

Primaten im OP

P. Modler

Die herausragende Chirurgin, der die männlichen Kollegen regelmäßig den Platz der ersten OP-Assistentin streitig machen, indem sie sich im OP-Raum einfach vor sie hinstellen. Die Ärztin, die dem Patienten von einem Assistenzarzt vorgestellt wird – aber dass es die Oberärztin ist, verschweigt er ihm geflissentlich; mit dem Effekt, dass der Patient sofort ihre Kompetenz bezweifelt. Der ärztliche Direktor, der fachliche Nachfragen von Ärztinnen grundsätzlich als Zumutung empfindet und sie dafür vor dem Kollegium herunterputzt. Es gibt viel mehr solche Beispiele im deutschen Klinik-Kontext als wir es uns wünschen würden.

Woher kommt das? Und wie lässt sich damit umgehen? In einem originellen Forschungsansatz haben Wissenschaftler der amerikanischen Emory University das Verhalten von Primaten mit dem von Operateuren verglichen; sie nannten ihr Projekt ganz unverfroren „Operating Room Primatology“. An drei Kliniken und mit 400 beteiligten Klinikern fanden sie deutliche Parallelen: Konflikte wurden meistens top down entschieden, streng hierarchisiert. Und wenn nur Männer im Raum waren, sank die Bereitschaft zur Kooperation deutlich. Nicht wirklich überraschend. Aber im Ernstfall von erheblicher medizinischer Relevanz.

Seit vielen Jahren arbeite ich mit weiblichen Führungskräften – zunehmend auch aus der Medizin – in einem sehr besonderen Workshop-Kontext. 20 bis 25 von ihnen sitzen in einem Meeting-Raum, während vor dem Raum (getrennt durch eine schallschluckende Tür) ein Mann sitzt: ihr Sparringspartner. Dieser Protagonist hat keine Regieanweisung

bekommen. Sein Alter ist ebenso irrelevant wie sein eigener beruflicher Hintergrund – es darf nur kein professioneller Schauspieler oder Gender-Experte sein. Es muss einfach ein Mann sein, er muss sprechen können und Deutsch verstehen. Durchschnitt eben. Der Protagonist wird nur bei einem einzigen Workshop eingesetzt, danach nicht mehr. Der Sparringspartner weiß nur, dass er gleich eine Geschichte hören wird, in der eine der Teilnehmerinnen von einem Konflikt mit einem medizinischen Vorgesetzten, Kollegen oder Patienten erzählen wird, und dass er dessen Rolle darstellen soll. Das trauen sich diese Herren normalerweise ohne jeden Zweifel zu.

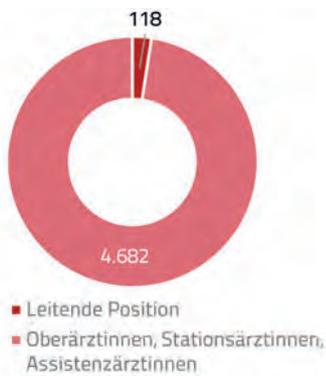
Er betritt also den Raum, hört zu und wir inszenieren die konfliktive Situation, um die es dabei ging. Obwohl dieser Sparringspartner ja keinerlei Handlungsanweisung bekommen hatte und in der Regel weder die Klinik der Betreffenden, oft nicht einmal die Medizin-Branche kennt, geschieht etwas Verblüffendes. Regelmäßig verhält sich dieser Herr nämlich tatsächlich auf Antrieb genauso wie der seinerzeitige Konfliktpartner, bis hinein in kleine Finger oder Fußbewegungen. Woher weiß er das? Gute Frage.

Wenn wir die seinerzeitige Szene so abgebildet haben wie sie stattgefunden hatte (Korrekturen sind nur selten erforderlich), muss der Sparringspartner den Raum verlassen. In seiner Abwesenheit sprechen wir die Struktur der Situation durch und vor allem, was die Betroffene anders machen kann, damit es ihr in Zukunft mit dem unangenehmen Kollegen oder dem übergriffigen Chef besser geht.

Dann holen wir den Sparringspartner zurück, dieselbe Situation beginnt noch

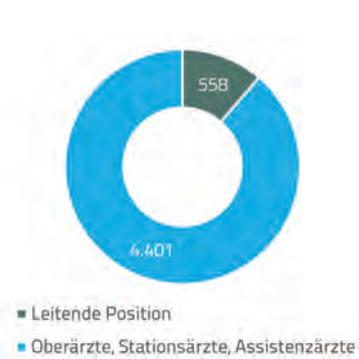
einmal. Nur wird sich die Betroffene nun anders verhalten und der Protagonist muss sich, entsprechend seines Rollenverständnisses als Pfleger oder ärztlicher Direktor spontan verhalten. Ich unterbreche dann immer wieder einmal, um ihn zu fragen, wie es ihm in gerade dieser Sekunde geht. Die Antworten kommen in der Regel ohne jedes Zögern und ohne Filter. Allerdings sind es oft Antworten, die das beobachtende Publikum völlig überraschen oder in ungläubiges Staunen versetzen. Damit hatten sie nicht gerechnet. Was sie als unangenehm empfanden, verstand der Sparringspartner als Motivation. Was ihnen als unhöflich erschien, sah er als interessantes Spiel. Wo sie bei ihm Verletztheit vermuteten, verstand er nicht einmal die Frage danach. Die Muster, die sich bei den vielfachen Szenen aus den unterschiedlichsten Arbeitsbereichen herauschälen, werden im Lauf eines Seminartages sehr deutlich. Sie bestätigen vor aller Augen die Forschungsergebnisse der nord-amerikanischen Soziolinguistin Deborah Tannen. Die Lehrstuhlinhaberin an der Georgetown University hatte schon Anfang der 1990er Jahre mit ihrem Team eine bahnbrechende Entdeckung gemacht. Bei der Analyse von Kindergruppen beim Spiel identifizierte Tannen ein Kommunikationssystem, das zuerst Rang- und Revierfragen klären musste, bevor es inhaltlich werden konnte. Sie bezeichnete es als „vertikal“. In diesem System wirkt es entspannend und motivierend, wenn am Anfang einer Gruppenbildung die Hierarchie innerhalb der Gruppe geklärt wird. Das bedeutet nicht, dass jede und jeder die erste Position möchte; wohl aber einen definierten Platz. Wird dieser Prozess der anfänglichen Rangklärung gestört, verebbt das Spiel. Die Gruppe hat keine Energie mehr und

Position von Ärztinnen im Krankenhaus 2018 in Sachsen



Quelle: Sächsische Landesärztekammer, 31.12.2019

Position von Ärzten im Krankenhaus 2018 in Sachsen



neue Spielalternativen werden nicht entwickelt. Gelingt diese Phase der Rangklärung, kann die Gruppe stundenlang neue Spielalternativen entwickeln. Tendenziell kommunizieren eher Männer vertikal, aber nicht exklusiv.

Tannen fand aber noch ein zweites System, das mit diesem „vertikalen“ fast nichts gemeinsam hat. In dieser anderen Kommunikationsordnung geht es von Anfang an um den Austausch von Zugehörigkeitsbotschaften und um inhaltliche Fragen. Hierarchiekärlungen werden als überflüssig, ja peinlich empfunden. Eine hohe emotionale Qualität wird als existenziell erlebt. Intensive verbale Prozesse werden erwartet. Tannen bezeichnete dieses Kommunikationsverhalten als „horizontal“. Hier werden Informationen geradezu egalitär ausgetauscht: Ich erzähle von mir, Du erzählst von Dir, und dann suchen wir Gemeinsamkeiten. Eine intellektuelle Herausforderung toppt sämtliche Statusfragen. Tannen stellt eine Neigung von Frauen für diese Form der Kommunikation fest, aber auch hier gibt es eine Minderheit von Männern, die sich ebenfalls horizontal verständigen. Und damit sind wir, nicht wirklich überraschend, mitten im Klinikalltag. Nicht nur dort, aber dort besonders signifikant, treffen diese beiden Systeme laufend auf einander, meistens allerdings

naiv. Denn jede Repräsentantin, jeder Vertreter des jeweiligen Systems geht in der Regel davon aus, dass es nur eine einzige Kommunikationsordnung auf der Welt gebe – die eigene. Das äußert sich dann vielleicht konkret so: Die Oberärztin hat eine 80 Prozent-Stelle. Das bedeutet, dass sie einen Tag in der Woche nicht da ist. Diesmal war es der gestrige Donnerstag. Nun ist Freitag und die morgendliche Visite wird durchgeführt. Im Krankenzimmer ist es ein Assistenzarzt, der vor dem Patienten die nächsten therapeutischen Schritte erläutert (ohne sie mit der Oberärztin abgesprochen zu haben). Allerdings sind seine Erläuterungen fachlich nicht korrekt. Und deshalb stellt die Oberärztin fest, dass das

anders gemacht werden müsse. Worauf der Assistenzarzt laut äußert: „Das haben wir gerne. Nie da sein und dann mitreden wollen!“ Was die Oberärztin derart frech findet, dass ihr erst einmal nichts einfällt.

Ein Klassiker. Als wir die Szene mit unserem Sparringspartner durchspielen, stellt sich Folgendes heraus: Die Oberärztin tritt auch sonst nicht ranginteressiert auf. Sie hat mehr Erfahrung und Wissen als andere und geht selbstverständlich davon aus, dass sich das von allein klarmacht. Genauso denkt man in einem horizontalen System. Leider funktioniert diese Idee von Kommunikation in der Regel bei einem vertikalen Gegenüber nicht. Das ist nicht einmal böser Wille oder Unhöflichkeit. Wenn man im vertikalen Kontext eine Rangklärung braucht, dann ist das auch kein unzivilisierter Akt, vielmehr liefert sie so etwas wie einen hierarchischen Kompass, ohne den die vertikalen Vertreter sozial nicht orientiert sind und, oft mit einer gewissen Not, versuchen, diese Klärung herbeizuführen.

Die horizontale Antwort auf den Kommentar des Assistenzarztes wäre wahrscheinlich eine inhaltliche Richtigstellung oder eine Zugehörigkeits- bezie-

hungsweise Beziehungsbotschaft gewesen: „Wieso, ich war doch nur gestern nicht da!“ oder „Das finde ich jetzt aber nicht gerade höflich von Dir!“ Was das Bedürfnis des vertikalen Partners nach einer Rangklärung aber gerade nicht ernst nimmt.

Die Antwort, die unseren Assistenzarzt alias Sparringspartner jedoch tatsächlich erreichte, schien gar nichts mit dem „Thema“ zu tun zu haben. Die Oberärztin stellte sich nämlich langsam vor ihn und sagt lediglich: „Du bist der Assistenzarzt. Ich bin die Oberärztin. Wir machen es anders.“ Was die die Szene beobachtenden Ärztinnen mehrheitlich zu simpel, beschränkt oder unhöflich fanden. Allerdings war der vertikale Kronzeuge anderer Meinung. Nach seinen Gefühlen befragt, erklärte nämlich der Sparringspartner: „Alles im grünen Bereich.“ Als eine Ärztin ungläubig nachsetzte, wieso es für

ihn in Ordnung sei, wenn er so schlecht behandelt würde, meinte der Sparringspartner nur: „Ja, das ist doch o.k., sie ist ja die Chefin.“ Bei ihm blieben nicht einmal schlechte Gefühle zurück, sondern sogar so etwas wie Respekt.

„Horizontale“ Kommunikation hat ebenso wie die „vertikale“ Variante ihre spezifischen Stärken und Schwächen. In einem Mix ist das unschlagbar. Aber

„Horizontale und vertikale Kommunikation ist im Mix unschlagbar.“

wenn beide Seiten fundamentalistisch darauf bestehen, dass es außer der eigenen Kommunikationsstruktur weit und breit keine andere gebe, kann das nur schwer produktiv werden. Das ist übrigens durchaus kein Thema, das sich bei einer jüngeren Generation von

Ärztinnen oder Ärzten von allein erledigt. Medizinermilieus überliefern oft unhinterfragt von Generation zu Generation einen Habitus, der ganz selbstverständlich vertikales Verhalten präferiert – auch wenn der Frauenanteil steigt. Dabei könnten sich alle Beteiligten nicht nur im Forum internum, sondern gerade auch in der Interaktion mit Patientinnen und Patienten wie auch mit Kolleginnen und Kollegen aus dem Pflegebereich eine Menge Energie sparen, wenn zusätzlich zur jeweiligen „Muttersprache“ noch eine weitere gelernt wird. ■

Dr. Peter Modler
Dorfstraße 17, 79346 Emdingen
E-Mail: modler@drmodler.de

Dr. Peter Modler ist Unternehmensberater und Lehr-Coach unter anderem auch für Führungskräfte im medizinischen Bereich.