dekompenzierten. Die Belastung für die Mitarbeitenden, die größeren Schaden von den Patienten abhielten, war groß und für mich noch Jahre später wahrnehmbar. Führungskräfte stehen heute unter enormem Druck und benötigen selbst Unterstützung, um nicht Schaden zu erleiden.

Der Verlust an Zusammenhang und ganzheitlichem Denken

Aus der Behandlung traumatisierter Menschen ist uns bekannt, dass die Betroffenen zur Fragmentierung, zur Isolierung von Affekten und Gedanken, zur Trennung von Sinnzusammenhängen gezwungen sind. Erst die angemessene Behandlung setzt sie wieder instand, Unverbundenes zu integrieren. In diesem Zusammenhang ist es nun interessant, dass Prozesse der Fragmentierung nach meiner Beobachtung und nach der von Kollegen inzwischen zu den dominanten Phänomenen in Organisationen zählen. Prof. Maio beschrieb die eklatante Abkehr von der ganzheitlichen Sichtweise des Menschen und der Medizin als Heilkunde, wie sie durch Ökonomisierung gefördert wird. Diese Abkehr spiegelt sich nun in der Kultur medizinischer Einrichtungen wider: Einer der wesentlichsten Aspekte ist die häufig zu beobachtende, wechselseitige Abschottung von Verwaltung und Therapie. An manchen Orten leben beide Bereiche in ihrer jeweils eigenen Welt und kommen nur widerwillig aufeinander zu. Die Missverständnisse und wechselseitigen Schuldvorwürfe können groß sein. An meinen Coaching-Gruppen nehmen Vertreter beider Seiten teil, und es ist wichtig zu erfahren, wie die jeweils andere Seite „tickt“, und wie Aspekte zusammengebracht werden können, die sonst unvereinbar sind. Es ist heute von zentraler Bedeutung, an dieser Integration zu arbeiten.

Im unmittelbar klinischen Bereich wird der Zusammenhang verschiedener Beiträge (zwischen medizinischen Fächern oder verschiedenen Kliniken, zwischen Kliniken und ambulanten Praxen, zwischen verschiedenen Akteuren eines Faches, zwischen den Berufsgruppen usw.) unter dem Druck der Verhältnisse brüchiger oder geht verloren. Dabei war es noch nie so wichtig wie heute, ihn herzustellen und aufrechtzuerhalten. Die heute systematisch geförderte Tendenz zur Teilung, Zerstückelung und Fragmentierung zeigt sich dem begleitenden Berater an vielen Stellen.

In der Psychiatrie offenbart sie sich vielerorts in der Erosion sozialpsychiatrisch vernetzten Denkens und Handelns: Jeder Akteur, jeder Bereich steht unter Rechtfertigungsdruck, jeder kalkuliert für sich und ist darauf fokussiert, das eigene Überleben abzusichern. Für das Aufrechterhalten fachlich zwingender Vernetzungen mangelt es oftmals an der Zeit, an der dafür erforderlichen Energie, mitunter auch an der grundlegenden Bereitschaft. Dass zeitgemäße Psychiatrie ein bio-psycho-sozial konzipiertes, also integratives Fach ist, gerät zunehmend in Vergessenheit. Für die Erhebung von Lebensgeschichten als wesentliche Voraussetzung des Verstehens von Patienten fehlt dann die Zeit, oder diese Aufgabe wird als „Luxus“ abgetan, den man sich heute nicht mehr leisten könne.

In den anderen Fächern ergibt sich ein vergleichbarer Eindruck: Weil die Zeit für Abstimmungen fehlt, stehen ärztliche Visite und Pflegeplanung, ärztliche Entlassungspolitik und pflegerisches Entlassmanagement oft in keinem guten Zusammenhang. Diesen Zusammenhang herzustellen, kostet Zeit, und die muss eingespart werden. Interdisziplinär betriebene Stationen leisten sich ärztliche Visiten mehrerer Fächer zu wechselnden, nicht aufeinander abgestimmten Zeiten. Die Zusammenführung der Befunde und Verordnungen muss der Pflege überlassen werden, die daran verzweifelt. Weil die Zeit für Austausch und Koordination fehlt, arbeitet an manchen Orten jede Berufsgruppe für sich, und viel zu vieles läuft aneinander vorbei oder geht verloren. Ärzten, die FZA haben und denen, die Dienstbereitschaft leisten, mangelt es an der Zeit, um sich patientenorientiert auszutauschen, und auf ein und derselben Station lösen sich im Wochenverlauf – je nach Dienstplan und Krankenstand – mehrere Ärzte ab.

Was dies für die Krankenbehandlung bedeuten kann, erfuhr ich von einem meiner Patienten: Er hatte eine traumatische Migrationserfahrung mit Todesbedrohung, dem Verlust naher Angehöriger und dem Zerreißen zentraler menschlicher Bindungen hinter sich. Nun litt er an einer Depression und erlebte die permanenten Umstrukturierungen auf seiner Arbeit als Retraumatisierung, die er psychisch nicht mehr kompensieren konnte. Wegen dieser Probleme befand er sich in meiner Behandlung. Zudem litt er an einem komplexen körperlichen Leiden und musste ambulante und stationäre Behandlungen in Anspruch nehmen, inklusive etlicher Arztwechsel.

Seine Erfahrung war nun, dass bei jedem Behandlerwechsel nicht nur Details seiner Krankengeschichte „untergingen“, sondern auch der Zusammenhang seiner Erkrankung im Großen und Ganzen: Gesicherte Diagnosen wurden immer wieder neu diskutiert, als ob vorher niemand in diese Richtung gedacht und geforscht hätte. Vorbehandlungen wurden nicht kommuniziert, so dass sie – trotz fehlender Behandlungserfolge – erneut erwogen wurden. Mein Patient ließ sich daher alle Befunde und Unterlagen kopieren und legte eine eigene, gut strukturierte Akte an, die er bei Arztbesuchen mit sich führte. Freundlich und mit Taktgefühl stellte er dieses umfangreiche Dokument zur Verfügung, sobald es darauf ankam, den Zusammenhang seiner Krankheitsgeschichte zu berücksichtigen. Er stellte also selbst Verbindungen zwischen Unverbundenem her, er steuerte die jeweiligen Behandlungen so gut es ging und legte den Ärzten eine ganzheitliche Sicht seiner Erkrankung nahe. Er hatte Verständnis dafür, dass Ärzte und andere Helfer unter großem Druck standen, aber er machte das Beste aus der gegebenen Situation und förderte Verbindungen, wo er nur konnte.

Gute Antworten...

Damit komme ich zu der Frage, wie Führungskräfte, Leitungen und Mitarbeitende auf die skizzierten Probleme in der Gesundheitsversorgung reagieren sollten. Meine Vorschläge basieren auf Erfahrungen in zahlreichen Beratungsprozessen. Sie reflektieren darüberhinaus mein eigenes Menschenbild und die Werte, die mich in meiner Arbeit leiten. Ich nenne im folgenden einige mir zentral erscheinende Punkte:

- Alle Akteure in der Gesundheitsversorgung sollten eine kritische Haltung zu den Wirkungen und Nebenwirkungen der Ökonomisierung in der Gesundheitsversorgung einnehmen und aufrechterhalten.
- Das gilt auch für kaufmännisch Verantwortliche, die nicht nur auf kurzfristige betriebswirtschaftliche Ergebnisse schauen, sondern nachhaltige Entwicklungsprozesse anstreben sollten.
- Die kaufmännisch Verantwortlichen sollten Chefärzte, Pflegedirektoren u. a. Führungskräfte so weit wie möglich über Rahmenbedingungen und Beweggründe betriebswirtschaftlicher Entscheidungen informieren und sie so gut es geht „mitnehmen“.
- Unternehmensstrategische Entscheidungen sollten daher partizipativ, unter Mitwirkung therapeutischer Entscheidungsträger, vorbereitet und transparent umgesetzt werden.
- Alle Akteure sollten sich zu einer wertschätzenden, transparenten, vertrauensfördernden Kommunikation verpflichtet fühlen und sich im Diskurs zwischen unterschiedlichen Sichtweisen und Grundhaltungen üben.
- Unvermeidliche Konflikte zwischen den Beteiligten sollten in offenem, wertschätzendem Austausch („auf Augenhöhe“) ausgetragen und möglichst konstruktiv bearbeitet werden. Dabei kann externe Beratung hilfreich sein.

Dazu ein kurzes Beispiel aus meiner Praxis: In einem Klinikverbund mit mehreren Standorten moderiere ich die quartalsweisen Sitzungen der Gesamtklinikleitung, an der neben der paritätisch besetzten Direktion auch Vertreter der fachlichen Aufsicht teilnehmen. Dieses komplex zusammengesetzte Gremium trägt die Verantwortung für strategische Entwicklungen der Gesamtklinik, für übergreifende therapeutische Entscheidungen und für das zentral gesteuerte Kosten- und Personalmanagement. Da hier nicht nur verschiedene, teils divergierende Interessenlagen zu berücksichtigen sind, sondern auch verschieden sozialisierte Persönlichkeiten kooperieren, ent-

schloss sich das Gremium, eine unabhängige, externe Moderation zu beauftragen. Natürlich werde ich dort nicht als Experte für Verwaltungsfragen und Betriebswirtschaft benötigt – beides bin ich nicht. Gebraucht wird eine Moderation, die den offenen Austausch und die Teamentwicklung fördert und konstruktive Konfliktbearbeitungen anregt und ermöglicht. Man darf vermuten, dass ein solcher Ansatz nicht nur diesem Führungsgremium, sondern der gesamten Klinik und damit allen Beschäftigten zugute kommt. – Ich setze fort:

- Chefärzte sowie Führungen und Leitungen der Pflege u. a. Bereiche sollten im Kontakt mit den Mitarbeitenden präsent sein, und sie sollten angemessene Wertschätzung und Anerkennung ausdrücken.
- Sie sollten klare Vorgaben vermitteln, „auf Augenhöhe“ kommunizieren und zentrale Werte fachlich und moralisch vorleben (der Bischof von Limburg ist das falsche Modell).
- Sie sollten ein belastbares Gegenüber sein, das Konflikte anerkennt, durchsteht, nach Möglichkeit konstruktiv bearbeitet und wenn nötig entscheidet.
- Sie sollten positive und negative Emotionen selbst zugestehen und dies zum Verständnis ihrer Mitarbeiter nutzen. Führungskräfte sind mit ihrer ganzen Persönlichkeit gefordert, nicht nur als spezialisierte Fachleute.
- Bei alledem brauchen sie keine Wunder vollbringen und keine Perfektion anstreben. Sie dürfen Fehler machen und können diese eingestehen, das ist menschlich und entlastet ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- In diesem Sinne praktizieren sie „achtsame Führung“. Diese erweist sich als verlässlich, redlich, fair und persönlich integer. Das vermittelt Sicherheit und fördert Vertrauen (Heltzel 2013).

Falls Ihnen diese Werte konservativ oder sogar altmodisch erscheinen, betone ich, dass sie angesichts zunehmender Ungewissheit und Unsicherheit am Arbeitsplatz noch nie so aktuell waren wie heute. Was es heute zusätzlich braucht, sind Räume des offenen Austausches und der betrieblichen, auf die Arbeitsaufgabe und die berufliche Kooperation ausgerichteten Selbstreflexion. Dies meint Orte und Gelegenheiten der Information und der Klärung von Fakten und Vorhaben. Aber auch sozio-emotionale Möglichkeitsräume, die zum Ausdruck und zur Kommunikation von Unzufriedenheit, Ärger, Ängsten, Befürchtungen, Wünschen, Erwartungen und anderem genutzt werden können. Dies trägt wesentlich zum Aufbau nachhaltiger Vertrauenskulturen bei. So können Bindungen zwischen den Beteiligten vertieft und Gefühle des Zusammenhalts und der Zugehörigkeit und die Identifikation mit der Organisation als ganze gefördert werden. Gerade letztere wird heute vielerorts brüchig.

Ärzte erlernen die Führungsrolle, die ich hier skizziere, im Rahmen ihrer Ausbildung nicht. Auch Pflegenden wird sie in Leitungskursen nur ansatzweise vermittelt. Am besten lässt sie sich in der alltäglichen Praxis entwickeln, indem Führungskräfte und Leitungen an fortlaufenden Coaching-Gruppen teilnehmen, wo voneinander gelernt werden kann.

Einen Punkt habe ich in meiner Auflistung noch nicht genannt: Heute, im Zeitalter der Standardisierungen und Formalisierungen, kommt es verstärkt darauf an, sich den Mut zu kreativen, unkonventionellen und überraschenden Problemlösungen zu bewahren. Von einer solchen Bewältigungsvariante möchte ich abschließend erzählen. Sie stammt aus dieser Klinik und handelt von der Besetzung der Arztstellen. Wir alle wissen, dass die Besetzung von Arztstellen in Kliniken fast überall, besonders aber auf dem flachen Land, ein großes Problem darstellt. Selbst in attraktiven Großstädten kann es sein, dass zahlreiche Stellen unbesetzt sind, weil sich nicht genügend Bewerber finden. Die Arztstellen bleiben vakant oder werden – aus der Not heraus – mit Kollegen besetzt, die besser keine Anstellung gefunden hätten. [Ich selbst habe einmal die Beendigung einer Teamsupervision angekündigt, sofern die Chefärztin den dort tätigen Vertragsarzt, der ein Psychatriejahr absolvierte, weiter in Anstellung ließe. Dieser Kollege war für das Fach Psychiatrie definitiv nicht geeignet und eine Zumutung für Patienten und Mitarbeitende: Interdisziplinäre Teamarbeit lehnte er provokativ ab, in Patientengesprächen fehlte ihm jede Einfühlung, mit den Patienten

vereinbarte Gesprächstermine ließ er willkürlich ausfallen, und zur Arbeit erschien er immer wieder um Stunden zu spät, ohne dies im Team anzukündigen und zu begründen. Zur Teamberatung erschien er gelegentlich und dies nur, weil die Chefin es ihm zur Auflage gemacht hatte. Wenn er teilnahm, brachte er sich so ein, dass ich mir Sorgen um die Patienten machte. Die Chefärztin hatte seiner Anstellung zugestimmt, weil viele Arztstellen unbesetzt waren. Die verbleibenden Ärzte drohten unter der Last der vielen Bereitschaftsdienste zusammenzubrechen oder dachten über Kündigung nach. Auch die Beziehungskonstanz in der Patientenversorgung war stark gefährdet, da viele Ärzte fehlten und durch gesetzlich vorgeschriebene Freizeitausgleiche und Vertretungspflichten ständig neue Lücken entstanden. Glücklicherweise endete das Psychiatriejahr des Vertragsarztes ohnehin, so dass ich die Teamsupervision noch eine Weile fortsetzen konnte. Vielleicht war meine Androhung zu gehen trotzdem wichtig, um der Chefärztin einen Hinweis zu geben: Dieser Lösungsweg ging zu Lasten aller Beteiligten und war nicht zu verantworten. Mit meinem Berufsverständnis war er jedenfalls nicht vereinbar].

Dr. Kampen ging – in Absprache mit Dr. Renner – einen anderen Weg: Er belebte ohnehin gebahnte Verbindungen zur Universitätsklinik Göttingen und gewann nach und nach junge Kolleginnen und Kollegen für den Bereitschaftsdienst. Diese Ärzte hatten ihre Ausbildung abgeschlossen, waren aber in Wartestellung, was den definitiven Eintritt in das Berufsleben anging. Er führte sie persönlich in die Herausforderungen des Bereitschaftsdienstes und die Besonderheiten der Klinik ein, war nachts mit anwesend und bot im Anschluss an, dass Dr. Renner und er selbst den Kollegen jederzeit als Hintergrunddienst zur Verfügung ständen: Sie könnten – auch in scheinbar kleineren Fragen – unbedenklich anrufen, Dr. Renner und er würden beratend zur Seite stehen, bei Bedarf auch persönlich in die Klinik kommen und den Dienst mit übernehmen. Das war nicht einfach hingesagt, sondern wirklich so gemeint, und so wurde es auch umgesetzt. Zwar gab es anfängliche Skepsis bezüglich dieser Lösung. Weil sie sich aber bewährte, und weil die jungen Kollegen dies als kompetente Einarbeitung erlebten und sich verlässlich unterstützt fühlten, empfahlen sie diese Nebentätigkeit unter den Studienkollegen weiter. So kamen immer wieder neue, engagierte, lerneifrige junge Kollegen, die ihre ärztliche Ausbildung abgeschlossen hatten, in die Abteilung, und heute entlasten mehrere von ihnen die fest angestellten Ärzte von den Bereitschaftsdiensten. Für erfahrene fachärztliche Kolle-

gen und für solche, die Kinder zu versorgen haben, erhöht sich auf diese Weise die Attraktivität des Arbeitsplatzes in der Klinik. In der Folge sind alle Arztstellen in der Psychiatrie des Hauses besetzt, was nicht nur der verlässlichen Patientenbehandlung, sondern auch dem Arbeitsklima insgesamt zugute kommt. Der Erfolg dieses kreativen Personalmanagements konnte schließlich langfristig nur gesichert werden, weil die Geschäftsführung sich einverstanden erklärte und das Modell flexibel und unbürokratisch unterstützte. Auch das ist andernorts keine Selbstverständlichkeit, wie ich aus manchen Beratungen weiß.

Ich bin am Ende meiner Gedankengänge angekommen. Obwohl ich an keiner Stelle ausdrücklich von „Ethik“ gesprochen habe, hoffe ich doch, dass grundlegende Werte der Heilkunde angeklungen sind. Ich habe aktuelle Gefährdungen dieser Werte in Einrichtungen der Gesundheitsversorgung benannt. Und ich habe Vorschläge unterbreitet, wie sie mittel- und langfristig verteidigt und gesichert werden können. Auf die folgende Diskussion und den Workshop bin ich gespannt!

** Vortrag am 9. November 2013 (Ethiktag „Ethik in der Gesundheitsversorgung“) St. Ansgar Klinikverbund GmbH*

Literaturangaben

- Fengler, J. und Sanz, A. (Hrsg.) (2011): Ausgebrannte Teams. Burnout-Prävention und Salutogenese. Stuttgart. Klett-Cotta.
- Haubl, R. und Voß, G. (Hrsg.) (2011): Riskante Arbeitswelt im Spiegel der Supervision. Göttingen. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Heltzel, R. (2013): Achtsame Führung: Gesundheit, Beziehung, Vertrauen und Zusammenhalt. In: Zeitschrift Supervision (31), Heft 3/13, S. 28-33.
- Maio, G. (2012): Ärztliche Hilfe als Geschäftsmodell? In: Deutsches Ärzteblatt 109 (16), S. A 804-807

Kontakt: www.rudolf-heltzel.de, praxis@rudolf-heltzel.de