

Von der Leitung des Pflegedienstes zur PartnerIn in der Leitung der Organisation

Vortrag

Tagung der ALK Baden Württemberg in Herrenberg am 13./14. Mai 2004

Fragt man Pflegende, deren Alltag sich auf die Betreuung und Begleitung von Kranken bezieht, welche Bedeutung für sie ihre Pflegedienstleitung habe, kann man hören, wie fern und fremd ihnen deren Rolle und Funktion ist.

Mögen sich Pflegedienstleitungen noch so sehr ihrem eigenen Personal verpflichtet, ja emotional nahe fühlen, für die Krankenschwester und den Pfleger sind sie weit entfernt von der alltäglichen Wirklichkeit.

Ich zitiere einmal ein paar Aussagen, die ich in der letzten Zeit gesammelt habe:

"Unsre Pflegedienstleitung redet immer nur vom Geld!"

"Ich bekomme meine Pflegedienstleitung nur zu Gesicht, wenn irgendetwas schief gelaufen ist!"

"Wenn sie auf Station kommt, und fragt wie es geht, sage ich "gut", dann ist sie zufrieden und geht wieder."

"Unsre Pflegedienstleitung sollte mal wieder ein zwei Tage bei uns mitarbeiten, dann sähe sie, was los ist!"

"Wir haben ihr schon oft gesagt, Schwester X sei untragbar. Aber sie tut nichts!"

"Übrigens, wenn es Probleme gibt, nehmen wir sie selber in die Hand."

Ich nehme an, dass sie diese oder ähnliche Aussagen kennen, oder sich wenigstens vorstellen können, dass sie so gesagt sind.

Was zeigen solche Aussagen, wenn man sie mal genauer betrachtet?

- Pflegende, die im konkreten und direkten Kontakt mit Patienten ihre Arbeit tun, betrachten Pflegedienstleitungen ähnlich wie eine Stationsleitung. Sie sind aus dieser Erfahrung her gewohnt, dass die Menschen, die Leitung in Organisationen übernehmen, "mitarbeiten" können, oder die Expertise haben, die pflegerische Arbeit zu organisieren und zu kontrollieren und notfalls mit zu helfen.

Diese Prägung, die die meisten auch über ihre Lehrerinnen und Lehrer vermittelt bekamen, die ja auch "vormachen" wie es gehen soll, hält sich unreflektiert und damit hartnäckig als Vorbild.

Dieses Leitungsmodell der Expertenautorität wird auch dadurch unterstützt, dass die Karriere zur Pflegedienstleitung über Stationen, wie in einem Handwerksbetrieb läuft: zuerst Lehrling, dann Geselle, dann Meister, meistens mit Zusatzausbildungen, Weiterbildungen oder Studium.

- Wenn ich nun Pflegende konfrontiere und sage: das, was sie in ihrem Alltag tun, kann ihre Pflegedienstleitung gar nicht mehr, befriedigt diese Antwort das Bedürfnis nach Entwertung, das hatten sie sich gleich gedacht.

Ja, stimmen sie mir zu, bei uns müsste sie viel lernen, um mit zu halten.

Die Problematik dieser Entwertung liegt nun darin, dass, sobald das Expertenturn in Frage gestellt wird, die daran gebundene Autorität zusammenbricht. Wenn sie, die Pflegedienstleitung, nicht mehr pflegen kann, was will sie uns dann vorschreiben, was kontrollieren und wie beurteilen, was uns nützt und was uns schadet?

- Sehr verständlich wird aus diesen Zusammenhängen, dass Pflegende, bei

einer Frage wie:

Wozu brauchen Sie Ihre Pflegedienstleitung mit den Schultern zucken:
weiß ich auch nicht, sagen sie dann.

Unlängst versuchte eine Krankenschwester in einer Gruppe nun
eine "Ehrenrettung" ihrer Pflegedienstleitung und bezeugte: ihre PDL würde
immer mal wieder in der Pflege mithelfen, wenn Not am Mann sei.

Da war es aus meiner Sicht Zeit für die nächste Konfrontation. Ich sage,
dass soll sie aber nicht. Sie hat ganz andere Aufgaben.

Warum wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege nicht,
welche Aufgaben die Pflegedienstleitungen haben?

Ganz zu schweigen von den Ärzten im Krankenhaus. Pointiert fasste dies
ein leitender Arzt so zusammen: die Pflegedienstleitung verbietet den
Krankenschwestern das zu tun, was sie gerne täten, wenn sie nur dürften.
Gemeint war die leidige Frage der Blutabnahme und - ziemlich neu für
meine Ohren - die Assistenz bei Operationen als Ersatz für abwesende
ärztliche Assistenten.

Falls es sie tröstet: leitende Ärzte wissen oft auch nicht, was ein ärztlicher
Direktor im Krankenhaus soll. Die meisten betrachten ihn als ihren
Interessenvertreter und keineswegs als Mitglied der internen Leitung. Auch
das hat schädliche Folgen für die Organisation.

Nun können sich sicher einige von Ihnen getrost zurücklehnen, weil sie fest
überzeugt sind, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Ihrer
Organisation genau wissen, was Ihre Aufgabe, Ihre Funktion und Ihre
Macht ist.

Doch mögen einige Zweifel erlaubt sein. Denn es ist keineswegs klar,
transparent und eindeutig, was denn nun die Funktion der
Pflegedienstleitung ist. Das hat mir immer wieder der Austausch mit den
Studierenden im Pflegemanagement an der Hochschule gezeigt, ebenso wie
der Kontakt zu einzelnen PDLs.

Ich erinnere mich, dass ich, bevor ich das erste mal von der BALK zu einem
Vortrag und dann zu der Expertenrunde, die ein Buch über das
Pflegemanagement herausgeben sollte, eingeladen wurde, ich die
Vorsitzende gebeten habe, sie soll mir mal eine Arbeitsplatzbeschreibung
PDL schicken, sie mir ein ziemlich altes Positionspapier zukommen liess,
das allgemeine Leitungsaufgaben enthielt und auf die Leitung des
Pflegedienstes abhob, auf die Mit -Leitung von Organisationen nur in
einigen Sätzen verwies.

Dann haben die Experten in der Runde, die aus der PDL -Leitungspraxis
kamen bei einem Treffen ihre Aufgaben zusammengestellt und nach
wichtigen Funktionen geordnet. Da kamen eine Überfülle von Daten
zusammen, die kein einzelner Mensch bewältigen kann.

((Inzwischen ist das Buch erschienen:

BALK, Geißner, Mühlbauer: Management und Pflege im DRG-Zeitalter.
Führungswandel und Wandel durch Führung. Luchterhand, München,
2003))

Hinzu kommt, dass sich die Aufgaben unterscheiden und man eine
Arbeitsplatzbeschreibung auch sehr abhängig ist von der jeweiligen
Organisation, ihrer Größe, ihrer Struktur, ihrer gewachsenen Kultur und
ihrer direkten Umgebung.

Das lässt sich gut veranschaulichen, wenn man dem Begriff "Manager" auf die Spur kommen will.

Manager managen. Entschuldigen Sie bitte diese Tautologie. Ich will damit auf die Weite des Begriffs hinweisen und den Gebrauch der suggeriert, dass Manager vor allem irgendwie und irgendetwas TUN.

Was aber ist das Tun, das sich als Leitungshandeln versteht?

Manager, also Leitungen in Organisationen haben die Aufgabe, Entscheidungen zu treffen, die Organisationen funktionsfähig machen, so wirtschaftlich wie nötig und so effizient wie möglich. Dazu brauchen sie geeignetes Personal, kontrollierbare Arbeitsabläufe; außerdem haben sie sich verpflichtet, die Ziele der Institution (des Trägers, des Unternehmers) im Auftrag der Gesellschaft zu erreichen.

Um kompetentes Personal auszuwählen und deren Wissen und Können angemessen einzusetzen, sollten Pflegedienstleitungen wissen, was Pflege bedeutet. Um Arbeitsabläufe zu kontrollieren und die Qualität der einzelnen Handlungen zu erhöhen sollten Pflegemanager und Pflegemanagerinnen Wissen, wie Pflege funktioniert.

Inwieweit sie diese Aufgaben an nachgeordnete Mitarbeiterinnen delegieren, die bessere Experten für verschiedenen Gebiete sind, ist ihre Entscheidung, entbindet sie aber nicht von der Kontrolle der Delegation.

Warum ich mich entschieden für diese Art der Qualifikation für Pflegedienstleitungen einsetze, lehrt mich die Beobachtung:

Organisationen, in den Pflege stattfindet, unterscheiden sich von anderen Organisationen so sehr, dass man die Hypothese aufstellen kann, dass das Management wissen muss, was die Pflege von kranken Menschen ist. Ich greife ein Beispiel heraus: die Zeit, die Kranke brauchen, um zu essen, lässt sich nicht in Zeittakte einteilen und normieren. Es ist also unsinnig, das Essen reichen mit einem Zeitfaktor festzusetzen, z. B. 5 Minuten. Wie lange einzelne Kranke brauchen, um zu essen, hängt nicht an der Arbeitsgeschwindigkeit der Pflegenden. Ich brauche Ihnen das natürlich nicht zu sagen, Sie wissen es - aus Erfahrung. Dennoch führe ich dieses Beispiel an, weil ja im allgemeinen Arbeitszeitbemessungen an der Geschwindigkeit des Arbeitenden gemessen werden und nicht an dem personenbezogenen Aufwand.

Ich kenne diese Zeitbemessungen besser aus der Kommunikationprozessen: manche Partner verstehen schon nach einigen Minuten, was man meint und nehmen die Information auf. Anderen muss man die Zeit gönnen, sich mit der Information vertraut zu machen. Ganz abgesehen davon, dass Informationen die einfachsten Formen der Kommunikation sind und bei Beraten und Lehren der Zeitaufwand noch größere Variationen erfordert. Dennoch gibt es in unseren Schulen immer noch den normierten 45 Minuten Takt für alle Schülerinnen und Schüler.

Zurück zu den Organisationen, in denen kranke Menschen behandelt und gepflegt werden.

Leitungen in diesen Organisationen brauchen einen spezifischen Sachverstand über die Arbeitsprozesse aller, die sich um die Kranken bemühen, der Pflege, aber auch der anderen Beteiligten.

So sehr die Organisation sich auch nach den wirtschaftlichen Bedingungen richten muss, so unternehmerisch gedacht werden kann, der entscheidende

Unterschied bleibt: es muss das organisiert werden und funktionieren, was eben nicht funktioniert, in dem ursprünglichen Sinn: der kranke - nicht mehr funktionierende - Mensch.

Ich beobachte und verstehe inzwischen besser, warum Berater und Leiter aus profit orientierten Unternehmungen große Mühe haben, ein Krankenhaus, eine Sozialstation oder ein Pflegeheim zu verstehen. Ich gehe auch davon aus, dass es nicht ohne weiteres gelingt, dass Pflegedienstleitungen, die sich in einer Klinik bewährt haben, ebenso gut in einem Altenpflegeheim leiten können, ganz zu schweigen von der Umkehrung.

Wenn Pflegedienstleitungen die Leitung der Organisation mit übernehmen, also Pflegedirektoren oder Pflegedirektorinnen werden, so leiten sie nicht alleine den Pflegedienst, sondern bringen die Argumente der Pflege in die Leitung der Organisation ein. Bisher hat sich das Leitungsmodell bewährt, das die Kernkompetenzen einer Organisation an der Spitze bündelt. Für Kliniken ist das Grundmodell ein Dreierdirektorium aus Ökonomie, Pflege und Medizin gängig und akzeptiert. Der Konsens in diesem Gremium stärkt die internen Interventionen und sichert dem Unternehmer oder dem Träger die Kompetenz in der Auseinandersetzung.

Pflegedienstleitungen bringen in dieses Leitungsgremium ihren Sachverstand ein. Sie wissen, wie Pflege sein soll und wie sie tatsächlich ist. Dabei verteidigen sie spezifische Einsichten in die Abläufe der Pflege und Erkenntnisse der Pflegeforschung und Pflegewissenschaft, möglicherweise auch gegen die Meinungen der Pflegenden selber.

Vielleicht haben sie davon gehört, dass an dem Universitätsklinikum in Zürich der Versuch gestartet worden ist, Prioritäten für den Pflegeablauf zu setzen. Unter den Bedingungen des Personalmangels sollte diese Prioritätenliste den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern helfen, unverzichtbare Aufgaben der Pflege von den eher verzichtbaren, oder an Hilfskräfte delegierbare Tätigkeiten zu unterscheiden. Dieser Vorschlag ist mit heftigem Protest von den Pflegenden abgelehnt worden.

Welche Gründe auch im Einzelnen zu der Ablehnung geführt haben, soll einmal dahin gestellt bleiben. Mir scheint die Ablehnung aus meiner Beobachterperspektive zuerst einmal unverständlich, da auf jeder Station täglich Prioritäten gesetzt werden. In dem Zusammenhang hier interessiert die Frage, welche Autorität eine Pflegedienstleitung braucht und ihr eingeräumt wird, um ein Programm durchzusetzen. Wissen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht, dass sie Anordnungen treffen darf, ja anordnen muss?

Sicher, Leitungen haben gute Gründe, die durch Kompetenz ausgewiesenen Selbständigkeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu achten und hoch zu schätzen. Allerdings können dieser Selbständigkeit Grenzen gesetzt werden mit den Argumenten der Organisation.

Die Chance von lebendigen Organisationen ist es ja gerade, auf sich verändernde Bedingungen rasch und zweckmäßig zu reagieren. Der Veränderungsrahmen ist geschützt durch die institutionell vorgegebenen Ziele und Richtlinien.

In diesem Gebäude der Institution bewegen sich die Menschen und suchen sinnvolle Lösungen für gerade auftauchende Probleme.

Pflegende sind das in ihrem Stationsalltag gewöhnt und gewinnen während ihrer Berufstätigkeit ein reiches Repertoire, patientenbezogen oder ablaufforientiert Veränderungen zu akzeptieren. Der Notfall ist dafür ebenso

ein Beispiel wie die verschobene Chefarztvisite.

Kann es sein, dass auch Pflegedienstleitungen zur Begründung von Entscheidungen, immer mal wieder die übermächtige Ökonomie oder die allmächtigen Ärzte anführen? Dann, und das ist doch logisch, erleben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nur eine abhängige Pflegedienstleitung.

Um jeder, in dem heiklen Zusammenwirken der Disziplinen gefährlichen Selbstherrlichkeit entgegen zu treten, betone ich, dass die hier gemeinte Autorität der PDL an das Direktorium gebunden bleibt. Die Anordnungssätze lauten also:

"Wir im Direktorium haben nach ausführlicher Diskussion beschlossen...

...dass ab jetzt die Pflegenden Blut abnehmen, WENN...

...im OP assistieren, WENN...

...Prioritätenstandards anwenden, WENN..."

usw.

In einer Diplomarbeit, die die Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden zum Inhalt hat, behauptet die Autorin, dass die Pflegedienstleitungen in den Direktorien keine Chance hätten, ihre Standpunkte durchzusetzen. Einige Begründungen will ich hier anführen:

- die Ärzte sind mächtiger, weil sie als Geldbringer auch von Aufsichtsräten bevorzugt werden,

- die Ärzte verständigen sich leichter mit den Ökonomen und verbünden sich mit ihnen,

- die PDL hat als Frau keine Chance gegen die männliche Vorherrschaft.

An diesen Beobachtungen ist sicher auch Wahres dran. Auch ich weiß und kenne es aus eigener Erfahrung, dass wenn es um Macht und Konkurrenz geht, Männer gerne auf alte Diskriminierungsmuster zurückgreifen. Und manchmal übertragen Direktoriumskollegen die Diskriminierungstypologie auch auf Pfleger und auf Pflegedienstleiter!

Ich weiß aber auch durch Gesprächsbeobachtungen, dass Frauen sich diesen Diskriminierungen anpassen und die entsprechenden Muster bereithalten, von denen sie sich im Kampf mit den Herrschenden die wenigsten Wunden und einen indirekten Sieg erhoffen. Dann bitten sie um Verständnis, weil sie doch irgendwie schutzbedürftig sind, oder etwas raffinierter, sie spielen die charmante, leicht erotisierende Partnerin oder die verständnisvolle, mütterliche Frau. Männer haben auch Ausweichtaktiken gelernt: sie gehen noch ein Bier trinken, reden über Fußball oder Golf und über Kindererziehung.

Die Veranschaulichung solcher Beobachtung ist immer etwas pointiert. Aber ist es denn wirklich nur eine Karikatur, dass die Kommunikation in einem Direktorium eine intransparente und zwischen Informationsaustausch und Kompromissbildungen unmethodisch verlaufende Veranstaltung ist?

Selbst Pflegedienstleitungen, die viel Energie in diese kooperative Organisationsleitungsform stecken, haben es nicht leicht. Ihre Partner, ärztliche Direktoren und Verwaltungsdirektoren sind für organisationale Leitungsformen in den wenigsten Fällen vorbereitet. Jeder glaubt, sein Fachverstand würde ausreichen, eine Kooperation zustande zu bringen. Formen des Diskurses, der Verständigung und des Verstehens des jeweils anderen Fachvertreters sind mühsame Arbeit. Unverzichtbar bleibt, dass von Einzelinteressen abgesehen werden kann und das Interesse der Gesamtorganisation Vorrang hat.

Das allerdings kann gelernt werden und ich würde mir wünschen, dass

Pflegedienstleitungen dieses gemeinsame Lernen in die Hand nehmen, so wie auf Stationen die jungen Ärzte von Pflegenden lernen.

Durch ihre Berufserfahrung der Organisation auf Station haben sie dieses Wissen, allerdings meistens unreflektiert, als selbstverständliches Handlungswissen gespeichert. Deshalb ist auch für PDLs keine Schande, wenn sie sich helfen lassen, oder Moderatoren in das Direktorium einbringen und die Kollegen motivieren, sich in den Lernprozess einzulassen.

Einfach ist diese Initiative nicht. Vielleicht hängt dies auch mit folgender Problematik zusammen:

Gewinnt oder verliert man Autorität, wenn man sich als Lernender offenbart?

Beide Annahmen bestehen in den Köpfen. Eine Annahme heißt, wenn ich Lernbedarf zeige, dann muss ich mich schämen, also zeige ich mich lieber immer und überall als kompetent, sonst verliere ich meine Autorität.

Eine andere Annahme ist: gerade wenn ich zeige, dass ich nicht alles weiß und wo ich Defizite habe, wirke ich selbstbewusst und souverän.

Wie auch die Annahmen heißen mögen: wenn Organisationen gerade durch die Veränderungen und die Lernprozesse sich auszeichnen, weil sie auf Bedürfnisse von Menschen und Bedarf der Umwelten reagieren, dann sind sie immer daran, neues Wissen zu produzieren, d.h. zu lernen.

"Wir im Direktorium müssen auch lernen", ist dann ein selbstverständlicher Satz und nicht das Eingeständnis von Defiziten. Außerdem wirkt ein solcher Satz als motivierende Unterstützung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Meine Thesen heißen also:

- Die Autorität einer Pflegedienstleitung kann sich nicht auf ihr Expertentum in der Pflegepraxis stützen, das ist einfach unrealistisch.
- Sie kann sich nicht auf die Macht der eigenen Linie, der Berufsgruppe der Pflegenden beziehen, also die Macht der großen Zahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Angestellte in Dienstleistungsberufen sind austauschbar.
- Autorität und Macht hat die Pflegedienstleitung durch ihre Position in der Leitung der Organisation. Mit den Partnern im Direktorium ist sie legitimiert, Entscheidungen kooperativ vorzubereiten, zu treffen und durchzusetzen.

Wenn diese Thesen für Sie einsichtig sind, wie werden die Pflegenden damit umgehen?

Zuerst einmal können die Sätze, die so anfangen: "wir im Direktorium..." bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wie das Eingeständnis von Verzicht und Ohnmacht gehört werden, vor allem von denen, die in ihrem Alltag die Macht der Ärzte als Übermacht erleben. Ebenso können Verlassenheitsängste massive emotionale Reaktionen auslösen, die sich in persönlichen Entwertungen Luft schaffen.

Zweifel und Skepsis sind der Beginn von Einsichten. Nach und nach stabilisieren sich Erfahrungen und bauen Vertrauen auf, Vertrauen auf die Stabilität und die Konsistenz von Leitungsentscheidungen.

Dazu hilft, wenn die Lernprozesse, die ein Direktorium macht nicht nur im Ergebnis mitgeteilt wird, sondern, wenn andere miteinbezogen werden in analoge Lernprozesse; dabei denke ich vor allem an die nachgeordneten Leitungskräfte.

Der Lernbedarf in sich verändernde Organisationen ist groß. Die Angebote im organisationalen Lernen halten sich in Grenzen, wie ich aus den

Programmen der internen Fortbildungen und aus Gesprächen mit Fortbildnern weiß.

Können Sie sich vorstellen, dass Sie als Pflegedienstleitung, Gruppen von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verpflichten, mit Ihnen einen Lernprozess dieser Art beginnen? Ganz schlicht zuerst einmal, wie wir Profis das ja auch machen müssen, um in konkreten Situationen heraus zu finden, was gerade diese Menschen in gerade dieser Situation an offenen Fragen haben, nämlich sich in ein Gespräch zu begeben, dass sich auf aktuelle und konkrete Probleme bezieht?

Darin hat die Frage sicher Platz, die so lautet: "Was erwarten Sie von mir als Pflegedienstleitung?"

Sie können dann so eindeutig und klar wie möglich antworten, was Sie von den Ansprüchen halten, wo Sie Chancen und Grenzen der Verwirklichung sehen, wie lange die Realisation braucht und welche Hilfen Sie erwarten, vor allem auch von diesen Ihren Partnern.

Und, Sie können die Grenzen aufzeigen und sie verständlich machen.

Vielleicht bitten Sie einen Profi, die Moderation zu übernehmen.

Das ist dann der Ort, an dem Sie erklären können, warum Sie die Klagen über eine Mitarbeiterin nicht durch sofortige Kündigung erledigen können, dass es auch nicht ausreicht, sich bei Ihnen zu beschweren, und was Sie von den Mitarbeitern erwarten. Manchmal wollen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einfach nur mal wissen, warum Sie so oft nicht im Haus sind. Ihnen zu erklären, welche Aufgaben Sie bei den auswärtigen Terminen erfüllen, vergrößert die Einsicht in Ihr Aufgabenspektrum in die Organisation. Manchmal kann es ja auch sein, dass Sie noch einmal Ihren Terminkalender redigieren.

Als Zusammenfassung und Schluss:

Stellen Sie sich bitte einmal vor,

Sie laden Ihre Leitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, sich einmal eine Direktoriumssitzung anzuschauen.

Diese sollen Ihnen anschließend ein Feedback geben.

Vielleicht laden Sie ein anderes mal die leitenden Ärzte ein...?

So hoffe ich Ihre Phantasie angeregt und Lust auf diese Art von Leitungshandeln gemacht zu haben.

Vor allem hoffe ich, Sie überzeugt zu haben, dass Ihre Autorität notwendig für die Organisation ist, Sie aus den Direktorien nicht mehr wegzudenken sind, weil Sie darin kooperativ und zuverlässig mit den Anderen, die Ziele der Institution verwirklichen helfen.