

Supervision in einer Psychosomatischen Klinik mit integrierter Tagesklinik

„Wir brauchen Führungskräfte, die verhindern, dass sich Mitarbeiter die falschen Aufgaben suchen; die sicherstellen, dass die Bezahlung angemessen ist und die sich darüber hinaus in Schweigen hüllen.“

Dirk Baecker

Zusammenfassung::

In diesem Artikel geht es um die Reflektion einer mehrjährigen Supervision als Fall- und Teamsupervision einer systemisch orientierten Psychosomatischen Klinik. Die Planungsüberlegungen werden geschildert, die Umsetzungsprobleme erläutert und für einen Supervisor in diesem Feld wichtige Themen und Settingfragen dargestellt. Es zeigte sich, dass die Teammitglieder sehr von emotional aktivierenden Methoden profitierten. Besonders die Fallsupervision war sehr hilfreich für ein emotional spürbares Verstehen der Patienten für Therapeuten und Pfleger. Dabei erwies sich eine Haltung als hilfreich, die Respekt und Neugier gegenüber den sehr unterschiedlichen Ansätzen der Supervisionsteilnehmer betonte. Auch eine Supervision von Team und Leitung durch einen Supervisor brachte gute Ergebnisse, hatte aber auch Nachteile. Sehr hilfreich war aus Sicht der Leitung die gute Kenntnis der Teamprozesse und Abläufe in der Klinik für die Supervision der Leitung. Deutlich wurde auch, dass die Ergebnisse der Teamsupervision sehr von den jeweiligen Teamgeschichten abhingen. Daneben spielte allerdings auch die eingesetzten Methoden eine Rolle. Teamentwicklung im Sinne geplanter und strukturierter Methoden und Reflektion der aktuellen Teamdynamik erwies sich alleiniger allgemeiner Reflektion von Teamprozessen als überlegen.

Einleitung

In meinem Artikel möchte ich die von mir geleitete Fall- und Team Supervision einer Psychosomatischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus darstellen und reflektieren.

Ich werde meine Planung erläutern, dann über den Prozess der Umsetzung berichten und das Feedback am Ende des Prozesses beschreiben und reflektieren. Ich möchte Anregungen geben, wie Supervision im stationären und tagesklinischen Kontext optimaler gestaltet werden kann.

Typisch für eine solche Klinik sind interdisziplinäre Teams, die sich aus verschiedenen Berufsgruppen wie Ärzte, Psychologen, Pfleger und Kunsttherapeuten, Körper-, Tanz- und Musiktherapeuten zusammensetzen. Häufig sind auch trotz einer nach außen hin vertretenen therapeutischen Ausrichtung (z.B. tiefenpsychologisch, systemisch etc.) hinsichtlich der therapeutischen Ausbildung sehr heterogen ausgerichtete Teams, die in Teilen am Anfang einer regulären Ausbildung stehen oder wie z.B. Pflegekräfte nicht besonders für die Aufgabe in einer solchen Klinik ausgebildet sind. Es stellt sich somit das Problem, mit einem heterogenen Team sinnvoll über Therapieausrichtung zu reden, wo jeder etwas andere Vorstellungen davon hat, was wirkt. Klassischerweise werden von solchen Teams und den entsprechenden Leitungspersonen Wünsche sowohl nach Teamsupervision als auch Arbeit an Fällen gewünscht. Wie sich beides in ein gutes Supervisionssetting integrieren lässt, soll ebenfalls Gegenstand dieses Artikels sein.

Viele Supervisionstheoretiker haben gleichzeitige Supervisionsarbeit durch einen Supervisor mit Teams und Leitungsebenen für geradezu unmöglich erklärt. Ich möchte zeigen, dass dies nicht so sein muss und den Sinn und die Praktikabilität solcher Settings diskutieren.

Von der Anfrage zur Planung.

Die Anfrage

Ich bekam eines Tages vor ca. ca. 4 Jahren den Anruf des Chefarztes einer Psychosomatischen Abteilung, mit der Anfrage, ob ich mich nicht für eine Supervision in einer Tagesklinik und einer Station interessieren würde. Das ganze Projekt sei recht neu und systemisch ausgerichtet. Die integrierte Tagesklinik (das sei die einzige ihrer Art) sei sogar erst im Aufbau. Man habe schon gemacht und er, der Chefarzt habe von mir gehört. Ich möge mich doch bitte vorstellen.

Der erste Eindruck.

Eines Morgens betrat ich den recht großen Bau der Klinik, ein typisches größeres Kreiskrankenhaus. In der großen Eingangshalle wies man mich dann auf die Station, die etwas abseits lag und in einem älteren Gebäudeteil. Sie wirkte typisch für eine Krankenhausstation, viel krankenhausaähnlicher als dies etwa bei eigenen psychosomatischen Fachkliniken der Fall ist. Das gesamte Team erwartete mich. Man suche einen Supervisor für Fall- und Teamsupervision. Diese sollte dann in einem

A-Team (stationär) und einem B-Team (tagesklinisch) getrennt stattfinden. In der Vorstellungsrunde wurden Bedenken laut, ob ich einzelne genügend schützen würde, wenn es um Konflikte ginge. Und andererseits, ob ich bereit und fähig sei, schwierige Themen anzusprechen. Außerdem wurde ich noch gefragt, ob ich mich verständlich ausdrücken könnte. Eine typische Erfahrung aus vorangegangenen Supervisionen schien auch hier zu sein, das Ansprechen von Konflikten alles noch schlimmer machte. Oder das Konflikte gar nicht angesprochen wurden. Nach einer auf die vorhandenen Ambivalenzen in Bezug auf Offenheit im Team ausgerichteten Deutung der Vorgänge in der kurzen, 40-minütigen Sitzung nahm ich einen guten Kontakt zu vielen im Team wahr. Ich bekam zwei Tage später den Anruf, dass das Team sich schnell für mich entschlossen habe. Außerdem wurde auf mein Angebot, auch auf der Leitungsebene Supervision anzubieten, mit Erstaunen aber mit Zustimmung reagiert. Der Chef betonte noch, dass es sich um eine systemisch ausgerichtete Abteilung handelt.

Supervision mit System

Besonders reizte mich der Auftrag, eine systemisch orientierte Supervision anzubieten und die von mir als sehr hilfreich erachteten Methoden der systemischen Psychotherapie in die Supervision einzubringen. Es ist allerdings zu beachten, dass systemische Psychotherapie eine Vielzahl von theoretischen Konstrukten und Methoden beinhaltet, die zum Teil sehr differieren und sogar extrem widersprüchlich sind. So mag an einem Pol die Hellingersche Auffassung der Dynamik von Systemen stehen, die hier nicht weiter expliziert werden soll und am anderen Pol würde ich etwa die systemisch-konstruktivistische Perspektive ansiedeln, deren Vertreter davon ausgehen, dass es keine objektiv erkennbare Realität gibt, sondern dass wir im Rahmen von Erzählungen Wirklichkeit konstruieren. Für die Supervision bedeutet dies, dass ein kontinuierlicher Aushandlungsprozess mit der Leitungsebene stattfinden muss, in dem

sich verdichtet, was das gemeinsame Verständnis eines systemischen Ansatzes sein könnte.

Für mich ist ein Kernkonzept der systemischen Richtung, aus der ich komme (Stierlin, G. Schmidt, Steve de Shazer), dass ich mit den Zielen der Patienten oder Supervisanden mitgehe, und so eine Mitarbeit aufgrund eigener Ideen und Konstrukte sinnvoll erscheint oder die Klienten sich von meinen Ideen mitnehmen lassen, da sie ihnen sinnvoll und praktikabel erscheinen.

Des Weiteren ist das für mich wichtigste systemische Konzept, dass der Patient in der Regel wichtige Problemlöserressourcen besitzt, die er nur noch nicht auf sein spezielles Problem anwenden kann oder will.

Probleme setzen voraus, dass sich jemand in einer Soll-Ist Abweichung hinsichtlich eines Zustandes oder Verhaltens befindet, wobei der Mensch mit einem definierten Problem in der Regel versucht mit ungeeigneten und immer gleichen Mitteln die Soll-Ist Differenz zu reduzieren. Dies führt immer wieder in die Problemsackgasse, deren Indikator die sogenannten Symptome sind.

Des weiteren ist für mich als Kernkonzept der systemischen Therapie wichtig, das Verhalten nicht unabhängig von der Umwelt des Subjekts zu verstehen ist, sondern das es Teil eines homöostatischen Systems ist, dass unter den gegebenen Umständen und Abhängigkeiten einen Sinn macht. Das heißt nicht, dass es das beste oder einzige Gleichgewicht ist, was möglich ist, aber eben ein mögliches, das verstanden werden will, um es nachhaltig zu verändern.

Zu den systemischen Leitgedanken in der Klinik

Das systemische Kernkonzept dieser Klinik wurde vor allem vom Chefarzt konzipiert. Von ihm wurde der Gedanke formuliert, das besonders mit Ressourcen der Patienten zu arbeiten sei und weniger mit den Defiziten. Außerdem wurde für möglichst viele der Patienten das Angebot von systemisch orientierten Familien- und Paargesprächen vorgehalten, wobei diese von speziell ausgebildeten Therapeuten durchgeführt werden sollten, unter Absprache und eventuell mit Beteiligung der nicht systemisch ausgebildeten Bezugstherapeuten.

Die systemischen Therapeuten gehörten nicht nur einer Schule an, sondern waren dort ausgebildet, wo sie es wünschten. Meines Wissens handelt es sich um einen Oberarzt, einen Psychologen und eine Fachtherapeutin, die systemisch ausgebildet waren.

Systemisch orientiert ist auch der Führungsstil des Chefs. Das bedeutete, dass er großen Wert auf Selbstorganisation legte, von den Mitarbeitern also erwartete, dass sie sich selbst um ihre Bereiche kümmerten und Strukturen miteinander aufbauen konnten. Der Chefarzt

wollte sich in manches nicht einmischen, zeigte sich aber bereit, bei Supervisionen mit Einzelnen und im Team dabei zu sein. Aus meiner Sicht gelang es, die Mitarbeiter zu recht eigenständigem Handeln anzustoßen. Es entstand zwar ein verständliches Bedürfnis nach mehr Ordnung und Absprachen, was immer wieder frustriert wurde, aber dies waren m. E. gute Impulse zur Weiterentwicklung im Team. Als Supervisor wollte ich deshalb darauf achten, dass nicht zu viel geklärt und festgelegt wurde. Das würde die gewollte Kreativität und Vielfalt einschränken und flexible Reaktionen im Sinne der Klienten erschweren. Durch die üblich hohe Fluktuation bei vielen Personalstellen ist verständlicherweise das Bedürfnis nach Klarheit der Abläufe relativ groß, da hohe Einpassungsleistungen von den Mitarbeitern erbracht werden müssen, die durch Klarheit erleichtert werden.

Einige Vorüberlegungen zur Teamsupervision.

Der übliche Wunsch von Teams und Leitung nach Teamsupervision ist in den Zielen oft recht diffus. Die Teammitglieder möchten einerseits ihre Arbeitsbedingungen und Möglichkeiten in ihrem jeweils persönlichen Sinn beeinflussen, auch die Leitung soll in die persönlich gewünschte Richtung geschoben werden und die Kollegen sollen andererseits so reagieren, wie ich mir das vorstelle. Da die Wünsche an die Supervision in Teams keineswegs homogen sind und zum Teil komplett unterschiedlich bzw. die Art, wie Anliegen geäußert werden, oft eher bewusst oder unbewusst manipulierend im Sinne der eigenen Interessen eingesetzt wird, bewegt sich der Supervisor in der Teamsupervision auf sehr wackligem Boden. Da nicht mit einer umfassenden Offenheit und Ehrlichkeit aller Teilnehmer gerechnet werden kann, finden sich Supervisionsprozesse in sehr undurchschaubaren Dschungelsituationen wieder. Selten wird die Prämisse, dass es sich bei Teamprozessen teilweise um bewusst oder unbewusst gesteuerte Manipulationsprozesse handelt, die den nicht ausgesprochenen Interessen der Teilnehmer und Auftraggeber dienen, offen verhandelt. Das dient einem Selbstbild im psychosozialen Feld, das zwar nicht sehr realistisch ist, da es Konkurrenz und Manipulation in einen unbewussten Bereich verbannt. Positiv hat das zur Folge, dass konfliktreduzierende und konfliktverdrängende Möglichkeiten entstehen, die eine Zusammenarbeit in einem Berufsfeld, in dem Aggression stark kontrolliert werden muss, ermöglichen. In der Praxis führt Teamsupervision nicht selten zum Aufbrechen von Konflikten, die vorher verdeckt auf kleiner Flamme köchelten und durch ein Supervisionskonzept des Aufdeckens und Bearbeitens dann nicht gelöst werden sondern eskalieren. Wurden solche Erfahrungen häufig in

Supervisionen gemacht, reduziert sich die Supervisionsbereitschaft eher. So kann Supervision auch schaden.

In der Supervisionstheorie hat das dazu geführt, dass manche Autoren Teamsupervision ablehnen bzw. sie für unmöglich halten. (z.B. Schreyögg 2010). Andere sehen Teamsupervision sehr wohl als erfolgreiches und anwendbares Mittel zur Verbesserung der Zusammenarbeit an.

Es bleibt zu fragen, ob und welche Möglichkeiten es gibt, tatsächlich eine Verbesserung der Zusammenarbeit in einem Team („was ist ein Team?“) zu erreichen. Oder sollte man einen Auftrag nach Teamsupervision tatsächlich ganz ablehnen?

Konkrete Planung der Teamsupervision

Für diesen Auftrag habe ich mich entschieden, sehr bewusst und vorsichtig in Teamprozesse einzugreifen. Ich gehe dabei von verdeckten Manipulationsinteressen aus, die nicht offen gelegt werden müssen, und arbeite an der Stärkung des Gemeinsamen und der Einsicht, dass das persönliche Manipulationsinteresse sich hemmen lässt durch die positive Erfahrung eines funktionalen Teams mit begrenzter Offenheit. Andererseits ist auch dafür zu sorgen, dass innovative Impulse und die Kontrolle des Verhaltens der Kollegen nicht völlig durch aggressive Hemmung gelähmt werden.

Wenn es das Ziel ist, die Qualität der Arbeit mit den Patienten zu verbessern, so sind vor allem kooperationsverbessernde Strategien mit den Patienten aber auch untereinander sehr wichtig. Hierzu gehört eine am Anderen interessierte Haltung, die das Andere und Fremde und den Anderen nicht abwertet. Spüren Kollegen oder Patienten eine solche Abwertung, dann werden schnell bewusste oder unbewusste Widerstände aktiv. Das erfordert, das Augenmerk auf kooperationsfördernde Verhaltensweisen zu richten und sie zu trainieren und vorzuleben. Dabei definiert das Team, was in dem jeweiligen Kontext als kooperationsfördernd und was als behindernd erlebt wird.

Die wesentlichste kooperationsfördernde Haltung aus Sicht der systemischen Theorie wäre der grundsätzliche Respekt vor unterschiedlichen Sichtweisen und ein damit immer wieder notwendiger Perspektivenwechsel. Probleme entstehen vor allem dort, wo ich mich im Recht sehe und nicht zur Perspektive des Anderen bereit bin.

Mir war wichtig eine Ressourcenperspektive auf alle Teammitglieder zu haben. Wer kann was gut, war für mich eine wichtige Leitfrage, für die sich besonders der Einsatz des TeamManagementSystems (TMS) nach Mc Garrison & Cann eignete.

Es scheint m. E. eine typische Gefahr zu sein, als systemischer Therapeut seine Perspektive zu verabsolutieren und zu glauben, nun endlich die richtige, systemische Perspektive zu haben. Das wollte ich für mich und alle anderen vermeiden, indem ich mir immer wieder Feedback über die Supervision von den Teilnehmern geben ließ. Neben dem TMS hatte ich auch die Idee eines Teamtages mit erlebnisaktivierenden Methoden und wollte neben möglichst offenen Teamgesprächen auch Time-Line Arbeit in der Gruppe machen, Visionsreisen und Rituale der Zusammengehörigkeit anbieten sowie das Reflecting Team nach Tom Anderson nutzen. Klar war für mich auch, dass der Oberarzt bei Team- und Fallsupervision dabei sein sollte. Diese Funktion muss aus meiner Sicht an den Prozessen der Supervision teilnehmen, sonst bleiben die Ergebnisse unverbindlich und werden nicht umgesetzt.

Planung der Fallsupervision

In fast allen Psychosomatischen Kliniken gibt es zwar eine Hauptausrichtung, aber eben auch eine Vielzahl in verschiedenen Schulen ausgebildete Therapeuten. Das Gespräch über die Beeinflussung der Patienten ist ebenso wie die Strategie geprägt durch sehr unterschiedliche Sprachen und Ansätze. Daneben findet sich auch noch ein Anteil nicht speziell therapeutisch ausgebildeter junger Ärzte und Schwestern. Hier wird es schwierig, sich zu verstehen, gemeinsame Therapiestrategien zu finden und die Hauptorientierung sinnvoll umzusetzen. Im Blick der Patienten ist nicht die Methode der Behandlung entscheidend, sondern das Gefühl, verstanden zu werden und das Aufzeigen von Veränderungsmöglichkeiten, was dann die positive Bewertung einer Klinik ausmacht (siehe auch Fürstenau(2004) und Möller (2004). Supervision bedeutet auch die Notwendigkeit Schulen übergreifenden Verstehens von Patienten- und Teamdynamiken zu ermöglichen und den Patienten in seiner Dynamik erfahrbar zu machen. Das erfordert eine Kenntnis der Hauptrichtungen von Psychotherapie und die Fähigkeit, seinen Ansatz so zu vermitteln, dass er für andere mit unterschiedlichen Vorprägungen nachvollziehbar ist. Gleichzeitig steht der Supervisor in der Pflicht, der Hauptausrichtung (hier systemisch) unterstützend zu begegnen, da sonst Konflikte mit den Leitungsimpulsen wahrscheinlich wären.

Nach und nach scheint sich durch gelungene Supervision so etwas wie ein allgemeineres Verständnis therapeutischen Handelns zu ergeben, das bei Fallbesprechung zur Herausbildung Schulen unspezifischer Muster der therapeutischen Beurteilung führen kann. Beispielhaft kann hier die allgemeine Psychologische Psychotherapie nach Grawe () sein,

die Ansätze unterschiedlicher Schulen auf ihre situativ sinnvolle Anwendung hin prüft. Es war mein Anliegen, an dieser Klinik in diese Richtung zu wirken. Ich wünschte mir dabei die Mitwirkung des Chefarztes, der seinem Team die Richtung geben und den „Funken“ Begeisterung für die Essentials des Konzepts rüberbringen sollte. Ein weiterer wichtiger Aspekt für die Planung der Fallsupervision war mir die vermutete Spiegelung der Konfliktdynamik der Patienten in der Dynamik des Teams. Systemisch gesehen könnte man sagen, die Patienten und das Team bilden ein homöostatisches System, das durch neue Patienten oder Wechsel im Team immer wieder neu gestaltet wird. Es lassen sich also möglicherweise an untypischen Dynamiken des Teams auch Patientendynamiken verstehen. Da die Grundstörung der meisten Patienten m.E. im Beziehungsverhalten liegt, sind die Beziehungen einzelner Patienten zum Team sehr vielfältig. Umgekehrt beeinflusst auch das Team die Dynamik der Patientengruppe. Ständiger Wechsel oder Spannungen im Team verunsichern z.B. die Patienten und führen zu Symptomverstärkungen bei einzelnen Patienten. Für mich war es wichtig zu prüfen, ob sich aus der Teamdynamik und ihrer Veränderung Rückschlüsse auf Konfliktdynamiken einzelner Patienten ziehen lassen. Umgekehrt sollte auch die Wirkung des Teams auf die Patienten beleuchtet werden. Sehr typisch erscheint die z.B. Wirkung von Borderline Patienten auf das Team: es bilden sich schnell sehr unterschiedliche Einschätzungen zum Patienten, die das Team manchmal fast zu spalten scheinen. Diese Spaltungen können sich durch ein Verstehen der Patientendynamik mit ihrer instabilen (Objekt) Beziehung erklären lassen.

Auch psychosomatische Patienten, die sich stark über ihre körperlichen Symptome definierten, aktivierten im Team häufig Befürchtungen hinsichtlich ungenügender somatischer Abklärung. Diese sicher nicht unberechtigten Fragen werden zu Konflikten, wenn der Patient seine Symptome abwehrend trotz wiederholter Abklärung in den somatischen Bereich verlagert. Auch hier könnte das Verstehen der beziehungsgestaltenden Funktion der Symptome des Patienten zu einer Lösung oder Milderung der Konflikte im Team führen.

Schon im Vorfeld war für mich zu erwarten, dass es auch immer wieder um die Abgleichung von Zielen der Therapeuten und Patienten gehen müsse. Gerade in einer psychosomatischen Klinik ist zu erwarten, dass einige Patienten eine Linderung ihrer organisch attribuierten Symptome wollen und den Nutzen der Psychotherapie erst nicht verstehen, weil noch kein Zusammenhang von Lebenssituation und Konflikten zu den Symptomen hergestellt wurde. Da aber die Therapeuten psychotherapeutisch arbeiten wollen und zumindest nicht dauerhaft mit

irgendwelchen organischen Abklärungen zu tun haben wollen, dürften sich Konflikte zwischen den Zielen der Patienten und der Therapeuten ergeben, die eine Kooperation zwischen beiden schwierig machen können. Diesem erwarteten Problem wollte ich mich durch genauere Zielanalyse beider Gruppen stellen.

Methodisch plante ich ein multidimensionales Vorgehen mit systemischer Akzentuierung. Von Systemaufstellungen, Rollenspielen, Zielklärungen bis hin zur aktiven Teilnahme von Patienten an ihrer Supervision war mir der erlebnisaktivierende Aspekt des Vorgehens ebenso wichtig, wie eine fachliche Reflektion des Vorgehens unter systemischen, tiefenpsychologischen und manchmal verhaltenstherapeutischen Aspekten.

Beinahe festgelegt war ich auf den Beginn der Fallsupervisionen mit einer Darstellung des Familiensystems des Patienten als Genogramm. Wichtig war es mir auch, möglichst viele Anwesende in die Supervision aktiv mit einzubeziehen, vor allem auch die Pflege. Nach meinen Erfahrungen ist diese Berufsgruppe für die Patienten sehr wichtig, bleibt aber bei Supervisionen oft außen vor. Die zeitliche Verteilung von **Team- und Fallsupervision** war zunächst auf Wunsch der Teams 14-tägig 1,5 Stunden Fallsupervision und dann jedes dritte mal 1,5 Stunden Teamsupervision.

Problematik der Supervision mit verschiedenen hierarchischen Ebenen

Es ist in der Supervisionstheorie und Praxis eher verpönt, mit verschiedenen hierarchischen Ebenen einer Einrichtung zu arbeiten. Hier besteht bei vielen Supervisoren die berechtigte Angst, in Konflikte zu geraten, die ihre Neutralität verletzen. Andererseits leuchtet ein, dass eine Supervision im Sinne einer Beeinflussung einer Organisation und ihrer Mitglieder optimiert werden kann, wenn die verschiedenen Ebenen so beraten werden könnten, dass eine optimalere Arbeitssituation entsteht, die Interessenkonflikte in einem ausbalancierten Rahmen hält und so zu mehr Zufriedenheit bei Mitarbeitern und Leitungsfunktionen führt. Ich würde postulieren, dass in der Regel beide Seiten sich erfolgreich beeinflussen müssen, um eine Optimierung von Kommunikation und wirksamen Handeln im Arbeitsfeld zu erreichen. Im Arbeitsfeld der Psychosomatik muss natürlich auch der Patient die Therapeuten und die Leitung begrenzt beeinflussen können, da sonst ein Verstehen des Patienten sich nicht einstellen kann.

Eine Einbeziehung mehrerer hierarchischer Ebenen kann nur gelingen, wenn der Erfolg der Arbeitsaufgabe aktuell höher bewertet wird als die manipulative Durchsetzung eigener Interessen. Die Konstruktion der

Arbeitssituation als natürlicherweise gemeinsames Handeln und Kooperation voraussetzende Situation, die allerdings gravierende Interessenskonflikte beinhalten kann, ist vom Supervisor zu pflegen. Sonst würde er sich in einem Minenfeld erleben, das er nur durch Parteilichkeit im Sinne der Arbeit mit einer Ebene überwinden kann. Im Sinne von Neuberger (2005) werden Arbeitssituationen durch führen und sich führen lassen der Mitarbeiter mitgestaltet. An dieser Wechselwirkung kann der Supervisor sinnvoll arbeiten, wenn er auf beide Ebenen dahingehend einwirkt, dass beide ihre Ziele erreichen. Zur Leitungssupervision sollten die beiden Oberärzte und der Chefarzt viertel- bis halbjährlich zusammenkommen. Das sollte natürlich für beides Teams transparent sein. Inhaltlich war diese Supervision offen für die auftauchenden Themen. Aus meiner Sicht war sie eine Chance, Eindrücke aus den Teams und deren Bedürfnisse gut zu transportieren. Da der Supervisionsauftrag in diesem Fall auch ein Leitungsauftrag war, wollte ich auch meine Arbeit als Supervisor mit den Bedürfnissen der Leitenden abgleichen und neu verhandeln. Außerdem gab es Anliegen meinerseits, das Profil der Klinik zu schärfen und die Leitungsebenen insgesamt anzuregen, ihre Vorstellungen von Therapie weiterzugeben. Auch die Diskussion über neue Strukturen wie die Erweiterung der Leitungsrunde oder die Veränderung der Vollversammlung waren mir wichtig.

Klar war mir, dass es eine Grenze geben müsste, was die Informationsweitergabe insbesondere persönlich identifizierbarer Informationen und Äußerungen anging. Das bereitete mir Kopfzerbrechen, da es meine Absicht, für Team und Leitung hilfreich zu sein, zunichte gemacht hätte, wenn das Vertrauen einer oder beiden Seiten zerstört würde. Sicher am heikelsten war mein Anliegen, das im Team die Zusammenarbeit behindernde Konflikte durch die Leitungsebene aus dem Weg geräumt werden könnten. Dabei wollte ich auf keinen Fall Einzelne belastende Informationen geben. Wobei auch bei bester Beachtung dieser Grenzen ein solcher Eindruck schnell entstehen kann.

Die Umsetzung der Supervision

Anschließend möchte ich etwas über meine wichtigsten Erfahrungen aus dem Ablauf der Supervision über ca. 4 Jahre berichten. Ich habe die Erfahrungen danach ausgewählt, dass sie anderen Supervisoren einen größtmöglichen Nutzen bringen bei Supervisionen in einem ähnlichen Setting. Danach erhalten Sie einen Blick auf die Supervision über das Schluss-Feedback der Teilnehmer.

Fallsupervisionen

Die mir gestellte Aufgabe, unterschiedlich ausgebildete Therapeuten in einem gemeinsamen Fallverständnis zusammen zu bringen, erschien mir anfangs schwieriger als sie es war. Hier kam mir meine Fähigkeit, theoretische Erkenntnisse in verstehbare Alltagssprache zu bringen, zu Hilfe. Auch die Erkenntnis, andere in ihrem Sprachgebrauch mehr in Richtung Alltagssprachlichkeit anzuregen, erschien als hilfreich.

Besonders produktiv war aus meiner Sicht die Supervision in Anwesenheit des Patienten, der selbst Rückmeldung über das von ihm Verstandene und Erlebte geben kann. Denn natürlich bestimmt die Botschaft der Empfänger und der ist mindestens mittelbar der Patient. Aus meiner Sicht erwies sich das als profilbildende Leistung angebotene systemische Gespräch als sinnvoll aber problematisch, da immer wieder Konflikte auftauchten, wer genau dieses Gespräch wie vorbereitet und dann führt. Sinnvoll war dieses Gespräch dann, wenn es gelang, die Umweltfaktoren und Wirksysteme, die mit der Symptomatik des Patienten in Wechselwirkung standen, aufzuzeigen und Veränderungen anzustoßen. Am besten schien mir dies unter der Führung des Chefs zu gehen, dessen Autorität wenig infrage stand. Insgesamt die üblichen Mittel der systemischen Gesprächsführung wie Videoaufzeichnungen, Vorbereitung, Pausen, Betrachtung des therapeutischen Systems usw. eher selten genügend genutzt. Problematisch war die Beteiligung unterschiedlicher Personen mit ihren Schulausrichtungen, unterschiedlichen Stilen und Akzenten. Diese Konstruktion war sehr konfliktanfällig und erforderte ein hohes Potential an Selbstreflexion, Einsatz und möglicherweise auch Führung.

In der Supervision tauchte das Problem der systemischen Gespräche häufiger als Konflikt auf. Hier vermischten sich persönliche und strukturelle Probleme zu sehr explosiven Prozessen. Letztlich führte das dazu, dass diese Möglichkeit weniger genutzt wurde.

Aus meiner Sicht könnte es günstiger sein, dieses Angebot sehr genau auszuformulieren und eine Person damit zu betrauen, einen Behandlungsplan zu erstellen. Anfragen könnten an den Beauftragten kommen, der dann klärt und eigenverantwortlich entscheidet, wie vorgegangen wird.

Umgang mit Zielen der Patienten.

Erwartungsgemäß waren die Ziele der Therapeuten und der Patienten öfter konträr. In vielen Supervisionen ging es darum, dass Patienten die Zielvorstellungen, die Therapeuten für ihre Patienten hatten, nicht übernehmen wollten, sondern sich mit scheinbar inadäquaten Zielen identifizierten. So sollten psychosomatische Patienten ihre

Lebenssituation ändern wollen und nicht bloß ihr Symptom loswerden wollen. Oder sie sollten einsehen, dass weitere medizinische Untersuchungen sinnlos seien und es sich um ein psychosomatisches Symptom handelt, verbunden mit der Implikation, dass man dann psychotherapeutisch arbeiten müsse.

Ich arbeitete mit dem Team daran, erst mal die Ziele der Patienten zu akzeptieren. Ich halte einen Prozess der langsamen gemeinsamen Zielfindung für sehr wesentlich und ergebnisfördernd, da der Patient sonst die gebotenen Möglichkeiten gar nicht richtig nutzen wird, skeptisch bleibt und seine Selbstheilungskräfte nicht auf das Angebot der Klinik ausrichten wird.

In der Supervision wurde von mir immer wieder angesprochen, was die Ziele des Patienten sind und wie diese sich in die therapeutische Arbeit des Teams einbinden lassen.

Gerade in der psychosomatischen Medizin ist die Zielbildung des Patienten oft sehr geprägt durch die körperlichen Symptome, deren Verschwinden er mit Druck verfolgt. Das führt dann zu Verschlimmerungen, weil die zugrunde liegende Haltung nicht geändert wurde. Die günstigere Haltung ist in der Regel das flexible Umgehen mit den Körperreaktionen und die Erkenntnis, dass hier Signale vom Körper gegeben werden.

Indirekt diente der gemeinsamen Zielfindung die Einführung einer Vollversammlung, bei der auch die Therapeuten dabei waren und die zu gegenseitiger Vertrautheit von Patienten und Personal führte. Dies wurde in der Supervision intensiv vorbereitet.

Auch die Supervision in Anwesenheit des Patienten stärkte die gemeinsame Zielfindung, da hier der Patient zu den Vorschlägen der Therapeuten direkt Stellung nehmen konnte.

Team- und Patientendynamik

Insgesamt erwies sich die geplante Betrachtung der Spiegelung von Team- und Patientendynamik als hilfreich, insbesondere bei den so genannten strukturschwachen Patienten, die die Dynamik des Teams besonders stark beeinflussten. Die Erkenntnis, dass manche Teamkonflikte durch die Impulse des Patienten mit verursacht waren, wirkte beruhigend auf die Konfliktbeteiligten.

Besonders intensiv arbeitete ich an der Gestaltung der Beziehung von Chef und Team bei den vom Chef selbst therapierten Privatpatienten. Aufgrund seiner besonderen Rolle mit vielen anderen Aufgaben war hier die Kommunikation zwischen Chef und Team (besonders dem Bezugstherapeuten) eher schwierig, was vor allem bei Patienten problematisch war, die m. E. spaltende Tendenzen zeigten und sehr unterschiedliche Informationen aufnahmen und weitergaben. Es war

musste geklärt werden, für was genau der Bezugstherapeut zuständig war und was sich sozusagen im Revier des Chefs abspielen sollte. Die Bezugstherapeuten schauten natürlich intensiv auf das, was der Chef in seiner Vorbildrolle mit dem Patienten tat.

Erfahrungen mit der Leitungssupervision.

Das Leitungsteam bestand bisher nur aus Chefarzt und zwei Oberärzten, die sich regelmäßig zu Leitungsbesprechungen treffen. Damit sind alle Kreativtherapeuten und Psychologen der ärztlichen Leitung unterstellt. Aus meiner Sicht wird dies der klassischen Verantwortungsstruktur gerecht, aber nicht den tatsächlichen therapeutischen Prozessen, die weitgehend auch von den Kreativtherapeuten getragen werden. Möglicherweise schafft die Abwesenheit der Kreativtherapeuten, von denen es immerhin in jedem Team drei gibt, dauerhafte Konflikte über deren Bedeutung.

In der Leitungssupervision konnten aus meiner Sicht einige Anliegen des Teams ganz gut transportiert werden. Auch einige Führungsthemen konnten aus meiner Sicht zur Zufriedenheit aller Beteiligten gelöst werden. Ich selbst hatte das Gefühl, auch die Anliegen und Probleme der Leitung besser zu verstehen und damit nicht so schnell auf irgendeine der beiden Seiten zu geraten und damit neutraler sein zu können. In diesem Sinne war diese Kombination für die gesamte Organisation aus meiner Sicht sinnvoll.

Reflektion zur Methodik

Im Prozess der Supervision verwendete ich im Team und in der Fallsupervision erlebnisaktivierende Methoden. Als Dauerbrenner erwies sich eine flexible Aufstellung von Personen, Themen, Zielen und therapeutischem System. Hier wurden schnell und wirkungsvoll Bilder geschaffen, die für alle verständlich waren. Ich achtete immer auf die Lösungsfokussierung der Aufstellungsbilder. Selbstkritisch muss ich sagen, ich hätte sie noch öfter nutzen können. Mit der Zeit nutzte ich sie seltener, da sie mich als strukturierender Leiter mehr in Anspruch nahmen als das reflektierende Gespräch. Dies gilt auch für andere erlebnisaktivierende Methoden, die ich öfter hätte anwenden können. Ich tat dies immer mit nachhaltigem Erfolg, hatte aber die Erwartung an das Team, das es so etwas mehr einforderte. Im Falle der Patientenbeteiligung machte ich immer wieder Anstrengungen, diese mehr zu implementieren. Das gelang auch gut, es wurden immer wieder Patienten zur Teilnahme vorgeschlagen und die meisten erlebten eine solche Supervision als hilfreich.

Hinsichtlich der **Teamentwicklung** lief ich im stationären A-Team eher auf, zumindest am Anfang war für meine Vorschläge wenig Begeisterung vorhanden. Das lässt sich allerdings leicht durch deren besondere Situation (z.B. Oberarztwechsel, besondere Konflikte im Team) erklären. Insgesamt ließ ich mir in diesem Team zu wenig Feedback über die Supervision geben, da aus meiner Sicht die Stimmung schwieriger war und die Teilnehmer verständlicherweise manchmal weniger engagiert und eher vorsichtig waren. Dadurch war die Supervision möglicherweise schlechter an die Bedürfnisse des Teams angepasst. In dem tagesklinischen B-Team ging es leichter. Ich führte dort eine TMS-Maßnahme durch, die die Rollen im Team klärte, mit intensivem Feedback für jeden einzelnen verbunden war und die zu einer besseren Atmosphäre im Team beizutragen schien.

Feedback: Die Ergebnisse der Supervision aus der Sicht der Beteiligten

Was war nun der letzte Eindruck der Supervisionsteilnehmer? Das wollte ich (nicht nur) am Ende der Supervisionsprozesses gerne genauer wissen.

Die Leitungsrunde gibt Rückmeldung

Die Teilnehmer der Leitungssupervision (Chefarzt und die beiden Oberärzte) zeigten sich insgesamt mit der Supervision zufrieden. Der Chefarzt meinte, er habe anfangs für sich gar keine Leitungssupervision gewollt, habe aber einige Dinge in dieser Runde sehr gut lösen können. Er wolle die Supervision gerne mit beiden Oberärzten weiter mit mir fortführen. Grundsätzlich finde er eine gemeinsame Supervision von Leitung und Team sehr sinnvoll und hilfreich, da der Supervisor beide Seiten gut kenne und somit gut beraten könne. Das Teamsupervision und Leitungssupervision vom gleichen Supervisor kam, habe er anfangs als sehr ungewöhnlich empfunden, aber in der Praxis sei es erstaunlich gut gegangen. Der Oberarzt der Tagesklinik sah auch den Nutzen der Leitungssupervision, die für die Organisation sinnvoll gewesen sei, in dem die Anliegen der Teams auch in der Leitung deutlicher als bisher wurden. Er war aber kritischer gegenüber einer gemeinsamen Supervision von Leitung und Team und verwies auf einige Skepsis im Team. Die neu in die Runde gekommene erfahrene Oberärztin aus dem stationären Team, zeigte sich insgesamt skeptischer. Die Fallsupervision habe ihr immer sehr gut gefallen, mit den Teamsupervision sei sie nicht so zufrieden gewesen. Sie befürwortete aus ihrer Erfahrung eher längere

Einheiten von Teamentwicklung, wo dann alle mitmachen könnten und das Team mehr Zeit habe sich anders zu erleben. Ich konnte diese kritische Sicht gut akzeptieren und verstehen.

Das A-Team gibt Rückmeldung:

In Feedback wurde durchweg die Teamsupervision als eher schwierig und manchmal belastend empfunden. Einige Konflikte seien in der Supervision sogar schärfer geworden und hätten in der Supervision nicht gelöst werden können. Tatsächlich konnten einige Konflikte nur durch Eingriff der Leitung gelöst werden.

Auch hier wurden die aktiven Momente meinerseits und sehr strukturierte Sitzungen als eher positiv erlebt und das offene und unstrukturiertere Gespräch als weniger produktiv. Hierzu gab es auch abweichende Meinungen, da einige das Aussprechen und selbst die Zuspitzung von Konflikten als letztlich für die Arbeit wichtig und entlastend fanden. So sei erst richtig deutlich geworden, was im Alltag unterging.

Ein Jahresrückblick als Time-Line Arbeit(NLP) wurde von vielen erinnert. Insgesamt wenig Konflikte gab es zwischen den Berufsgruppen. Leider äußerte sich das Pflegepersonal relativ wenig zu der erlebten Qualität der Supervision.

Insgesamt wurde das Team als jetzt in einem guten Zustand erlebt, man habe viel durchgemacht, habe aber auch die Zeit ohne Oberarzt als produktiv erlebt und sei stolz darauf. Und froh, jetzt wieder in ruhigeren Gewässern zu sein. Insgesamt wurde kein klarer Zusammenhang von der Entwicklung des Teams und den Interventionen in der Supervision gesehen.

Die **Fallsupervision** wurde von allen als hilfreich erlebt, da sie zu einer breiteren Information über den Patienten und zu einer neuen Einstellung zum Patienten führte. Auch die Live-Supervision in Anwesenheit des Patienten und meine Art, die Patienten zu interviewen, wurde als anregend erlebt. Zudem hätten auch hier die Patienten in vielen Fällen von der Teilnahme an der Supervision profitiert.

Positiv wurde auch die Einbindung des Chefs in einzelne Supervisionen bewertet, wenn es um seine Patienten ging, Auch im A-Team wurden erlebnisaktivierende Methoden wie Aufstellungen, Rollenspiel, Einbringen von Bildern als positiv und bereichernd erlebt.

Das B-Team gibt Rückmeldung:

Hier bekam ich insgesamt ein positives Feedback für die fast fünf Jahre Supervision. Besonders die Teamsupervision wurde von fast allen als gelungen empfunden. Ich verweise auf die Anwendung von TMS und

einigen Teamritualen, die ich mit diesem Team ausprobierte. Es konnten auch einige Konflikte gut gelöst werden, die einerseits im Team bestanden und auch Konflikte mit meiner Person und meine Rolle als Supervisor, die ich bearbeiten und auflösen konnte. Insgesamt sei das Gefühl der Zusammengehörigkeit deutlich gewachsen. Der Oberarzt meinte, dass einige Konflikte dauerhaft im Team vorhanden gewesen sein und nicht genügend behandelt worden wären, wobei er sich frage, ob sie dann eher lösbar gewesen wären. Insgesamt gab es einen wiederholten Abstimmungsprozess hinsichtlich der Teamsupervisionsprozesse. Nach Meinung der Teilnehmer konnten die Wünsche ganz gut umgesetzt werden. Es wurden insgesamt die aktiven und strukturierenden Elemente als besonders förderlich erlebt. Auch wenn ich meine Perspektiven und Punkte aktiv durchsetzte, schien dies dem Team eher zu nützen. Die Verbindung von Leitungs- und Teamsupervision wurde von einigen kritisch gesehen. In der Praxis habe es ganz gut funktioniert, einige hätten aber ein leises Unbehagen gespürt, was da wohl passiert. Für einige, die am Anfang der Supervision nicht dabei waren, war es auch wenig transparent, wie diese Konstruktion genau gedacht war.

Besonders hilfreich wurde eine vor kurzem durchgeführte stark strukturierte Supervisionsepisode mit beiden Teams erlebt. Dabei ging es um gewünschte Veränderungen, die in der Zusammenarbeit beider Teams geplant werden sollten. Dies wurde sehr klar und begrenzend durchgezogen und führte zu einigen Ergebnissen, die dann umgesetzt werden konnten.

Auch die **Fallsupervision** wurde als insgesamt positiv und für die Arbeit mit den Patienten als förderlich erlebt. Die Therapiemethode der jeweiligen Therapeuten spielte scheinbar kaum eine Rolle für den persönlich erlebten Nutzen der Fallsupervision. Das Verständnis für den Patienten wurde fast immer vertieft und fast immer eine neue Einstellung zum Patienten mitgenommen.

Etwas schwieriger hatte es die Pflege, die sich aus eigener Sicht wenig einbrachte und auch weniger mitnehmen konnte. Möglicherweise habe ich das Pflegeteam nicht genügend berücksichtigt und angesichts der in dieser Berufsgruppe sicher etwas größeren Redehemmung nicht genügend gefördert und gefordert.

In den meisten Fällen als sehr positiv wurde meine mit viel Mühe durchgesetzte Live-Supervision erlebt. In vielen Fällen hätten Patienten auch Seiten von sich gezeigt, die zumindest einigen Teammitgliedern nicht vertraut waren. Schon die Besonderheit einer solchen Sitzung für den Patienten zeigte manchmal deutliche Wirkung. Sehr wirksam waren aus Sicht dieses Teams auch Aufstellungen, die immer wieder

überraschendes zutage gebracht hätte oder zumindest sehr deutliche und wirksame Bilder zu dem Patienten gebracht hätten. Auch Rollenspiele und andere erlebnisaktivierende Interventionen wurden als besonders gut hervorgehoben.

Abschließende Reflektionen.

Deutlich wurde die Bedeutung einer guten, konstanten Leitung und Teamkonstellation in einem Team. Den emotional belastenden Erfahrungen durch Probleme mit Leitungswechsel und Mitarbeitern konnte die Supervision nicht genügend entgegensetzen. Insgesamt würde ich, wenn ich diese Prozess noch einmal beginnen könnte, noch mehr strukturieren, einzelne Schritte besser planen und mehr erlebnisaktivierende Methoden einsetzen. Ich würde auch die Entscheidung, Leitung und Teams aus einer Hand zu supervidieren, besser absprechen und eher mit einem mir bekannten Supervisor zusammenarbeiten, wobei je einer die Teams und einer die Leitung betreuen würde. Hier könnten sich der angenommene Nutzen der Supervision aus einer Hand und das Beachten der Grenze zwischen Team und Chef einfacher gestalten. Außerdem könnte der Supervisionsprozess durch eine gemeinsame Reflektion beider Supervisoren gewinnen.

Es zeigte sich auch, dass die Teamsupervision, wenn sie Konflikte bearbeiten und lösen will, ihre Grenzen hat. Ich würde deshalb mehr teambildende Maßnahmen einsetzen und weniger an den anstehenden Konflikten in der Teamsupervision arbeiten. Das praktizierte ich eher im Team B. Dort gab es mehr Kontinuität durch eine erfolgreiche und schon seit langem etablierte oberärztliche Leitung, was ich als unterstützend empfand. Ich konnte mit Zustimmung des Teams ein Supervisionskonzept verfolgen, das mehr geplante Schritte zur Teamentwicklung beinhaltete. Meines Erachtens wäre eine, über einen Tag oder länger dauernde Maßnahme mit dem gesamten Team und der Leitung sinnvoll. Hier könnte an der Atmosphäre im Teams gearbeitet werden, die kooperative Allianz gestärkt werden und es könnten nur von der Leitung zu lösende Konflikte deutlicher werden.

Die immer wieder gewünschte Zentrierung der Supervision auf Personen und persönliche Konflikte verbunden mit einer Angst vor Verschärfung von Konflikten machte mir deutlich, dass es eine Falle sein kann, wenn der Supervisor sich in größerem Maße darauf einlässt. Eine sinnvolle und emotional starke Konfliktbearbeitung wird von vielen Teammitgliedern aus meiner Sicht weder gewünscht noch ausgehalten. Im Arbeitskontext neigen wir sinnvoller Weise dazu, Emotionalität eher zu reduzieren. Es könnte eher darum gehen, wie ein Team einen Konflikt aushalten kann,

wenn er nicht lösbar scheint oder wer welchen Eingriff machen müsste, je nach Konflikteskalation.

Zur Einladung von Patienten zur Fallsupervision bestanden anfangs Bedenken, wie das für das Personal und für die Patienten sein würde. In meiner langjährigen Praxis dieser Live- Supervision habe ich damit sehr positive Erfahrungen gemacht, so dass ich mich für dieses Modell einsetzte. Aus meiner Sicht passt es besonders in eine systemisch orientierte Klinik, dass Patientin an ihrem Behandlungsplan mitwirken können. Neben dem Nutzen für die Patienten erschien mir auch der offene Umgang im Demonstrieren eigener Gesprächsführung mit ihren Möglichkeiten und Grenzen sinnvoll, da sie den Teilnehmern erlaubt, offener mit Stärken und Schwächen umzugehen.

Vornehmen würde ich mir für das nächste Mal mehr Achtsamkeit im Umgang mit dem Pflorgeteam. In meiner Rolle als Psychotherapeut bin ich in ihren Belangen weiter weg, so dass mehr Nachfrage hilfreich wäre. Diese Berufsgruppe ist verbal nicht so aktiv und kommt dann mit ihren Bedürfnissen zu kurz. Aus anderen Supervisionen kenne ich die Erfahrung, dass sich Pflegepersonal untereinander gut austauschen kann, aber in Gegenwart von Ärzten und anderen Berufsgruppen eher zurückhaltend ist.

Aus meiner Sicht wäre es auch sinnvoll gewesen, den Prozess der gemeinsamen Zielbildung systematisch zu betrachten und zu strukturieren z. B. durch eine Fortbildung. Gemeinsame Zielfindung ist im Falle des Gelingens fast Hauptgarant einer positiven Erfahrung des Klienten, die er nur machen kann, wenn er glaubt, dass seine Ziele erreicht wurden oder erkennen kann, warum er seine Ziele nicht umsetzen konnte. Manchmal merkt der Klient nicht einmal, dass er wichtiges erreicht hat, weil er etwas anderes wollte. Auch das Thema der Spiegelung von Team- und Patientendynamik tauchte im Feedback nicht auf, obwohl diese aus meiner Sicht immer wieder wichtig war. Vielleicht ist sie für den Supervisor wichtiger wie für die Mitarbeiter.

Literatur:

Fürstenau, Peter: Psychoanalytisch Denken, systemisch arbeiten, suggestiv intervenieren. Klett Cotta 2004

Glasl, Friederich: Konfliktmanagement. Ein Handbuch für Führungskräfte, Beraterinnen und Berater.

Hedlund, Susanne: Zur Bedeutung der Supervision bei stationärer Psychotherapie am Beispiel von psychosomatischen Kliniken. In: OSC 2003, 2, S145-153

Möller, Heidi Was ist gute Supervision? Grundlagen, Merkmale, Methoden, Klett Cotta 2004

Schreyyögg, Astrid: Supervision- ein integratives Modell, VS-Verlag
2010

Schreyyögg, Astrid: Was heißt systemisch in Supervision und Coaching?

In: OSC 2009, 16 , S.86-100 VS Verlag