

## Supervision im Krankenhaus

erschienen in: Österr. Vereinigung für Supervision ÖVS (Hg.): Supervision - eine kritische Dienstleistung?; Schriftenreihe Supervision Band 1, S 89 - 101; Studienverlag Innsbruck-Wien, 1997

### Einleitung

Eingeladen diesen Beitrag zu schreiben, wurde uns in ersten Gesprächen rasch deutlich, daß wir kein allzu glattes, markt- und kundenorientiertes oder sogar pragmatisches Kochbuch liefern wollten. Vielmehr liegt uns daran, die Neugierde und Lust am Reflektieren zu wecken, auch Einsprüche wachzurufen und Kritik herauszufordern. So haben wir uns für die Darstellung von fünf Fallbeispielen entschieden, aus denen die Eigenart dieses Arbeitsfeldes und die besonderen Herausforderungen an Supervision im Krankenhaus sichtbar werden sollen. Manche LeserInnen mögen einige dieser Fallbeispiele als „gescheiterte“ Supervisionen diagnostizieren, wobei gerade diese Diagnose zu einer vertieften Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten von Supervision in diesem Feld einlädt. Seit vielen Jahren versuchen wir die Struktur und Dynamik beruflichen Handelns in Krankenhäusern besser zu verstehen, um sicherer und handlungsfähiger zu werden. In diesem Versuch setzen wir uns der auch für supervisorische Tätigkeit üblichen Gefahr von Allmachtsphantasien aus, zugleich bilden sich darin für die Organisationskultur von Krankenhäusern typische Phänomene ab, wie z.B. die Bewältigungs- und Abwehrversuche in der Konfrontation mit Grenzen, Ohnmacht und Endlichkeit.

In unserer Arbeit hat sich die Metapher als hilfreich erwiesen, Supervision als Probestübe zu beschreiben: Entschärfte Ausschnitte und maskierte Versionen des brisanten Hauptstücks können hier inszeniert werden. Die selbst verstrickt-verwirrt-verwirrenden Protagonisten führen auch den Supervisor in die Irre, stellen ihn auf die Probe und versuchen ihn zu allen möglichen Rollenübernahmen zu verführen, wobei er zugleich vorübergehend mitspielen und Detektiv sein soll. Einige Elemente von Supervision, die uns zunehmend wichtiger erscheinen, wie Experimentieren, spielerisches Ausprobieren und Humor, drohen gerade in einem Arbeitsfeld wie dem Krankenhaus angesichts der Dramatik der dort zu bewältigenden Herausforderungen verloren zu gehen.

Bei der Reflexion der Fallbeispiele versuchen wir vor allem die Struktur und Dynamik in Krankenhäusern sichtbar zu machen; die Diskussion der Übertragungs- und Gegenübertragungsdynamik des Supervisors bleibt dabei im Hintergrund.

### 1. Draußen vor dem Tor.

Ich erhalte einen Anruf von einer Krankenschwester mit einer dringlichen Anfrage um Supervision. Im Telefonat stellt sich heraus, daß einige Schwestern der Onkologie Gespräche zu ihrer persönlichen Entlastung wollen. Dabei möchten sie auch versuchen, zwei Kolleginnen umzustimmen, die vorhaben zu kündigen. Meiner Nachfrage, ob die stationsführende Schwester von dem Vorhaben weiß und inwieweit andere Ärzte und der Primararzt informiert sind, wird mit Verwunderung und dem Hinweis begegnet, daß es seit längerer Zeit Spannungen mit der Stationsschwester und der Ärzteschaft gibt. Da die an der Supervision Interessierten viele „Rängeleien“ erwarten bis es zu Vereinbarungen mit allen Beteiligten kommt, haben sie sich dazu entschlossen, eine „private“ Supervision in Anspruch zu nehmen, die im Schwesternwohnheim stattfinden soll und die sie selbst finanzieren wollen. Wir vereinbaren ein informelles Gespräch. In einem völlig überfüllten Fernsehzimmer des

Schwesternwohnheimes wird mir die schon benannte Bedarfslage präsentiert. Vorsichtigem Nachfragen wird eher ausweichend begegnet. Einige Schwestern verweisen darauf, daß sie keine Zeit mehr haben, da bald der Dienstwechsel ansteht. Unter Zeitdruck und schon im Weggehen einiger Schwestern vereinbaren wir drei Sitzungen in zweiwöchigen Abständen. Noch während die Schwestern den Raum verlassen macht sich in mir ein unangenehmes Gefühl und die Sorge breit, ob ich noch in diesem Raum bleiben darf, um meine Notizen zu vervollständigen.

Auf diese Sitzung folgen zwei weitere, die sich durch eine ähnliche Dynamik auszeichnen. Dabei tauchen jeweils Schwestern auf, die bei der ersten Sitzung noch nicht teilgenommen haben. Die Gruppe schrumpft von einer Sitzung zur nächsten auf die Hälfte der ursprünglich Anwesenden. Inhaltlich bleiben die Konflikte mit der Stationschwester und dem Primararzt die Dauerbrenner, und Impulse zu einem anderen Umgang mit diesen können nicht angenommen werden. Bei der dritten Sitzung äußern die Schwestern ihre Enttäuschung an der Supervision und ihren Eindruck, daß diese Art von Zusammenarbeit für ihre Fragestellungen zwecklos sei. Damit ist die Supervision beendet.

*Kommentar:*

Eher subversiv eingefädelt findet die Supervision als privat beauftragte Veranstaltung ein rasches Ende. Es fehlt der verbindliche Rahmen, der es ermöglichen würde, systemimmanente Widersprüche wahrzunehmen und als spezifische der Organisation zugehörige Phänomene zu bearbeiten. Die Schwestern beurteilen die Supervision als gescheitert und finden die Ursache dafür in der Methode und/oder beim Supervisor. In diesem Beispiel werden einige der organisatorischen und gleichsam objektiven Hindernisse deutlich, die nach C. Degenhardt (1994) einer kontinuierlichen und regelmäßigen Gesprächskultur entgegenstehen:

1. Zeitmangel, Zeitdruck, so daß Zeit für Gespräche gleichsam wie Luxus erscheint.
2. Geldmangel, Sparmaßnahmen, Kostensenkungsdruck
3. Schicht- und Radldiensteinteilungen, Personalrotation.

Alle drei wirken als reale, äußere faktisch kaum zu widerlegende Hindernisse, als sogenannte Sachzwänge, hinter denen sich auch Abwehrbewegungen verbergen können. Dies stellt für die Supervision insofern eine besondere Herausforderung dar, als für die dazu erforderliche Gesprächskultur angemessene Zeiträume nötig sind.

Um in komplexen Organisationen Arbeitende und Systeme verstehen zu können brauchen wir:

1. Zeit, ja sogar Muße, weil Reflexion, gemeinsames Nachdenken ein Innehalten bzw. vorübergehendes Anhalten der normalen, gewohnten Abläufe erfordert;
2. Tempowechsel, etwa im Sinne der bei weitem häufigsten ärztlichen Verschreibung von (Bett-) Ruhe und
3. die Kenntnis der Entwicklung und Geschichte eines Teams in einer Organisation.

In unserem Beispiel gerät der Supervisor in ein besonderes Spannungsfeld als er auf den Wunsch nach einer „privaten“ Supervision eingeht und damit die Illusion eines organisationsfreien Raumes nährt. Der Versuch sich für eine Weile der Organisationsrealität zu entziehen mißlingt, um dann um so konflikthafter in Form von Zeitmangel und Fluktuation der TeilnehmerInnen wiederzukehren.

Im folgenden 2. Fallbeispiel findet die Supervision im Krankenhaus und in der Dienstzeit statt. Der Primararzt hat seine Einwilligung dazu gegeben. Die Supervision ist allerdings nicht

im Sinne einer Organisations supervision (Gotthardt Lorenz, A. 1997) verankert, die es ermöglichen würde, über die Gruppe hinaus wirksam zu intervenieren.

## **2. Immer wenn es spannend wird ist es aus.**

Die monatlich stattfindende Supervision der therapeutischen MitarbeiterInnen einer Rehabilitationseinrichtung wird von den Ergotherapeutinnen initiiert, die als kleinste und jüngste Gruppe im Haus die Spannungen mit anderen Berufsgruppen am deutlichsten artikulieren. Weitere TeilnehmerInnen sind Logopädinnen, Physiotherapeutinnen und Beschäftigungs- und ArbeitstherapeutInnen. Inhalte der Supervision sind das Umgehen mit schwierigen Patienten und/oder deren Angehörigen und die jeweils berufsspezifischen Zugänge zu den PatientInnen. Die größtenteils jungen TherapeutInnen tauschen sich auch über ihre Bewältigungsversuche im Umgang mit Patienten aus, die sie mit Lähmungen, Behinderung, Verlust von Gliedmaßen und den damit verbundenen sozialen und familiären Schicksalen konfrontieren. Da diese Themen über einen längeren Zeitraum in den Supervisionssitzungen immer wieder angesprochen werden, vermute ich die Vermeidung anderer Fragen und spreche die Einbindung der Therapeutinnen auf den jeweiligen Stationen des Hauses an. In der Folge wird deutlich, daß die einzelnen Therapieformen und ihre Repräsentanten auf den Stationen recht widersprüchlich wahrgenommen werden: so werden etwa die Ergotherapeutinnen einmal als privilegiert beneidet, weil sie sich mit Patienten einzeln beschäftigen, andererseits werden sie als lästig erlebt, wenn sie die Hilfe der Schwestern z.B. beim aus-dem-Bett-setzen der Patienten brauchen; manchmal werden sie auch geschätzt, wenn auch „nur“ als kurzfristige Entlastung im Stationsbetrieb.. Die Therapeutinnen haben den Eindruck, das ihre Arbeit keinen angemessenen Stellenwert im Gesamtgefüge der Maßnahmen im Haus bekommt. Das zeige sich unter anderem darin, daß lediglich die Koordinatorin der TherapeutInnen, eine Beschäftigungstherapeutin, in Gespräche mit der ärztlichen Leitung und der Pflegedirektion eingebunden wird und daß nur wenige Therapeutinnen an den ärztlich dominierten Stationsbesprechungen teilnehmen.

Eine Physiotherapeutin präsentiert einen „schwierigen Fall“: nach Intervention durch die Angehörigen beim Primararzt weist dieser die Mitarbeiterin zurecht und stellt ihre Professionalität infrage. Als der Patient am nächsten Tag am Gang kollabiert, sehen die Ärzte die Ursache in einer Überforderung durch die physiotherapeutischen Maßnahmen. Die Schilderung des Vorfalles löst einen Sturm der Entrüstung bei den TeilnehmerInnen aus, die nun von vielen, ähnlichen Erfahrungen berichten. Kurze Zeit später werde ich gefragt, wie die TherapeutInnen mit diesen Vorfällen umgehen sollten. Ich gerate innerlich in einen Konflikt: die aufgetretenen Emotionen und die vorliegende Spannung zur Solidarisierung der Gruppe zu nutzen, auf Identitätsbildung zu fokussieren versus dem Konzept meines inneren Organisationsentwicklers zu folgen und die Verankerung und Positionierung von Therapie im Krankenhaus zu thematisieren. Bei dem Versuch meinen inneren Konflikt für weitere Interventionen zu nutzen, läuft die vereinbarte Zeit ab.

### *Kommentar:*

In diesem Beispiel werden weitere Charakteristika der Organisation Krankenhaus deutlich: Es fehlt an Kommunikationsstrukturen für gemeinsame Planungsprozesse und bereichsübergreifende Aufgaben. So gibt es auch in diesem Fall etwa keine gemeinsamen Besprechungen von Ärzten, Schwestern und Therapeutinnen, in denen gemeinsame Behandlungspläne besprochen werden können. Dies wird durch die innere Hierarchie der einzelnen Berufsgruppen und starke Trends zur Abgrenzung von den jeweils Anderen weiter erschwert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist wenig ausgeprägt und die MitarbeiterInnen orientieren sich vor allem an den fachlichen Standards ihrer jeweiligen

Berufsgruppe. Dabei nehmen sich die MitarbeiterInnen der verschiedenen Berufsgruppen wechselseitig weniger in ihrem spezifischen Beitrag, als vielmehr in den Privilegien wahr, die sie vermeintlich oder tatsächlich in ihrer Tätigkeit haben. So sehen etwa die Schwestern ein Privileg der Therapeutinnen in der Möglichkeit mit Patienten einzelnen im Therapieraum zu arbeiten, während die Therapeutinnen unter der Anzahl der zu betreuenden Patienten stöhnen und das Privileg der Schwestern in der „freien“ Zeit nach der Visite vermuten.

Wie auch im ersten Beispiel wird hier der im Krankenhaus allgegenwärtige Zeitdruck sichtbar. Der Supervisor bleibt mit dem Gefühl sitzen, nicht ausreichend Zeit zu haben, etwas sorgfältig zu besprechen, unter dem Druck der noch nicht bewältigten Aufgaben zu stehen, die Dinge, die ich begonnen habe, nicht meinen Vorstellungen entsprechend zu Ende bringen zu können und in dem, was mir wichtig erscheint von den TeilnehmerInnen nicht gut genug wahrgenommen zu werden; - vermutlich Gefühle, die vielen MitarbeiterInnen in vielen Krankenhäusern sehr vertraut sind.

### **3. Krankenanstalten gleichen Dschungeln - - hinter verwirrenden Fassaden walten die Kräfte gezielter Interessen**

Der Portier erklärt mir den Weg zur Station 7, einer internistischen Abteilung für Frauen. Unterwegs muß ich noch zweimal nachfragen, um mich in dem Wirrwarr von Schildern, Hinweisen und Stiegenhäusern zurecht zu finden. Es ist 14 Uhr 30, die weißgekleideten MitarbeiterInnen scheinen wie auf der Flucht. Während diese der Raumtemperatur angemessen eher sommerlich bekleidet sind, beginne ich in meinem Wintermantel undstiefeln zunehmend zu schwitzen. Station 7, - eine Patientin auf dem Gang begleitet mich freundlich zum Schwesternzimmer. Durch eine Glasscheibe werde ich wohl schon länger von Schwestern beobachtet, die dort zusammensitzen. Durch die Scheibe sehe ich wie ausgetauschte Kommentare mit Lachen quittiert werden. Eine Schwester stellt sich mir als Stationsführende vor, die anderen Schwestern erheben sich nach einer kurzen Begrüßung und verlassen den Raum. Chefinnensache? Ich bin froh, meinen Mantel loszuwerden und lehne den angebotenen Kaffee dankend ab. Wir wiederholen kurz, wie diese Begegnung zustande gekommen ist. Die stationsführende Schwester betont, daß sie nicht mit Frau M., sondern mit „Schwester Beate“ angesprochen werden will, woran ich mich nur schwer gewöhnen kann. Anlaß für die Supervisionsanfrage sind Konflikte unter den Schwestern der Station 7 und Station 8. Letztere müssen zu bestimmten Zeiten (Wochenend- und Nachtdienste Urlaube und Krankenstände) auf Station 7 aushelfen. Dabei gibt es immer wieder Reibereien bei den Übergaben bzw. Unmut bei den Schwestern auf Station 8, die nicht einspringen wollen und Klagen bei den Schwestern auf Station 7, die glauben, daß die Schwestern auf 8 privilegiert sind und weniger arbeiten müssen. „Schwester Beate“ sieht die Konflikte vor allem in bestimmten personellen Konstellationen und hofft durch die Supervision die Kontrahentinnen an einen Tisch und zur Vernunft bringen zu können. Ihre bisherigen Versuche seien jeweils nur kurzfristig erfolgreich gewesen. Die genannten Probleme würden allerdings nicht auftreten, wenn sie auf der Station Dienst habe. Ihrer Einschätzung nach gibt es ein grundlegendes Einvernehmen mit der Stationschwester der Station 8, die die Idee einer externen Beratung akzeptiere, aber zum heutigen Termin keine Zeit habe. Auf meine Frage nach der Finanzierung der Supervision berichtet „Schwester Beate“, daß eine Kollegin den Betriebsrat eingeschaltet habe, der bereit sei, eine Finanzierung sicherzustellen. „Schwester Beate“ erwähnt, daß der Betriebsrat im Anschluß an unser Gespräch bezüglich des Honorars noch kurz mit mir sprechen will. Wie ich weiter erfahre, hat

es bereits einige Sitzungen der kollegialen Führung des Hauses zur Reorganisation von Station 7 und 8 gegeben. Über den Ausgang dieser Gespräche ist aber nichts bekannt, außer, daß es wieder einmal massive Konflikte zwischen der Verwaltungsdirektorin und dem ärztlichen Leiter gegeben habe. „Schwester Beate“ versichert mir, daß aber im Sinne der Patienten letztlich Allen eine fundierte medizinische Versorgung am Herzen liege und daß unbedingt rasch eine Lösung gefunden werden sollte. Die Ärzte würden sich nicht weiter um die Angelegenheit kümmern und auch der Primararzt ist ihrer Meinung nach nur daran interessiert, daß es keine Klagen seitens der Patienten gibt. Beeindruckt von der Informationsfülle und ein wenig verwirrt von der Komplexität der Zusammenhänge vereinbare ich mit „Schwester Beate“ ein Telefonat, um erst nach dem Gespräch mit dem Betriebsrat weitere Schritte zu beraten.

Das Zimmer des Betriebsrates liegt im Untergeschoß. Auf dem Gang stapeln sich diverse Materialien und Mitarbeiter in blauen Monturen versuchen Paletten durch die engen Gänge zu rangieren. „Unsere Raumnot“, kommentiert der Betriebsrat, um dann hinter einem wuchtigen Eichenholzschreibtisch zu verschwinden und seine Sicht der Dinge mitzuteilen. So werden noch weitere relevante Aspekte der Organisation und ihrer Kultur sichtbar. In den letzten 2 Jahren wurden verschiedene Versuche zur Umstrukturierung des Hauses mit Ziel einer höheren Wirtschaftlichkeit unternommen, die jeweils am Veto des ärztlichen Leiters gescheitert seien. Die Verwaltung versuche nach einem sehr negativ ausgefallenen Bericht einer Organisationsberatungsfirma qualitätssichernde Maßnahmen zu setzen, die aus Sicht des Betriebsrats lediglich eine ungerechte Mehrbelastung der Schwestern bedeuten. Sein Anliegen ist es eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zu verhindern und er hofft, das mit Hilfe einer Supervision zunächst einmal wieder eine Beruhigung der Situation eintritt, wenn auch das eigentliche Problem des Hauses der Primar ist. Auf seine Fragen zu meinem Gespräch mit Schwester Beate reagiere ich ausweichend und vereinbare auch mit ihm einen weiteren telefonischen Kontakt. Obwohl die Cafeteria im Erdgeschoß recht einladend wirkt, treibt es mich aus diesem Haus.

Nach mehreren Telephonaten mit „Schwester Beate“ und dem Betriebsrat wird deutlich, daß für eine Supervision keine angemessenen Rahmenbedingungen zur Verfügung gestellt werden können.

*Kommentar:*

Auch in diesem Beispiel bilden sich einige für die Organisation Krankenhaus typische Phänomene ab, wie z.B. :

- innere Hierarchisierung der einzelnen Berufsgruppen,
- fehlende Kooperationsmodelle,
- das relative Scheitern der Strukturen, die gemeinsame Planungsprozesse sicherstellen sollen und das erstaunliche dennoch-Funktionieren!

Der Versuch Supervision zur Konfliktlösung einzuführen erscheint rückblickend angesichts der mächtigen Hindernisse zum Scheitern verurteilt. Die unterschiedlichen Aufträge von Stationschwester und Betriebsrat haben gemeinsam, daß sie die strukturellen Widersprüche auf individuelles Versagen reduzieren und damit jene Automatismen im Krankenhaus wiederholen, die etwa auch Patienten auf ihre Symptome und Krankheiten auf die befallenen Organe reduzieren.

Als ich mir kollegialen Rat zu diesem Fallbeispiel holte, bemerkte mein Kollege: „Der Engel war in der Hölle.“ und folgende Fragen tauchten auf:

Wieviel Hilflosigkeit können, sollen, müssen SupervisorInnen in Anbetracht solcher Situationen aushalten?

Von welchen unbewußten, hohen Idealen sind meine Zielvorstellungen mitgefärbt?

Was kann Supervision angesichts solcher Bedingungen tun, und wäre es z.B. vertretbar, nur die in der Fallbeschreibung angedeutete „Verlangsamung der Verschlechterung der Arbeitsbedingungen“ zu begleiten und Prozesse zu unterstützen, die vorwiegend dazu dienen, den Mangel zu verwalten.

Große Organisationen wie Krankenhäuser sind unter anderem dadurch gekennzeichnet, daß sie sich nicht „freiwillig und gern“ ändern. Je größer sie sind, desto „wertkonservativer“ reagieren sie und zwar meist erst dann, wenn Notwendigkeiten von Außen wirksam werden.

P. Heintel und E. Krainz (1992) beschreiben diese Vorgänge als „Systemabwehr“.

Nachdenk- und Reflexionsbewegungen haben die Eigenschaft, Grenzen - auch die von Primariaten, Abteilungen oder Stationen - zu überschreiten. Gruppen ( informelle und formelle wie z.B. Teams) stehen in einem dialektischen Verhältnis zur großen Organisation; einerseits sind sie aufeinander angewiesen, bedingen sich gegenseitig, andererseits stehen sie in Widerspruch zueinander, was ihre Werte, Ziele und Mittel betrifft.

Nachdem Supervision im Krankenhaus nachdenken und reflektieren systematisch und zwar meist in Gruppen organisiert, ist zu erwarten, daß in der vorwiegend hierarchischen Krankenhausstruktur Widerstände und „Systemabwehr“ hervorgerufen werden.

#### **4. In manchen Krankenhaus-subkulturen gelingt es nicht, ausreichend unauffällig zu sein.**

Auf Initiative der stationsführenden Ärztin der Männerstation eines psychiatrischen Krankenhauses findet Supervision statt. TeilnehmerInnen sind 18 Pfleger, 2 Schwestern, 2 in Ausbildung stehende und die stationsführende Ärztin. Anlaß sind verschiedene „Reibereien“ zwischen den Pflegern und mit dem Stationspfleger, die auch die ärztliche Tätigkeit beeinträchtigen. Als ich den Raum betrete schießt mir durch den Kopf „die Mannschaft ist bereits versammelt“. Während die 2 Schwestern und die 3 Ärztinnen einer eher jüngeren MitarbeiterInnengeneration angehören, sind die 18 Pfleger mit 16-25 Dienstjahren in diesem Haus, deutlich älter. Die kurzen Stellungnahmen der Pfleger lassen mich vermuten, daß sie hier jemandem zuliebe hergekommen sind, etwa im Sinn von: „Wir lassen nichts unversucht. Da bisher alles keinen Zweck hatte, wieso soll dann „Superversion“ helfen“.

Angesprochen auf Schwierigkeiten in der Gestaltung der Arbeitsabläufe, Klärungsbedarf für Fragen der Zusammenarbeit usw., entwickelt sich in der Gruppe rasch eine Eigendynamik, in der ich die Rolle eines Statisten bekomme. Ereignisse werden unter dem Gelächter Anderer erzählt, einzelne anwesende Personen bloßgestellt oder angeschwärzt und im Nu verbreitet sich eine Gasthausatmosphäre. Mehrmals kann ich durch gezielte Fragen diese Kultur unterbrechen, bevor von neuem Berichte über Schandtaten einzelner für Gelächter sorgen. Ich beende in ziemlicher Hilflosigkeit die Sitzung. Beim Weggehen schaut mich die Ärztin an und meint: „Jetzt wissen sie, warum wir Supervision brauchen.“ Ich lache oder besser, noch lache ich.

Die nächste Sitzung beginnt mit ähnlichen Ritualen, mehrmaligem Plätzetauschen wie in einer Schulklasse und leicht anzüglichen Bemerkungen gegenüber den Schwestern. Auf meine Einladung mit ihren Anliegen für die heutige Sitzung zu beginnen, meint ein Teilnehmer: „Das haben wir doch bereits das letzte mal getan.“ Schallendes Gelächter und schon sind wir wieder auf dem Fußballplatz. Nachdem ich mehrmals überhört werde, verschaffe ich mir durch lautes Händeklatschen Gehör. Innerlich schwanke ich zwischen Weglaufen und Lachen. Im Gesicht der Ärztin scheint sich ein Kampf zwischen Resignation und Mitleid mit mir abzuspielen. Als sie dann mit relativ leiser Stimme eine Aussage des Primararztes zur Situation dieser Station kommentiert, herrscht für einen Moment betretenes

Schweigen. Gerade will ich diese Lücke nutzen, als die Bemerkung eines Pflegers erneute Lachsalven wachruft. Innerlich habe ich jetzt die Supervision beendet und ärgere mich plötzlich darüber, daß ich die erste Sitzung zur Orientierung kostenlos angeboten habe und ungünstige zeitliche und räumliche Bedingungen akzeptiert habe; diese Kränkung sitzt. Im allgemeinen Aufbruchsetümmel teile ich noch mit, daß ich eine weitere Zusammenarbeit nicht für sinnvoll halte. Auf die hilflosen Blicke der Ärztin reagiert ein Pfleger im Vorbeigehen mit dem Kommentar: „Das haben wir doch vorher auch ohne den da (Fingerzeig zu mir) geschafft, Frau Doktor“.

*Kommentar:*

Da einige Leser möglicherweise in stärkerer Identifikation mit dem Supervisor ins Schwitzen geraten sind, kann vielleicht die Erinnerung daran, daß wir uns im Kontext eines psychiatrischen Krankenhauses befinden, entlastend wirken.

Viele Befunde und Beobachtungen weisen darauf hin, daß uns psychisch Kranke Angst machen. Diejenigen, die nach den herrschenden Wert- und Normvorstellungen als verrückt gelten, werden immer noch in große Sonderanstalten gesteckt, die meist am Stadtrand liegen, wo häufig auch Gefängnis, Schlachthaus und Armensiedlungen lokalisiert sind.

Die über Gesundheits- und Sozialbudgets zur Verfügung gestellten Mittel liegen weit unter dem, was etwa für die Behandlung weniger Angst-machender Krankheiten ausgegeben wird.. Die enorm belastenden Arbeitsbedingungen in der Krankenhauspsychiatrie sind nach wie vor allen echten und Pseudo-Reformen vor allem vom Mangel an Wissen, Ressourcen, allgemein akzeptierten Konzepten etc. geprägt, - sie sind vor allem Folge jahrzehntelanger sozial- und gesundheitspolitischer Fehlentscheidungen.

Das Personal psychiatrischer Krankenhäuser hat wenig Möglichkeiten eine positive Berufsidentität zu entwickeln; geringes Sozialprestige, die relative Erfolglosigkeit der mit einem naturwissenschaftlich verkürztem Krankheitsbegriff arbeitenden Schulpsychiatrie, mäßige Bezahlung, unregelmäßige Dienstzeiten und die immer noch hierarchisch-autoritäre Binnenstruktur, all das fördert eher die Entwicklung rigider Abwehrmechanismen.

Ein begrenztes und doch wertvolles Supervisionsziel könnte in diesem Kontext sein, die Abwehr-mechanismen zu Bewältigungs-strategien weiterzuentwickeln (siehe dazu M.Wolf, 1992)

## **5. Einmal Chef sein**

Seit einem Jahr läuft die Teamsupervision an der alle MitarbeiterInnen der Station einer internistischen Abteilung teilnehmen, soweit es Radldienst und Urlaubsregelungen erlauben. Gegenstand der Supervision waren bisher die gegenseitige Wahrnehmung der verschiedenen Berufsgruppen und die etwas mühsame Gestaltung der Zusammenarbeit. Nachdem die Stationsbesprechung mehrmals als völlig chaotisch und diffus kritisiert wird, wird der Beschluß gefaßt, einige Besprechungen mit Begleitung des Supervisors durchzuführen. Beim ersten Versuch beginne ich mutig moderierend zu begleiten. Aus dem Augenwinkel beobachte ich noch wie der Primararzt beginnt, in einem Kalender zu blättern. Während die Pfleger zunehmend aktiver werden, habe ich zunehmend Mühe die schnell aufeinanderfolgenden Themen, die Zeitstruktur und verschiedene Vereinbarungen zu beachten. Die Besprechung endet abrupt, nachdem wir feststellen, daß wir die Zeit überzogen haben. Es gelingt gerade noch die nächste moderierte Besprechung in der darauffolgenden Woche zu vereinbaren.

Am Beginn der nächsten Besprechung kommen die Supervisanden verspätet hereingetröpft. Alle scheinen in intensive Gespräche mit ihren Nachbarn vertieft zu sein. Auf meine Einladung zu beginnen, wird bemerkt, daß der Primararzt fehlt. Es entsteht ein längeres

Schweigen, das schließlich von der Aufforderung an mich unterbrochen wird, die Besprechung zu beginnen. Nun sind alle Augen auf mich gerichtet.....

Dennoch gelingt es dann, Funktion und Bedeutung der Morgenbesprechung und die Rollen der Beteiligten zu klären und die weitere Arbeitsweise zu vereinbaren. Die SupervisorInnen übernehmen die Aufgabe, für eine zielführende Gestaltung der Besprechung zu sorgen. Ich stelle Unterlagen zu methodischen Hilfen zur Verfügung. Dabei soll die Supervision dazu dienen, Konflikte zu besprechen, die bei der Gestaltung der Besprechung auftreten und gegebenenfalls Hilfen zu geben. Es werden drei weitere Supervisionstermine und die Regelung vereinbart, daß die SupervisorInnen diese nur in Anspruch nehmen, wenn es Fragen zur Durchführung der Besprechung gibt. Eine TeilnehmerIn übernimmt die Aufgabe, den Primararzt über die Ergebnisse der heutigen Sitzung zu informieren und mich anzurufen, falls die vereinbarten Termine in Anspruch genommen werden sollen.

Etwa 2 Monate später rufe ich selbst jene Supervisorin an und erfahre folgendes: die Morgenbesprechung wurden dreimal moderiert und verlaufen inzwischen wieder wie früher. Die SupervisorInnen sind sich darüber einig, daß sie diese diffuse Form des morgendlichen Beginns als Ausgleich zu einem überstrukturierten Tagesablauf brauchen. Falls wieder einmal Supervisionsbedarf besteht werden sie sich bei mir melden.

*Kommentar:*

In diesem Beispiel läßt sich der Supervisor verführen, Hilfen anzubieten, um die als chaotisch und diffus kritisierte Morgenbesprechung effektiver zu gestalten. Die Verführung liegt wohl in der voreiligen Zustimmung zum negativen Urteil über die Kultur der bisherigen Besprechungen, womit gleichzeitig deren informelle Bedeutung, die positiven Auswirkungen des „Chaos“ vernachlässigt werden. Die Reaktion der SupervisorInnen macht deutlich, wie wichtig es ist auch dysfunktional erscheinende Abläufe zu würdigen. Gleichzeitig kann dieses Beispiel herangezogen werden, um die für das Krankenhaus typischen Prozesse der Verschiebung zu verdeutlichen. Nach F. Wellendorf (1992) ist die Verschiebung ein wichtiger Bestandteil komplexer Abwehrvorgänge, die in der Supervision in Institutionen Aufmerksamkeit erfordern.

Was wird verschoben, was wird durch Verschieben abgewehrt, vermieden?

Im Krankenhausalltag gibt es sehr vieles, was verunsichernd wirkt, persönlich allzunah geht, narzißtisch kränkend erlebt wird und mit Angst, Scham- und Schuldgefühlen einhergeht, z.B.: Ohnmacht und Hilflosigkeit angesichts der Grenzen der Machbarkeit und von Chronizität, Invalidität, Schmerz, Funktionseinschränkung, Verlust und Tod.

Typisch für die Institution Krankenhaus ist aber auch die Abwehr des Konflikts zwischen gesellschaftlicher Tabuisierung des Themas Krankheit, Schwäche, Sterben und der täglichen Notwendigkeit damit umzugehen. Eine Möglichkeit der Abwehr besteht in der Identifikation mit der Berufsrolle, die das Hinterfragen der als Sachzwänge erscheinenden Arbeitsbedingungen, der organisatorischen Abläufe oder gar etwa des naturwissenschaftlich reduzierten Krankheits/Gesundheitsbegriffes ersparen.

Schließlich wollen wir noch auf die sehr realistischen Ängste im Zusammenhang mit Spar- und Rationalisierungsmaßnahmen wie z.B. der Angst vor dem Verlust von Privilegien oder sogar des Arbeitsplatzes hinweisen, die seit einigen Monaten ständiges Thema unter den MitarbeiterInnen des Krankenhauses sind.

Die einschlägige Frage könnte also lauten: „Ist der Konflikt, den ich als Supervisor innerhalb der Institution an dieser Stelle wahrnehme, vielleicht von einem anderen Ort, einer anderen Ebene, hierher verschoben worden, weil er an seinem Entstehungsort viel heikler und heißer wäre und bei den Beteiligten dort größere Angst auslösen würde?“.

## Schlußbetrachtungen

Die im Krankenhaus mit Patienten arbeitenden Berufsgruppen sind auf helfen, heilen, reparieren, entschädigen, pflegen, rehabilitieren, trösten eingestellt, vorbeugende bzw. Gesundheit erhaltende Tätigkeiten sind die Ausnahme. Das ist im gesamten System der Industriestaaten begründet, politisch so organisiert, versicherungsrechtlich formalisiert. Krankheit erscheint im Licht des vorherrschenden naturwissenschaftlichen Verständnisses als relativ gut meßbar, abgrenzbar, isolierbar und was vor allem folgenreich ist - individualisierbar.

Die Individualisierung von Gesundheits- und Krankheitsbewältigung hat viele Folgen:

- vor allem die soziale Isolierung des Umgangs mit Krankheit, Behinderung, Invalidität, Sterben, Tod, was sowohl einem wirtschaftlichen Bedürfnis des herrschenden Gesamtsystems entspricht, als auch einem psychologischen Bedürfnis nach Schutz/Abwehr, die mit Krankheit/Tod konfrontiert sind.
- weiters die Delegation an Spezialisten und damit verbunden der tendenzielle Verlust „ganzheitlicher“ Sichtweisen und Heilmethoden.
- und schließlich die Entwicklung eines überdimensionierten, kostspieligen Krankenhaussystems, dem es schwer fällt, Gesundheitserhaltung und -förderung auf sich selbst anzuwenden, weil die gesamte Organisation fast ausschließlich auf Krankheitsbearbeitung ausgerichtet ist (Großmann, R. und Heller A., 1992).

Krankenhäuser sind komplexe Organisationen. In vielen Städten ist das Krankenhaus der größte Betrieb mit den meisten Arbeitsplätzen und vielen Zulieferbetrieben. Das Krankenhaus ist auch Ausbildungsstätte für viele helfende Berufsgruppen und damit deren Sozialisationsinstanz. Aus der öffentlichen bürokratischen Verwaltung sind sie vor einigen Jahren in private GesmbH-Trägerschaften überführt worden, mit dem Anspruch/der Zumutung, ökonomische Eigenverantwortung zu übernehmen, bei jetzt eher verschleierter politischer Abhängigkeit und sogenannten „gedeckelten Budgets“. Das scheinbar unhinterfragbare Schlagwort lautet: „das ist nicht mehr finanzierbar“. Tatsächlich hat sich der Anteil der Gesundheitsausgaben seit 1960 von 4,4 % des Bruttoinlandsprodukts (BIP) auf 8,8 % verdoppelt. Österreich hat pro Kopf der Bevölkerung um 20% mehr Spitalsbetten als der OECD-Durchschnitt und auch die durchschnittliche Verweildauer im Krankenhaus liegt um rund 20 % höher als in vergleichbaren Industrieländern (Profil 47, 18.11. 96). Die Krankenhausträger sind unter Druck, lange aufgeschobene Strukturreformen durchzuführen, z.B. die mit noch unüberschaubaren Folgen verbundene Umstellung vom System: „nur ein volles Bett ist ein gutes Bett“ auf die sogenannte „leistungsorientierte Krankenhausfinanzierung“ (LKF).

Derzeitiger politischer Konsens scheint zu sein, daß die Senkung von Budget-Defiziten als entscheidendes Erfolgskriterium gilt. Kosten im Sozial- und Gesundheitswesen sind aber nach der derzeit vorherrschenden betriebswirtschaftlichen Logik defizitsteigernd.

Zugleich kommen ständig steigende Anforderungen auf die Krankenhäuser zu:

- Zunahme von chronischen und chronisch-rezidivierenden, von funktionellen und psycho-somatischen Erkrankungen
- Steigende Lebenserwartung und steigende Nachfrage nach Pflegeleistungen
- Vernetzungsaufgaben im Zusammenhang mit der dringend nötigen Verschiebung vom stationären zum ambulanten Bereich
- rasante Entwicklungen im Bereich der technisch-apparativen Medizin.

Angesichts dieser schwerwiegenden gesundheitspolitischen Probleme und auf Grund der Erfahrungen mit der konkreten Supervisionsarbeit in diesem Feld wollen wir zunächst eine Hypothese (A) und eine Gegenthese (B) versuchen und im weiteren einige Fragen (C) formulieren, die unerlässlich sind, wenn man in der Praxis zu brauchbaren Entscheidungen kommen will.

A Hypothese: Supervision im Krankenhaus ist Verschiebung und Ablenkung von den sich in den Krankenhaus-Strukturen niederschlagenden Auswirkungen von Verteilungskämpfen um Macht und Gewinn. Dabei ist die Ungleichheit der an diesen Kämpfen beteiligten Gruppen und Lobbies (Pharmaindustrie, Zulieferbetriebe, Bauwirtschaft, private und öffentlich-rechtliche Versicherungen, öffentliche und private Rechtsträger der Krankenhäuser, mehr oder weniger gut organisierte Berufsstände, etc.) auffällig.

B Gegenthese: Supervision im Krankenhaus hat durchaus Wert und kann auch in Zeiten heftiger Verteilungskämpfe erfolgreich sein, vorausgesetzt es gelingt dem S., zu definierende Minimalbedingungen, angemessenes Setting, Themen- und Zieleingrenzungen herzustellen.

C Fragen:

Wer will im Krankenhaus Supervision und warum?

Welche Probleme, Konflikte, Aufgaben kann Supervision im Krankenhaus klären, lösen helfen?

Und welche sicher nicht?

Welche Merkmale zeichnen die Organisationskultur des Krankenhauses aus?

Unter welchen bereits bei Auftragsannahme zu sichernden z.B. zeitlichen, räumlichen, ziel-eingrenzenden Bedingungen macht Supervision im Krankenhaus Sinn, wenn sie erfolgreich sein soll und zwar in einem vom Auftraggeber, den TeilnehmerInnen und dem Supervisor gemeinsam anerkannten Sinn?

Und - wenn diese Bedingungen nicht ausreichend herstellbar sind, kann auch die als gescheitert beurteilte Supervision als sinnvoll erachtet werden, wenn wir sie als Forschungsprojekt aus einer gleichsam ethno-analytischen Perspektive betrachten?

Welche Motive gibt es, in derart komplexen Organisationen wie Krankenhäusern Supervision zu machen?

Sind es vorwiegend Größenphantasien, die Eitelkeit und der Stolz, zur „Wartung, Pflege und Reinigung des Elefanten“ engagiert zu werden?

### **Ausblick:**

Um Supervision im Krankenhaus durchführen zu können, brauchen wir viel Information über die Struktur und Dynamik des Gesundheitswesens und der Organisation Krankenhaus. Schon die fast unüberschaubare Fülle soziologischer, organisationspsychologischer, betriebswirtschaftlicher, gesundheitspolitischer etc. Literatur und der mitunter kaum kompatiblen Spezialdiskurse stellt uns vor schwierige Aufgaben. Andererseits haben wir einsehen gelernt, daß auch ein hoher Informationsstand nicht ausreichend vor der Gefahr schützt, daran zu glauben, die Komplexität dieses Arbeitsfeldes mit einem einheitlichen Konzept, einer einheitlichen Methode erfassen zu können. Die Feststellung der Philosophie der Post-Moderne des „Endes der großen Erzählungen“ (F.Lyotard) scheint eine treffende Diagnose zu sein. Ob auch die aus der gleichen Richtung empfohlene „Therapie“ - die Entwicklung einer transversalen Vernunft, also der Fähigkeit zur Verständigung über viele unterschiedliche Diskurse hinweg - uns weiterhilft und ob der mitunter modisch bis inflationär klingende Ruf nach Supervision, Organisationsberatung und -entwicklung,

Coaching, Qualitätssicherung etc. sich als der nächste Irrtum, als Ablenkung von den immer gnadenloseren Verteilungskämpfen, als Symptomverschiebung erweist, wird wohl jeweils im Einzelfall geklärt werden müssen.

### **Literatur:**

Degenhardt C. (1994) Möglichkeiten und Grenzen der Supervision im Allgemeinkrankenhaus  
in: Pühl, H. (1994) Handbuch der Supervision 2 Berlin

Gotthart-Lorenz, A. (1997) Methodische Vorgehensweise in der Organisationssupervision in:  
Luif I. (1997) Supervision in Österreich

Großmann R., Heller A. (1992) Führen im Krankenhaus, Krankenhausumschau Heft 3  
Heintel P., Krainz E. (1992) Was bedeutet Systemabwehr Schriftenreihe des IFF Klagenfurt  
Heft 55

Wellendorf F. (1992) Supervision als Institutionsanalyse und Nachfrageanalyse in: Pühl, H.  
(1994) Handbuch der Supervision 2 Berlin

Wolf M. (1992) Die weiche Mauer, Die Behandlung des Patienten und der psychiatrischen  
Einrichtung mit Psychotherapie, Supervision und gemeindepsychiatrischer Intervention.  
in: Mentzos S. (Hg) (1992) Psychose und Konflikt, Göttingen.