

SUPERVISION

Theorie – Praxis – Forschung

Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift
(peer reviewed)

2001 gegründet und herausgegeben von:

Univ.-Prof. Dr. Dr. Dr. **Hilarion G. Petzold**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen,
Donau-Universität Krems, Institut St. Denis, Paris, emer. Freie Universität Amsterdam

in Verbindung mit:

Univ.-Prof. Dr. phil. **Jörg Bürmann**, Universität Mainz

Prof. Dr. phil. **Wolfgang Ebert**, Dipl.-Sup., Dipl. Päd., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit,
Hückeswagen

Dipl.-Sup. **Jürgen Lemke**, Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Düsseldorf

Prof. Dr. phil. **Michael Märten**, Dipl.-Psych., Fachhochschule Frankfurt a. M.

Univ.-Prof. Dr. phil. **Heidi Möller**, Dipl.-Psych. Universität Innsbruck

Lic. phil. **Lotti Müller**, MSc., Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Stiftung Europäische Akademie für
biopsychosoziale Gesundheit; Rorschach

Dipl.-Sup. **Ilse Orth**, MSc., Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit, Hückeswagen

Prof. Dr. phil. **Alexander Rauber**, Hochschule für Sozialarbeit, Bern

Dr. phil. **Brigitte Schigl**, Department für biopsychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems

Univ.-Prof. Dr. phil. **Wilfried Schley**, Universität Zürich

Dr. phil. **Ingeborg Tutzer**, Bozen, Stiftung Europäische Akademie für biopsychosoziale Gesundheit

© FPI-Publikationen, Verlag Petzold + Sieper, Hückeswagen.

www.fpi-publikationen.de/supervision

SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung **Ausgabe 04/2016**

**Entwicklung und Realisierung eines Projektes
mit Patienten im Rahmen einer erst vor kurzem
veränderten Krankenhaushierarchie**

*Ute Hesselmann, Düsseldorf*¹

¹ Aus der „Europäischen Akademie für biopsychosoziale Gesundheit“ (EAG), staatlich anerkannte Einrichtung der beruflichen Weiterbildung (Leitung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold, Prof. Dr. phil. Johanna Sieper, Hückeswagen <mailto:forschung@integrativ.eag-fpi.de>, oder: EAG.FPI@t-online.de), Information: <http://www.Integrative-Therapie.de>

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1. Beschreibung des Organigramms von Krankenhaus A	4
1.2. Beschreibung des Organigramms von Krankenhaus A	4
1.3. Krankenhaushierarchien	4
1.4. Entwicklung des Wanderprojekts	5
1.5. Freizeitberührungen	5
1.6. Dienstzeiten	5
1.7. Historie der jeweiligen Häuser A und B	5
1.8. Hinweis auf das konkrete Projekt	6
1.9. Ideen zur Erklärung einer im Rahmen des vorliegenden Supervisionsprozesses beobachteten Dynamik	6
2. Kurzdarstellung des Settings	9
3. Prozessdaten	9
4. Fragestellung / Auftrag	9
4.1. Beschreibung der supervisorischen Fragestellung	9
4.2. Formulierungen des Auftrags	11
4.3. Zusatzinformationen zum Auftrag	11
4.4. Hinweis auf Klientenzustimmung	11
5. Kontext der Supervisandin	11
5.1. Arbeitsfeld und Fachbereiche	13
5.1.1. Feldvariable	13
5.1.2. Fachvariable	14
5.1.3. Funktionsvariable	14
5.1.4. Arbeitsfeldvariable	15
5.2. Profil der Supervisandin	15
5.3. Netzwerkvariable	16
5.4. Identitätssituation	16
5.5. Lebenslage	17
6. Prozessdiagnostische Erhebungen auf der Supervisandenebene	17
7. Sitzungsverlauf	19
7.1. Verlaufsprotokoll Nr. 1	19
7.1.1. Prozessschritte	19
7.1.1.1. Reflexion	19
7.1.1.2. Zielfindung	20
7.1.1.2.1. Zielformulierung	20
7.1.1.2.2. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung	21
7.1.1.3. Prozessbeschreibung	21
7.1.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin	21
7.1.1.3.1.1. Wahl der Interventionen	22
7.1.1.3.1.2. Beschreibung der Relationalitäts- und Interaktionsmuster	22

7.2. Verlaufsprotokoll Nr. 2.....	23
7.2.1. Prozessschritte	23
7.2.1.1. Reflexion.....	23
7.2.1.2. Zielfindung.....	23
7.2.1.2.1.Überprüfung der angestrebten Zielsetzung (aus der ersten Sitzung).....	24
7.2.1.2.2. Zielformulierung.....	24
7.2.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung	24
7.2.1.3. Prozessbeschreibung	25
7.2.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin	25
7.2.1.3.1.1. Wahl der Interventionen	26
7.2.1.3.2. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisandin.....	26
7.3. Verlaufsprotokoll Nr. 3.....	27
7.3.1. Prozessschritte	27
7.3.1.1. Reflexion.....	27
7.3.1.2. Zielfindung.....	27
7.3.1.2.1.Überprüfung der angestrebten Zielsetzung	28
7.3.1.2.2. Zielformulierung.....	28
7.3.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung	28
7.3.1.3. Prozessbeschreibung	28
7.3.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin	28
7.3.1.3.1.1. Wahl der Interventionen	29
7.3.1.3.2. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisandin.....	30
7.4. Verlaufsprotokoll Nr. 4.....	30
7.4.1. Prozessschritte	30
7.4.1.1. Reflexion.....	30
7.4.1.2. Zielfindung.....	30
7.4.1.2.1.Überprüfung der angestrebten Zielsetzung	31
7.4.1.2.2. Zielformulierung.....	31
7.4.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung	31
7.4.1.3. Prozessbeschreibung	32
7.4.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin	32
7.4.1.3.1.1. Wahl der Interventionen	32
7.4.1.3.2. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisandin.....	33
7.5. Rückmeldung an die Pflegedienstleitung	33
7.6. Telefonische Rückmeldung der Supervisandin über die Projektwoche	33
8. Prozessanalyse.....	33
8.1. Auswirkung der Erkenntnisse auf Persönlichkeitsmerkmale der Supervisandin	33
8.2. Bedeutung und Konsequenzen der Erkenntnisse.....	34
8.3. Ressourcenanalyse	34
8.4. Potenzialanalyse.....	34
8.5. Defizitanalyse	34
8.6. Konfliktanalyse	34
8.7. Aufbau neuer Handlungsmöglichkeiten	35
9. Analyse des gesamten Supervisionsprozesses	35
9.1. Welche Ziele wurden erreicht / nicht erreicht?	35
9.2. Wie bewertet die Supervisandin den Supervisionsprozess?.....	36

9.3. Wie bewertet die Supervisorin den Supervisionsprozess?	36
9.4. Wie bewerten die Patientinnen den Supervisionsprozess?	36
9.5. Wie bewertet der Auftraggeber den Supervisionsprozess?.....	36
10. Zusammenfassung / Summary	38
11. Literaturverzeichnis	39
12. Anhang	40

1. Einleitung ¹

Das Journal ist dem methodischen Ansatz der „Integrativen Supervision“ verpflichtet, aus dessen Reflexionsrahmen heraus erfolgen die konzeptuellen Überlegungen und Interventionen.

Im vorliegenden Supervisionsprozess wird ein Projekt supervisorisch begleitet, das als ein gemeinsames Projekt zweier zu einer GmbH zusammengeschlossenen Krankenhäuser installiert werden sollte. Interessant an diesem Prozess ist die entstandene Dynamik, als eine Patientin mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ aus dem Projekt ausgeschlossen werden soll. Der Ausschluss erfolgt aufgrund vorheriger Absprachen zwischen der Geschäftsführung, der Pflegedienstleitung und der Teamleitung. Die Umsetzung dieser Entscheidung entwickelt sich zu einem Konflikt zwischen der Oberärztin und der Supervisandin. Im Folgenden werde ich zunächst die Organigramme der einzelnen Krankenhäuser und der GmbH, die Struktur von Krankenhaushierarchien und des geplanten Projekts beschreiben. Die Patientin mit der Persönlichkeitsstörung (s.o.) weist auf strukturelle Unklarheiten innerhalb der Organisationsstruktur der GmbH und auf unberücksichtigte alltagsrelevante Krankenhaushierarchien hin. Aus dem Grunde werde ich am Ende der Einleitung den Aspekt der Notwendigkeit von Vertrauensarbeit in Arbeitsfeldern vor dem Hintergrund des Projektes besonders beleuchten. Im Anschluss daran erfolgt die Beschreibung des supervisorischen Prozesses.

1.1. Beschreibung des Organigramms aus Krankenhaus A

Das erste Krankenhaus aus Stadt A hat eine Geschäftsführung, bestehend aus zwei Personen, dem Geschäftsführer und dem Leiter der Unternehmenssteuerung. Die Mitarbeitervertretung, die Krankenhauseelsorge und die Organisationsentwicklung haben direkte Verbindungen zur Geschäftsführung. Der Geschäftsführung unterstehen die OP-Koordination und die Krankenhausleitung, bestehend aus dem Geschäftsführer, dem Klinikdirektor, seiner Stellvertretung, dem Pflegedirektor, seiner Stellvertretung und der Unternehmenssteuerung. Dem ärztlichen Direktor und seiner Stellvertretung untersteht die medizinische Versorgung. Dem Pflegedirektor und seiner Stellvertretung untersteht die pflegerische Versorgung. Die Unternehmenssteuerung leitet den administrativen Bereich und das Dokumentationsbüro.

Die medizinische Versorgung umfasst elf Kliniken, von denen die medizinische Klinik in zwei Kliniken geteilt wurde. Eine davon ist die Klinik für Onkologie und Hämatologie, deren Chefarzt gleichzeitig die Leitung der Klinik für Onkologie und Hämatologie in Klinik B hat, die andere Abteilung, um die es in der anschließenden Prozessbeschreibung gehen wird, ist die Klinik für Frauenheilkunde. Jede Klinik hat ihren Chefarzt.

Dem Pflegedirektor unterstehen die einzelnen Stationen und Ambulanzen.

Der administrative Bereich ist für die Controllingberatung, die Klinikkommunikation, den Patientenservice und die Referentin der Geschäftsführung zuständig.

1.2. Beschreibung des Organigramms aus Krankenhaus B

Das zweite Krankenhaus aus Stadt B hat einen Geschäftsführer. Die Mitarbeitervertretung, die Krankenhauseelsorge, die Controllingberatung und die Organisationsentwicklung haben

¹ Adresse der Institution / des Arbeitgebers

Name: Akutkrankenhaus, Auf weitere Angaben wird wegen Datenschutz verzichtet.

direkte Verbindungen zur Geschäftsführung. Ihr untersteht die Betriebsleitung, bestehend aus dem Geschäftsführer, dem ärztlichen Direktor und dem Leiter des Pflegemanagements. Die Betriebsleitung steht in direkter Verbindung zum ärztlichen Hygienebeauftragten, dem Hygienemanagement und zum Director foreign medical affairs.

Dem Geschäftsführer und der Betriebsleitung unterstehen die ärztliche Versorgung, das Pflegemanagement, das OP-Management und die Apotheke.

Dem ärztlichen Direktor sind zehn Kliniken zugeordnet, von denen die medizinische Klinik in drei weitere Kliniken unterteilt ist. Eine davon ist die Klinik für Onkologie und Hämatologie, deren Chefarzt gleichzeitig der Chefarzt für diese Abteilung in Krankenhaus A ist. Außerdem gehören ihr zwei Institute und eine Zentralambulanz an. Zum Pflegemanagement gehören vier Bereiche. Der erste ist für die Funktionsbereiche, die Intensivstationen und die Patientenversorgung zuständig. Der zweite Bereich ist für das Prozessmanagement, die Pflege- und Sozialberatung und die Stationen zuständig. Der dritte Bereich umfasst das Ausbildungsinstitut und die Ausbildung. Der vierte Bereich umfasst die Dienstleister und Transportdienste.

Beide Krankenhäuser wurden zu einer GmbH zusammengeschlossen. Der Geschäftsführer aus Krankenhaus B ist gleichzeitig der Geschäftsführer der GmbH.

1.3. Krankenhaushierarchien

In jeder Klinik delegiert der Chefarzt an die Oberärzte und letztere delegieren an die Stationsärzte. Im Rahmen von Krankenhaushierarchien geben die Ärzte dem Pflegepersonal Anweisungen für die Verabreichung von Medikamenten u.a.m. und delegieren organisatorische Notwendigkeiten bezüglich der Eingruppierung von Pflegestufen, Verlegung in ein Hospiz, sozialrechtliche Beratung u.a.m. an die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter. Zudem gibt es eine Verbindung zwischen Pflegekräften und Sozialberatung. Die Pflegekräfte geben häufig den Wunsch der Patientinnen und Patienten nach Sozialberatung an die Sozialarbeiter weiter. Mitunter haben die Sozialarbeiter eine vermittelnde Funktion zwischen Pflegekräften und Patienten bzw. deren Angehörigen.

Das Pflegepersonal ist der Pflegedienstleitung unterstellt. Die Ärzte unterstehen der Klinikdirektion.

1.4. Entwicklung des Wanderprojekts

Das Wanderprojekt für Frauen mit einer Brustkrebserkrankung entwickelt die Sozialarbeiterin aus Krankenhaus B in ihrer Freizeit. Bei anderen Dienststellen hat sie bereits Projekte entwickelt und umgesetzt. Das Wanderprojekt ist für die Sozialarbeiterin als Patientenprojekt eine Premiere.

Mit dem Wanderprojekt soll den Frauen nach ihrer belastenden Behandlung ein würdiger Abschluss angeboten werden. Der Titel „Über den Berg“ ist als Metapher gedacht und soll gleichzeitig die Frauen ermutigen.

Die gesundheitliche Voraussetzung für die Teilnahme an dem Projekt ist der Abschluss der Behandlung ein halbes Jahr zuvor.

Die Sozialarbeiterin stellt ihr Projekt – wie es die Abläufe in der Klinik vorgesehen - zunächst dem Leiter des Pflegemanagements (Krankenhaus B) vor. Dieser wendet sich wegen der Realisierung an die Betriebsleitung (Krankenhaus B). In der Betriebsleitung sitzt u.a. der Geschäftsführer des Krankenhauses B, der zugleich die Geschäftsführung der GmbH innehat. Hier wird die Idee entwickelt, das Angebot für Patientinnen beider Krankenhäuser auszuweiten. Der Geschäftsführer aus Krankenhaus A wird somit zu den weiteren Planungsge-

sprächen eingeladen. In diesem Rahmen wird entschieden, dass die Oberärztin aus der Klinik für Frauenheilkunde aus Krankenhaus A als ärztliche Begleitperson teilnehmen soll. Weil das Projekt zum ersten Mal mit Patienten durchgeführt werden soll, befürwortet die Sozialarbeiterin die Begleitung durch eine medizinische Fachkraft. Die Anfrage der Oberärztin läuft offiziell über den Geschäftsführer aus Krankenhaus A an den Klinikdirektor (Krankenhaus A) und dann über den Chefarzt der Klinik für Frauenheilkunde (Krankenhaus A). Die Sozialarbeiterin als Projektentwicklerin wird mit der Projektleitung beauftragt. Die Sozialarbeiterin organisiert die Unterkünfte, bucht einen ihr bekannten Wanderführer vor Ort, engagiert einen Physiotherapeuten, der mit den Teilnehmerinnen das Gymnastiktraining einmal wöchentlich durchführt. Sie übernimmt das Konditionstraining an einem zweiten Termin in der Woche. Die Teilnahme an den Trainingsangeboten ist für die Projektteilnehmerinnen verpflichtend. Die Oberärztin nimmt an den Übungseinheiten überwiegend teil. Die Patientinnen finanzieren ihre Teilnahme an dem Projekt selbst. Für Interessierte, die nicht über ausreichend finanzielle Mittel verfügen, können Spendengelder beantragt werden. Die Gruppe ist auf zwölf Teilnehmerinnen begrenzt. Sowohl der Wanderführer, als auch der Physiotherapeut und die Sozialarbeiterin in der Funktion als Leiterin des Konditionstrainings werden aus den zur Verfügung gestellten Projektgeldern bezahlt. Ansonsten wird die Sozialarbeiterin für die notwendigen Vorbereitungen in ihrer Dienstzeit freigestellt. Die Zeit, die sie mit den Patientinnen in den Bergen verbringt, ist Arbeitszeit.

1.5. Freizeitberührungen

Die Sozialarbeiterin hat vor einigen Jahren in ihrer Freizeit privat Nordic-Walking für Patientinnen und Patienten aus beiden Krankenhäusern angeboten. Hier gilt die Vereinbarung, dass sie keine dienstlichen Fragen beantwortet.

Im Laufe der Jahre, in der die Sozialarbeiterin in Krankenhaus B arbeitet, hat sie mit der Oberärztin, die sie aus dem beruflichen Zusammenhang kennt, und anderen Frauen gemeinsam Urlaub gemacht.

Die Sozialarbeiterin hat sich in einer persönlichen medizinischen Angelegenheit an die ärztliche Kollegin gewandt.

1.6. Dienstzeiten

Die Dienstzeit von Sozialarbeitern in der Klinik ist klar geregelt. Sie arbeiten von 8.00 Uhr bis 16.30 Uhr und freitags von 8.00 Uhr bis 15.00 Uhr. An den Wochenenden haben sie frei.

Die Dienstzeiten der Ärzte sind anders geregelt: Es gibt eine offizielle Wochenarbeitszeit, die im Schichtdienst abgeleistet wird. Die Dienste sind in der Regel nach acht Stunden nicht beendet. Ärzte leisten üblicherweise häufig Überstunden.

Die Pflegekräfte haben in den letzten Jahren stark unter Personalknappheit zu leiden. Hinzu kommen Umstrukturierungen in Krankenhäusern, mit denen die Abläufe in den einzelnen Kliniken eigentlich vereinfacht werden sollen. Die Pflegekräfte erleben diese Prozesse als erhebliche Zusatzbelastung, die zulasten der Patienten geht.

1.7. Historie der jeweiligen Häuser A und B

Kliniken werden im Allgemeinen seit einigen Jahren zu GmbHs zusammengeschlossen. Auslöser für derartige Modelle sind in der Regel wirtschaftliche Überlegungen.

1.8. Hinweis auf das konkrete Projekt

In unserem Prozessverlauf ist die finanzielle Situation des Krankenhaus A schlechter als die von Krankenhaus B, weshalb die Geschäftsleitung der GmbH dem Geschäftsführer aus Krankenhaus B zugesprochen wird.

In unserem Beispiel geht es bei Krankenhaus A um die Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, aus der die Oberärztin kommt und um die Abteilung Pflege- und Sozialberatung aus Krankenhaus B, aus der die Sozialarbeiterin kommt. Die Oberärztin untersteht dem Chefarzt ihrer Klinik, die Sozialarbeiterin der Leitung der Pflege- und Sozialberatung.

1.9. Ideen zur Erklärung einer im Rahmen des vorliegenden Supervisionsprozesses beobachteten Dynamik

Der vorliegende Supervisionsprozess ist vor dem Hintergrund der Zusammenlegung zweier Krankenhäuser, der Installierung eines gemeinsamen Projekts und der entstehenden Dynamik in der Projektleitung anlässlich des Ausschlusses einer Patientin mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ interessant.

Zitat: „Unter Organisationskultur/Unternehmenskultur verstehen wir die Gesamtheit aller expliziten und impliziten in einem System tradierten Wahrnehmungsparameter, Bewertungsfolien und Interpretationsfolien, Muster, wie sie sich in habitualisierten, internalen und externalen Interaktions- und Kommunikationsformen, Planungs-, Problemlösungs- und Handlungsstrategien sowie in den Funktions- und Arbeitsabläufen einer Organisation zeigen und wie sie in den Köpfen der Mitarbeiter als perzeptive, kognitive, emotionale, volitive und performatorische Schemata repräsentiert sind. Die Gesamtheit dieser Muster und Schemata konstituiert die Organisationskultur als eine emergente (übersummativ) und spezifische Systemqualität, die jede explizit ausformulierte Organisationsphilosophie und das durch entscheidungskompetente Gremium festgelegte Organisationskonzept unterfängt. Die Kultur bestimmt die innere Regulation der Organisation, ihr Verhalten, Klima, Image nach innen und außen, d.h. ihre Interaktion mit Teil- bzw. Subsystemen und mit umliegenden Systemen. Die Organisationskultur ist damit ein zentrales Moment der Organisationsidentität (corporate identity) und ein bestimmender Faktor jeder Entwicklungsdynamik in Organisationen.“²

Krankenhäuser haben eine hierarchische Struktur. Veränderungen realisieren sich hier somit von oben nach unten, d.h. in vertikaler Richtung.

Mit der Zusammenlegung zweier Krankenhäuser ist es notwendig, eine gemeinsame Kommunikations- und Interaktionskultur zu entwickeln. D.h. es müsste ein Ko-respondenzprozess zwischen den verschiedenen Ebenen sowohl in vertikaler als auch in horizontaler Richtung ermöglicht werden, um Bedenken, Vorbehalte, Unsicherheiten ansprechen und aufgreifen zu können sowie Entwicklungspotenzial für Kokreativität zu aktivieren. Im vorliegenden Prozess erfolgt der Zusammenschluss aufgrund der finanziell sehr schwachen Lage eines Hauses. Hier geht es um ein finanzielles Ungleichgewicht, das bei den Mitarbeitern des einen Krankenhauses eine Minder-Wertigkeit impliziert. In derartigen Situationen entstehen Misstrauen und Skepsis, ob beispielsweise ein solcher Zusammenschluss ohne Übervorteilung des anderen abgewickelt wird u.a.m.. Selbst wenn auf der Leitungs-

²Petzold 1990g, 24 zitiert nach Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, darin Petzold, H.G., Macht - theoretische und praxeologische Konzepte S. 266-282 (weiter als Petzold, H.G. (2007), Macht S. 266-282)

ebene ein Konsens gefunden wird, muss auch mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen aus den übrigen Abteilungen ein Ko-respondenzprozess aufgenommen und an einer Kultur des Vertrauens gearbeitet werden. D.h. es ist unbedingt notwendig, von vornherein an einer Kommunikation und Interaktion zu arbeiten, bei der dem „Schwächeren“ ein Gefühl von Sicherheit bzw. Vertrauenswürdigkeit in den „Stärkeren“ zu vermitteln ist.

Der Mensch neigt dazu, Gefühle von Minderwertigkeit ausgleichen zu wollen. D.h. es kann ansonsten zu Konkurrenzbestrebungen kommen, bei denen beispielsweise bewiesen werden soll, dass man trotz finanzieller Schwierigkeiten die medizinisch qualitativ bessere Arbeit leistet. Entsprechend ist es vor einer Übernahme wichtig, sich Gedanken darüber zu machen, wie einer solchen möglichen Dynamik unter Berücksichtigung, dass der Mensch ein Körper-Seele-Geistwesen ist, entgegengewirkt werden kann. Es stellen sich Fragen wie: Mit welcher Grundhaltung wird die Übernahme kommuniziert? Wie wird der Respekt vor den jeweiligen Häusern gelebt? Welche narzisstischen Selbstüberhöhungstendenzen sind bei der neuen Leitung möglicherweise vorhanden? Welche Auseinandersetzung findet mit diesen möglichen Tendenzen statt und wie kann ihnen entgegengewirkt werden?

Auf der Leitungsebene ist eine Haltung zu entwickeln, mit der jeder Mitarbeiter den Respekt vor den Leistungen des anderen Hauses vorgelebt bekommt. Die Mitarbeiter sollen den Wert bzw. die Haltung vermittelt bekommen, dass in ihrem Haus auf die Wahrung der Integrität und Würde aller geachtet wird. Damit wird eine Sicherheit geschaffen, die Offenheit für Ko-respondenzprozesse und Kokreativität ermöglicht. „Vertrauen und Misstrauen sind komplementäre Größen in sozialen Systemen. Fehlt eine von ihnen, haben wir erhöhte Risiken.“³

„Vertrauen/Misstrauen sind von Vernunft, Gefühl, und Wollen bestimmt, d.h. von „mentalen Prozessen“ des Subjekts und seines Gehirns. Vertrauen und Misstrauen beginnen also „im Kopf“, wirken in den Köpfen von Menschen. Sie sind eine Sache „geteilter Repräsentationen“, die Kognitionen, Emotionen und Volitionen (d.h. Willensprozesse) umfassen. Will man die Vertrauens-/Misstrauenskultur von sozialen Systemen, will man die gemeinsamen Wertewelten und Handlungspraxen von Gruppen, Teams, Abteilungen, ja einer Institution oder einer Organisation... verändern, muss man „mentale Welten“ verändern.“⁴

„Gruppen, Teams, soziale Systeme werden grundsätzlich von Wertewelten bestimmt. Vertrauen, Vertrauenswürdigkeit, Glaubwürdigkeit sind nicht ohne Zuverlässigkeit, Loyalität, Engagiertheit und die Gewährleistung von Sicherheit zu erreichen. Und hier gilt es wie immer: das Netz reißt an der schwächsten Stelle.“⁵

Konkret heißt das, zwischen den Chefärzten beider Häuser, dem Pflegemanagement beider Häuser, zwischen Chefärzten und Pflegemanagement, zwischen den Chef- und Oberärzten, zwischen Pflegemanagement und Stationsleitungen und zwischen Pflegemanagement und psychosozialen Diensten muss die Kommunikations- und Interaktionsstruktur in einen Ko-respondenzprozess eintreten, bei dem die äußeren und inneren Ziele gemeinsam entwickelt werden. In diesem Prozess ist festzuhalten, welche gemeinsamen Werte bereits existieren, wo gegenseitiger Unterstützungsbedarf besteht, in welchen Bereichen man gegenseitig voneinander profitieren kann und in welcher Weise miteinander ko-respondiert werden muss, um Konsens über Gestaltung der Haltung und der gemeinsamen Werte zu finden.

³ Petzold, H.G., Orth, Ilse, Sieper, Johanna (Hg.) (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben (S. 64). Wien. Krammer Verlag

⁴ ebenda

⁵ Petzold, H.G., Orth, Ilse, Sieper, Johanna (Hg.) (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben (S. 66). Wien. Krammer Verlag

Im vorliegenden Prozess wird die fehlende Auseinandersetzung bzw. der unzureichende Korrespondenzprozess offenbar, als ein Projekt, das als gemeinsames Projekt beider Krankenhäuser initiiert werden soll und in diesem Projekt eine Teilnehmerin mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp erst teilnehmen soll und nach Bekanntwerden der Diagnose ausgeschlossen wird. Neue Forschungsergebnisse von Gunderson / Links (2014) haben inzwischen anhand einer Langzeitstudie feststellen können, dass verschiedene Typen von Persönlichkeitsstörungen vom Borderlinetyp zu differenzieren sind, die jeweils unterschiedliche Behandlungen erforderlich machen. Wenn diese neuen Erkenntnisse berücksichtigt werden, zeigen sich auch bei den bisher als nur schwer behandelbar geltenden Störungen vom Borderlinetyp gute Behandlungsergebnisse. Bisher ist es ganz offensichtlich aufgrund einer kollektiven Negativübertragung der klinischen Fachwelt auf diese Patientengruppe und unsubstanziierter Mythen zu Fehlbehandlungen gekommen. So weisen Gunderson / Links weisen darauf hin, dass die generalisierten Spaltungszuschreibungen in der bisherigen Weise so nicht zu verallgemeinern sind. Petzold weist darauf hin, dass es somit nicht die PatientInnen sind, die „spalten“, vielmehr sind es die TherapeutInnen, die mit ihren Materialien und Kommunikationsformen der BPS nicht umgehen können. Letztere reagieren somit dort meist abgrenzend, wo sie angrenzende Kommunikationsangebote machen müssen, im Sinne von Aushandeln von Grenzen, d.h. die TherapeutInnen müssen eine elastische Stabilität zeigen um Grenzüberdehnungen oder Grenzverletzungen erfolgreich zu handhaben.⁶

Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp sind in sich sehr unsichere Persönlichkeiten. Sie haben in der Regel Karrieren hinter sich, in denen sie eher Misstrauen als Vertrauen lernen konnten, in denen sie von anderen keine Stabilität erfahren haben. Sie haben ein Feingefühl für potenzielle „Gefahrenquellen“ (im Sinne von Unsicherheiten mit Destabilisierungspotenzial) entwickeln müssen, um sich rechtzeitig schützen zu können. D.h. sie sind darauf geeicht, mögliche Bruchstellen im System aufzudecken.⁷ Trifft nun ein Mensch mit einer derartigen Erkrankung auf ein System, in welchem beispielsweise das Misstrauen gegenüber dem jeweilig anderen Haus nicht aufgearbeitet wird wie im vorliegenden Supervisionsprozess, kann es zu Komplikationen in der Kommunikation und Interaktion kommen. Da „Gefühle ansteckend sind, weil sie Gehirne synchronisieren können und damit Menschen verbinden“⁸, geschieht möglicherweise dies auch hier: Patientin und Oberärztin fühlen sich verbunden im Gefühl des Misstrauens.

⁶ Gunderson, J.G., Links, P.S. (2014): Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for Borderline Patients. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; dtsh. Hrsg. H. Petzold 2016 Bielefeld: Aisthesis Verlag

⁷ Lohmer 2005²: Borderline-Therapie. Stuttgart. Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

⁸ Petzold, H.G., Orth, Ilse, Sieper, Johanna (Hg.) (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben (S. 65). Wien. Krammer Verlag

2. Kurzdarstellung des Settings

Ort: Düsseldorf

Zeitpunkt: Juli 2011 bis September 2011

Dauer der jeweiligen Sitzung: zwischen 60 und 90 Minuten

Anzahl der vereinbarten Termine: drei bis fünf

Innerhalb eines Zeitraums von drei Monaten

3. Prozessdaten

Auftragsbeginn: 07.07.2011

Auftragsende: 07.09.2011

Termine (Datum):

- 1) 07.07.2011
- 2) 18.07.2011
- 3) 26.07.2011
- 4) 07.09.2011
- 5) 17.11.2011 (telefonischer Kontakt)

4. Fragestellung / Auftrag

4.1. Beschreibung der supervisorischen Fragestellung

Vorbemerkung: Im folgenden Journal spricht die Autorin von sich in der 3. Person als Supervisorin. Dies erleichtert ihr die exzentrische Betrachtung des Prozesses.

Die Supervisorin, zum Zeitpunkt des Prozessverlaufs Ende Vierzig, arbeitet als Dipl.-Sozialarbeiterin mit einer 60% Anstellung in einem katholischen Krankenhaus im Großraum Düsseldorf. Außerdem verfügt sie über ein Zertifikat als Nordic-Walking-Trainerin.

Sie steht kurz vor einem Wanderprojekt mit ehemaligen Patientinnen des Krankenhauses. In der Vorbereitung des Projekts stellt sich bei einer Patientin heraus, dass sie neben ihrer behandelten Brustkrebserkrankung eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp (Diagnosestellung: Facharzt der Psychiatrie) hat. Ein Ausschlusskriterium für die Teilnahme an diesem Projekt ist u.a. die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Grundlage dafür ist ein entsprechender Beschluss der Verantwortlichen: Der Geschäftsführung, der Pflegedienstleitung, der Teamleitung der Supervisorin, der Supervisorin als Projektentwicklerin und der behandelnden Oberärztin. Die Umsetzung dieser Entscheidung entwickelt sich zu einem Konflikt zwischen der Oberärztin und der Supervisorin. An diesem Punkt wird die Supervisorin gebeten, die Supervisorin bei der Konfliktlösung zu unterstützen. Der Auftrag kommt von der Pflegedienstleitung.

Ausgangslage:

Die Patientinnen haben mindestens ein halbes Jahr zuvor die Behandlungen ihrer Erkrankungen erfolgreich abgeschlossen. Geplant ist die Durchführung einer einwöchigen gemeinschaftlichen Wanderaktion als Würdigung und Abschluss der Behandlung. Die offizielle Leitung hat die Supervisandin, als Projektentwicklerin. Sie hat im Rahmen einer Projektarbeit für krebserkrankte Patienten die Idee des Wanderprojektes entwickelt und alles Notwendige für die Organisation eingeleitet. Weitere Begleiter des Projektes sind die behandelnde Oberärztin, ein Physiotherapeut und ein Wanderführer vor Ort, der der Supervisandin bekannt ist.

Die Teilnahme der Oberärztin an dem Projekt wird von der Geschäftsführung zwingend vorgegeben. Im Krankenhausalltag ist die Oberärztin gegenüber der Supervisandin weisungsbefugt. Im Rahmen des Projektes soll es umgekehrt sein. Eine Klärung der wechselnden Rollenfunktionen durch die verantwortlichen Vorgesetzten findet im Vorfeld nicht statt.

Die Durchführung des Projektes bedarf eines Trainingsprogramms mit der Gesamtgruppe. Zu diesem Zweck werden über zehn Wochen zweimal wöchentlich gezielte Angebote (Gymnastikübungen und Konditionstraining) entweder vom Physiotherapeuten oder der Supervisandin durchgeführt. O.g. Patientin hat bereits dreimal an der Gruppe teilgenommen, als sie mit gravierenden Verhaltensweisen auffällig geworden ist. Die Patientin habe begonnen, so die Supervisandin – Teilnehmerinnen erfolgreich gegeneinander auszuspielen, was Konflikte ausgelöst habe. In diesem Zusammenhang stellt sich heraus, dass diese Patientin eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp⁹ diagnostiziert ist. Das macht gemäß den vorab festgesetzten Regeln den Ausschluss der Patientin aus dem Projekt zwingend notwendig. Die Oberärztin und die Supervisandin vereinbaren dafür ein Gespräch zwischen der Patientin und der Oberärztin vor dem nächsten Training. Die Oberärztin will die Patientin ohnehin zu einem Kontrolltermin sehen. Das Gespräch verläuft anders als geplant. Die Oberärztin ist nicht in der Lage, der Patientin den Ausschluss mitzuteilen. Sie verspricht ihr stattdessen, sich die Entscheidung nochmals überlegen zu wollen. Für die Supervisandin ist das Vorgehen der Oberärztin keine akzeptable Alternative, zumal sie sich in der Zwischenzeit bei einem Psychiater über die Persönlichkeitsstörung und die damit verbundene Dynamik erkundigt hat. Dieser rät ihr aufgrund der zu befürchtenden Dynamik von der Teilnahme der Patientin ab. Vor Beginn des darauffolgenden Trainingstages teilt die Supervisandin der Patientin den Ausschluss aus dem Projekt mit.

Daraus entstehen folgende Konfliktsituationen:

- Die Oberärztin ist über die „Einzelaktion“ der Supervisandin irritiert und verärgert.
- Die Gruppe ist irritiert: Die Patientin pflegt weiterhin Kontakt zu einzelnen Teilnehmerinnen der Gruppe. Der zwischenzeitlich bekannte ausstehende Ausschluss wird den Gruppenmitgliedern aus Datenschutzgründen nicht erläutert.
- Die Supervisandin ist irritiert: Die Patientin hat noch regelmäßige Kontrolltermine bei der Oberärztin, die der Patientin gegenüber in einem Loyalitätskonflikt steht.

⁹ ICD 10: Eine [emotional instabile] Persönlichkeitsstörung [vom Borderline-Typ] mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung. Es besteht eine Neigung zu emotionalen Ausbrüchen und eine Unfähigkeit, impulshaftes Verhalten zu kontrollieren. Ferner besteht eine Tendenz zu streitsüchtigem Verhalten und zu Konflikten mit anderen, insbesondere wenn impulsive Handlungen durchkreuzt oder behindert werden.

4.2. Formulierungen des Auftrags (Ziel / Erwartungen explizit, ggf. implizite Erwartungen)

Von der Pflegedienstleitung kommt der Auftrag für die Supervisorin, der Supervisorin im Umgang mit der irritierten Gruppe behilflich zu sein. Der Konflikt der Supervisorin mit der Oberärztin ist der Pflegedienstleitung nicht bekannt.

Die Supervisorin will Unterstützung, um die Konfliktsituation mit der Oberärztin zu klären und um eine adäquate Kommunikation mit der Gruppe zu finden.

Innerhalb ihres Vorbereitungsteams fühlt sie sich insbesondere von der Oberärztin alleingelassen, da diese sich nicht an die vereinbarten Absprachen im Umgang mit der Patientin gehalten hat. Weil die Supervisorin ihr Projekt realisieren will, ist es ausgeschlossen, auf die Teilnahme Oberärztin zu verzichten. Damit besteht der unausgesprochene Führungsanspruch der Oberärztin auch im Projekt fort. Der Physiotherapeut unterstützt die Supervisorin in ihrer Haltung, die Patientin von dem Projekt ausgeschlossen zu haben. Er ist jedoch aus Sicht der Supervisorin von der Oberärztin zu wenig respektiert, als dass diese auf seine Meinung hören würde.

Im Umgang mit der Gruppe ist die Supervisorin unsicher, wie viel sie von ihrem Hintergrundwissen über die Patientin preisgeben darf, damit die Gruppe ihre Maßnahme nachvollziehen kann.

Die Supervisorin formuliert ihr Bedürfnis nach klaren Absprachen und Zuständigkeiten. Sie übernehme gerne Verantwortung und arbeite grundsätzlich gerne im Team. Sie bezeichnet sich selbst als „Alpha-Tier“, bekomme jedoch Schwierigkeiten mit Menschen, die dieselbe Neigung hätten.

4.3. Zusatzinformationen zum Auftrag

Die PDL ist über den Konflikt mit der Oberärztin nicht informiert. Sie soll – so die Supervisorin - in diesen auch nicht mit einbezogen werden. Mit der PDL und der Geschäftsleitung will sie das konkrete weitere Vorgehen hinsichtlich des Umgangs mit der Patientin nicht besprechen, weil der PDL und der Geschäftsleitung entsprechende Vorkenntnisse über das Erkrankungsbild fehlen würden. Obwohl die PDL der Supervisorin die Supervisionsstunden empfiehlt und die Klinik die Kosten übernimmt, bleibt die Supervisorin bei dem Wunsch, den Konflikt zwischen der Oberärztin und ihr nicht zu kommunizieren.

4.4. Wurde auf Klientinnenzustimmung, Verschwiegenheit, Anonymisierung, genderspezifische Betrachtungsweise hingewiesen?

Die Supervisorin weiß und ist damit einverstanden, dass der supervisorische Prozess mit ihr im Rahmen der Ausbildung der Supervisorin von ihr reflektiert und schriftlich dokumentiert wird. Sie besteht darauf, dass ihre Angaben anonymisiert werden und der Arbeitgeber folglich nicht identifizierbar sein soll. Damit erklärt sich die Supervisorin einverstanden.

5. Kontext der Supervisorin

Im Freizeitbereich bietet die Supervisorin bereits seit längerem wöchentliche Nordic-Walking-Gruppen an. Dieses Angebot gibt sie auch an Patienten und Patientinnen weiter. Die Teilnehmer sind ausschließlich Selbstzahler. Sie hat in diesen Gruppen ihre eigene Regel, beispielsweise in diesem Rahmen nicht über die Therapien bzw. sozialrechtliche Versorgung zu sprechen. Sie fungiert dort ausschließlich Trainerin für Nordic-Walking-Interessierte. Sie scheint sich ihre Rolle in dieser Konstellation bewusst gemacht zu haben (Rollenkompetenz, Petzold 2007).

Mit der Vorbereitung auf das Projekt kommen zwei Trainingstage hinzu, die außerhalb ihrer offiziellen Arbeitszeit stattfinden und von denen je einen Tag sie und ihr Kollege übernehmen. Für diese Trainingseinheit wird sie von der Klinik auf Honorarbasis bezahlt.

Das Projekt ist von der Supervisandin entwickelt worden. Zielgruppe sind Frauen mit Brustkrebserkrankungen. Es wird zu dem Zeitpunkt erstmalig durchgeführt. Die Wahl der begleitenden Oberärztin ist aufgrund ihrer Kompetenz bei der Behandlung der Erkrankung und den Kenntnissen über die Patientinnen erfolgt. Die Oberärztin arbeitet ebenfalls in einem katholischen Krankenhaus der Nachbarstadt. Beide Krankenhäuser gehören derselben GmbH an, weshalb dieses Projekt auch als gemeinsames Projekt angeboten werden soll.

Zwischen der Oberärztin und der Supervisandin hat es zuvor keine derartige Zusammenarbeit gegeben und es stellt sich heraus, dass eine Kommunikation auf einer Ebene, bei der die Supervisandin der Oberärztin als Projektleiterin „vorgesetzt“ ist, sehr schwierig ist¹⁰. Im Rahmen des Arbeitsalltags im Krankenhaus gibt es eine Zusammenarbeit hinsichtlich einer sozialrechtlichen Versorgung, wenn die Patientinnen aus dem Krankenhaus der Oberärztin zur Strahlentherapie ins Krankenhaus der Supervisandin müssen. Geeignete und am Projekt interessierte Patientinnen vom benachbarten Krankenhaus werden von der Oberärztin benannt. Ein Wechsel der begleitenden Oberärztin kommt nicht in Betracht, da beide Kliniken das Projekt gemeinsam anbieten.

Die Supervisandin erfährt Rückhalt für ihr Vorgehen durch den Physiotherapeuten, ihrem Teamchef, der Pflegedienstleitung und dem Psychiater, der ihr die Hintergrundinformationen über eine Emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp gegeben hat, selbst aber nicht in diesem Krankenhaus arbeitet.

Die Supervisandin kennt die Oberärztin zusätzlich aus einem privaten Kontext. Sie hat ein „kumpelhaftes“ Verhältnis zu ihr. Gemeinsam mit mehreren Frauen verbrachten die beiden bereits einen Urlaub.¹¹

Die Supervisandin arbeitet auf eigenen Wunsch als Teilzeitkraft mit einer 60%-Stelle. In ihrer Freizeit bietet sie einmal wöchentlich einen Nordic-Walking-Kurs an, bei dem u.a. auch Patienten und Patientinnen aus der Klinik teilnehmen.

Die Supervisandin ist verheiratet. Sie hat zwei erwachsene Kinder.

Sie beschreibt sich als sehr Natur verbunden, künstlerisch interessiert und sozial sehr gut eingebunden. Auch empfindet sie sich sehr strukturiert und immer wieder daran interessiert, neue Projekte zu entwickeln.

Ansonsten gibt die Supervisandin keine weiteren Angaben über ihren persönlichen Hintergrund. [Dies wird von der Supervisorin akzeptiert.¹².]

Ihren Beruf übt sie gerne aus. Sie schätze die Teamarbeit und könne gut zwischen den Aufgabenbereichen der einzelnen Berufsgruppen trennen. Die professionelle Versorgung der Patienten und Patientinnen sei ihr eine Herzensangelegenheit, weshalb sie sehr an einem

¹⁰ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH), darin: Petzold, Hilarion, „Kundenorientierung“ in psychosozialen Institutionen und Organisationen - kritische Überlegungen zu einer neuen Mode und zu einem „differentiellen Kundenbegriff“ S. 321-349 (weiter als Petzold, „Kundenorientierung“ (1997k) S. 321-349) sowie Petzold, H.G.: Differentielle Teamarbeit, Teamkonzepte und Teamprozessqualität - Konzepte zur Optimierung aus integrativer Sicht (1997k) S. 351-366 (weiter als Petzold, Differentielle Teamarbeit S. 351-366) sowie Petzold, H.G.: Modalitäten der Relationalität - Affiliation, Reaktanz, Übertragung, Beziehung, Bindung - in einer „klinischen Philosophie“ für die Integrative Supervision und Therapie S. 367-428 (weiter als Petzold, Modalitäten der Relationalität S. 367-428)

¹¹ ebenda

¹² Datenschutz

für die Patienten und Patientinnen behandlungsrelevanten Informationsaustausch zwischen den einzelnen Berufsgruppen interessiert sei.

5.1. Arbeitsfeld¹³ und Fachbereiche

Um den Rahmen der Arbeit nicht zu sprengen, werden im Folgenden die wichtigsten Variablen dargestellt.

- **Institutions- und Organisationsvariable¹⁴ (Kontext/ Feld, Strukturmerkmale):** Das Krankenhaus, in welchem die Supervisandin arbeitet, fühlt sich dem christlichen Gedankengut verpflichtet. Das Projekt als würdiger Abschluss der Therapie und als Förderung der Solidarität zwischen den Patientinnen wird auch in diesem Zusammenhang sehr begrüßt. Finanziell schwache Patientinnen können aufgrund eines sehr guten Sponsorennetzes ebenfalls an diesem Projekt teilnehmen.
- **Feld- und Fachkompetenz:** Die Supervisandin hat seit vielen Jahren in verschiedenen Bereichen der Sozialarbeit gearbeitet. Hier entwickelte sie unterschiedliche Projekte, für deren Umsetzung sie sich dann auch immer sehr eingesetzt habe. Von daher habe sie ausreichendes Hintergrundwissen darüber, was bei der Durchführung von längerfristigen Projekten alles berücksichtigt und bedacht werden müsse. Außerdem hätte sie daraus gelernt, dass für alle Teilnehmenden klar sein muss, wer die Leitung des Projektes innehatte. [Hier geht es um die Transparenz von klaren Strukturierungen und Rollenfunktionen¹⁵.]

5.1.1. Feldvariable¹⁶ (Kontext / Feld, Strukturmerkmale)

Das Krankenhaus B, in welchem die Supervisandin arbeitet, ist einer GmbH angeschlossen und fühlt sich dem christlichen Gedankengut verpflichtet. Die GmbH verbindet insgesamt zwei katholische Häuser A und B. Der Geschäftsführer aus Krankenhaus B ist gleichzeitig der Geschäftsführer der GmbH. Krankenhäuser haben eine hierarchische Struktur. Diese ist in der Einleitung auf S. 3 ausführlich beschrieben.

Die Pflegekräfte haben in den letzten Jahren stark unter Personalknappheit zu leiden. Hinzu kommen Umstrukturierungen in Krankenhäusern, mit denen die Abläufe in den einzelnen Kliniken eigentlich vereinfacht werden sollen. Die Pflegekräfte erleben diese Prozesse als erhebliche Zusatzbelastung, die zulasten der Patienten geht. Von den Pflegekräften kommen zunehmend Überlastungsanzeigen. Betten werden abgebaut, weil der Schwerpunkt der Krankenversorgung in ein ambulantes Setting verlagert werden soll. Insgesamt sollen die Liegezeiten der Patienten deutlich verkürzt werden. In der Folge werden vermehrt Sozialarbeiter benötigt und eingestellt, die die Wege in die ambulante Versorgung einleiten sollen. Wir leben in einer Zeit, in der gesellschaftlich Wirtschaftlichkeit gefordert ist. Die „Menschlichkeit“ wird dieser Forderung teilweise geopfert.

Hinzu kommt, der Arbeitsmarkt verfügt über nicht ausreichend gute Pflegekräfte und Ärzte. Die kompetenten Ärzte gehen z.B. verstärkt nach England, wo sie besser verdienen können.

¹³ Vorlage Journal für Supervisionsprozesse © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ Fritz Perls InstitutGmbH, Düsseldorf, Linz, Silvia, Ostermann, Doris, Petzold, Hilarion

¹⁴ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH) 2007, darin Petzold, Hilarion, Supervisorisches Handeln als Grundlage „supervisorischer Kultur (1996/1997) S. 32-39 (weiter als Petzold, Supervisorisches Handeln S. 32-39)

¹⁵ Petzold (1997k), „Kundenorientierung“ S. 321-349

¹⁶ Vorlage Journal für Supervisionsprozesse © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ Fritz Perls InstitutGmbH, Düsseldorf, Linz, Silvia, Ostermann, Doris, Petzold, Hilarion

Hier arbeiten zunehmend Ärzte aus dem Ausland, die die deutsche Sprache teilweise nur schwer beherrschen. Letzteres ist für eine gelingende Kommunikation und Interaktion ein Hindernis. Sozialarbeiter hingegen stehen dem Arbeitsmarkt in großer Zahl zur Verfügung. Das Leitbild fordert den würde- und respektvollen, wertschätzenden und freundlichen Umgang mit den Patienten und Patientinnen, den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen und den Besuchern und Besucherinnen. Gepflegt werde ein partnerschaftlicher, vertrauensvoller und professioneller Umgang zwischen allen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen, in welchem die konstruktive Kritik und die Transparenz von relevanten Informationen einen hohen Stellenwert haben sollen. Ziel sei es, einen ganzheitlichen Blick auf den Menschen, seine Bedürfnisse und sein Netzwerk zu haben. Das Krankenhaus unterstützt außerdem kulturelle Projekte und bietet Selbsthilfegruppen, Wellness und Therapien an.¹⁷

Von den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen werde die Umsetzung o.g. Ansprüche und die beständige Fort- und Weiterbildung erwartet. Die Struktur sei nach innen klar und aus Organigramm und Funktionsdiagrammen ersichtlich.

Im Zusammenhang mit der vorliegenden Supervision sind folgende Ebenen von Bedeutung: Geschäftsführung (Führung nach außen), Pflegedienstleitung (Führung nach innen), Teamleitung (Durchführung des Projekts). Die Supervisorin steht als Dipl.-Sozialarbeiterin eine Stufe unter der Teamleitung, die wiederum der Pflegedienstleitung untersteht.

5.1.2. Fachvariable¹⁸

Die Supervisorin ist Diplom-Psychologin, die ebenfalls im Krankenhaus, u.a. im Bereich der Kinderonkologie und später in einem Sozialpädiatrischen Zentrum gearbeitet hat. Damit hat sie Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Ärzten, Pflegekräften und Sozialarbeitern und im Umgang mit Patienten sammeln können. Mit ihrem Schwerpunkt in klinischer Psychologie hat sie entsprechendes Fachwissen über Persönlichkeitsstörungen.

Später hat sie am Fritz Perls Institut zunächst die Integrative Kinder- und Jugendtherapieausbildung und dann die Integrative Supervisionsausbildung absolviert. In diesem Rahmen lernte sie eine praxisorientierte, sozialwissenschaftliche Tiefenhermeneutik, in der das leibliche Erleben, atmosphärische Erfassen und szenische Verstehen zentrale Begriffe sind.¹⁹ Mit diesem Wissen kann sie gemeinsam mit der Supervisorin Lösungen entwickeln.

5.1.3. Funktionsvariable²⁰ (Aktuelle Funktion / Position der Supervisorin)

Die Supervisorin arbeitet seit 2001 als Angestellte und Teilzeitkraft (60%) im Bereich der Sozialberatung im o.g. katholischen Krankenhaus. Ihre Stunden teilt sie auf fünf Tage die Woche auf. Sie arbeitet in einem Team mit insgesamt drei SozialarbeiterInnen, von denen einer die Teamleitung hat. Der Bereich der Sozialberatung ist der Pflegedienstleitung unterstellt. Die Sozialarbeiterin selbst ist nicht weisungsbefugt.

¹⁷ Nähere Angaben auf Nachfrage von der Unterzeichneten an die Prüfer wg. Datenschutz

¹⁸ Vorlage Journal für Supervisionsprozesse © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ Fritz Perls InstitutGmbH, Düsseldorf, Linz, Silvia, Ostermann, Doris, Petzold, Hilarion

¹⁹ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, darin Petzold, Hilarion: Mehrperspektivität – ein Metakonzept für Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision (1994a) (S. 89-147)

²⁰ Vorlage Journal für Supervisionsprozesse © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ Fritz Perls InstitutGmbH, Düsseldorf, Linz, Silvia, Ostermann, Doris, Petzold, Hilarion

5.1.4. Arbeitsfeldvariable²¹

Die Supervisandin arbeitet in einem gesellschaftlich angesehenen Arbeitsfeld, dem Gesundheitswesen. Ihre Aufträge erhält sie in der Regel von den Ärzten, die im Rahmen der Behandlung die sozialrechtlichen Beratungen anfordern. Auch über die Pflegekräfte können Aufträge von den Patienten an die Abteilung der Pflege- und Sozialberatung weitergegeben werden. Angesichts der Weiterversorgung von schwer erkrankten Menschen im häuslichen Umfeld sind u.a. die Beschaffung medizinischer Hilfsmittel, die Verlegung in eine Alteneinrichtung oder in ein Hospiz, die Anbindung der Patientinnen und Patienten an medizinische Pflegedienste, die Vermittlung von Selbsthilfegruppen sowie Hilfestellung bei der Antragstellung von geeigneten Reha-Maßnahmen etc. wichtige Themen im Arbeitsalltag der Sozialarbeiterin. Die hierarchische Struktur wurde bereits in der Einleitung dieses Journals auf den Seiten 2 und 3 beschrieben.

5.2. Profil des Supervisanden / des Klienten²²

Die Supervisandin stellt im Erstkontakt ihre Arbeitsbereiche in einem Diagramm dar, in welchem die unterschiedlichen Arbeitseinsatzbereiche zeitlich differenziert werden. Sie hat klare zeitliche Vorstellungen hinsichtlich ihres Arbeitseinsatzes im Rahmen des Projektes, d.h. gibt es hier organisatorisch notwendige Absprachen, so macht sie mit den Begleitern des Projektes aus, diese bis spätestens abends 19.00 Uhr getroffen haben zu wollen. Ansonsten müssten die Absprachen bis zum nächsten Tag warten.

Ihr liege- so die Supervisandin - die adäquate und professionelle Versorgung der Patienten und Patientinnen sehr am Herzen. In der Zusammenarbeit mit Ärzten, Oberärztinnen und Pflegekräften könne sie sehr klar und entschieden ihre Einschätzung zur Weiterversorgung der Patienten und Patientinnen abgeben und dies in gemeinsamen Gesprächen mit den Patienten und Patientinnen und deren Angehörigen vertreten. Ob dieser Klarheit habe sie sich in ihrem Team einen guten Ruf erarbeitet. In der Resonanz sind hier Gefühle von Klarheit und Authentizität fühlbar. Sie wirkt bei diesen Beschreibungen von ihrem Wesen sehr strukturiert, klar, verantwortungsvoll und konfliktfähig²³.

Die Schwierigkeiten der Supervisandin beginnen im Rahmen des Projektes, als sich die Notwendigkeit einer gemeinsamen, klaren Haltung im Umgang mit dem Ausschluss o.g. Patientin seitens des Leitungsteams deutlich wird. Da die Oberärztin gegenüber der Supervisandin im Klinikalltag weisungsbefugt ist, ist sie auch innerhalb des Projektes in dieser Rolle geblieben²⁴. Zwischen der Oberärztin und der Supervisandin hat hier keine Klärung über die veränderten Rollenfunktionen stattgefunden. Die Oberärztin hat somit von Beginn an inoffiziell die Leitung mit übernommen und die Supervisandin hat sich stillschweigend damit einverstanden erklärt. Die PDL, die der Supervisandin vorgesetzt ist, ist davon nicht in Kenntnis gesetzt worden.

Auf der unteren Leitungsebene, d.h. zwischen Supervisandin und Oberärztin, stellt sich heraus, dass die Kommunikation bzw. erst einmal die Kontaktaufnahme seitens der Supervisandin zur Oberärztin zwecks weiterer Absprachen und Klärungen extrem schwierig ist. Die

²¹ ebenda

²² ebenda

²³ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. II. Paderborn. Junfermann Verlag. darin Petzold, H.G., Emotionale Differenzierungsarbeit, „narrative Praxis“ als berührtes Gespräch und leiblicher Ausdruck - Wege aus der Erkrankung (S.649-654) (weiter als Petzold 2003² Emotionale Differenzierungsarbeit, S. 649-654)

²⁴ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I, Paderborn. Junfermann Verlag, darin Leiborientierung als „Hermeneutik vom Leibe her“ und psychophysiologische Behandlung S. 68-69 (weiter als Petzold 2003² Leiborientierung S.68-69)

Oberärztin neigt dazu, der Supervisandin Termine weit außerhalb ihrer Dienstzeit, z.B. gegen 22.00 Uhr, vorzuschlagen, da sie dann erst Zeit für ein Gespräch habe oder sie ist in Urlaub. Von der Supervisandin vorgeschlagene Gesprächstermine werden überwiegend verweigert. Die Supervisandin hat aus ihrer Sicht maximales Entgegenkommen gegenüber der Oberärztin signalisiert und ist dennoch gescheitert, was bei ihr Gefühle der Hilflosigkeit und Ohnmacht zur Folge hat. (externale und internale Kontrollüberzeugungen, vgl. *Flammer 1990*²⁵, *Petzold (2003b, c)*).

Für die Supervisandin, die immer sehr an klaren Absprachen und einer Konfliktklärung interessiert ist, ist die Handhabung dieser Situation äußerst schwierig, insbesondere als die Oberärztin die vereinbarten Absprachen zum Umgang mit der Patientin nicht umsetzt. Der Supervisandin ist die Durchführung des Projektes angesichts der fortgeschrittenen Vorbereitungen jedoch so wichtig, dass sie nach einer eigenen Lösung suchen will (Rückgewinnung der Kontrolle, vgl. *Flammer (1990)*²⁶, *Petzold (2003b, c)*). Zu diesem Zeitpunkt entwickelt sie noch keine klare Haltung, wie die weitere Projektleitung aussehen soll und ob sie mit der Oberärztin nochmals zusammenarbeiten wolle.

5.3. Netzwerkvariable²⁷ - Sozialwelt der Supervisandin

- Die Supervisandin ist verheiratet und Mutter von zwei erwachsenen Kindern.
- Sie pflegt eine klare Trennung zwischen Arbeit und Freizeit.
- Sie hat einen großen Freundeskreis.
- Sie betreut eine Nordic-Walking-Gruppe für Patienten und Patientinnen außerhalb ihrer Arbeitszeit, die sie jedoch extra vergütet bekommt.
- Materiell ist die Supervisandin gut versorgt.
- Gesundheitlich geht es ihr gut.

5.4. Identitätssituation

Hinsichtlich der fünf Säulen der Identität²⁸ lässt sich Folgendes sagen:

- **Leiblichkeit:** Die Supervisandin sei zu dem Zeitpunkt der Supervision gesund. Sie beschreibe sich insgesamt als sehr robust. Diese Säule scheint demnach recht stabil.
- **Soziales Netzwerk:** Sie lebe in einer intakten ehelichen Beziehung. Sie habe zwei erwachsene Kinder. Ihre Tochter sei an einer Depression erkrankt. Insgesamt verfüge sie über einen großen Freundeskreis. Diese Säule ist insgesamt leicht wackelig.
- **Arbeit / Leistung / Freizeit:** Die Supervisandin habe eine stabile Arbeitssituation (60%) und sei mit ihrem Job grundsätzlich sehr zufrieden. Die Schwierigkeiten, die sich im Rahmen des Projektes ergeben haben, seien die ersten während ihrer Tätigkeit in diesem Krankenhaus. Ihre künstlerische Ausrichtung bereite ihr sehr viel Freude. Oft sei sie mit ihren Ergebnissen sehr zufrieden. Ihre Freizeit könne sie intensiv genießen. Insgesamt scheint auch diese Säule recht stabil.
- **Materielle Sicherheit:** Die Supervisandin sei materiell gut versorgt, womit auch diese Säule als stabil anzusehen ist.

²⁵ Flammer, August (Hg.) (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern. Hans Huber Verlag

²⁶ ebenda

²⁷ Vorlage Journal für Supervisionsprozesse © Europäische Akademie für psychosoziale Gesundheit“ Fritz Perls Institut GmbH, Düsseldorf, Linz, Silvia, Ostermann, Doris, Petzold, Hilarion

²⁸ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I, Paderborn. Junfermann Verlag, darin „Komplexe Identität in prekären Lebenslagen S. 72-74 (weiter als Petzold, 5 Säulen der Identität S. 72-74)

- **Werte:** Sie habe einen hohen Anspruch an sich und ihre Umwelt, den Anderen in seiner Andersheit anzunehmen. Verantwortungsbewusster und zuverlässiger Umgang im Miteinander seien ihr besonders wichtig. Auch diese Säule scheint recht stabil.

Damit zeigt sich, dass nahezu alle fünf Säulen relativ stabil sind. Die Säule „Soziales Netzwerk“ ist nicht belastungsfrei.

5.5. Lebenslage

Die Supervisandin ist zum Zeitpunkt der Supervision 46 Jahre alt. Die Sorge um ihre erkrankte Tochter nimmt sie gedanklich und emotional sehr mit, fühlt sich von ihrer Familie und ihrem Freundeskreis aber insgesamt sehr unterstützt.

6. Prozessdiagnostische Erhebungen auf der Supervisandinnenebene

Intersubjektive Beziehungsqualität: Die Supervisandin wirkt sehr klar strukturiert, etwas distanziert und freundlich. Affiliation und Grundvertrauen sind möglich.

Zu den Supervisionen kommt sie immer sehr gut vorbereitet, mit einer klaren Fragestellung. D.h. sie überlegt sich vorher gut, welche Informationen für ihre Beratung vonnöten sind, damit sie in ihrem Prozess weiterkommt. Gedankenangebote nimmt sie überlegt und kritisch auf, d.h. sie prüft, ob diese auf ihre Situation passen. Die Supervisandin ist von sich aus in der Lage, das Hilfreiche an den Angeboten der Supervisorin zu formulieren. Es ist leicht, mit ihr in einen Ko-respondenzprozess²⁹ zu kommen.

Sie spricht in einer Weise über die einzelnen Teilnehmerinnen der Gruppe, dass in der Resonanz Respekt und ein Bedürfnis nach einem würdevollen Miteinander fühlbar sind. Bei diesen Schilderungen und der Durchführung des Projektes wirkt die Supervisandin sehr klar, souverän, selbstbewusst und authentisch.

In den Äußerungen über die Oberärztin wird deutlich, dass sie aus fachlicher Sicht sehr viel Respekt vor der Oberärztin hat, andererseits jedoch deren unermüdlichen 24-Stunden-Einsatz für die Patienten und Patientinnen abwertend kritisch sieht. An dieser Stelle vermittelt die Supervisandin den Eindruck, als wolle sie die Oberärztin zu mehr Selbstsorge erziehen. Kritische Äußerungen seitens der Supervisorin hinsichtlich dieser Haltung nimmt sie dankbar auf, auch wenn sie mitunter in einer Stunde mehrfach darauf hingewiesen wird.

Innerhalb des Projekt-Teams fühlt sich die Supervisandin von den Kollegen respektiert und sehr geschätzt. Zwischen der Oberärztin und ihr besteht ein unausgesprochener Konkurrenzkampf um die Leitung der konkreten Projektdurchführung. Hier kann die Supervisandin nicht klar auftreten und die offizielle Leitung allein übernehmen. Sie lässt es geschehen, dass die Oberärztin die Leitung mit übernimmt. Dieses Thema ist entsprechend dem vorliegenden Arbeitsauftrag, der unbedingt zu respektieren ist, nicht Gegenstand der Supervision.

Übertragung³⁰: Übertragungen werden in der Integrativen Therapie als Vergegenwärtigung „alter“ Atmosphären und Szenen verstanden, in einer Art, dass die Gegenwart verstellt wird und die Realität des anderen nicht gesehen werden kann. Der Widerstand wird als eine Fähigkeit des Ich verstanden, „sich gegen Einflüsse auf das Selbst und die Identität zur Wehr

²⁹ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. III (S. 950). Paderborn. Junfermann Verlag

³⁰ Petzold, H.G. (Hg.) (2003): Integrative Therapie Bd. III, Petzold, Hilarion, Paderborn. Junfermann Verlag, darin: Petzold, H.G.: Übertragung und Gegenübertragung S. 835-837

setzen zu können.³¹

Die Supervisandin kritisiert bei anderen schnell ein Leben in der beruflichen Rolle, auch wenn sie sich in ihrer Freizeit befinden. Hier beschreibt sie ein Verhalten, was sie selbst praktiziert, bei sich aber unkommentiert lässt.

Eine weitere Übertragung könnte die Sichtweise der Supervisandin auf die Oberärztin sein, die sie als eine übermächtige Person empfindet, die über andere bestimmen und sich selbst nichts sagen lassen möchte. Möglicherweise hat sie ebenfalls entsprechende Anteile.

Möglicher Hintergrund: Über einen eventuellen biographischen Hintergrund liegen keine Informationen vor.

Die Klinik aus der Stadt, in der die Oberärztin arbeitet, ist aufgrund seiner wirtschaftlichen finanziellen Lage mit in die GmbH aufgenommen worden. Die suboptimale Kommunikation und Konkurrenz zwischen den Häusern wird auf Mitarbeiterebene diskutiert, aber nicht offiziell bestätigt. Das gemeinsame Wanderprojekt gilt als eine Möglichkeit, die Zusammenarbeit zwischen den Häusern zu demonstrieren. Der Konflikt spiegelt u.a. die Konkurrenz zwischen den Häusern wider.

Gegenübertragung³² der Supervisandin: In der Integrativen Therapie wird die Gegenübertragung als eine „bewusstseinsfähige Resonanz“ - hier der Supervisandin – auf das verstanden, was ihr ihre Gegenüber entgegenbringen. Die Gegenübertragung ist eine empathische Reaktion. In dem konkreten Prozess besteht die Gegenübertragung der Supervisandin darin, dass sie sich jeweils aufgefordert fühlt, ihre Gegenüber erziehen zu wollen, wenn diese sich mit ihrer Arbeit so sehr identifizieren, dass sie keine eigenen Bedürfnisse nach Freizeit und Privaterleben anmelden.

Gegenübertragung der Supervisorin: Die Supervisorin empfindet die Supervisandin sehr klar strukturiert und authentisch. Wenn sie von ihrem Projekt spricht entsteht bei der Supervisorin das Bedürfnis, ihre Leistungen und Gedankenarbeit in diesem Bereich anzuerkennen. In den Situationen, in welchen sie sich über die Oberärztin hinsichtlich ihrer Abgrenzungsunfähigkeit äußert, sind Gefühle von Überheblichkeit und Arroganz fühlbar, die bei der Supervisorin Ärger auslösen.

Widerstände³³: Die Supervisandin wird von der Supervisorin auf deren Engagement (bereits existierende Nordicwalking-Angebote für Krebspatienten der Klinik) in ihrer Freizeit angesprochen, für die sie nicht entlohnt werde. Sie hört sich die Parallelen zwischen ihrem Verhalten außerhalb der Arbeit, ihrem Engagement für die Patienten und Patientinnen und dem der Oberärztin an. Währenddessen sitzt sie sehr aufrecht, nicht angelehnt, den Blickkontakt haltend, bei den entsprechenden Bemerkungen nickend und kommentiert diese dann als interessant. Diese Haltung vermittelt eine angespannte, wenig authentische Atmosphäre, die Supervisorin erlebt das Bedürfnis, das Thema zu wechseln.

Umgang der Supervisorin: Mit Hilfe von Visualisierungen, einem Rollenspiel, theoretischen Informationen, Spiegelungen und Konfrontationen sollen die vorhandenen Verstrickungen und notwendigen Handlungsschritte bewusst gemacht werden. Nach Abschluss der Projektwoche will die Supervisandin ihre Erkenntnisse auswerten, die entsprechenden Konsequenzen daraus ziehen und mit der PDL besprechen. Ziel der Supervision ist es, der Supervi-

³¹ Petzold, H.G. (2003²): Integrative Therapie (Bd.III S. 837). Paderborn. Junfermann Verlag

³² ebenda

³³ Petzold, H.G. (Hg.) (2003): Integrative Therapie Bd. III. Paderborn. Junfermann Verlag, darin Petzold, H.G.: Widerstand und Abwehr S. 837-839

sandin zur Klarheit zu verhelfen, ob und in welcher Konstellation die Durchführung des aktuellen und der weiteren Projekte für sie möglich sind bzw. welche Absprachen es auf den oberen Ebenen im Vorfeld bedürfte.

7. Sitzungsverlauf

7.1. Verlaufsprotokoll Nr. 1

Datum: 07.07.2011

7.1.1. Prozessschritte:

7.1.1.1. Reflexion

Die Dipl.-Sozialarbeiterin arbeitet an fünf Tagen mit einer 60% Stelle. Im supervisorischen Erstkontakt stellt sie ihr Behandlungs-Abschluss-Projekt für Patientinnen mit Brustkrebserkrankungen vor. Dieses Projekt hat sie im Rahmen ihrer sozialarbeiterischen Tätigkeit auf einer onkologischen Station im katholischen Krankenhaus entwickelt. Das Projekt ist in der Vorbereitung mit den Patientinnen bereits angelaufen. In diesem Zusammenhang ist ein Konflikt zwischen der Oberärztin und der Supervisandin entstanden, der durch den Ausschluss³⁴ einer Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp (s.o.) ausgelöst wurde.

Die Supervisandin erläutert in der ersten Stunde zunächst ihre Arbeitsstruktur im Krankenhaus, dann die Struktur des Wanderprojektes. Die Wanderung als Würdigung und Abschluss der Behandlung soll zwei Monate nach der ersten Supervisionsstunde stattfinden. Im Rahmen des Projektes finden zweimal wöchentliche Trainingseinheiten für die Patientinnen statt. Wegen gravierender Verhaltensauffälligkeiten einer Patientin mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ wird deren Ausschluss von der Supervisandin und der Oberärztin beschlossen. Der Ausschluss soll der Patientin von der Oberärztin mitgeteilt werden. Die Oberärztin schafft es nicht, der Patientin den Ausschluss mitzuteilen. Danach ergreift die Supervisandin die Initiative, nimmt die Patientin vor dem nächsten Trainingstreffen beiseite und setzt sie in Kenntnis. Diese Handlung wiederum führt zu Irritationen und Verärgerung bei der Oberärztin.

Der Pflegedienstleitung ist das Problem mit der Patientin bekannt. Sie signalisiert Unterstützung bezüglich der Entscheidung, die Patientin von dem Projekt ausgeschlossen zu haben. Der Pflegedienstleitung ist jedoch nicht bekannt, dass es wegen des Ausschlusses zum Konflikt zwischen der Supervisandin und der Oberärztin gekommen ist. Dieses Thema soll auf Wunsch der Supervisandin dem Pflegedienstleiter auch vorerst nicht bekannt werden.

Das Bedürfnis der Supervisandin ist zunächst, eine Bestätigung für ihr Handeln hinsichtlich des Ausschlusses zu bekommen und eine Kommunikationsform mit der Oberärztin zu finden, damit sie eine gemeinsame Haltung im Sinne eines Konsens im Umgang mit der Gesamtgruppe entwickeln können.³⁵

³⁴ Hier ist deutlich eine starre Abgrenzung zu diesem Krankheitsbild zu erkennen.

³⁵ Petzold, H.G. (Hg.) (2003): Integrative Therapie Bd. I, Petzold, Hilarion, Paderborn. Junfermann Verlag, darin Petzold, Hilarion, Das Ko-responsenzmodell als Grundlage der Integrativen Therapie und Agogik (1978c/1991e) S. 93-139 (weiter als Petzold, H.G. (2003²) Ko-responsenzmodell S. 93-139)

Hintergrund: Sowohl die Oberärztin als auch die Supervisorin fühlen sich in der Rolle der Leitung: Die Supervisorin deshalb, weil sie das Projekt entwickelt hat, die Oberärztin, weil ein Teil der Patientinnen von ihr betreut werden und weil sie im Klinikalltag gegenüber der Supervisorin weisungsbefugt ist. Beide bestehen auf der Richtigkeit ihrer Sichtweisen hinsichtlich ihres jeweiligen Handelns bezüglich der Patientin. Die Supervisorin formuliert ihre Sorge, dass, wenn sie den Konflikt mit der PDL offen ansprechen würde, sich die Oberärztin aus dem Projekt zurückziehen würde. Damit würde das Projekt scheitern und ihre ganzen Vorbereitungen wären hinfällig.

7.1.1.2. Zielfindung

Reflexion der Supervisorin

Die Supervisorin wünscht sich als kurzfristiges Ziel die Unterstützung bei ihrer Kommunikation mit der Oberärztin und der durch den Ausschluss der Patientin irritierten Patientinnengruppe. Sie scheint im Umgang mit der Oberärztin über keine eigene klare Position zu verfügen (Rollenunklarheit, unklare Verteilung der Funktionen in der Leitungsrolle)³⁶. Zu diesem Zeitpunkt sieht die Supervisorin keine Zukunftsperspektive für das Projekt, wenn die Projektzusammenarbeit mit der Oberärztin eine verpflichtende Voraussetzung bleiben sollte. Sollte Interesse bestehen, dass sie das Projekt fortsetzen soll, würde sie dem nur zustimmen, wenn sie künftig die alleinige Leitungsrolle zugesprochen bekommen würde. In der aktuellen Situation sieht sie keine Möglichkeit, an den Leitungsrollen etwas zu verändern und will deshalb das Projekt nur zu einem guten Ende führen.

7.1.1.2.1. Zielformulierung

- (1) Ziel: Mit der Supervisorin in einen Ko-respondenzprozess³⁷ eintreten, Vertrauen schaffen, Beziehung „auf Augenhöhe“³⁸ installieren
- (2) Ziel: Klärung der Fragestellung
- (3) Ziel: Entlastung
- (4) Ziel: Persönlichkeitsentwicklung
- (5) Ziel: Handlungs- und Kommunikationsstrategien erarbeiten

³⁶ Petzold, „Kundenorientierung“ (1997k) S. 321-349); Petzold, Differentielle Teamarbeit S. 351-366) sowie Petzold, Modalitäten der Relationalität S. 367-428)

³⁷ Petzold, H.G. (2003²) Ko-respondenzmodell S. 93-139

³⁸ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. III, darin Petzold, H.G., Grundregel der Integrativen Therapie (2000a) (S. 1050)

7.1.1.2.2. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung

1. Die Supervisorin ist sich über die Persönlichkeitsstruktur der Oberärztin nicht im Klaren und kann somit die Qualität der Zusammenarbeit und die Dynamik nicht vollständig überblicken.
2. Die Supervisorin empfindet sich in ihrem Auftreten gegenüber der Oberärztin klarer als sie es wahrscheinlich tatsächlich ist.
3. Die Supervisorin hat möglicherweise Skrupel vor der eigenen „Mächtigkeit“, wenn sie als Sozialarbeiterin einer Oberärztin, die es in der Regel gewohnt ist, Anweisungen zu geben, im Rahmen des Projektes übergeordnet ist. (Umgang mit Macht, *Petzold 2007*.³⁹)
4. Strukturelle Probleme zwischen den beiden Krankenhäusern: Das eine Krankenhaus, in welchem die Oberärztin arbeitet, ist aufgrund von finanziellen Schwierigkeiten mit dem anderen Haus, in welchem die Supervisorin arbeitet, zusammengelegt worden. Innerhalb des Dachverbandes herrscht ein Konkurrenzkampf zwischen den beiden Häusern. Möglicherweise zeigt sich dieser Konkurrenzkampf auch auf der konkreten Projektleitungsebene.

7.1.1.3. Prozessbeschreibung

7.1.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin

1. *Intervention*: Die Supervisorin bittet die Supervisorin, ihr zu sagen, weshalb sie die Supervision wünsche und wie die Supervision gestaltet sein müsse, damit sie sie als hilfreich erleben würde.⁴⁰ Die Supervisorin erklärt ihr, dass sie von der PDL den Auftrag bekommen habe, zunächst mit ihr den Anlass zu klären und dann einzuschätzen, welchen zeitlichen Umfang die Supervision brauche.

- ⇒ Die Supervisorin erklärt den Anlass. Sie wolle einerseits verstehen, wie es zu dem Konflikt zwischen ihr und der Oberärztin habe kommen können. Andererseits wolle sie konkrete Kommunikationsvorschläge mit der Gruppe und der Oberärztin erarbeiten.
- ⇒ Die Supervisorin sei glücklich, in Supervision kommen zu dürfen, da sie schon lange um diese Art der professionellen Unterstützung bei der PDL gebeten habe. Sie habe sich sehr genau auf die erste Stunde vorbereitet und die Struktur des Hauses und ihrer Arbeit dargestellt wollen.

2. *Intervention*: Für diese Vorbereitung bedankt sich die Supervisorin bei ihr.

- ⇒ Die Supervisorin freut sich darüber und erklärt, dass sie ein sehr strukturierter Mensch sei und davon ausgehe, dass Struktur beim Verständnis von Abläufen hilfreich sein könne.

³⁹ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, darin Petzold, H.G., Macht - theoretische und praxeologische Konzepte S. 266-282 (weiter als Petzold, Hilarion, 2007, Macht S. 266-282)

⁴⁰ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung. Wiesbaden. VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH, darin Petzold, H.G., Das Konflux-Modell und die Arbeit mit kokreativen Prozessen in Teamarbeit, Teamsupervision und Organisationsberatung (1996) S. 21-248

3. *Intervention*: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, ihr persönliches Aufgabendiagramm mit den entsprechenden Verantwortlichen aufzuzeichnen. Für ein genaues Verständnis stellt die Supervisorin entsprechende klärende Fragen.

- ⇒ Der Supervisandin wird ihre Verstrickung zwischen beruflichen und privaten Aktivitäten deutlich. Sie kann sehen, dass die entsprechende Trennung nicht so einfach ist. Die Aktivitäten zwischen beruflichen und privaten Aktivitäten habe sie bislang wesentlich klarer und einfacher eingeschätzt.
- ⇒ Außerdem wird ihr deutlich, dass die PDL aufgrund der Klinikstrukturen an dem Konflikt beteiligt ist.

4. *Intervention*: Die Supervisorin fragt die Supervisandin, ob die PDL nicht über den Konflikt mit der Oberärztin in Kenntnis gesetzt werden sollte.

- ⇒ Zu diesem Zeitpunkt wolle sie die PDL nicht einschalten. Sie sehe keinen Sinn darin. Sie werde sich diesen Schritt jedoch vor der Planung eines künftigen Projektes vornehmen.

5. *Intervention*: Angesichts des Konflikts und Zeitdrucks (Projekt startete zwei Monate später und die Supervisorin ist während dieser Zeit vier Wochen in Urlaub.) empfiehlt die Supervisorin wenige engmaschige Kontakte, zu denen die Oberärztin im Verlauf gerne mitkommen dürfte. Zu der folgenden Stunde soll die Supervisandin noch einmal allein kommen.

- ⇒ Die Supervisandin formuliert ihre Erleichterung und vereinbart mit der Supervisorin den nächsten Termin.

Die PDL ist mit dem Vorgehen ebenfalls einverstanden.

7.1.1.3.1.1. Wahl der Interventionen

Die Supervisandin wirkt bei ihrem Bericht sehr sachlich, klar und strukturiert. Die Vorarbeiten der Supervisandin erkennt die Supervisorin an. Eine geeignete Arbeitsatmosphäre ist damit schaffen⁴¹. Die PDL verlangt von der Supervisorin die Auftragsklärung mit der Supervisandin. Die Supervisandin beschreibt die strukturelle Ebene und ihre persönliche Organisationsebene. Die Supervisorin stellt dazu noch verschiedene Verständnisfragen.

7.1.1.3.1.2. Beschreibung der Relationalitäts- und Interaktionsmuster

(Zur Theorie der Relationalität in der Integrativen Supervision vgl. *Petzold 2003a; Petzold, Müller 2005/2007*)

1. Die Supervisandin muss am Arbeitsplatz im Umgang mit den Patienten und Patientinnen häufig Vorschläge für die Installierung pflegerischer Maßnahmen im häuslichen Umfeld oder für die Unterbringung in ein Heim oder Hospiz machen. Zur Beurteilung einer geeigneten Maßnahme steht sie im interdisziplinären und konstruktiven Austausch mit Ärzten und Pflegepersonal.
2. Für Patienten, die für ihre Krankheitsverarbeitung mehr Bedarf an psychologischer /seelsorgerischen Unterstützung zum Ausdruck bringen, organisiert sie Besuche der Psychologen bzw. Seelsorger. Hier beschreibt sie sich als sicher und als abgegrenzte Kollegin im interdisziplinären Team. Atmosphärisch wird deutlich, dass sie sich ihrer eigenen professionellen und menschlichen Grenzen bewusst ist und die anderen Berufs-

⁴¹ Petzold, H.G. (2003²) Ko-respondenzmodell S. 93-139

gruppen im Rahmen einer adäquaten Angrenzung als Hilfestellung hinzuzieht (Aushandeln von Positionen und Grenzen, *Petzold, Müller 2005/2007*).

3. Im Umgang mit Kollegen und Kolleginnen - so die Supervisorin - pflege sie in der Regel ein distanziertes Verhältnis, weil es ihr ein großes Bedürfnis sei, zwischen Arbeits- und Privatleben zu trennen. Sie pflege freundliche, respektvolle Arbeitsbeziehungen.
4. Im Kontakt mit der Supervisorin sind Klarheit und Bedürfnisse nach Strukturierung sowie Reflexion als Resonanzgefühle spürbar. Auf Fragen der Supervisorin reagiert sie überlegt und äußert ihr Interesse an einem mehrperspektivischen Blick.

7.2. Verlaufsprotokoll Nr. 2

Datum: 18.07.2011

7.2.1. Prozessschritte

7.2.1.1. Reflexion

Die Supervisorin erscheint wiederum gut vorbereitet, mit einer klaren Fragestellung. Sie habe noch nicht mit der Oberärztin sprechen können, da sich letztere keine Zeit dafür habe einrichten können. Die Supervisorin sei von der PDL als offizielle Projektleiterin benannt worden. Sie erlebe sich jedoch in der Auseinandersetzung mit der Oberärztin und der laufenden Projektvorbereitung als deren Handlangerin⁴². Sie könne nicht verstehen, weshalb ihr das so habe passieren können.

In der Zwischenzeit habe es eine medizinische Kontrolle der ausgeschlossenen Patientin bei der Oberärztin gegeben. Die Patientin habe über eine andere Teilnehmerin freundliche Grüße an die Gruppe ausrichten lassen, was die Supervisorin irritiert habe. Sie habe eine unangenehme Dynamik gespürt, die sie aber nicht genauer beschreibt.

Hintergrund: Zwischen den beiden Krankenhäusern besteht seit der Übernahme des Hauses, in welchem die Oberärztin arbeitet, möglicherweise eine Konkurrenz. Daher existiert eventuell das Bedürfnis, jeweils mit eigenen Projekten die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit zu unterstreichen. Das Wanderprojekt ist von der Geschäftsführung erstmalig als Angebot beider Häuser gedacht.

Hypothese über mögliche Folgen des o.g. Hintergrunds: Über die Dynamik aus der Zusammenlegung beider Häuser zu einer GmbH, d.h. über die möglichen Auswirkungen auf Leitungsfunktionen bei gemeinsamen Projekten hat keine Kommunikation stattgefunden. Andernfalls wären die Konsequenzen in Form von klaren Rollenverteilungen bei der Projektleitung besprochen worden.

Die PDL überträgt der Supervisorin die Verantwortung für alle notwendigen Schritte im Rahmen der Vorbereitung. Die PDL hat in keinem Treffen vorher zum Ausdruck gebracht, dass die Leitung ausschließlich bei der Supervisorin liegen soll und dass sich in der Konsequenz im Rahmen des Projektes die Oberärztin der Supervisorin unterordnen soll.

7.2.1.2. Zielfindung

Reflexion der Supervisorin: Der Supervisorin wird bewusst, dass sie ihre Leitungsfunktion ab dem Zeitpunkt der Zusammenarbeit mit der Oberärztin gar nicht eingenommen hat, des-

⁴² Petzold, „Kundenorientierung“ (1997k) S. 321-349); Petzold, *Differentielle Teamarbeit* S. 351-366) sowie Petzold, *Modalitäten der Relationalität* S. 367-428)

halb sie sich kann ein künftiges Projekt in der jetzt vorliegenden Konstellation kaum noch vorstellen.

Sie nutzt das Projekt, um daraus für weitere Projekte zu lernen. In diesem Zusammenhang wird ihr klar, dass die Klärung der Projektleitung auf höherer Ebene entschieden werden muss. Zur Klarstellung überlegt die Supervisandin mit der PDL, spätestens nach Ablauf des laufenden Projektes, ein Gespräch zu führen. Gleichzeitig wird der Supervisandin aber auch klar, wie wichtig die eigene Auseinandersetzung mit dem Thema „Macht“ in Leitungsrollen ist und stellt dabei fest, mit diesem Begriff eher negative Assoziationen zu verbinden.⁴³

Für das laufende Projekt kann zu dem Zeitpunkt keine tiefgreifende strukturelle Neuregelung mehr getroffen werden. Ziel für die Supervisandin ist nur noch, das Projekt für die Patientinnen so optimal wie möglich durchzuführen und ihr dabei notwendige Hilfestellungen zu geben.

7.2.1.2.1. Überprüfung bezüglich der angestrebten Zielsetzungen (aus der ersten Sitzung)

Die Atmosphäre während des ersten Gesprächs ist vertrauensvoll und neugierig angespannt. Die Supervisandin fühlt sich aufgrund der Visualisierung ihrer Aufgabenverteilung und der Bewusstwerdung möglicher eigener Verstrickungen entlastet. Die Fragestellung wird herausgearbeitet, wobei die im Hintergrund wichtigste Klärung der Zuständigkeiten zu dem Zeitpunkt noch nicht geklärt werden soll.

Die Supervisandin habe mehrfach versucht, mit der Oberärztin ins Gespräch zu kommen, was ihr jedoch nicht gelungen sei. Hinsichtlich ihrer eigenen Scheu, eine Kollegin bei einem Vorgesetzten „anzuschwärzen“ habe sie die PDL über das ausweichende Verhalten der Oberärztin nicht informiert. Zu diesem Schritt fühlt sich die Supervisandin nicht in der Lage.

Hintergrunddimension: Die Supervisandin formuliert ihre Ahnung, dass der unausgesprochene Konflikt zwischen den beiden Häusern weitreichendere Konsequenzen gehabt hat als zunächst angenommen. Außerdem benennt sie ihre Sorge um die Durchführung des geplanten Projektes, das nun schon sehr weit fortgeschritten ist.

7.2.1.2.2. Zielformulierung

Die Globalziele Persönlichkeitsentwicklung und Entlastung werden beibehalten. Die Klärung und Handhabung der Zuständigkeiten und die Ausgestaltung der eigenen Rolle gelten zumindest im Hinblick auf die Fortsetzung des Projektes als Grobziele.

1. Ziel: Klärung der eigenen Verstrickung und warum es so schwer ist, die Leitungsrolle zu übernehmen (Rollenklärung).

2. Ziel: Klärung des Konfliktes, wer hat den Konflikt?

7.2.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung

Die Supervisandin ist autoritätshöriger und konfliktscheuer als zunächst angenommen. Wahrscheinlich vermeidet sie aus diesem Grund die Klärung der Zuständigkeiten über die PDL. Es kann auch sein, dass sie als die eigentliche Projektentwicklerin den unausgesprochenen Anspruch an sich hat, die im Rahmen ihres Projektes aufkommenden Schwierigkeiten, selbstständig regeln zu müssen und sich keine Schwächen eingestehen zu dürfen.

⁴³ Petzold (2003²), Leiborientierung S. 68-69

7.2.1.3. Prozessbeschreibung

7.2.1.3.1. Prozessbeschreibung aus der Sicht der Supervisorin

Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, ihren Standort in ihrem Projekt bzw. in der Zusammenarbeit mit der Oberärztin aufzuzeichnen.⁴⁴:

=> Die Supervisandin malt nicht sich, sondern die Oberärztin in den Mittelpunkt des Bildes. Als Erklärung gibt sie an, es sei für sie so leichter. Dazu malt sie an die Ränder vier Berührungsbereiche, mit denen die Oberärztin und sie im Kontakt sind. Diese Bereiche sind durch Beziehungspfeile gekennzeichnet, die die Einseitigkeit bzw. Gegenseitigkeit der jeweiligen Beziehung zum Ausdruck bringen sollen. Hinsichtlich der Projektleitung und der Patientinnenbetreuung im anderen Krankenhaus gibt es jeweils zwei Pfeile, die in entgegengesetzte Richtungen zeigen. Für die Oberärztin sei die Supervisandin eine Freundin (ein Pfeil in Richtung der Supervisandin) und aus einer alten medizinischen Fragestellung sei die Oberärztin für die Supervisandin eine qualifizierte Ansprechpartnerin (ein Pfeil in Richtung der Oberärztin).

Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, ihre Erkenntnis aus der Darstellung zu benennen.⁴⁵.

=> Die Supervisandin erkennt, dass sie weder als Projektleiterin, geschweige denn als Projektentwicklerin in der Darstellung sichtbar wird. Aus der Darstellung wird deutlich, dass die Oberärztin die alleinige Leitung innehat.

=> Die zukünftige erneute Realisierung des Projektes wird von der Supervisandin daraufhin nochmals stärker angezweifelt, sofern es ihr nicht gelingt, den Konflikt mit der Oberärztin zu klären. Das laufende Projekt ist davon nicht betroffen.

Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin von ihren bisherigen Bemühungen der Kontaktaufnahme mit der Oberärztin zu erzählen.

=> Es stellt sich heraus, dass die Supervisandin die Oberärztin per Mail und per Telefon mehrfach um ein Gespräch gebeten hat. Normalerweise befolgt sie ihre eigene Regel, abends nach 19.00 Uhr keine beruflichen Telefonate mehr zu führen. Da sie um die fehlende Zeit bei der Oberärztin wisse, habe sie Uhrzeiten bis 21.00 Uhr angeboten. Der Oberärztin ist es jedoch nicht möglich gewesen, darauf zu reagieren. D.h. Die Supervisandin fühlt sich hinsichtlich ihrer Möglichkeiten, die Oberärztin zu erreichen, ohnmächtig.⁴⁶

Intervention: Die Supervisorin fordert die Supervisandin zu einem Rollenspiel mit der Oberärztin auf (Übung mit dem „leeren Stuhl“).

=> Der Supervisandin fällt auf, dass sie genauso wie die Oberärztin sehr viel Engagement für die Klinik in ihrer Freizeit aufbringt und dass sie und die Oberärztin sehr

⁴⁴ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. II. Paderborn. Junfermann Verlag, darin Petzold, H.G.: Tree of Science, Methodenlehre S. 507-509 sowie Petzold, H.G.: Integrative Dramatherapie und Szenentheorie - Überlegungen und Konzepte zur Verwendung dramatherapeutischer Methoden in der Integrativen Therapie (1981i/1990p) S. 681-700

⁴⁵ ebenda

⁴⁶ Petzold, Hilarion, 2007 Macht S. 266-282

viel gemeinsam haben.

Außerdem wird der Supervisorin das Kontrollbedürfnis sowie die Unveränderbarkeit der Oberärztin bewusst. Sie müsse sie so annehmen, wie sie sei, wenn sie mit ihr das laufende Projekt beenden wolle. Die Akzeptanz der Andersheit des Anderen ist eines der Leitkonzepte der Integrativen Theorie, welche der Supervisorin im Rahmen der Ko-respondenz weiter vermittelt werden soll.⁴⁷

Intervention: Die Supervisorin erklärt der Supervisorin die Diagnose einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderlinetyp, d.h. die unbewusste Fähigkeit der Erkrankten, schnellstmöglich die „Schwachstellen“ eines Systems herauszufinden und dass man sich im Rahmen dieser Dynamik auf eine besondere Klarheit und Einheit im Umgang miteinander konzentrieren müsse. (Theorie als Intervention.⁴⁸)

=> Die Supervisorin bittet daher die Supervisorin, zur nächsten Supervision die Oberärztin einzuladen. Die Supervisorin bietet an, gegebenenfalls auch an den anderen Standort kommen zu können. Die Supervisorin nimmt das Angebot dankend an.

7.2.1.3.1.1. Wahl der Interventionen

Die Visualisierung der Beziehungsqualitäten, die die Supervisorin mit der Oberärztin verbinden, soll dabei helfen, den Standort der Supervisorin in ihrem Projekt und neben der Oberärztin sichtbar und bewusst werden zu lassen. Außerdem sollen dabei möglicherweise Wege erkennbar werden, die einer kurzfristigen Konfliktlösung nahekommen.

Hinsichtlich der Übung mit dem „leeren Stuhl“ will die Supervisorin der Supervisorin die Möglichkeit anbieten, die Oberärztin mit ihren Möglichkeiten und Begrenzungen leiblich zu fühlen, um sie letztlich besser akzeptieren und mit ihr das Projekt durchführen zu können. Der theoretische Hintergrund dieser Intervention ist, dass relevante Themen, Atmosphären, Szenen im Leibgedächtnis archiviert sind und auf diese Weise aktiviert werden können.⁴⁹

Hinsichtlich der Einladung an die Oberärztin will die Supervisorin die Supervisorin unterstützen. Es scheint, als würde hier ein persönlicher Konflikt ausgelebt. Zu dieser Klärung möchte die Supervisorin beitragen.

7.2.1.3.2. Prozessbeschreibung aus der Sicht der Supervisorin

Die Supervisorin formuliert am Ende der Stunde ihren Zugewinn an Klarheit und Orientierung (Enlargement, Empowerment, Enrichment⁵⁰). Für sie ist die Erkenntnis wichtig, mit

⁴⁷ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I. Paderborn. Junfermann Verlag, darin Petzold, H.G., Relationalität und Ko-respondenz S.71-72 sowie Petzold, Das Ko-respondenzmodell S. 93-139

⁴⁸ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. III. Paderborn. Junfermann Verlag, darin: Petzold, H.G., Therapeutische Wirkfaktoren S. 1036-1045 sowie Supervision, Theorie-Praxis-Forschung Ausgabe 06/2013, Petzold, H.G. (Hg.) darin: Galas, Marcus, Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision S. 2-65

⁴⁹ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. III. Paderborn. Junfermann Verlag, darin: Petzold, H.G.: Das fokale Tiefeninterview (FTI) S. 998-1007, Petzold, 2003 Leiborientierung S. 68-69 sowie Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I. Paderborn. Junfermann Verlag, darin: Petzold, H.G.: Wahrnehmen, Erfassen, Verstehen, Erklären - die „hermeneutische Spirale“ der Integrativen Therapie und Agogik S. 162-177 (weiter als Petzold (2003²), Hermeneutische Spirale S. 162-177)

⁵⁰ Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung (Hilarion Petzold (Hg.), Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH) 2007, darin: Petzold, Hilarion, Mehrperspektivität - ein Metakonzept für Modellpluralität, konnektivierende Theorienbildung und sozialinterventives Handeln in der Integrativen Supervision S. 89-158

ähnlichen Verstrickungen wie die Oberärztin beschäftigt zu sein und ihr in wesentlichen Punkten zu ähneln. Damit könne sie die Oberärztin besser annehmen.

Auch sei ihr die Erkenntnis wichtig, dass sie als Projektentwicklerin und -leiterin unter den gegebenen Umständen nicht sichtbar werde, was ihr wichtig gewesen wäre. Aus dem Grunde will sie im Rahmen einer Supervision schnellstmöglich ein gemeinsames Gespräch mit ihr führen.

7.3. Verlaufsprotokoll Nr. 3

Datum: 26.07.2011

7.3.1. Prozessschritte

7.3.1.1. Reflexion

Die Supervisandin hat in der Zwischenzeit versucht, einen gemeinsamen Supervisionstermin mit der Oberärztin zu vereinbaren. Die Oberärztin ist über die Kontaktaufnahme mit der Supervisorin in hohem Maße irritiert, da diese Maßnahme mit ihr zuvor nicht abgesprochen worden sei. Sie empfindet es als sinnlos, im Rahmen einer Supervision Hintergründe über die Zusammenhänge und mögliche Auswirkungen der Borderline-Erkrankung auf die Gruppe zu besprechen. Sie habe sich, laut Mail, selbst bei einem Psychiater über diese Diagnose erkundigt. Ein gemeinsames Gespräch im Rahmen einer Supervision lehne sie ab. Sie wolle sich ausschließlich alleine mit der Supervisandin unterhalten. Das sei bis zum Zeitpunkt dieser Supervisionsstunde aber noch nicht passiert. Dieses Gespräch wolle sie aus Zeitgründen verschieben.

Die Supervisandin nutzt die Stunde, um sich über ihre eigene Haltung und ihre Ziele bewusst zu werden. Sie spürt, wie sehr ihr das Projekt am Herzen liegt. Sie fühle sich zunehmend einem Erwartungsdruck der Patientinnen ausgesetzt und hilflos.

7.3.1.2. Zielfindung

Reflexion der Supervisorin:

Die Supervisandin vermittelt der Supervisorin aufgrund der Resonanzgefühle den Eindruck, als liege ihr das Projekt tatsächlich sehr am Herzen und als wolle sie es für die Patientinnen so gut wie möglich gestalten. Sie formuliert ihren Ärger bezüglich der Gesprächsverweigerung seitens der Oberärztin. In der Resonanz sind Gefühle von Ohnmacht und Hilflosigkeit spürbar.⁵¹

In einer Supervisionsstunde der Supervisorin wird der Supervisorin klar, dass der Konflikt nicht in der persönlichen Beziehung, sondern in dem ungeklärten systemischen Konflikt begründet liegt, wer die Gruppe leiten soll: Die Supervisandin und die Oberärztin haben kein persönliches Problem miteinander, sondern tragen im Rahmen der unklaren Führungsstrukturen einen scheinbar persönlichen Leitungskonflikt miteinander aus. Die Supervisorin will in der anstehenden Supervisionsstunde der Supervisandin ein Verständnis für die Dynamik anbieten, die die Patientin ausgelöst hat, und mit ihr eine Möglichkeit erarbeiten, wie die beiden Frauen der Gruppe ohne Gesichtsverlust klar und authentisch gegenüberreten können.

Außerdem will die Supervisorin den Projektleiterinnen mitteilen, dass die ausgeschlossene Patientin auch in ihrer Abwesenheit auf die Gruppe Einfluss nehme, da sie noch befreundet

⁵¹ Petzold, 2007, Macht S. 266-282 sowie Flammer, A. (Hg.) (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern Hans Huber Verlag

te Kontakte zu einzelnen Teilnehmerinnen und als Patientin zu der Oberärztin unterhalte. In diesem Rahmen sei es wichtig, eine klare Kommunikation zu pflegen.

7.3.1.2.1 Überprüfung bezüglich der angestrebten Zielsetzungen (letzte Sitzung)

Das Bewusstwerden ihrer charakterlichen Ähnlichkeiten hat die Supervisandin gegenüber der Oberärztin wohlgesonnener gestimmt. Sie kann die Oberärztin in ihrer Charaktereigenschaft besser annehmen. Sie erkennt, dass das eigentliche Problem der Führungsschwäche zu der Zeit nicht geklärt werden kann, deshalb konzentriert sie sich auf eine klare Kommunikation mit der Oberärztin. In den Telefon- oder Mailkontakten mit der Oberärztin nimmt die Supervisandin ihre Projektleiterinnenrolle deutlicher ein.

7.3.1.2.2. Zielformulierung

Die Globalziele Persönlichkeitsentwicklung und Entlastung werden beibehalten. Die Klärung und Handhabung der Zuständigkeiten sowie die Ausgestaltung der eigenen Rolle gelten zumindest im Hinblick auf die Fortsetzung des Projektes als Grobziele.

1. Theorie über die Dynamik im Kontakt mit Menschen, die eine emotional instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ haben
2. Klärung der an die Supervisandin gestellten Erwartungen
3. Umgang mit den Erwartungen

7.3.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung

Die Oberärztin hat der Supervisandin eine Email geschickt, die sie nachrichtlich auch an ihren Chefarzt adressiert hat und in der sie sich über die Einbeziehung der Supervisorin beschwert. Die Oberärztin wolle den Supervisor oder die Supervisorin selbst bestimmen und nicht anerkennen, dass die Supervisorin durch die PDL angefragt worden ist.⁵² Auf die Supervisorin macht die verweigernde Reaktion der Oberärztin den Eindruck, als befürchte sie, die Kontrolle über das Projekt noch weiter zu verlieren. Angesichts der aus Sicht der Oberärztin eigenmächtigen Aktion der Supervisandin, die Patientin trotz des Einzelgespräches (zwischen Oberärztin und Patientin) auszuschließen, ist die Oberärztin in ihrem Kontrollbedürfnis bereits verunsichert worden. Mit ihrer Verweigerung möchte sie nun die Kontrolle wieder zurückgewinnen.

Aus dem Grunde möchte die Supervisorin einerseits die Souveränität der Supervisandin stärken und andererseits die Oberärztin in ihrer medizinischen Kompetenz gesehen wissen. Das Ziel der Supervisorin ist der respektvolle und loyale Umgang miteinander, die Akzeptanz der Andersheit des Anderen. So entwickelt sich die Voraussetzung, dass sich beide in der Kooperation sicherer fühlen.

7.3.1.3. Prozessbeschreibung

7.3.1.3.1. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisorin

1. Intervention: Die Supervisorin bietet die Supervisandin nochmals eine theoretische Erklärung über die entstandene Dynamik, die durch Menschen mit einer Emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ ausgelöst werden können. Patienten mit einer derartigen Störung seien äußerst sensibel für die „Schwachstellen“ eines Systems.⁵³

⁵² Flammer, A. (Hg.) (1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Bern Hans Huber Verlag

⁵³ Lohmer (2005²): Borderline-Therapie. Stuttgart. Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

Die Supervisorin informiert die Supervisandin über ihre eigene Supervision zu diesem Prozess. Sie erklärt ihre Einsicht, dass der Konflikt zwischen der Oberärztin und der Supervisandin eine strukturelle und keine persönliche Ursache habe. In ihrer Situation sei es nun notwendig, gegenüber der Gruppe klar und authentisch aufzutreten. Theorie als Intervention hat das Ziel, über die Ursachen und Zusammenhänge in möglichst umfassender Weise zu informieren, um so Ursachen und Wirkungen besser zu verstehen und für den Alltag Neuorientierungen ermöglichen zu können.⁵⁴

=> Die Supervisandin ist deutlich erleichtert und kann sich nun die Durchführung des Projektes trotz der Kommunikationsschwierigkeiten mit der Oberärztin wieder vorstellen.

2. Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, die aus ihrer Sicht an sie gestellten Erwartungen aufzumalen. Ziel ist die Reduktion von Komplexität durch Visualisierung, wodurch ihre atmosphärisch wahrgenommenen Erwartungen an das Projekt in eine Form gebracht bzw. gefasst werden sollen, um sie dann sprachlich ausdrücken zu können.⁵⁵.

=> Die Supervisandin malt drei Blasebalge, die die Form von Brüsten haben. Vor den Blasebalgen segelt ein einzelnes Segelboot auf dem Wasser. Aus den Blasebalgen bläst dem Segelboot starker Wind entgegen. Im untersten Blasebalg stehen die Erwartungen der Supervisandin an ihr entwickeltes Projekt. Im Blasebalg darüber steht die Angst vor Rezidiven bei den Patientinnen. Im obersten Blasebalg steht der Anspruch an die vollständige Gesundheit der Patientinnen. Sie fühlt eine ausgesprochen große Verantwortung und damit einen ungeheuren Druck, alle Ziele erreichen zu müssen.

3. Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, sich auf ihr Bild zu konzentrieren und den ersten Satz zu sagen, der ihr in den Sinn kommt.

=> „Das Wandern kann gut sein.“

4. Intervention: Die Supervisorin bittet die Supervisandin, sich diesen Satz ganz bewusst zu machen und zu fühlen.

=> Sie wirkt ein wenig entspannter.

5. Intervention: Die Supervisorin ergänzt den Satz: „Und es gibt Unsicherheiten.“

=> Daraufhin entspannt sich die Supervisandin sichtbar. Sie schreibt sich diesen Satz auf und sagt, der Blasebalg habe seine gesamte Kraft verloren und hänge nur noch schlaff herum. Ihr Segelboot könne in Ruhe weitersegeln.

7.3.1.3.2. Wahl der Interventionen

Mit den theoretischen Erklärungen über grundlegende Muster bei Menschen mit einer emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ möchte die Supervisorin

⁵⁴ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I (S. 59). Paderborn. Junfermann Verlag

⁵⁵ Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Die neuen Kreativitätstherapien Bd. II, , Bielefeld und Locarno. Aisthesis Verlag, darin: Petzold, H.G. Überlegungen und Konzepte zur Integrativen Therapie mit kreativen Medien und einer intermedialen Kunsttherapie (1998), S. 585-637

die Supervisandin hinsichtlich des Konflikts mit der Oberärztin entlasten. Aufgrund der Entscheidung der Supervisandin, das Projekt in jedem Fall zu einem guten Ende bringen zu wollen, möchte die Supervisorin ihr auch Mut für die gemeinsame Woche machen. Sie will ihr dabei helfen, die vorher vorhandenen kollegialen Strukturen zwischen ihr und der Oberärztin wieder zu sehen und sich nicht zu sehr auf den Konflikt zu konzentrieren.

Mit der Visualisierung der aktuellen Stressfaktoren hinsichtlich Erwartungen will die Supervisorin der Supervisandin die Möglichkeit geben, ihre Erwartungen aus einer distanzierteren Position zu betrachten. Ziel ist die Relativierung der Erwartungen und die Rückgewinnung der Souveränität. Ebenso sind die Interventionen gemeint, einen passenden Satz auf die Nachwirkung ihrer Zeichnung zu finden und die anschließende Aufforderung des Nachspürens. Der letzte Satz von der Supervisorin kommt sehr spontan als Reaktion auf die unvollständig empfundene Äußerung der Supervisandin. Offensichtlich ergeht es der Supervisandin genauso, denn sie entspannt sich sichtbar und ihr anschließender Kommentar, dass die Luft aus dem Blasebalg vollständig entwichen ist, bestätigt dieses Gefühl.

7.3.1.3.3. Prozessbeschreibung aus Sicht der Supervisandin

Die Supervisandin wirkt am Ende der Stunde deutlich entlastet und angesichts der Woche wieder optimistischer. Sie fühlt sich durch die Interventionen geerdet, als habe sie wieder Boden unter den Füßen bekommen. Aus allen Stunden sei sie immer mit neuen und für sie sehr hilfreichen Erkenntnissen herausgegangen (Enlargement, Enrichment, Empowerment)⁵⁶.

7.4. Verlaufsprotokoll Nr. 4

Datum: 07.09.2011

7.4.1. Prozessschritte

7.4.1.1. Reflexion

Die Supervisandin kommt mit dem Ziel, sich kurz vor dem Projektstart noch einmal stärken zu wollen. Sie hat die letzten Vorbereitungen für das Projekt getroffen. Alle Absprachen mit den Kollegen und der Kollegin seien getroffen, auch wenn das Gespräch zwischen ihr und der Oberärztin aus ihrer Sicht weniger erfolgreich verlaufen sei. Die Oberärztin habe sich nur 30 Minuten Zeit genommen. Die Supervisandin habe eine hohe Arbeitsüberlastung bei der Oberärztin gespürt und ihre Unnahbarkeit. Sie habe sie entlasten wollen. Jedoch habe sie die Oberärztin mit diesem Ansinnen nicht erreichen können.

Zu diesem Zeitpunkt ist außerdem klar, dass die Oberärztin jeweils einen Tag früher als der Rest der Gruppe anreisen und auch wieder abreisen werde, was die Supervisandin nur schwer akzeptieren kann. Sie deutet das Verhalten der Oberärztin als Angst vor Nähe.

Die Supervisandin wünscht sich noch ein wenig Unterstützung, um mit der Art der Oberärztin besser klarzukommen.

7.4.1.2. Zielfindung

Reflexion aus Sicht der Supervisorin:

Die Supervisandin neigt manchmal dazu, andere belehren zu wollen. Sie gibt dann Beurteilungen über die Arbeitsstile anderer ab und vergleicht diese mit ihren eigenen. Es folgen

⁵⁶ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I. Paderborn. Junfermann Verlag, darin Petzold, H.G., Relationalität und Ko-responsenz S.71-72 sowie Petzold, Das Ko-responsenzmodell S. 93-139

teilweise Kommentare, dass sie das Verhalten der anderen unprofessionell empfindet⁵⁷. In der Resonanz sind in derartigen Situationen Bedürfnisse nach Distanzierung und Abwehr spürbar. Diese Äußerungen wirken so selbstverständlich, als spiegeln diese die innere Haltung der Supervisorin wider, ihre Ansichten als die einzig richtigen anzusehen und entsprechend als Maßstab voraussetzen zu können (mögliche subjektive Theorie: Ich bin perfekt organisiert und strukturiert. Von mir können viele lernen. An mich kommt keiner heran.) (Hinweise auf ein Konzept einer narzisstischen Selbstüberhöhung). Mein Ziel für die Stunde ist die Konzentration auf die eigenen Möglichkeiten und die Akzeptanz und der Respekt vor der Andersheit des Anderen (Integritätsprinzip⁵⁸).

7.4.1.2.1. Überprüfung bezüglich der angestrebten Zielsetzungen (vorherige Stunde)

Die konkrete Entlastung nach den bisherigen Supervisionsstunden ist laut Rückmeldung der Supervisorin erreicht worden.

Das gemeinsame Gespräch mit der Supervisorin und der Oberärztin zu installieren ist gescheitert. Mit der Supervisorin wird der Versuch unternommen, eine konstruktive Grundhaltung hinsichtlich einer fundierten Kollegialität zu entwickeln.

Die Supervisorin sieht allerdings die Gefahr der Aufrechterhaltung des Konflikts mit der Oberärztin aufgrund der Tendenz der Supervisorin, sich zeitweise narzisstisch zu überheben.

7.4.1.2.2. Zielformulierung

1. Ziel: Auf der sachlichen Ebene sollen konkrete Formulierungen überlegt werden, wie die Supervisorin die Oberärztin (vor Ort in den Bergen) in die gemeinsamen Aktionen mit einbeziehen kann, ohne dass sich diese bevormundet fühlt.
2. Ziel: Akzeptanz und Respekt vor der Andersheit des Anderen
3. Ziel: Rollenklarheit hinsichtlich der Leitungsrolle, insbesondere vor Ort

7.4.1.2.3. Hypothesen der Supervisorin hinsichtlich der Problemstellung

Die Supervisorin ist sich hinsichtlich ihres eigenen ambivalenten Verhältnisses zu dem Thema „Macht“ nicht bewusst und agiert es entsprechend unbewusst in ihren narzisstischen Selbstüberhöhungen aus. Sie formuliert ihre bisherige Weigerung, „Macht“ ausüben zu wollen. Es scheint ihr „blinder Fleck“ zu sein, den ich im Rahmen dieser wenigen Stunden nur ansatzweise „anleuchten“ kann.

Die Supervisorin ist sich einerseits hinsichtlich ihrer Leistungen bei der Entwicklung dieses Projektes sehr bewusst, andererseits nicht in der Lage, eine entsprechend klare Leitungsrolle gegenüber der Oberärztin einzunehmen. Hier bleibt unklar, inwieweit sich die Supervisorin aufgrund der Alltagserfahrung, in der die Oberärztin der Supervisorin gegenüber weisungsbefugt ist, automatisch unterordnet oder ob sie sich nicht auch scheut, mit ihrem Können vor der Oberärztin sichtbar zu werden.

⁵⁷ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. III. Paderborn. Junfermann Verlag, darin: Petzold, H.G., Übertragung und Gegenübertragung S. 835-837

⁵⁸ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I. Paderborn. Junfermann Verlag.), darin: Petzold, Hilari- on, Axiome, Prinzipien und Konzepte des Ko-responzenzmodells S. 116

7.4.1.3. Prozessbeschreibung

7.4.1.3.1. Prozessbeschreibung aus der Sicht der Supervisorin

1. Intervention: Die Supervisorin stoppt die Supervisorin bei ihren Deutungen über die Oberärztin hinsichtlich ihres Eindrucks, sie sei deswegen immer so unnahbar und in Hektik, da sie Angst vor der Nähe zu anderen Menschen habe. Die Supervisorin sagt ihr deutlich, dass sie dazu nicht das Recht habe, da sie mit dieser Äußerung die Integrität der Oberärztin angreife.⁵⁹

=> Die Supervisorin blickt die Supervisorin erstaunt an, akzeptiert aber ihren Einwand.

3. Intervention: Die Supervisorin fordert die Supervisorin zu einem Rollenspiel im Rahmen einer Übung mit dem „leeren Stuhl“ auf.

=> In diesem Rollenspiel erkennt die Supervisorin, dass sie von der Oberärztin keinen Auftrag erhalten hat, sich auch um deren Befindlichkeiten zu kümmern. Die Supervisorin ist im Anschluss an die Übung in der Lage, die Oberärztin in ihrer Andersartigkeit besser anzunehmen. Gleichzeitig fühlt sie sich hinsichtlich ihres Verantwortungsgefühls für die Oberärztin wesentlich entlastet.

4. Intervention: Die Supervisorin fordert die Supervisorin auf, sich aus dieser Haltung heraus, Formulierungen zu überlegen, mit denen sie die Oberärztin gleichberechtigt in die Gestaltung der Woche einbeziehen könne.

=> Die Supervisorin entscheidet sich für Fragen wie: „Ich habe mir ... überlegt. Wie denkst Du darüber?“ „Wie schätzt Du ... ein?“ „Mir ist Deine Meinung wichtig.“ u.a.m.

5. Intervention: Die Supervisorin erklärt der Supervisorin, dass sie mit dieser akzeptierenden und respektierenden Grundhaltung wahrscheinlich die passenden Worte finden werde und dass es wichtig sei, sich auf diese Haltung immer wieder bewusst zu konzentrieren.

=> Die Supervisorin sieht die Notwendigkeit dieser Grundhaltung ein und will sich für die Projektwoche notfalls bei Verlust dieser Haltung auch mit einem selbstgestalteten Rollenspiel helfen (Empowerment).⁶⁰

7.4.1.3.1.1. Wahl der Interventionen

Der respektvolle Umgang und eine integere Grundhaltung sind Leitkonzepte der Integrativen Theorie (s.o.) und außerdem wesentliche Werte der Supervisorin, weshalb sie es als unbedingt notwendig ansieht, die Supervisorin in ihrem Erzählfluss zu unterbrechen. Aus dem Grunde bietet die Supervisorin der Supervisorin mit dem Rollenspiel die leibliche Erfahrung als Unterstützung zur Entwicklung einer solchen Grundhaltung an. Gleichzeitig soll sie in die Lage versetzt werden, ihr gelebtes Verantwortungsgefühl zu reflektieren.

⁵⁹ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I (S. 116). Paderborn. Junfermann Verlag

⁶⁰ Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I (S. 78). Paderborn. Junfermann Verlag

7.4.1.3.2. Prozessbeschreibung aus der Sicht der Supervisorin

Während die Supervisorin zu Beginn des Gesprächs angespannt und ärgerlich über die Art der Oberärztin berichtet, ist gegen Ende eine atmosphärisch wahrnehmbare versöhnlichere Stimmung fühlbar. Auch scheint sie wesentlich gelöster und entspannter auf die anstehende Woche zu blicken.

7.5. Rückmeldung an die Pflegedienstleitung am 23.09.2011

Die Supervisorin informiert die PDL als ihren Auftraggeber über den Prozess der Supervisionsstunden mit der Supervisorin. Dies hat sie vorher der Supervisorin mitgeteilt. Bei der PDL macht sie auf die strukturell bedingten Schwierigkeiten hinsichtlich der unklaren Leitungsfunktion aufmerksam, die dankbar aufgegriffen werden und bei künftigen Projekten beachtet werden sollen. Die Supervisorin bittet die Supervisorin, bei der PDL nachzufragen, ob sie im Bedarfsfall sich nochmals an sie wenden dürfe, was erlaubt wird.

7.6. Telefonische Rückmeldung der Supervisorin über die Projektwoche (17.11.2011)

Die Supervisorin berichtet von der sehr gut verlaufenden Projektwoche. Die Woche sei ein voller Erfolg gewesen. Sie habe sich u.a. mit Hilfe der Supervision gut vorbereitet gefühlt. Die Zusammenarbeit mit der Oberärztin sei unter den gegebenen Umständen bestmöglich verlaufen.

Die Supervisorin habe für sich aus dem Projekt die Konsequenz gezogen, dass sie mit der Oberärztin künftig keine gemeinsamen Projekte mehr unternehmen wolle. Sie wolle es für den Fall eines weiteren Projektes alleinverantwortlich durchziehen. Auch sei sie zu dem Schluss gekommen, dass in dieser Woche (ein halbes Jahr nach Abschluss der Behandlung der Patientinnen) keine Oberärztin vor Ort anwesend sein müsse, weshalb sie künftig auf eine ärztliche Teilnahme verzichten wolle. Diese Konsequenzen habe sie auch schon mit der PDL besprochen und deren volle Rückendeckung erhalten.

8. Prozessanalyse

Die Supervisorin erscheint zu allen Terminen mit einer eindeutigen Fragestellung. Sie ist immer gut vorbereitet und kann aus dem Grunde aus den Gesprächen ihr Optimum mitnehmen. Ihre Strukturiertheit hilft ihr, ihre Themen immer wieder in den Blick zu nehmen. Gleichzeitig vermittelt sie auch einen wissensdurstigen, neugierigen Eindruck, weshalb sie trotz ihrer narzisstischen Selbstüberhöhungstendenzen auch bereit ist, über ihre eigene Haltung und über ihre eigenen Signale nachzudenken.

Die PDL vermittelt einen ebenfalls sehr bereitwilligen und verantwortungsvollen Eindruck, hinsichtlich künftiger Projekte auf eine klare Leitung achten zu wollen.

8.1. Auswirkung der Erkenntnisse auf Persönlichkeitsmerkmale der Supervisorin

Die Supervisorin erkennt, wie wichtig es ist, dass auf der obersten Leitungsebene (hier die PDL) die Rollenaufteilungen geregelt werden müssen. Das heißt aber auch, dass sie auf ihr eigenes Bedürfnis, Verantwortung für diese Regelung übernehmen zu wollen, verzichten und sogar auf die nächsthöhere Instanz verweisen muss.

Der Supervisorin ist mit ihrer Art, das Verhalten der Oberärztin psychoanalytisch zu deuten, deutlich konfrontiert worden. Im Rollenspiel mit dem „Leeren Stuhl“ wird sie in die Lage versetzt, das Übergriffige ihrer Haltung zu erfassen und sich auf ihre tatsächlichen Aufträge

zu konzentrieren. Letztlich erkennt sie die Notwendigkeit, sich mit ihrer eigenen Haltung bezüglich der Akzeptanz der Andersheit des Andern beschäftigen zu müssen.⁶¹

8.2. Bedeutung und Konsequenzen der Erkenntnisse für Wissensebene (Kompetenzen) und Handlungsebene (Performanzen)

Die Supervisandin hat das Projekt entwickelt. Es erzielt eine hohe positive öffentliche Resonanz.

Der Supervisandin wird bewusst, wie wichtig die Auseinandersetzung mit dem Thema „Macht“ ist. Im Anschluss an die Projektdurchführung kann sie mit der PDL wichtige Absprachen für die Zukunft treffen.

8.3. Ressourcenanalyse

Die Supervisandin ist in der Lage, durchweg sehr konzentriert und strukturiert an der Beantwortung ihrer Fragen zu arbeiten. Auch ist sie immer gut vorbereitet. So kann sie für sich das Optimale aus den Stunden herausholen. Sie ist auf der leiblichen Ebene gut erreichbar und verfügt außerdem über eine Offenheit auch gegenüber eigenen „blinden Flecken“ und im Umgang mit eigenen Unsicherheiten.

8.4. Potenzialanalyse

Die Supervisandin verfügt über viel Energie, sich immer wieder mit neuen Projekten beschäftigen zu wollen. Wenn sie sich dann erst einmal dafür begeistert, bringt sie die Dinge oder Projekte auf jeden Fall zu Ende. Aus dem Grunde ist es gut vorstellbar, dass sie, wenn sie sich selbst zum Projekt hinsichtlich ihrer eigenen Persönlichkeitsentwicklung machen würde, sie auch das mit einer entsprechenden Zielorientierung verfolgen würde.

8.5. Defizitanalyse

Die Supervisandin vergleicht die Verhaltensweisen der Oberärztin sehr mit ihren eigenen Verhaltensweisen und zieht daraus Schlüsse hinsichtlich der Wertvorstellungen der Oberärztin, die dann in der Folge von ihr schlechter bewertet werden als ihre eigenen Wertvorstellungen. D.h. ihr fällt es schwer, die Andersheit der Oberärztin zu respektieren und anzunehmen.

8.6. Konfliktanalyse

Während einer Sitzung versucht die Supervisorin, der Supervisandin den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Leitung und machtvoll handeln zu erklären. Hier stellt sich heraus, dass die Supervisandin mit dem Begriff nur negative Assoziationen verbindet, weshalb sie auch keine Macht ausüben wolle. Möglicherweise ist es der Supervisandin auch aus dem Grunde nicht möglich, die ihr von der PDL übereignete Rolle als Projektleiterin einzunehmen und gegenüber der Oberärztin entsprechend „machtvoll“ aufzutreten.

Hinzu kommt der Umstand, dass im normalen Arbeitsalltag die Oberärztin gegenüber der Supervisandin weisungsbefugt ist und im Rahmen des Projektes die Rollen getauscht werden sollen. Zu diesem Thema gibt es seitens der PDL keine Kommunikation. Die PDL hätte die einzelnen Funktionen im Rahmen des Projektes vorher eindeutig klären müssen. Hier vermittelt auch die PDL einen konfliktscheuen Eindruck.

Unter dem Dach der GmbH besteht ein Konkurrenzkampf zwischen den Kliniken, dessen Konsequenzen bei gemeinsamen Projekten hätten bedacht werden müssen.

⁶¹ Petzold, (2003²), Das Ko-respondenzmodell S. 93-139

8.7. Aufbau neuer Handlungsmöglichkeiten: Bewältigungs- und Creating-Kompetenzen und Performanzen

Angesichts des kurzen Zeitraums, in welchem die Supervision stattgefunden hat, sind keine wesentlichen Veränderungen anvisiert worden. Die Supervision hat das Ziel, der Supervisandin dabei zu helfen, ihre Kommunikationsstrategie offenzulegen und zu erweitern.⁶² Hinzu kommt die Entwicklung einer akzeptierenden und respektvollen Grundhaltung gegenüber der Oberärztin. Die Supervisandin hat in der Vorbereitung auf das Projekt zusätzlich Ideen dafür bekommen, dass sie sich schnell Aufträge von anderen hinsichtlich deren Persönlichkeitsentwicklung annimmt, die ihr nicht erteilt werden. In dem Zusammenhang kann sie eine Vorstellung davon entwickeln, wie übergriffig und mächtig sie teilweise erlebt wird. Diese Erkenntnis scheint ihr dabei zu helfen, sich besser auf sich selbst und ihre tatsächlichen Aufträge zu konzentrieren.⁶³

9. Analyse des gesamten supervisorischen Prozesses

Sowohl die Supervisandin als auch die Oberärztin, der Physiotherapeut, der Bergsteiger und die Patientinnen sind äußerst zufrieden mit der Woche. Die Supervisandin hat für sich Klarheit über die strukturellen Einflüsse gewonnen. Sie kann die Oberärztin mit ihren Eigenarten besser annehmen; sie selbst hat klare Vorstellungen, in welcher Weise sie sich in die Gruppe einbringen will und wie sie sich beispielsweise abends von der Gruppe distanzieren möchte, um Kraft für den folgenden Tag zu haben. Außerdem weiß sie, was sie für künftige Projekte noch verändern will. Diese Themen werden in den Supervisionsstunden angesprochen. Der Supervisionsprozess umfasst insgesamt vier Stunden. Für die Kürze der Zeit ist hinsichtlich der Erwartungen an die Supervision aus Sicht der Supervisandin das Optimum erreicht worden. Sie habe ihren Gewinn an Klarheit über die strukturellen Einflüsse (sowohl der GmbH-Struktur der beiden Krankenhäuser als auch die Unklarheit der Leitungsrollen) formuliert sowie Ideen für die konkrete Strukturierung während der Projektdurchführung entwickeln können. Sie habe Hinweise für ihre persönliche Weiterentwicklung aufgegriffen und Ideen für die künftige Gestaltung des Projektes gewonnen. Das Projekt sei ein voller Erfolg gewesen. Direkt im Anschluss an das Projekt sei bereits beschlossen worden, dass es im darauffolgenden Jahr ein Folgeprojekt geben soll. Die Supervisandin habe direkt nach Abschluss der Projektwoche der PDL ihre Konsequenzen mitgeteilt. Sie wolle das Projekt künftig als Hauptverantwortliche und ohne Oberärztin durchzuführen und habe dafür die Rückendeckung der PDL erhalten.

9.1. Welche Ziele wurden erreicht / nicht erreicht?

Die Ziele hinsichtlich der Durchführung des Projektes werden erreicht worden. Mit der Supervisandin werden Handlungs- und Kommunikationsstrategien erarbeitet, deren Umsetzung in Zukunft noch vertieft werden muss. Die Klarheit der strukturellen Führungsschwäche veranlasst die Supervisandin im Anschluss an die Projektwoche gegenüber der PDL ihre Konsequenzen zu benennen. Sie muss dies offensichtlich überzeugend vorgetragen haben, da sie in dem Gespräch die Rückendeckung erhalten hat.

Die Globalziele hinsichtlich der Persönlichkeitsentwicklung und der Professionalisierung über Enlargement, Enrichment, Empowerment werden nur angerissen, wenngleich die wenigen Situationen von der Supervisandin gut genutzt werden.

⁶² Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I (S. 116). Paderborn. Junfermann Verlag

⁶³ ebenda

9.2. Wie bewertet die Supervisandin den Supervisionsprozess?

Die Supervisandin fühlt sich bei der Supervisorin sehr gut aufgehoben und in Bezug auf die Klärung ihrer Fragen gut beraten. Sie empfindet den Einsatz der Medien und der Rollenspiele mit dem „Leeren Stuhl“ sehr hilfreich. Sie versetzen sie in die Lage, ihre eigenen Verstrickungen zu erkennen und sich einen Überblick über einzelne Aspekte zu verschaffen. Sie notiert sich am Ende oft verschiedene Sätze, die sie für sich als Leitsätze nutzen möchte. Letztlich erfüllt sich mit der Supervision das Bedürfnis der Supervisandin nach weiterer Strukturierung. So fühlt sie sich den schwierigen Situationen gewachsen.

9.3. Wie bewertet die Supervisorin den Supervisionsprozess?

Angesichts des sehr überschaubaren Auftrags kann der Supervisionsprozess als erfolgreich gewertet werden. Trotz der Schwierigkeit durch die Gesprächsverweigerung der Oberärztin kann die Supervisandin in ihren eigenen Kommunikations- und Handlungsstrategien gestärkt werden.

Die Strukturiertheit der Supervisandin macht es der Supervisorin leicht, ihre konkreten Fragestellungen im Blick zu behalten.

9.4. Wie bewerten die Patientinnen (der Supervisandin) die Wirkung der Supervision?

Diese Frage kann nur aus Sicht der Supervisandin beantwortet werden, da die Patientinnen in den Prozess nicht einbezogen waren. Das Projekt sei aber von allen Mitwirkenden und Patientinnen sehr gut bewertet worden. Von der Oberärztin gibt es keine persönliche Rückmeldung bezogen auf die Konfliktsituationen und deren Sicht der Bewältigung.

9.5. Wie bewertet der Auftraggeber die Wirkung der Supervision?

Die PDL formuliert ihre Dankbarkeit für die Rückmeldung über die strukturellen Erkenntnisse, an welchen sie künftig arbeiten wolle. Außerdem scheint sie hinsichtlich der Klärung im Konflikt mit der Patientin und den Auswirkungen auf die Gruppe deutlich entlastet gewesen zu sein.

Die PDL stellt ein anschließendes Supervisionsprojekt in Aussicht und befürwortet die Fortsetzung der supervisorischen Begleitung der Supervisandin nach deren Bedarf.

10. Zusammenfassung: Entwicklung und Realisierung eines Projektes mit Patienten im Rahmen einer erst vor kurzem veränderten Krankenhaushierarchie

Im vorliegenden Supervisionsprozess wird ein Projekt supervisorisch begleitet, das als ein gemeinsames Projekt zweier zu einer GmbH zusammengeschlossenen Krankenhäuser installiert werden sollte. Beschrieben wird die entstandene Dynamik, als eine Patientin mit einer Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ aus dem Projekt ausgeschlossen wird. Der Supervisionsprozess beginnt, nachdem sich bei der Umsetzung dieser Entscheidung von Geschäftsführung, Pflegedienstleitung und Teamleitung zwischen der Oberärztin und der Supervisorin ein Konflikt entwickelt. Es wird die These aufgestellt und theoretisch begründet, dass die Patientin mit der Persönlichkeitsstörung auf strukturelle Unklarheiten innerhalb der Organisationsstruktur der GmbH und auf unberücksichtigte alltagsrelevante Krankenhaus-hierarchien hinweist, was den Aspekt der Vertrauensarbeit unter derartigen Bedingungen von Zusammenlegungen bedeutsam werden lässt.

Schlüsselwörter: veränderte Krankenhausstrukturen und -hierarchien, dynamische Auswirkungen, Notwendigkeit von Vertrauensarbeit innerhalb von Organisationsstrukturen

10: Summary: Development and realization of a project with patients within a recently modified hospital hierarchy.

In the present supervision process a project is supervisory supported that was supposed to be installed as a joint project of two hospitals that had been merged into a Ltd. The resultant dynamism is described when a patient with a personality disorder such as borderline is excluded from the project. The supervision process starts after the realization of this decision of the executive management, the care service management and the team management and is accompanied by a conflict between the (female) senior physician and the (female) supervisor. It has been put forward the hypothesis and made theoretically plausible that the patient with the personality disorder points out the structural lack of clarity within the organizational structure of the Ltd as well as the unconsidered relevant everyday life hospital hierarchy. This makes the idea of confidential work under these consolidation circumstances important.

Keywords: changed organization of two hospitals, resultant dynamism, need of confidential work in the organizational structures

11. Literaturverzeichnis:

Flammer, August (Hg.)(1990): Erfahrung der eigenen Wirksamkeit, Bern (Hans Huber Verlag)

Galas, Marcus, Die 14 Heil- und Wirkfaktoren des Integrativen Ansatzes in der Supervision S. 2-65 in Supervision, Theorie-Praxis-Forschung Ausgabe 06/2013, Petzold, H.G. (Hg.)

Gunderson, J.G., Links, P.S. (2014): Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for Borderline Patients. Washington, DC: American Psychiatric Publishing

ICD 10: Definition für Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ

Lohmer 2005²: Borderline-Therapie. Stuttgart. Schattauer GmbH, Verlag für Medizin und Naturwissenschaften

Petzold, H.G. (Hg.) (2003²): Integrative Therapie Bd. I-III. Paderborn (Junfermann Verlag)

Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Die neuen Kreativitätstherapien Bd. II, , Bielefeld und Locarno. Aisthesis Verlag (S. 585-637)

Petzold, H.G. (Hg.) (2007): Integrative Supervision, Meta-Consulting, Organisationsentwicklung, Wiesbaden (VS Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage GmbH)

Petzold, H.G., Orth, Ilse, Sieper, Johanna (Hg.) (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben (S. 64). Wien. Krammer Verlag

12. Anhang

Struktur, in die der Konflikt eingebettet ist

