

FORUM *Supervision*

Supervision und Verletzbarkeit

Manuela Kleine

Heike Friesel-Wark

Elisabeth Reitinger

Peter Friedrich

Hermann Steinkamp

Katharina Gröning

Wolfgang Schmidbauer

Hans-Peter Griewatz

Macht, Geschlecht und Organisation – Zur Bedeutung von Macht- und Gender-Analysen in Organisationen, Teams und Gruppen für die Supervision

Zusammenfassung:

Der vorliegende Artikel befasst sich mit den Grundspannungen zwischen den zunehmenden funktionalen Anforderungen von Krankenhäusern als Typus moderner Organisationen und dem zu diesen Anforderungen querliegenden habituellen Formen. Am Beispiel von Krankenhäusern wird vor allem die Spannung zwischen den ärztlich geprägten Organisationskulturen und den funktionalen Aspekten aufgezeigt, die sich auf Organisationen im Sinne der kybernetischen Systemlehre beziehen. Hier spielen vor allem Vernetzung, Wissensaustausch und Abstimmung Schlüsselrollen. Mit Foucault wird die organisationale Barriere als Problem des ärztlichen Blicks verstanden.

Das Verstehen von (unbewussten) Beziehungsdynamiken, von Strukturproblemen, also Problemen der Modernisierung und der Gestaltung des Wandels, aber auch Problemen von Rolle, Beziehungen, Gerechtigkeit und Teilhabe in Organisationen, ist in der Supervision lange Zeit exklusiv psychoanalytisch verstanden worden. So galt z.B. die Annahme der Reproduktion früherer unbewusster Sozialisationsmuster in Gruppen und Teams und die Annahme der Wirkungsmächtigkeit von institutionellen Übertragungen. Dies meint die unbewusste Erwartungshaltung, dass die Organisation/die Arbeit im Unbewussten als eine (nährende, strafende, steinerne) Mutterfigur erlebt wird und sich zweitens in den Organisationen und innerhalb der Arbeit kindliche im Gegensatz zu kontraktuellen Konflikte(n) und Muster(n) fortsetzen. Die Beziehungsanalyse in der Arbeitswelt, in Gruppen und Teams war ebenfalls geprägt von der psychoanalytischen Annahme der Fortsetzung z.B. von Geschwisterrivalität, von ödipaler Beziehung zur Leitung und Autorität und von Schuldgefühlen. All dies sind bis heute wichtige Wissensbestände in der Supervision und sollen es auch bleiben. Es ist aber vor allem Gerhard Leuschner und der Arbeit von verschiedenen Supervisoren seiner Generation zu verdanken, dass zusätzlich zur Psychoanalyse funktionale soziologische Elemente (Rollentheorie) und Theorien des Feldes in der Tradition von Kurt Lewin in das Wissenssystem Supervision eingegangen sind (vgl. Leuschner 1993). Mit der funktionalen und feldtheoretischen Verbindung zur Psychoanalyse sind Türen zum funktionalen und rationalen Verstehen des Unbewussten sowie zum Verstehen der Konflikte des Feldes geöffnet geworden. Diese soziologische Dimension zeichnet die Identität der Supervision mit aus. Gleichzeitig haben sich die Theorien und Ansätze als solche weiterentwickelt. Der Funktionalismus ist heute eine komplexe Theorie sozialer Systeme und die Feldtheorie ist vor allem von Pierre Bourdieu ein soziologischer Beobachtungs- und Reflexionsraum ge-

worden, in dem sich nicht nur soziale Konflikte von miteinander interagierender Gruppen spiegeln, wie dies die Gruppendynamik nahe legt, sondern ebenfalls unbewusste soziale und gesellschaftliche Sinnstrukturen habituell, also als Regeln der Person, des Geschmacks, der Stile reproduzieren. Vor allem die Erforschung dieses sozialen Sinns ist eine direkte Weiterentwicklung der Feldtheorie von Kurt Lewin und knüpft an die Vorstellung von Supervision als reflexive Institution an. Von Lewin hat Bourdieu sowohl den Begriff, wie auch die Theorie des Feldes übernommen und weiterentwickelt.

Indessen: dass sozialwissenschaftliche Theorien zu praktischen Instrumenten und so für die Supervision nutzbar werden, ist erst einmal nicht so einfach und ein Problem des Transfers. So hat der Begründer der Systemtheorie selbst (vgl. Luhmann 1988) deutlich gemacht, dass es sich bei seiner Theorie ganz und gar nicht um etwas handelt, was der praktischen Verwendung und Erkenntnis so einfach zugänglich ist, sondern um eine theoretische Erkenntnis. Luhmann hielt aufgrund der autopoietischen Geschlossenheit von Funktionssystemen eine Steuerung von Systemen für nicht möglich, da diese nach binären Codes und nicht nach sinnhafter Kommunikation ausgerichtet seien (vgl. zur Kritik auch Mayntz/Scharpf 2005). Obwohl die Systemtheorie sich in der Supervisionsszene großer Beliebtheit erfreut (vgl. Kersting 2004), ist sie eigentlich für die Praxis weder entwickelt worden, noch einfach tauglich. Sie ist vielmehr eine soziologische Beobachtungstheorie. Jedoch sind seit den 1990er Jahren meist auf der Basis der Kybernetik Konzepte entwickelt worden, die als supervisorisches Erkenntnisinstrument grundsätzlich geeignet sind. Hierzu gehört zunächst die Einsicht, dass es in Organisationen rationale Probleme gibt, die aufgrund von historisch gewachsener Differenzierung zu Problemen der Integration führen, sich aber vielfach als „menschliche“ Konflikte zeigen. Dies hat z. B. Maja Becker-Kontio in einem wichtigen Aufsatz in Forum Supervision (vgl. Becker-Kontio 1994) am Beispiel des Krankenhauses dargestellt. Integration und Vernetzung von Rollen und Funktionen in einer Organisation sind so zu Schlüsselproblemen in der Teamsupervision geworden. Vor allem in der Teamsupervision werden sich wahrscheinlich in Zukunft jene Probleme spiegeln, die die Versorgungsforscher Bandura und Feuerstein (1993) in ihrer Arbeit zum „System Krankenhaus“ am Beispiel des Gesundheitswesens niedergelegt haben und die diese rationalen Probleme betreffen.

Beispiel:

In einem allgemeinen Krankenhaus ist die Geschäftsleitung bestrebt, die Versorgungssituation von demenzkranken Patienten zu verbessern. In einem ersten Gespräch gestehen beide ärztliche Direktoren, dass es zwar schon Versuche gegeben habe, das Wissen im Krankenhaus zur Demenz zu vernetzen, diese Versuche jedoch gescheitert sind. Unter der Leitung eines der ärztlichen Direktoren hätten sich die Chefarzte der Psychiatrie, Neurologie und Geriatrie vollkommen zerstritten, so dass man den Prozess abgebrochen habe. Ich interpretiere diesen

Konflikt als Territorialkonflikt und Spannung zwischen dem traditionellen ärztlichen Habitus und den rationalen Anforderungen des Krankenhauses als Organisation, welches mit Wissen vernetzend und prozesshaft umgehen müsse. Meine Interpretation wird dankbar aufgenommen und bestätigt. Als ich jedoch deutlich mache, dass dies nicht durch Beratung, sondern durch Leitung gelöst werden muss, wird die Reaktion verhaltener. Als Supervisorin verfüge ich über Reflexionsmacht, aber nicht über Leitungsautorität. In der Supervisionsausbildung habe ich von Gerhard Leuschner gelernt, dass diese Art der Konflikte sich der Veränderung durch Supervision entziehen. Institutionen sind deutungsresistent – so Leuschner. Dass dies so ist, dürfte auch am Habitus jener liegen, die in den Organisationen arbeiten. Wie viele Geschäftsführungen und Betriebsleitungen reagierte das Krankenhaus ebenfalls auf den festgefahrenen Konflikt um ein Konzept für demenzkranke Patienten nicht mit Entscheidung, sondern mit Beratung (Supervision). Die ärztlichen Traditionen, über Behandlungskonzepte faktisch autonom entscheiden zu können und zwar jeder Chefarzt für seine Abteilung, sollten zunächst nicht angetastet werden. Diese chefärztliche Territorialität prägt das Feld Krankenhaus und kennzeichnet die damit verbundenen Konflikte. Diese zu verstehen ist ein Problem von Habitus und Feld sowie des Systems Krankenhaus. Beide Dimensionen gehen dabei eine Verbindung ein, das heißt sie kovariieren. Die Probleme des Systems Krankenhaus, für demenzkranke Patienten auf der Basis von wissenschaftlichen Analysen neue Konzepte und Behandlungspfade zu entwickeln, kollidiert mit der inneren Rangordnung, Anerkennung und den jeweiligen Arrangements im Feld der Organisation. Das sind sowohl Felder der kameradschaftlichen Netzwerke (Bosetzky 1989) und akademischen Konsenskulturen als auch Probleme der Interessen zwischen Zentrum und Peripherie (Klatetzki 1993), also der manageriellen Steuerung durch die Geschäftsführung und der peripheren Steuerung durch die Chefarzte in ihren Abteilungen. Im vorliegenden Fall funktionierte die supervisorische und wissenschaftliche Aufklärung zur Demenz im Krankenhaus zunächst recht gut. Erkenntnisse zu den Bedürfnissen von Patienten mit Demenz und ihren Behandlungs- und Versorgungsbedürfnissen konnten problemlos nachvollzogen werden, Schwierigkeiten bei der Behandlung verstanden und reflektiert werden.

Der Bruch entstand indessen erstens:

- als deutlich wurde, dass die Patienten mit Demenz wie der demografische Wandel insgesamt die Rangordnung der Disziplinen in einem Krankenhaus berühren würde, dass also „weiche“ und eher untergeordnete Disziplinen, wie die Geriatrie bedeutender, die „Königinnen“ wie Neurologie, Chirurgie etc. stärker herausgefordert würden,
- dass die Patienten mit Demenz die Spannung zwischen den primären Zielen der Organisation, also der guten Versorgung und den sekundären Zielen, also dem Profit erhöhen würden. Patienten mit Demenz machen die Versorgung komplexer, ohne sofort Gewinnchancen zu eröffnen,

- dass die angemessene Anwendung der Standards für Patienten mit Demenz mehr Reflexivität in die Organisation bringt und damit zeitliche Ressourcen benötigt, dass damit vor allem aber die Strategie, die Gewinne des Hauses durch Beschleunigung zu halten und somit die G-DRG's im Sinne der Sekundärziele zu nutzen, berührt wird,
- dass mit der Umsetzung eines demenzgerechten Gesamtkonzeptes Semi-professionelle Berufsgruppe (Pflege, Soziale Arbeit, Beschäftigungstherapeutinnen, an Einfluss auf die gesamte Organisation gewinnen und de Einfluss der Ärzte zurück geht,
- dass an vielen Punkten die Versorgung von Demenzkranken erst am Anfang steht.

1. Habitusanalyse

Pierre Bourdieus Instrument der Habitusanalyse ist als Verstehenszugang zum Feld schon eher als supervisorisches Instrument nutzbar, so wie es die funktionale Rollenanalyse in der Tradition von Parsons es auch ist. Allerdings hat Bourdieu methodisch aufgezeigt, dass die Aufklärung des Habitus, die Habitusanalyse, einen „reflexiven Bruch“ voraussetzt, da auch derjenige, der die Habitusanalyse durchführt, nicht neutral beobachtend, sondern eben selbst habituell geprägt ist. Deshalb hat Bourdieu vorgeschlagen, dass diejenigen, die Habitus und Konflikte im Feld erkennen und bearbeiten wollen, sich über ihre eigene soziale Herkunft, ihre Position im Geflecht der sozialen Beziehungen und ihre Stellung im sozialen Raum als Angehöriger einer Ethnie oder eines Geschlechts bewusst sind. Dies gilt besonders für Supervisorinnen und Supervisoren (vgl. Friebertshäuser u.a. 2007). Die beobachtende und verstehende Haltung ist nach Bourdieu dabei nicht beobachtend neutral oder empathisch verstehend, auch nicht aufdeckend, sondern wie er ausführt, reflexiv. Die Gegenübertragung verweist demnach nicht nur auf die persönliche Geschichte, sondern auch auf den eigenen inkorporierten Habitus. Mit dieser Voraussetzung wird z.B. Herkunft, Geschlecht und Ethnie des Supervisors wichtig. Die geforderte reflexive Vernunft als Instrument der Supervision muss sich deshalb auf den Habitus, d.h. die eigenen verinnerlichten (inkorporierten) Sozialstrukturen richten.

Im Gegensatz zum Konzept des „inneren Analytikers“ (Zwiebel 2001) geht es bei der Habitusanalyse deshalb nicht wie bei der Beziehungsanalyse z.B. in der Pädagogik, Therapie und Sozialarbeit um das persönliche Unbewusste, sondern um das gesellschaftliche Unbewusste. Die Supervisionsszene wird als Reproduktion von sozialen Konflikten in einem bestimmten Feld verstanden. Nähe und Distanz, Über- und Unterordnung sind sozial codiert und festgelegt. Eine enge Verbindung zwischen Bourdieus Soziologie und der Psychoanalyse sehe ich vor allem in den Arbeiten von Mario Erdheim, die in der von Gerhard Leuschner geprägten Vorstellung von Supervision als Erkenntnisinstrument (vgl. Leuschner 1993) schon angelegt sind. Während meiner eigenen Supervisionsausbildung Ende der 1980er Jahre spielte vor allem das Werk von Erdheim zur gesellschaftlichen Pro-

duktion von Unbewusstheit eine wichtige Rolle. Erdheim (1984) weist an wichtigen Punkten über Bourdieu hinaus, wenn er den Mechanismus der Sozialisation nicht, wie Bourdieu (1997) es tut, als Konditionierung, sondern ethnopsychoanalytisch als Initiation beschreibt und dabei vor allem die aggressiven Strömungen dieser Konditionierungen nachvollzieht. Der Habitus wird nicht nur einfach konditioniert im Sinne eines behavioristischen Prozesses, sondern schmerzhaft und beängstigend erfahren, wie die Ethnopsychoanalyse (Parin 1978) dies nachweisen kann. Nur so wird der Ort der Sozialisation – das „unter die Haut gehen“ der Gesellschaft mit ihren gesamten sozialen Ungleichheitsmechanismen – verständlich. Leuschner hat immer wieder deutlich gemacht (vgl. Leuschner 1993), dass diese Prozesse auch für die berufliche Sozialisation gelten, und die Bedeutung von Anpassungsmechanismen (Parin 1978) hervorgehoben. Ein im Sinne von Bourdieu beruflich sozialisierter Mensch wird immer die Institution inkorporiert haben – und zwar sowohl im Sinne der institutionellen Übertragung als auch im Sinne der von Foucault beschriebenen Territorien (vgl. Foucault 1984).

Viele Konflikte in der Supervision lassen sich mit der Inkorporation der Institution erklären. Ein Lehrer, der die Schule unbewusst als (gute) Mutterfigur erlebt, die man vor Bösem (schlechten und schwierigen Schülern) beschützen muss, wird in Konflikten zwischen Schülern und Schule immer die Schule, ihr (pädagogisches) Ideal und ihre Interessen schützen, ein Arzt das Krankenhaus und die Medizin etc. Beide werden die Institution wie auch die jeweilige Disziplin gleichzeitig als ihr Territorium begreifen, als Ort ihrer professionellen Selbstverwirklichung und ihres Lebenswerkes. An dieser Stelle verschmilzt die narzisstische Lust, wie es schon in den 1980er Jahren Mentzos (1984) beschrieben hat, mit der Institution im Sinne einer rollengebundenen und institutionalisierten Abwehr. Einen habituell sozialisierten Menschen, der die Institution inkorporiert hat und der in Kontexten von rollengebundener Abwehr agiert, erreicht man häufig auch nicht einfach in der Supervision, weil der reflexive Bruch, der hergestellt werden müsste, um die institutionellen Konflikte zu bearbeiten, häufig nicht gelingt, gar nicht angestrebt wird, in sogenannten Sachzwängen ertrinkt oder in einer funktionalen Konzeption gar nicht vorgesehen ist. Immer wieder macht man die Erfahrung, dass die Supervision eigentlich der Legitimation und dem institutionellen Zudecken von Konflikten geschuldet ist, dass diese Funktion des Legitimierens die eigentliche Macht der Supervision ist, die die Supervision m.E. viel zu wenig reflektiert. Das ist schade, denn hier liegt m.E. auch professionstheoretisch der eigentliche Weg in die Professionalisierung. Innerhalb der Anwendung der funktionalen Rollentheorie jedenfalls lässt sich diese Dimension nicht klären. Supervision muss sich mit Macht auseinandersetzen. Die Habitusstheorie ist dazu ein erster Schritt.

2. Habitus als Erkenntnisinstrument von Supervision

2011 haben wir im Rahmen eines Theorie- und Praxis-Heftes von Forum Supervision zum ersten Mal Habitusanalysen vorgestellt. Das Instrument der Habitus-Analyse, so wie wir sie verwenden, ist maßgeblich von der Bildungswissenschaftlerin Regina Heimann in ihrer Dissertation zu „Barrieren in der Weiterbildung“ entwickelt worden. Bourdieu hat ja immer empfohlen, seine Theorie ganz praktisch zu nutzen – hier unterscheidet er sich von Luhmann – und Regina Heimann (2010) hat dies umgesetzt. Heimann geht mit Bourdieu bei Problemen des sozialen Aufstieges und Problemen der beruflichen Integration und des Erfolges von habituellen und damit unsichtbaren Barrieren aus, die im Verhältnis von Person und jeweiligem sozialen Raum liegen. Was ist nun der Habitus und wie entsteht er?

„Der Habitus ist ein Ensemble von Dispositionen, die die handelnden Personen auf bestimmte Weise agieren und reagieren lässt“, (Thompson 2005: 14).

Diese Dispositionen sind laut Bourdieu in die Körper, die Seele und den Geist eingeschrieben und inkorporiert, von großer Dauer und Zähigkeit.

2.1 Die Entstehung des Habitus

Zunächst einmal würden wir psychoanalytisch sagen, dass der Habitus aus dem elterlichen Blick entsteht, mit dem das Kind betrachtet und in seinen ersten Lebensjahren gepflegt und erzogen wird. Bourdieu (1997) hat in einem kurzen Essay zu den Widersprüchen des Erbes aufgezeigt, dass dieser elterliche Blick vor allem bei den besitzenden Klassen sich aus der Abstammungslinie und der Tradition herleitet. Das Kind ist Träger einer Erblinie und soll die Abstammungslinie mit all ihrem Besitz und ihrem Prestige einmal weiterführen. Bei den weniger besitzenden Klassen ruhen die Hoffnungen der Eltern auf dem sozialen Aufstieg, der heute vor allem über Bildung erworben wird. Insofern ist jedes Kind immer auch ein Risiko für diese Abstammungslinie, wie Hannah Ahrendt es ausgedrückt hat, denn das elterliche Projekt kann scheitern. Bei Ahrendt ist jeder Neuankömmling potenziell geeignet, die Ordnung der Welt eben auch zu zerstören, wodurch sie der älteren Generation das moralische Recht zugesteht, diese Neuankömmlinge konditionieren und erziehen zu dürfen (vgl. Brumlik 1995). Bei den unteren Klassen und sozialen Milieus sehe ich die Erwartungen an das Kind noch einmal komplexer, da die Eltern selbst von misslungenen biografischen Ansprüchen gezeichnet sein können. An die Kinder richten sich nicht nur die Erwartungen des Aufstiegs bei gleichzeitiger Knappheit von Ressourcen, sondern häufig tragen diese Eltern unbewusst an ihre Kinder Erwartungen der Versorgung heran und sind selbst passiv. Dies ist familientherapeutisch als Parentifizierung bezeichnet worden (vgl. Boszormenyi-Nagy/Spark 1973) und gilt noch einmal verschärft, wenn Modernisierungsphänomene wie Scheidung, alleinerziehend sein, Patchwork oder Migration das Familienleben mitbestimmen.

Als Träger eines Namens (das ist der Geschlechteraspekt), eines Erbes (das ist der soziale Aspekt) und der elterlichen Hoffnungen auf narzisstische Befriedigung und loyale spätere Fürsorge durch das Kind (das ist der psychoanalytische Aspekt der familialen Loyalität und ebenfalls ein Geschlechteraspekt, insofern es die Pflege der alten Eltern betrifft) tragen die Interaktionen zwischen Eltern und Kind unbewusst Bedeutungen. Dies hat Bourdieu in seinem Buch „sozialer Sinn“ beschrieben. Hinter den Alltagsinteraktionen und den pädagogischen Konflikten, was gut ist und was schlecht, was man darf und nicht darf, steckt ein latenter Sinn, den das Kind meist nicht erfassen kann und der Schuldgefühle verursacht. Gleichzeitig geben die Eltern dem Kind Kapitalformen, vor allem kulturelles Kapital in Form von Bildungsgütern, mit auf den Weg. Spätestens mit dem Beginn der sekundären Sozialisation, mit dem Eintritt in den Kindergarten und die Schule, verändert sich die Sozialisation noch einmal. Sie erfolgt nun durch Agenten der Gesellschaft, die funktional im Hinblick auf die gesellschaftliche Reproduktion sozialisieren und erziehen. Sie qualifizieren, aber sie selektieren auch. Das ist das Problem der Schule, des Studiums, der Ausbildung. Die Selektion ist im Sinne der Eltern, da diese eine Verobjektivierung ihres familialen Kapitals durch Bildungsabschlüsse wollen und zur Legitimation ihrer sozialen Stellung auch benötigen. Für Kinder in Risikoexistenzen wird die Schule indessen zum Schicksal. Bourdieu hat nachgewiesen, dass die schulische Qualifizierung und Selektion einem deutlichen sozialen Muster der Reproduktion von sozialer Ungleichheit folgt. So werden nur ein bestimmtes Wissen der Kinder und ein bestimmter Habitus als der richtige Habitus und das richtige Wissen zugelassen. In einem pädagogischen Essay z.B. über das Weltwissen der siebenjährigen zeigt die Verfasserin Donata Elschenbroich (vgl. Elschenbroich 2002) auf, dass z.B. bei einem Bauernkind in der Schule, dessen Wissen um Ernte, Tierpflege und Hofbewirtschaftung, systematisch entwertet wird. Das familiale Wissen und das geforderte gesellschaftliche Wissen fallen in den bescheidenen Sozialmilieus auseinander, wodurch vor allem deren praktisches Wissen unter Druck gerät und verschwindet. Vor allem Kinder in prekären Verhältnissen erwerben ein ganz anderes Weltwissen, als das gesellschaftliche Wissensideal vorsieht. Diese Kinder, die in einer Welt des Mangels leben, lernen und erwerben Wissen, wie man überlebt, sich die Ablehnung der Eltern erklärt, Strafen ausweicht, seine Bedürfnisse trotzdem befriedigt, mit der Einsamkeit fertig wird etc. Sie produzieren dabei Symptome, deren Sinn nun wieder klinisch gedeutet und in seinem Feldkontext nicht verstanden wird. Bourdieu hat aufgezeigt, dass die vermittelten Bildungsgüter sich streng nach Kriterien des sozialen Raums richten. Das anerkannte Wissen ist das Wissen der oberen sozialen Gruppen und orientiert sich an ihren Lebensweisen. Der schulische Prozess der Entwertung des spezifischen Milieuwissens und der Neukonstruktion von anerkanntem Wissen ist für die Kinder der unteren sozialen Milieus ein Prozess, der mit deutlicher Beschämung ihrer Lebensweisen einhergeht und ihnen die Wertlosigkeit ihres Elternhauses und dessen Kultur vor Augen führt. Pierre Bourdieu hat in seinen Reflexionen zum Habitus schließlich die Fusion von

ökonomischem Kapital, kulturellem Kapital und symbolischen Kapital, also Sprache und Geschmack, beschrieben. Eckart Liebau (1987) hat schon früh in einem Essay zum Thema der feinen Unterschiede das Habituskonzept so dargestellt, dass ganz praktisch zwischen der Art, was jemand und wie jemand sich durch Raum und Zeit bewegt, was ihm gefällt, was er bevorzugt und seinen Kapitalformen, also seinen Schulabschlüssen und seinem Vermögen, ein Zusammenhang besteht. Die Interaktion und die Beziehungen dienen dazu, dieses Kapital zu legitimieren und zu institutionalisieren. Da im Beruf nun Vertreter verschiedener sozialer Milieus zusammenkommen, ist hier die notwendige funktionale Kommunikation immer auch eine Reproduktion der Kapitalformen im Sinne der latenten Sinnstrukturen, über die die jeweiligen Beteiligten verfügen. Wie Chef und Sekretärin, Verkäuferin und Kunde, Arzt und Pflegepersonal oder Arzt und Betriebswirt miteinander interagieren, verweist gleichzeitig auf die Reproduktion der Kapitalformen, um die in einem Feld verhandelt wird. Dies ist nach Bourdieu die unbewusste Natur der Konflikte.

Die ausführliche Beschreibung dessen, was Bourdieu unter dem Habitus versteht, soll helfen, Konflikte in Organisationen und in der Supervision in ihren latenten Sinnstrukturen zu begreifen. Wer uns in den Supervisionen gegenübersteht, ist immer, habituell betrachtet, ein Träger einer Summe von Kapital, die er/sie gegen uns in Stellung bringt. Unsere Deutungskunst muss durch das Nadelöhr des Habitus, damit das, was wir sagen, verbindlich wird und Autorität hat. Soziale Überlegenheit und soziale Unterlegenheit werden in der Supervision szenisch quasi verhandelt und machen das Schampotenzial aus, welches jeder Beratung innewohnt. So ist zu fragen, ob eine Supervision überhaupt gelingen kann, wenn der Supervisand einen viel höheren sozialen Status hat, als der Supervisor. Nach Bourdieu wohl kaum, wenn die Supervision in freier Praxis stattfindet. Insofern ist Supervision immer dann riskant, wenn zwischen dem Habitus des Supervisors und dem Habitus des Supervisanden ein sozialer distinktiver Bruch besteht. Diese Grundspannung betrifft vor allem die Supervision mit Ärzten und damit auch die eingangs beschriebene Problematik der Veränderungsfähigkeit des Krankenhauses durch reflexive Beratung – Supervision, Organisationsberatung etc.

In der folgenden Kasuistik geht es um das Beispiel eines Krankenhauses und um die Supervision der Statusgruppe der Stationsleitungen. An diesem Beispiel soll sowohl das Feld erläutert und gleichzeitig aufgezeigt werden, in welche Widersprüche die Organisation durch das „Spiel des Feldes“ und den Habitus der jeweiligen Verantwortlichen gerät. Der Habitus wird entsprechend dem Feld als der ärztliche Habitus, der unternehmerische Habitus und der Geschlechterhabitus beschrieben und reflektiert.

2.2 Kasuistik:

Das vorliegende Feld, von dem berichtet werden soll, ist ein Krankenhaus der Akutversorgung in katholischer Trägerschaft. Fokus der Beschreibung ist der Wi-

derspruch zwischen den funktionalen Anforderungen der Organisation vor allem der Abläufe und dem traditionellen, territorialen ärztlichen Habitus. Dieses Krankenhaus ist nicht mehr ganz typisch, weil in vielen anderen Krankenhäusern eine gewisse Habitustransformation zwischen ärztlichem Habitus und funktionalen Anforderungen in Bezug auf die Abläufe und die Schnittstellengestaltung gelungen ist. Die meisten Ärzte haben inzwischen verstanden, dass sie Patienten erst entlassen müssen, bevor sie das Bett mit einem neuen Patienten belegen. Und sie wissen, dass dies Planung, Zeit und ein System erfordert. Zentrales Bettenmanagement, Entlassungsmanagement, Standardisierung von Abläufen und Entwicklung von Pfaden sind der modernen Krankenhausorganisation geschuldet und werden meist der Pflege übertragen, wodurch sich deren Eingriffsrechte auch in das ärztliche Feld vergrößern. Man kann am Beispiel dieses Krankenhauses die Grundspannung zwischen den funktionalen Anforderungen des Systems Krankenhaus und dem in Territorien aufgeteilten Feld Krankenhaus aufzeigen. Auch in den modernen Häusern, in denen Ärzte als Unternehmer und Manager operieren, sind jedoch funktionale Anforderungen, wie die Gestaltung der Schnittstellen – vor allem die funktionale Gestaltung zur Pflege – immer ein Problem.

In jenem Krankenhaus, von dem ich berichten möchte, ist dies jedoch ausgeprägter und deshalb besser sichtbar. Das System und die funktionalen Anforderungen werden als Aufgabe der „niedrigen Ränge“ codiert und nur widerwillig akzeptiert. Dies geht zu Lasten der Pflege und der Patienten sowie der mittleren Führungskräfte in der Pflege, die häufig die Versorgungsintegration und das Schnittstellenmanagement verantworten. Die Supervision ist hier ein Teil des Organisationsentwicklungsprozesses, der vor allem die funktionale Entwicklung des Hauses fokussiert. Vor allem die Versorgungsintegration durch eine verbesserte Aufnahme, eine zeitnahe Überleitung der aufgenommenen Patienten auf die Stationen, die am Patienten orientierte Verbesserung der Behandlung und Pflege und die Vermeidung von ungeplanten Entlassungen sind die Themen, welche den Träger bewegen. Die Supervision und die Organisationsentwicklung (OE) setzen zeitlich ein, als eine neue Pflegedienstleitung ihre Arbeit aufnimmt. Diese Pflegedienstleiterin soll auf Wunsch des Trägers mehr Macht bekommen und die Trägerinteressen deutlicher im Haus repräsentieren. Sie löst einen Mann ab, der innerhalb der Pflege wenig Kohäsion hergestellt und vorwiegend Berufspolitik betrieben hat. Auch die Hilfe bei der Herstellung von Kohäsion unter den Stationsleitungen ist Teil des Supervisionsauftrages. In der Supervision selbst zeigt sich ein schüchterner, bescheidener Habitus. Nach und nach werden in der Supervision heimliche Koalitionen mit den Ärzten und wenig Solidarität hin zur eigenen Status- und Berufsgruppe sichtbar. Dies zeigt sich vor allem als Geschlechterkonflikt.

Ein halbes Jahr später wird ein neuer ärztlicher Direktor gewählt, der als Chefarzt der Inneren Medizin dem Krankenhaus lange verbunden ist. Von seiner moralischen Autorität wird viel Wirkkraft erwartet. Zunächst jedoch stagniert der Su-

pervisionsprozess, es können keine Termine gefunden werden, weil die neue Pflegedienstleitung (PDL) von einer Überflutung mit Arbeit berichtet. Sie verfügt zu Beginn ihrer Arbeit kaum über Ressourcen, hat kein Sekretariat, keine Stellvertretung, keine Mitarbeiter und ist gezwungen, im Rahmen ausgeprägter Hierarchien alles selbst zu machen. Sie organisiert, telefoniert, verbindet und integriert. Ihre große Verantwortlichkeit wird durch mangelnde Kompetenzen zu einer prekären Rolle, was sie immer wieder in emotionale Krisen bringt. Sie wird einerseits von der Geschäftsführerin zunächst der mittleren Führungsebene zugeordnet und steht, in sozial entsprechender Distanz, zu den Chefärzten und der Geschäftsführung, die in ihr vor allem ein Ausführungsorgan und einen Container für ihren Ärger und ihre Affekte sehen. Vom Träger wird sie hingegen als „Direktorin“ gesehen. An ihrer Rollenentwicklung arbeitet der Träger zwar mit, ist jedoch „zu weit weg“, um jeden Statuskonflikt mit zu regulieren. Habituell entspricht die Pflegedienstleitung dem Bild der katholischen Frau. Sie verfügt zwar über hohe kommunikative und soziale Kompetenzen, versteht den Konflikt, in den sie gerät, jedoch zunächst als Problem der Beziehungsentwicklung. Erst als sie mit einigen der Chefärzte sehr beschämende Begegnungen hat, wird sie sich über die eigenen habituellen Grenzen klar. Mit Freundlichkeit, Verbindlichkeit, Engagement und Fleiß wird sie ihren Statuskonflikt nicht lösen können. Die Prognosen der Supervision erfüllen sich. Bei den Treffen, die in großen Abständen stattfinden, wirkt sie verzweifelt und bedrückt und kann nur mühsam die Tränen unterdrücken, wenn sie über die Situation im Krankenhaus und über sich spricht. Gleichzeitig gelingt es ihr, die Pflegenden moralisch von sich zu überzeugen, wodurch das Vertrauen dieser Berufsgruppe in sie wächst. Es gelingt ihr so, ein eigenes Territorium moralischer Macht aufzubauen. Die habituelle Haltung der PDL zeichnet sich aber gleichzeitig durch ausgeprägte Loyalität und Machtabstinenz aus. Die Macht, die sie moralisch erwirbt, will sie organisationspolitisch gar nicht haben. Erst auf Drängen des Trägers und mit Hilfe der Supervision sowie der OE wird eine Steuerung des Krankenhauses über ein Dreierdirektorium implementiert, dem die PDL angehört.

Die Supervision findet außerdem, weil man den Begriff Supervision nicht kennt, als „kollegiale Beratung“ für die Stationsleitungen statt. Dies ist mein Wunsch, da ich die Bedeutung der mittleren Führungsebene für eine gute Ablauforganisation im Krankenhaus kenne und es mir wichtig ist, aus dem eher als Aggregat funktionierenden Führungskräftekorpus eine Gruppe zu machen. Funktionale Entwicklung von Prozessen im Krankenhaus ist nur möglich, wenn es auf der mittleren Ebene ein funktionierendes Netzwerk von Stationsleitungen mit Organisationsbewusstsein gibt. Ich schaffe also bewusst als Supervisorin durch die Supervision mit den Stationsleitungen eine Gruppe, die nicht mehr nebeneinander und an einander vorbei laufen, sondern miteinander arbeiten, reflektieren und verhandeln soll. Anders als in moderneren Krankenhäusern liegt die Steuerung der Abläufe in dem vorliegenden Krankenhaus nicht bei den Stationsleitungen Pflege, sondern bei den jeweiligen Chefärzten. Schon in der ersten Sitzung werde ich mit

einer großen Hilflosigkeit und einer geradezu sich verzweifelt und resigniert anfühlenden Scham der Stationsleitungen konfrontiert. Zwischen den Ärzten als Gruppe und dem Pflegepersonal herrscht eine große und, wie sich schnell zeigt, dysfunktionale soziale Distanz. Immer wieder gehen die Chefärzte über Anliegen der Pflege hinweg.

Ein Gespräch mit der Geschäftsführerin bestätigt die distinktive Sichtweise der wichtigsten Chefärzte. Auch die Geschäftsführerin sieht im Pflegepersonal vor allem Dienstboten mit Servicefunktion und verlangt, dass diese Botschaft von mehr Freundlichkeit und Servicegeist als Anforderung der Geschäftsführung in der Supervision vermittelt werden soll. Dass Ärzte, vor allem Chirurgen, sowohl im OP, im Labor als auch auf der Station und teilweise in ihren Büros sind, dass deshalb die Pflege Prozesse steuern muss und für diese Steuerung der Abläufe Ressourcen braucht, wird auch von der Geschäftsführerin abgestritten und entwertet. Zuständig für die Steuerung der jeweiligen Abteilung ist einzig der Chefarzt, der quasi eine Art Vorsteherposten ausübt und über alle Belange der Abläufe entscheidet. In der Praxis heißt dies vor allem „warten auf den Chef“, bis er Zeit hat, kommt und seine Anweisungen gibt. Bis dahin müssen die Patienten getröstet werden. Weiterhin hat die hohe Entscheidungsbefugnis der Chefs die Konsequenz, dass fast kein Prozess in der Organisation Krankenhaus standardisiert und beschrieben ist. Entlassungen finden bevorzugt in den Nachmittagsstunden statt, während sich die neuen Patienten in der interdisziplinären Notaufnahme bündeln und stauen. Entspannung gibt es nur dann, wenn die Belegung des Hauses schlecht ist. Steigt die Belegung auf mehr als 60% an, beginnt das Krankenhaus also langsam, in den wirtschaftlichen Bereich zu kommen, zeigen sich die gesamten Schwächen der Ablauforganisation. Ein Gespräch mit dem ärztlichen Direktor zeigt, dass auch die Versuche des Direktoriums einen funktionalen OP-Plan mit einer Abfolge von kleinen und großen Operationen aufzustellen, die sich dann funktional zu den Organisationskapazitäten verhalten, zwar versucht wurde, aber schon nach kurzer Zeit gescheitert ist, weil sich niemand an diesen Plan gehalten hat.

Im Gespräch zu diesem Scheitern von funktionalen Initiativen, auch des Direktoriums, wird immer wieder auf den ärztlichen Habitus verwiesen. Es sei nicht möglich vor allem die chirurgischen Chefärzte in eine funktionale Struktur einzubinden, da diese gewohnt seien, das zu machen, was sie für richtig hielten etc. Zum Geheimwissen der Organisation gehörte es, dass hinter vorgehaltener Hand mitgeteilt wurde, dass auch deshalb alle Bemühungen um eine funktionale Entwicklung des Hauses immer wieder daran scheiterten, dass die Chefärzte das geheime Zweiergespräch mit der Geschäftsführerin suchten, um ihre Interessen durchzusetzen. Das Direktorium war insofern kein funktionierendes Gremium, sondern diente der Legitimation. Die wichtigen Entscheidungen fällt die Geschäftsführerin in vertraulichen Zweiergesprächen mit Chefärzten und teilte dann nur noch mit, wer was umzusetzen habe.

Zu diesen Merkmalen trat, dass die Supervision auch deshalb eingesetzt wurde, um die Pflege zu stärken, da es im Krankenhaus zu einer Reihe von Zwischenfällen gekommen ist. So ist ein Patient durch vorzeitige Entlassung, ohne ausreichende Entlassungsuntersuchungen, fast verstorben und konnte nur knapp in einem anderen Krankenhaus gerettet werden. Innerhalb eines Jahres waren vier solcher Fälle schwerer Behandlungsfehler und ärztlicher Fehlentscheidungen auszumachen, die auf zwei Chefärzte zurückgingen. Der Träger wünschte sich vor allem bei den Entlassungen mehr Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und eine reflexive Kultur vor allem hinsichtlich der Einschätzung der Versorgungskontinuität. Ein Entlassungsmanagement, welches die Pflege verantworten sollte, sollte im Krankenhaus eingeführt werden. Gleichwohl war jeder Schritt der funktionalen Entwicklung des Hauses unendlich mühsam. Die zumeist pflegerischen Projektleitungen traten auf der Stelle. In einer weiteren Supervisions Sitzung zum Thema der Organisationsentwicklung wurde von zwei Supervisandinnen das Thema einer sehr kränkenden und sexistischen Kommunikation mit den jeweiligen Chefärzten thematisiert. Hier zeigte sich, dass die vorwiegend auf den Stationen leitenden weiblichen Pflegekräfte ein schlechtes Image, sowohl bei den jeweiligen Chefärzten, als auch bei den männlichen Kollegen im Krankenhaus hatten. Bereits die Verteilung der pflegerischen Leitungsstellen (OP, Notaufnahme und Intensivstation männlich, Stationen weiblich) zeigt eine deutliche tradierte Geschlechterkultur. In den Funktionsbereichen hatten Männer die Leitung inne, auf den sogenannten Peripheriestationen Frauen.

3. Die latenten und expliziten Sinndimensionen des Krankenhauses – Interpretation und Deutung

Im Folgenden möchte ich mit Hilfe der Habitusanalyse eine Interpretation der Entwicklung und Phänomene untersuchen. Dazu diskutiere ich den ärztlichen Habitus, den ich vor allem mit Foucault begründe, den unternehmerischen Habitus, den ich mit Max Weber begründe und den männlichen Habitus in der Denktradition von Pierre Bourdieu. Abschließend sage ich etwas zur Rolle der Supervisorin im Umgang mit der Macht.

3.1 Der ärztliche Habitus

Habituell hat der Arztberuf ein sehr hohes Ansehen und gehört zu den Berufsgruppen mit dem höchsten Prestige. Die Zugangsbarrieren zum Arztberuf sind durch einen scharfen Numerus Clausus und eine sehr lange Ausbildung hoch. Das Wissenschaftsverständnis der Medizin ist cartesianisch-rational. Ein traditioneller Vernunftbegriff, ein distanziert beobachtender Logos ist, wie Foucault in der „Geburt der Klinik“ sagt (vgl. Foucault 1982), über Jahrhunderte entstanden und hat die Ausbildung und den Habitus des Arztes geprägt. Der ärztliche Habitus ist von Foucault zuerst in seiner Werkgruppe „Wahnsinn und Gesellschaft“, dann als Einzelarbeit mit dem Thema: „Die Geburt der Klinik“ erschienen. Im „Handbuch

Foucault“ bemerken die Autoren (vgl. Kammler/Parr/Schneider 2008: 32, im Folgenden zitiert als „Handbuch Foucault“), dass Foucault die ärztliche Macht als einen Begriff, der ihren Blick in das Innere des Körpers richtet. Der ärztliche Blick habe sich im 18. Jahrhundert habituell herausgebildet und als anatomisch-pathologisches Denken institutionalisiert. Der Arzt sieht die Krankheit durch den Patienten – so Foucault in einem Schlüsselsatz in „Die Geburt der Klinik“, (Foucault 1982: 46) zum ärztlichen Habitus. In den Krankheiten erkenne die Medizin das allgemeine Gesetz des Lebens. Dies wird den Regeln der Vernunft zugeordnet (vgl. Handbuch Foucault 2008: 34).

Als Krankheit wird seit dem 18. Jh. nicht mehr das Andere, das Böse und das Übel, sondern nur ein pathologischer Raum im Körper verstanden. Berufspolitisch, so Foucault, verlassen die Ärzte das Spital und beginnen in der Gesellschaft zu wirken. Nicht mehr die Krankheit, sondern die Gesundheit des ganzen Volkes wird zum ärztlichen Anliegen. Es beginnt ein Prozess der dogmatischen, rigorosen und militanten Medizinierung der Gesellschaft (vgl. Handbuch Foucault 2008: 35), in dem die Medizin polizeiliche Funktionen wahrnimmt. Hierin dürfte die ärztliche Autorität als quasi polizeiliche Autorität begründet sein, die der Arzt ab dem Studium, spätestens aber mit der Fachausbildung im Krankenhaus zu verkörpern lernt. Es ist dieser inkorporierte Habitus von Polizeilichkeit und Wissenschaftlichkeit, der die Kommunikation mit den Ärzten so schwierig macht. Die Kombination beider Autoritäten - Polizei und Wissenschaft – wird zur quasi staatlichen Macht. Wissenschaftlichkeit als Habitus setzt Vernunft, Reflexivität und den von Popper beschriebenen Fallibilismus, also die Vorläufigkeit jeder Erkenntnis, voraus. Bei der Polizeilichkeit herrschen jedoch der Verdacht und das Prinzip des Machterhalts vor. In einer solchen professionellen Kultur überleben Personen mit einer narzisstischen Abwehr besser als die früheren Helfer und Retter.

Foucault beschreibt weiterhin den Prozess der Öffnung der Körper (Obduktion) für die Medizin. Der Arzt versenkt den Blick in die Tiefe der Körper. Nicht mehr die augenscheinliche Untersuchung (Flächenblick), sondern die Obduktion (Tiefenblick) wird für das ärztliche Handeln entscheidend. Dieser Tiefenblick ist heute technisch unterstützt und macht die Person des Patienten und die Erfahrung der Krankheit eigentlich überflüssig und tendenziell lächerlich. Wo der Patient Schmerzen hat und was er fühlt, ist heute einmal mehr Anlass für Medizinerwitze. Mit der Entwicklung zum Tiefenblick verschiebt sich die Grenze des Todes.

„Der Tod ist nicht mehr das drohende Ende im Leben, sondern er ist zunächst die Höhe, von der aus die Klarheit des Blicks sich im Körper zu entfalten vermag. Er bringt die Wahrheit des Lebens und die Natur des Leidens an das Licht“ (Handbuch Foucault 2008: 36).

Der Tod wird zu einem flexiblen, hinaus schiebbaren und teilweise sogar umkehrbaren Ende. Er wird „dekomponiert“ (vgl. Handbuch Foucault 2008: 230). Foucault spricht in Umkehrung von der alten politischen Macht, die sich das Recht nahm, „leben zu lassen oder sterben zu machen“, von der ärztlichen Hal-

tung als umgekehrte: „*leben machen versus sterben lassen*“ (vgl. ebd.: 230). Auch diese Macht kovariert mit einem narzisstischen Persönlichkeitstypus.

Vor allem Georg Simmel (1901) hat in seiner Psychologie der Scham und der Distinktion auf den Tatbestand aufmerksam gemacht, den auch Wurmser in seinem Werk verfolgt, dass nämlich der Körper als Teil der Natur und der Kreatürlichkeit einer besonderen Schamgrenze unterliegt. Nach Elias schreiten die Scham-schwellen in der Moderne nach innen und markieren Grenzen der Ehre und Integrität. Wir hätten es also im Kontakt zwischen Arzt und Patient mit etwas Gegenläufigem zu tun. Während die Menschen sich einerseits für ihre kreatürliche Körperlichkeit immer mehr schämen, wird der ärztliche Blick einer, der sich immer stärker in die Tiefe dieser Kreatürlichkeit versenkt. Diese Spannung zwischen sozialer Scham und wissenschaftlichem ärztlichem Blick produziert notwendig noch mehr Macht im Arzt-Patienten-Verhältnis.

Zum ärztlichen Habitus gehört deshalb, dass der streng cartesianischen Kultur der Ausbildung ein fast entgegen gesetzter Mythos zugehört. Dieser Mythos hat unzählige Arztromane, Geschichten des Heilens und Erzählungen als kulturelles Erbe mitgeprägt, in dem interessanterweise die alte Wesenhaftigkeit der Krankheit überlebt hat. Der Mythos des Arztes ist charismatisch (Jesus als Arzt). Der Ethnologe Reiner Weidmann hat in seiner Dissertationsschrift daraufhin gewiesen, dass der Mythos Arzt sich aus Ritualen der Distanz in der Arzt-Patienten-Begegnung speist. Er nennt die Visite, das Ritual der Erscheinung und die ärztliche Behandlung, eine soziale Form, in der vor allem durch die soziale Distanz des Arztes zum Pflegeperson und zum Patienten Übertragungen stimuliert werden, die auf Scham, Macht und ein geradezu kindliches Vertrauen zum Arzt aufbauen. Dieses unbedingte Vertrauen wird gleichzeitig zum Faktor für den Erfolg der Behandlung definiert. Ähnliches liegt auch im Bild, welches Michael Balint von der „Droge Arzt“ geprägt hat, dass nämlich das fast religiöse Vertrauen in den Arzt die Selbstheilungskräfte und Lebensgeister als Kofaktoren für die erfolgreiche Behandlung stimuliert. Damit diese komplementäre und regressive Beziehung überhaupt umsetzbar ist, muss die gesamte Organisation des Krankenhauses sich auf den Arzt als narzisstischen Mittelpunkt einstellen. Dass aufgrund des Mythos Arzt die Ärzte selbst an ihre Berufung, Auserwählung und Besonderheit glauben, kann zudem als Melange von Herkunft, Ausbildung und beruflicher Sozialisation verstanden werden. Es liegt nahe, dass dieses charismatische Modell mit seinen Übertragungen und seinem Mythos den funktionalen Anforderungen einer modernen Krankenhausorganisation direkt entgegensteht. Aus diesem Grund setzen alle großen Gesundheitsreformen auf eine unternehmerische Transformation des ärztlichen Habitus.

3.2 Der unternehmerische Habitus

Der unternehmerische Habitus ist zum einen geprägt von der neuzeitlichen Philosophie der Selbsterhaltung, dem Bild des Menschen als homo oeconomicus,

der Soziologie Max Webers zur protestantischen Ethik und der neuen habituellen Beschreibungen des unternehmerischen Selbstes (Bröckling 2005). Vor allem auf Hobbes und Machiavelli zurückgehende Philosophien sehen die Menschen von fortwährendem Kampf um Selbsterhaltung und in Konkurrenz zueinander bestimmt. Handeln ist vor allem eigennütziges Handeln. Wettbewerb und Konkurrenz sind demnach nicht nur wichtige Motoren des Fortschritts, sondern wohnen der menschlichen Natur inne. Der Konzeption des Kampfes um Selbsterhaltung hat Max Weber (1905) Konzepte der Rationalisierung und des rationalen Unternehmertums hinzugefügt. Rationalität wird zum zentralen Mittel des Kampfes um Selbsterhaltung. Im Gegensatz zu den neuzeitlichen Philosophien versteht Weber den unternehmerischen Habitus als eine Ansammlung von rationalen Tugenden: Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit, Erfolgsstreben, technische und bürokratische Fähigkeiten. In seinem Beitrag zur protestantischen Ethik zeigt Weber auf, wie sich das unternehmerische Handeln als zweckrationales und vor allem versachlichtes Kalkül durchsetzt.

Dieser zweckrationale und sachliche Habitus ist in den letzten 30 Jahren in einen manageriellen Habitus, ein unternehmerisches Selbst, transformiert worden. Die aktuelle Soziologie (Bröckling 2005, Voß/Pongratz 1998) schreibt dem unternehmerischen Selbst neben den klassischen Eigenschaften von Eigennutz und Konkurrenz und Zweckrationalität, die Fähigkeit zu, sich selbst zum Produkt zu machen und ständig anzubieten. Flexibilität, Kreativität, Risikofreude und Initiative bestimmen die neuen Tugenden und prägen das unternehmerische Selbst.

Im Krankenhaus hat diese Kultur zu einer Neubewertung der Medizin geführt. Neben Kranken, die es zu behandeln gilt, werden zunehmend auch Gesunde Adressaten von Medizinprodukten, wie z.B. in der ästhetischen Chirurgie. Die Medizin hilft dem Bild des modernen unternehmerischen Selbstes zu entsprechen. Behandlung ist zur ärztlichen Dienstleistung zur Herstellung eines bestimmten Habitus geworden.

„Der Liberalismus erfasst auch den ‚Blick des Arztes‘, der als ‚Investitionsobjekt‘ seinen Platz in den geschäftlichen Kalkülen einer liberalen Welt hat“ (Handbuch Foucault 2008: 36).

Foucault schreibt den Ärzten bei der „Produktivmachung des Lebens“ eine deutliche Schlüsselstellung zu. Die Autoren des Handbuches Foucault machen darauf aufmerksam, dass Foucault das „medizinische Projekt“ als Biomacht begreift, in dessen Mittelpunkt die verschiedenen Strategien der vollen Produktivmachung des Lebens und der Menschen stehen. Innerhalb des Krankenhauses ist es zudem üblich, jene Ärzte, die Unternehmertum und Produktivmachung des Lebens ermöglichen, positiv durch Bonuszahlungen zu sanktionieren. Diese unmittelbaren Anreize im System Krankenhaus führen nun zu folgenden Kurzschlüssen:

1. Der Arzt hat durch seine quasi polizeiliche Stellung Verfügung über den Patienten,

2. Der Arzt hat durch die Wissenschaft Verfügung über die medizinische Deutung, die praktische Behandlung und die Verbindung zur wissenschaftlichen Forschung am Patienten als Behandlungsfeld,
3. Der Arzt hat als Unternehmer Verfügung über die Institution, das dazu gehörige Personal und die dort vorhandenen Ressourcen.

4. Habitus, Krankenhausorganisation und das Geschlechterthema

Die Verbindung von ärztlichem und unternehmerischem Habitus hat in den Krankenhäusern nicht zu einer größeren Organisationsbewusstheit und funktionaler Rationalität, sondern zur Herausbildung von ärztlich-unternehmerischen Eliten geführt. Da die Produktivmachung des Lebens sowohl ein unternehmerisches, als auch ein ärztliches Projekt ist, verbinden sich ärztlicher und unternehmerischer Habitus zu einem neuen Typus des medizinischen Managers. Der ärztliche Tiefblick muss heute durch teure und aufwendige medizinische Technik gewährleistet sein, eine Strategie, die über Wettbewerb und Konkurrenz gerechtfertigt wird, im Krankenhaus aber dauernde Investitionen verursacht, die wiederum erwirtschaftet werden müssen. Während sich für die Angehörigen der mittleren und bescheidenen Statusgruppen die Arbeit deshalb beschleunigt und ihre Einbindung in funktionale Abläufe zu einem Verlust von Autonomie führt, ist die Ausbreitung der funktionalen Anforderungen im Krankenhaus ein Kampfplatz um die Stellung zwischen funktionalen Anforderungen und ärztlichem Habitus geworden.

Unternehmerischer Habitus und ärztlicher Habitus bilden weiterhin in jedem Krankenhaus eine andere Figuration. Diese Figuration kann eine von Über- und Unterordnung sein, eine von Harmonie oder eine von Konflikt um die Maßstäbe. Die nächste Frage, um die es im Folgenden gehen soll, lautet, was passiert in Organisationen, wenn zum ärztlichen und unternehmerischen Habitus noch das Geschlecht hinzutritt? In der Regel wird das weibliche Geschlecht von der Pflege im Krankenhaus repräsentiert, während die Ärzteschaft immer noch deutlich männlich zusammengesetzt ist. Im Rahmen des ärztlichen Habitus sprechen Endepohls-Ulpe und Jesse (2006; vgl. Müller 2008: 9) davon, dass der Frauenanteil bei den Erstsemestern in der Medizin bei ca. 64% liegt und dann kontinuierlich sinkt, je höher der Ausbildungsgrad ist und je länger die Berufstätigkeit andauert (vgl. Endepohls-Ulpe/Jesse 2006), bei den Ärzten im Praktikum liegt er nur noch bei 50%, bei den Promotionen bei 46% und bei den Habilitationen bei 15%. Der Anteil der berufstätigen Ärztinnen liegt bei gut einem Drittel (37%): Frauen sind nur zu 6,6% Chefärzte, zu 21% Oberärzte und entscheiden sich häufiger für die eigene Praxis (vgl. Müller 2008: 8ff). Müller macht weiterhin darauf aufmerksam, dass das Problem der ärztlichen Berufswege sich für Frauen heute vor allem als Problem der Beschleunigung, der doppelten Lebensführung und als Problem des doppelten Habitus zwischen ärztlichem und unternehmerischem Habitus aufzutut. Sie zitiert verschiedene Studien, die aufzeigen, dass die Ärztinnen mehrheitlich länger im Krankenhaus bleiben, ohne dort befördert zu werden, und dass sie

dann quasi resignativ in die eigene Praxis wechseln (Müller 2008: 21). Der ärztliche Karriereweg ist also deutlich männlich bestimmt.

Institutionelle Geschlechterdynamiken in Teams, Gruppen und Organisationen sind zunächst ein Forschungsgebiet der Arbeitssoziologie und Geschlechterforschung. Wichtige Erkenntnisse und Diskurse reichen zurück bis in die 1970er Jahre. Zu erwähnen sind Studien zur Industriesoziologie und Frauenarbeit in der Industrie, vor allem der Metall- und Elektroindustrie. Ausgangspunkt war die feministische Theorie zum geteilten Arbeitsmarkt und zur Arbeitsmarktsegregation. Bestimmte Arbeiten in der Industrie wurden vergeschlechtlicht, indem man vor allem Feinmotorik, Monotonieunempfindlichkeit und Rhythmisierungsfähigkeit zur Eigenschaft von Frauen erklärte und sie deshalb für geeignet erklärte, bestimmte Arbeitsplätze in der Industrie zu besetzen, die vor allem durch Lücken in den technischen Abläufen entstanden waren. Neben der Hausarbeit als Strukturmerkmal der Frauenarbeit wurde vor allem die Teilzeitarbeit zu einem wichtigen Merkmal der Frauenarbeit. Dies gilt im Übrigen auch bei Ärztinnen, nur 25% aller Ärztinnen mit Kind arbeiten Vollzeit (Müller 2008: 22).

Ein weiterer Bereich schließlich ist für die helfenden und sozialen Berufe die Denkweise, dass Frauen hier eine besondere Begabung zum Helfen, Pflegen und Dienen mitbringen, da sie in den Sozial- und Pflegeberufen Mütterlichkeit verwirklichen könnten. Die Idee einer besonderen Empathie, Sensibilität und Bereitschaft zum Dienen wird aus dem Geschlechtscharakter der Frauen und ihrer Fähigkeit, Kinder zu gebären, abgeleitet. Zwar gelten diese Denkweisen als überaltert und fremd. Indessen ist es erstaunlich, wie sehr sich die Arbeitsmarktsegmentation und die geschlechtliche Segregation in Organisationen halten. Teilzeitarbeit ist vor allem ein Merkmal von Frauenarbeit, ebenso sind einfache (bescheidene), dienende, helfende und pflegende Berufe mehrheitlich von Frauen besetzt bzw. werden von ihnen ausgeübt. Diese Dynamik spiegelt sich ebenfalls im Arztberuf. In einer Studie zum Patientenkontakt waren es mehr Frauen als Männer, die einen intensiven Patientenkontakt wichtig fanden, während Männer sich lieber für eine Forschungsarbeit entschieden (vgl. Müller 2008: 23). Ebenso wurden Überschaubarkeit des Fachgebietes und kurze Ausbildungsdauer von Frauen häufiger genannt als von Männern. Ein weiterer deutlicher Unterschied tat sich bei den Publikationen auf. Nur 45% der Frauen, aber ca. 75% der Männer gaben an, im gleichen Jahr eine wissenschaftliche Publikation veröffentlicht oder eingereicht zu haben. Mit Hannah Müller, die eine Reihe von Merkmalen der geschlechtsbezogenen Unterschiede im Arztberuf herausgearbeitet hat, lässt sich argumentieren, dass das Krankenhaus ein deutlicher Spiegel der traditionellen symbolischen Geschlechterordnung ist. Diese ist von Bourdieu als männliche Herrschaft bezeichnet worden (vgl. Bourdieu 2005a).

4.1 Die männliche Herrschaft

Die männliche Herrschaft weist der Frau den schlechteren Part zu, so Bourdieu (2005a). Dem männlichen und weiblichen Habitus immanent ist ein Schema, welches von beiden Geschlechtern verinnerlicht wird, und Bourdieu wie folgt beschreibt: Bereits äußerlich muss der Mann hinsichtlich Alter, Gewicht und Größe stärker, älter und schwerer sein als die Frau. Ist dies nicht der Fall, wäre die Frau dominant und würde in diesem Fall sozial herabgesetzt. Um ihre soziale Herabsetzung zu umgehen, muss sie sich jene habituellen und milieuspezifischen Zeichen der Unterlegenheit zulegen. Das können Kleidungsstücke sein, die sie unsicher und kindlich erscheinen lassen, oder Verhaltensweisen, die sie als Dienende kennzeichnen. Bei Bourdieu bleibt dieser Prozess jedoch nicht äußerlich. Die Beherrschten wendeten solche, vom Standpunkt der Herrschenden aus konstruierten Kategorien auf die Herrschaftsverhältnisse an und ließen diese damit natürlich erscheinen, was zu einer Selbstabwertung und Selbstentwürdigung führe. Je ausgeprägter die Herrschaft, desto deutlicher würde die Position der Unterlegenen als im Kern schmutzig, hässlich und defizitär codiert (Bourdieu 2005a: 65).

Gleichzeitig, so Bourdieu (ebd.: 100) und hier kommt er der Psychoanalyse sehr nahe, ginge die vergeschlechtlichte Libido eine Verbindung mit der Institution ein. So entstehen in den Institutionen neben den männlichen auch weibliche Territorien, die Bourdieu als „Inseln“ bezeichnet (vgl. ebd.: 103). Im Unterschied zu Erdheim, der die Familisierung der Kultur als ganzes angenommen hat (vgl. Erdheim 1984), sieht Bourdieu die Familisierung nur in den Inseln der Organisation gegeben. In diesen Inseln wird die paternalistische männliche Autorität auf affektives Einwickeln und Verführen ausgeübt. Innerhalb der Inseln wird den Frauen Schutz zu Teil, was wiederum zu einem, wie Bourdieu es ausdrückt, pathologischen Einsatz für die Institution und wie die Psychoanalyse sagt, zu einer Erotisierung der Arbeit führen kann. Bourdieu bezeichnet Männlichkeit deshalb als Adel in Organisationen (Bourdieu 2005a: 106). Ein Mann kann sich wie ein Adliger nicht zu bestimmten Tätigkeiten herablassen, die er als geringwertig qualifiziert. So erinnere ich mich an ein Krankenhaus, in dem es ungeheuer schwer schien, die Patienten früh morgens zu entlassen, weil sie ja nicht eher gehen können, als bis die Arztbriefe geschrieben sind. Der Vorschlag, die Arztbriefe an den Hausarzt zu faxen, hat zuerst theoretisch bei den Chefärzten, dann aber auch ganz praktisch zu einem ungeheuren Organisationschaos geführt. Es stellte sich heraus, dass die Ärzte große Probleme hatten, mit Faxgeräten umzugehen, und dies auch gar nicht wollten. Auch im vorliegenden Krankenhaus erweist sich die Rationalisierung der Ablauforganisation – eine neue Vermischung von weiblichen (pflegerischen/Sekretariats-) Arbeiten und männlichen (ärztlichen) Arbeiten – als Barriere.

Literatur

- Becker-Kontio, M. (1994): „Wenn es nicht mehr rund rollt“, in: Forum Supervision, Heft 4, S. 68-87.
- Bosetzky, Horst/Heinrich, Peter (1989): Mensch und Organisation . Aspekte bürokratischer Sozialisation. Köln, Gemeinde-Verlag,
- Boszormenyi-Nagy, I./Spark, G. (1981): Unsichtbare Bindungen. Stuttgart, Klett-Cotta.
- Bourdieu, Pierre (1997) Widersprüche des Erbes. In ders. et.al.(Hrsg): Das Elend der Welt. Konstanz, S. 651-659.
- Bourdieu, P. (2005a): Die männliche Herrschaft. Frankfurt am Main.
- Bröckling, U. (2005) Das unternehmerische Selbst. Frankfurt am Main.
- Brumlik, M. (1995): Gerechtigkeit zwischen den Generationen. Berlin.
- Erdheim, M. (1984): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt am Main.
- Elschenbroich, D. (2002): Das Weltwissen der siebenjährigen. München.
- Feuerstein, G. (1993): Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Bandura, B./Feuerstein, G. (Hrsg.): System Krankenhaus, Weinheim, S. 41-67.
- Finke-Hoppmann, D. (2011): „Habitusanalyse“ – ein Instrument des sozialwissenschaftlichen Verstehens. In: Forum Supervision, Heft 38, S. 57-68.
- Foucault, M. (1982): Die Geburt der Klinik, Frankfurt am Main.
- Friebertshäuser, B./Rieger-Ladich, M./Wigger L. (Hrsg.): Reflexive Erziehungswissenschaft, Forschungsperspektiven im Anschluss an Pierre Bourdieu. Wiesbaden.
- Heimann, R. (2009): Barrieren in der Weiterbildung. Marburg.
- Hierdeis, H. (2009): Selbstreflexion als Element pädagogischer Professionalität. Vortrag am Institut Für Erziehungswissenschaften der Universität Innsbruck, 26. 10. 2009. www.uibk.ac.at/iezw/texte/hierdeis.pdf. Zugriff am 14.7. 2012.
- Kammler, C./Parr, R./Schneider, J. (Hrsg.) (2008): Handbuch Foucault. Leben – Werk – Wirkung. Stuttgart.
- Kersting, H. (2004): Masterstudiengänge. Supervision an den Hochschulen. In: Buer, F./Siller, G. (Hg.): Die flexible Supervision. Wiesbaden.
- Klatzetzki, Thomas (1993): Wissen, was man tut. Bielefeld, Kleine Verlag.
- Leuschner, G. (1993). Wechselseitige Abhängigkeit und Diskurs – Aspekte angewandter Gruppendynamik in der Supervisionsausbildung. In Forum Supervision, Heft 1, S. 7-32.
- Liebau, E. (1987): Klasse, Haut, Kultur oder Bourdieu für Pädagogen. In sozialwissenschaftliche Literaturreisenschau, Heft 15, S. 79-89.
- Luhmann, N. (1988): Die Wirtschaft der Gesellschaft. Frankfurt am Main.
- Mayntz, R./Scharpf, W. (2005): Politische Steuerung heute? Vortrag anlässlich der Verleihung des Luhmann Wissenschaftspreises der Universität Bielefeld. Max Planck Institut für Gesellschaftsforschung Paper 05/1, 2005 in:

www.mpi-fg-koeln.mpg.de/pu/workpap/wp05-1/wp05-1.html. zugriff am 14. Juli 2012.

Mentzos, -stavros (1984) Interpersonelle und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt/M. Suhrkamp.

Müller, H. (2008): Der Berufseinstieg von Akademikerinnen am Beispiel der Ärztinnen. Diplomarbeit. Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft.

Parin, P. (1978): Das ich und die Anpassungsmechanismen. In: Parin, P./Manthey-Parin, G. (1978): Der Widerspruch im Subjekt.

Thompson, J. B. (2005). Einführung in die Ökonomie des sprachlichen Tausches. In: Bourdieu, P. (2005): Was heißt sprechen, Wien.

Voß, G./Pongratz, H. (1991): Der Arbeitskraftunternehmer. Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, Bd. 50/1998, Heft 1, S. 131-158.

Weber, M. (1976): Wirtschaft und Gesellschaft. Grundriss der verstehenden Soziologie. Tübingen.

Zwiebel, R. (2001): Zum Konzept des „Inneren Analytikers“; In: Forum Supervision, Heft 18, S. 65-82.

Anschrift der Autorin:

Prof. Dr. Katharina Gröning, Universität Bielefeld, Fakultät für Erziehungswissenschaft, Universitätsstr. 25, 33615 Bielefeld.