

Heft 45
April 2015
23. Jahrgang

FORUM

Supervision

Fanatisches Denken und Organisationsethik

Miriam Bredemann

Jutta Burghardt

Jörg Gogoll

Hans-Peter Griewatz

Katharina Gröning

Katharina Heimerl

Elisabeth Reitingner

Jan-Willem Waterböhr

Klaus Wegleitner

Estera Zuranski

FoRuM Supervision: Fanatisches Denken und Organisationsethik (Heft 45)

23. Jahrgang

Herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Austermann

Prof. Dr. Katharina Gröning

Angelica Lehmenkühler-Leuschner

Redaktion

Jan-Willem Waterböhr, M.A.

Kontakt

Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e. V. (ZWW)

Weiterbildender Masterstudiengang "Supervision und Beratung"

z. Hd. Frau Prof. Dr. Katharina Gröning

Postfach 100131

33501 Bielefeld

E-Mail: onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de

Homepage: <http://www.beratungundsupervision.de>

ISSN 2199-6334

April 2015, Universität Bielefeld



Organisationsethik und Deutungsmusteranalyse: Wie das managerielle Denken in Krankenhäusern verstanden werden kann

Impulse für organisationsethisches Verstehen in der Supervision

Zusammenfassung:

Der vorliegende Artikel diskutiert Dimensionen des Ressentiments in Organisationen. Am Beispiel des Denkens von Führungskräften und ihren wertschöpfungsbezogenen Deutungsmustern wird aufgezeigt, wie das Nutzen kalkulierende Denken mit der organisationsethischen Krise zusammenfällt. Diskutiert wird in diesem Zusammenhang die Rolle und Aufgabe der Supervision.

In einer Sitzung mit Führungskräften von Krankenhäusern, bei der es um die Krankenhauserlassung von hochaltrigen Menschen und ihre Anschlussversorgung zu Hause ging (vgl. Gröning/Lienker/Sander 2015), kamen Organisationsspannungen und -interessen zur Sprache. Wie so oft in solchen Sitzungen ging es immer wieder ums Geld. Einer der Führungskräfte, ein Pflegedirektor überlegte laut, dass Patienten, die wegen schlechter Anschlussversorgung wieder ins Krankenhaus eingewiesen würden, diesem ja Geld einbrächten, eine bessere Versorgung für zu Hause sich also wirtschaftlich gar nicht lohne. Und das, obwohl gerade dieses Krankenhaus die Zahl von wieder eingewiesenen Patienten, die sogenannten Drehtüreffekte, deutlich senken konnte. Die hochaltrigen Patienten und ihre Angehörigen wurden speziell auf die Situation zu Hause vorbereitet und waren deutlich besser versorgt. Sie mussten nicht mehr so oft wegen pflegerischer Pannen, zum Beispiel wegen schlechter Hilfsmittelversorgung und mangelnde Pflegekompetenz ihrer Angehörigen zurück ins Krankenhaus. Eine Zunahme an Wohlfahrtsproduktion, so könnte man meinen, die jedoch auf ein anderes Deutungsmuster bei der erwähnten Führungskraft traf. Auch die auf Grund von Mängeln wieder eingewiesenen Patienten brächten dem Krankenhaus schließlich Geld, so die Argumentation. Was also auf der Rationalitätsstufe der Wohlfahrtsproduktion richtig ist, die bessere Versorgung von Patienten und die Bildung und Beratung der Angehörigen, wird auf der Rationalitätsstufe des Profits für falsch erklärt. Dieses Denken in Organisationen ist als Ökonomisierung bekannt und wurde schon in den 1990er Jahren als Problem der Spannung zwischen Ethik und Ökonomie (Diessenbacher 1990) beschrieben.

Von der Ökonomisierung des Denkens und der Marginalisierung der Ethik ist auch die Supervision betroffen, die als organisationsethisches Angebot vor allem die Ebene der Wohlfahrtsproduktion und der Anerkennung, weniger die Ebene der Optimierung der Wertschöpfung fokussiert. Dies ist ein Unterschied zum Coaching. Als organisationsethisches Angebot ist die Supervision dem Prinzip der Balance zwischen Wertschöpfung, Wohlfahrtsproduktion und Anerkennung verbunden. Diese Balance ist aus den historischen Erfahrungen der Supervision ein wichtiges Prinzip zur Entwicklung von Organisationen, sowohl in Bezug auf die Entwicklung der Mitarbeiter als auch auf die Organisation als Ganzes, die immer auch ein Feld im Sinne von Kurt Lewin ist. Im Sinne Lewins bedeutet die Vernachlässigung dieser Balance die Zunahme von sozia-

len Konflikten im Feld bis hin zur Gewalt. Bekanntermaßen haben wir es heute mit einer Dominanz der Wertschöpfung zu tun. Es ist das Erkenntnisinteresse der folgenden Ausführungen zum Thema Deutungsmuster und Organisationsethik zu explorieren, inwieweit das ausschließlich an der Wertschöpfung orientierte Denken in Organisationen Gewalt und Aggressionen billigend in Kauf nimmt und sogar befördert und einer Entwicklung Vorschub leistet, die dazu führt, dass Organisationen letztlich in die Krise geraten.

Das Denken der Führungskräfte zeichnet sich dadurch aus, dass die Interdependenz von Wertschöpfung, Wohlfahrt und Anerkennung zerlegt wird. Es werden nur solche Elemente bearbeitet, die den kurzfristigsten und höchsten Profit versprechen, also schnell abschöpfbar sind. Ebenfalls negiert wird die Tatsache, dass der öffentliche Sektor sich größtenteils aus den Beiträgen der Solidargemeinschaft oder Steuermitteln finanziert, er also der Sphäre der Wohlfahrtsproduktion und Anerkennung unterliegt. Diese Sphäre zeichnet sich durch einen hohen Professionsbezug auf der Basis von Vertrauen aus. Das Denken in den öffentlichen Organisationen ist jedoch profitbezogen, kurzfristig und abschöpfend. Wir würden es mit dem Denken der amerikanischen ‚Heuschrecken‘ vergleichen, also Organisationen, die nicht in eine volkswirtschaftliche Wertschöpfungskette eintreten wollen, sondern diese schnell abschöpfen und weiter ziehen. Organisationsethisch, aber auch aus der Perspektive der Wohlfahrtsproduktion und Wertschöpfung, ist dieses Denken kontraindiziert und Krisen produzierend. Im Kontext der Supervision bin ich seit mehr als zehn Jahren mit diesem Denken konfrontiert. Ich kenne dieses Denken im Rahmen von Kontraktverhandlungen und im Kontext von Konflikten zu den Zielen von Supervision, die notwendig ausgerichtet ist am Prinzip der Wohlfahrtsproduktion und der Organisationsethik. Ich erlebe heute, trotz Finanzkrise und trotz zunehmender Spaltungstendenzen in den westlichen Demokratien, dass Führungskräfte kaum im Dreieck von Wertschöpfung, Wohlfahrtsproduktion und Organisationsethik denken können. Ihre Deutungsmuster sind heute auf Prinzipien der eigenen Karriere und damit einhergehend auf schnellen Wechsel von Positionen und Führungsaufgaben ausgerichtet. Gleichzeitig wird die kurzfristige, betriebswirtschaftliche Beobachtung ihrer Organisation und der Umwelt unter der Perspektive der Gelegenheiten zum Abschöpfen zur zentralen Aufgabe. Dieses Prinzip des täglichen Controllings, der Orientierung an Subventionen und der kurzfristigen Quartalsberechnungen macht Führungskräfte gleichzeitig verletzlich und unsicher und zerstört Vertrauen in Organisationen. Gleichwohl ist zu konstatieren, dass Supervisorinnen und Supervisoren in Konfrontation mit diesem Denken selten in der Lage sind, es zu dekonstruieren und einer Reflexion zuzuführen. Diese Dekonstruktion und Reflexion ist aber nötig, wenn man Kontrakte schließen will und von der eigenen Profession überzeugen muss. Ein Mittel zur Dekonstruktion ist die Beobachtung und Deutungsmusteranalyse in Kontrakt und Erstgesprächen. Am Beispiel klinischer Organisationen soll dies aufgezeigt werden.

1. Deutungsmuster in klinischen Organisationen

Die Deutungsmusteranalyse ist eine Methode der qualitativen Sozialforschung, die sich für eine Analyse von Denkweisen und Überzeugungen im Kontext von Supervision und Beratung besonders anbietet. „Wie wir denken“ (vgl. Dewey 1951) spielt in Organisationen und vor allem bei Führungskräften mit großer Verantwortung eine wesentliche Rolle. Im Sinne einer aristotelischen Ethik sollte das Denken von Eliten in Organisationen ‚wohlberaten‘ sein. Führungskräfte

sollten nach Erkenntnis und Wahrheit streben, sie sollten nach Aristoteles (1998) mit sich zu Rate gehen und den Rat beachten, die Vorläufigkeit und Gewissheit von Meinungen reflektieren und sich immer wieder in Frage stellen. Platon beispielsweise gibt dem Herrscher Alkibiades den Rat (vgl. Münch 2010), er solle erst einmal sich selbst kennenlernen, bevor er die Aufgabe des Regierens übernehme, was Alkibiades bekanntermaßen in den Wind schlägt und lieber in den Krieg zieht, wo er 30.000 Athener in den Tod reißt und den Untergang Athens einleitet.

Wie wir denken und was wir für wahr halten, ist auch bei John Dewey (1951) von entscheidender Bedeutung, der sich spezifisch mit Denkakten und der Entstehung und Förderung des reflektierenden Denkens auseinandergesetzt hat. Dieses Denken nennt er im Gegensatz zum Fürwahrhalten ein logisches Denken, welches sich von einzelnen Gedanken und ihrer Aneinanderreihung unterscheidet (vgl. Gröning 2013). Reflexives Denken besteht zunächst in Abgrenzung zum Glauben und zum sensomotorischen Wahrnehmen. Es strebt nach wahrer Erkenntnis und ist deshalb logisch, analytisch und dekonstruktiv, verbunden mit Erfahrung und Beobachtung. Reflektierendes Denken verbindet sich mit dem Sinnverstehen zu einem Akt sowohl des logisch-analytischen als auch des verstehend sozialen bzw. seelischen Denkens (Dewey 1951: 65). Über die reflexive Bewegung sagt Dewey, dass dieser Prozess zunächst mit einem Ordnen von Tatsachen und Bedingungen beginnt. Das was ursprünglich fragmentiert, isoliert, unvollständig und widersprechend war, wird durch die Reflexion quasi zu einer sinnhaften Gesamtgestalt zusammengefügt (ebd.: 83). Für diese gedankliche Herstellung eines sinnhaften Ganzen ist Theorie als eine Art geistige Plattform nötig, die es gestattet, ergänzende, vervollständigende und neue Beobachtungen und Erfahrungen hinzuzunehmen und so Sinnstrukturen zu einem Ganzen zusammenzutragen. Reflektierendes Denken ist demnach ein logisch organisierter Denkkakt auf der Basis wissenschaftlicher Information. Es beachtet den Einfluss der Gefühle, die es beeinflussen. Reflektiertes Denken ist zugleich kritisch und suchend, das heißt, es dekonstruiert und erkennt Ideologien und Deutungsmuster, die nur der Rechtfertigung dienen. Reflektierendes Denken unterscheidet sich ebenfalls vom Spiel und vom Sport, das heißt, das Denken wird nicht eingesetzt, um zu gewinnen, sondern um zu erkennen. Reflektierendes Denken schließt an die Theorie des herrschaftsfreien Diskurses an, welche besagt, dass nur die Logik der Argumentation, nicht die Positionsrolle der Argumentierenden hier von Bedeutung ist (vgl. Habermas 1988). Die Methode Denkweisen und Deutungsmuster zu analysieren basiert auf einem 1973 entwickelten qualitativen Forschungsansatz der Deutungsmusteranalyse von Ulrich Oevermann, der diese nicht als subjektbezogenes Wissen, sondern als kollektive Orientierungsschemata mit Handlungsbezug verstanden hat (vgl. Höffling/Pläß/Schetsche 2002; Oevermann 1973). Deutungsmuster sind jene Denkweisen, die das Handeln einer sozialen Gruppe rechtfertigen und begründen. Sie vereinfachen und typisieren die soziale Welt. Sie werden in kollektiven Situationen, das heißt, bezogen auf das Feld der Supervision in Organisationen, Gremien, Meetings, Konferenzen erneuert. Auszugehen ist von kommunikativen Ritualen, die das Ziel haben, mittels der gemeinsamen Deutungsmuster nicht nur eine Vergewisserung der Welt zu institutionalisieren, sondern auch die eigene Gruppe zu stärken und zu immunisieren. Deutungsmuster sind situationsgebunden. Höffling, Pläß und Schetsche sprechen von Zuständigkeiten des Musters, sie dienen der Erkennung innerhalb einer sozialen Gruppe, sie lenken Aufmerksamkeit auf sich, sie schließen eine Bandbreite von Emotionen ein und sie regeln zu dem das

dem Deutungsmuster folgende Handeln (Höffling/Plaß/Schetsche 2002). Im Prinzip beanspruchen Deutungsmuster im Kontext von Leitung Territorialität, das heißt, sie werden ausgesprochen mit dem Anspruch zu gelten und sich durchzusetzen. Supervisionen sind entsprechend diesen Kriterien einer der bevorzugten Austragungsorte von Deutungsmustern in Organisationen und ihrer Gültigkeit. Dies wird im Gespräch, in der Sitzung hergestellt.

In Krankenhäusern herrschen verschiedene Denkweisen und Deutungsmuster vor, die sich aus der Geschichte, dem Auftrag und den Interessen der Organisationen ergeben. In der Supervision bekannt ist das Denken in moralisch-normativen Kategorien, in Krankenhäusern mit entsprechender Tradition ist dies ein samaritanisches Denken. Kern dieses Denkens ist ein charismatischer Akt des Heilens und Helfens. Vor allem Hermann Steinkamp (1992; 1995) hat dieses samaritanische Denken und seine Missverständnisse in verschiedenen Arbeiten diskutiert. Vor allem in einem Aufsatz zum „Anderen der Institution“ (1992) nennt Steinkamp das samaritanische Denken in diakonischen Organisationen vordergründig und nicht glaubwürdig. Es werde vor allem gegenüber Untergebenen eine Illusion erzeugt, die institutionelle Übertragungen fördere und bei den Beschäftigten Schuldgefühle gegenüber der Organisation erzeuge. Weil man selbst nie so selbstlos und altruistisch ist, wie der barmherzige Samariter, sondern arbeite, also Leistung gegen Geld tausche, bleibe das Gefühl zurück, dem Patienten und der Organisation immer etwas schuldig zu sein.

Die zweite Kategorie, die heute das moderne Denken in klinischen Organisationen kennzeichnet, ist das zu Anfang zitierte Denken in zweckrationalen Kategorien und in instrumenteller Absicht. Dieses Denken kennzeichnet die Gesellschaft der Gegenwart und ist ebenfalls in der Beratung von Organisationen verbreitet. Es verbindet sich nicht selten mit dem Fühlen der Potenz von Verfügung in der Organisation und managerieller Autonomie sowie Machtstreben.

Eine dritte Kategorie des Denkens ist schließlich das Professionsdenken, welches in der Regel reflexiv und wissenschaftlich gestützt ist. Dieses Denken kommt dem von Dewey diskutierten Typus des Denkens besonders nah. Von Bedeutung ist nun, ob und wie das Denken in einem Krankenhaus an seinen verschiedenen Orten verbunden ist oder ob es auseinanderfällt und in einer zunehmend antagonistischen Spannung zueinander steht.

2. Zentrum und Peripherie in Krankenhäusern

Systemtheoretisch betrachtet, können Krankenhäuser in ein managerielles Zentrum und eine professionelle, lebensweltnahe Peripherie aufgeteilt werden. Thomas Klatetzki (1993), der Begründer dieses Modells hat aufgezeigt, dass zwei Orte der Organisation notwendig zwei Arten des Denkens produzieren: Das strategische Denken im Zentrum tritt dem professionellen Denken und Wissen gegenüber, welches notwendig advokatorisch ist. Klatetzki spricht ebenfalls davon, dass es für eine Organisation von großer Bedeutung ist, wie beide Orte Zentrum und Peripherie mit einander verbunden sind (vgl. Klatetzki 1993). Für diesen Beitrag soll nun reflektiert werden, was passiert, wenn diese beiden Orte nicht mehr mit einander verbunden sind, wenn sie zunehmend antagonistisch und fremd werden, ihre Denkweisen also nicht mehr verbunden werden können. Was passiert mit frustrierten Samaritern und mit entfesselten Managern, wenn sich das Denken in einer Organisation entkoppelt? So teilte mir eine Führungskraft in einem Krankenhaus, für die ich früher als Supervisorin gearbeitet hatte, ziemlich entsetzt mit,

dass in ihrem Krankenhaus Handyfotos bekannt geworden seien, die Pflegenden mit teilweise hilflosen Patienten zeigten, welche mit Hakenkreuzen vollgeschmiert wurden, Hitlerbärtchen aufgemalt bekommen hätten, einen Hitlergruß zeigten und ähnliches. Teilweise waren Patienten auf den Fotos komatös, teilweise nicht zurechnungsfähig. Selbstverständlich hat das Krankenhaus sofort juristische Maßnahmen eingeleitet und musste erfahren, dass der Vorfall kein Einzelfall ist. Die Betriebsleitung sucht nach Erklärungen für diese Vorfälle und ist auf eine organisationsethische Reflexion angewiesen. Und das kann kein Coaching, sondern nur die Supervision. Was passiert also an der Peripherie von Krankenhäusern, wenn die Mitarbeiter mit der großen Zahl von hochaltrigen, demenzkranken und sterbenden Menschen überfordert sind? Wenn nur noch das ökonomische Denken zählt und das professionelle Denken der guten Versorgung, vor allem im Zusammenhang mit der Pflege ausgeblendet wird?

These des vorliegenden Beitrags ist, dass das instrumentelle Denken in den zu Anfang beschriebenen Kategorien von Abschöpfung statt Wertschöpfung und solche Phänomene der Verrohung und Gewalt, wie sie in den Taten der Pflegenden gegenüber hilflosen Patienten liegen, zusammengehören. Dies ist jedenfalls Gegenstand der Forschung zur Zunahme von expressiver Gewalt. Will man dem Denken, welches hinter den Phänomenen liegt, auf die Spur kommen, so bietet sich ein Denker an, der sich mit dem Legitimieren von Gewalt im Denken besonders befasst hat. 1915 hat Max Scheler ein zentrales Buch dazu geschrieben, welches den Titel ‚Das Ressentiment im Aufbau der Moralen‘ trägt.

Hakenkreuze und ähnliches sind klare Symbole des Ressentiments, einer Seelenvergiftung, die von Max Scheler zum ersten Mal systematisch beschrieben wurden, aber auch das instrumentelle Denken in den Kategorien der Abschöpfung, die Absage an die Organisationsethik kann unter der Perspektive des Ressentiments verstanden werden. Bei Scheler liegt das moderne Ressentiment darin, dass das Tote über das Lebendige gestellt wird (vgl. Scheler 2004: 110), man suche das Lebendige in Analogie zum Toten zu verstehen. Dieser Aspekt, die Höherstellung des Toten über das Lebendige nennt Scheler die Wurzel des Ressentiments. Scheler zeigt in Bezug auf die Entwicklung des Ressentiments auf, wie sich das Denken dann unter dem Einfluss von Scham, Neid und Hass verändert und zu einer regressiven und vergifteten Form wird, die Gewalt begünstigt und rechtfertigt (ebd.). Im Einzelnen sagt Scheler:

„Ressentiment ist eine seelische Selbstvergiftung mit ganz bestimmten Ursachen und Folgen. Sie ist eine dauernde psychische Einstellung, die durch systematisch geübte Zurückdrängung von Entladungen gewisser Gemütsbewegungen und Affekte entsteht, welche an sich normal sind und zum Grundbestande der menschlichen Natur gehören, und die gewisse dauernde Einstellung auf bestimmte Arten von Werttäuschungen und diesen entsprechenden Werturteilen zu Folge hat. Die hier an erster Stelle in Betracht kommenden Gemütsbewegungen und Affekte sind Rachegefühl und –Impuls, Haß, Bosheit, Neid Scheelsucht [Missgunst, Verdruss über fremdes Glück nach Duden, K. G.] und Hämischeit.“ (ebd.)

In diesem Zusammenhang ist Leon Wurmser zu erwähnen, der sich mit Schelers Theorie befasst hat und daraus ableitet, dass der Kern des Ressentiments, also die Überordnung des Toten (des Geldes, Besitzes, des Erbes und Namens) unter das Lebendige, die dann zur Vergiftung der Seele führt, eine primäre Kränkung, Beschämung und einen massiven Vertrauensverlust bedeutet. Jemand, dem man vertraut hat, hat einen verraten (Wurmser 1993: 15). Auch die Theorie

des Habitus ist hier anschlussfähig. Bourdieu hat in Bezug auf den Habitus das Bild geprägt: Der Tote packt den Lebenden. Auch er betont, dass die Verpflichtung des Erben auf das Erbe, also eines Lebendigen auf ein Totes, im Mittelpunkt der Psychodynamik des Habitus steht. In seiner Theorie zum sozialen Sinn stellt er diese Denkweise in den Mittelpunkt gesellschaftlicher Konflikte. Der Kern des Denkens ist demnach, so die Theorie Bourdieus, instrumentell auf die Bewahrung und Vermehrung des Erbes ausgerichtet und vernachlässigt die Dimensionen des Lebendigen (Bourdieu 1997). Axel Honneth hat diese Erfahrung als Missachtung angesehen. In seinen Arbeiten zur Anerkennungstheorie hebt er die Anerkennungsform des Respektes als Form der rechtlichen Anerkennung hervor und beschreibt, wie sich diese Anerkennung von Menschen als Träger von unveräußerlichen Rechten in Selbstachtung übersetzt, die in der Gewissheit ruht, dass keine Person und keine Institution diese primäre rechtliche Anerkennung legitim in Frage stellen darf (Honneth 1994). Organisationsethisch ist es von großer Bedeutung, dass in Organisationen die Sphäre der Anerkennung beachtet wird und alle Quellen des modernen Ressentiments, also die Überordnung des Toten unter das Lebendige, als ethischer Substanzverlust reflektiert werden. Das Krankenhaus und seine Mitarbeiter sehe ich hier an einer besonderen Stelle, weil durch den demografischen Wandel der Krankenhäuser, also durch die Behandlung von hochaltrigen und sehr verletzungsoffenen Personen, die Gefahr des Ressentiments besonders gegeben ist (vgl. Gröning 2014).

Meine These ist, dass die mittlerweile sehr prekarierte Pflege es in ihrem Denken denjenigen nachtut, die das Krankenhaus vor allem als Ort der Abschöpfung begreifen und sich selbst ethisch entpflichtet haben. Warum sollte die bescheiden gesparte Pflege weiterhin samaritanisch und ethisch denken, wenn die Eliten es im Krankenhaus nicht mehr tun und wie der eingangs erwähnte Pflegedirektor ganz offen und demonstrativ im schlecht versorgten, wieder eingewiesenen Patienten eine Gewinnquelle sehen? Wie wirkt sich dies auf die Versorgung von Patienten aus? Welches Denken greift dann Raum, wenn nicht mehr nur die Manager, die Schreibtischberufe sich instrumentell erheben, sondern dies auch jene tun, die ganz nah mit verletzlichen Patienten arbeiten?

Nach Scheler verfallen jene dem Ressentiment, deren Gefühle keine psychohygienische Entlastung erfahren. Die Gefühle verdichten sich, werden wie Scheler sagt, „verbissen“ (Scheler 2004: 5). Das seelische Gift des Ressentiments sei ansteckend, es ist zunächst eine Bewegung der Unterdrückten/der Unteren. Wird das Ressentiment benutzt, um sich gegen die Autoritäten und ihr Denken zu erheben, so ist es als Ideologie und Denkweise geeignet, alle anzustecken, die Verbitterung fühlen. Bedeutend für die Entstehung des Ressentiments sei das Eingraben der Affekte.

„Racheimpulse führen zur Ressentimentbildung um so mehr, als das Rachegefühl zur Rachsucht wird, je mehr sich in die Richtung des Racheimpulses auf unbestimmte Objektkreise verschiebt, die nur ein gewisses Merkmal gemeinsam haben müssen, je weniger zugleich sie sich durch den Vollzug der Rache an einem bestimmten Objekt befriedigt.“ (ebd.)

Das Ressentiment wurzelt ferner in einem Zusammenbruch von guten Fantasien und wird zwanghaft. Neben dem Rachegefühl spricht Scheler auch den Neid und das Konkurrenzdenken als Ursache für die Entstehung und das Anwachsen von Ressentiments an. Er diskutiert hier explizit Modernisierungsprozesse, die das Konkurrenzstreben befördern. Auch wenn dieses

Wachsen lassen der Kräfte nützlich sei, so erzeuge es zum einen Verlierer, zum anderen das Gefühl von Unsicherheit, welches im Verlust des sicheren Platzes liege. Scheler macht darauf aufmerksam, dass sich das Ausbreiten der Konkurrenz faktisch nur rechtfertigt, wenn genügend Chancen für die Menschen vorhanden sind. Gleichsam führt er an, dass in den traditionellen Gesellschaften, in denen sich jeder quasi naturgegeben auf seinen Platz gestellt fühlte und hier die „Vornehmheit“ hatte, an seiner Stelle unersetzlich zu sein (ebd.:14), sich dagegen im Konkurrenzsystem verliere, weil sich hier ein Mehrsein und Mehrgelten-Wollen aller mit allen ausbreiten könne, denen keine realen Chancen entsprächen. Die Grenzenlosigkeit des Strebens münde dann in einem Wegfall der Wertegebundenheit. In dem Zusammenhang nennt Scheler es eine „tiefste Verkehrung der Wertrangordnung“, wenn sich das Lebenswerte unter das Nützliche unterordnen müsse. Diese Verkehrung der Wertrangordnung sieht er in der modernen Moral angelegt, die als kapitalistische Moral die Tugenden dem Nutzen unterordnet oder Nützlichkeit zur primären Tugend erklärt.

„Das Leben selbst eines Individuums, einer Familie, eines Stammes, eines Volkes, seine pure Existenz, soll sich nun erst rechtfertigen durch den Nutzen, den es für die Gemeinschaft abwirft. Nicht sein bloßes Dasein als Träger höherer Werte, als sie durch Nutzen repräsentiert werden genügt, dieses Dasein selbst soll erst verdient werden.“ (ebd.: 100)

Durch den Utilitarismus, würden die Naturrechte aufgelöst und es entsteht notwendig soziale Scham, wenn man diese Existenz noch nicht oder nicht mehr verdient hat. Für Scheler ist diese Werteverkehrung zwischen Nutzen und Leben als in sich ruhende Werterfüllung von besonderer Bedeutung. Durch die Idee des Naturrechts ist die Würde eingeboren und wird nicht erst durch Anpassung „an die tote [materielle] Welt“ erworben (ebd.).

3. Orte des Ressentiments - Krankenhaus und Organisationsethik

Vor wenigen Wochen hat eine große empirische Studie von Michael Isfort beim deutschen Institut für Pflegewissenschaft (DIP) in der Fachwelt für Furore gesorgt. Isfort und seine Kollegen beobachten schon seit Jahren die Deprofessionalisierung und Prekarisierung der Pflege (vgl. auch Gröning 2014) und machen auf die Ausbreitung der Missstände aufmerksam. Befragt wurden 1844 Führungskräfte, diesmal zur Demenz im Krankenhaus, vorwiegend Stations- und Abteilungsleitungen. Von ihnen gaben 95% an, mindestens einen Patienten mit Demenz zu versorgen. Durchschnittlich haben 23% der Patienten der befragten Stationen Patienten die Diagnose Demenz (Geriatric/Gerontopsychiatrie: 68%, Chirurgie: 18% Innere: 20% Orthopädie: 12%). Dieser Trend wird sich fortsetzen, sodass Demenz künftig ein herausragendes Problem im Krankenhausalltag sein wird und die angemessene Versorgung als Problem hervorsteht. Bisher haben jedoch nur 10% der befragten Einrichtungen ein weitergehendes Demenzkonzept mit Fortbildungen, tagesstrukturierenden Maßnahmen etc.; in 50% der Krankenhäuser sei gar nichts zur Demenz geplant. Isfort et. al. wie auch die Wissenschaftler in älteren Studien (vgl. Kirchen-Peters 2013) sprechen von Barrieren, die vor allem (76,1%) mit Mehrkosten angegeben werden. Umfassend mangelhaft wird die pflegerische Versorgung angegeben, die nur im Frühdienst mit 60% einigermaßen ausreichend sei. Entsprechend wird folgendes konstatiert: 16.500-mal konnten Patienten nicht ausreichend beobachtet werden, 7.600-mal wurden sie sediert, 1455-mal fixiert. In mehr als 5455 Fällen zogen Patienten sich die Nadeln, Infusionen Katheder etc. selbst wieder heraus. Eine Hochrechnung auf das ganze Jahr würde ca 1,5 Millionen

Fälle von unzureichender Krankenbeobachtung zeigen, 500 000 Fälle von Fixierung etc. Der Personalabbau in der Pflege macht sich hier deutlich als Problem bemerkbar und zeigt eine zunehmend antagonistische Spannung zwischen der Wettbewerbsorientierung, dem Finanzierungssystem der Krankenhäuser und den Mindestanforderungen an einer demenzgerechten Versorgung. Eine Bewertung der Studien mit ihren eindeutigen Ergebnissen lässt Zweifel an der Selbstdefinition der Krankenhäuser zu, dass es sich bei den Schwierigkeiten der Behandlung von Patienten mit Demenz nur um Mehrkosten handelt. Vielmehr muss ein fundamentaler Mangel an Ethik im Krankenhaus und eine Tabuisierung des Themas vermutet werden. In eigenen Untersuchungen, die an der Universität Bielefeld mittels Gruppendiskussion erhoben wird, zeigen wir auf, wie sich die Denkweisen und Deutungsmuster an der Peripherie der Organisation, also im direkten Kontakt zwischen Patienten und Pflegenden verändern. Wir finden zum einen noch durchaus den ethischen Leidensdruck, zum anderen aber das Durchschlagen einer instrumentellen Logik.

CC: *„Was ich besonders belastend finde, ist, wenn die Demenzkranken Angst haben, also das irgendwie auszugleichen. [...] Oft ist man ja vielleicht selbst dann auch als Täter identifiziert oder die haben vor anderen Sachen Angst, ne, und das finde ich sehr schwierig. Wir gehen ja hin und wollen unsere Arbeit gut machen und den demenzkranken Patienten ja auch auffangen, und diesen, diese Diskrepanz finde ich schon sehr belastend. Also für mich persönlich. (sehr leise) Zum Beispiel die schnelle Sprache verwirrt die. Wir müssen eben in Ruhe mit den Menschen reden. Wenn man denen so im Vorbeigehen was zuruft, das verstehen die nicht. Prinzipiell ist das alles zu schnell.“* (Z. 639 - 662)

DD: *„[...] arbeiten wir dann in zwei Häusern zusammen und schicken die weiter, wenn eine Person nicht da ist.“*

AA: *„Das ist leider so. Oft ist es leider das Krankenhaus X [Psychiatrie], was dann die Patienten von uns aufnimmt.“*

AA: *„[...] ...ja, aber man könnte bestimmt auch mit einem bisschen Arbeit andere Lösungen finden.“*

MM: *„.....die sind einfach auch durch, die Kollegen. Die wissen nicht, wo ihnen der Kopf steht. Die kriegen ja auch keine Unterstützung. Weder, dass die Ärzte sagen ‚wir helfen Euch. Was können wir machen?‘ Das ist ja nicht. Oder dass der, dass die Chefärzte sagen ‚so, was machen wir? Können wir Euch unterstützen?‘ Bei unserem Chefarzt ist das wirklich so: Der geht ‚rein, nach fünf Sekunden ist er wieder draußen, und wenn der stört, dann heißt es wirklich: ‚Der geht woanders hin‘.“* (Z. 1120 - 1131)

AA: *„Die haben gar keine Zeit zu realisieren: ‚Wo geht es denn jetzt hin?‘ Dann werden die ins Krankenhaus gesteckt; da hat man so einen großen Eindruck, was da alles auf einen einprasselt. Und dann kommen die auf Station. Da werden die abgefertigt. Dann sollen sie weiter schlafen, nachts um 2, und morgens geht das Ganze wieder von vorne los. Die haben also gar keine Zeit, irgendwie anzukommen und erstmal zu sehen: Okay, wo bin ich denn jetzt? Und das geht, bis die entlassen werden, so [...].“*

MM: *„Die haben Pech, dann von einem Zimmer in ein anderes (AA: Genau.) geschubst zu werden.“*

AA: *„Oder eine andere Station. Und da kommt noch der Chef-, Chefarzt. Der erzählt denen dann noch etwas auf Medizinisch. Das versteht der auch nicht. Und dann kommen Untersuchungen, ja, und die müssen ... dementsprechend zieht sich das halt durch, bis die irgendwann entlassen werden oder halt verlegt werden.“* (Z. 700 - 706)

KK: „[...] Und wenn ich mal nachts bin, ich bin dann praktisch allein auf der Station. Bei manchen sind zwei, und bei uns ich bin dann alleine. Und 30 Patienten haben wir da auf der Station. Da muss ich überall her und auch mal auf die Schelle gehen. Und wenn dann einer randaliert. Man ruft dann den Arzt. ‚Was machen wir jetzt?‘, überlegt man ‚Aha, jetzt versuchen wir [es] mit Beruhigungsmitteln erst mal.‘ Es sind ganz viele Patienten so, dass da auch mal beruhigende Mittel schon mal hilft. Die sagen ‚wenn wir weiter nochmal ein Schub gibt, besteht dann die Gefahr, dass Gesundheitsschaden anbringen kann. Jetzt fixieren wir ihn.‘ Also es gab schon mal ganz oft, dass ich auch mal in der Nacht auch mal eben ihn fixiert habe aufgrund dessen, dass er auch mal so'ne Unruhe verbreitet hat. Du hast keinen Springer noch in der Nacht, das ist wirklich schwierig.“ (Z. 486 - 509)

Insgesamt erzählen die Beiträge, wie in der Doxa des Krankenhauses auf die Beschleunigung und den demografischen Wandel reagiert wird. Die Pflege wird zum Ausführungsorgan von instrumenteller Vernunft und kann ihr ethisches Denken nicht mehr aufrechterhalten. Zum einen nehmen so die inneren Konflikte und Emotionen zu, für die es keinen Ort gibt, zum anderen verändert sich an einigen Stellen schon das Denken.

AA: „[...] Das ist schon nervenaufreibend, weil man sich da wirklich Zeit nehmen muss für, aber wo man schon weiß: Diese Zeit hab' ich nicht und die hänge ich nachher wieder dran.“ (vgl. Gröning/Lagedroste/Weigel 2015: 18)

Gerade der letzte Beitrag zeigt eine Veränderung des Denkens, eine Zuwendung zum Patienten geht auf meine Kosten, so die Botschaft. Es ist dieses Denken, welches dann Pflegende und Patienten zu Interessensgegnern macht.

MM: „Auf der Privatstation heißt es ‚Okay, der Patient stört hier unsere Chemo-patienten. Der geht dann auf eine andere Station, wo er die anderen stört, Hauptsache, nicht die Privatpatienten.“ (ebd.).

AA: „Oder ganz schnell: ‚Ruf doch mal in X. an, ob Platz ist!‘“ (Lachen) (vgl. ebd.)

CC: „[...] Das ist dann hinterher, also der Nachtpfleger hat sie wirklich nur noch gepackt und hat gesagt ‚wir sind hier nicht im Zirkus.‘ Der war am Ende auch. Und ging bei Übergabe schon weiter. Weil das sind dann schon acht Stunden durch, und dann geht das nicht. Das ist dann ein bisschen heftig.“ (Z. 1074-1077; (vgl. ebd.)

Die Interviews zeigen die Verselbstständigung eines Handlungstypus, der dem zweckrationalen Kalkül des manageriellen Zentrums entspricht. Sie zeigen, dass die betrieblich gewünschte Durchsetzung des instrumentellen und wirtschaftlichen Denkens, die dem Prinzip des Durchgreifens entspricht, in eine deutliche Zunahme von struktureller Gewalt mündet, die in den Interviews als Abfertigen, Abschießen oder Abschieben skizziert wird. Wer in Krankenhäusern nur noch das Geld sieht, muss die Augen vor vielen Herausforderungen fest zumachen.

Insgesamt haben wir es mit einer Veränderung des Denkens in Krankenhäusern zu tun: Die Spannung zwischen Zentrum und Peripherie wird nicht mehr als ethischer Konflikt gelebt, sondern setzt sich in einem Denken fort, in dem der bedürftige Patient zum Gegner der eigenen Interessen wird.

4. Und die Supervision?

Max Scheler hat schon 1915 gesagt, dass jener, der seine Gefühle auf Dauer zeigen darf, nicht so leicht dem Ressentiment verfällt. Gefühle und ihre Kommunikation helfen offensichtlich dabei, wieder das Lebenswerte zu finden und die entgrenzte Sphäre des Nützlichen zu begrenzen. Diese basale psychohygienische Funktion der Supervision wird, ähnlich wie in den 1960er Jahren, als es um die Überwindung der autoritären institutionellen Organisationskulturen aus der NS-Zeit und den 1950er Jahren ging, wieder bedeutsamer. Supervision kann zusammenhalten, was auseinanderfällt, wenn Beschäftigte sich eingebunden sehen in Dynamiken der Verrohung und des Desinteresses. Von großer Bedeutung ist zunehmend auch wieder die Fallsupervision, das heißt, die supervisorische Bearbeitung des System-Lebenswelt-Konfliktes. Wie in Organisationen gedacht wird, kann heute angesichts der wissenschaftlichen Fundierung der Supervision durch Deutungsmusteranalyse besser diskutiert werden als zu Zeiten der psychotherapeutischen Supervision. Supervision muss und sollte sich schon aus Professionsinteressen als ethisches Angebot für Einrichtungen im ethischen Notstand anbieten.

Literaturverzeichnis:

- Aristoteles (1998): Politik: Schriften zur Staatstheorie, Stuttgart: Reclam.
- Bourdieu, P. (1997): Der Tote packt den Lebenden, Hamburg: VSA-Verlag.
- Dewey, J. (1951): Wie wir denken. Eine Untersuchung über die Beziehung des reflektiven Denkens zum Prozeß der Erziehung, Zürich: Morgarten-Verlag/Conzett und Huber.
- Gröning, K./Lagedroste, C./Weigel, L. (2015): Projektstudien zu Demenz im Krankenhaus. Universität Bielefeld, Eigenverlag (im Druck).
- Gröning, K. (2014): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen, Frankfurt/M.: Mabuse.
- Gröning, K. (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution, Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Habermas, J. (1988): Theorie des kommunikativen Handelns, Frankfurt a.M.: Suhrkamp-Verlag.
- Honneth, A. (1994): Der Kampf um Anerkennung. zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte, Frankfurt/M.: Suhrkamp-Verlag.
- Kirchen-Peters, S. (2013): Akutmedizin in der Demenzkrise. Chancen und Barrieren für das demenzsensible Krankenhaus, Saarbrücken: Iso.
- Klatetzki, T. (1993): Wissen, was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System - eine ethnographische Interpretation, Bielefeld: Kleine Verlag.
- Oevermann, U. (1973): Zur Analyse und Struktur von sozialen Deutungsmustern, in: Sozialer Sinn Heft 1 (2001), S. 1-33.
- Scheler, M. (1915/2004): Das Ressentiment im Aufbau der Moralen, Frankfurt a.M.: KlostermannSeminar.
- Steinkamp, H. (1995): Der Dienst am Nächsten in Gefahr. In: Diözesan-Caritas-Verband Ruhrbistum (Hg.): Von der Patientenorientierung zur Kundenorientierung. Tagungsband, Essen.
- Steinkamp, H.(1992): Das Andere der Institution, in: Wege zum Menschen; Jg. 44, S. 179-187.
- Wurmser, L. (1993): Die Flucht vor dem Gewissen. Analyse von Über-Ich und Abwehr bei schweren Neurosen, Heidelberg: Springer-Verlag.

Internetquellen:

- Gröning, K./Lienker, H./Sander, B. (2015): Neue Herausforderungen im Übergang vom Krankenhaus in die familiäre Pflege, Universität Bielefeld. URL: http://www.uni-bielefeld.de/erziehungswissenschaft/ag7/familiale_pfleger/dokumente/Programmbeschreibung-2015.pdf (Stand 01.04.2015)
- Höffling, C./Plaß, C./Schetsche, M. (2002): Deutungsmusteranalyse in der kriminologischen Forschung, in: Forum qualitative Sozialforschung, Vol.3/ Heft 1, Art. 14. URL: <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/878/1910> (Stand 23.12.2014)
- Isfort, M. et.al. (2014): Pflerthermometer. Eine bundesweite Befragung leitender Pflegekräfte zur Versorgung von Patienten mit Demenz im Krankenhaus. URL: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Pflege-Thermometer_2014.pdf (Stand 23.12.2014)