

# FORUM *Supervision*

## **Ethik in klinischen Organisationen**

Friedrich Glasl

Stefan Dinges

Katharina Heimerl

Andreas Heller

Maija Becker-Kontio

Marie-Luise Schennbeck

Michael Stiels-Glenn

Katharina Gröning

Elke Schallehn-Melchert

Micha Hilgers

Birgit Knatz

Robert Maxeiner

Franz X. Leinfelder

**Herausgeber:**

Katharina Gröning, Jürgen Kreft und Angelica Lehmenkühler-Leuschner

**Wissenschaftlicher Beirat:**

Dr. Max Bartel (Berlin) – Prof. Dr. Annemarie Bauer (Darmstadt/Heidelberg) – Prof. Dr. Adrian Gaertner (Bielefeld/Oberursel) – Dr. Wolfgang Schmidbauer (München) – Prof. Dr. August Schüle (Wien) – Dr. Michaela Schumacher (Köln) – Prof. Dr. Ralf Zwiebel (Kassel)

**Redaktionsanschrift:**

Dr. Jürgen Kreft (geschäftsführender Redakteur)  
Meppener Straße 22, 48155 Münster  
Telefon (02 51) 66 55 64, Telefax (02 51) 6 74 39 58  
JuergenKreft@t-online.de

**Redaktion:**

Thomas Behler (Essen) – Theresia Menches Dändliker (Zürich) – Elke Grunewald (Ingelheim) – Franz Leinfelder (Wiesbaden) – Peter Musall (Gelnhausen) – Inge Zimmer-Leinfelder (Wiebaden)

**Verantwortliche Redakteure für Heft 26:**

Thomas Behler, Lohdieweg 14, 45307 Essen.  
Prof. Dr. Bernadette Grawe, Alte Kleinenberger Str. 2 a, 34414 Warburg.

**Erscheinungsweise und Bezug:**

FoRuM Supervision erscheint halbjährlich (März und Oktober).  
Ab Heft 21 neue Preise: Einzelheft: 11,50 € inkl. Versandkosten  
Jahresabonnement: 19,50 € (2 Hefte) inkl. Versandkosten  
Das Abonnement verlängert sich jeweils um ein Jahr, wenn es nicht bis zum 31.12. des laufenden Jahres gekündigt wird. Damit die Lieferungen nicht unterbrochen werden, bitten wir dringend darum, dem Verlag bei einem Wohnungswechsel die neue Adresse mitzuteilen.

**Verlag und Bestellungen:**

Fachhochschulverlag  
DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN  
Kleiststraße 31, 60318 Frankfurt  
Telefon (0 69) 15 33–28 20, Telefax (0 69) 15 33–28 40  
bestellung@fhverlag.de  
www.fhverlag.de

Satz: Fachhochschulverlag  
Druck: Elektra, Niedernhausen

© 2005 **Fachhochschulverlag**  
DER VERLAG FÜR ANGEWANDTE WISSENSCHAFTEN  
ISSN 0942-0045

**Inhalt**

Vorwort	2
<b>Beiträge</b>	
<i>Friedrich Glasl</i> Ethische Konflikte im Gesundheitswesen	5
<i>Stefan Dinges, Katharina Heimerl, Andreas Heller</i> OrganisationsEthik in unterschiedlichen Beratungssettings	25
<i>Maija Becker-Kontio, Marie-Luise Schwennbeck</i> Ist die Ethik klinisch tot? – kritische Einwürfe aus supervisorischer Perspektive	42
<i>Michael Stiels-Glenn</i> Ethische Perspektiven in und aus der Forensik – Forensische Szenen	53
<i>Katharina Gröning</i> Wenn die Seele auswandert	64
<i>Elke Schallehn-Melchert</i> Institutionelle Abwehrprozesse in Organisationen	76
<i>Micha Hilgers im Gespräch mit Katharina Gröning</i> „Es ist die Macht der Affekte, die Ambivalenz bedroht ...“	85
<b>Neue Projekte</b>	
<i>Birgit Knatz</i> Supervisionsanfragen kommen online – Merkwürdiges vertraut	93
<b>Rezensionen</b>	101
<b>Neue Bücher</b>	111
<b>Briefwechsel</b>	114
<b>Randbemerkungen</b>	117
<i>Robert Maxeiner</i> Wolfen	117
<i>Franz X. Leinfelder</i> FoRuM Supervision	122
<b>Veranstaltungen</b>	123
<b>AutorInnen</b>	126
<b>Call for Experiences</b>	128
<b>Vorschau</b>	128

## Vorwort

Im Alltag klinischer Organisationen werden die Auseinandersetzungen um ethische Grundfragen deutlicher sichtbar – das erfahren Supervisoren und Supervisorinnen in ihrer Praxis. Was in der öffentlichen Kontroverse z. B. um menschenwürdige Pflege oder um Wachkoma-Patienten diskutiert wird, findet sich unspektakulärer täglich in Entscheidungen von medizinischem und pflegerischem Personal in Altenheimen, Behinderteneinrichtungen oder Kliniken wieder. Hier wird – im Zweifelsfall durch die einzelnen MitarbeiterInnen und ohne lange Gespräche – entschieden, wie der Konflikt zwischen betriebswirtschaftlicher Logik („das können wir nicht mehr bezahlen“) und den praktischen Bedürfnissen von Patienten und Bewohnern („Der Kunde ist König“) ausgeht. Dabei scheint es so zu sein, dass Supervision einer der wenigen Orte ist, in denen ethische Spannungsfelder reflektiert werden konnten.

Dabei geht es in Einrichtungen der Altenhilfe z. B. um Fragen wie: wird noch eine Einweisung ins Krankenhaus durchgeführt? Wie gehen wir mit Menschen um, die Nahrung und Flüssigkeit verweigern? Welche Pflege-Standards sollen und können abgesenkt werden angesichts knapper werdender Mittel? Solcherart Fragen sind nicht einfach fachliche Fragen – in den Grenzbereichen menschlichen Lebens tauchen sie als ethische Fragen auf, die der Reflexion bedürfen im Spannungsfeld von persönlichen Werten und Haltungen der MitarbeiterInnen, Werten der Institution und des Trägers (Leitbilder) sowie allgemeinen ethischen (moralischen) Grundsätzen der Gesellschaft.

Will man die Frage nach der Ethik in (klinischen) Organisationen stellen, so kommt man nicht daran vorbei, nach den Rahmenbedingungen (und das heißt doch nach den Verfahren) zu fragen, wie denn Entscheidungen zustande kommen, dass sie dem Prinzip der Universalisierbarkeit wenigstens annähernd entsprechen können. In sozialen, pflegerischen oder gesundheitlichen Einrichtungen wurden angesichts der beschriebenen Herausforderungen neuere Arbeitsformen entwickelt: Ethik-Komitees oder Ethik-Beratung werden eingesetzt, um Entscheidungen für schwierige Situationen und Grenzfragen zu entwickeln. In einigen Einrichtungen wird Supervision bereits teilweise durch Ethik-Beratung ersetzt – insofern erwächst der Supervision auch ein weiteres „Konkurrenzangebot“. Dies allerdings auf dem Hintergrund der obigen These, dass dies einmal in den Supervisionsprozessen aufklärend geschehen konnte. Das „Konkurrenzangebot“ reagiert auf eine veränderte Situation in den klinischen Organisationen und auf eine sich ändernde Umwelt. Deutlich wird diese Tendenz auch, wenn man feststellt, wie viele Fort- und Weiterbildungsangebote aus dem Bereich der Ethik-Beratung entwickelt und angeboten werden. Die Implementierung von ethischen Entscheidungsprozessen ist oft mit Organisationsentwicklungsprozessen verbunden, in denen Supervision noch keine herausragende Rolle spielt.

Das hier vorliegende Heft versammelt in diesem Sinne eine Reihe von Beiträgen, die die gegenwärtigen Veränderungsprozesse in klinischen Organisationen einerseits eher grundlegend angehen, andererseits lebendige Einblicke in die alltägliche Praxis ermöglichen.

So geht Friedrich Glasl in seinem kenntnisreichen Beitrag über ethische Konflikte im Gesundheitswesen davon aus, dass Konfliktbearbeitung in klinischen Organisationen einerseits zur Personalisierung, andererseits zu Struktifizierung neigt. Dabei deckt das, was als ethischer Konflikt daherkommt, nicht selten unklare organisatorische Abläufe und Verfahren ab oder ist z. B. eine Verschiebung von eigenen Ohnmachtsgefühlen. Glasl plädiert für systematische Prozessoptimierung mit Blick auf die Patienten, aber auch – angesichts der Expertenorganisation – für das Gespräch der Professionellen über Werteentscheidungen und für die Mikroanalyse kritischer Ereignisse.

Stefan Dinges, Katharina Heimerl und Andreas Heller entfalten ihr an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung der Universität Klagenfurt entwickeltes Konzept der Organisationsethik. Dieses schließt organisationale Veränderungsprozesse mit ein. Im Rahmen des Beitrages werden grundlegende Fragen der ethischen Debatte in klinischen Organisationen angesprochen, ebenso wie die Implementierung ethischer Entscheidungsprozesse in die alltäglichen Routinen der Organisation.

Maija Becker-Kontio und Marie-Luise Schwennbeck stellen sich angesichts ihrer supervisorischen Erfahrungen provozierend die Frage „Ist die Ethik klinisch tot?“ Sie kommen zu der Überzeugung, dass diese nicht tot sei, aber mindestens auf der Intensivstation liege. Die Anstrengungen, die im Gesundheitswesen gemacht werden, um diesen Patienten am Leben zu erhalten, werden gewürdigt, aber auch durch konkrete Beispiele kritisch hinterfragt.

Michael Stiels-Glenn gibt einen Einblick in seine Arbeit als Supervisor in forensischen Kliniken unter den ethischen Aspekten, die er in diesen Organisationen wahrnimmt. Er beleuchtet aus seiner Praxis unterschiedliche ethische Perspektiven und macht deutlich, dass Supervision in diesen Organisationen oft der einzige Ort der ethischen Auseinandersetzung ist. Das Spannungsfeld, das er für die einzelnen Menschen, die Teams und die forensischen Kliniken beschreibt, lässt sich auch auf andere Organisationen übertragen.

Katharina Gröning fragt danach, wie es zur Anwendung von Gewalt in Altenhilfeeinrichtungen kommt. Dabei entdeckt sie nicht nur Schamgefühle, sondern auch die Verletzung von Gerechtigkeitsgefühlen, die zur Wiederherstellung von Ehre und zum Bruch mit Loyalitäten führen: Wenn die Seele auswandert. Belastung, emotionale Entleerung und Gewalt in der professionellen Pflege alter Menschen.

Der Beitrag von Elke Schallehn-Melchert stellt eher grundlagentheoretisch „Institutionelle Abwehrprozesse in Organisationen“ vor mit dem Fokus auf solche Organisationen, die sich in Veränderung befinden, und erläutert diese Abwehrvor-

gänge an konkreten Fallbeispielen aus dem Strafvollzug und aus einem Architektenbüro.

„Es ist die Macht der Affekte, die Ambivalenz bedroht ...“ Die Spannweite der Themen, die in dem Interview von Katharina Gröning mit dem Psychoanalytiker Micha Hilgers eine Rolle spielen, reichen von der Perspektive eines Psychoanalytikers auf die sozial- und gesellschaftspolitischen Probleme der Gegenwart bis zur Verantwortlichkeit von Supervision in schamsensiblen Situationen.

Wir hoffen, mit diesem Heft die Auseinandersetzung mit den Fragen von ethischen Entscheidungsprozessen in klinischen Organisationen vorantreiben zu können, da wir der Auffassung sind, dass diese dringend der Reflexion und Aufklärung der unterschiedlichen Interessen bedürfen und Supervision hier einen entscheidenden Beitrag leisten kann.

Bernadette Grawe und Thomas Behler

## BEITRÄGE

*Friedrich Glasl*

### Ethische Konflikte im Gesundheitswesen

Zusammenfassung: Konflikte in Organisationen des Gesundheitswesens, bei denen Wertedifferenzen das Hauptthema sind, werden zumeist „personifiziert“, d. h. organisatorische Mängel werden bestimmten Menschen als deren Fehlverhalten angeprangert. Seltener werden Konflikte „strukturifiziert“, d. h. dass die Schuld an mangelhaftem Verhalten von den beteiligten Menschen auf die Organisation geschoben wird. Nachhaltiges Konfliktmanagement muss deshalb immer sowohl die persönlichen als auch die organisatorischen Aspekte – sowie die externen Einflüsse auf die Organisation – gleichermaßen berücksichtigen. Der Artikel zeigt auf, wie diese verschiedenen Aspekte entflochten werden können und stellt exemplarisch einige Methoden dar, mit denen an der Lösung der Konflikte gearbeitet werden kann.

Seit ca. vierzig Jahren bin ich als Organisationsentwicklungs-Berater und Mediator in vielerlei Organisationen tätig, besonders oft in Krankenhäusern und anderen Institutionen des Gesundheitswesens. In dieser Zeit habe ich auch große Veränderungen im kulturellen, politischen und wirtschaftlichen Umfeld des Gesundheitswesens erlebt und zahlreichen Organisationen geholfen, sich diesen aktiv zu stellen. Im Laufe dieser Jahre haben auch die Spannungen und Konflikte in Krankenhäusern beträchtlich zugenommen. Neben den üblichen Querelen, die natürlicherweise bei jeder Zusammenarbeit immer wieder vorkommen, treten im Gesundheitswesen vor allem Konflikte auf, die sich aus Auseinandersetzungen mit ethischen Auffassungen ergeben. Ich versuche, an diese Konflikte aus zwei verschiedenen Richtungen heranzugehen und zu einem ganzheitlichen Ansatz zu kommen: Mir geht es einerseits um den Blick auf die Organisation und andererseits um den Blick auf die in ihr tätigen Menschen.

In den meisten Organisationen werden Konflikte, die sich aus Unzulänglichkeiten der Organisation ergeben, irgendwelchen Mängeln der beteiligten Personen zugeschrieben. Wenn auf diese Weise Konflikte personifiziert werden, wird nicht gefragt, ob die Probleme vielleicht durch unklare oder widersprüchliche Zielsetzungen der Organisation oder etwa durch rigide Strukturen oder unzweckmäßige Arbeitsabläufe, die sich nicht am Patientennutzen ausrichten u. dgl. m., hervorgerufen worden sind.

Aber auch das Umgekehrte geschieht recht häufig: Wenn Konflikte zwischen Personen auftreten, die ihre Ideen anderen aufdrücken wollen oder die auf Status pochen, dann verweisen diese Menschen auf Sachzwänge der Organisation. Weil

die Organisation ihrer Meinung nach Macht und Einfluss nicht richtig gegenseitig abgegrenzt hat, oder weil die Politik des Hauses durch zu allgemein formulierte Prinzipien dem Gegner im Konflikt einen zu großen Interpretationsspielraum lässt, müsse es automatisch zum Konflikt kommen. Und nicht selten wird heute beim Abwälzen der Verantwortung für das eigene Verhalten zur Begründung – oder besser: Entschuldigung! – auf systemisches Denken verwiesen. Hier werden Konflikte also nicht personifiziert, sondern, wie ich es nenne: strukturifiziert.

### Der Blick auf die Organisation

Personifizieren wie auch Strukturifizieren von Konflikten führen nur zu einem endlosen Spiel der Schuldzuweisung. Deshalb geht es bei jeder Konfliktbearbeitung im Kontext einer Organisation um die grundsätzliche Frage, wie die konkrete Organisation und die in ihr arbeitenden Menschen zueinander stehen: Wie sehr determiniert eine Organisation die Menschen – und wie sehr können Menschen die Organisation aktiv mitgestalten? Diese Frage stellt sich in der sog. „Mikro-Arena“ (z. B. innerhalb eines Teams), weiters in der „Meso-Arena“ (d. h. innerhalb der Organisation). Und schließlich muss auch innerhalb der „Makro-Arena“ (im Staat, im Gesundheitswesen überhaupt, in der Gesellschaft) gefragt werden, welcher Platz einem Krankenhaus in einer Stadt, in einer Region oder in einem Land zukommt. Denn Konfliktpotenzial kann in den Menschen und in ihren Kooperationsbeziehungen gegeben sein, aber auch in ihrer Organisation und in deren weiterer Umgebung, die den Rahmen für die Organisation absteckt, Spielregeln festlegt und über die Zuwendung von finanziellen und materiellen Ressourcen verfügt. Für das Aufkommen von Konflikten ist entscheidend, welchen Gestaltungsspielraum der kulturelle Bereich grundsätzlich im Rahmen der Politik und gegenüber der Wirtschaft besitzt. Heute erleben Institutionen im Kulturleben angesichts des wachsenden Spardruckes – vor allem im Bildungswesen sowie im Sozial- und Gesundheitswesen –, dass sie sich den Zwängen der herrschenden neoliberalen Wirtschaftsdoktrin zur Gänze unterwerfen müssen (dazu ausführlich Glasl, 2005).

Gesundheit ist zur käuflichen Ware geworden, die sich nur die zahlungskräftigen Bürgerinnen und Bürger leisten können. Und es wird zumeist gefordert, dass jede Organisation selbstverständlich wie ein Industriebetrieb organisiert und geführt werden müsste.

### Beachtung der Organisationstypen

Das Führen und Organisieren von Institutionen im Gesundheitswesen muss den Besonderheiten dieses Sektors in der Gesellschaft gerecht werden. Ein Kranken-

haus sollte nicht wie eine Autofabrik gestaltet werden – aber eine Autofabrik auch nicht wie ein Krankenhaus. Denn es handelt sich bei beiden um ganz unterschiedliche Organisationstypen.

Wie lassen sich die Besonderheiten von Organisationen des Gesundheitswesens beschreiben? Jede Organisation ist auf ihre Art einmalig – wie jedes menschliche Individuum auch. Die Einmaligkeit ergibt sich aus den verschiedenartigen Gründungsimpulsen, aus ihrer Entstehungsgeschichte, aus den Persönlichkeiten ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, aus der Positionierung in ihrer Umwelt und vielem anderen mehr. Aber trotz der Einmaligkeit jeder Organisation unterscheidet die moderne Organisationslehre einige Grundtypen (siehe Bos 1976, Glasl 2002 und 2004 A, 2004 C, Mintzberg 1979, von Sassen 1994). Drei Grundtypen müssen beim Führen und Organisieren beachtet werden, wenn man ein Optimum an Leistungs- und Lebensqualität erreichen will:

- (1) Produkt-Organisationen,
- (2) Routine-Dienstleistungs-Organisationen,
- (3) Professionelle (Dienstleistungs-)Organisationen.

Die Hauptmerkmale dieser drei Typen sind im Wesentlichen folgende:

(1) Produkt-Organisationen – beispielsweise ein Produzent von medizinischen Geräten, eine Kleiderfabrik u.dgl. – erzeugen einen physischen Gegenstand, der den Betrieb fertig verlässt und über den Handel überallhin geliefert werden kann. Das Produkt ist in der Regel im Voraus klar definierbar und die Produktion meistens zu 99 % planbar, steuerbar und kontrollierbar.

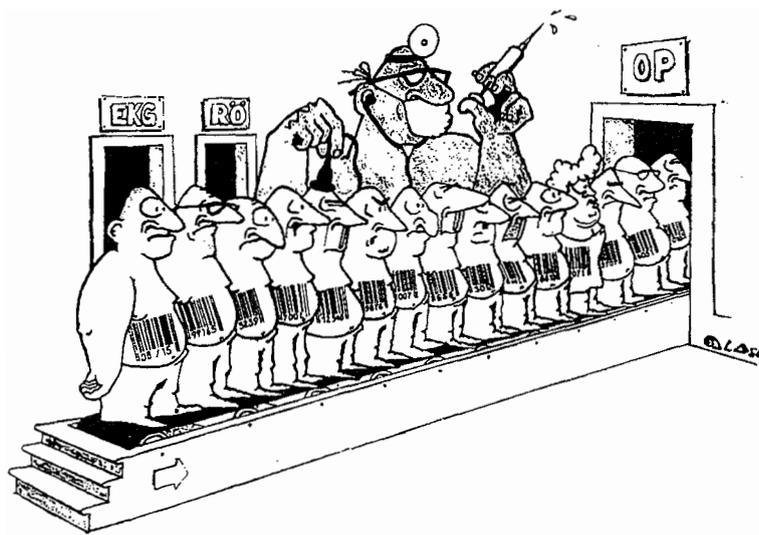
(2) Routine-/Standard-Dienstleistungs-Organisationen – etwa ein Reparatur-Service, ein Handelsunternehmen, ein Hotel, eine Fluggesellschaft u.dgl. – verrichten genau definierte Arbeiten für Kunden; die Kunden müssen sich zu diesem Zweck zumeist auf einen Prozess mit dem Dienstleistungsunternehmen einlassen. Die Leistung ist nicht ein Produkt, sondern ein Prozess. Und weil der Prozess oft zusammen mit den Kunden verläuft, ist es auch ein zwischenmenschlicher Prozess.

(3) Professionelle Organisationen – wie z. B. eine Universität oder ein Forschungsinstitut, ein Krankenhaus oder Therapeutikum, eine psychotherapeutische Praxis oder eine Seelsorge-Stelle – liefern kein materiell greifbares Gut, das an einen anderen Ort geliefert werden könnte, sondern sie stiften im Wesentlichen einen immateriellen Nutzen, und zwar in Form einer Idee, eines kreativen Konzepts, einer Befähigung der Klienten und Ähnlichem. Mintzberg (1979) nennt die Professionelle Organisation auch „Know-how-intensive Dienstleistungs-Organisation“, weil von den Professionellen – man denke an Ärztinnen und Ärzte – ein hoher Wissensstand gefordert wird, damit sie situativ richtig handeln können. Gute Leistung wird aber nur erbracht, wenn sich die Professionellen jedes Mal auf die Besonderheiten der Klienten einstellen und nicht bloß Standard-Leistungen abliefern.

Diese Unterscheidung habe ich oben für ganze Organisationen beschrieben, sie kann jedoch auch auf einzelne innerorganisatorische Bereiche angewandt werden.

So gibt es in der professionellen Organisation eines Forschungsinstituts auch Standard-Dienstleistungsbereiche: u. a. die Personalabteilung und den technischen Dienst zur Wartung der Apparate etc. Und es gibt dort auch eine Produkt-Organisation: die Küche im Personalrestaurant, die Hausdruckerei etc. Deswegen ist für die Typenbestimmung einer Organisation oder Abteilung konkret zu erfassen, was ihr wesentlicher Leistungsauftrag ist. Ein Krankenhaus ist seinem eigentlichen Zweck nach keine Reparaturwerkstätte für beschädigte Leiber, sondern eine Kombination von Dienstleistungs-Organisation und Professioneller Organisation, die den Gesundungsprozess der Patientinnen und Patienten bezweckt. Und weil eine Erkrankung die ganze Person in ihrer geistigen, seelischen und leiblichen Existenz betrifft, ist auch das therapeutische Handeln ganzheitlich zu gestalten.

Jedes Krankenhaus tut also gut daran, sein Menschenbild und das daraus sich ergebende Verständnis von Krankheit und Gesundheit zusammen mit den professionellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern verbindlich auszuarbeiten, periodisch zu hinterfragen und neuen Einsichten anzupassen.



Cartoon: Eelco-Marius Glasl

Abb. 1: Die Arbeit im Krankenhaus darf nicht zur Fließbandarbeit verkümmern.

### Leistungsbedingungen der drei Organisationstypen

Da sich diese drei Organisationstypen in ihren „Outputs“ und „Outcomes“ unter-

scheiden, müssen auch Führung und Organisation, unter denen die Kernleistung am besten erbracht werden kann, wesentlich verschieden gestaltet sein.

Produkt-Organisation: Ob in der Autofabrik während der Produktion meines Autos ein gutes kollegiales Klima bestanden hat oder nicht, wird für mich als Kunde in der Regel nicht direkt erlebbar – nur manchmal kommt es dadurch zu bestimmten Qualitätsmängeln, wie das beim sprichwörtlichen „Montags-Auto“ der Fall ist. Ansonsten spüre ich als Kunde von den internen Verhältnissen der Produkt-Organisation direkt nichts, es sei denn, dass ich das Werk besuche.

Bei der Dienstleistungsorganisation wird die Leistung nach bewährten Standards und in wiederholbarer Routine erbracht und nur customized, d. h. in sehr begrenztem Maße den Kunden angepasst (siehe Biehal, 1994). Doch weil ich als Kunde während der Leistungserbringung vorübergehend mit der Dienstleistungs-Organisation in Kontakt bin, merke ich direkt, wie es dort betriebsintern zugeht. Wenn in einem Restaurant das Service-Personal mit der Küche ständig streitet, trübt das meine Freude an dem Essen und ich gehe nicht gerne dort hin. Denn für Dienstleistungs-Organisationen gilt, dass neben der Produktqualität (z. B. der Speisen) auch noch die Begegnungsqualität während des Service für meine Kundenzufriedenheit bestimmend ist. Darum ist es in einem Dienstleistungsbetrieb gar nicht möglich, ungestraft zweierlei Moral zu leben: Die Leitung kann nicht den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einbläuen, dass sie die Kunden respektvoll behandeln sollen, während sie selbst mit dem Personal äußerst demütigend umgeht! Weil die Welt der Dienstleistenden und die Welt der Kunden für einige Zeit in Kontakt sind, straft sich eine derartige Doppelmoral von selbst Lügen.

Für die Professionelle Organisation gilt in verstärktem Maße, dass von denen, die eine professionelle Leistung erbringen, eine konsistente und wahrhaftig verinnerlichte Ethik gelebt werden muss. Wenn für die Leistungsqualität der Professionellen deren Achtung vor der Einmaligkeit der Lebenssituation der Klienten ausschlaggebend ist, müssen sie jederzeit von wahren Respekt für die Individualität ihrer Klienten geleitet werden. Und das geht nur, wenn sie auch für die Individualität ihrer Kolleginnen und Kollegen Respekt bezeugen. Darum muss im Krankenhaus unter den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine Kultur aufrichtiger Achtung der Menschenwürde gepflegt werden. Sie können keine guten Leistungen erbringen, wenn ein miserables Klima besteht und wenn sie ihre Gestaltungsfreiheit nicht in Eigenverantwortung wahrnehmen können. Aus demselben Grund können auch die Lehrkräfte einer Schule nur dann pädagogisch gut handeln, wenn sie vom Ethos des Entwicklungsdenkens inspiriert sind.

Deshalb müssen in professionellen Organisationen innerbetrieblich die Voraussetzungen für weitgehend autonomes Arbeiten geschaffen, gepflegt und weiterentwickelt werden. Bevormundendes Führen sowie gängelnde Standardvorschriften und Ähnliches verhindern Professionalität.

## Wie Professionelle Organisationen zu führen und zu organisieren sind

Damit die kreative ideelle Leistung ganz auf die Besonderheiten der Klienten abgestellt werden kann, müssen sich die Professionellen mit ihrer Aufgabe identifizieren können. Dazu einige Beispiele:

- Eine Therapeutin kann ihrem Klienten in einer Krisensituation nur helfen, wenn sie gut auf dessen biografische Situation eingeht
- Ein Forscher muss von ganzem Herzen Forscher sein, um einerseits den Erkenntnisfragen konsequent nachzugehen und andererseits seine Forschungsergebnisse mit größter Wahrhaftigkeit kritisch zu hinterfragen – kritischer als die Fachkollegen dies tun könnten
- Bei Sozialarbeit ist es ähnlich. Um z. B. den Asylbewerberinnen und Asylbewerbern wirkungsvoll zu helfen, spielen Besonderheiten der Kultur und Geschichte ihrer Herkunftsländer eine Rolle, weiters ihre frühere soziale Stellung in der Gesellschaft, die gegenwärtigen familiären Strukturen, die persönlichen Lern- und Lebensgeschichten mit Idealen, Zielen und Ambitionen, die körperliche Verfassung usw. Erst wenn die Sozialarbeiterin dies ganz ernst nimmt, kann sie diesen Klienten wirkungsvoll helfen.

All das weist ganz deutlich darauf hin, dass Professionelle in ihrer täglichen Arbeit grundsätzlich hohe Eigenverantwortung tragen. Das verpflichtet sie moralisch, ihr Wissen und Können immer auf dem neuesten Stand zu halten. Weil bei der Leistungserbringung die Professionellen immer auf ihr Wissen, Können und Sein angewiesen sind, gilt für sie: „The person is the product!“

Deshalb haben sich die Professionen, die in der Gesellschaft hohes Ansehen genießen, immer einen eigenen Ehren-Kodex gegeben. Der Hippokratische Eid der Ärztinnen und Ärzte ist dafür das bekannteste Beispiel. Er gewährleistet, dass sich die medizinische Disziplin ausschließlich von ihren eigenen Normen leiten lässt. Dazu gehören das Berufsgeheimnis und die Standes-Justiz, die in Eigenverantwortung Fehler der Professionellen ahndet.

Ich finde, dass Ähnliches grundsätzlich für jede Profession entwickelt, gesellschaftlich anerkannt und gesichert werden müsste: Denn auch ein Tiefbau-Ingenieur entscheidet mit der Qualität der von ihm gebauten Brücke über Leben und Tod von Menschen, nicht nur das ärztliche Personal; eine Psychotherapeutin soll sich nur vom Streben nach dem Wohl ihres Patienten leiten lassen und darf auch in staatlicher Anstellung nicht von den politischen Vorgesetzten in ihrem professionellen Handeln gesteuert werden; Trainerinnen und Trainer, Supervisorinnen und Coaches müssen ihre Klienten in den Lernsituationen schützen und dürfen ihre Beobachtungen nicht zum Zweck der Personalbeurteilung bzw. Personalauswahl weiter geben. Als Mediator bin ich verpflichtet, keinerlei vertrauliche Information nach außen zu bringen; und ich darf nach österreichischem Recht im Falle eines Gerichtsverfahrens meiner Klienten auch nicht als Zeuge einvernommen

werden. Alle Professionellen sind in erster Linie ihren Klienten verpflichtet. Zur Gewährleistung dieser Verantwortung müssen Professionelle einen geschützten Autonomie-Raum haben, in dem sie nach eigenem besten Wissen und Gewissen entscheiden und handeln können.

Professionelle zu führen bedeutet deshalb in der Regel, dass die Führungskraft gute Leistungsvoraussetzungen schaffen muss. Dazu gehört vor allem die periodische Arbeit mit den Professionellen an den Zielen und Leitlinien, Leitwerten und Qualitätsstandards der Arbeit. Denn deren gemeinsame Erarbeitung gewährleistet erst, dass die Professionellen bei aller Selbstständigkeit dieselben Werte und Normen beachten und leben. So kann die Identifikation mit den Leitwerten der Organisation erreicht werden. Ein ausformuliertes Leitbild ist nur dann wirkungsvoll, wenn es das Ergebnis einer intensiven Auseinandersetzung der Professionellen ist. Andernfalls verkümmert es zu einem Werbetext, mit dem sich niemand identifiziert.

Eine weitere wichtige Führungsaufgabe besteht im Organisieren und Gestalten von Lernprozessen in der Organisation, so dass diese eine lernende Organisation wird (siehe Gairing 1996, Garrat 1990, Geißler 2002). Dazu gehört ein offenes kollegiales Klima, in dem Fehler (und Beinahe-Fehler) ohne Angst vor Pressionen angesprochen werden können. Meine praktische Erfahrung hat mir jedoch gezeigt, dass in überwiegend Status-orientierten Krankenhäusern eine derartige offene „Fehlerkultur“ die Ausnahme ist; der Chefarzt lässt sich ungern von der Assistenzärztin auf einen Kunstfehler hinweisen; und die Krankenschwester wagt es selten, dem Arzt zu widersprechen, wenn dieser den Zustand von Patienten falsch einschätzt. Aus all diesen Gründen sind Supervision und Intervention ganz wichtige Instrumente zur Qualitätssicherung und zur fachlichen Weiterentwicklung. Wenn eine Professionelle Organisation Wissensmanagement nicht ernst nimmt, führt das bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu seelischem Verschleiß. Über kurz oder lang schwindet die Substanz der ganzen Organisation.

Gute Leistungsvoraussetzungen können nicht durch eine direktiv und streng hierarchisch agierende Führung (wie sie paradoxerweise in Krankenhäusern, Universitäten und Kirchen vorherrscht) erreicht werden. Bessere Wirkungen erzielt hingegen eine kollegiale Führung, weil sie zu sachlichen Auseinandersetzungen zwingt. Schließlich ist die Wahrheit nicht von vornherein der ausschließliche Besitz der Menschen mit dem höchsten Gehalt und dem höchsten Status.

### Das 3-ChefIn-Modell

Aus den genannten Gründen empfehle ich oft das „3-ChefIn-Modell“ von A. Kampfrath (1985) von der Agraruniversität Wageningen (NL): Anstelle einer monokratisch-hierarchischen Führung werden drei Aufgabengebiete auf verschiedene Funktionen und Personen verteilt. Weil in der Regel die Kompetenz eines

Chefarztes nicht im Management, sondern in seinem medizinischen Spezialgebiet liegt, wird er in rechtlichen, wirtschaftlichen und organisatorischen Dingen nur als Amateur wirken und nicht wirklich nach dem „Stand der Kunst“ führen können. Deshalb unterscheidet Kampfrath 3 Kerngebiete, die am besten von je einer fachlich kompetenten Person geführt werden sollten:

(1) Die Fach-Leitung („Professional Boss“) ist dafür verantwortlich, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter auf dem höchsten Stand des Wissens und Könnens sind. Sie werden zu Kongressbesuchen stimuliert und auf Fachpublikationen verwiesen, es wird für fachliche Intervision und Supervision gesorgt, Qualitätsstandards werden entwickelt und im Bewusstsein der Menschen verankert, Weiterbildungsaktivitäten werden verbindlich vereinbart usw. Die Leitung dieses Bereichs obliegt den Menschen, deren fachlich-wissenschaftliche Qualifizierung in der Organisationseinheit als beste anerkannt ist und deren Rat auch gerne gesucht wird.

(2) Die Arbeitsprozess-Leitung („Work Boss“) ist verantwortlich für die Planung, Gestaltung, Leitung und Koordination der Arbeitsprozesse und sucht dafür ständig Verbesserungen. Sie sorgt für den Einsatz der personellen und materiellen Ressourcen, regelt die Dienstpläne der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, vereinbart Leistungsziele und führt Ergebniskontrollen durch usw. Diese Funktion wird von denjenigen ausgeübt, die für Prozessorganisation kompetent sind und Projekte gut organisieren können. In Kliniken ist das meistens das Pflegepersonal, weil dort beim Patienten medizinisches, pflegerisches und therapeutisches Handeln zusammenläuft.

(3) Die Ressourcen-Verwaltung („Administrative Boss“) gewährleistet, dass die benötigten Menschen und Mittel überhaupt qualitativ und quantitativ vorhanden sind. Dafür stellt sie die betriebswirtschaftlichen Instrumente zur Verfügung, übernimmt die Budgeterstellung und -kontrolle, betreibt Personalmanagement, plant und berechnet und beschließt Investitionen usw. Diese Funktion ist die Domäne betriebswirtschaftlich geschulter Menschen.

Diese drei Gebiete sind als Führungsfunktionen grundsätzlich gleichwertig. Zwischen ihnen müssen sachliche Auseinandersetzungen geführt werden, um die Gesichtspunkte untereinander abzustimmen. Es ist aber oft aus rechtlichen Gründen notwendig, dass im Falle einer Pattstellung eine Person dieser Troika die ausschlaggebende Entscheidungsgewalt hat. Das lässt sich je nach Thema untereinander regeln.

Wenn die Besonderheiten der professionellen Organisation missachtet werden, entsteht in den Organisationen Konfliktpotenzial. Das merken ziemlich schnell die Kunden, Klienten oder PatientInnen. Und es spüren dies in erster Linie die Dienstleistenden und Professionellen selbst. Es schmälert sowohl die Qualität ihres Arbeitslebens als auch die Qualität ihrer Leistungen. Für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einer Dienstleistungsorganisation, die mehr zum professionellen Typus tendiert, sowie für die Professionellen zeigen sich die Wirkungen der unange-

messenen Führung und Organisation früher oder später am Burn-out-Syndrom. Denn das Gefühl, innerlich den Sinnbezug der eigenen Arbeit nicht mehr zu erleben, entsteht vor allem in Professionellen Organisationen, in denen unrichtig organisiert und falsch geführt wird.

### Positionierung im makro-sozialen Umfeld

Diese Typenunterscheidungen dienen auch praktisch dazu, eine professionelle Organisation in ihrem Umfeld richtig zu positionieren. Vorgeordnete Stellen oder Aufsichtsorgane können so den Besonderheiten der Organisation gerecht werden, für die sie politisch verantwortlich sind. Denn das Wissen um die unterschiedlichen Leistungsbedingungen ermöglicht es den Aufsichtsorganen sowie den Geldgebern, Steuerungen und Kontrollen so anzulegen, dass sie nicht die Funktionsbedingungen der Professionellen Organisation zerstören.

Aber es genügt heute nicht, dass sich eine Organisation im kulturellen Bereich nur mit den – zumeist staatlichen oder kommunalen – Aufsichts- oder Geldgeber-Stellen befasst. Bei meinen Mediationen im Gesundheitswesen hat sich oft gezeigt, dass sich diese Organisationen zu wenig mit den verschiedenen Erwartungen und Anforderungen ihrer anderen „Stakeholders“, d. h. der Gruppen und Institutionen, die Ansprüche an das Krankenhaus haben, auseinander gesetzt haben. Denn die relevanten Anspruchsgruppen (d. h. „stakeholders“) eines Krankenhauses sind nicht nur die PatientInnen und die Geldgeber (öffentliche Trägerorganisationen, Versicherungen und Kassen), sondern noch andere: Die Angehörigen der PatientInnen, die hausärztlichen und therapeutischen Praxen sowie die Niedergelassenen in der Region, Reha-Institute, Laboratorien, Gesundheits-Beratungszentren, Heilmittelhersteller, Institute der medizinisch-therapeutischen Forschung und Lehre, Seelsorger-Stellen, Fitness- und Wellness-Zentren, die Kommunalverwaltungen, Berufsverbände und Gewerkschaften und noch andere mehr. All die genannten Stellen haben Erwartungen an das Krankenhaus – und wegen der Vielfalt ihrer Interessen sind ihre Ansprüche oft zueinander widersprüchlich. Und gerade deshalb sind Professionelle gefordert, mit den Ziel-Orientierungen ihrer Organisationen dazu von vornherein eine klare Positionierung einzunehmen. Denn diese muss ihren weiteren Beschlüssen zugrunde liegen und ermöglicht dezentralisierte Entscheidungsstrukturen.

Seit der systematischen Demontage der sozialen Marktwirtschaft in Mittel- und Westeuropa als Ausfluss der neoliberalen Wirtschaftsdoktrin wird auch für das Gesundheitswesen das Diktat der Finanzen immer stärker spürbar. Dadurch gerät vielfach die Patienten-Orientierung unter Druck. Die Effizienz (wie die Leistung wirtschaftlich erbracht wird) kann für das wirtschaftliche Überleben eines Krankenhauses wichtiger werden als die Effektivität (welche Leistung den Patienten hilft). Kein Haus kann vor diesen Rahmenbedingungen die Augen verschließen.

Aber ich sehe dreierlei Möglichkeiten, als Organisation darauf zu antworten. Die erste ist, ständig mit den Methoden der Organisationsentwicklung bisher verborgene Ineffizienz-Faktoren zu entdecken und durch konsequentes Patienten-gerichtetes Organisieren der Kernprozesse Prozessoptimierungen vorzunehmen. Die zweite Möglichkeit ist, darüber hinaus als Krankenhaus für sich zu definieren, welche Werte-Entscheidung die Organisation bezüglich der Spannung zwischen Patienten-Orientierung und Finanz-Orientierung trifft. Diese muss sie dann auch mit den üblichen Marketing- und PR-Instrumenten öffentlich sichtbar machen, so dass potenzielle PatientInnen und Versicherungen etc. das selbst definierte Profil der Klinik erkennen und würdigen können. Es liegt dann an den PatientInnen, ob sie sich für eine ganzheitliche und aufwändigere Therapieform entscheiden oder ein chunck-Krankenhaus im Sinne der McDonaldisierung (siehe Ritzer 1995) vorziehen. Die dritte Möglichkeit ist das bewusste gesundheitspolitische Wirken in der Öffentlichkeit. Das bedeutet, dass die Leitung eines Krankenhauses bei anderen Institutionen partnerschaftliche Unterstützung sucht und pflegt, um gemeinsam mehr Gewicht in die Waagschale der politischen Auseinandersetzung zu werfen. Denn wenn sich Organisationen des Gesundheitswesens für die Interessen ihrer PatientInnen in die politischen Auseinandersetzungen aktiv einbringen, können sie erreichen, dass die Leistungen des Gesundheitswesens nicht nur als käufliches Gut ein Privileg der besonders Kaufkräftigen in der Gesellschaft sind.

Aus meiner eigenen Beratererfahrung im Gesundheitswesen weiß ich nur zu gut, dass dieser dritte Weg besonders geduldiges, umsichtiges und auf langfristige Wirkungen ausgerichtetes Denken und Handeln erfordert. Aber ich durfte auch wiederholt erleben, dass dies Wirkungen haben kann. Beispiele dafür sind u. a. das Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe in Berlin und Referenda über das Gesundheitswesen in der Schweiz. Die Betroffenen müssen sich nur immer wieder ins Bewusstsein rufen, dass sie organisationsintern mit den Konfliktpotenzialen aus der makro-sozialen Umwelt konfrontiert werden, die nie und nimmer durch mikro- und meso-soziale Maßnahmen allein aus der Welt geschafft werden können. Sie erfordern makro-politisches Handeln.

Meine bisherigen Ausführungen sollten zeigen, dass es für eine professionelle Organisation im öffentlichen Raum kein Luxus ist, wenn sich ihre MitarbeiterInnen periodisch verbindlich mit den eigenen Werten, den eigenen ethischen Auffassungen, Zielen und Konzepten beschäftigen. Verbindlich heißt, dass sie sich nicht nur mit dem Kopf, sondern mit dem Herzen mit diesen ethischen Richtungen identifizieren und diese zur Inspirationsquelle sowie zur Richtschnur ihrer Qualität machen. Es kann vielmehr gesagt werden, dass diese Arbeit an der Organisationskultur für Professionelle immer eine der wichtigsten Leistungsvoraussetzungen ist. Das Organisieren des permanenten Lernens in einem Klima der Offenheit ist ein weiterer wichtiger Aspekt des Führens in professionellen Organisationen. Nur so können die Professionellen mit einem hohen Autonomiegrad eigenverantwortlich

und authentisch motiviert handeln. Und nur so können sie das Beste an Qualität liefern – zum Nutzen ihrer PatientInnen und ihrer sonstigen Stakeholders.

## Der Blick auf die Menschen

### Konfliktfähigkeit der Menschen im Umgang mit Ethik-Fragen

In den Streitthemen der Konfliktparteien innerhalb einer Organisation kommen die organisatorische und die menschliche Seite so gut wie immer durchmischt an die Oberfläche. Nun liegt es an den Streitenden und an der Organisationskultur, ob es zum Strukturifizieren oder zum Personifizieren kommt. Im Erleben der Beteiligten mag es sich bei ihrem Streit um einen Wertekonflikt handeln, der in den persönlichen Auffassungen der gegnerischen Menschen wurzelt. Aber nicht alles was von den Konfliktparteien als Wertekonflikt erlebt und so behandelt wird, beruht tatsächlich primär auf unterschiedlichen Werte-Orientierungen.

Ich bringe dazu ein Beispiel, wie sich das in einem Konflikt in einer westeuropäischen Kinderklinik sehr deutlich gezeigt hat. In der Klinik waren rund um ethische Orientierungen intensive interkollegiale Konflikte entstanden. Als Kernprobleme erschienen ethische und praktische Differenzen, weil verschiedene Organe von unheilbar kranken Kindern für andere Kinder als Organspenden benötigt wurden. Wer durfte entscheiden, einem Kind Organe zu entnehmen und es danach sterben zu lassen, um das Leben eines anderen Kindes durch Organtransplantation zu retten? Die Entscheidung der betreuenden Ärzte und Ärztinnen desjenigen Kindes, das als Organspender dem Tod preisgegeben werden sollte, führte zu einem äußerst schweren Gewissenskonflikt. Aufgrund welcher Kriterien soll das eine Kind sterben und das andere überleben? Wie konnten sie mit dem Druck der ChirurgInnen umgehen, die ein Organ dringend benötigten? Und wer überbrachte den Eltern des Kindes, das sterben sollte, die schwierige Botschaft und holte sich deren Einverständnis?

Jede der beteiligten Personen war ethisch maßlos überfordert. Auch wenn die Krankenhausleitung zu solchen Fragen generelle Kriterien formuliert hatte, so war es in jedem einzelnen Fall schwierig, die Verantwortung für die Entscheidung auf sich zu nehmen. Deshalb wurden diese Entscheidungen möglichst auf andere abgeschoben. Und wenn dann aufgrund der emotionalen Reaktionen der Eltern der moralische Druck auf die EntscheiderInnen zunahm, kam es wiederholt zu Klagen der behandelnden Ärzte und Ärztinnen, dass sie falsch oder einseitig informiert worden seien, dass sie von den anderen Disziplinen unter Druck gesetzt worden seien usw. Immer wieder klagten die Eltern bei der Ethik-Kommission bestimmte Ärztinnen und Ärzte an und beschuldigten die eine oder den anderen, dass sie ihnen falsche Informationen gegeben oder Fehldiagnosen gemacht hätten, die zu

Ungunsten ihres Kindes ausgelegt worden wären. Häufig hatten die Eltern vom Personal rechtfertigende Darstellungen des Entscheidungsprozesses bekommen und nutzten diese Information – weiter verzerrt – zur Untermauerung ihrer Klage. Dadurch wurde der Ruf verschiedener Professioneller erheblich so weit beschädigt, dass ihnen sogar ein Berufsverbot drohte. All dies führte unter dem Personal ständig zu heftigen Konflikten. Immer wieder wurde von den Betroffenen auf ethische Differenzen hingewiesen.

Bei der Arbeit an diesen Konflikten zeigte sich später, dass durch die ständigen Gewissenskonflikte unter den Professionellen eine Kultur des gegenseitigen Misstrauens, Kontrollierens und Anklagens entstanden war, die eigentlich von den eigenen Ohnmachts- und Schuldgefühlen ablenken sollte. Jeder beteiligten Person fiel es schwer, sich mit dem eigenen innerseelischen Dilemma konstruktiv auseinander zu setzen. Desto stärker war sie sensibilisiert, kleine ethische Verfehlungen bei den KollegInnen zu erkennen und ihnen anzukreiden. Es war bequemer, die gewissensberuhigende Seite für sich zu beanspruchen, während die problematische und beunruhigende Seite von sich abgespalten und der Kollegin oder dem Kollegen zugeschrieben wurde. Jede Seite sah von sich nur die positiven Seiten der Lichtpersönlichkeit und von der Gegenseite die dunklen Aspekte der Schattenpersönlichkeit (Glasl, 2004 B). Das geschah gegenseitig.

Die Konfliktbehandlung brachte auch an den Tag, dass viele Abläufe – z. B. die Informations- und Entscheidungsprozesse, die Verfahren zur Sicherung der Qualität, die Beschwerdeverfahren der Familienangehörigen etc. – sehr unpräzise geregelt waren. Dies ergab viele Graubereiche, die in problematischen Situationen divergierend interpretiert werden konnten. Und auch das bot viele Möglichkeiten der eigenen Entlastung und der gegenseitigen Schuldzuschreibung und Schuldabwälzung. Lange Zeit widersetzten sich aber einige Professionals, an einer Klärung und Verbesserung der Verfahren mitzuarbeiten. Und ich vermutete, dass sie auf diese Graubereiche nicht verzichten wollten, weil ihnen nach Jahren der Konflikte die ethischen Fluchtmöglichkeiten lieber waren als die Eindeutigkeit. Denn diese konnte sie auch angreifbar machen.

### **Das Zusammenspiel persönlicher und organisatorischer Konfliktpotenziale**

Durch die Konflikteskalation scheinen sich die Streit-Positionen immer weiter voneinander zu entfernen, bis die Beteiligten meinen, dass sie völlig unvereinbar seien. Dies ist aber nur in der gegenseitigen Wahrnehmung der Konfliktparteien so. Es kann gewiss in dem einen oder anderen Fall auch diametral entgegengesetzte Werte-Positionen geben, aber in meiner Erfahrung ist das Erleben der Unvereinbarkeit zum größten Teil durch die psychischen Mechanismen der Eskalation (Glasl 2004 A, S. 207 ff.) bedingt.

Ich habe in solchen Konfliktsituationen die Konfliktparteien oft auf Skalen angeben lassen, welche Position sie selbst beziehen. Und ich habe sie einschätzen lassen, was sie als Positionen der gegnerischen Partei erleben. Damit konnte ich den Beteiligten zeigen, dass dies zum größten Teil auf gegenseitige Zuschreibungen zurückzuführen war. Jede Konfliktpartei empfand die Position, die ihr von der Gegenpartei als Standpunkt angedichtet worden war, als weit übertrieben. Solche Zuschreibungen konnten dann mit Methoden der „Perzeptionsklärung“ (Glasl 2004A, S. 318 ff.) von den Konfliktparteien als Perzeptions-Verzerrungen erkannt und dadurch richtig gestellt werden. Perzeptionsklärungen verschiedenster Art erfolgen, indem jede Partei zunächst beschreibt, wie sie – ganz subjektiv! – Sachverhalte, bestimmte Ereignisse und Personen wahrgenommen hat. Ich fordere dazu die eine Partei auf, „ihren Film“ der Ereignisse zu zeigen, und die andere Partei soll sich zunächst diesen Film einfach nur ansehen und anhören. Danach wird die andere Partei eingeladen, „ihren Film“ zu zeigen, den die erste Partei anschaut. So zeigen sich Wahrnehmungsunterschiede zu ein und demselbem Sachverhalt, und die Konfliktparteien sprechen ihr Erstaunen darüber aus, wie unterschiedlich ihre Wahrnehmungen sind. Die unterschiedlichen Bilder erklären sich zum einen aus der Tatsache, dass jede Person nur bestimmte Ausschnitte der Wirklichkeit wahrgenommen hat, die sich von den Ausschnitten des anderen durch den anderen Zeitpunkt oder Standort unterscheiden; und zum anderen entstehen die Unterschiede durch die Deutungen, die jede Partei zu ihrer Wahrnehmung hinzufügt. In die Interpretationen fließen aber die Emotionen der deutenden Person mit ein, ihre Hoffnungen und Ängste, ihre Erfahrungen und Sichtweisen u.dgl.m. So werden dem irritierenden Handeln des Kollegen Absichten und Denkweisen zugeschrieben, die oft von den tatsächlichen Intentionen der handelnden Person weit entfernt sind. Dadurch scheinen grundsätzliche ethische Differenzen eine Rolle zu spielen, die sich bei einem Klärungsgespräch als extreme Zuschreibungen herausstellen können (siehe auch Thomann, 1998). In Verbindung mit derartigen Klärungen kann mit den Methoden der „gewaltfreien Kommunikation“ von Marshall Rosenberg (2001) oder mit der Technik des Rollenverhandelns nach Roger Harrison (Glasl 2004 A, S. 346) neues Verhalten vereinbart werden.

### **Der Umgang mit der „dämonisierten Zone“ eines Konflikts**

Dass es zu extremen Zuschreibungen kommt, erklärt sich u. a. aus den Mechanismen, die ich als „dämonisierte Zone“ (Glasl 2004 A, S. 51) erforscht und beschrieben habe.

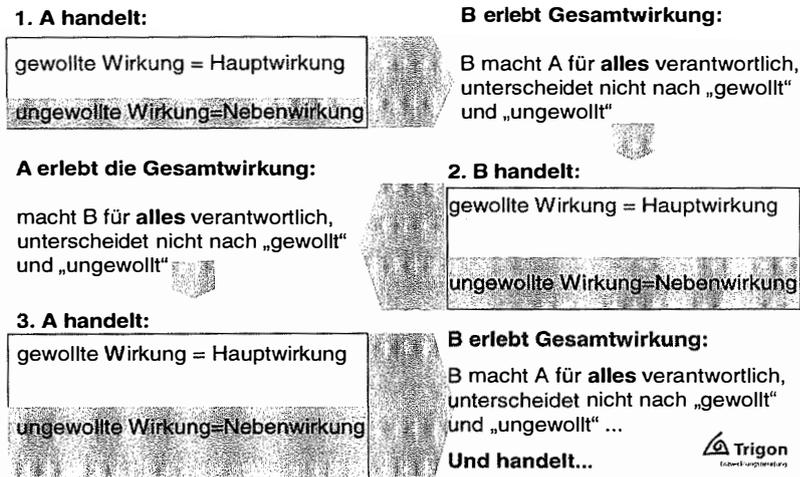


Abb. 2: Die dämonisierte Zone des Konflikts

Das Entstehen der dämonisierten Zone stelle ich vereinfacht im folgenden Absatz und schematisch in Abb. 2 dar. Die Ärztin Anna und der Arzt Bruno erleben seit kurzem einige Spannungen in ihren kollegialen Beziehungen, die bei der Einteilung der Dienstzeiten (Nacht- und Wochenenddienste) und der Urlaube aufgetreten sind. Kurze Zeit später hat Anna gegenüber einem Patienten eine kleine Nachlässigkeit begangen und ist dadurch ein wenig gestresst, weil sie sich selbst Vorwürfe macht, nicht sorgfältig genug gehandelt zu haben. Auch Bruno hat gerade einigen Stress mit einem Patienten erlebt und hat dabei zufällig etwas von Annas Nachlässigkeit bemerkt. In der anschließenden Besprechung im Ärzteteam der Station macht Bruno einige kritische Bemerkungen an die Adresse von Anna. Diese fühlt sich provoziert und reagiert darauf mit etwas emotionalen und spitzen Äußerungen. Bruno findet diese Reaktion auf seine Äußerungen unangebracht. Er kontert seinerseits etwas gereizt und erinnert an eine ähnliche Nachlässigkeit Annas, die er vor einiger Zeit festgestellt habe. Anna ärgert sich jetzt noch mehr, weil ihr der Kollege wegen solcher Bagatelldfälle Vorwürfe macht. Folglich konfrontiert sie ihn damit, dass sie von ihm mehrere Kunstfehler an seinen Patienten bemerkt habe. – So geht es Schlag auf Schlag weiter und beide steigern sich gegenseitig zu immer aggressiveren Äußerungen, in denen mehr und mehr grundsätzliche Auffassungsunterschiede in Bezug auf Diagnose und Behandlungskonzepte behauptet werden. In der Hitze des Gesprächs wirft Bruno auch ethische Fragen auf. Kurz danach springt Anna wütend auf und schreit, sie brauche sich hier von Bruno nicht fachliche Unfähigkeit und ethisches Versagen vorwerfen zu lassen. Deshalb fordert sie von Bruno eine so-

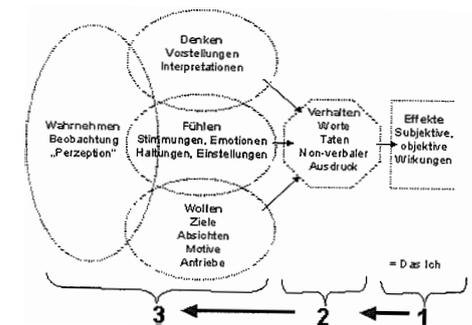
fortige Entschuldigung. Aber weil dieser nicht einsieht, dass er sich entschuldigen müsse, läuft Anna demonstrativ aus dem Raum und lässt das Team in großer Betretenheit sitzen. Auf diese Weise ist zwischen Anna und Bruno Zug um Zug etwas Destruktives entstanden, das keine der beteiligten Personen so gewollt hat – und für das zunächst keiner die Verantwortung zu übernehmen bereit ist. Die Kränkung ist die Summe kumulativer destruktiver Effekte, die aus den ungewollten Nebenwirkungen ihres Handelns entstanden sind. Durch die Eskalationsmechanismen ziehen die ungewollten Nebenwirkungen mehr Aufmerksamkeit auf sich als die gewollten Hauptwirkungen. Weil sich aber keine der beteiligten Personen kränkender Absichten bewusst ist, weist jede eine Schuld an dem entstandenen Schaden – im obigen Beispiel: der Kränkung – entrüstet von sich. Ja noch mehr: Sie erlebt die Schuldzuweisung als den Gipfelpunkt der Unverschämtheit!

Auch hier hat sich die ethische Seite des Konfliktes erst durch die Art der Auseinandersetzung zu den Dimensionen ausgewachsen, die sie am Anfang überhaupt nicht hatte.

Zur Bearbeitung solcher Konflikte gehe ich in den meisten Fällen anhand meiner Methode „Mikro-Analyse kritischer Episoden“ vor (Glasl 2004 B, S. 159 ff.), wie sie Abb. 3 zeigt.

### Mikro-Analyse kritischer Ereignisse 1. Zyklus

F. Glasl



1. Anna beschreibt **Wirkungen** (Ich-Botschaften). Bruno rekapituliert. A: Stimmt!
2. Anna beschreibt das **Verhalten** von Bruno, an das sie sich erinnert. Bruno rekapituliert. Anna bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt. Bruno beschreibt sein **Verhalten**, an das er sich erinnert. Anna rekapituliert. Bruno bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt.
3. Bruno erzählt, wie es bei ihm „**innen**“ ausgesehen hat, als er so handelte. Anna rekapituliert. Bruno bestätigt. Bei Mängeln: Drittpartei ergänzt.

**Zweiter Zyklus A → B, B → A**

Interventionsmethoden

Trigon  
 Interventionsmethoden

Abb. 3: Mikro-Analyse kritischer Episoden (Glasl 2004 B, S. 159 ff.)

Die Logik dieser Methode ist, dass die Konfliktparteien beginnen, sich gegenseitig die Wirkungen zu beschreiben, die sie in der ausgewählten Episode erlebt haben. Danach beschreiben sie aus ihrer Erinnerung, wie sich die Gegenseite kon-

ket in dieser Situation verhalten hat. Danach beschreibt die Gegenseite, wie sie sich selbst an ihr eigenes Verhalten in dieser Episode erinnert, und danach fügt sie hinzu, welche Gedanken, Gefühle und Absichten sie zu dem Verhalten getrieben haben. Dabei stellt sich klar heraus, welche Wirkungen bewusst gewollt und welche so überhaupt nicht gewollt waren. Das Entdecken dieser Diskrepanzen ist für die Beteiligten immer sehr erhellend und nimmt viel von vermeintlicher Schuld und unethischer Intention weg.

### **Absurde Übertreibungen der Unterschiede: Die „Gummibandmethode“**

In ähnlichen Fällen konnte ich im Sinne einer paradoxen Intervention, durch bewusste gegenseitige absurde Übertreibung der gegenseitigen Positionen durch die Konfliktparteien herausarbeiten, welche Positionen die Beteiligten tatsächlich einnehmen (siehe Glasl 2004 B, S. 143 ff.). Die Vorgehensweise und Wirkung dieser Methode der absurden Übertreibung, die ich „Gummibandmethode“ nenne, will ich vereinfacht im folgenden Absatz beschreiben.

Ich erläutere den Konfliktparteien die Methode und fordere sie auf, gegenseitig die als gegensätzlich erlebten Standpunkte Schritt für Schritt zu übertreiben. Anna soll sich vorstellen, wie die Position Brunos noch etwas extremer sein könnte und wird aufgefordert, dies zu formulieren. Nun wird Bruno aufgefordert, die Position Annas noch extremer zu beschreiben. Weder Anna noch Bruno dürfen zunächst zu dieser Übertreibung Stellung nehmen, sondern werden von mir noch zu weiteren Übertreibungen aufgefordert. Dadurch steigt die Spannung zunächst noch weiter an. Erst nach zwei oder drei weiteren Übertreibungsrunden lade ich Anna ein zu erklären, was sie über die extremere Haltung denkt, die zu ihrem Standpunkt von Bruno fantasiert wurde. Bruno wird anschließend gebeten, sich zu der von Anna fantasierten extremen Überdehnung seiner Haltung auszusprechen. Die Wirkung dieser paradoxen Intervention ist immer wieder verblüffend, weil die Konfliktparteien engagiert erklären, dass sie nie und nimmer eine so extreme, ja absurde Position einnehmen würden. Und sie legen dar, warum sie das so nicht täten. Dabei stellen sie ihre Werte und Urteile klar dar. So zeigt sich, dass ihre Standpunkte in Wirklichkeit einander viel näher sind, als sie gegenseitig wahrgenommen haben. Die „Gummiband-Wirkung“ tritt auf, weil ich die Konfliktparteien erst einlade, den Abstand zwischen ihnen zu vergrößern, also das Band auszudehnen, so dass danach die Zugkraft der Annäherung umso stärker wirkt.

In der Praxis konnten die Gegensätze mit diesem Vorgehen auf ein Maß reduziert werden, das für die Betroffenen – bei etwas gutem Willen! – wieder hantierbar war. Wo dann immer noch Wertedifferenzen bestehen blieben, waren diese oft ein Hinweis auf Unschärfen oder Widersprüche in der Ausrichtung der Organisation oder des Umfeldes. Sie erforderten eine andere Bearbeitung, die jedoch erst

mit Interventionen der Organisationsentwicklung (siehe Glasl/Kalcher/Piber, 2005) möglich wird, indem miteinander verbindliche Positionierungen in Werte-Dilemmata oder Werte-Tetralemmata bezogen werden. Wo dies die Situation erlaubt, kann auch mit „Repräsentanten“ mit Tetralemma-Aufstellungen nach Matthias Varga von Kibéd und Insa Sparrer (2003) sehr wirksam gearbeitet werden.

### **Der eigene Standort bestimmt die Perspektive auf den Konflikt**

Schulz von Thun (2000) hat mit dem Werte-Quadrat ein klares Bild gegeben, wie es zwischen den Konfliktparteien zu Überzeichnungen in den Wahrnehmungen und somit zu negativen Zuschreibungen kommen kann. Denn es kommt darauf an, welche Position Person A und welche Person B einnimmt. A findet sich selbst sparsam, erlebt aber nach seinen Maßstäben Partei B als verschwenderisch. Und B erlebt sich selbst als großzügig, erlebt jedoch aus seiner Werte-Position den Spar-samen als geizig. Wenn der eigene Standort als der einzig richtige empfunden wird, dann erscheint der gegnerische Standort als eine krasse Einseitigkeit und man bekämpft sie.

Die Konfliktbearbeitung bedingt, solche perspektivischen Verzerrungen genau anzusehen und dabei Bewusstsein für den eigenen Werte-Maßstab wie auch für die eigene „Brille“ zu schaffen. Bei Klärungsgesprächen kann dadurch Empathie für die Perspektive des Gegners geschaffen werden. Wenn dies einmal gelungen ist, relativieren sich die als unvereinbar empfundenen ethischen Positionen (siehe Thomann, 1998 und das Beispiel von B. Hager, 2004).

### **Das Prinzip der „Quellenvergiftung“**

Als Folge der psychischen Mechanismen kann auch die Antipathie oder die professionelle Konkurrenzhaltung zwischen KollegInnen von der Beziehungsebene auf die Sachebene überspringen. Nach dem „Prinzip der Quellenvergiftung“ verfärbt nun die Beziehungs-Antipathie all das, was als inhaltliche Position der gegnerischen Partei wahrgenommen wird (Glasl 2004 A, S. 214). Weil die „Quelle“, von der eine Aussage kommt, als vergiftet erlebt wird, muss auch all das, was aus dieser Quelle kommt, giftig sein und abgelehnt werden. Wenn aber mit Methoden der Konfliktbehandlung die Beziehungs-Antipathie geklärt und bearbeitet wird, dann können sich die vermeintlich gegensätzlichen Standpunkte wieder annähern.

In dem oben erwähnten, sehr heftigen Konflikt in der Kinderklinik war es sehr langwierig und mühsam, die verschiedenen Aspekte der Konflikte gemeinsam zu entflechten und für die persönlichen Anteile persönliche Lösungen zu finden. Darüber hinaus musste in Bezug auf die organisatorischen Anteile an or-

ganisatorischen Lösungen gearbeitet werden. Erst das ganzheitliche Ansetzen bei Mensch und Organisation konnte zu einer gegenseitigen Konsolidierung und tieferen Verankerung der erreichten Klärungen und Annäherungen führen. Vieles konnte geklärt werden, aber bei manchen Beteiligten blieben auch weiterhin bestimmte Erfahrungen mit den Konflikten als seelische Vernarbungen bestehen. Sie begannen aufs Neue zu schmerzen, sobald es wieder zu einer kritischen Situation kam. Und nicht immer waren alle Beteiligten bereit, einander für erlittenes Unrecht zu verzeihen. Wenn durch eine Konfliktbehandlung die Bitte um Verzeihung nicht authentisch ausgesprochen und das Verzeihen nicht aus tiefstem Herzen gewährt wird, dann können auch die Konfliktlösungstechniken keine Wunder bewirken.

### Zum Ausklang

In der Einführung meines Beitrages habe ich vor den Einseitigkeiten des Personifizierens und des Strukturifizierens von Konflikten gewarnt. Es geht nicht um ein Entweder-Oder von Mensch und Organisation und ihrem Umfeld, sondern um ein Sowohl-als-auch. Für Professionelle Organisationen spielt eben die periodische und verbindliche Auseinandersetzung mit den Werten und Idealen der Profession und der Organisation eine entscheidende Rolle. Und es kommt auf die Verinnerlichung der Ethik an. Sie wird durch die Pflege einer positiven Fehler- und Lernkultur unterstützt, für die es einer Führung bedarf, die nicht die hierarchische Positionsmacht zum herrschenden Führungsprinzip macht. Durch den Aufbau schnell wirkender Verfahren und Funktionen als „Konfliktregulatoren“ (Glasl 2004 A, S. 59 ff.) können Differenzen und Spannungen in einem frühen Stadium erkannt und bearbeitet werden, so dass sie gar nicht erst ihre verheerenden Wirkungen auf die Organisation ausstrahlen. Überdies wird es erforderlich sein, sich nicht auf die meso-soziale Insel zurückzuziehen, sondern in einer selbstbewussten und aktiven Weise die Auseinandersetzung mit den makro-gesellschaftlichen Fragen und Werten zu suchen. Dadurch kann gegen eine einseitige Positionierung des Gesundheitswesens als lästiger Kostenfaktor oder als profitables Anlage-Objekt agiert werden, bei der die Patienten-Interessen unter die Räder kommen. Durch die Beachtung der Anforderungen an eine professionelle Organisation kann ein guter Rahmen dafür geschaffen werden, dass die Professionellen in Eigenverantwortung beste Leistungen erbringen und dabei eine hohe Qualität des Arbeitslebens erfahren.

Die hier zusammenfassend genannten Aspekte machen insgesamt die Konfliktfestigkeit einer Organisation aus. Diese muss getragen werden von der Konfliktfähigkeit der Personen. Damit ist gemeint, dass die Menschen geschult werden, Konfliktsymptome und -mechanismen in sich selbst und in der Interaktion mit anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen. Und sie müssen auch praktische Metho-

den anwenden können, mit denen verzerrte Wahrnehmungen entzerrt werden können, oder mit denen einseitige Denkmuster reflektiert werden können. Und sie müssen geschult sein, mit ihren Emotionen und den darin sich offenbarenden Bedürfnissen konstruktiv und verantwortungsvoll umzugehen (Rosenberg, 2001).

Wenn diese Voraussetzungen erfüllt sind, werden zwar die Differenzen nicht verschwinden – denn sie sind ja nützlich und notwendig für jedes lebendige System –, aber die Menschen werden mit den Differenzen kreativ und konstruktiv umgehen. Und das ist für alle Beteiligten ein Gewinn.

### Literatur

- Biehal, F. (Hg.) (1994): *Lean Service*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Bos, A. H. (1976): Dreigliederung im Mesozozialen. In: Bos, A./Brüll, D./Henny, A.: *Gesellschaftsstrukturen in Bewegung*. Achberg. S. 129-142.
- Gairing, F. (1996): *Organisationsentwicklung als Lernprozess von Menschen und Systemen*. Weinheim.
- Garrat, B. (1990): *Creating a learning organization*. Cambridge.
- Geißler, H. (1992): *Neue Qualitäten betrieblichen Lernens*. Frankfurt a. M./Bern/New York/Paris.
- Glasl, F. (2004 A): *Konfliktmanagement*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Glasl, F. (2004 B): *Selbsthilfe in Konflikten*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Glasl, F. (2004 C): Von der Dienstleistung zur professionellen Arbeit. In: *Sozial managen*, hg. von Fasching, H./Lange, R. Bern/Stuttgart/Wien.
- Glasl, F. (2005): Gehört das Zukunftsdenken des Managements der Vergangenheit an? In: *Management sozialer Organisationen*, hg. von Fröse, M., Bern/Stuttgart/Wien. S. 27-57.
- Glasl, F./Lievegoed, B. (2004): *Dynamische Unternehmensentwicklung*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Glasl, F./Kalcher, T./Piber, H. (Hg.) (2005): *Professionelle Prozessberatung*. Bern/Stuttgart/Wien.
- Hager, B. (2004): Leitbildarbeit als identitätsstiftender Prozess bei Fusionen. In: *Public Merger*, hg. von Huber, A./Jansen, S. A./Plamper, H. Wiesbaden. S. 121-138.
- Kampfrath, A. A. (1985): *New administrative and organizational concepts for projectmanagement*. 8th World Congress on Project Management. Rotterdam.
- Mintzberg, H. (1979): *The structuring of organizations. A synthesis of research*. Engelwood Cliffs (N. J.).
- Redlich, A. (1997): *Konflikt-Moderation* Hamburg.
- Ritzer, G. (1995): *Die McDonaldisierung der Gesellschaft*. Frankfurt a. M.
- Rosenberg, M. (2001): *Gewaltfreie Kommunikation*. Paderborn.
- Sassen, H. von (2000): Die Bedeutung der Dienstleistung im menschlichen Zusammenleben. In: *Lean Service*, hg. von Biehal, F. Bern/Stuttgart/Wien.

- Schulz von Thun, F. (2000): Miteinander reden. Stile, Werte und Persönlichkeitsentwicklung. Reinbek bei Hamburg.
- Sparrer, I./Varga von Kibéd, M.: Systemische Strukturaufstellungen: Simulation von Systemen. In: Lernende Organisation 4. S. 6-14.
- Thomann, Ch. (1998): Klärungshilfe: Konflikte im Beruf. Reinbek bei Hamburg.
- Varga von Kibéd, M./Sparrer, I. (2003): Ganz im Gegenteil. Heidelberg.
- Anschrift des Verfassers: Dr. Friedrich Glasl, Heuberg Mettiweg 6, A-5023 Salzburg.

*Stefan Dinges, Katharina Heimerl, Andreas Heller*

## **OrganisationsEthik in unterschiedlichen Beratungssettings**

Zusammenfassung: Ethik wird nicht verstanden als rein individuelle oder teambezogene Fragestellung. Die Autoren beschreiben ihr Konzept der OrganisationsEthik. Dabei werden unterschiedliche Beratungssettings beschrieben. Gleichzeitig wird aufgezeigt, wie im Rahmen von Organisationsentwicklung ethische Fragestellungen in klinischen Organisationen bearbeitet werden können. Diese müssen in die Routineabläufe der Organisation integriert werden, um nachhaltig wirksam zu werden. Ausgehend von dieser These wird das Konzept der Ethikberatung in Organisationen entwickelt.

„Es kann kein Zweifel darüber bestehen, Ethik ‚boomt‘“ (Heintel, 2004). Viele Teilbereiche und Subsysteme unserer Gesellschaft entwickeln und formulieren eigene „Ethiken“: Bio-Ethik, Wissenschafts-Ethik, Medien-Ethik, Medizin-Ethik, Pflege-Ethik, Tier-Ethik. (vgl. Heintel, 2002) Hinter diesem Ethik-Boom steht Orientierungsbedarf. Jedoch stellt sich die Frage, ob die Bereichs-Ethiken tatsächlich Menschen in ihren Berufen, Organisationen oder Gesellschaftsbereichen zu mehr Orientierung verhelfen Oder setzt sich damit eine Individualisierung oder Fragmentierung eines gemeinsamen Reflexionsrahmens über das „Gute und Richtige“ fort? Die Ausdifferenzierung unserer Gesellschaft in unterschiedliche Sub- und Referenzsysteme ist unumkehrbar. Unsere Gesellschaft vollzieht sich in pluralen Sinn- und Begründungskontexten über „gut und richtig“. Die traditionellen Räume für ethische Auseinandersetzungen, die Kirchen und die politischen Systeme, „schwächeln“ (Reimer Gronemeyer). Ihnen gelingt es nicht mehr, weitreichend und mit ausreichender Bindung die ethischen Themen aufzunehmen. Immer öfters übernehmen Organisationen gesellschaftliche Mitverantwortung.

Insbesondere in den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssystems orten wir als WissenschaftlerInnen der Abt. „Palliative Care und OrganisationsEthik“ der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt einen anhaltenden Beratungs- und Entwicklungsbedarf, insbesondere wenn ethische Fragestellungen die Organisationsziele und die Kultur(en) der Einrichtungen mitbetreffen. Gleichzeitig beobachten wir eine sprachliche Verwirrung um die Begriffe „Ethik“ und „Moral“. Die Alltagssprachliche Unterscheidung will nicht recht gelingen. Beide werden entweder synonym gebraucht, oder es wird generell von Ethik gesprochen, um einen Eindruck von Moralisieren oder einengender Normierung zu vermeiden. Jedoch hat das Nachdenken über die Wirksamkeit von Werten und Normen fast zwangsläufig eine Bestätigung der vorherrschenden Normen oder eine neue Normierung zur Folge. Wer muss also in den Organisationen wie an der Ethik beteiligt werden, wer ist zuständig?

In diesem Beitrag geht es um die Gestaltung von Beratungs- und Entwicklungsprozessen in Krankenhäusern und Pflegeheimen, es geht um hilfreiche Interventionen und nachhaltige Entwicklungen von Personen und Organisationen in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssystems auf der Basis organisierter ethischer Reflexion. Es geht auch um die dahinter stehenden Menschenbilder und Haltungen, die diese Reflexion fördern oder behindern.

### **Ethik und Supervision**

Supervision ist inzwischen in vielen Einrichtungen als Qualitätsstandard etabliert. Sie hilft Einzelpersonen und/oder Teams, die eigene Arbeitssituation, Dilemmata und Konflikte zu reflektieren und neue Handlungsmöglichkeiten einzuüben. Sie versteht sich als ein Beratungs- und Lernkontext, der die Praxis von Personen, ihre Rollengestaltung und ihr Verhalten in der Arbeit fokussiert. Fachliche und persönliche Kompetenzen sollen vertieft oder erweitert werden. In der Regel wird in der Supervision ein Auftrag erarbeitet und differenziert. Die freiwillige Teilnahme – insbesondere an einer organisationsbezogenen Supervision – stellt eine tiefere Nachhaltigkeit und Verbindlichkeit zum Beratungsprozess und seinen Ergebnissen her.

Zahlreiche ethische Dilemmata lassen sich in der Supervision beschreiben. Für die SupervisorIn stellen sich Fragen: Soll sich die SupervisorIn das Ziel setzen, die Klienten in ihrer individuellen Selbstreflexion und Anpassungsfähigkeit zu unterstützen? Oder geht es darum, kritisch zu beraten und vorhandene Systemgrenzen zu reflektieren und damit aber auch zu überschreiten? Entscheidet sich die SupervisorIn für Zweiteres, so läuft sie Gefahr, die KlientInnen in ein „unglückliches Bewusstsein“ zu stürzen: „Sie wissen nun zwar, was fehlt, was besser wäre, was kaum erträgliche Reduktionszumutungen sind, sehen sich aber außerstande, am Status Quo etwas zu verändern“ (Heintel o. J., S. 5).

In den Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitssystems erbringen ExpertInnen Höchstleistungen. Die entlastende Routine dazu – der nicht zuletzt die Einrichtung von Supervision ihre Daseinsberechtigung verdankt – ist die standardisierte Nachfrage, ob eine Gruppe, ein Team, eine Einrichtung hier gute Arbeit leistet; ob es gut ist, so wie hier zusammengearbeitet wird und wie hinkünftig gut gearbeitet werden soll. In vielen Einrichtungen gibt es jedoch eine Scheu, nach der Wertebasis in der Praxis von Individuen, Berufsgruppen oder Organisationen zu fragen. Supervision ist wie andere Beratungsformen auch ein „ethisches Arrangement“ (Heintel), indem sie ermöglicht, die unterschiedlichen Wertfiguren sichtbar zu machen, die oftmals auf unterschiedlichen Ebenen in Spannung zueinander stehen (vgl. u. Abb. 1). Wir werden in der Folge unterschiedliche Formen von Ethikberatung einführen, die komplementär zu Supervision stehen und die diese Fragen bearbeiten helfen. Zuvor jedoch ein Blick auf Palliative Care, unser vorrangiges

Referenzsystem und Menschenbild, aus dem heraus wir unseren Ansatz von Ethikberatung und OrganisationsEthik entwickelt haben.

### **Ethik und Palliative Care**

Palliative Care ist ein ganzheitlicher Ansatz, der Menschen, die von einer unheilbaren oder chronischen Erkrankung betroffen sind, eine biopsychosoziale und spirituelle Unterstützung anbietet. Der Weg ist dabei nicht ein kurativer – auf Heilung konzentrierter, sondern eben ein palliativer, d. h. auf Linderung und umfassender Versorgung ausgerichteter. Als Konzept wurde Palliative Care von der WHO formuliert (WHO, 2002) und damit auch deutlich der Unterschied zum gängigen kurativen Paradigma des Medizinsystems markiert. Palliative Care ist ein Bündel von Optionen und Prioritäten, die unsere Beratungs- und Entwicklungsarbeit als eine Grundhaltung wesentlich beeinflussen. Palliative Care ist eine vielschichtige Herausforderung: Sie fordert Menschen heraus, als PatientIn neu und selbstverantwortlich zu ihrer Erkrankung Stellung zu nehmen. Sie fordert Professionelle im Gesundheitssystem heraus, mit von unheilbar und progredient erkrankten Menschen alternative Versorgungsmöglichkeiten zu entwickeln. Sie fordert Einrichtungen heraus, über die Angemessenheit ihrer Ziele und Strukturen nachzudenken und diese zu verändern. Sie fordert Organisationen – ganz gleich, ob sie auf der inhaltlichen Basis einer christlichen oder einer humanistischen Ausrichtung stehen – heraus, eine gemeinsame ethische Orientierung herzustellen: Explizite ethische Fragen am Lebensende wie z. B. die Angemessenheit künstlicher Ernährung, Einleitung, Fortführung oder Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen, die Frage nach dem mutmaßlichen Patientenwillen, zeigen den Orientierungs- und Beratungsbedarf. Implizit wird mit diesem Konzept eine andere Anthropologie grundgelegt, die sich deutlich vom biomechanischen Menschenbild der Medizin differenziert, das weitgehend auf die Physik des 19. Jahrhunderts zurückgeht. Wir favorisieren ein relationales Menschenbild, das es PatientInnen, BewohnerInnen oder KlientInnen ermöglicht, sich mit einem multiprofessionellen Team wie auch mit der Einrichtung (Krankenhaus, Heim etc.) in gelingender und mitverantwortlicher Weise in Beziehung und Auseinandersetzung zu stellen.

Das Konzept von Palliative Care fördert den Widerspruch zu den bisherigen Zielsetzungen von Einrichtungen des Gesundheitssystems: In den Organisationen ging es prioritär um Lebensverlängerung, Heilung und Rehabilitation. In Palliative Care geht es um Lebensqualität und PatientInnenorientierung, um Autonomie und soziale Teilhabe. Dies verdeutlicht, dass die Umsetzung des Konzeptes von Palliative Care tief in die Strukturen, Entscheidungen, in die Normen und Werte von Einrichtungen eingreift. Palliative Care muss in die Plausibilitäten der vorherrschenden Organisationskulturen intervenieren. Es macht einen Unterschied, ob die

Behandlung einer älteren demenzkranken Bewohnerin auf maximale Lebensverlängerung ausgerichtet wird, oder ob ein multiprofessionelles Team in Identifikation und Respekt vor den Verfügungen, Einschätzungen oder Lebensäußerungen der BewohnerInnen auf möglichst gute Qualität der verbleibenden Lebenszeit hinarbeitet. Es macht einen Unterschied, ob der Patientin, wenn sie nicht mehr essen kann oder will, eine PEG -Sonde gesetzt wird, z. B. um das Personal zu entlasten, – oder eben nicht –, oder ob sie sterben kann und darf.

### Palliative Care und OrganisationsEthik

„Jeder Dienst am Menschen braucht einen Dienst an der Organisation.“ (Ralph Grossmann) Dahinter steht die Einsicht, dass Interventionen, die sich an einzelne Personen richten, nachhaltig wirken, wenn auch unterstützende Strukturen angeboten bzw. entwickelt werden, die eine Routine und damit Entlastung initiieren, Strukturen im Sinne von interprofessionellen Besprechungen, Dokumentationen und geordneten Entscheidungsprozessen etc. Palliative Care umzusetzen bedeutet, in die Entscheidungsprozesse jener Organisationen zu intervenieren, die schwerkranke und sterbende Menschen betreuen. Die Entscheidungspraxis in den betroffenen Einrichtungen wird sichtbar in der Frage: Ist die Art, wie hier Entscheidungen getroffen werden, gut für die Einrichtung, die MitarbeiterInnen und für die BewohnerInnen oder PatientInnen? Wer wird an diesen Entscheidungen beteiligt und wer nicht?

Gute Versorgung wird in organisationalen und gesellschaftlichen Kontexten „hergestellt“, co-produziert, co-kreativ entwickelt und beauftragt. Palliative Care meint wesentlich alternative Prozesse im Umgang mit konkreten Versorgungssituationen. Es ist eben nicht irrelevant, ob und wie die Betroffenen und die Angehörigen beteiligt werden, welche Rolle ihnen im Gesamtverlauf von Behandlung, Betreuung und Begleitung zukommt. Die Komplexität von Behandlungsentscheidungen den Ärztinnen allein in der Figur der „Letztverantwortung des Chefs“ (R. Wettreck) zu überlassen, hieße, sie hochgradig zu individualisieren und zu paternalisieren. Diese Reduktion entspricht immer weniger dem Charakter der Situationen und dem Selbstanspruch der Betroffenen.

Die Projekt- und Praxiserfahrungen in Palliative Care bringen uns zu einer radikal neuen Sichtweise von Qualität. Strukturen allein schaffen noch keine Qualität: Es braucht ein Zueinander von klaren Aufträgen, eine transparente Wertgrundlage für die Bearbeitung von Widersprüchen und Beschwerden sowie eine Prozess- und Ergebnissicherheit mit veröffentlichten Kriterien der Bearbeitung. Die folgenden Kriterien für die Qualitätsentwicklung einer Einrichtung geben auch gleichzeitig ihre organisationsethische Ausrichtung vor:

- radikale Patientenorientierung;

- das ganzheitliche Konzept von Total Pain als Grundlage eines Versorgungskonzeptes;
- umfassende Schmerztherapie und Symptomkontrolle;
- kontinuierliche umfassende (medizinisch-pflegerische, psychosoziale und spirituelle) Betreuung;
- Unterstützung von BewohnerInnen und Angehörigen durch ein interdisziplinäres und interprofessionelles Team;
- Einbindung von ehrenamtlichem bzw. bürgerschaftlichem Engagement;
- Integration von Trauerarbeit und spiritueller Begleitung.

Diese Kriterien und Prinzipien umzusetzen, braucht einerseits konkrete Aufträge der Leitung. Andererseits übernehmen die MitarbeiterInnen diese Aufträge sowohl aus professioneller Verantwortlichkeit als auch aus einer ethischen Haltung heraus: Gute Arbeit, gute Lebensqualität und Rahmenbedingungen gelten für alle in der Einrichtung. Trotz und wegen unseres Fokus auf Organisation steht hinter dem Palliative Care Konzept ein klares Menschenbild: Das Individuum ist in seinen freien Lebensvollzügen zu würdigen und – wenn notwendig und erwünscht – zu unterstützen. Das Organisationale und das Kollektive sind subsidiär zum Einzelnen. Jedoch stehen Autonomie und Fürsorge in einem Spannungsfeld. Die Gräben, zwischen denen es zu balancieren gilt, sind auf der einen Seite die Zumutung von Autonomie und Leben und der Zwang zur Gestaltung (vgl. Pleschberger, 2005, / Heller et al., 2003). Auf der anderen Seite steht paternalistische Entmündigung und Einpressen in einen pflegeleichten Standard, außerhalb dessen kaum Bewegungsfreiheit zugestanden wird. Wir favorisieren ein relationales Menschenbild und finden uns damit in guter Verwandtschaft zu einer Weltsicht der Bezogenheit, wie sie VertreterInnen feministischer Ethik formuliert haben. (vgl. Salzburger Erklärung, 2002)

### Auf dem Weg zur OrganisationsEthik

Zur weiteren Orientierung (siehe z. B. Körtner 2004, S. 13 ff.; Steinkamp/Gordijn 2003, S. 27 ff.) ist es hilfreich, Ethik und Moral als zwei unterschiedliche Perspektiven auf gut und richtig zu sehen. Die Philosophie unterscheidet hier in der Fachsprache einerseits die persönliche oder kollektive oder gesellschaftliche Moral. Damit ist ein Set von Werten und Normen gemeint, in dem sich das aktuell für gut und wahr Gehaltene abbildet: Moral ist die „ureigene Einstellung zur Frage nach der richtigen/falschen oder guten/schlechten Handlung oder Unterlassung“ (Gillen, 2004). Ethik wird in der Philosophie beschrieben als „Reflexion verschiedener vorhandener moralischer Positionen mit dem Ziel, eine Gruppe gemeinsam handlungsfähig zu halten“ (Gillen, 2004). Clemens Sedmak verweist darauf, dass nur in einer offenen Welt, zwischen Freiheit und Ordnung eine Kultur der Menschlichkeit ermöglicht wird. Die ethische Reflexion ist in dieser Konsequenz als grundsätzlich inhaltlich er-

gebnisoffen zu postulieren: Es braucht die Erlaubnis und die Möglichkeit, „Alternativen zum Status quo (zu) denken“ (Sedmak 2003, S. 217). Sie braucht jedoch statt zufälliger und willkürlicher Bearbeitung klare Strukturen, vorsehbare Prozesse und die Sicherheit, dass die Ergebnisse wahrgenommen und berücksichtigt werden.

In der Regel entsteht zwischen Moral und Ethik ein kreatives Spannungsfeld: Die ethische Reflexion bestätigt getroffene moralische Werturteile und Handlungen bzw. stellt sie in Frage. Die Balance zwischen Bestätigen und Infragestellen erscheint notwendig: Ohne sie gäbe es keine Veränderung. Gerät sie aus der Balance, steht die Identität und die Handlungsfähigkeit von Individuen und Einrichtungen auf dem Spiel. Die ethische Reflexion bringt Widersprüche zutage, die vorhanden sind. Die Eigenheit dieser Widersprüche ist, dass sie sich nicht auflösen lassen. Sie sind „anzuerkennen und auszuhalten“ (Heintel/Götz 2000, S. 61); sie sind zu prozessieren und lassen sich nur kommunikativ bearbeiten.

Die Differenzen von Gesundheit und Krankheit, von Autonomie und Abhängigkeit, von Leben und Tod bleiben. Die Herausforderung ist, wie sich die Organisation in unterschiedlichen Situationen zu diesen Widersprüchen positioniert und verhält: Gelingt es, im Sichtbarmachen und Bearbeiten auf Dauer Entlastung und Sicherheit im Umgang mit den Widersprüchen zu erreichen? Diese individuelle und kollektiv-organisationale Selbstpositionierung zu fördern, ist eine der organisationsethischen Aufgaben von Beratung und Supervision. Es gilt, die Widersprüche und Einflüsse auf unterschiedlichen Ebenen sichtbar und bearbeitbar zu machen bzw. auszubalancieren (vgl. Abb. 1). Hierzu braucht es Regeln der Unterbrechung und Beteiligung, geschützte Orte und Zeiten der Bearbeitung.

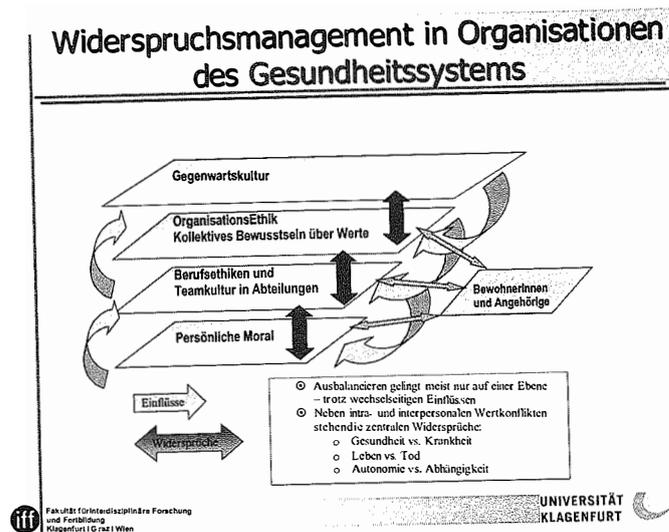


Abb. 1 Widerspruchsmanagement in Organisationen (© PallOrg 2004)

Wir verstehen OrganisationsEthik als einen Reflexionskontext zur Gestaltung und Veränderung von Organisationen. OrganisationsEthik bietet einen Rahmen, um die Qualität von Entscheidungen und Versorgungskontexten zu verbessern. Wir gehen von der Erfahrung aus, dass organisationsethische Prozesse auch das Potenzial und die Perspektiven unterschiedlicher Berufsethiken in ein Gesamt einer Organisation integrieren können. Was können also Prinzip und Rahmen von OrganisationsEthik auf welche Art und Weise leisten? OrganisationsEthik fokussiert auf Einrichtungen und Organisationen als ein mittlerer Ort der Reflexion: Dort werden eine überschaubare Anzahl von Individuen zusammengebracht und für ihre Einbindung in die ethische Auseinandersetzung Sorge getragen. OrganisationsEthik ist zugleich auch eine kritische Auseinandersetzung mit der Gesellschaft und der vorherrschenden Gegenwartskultur. So tendiert OrganisationsEthik dazu, den eigenen Rahmen zu übersteigen und gesellschaftliche Positionen mitzugestalten. OrganisationsEthik ist ein Kontext, der die organisationale Selbstreflexion über das Gute und das zukünftig Gute als eine grundlegende Aufgabe von Organisationen ermöglicht und fördert.

Unser Verständnis und Konzept von OrganisationsEthik bietet z. B. in der Implementierung von Ethikberatung (Dinges/Heller 2004) eine Bearbeitungsform von Wertekonflikten und (Organisations-)Widersprüchen an. Unsere Programme basieren auf mehreren Trainings und deren Evaluation, die wir gemeinsam mit der Akademie für Ethik in der Medizin an der Universität Göttingen in Mainz, Düsseldorf, München und Hannover realisiert haben. Auf dieser Grundlage basiert das IFF/AEM-Curriculum, das entlang der Themenblöcke Grundlagen zu Ethik und Organisation, Moderation und Fallbesprechungen und Implementierung aufgebaut ist.

Das Instrument „Ethikberatung“, das wir insbesondere in klinischen Kontexten weiterentwickelt haben, erhebt den Anspruch, entsprechende Orientierungsprozesse zu initiieren. Orientierung, die gerade in einer multikulturellen Gesellschaft, in der es keine klare Einigung über eine gemeinsame Wertebasis gibt, dringend notwendig ist. OrganisationsEthik fördert den Unterschied und die Unterbrechung zum Alltag. Sie fordert Reflexionszeiten und -kontexte ein, zunächst innerhalb von Einrichtungen und Organisationen, aber auch interorganisational und in kommunalen bzw. regionalen Kontexten.

OrganisationsEthik prozessiert und verortet die Frage nach dem Guten. Sie berücksichtigt hierbei, dass neben der rationalen auch eine emotionale Auseinandersetzung notwendig zu leisten und zu organisieren ist. Das Konzept der OrganisationsEthik soll deutlich machen, dass die formale, strukturelle Seite der Ethik (Wie kommen wir zu guten Entscheidungen?) genauso wichtig ist wie die inhaltliche Seite (Was entscheiden wir eigentlich?). Organisationsethik ist eine komplementäre Form der Ethik, im Sinne der Care-Ethik (Conradi, 2003), die davon ausgeht, dass auch Gefühle (Betroffenheit, Emotionalitäten) eine Erkenntnisrelevanz haben

und gute Entscheidungen auch darüber evaluiert werden können mit dem Kriterium, dass sie ein „gutes Gefühl hinterlassen“.

Die organisationsethisch herzustellende Integration und Differenzsetzung wird derzeit eher zufällig und oft unter hohem Aufwand von Einzelpersonen ermöglicht. Es kommt hier zu einer Wiederholung hochgradig individueller und arbeitsteiliger Behandlungs- und Begleitungsmuster (etwa zwischen Pflege und Medizin). Die Organisationen ihrerseits haben in den wenigsten Fällen ein Konzept verabschiedet oder entschieden, eines kollektiv zu erarbeiten.

### OrganisationsEthik zielt auf OrganisationsEntwicklung

Die Schreibweise mit dem großen „E“ drückt unsere Überzeugung aus, dass diese Nachdenkprozesse – implizit oder explizit – Bausteine von OrganisationsEntwicklung darstellen. OrganisationsEthik ist eine Form der Organisationsentwicklung bzw. der Intervention in Organisationen. OrganisationsEthik ist selbst Ergebnis und Prozess von Entscheidungen, meist von Entscheidungen der Leitung. Die organisationale Selbstreflexion muss gewollt sein. Das ist alles andere als implikationsfrei. Das Risiko der Leitung ist hoch. Im Letzten besteht es darin, als Leitung in Rolle und Funktion zum Gegenstand kollektiver Reflexion gemacht (nicht zwangsläufig in Frage gestellt) zu werden. Es bedeutet auch, dass durch die Leitung Prozesse und Kompetenzen einer solchen Selbstreflexion ermöglicht werden, zeitlich, finanziell (z. B. in Fortbildungsbudgets). Ohne moderierte und zu moderierende Prozesse der Verständigung konterkariert sich diese Reflexionsform. OrganisationsEthik zielt darauf hin, Prozesssicherheit, Verbindlichkeit und Ergebnissicherung, Auswertungsformen und Rückmeldeschleifen im Bezug auf ethische Fragen zu etablieren. Konsequenterweise muss die Leitung natürlich auch jene Umwelten (Aufsichtsrat, Verwaltungsrat) involvieren, denen gegenüber sie selbst rechenschaftspflichtig ist. Ebenso ist ein Commitment der MitarbeiterInnen unerlässlich, das durch transparente Regeln der Unterbrechung und der Beteiligung entsteht: Wer darf eine ethische Frage markieren? In welchen Settings wird wer an der Bearbeitung beteiligt? Von allen Beteiligten braucht es einen gelassenen Umgang mit den möglichen oder unmöglichen Konsequenzen dieser Entwicklungsprozesse.

Organisationsethik ist eine Form neuer ethischer organisationaler Selbstreflexion (kollektives Gewissen – Peter Heintel). Sie stellt die Frage nach der „organisationalen Unschuld der Ethik und nach der ethischen Unschuld der Organisation“. In einer Metapher ausgedrückt findet sie eher Gestalt in „Runden Tischen“, an denen Bürgerinnen und Expertinnen gemeinsam sitzen, als im „Lehnstuhl der Dauerreflexion“ einzelner Wissenschaftlerinnen oder Expertinnen. Sie löst die Ethik aus der individuellen Reduktion (Individualethik) heraus und stellt den in-

tersubjektiven Diskurs in den Kontext von Organisationen und Interorganisationalität und behauptet zudem, dass Inhalt und Form unabdingbar für die Qualität ethischer Selbstreflexion sind.

Organisationsethik ist eine demokratiepolitisch relevante und adäquate Form, die davon ausgeht, dass nicht Experten über andere oder etwas entscheiden, sondern die Betroffenen selbst an dem Prozess der Entscheidungsfindung adäquat zu beteiligen sind. Um solche Diskurse führen zu können, braucht es eine Hermeneutik der wissenschaftlich spezialisierten Sprachfiguren, Dolmetschfunktionen im Sinne von maieutischen Kompetenzen, eine androgyne Hebammentätigkeit, die weibliche und männliche Rollen in Sinne einer Geschlechtergerechtigkeit zu schätzen und zu inszenieren weiß.

### Der Unterschied: Prozesse und Entscheidungen

Bereits 1995 beschreibt Erich Loewy die Rolle des Ethikberaters (und möglicherweise auch der SupervisorIn) im Krankenhaus (Loewy 1995, S. 46 ff.). Er vergleicht den Ethikberater mit einem Reiseveranstalter. Beide müssen drei Fragen beantworten. Erstens die Fragen: „Wo sind wir?“, zweitens die Frage: „Wo wollen wir hin?“ und erst, wenn es Konsens über die ersten beiden Fragen gibt, dann stellt sich die Frage: „Wie kommen wir am besten von hier nach dort?“.

Die Reise als Metapher für Ethikberatung (respektive für Supervision) ist unter anderem deshalb eine Innovation, weil sie den Blick auf den Prozess der Entscheidung lenkt. Im Hintergrund steht also die Frage nach dem Wie, (Wie treffen wir eine Entscheidung?) und erst in zweiter Linie nach dem Was, (Was gibt es zu entscheiden?). Bemerkenswert an den drei Fragen von Loewy ist auch, dass das Subjekt in der Mehrzahl ist. Es geht also um ein ‚Wir‘. Im weiteren Text erläutert Loewy, wer ‚Wir‘ in dieser Reiseplanung sind: Die Patienten, deren Familien und Angehörigen und die ÄrztInnen. Ethikberatung ist also keine einsame Leistung einer Person, sondern setzt voraus, dass ein Aushandlungsprozess zwischen den Beteiligten stattfindet. Ethikberatung entscheidet nicht, wer Recht hat, sondern konstituiert ein Setting, in dem Menschen besprechen, was sonst nicht besprochen wird. Die Thematisierung des Nicht-Thematisierten wird zu einer ersten wichtigen Funktion (A. Nassehi). Dann in zweiter Linie geht es um Entscheidungen.

Larissa Krainer macht darauf aufmerksam, dass Entscheidung immer in zwei Dimensionen zu sehen ist: „Entscheiden meint zugleich einen Prozess und ein Resultat. Die Entscheidung legt einerseits ein Ergebnis fest (...), sie bedarf aber auch der Entscheidungsfindung (...). Kurz: Aus dem Prozess der Entscheidung resultiert schließlich eine Entscheidung“ (Krainer 2004, S. 3). Nur wenn diese Prozessdimension von Entscheidung in den Blick kommt, wird sie auch beschreibbar: „Wenn sich Prozesse zur Entscheidungsfindung auch äußerst unterschiedlich dar-

stellen können, so lassen sie sich doch beschreiben“ (Krainer 2004, S. 7). Krainer schlägt folgende Beschreibungskriterien für Entscheidungsprozesse vor: ihre Dauer, den Ort ihres Stattfindens, die Art der in ihnen vorhandenen Kommunikationsprozesse oder ihre Qualität (Konsens-, Mehrheits- oder Machtprinzip).

Zunehmend wird die Bedeutung von Entscheidungen für die Veränderung von Organisationen beschrieben. Für Grossmann/Scala gilt: „Eine Organisation ist so gut wie ihre Entscheidungen“ (Grossmann/Scala 2002, S. 54). Was hier für Organisationen im Allgemeinen formuliert wird, gilt auch in den gesellschaftlichen Feldern, die wir bearbeiten: Versorgungsqualität ist ethische Entscheidungsqualität (Rainer Wettreck). Ganz gleich, welche Fragen in Organisationen aufgenommen werden, letztlich fokussieren sie auf Entscheidungen. Auf der Ebene des Systems stellt sich etwa die Frage: Wofür werden die knappen vorhandenen Mittel eingesetzt und wofür nicht und aufgrund welcher ethischer Werten?

Aus der Patientenperspektive: Wie wird in „meinem Fall“ eigentlich entschieden und aufgeklärt? Mit mir, ohne mich und was ist, wenn ich nicht mehr entscheiden kann? Welche Verfahren stellen sicher, dass meine Perspektive als Patient nicht untergeht, sondern repräsentiert ist, erst recht, wenn ich mich selbst nicht mehr artikulieren kann oder – was wahrscheinlicher ist – durch Angst und Unsicherheit in meiner Autonomie eingeschränkt bin? Die erste Entscheidungsfrage, die zur OrganisationsEthik führt, ist jedoch in Anlehnung an Larissa Krainer jenes Fragenbündel, das den Prozess in Gang setzt: Kann ich mich entscheiden, hier eine ethische Dilemmasituation zu markieren, ohne aus dem Organisationszusammenhang herauszufallen?

### OrganisationsEthik und (klinische) Ethikberatung

Entscheidungen im Gesundheitssystem werden oft zufällig, hochgradig personalisiert und unterkomplex getroffen. Das geht zu Lasten jener Menschen, die Versorgung, die „Care“ brauchen, macht die Professionellen hochgradig unzufrieden und die Organisationen fehleranfällig (Dinges, 2004). Die Art, wie, wo und mit wem Entscheidungen getroffen werden, entscheidet entscheidend über die Qualität der Versorgung. Es geht also nie allein darum, das Problem (pro und contra) von Ernährungssubstitution (PEG-Sonde) zu diskutieren, oder den Behandlungsabbruch als ethisches Problem nur inhaltlich zu erörtern (oder die Krankenhauseinweisung etc.). Es geht vor allem darum, den Prozess der ethischen Entscheidungsfindung zu organisieren. Zu regeln und zu organisieren ist daher die Antwort auf Folgendes:

Wer stellt die Fragen? Wer muss beteiligt sein? Wie kann der Prozess der Situationseinschätzung interprofessionell erfolgen? Welche Rollen spielen die Betroffenen und ihre Angehörigen oder ihre advokatorische Repräsentanten (Betreuer, Richter)? Wir bezeichnen jeden Kontext, in dem es geht, die Fragen zu the-

matisieren und kommunikativ zu bearbeiten, als Ethikberatung – auf unterschiedlichen Ebenen und mit unterschiedlichen Zielsetzungen (vgl. Abb. 2).

### Ethische Fallbesprechungen

Ethische Fallbesprechungen stellen einen hilfreichen, alltagsnahen Beratungskontext dar. Ethische Fallbesprechungen sind oft die Einstiegstüren für eine ethische Entscheidungskultur in einer Einrichtung bzw. einer Organisation. In Form von (kollegialer) Beratung wird eine Orientierung geschaffen über gute, weniger gute oder gar schlechte Handlungsmöglichkeiten in einer bestimmten Situation. Dazu ist es hilfreich zu beschreiben, von welcher Situation man ausgeht, welche Verantwortlichkeiten und Entscheidungskompetenzen vorliegen. Aufgrund dieser Analyse werden dann mögliche Ziele beschrieben. In den meisten Fällen werden durch multiperspektivische Fallbesprechungen mehr Informationen gesammelt, Situationen neu und anders analysiert, Empfehlungen ausgesprochen und Entscheidungen vorbereitet. Entgegen mancher Vorstellungen interveniert Ethikberatung nicht direkt in die Zuständigkeiten und die Verantwortungsebenen im Krankenhaus oder in den anderen Einrichtungen. Unserer Erfahrung nach werden ganz im Gegenteil durch regelmäßige Fallbesprechungen bzw. Ethikberatungen die Entscheidungskompetenz der beteiligten Verantwortungsträger gestärkt. Gerade in retrospektiven Fallbesprechungen findet ein Lernen im Team und in der Einrichtung statt. Ethische Fallbesprechungen sind so verstanden ein Instrument von Ethikberatung und OrganisationsEthik. In größeren Einrichtungen hat es sich bewährt, dass diese Fallbesprechungen in Alltagsroutinen integriert werden (z. B. in Mortalitäts- und Morbiditätsbesprechungen, Teambesprechungen etc.).

Der nächste Schritt ist die Implementierung ethischer Besprechungsstrukturen als ein Angebot expliziter Ethikberatung im Krankenhaus/in Sozial- und Gesundheitseinrichtungen. Dazu sind ModeratorInnen/SupervisorInnen auszuwählen, die einen Auftrag zu dieser Dienstleistung an den MitarbeiterInnen und der Organisation bekommen. Sie stehen zeitweise – möglichst nicht in der eigenen Abteilung – für die Dienstleistung der Moderation von ethischen Fallbesprechungen zur Verfügung. Diese Moderation bedarf einer Ausbildung und speist sich aus Moderationskompetenz und -erfahrung, klinischem/fachlichem Know-how und Kenntnissen in ethischen Fragestellungen und Argumentationen. Mit diesen Strukturen und Beauftragung wird auch die Ebene kollegialer Beratung verlassen. Je nach Größe der Einrichtung ist eine Anlaufstelle oder ein Koordinator hilfreich: Hier werden die Anfragen angenommen, nach den geeigneten Settings gesucht und Ethikberatung in Gang gesetzt, wenn es sich tatsächlich um eine ethische Fragestellung handelt. Manche Anfragen sind aber auch an Supervision oder Betriebsrat etc. weiter zu leiten.

Es stehen unterschiedliche Beratungsmodelle zur Verfügung, die auf lokale Bedürfnisse reagierend adaptiert werden können (z. B. Bartosch 2005, Steinkamp/Gordijn 2003, Rabe 1998). Ist Ethikberatung dergestalt etabliert, sind übergreifende, strategisch ausgerichtete Ebenen in den Blick zu nehmen: Aus den ethischen Beratungen und Fallbesprechungen erwächst ein Wissen, das in unterschiedlichen Reichweiten der Organisation zur Verfügung gestellt wird. Deswegen sehen die Geschäftsordnungen (z. B. Bartosch, 2005) für klinische Ethikberatung und Ethikkomitees unerlässlich eine Dokumentation vor, die Basis für eine Richtlinienentwicklung ist. Hier ist eine deutliche Unterscheidung zum Supervisionssetting gegeben.

Ethikberatung in organisationsethischer Ausrichtung steht in der Spannung, authentisch und aufmerksam dem Einzelfall zu begegnen; gleichzeitig sind permanent die Standards und Rahmenbedingungen für die Humanität der Organisation weiter zu entwickeln. Auch wenn es wünschenswert ist, dass sich alle Hierarchieebenen an Fallbesprechungen und Ethikkomitees beteiligen können, wird es notwendig, sobald die ethisch-strategische Ausrichtung in den Blick kommt, die Leitungsverantwortlichen als Gegenüber zu setzen. Bei der Steuerung des Gesamtunternehmens kommt die Partizipation der MitarbeiterInnen an ihre Grenzen.

OrganisationsEthik geht über Ethikberatung hinaus, auch hier tut Unterscheidung gut: Leitbildentwicklungsprozesse sind ebenso wie Wertegruppen, Qualitäts- oder Fehlermanagement (bzw. in Einrichtungen mit konfessionellen Trägerschaft z. B. Pastoralräte) Bestandteile einer organisationsethischen Ausrichtung. Kooperationen in der gemeinsamen Reflexion und Planung sind wünschenswert und hilfreich. Ethikberatung ist jedoch weder für die strategische noch für die religiös-spirituelle Ausrichtung zu instrumentalisieren. Ethikberatung sorgt in angemessenen Strukturen für Prozesssicherheit und Ergebnissicherung. Sie hat schon dann Relevanz, wenn sie im Sinne eines ethischen Besprechungsrituals für momentane Entlastung sorgt. Wird sie auf Dauer und in Routine gestellt, wird jedenfalls eine Veränderung der Organisationskultur erreicht.



Abb. 2 OrganisationsEthik und Ethikberatung (© PallOrg 2004)

## Supervision und Ethikberatung: Gemeinsames und Komplementäres

Wir sehen Ethikberatung als ein explizites Instrument der OrganisationsEthik im Verhältnis zum etablierten und vielfach implementierten Beratungs- und Orientierungsinstrument Supervision. Ethikberatung ist hier als eine notwendige Ergänzung zu denken, die nicht nur additiv in einer Organisation mehr Orientierung über die ethische Ausrichtung und die erwünschte Organisationskultur schafft.

Der Fokus der systemischen Supervision (Scala/Grossmann, 2002) ist gerichtet auf professionelles Handeln, berufsbezogen und eingebunden in den Kontext eines organisierten Sozialsystems. Der wechselnde Bezug von Person und sozialem System und der Zusammenhang zwischen beiden steht im Zentrum der Supervisionsarbeit. Dieses Konzept von Supervision verlangt eine neue Identität der SupervisorIn. Während bisher der Vorzug der SupervisorIn war, „dass sie ganz bei der Sache war“, so geht es im systemischen Konzept darum, dass sich Supervision und Supervisorin auf den organisatorischen Wandel beziehen. Ob SupervisorInnen sich in die Rolle von interner Beratung bringen lassen, ist die Entscheidungsfrage an Selbstverständnis und Auftrag, aber auch an die angezielte Reichweite der Veränderung.

Supervision und Ethikberatung sind – neben Coaching, Mediation, Konflikt- oder Fehlermanagement – als Beratungssettings in Organisationen aufzufassen (Scala/Grossmann 2002, Dinges/Heller 2004). Beiden Konzepten ist ein Verständnis von Intervention gemeinsam als „zielgerichtete Kommunikation (...) zwischen

psychischen und oder sozialen Systemen (...)“, „in der die Autonomie des intervenierten Systems respektiert wird“ (Willke 1987, S. 333).

Unterschiedlich ist jedoch der Fokus: In der Supervision stehen einzelne Personen in ihrer Konfliktbearbeitung im Fokus der Intervention. In der Ethikberatung geht es um die Organisation(kultur), ihre Kommunikationsstrukturen und vor allem um ihre Entscheidungskultur.

Der Unterschied oder die Komplementarität besteht also in der Frage: auf welches Ziel bewegt sich die Intervention hin? Geht es darum, wie im Falle der Supervision, Personen in ihrer Individualität zu befähigen, Konflikte im Alltag besser zu bewältigen? Oder geht es darum, an der Entscheidungskultur einer Organisation als komplexes soziales System zu arbeiten, wie sich das Ziel der Ethikberatung beschreiben lässt.

Noch etwas haben Supervision und Ethikberatung gemeinsam: Heintel postuliert, dass die Supervision ein „ethisches Arrangement“ ist. Das gilt ja auch für die Ethikberatung im skizzierten Sinne. Und hier liegt auch gleichzeitig der Unterschied. Charakteristisch für die Supervision ist ja, dass sie Ethisches nicht explizit thematisiert, ganz im Gegensatz zur Ethikberatung.

Dass die in Supervisionen aufgeworfene Frage, wie Individuen hinkünftig besser oder weniger schlecht handeln können, nicht der Verantwortung der Einzelnen überlassen werden kann, sondern in Aushandlungs- und Vereinbarungsprozesse im Team und in der Organisation einfließen soll, ist keine neue Erkenntnis; sie wird konsequent in Formen der systemischen (Team-)Supervision bearbeitet. Diese Formen der Reflexion und der Intervention haben jedoch nur eine gewisse Reichweite.

Die Stärken des Konzeptes der Ethikberatung lassen sich gleichzeitig auch als die Grenzen der Supervision beschreiben. Diese werden – wenn Supervision mit der Intention von Unterstützung und Beratung eingesetzt wird – insbesondere in Organisationen des Sozial- und Gesundheitssystem sichtbar:

- Trotz einer drängenden Fragestellung/einer offenen Entscheidungssituation/einer andauernden Konfliktsituation findet sich nicht immer die Bereitschaft aller Betroffenen, an einer Supervision teilzunehmen;
- PatientInnen oder KlientInnen, die eine Fragestellung oder Entscheidungssituation aufwerfen, können an internen Supervisionen nicht beteiligt werden;
- Supervisionen sind oft bottom up organisiert und können/wollen Führungskräfte nicht an der Bearbeitung/Auseinandersetzung beteiligen;
- viele Fragestellungen am Lebensende benötigen interprofessionelles Wissen und Kompetenzen – Supervision ist oft berufsgruppenspezifisch angelegt;
- Supervision erweitert eher den Handlungsspielraum von Individuen und Teams und weniger die strukturellen oder strategischen Rahmenbedingungen von Organisationen;
- Supervision hat qua Methode wenig Einfluss auf die Umsetzungen von Entscheidungen.

OrganisationsEthik beansprucht, die vier charakteristischen Funktionen moderner, komplexer Organisationen – die Notwendigkeit von Entscheidungen, die transparente Steuerung durch Informationen, die Konstitution eines gemeinsam gültigen Wissens und die partizipative Gestaltung von Macht – auf ihren ethischen Gehalt hin zu reflektieren. (vgl. Heintel/Krainz, 2000) Das Konzept von OrganisationsEthik ist auch ein Konzept für Nachhaltigkeit, die im Wesentlichen auf der Erkenntnis basiert, „dass Entscheidungen gegenwärtig lebender Menschen das Leben künftiger Generationen beeinflussen.“ (Di Giulio 2004, S. 377). Diese Idee der Nachhaltigkeit gilt es aus der Einhegung durch die Ökologie zu lösen, zu vergesellschaftlichen und in den Prozess zu stellen. Unter dem Stichwort „systemische Evaluation“ haben wir bereits Konzepte und Modelle vorgestellt, die Wirksamkeit von Veränderungen zu prüfen (Heimerl/Heller 1997, Heimerl/Heller/Zepke 2002). Hier ergeben sich für Ethikberatung und Supervision zahlreiche Kooperationsmöglichkeiten hinsichtlich ethischer Aufmerksamkeit und Orientierung in Organisationen.

## Literatur

- Bartosch, H. (2005): Ethikberatung im Florence-Nightingale-Krankenhaus. In: *Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess der Kaiserswerther Diakonie*, hg. von Bartosch, H./Coenen-Marx, C./Erkenbrecht, J. F./Heller, A. Freiburg i. B. S. 26-43.
- Berkel, K./Herzog, R. (1997): *Unternehmenskultur und Ethik*. Heidelberg.
- Conradi, E. (2001): *Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit*. Frankfurt a. M./New York.
- Di Giulio, A. (2004): *Die Idee der Nachhaltigkeit im Verständnis der Vereinten Nationen. Anspruch, Bedeutung und Schwierigkeiten = Ethik in der Welt*. Bd. 3. Münster.
- Dinges, St. (2005): *Zur Etablierung einer neuen Fehlerkultur im Umgang mit Fehlern in der stationären Patientenversorgung*. In: *Patientensicherheit. Leitfaden für den Umgang mit Risiken im Gesundheitswesen*, hg. von Holzer, E. et al. Wien. S. 77-82.
- Dinges, St./Heller, A. (2004): *Ethikberatung im Krankenhaus*. In: *OrganisationsEthik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie*, hg. von Heller, A./Krobath, Th. Freiburg i. B. S. 419-428.
- Gillen, E. (2004): *Ethikberatung im Krankenhaus*. Vortrag, gehalten an der Katholischen Akademie „Die Wolfsburg“, 15. September.
- Grossmann, R. (2000): *Organisationsentwicklung im Krankenhaus*. In: *Kultur des Sterbens*, hg. von Heller, A./Heimerl, K./Metz, Ch. Freiburg i. B. S. 80-105.
- Heimerl, K./Heller, A. (1997): *Systemische Evaluation*. In: *Besser, billiger, mehr*, hg. von Grossmann, R. (iff-texte).

- Heimerl, K./Heller, A./Zepke, G. (2002): Die Evaluation von Prozessen der Organisationsentwicklung. In: Grossmann, R./Scala, K.: Intelligentes Krankenhaus. Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. Wien/New York.
- Heintel, P./Götz, K. (2000): Das Verhältnis von Institution und Organisation. Zur Dialektik von Abhängigkeit und Zwang. Managementkonzepte Bd. 7. München/Mering.
- Heintel, P. (2002): Kants „Grundlegung zur Metaphysik der Sitten“ und deren „prozessethische Konsequenz“. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Heintel, P. (2004): Das Klagenfurter Prozessethische Modell. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Heintel, P./Krainz, E. (2000): Projektmanagement. Eine Antwort auf die Hierarchiekrise? Wiesbaden.
- Heintel, P. (o. J.): Supervision und ihr ethischer Auftrag. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Heller, A. (2000): Ambivalenzen des Sterbens – Einschätzungen zum gegenwärtigen Umgang mit dem Sterben und den Sterbenden. In: Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten, hg. von Heller, A./Heimerl, K./Metz, Ch. Freiburg i. B. S. 17-31.
- Heller, A. (2005): Wie kommen wir zu guten Entscheidungen? Ethik als Intervention in Organisationen. In: Leben ist kostbar. Der Palliative Care- und Ethikprozess der Kaiserswerther Diakonie, hg. von Bartosch, H./Coenen-Marx, C./Erkenbrecht, J. F./Heller, A. Freiburg: i. B. S. 12-25.
- Heller, A./Dinges, St./Heimerl, K./Reitinger, E./Wegleitner, K.(2003): Palliative Kultur in der stationären Altenhilfe. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 36. S. 360-365.
- Heller, A./Krobath, Th. (2004): OrganisationsEthik – worum geht es? In: Organisations-Ethik. Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie, hg. von Heller, A./Krobath, Th. Freiburg i. B. S. 9-13.
- Körtner, U. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Wien.
- Krainer, L. (2004): Nachhaltige Entscheidungen. Zur Organisation demokratisch-partizipativer Entscheidungsfindungsprozesse als praktisch-konkrete Umsetzung von Prozessethik. Klagenfurt, unveröffentlichtes Manuskript.
- Loewy, E. H. (1995): Ethische Fragen in der Medizin. Wien/New York.
- Loewy, E. H. (1996): Textbook of Healthcare Ethics. New York/London.
- Pleschberger, S. (2005): „Bloß nicht zur Last fallen!“ Leben und Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Dissertation, eingereicht an der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften an der Justus-Liebig-Universität Gießen.
- Rabe, M. (1998): Dumm gelaufen? – und dann? In: Intensiv 6. S. 217-221.
- Salzburger Erklärung (2002) zur sogenannten Bioethik. In: Bioethische Informationen. Newsletter 12/2002. 27. September.
- Scala, K./Grossmann, R. (2002): Supervision in Organisationen. Weinheim.
- Steinkamp, N./Gordijn, B. (2003): Ethik in der Klinik – ein Arbeitsbuch. Zwischen Leitbild und Stationsalltag. Neuwied/Köln/München.

- Ulrich, P. (2002): Der entzauberte Markt. Eine wirtschaftsethische Orientierung. Freiburg i. B.
- Wehkamp, K. H. (2004): Die Ethik der Heilberufe und die Herausforderungen der Ökonomie = Berliner Medizinethische Schriften Heft 49. Berlin.
- Wettreck, R. (2003): „Das ist doch mein Leben.“ Selbstbestimmung, Vernetzung, Entscheidungsqualität in der letzten Lebensphase. In: Zeitschrift für Ethik in der Medizin 15. S. 87-96.
- Wettreck, R. (2004): „Wie wird über mich entscheiden, wenn ich nicht mehr entscheiden kann?“ Entscheidungsqualität, ethische Strukturentwicklung und ethische Mediation. In: Wege zum Menschen 56/6.
- Wettreck, R. (Hg.): Lebenswert – zum aktuellen Stand der biomedizinischen Ethik. Münster.
- Willke, H. (1987): Strategie der Intervention in soziale Systeme. In: Theorie als Passion, hg. von Luhmann, N./Baecker, D. Frankfurt a. M./New York.

Anschrift der Verfasser: Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung Universität Klagenfurt Standort Wien, Abt. Palliative Care und OrganisationsEthik, Schottenfeldgasse 29/4, 1070 Wien. [www.iff.ac.at/pallorg](http://www.iff.ac.at/pallorg)

*Maija Becker-Kontio, Marie-Luise Schwennbeck*

### **Ist die Ethik klinisch tot? – kritische Einwürfe aus supervisorischer Perspektive**

Zusammenfassung: Die Autorinnen stellen typische Dilemmata des klinischen Arbeitsalltags vor, die sich angesichts von ökonomischem Druck auf dem Gesundheitssektor ergeben, und kommen zu der durch viele Beispiele angereicherten provokanten These, die Ethik liege in der Klinik selbst auf der Intensivstation. Dabei sehen sie die Kliniken in einem grundlegenden organisatorischen Wandel hin zu einer Netzwerk-Organisation, ein Wandel, der auch zwischen den Professionen zu Reibungsverlusten führe. Supervision – so die Erwartung – müsse und könne behilflich sein, diesen Umbau zu begleiten und sowohl Übersetzungshilfe, wie gleichzeitig Aufklärung und Verstehenshilfe anzubieten.

Maßstab und Ansatz von Ethik ist der in seiner Welt handelnde Mensch, der nach Begründung seiner Handlungen fragt. Ethische Fragen gewinnen durch die Freiheitsmöglichkeit der Person und durch allgemeine und individuelle moralische Vorstellungen, beispielsweise der Sollens-Regeln menschlichen Zusammenlebens, an Bedeutung. Ethik befasst sich mit dem „Handeln des Menschen im Blick darauf, inwieweit es gut und d. h., ihnen wesensgemäß und dienlich ist und deshalb zu bevorzugen und normativ zu fordern ist“ (Wendt, 1985).

Was bedeutet das nun im Krankenhaus? Welche individuellen Freiräume gibt es da noch zum Handeln? Wer ist wirklich an den Begründungen der Handlungen interessiert? Oder geht es eher darum, die Widersprüchlichkeit zwischen ethischem Postulat und der Realität zu verleugnen und zu verdrängen? Gibt es einen sichtbaren, offiziellen und einen unsichtbaren, inoffiziellen Teil der Ethik?

Medizinethiker an der Universität Tübingen forschen seit längerem über die moralischen Grundlagen von medizinischen Entscheidungen und fordern, dass die Diskussionen über Werturteile enttabuisiert und transparenter werden und an Redlichkeit gewinnen sollten, bevor Änderungen in der Gesundheitsversorgung vorgenommen werden. Die Entwicklung in der Gesundheitspolitik hat dem kaum Rechnung getragen. Und so entwickeln die Berufsgruppen im Krankenhaus individuelle und auch kollektive Handlungsstrategien, um den ungeklärten, tabuisierten Fragen der Ethik aus dem Weg zu gehen.

### **Mit welchen Phänomenen haben Beschäftigte des Gesundheitswesens zu tun?**

Ein zentrales und übergeordnetes Thema ist die Machtverteilung im Krankenhaus, sie produziert ein hohes Maß an Abhängigkeiten (vgl. Becker-Kontio u. a., 2004). Im Krankenhaus erleben wir, dass sich dieses Phänomen nicht nur auf das klassische Arzt-Patientenverhältnis bezieht, sondern dass es zeitgleich und parallel auf der institutionellen Ebene sowie auf der Teamebene virulent ist. So ist der Patient in seiner Verletzbarkeit, seiner Bedürftigkeit und seiner Erwartung nach Versorgung und Hilfe auf die „Helfer mit der scheinbaren Macht“ (Krankenschwestern, Pfleger und Ärzte) angewiesen.

Diese Helfer allerdings fühlen sich ähnlich ohnmächtig in ihrer Abhängigkeit von personellen, zeitlichen und wirtschaftlichen Umständen, die ihnen die Institution durch die Gesundheitsreform zumutet. Um in diesem Spannungsfeld „überleben“ zu können, kann es vorkommen, dass ein Pflgeteam die Tür zu einer Patientin schließt, damit „man besser daran vorbeigehen könne, das Gerufe und Gestöhne nicht höre, die anderen Patienten müssten schließlich auch versorgt werden“. Später mehr zu diesem Beispiel.

Erwartungen an die „mächtigeren“ Ärzte bleiben aus Sicht der Patienten meistens unbefriedigt, da diese sich durch Abwesenheit entziehen – begründet durch Zeitmangel. Schwerkranke Menschen, die ihre Selbstbestimmung teilweise aufgeben müssen, delegieren ihre Bedürfnisbefriedigung an die Helfer. Hier bedarf es eines hohen Grades der Kontrolle: denn die Verwaltung von Schuld und Scham, von aggressiven und regressiven Impulsen, von Wünschen nach Nähe oder Distanz u. a. setzt einen ethischen Rahmen voraus, der gerade im Krankenhaus unabdingbar notwendig erscheint. Der Versuch, diese Emotionalität rational zu strukturieren, ließe sich also nur unter Beachtung ethischer Fragestellungen wie die nach dem Nutzen, der Gerechtigkeit und der Dienlichkeit der Handlungen im normativen Rahmen entwickeln.

### **Was gibt es bisher an ethischen Vorgaben und Konstrukten im Krankenhaus?**

Nun stehen Kliniken aber bekanntermaßen unter enormem ökonomischen Druck. Um einerseits den Qualitätsstandards, der Patientenzufriedenheit, der Konkurrenz am Markt und der betrieblichen Fürsorge gerecht zu werden, und andererseits dem Kostendruck und den daraus resultierenden Sparmaßnahmen Folge zu leisten, lässt sich ein Krankenhausmanagement, je nach Führungsethik, Unterschiedliches einfallen.

1. Offiziell bemüht sich ein Krankenhaus um die QM-Zertifizierung. Verankert darin ist das Leitbild, das als ethische Stellungnahme nach außen hin mittels Hoch-

glanzbroschüren wirkt. Betriebsvereinbarungen und Führungsgrundsätze ergänzen den offiziellen Teil. Mehrheitlich anzutreffende Haltung des Managements intern ist, „das müssen wir machen, um mithalten zu können“. Dabei wird der Existenz und Stellen sichernde Teil für das Unternehmen tabuiert: Die Dienstleistung wird dem Kunden selbstlos suggeriert, als habe ein Krankenhaus keine Existenzprobleme.

In den internen Abläufen wird dieser Spagat von den Mitarbeitern als Entwertung erlebt, weit verbreitet ist auch eine Haltung Top/Down: „seht zu, wie ihr klar kommt“. Unbekannt bleibt andererseits, was ein Management alles tut, um die Stellen zu sichern und dass die Führungskräfte durchaus darum wissen, dass die vorhandene Zeit niemals ausreicht, um gute Arbeit zu leisten. Die Strukturkonflikte werden personifiziert – Schuldzuweisungen und Isolation der Berufsgruppen führen zu hohen Reibungsverlusten

2. Ethik bezogen auf Patienten ist – blickt man auf die Konzepte – am weitesten und professionellsten entwickelt. Hier mehr additiv einige Beispiele: Da gibt es Lehrstühle für Medizinethiker, die wie oben erwähnt, sich mit ethischen Entscheidungen zu Behandlungsfragen beschäftigen, z. B. die Regelung der Transplantationsethik. 1997 gab es in Freiburg die erste Weltkonferenz mit dem Schwerpunktthema: „Ethik im Gesundheitswesen: 50 Jahre nach Nürnberg“ (aus: multi MED vision, Hamburg). Veröffentlicht sind ethische Maßstäbe zu den Themen (vgl. online Informationsdienst Wissenschaft)

- Arzt- Patientenverhältnis,
- genetische Beratung und Pränataldiagnostik,
- das Kind im Krankenhaus,
- PEG als Streitfall (künstliche Ernährung und Versorgung),
- Notfallmedizin, vom Notfallort zur Notaufnahme,
- der Patient in der Intensivmedizin,
- der onkologische Patient,
- der psychiatrische Patient,
- HIV/Aids,
- der alte Mensch in Pflege und Medizin,
- Entscheidungen am Lebensende,
- Sterbehilfe und assistierter Suizid. Passiv – Aktiv – Indirekt.

Es gibt mittlerweile juristisch relevante Patientenverfügungen zur Selbstbestimmung ihres Willens. Weiterbildungslehrgänge zum Ethikberater werden zunehmend von Institutionen angeboten, mittlerweile auch als Trägerinterne Fortbildungen. Ethikkommissionen/Ethikkomitees sind in Kliniken installiert. Diese können zu einer ethischen Frage, oftmals als Entscheidungshilfe in der Patientenbehandlung, einberufen werden.

Die deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e. V. hat sich einem Ethikcodex verpflichtet, der sich von den Kantischen Prinzipien ableitet:

- respektiere Autonomie,
- sage die Wahrheit,
- achte auf Gerechtigkeit,
- sei hilfsbereit zu Menschen,
- schade keinem Menschen.

3. Die Schnittstelle zwischen dem offiziellen ethischen Regelwerk für klinische Organisationen und den Patienten ist das Team. Auf Teamebene gibt es die Berufsordnungen des Pflegepersonals und der Ärzte, diese nochmals verstärkt durch den Hypokratischen Eid. Die Stellenbeschreibungen und Tätigkeitsmerkmale für die Berufsgruppen sind formal recht weit entwickelt, praktisch allerdings kaum umsetzbar. Deutlich wird dies z. B. in der Krankenpflegeausbildung. Ein immer währer, aber zunehmend verschärfter Konflikt in Pflgeteams ist der Anspruch der Schüler an dem Praxiseinsatz und der Unmöglichkeit der Diensthabenden, optimale Ausbildung zu gewährleisten. Verhandelt wird das oft auf der Bewertungsebene, Berufserfahrene fühlen sich entwertet, genauso wie Schüler, deren Wissen in der Praxis nicht zählt. Die Schulen mit ihren Curricula halten einen Standard aufrecht, der politisch gewollt ist, wobei die tatsächliche Umsetzbarkeit verdrängt wird. Ziel dieses Geschehens könnte die Herstellung einer ethischen Balance sein.

Man kann begründet (vgl. Becker-Kontio u. a., 2004) von der Abspaltung des Subjektes, der Spaltung zwischen Mensch und Maschine sprechen. Denn: trotz der scheinbaren Regelung der beruflichen Tätigkeiten werden Handlungen am Patienten verrichtet, die unter ethischen Gesichtspunkten zu verurteilen wären. So wird alltägliche Gewalt, sei sie körperlicher oder psychischer Natur, tendenziell toleriert. Bei Fallvorstellungen fällt den Supervisanden schon gar nicht mehr auf, wie ablehnend und ruppig mit Patienten kommuniziert wird, wie nötigend und grenzüberschreitend alltägliche Handlungen sind.

Wir meinen hier nicht die auch stattfindenden Misshandlungen und Bestrafungen durch überforderte, aggressiv angespannte „Helfer“, sondern das operative Alltagsgeschäft. Beispiele sind hier z. B. Blutabnahmen und Verbandswechsel bei schmerzempfindlichen Patienten, Bettentransport über zugige Flure und holprige Wege, Zeitdruck in der Grundpflege, lautes Wecken, ungeschützte Intimpflege und Umgang mit Ausscheidungen, Fixierungen bei Durchgangssyndromen, nicht natürliche Essenszeiten, Essen, welches außer Reichweite platziert wird und wieder abgeräumt wird, Füttern unter Zeitdruck, zynische oder ironische Bemerkungen, Kollegenschelte vor Patienten, Fragen gar nicht oder ungenau beantworten, ungehaltene, ungeduldige Handlungsanweisungen, patzige Antworten und vieles mehr.

Im Kollektiv des Teams werden die ethischen Fragen dazu nicht mehr wahrgenommen, sondern introjiziert oder abgespalten, um die anfallende Arbeit zu leisten. Die Formel dazu heißt: Zeitdruck, Personalmangel, Fallpauschalen, DRG's. Das Individuum orientiert sich aber an diesem Kollektiv, bleibt mit den eigenen

ethischen Vorstellungen alleine und projiziert Schuld und Enttäuschungswut auf Vorgesetzte. Diese entziehen sich, verleugnen, um nicht genau mitzukriegen, was eigentlich geschieht. Derjenige, der ethische Fragen stellt, wird zum Aggressor und abgelehnt. Manchmal trifft es den Supervisor, öfter aber neue Teammitglieder oder andere Berufsgruppen, immer auch Fremde.

### **Ist die Ethik klinisch tot?**

Schaut man die ethische Realität der Organisation an, entdeckt man eine Hülse. Der Patient Ethik liegt auf der Intensivstation. Er wird künstlich beatmet, die Herz-Lungen-Maschine erhält die Vitalfunktionen aufrecht. Die Blutkonserven bewirken ein scheinbar rosiges Aussehen. Doch der Schein trügt. Von sich aus und aus sich selbst heraus kann er nicht existieren, sondern er stirbt.

Die Ethik befindet sich zwischen professionellen Auseinandersetzungen und Weiterentwicklungen einerseits und Kostendruck, Personalabbau und Paradigmenwechsel andererseits. Die Schere geht immer weiter auseinander. Es scheint eine Unvereinbarkeit zwischen beiden Polen zu geben, geradezu eine Kontraindikation. Oder wie wäre die Kompatibilität einer notwendigen Behandlungsdauer mit entsprechendem personellen Aufgebot gegenüber der vorgeschriebenen Verweildauer und Fallpauschale?

In dieser Situation ethische Fragen zu stellen, verbietet sich von selbst, gleichzeitig ist dies aber notwendiger denn je, damit der Mensch als „Kunde“ und „Ware“ gerade im Krankenhaus Mensch bleiben kann, in Würde und Autonomie. Die Vermutung, das habe mit den veränderten Rahmenbedingungen und der dadurch veränderten Identität der Berufsgruppen zu tun, bestätigt sich besonders an der Schnittstelle, im Team. Dieser Schnittstelle gilt unsere Aufmerksamkeit mit folgenden Fallbeispielen aus dem klinischen Arbeitsalltag

#### **Eine erste Frage: „Ist der Kunde König?“**

„Der Kunde ist König, habt Ihr das verstanden?“ soll der Chefarzt die Schwestern angebrüllt haben, als er von den erneuten Unzulänglichkeiten auf der internistischen Station gehört hatte. Was war passiert? Ein Angehöriger hatte sich bei dem Stationsarzt darüber beschwert, dass die Zimmertür zu seiner kranken Mutter immer wieder vom Pflegepersonal geschlossen wurde, obwohl die Frau sie gerne geöffnet haben wollte. „Sie hat nämlich Angst, dass man sie nicht hört, wenn sie wieder Luftnot hat“, begründete der besorgte Sohn das Anliegen seiner Mutter. „Sie fühlt sich manchmal so schwach und die Schwestern haben doch so viel zu tun. Da wird man automatisch leicht überhört“, wollte er noch eine Brücke bauen, damit

nicht zu viel Zorn seine Mutter träfe, bei dieser kritischen Beschwerde. Es hätte ihre Situation womöglich noch verschlimmert.

Das Team bekam die Empfehlung, sich supervisorisch beraten zu lassen, was es auch gerne in Anspruch nahm. In den ersten zwei Sitzungen wurde Folgendes deutlich: Der verschärfte Marktdruck und Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern vor Ort hatte u. a. dazu geführt, dass die Patientenzahl innerhalb der internistischen Abteilung rückläufig war. So kam es, wie es kommen musste: Zwei Stationen wurden zusammengelegt und Personal abgezogen. Nun arbeiteten die Pflegekräfte in einer neuen Teamzusammensetzung, hatten verschiedene Ärzte als Ansprechpartner und veränderte Arbeitsschwerpunkte. Für die einen war der internistisch-psychosomatische Ansatz hinzugekommen, für die anderen die stärkere somatische Fokussierung total ungewohnt. Das Aufgeben-Müssen von Vertrautem und die neuen Erwartungen wurden als belastend erlebt. Diese Belastung führte dazu, dass jede ihr Bestes gab, oder das, was sie dafür hielt. Die alten Stationskonzepte wurden den neuen Gegebenheiten nicht angepasst. Bei individuellen Schwierigkeiten folgten individuelle Entlastungsmuster – wie ab und zu eine Tür schließen –, um die Komplexität der Anforderungen zu reduzieren. Nicht dass sie Patienten in Gefahr bringen würden, beteuerten sie in der Supervision. Mit geschultem Blick könnten sie unterscheiden, welche Patientenwünsche einen Aufschub verkräfteten und welche nicht. Es ging in ihren Augen nicht um gefährliche Pflege, sondern um alltägliche, weniger folgenschwere Einschränkungen ihrer Dienstleistungsbereitschaft. Sonst sei diese Arbeitsverdichtung nicht zu bewältigen, hieß es unisono.

In der Supervision wurden die Problembereiche identifiziert und kategorisiert, d. h. auch in verschiedene Zuständigkeitsbereiche eingeteilt. Für ablauforganisatorische Entlastungsmöglichkeiten musste mit der Pflegedienstleitung verhandelt werden, für strukturelle Veränderungen die Stationsärzte einbezogen werden usw. All diese Maßnahmen hatten in den Augen der Schwestern und Pfleger höchste Priorität. Sie waren der Grund, warum sie sofort mit der Supervision einverstanden gewesen waren. Bei diesen Fragen engagierten sie sich, suchten, diagnostizierten und machten ideenreiche Entlastungsvorschläge.

Einen selbstreflexiven Prozess lehnten sie vorläufig ab, denn „wir werden nicht zulassen, dass alles zu unserem Problem gemacht wird, bevor hier nicht die Managementebene ihre Verantwortung übernimmt“. An der Wut des Pflegepersonals war deutlich zu erkennen, dass ihnen doch etwas Wesentliches abhanden gekommen war, ihre „Alltagsethik“. Sie litten darunter, war diese doch für viele ursprünglich ein Kernbestandteil ihrer Arbeitsmotivation. Aber sie wussten auch, wen sie für diesen Verlust verantwortlich machten: Die Managementebene, die Krankenkassen und die Gesundheitspolitiker. „Die sind schuld“, hieß es mit ihren eigenen Worten.

### Eine zweite Frage: Keine Zeit für die Würde?

Auf die Frage, wie sich Ethik im Krankenhausalltag zeigt, antwortet eine Pflegedienstleiterin sinngemäß: Ethik gehört absolut notwendig zur Grundhaltung in der Klinik, gerade weil wir es mit Menschen zu tun haben, die sich in einer Krise befinden und die sich in der Bedürfnisbefriedigung abhängig erleben. Ethik beinhaltet die Bereitschaft, Bedürfnisse der uns anvertrauten Menschen wahr und ernst zu nehmen, die Sensibilität für Sterben und Tod zu erhalten, die Fähigkeit, sich mit Kollegen sprachlich angemessen zu unterhalten und unterschiedlichen Religionen Raum zu geben, um nur einiges zu nennen. In der Krankenhauswirklichkeit zeigt sich aber, dass parallel zur Zunahme der Komplexität des Systems und der dazugehörigen Handlungsabläufe die Anforderungsprofile an die verschiedenen Arbeitsplätze steigen. Die entstehende Überforderung mobilisiert eine breite Gefühlspalette und bedroht eindeutig die Stabilität eben dieser o. g. Grundhaltung.

Das hört sich zum Beispiel so an (Psychiatrie): „Wir bekommen immer kränkere Patienten. Die Verweildauer wird immer kürzer. Das erhöht den administrativen Aufwand und verringert gleichzeitig die Anzahl der Patientenkontakte wegen des zurückgeschraubten Personalschlüssels. Das wiederum erschwert unsere Fähigkeit, mögliches Patientenverhalten im Voraus einzuschätzen. Was können wir ihm zutrauen und zumuten? Das nicht mehr genau zu wissen, erzeugt Stress! Aber wir schaffen es nicht mehr, uns jedem Patienten individuell zuzuwenden.“

Die Handlungsspielräume werden geringer, die Arbeit verdichtet sich und es kann beobachtet werden, wie die Verhaltenseindeutigkeit verloren geht und die Mitarbeiter beginnen, sich, je nach Spannungszustand, widersprüchlich zu verhalten (ein Beispiel dafür ist die Aussage des Chefarztes: „Der Kunde ist König, verstanden!“). Es gibt zu wenig Zeit für ausführliche Gespräche, schon gar nicht berufsgruppen-übergreifend. Obgleich der Gesprächsbedarf wächst, werden die realen Möglichkeiten geringer. Das Dilemma, in das die Mitarbeiter kommen, heißt also: Sie müssen immer wieder im Alltag neu entscheiden, ob sie den Sparkurs auch ins eigene Verhalten übernehmen oder solange irgend möglich ihre ethischen Grundsätze zu befolgen versuchen. Das Dilemma erzeugt Leiden. Ohne Reflexionsrahmen führt dieses Leiden zu Verleugnung, Widerstand, Projektion und Spaltung. Ein solcher Aufwand an psychischer Energie ist zweifelsfrei ermüdend.

Die Kliniken erkennen das. Daher wird die Ethik im Krankenhausalltag in Selbstbewertungsprozessen, im Rahmen von Qualitätsmanagement problematisiert. Institutionen reagieren meistens strukturell, wenn sie wissen, dass verloren gehen kann, was ein substantieller Bestandteil der Organisation ist: Die ethische Haltung. Das kirchliche Über-Ich wacht über diesen Wert, indem es in seinem Qualitätsmanagement Pro Cum Cert die Gründung eines Ethik-Komitees verbindlich vorschreibt. Die weltliche Entsprechung liefern dann die Krankenkassen, die mit finanziellen Abzügen drohen, wenn dieses Kriterium nicht erfüllt ist.

### Eine dritte Frage: Rettet das Ethik-Komitee den Intensivpatienten?

„Nach der Geschäftsordnung einer Klinik hat das Komitee die Aufgabe, Ratsuchende (Patienten, Ärzte, Pflegepersonal) unter ethischen Gesichtspunkten zu beraten und in ethischen Grundsatzfragen der Krankenhausleitung Empfehlungen zu geben. Bei Bedarf werden Arbeitsgruppen in den Fachabteilungen des Krankenhauses gebildet. Wenn bei unheilbar Schwerkranken die Möglichkeiten medizinischer Hilfe erschöpft sind und Lebensverlängerung nur noch Leidensverlängerung bedeutet, ist das Recht auf ein menschenwürdiges Sterben zu respektieren. Das gilt in besonderer Weise auch, wenn der Patient zu eigenen Willensäußerungen nicht mehr in der Lage ist. In solchen Fällen ist sein mutmaßlicher Wille zu ermitteln, was durch eine Patientenverfügung wesentlich erleichtert wird. Ethik-Komitees haben bei Bedarf die Möglichkeit, Fallkonferenzen einzuberufen, die dann dem zuständigen Arzt beratend zur Seite stehen. Hospizinitiativen, Kinderklappen, das Überbringen von Todesnachrichten, Umgang mit muslimischen Mitbürgern in der Klinik, für solche und ähnliche Themen werden handlungsrelevante Kriterien entwickelt.“ So beschreibt ein Komitee-Mitglied den Auftrag.

Ein Ethik-Komitee ist demnach die strukturelle Antwort der Institution auf einen drohenden Verlust der Menschenwürde. Ein Komitee zu bemühen bleibt aber eine isolierte Maßnahme, die ein Satellitendasein führt, solange ihr Anliegen nicht in den Klinikalltag integriert ist. Auch wenn die Ansätze des Komitees wertvoll sind, richten sie sich außerdem doch auch schwerpunktmäßig an Patienten in lebensbedrohlichen Situationen. Die Würde des Menschen wird aber (wie wir oben sehen konnten) bereits auf viel geringerem Niveau belastet. Der Alltag offenbart viele kleine Würdelosigkeiten, mit denen sich das Ethik-Komitee nicht befasst, die aber sowohl den Patienten als auch den Mitarbeiter sehr belasten können. Anders als früher erscheinen diese Szenen in der Supervision wie Randphänomene, bei denen es sich nicht lohnt, anzuhalten. Es ist eine Aufgabe für den Supervisor, an diesen Stellen aufmerksam hinzuhören.

Die Mitarbeiter befinden sich auf einer hohen Belastungsstufe. Sie müssen viele Veränderungen rund um ihren Arbeitsplatz hinnehmen und in der supervisorischen Praxis macht es den Eindruck, als würden sie diese nur fragmenthaft vermittelt bekommen. Sie reagieren auf die daraus folgende erhöhte Abhängigkeit und verringerte Autonomie ähnlich wie der Patient. Sie reduzieren sich auf die Vitalfunktionen. Sie reduzieren sich auf die individuelle Handlungsebene, vernachlässigen Komplexität und Vernetzungskompetenz und ziehen sich dorthin zurück, wo es scheinbar am folgenlosesten geht, in der Haltung und damit in der Interaktion gegenüber dem Patienten. Das mag im Einzelfall angemessen sein, aber in der Summe vieler Einzelsituationen ist es genug, um eine kulturelle Veränderung in der Arzt-Schwester-Patient-Beziehung zu bewirken. Und – sie bedauern das: Wir haben „keine Zeit mehr“ – so heißt die Chiffre –, uns mit dem Patienten zu unter-

halten, die Angehörigen ausführlich zu empfangen ... Die veränderte Haltung selbstständig sich und führt zu einem Werteverlust. Warum sie gerade an dieser Stelle des Kontaktes sparen und nicht anderswo, z. B. bei den administrativen Tätigkeiten? Wahrscheinlich weil sie diese Vernachlässigung schon lange untereinander praktizieren und insofern bewusst nicht vermissen.

„Der Kunde ist König, verstanden!“ – Der Ausspruch des Chefarztes erlaubt, zunächst zu glauben, dass dieser Dienstleistungsgedanke mit einem ethischen Hintergrund verbunden sei, wie er in Artikel 1 des Grundgesetzes beschrieben ist: Weil die Würde des Menschen unantastbar ist, behandeln wir den Patienten als Kunden und den Kunden als König. Der Nachsatz „Verstanden!“ lässt einerseits eine Deutung in die Richtung zu: unsere Kundenorientierung dient vorrangig zur Qualitätsverbesserung und zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit – ist also zweckrational und nicht werterhaltend oder -schützend gemeint. Andererseits wird hier ein normatives Prinzip „gesetzt“ und die Dilemmata, die damit verbunden sind, werden nicht durch einen Verständigungsprozess emotional mitgetragen. So entsteht die „Inhumanität einer an sich humanen Organisation“ (Rohde, 1973). Es ist unverkennbar, dass wirtschaftlicher Druck und die entsprechenden „Personal- und Sachmittel-Verknappungen“ sich negativ auf die pflegerischen Leistungen auswirken.

Der klinischen Ethik geht es schlecht, doch sie darf nicht sterben, denn das würde das Krankenhaus nicht überleben. Wie bereits zu Beginn dieses Artikels betont, bedarf die Delegation von Bedürfnisbefriedigung einer guten Kontrolle, die Emotionalität und Affekte binden könnte. Die Verwaltung von Schuld und Scham, von aggressiven und regressiven Impulsen etc. setzt einen ethischen Rahmen voraus, der unersetzlich ist. Die Menschen, die für diese Arbeit mit den Patienten die Verantwortung tragen, können sie nur leisten, wenn die Rahmenbedingungen es zulassen, wenn sie selbst in ihren Dilemmata verstanden werden, wenn sie Würde und Respekt erfahren, anspruchsvolle Aufgaben und angemessene Handlungsspielräume an ihrem Arbeitsplatz vorfinden. Doch wie soll das gerettet werden, gerade in Zeiten, wo so viele qualitative Errungenschaften im Krankenhaus auf der Strecke zu bleiben drohen? Die Lage ist ernst und schwierig und manche Kliniken holen sich Unterstützung, auch bei Supervisoren.

### **Change-Management, ein vielversprechender Versuch?**

Unsere Beispiel-Station und ihr Chefarzt wissen um die Notwendigkeit einer Reaktion auf die beschriebenen Schwierigkeiten. Natürlich würden sie unterschreiben, dass es gerade in diesen Zeiten der Veränderungen auf dem Gesundheitsmarkt von höchster Bedeutung ist, eine strategische Neuausrichtung vorzunehmen, zielführende Qualitätsprogramme aufzulegen um letztlich ein Krankenhaus mit bester Versorgung und höchster Betreuung in der Region zu werden. Das Krankenhaus

muss sich den gesundheitspolitischen Anforderungen gegenüber angemessen verhalten. Es muss konzeptionell auf die Veränderungsbedarfe reagieren und einen aktiv gesteuerten und zielgerichteten Prozess einleiten. Und hier kann Beratung, im Besonderen Supervision, als Schnittstellengestalter eine wichtige Funktion übernehmen.

Wie? Sicher nicht nach dem o. g. Chefarztmodell! Denn: Wir bewegen uns in Organisationen deutlich erkennbar weg von der klassischen, auf Arbeitsteilung und Hierarchie beruhenden Organisation, hin zu einem Netzwerk selbstständiger, hoch integrierter und im operativen Bereich selbststeuernder Betriebsteile und Gruppen, schreibt Doppler in seinem Buch „Change Management“ (vgl. Doppler /Lauterburg 2002, S. 53 ff.). Dieser Prozess gilt eingeschränkt auch für Kliniken. Während die Strukturen sich eindeutig in eine solche Richtung entwickeln, müssen die Menschen diese Art von Führung vielerorts noch lernen.

Führung ist hier in erster Linie Netzwerkkoordination, die dafür sorgt, dass Mitarbeiter anspruchsvolle Aufgaben erhalten, sie selbstständig gestalten und lösen. Das Management muss dafür Sorge tragen, dass ein identitätsstiftender Prozess eingeleitet wird, damit die Gesamtinteressen der Organisation in den Blick genommen werden können. Das wiederum geht nur über das Instrument „Verständigung“, bei der die anstehenden Veränderungen mit den folgenschweren strukturellen Einschränkungen offen kommuniziert werden.

Der Mensch, Patient und Mitarbeiter, bleibt dabei im Mittelpunkt des Handelns. Sonst sind die im Qualitätsmanagement angedachten Prozessketten nicht realisierbar. Ethik hat hier die Aufgabe, das rechte Handeln zu beachten und zu begründen. Gleichzeitig folgt dieser Anspruch modernen Marktgesetzen, die explizit die Kundenorientierung als Dienstleistungsauftrag in den Vordergrund stellen. Die Wirtschaftlichkeit ist notwendiges Mittel zum Überleben der Organisation und ist durchaus vereinbar mit dem Vorhaben, die Grundwerte Patientenorientierung und Mitarbeiterorientierung weiter zu verfolgen.

### **Der Supervisor als Übersetzer in einer sich verändernden Arbeitswelt**

Die supervisorische Arbeit in diesen Zeiten ist eine sehr sensible. Es gilt die Begriffe der Betriebswirtschaft zu nutzen (wie Kundenorientierung) und die Gefahr ihrer Instrumentalisierung zu erkennen. Der Supervisor kann behilflich sein, eben dieses Vokabular ins Klinikleben zu übersetzen, indem er sie immer wieder mit der ethischen Haltung verknüpft. Gleichzeitig ist Aufklärung und die gemeinsame Suche nach Verstehenszugängen nur ein Aspekt des Beratungsbedarfs dieses klinischen Kunden. Das Wesentliche ist, mit den Supervisanden neue Handlungsspielräume zu entwickeln, die den eingeschränkten Möglichkeiten angemessen sind, aber nicht gleichzeitig einen Abschied von Kernbestandteilen der beruflichen

Identitäten bedeuten. Aus diesem Grund ist es besonders wichtig zu überdenken, welche Problemteile an welche Zuständigkeiten angekoppelt werden müssen, und dies dann auch zu tun. Entscheidungsträger gehören sehr viel häufiger in den Supervisionsprozess als in früheren Zeiten. Entsprechend der fachlichen und berufspolitischen Entwicklung der Supervisoren ist hier ein aktiver, institutionsbezogener Arbeitsansatz unumgänglich.

### Literatur

- Becker-Kontio, M. u. a. (Hg.) (2004): Supervision und Organisationsberatung im Krankenhaus. Weinheim und München.
- Doppler, K./Lauterburg, C. (2002): Change Management. Den Unternehmenswandel gestalten. Frankfurt a. M.
- Rohde, J. (1973): Strukturelle Momente der Inhumanität einer humanen Institution. In: Arzt und Patient in der Industriegesellschaft, hg. von Döhner, O. Frankfurt a. M.
- Wendt (1985) zitiert nach: Scheid, J. (2000): Ethik und ihre Bedeutung für die Supervision. In: Supervision Heft 4/2000.
- multi MED vision GbR, Hamburg 1988-2004: In Deutschland kaum was los. 23.10.1997. [www.multi-med-vision.de](http://www.multi-med-vision.de)
- Informationsdienst Wissenschaft, FIS Bildung Literaturdatenbank 1998-2004: medizinische Ethik. [www.fis-bildung.de](http://www.fis-bildung.de)
- Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege e. V.: Ethische Regeln für Intensivpflegende. Frühjahr 1995. [www.dgf-online.de](http://www.dgf-online.de)

Anschriften der Verfasserinnen:

Maija Becker-Kontio, Riesengebirgsstr. 56, 47445 Moers.

Marie-Luise Schwennbeck, Westfalenstr. 285, 45276 Essen.

*Michael Stiels-Glenn*

## Ethische Perspektiven in und aus der Forensik – Forensische Szenen

Zusammenfassung: Supervision im Spannungsfeld von Psychiatrie und Justiz bringt ethische Fragestellungen mit sich, die oft nicht klar sind. Anhand einiger typischer Konfliktszenen sollen solche Probleme deutlich gemacht und eine supervisorische Haltung dargestellt werden.

Im Maßregelvollzug (im Folgenden MRV genannt) werden psychisch kranke bzw. gestörte Straftäter untergebracht, bis Gutachter feststellen, dass deren Entlassung verantwortet werden kann. Einige schwere Straftaten von verurteilten Patienten wurden über alle Medien verbreitet, eine beunruhigte Öffentlichkeit forderte Maßnahmen. Die allgemeine Debatte sieht Therapeuten, Pflegepersonal und Gutachter als mitschuldig. Sie wurden vor der Öffentlichkeit als unfähig und verantwortungslos hingestellt. Gesetze wurden innerhalb kurzer Zeit mehrfach verschärft, es geisterte der ebenso griffige wie unrealistische Slogan von „Null Risiko“ durch das Land.

Politiker, deren Denken oft mehr vom nächsten Wahltermin beeinflusst ist als von Sachüberlegungen, schalteten sich in die Debatte ein. Bundeskanzler Schröder forderte undifferenziert, solche Täter sollte man „wegschließen – und zwar für immer!“ – zum Ärger aller Fachleute (zit. nach Koller 2005, S. 189). Herr Schröder weiß als gelernter Jurist selbstverständlich, dass die Gesetze ein solches Vorgehen nicht zulassen, genauso wie er weiß, dass härtere Strafen die Zahl der Straftaten nicht verringern.

In den deutschen Kliniken, in denen der MRV umgesetzt wird, steigen seit zehn Jahren die Patientenzahlen und deren Verweildauer, weil die Voraussetzungen für Entlassungen immer enger geworden sind. Das Klima bei den Patienten dieser Einrichtungen schwankt zwischen Hoffungslosigkeit, Angst und Aggression. Die Beschäftigten des MRV können eigentlich nur noch Fehler begehen – Erfolge zählen nicht. Supervision in diesem Feld erscheint manchmal ein hoffnungsloses Unterfangen. Zu viele Fallstricke, zu viele Hindernisse, alles könnte sich als Fehler erweisen – dies ist nicht nur für supervisorische Interventionen, sondern auch ethisch eine Herausforderung.

### Moral und Ethik

Hier soll nicht die umfangreiche philosophische Debatte um Ethik und Moral aufgerollt werden. Was in der Theorie gut definiert werden kann, kommt in der Praxis

ohnehin meist in Mischformen vor. Der Moral, so Schneider (2001, S. 10 f.), geht es um die Verdeutlichung und Beschwörung von Normen, deren Geltung als unbestritten unterstellt wird –, und zwar beim Prediger wie bei den Adressaten. Die Norm wird beschworen, den Adressaten ins Gewissen geredet.

Ethischen Diskursen geht es dagegen nicht um „richtig oder falsch, recht oder unrecht“. Sie bestreiten Selbstverständlichkeiten und hinterfragen den Geltungsanspruch von Normen. Dies können Widersprüche zwischen Normen und Werten sein, aber auch sozialstrukturelle Überforderung des einzelnen Menschen oder individualpsychologische Ursachen. Ethischen Reflexionen geht es um aufklärerische Diskurse, darum, ob eine Argumentation überzeugend ist oder nicht.

Ethische Reflexion spricht im Namen eines rationalen Umgangs mit Normen (Schneider 2001, ebd.). Ein Kunstgriff, sich aus seiner ethischen Verantwortung zu stehlen, ist die Berufung auf Objektivität und auf objektive Fakten. Dabei wird (von Foerster 2001, S. 56) der Beobachter zu einer Kopiermaschine degradiert. Kein Beobachter ist objektiv, sondern mit seinen Eigenschaften und seinem Verhalten selbst Teil des Systems (von Foerster 2001, S. 44 f.). Ethik fordert in diesem Sinne Entscheidungen und eine Wahl zwischen verschiedenen Möglichkeiten: „Ich soll/Ich soll nicht.“ Dabei müsse für ethisches Handeln die Frage nach den Folgen einer Handlung belanglos sein. „Es muß zwar eine Art von ethischem Lohn und ethischer Strafe gehen, aber diese müssen in der Handlung selbst liegen.“ (Wittgenstein, zit. nach ebd., S. 49)

Wenn man supervisorisch in der Forensik tätig ist, muss man verstehen, dass der öffentliche Druck in der Forensik-Debatte auf alle Verantwortlichen wirkt. Sie reagieren darauf unterschiedlich. Die Bürokraten unter ihnen, so von Foerster, sehen Sicherheit als höchstes Gebot: Bloß kein Risiko eingehen, bloß keine Fehler machen, für die man zur Verantwortung gezogen werden könnte. „Tu am besten das, was alle anderen auch tun“ (von Foerster 2001, S. 118). Verantwortung sei für viele eine furchtbare Last, die man gern vermeidet. „Der hierarchische Aufbau vieler Institutionen hat eine Lokalisierung der Verantwortung unmöglich gemacht. Jedermann in einem solchen System kann sagen: ‚Mir wurde gesagt, X zu tun.‘“ (von Foerster 2001, S. 56) Dieser Satz trete offensichtlich an die Stelle eines anderen: „Von all dem, was mir zur Wahl stand, habe ich mich für X entschieden.“ Solange jemand seine Verantwortung für das eigene Handeln an andere delegiert, und man nicht jedem Autonomie zugestehe, bleibt eine Gesellschaft, die sich bemüht, Verpflichtungen zu erfüllen und die dabei die Verantwortung aus dem Auge verliert (von Foerster 2001, S. 74).

### Supervisorische Ethik

Was ist nun mit einer supervisorischen Ethik? Noch im Handbuch der Supervision

wiesen Kersting und Krapohl darauf hin, dass „in Ermangelung einer anerkannten Berufsethik (...) der einzelne Supervisor auf sich selbst zurückgeworfen“ sei. Je nach individueller Werthierarchie bzw. Berufsauffassung könne dies bei widerstreitenden Interessen der Parteien dazu führen, dass Teamsupervision nicht mehr innovatorisch wirkt, sondern „zum unkritischen Anpassungs- bzw. Domestizierungsinstrument verkümmert oder bloßes Instrument der Psychohygiene von Mitarbeitern bleibt.“ (Pühl 1994, S. 98)

Schreyögg setzt sich mit der Ethik im supervisorischen Handeln bereits früh auseinander. Sie hält Ethik für ein ständiges Thema in der Supervision und fordert eine Vorbildfunktion des Supervisors. Ethik entwickle und zeige sich im supervisorischen Dialog (Schreyögg 1992, S. 57). Die ethisch relevante Fragestellung sei, wie die Interaktionspartner der Tatsache Rechnung trügen, dass ihr Tun auf ein menschliches Gegenüber, auf ein Subjekt bezogen ist.

Pühl verweist auf den Konflikt zwischen dem Supervisor und manchen Interessen von Institutionen und deren Leitern, die „wenig Interesse an der Aufklärung menschenverachtender Mechanismen und Strukturen“ (haben). Pühl ist die Frage nach der Menschlichkeit heute die wichtigste Frage der beruflichen Ethik, denn die Menschheit überlebe entweder miteinander oder gar nicht. (Pühl 1997, S. 50)

Belardi merkt an, dass Supervision oftmals zum einzigen Ort der ethischen Auseinandersetzung geworden ist. Er problematisiert, dass es kaum möglich sein wird, für jeden eintretenden Praxisfall von vornherein einen verbindlichen ethischen Maßstab zu entwerfen. Er hält es für unethisch, wenn der Supervisor bei Supervisanden oder Trägern unethische Handlungen gegenüber den Klienten bemerkt und nicht reagiert. (in: Pühl 1994, S. 340)

Belardi sieht die Patienten der Psychiatrie als „Schutzbefohlene“. Gerade hier hat der Mediendiskurs und die Haltungen führender Politiker dafür gesorgt, dass forensische, also psychisch gestörte Patienten, nicht mehr als „Schutzbefohlene“ in einer totalen Institution (Goffman, 1972) wahrgenommen werden. Vielmehr gelten sie als „Risikoträger“, die Dritte gefährden können. Der Umgang wird ethisch kompliziert, weil auch die Interessen schutzbedürftiger Menschen in Betracht gezogen werden müssen. Der Sicherheitsgedanke wuchert aber manchmal und pervertiert in dem Sinne, dass es nicht mehr um die Sicherheit potenzieller Opfer geht, sondern um die Absicherung der eigenen beruflichen Stellung, der Reputation und Karriere.

Seit dem Jahr 2002 wird die Debatte um Ethik und Werte intensiver geführt, so auch in der DGsv als Berufsverband. Dabei wird Supervision übereinstimmend als ein Ort gesehen, an dem die Reflexion und eine Vermittlung zwischen immer noch geltenden, aner kennenswerten Antworten und neu aufbrechenden Widersprüchen gepflegt werden können. (Heintel, zit nach Munning, 2004). Neben vielen idealistischen Positionen wird immer wieder betont, Ethik habe den Schutz des Klienten zum Ziel. (Wengelski-Strock, 2004)

### Es gibt mehr als eine Ethik

In der Forensik gibt es aus meiner Sicht nicht eine Ethik, sondern viele! (Anwohner, Personal, Patienten, Öffentlichkeit, Medien, Politik) – und nicht zuletzt eine supervisorische Ethik. Die Nachbarn einer forensischen Klinik können z. B. erwarten, dass deren Mitarbeiter gründlich prüfen, welchen Patienten sie unter welchen Bedingungen vor die Türe lassen (ethische Perspektive 1). So hat 1994 ein Patient bei einem Einzelausgang ein siebenjähriges Mädchen aus Eickelborn vergewaltigt und getötet. Nachprüfungen ergaben, dass bei einer gründlichen Prüfung dieser Patient an diesem Tag nicht hätte Ausgang bekommen dürfen, weil er instabil war. Dieses Verbrechen hatte Ermittlungsverfahren gegen einige Mitarbeiter zur Folge. Deren Interesse ist es, sich in ihrem Umfeld ohne Anfeindungen, ohne Vorwürfe und öffentliche Beschämungen bewegen zu können (ethische Perspektive 2). Die Perspektive der Mitpatienten (ethische Perspektive 3) umfasst deren Wunsch, ihren Weg in die Freiheit ohne Gefährdung und ohne Überidentifizierung mit jedem delinquenten Mitpatienten gehen zu können. Die Klinikleitung muss die Integrität der untergebrachten Patienten, der Mitarbeiter und die Stellung der Einrichtung im sozialen Umfeld berücksichtigen (ethische Perspektive 4). Und nicht zuletzt: auch ein psychisch kranker Straftäter braucht Hoffnung, dass er lernen kann, ein Leben ohne Straftaten zu führen. Die Reduzierung seiner Person auf einen Risikofaktor ist unethisch (ethische Perspektive 5). Diese verschiedenen Perspektiven stehen allerdings nicht beliebig nebeneinander. Sie bedürfen der Bewertung und der Einpassung. Ich will an einigen typischen Szenen unterschiedlicher Supervisionsprozesse deutlich machen, welche Fallstricke sich für Supervisoren in der Forensik auftun. Diese Szenen haben bewusst keine Ideallösungen, sondern machen nur die oft unausgesprochenen ethischen Konfliktlinien deutlich und in einigen Fällen mein Umgehen damit, ohne dass dies die einzig richtige Sichtweise wäre.

Szene 1: Ein Patient soll nach neunjähriger Unterbringung wegen Vergewaltigung gelockert werden. Sein Antrag auf Lockerung soll in der Behandlungsplan-Konferenz vorgetragen werden. Das Pflege- und Erziehungs-Team und der Therapeut unterstützen den Wunsch des Patienten, die Sozialarbeiterin der Station widerspricht vehement. In der konflikthafter Debatte in der Supervision wird der Anspruch des Patienten auf Lockerungen nach langer Unterbringungszeit betont, weil er wichtige Fortschritte in der Behandlung gemacht habe. Diese Fortschritte erleben Krankenschwestern und Erzieher auch im Stationsalltag. Die Sozialarbeiterin hält das Delikt für noch nicht genügend aufgearbeitet. Sie fühlt sich als Frau in der Gegenwart dieses Patienten unwohl und betont die potenziellen Risiken einer Lockerung für die Öffentlichkeit. Alle Beteiligten wollen mich für ihre Sichtweise gewinnen, da man um meine Felderfahrung in der Behandlung solcher Patienten weiß.

Eine Parteinahme wäre hier nicht nur fachlich, sondern auch ethisch problematisch. Statt dessen galt es zu klären, wie die einzelnen Positionen Zustände kom-

men und wie sich die verschiedenen Sichtweisen ergänzen. Es galt zu verhindern, dass vorschnell eine Partei Recht bekam und die andere damit ins Unrecht gesetzt wurde. Beide waren in der Lage, ihre Meinungen zu begründen. Als Supervisor hatte ich dabei erhebliche Spannungsgefühle zu ertragen, weil ich beide Positionen verstehen konnte.

Die Betreuung und Behandlung forensischer Patienten erzeugt nicht nur innerhalb einzelner Teams Konflikte. Konflikte zwischen Stationen und innerhalb der Klinik-Hierarchie müssen verarbeitet werden.

Szene 2: Nach einem Zwischenfall bei einer Lockerung wurden die Lockerungen für alle Patienten zunächst zurückgenommen: Keiner durfte vorerst die Klinik verlassen. Gleichzeitig wurden neue Anordnungen getroffen, die zusätzliche Hürden für Patienten auf dem Weg in die Freiheit darstellen. Das Team klagte, es gab erheblichen Zorn auf Kollegen der anderen Station, die „nicht aufgepasst hätten“, aber auch auf die Leitung, die „überreagiere“. Hoffnungslosigkeit und Identifizierung mit den Patienten grassierten, aber auch die Frage, wie man mit seiner fachlichen Qualifikation hier noch arbeiten könne. Obwohl das Team Krisen befürchtete, blieben die Patienten oberflächlich „brav“ und kooperativ.

Darunter machte sich auch dort Perspektivlosigkeit breit. Die Patienten fragten die Mitarbeiter, ob es Sinn mache, sich irgendwie zu engagieren, ob es noch Hoffnung gäbe. Die Verzweiflung des Teams schlug auch auf mich als Supervisor über. Immer wieder treffen die Auswirkungen der Verhaltensprobleme einzelner Patienten das Gesamtsystem. Sowohl die Mitpatienten – in allen Kliniken – als auch die MitarbeiterInnen werden in „Sippenhaft“ genommen. In ihrem privaten Umfeld haben Mitarbeiter Rede und Antwort zu stehen, werden sie kritisch angefragt und in Mithaftung genommen für Vorfälle, – selbst wenn sie weit entfernt geschahen. „Sag mal, Du arbeitest doch auch mit solchen...!“ oder „Habt Ihr wieder mal nicht aufgepasst?“ sind Reaktionen, die Fachkräfte nach Vorfällen den Kontakt zu Freunden und Nachbarn vermeiden lassen. Jeder Rückschlag wird gewertet, Erfolge zählen nicht. Deshalb kommt es zu burn-out und zu inneren Kündigungen.

Eine Reihe qualifizierter Mitarbeiter aus allen Berufsgruppen hat in den Jahren, in denen ich supervidiere, die Kliniken verlassen. Damit gehen der Institution, den Teams und den Patienten wichtige Beziehungen und wichtige Erfahrungen verloren. Die professional community kann nicht an der Akkumulation klinischer Erfahrungen weiterarbeiten.

### Institutionen unter Außendruck – das Hineinregieren in Kliniken

Der öffentliche Druck wirkt nicht nur auf einzelne Beschäftigte und Teams, sondern auch auf Kliniken als Gesamtsystem. Die Ansprüche aus Politik und Verwaltungsleitungen an die Kliniken werden immer höher. Eine Vielzahl professionell

durchgeführter Therapien und erfolgreicher Lockerungen zählen nicht mehr, sobald es einen Zwischenfall gibt. Parallel zu den – oft überzogenen – Erwartungen an die Krankenhäuser setzen Träger Sparmaßnahmen um. Dies führt zu Überbelegungen, Personalabbau, Einsatz von unterqualifizierten Beschäftigten, zum Versuch, Sicherheit durch mehr Technik herzustellen anstatt durch Personal.

Szene 3: Die forensische Klinik in X. ist seit Jahren chronisch überbelegt. In Einzelzimmern leben zwei, in Doppelzimmern drei Patienten. Teilweise wurden Aufenthaltsräume der Patienten und Dienstzimmer des Teams zweckentfremdet für die Unterbringung der Patienten verwandt. Die Betriebsleitung hatte angekündigt, man müsse noch einige Patienten mehr unterbringen, die derzeit in Haft oder sogar in Freiheit sind, weil keine Aufnahmekapazitäten vorhanden sind. Alle Mitglieder des Team wirken erschöpft und resigniert. Weitere Aufnahmen hätten zur Folge, dass sich die Unterbringungsbedingungen noch mehr verschlechtern und die Spannung unter den Patienten auf der Station steigt. Man sieht sich aber hilflos.

Als Supervisor spürte ich spontan Solidarität mit dem Team und den Patienten, Ärger auf die Politik und die Verwaltung. Die professionelle Erfüllung des ohnehin schwierigen Arbeitsauftrages wurde weiter gefährdet. Auf der anderen Seite bedeutet der Kampf einer Betriebsleitung um Aufnahmestopp, dass psychisch gestörte Straftäter unter den noch schlechteren Bedingungen einer Haftanstalt untergebracht werden müssen oder in Freiheit bleiben, was ein erhöhtes Risiko neuer Straftaten mit sich bringt. Ich entwickelte die Haltung, dass Personal und Betriebsleitung zunächst zuständig sind für die Zustände innerhalb ihrer Institution: „Das Boot ist voll!“ gilt hier – anders als in der polemischen Zuspitzung bei der Asylfrage. Die Leitung ist ihrer Klinik und derem inneren Zustand verpflichtet, nicht dem Außen. Dafür sind andere zuständig. Meine Konsequenz war, als Supervisor der Klinikleitung in einem Brief meine Auffassung darzulegen und meine Unterstützung im Konflikt mit den Aufsichtsbehörden anzubieten.

Szene 4: Für die größte forensische Klinik in Deutschland werden Entlastungsklinikneubauten in verschiedenen Regionen von NRW geplant und gegen den erheblichen Widerstand der örtlichen Bevölkerung auch gebaut. Alle Beteiligten haben sich dies oft gewünscht. Mit der Eröffnung der ersten Klinik wird deutlich, dass Patienten dorthin verlegt werden müssen, was vor dem Hintergrund von Lebensgeschichten voller Trennungen traumatisch sein kann. Dies führt zu Ängsten unter den Patienten. Aber auch erfahrene Mitarbeiter müssen ihren Arbeitsplatz wechseln, oft wird von ihnen der Umzug erwartet. Auch hier müssen alte Bindungen gelöst werden. Dabei wissen alle Beteiligten lange nicht, wer in die neuen Kliniken wechseln soll. Und da die neuen Kliniken nacheinander fertig gestellt werden, steht scheinbar eine entsprechend lange Periode fortgesetzter Ängste ins Haus. Ich hatte als Supervisor in öffentlichen Debatten stets den Bau weiterer Kliniken gefordert. Diese Konsequenzen hatte ich nicht in den Blick genommen. Auch hier musste ich mir kritische Fragen gefallen lassen, was an Nebenwirkun-

gen eintritt und vom Supervisor verantwortlich mitgetragen werden muss.

Diese Vignetten zeigen das Spannungsfeld zwischen Positionierung auf der einen und Spannungstoleranz auf der anderen Seite. Ein „Richtig-Falsch-Paradigma“ sorgt für eine momentane Entspannung beim Supervisor, ist aber oft eine Sackgasse. Der Versuch, die Ambiguität durch Parteinahme zu lösen, ist oft vor-schnell, wie ich aufzuzeigen versuchte. Statt des „Entweder-Oder“ geht es oft um ein „Sowohl-als-auch“. Es geht um die Würdigung unterschiedlicher, oft gegensätzlicher Standpunkte, Positionen und die daraus resultierenden Blickwinkel, Perspektiven. Diese Perspektiven können einander ergänzen und auf das verweisen, was ich nicht sehe. Das ist zum einen potenziell kränkend, weil ich anerkennen muss, dass es neben meiner Sichtweise noch andere gibt, die auch ihre Gültigkeit haben. Zum anderen bleibt (nicht: entsteht) damit eine Spannung, die nicht zu umgehen ist, sondern ertragen werden muss. Standpunkte und Perspektiven sind nicht zufällig, beliebig austauschbar. Es gibt ja einen Grund für alle Beteiligten, gerade diese Position zu beziehen. Lösungsversuche, sich aus dieser Ambivalenzspannung zu ziehen, indem man einen Richtig-Falsch-Konflikt konstruiert bzw. den Konflikt über die Loyalitätsfrage zu lösen versucht, scheitern oft. SupervisorInnen müssen sorgfältig prüfen, ob sie die entstandene Spannung benennen, aber nicht auflösen, sondern sie ertragen. Das macht Supervisanden oft unzufrieden, sie stellen Erwartungen zur Positionierung an den Supervisor, machen ihm Vorwürfe. Der Supervisor habe leicht reden, er gehe nach der Sitzung heim. Die Mitarbeiter – auch die Leitung – sind aber dieser Spannung weiter ausgesetzt, – oft zeitextendi-ert. Ich gebe den Mitarbeitern an dieser Stelle Recht: Ja, ich habe es leicht, etwas vorzuschlagen.

### Wer hat Schuld?

Szene 5: Zu Beginn des Spätdienstes hat eine Mitarbeiterin den Patienten in sein Zimmer schicken wollen, während der noch im Gemeinschaftsraum die Fernseh-sendung zu Ende sehen wollte. Es sei zu einem Wortgefecht gekommen, der Patient habe mit einer vollen Mineralwasserflasche (aus PET) der Mitarbeiterin kräftig auf den Oberarm geschlagen. Das Team ist schockiert. Es gibt Fragen nach der Schuld, die Suche nach Verantwortlichen, Wut auf den Patienten. Weil es um eine Krankenschwester ging, sei der Patient nicht einmal verlegt worden. Angriffe auf Therapeuten führten immer zur sofortigen Verlegung. Die Suche nach Schuld entlastet das Team kurzfristig, führt aber kaum zum Verstehen dessen, was geschah. Gerade in der Forensik ist die „Sündenbock-Suche“ eine häufig benutzte Form der Abwehr – gegenüber Patienten wie Mitarbeitern. Hier gilt es zunächst, Ruhe zur Reflexion herzustellen und bei Angriffen zunächst alle Beteiligten in Schutz zu nehmen.

Dies gilt ähnlich auch für die folgenden geschilderten Fälle von erotisch-sexuellen „Verwicklungen“ zwischen Mitarbeitern und Patienten. Während meiner langjährigen Supervision im MRV habe ich eine Reihe solcher Fälle supervisorisch begleitet. Diese Einzelfälle haben sich höchst unterschiedlich entwickelt. Die Flucht des sog. Heidemörders Thomas H. mit Hilfe seiner Ergotherapeutin ist sicher der spektakulärste Fall der vergangenen 15 Jahre. Ich will hier nur stichwortartig Fälle aufzählen, die ich direkt miterlebt habe:

Szene 6: Eine Ärztin in einer forensischen Abteilung verbringt unangemessen viel Zeit mit einem Patienten, oft so, dass das Team sich ausgeschlossen fühlt. Gegen die Meinung des Teams begleitet sie den Patienten in eine entfernte Stadt. Dort wird sie vom Patienten niedergeschlagen und verletzt. Einer Krankenschwester in einer anderen forensischen Klinik wird von ihren Kollegen vorgehalten, sie habe zu große Nähe zu einem Patienten. Sie streitet das – auch innerhalb der Supervision – vehement ab. Das Klima erinnert an Verhöre, die Mitarbeiterin entzieht sich der Auseinandersetzung. Sie wird später bei heimlichen Treffen mit diesem Patienten außerhalb des Klinikgeländes gesehen, bestreitet dies aber weiterhin. Dann „verschwindet“ plötzlich ein Schlüssel der Station. Die Mitarbeiterin wird zunächst versetzt und später gekündigt, nachdem sie von der neuen Station aus die verheimlichte Beziehung weiterhin aufrechterhält. Ein Psychologe in einer dritten Klinik nimmt genitale „Untersuchungen“ an einigen seiner Patienten vor. Sie müssen mit heruntergelassenen Hosen ihre Delikte schildern. Diese Methoden werden weder dokumentiert noch mit Kollegen besprochen.

Weitere ähnliche Vorfälle wurden mir – obwohl ich weder direkt danach gefragt noch indirekt Interesse bekundet hatte – von Patienten und Supervisanden berichtet. Gerade weil hier die Versuchung besonders stark ist, als Supervisor mitzugreifen – haben doch Kollegen u. U. gegen ihre Berufspflichten verstoßen –, versuche ich zunächst gründlich und vorsichtig zu besprechen, worum es geht. Wenn irgend möglich, sollten auch die angeschuldigten Kolleginnen anwesend sein. Ethisch wichtig ist hier, dass die sexuellen Handlungen aufhören. Die oft geforderte Ausstoßung des „Täters“ stoppt nicht die Dynamik, sondern sorgt für den „Export“ des Problems in eine andere Institution.

Szene 7: Ein Team streitet darüber, dass einer der Pfleger gegenüber einem intelligenzgeminderten Patienten, der wegen sexuellen Missbrauchs an Kindern untergebracht ist, sehr zynisch und abwertend ist. Der Patient habe sich beim Stationsleiter beklagt, dass ihm der Pfleger während der Nachtwache Versandhauskataloge weggenommen hat. Auch hier ist Sorgfalt am Platz, wenn es abzuwägen gilt, ob sich vorhandene Frustrationen an den schwächsten Patienten abladen, die den Mitarbeitern deutlich vor Augen führen, dass die professionellen Kommunikationsmöglichkeiten durchaus begrenzt sind, und der Problematik, wie sich pädophile Wünsche über Kataloge darstellen.

## Ethische Schlussfolgerungen

Weil es in der Forensik verschiedene ethische Perspektiven gibt, geraten auch die SupervisorInnen in diesem Feld oft unter erheblichen Druck. Der verständliche Wunsch, aus dieser Spannung zu kommen, führt zu Versuchen, sich auf eine Seite zu schlagen. Die ethische Verortung des Supervisors liegt aber aus meiner Sicht weder beim Team noch den Patienten noch der Leitung, auch nicht der Öffentlichkeit. Ziel supervisorischen Handelns sollte die Unterstützung des Supervisanden bei der Erfüllung des beruflichen Auftrags sein. Die supervisorische Ethik muss beim Arbeitsauftrag der Einrichtung liegen (Schreyögg, S. 38).

Dies ist nicht immer gleichzusetzen mit dem institutionellen Auftrag, wenngleich Interessen von Trägern und Leitungen nicht vernachlässigt werden dürfen. So arbeiteten die Kliniken des MRV lange Zeit als reine Verwahreinrichtungen. Gerichte entschieden dann, dass Patienten zu entlassen waren, weil ihre Unterbringungszeit nicht im Verhältnis stand zur Schwere der Anlasstat; – im Ergebnis wurden dann Patienten ohne Entlassungsvorbereitungen in Freiheit gesetzt mit oft katastrophalen Konsequenzen. In verschiedenen Gutachten machten Experten (Rasch, 1985 / Springorum u. a., 1996) darauf aufmerksam, dass damit Konsequenzen verbunden waren, die mit dem Auftrag der Einrichtung nicht kompatibel waren.

Schreyöggs Anmerkung, dass die Beurteilung der Qualität professionellen Handelns ausschließlich nach seinen Effekten einseitig ist, kann in Zeiten verkürzter Qualitäts- und Effizienz-Debatten gar nicht oft genug wiederholt werden. „Wir würden dann nämlich ein Praxisverständnis transportieren, bei dem alle professionellen Interaktionen selbst instrumentalisiert sind.“ (Schreyögg 1992, S. 58)

Wenn der juristische Auftrag des MRV lautet, die dort unfreiwillig untergebrachten Patienten durch Behandlung zu bessern und die Gesellschaft bis dahin vor ihnen zu sichern, ergeben sich daraus Konsequenzen für die Arbeit der Einrichtungen und ihrer Mitarbeiter. Supervision fragt in diesem Zusammenhang danach, wie die Beschäftigten bei der Umsetzung dieser Aufgabe unterstützt werden können, aber auch, wo und wie Straftäter als Rechtssubjekte davon berührt sind. Die oben geschilderten Szenen machen deutlich, wie konflikthaft diese Aufträge für alle Beteiligten sind. Supervision kann hier prüfen, welche Lösungsversuche welche Folgen haben würden. Damit wird klar, dass es keine Ideallösungen gibt, keine „reine Weste“ für den Supervisor. Im forensischen Spannungsfeld bleiben immer Interessen von Parteien unzureichend berücksichtigt.

Allerdings bleibt das supervisorische Unterfangen nicht völlig hilflos: Bereits die Entschleunigung (Peter Heintzel) als Teil einer Strategie, die Beschäftigten aus einem medial erzeugten Zeitdruck zu nehmen und Reflexion über die Implikationen wie die Folgen des eigenen Handelns so erst zu ermöglichen, ist ein wichtiger Beitrag. Supervision hat hierbei den Nachteil und den Vorteil des exzentrischen

Blickes. Sie sieht die Konflikte reflektierend, ihr fehlt aber die Macht, einzugreifen. Aber Supervision kann und soll mit Mitarbeitern, hierarchischen Ebenen, mit der Betriebsleitung, der Aufsichtsbehörde und der Öffentlichkeit kommunizieren – ,wenn es dem Arbeitsauftrag der Einrichtung dient.

Supervisorische Ethik verlangt

- a) nach Reflexion (der Übernahme von Berufsrollen, Übernahme unterschiedlicher Perspektiven und deren Abwägen, Gewinnung innerer Freiheit bei Anerkennung äußerer Realitäten und Zwänge). Dabei gilt die Aufmerksamkeit des Supervisors vor allem dem Widerstehen des Zeitdrucks. Reflexion braucht Zeit; wer die nicht geben will, verhindert Nachdenken.
- b) nach Aushandeln von Konflikten im dialogischen Prinzip, das die Supervisanden mit ihren Auffassungen und Gefühlen ernst nimmt – auch dann, wenn Supervisor und Supervisanden unterschiedliche Ansichten auf ein Problem haben.
- c) nach Entlastung der Supervisanden durch Benennen und Beschreiben von Realitäten in Gesellschaft, bei Medien, bei Trägern und Patienten; dabei ist aus ethischer Sicht wichtig, auf verdeckende Begrifflichkeiten zu achten;
- d) nach gleichzeitiger Förderung der Spannungstoleranz – d. h. auch die Fähigkeit zu formulieren, dass es diese Spannung gibt und zwischen welchen Polen; Ziel ist erhöhte Fähigkeit, sich in gesunder Weise von Erwartungen ihres Umfeldes abzugrenzen, ohne sich auszugrenzen;
- e) nach Erarbeiten pragmatischer realistischer Handlungsalternativen;
- f) nach Förderung der Kommunikation im Team und in der Institution, besonders bei Konflikten. Hierbei müssen abgespaltene Teile wieder dem Diskurs zugeführt, unsichtbare – weil verschwiegene – Positionen deutlich gemacht werden;
- g) danach, Fähigkeiten im Team zu entwickeln, ein Rollenvorbild für die Patienten zu sein. Dies betrifft auch den Mut, (institutions-)öffentlich seine Meinung zu äußern;
- h) auch danach, dass sich der Supervisor an bestimmten Stellen positioniert, z. B. anregt, einen Vertreter der Betriebsleitung in die Supervision zu holen, selbst schriftlich Stellung zu beziehen und Stellungnahmen einzufordern.

Dort, wo auf Dauer unhaltbare Zustände durch Supervision kaschiert werden sollen, kann Supervision an ihre ethischen Grenzen stoßen. Durch die Weiterführung des Auftrages gerade in diesem Arbeitsfeld können gravierende Mängel verdeckt werden.

### Literatur

- Foerster, H. von (2001): Ethik und Kybernetik zweiter Ordnung. In: Foerster, H. von: Short Cuts. Frankfurt a. M.
- Goffman, E. (1972): Asyle. Frankfurt a. M.

- Koller, M. (2005): Weggeschlossen für immer? In: Osterheider Forensik 2004 – Aufbruch oder Stillstand. Dortmund.
- Münning, B. (2004): Die Werteproblematik als Herausforderung. In: DGSv aktuell 2/2004.
- Pühl, H. (Hg.) (1994): Handbuch der Supervision 2. Berlin.
- Pühl, H. (1996): Supervision in Institutionen. Frankfurt a. M.
- Rasch, W. (1986): Forensische Psychiatrie. Stuttgart/Berlin/Köln/Mainz.
- Schneider, J. (2001): Gut und Böse – Falsch und Richtig. Zu Ethik und Moral der sozialen Berufe. Frankfurt a. M.
- Schreyögg, A. (1992): Supervision – ein integratives Modell. Paderborn.
- Springorum-Springorum, H. (1996): Expertenkommission, Sexualstraftäter im Maßregelvollzug. In: Monatsschrift für Kriminologie und Strafrechtsreform. 79. Jg., Heft 3.
- Stiels-Glenn, M. (1999): Gesellschaftliche Ausgrenzung – Rückfallfaktor für Sexualstraftäter? In: Forensische Psychiatrie und Psychotherapie (Werkstattsschriften), 6. Jg. 1999. Heft 1.
- Stiels-Glenn, M. (2004): Krank oder kriminell? Über den Umgang mit dem Dilemma des „Entweder-Oder“ in der forensischen Psychotherapie. In: 18. Eickelborner Fachtagung Krank und/oder Kriminell, hg. von Osterheider. Dortmund.
- Wengelski-Strock, S. (2004): Forum Supervision – Politik-Ethik. In: DGSv aktuell 4/2004.

Anschrift des Verfassers: Michael Stiels-Glenn Kunibertstraße, 37 45657 Recklinghausen.

## Wenn die Seele auswandert Belastung, emotionale Entleerung und Gewalt in der professionellen Pflege alter Menschen

**Zusammenfassung:** Im vorliegenden Artikel wird Gewalt in der Pflege als Zusammenspiel von Institution und Person diskutiert, d. h. die vorwiegend strukturalistischen Ansätze zur Gewalt werden in Beziehungen gesetzt zur einer psychoanalytischen Theorie der Psychodynamik von Schamabwehr, Ressentiment und Gewalt. Als besonderes Gefühl für die Gewalteskalationen in Pflegeeinrichtungen wird das Schamgefühl angesprochen, welches in der Einstellung liegt „ich bin betrogen worden“, „ich bin ein Narr“, „mit mir kann man es ja machen“. Um gewalttätig zu werden, kommt es zu einem Bruch der Loyalität durch das Gefühl, dass einem entsetzliches Unrecht geschehen ist. Diese Verletzung des Gerechtigkeitsgefühls ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass das Gewissen die Gewalt erlaubt, zur Herstellung der Ehre sogar befiehlt. Institutionell und kulturell entwickeln die klinischen Einrichtungen in dem Maße ein gewaltförderndes Potenzial, wie sie seelenblind werden und sich in einen fortschrittlichen, grandiosen, potenten, meist auf der Ebene der Wissenschaft und des Managements angesiedelten Teil und einen depressiven, hoffnungslosen, verlassenen Teil spalten.

In den Theorien zur Gewalt in der professionellen Pflege überwiegen bisher strukturelle Ansätze. Mehrheitlich werden die Institutionsmatrix des Altenheims und der gesellschaftliche oder kulturelle Kontext als Verursacher von Gewalt analysiert. Über die Gewalt in der institutionellen Pflege wird gesagt, dass sie dinglich geworden ist, das Gewaltverhältnis stelle sich als ein Sachzwang und Ausdruck einer instrumentellen Rationalität dar. Das Auftreten von Gewalt in klinischen Institutionen wird zweitens auf ihre gesellschaftliche Containerfunktion zurückgeführt. Das alte, behinderte Leben soll ausgesondert und aufgefangen werden, entweder um es daran zu hindern, die Gesellschaft zu (zer-)stören und um zu garantieren, dass die Gesellschaftsmitglieder frei von der Last für Kranke, Behinderte und Alte ihrem modernen und nützlichen Leben nachgehen können. Die Gewalt in den entsprechenden Institutionen steht insofern in einem Zusammenhang mit erstens dem Nutzenkalkül der Institutionen und zweitens mit der Angst, die von den Trägern der Krankheit, Alter und Andersartigkeit ausgeht. In vormodernen Zeiten galt die Angst vor der Krankheit und dem Alter eigentlich der Fantasie über das Böse, das sich in der Krankheit und dem Alter verbirgt. Diese strukturelle Gewaltdynamik haben vor allem Klaus Dörner, Jacques Attali und Michel Foucault beschrieben.

## Gewalt und die institutionelle Umwandlung von Menschen in Sachen

Über den Arzt sagt Michel Foucault (1982), dass er die Krankheit durch den Patienten hindurch sehe. Der Kranke erscheine lediglich als das Portrait seiner Krankheit, und die Aufmerksamkeit des Arztes sei auf die Zeichen der Krankheit gerichtet. Der technologische Blick des Arztes wird auch bei Dörner (1994) als Basis für ein spezielles und modernes Gewaltverhältnis gesehen. Die Gewalt sei nicht mehr expressiv, sondern dinglich geworden. Diesem instrumentellen Gewaltverhältnis eigen ist, dass die Aggression überhaupt nicht mehr gefühlt wird. Klaus Dörner spricht in diesem Zusammenhang von einer institutionellen Umwandlung von Menschen in Sachen. Ihnen würde nicht Würde, sondern wie Sachen Wert zugemessen. Dörner argumentiert, dass die utilitaristische Sichtweise, Menschen nicht nach dem Kriterium der Würde, sondern nach ihrem Wert zu messen und zu beurteilen, eine besondere Konstruktion hervorgebracht hat: den Minderwertigen. Die Konstruktion der Minderwertigkeit als quasi objektive Bewertung definiert, dass auch der Minderwertige selbst, der Alte, der Behinderte, der Sieche oder chronisch Kranke unter seiner Existenz vor allem leide. Diese Zuschreibung, so Dörner, bringt wiederum eine besondere Form gewalttätigen Mitleids hervor. Man müsse die Unglücklichen von ihrem Leiden erlösen. Dörner hat seine Theorie der Gewalt aus Mitleid vor dem Hintergrund der öffentlichen Diskussion um die Sterbehilfe, um Patientenverfügungen und lebensverlängernde Maßnahmen entwickelt. Diesem Gewaltansatz hat Wolfgang Schmidbauer (1993) einen weiteren Aspekt hinzugefügt, der ebenfalls das professionelle Handeln betrifft. Im Spannungsfeld zwischen Heilung und Hoffnungslosigkeit würden – vermittelt über die Hierarchie – die Professionellen die hoffnungslosen Patienten an nicht-professionelle Gruppen abgeben, weil sie die Kränkung der Hoffnungslosigkeit nicht ertragen würden. Aus dem Dilemma der Helferproblematik entwickle sich so Hass auf die alten, sterbenden und kranken Patienten. Anstatt an einem grandiosen Prozess des Heilens teilhaben zu dürfen – auf diese narzisstische Zufuhr ist nach Schmidbauer der Helfer angewiesen – würden insbesondere schlecht ausgebildete Helfer für die depressiven Seiten des Behandlungsprozesses zuständig gemacht. Chronische Krankheit, Verwirrtheit und Sterben sei in den modernen Krankenhäusern zumeist allein Angelegenheit der semiprofessionellen und bescheidenen Berufsgruppen. Insbesondere das falsche Versprechen des Medizinbetriebes, wundervolle Heilungen vollbringen zu können, mache die Arbeit mit Sterbenden, Hochaltrigen und Verwirrten für die Helfer unerträglich und führe zur Desintegration dieser Seite des Lebens.

Erstaunlicherweise sind diese gewaltrechtfertigenden Sichtweisen auch bei den potenziell Betroffenen, den Hochaltrigen selbst vorhanden. Wie sehr diese Idee der Erlösung, die Desintegration von Behinderung und Pflegebedürftigkeit im Alltagsbewusstsein vorhanden ist, möchte ich anhand zweier Beispiele aus einem lau-

fenden Projekt schildern. Im Rahmen dieses Projektes haben wir pflegende Angehörige gebeten, uns ihre „Pfleugeschichte“ aufzuschreiben.

(1) Frau A.: „September 2000. – Zu diesem Zeitpunkt hatte ich meine Mutter, die an der Alzheimer-Krankheit litt, schon 9 3/4 Jahre bei uns zu Hause gepflegt. In dieser Zeit, die oft sehr schwer für mich war, hatte ich immer zu meiner Familie, Freunden, wie auch zu Bekannten gesagt: ‚Eine Sonde, ganz gleich in welcher Form, kommt für mich, ich denke auch im Sinne meiner Mutter, nicht in Frage‘. Dieses unwürdige Leben wollte ich durch eine Sonde nicht noch verlängern.

Doch dann kam alles anders.

Das Verabreichen von Essen und Trinken, welches über lange Zeit super funktionierte, klappte plötzlich nicht mehr. Meine Mutter bekam das Schlucken nicht mehr geregelt. Bei jedem Bissen und jedem Tropfen Flüssigkeit riss ich sie aus ihrer Lage hoch und hatte sie somit jeden Tag zehn bis zwölf mal mit einem Erstickenanfall im Arm liegen. Das machte ich nun schon vierzehn Tage mit. Ich war am Ende meiner Kräfte und für meine Mutter war es die gleiche Tortur.

So einen Anfall sah dann unser Hausarzt. Er war entsetzt. Fazit: ‚Ihre Mutter muss sofort eine Magensonde bekommen, dies ertragen sie nicht länger‘. Ich war geschockt, weil ich mir vorstellte, dass dieses Leben mit Sonde vielleicht noch über weitere Jahre gehen könnte. Schließlich wünschte ich meiner Mutter schon lange Erlösung.“

Frau A. entscheidet sich für die Sondenernährung, weil, wie sie es sagt, ihr Gewissen geschlagen habe, und macht gute Erfahrungen: „Es klappte von Anfang an gut. Die Sonde war nie verstopft, wir hatten keine Probleme. – Ich wusste nicht, wie mir geschah! Schließlich hatte ich schon 9 3/4 Jahre keine einzige ruhige Mahlzeit zu mir genommen, da war ja meine Mutter.

– Aber dann! Oft musste ich mir anhören: Warum hast du ihr die Sonde noch setzen lassen, soll sie noch zehn Jahre leben? Oft habe ich über solche Äußerungen geweint. Aber diese Sätze kamen auch nur von Leuten, die noch keinen lieben Menschen gepflegt hatten. Ich war sicher, richtig gehandelt zu haben. Meine Mutter hat mit der Sonde noch drei Monate gelebt. ...“

(2) Frau D: „Auf diesen Anblick war ich nicht vorbereitet: Mutter liegt im halb ausgezogenen Schlafanzug mit dem Oberkörper auf den kalten Badezimmerfliesen, mit den Beinen im Flur. Unter ihr eine große Urinpflüze. Bewusstlos, kühl und unbeweglich. Als erstes habe ich den Notarzt angerufen, dann meinen Mann. Wir haben versucht, sie auf die Seite zu drehen, eine Decke unter den Kopf und den Körper zu legen. Es ging nur mit dem Kopf, der Körper war vollkommen steif (...). Mit dem Eintreffen des Arztes und der Sanitäter musste ich mich zurückziehen, es war in der Tür und dem Flur, wo sie lag, einfach nicht genügend Platz. Ich sagte noch, dass meine Mutter keine lebensverlängernden Maßnahmen wünschte. ... Aus der ganzen Situation und nach den stattfindenden Untersuchungen erklärte der Arzt den Verdacht auf Schlaganfall. Und dies war der Moment, wo in meinem Kopf ein Karussell anfang sich, zu drehen: Schlaganfall (überlebt sie?), Pflege, Behinderung, Heim?, Zuhause?. Ich brach zusammen. Meine Mutter, die sich nie bei etwas helfen lassen wollte, jedenfalls nicht wenn es nicht absolut zu vermeiden war. Meine Mutter, die jetzt schon ab und zu depressiv war, sich selber für nutzlos und überflüssig hielt, die nur unter Leute ging, wenn sie auch topfit war. Die sollte jetzt ein Pflegefall werden? (...) Wie oft hatten wir zu Hause mit den Eltern alles durchgesprochen: Wenn wir alt sind, ihr uns bewusstlos findet, geht raus und kommt später wieder – so hatten sie gesagt–, aber wer kann das schon?“

Scham und das daraus resultierende Gefühl der Wertlosigkeit stehen am Anfang solcher Selbstzuschreibungen und Verpflichtungen der Kinder auf Aggressivität aus Mitleid. „Keine lebensverlängernden Maßnahmen“, „lasst uns liegen“, „dann will ich nicht mehr leben“ sind Belastungen in der häuslichen Pflege, über die nicht nur wenig gesprochen wird. Vielmehr reagieren pflegende Kinder und andere Angehörige in einer solchen Situation ethisch verunsichert. Identifikation und Regression erschweren eine nötige Distanzierung von solchen Botschaften.

Wie sehr in der Versachlichung gewaltfördernde Potenziale liegen, soll an einem weiteren Beispiel aufgezeigt werden. Eine Mitarbeiterin einer Pflegekasse Bielefeld reflektiert in ihrer Abschlussarbeit im Rahmen einer Weiterbildung des Thema der „nicht sicher gestellten Pflegen“ einen Fall von Vernachlässigung und Gewalt im Zusammenhang mit einer psychisch kranken alten Patienten, Frau O. (vgl. Dolle, 2004). Von 60 Anträgen auf Pflegegeld seien es zwei, in denen der MDK von einer nicht sicher gestellten Pflege ausgeht, also von Gewalt und Vernachlässigung. Der Fall von Frau O. ist für eine Theorie der Gewalt gegen alte Menschen deshalb so interessant, weil es sich keineswegs um eine völlig vereinsamte alte Frau handelt, die abgeschieden von der Welt lebt. Im Gegenteil: Pflegedienste, Ärzte, der medizinische Dienst – alle besuchen Frau O. regelmäßig, jeder macht seinen Job und ändert nichts an der Spirale von Vernachlässigung, die zum Schluss bedrohliche Ausmaße annimmt. Die Professionellen verhalten sich „sehenblind“, die Angehörigen aktiv vernachlässigend.

Der Fall beginnt im Jahr 2000 mit der ersten Begutachtung und endet im Jahr 2004 – vorläufig. Frau O. leidet unter Depressionen mit wahnhafter Verarbeitung. Sie ist verwitwet, lebt allein in ihrer Wohnung, hat einen Sohn, der 30 km weit entfernt lebt und von seiner Tochter bei der Pflege unterstützt wird. Sohn und Enkeltochter pflegen genau in dem Umfang, wie ihnen Pflegegeld zuteil wird – nicht mehr. Bereits in der ersten Begutachtung wird festgestellt, dass Frau O. einen ungepflegten Eindruck macht. Weil sie im Alltag kaum hilfebedürftig erscheint, wird aufgrund der Module der Pflegeversicherung ein geringer Bedarf festgestellt. Frau O. erhält die Pflegestufe eins. Eine zweite Begutachtung ein Jahr später kommt zu einem ähnlichen Ergebnis. Wieder wird der verwahrloste Eindruck erwähnt, eine Kombination aus Geld und Sachleistungen wird empfohlen, ebenso wie die Hinzuziehung eines Psychiaters. Es bleibt bei Pflegestufe eins. Der bereits einbezogene Pflegedienst führt bei Frau O. ausschließlich Behandlungspflege durch, d. h. täglichen Verbandswchsel. Frau Os. psychische Erkrankung wird durch Weitschweifigkeit und besondere Wut auf ihre Nachbarn deutlich, von denen sie sich verfolgt und bedroht fühlt.

Als Frau O. dem MD berichtet, sie sei im Alltag selbstständig, wird die Pflegestufe eins aberkannt. Daraufhin stellt die Familie die bis dahin unzureichende Fürsorge ganz ein, sie widerspricht aber der Entscheidung der Pflegekasse auf Aberkennung der Pflegestufe.

Ein halbes Jahr später findet eine erneute Prüfung, diesmal durch einen Krankenpfleger des MD, statt, weil die Nachbarn sich beschwert hatten. Der prüfende Pfleger findet Frau O. verwehrlos vor und stellt eine vollständige Harn- und Stuhlinkontinenz fest. Überall in der Wohnung fänden sich Kots Spuren. Der Flur rieche nach Exkrementen. Frau O. ernähre sich von verdorbenem Essen, schliefe auf einer Bank in der Küche, sei desorientiert und habe 18 kg abgenommen etc. etc. Die Sachbearbeiterin des MDK beginnt nun, den Fall zu recherchieren. Sie führt Gespräche mit Frau O., ihren Angehörigen, den Pflegediensten, der Hausärztin etc. Ergebnis: Allen Professionellen ist das Risiko bekannt, die Pflege der Familie zu übertragen, aber jeder hat nur seinen Job gemacht. Der Pflegedienst, der täglich kam, hatte das Problem, dass Frau O. zur Toilette musste, wenn nur der Verband gewechselt werden sollte. Grundpflege macht aber die Familie. Die Hausärztin wusste um das Risiko, der Familie die Pflege zu übertragen. Ein Konflikt darüber mit dem Sohn hatte aber dazu geführt, dass die Familie die Zusammenarbeit mit ihr aufkündigte. Die Pflegedienste wurden oft gewechselt. Der MD dokumentierte die Verwehrlosung, entwickelte aber keine Handlungsstrategie.

Die Antwort auf diese Sprachlosigkeit gegenüber dem Leiden ist weitere Spaltung, d. h. Seelenblindheit. Es gelingt uns, sachlich eine Verwehrlosung zu beschreiben, wie im Fall von Frau O., ohne sich einzufühlen und dann das Entsprechende zu tun. Oder wir fühlen die Verwehrlosung ein, bekommen aber Angst vor den Konflikten mit den Ökonomen in den Institutionen, die uns sagen, dass, wenn Verbände gewechselt werden sollen, wir nicht grundpflegerische Toilettengänge und Windelwechsel durchzuführen hätten, denn das zahlt niemand. Es kommt in der Folge zu Diskurationsprozessen, d. h. zur institutionellen Anomie.

### **Der Zusammenhang von Entehrung, Scham und Gewalt**

Neben den beschriebenen, für ein modernes Verhältnis zur Krankheit wichtigen Ansätzen, möchte ich noch einen weiteren Aspekt aus den klassischen Theorien zur Gewalt erwähnen, der mir wesentlich erscheint. Ein gewaltfördernder Aspekt in der Theorie von Erving Goffman bezieht sich zum Beispiel auf die Beschreibung von Gewalt, die in der Entehrung der Bewohner und Patienten liegt. Ausgeübt wird diese Entehrung in alltäglichen kleinen Zeichen der Verunreinigung, der Zerstörung sogenannter Identitätsausrüstungen und der sozialen Distanzlosigkeit. Der Körper wird veröffentlicht. Dies weist dem Bewohner einen abhängigen Status zu:

„Ausflug. Auf dem Weg zum Café muss Frau S. pinkeln. Der Kleinbus wird in einem Feldweg zwischen Obstbaumfeldern angehalten. Frau S. wird von zwei MitarbeiterInnen direkt am Straßenrand abgehalten, vor den Augen aller Mitfahrerinnen und zweier Männer – dem Busfahrer und einem Bewohner – und den vor-

beifahrenden Autofahrern. Frau B. kommentiert: Jetzt sieht man den ganzen Popo. Kein Baum, obwohl reichlich vorhanden, bietet wenigstens minimalen Sichtschutz. (Koch-Straube 1997, S. 212)

Herr W. wird den Flur entlanggeführt. Der gefüllte Inkontinenzbeutel, der ganz mit Urin gefüllt ist, hängt über der Hose heraus (Koch-Straube 1997, 215) etc.

Dies sind zwei Beispiele von vielen aus der lesenswerten Dissertation von Ursula Koch-Straube (1997) zum Thema: fremde Welt Pflegeheim. Bedeutend ist die distanzlose Veröffentlichung der Körperlichkeit. Die Folge ist, dass vor allem Bewohner und Patienten von Langzeiteinrichtungen ihrerseits ihre Identität verändern, sie nehmen eine, wie Goffman es sagt, Anstaltsidentität an. Sie packen ihre vollen Windeln auf ihren Nachttisch und schlafen weiter. Sie geben sich nicht mehr die tiefe Mühe, Stuhl und Urin zu halten. Sie veröffentlichen ihre Körperlichkeit, kurz, sie werden schamlos und dies wiederum wird von den Pflegenden als große Belastung erlebt. Eine Spirale aus unangenehmer Nähe, Entehrung und Scham wird auf diese Weise in Gang gesetzt.

### **Belastung, emotionale Entleerung und Gewalt**

Neben diesen klassischen Gewalttheorien, die insbesondere die institutionelle Gewaltdynamik beschreiben, haben sich in den letzten Jahren Einsichten zur Gewaltdynamik in Institutionen entwickelt, die aus der Stress- und Belastungsforschung entstanden sind. Gewalt in den pflegerischen Institutionen scheint nicht mehr mit dem Machttypus der totalen Institution oder dem Machttypus der pädagogisierenden Expertokratie zusammenzuhängen, wie klassische Gewalttheorien dies nachgewiesen haben. Das gewaltfördernde Potenzial im Pflegeheim hängt heute vermehrt mit Belastungen des Pflegepersonals zusammen, welche die Professionellen organisationsökonomisch zwingen, durch die Patienten und Bewohner hindurchzusehen. Nicht mehr die Kränkung oder die Angst vor dem alten und sterbenden Leben, sondern die Ökonomie bestimmt gegenwärtig den Blick der Pflegenden und verändert ihre Rolle. Einige Aspekte möchte ich hier anhand der Schilderungen von zwei Praktikern herausgreifen, die ihre Erfahrungen in einem kürzlich erschienenen Buch zum Thema „Brennpunkt Pflege“ (vgl. Henke/ Piechotta, 2004) berichtet haben. Aggression und Gewalt hängen nach diesen Schilderungen eng zusammen mit Stress und Überarbeitung und sich aus diesen Belastungen entwickelten Denkweisen und Überzeugungen.

„Auch das Thema Dienstzeiten ist ein Belastungsfaktor. Viele Heime arbeiten noch mit geteilten Diensten, da hat man vom ganzen Tag nichts. Auch mit den Wochenenden ist es so, dass ich mehr als einmal drei bis vier Wochenenden hintereinander arbeiten musste. Ebenso meine Kollegen. Unsere Familien sind davon natürlich nicht begeistert. Überstunden und Mehrarbeitsstunden sind an der Tages-

ordnung. Belastend ist auch, wenn man im Frei immer damit rechnen muss, zur Arbeit geholt zu werden, weil wieder jemand ausgefallen ist. Ebenso habe ich erlebt, dass Mitarbeiter aus dem Urlaub geholt werden. Wie lange jemand das mitmacht, kann man sich denken.“ (Zimpel, S. 4)

Überarbeitung entsteht jedoch nicht nur durch die unberechenbaren Dienstzeiten, die eine Reproduktion der Arbeitskraft erschweren, sondern auch durch Stress am Arbeitsplatz, der in der Arbeit selbst begründet ist und den Viviane Zimpel in psychischen und physischen Druck und Zeitdruck unterteilt.

„Der physische Druck ist einfach der, dass Pflege eine körperlich schwere Arbeit ist. Selbst wenn es Hilfsmittel wie zum Beispiel Lifter, Badehilfen, Fortbildungen für diverse Hebetchniken gibt, sieht die Praxis so aus, dass viele Mitarbeiter im Umgang damit unsicher sind, es an Zeit mangelt, sich eine zweite Pflegekraft zu holen, der Weg zum Hilfsmittel zu lang ist (...) Meist höre ich solche Aussagen wie, „bis ich mir den Lifter hole oder den Bewohner kienästhetisch lagere, vergeht zuviel Zeit, anders geht es schneller“. Die weiten Wege, die wir zurücklegen (die Altenheime sind oft noch in alten Gebäuden mit ewig langen Gängen und sehr verschachtelt), gehen mit der Zeit auf die Beine. Kaum eine Pflegefachkraft hat keine Schwierigkeiten mit dem Rücken oder den Beinen“. (Zimpel, S. 2)

Die Logik der Pflege heißt „schnell pflegen“, die „schriftlichen Arbeiten zu Hause erledigen“, also nichts „Überflüssiges tun“, „fertig werden“. „Der Zeitdruck begleitet wahrscheinlich jede Pflegekraft. Es wird von uns ein hohes Maß an Pflegequalität gefordert mit möglichst geringem Aufwand an Personal und finanziellen Mitteln, die Qualität soll systematisch gesichert werden. Das heißt zum Beispiel Pflegeplanungen, Standards, Pflegevisite, Qualitätszirkel, Fortbildungen und so fort. Nur wer bezahlt das alles und wo nehmen wir die Zeit her und qualifiziertes Personal?“ (Zimpel, S. 2)

Insbesondere der letzte Satz zeigt die neue Anforderungsvielfalt, die in den neuen manageriellen Kulturen der Pflegeheime liegt und in der Altenpflege mittlerweile typisch geworden ist. Neben den Veränderungen der Bewohner wie Hochaltrigkeit, Multimorbidität und Demenz, die der Altenpflege schon seit Beginn der 90er-Jahre als Bewohnerstrukturwandel angekündigt worden sind (vgl. Naegele, 1993), sind es vor allem die Methoden des Qualitätsmanagements wie die Einführung von Pflegestandards, Pflegeplanung, Pflegevisite, Qualitätszirkel und Weiterbildungen, die das Pflegeheim verändert haben. Meine These ist nun, dass diese Modernisierungsstrategien nicht zu mehr Qualität geführt haben, sondern zu einer institutionellen Anomie, die ich für eine strukturelle Gefahr nicht nur der Qualitätserbringung im Heim halte, sondern auch für einen Vorboten von gewalttätigen Übergriffen.

„Wenn ich morgens mit der Arbeit beginne, muss ich mir schon überlegen, was ich heute weglassen, welchen Bewohner ich heute besonders gut versorge und wo ich heute etwas schneller arbeiten werde. Wenn auch der Bewohner Anspruch auf

eine bestimmte Zeit hat, die ich ihn pflege, muss ich doch täglich aufs Neue mit der Zeit jonglieren, um allen Ansprüchen einigermaßen gerecht zu werden, für die vorgeschriebene Zeit an Pflegeaufwand reicht es meistens nicht. Der Mensch ist nicht jeden Tag gleich. Einmal geht es eben etwas schneller und manchmal braucht der Bewohner mehr Zeit. Und oft stehe ich dann leider etwas ungeduldig neben dem Bewohner und übernehme dann auch Tätigkeiten, die er selbst machen könnte, weil die Zeit knapp ist. Das Ergebnis ist dann, dass ich unzufrieden bin und der Bewohner ist unzufrieden. Dem Bewohner wurde ein Stückchen mehr von seiner Selbständigkeit genommen, seine Fähigkeiten, die er noch hat, nicht genutzt und ich bin nicht genug auf ihn als individuelle Person eingegangen.“ (Zimpel, S. 2)

Der Anomiekonflikt, den Viviane Zimpel hier beschreibt, liegt in der enormen Spannung zwischen den offiziellen professionellen (kulturellen) Zielen der Institution begründet, wie sie zum einen im Pflegeversicherungsgesetz vorgeschrieben sind und ebenso in den Leitbildern der Einrichtungen und Pflegeverständnissen der Kranken- und AltenpflegerInnen und dem Organisationszwang, den eine technische und rationale Organisation mit sich bringt. Viviane Zimpel sagt hier deutlich, dass sie die Bewohner um ihre berechnete Pflegezeit betrügt, um rechtzeitig fertig zu werden und ihren zusätzlichen Anforderungen nachzukommen, die nicht bewohnerbezogen, sondern organisationsbezogen sind.

„Besonders schlecht geht es mir, wenn ich jemandem das Essen eingeben soll, der stark altersdement ist und seine Zeit braucht und ich daneben sitze und denke, ‚bitte mach den Mund auf und iss, ich muss weiter.‘ Das ist frustrierend!!! Für psychosoziale Betreuung, Gespräche, die Mut machen und uns letztlich die Pflege einiger Bewohner erleichtern würden, ist keine Zeit (...) Die obengenannten Gründe führen dann wieder dazu, dass wir hohe Ausfallzeiten haben, Fluktuationen und somit die Kollegen, die dann einspringen müssen, auf kurz oder lang auch krank werden. Es ist ein ständiger Kreislauf von Krankheit, Dienste abdecken und wieder Krankheit.“ (Zimpel, S. 3)

Nach dieser Schilderung steht am Anfang das Schuldgefühl gegenüber einem dementen Bewohner, der Fürsorge und Zuwendung braucht und statt dessen abgefüttert wird, weil die Pflegekraft „weiter muss“. Viviane Zimpel beschreibt, wie aufgrund dieser Rollenwahrnehmung, die darin besteht, den Bewohner unter Druck zu setzen, anstatt sich um ihn zu kümmern, die Pflege frustrierend wird. Sie macht diese Gefühle, Schuld, Enttäuschung, verantwortlich für Ausfallzeiten, Fluktuationen und Berufsflucht. „In dem letzten Heim, in dem ich gearbeitet habe, hatten wir Ausfallzeiten bis zu 26 % in einem Jahr, auf einer Station. In den ersten sechs Monaten eines Jahres bis zu 3000 Stunden Krankheitsausfälle. In ca. 18 Monaten (auf der Station, auf der ich selbst nur sechs Monate gearbeitet habe) 23 Mitarbeiter, die gekommen und wieder gegangen sind.“ (Zimpel, S. 4)

Ähnliches schreibt auch Marco Stölk zur Unterbesetzung und zum Personal-mangel: „Das Pflegeheim, in dem ich arbeitete, war chronisch unterbesetzt. Ich

kenne die genauen Zahlen und Personalschlüssel nicht, doch kam es durchaus vor, dass Frühdienste nur mit einer oder 1 1/2 Kräften (Schwester und Zivi) besetzt waren. Manchmal kam es sogar vor, dass Stationen völlig unbesetzt waren und von dem Personal einer anderen Station mit betreut wurden. Der typische Frühdienst begann damit, dass das gesamte Personal morgens zusammensaß und beriet, wer auf welcher Station eingesetzt werden sollte. Danach wurden dann für die fehlenden Dienste entsprechend Extrawachen bestellt. Die Stellen, die in der Zwischenzeit unbesetzt waren, wurden vom restlichen Personal übernommen, bis Ersatz eintraf. Man kann sich leicht vorstellen, wie verwirrend dieser ständige Personalwechsel für die Bewohner war.“ (Stölk, S. 2)

Marco Stölk beschreibt im Weiteren, wie sich aufgrund der Unterbesetzung Destruktivität und Aggression zuerst als Phänomen von Aphasie und struktureller Reizbarkeit in der Einrichtung ausbreitete. „Auch wer noch nicht in der Pflege gearbeitet hat, kann sich leicht vorstellen, zu welchen Zuständen dies führte. Versuchen Sie mal, zu zweit 20 Bewohner innerhalb von zwei Stunden frühstücksfertig zu machen. Rein rechnerisch bleiben da pro Bewohner gerade mal sechs Minuten zu Aufstehen, Waschen, Anziehen usw. Für soziale Kontakte, die über ein kurzes ‚Hallo, wie geht es Ihnen heute?‘ hinausgehen, bleibt da einfach keine Zeit. Diese Situation führte dazu, dass Bewohner manchmal bereits am Ende des Nachtdienstes, also gegen 5.00 Uhr morgens, gewaschen wurden. Duschen oder gar Baden war allerhöchstens alle zwei Wochen drin. Natürlich war diese Situation nicht nur für die Bewohner, sondern auch für das Personal eine Zumutung. Stress, burn-out und Überarbeitung waren an der Tagesordnung.“ (Stölk, S. 2)

Das Verblüffende an diesen und ähnlichen Schilderungen zu Belastungen in der Pflege ist, dass trotz aller Selbstverpflichtungen zur Qualität in der Pflege, trotz regelmäßigen Überprüfungen und trotz Zertifizierungen und weiterer qualitätssichernden Maßnahmen das gewaltfördernde Potenzial in der Pflege eher zugenommen hat. Die von den Trägern und wohlfahrtsverbandlichen Eliten gewünschte Modernisierung der Heime (vgl. die Debatte um Heimkonzepte der Zukunft 1994), welche Individualisierung und Modernisierungsprozesse vorangetrieben hat, hat ganz offensichtlich die Krise der Heime verändert, aber nicht abgewendet. Pflegeheime sind heute keine Anstalten mehr, aber Institutionen, in denen man verloren gehen kann. Macht und Kontrolle als Problem sind abgelöst worden von einem extremen Zeitmangel, der dazu führt, dass Bewohner, die sich nicht selbst ein Anwalt sein können, schlicht übersehen werden. Wie an der Schilderung der beiden Praktiker deutlich wird, reagieren die Pflegenden auf die Situation in den Heimen mit Schuldgefühlen, das heißt gewissenhaft – und dies ist eine der wesentlichsten Gründe, warum Heime noch nicht kollabiert sind. Bevor ich zum Dilemma von Gewissen und Ressentiment komme, möchte ich die Situation in den Altenheimen als eine anomische beschreiben und damit Folien und Deutungsmuster für Gewalt in Heimen anbieten.

## Institutionelle Anomie

Die Theorie der Anomie geht auf die Soziologen Emile Durkheim und Robert Merton zurück und beschäftigt die Soziologie heute vor allem in Zusammenhang mit der Frage nach der Entstehung von verschiedenen Formen personeller Gewalt. Bei Durkheim bedeutet Anomie einen Zustand der Regellosigkeit, ein Fehlen oder Versagen von sozialen Regelungsmechanismen. Anomie ist nach Durkheim typisch für soziale Krisenzustände. Die Anomietheorie gründet auf Vorstellungen, dass Menschen zur Befriedigung ihrer Bedürfnisse gewisse stabile Ordnungen brauchen. Kultureller und sozialer Wandel sind insofern nicht nur ein Zuwachs von Chancen, sondern werden in der Perspektive der Anomietheorie auch kritisch betrachtet. Insofern ist die Anomietheorie anschlussfähig an die Institutionstheorie von Arnold Gehlen, der von Institutionen als Instinktprothese gesprochen hat, die im Dienste der Angstbindung stünden. Auch Gehlen ist davon ausgegangen, dass Menschen stabile Strukturen brauchen, die er in Institutionen verwirklicht sah. Zerschlagen Institutionen, so Gehlen, entstünde Angst (vgl. Gehlen 1964 nach Bauer/Gröning, 1995).

Der Anomieansatz begründet sich, weil er gesellschaftliche Veränderung eben nicht nur naiv fortschrittsgläubig, sondern auch kritisch riskant beschreibt. Dies hat insbesondere der Begründer der Anomietheorie Emile Durkheim in seinem Klassiker zum Suizid beobachtet und beschrieben. In Zeiten rasanter Umbrüche entstehen in der Gesellschaft so viele Spannungen, dass Ängste, die ansonsten durch stabile Institutionen gebunden werden, frei werden und zur Zerstörung und Selbsterstörung führen: Stichworte sind „kulturelle Apathie“, „Entgrenzung“, „Entfremdung“, „psychische Verwirrung“, „Marginalität“ in Institutionen und Gesellschaft. Verbunden mit institutionsanalytischen und bindungstheoretischen Erkenntnissen ließe sich die Hypothese aufstellen, dass quasi kompensatorisch zu äußerem Wandel im Inneren einer Institution „gute Bindungen“ aufgebaut und gehalten werden müssen, wenn eine Institution Reformprozesse ohne Kohäsionsverlust überstehen will. Dies ist Verantwortung der Leitung. Je stärker Leitungen sich aber nur noch als Manager verstehen und sich ausschließlich „für schwarze Zahlen“ interessieren, desto stärker wird sich in der Institution Angst entwickeln, ebenso wie Gefühle des Verraten-worden-seins, die Ressentiments begründen

## Seelenblindheit und Ressentiment

Der Psychoanalytiker Leon Wurmser hat sich in verschiedenen wissenschaftlichen Arbeiten mit den Pathologien des Gewissens befasst (vgl. Wurmser, 1993 a/b). Arbeiten zur Psychodynamik der Scham und des Hasses bzw. zur destruktiven Ag-

gression werden auf der psychoanalytischen Folie der Traumatisierung und der Abwehr schwerer Traumatisierungserfahrungen beschrieben. Mit Wurmser lassen sich gewalttätiges Verhalten, beabsichtigte Entehrungen, Vernachlässigung, emotionale Verhärtung und Gefühlskälte im professionellen wie im privaten Kontext verstehen und einschätzen. Im Mittelpunkt von Wurmser's Hinweisen zu Hass und Gewalt steht die alte auf Scheeler zurückgehende Beschreibung des Ressentiments. Scheeler beschreibt das Ressentiment als „seelische Selbstvergiftung“, deren Ursache in der Verleugnung von Neid und Rache verbunden mit der Verleugnung von Ohnmacht und Hilflosigkeit liegt. Zusammen mit einer gefühlskalten Haltung, die Wurmser „Seelenblindheit“ nennt, gelingt ihm ein theoretischer Entwurf zur Beschreibung der Psychodynamik der Gewalt. Diese wichtigen psychologischen Verstehenszugänge zur Gewalt ergänzen nicht nur die strukturalistischen soziologischen Theorien, sie zeigen auch das Ineinanderwirken von strukturellen Bedingungen und psychischer Verbietung eben dieser Bedingungen auf. Dabei wesentlich ist die Bedeutung, die in Wurmser's Theorie das Gewissen als reflexive, leitende, aber auch beschützende innere Instanz einnimmt und insbesondere durch die Fähigkeit zum Schuldgefühl vor Gewalttätigkeit schützt. Weiterhin müssen Schamgefühle und ihr Zusammenhang mit Selbstverachtung und Kränkung für eine Theorie der Psychodynamik von Gewalt systematisch berücksichtigt werden.

Wurmser (1993) macht in diesem Zusammenhang weiterhin auf die große Bedeutung des verletzten Gerechtigkeitsgefühls für die Entstehung von Ressentiments und Seelenblindheit aufmerksam. Das Ressentiment versteht er als eine Art Kurzschluss im Gewissen – zwischen Narzissmus und Über-Ich. Während üblicherweise das Gewissen den Narzissmus begrenzt, führt das Gefühl, dass man verurteilt worden ist, dass einem Unrecht geschehen sei, dazu, dass das Gewissen zum Träger des Narzissmus würde. Wenn das Gewissen aber zum Träger der Aggression wird, dann gibt es keine moralische Instanz innerhalb der Person, die kritisch-selbstreflexiv das eigene Handeln begleitet.

### Literatur

- Bauer, A./Gröning, K. (Hg.) (1995): Institutionsgeschichten, Institutionsanalysen. Tübingen.
- Dörner, K. (1994): Über die institutionelle Umwandlung von Menschen in Sachen. In: Frankfurter Rundschau Dokumentation, 11. Okt. 1994.
- Dolle, G. (2004): Nicht sicher gestellte Pflegen. Abschlussarbeit der Gerontopsychiatrischen Familienberatung. Arbeiterwohlfahrt OWL, Bielefeld.
- Foucault, M. (1991): Die Geburt der Klinik. Frankfurt a. M.
- Goffman, E. (1973): Asyl. Frankfurt a. M.
- Goffman, E. (1982): Interaktionsrituale. Frankfurt a. M.

- Gröning, K. (1998): Pflege in Zeiten der Konsumphilosophie. In: Dr. med. Mabuse. Frankfurt a. M. Jg. 23. Heft 109. S. 29 ff.
- Gröning, K./Kunstmann, A. C./Rensing, E./Röwekamp, B. (Hg.) (2004): Pflegegeschichten. Pflegende Angehörige erzählen. Frankfurt a. M.
- Gröning, K. (2004): Institutionelle Anomie. Ein modernes Phänomen im Pflegeheim. In: Brennpunkt Pflege, hg. von Henke, H/Piechotta, G. Frankfurt a. M. S. 187-206.
- Koch-Straube, U. (1997): Fremde Welt Pflegeheim. Bern.
- Stölk, M. (2004): Meine Erfahrungen als Zivildienstleistender in der Altenpflege. In: Brennpunkt Pflege, hg. von Henke, H/Piechotta, G. Frankfurt a. M. S. 181-186.
- Wurmser, L. (1993a): Die Maske der Scham. Heidelberg.
- Wurmser, L. (1993b): Die Flucht vor dem Gewissen. Heidelberg.
- Zimpel, V. (2004): Belastende Situationen in der Altenpflege. In: Brennpunkt Pflege, hg. von Henke, H/Piechotta, G. Frankfurt a. M. S. 173-180.

Anschrift der Verfasserin: Prof. Dr. Katharina Gröning, Freiligrathstr. 10, 44791 Bochum.

## Institutionelle Abwehrprozesse in Organisationen

Zusammenfassung: In diesem Artikel geht es um Abwehrprozesse in Organisationen mit dem Schwerpunkt Abwehr der Institution, die von der Abwehr der Rollenträger abgegrenzt wird. Diese institutionelle Abwehr wird danach unterschieden, ob sie aus Veränderungsprozessen der Organisation hervorgegangen ist und als solche präpsychotische Qualität aufweist, oder als Teil der Organisationskultur zu deren Charakter gehört.

### Organisation, Institution und Rolle

#### Die Organisation

Die Begriffe „Organisation“ und „Institution“ werden häufig synonym gebraucht (Bauer/Gröning 1995, S. 33), inzwischen hat sich jedoch durchgesetzt, dass unter „Organisation“ ein strukturelles, bewusst geplantes, sozial und zweckrational aufgebautes System verstanden wird, das die Durchführung der Arbeit regelt und in einem Organigramm und Stellenbeschreibungen Ausdruck finden kann. In diesem Sinne definiert die Organisation u. a. das Leitbild, die Definition der Arbeitsaufgabe und der Rollenfunktionen, das Konzept und die Leitungs- und Rollenstruktur.

#### Die Institution

Der Begriff „Institution“ hat sich historisch in Anlehnung an die Geschichte der Soziologie vielfach gewandelt, worauf Bauer/Gröning (1995, S. 17) hingewiesen haben. Heute wird Institution als die „unbewusste Seite der Organisation“ (Bilitza 1991, S. 185) oder als das „institutionelle Unbewusste“ (Bauer/Gröning 1995, S. 60) bezeichnet, das sich zu einem von Menschen gebildeten interdependenten Ordnungssystem und Geflecht zusammenfügt, das über eine normative Verhaltensstruktur wie Regeln, Normen und Erwartungen zum Ausdruck kommt (ebenda, S. 17). Kernberg (1988) betont den Einfluss der Organisation und betrachtet die Institution als Gesamtsystem, das verschiedene Subsysteme dynamisch und hierarchisch integriert und von der Organisation dynamisch und hierarchisch beeinflusst wird (S. 271). Schülein (1987) hat eine umfassende Theorie der Institutionen verfasst. Er beschreibt den Institutionalisierungsprozess, den er als erstarrte Bewegungen begreift, die sich auf der Basis von zwischenmenschlichen Interaktionen zu Markierungen verdichten (S. 124 ff.). Solche Markierungen wiederho-

len sich aufgrund Sinn spendender äußerer Notwendigkeiten – das ist in Organisationen letztlich die Arbeitsaufgabe, die der Institution ihre Existenzberechtigung verschafft. Durch diese, sich auf dem Hintergrund einer Arbeitsaufgabe gebildeten, Markierungen entstehen Festlegungen, die zu einer Entwicklung von der Beziehung zum Abstrakten führen. Damit beginnt die Institutionalisierung.

Neben diesem Institutionalisierungsprozess hebt Schülein (1987) Faktoren hervor, wie Abhängigkeit von der Umwelt und das Alter der Institution, um nur die wichtigsten zu nennen, die erheblichen Einfluss auf die Struktur der Institution haben. Er weist zum Beispiel darauf hin, dass eine hohe Abhängigkeit von der Umwelt eine rigide und zwanghafte Struktur zur Folge hat, weil der Druck größer ist als bei einer weniger abhängigen Institution. Jüngere Institutionen sind weniger verfestigt, weisen daher mehr Bewegung auf, sind also wesentlich beziehungsbezogener, aber aufgrund dessen eher vom Verfall bedroht als eine ältere Institution. Mit diesen strukturellen Unterschieden betont Schülein, dass Institutionen eine Entwicklungsgeschichte haben, die vergleichbar mit der Entwicklungsgeschichte von Individuen, in eine Identität dieser speziellen Institution einmündet.

#### Die Rolle

Die Rolle wird dort angesiedelt, wo sich die Persönlichkeitsstruktur von Rollenträgern mit der Organisation und Institution verbindet. Sie ist das „Bindeglied zwischen Individuum und Organisation“ sowie „Schnittpunkt von persönlich-biografischen Anteilen des Rolleninhabers (...) und den Organisationsvorgaben“ (Eck in Fatzer 1993, S. 209). Die Rollenfunktion wird von der Organisation bestimmt und die Gestaltung des Rollenhandelns bringt die Persönlichkeitsstruktur des Rollenträgers bzw. der Rollenträgerin zum Ausdruck.

Richter (1969) hat eine Rollentheorie der unbewussten Prozesse für die Eltern-Kind-Beziehung verfasst und damit die unbewusste Seite der Rolle beschrieben. Er definiert als kindliche Rolle „das strukturierte Gesamt der unbewussten elterlichen Erwartungsfantasien“ (S. 73 f.), mit denen dem Kind von den Eltern eine bestimmte Funktion zugewiesen wird. Dabei handelt es sich um eine Funktion, die nicht dem Kind, sondern den Eltern zugute kommt, indem sie ihnen zur Entlastung einer eigenen Konfliktspannung verhilft.

Mit Richters Rollentheorie kann aus meiner Sicht auch die unbewusste Seite der Rolle in Organisationen beschrieben werden. Ersetzt man die unbewussten Erwartungen der Eltern durch die der Institutionen, kann daraus die Schlussfolgerung gezogen werden, dass auch die Rollenträger in Organisationen von der Institution dahingehend beeinflusst werden, dass sie diese in ihrer Stabilität unterstützen.

## Institutionelle Abwehrprozesse in Organisationen und die Funktion der Organisation

### Das Abwehrkonzept der Psychoanalyse

Abwehrmechanismen werden in der frühkindlichen Entwicklung in den aufeinander aufbauenden Reifestadien gebildet. Sie sind psychische Hilfs-Konstruktionen zur Bewältigung anstehender Konflikte, die aufgrund einer noch unzureichenden Ich-Entwicklung nicht anders gelöst werden können. Sie halten entweder die mit Konflikten verbundenen Affekte und Vorstellungen vom Bewusstsein fern oder spalten diese innerhalb der Ich-Struktur ab. Damit tragen sie dazu bei, die Spannungs- und Konflikttoleranz eines eingeschränkten Ichs zu reduzieren. Neben dieser Funktion, das Ich zu entlasten, sind Abwehrmechanismen immer mit einer bestimmten Befriedigung infantiler Bedürfnisse verbunden.

Weil die Bildung der Abwehrmechanismen bei Individuen unmittelbar abhängig ist von der Reife der Ich-Struktur, stehen Reife der Abwehr und das Entwicklungsniveau des Ichs in Relation zueinander: je unreifer und schutzbedürftiger das Ich ist, umso unreifer ist die Abwehr und umgekehrt. Schlimmstenfalls schützen die Abwehrmechanismen das Ich vor Dekompensation, die einem Zusammenbruch der gesamten Ich-Struktur gleichkäme, demgegenüber sind die reifen Abwehrformen, indem sie Entwicklung und Reifung blockieren, „nur“ für Einschränkung und Stagnation verantwortlich. Die in der frühen Kindheit entwickelten Abwehrmechanismen werden im späteren Erwachsenenalter fester Bestandteil der Charakterstruktur bzw. bilden Symptombildungen, die Form und Dynamik beibehalten, aber an andere Inhalte gebunden werden. So gesehen tauchen sie auch in den unterschiedlichen Kommunikationsfeldern des beruflichen Handelns auf.

Neben den intrapsychischen Abwehrmechanismen gibt es die zwischenmenschlichen Formen, die in Partnerschaften und Gruppen zu beobachten sind und die Richter (1969) „psychosoziale Abwehr“ und Mentzos (1977) „interaktionale Abwehr“ genannt hat. Dabei handelt es sich um Abwehrprozesse, die nach außen in Beziehungen verlegt sind und die – im Unterschied zu der intrapsychischen Abwehr – von den realen Verhaltensweisen der Beteiligten aufrechterhalten werden. Eine solche Abwehrstruktur, die von zwei oder mehreren Personen gebildet wird, hat die gleiche Funktion wie die oben beschriebenen intrapsychischen Abwehrmechanismen. Sie entlastet die Ich-Strukturen der daran Beteiligten, dies allerdings nur solange, wie sie für alle Abwehrpartner befriedigend und notwendig ist. Scheitert die Abwehr bei einem der Partner, bricht das Abwehrsystem für beide bzw. alle zusammen.

## Rollengebundene Abwehr – die Abwehr von Rollenträgern

Abwehrprozesse in Organisationen werden meist Bezug nehmend auf Mentzos (1977) als „institutionalisierte Abwehr“ (Mentzos 1977, S. 89) bezeichnet, d. h. sie wird als Abwehr von Rollenträgern definiert, die die Institution nutzen, um Ängste und andere Affekte abzuwehren. Am bekanntesten ist die immer wieder zitierte Studie von Mentzies (1960), die untersucht hat, wie sich das Pflegepersonal in einem Lehrkrankenhaus mit den im Krankenhaus geltenden institutionellen Normen identifiziert hat und damit Ängste im Zusammenhang mit Leiden und Sterben abwehren konnte. Bilitza (1991) zeigt am Beispiel einer Suchtklinik auf, wie sich neue Mitglieder einer Organisation in das bestehende Abwehrsystem integrieren. Er unterscheidet dabei zwischen reifer und unreifer Abwehr und führt dies folgendermaßen aus: Handelt es sich um relativ reife Persönlichkeiten, integrieren sich diese auf einem neurotischen Niveau, indem sie sich untereinander identifizieren und gemeinsam Träger des Ich-Ideal – des Leitbildes – der Organisation werden. Diese gemeinsame Abwehrleistung ist gekennzeichnet durch die Herausbildung integrierter Objekte und Konflikte, die in Form neurotischer Symptombildungen deutlich werden. Demgegenüber werden neue MitarbeiterInnen, die auf weniger reifem – präödiptalem – Strukturniveau funktionieren, wenn sie sich in eine bestehende Institution integrieren, Teil dieser Institution, indem sie einen institutionellen Ich-Anteil in ihr Ich einbinden (Bilitza 1991, S. 34 ff.). Ich habe diese Abwehrmechanismen von Rollenträgern als „rollengebundene Abwehr“ (Schallehn-Melchert 1999, S. 59 ff.) bezeichnet, um zu verdeutlichen, dass es sich um eine Abwehr handelt, die in Verbindung mit der Rollenfunktion funktioniert. Damit wird die Organisation zu Abwehrzwecken benutzt.

### Institutionelle Abwehr – die Abwehr der Institution

Wenn wir davon ausgehen, dass die Institution eine eigene Identität hat, die sich aus der spezifischen Geschichte dieser Organisation und Institution entwickelt hat, ist es folgerichtig, auch eine eigene spezifische Abwehrgeschichte für diese Institution anzunehmen. Ich habe den Begriff „institutionelle Abwehr“ (Schallehn-Melchert 1998, S. 64) vorgeschlagen, um diese von der institutionalisierten – rollengebundenen – Abwehr der Rollenträger zu unterscheiden, denn die institutionelle Abwehr zeigt sich zwar, über die Rollenträger, ist aber nicht identisch mit dieser. In Gegenüberstellung zur rollengebundenen Abwehr dient die Abwehrleistung der Institution der Stabilisierung der Rollenträger. Bei der Abwehr der Rollenträger ist es umgekehrt.

Erdheim (1982) hat die Institution als das „gesellschaftliche Unbewusste“ bezeichnet, das auffängt, was die Stabilität der Kultur einer Gesellschaft bedroht.

Bauer/Gröning übersetzten den Begriff in „institutionelles Unbewusstes“ und führen weiter aus, dass ein institutionelles Unbewusstes, das alles aufammelt, was die Stabilität der Kultur bedroht – in erster Linie sind das libidinöse und aggressive Strebungen – auch das aufnimmt, was diese Institution gegen ihren Willen verändern könnte (Bauer/Gröning 1995, S. 60 f.). Aus meiner Sicht ist das dann der Ort, wo sich institutionelle Abwehr bildet.

Eine Organisation, die in einen Veränderungsprozess gezwungen wird, befindet sich, weil Auflösung und Zerstörung drohen, in einer potenziell regressiven Situation. Die Abwehr weist daher präpsychotische Qualitäten auf. Anzeichen einer regressiven Institution sind: zerfallende Teams, Zunahme der informellen Prozesse und der informellen Bündnisstrukturen, Rituale lösen sich auf und die Institution wird von Emotionen überschwemmt. Die entsprechenden wichtigsten präpsychotischen Abwehrmechanismen, die von den betroffenen Rollenträgern entwickelt werden, sind Spaltungen und projektive Identifikationen. Diese Abwehrformen sorgen dann dafür, dass die Institution nicht zerfällt, sondern sich auf einem niedrigeren Niveau stabilisieren kann. Gelingt die Stabilisierung der Institution in einer solchen Krisensituationen, nicht zuletzt durch die Steuerungsfähigkeit der Leitung, der als „Ich“ einer Organisation in einer solchen Krisensituation besondere Bedeutung zukommt, passiert die Organisation eine nicht ungefährliche „Stromschnelle“, die Regression ist aber vorübergehend und mündet in einen reifen Entwicklungsprozess auf neuem Niveau ein.

Neben dieser präpsychotischen Abwehrlage, die in Veränderungssituationen entsteht, kennen wir eine Abwehr, die Teil der Organisationskultur ist. Diese ist im Sinne von Bilitza (1991) eine neurotische Abwehr, die auf der Identifikation der Mitarbeiter aufbaut, und die unter anderem über die Entwicklung von Leitbildern und Cooperate-Identity-Prozessen zum Ausdruck kommt. Sie wird in ihrer Qualität von der Aufgabe und der Struktur der Organisation beeinflusst und getragen, wie bei Schülein (1987) ausgeführt wurde.

Ich habe nachfolgend einige Organisationen aufgelistet und die jeweilige Aufgabe der Abwehr und dem Abgewehrten gegenübergestellt:

Organisation	Aufgabe	Stabilisierung	Abwehr
Gefängnis	Verwahrung	Kontrolle	Kontakt
Behörden	Bürokratische Abläufe	Strukturen	Beziehungen, Gefühle, Affekte
Therapeutische Einrichtungen	Emotionale Prozesse von Menschen	Beziehungen, Gefühle	Strukturen
Kirche	Seelsorge	Ideologie	Professionalität

Wie über Kontakt die institutionelle Abwehr – Kontrolle – ins Wanken gerät, habe ich an einem meiner Fallbeispiel (s. u) aufzuzeigen versucht.

Die wichtigsten institutionellen Abwehrmechanismen, welche die Organisationskultur stützen, sind Rituale, Routineverhalten, Ideologien, Mythen und Symbole. Sie sind bewusstseinsnah, unbewusst ist meist ihre Bedeutung. So sind Rituale prozesshaft ablaufende Handlungssequenzen, über deren Funktionalität nicht nachgedacht wird (Bauer/Gröning 1995, S. 66). Sie sind Orte der Bindung heftigster Gefühlen, die damit unter Kontrolle gebracht werden (Weidmann 1990). Ohne Routinehandeln wäre die tägliche Arbeit in einer Organisation nicht zu leisten. Es dient der Entlastung von der Komplexität der sozialen und psychischen Realität (Gärtner 1983/84). Ideologien bedienen sich der Überich-Bildung der Rollenträger und tragen u. a. zum Zusammenhalt der Institution über eine gemeinsame Idee bei. Mythen sind fester Bestandteil jeder Institution. Sie entstehen im Verlauf der Entwicklungsgeschichte einer Organisation und dienen der Angstabwehr der Rollenträger (Pühl in Bauer/Gröning 1995, S. 70 ff.) und der Stabilisierung des narzisstischen Gleichgewichts einer Institution.

Eine dritte Form der Abwehr, die uns in unserer Praxis als SupervisorInnen eher selten begegnet, ist die, welche auf dem Hintergrund einer verdrängten Haltung oder eines ungelösten Konfliktes entsteht. Diese Abwehr bleibt solange unbemerkt, bis ein Organisationsmitglied etwas unbewusst inszeniert, das die Abwehrreaktionen der Institution zum Ausdruck bringt und damit etwas Abgewehrtes zu Tage fördert. Lapassade (1972) hat in den 70er-Jahren sogenannte Analytiker benutzt, um damit die Institution zum Reagieren zu bringen und ihre Abwehr unter politischen Gesichtspunkten analysieren zu können. Philip Roth (2002) hat in seinem Buch „Der menschliche Makel“ einen solchen Vorgang literarisch verarbeitet und aufgezeigt, wie die unterschwellige rassistische Haltung einer Universität ans Tageslicht kommt.

### Die Organisation als Bezug zur Realität

Wie schon oben erwähnt, definiert die Organisation u. a. die Aufgabe und die Funktionen der Rollenträger. Damit liefert sie den Bewertungsfaktor dafür, ob die Abwehr sinnvoll oder nicht sinnvoll ist. Ich habe am Beispiel eines Pflegeteams auf einer Intensivstation aufgezeigt, wie Fühlen und Handeln von der jeweiligen Arbeitsanforderung abhängig sind. (Schallehn-Melchert, 1999) In diesem Beispiel ging es darum, zu zeigen, wie Gefühle zu Gunsten schnellen Funktionierens abgewehrt werden müssen, wenn es darum geht, Leben zu retten. Diese „professionelle Abwehr“ erhält ihre Bewertung über die zu erfüllende Arbeitsaufgabe. Letztere ist der „soziale Ort“ (Bauer zit. nach Bernfeld 2002, S. 67 f.), der die Funktionalität von Abwehrprozessen bestimmt.

### Zusammenfassung

Die Abwehrprozesse in Organisationen können folgendermaßen zusammengefasst werden:

1. Rollengebundene Abwehr – die institutionalisierte Abwehr der Rollenträger, die sich zusammensetzt aus der subjektiven individuellen Abwehr der Persönlichkeit der Rollenträger und der von der Organisation bestimmten Rollenfunktion. Sie kommt in der Interaktion mit anderen Mitgliedern der Organisation zum Tragen.
2. Die institutionelle Abwehr – die Abwehr der Institution als die Verdichtung der Abwehrgeschichte dieser Institution. Sie zeigt sich in unterschiedlicher Form:
  - Sie ist Teil der Organisationskultur und repräsentiert als solche das Unbewusste der Organisation. Diese Abwehr hat neurotische Qualität.
  - Sie entwickelt sich in Verbindung mit Veränderungsprozessen und funktioniert dann, weil es um Verfallsprozesse geht, auf präpsychotischem Niveau.
  - Sie kann eine Haltung abdecken, die zum Vorschein kommt, wenn die Institution durch ein entsprechendes Ereignis zum Reagieren gebracht wird.
3. Die Organisationsstrukturen stellen den Bezug zur Realität her. Sie sind der „soziale Ort“, der bestimmt, ob es sich um eine „professionelle Abwehr“ handelt oder nicht – ob sie funktional ist oder dysfunktional.

### Zwei Fallbeispiele

#### Die Organisationskultur gerät ins Wanken – Fallbeispiel von einer sozialtherapeutischen Einrichtung im Strafvollzug

In das Team einer sozialtherapeutischen Einrichtung im Strafvollzug wird eine neue Mitarbeiterin aufgenommen, die vorher in der Psychiatrie mit schwer persönlichkeitsgestörten Menschen gearbeitet hat. Daher ist sie gewohnt, mit Patienten in engem Kontakt zu sein. In dieser Einrichtung wird, obwohl man sich als sozialtherapeutisch versteht, auf Distanz zu den Straftätern geachtet. Nach etwa zwei Monaten bringt die neue Mitarbeiterin folgendes Problem in die Supervision ein: Sie hat einem Strafgefangenen ein Spiel geliehen, das ihr gehört und das sie häufig mit ihm im Nachtdienst gespielt hat. Dieser Mann brüstet sich daraufhin damit vor den anderen Gefangenen, was zur Folge hat, dass die Mitarbeiterin von diesen gehänselt wird. Sie attackieren sie mit sexistischen Sprüchen und fragen zum Beispiel süffisant, ob sie auch etwas von ihm geliehen haben könnten. Der Leiter der Einrichtung stellt sich hinter die Mitarbeiterin, indem er die Gefangenen zurechtweist. Er warnt gleichzeitig die Mitarbeiterin, auf mehr Distanz zu den Gefangenen zu achten. Die zuständige Psychologin führt ein vertrauliches Gespräch mit ihr, worauf sie „Besserung“ verspricht.

Vier Wochen später kommt es zu einem neuen Vorfall. Ein Gefangener berührt diese Mitarbeiterin „unabsichtlich“ an der Schulter, als sie mit anderen KollegInnen über den Flur geht. Sie beantwortet diese Berührung mit einem wohlwollenen Lächeln und einem Scherz „Das geht aber nun wirklich zu weit“. Die anderen MitarbeiterInnen wenden sich daraufhin entsetzt ab. Die stellvertretende Leiterin der Einrichtung, die auch noch nicht lange in diesem Team arbeitet, lächelt wohlwollend. Nun wird das Problem zur „Chefsache“ erklärt. Der Einrichtungsleiter wendet sich an die Gefängnisleitung und es kommt zu einem Gespräch, zu dem die stellvertretende Leiterin und die Psychologin hinzugezogen werden. Man erwägt, die Mitarbeiterin umgehend zu entlassen. Die stellvertretende Leiterin, die auf der Seite der Mitarbeiterin steht, und die findet, dass andere KollegInnen zu wenig Kontakt zu den Gefangenen haben und darüber hinaus auch ziemlich unmotiviert sind, verteidigt die neue Mitarbeiterin und kritisiert das Team. Es kommt zur Spaltung im Leitungsteam, was zum Anlass genommen wird, mich als Supervisorin hinzuzuziehen. Letztlich wird entschieden, dass die neue Mitarbeiterin, die sich inzwischen krank gemeldet hat, nach Beendigung der Probezeit nicht übernommen wird. Der Vorfall hat zur Folge – angeregt durch die Supervision –, dass das Thema eine zweitägige Fortbildung zum Thema „Was ist Sozialtherapie?“ erhält. Nur etwa ein Drittel des Teams war von dem Vorschlag begeistert, was sich wiederum auf die Motivation für die Supervision ausgewirkt hat. Diese wurde ein halbes Jahr später beendet.

#### Zerfallsprozesse durch Mangel an Leitung

In einem mittelständischen – von einer Unternehmerin geleiteten – Architekturbüro wird auf der Basis einer Projektstruktur gearbeitet: drei männliche Projektleiter und zwei weibliche Projektleiterinnen sind für wechselnde Teams von zwei bis sechs ArchitektInnen zuständig, die jeweils, abhängig von dem Umfang des Auftrages, zusammengestellt werden. Als die Unternehmerin schwer erkrankt und für ein Jahr ausfällt, ernennt sie einen der männlichen Projektleiter zu ihrem Stellvertreter. Das Team arrangiert sich mehr oder weniger mit der Situation und unterstützt sehr bereitwillig den Leiter auf Zeit. Als die Unternehmerin nach einem Jahr zurückkehrt, stellt dieser Projektleiter die Forderung an sie, nun Mitgesellschafter werden zu wollen, ansonsten müsse er über Kündigung nachdenken. Die Inhaberin, die noch nicht ganz genesen ist und sich davor fürchtet, von diesem Mitarbeiter im Stich gelassen zu werden – er hat wichtige Kontakte zu Auftraggebern und ist daher für eine gute Auftragslage unentbehrlich – gibt seinem Anliegen nach und er wird ihr Partner.

Diese Entscheidung hat weitreichende Folgen für das Team: die anderen Projektleiterinnen und -leiter sind frustriert, weil sie tatkräftig mitgeholfen haben, die-

ses schwierige Jahr zu überbrücken. Sie sind enttäuscht, dass diese Unterstützung in keiner Weise gewürdigt wird und wütend auf die Chefin, die sich von dem Kollegen erpressen lässt. Das Unternehmen gerät in eine tiefe Krise. Das Team zerfällt – einer der Projektleiter kündigt, der andere macht nur noch „Dienst nach Vorschrift“, es kommt zu Beschwerden von Auftraggebern, weil Termine nicht eingehalten werden, und zum Rückgang der Auftragslage. Die Inhaberin hat einen Rückfall in ihre Krankheit und fragt eine Leitungsberatung an. Durch ein Krisenmanagement der gesamten Organisation wird das Unternehmen gerettet, schrumpft aber etwa auf die Hälfte zusammen. Die Partnerschaft wird im gegenseitigen Einvernehmen aufgelöst und die Unternehmerin führt das Unternehmen so, dass sie es mit ihrer chronischen Krankheit vereinbaren kann.

### Literatur

- Bauer, A./Gröning K. (Hg.) (1995): Institutionsgeschichten, Institutionsanalysen. Tübingen.
- Bauer, A. (2002): Psychoanalytische Perspektiven. Festschrift für Wolfgang Schmidbauer zum 60. Geburtstag. Frankfurt a. M./Berlin.
- Bilitza, K. (1991): Zur Psychoanalyse der Abwehr archaischer Ängste und Impulse durch soziale Organisationen. In: Gruppendynamik 27. S. 27-36.
- Eck, C. D. (1993): Rollencoaching als Supervision – Arbeit an und mit Rollen in Organisationen. In: Supervision und Beratung, hg. von Fatzer, G. Köln.
- Erdheim, M. (1982): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Frankfurt a. M.
- Gaertner, A. (1983/84): Beiträge zur Supervision. Unveröffentlichtes Manuskript der GhK.
- Lapassade, G. (1972): Gruppen, Organisationen, Institutionen. Stuttgart.
- Mentzies, I. E. P. (1960): Die Angstabwehrfunktion sozialer Systeme – ein Fallbericht. In: Gruppendynamik 5, 1974. S. 183-216.
- Mentzos, S. (1977): Interpersonale und institutionalisierte Abwehr. Frankfurt a. M.
- Pühl, H. (1995): Der institutionelle Mythos. In: Institutionsgeschichten, Institutionsanalysen, hg. von: Bauer, A./Gröning, K., Tübingen.
- Richter, H.-E. (1969): Eltern, Kind, Neurose. Reinbek bei Hamburg.
- Roth, P. (2002): Der menschliche Makel. Reinbek bei Hamburg.
- Schallehn-Melchert, E. (1998): Rollengebundene Abwehr – das psychoanalytische Abwehrkonzept in der Supervision. In: Form Supervision 12. S. 53-67.
- Schallehn-Melchert, E. (1999): Verlässliche Institutionen und flexible Menschen. In: Forum Supervision 13. S. 99-101.
- Schüle, J. A. (1987): Theorie der Institutionen. Opladen.
- Weidmann, R. (1990): Rituale im Krankenhaus. Wiesbaden.

Anschrift der Verfasserin: Elke Schallehn-Melchert, Mellande 33 a, 22393 Hamburg.

### Micha Hilgers im Gespräch mit Katharina Gröning

#### „Es ist die Macht der Affekte, die Ambivalenz bedroht ...“

Zusammenfassung: In dem folgenden Interview befragt Katharina Gröning den Psychoanalytiker Micha Hilgers zu einigen für die Supervision relevanten Fragestellungen. Dabei geht die Spannbreite von seiner persönlichen Perspektive als Psychoanalytiker auf die sozialen- und gesellschaftspolitischen Probleme der Gegenwart bis zur Verantwortlichkeit von Supervision in schamsensiblen Situationen.

*Katharina Gröning:* Herr Hilgers, Sie sind ein bekannter Psychoanalytiker und Autor, der sich vor allem mit der Übersetzung klassischer psychoanalytischer Fragestellungen in die heutige Zeit befasst hat. So publizierten Sie eine Serie in der Frankfurter Rundschau zum Thema „Freuds Enkel“, in der Sie auf die unterschiedlichsten gegenwärtigen Probleme eingehen und Antworten aus psychoanalytischer Sicht formulieren. Dabei zeigen Sie eine große Offenheit zu den Nachbardisziplinen und nehmen zu Themen Stellung, die nicht nur unmittelbar psychologisch/psychotherapeutisch zu begründen sind (11. September, Umweltfragen). Was leistet eine Psychoanalyse, so wie Sie sie formulieren, an Aufklärung zu den Problemen der Gegenwart? – Was wollen Sie bewirken?

*Micha Hilgers:* Traditionell hatte die Psychoanalyse einen sehr hohen, oft auch überhöhten Anspruch. Sie wollte nicht nur Heilmethode sein, nicht nur Entwicklungstheorie, sondern auch Kulturtheorie. Das hat sicher zu dem gelegentlich überheblichen Betragen vieler meiner KollegInnen in der Vergangenheit beigetragen. Einerseits lief die Psychoanalyse Gefahr, zur nicht falsifizierbaren Weltformel für ihre Anhänger zu werden – und wurde damit zu Recht kritisiert von Wissenschaftstheoretikern wie Karl Raimund Popper. Andererseits ziehen sich gegenwärtig viele Psychoanalytiker quasi ganz hinter ihre Couch zurück, dabei den emanzipatorisch-aufklärerischen Anspruch von Psychoanalyse vernachlässigend. Die Nachbarwissenschaften der Psychoanalyse, besonders Neurowissenschaften, Psychiatrie, Soziologie und Politische Wissenschaften, wollen zur Kenntnis genommen und mit ihrem teilweise explodierenden Wissen auch in psychoanalytisches Denken integriert werden. Inzwischen geschieht dies, Psychoanalytiker integrieren beispielsweise die faszinierenden Erkenntnisse der Neurowissenschaften in ihre psychotraumatologischen Theorien. Das geht nur im ständigen Dialog, in interdisziplinären Arbeitsgruppen mit dem Respekt vor den KollegInnen und ihren Disziplinen. Leider kann ich an vielen universitären Einrichtungen diesen Mut nicht erkennen, sich solch spannenden und bereichernden Aufgaben zu stellen. Denn das würde unmittelbar die Exklusiv-Autorität eines Lehrstuhls in Frage stellen – zum Nutzen aller, wenn man es denn erträgt, nicht im Besitze der allein rich-

tigen Wahrheit, des seligmachenden Wissenschaftsparadigmas oder der einzig richtigen Fragestellungen für die Forschung zu sein. Der gegenwärtige Forschungsbetrieb mit der Akquise von Forschungsmitteln zur Sicherstellung der Weiterexistenz lässt da aber auch wenig Hoffnung auf Besserung aufkommen. Da Psychoanalyse von den Hochschulen verdrängt wird, kommt es darauf an, sie in den Köpfen als einen Teil der Erkenntnis- und Behandlungstheorie lebendig zu halten.

Leider läuft jeder Gefahr, sich einer Mischung aus Neid und Entwertung der Wissenschafts- Community auszusetzen, der in verständlichen Worten versucht, Wissenschaft zu vermitteln. Erstens müssen wir im interdisziplinären Dialog ohnehin verständlicher sprechen, damit unsere Partner uns verstehen, was noch viel mehr für das Gespräch mit unseren Patienten gilt, und zweitens entlarvt einfache Sprache oft komplizierten Nonsens auch für Laien. Das schreckt natürlich ab und weckt Ängste. Wenn man aber den emanzipatorischen Charakter einer Psychoanalyse ernst nimmt, die sich in der Tradition der Aufklärung versteht, warum dann nicht sowohl verständlich für viele Leser als auch interdisziplinär schreiben? Ich muss mich meinen Patienten verständlich machen, ich muss in Supervisionen gegenüber den verschiedenen Anwesenden – wenn es eine Supervision im Team ist – eine verständliche Sprache wählen, sonst bin ich für meinen Beruf ungeeignet.

So verstanden kann sich Psychoanalyse im Bewusstsein ihrer Wurzeln und ihrer Tradition auch mit gesellschaftlichen Themen auseinander setzen und begrenzte Antworten anbieten, also am gesellschaftlichen Diskurs teilnehmen. Damit beweist sie ihre Aktualität und wird ihrem historischen Anspruch aktuell gerecht. Das immer wieder neu zu versuchen, begreife ich als eine Herausforderung, auch als ein Geschenk, diese Möglichkeit zu haben und schließlich als beglückend, zu vielen Menschen sprechen und ihnen etwas geben zu können.

Vielleicht an dieser Stelle eine Antwort auf Ihre Frage nach dem 11. September – und was ich konkret bewegen will. Gerade angesichts der entsetzlichen Bilder der einstürzenden Towers kommt es darauf an, das Angebot der Täter, die Welt in gut und böse, in heilig und teuflisch einzuteilen, zu verweigern. Nur dann unterscheiden wir uns in unserem Denken und Fühlen von den Tätern: Indem wir eben nicht in die Rhetorik von George W. Bush verfallen, die jener der fundamentalistischen Mullahs so ähnelt. Es ging mir darum, dass es sich nicht um gewissenlose Täter handelt und dass die Vielen, die solche Taten wie die vom 11. September bejubeln, dies nicht gegen oder ohne, sondern im Einklang mit ihrem Gewissen und ihren Wertempfindungen tun. Nur wenn wir begreifen, dass noch fast jede Gräueltat in der Geschichte der Menschheit im Einklang mit Religion, Idealen und Werten, also dem Gewissen begangen wurde, erwachsen daraus auch Strategien, die das so genannte Böse einzudämmen in der Lage sind. Und nur dann stehen wir in der Tradition des Abendlandes – trotz all seiner Schattenseiten – und geben nicht Rationalität und Aufklärung auf, wie es die Bush-Administration längst getan hat,

sollte sie denn je einmal in ihrem Besitze gewesen sein. Die bloße Verteufelung von Gegnern führt immer tiefer in die wechselseitige Spirale von Gewalt, Demütigung und Rache hinein.

*Katharina Gröning:* In Forum Supervision, Heft 24, hat Klaus Lang, ehemals im Vorstand der IG Metall, sich kritisch zum Thema „Geiz ist geil“ geäußert. Lang warnt vor der Zerstörung der ethischen Grundlagen des Sozialstaats durch einen entfesselten Neoliberalismus. Welche Auswirkungen hat Ihrer Ansicht nach die Globalisierung und gesellschaftliche Entwicklung auf die Psyche der Menschen? Werden wir eine Gesellschaft der Geizigen, Entmoralisierten? Spüren Sie so etwas in Ihrer klinischen Arbeit? Gibt es moralische, demokratische Potenziale? Was kann die Psychoanalyse Ihrem Verständnis nach zur Reflexion der gesellschaftlichen Entwicklung beitragen?

*Micha Hilgers:* Geiz gilt als geil, Luxus auch, ebenso Verschwendung, Gedankenlosigkeit, Promiskuität, aber auch Enthaltbarkeit, Engagement oder so etwas wie Stil je nach Peer-Group. Rücksichtslosigkeit gilt in manchen Kreisen als klug, in anderen als besonders dämlich. Der viel beschworene Wertepluralismus macht Voraussagen in einer globalisierten Welt nahezu unmöglich: Die unvorhersehbare Tsunami-Katastrophe löste große Hilfsbereitschaft in der ersten Welt aus – und einen auch den muslimischen Opfern nicht verborgen gebliebenen Mangel solcher Solidarität in den reichen muslimischen Ländern. Mit langfristigen Voraussagen sollte man also sehr vorsichtig sein. Denn es gibt zu den mainstreams auch immer gegenläufige Trends anfänglicher Minderheiten. Würden sich lediglich mainstreams verstärken, säßen wir alle noch auf den Bäumen und würden Bananen mümmeln. Es kommt vielmehr darauf an, Minderheitentrends rechtzeitig zu erkennen und zu bewerten. Bis vor einigen Jahren war es undenkbar, dass Neonazis ganze Regionen im Osten als ausländerfrei bezeichnen würden. Andererseits war auch der Erfolg einer neuen Partei mit einem dezidierten ökologischen Denken vor dreißig Jahren unvorstellbar. Trends folgen immer auch moralischen Werten und Haltungen oder dem Gefühl eines Mangels an solchen Werten. Wir sind daher nicht auf dem Weg in eine amoralische Gesellschaft, noch sehen wir goldenen demokratischen Zeiten entgegen. Die Zumutung ist die: Jederzeit kann eine pluralistische Gesellschaft in Barbarei und Ressentiment geladene Regression verfallen. Die entscheidende Frage ist, welche Werte von Mehrheiten geteilt werden, welche Werte wir verteidigen und welche wir bekämpfen. Ein an Werten orientierter Totalitarismus ist viel gefährlicher als die Egozentrik von ein paar Narzissten. Die Narzissten werden im Zweifel nicht mehr, aber kollektiv geteilte Ressentiments, die auf Gewissen, nicht auf Gewissenlosigkeit beruhen, bedrohen moderne Gesellschaften stets aufs Neue. Moderne Psychoanalyse kann auf die stets drohende Regression auf simple Feindbilder hinweisen, die Zumutung verdeutlichen, sich solchen übersichtlichen Weltbildern der Totalitaristen zu verweigern – heißen sie nun Osama Bin Laden oder George W. Bush. Es ist die Macht der Affekte, die Ambivalenz

bedroht – Ambivalenz als das Tor zur Humanität. Umgekehrt bedeutet das aber auch, dass es ohne motivierende Affekte keine humane Gesellschaft dauerhaft geben kann. Und auch nicht ohne glaubwürdige Repräsentanten solcher hoffnungsspendenden Affekte. In den Worten Ernst Blochs: „Es kommt darauf an, das Hofen zu lernen. Seine Arbeit entsagt nicht, sie ist ins Gelingen verliebt, statt ins Scheitern.“ Angewandte Psychoanalyse kann daher auch engagierte Politik und Projekte beraten – denn ohne die motivierende Kraft der Affekte kann es kein Gelingen geben.

*Katharina Gröning:* Die gesellschaftlichen Entwicklungen werden derzeit als dramatisch beschrieben. Abgesehen von der apokalyptischen Seite dieser Beschreibungen sprechen sehr viele Wissenschaftler von einer deutlichen Zunahme von Heterogenität und Differenz, Phänomene, die Angst auslösen. Wo sehen Sie angesichts des Strukturwandels der Gesellschaft die größten Herausforderungen (Zuwanderer, Alte, Familien, Arbeitsgesellschaft, Umwelt?) und welche Hinweise können Sie als Psychoanalytiker und engagierter Zeitdiagnostiker geben? (Wo) schlägt sich die Differenz vielleicht in Ihrer klinischen Arbeit nieder?

*Micha Hilgers:* Sowohl Heterogenität und Differenz als auch Homogenität und Einheit lösen Angst aus: Letztere vor Identitätsverlust in der Einheit der Homogenität, jene vor Identitätsverlust durch das Fremde, das Andere. Allzu homogene Gesellschaften lassen keine Individualität zu, sehr heterogene Gesellschaften werfen die Frage nach Selbstgrenzen als Schutz der persönlichen wie kollektiven Identität auf. Offenbar kommt es jeweils auf das Ausmaß an innovativen wie konservierenden Rahmenbedingungen an, die über gesellschaftliche Zentrifugalkräfte, Verunsicherungen und ihre Kompensation, zum Beispiel durch rechte Ideologien, entscheiden. Das ist an sich kein besonders neues Phänomen. Wir kennen das auch aus unseren persönlichen Verhältnissen, dass wir mit Angst auf zu viel Veränderung reagieren – umgekehrt mit Angst oder Langeweile, wenn sich nichts tut. Der Strukturwandel ist daher weniger das Problem als vielmehr seine Ausgestaltung und das Maß, in welchem er stattfindet. Je mehr sich Menschen ungerechterweise an den gesellschaftlichen Rand gespült fühlen, desto mehr Ressentiments entwickeln sich. In der klinischen Arbeit spiegelt sich das zum Beispiel wider bei Arbeitslosen, insbesondere jenen ohne jede Chance auf einen Arbeitsplatz auf dem ersten Arbeitsmarkt, bei Selbstständigen, die früher keine existenziellen Probleme hatten, jetzt aber ihre Familien nicht mehr ernähren können, bei Frauen, die Kinder großgezogen haben, getrennt leben und jetzt keine Arbeit und keine Lebensinhalte finden. In der Kinder- und Jugendpsychiatrie haben wir es zunehmend mit den Leidtragenden gedankenlosen Strukturwandels zu tun: Kommunen, die kein Geld mehr in ihren Kassen haben, weisen ihre Jugendämter an, möglichst keine oder wenn, nur noch – Geiz ist geil – möglichst billige außerhäusliche Unterbringungen zu finanzieren. Wissen Sie, was wirklich frustrierend ist? Einen engagierten Sozialarbeiter in einer Supervision zu erleben, der einem sagt, in einer bestimmten

Kommune brauche er erst gar nicht mehr auf die dringende Indikation einer außerhäuslichen Unterbringung hinzuweisen.

Es gibt viele weitere Bereiche, bei denen mir die sozialen Erosionsprozesse auffallen: In der Gerontopsychiatrie und Altenpflege zum Beispiel – trotz und mit Pflegeversicherung verarmen die Angehörigen eines pflegebedürftigen Menschen häufig. Oder, wenn sie die enormen Kosten nicht tragen können oder wollen, pflegen sie sich an ihrem Angehörigen seelisch und körperlich zu Grunde. Trotz Pflegeversicherung kommen da rasch tausend Euro monatlicher Kosten auf die völlig überraschten Angehörigen zu, die sich natürlich von den Versprechungen der Sozialpolitiker über die Leistungen der Pflegeversicherung völlig verhunzt fühlen. Dass die entstehenden Kosten in fast allen Fällen noch nicht einmal von der Steuer absetzbar sind, andererseits aber Bereicherungen von Politikern oder Managern als obszön erlebt werden, steigert allgemeinen Politikverdross und finstere Ressentiments.

Für forensische Patienten fehlen Heimeinrichtungen mit hohen Personaldecken, die nach der Entlassung aus dem Maßregelvollzug häufig dringend erforderlich sind, bei Migranten fehlen – außer in den Großstädten – nahezu alle psychosozialen Versorgungseinrichtungen, die auf Migrationsprobleme eingerichtet sind, angefangen von den Kindern bis zu pflegebedürftigen Alten. In Hessen hat Ministerpräsident Roland Koch als Sozialterminator nahezu alle freiwilligen Zuschüsse des Landes 2004 auf Null gesetzt – die Liste könnte über Seiten fortgesetzt werden.

*Katharina Gröning:* Sie haben ein wichtiges Buch zur Scham geschrieben. Der Soziologe Sighard Neckel, der sich aus soziologischer Sicht ebenfalls mit der Scham beschäftigt hat, kommt zu dem Schluss, dass Scham in der individualisierten Gesellschaft eine zunehmende Rolle spielen wird. Teilen Sie diese Ansicht?

*Micha Hilgers:* Scham ist eine angeborene Erlebnismöglichkeit des Selbstsystems. Ob feine Schamempfindungen, die zwar immer schmerzlich, nämlich im besten Sinne des Wortes peinlich sind, deshalb aber noch lange nicht pathologisch, in ihrer Entwicklung gefördert, gemildert und begleitet werden oder umgekehrt, ob Schamszenen mit Gelächter, aktiver Demütigung und Spott begleitet werden, entscheidet über die Schamverfügbarkeit des späteren Erwachsenen. Und: Wo Scham empfunden wird, wo Stolz, Schuld oder kein Affekt, ist stark nicht nur von kulturellen Bedingungen abhängig, sondern vor allem auch von Peers. Wir beide mögen Gewaltausbrüche oder auch Affektdurchbrüche als sehr beschämend empfinden. Mitglieder einer anderen gesellschaftlichen Gruppe würden eventuell das gleiche Verhalten als cool und völlig angemessen erleben. Es gibt demnach keine homogene kulturell-gesellschaftliche Entwicklung von Schamaffekten. Scham reguliert das Selbsterleben und sanktioniert intern gruppen- oder großgruppenbezogene Regeln. Insofern gibt es keine Zu- oder Abnahme von Scham, sondern eine Veränderung ihrer Quellen und des jeweiligen Ausmaßes, mit der Scham – Anlass bezogen – erlebt wird.

In einer individualisierten Gesellschaft wird demzufolge Scham an anderen Stellen erlebt und mit anderem Ausmaß als in einer Stammesgesellschaft. Wir sind also nicht auf dem Weg in eine schamlose oder eine besonders schamempfindliche Gesellschaft – wie Norbert Elias glaubte –, sondern die Schamquellen unterliegen Veränderungen. Zum Beispiel schämt sich heute häufig in bestimmten gesellschaftlichen Gruppen, wer sich nicht öffentlich zu bestimmten intimen Konflikten bekennen kann – womöglich in Talk-Soap-Shows. Umgekehrt würden sich Mitglieder anderer gesellschaftlicher Gruppen besonders schämen, würden sich eben dort outen. Die alte These von Norbert Elias, mit dem so genannten Sozialisationsprozess (was immer das ist) würde die Schamempfindlichkeit zunehmen, ist nicht nur blanker Unsinn, sondern auch ethnozentrisch. Wenn man in Stammesgesellschaften Schwarzafrikas direkte Fragen stellt, erntet man häufig viel Lachen – als Ausdruck von Scham. Ist man bei uns allzu verlegen beim Stellen von Fragen, gilt dies als schamhaft und belächelns wert. Die jeweiligen gesellschaftlichen Werte, eigentlich die der Untergruppen in einer Gesellschaft, werden viel häufiger mit Scham sanktioniert als mit Schuld.

Für Neckels These von der individualisierten Gesellschaft bedeutet das: Scham wird häufiger dann gefühlt, wenn man sich nicht als super-autonomes Individuum behaupten kann – im Gegensatz zu traditionellen Gesellschaften, wo gerade das Verlassen der Familiengemeinschaft Angst und Scham auslöste. Galt früher exhibitionistische Selbstdarstellung als verpönt und beschämend, so ist es heute gerade umgekehrt. Die Unfähigkeit, sich ständig selbst zu präsentieren, ist uncool: „heiß“, wenn man so will, das Empfinden, das Scham so oft begleitet. Kurz: Scham spielt keine größere oder geringere Rolle als früher, denn sie sanktioniert nach wie vor gesellschaftliche Normen. Diese verändern sich, mithin auch die Schamquellen. In manchen Kulturen gilt der Gesichtsverlust als fast tödliche Schmach, die u.U. nur durch Selbsttötung oder Vernichtung der Schamquelle beseitigt werden kann. Begriffe wie Würde und Ehre spiegeln diese Schamsensibilität wider. Ich kann nicht sehen, wieso in einer individualisierten Gesellschaft Scham eine größere Rolle spielen wird, sondern eine andere, die zum Beispiel den Verlust der Individualität oder Autonomie begleiten wird.

*Katharina Gröning:* Noch eine Frage zu Ihrem Buch über die Scham. Welche Bedeutung hat das Thema für Sie und wie setzen Sie in der neuen Ausgabe Ihres Buches die Akzente? Welche Bedeutung hat das Buch für die Supervision?

*Micha Hilgers:* Supervision ist eine schamsensible Situation. Ein Helfer öffnet sich gegenüber einem Supervisor, oft auch im Team gegenüber Kolleginnen und Kollegen. Man wird – ungewollt – sichtbar mit persönlichen Anteilen bei professioneller Arbeit. Daher ist der Schutz dieser schamempfindlichen Situation im Allgemeinen und des Betroffenen im Besonderen erste Aufgabe des Supervisors. Die wichtigste Regel für Supervision ist: Der persönliche Bereich des Supervisanden bleibt geschützt. Eine Vermischung zwischen Supervision, Selbsterfahrung

und Therapie ist absolut unzulässig. Man kann als Supervisor darauf hinweisen, dass eine bestimmte Komplikation oder Verstrickung öfter auftritt. Man kann auch die Frage stellen, warum das so ist – die eventuelle Antwort hat aber woanders zu erfolgen. Supervision ist eine Arbeitsbeziehung, sie kann workshop-Charakter haben, wenn eine Supervisionsgruppe ausprobiert, ob manche Interventionen wohl passen könnten. Schließlich ist auch der Supervisor von der schamsensiblen Situation ganz unmittelbar betroffen – und sollte sich mit einer gewissen Schamtoleranz als Modell zur Verfügung stellen. Vorschläge des Supervisors sollten daher möglichst in wörtlicher Rede erfolgen. Damit stellt sich der Supervisor dem kritischen Blick aller Beteiligten – und zeigt zugleich, dass Kritik möglich ist und ertragen werden kann.

*Katharina Gröning:* Supervision wird heute herausgefordert durch eine Reihe von konkurrierenden berufsbezogenen Beratungsformen, wie zum Beispiel Coaching, als stärker erfolgsorientierte oder auch Mediation als stärker verhandlungsorientierte Beratungsform. Als Psychoanalytiker sind Sie natürlich bestens mit Konkurrenz, Entwertung, Kritik vertraut. Wie würden Sie eine konstruktive Umgangsweise mit diesen Herausforderungen aus Ihrer Erfahrung als Psychoanalytiker beschreiben? Was sollten Supervisoren auf keinen Fall tun?

*Micha Hilgers:* Alle drei Verfahren haben gemeinsam, dass sie konkrete Fragestellungen behandeln sollten, definierte Ziele verfolgen und klar sein muss, wem die Verfahren dienen – und gegebenenfalls, wem nicht. Insofern sind selbstverständlich auch Mediation und Supervision erfolgsorientierte Verfahren – Erfolg definiert sich hier jedoch jeweils anders: Bei Supervision kann es bereits ein Erfolg sein, dass sie in einer bestimmten Institution stattfindet und durch die Teilnehmenden Akzeptanz findet. Bei Mediation ist Erfolg bereits eingetreten, wenn sich die Parteien an einen Tisch setzen, weiterverhandeln und eventuell Teillösungen erzielen. Die Verhandlung an sich ist Teil erfolgreicher Mediation – unabhängig vom Ergebnis. Supervision ist zudem erfolgreich, wenn die eben besprochenen Schamängste handhabbar bleiben. Abhängig von der Fragestellung an die Supervision ist Supervision dann jeweils situativ erfolgreich: Kann die Supervision die konkrete Fragestellung der Sitzung beantworten oder eventuell eine bessere Fragestellung liefern und zu ihrer Beantwortung beitragen. Typisches Beispiel: Ein psychiatrisch-psychotherapeutisches Team berichtet über die festgefahrene Behandlungssituation mit einem stationären Patienten, bei dem eine Entlassung überhaupt nicht mehr absehbar ist. Der Supervisor hat Schwierigkeiten mit der Diagnose, die im Laufe der Besprechung geändert wird. Daraus ergeben sich neue Behandlungsziele und damit verknüpft modifizierte Behandlungstechniken: Weil die eingangs der Behandlung diagnostizierte depressive Episode offenbar im Kontext mit einer Persönlichkeitsstörung steht und der Patient nicht depressiv, aber stark agierend- strukturlos erscheint, wird die Medikation von einem Antidepressivum auf ein atypisches Neuroleptikum umgestellt. Entsprechend wird der Patient auf

der Beziehungsebene mehr konfrontiert, weil das Behandlungsziel nicht mehr Remission der depressiven Episode ist, sondern Klärung und Ordnung sozialer Umstände, wozu der Patient sein aggressives Agieren reduzieren muss.

Ob der Patient dies tatsächlich in ausreichendem Ausmaß tut, ist hier aber nicht Erfolgskriterium der Supervision. Der Supervisor hat jeweils die sich verändernden Fragestellungen und Behandlungsbedingungen klarifiziert.

Genau dieses Verhalten darf man auch von einem verantwortungsvollen Coach erwarten: Bevor er den Auftrag annimmt, klärt er die Ziele, die Nutznießer, wer welche Informationen erhält und worin sich der Erfolg des Coachings bemisst. Im Gegensatz zu einer fortlaufenden Supervision werden auch klare Absprachen über die Anzahl der Sitzungen, Beginn und Ende getroffen. Sodann wird der Coach in der ersten Sitzung mit den vom Coaching Betroffenen Aufklärung über alle diese Bedingungen schaffen und damit auch offen die entscheidende Frage ansprechen, ob und wenn ja, welche Informationen an den Auftraggeber oder hierarchisch höhergestellte Personen weitergeben werden.

Gegenseitige Entwertungen oder Moralismen sind daher fehl am Platze, solange die genannten Klarheiten tatsächlich gewährleistet sind und kommuniziert werden. Hier scheint mir häufig das Problem sowohl bei Supervision als auch bei Coaching zu liegen. Tatsächlich unterscheiden sich Supervision und Coaching nicht unbedingt dadurch, dass Interessen des Arbeitgebers gedient wird. Ein Klinikdirektor müsste vom wilden Affen gebissen sein, wenn er sich nicht von Supervision eine qualifiziertere Behandlung, besser ausgebildete Kräfte und damit auch einen höheren Ertrag seines Hauses versprechen würde. In der praktischen Umsetzung sehe ich eher die Probleme sowohl in Unklarheiten der Auftraggeber als auch beim Rollenverständnis der Ausführenden: Wer Schaftrieb in Niedersachsen als Coaching anbietet, die Atmosphäre einer Selbsterfahrungs- oder Survival-Event-Urlaubsgruppe anbietet, zugleich aber dem Auftraggeber über persönliche Mitteilungen der Teilnehmenden hernach Bericht erstattet, handelt vermutlich unethisch – vor allem aber bescheuert, weil er selbst keine klaren Vorstellungen von seiner Rolle hat – mit fatalen Folgen für die Teilnehmer. Ich plädiere also für eine Professionalisierung des Handelns in den einzelnen Beratungsrollen: Klare Rollendefinitionen erlauben dann auch Urteile über professionelles, dilettantisches und am Ende auch unethisches Verhalten der Berater – heißen sie nun Coach, Mediator oder Supervisor.

Anschrift des Interviewten: Micha Hilgers, Oppenhoffallee 7, 52066 Aachen.

## NEUE PROJEKTE

*Birgit Knatz*

### Supervisionsanfragen kommen online – Merkwürdiges vertraut

Ich denke viel an die Zukunft, weil das der Ort ist, wo ich den Rest meines Lebens zubringen werde.

Woody Allen

### Gesellschaftliche Nutzung und Wirkung des Internets

Mailen Sie oder gehen Sie zum Briefkasten? Texten Sie Ihre Mitteilungen oder telefonieren Sie? Bestellen Sie Ihre Bücher online oder stöbern Sie in der Buchhandlung und trinken dabei einen Kaffee? Staunen Sie über die jungen Leute oder Ihre Kinder, die ihre Hausaufgaben am PC machen, dabei Musik aus dem Internet downloaden und mit Freundinnen und Freunden chatten? Haben Sie eine eigene Webseite oder verteilen Sie Flyer? Hat Ihre Supervisionspraxis neben der Eingangstür auch ein Internetportal? Kennen Sie den Unterschied zwischen einem Browser und einem Provider? Sind Sie ein Newbie (ein Neuling, ein Anfänger, bei dem man aber die Hoffnung noch nicht ganz aufgegeben hat, oder ein Oldie? Oder ein DAU? (DAU Abkürzung für „dummster anzunehmender User“))

Liebe Leserin und lieber Leser, wahrscheinlich gehen Sie zur Post und holen Ihre E-Mails ab. Sie bestellen online und gehen auch einkaufen. Es ist Ihnen selbstverständlich geworden, das Eine zu tun, ohne das Andere zu lassen. Sie genießen das Stöbern auf dem Flohmarkt und das Ersteigern oder Verkaufen bei ebay. Und da sind Sie in guter Gesellschaft.

### Die Zahl der bundesdeutschen Haushalte mit Internetzugang liegt bei über 60 %

Unsere Gesellschaft ist mittlerweile online gegangen und die Nutzung des Internets gehört zu unserem Alltag und wirkt auch auf diesen. Das Internet hat sich neben Fernseher, Radio und Zeitung als viertes tagesaktuelles Medium etabliert und die Zahl der bundesdeutschen Haushalte mit Internetzugang liegen laut der neuesten Zahlen der „Mannheimer Forschungsgruppe Wahlen“ im ersten Quartal 2005 bei 61 %. Starke Zuwächse sind bei den über 50-Jährigen zu verzeichnen. Mittlerweile nutzen Frauen und Männer das Internet selbstverständlich, es gibt keinen geschlechtsspezifischen Unterschied. Allerdings nutzen Mädchen das Netz mehr als

Jungen. (Knippelmeyer, 2005) Es gibt keine weiterführende Schule ohne Internetausschluss. Fast jede Zehnte und jeder Zehnte hat eine eigene Webseite. Die Zahl der Beratungsstellen der DAJEB (Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e. V.) im Beratungsführer online beträgt zurzeit 12.203 (Licht, 2005). Seit ebay verbucht die Post eine Umsatzsteigerung von 15 %. (Alle Zahlen sind in nationalen oder internationalen Medien erschienen)

Sie lesen, die Nutzung des Internets gehört zu unserem Alltag und wirkt auch auf diesen. Wir leben heute nicht mehr entweder oder, sondern sowohl als auch, eben multitasking (Multitasking: Gleichzeitiges Ausführen von mehr als einem Programm.) Unsere Kommunikation, unsere Beziehungsgestaltung und unser Kontakt im Umgang miteinander verändern sich. Mit meinem Artikel möchte ich Ihre Wahrnehmung auf Supervisions- und Beratungsanfragen per E-Mail lenken, sowohl wenn Mailen zu Ihrem täglichen Geschäft gehört, als auch wenn Sie sich bisher noch nicht viel Gedanken um diese Form der Kommunikation gemacht haben. Ich wünsche mir, Ihre Neugierde zu wecken, sich als Supervisorin und Supervisor mit diesem Kommunikationsmedium zu beschäftigen.

### **(Neuer) Markt – Marketing – Medien**

Als Supervisorin und Supervisor unterliegen Sie den Gegebenheiten des freien Marktes. Ob Sie einen Auftrag akquirieren, hängt davon ab, wie Sie sich auf dem Markt behaupten und positionieren und wie Sie Ihr Produkt Supervision, Beratung Coaching, Training... interessant machen und es anbieten. Kurz und salopp, wie Sie sich verkaufen, also Ihr Marketing.

In einer Gesellschaft, die in wenigen Jahren online gegangen ist, gehört es mit zu einem erfolgreichen Marketingkonzept, Anfragen nach Supervision und Coaching auch per E-Mail zu beantworten. Hier ist es angebracht, dass Sie Ihr Angebot auf die gegebene Bedarfsituation abstimmen und Sie als Person authentisch erkennbar werden genauso wie in Telefonaten oder persönlichen Gesprächen. „Das persönliche Profil des Supervisors, seine Ausstrahlung und sein Auftreten, seine Individualität und seine soziale Kompetenz, seine Überzeugungskraft und seine Integrität, also jene Attribute, die auch im privaten Leben von hoher Relevanz sind, sind Grundlage gelingender Akquisition“. (Weigand, 1998) Und dies gilt es auch in der Online-Kommunikation erkennen zu lassen. Allerdings stellt sich die Frage: wie funktioniert eigentlich die Kommunikation im Netz?

### **Kommunikation im Netz**

Die Kommunikation im Netz hat sich schnell etabliert und eine hohe Akzeptanz erreicht. Sie ermöglicht einen viel schnelleren und unmittelbaren Kontakt zu anderen Menschen. Der Computer und der Zugang zum Internet verändern radikal unsere gesellschaftliche Wirklichkeit, unsere Wahrnehmung, unser Denken und unser Weltbild. Schlagworte wie Digitalisierung, Globalisierung, Medienrevolution, Informationsgesellschaft, Vernetzung, Mobilität, Flexibilität, Schnelligkeit, Unmittelbarkeit, Wissensverteilung, um nur einige zu nennen, sind bekannt. Sie alle hängen zusammen und sind Folgen der technischen Revolution, die der Computer mit sich gebracht hat. Die Kommunikation im Netz ermöglicht, wie erwähnt, einen schnellen und unmittelbaren Kontakt zum Zeitpunkt unserer Wahl, unseres Bedürfnisses. Wir sind nicht mehr auf Geschäfts- oder Öffnungszeiten angewiesen, wir können unsere „Post“ zu jeder Tages und Nachtzeit erledigen – 24 Stunden und 7 Tage die Woche. Informationen zu allen möglichen und unmöglichen Themen sind jederzeit zugänglich, wir leben in der google Gesellschaft ;-). Als Userinnen und User erleben wir häufig Gefühle von Selbstbestimmung, Entfaltung und Kreativität, welche in unserem Alltag oft untergehen.

Die Nutzung des Internets hat auf jeden Fall auch einen psychologischen Effekt. Die zahlreichen Multimedia-Angebote stimulieren unsere Interessen und fördern manchmal neue Aspekte unserer Identität zu Tage. Durch die kommunikativen Dienste des Internets können wir weltweit persönliche Beziehungen entstehen lassen. Die durch Medien vermittelte wachsende non-personale Kommunikation verändert die emotionale Beziehung zwischen uns Menschen. Die vielfachen Möglichkeiten bieten eine große Faszinationskraft. Das Internet ist Informationsquelle und Kommunikationsmöglichkeit. So wie sich in unseren Träumen die Grenzen zwischen virtuellen Wirklichkeiten und wirklichen Gewissheiten verwischen (so wissen wir nicht, ob wir schwarz/weiß oder farbig träumen), werden im world wide web örtliche und zeitliche Grenzen aufgehoben. Wir sind Teil eines Ganzen, unsere Kontaktmöglichkeiten sind schier unbegrenzt. Räumliche Distanzen spielen keine Rolle, unser Wissen schwirrt in einem riesigen Wissenspool. Egal, welche Frage wir haben, welche Krankheiten uns plagen: im Netz finden wir Antworten und Gleichgesinnte. Wir sind nicht alleine, wir sind Teil einer Gemeinschaft, der big community. Unser Platz am Rechner ist das Tor zur großen weiten Welt. (Knatz/Dodier, 2003)

Diese Entwicklung birgt auf alle Fälle Chancen in sich. Allerdings bringen die neuen Informations-, Kommunikations- und Konsummöglichkeiten uns Menschen keineswegs selbstverständlich mehr Zufriedenheit und Lebensglück. Im Gegenteil: Einsamkeit, Beziehungs- und Kontaktprobleme, Sorgen am oder um den Arbeitsplatz, Arbeitslosigkeit, Suchtprobleme, psychische Erkrankungen belasten

immer mehr Menschen. Auch wächst die Orientierungslosigkeit in einer Welt, in der jeder gezwungen ist, sein Leben ständig neu zu „erfinden“ – verbunden mit den hohen Risiken, die die dazu notwendigen Entscheidungen mit sich bringen. Eine der vielen Paradoxien unserer Zeit: ungeachtet der neuen Kommunikationsmöglichkeiten finden immer mehr Menschen niemanden, dem sie sich mit ihren Problemen, Belastungen, Sorgen und Unsicherheiten anvertrauen können.

Das Internet ist Zutritt für Informationen aller Art. So auch in den mannigfaltigen Fragen der Lebensgestaltung und -bewältigung. Mehr und mehr Menschen entdecken das Netz als niederschweligen Zugang zur Beratung, viele soziale und kirchliche Einrichtungen bieten ihre Hilfe und Unterstützung auch online an:

- BKE Jugendberatung – [www.bke-jugendberatung.de](http://www.bke-jugendberatung.de)
- Aidsberatung – [www.aidsberatung.de](http://www.aidsberatung.de)
- Onlineberatung der Caritas – [www.beratung-caritasnet.de](http://www.beratung-caritasnet.de)
- Das Beratungsnetz – Portal für Ratsuchende – [www.das-beratungsnetz.de](http://www.das-beratungsnetz.de)
- Kinderschutzzentren – [www.youngavenue.de](http://www.youngavenue.de)
- Pro Familia Onlineberatung – [www.profamilia.de](http://www.profamilia.de)
- TelefonSeelsorge Beratung und Seelsorge im Internet – [www.telefonseelsorge.de](http://www.telefonseelsorge.de)
- Beratungsportal für eine menschliche Arbeitswelt – [www.mensch-arbeit.de](http://www.mensch-arbeit.de)  
um nur einige zu nennen. Auch Online-Supervision wird mittlerweile seriös und qualifiziert angeboten. ([www.dg-online-beratung.de](http://www.dg-online-beratung.de))

### Lese- und Schreibkompetenz

Wenn Sie als Supervisorin oder Berater eine E-Mail formulieren, fordert es Ihr Selbstverständnis, dass Sie sich neben Ihrer Supervisions- und Feldkompetenz auch eine Internetkompetenz aneignen. Zudem ist es erstrebenswert, dass Sie um die Besonderheiten der digitalen Kommunikation wissen; es stehen Ihnen nicht mehr alle verfügbaren akustischen, visuellen, kinesthetischen und olfaktorischen Sinneswahrnehmungen zur Verfügung. Beim Mailen ist die Kommunikation begrenzt; alleine der Text spricht. So benötigen Sie eine Lesekompetenz, mit anderen Worten, die Fähigkeit, geschriebene Texte unterschiedlicher Art in ihren Aussagen, ihren Absichten, ihrem Sinnzusammenhang und ihrer formalen Struktur zu verstehen und in einen größeren Zusammenhang einzuordnen, und die Befähigung, Texte für unterschiedliche Belange sachgerecht zu nutzen. Neben der Lesekompetenz sind Sie zudem an eine Schreibkompetenz gebunden. Das Schreiben stellt eine spezifische Form der Kommunikation dar, die unter besonderen Bedingungen stattfindet. Bei der schriftlichen Kommunikation handelt es sich um eine zerdehnte Kommunikation, genauer gesagt, um eine Verständigung über Raum und Zeit hinweg. Es wird mit einem abwesenden, manchmal auch unbekanntem

Gegenüber kommuniziert. Das Produzieren des Textes geschieht in einem eigenen Verlauf, der sich über eine gewisse Zeit erstreckt und an dem unterschiedliche Teilhandlungen wie das Planen, das Formulieren, das Niederschreiben und das Überarbeiten beteiligt sind. Das Hinschreiben erfordert wegen der besonderen Rahmenbedingungen auch besondere kognitive Fertigkeiten, da der Text eine Wirkung erzeugen soll.

### Entgegnung – Intervention

Supervisorinnen und Supervisoren verstehen sich als Expertinnen und Experten für die Reflexion von Problemen, Konflikten und Fragen aus dem beruflichen Alltag. Supervision ist eine Beratungsmethode, die zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. Supervision ist flexibel. Supervision ist selbstreflexiv und lernorientiert. Sie instruiert oder schult nicht, sondern fördert das Lernen von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen. Supervision verläuft dabei in einer interaktiven Suchbewegung. (Fellermann, 2004)

Wie kann es gelingen, dies in einer ersten Mail zu berücksichtigen? Wie können Sie Ihre Antwort so formulieren, dass Ihre besonderen Kenntnisse und Vorteile in direktem Zusammenhang mit den Anforderungen herausgestellt werden?

1. Berücksichtigen Sie in Ihrer Antwort die feld- und organisationspezifischen Eigenheiten der anfragenden Institutionen. Im Gegensatz zu einer spontanen Antwort im persönlichen Gespräch oder einem Telefonat haben Sie Zeit, etwas über das Feld zu erfahren, zu recherchieren, Sie erinnern sich, wir leben in einer google Gesellschaft.
  2. Beachten Sie bei Anfragen, dass Ihre Sprache authentisch ist.
  3. Achten Sie auf eine angemessene Formulierung, die den (kulturellen) Hintergrund des Supervisionssuchenden würdigt. (Immerhin birgt sich in der Anfrage auch die Möglichkeit nach einem Auftrag. Und so ist Ihre Online-Antwort mehr als Ihre Visitenkarte. Durch die Art und Weise, wie Sie antworten, wie Sie Kontakt herstellen, wie Sie sich der Anfrage stellen, werden Sie gesehen und Ihre Leistung bewertet).
  4. Ziel Ihrer Antwort sollte sein, einen gelingenden Kontakt herzustellen, der eine Annäherung an die Supervisionssuchenden formuliert, der Anliegen und Probleme benennt und offen und allgemein genug ist, um einladend zu sein.
- Ganz praktisch gibt es drei Alternativen für die äußere Form Ihrer Antwort:
1. Sie schreiben einen neuen, vollständig unabhängigen Text.
  2. Sie lassen den Originaltext der Anfrage stehen und schreiben, bezugnehmend auf vorangegangene Textpassagen der anfragenden Organisation oder Einzelperson, in diese Ursprungs-mail ihren Antworttext hinein (so genanntes quotieren).

3. Sie benutzen eine Mischform aus den beiden ersten Varianten und zitieren den Originaltext je nach Bedarf durch Kopieren und Einfügen in ihren eigenständigen Antworttext.

Es ist nicht nur Geschmackssache, sondern auch eine Frage der Praktikabilität. Die erste Variante ist in mancher Hinsicht sehr eigenständig und gibt Ihnen die größtmögliche Freiheit der Gestaltung, lässt aber bisweilen die Anbindung und Verbindung zur Ursprungsmail vermissen. Die Leserin oder der Leser Ihrer Mail hat den Text, auf den Sie sich beziehen, mit großer Wahrscheinlichkeit nicht mehr genau in Erinnerung und hat vielleicht ohne weitere Anhaltspunkte große Mühe, den Sinn Ihrer Ausführungen ganz zu verstehen.

Die zweite Variante folgt dem Originaltext; Sie lassen gerade nur soviel Originaltext stehen, dass der Zusammenhang nicht verloren geht. Das ist a) wesentlich leichter zu lesen und zu verstehen und b) keine Verschwendung von Ressourcen.

Benutzen Sie immer einen anderen Zeichensatz als in der Ausgangsmail. Damit ist Ihr Text deutlich vom Originaltext zu unterscheiden. Aber bitte keine exotischen Schriftarten, Sie können nicht erwarten, dass sie auch im Computersystem des Anfragenden zur Verfügung stehen.

### Zur Anrede und Ansprache

Im Internet herrscht häufig ein salopper Umgangsstil, das kann eine herabgesetzte Hemmschwelle bedeuten. Als Supervisorin oder Supervisor sollten Sie sich überlegen, wie Sie dies in Ihrer Antwort berücksichtigen. Von „Hi“ und „Hallo“ über „Lieber Herr Meier“ oder „Liebe Frau Schmidt“, bis „Sehr geehrte Damen und Herren“ wird Ihnen alles begegnen, was Ihre Fantasie hergibt. Stellen Sie bei Ihrer Antwort den Kunden in den Mittelpunkt; Ihre Mails sprechen für Sie:

- schreiben Sie Ihre E-Mail leicht verständlich,
- gestalten Sie Ihre E-Mail übersichtlich,
- achten Sie auf die Rechtschreibung,
- richtige Interpunktion sollte selbstverständlich sein,
- durch Groß- und Kleinschreibung wird der Text lesbarer,
- schreiben Sie nur dann in GROSSBUCHSTABEN, wenn Sie einen Punkt besonders hervorheben möchten – außerhalb von Überschriften werden GROSSBUCHSTABEN im Netz allgemein als SCHREIEN interpretiert,
- kennzeichnen Sie Humor mit den entsprechenden Emoticals und Akronymen. (Bei der Beschäftigung des Kommunikationsverhaltens im Internet sind Akronyme und Abkürzungen, die aus den ersten Buchstaben der Worte eines Satzes zusammengesetzt werden, und Smileys ☺ ebenfalls von Bedeutung. Es hat sich eine eigene Sprache entwickelt, und diese ist weltweit kommunizierbar und anerkannt.),

- fügen Sie Ihrer Mail wichtige Nebeninformationen wie gezielte Referenzen, Fotos, Skizzen ... zu, was immer für die mögliche Kundin oder den Kunden anschaulich und überzeugend sein kann,
- vermeiden Sie bei der Beschreibung Ihrer Leistungen Fachlatein,
- wird eine Anfrage als besonders eilig hingestellt, so geben Sie nach Möglichkeit eine Vorausantwort.

Wie dies aussehen kann, möchte ich gerne an einem konkreten Beispiel veranschaulichen (Name wurde in Absprache mit der Anfragenden verändert).

Liebe Frau Knatz,

von einer Kollegin habe ich erfahren, dass Sie Supervision machen. Ich bin gerade in einer Umbruchsituation und möchte gerne Supervision haben. Können Sie mir bitte mitteilen, was das in der Stunde kostet und ob Sie überhaupt Zeit haben?

Über eine Antwort freut sich

Susanne Meier

[www.susanne-meier.de](http://www.susanne-meier.de)

Als erstes drucke ich mir die E-Mail aus. Nach wie vor ist es mir wichtig, ein physisch greifbares Produkt in Händen zu halten. So fällt es mir auch leichter, die Bilder, Fragen, Vorstellungen, die mir beim Lesen entstehen, festzuhalten und zu notieren. Bevor ich antworte, lege ich mir nun eine erste Folie, meinen eigenen Resonanzboden auf die E-Mail und lese sie erneut. (Sie werden feststellen, je öfter Sie einen Text lesen, desto mehr Informationen bekommen Sie. Sie werden erstaunt sein, was Sie auch beim dritten Durchlesen noch Neues entdecken.) Jetzt widme ich mich den folgenden Fragen:

- Welches Gefühl spüre ich beim Lesen?
  - Welche Bilder und Fantasien sind beim Lesen der E-Mail entstanden?
  - Was sind die Fragen oder Wünsche an mich?
  - Was kann ich als Supervisorin anbieten?
  - Welche Fragen habe ich noch?
- und notiere mir meine Bilder, Ideen, Antworten, Fragen ... am Rande der E-Mail.

Für meine Antwort ist folgendes Raster hilfreich, wohlwissend: you never get a second chance for a first impression ;-)

- eine passende Anrede zu wählen,
- meine Person und mein Supervisionsverständnis vorzustellen (kurz und knapp),
- Wertschätzung auszudrücken,
- Rückmeldung zu sachlichen und emotionalen Äußerungen zu geben,
- Dank auszusprechen,
- Angebot und Grenzen deutlich zu machen,
- zu einer Antwort einzuladen.

Liebe Frau Meier,  
herzlichen Dank für Ihre Supervisionsanfrage. Ich habe mir gerade Ihre Internetseiten angeschaut und finde Ihr Angebot als Trainerin für E-Learning interessant. Selbst beschäftige ich mich schon seit über 10 Jahren mit der Beratung per E-Mail und finde nach wie vor die Kommunikation und Beratung im Internet spannend.

Sie schreiben in Ihrer Mail, dass Sie sich zurzeit in einer beruflichen Umbruchsituation befinden und Supervision in Anspruch nehmen möchten. Hier kann ich Sie gerne unterstützen. Ich kann Ihnen sowohl die persönliche Supervision anbieten, Ort wäre hier Hagen, oder die Online-Supervision. Mein Stundensatz beträgt ... Euro.

Von meinem beruflichen Hintergrund bin ich Diplom Sozialarbeiterin und Supervisorin (DGSv). Schwerpunkte meiner Beratungstätigkeit sind die Reflexion und Verbesserung des beruflichen Handelns, die Vorbereitung auf neue Aufgaben, die Beratung weiblicher Führungskräfte, die Vereinbarung von Familie, Beruf und eigener Zeit, die Karriereplanung, der aktive Umgang mit Konflikten und Betriebsübernahmen.

Liebe Frau Meier, ich hoffe, dass meine E-Mail Sie anspricht und wir in Kontakt kommen.

Herzliche Grüße aus der Nachbarstadt

Birgit Knatz

[www.schreiben-tut-der-seele-gut.de](http://www.schreiben-tut-der-seele-gut.de)

Liebe Leserin und Leser, ich hoffe, dass meine Anregungen interessant und anregend waren, und Sie schon jetzt „Lust“ auf die nächste Anfrage per E-Mail haben. Ich freue mich auf eine Rückmeldung ;-).

## Literatur

- Döring, N. (2000): Selbsthilfe, Beratung und Therapie im Internet. In: B. Batinic (Hg.), *Internet für Psychologen*, hg. von Batinic, B. Kap. 18. 2. überarbeitete Aufl. Göttingen.
- Fellermann, J. (2004): Was ist Supervision? online verfügbar: [http://www.dgsv.de/verband\\_sv.htm](http://www.dgsv.de/verband_sv.htm) (2005-04-05)
- Knatz, B./Dodier, B. (2003): *Hilfe aus dem Netz. Theorie und Praxis der Beratung per E-Mail*. Stuttgart.
- Knippelmeyer, M. (2005): (N)ONLINER Atlas, Deutschlands größte Studie zur Nutzung und Nicht-Nutzung des Internets. online verfügbar: [http://www.nonliner-atlas.de/pdf/NONLINER-Atlas2004\\_TNS\\_Emnid\\_InitiativeD21.pdf](http://www.nonliner-atlas.de/pdf/NONLINER-Atlas2004_TNS_Emnid_InitiativeD21.pdf) (2005-04-05)
- Licht, F. (2005): *Beratungsführer online*. online verfügbar: [www.dajeb.de](http://www.dajeb.de) (2005-04-11)
- Weigand, W. (1998): Akquisition und supervisorische Identität. In: *Supervision*, Heft 34. Zeitschrift für berufsbezogene Beratung, Marketing für Supervisoren „Akquisition und supervisorische Identität“. Münster. Online verfügbar: <http://www.mediensprache.net/de/news/show.asp?id=1368> (2005-04-06)

Anschrift der Verfasserin: Birgit Knatz, Alexanderstr. 25, 44137 Dortmund.

## Rezensionen

*Stefan Zahlmann, Sylka Scholz (Hg.): Scheitern und Biographie. Die andere Seite moderner Lebensgeschichten. Gießen (Psychosozialverlag) 2005. 294 Seiten. 29,90 €.*

„Gescheiterte Existenz“ – das möchte man nicht selbst sein, da geht man gerne auf Distanz. Wer will sich schon als gescheitert erleben? Was der Soziologe Richard Sennett noch als „großes Tabu der Moderne“ bezeichnete, rückt heute zunehmend in das Zentrum medialer Aufmerksamkeit. Immer mehr BundesbürgerInnen erleben schmerzhaft, wie schnell der/die Einzelne zu einem/r werden kann, der/die nicht mehr mithalten kann, an den gesellschaftlichen Rand rutscht, absteigt, gescheitert ist.

Begonnen hat inzwischen auch das öffentliche Sprechen über das Scheitern. Sprechen hilft, die Angst einzudämmen, die dieses Wort auslöst. Es ist ein Versuch, sich von der existenzbedrohenden Macht des Scheiterns zu befreien, das Scheitern irgendwie in das eigene Selbstbild zu integrieren. Im Medienzeitalter wurde sogar schon eine „Show des Scheiterns“ kreiert, in der Personen über ihr Scheitern berichten und sich damit öffentlich präsentieren. Aber wann ist jemand gescheitert?

„Scheitern und Biographie. Die andere Seite moderner Lebensgeschichten“ lautet der Titel einer Textsammlung, die 2005 herausgegeben wurde von dem Historiker und Germanisten Stefan Zahlmann und der Kulturwissenschaftlerin und Soziologin Sylka Scholz. Das Buch, so scheint es, kommt zur rechten Zeit.

Zu allen Zeiten sind Menschen gescheitert. Sie sind gescheitert an eigenen Erwartungen und an den jeweiligen gesellschaftlichen Vorgaben für ein gelungenes Leben. Wie gehen Menschen mit dem Scheitern in ihrer Biografie um? Was wird als Scheitern erlebt? Wie erzählen sie über ihr Scheitern? Mit 16 Beiträgen von 18 AutorInnen rücken Scholz und Zahlmann unterschiedlichste Facetten des Themas in den Blick. Der Bogen der Beiträge ist weit gespannt. Präsentiert werden Fallbeispiele aus verschiedenen Jahrhunderten, praktische Erfahrungen, Ergebnisse empirischer Studien, theoretischer Überlegungen und literarischer Quellenarbeit. Wird zuweilen der rote Faden auch dünn, wenn die WissenschaftlerInnen detailreich ihre speziellen Forschungen präsentieren, so gelingt es dem Buch doch, aus den Versatzstücken individuellen und kollektiven Misslingens auch grundsätzliche Aspekte des Scheiterns sichtbar werden zu lassen.

Am Beginn der Moderne steht der Perspektivwechsel vom alles gestaltenden Gott zum Mensch, der selbst die Verantwortung für sein Leben trägt. Mit der Vorstellung, dass das Gelingen oder Misslingen der Biografie in der eigenen Hand liegt, ist das Ideal des Handelnden verbunden, der erfolgreich sein Glück aufbaut und sich durch Leistung und Einsatz seine Position in der Gesellschaft sichert. Ein-

drücklich führen die Beiträge des Buches vor, wie eng dieses Ideal und die vorherrschenden Ansichten über das Scheitern bis heute mit männlichen Sichtweisen und heroischen Männlichkeitsbildern verknüpft sind. Da ist besonders der Blick der AutorInnen auf die Geschlechterthematik unerlässlich und erhellend für die Beschäftigung mit dem Scheitern.

„Arbeit und Leistung“ bilden in der Moderne die Grundpfeiler bürgerlich männlicher Identität. So sind auch unter diesen Stichworten die ersten sechs Beiträge des Buches zusammengefasst. Vorgestellt werden Männer des achtzehnten, neunzehnten und zwanzigsten Jahrhunderts, die den Erwartungen ihrer Zeit an ein erfolgreiches Männerleben nicht oder nur teilweise entsprachen. Kritisch reflektiert wird das an Arbeit und beruflichem Erfolg orientierte Selbstbild der heutigen, meist männlichen Führungskräfte und das Empfinden des Scheiterns in der Eindimensionalität solcher Lebensentwürfe. Ein anderer Artikel gibt Einblick in das berufliche Scheitern von WissenschaftlerInnen und den unterschiedlichen Umgang der Geschlechter damit. Nur in einem Beitrag steht eine Frau im Mittelpunkt. Die Verwaltungsfachfrau aus dem Westen ist nach der Wende bei ihrem Versuch gescheitert, die Verwaltungsstrukturen im deutschen Osten zu verändern. Erforscht werden die inneren Bilder, die das Selbstverständnis der Frau prägen, und die Begründungen, die sie für ihr Scheitern findet.

Die LeserInnen erfahren über das Scheitern Gotthold Friedrich Stäudlins, eines Dichters der Aufklärung, der sich das Leben nimmt, weil zwar seine dichterische Tätigkeit Anlass zu schönsten Hoffnungen gibt, er aber nach einem abgebrochenen Jurastudium und dem politischen Engagement für Französische Revolution und Aufklärung beruflich in der bürgerlichen Gesellschaft nicht Fuß fassen kann und immer mehr in finanzielle Not gerät. „Die Selbsttötung“, so der Autor Andreas Bähr, „war ihm Ausdruck und Konsequenz seines eigenen moralischen Versagens. (...) Menschen, die sich in einer Ausweglosigkeit wie Stäudlins beschrieben, verstanden sich als moralische Subjekte. In einer Selbsttötung, die ihnen auf eigenes moralisches Versagen verwies, fanden sie auch die äußerste Bestätigung ihrer moralischen Würde.“ Hier wird die Selbsttötung nicht nur als Konsequenz und letzter Ausdruck des Scheiterns gewertet, sondern sie eröffnet die Möglichkeit, auch im Scheitern ein akzeptables Selbstbild aufrechtzuerhalten oder wieder zu erlangen.

Beruflicher und finanzieller Erfolg sind auch eine Generation nach Stäudlin ein zentraler Aspekt für eine männliche bürgerliche Identität. Auch für den Exilant und Theoretiker Karl Marx im fortschrittsoptimistischen 19. Jahrhundert haben sie einen großen Stellenwert. „Ein halbes Jahrhundert auf dem Buckel und immer noch Pauper! Wie recht meine Mutter hatte!“ Solche Selbstzeugnisse lassen spüren, wie sehr Karl Marx zeitlebens an dem Empfinden leidet, in diesem Punkt gescheitert zu sein. Marx muss erleben, dass die von ihm vorhergesagte gewaltsame Revolution nicht kommt, seine Bücher nicht den erwarteten Erfolg haben, er arm und finanziell abhängig bleibt. Dennoch hält er daran fest, Forschen als Ziel und

Inhalt seines Lebens zu sehen und bemüht sich nicht etwa um eine feste Stelle. Anderen gilt das ständige Revidieren seiner Aussagen, weil er neue Ideen und Veränderungen einbeziehen will, sein Hang zum Perfektionismus als Ausdruck des Scheiterns. So notiert der Schriftsteller Arnold Ruge: „Er liest sehr viel; er arbeitet mit ungemeiner Intensität. (Doch)... er vollendet nichts (...) Er bricht überall ab und stürzt sich immer wieder von neuem in ein endloses Büchermeer.“

Welche Kriterien entscheiden darüber, was als ein gelungenes beziehungsweise gescheitertes Leben gesehen wird? In einem glänzenden Artikel über Sebastian Hensel, Urenkel Moses Mendelssohns und Sohn Fanny Mendelssohn-Bartholdys, entfaltet Martina Kessel, Professorin für Geschlechtergeschichte an der Universität Bielefeld, die Seiten eines Lebens, das den seinerzeit vorgegebenen Kriterien für ein geglücktes Leben eines männlichen Bildungsbürgers nicht entspricht; nicht entspricht und doch nicht gescheitert ist. Kessel führt die LeserInnen nicht nur durch das ereignisreiche Leben Hensels, der sich von der bildungsbürgerlichen Familientradition entfernt und als Landwirt, Baudirektor und Nobelhotelier tätig wird, sondern bindet es überzeugend in geschichtliche, gesellschaftliche und geschlechtsbedingte Zusammenhänge ein und schafft so ein aufschlussreiches und anregendes Lesevergnügen. Kessel zeigt ein Leben, das „moralisch unanfechtbar, aber unterlegen in ungünstigen Konstellationen“ keinen geschlossenen Verlauf zeigt, aber „die Vorstellung eines modernen männlichen Subjekts als ‚kontinuierlich fortschreitend‘ nicht in Frage stellt“. Ist das „ein Lebenslauf in absteigender Linie?“ fragt Kessel und gibt mit ihrem Beitrag Einblick in die Relativität des Begriffs Scheitern.

„Religion, Nation, Generation“ definieren den Rahmen für das zweite Kapitel des Buches. Hier werden die Erfahrungen des Scheiterns im Prozess der Identitätsfindung bei den beiden Konvertiten Christian Salomon Deutsch und Salomon Maimon untersucht.

Berichtet wird von der (begrenzten) Bereitschaft der vor dem Ersten Weltkrieg geborenen deutschen Männer, sich mit ihrer Einstellung zum Nationalsozialismus und mit den Gefühlen von Scheitern, Schuld und Versagen auseinander zu setzen.

Weitere Beiträge beschäftigen sich mit dem Scheitern männlicher Selbstbilder angesichts von Kriegsgefangenschaft. Anhand der Memoirenliteratur von Kriegsgefangenen des Ersten Weltkrieges wird analysiert, welche Auswirkungen das Tabu der Gefangennahme für die Soldaten hatte. Andere Artikel widmen sich den Erinnerungen von Kriegsgefangenen des Zweiten Weltkriegs und ihren Versuchen, mit dem offensichtlichen Scheitern umzugehen, oder sie geben Einblick in die Kultur des Scheiterns in Literatur und Gesellschaft der USA.

In einem dritten Teil „Lob des Scheiterns“ geht es um Versuche des selbstbewussten Umgangs mit dem Scheitern. Hier finden sich u. a. der Beitrag eines Pädagogikprofessors, der in extenso seine Seminare analysiert, oder ein Vergleich der literarischen Figuren von Erich Kästner und Sven Regner.

Scheitern, das wird mit diesem Buch deutlich, ist ein zentraler Bestandteil menschlichen Lebens. Es wird spürbar, wie einengend es auf Dauer ist, wenn diese Facette des Lebens in den Keller des Bewusstseins verbannt wird. Das Buch macht Mut, in einer Zeit der Veränderung selbst aktiv nach neuen Antworten zu suchen, was für ein geglücktes Leben gehalten wird. Und vielleicht liegen diese Antworten jenseits der ausschließlichen Orientierung an beruflichem Erfolg, materiellem Wohlstand und männlich geprägten Heldenbildern.

Elke Grunewald

*Ralph Grossmann, Klaus Scala (Hg.): Intelligentes Krankenhaus – Innovative Beispiele der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen.* Wien, New York (Springer-Verlag) 2002. 208 Seiten. 24,80 €.

Ralph Grossmann und Klaus Scala versammeln in ihrem Bändchen, das bereits im Jahre 2002 erschienen ist, unterschiedliche Aufsätze zum Themenbereich der Organisationsentwicklung in Krankenhäusern und Pflegeheimen. In allen Aufsätzen wird der große Veränderungsdruck, der auf diese Art von klinischen Organisationen ausgeübt wird, deutlich. Die ökonomischen und rechtlichen Rahmenbedingungen verschärfen die Konkurrenzsituation untereinander.

Ökonomische Sicherheiten, die jahrelang die Kultur in diesen Organisationen prägen, gehören endgültig der Vergangenheit an. Auch Krankenhäuser in Deutschland und anderen europäischen Ländern müssen unter diesen Marktbedingungen schließen. Gleichzeitig erwarten die Kunden die beste medizinische und pflegerische Qualität und persönliche Ansprache. Hightechmedizin rund um die Uhr. Belastungen für alle, die in diesen Organisationen arbeiten, nehmen zu. Mit immer knapper werdenden Ressourcen muss immer mehr Qualität und Beziehung erreicht werden.

In dem 200 Seiten starken Band werden anhand internationaler Fallbeispiele konkrete Reorganisationsprojekte in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen dargestellt. Die unterschiedlichen Autorinnen und Autoren beleuchten klar und verständlich den Stellenwert von Organisationsentwicklung für die komplexen Steuerungsanforderungen des Krankenversorgungssystems. Die Praxisbeispiele vermitteln einen guten Überblick über unterschiedliche Zugänge und Problemstellungen von Veränderungen. Sie bieten eine praktische und theoretisch fundierte Orientierung aus erster Hand. Darüber hinaus wird in den Aufsätzen das Profil einer intelligenten Organisation konturiert. Ein gesellschaftlich zukunftsweisender Umgang mit öffentlichen Gütern wie Gesundheit, Bildung, Sicherheit, soziale Integration stellt hohe Anforderungen an die dafür eingerichteten Organisationen und ihre Steuerung. Diese Beiträge sind beispielhaft für intelligente Organisationen in anderen Sektoren.

Dabei sind in diesem Band Autorinnen und Autoren versammelt, die diese Fragestellungen anhand der Systemtheorie beleuchten. Selbst für Leserinnen und Leser, die diesem soziologischen Gedankengebäude nicht folgen, gibt es mannigfaltige Anregungen zu Steuerung und Intervention in komplexen Beratungssettings.

Alle Autorinnen und Autoren gehen davon aus, dass mit Mitteln der Gesetzgebung oder der Ressourcensteuerung zum Beispiel die Politik die Rahmenbedingung für die Entwicklung der Organisationen durchaus wirkungsvoll beeinflussen kann, aber die tatsächliche Veränderung und Entwicklung der Organisation und in den Organisationen und damit die Qualität ihrer Dienstleistung sind eine interne Leistung der jeweiligen Organisation. Dies führt im Rahmen von Beratung zu völlig veränderten Interventionsstrategien. Die Selbstorganisation der unterschiedlichen Systeme tritt in den Vordergrund und dementsprechend sind Konzepte der Organisationsentwicklung gefragt, die einen Beitrag zum Management und zur Beratung von Veränderungsprozessen in komplexen Organisationen leisten können. Dazu liefert der vorliegende Band hervorragende Beispiele.

Gleichzeitig wird anhand von vielen Aufsätzen deutlich, dass eine weitere Innovationsstrategie an deutliche Grenzen stößt: die Veränderung über Qualifizierung und Bewusstseinsbildung. Die Autorinnen und Autoren belegen aus ihrer Erfahrung, dass Lernprozesse von Personen nicht notwendigerweise eine Veränderung des Systems bewirken. Individuen und soziale Systeme bzw. Organisationen entwickeln sich nach unterschiedlichen Logiken. Qualifizierung und Coaching von Individuen ist eine notwendige, aber aus Sicht der unterschiedlichen Autorinnen und Autoren keine hinreichende Bedingung von Veränderung.

Insofern muss man zumindest den ersten Aufsatz von Ralph Grossmann und Klaus Scala „Krankenhäuser als Organisation steuern und entwickeln“ als programmatischen Aufsatz verstehen. Sie belegen aus meiner Sicht sehr deutlich, dass Steuerung in und von Organisationen nur im Rahmen des Schaffens von unterschiedlichen Kontexten gelingen kann und eine direkte Einflussnahme nur sehr begrenzt möglich ist. Sie transferieren diesen Ansatz in unterschiedliche Designs von Veränderungen und Beratungssettings.

Insofern leistet dieser Band einen Beitrag zur Theoriebildung von Beratungs- und Organisationsentwicklung und stellt neben diesen theoretischen Leistungen unterschiedliches Praxismaterial unterschiedlicher Beraterinnen und Berater zur Verfügung. Das Buch „Intelligentes Krankenhaus“ ist sowohl für Beraterinnen und Berater, die nicht im Krankenhaus arbeiten, ein Gewinn, aber auch für Leserinnen und Leser, die der Systemtheorie bisher kritisch gegenüberstanden. Sie werden in diesem Band viele Impulse für die eigene Beratungspraxis bekommen.

Thomas Behler

Andreas Heller, Thomas Krobath (Hg.): *Organisationsethik – Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie*. Freiburg im Breisgau (Lambertus-Verlag) 2002. 521 Seiten. 38,00 €.

Der 7. Band der Reihe „Palliative Care und Organisationsethik“ aus dem Universitätsinstitut für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (IFF) in Wien will keine Reflexion der sogenannten Kirchenkrisen anstellen, sondern Spuren aufnehmen, die aus der Krise herausführen. Dabei liegen alle Artikel und Fallbeispiele des Buches in den Feldern von Caritas, Diakonie und den beiden großen Kirchen. So soll der Buchtitel Organisationsethik die wertbasierte Zuspitzung der Organisationsentwicklung in Kirchen, Caritas und Diakonie aufzeigen. Obwohl die Aufsätze und Fallbeispiele sich auf diese wertorientierten Felder beziehen, lassen sich die Theorie- und Praxisbeispiele gut auf andere Felder übertragen.

In den unterschiedlichen Aufsätzen des Bandes wird deutlich, dass drei Ebenen in der ethischen Diskussion unterschieden werden können. Die Ebene des Einzelnen als Träger moralischer Handlungen, die Ebene der Organisation und die über der organisationalen Ebene liegende Ebene des Staates als Ordnungsmacht. Dabei wird in fast allen Aufsätzen deutlich, dass diese drei Ebenen unweigerlich miteinander verknüpft sind.

Wir leben in einer Gesellschaft von Organisationen. Es gibt kaum noch einen Lebensbereich, der nicht durch Organisationen berührt würde. Daher kann man zurecht – und das betonen Heller und Krobath in ihrem Aufsatz – die Organisiertheit aller Lebensformen als ein Schlüsselphänomen moderner Gesellschaft und die damit verbundene Vorstellung der vernünftigen Organisierbarkeit der Welt als tragende Ideologie der Moderne bezeichnen.

Nicht nur in den Organisationen, die wir in Caritas, Diakonie und Kirche finden, sondern in allen anderen Organisationen lässt sich am Beispiel der Optimierung von Unternehmens- und Betriebsabläufen die rational geplante Gestaltung von Organisationen erkennen. Der rote Faden in vielen Beratungsprozessen ist die Organisierbarkeit bestimmter Abläufe. Diese reicht vom Taylorismus über die unterschiedlichen Managementideen bis hin zur Vorstellung der lernenden Organisation. Letztlich angestrebt wird eine ständige Verbesserung der Funktionalität und Effektivität organisatorischen Handelns, die zumeist mit dem Begriff der Rationierung von Ressourcen begründet wird.

War dies in den letzten Jahren vornehmlich in Bereichen der Industrie zu finden, so ist diese Tendenz in den sogenannten klinischen und sozialen Unternehmen seit geraumer Zeit eine wesentliche Triebfeder betrieblichen Handelns. Die Konsequenz dieser Entwicklungen ist der Zuwachs an Bedeutung von ethischen Fragen in Organisationen. Dabei klärt auch der vorliegende Band den Begriff der Organisationsethik nicht vollständig. Im Kern geht es darum, dass sich die moralische Verantwortung von Organisationen nicht auf die moralische Verantwortung

der in ihr tätigen Individuen reduzieren lässt. Deutlich wird in dem Band, dass Organisationsethik eine organisationsbezogene Aufgabe ist, die überall dort an Relevanz gewinnt, wo die moralische Integrität einer Organisation gefährdet ist. Dies trifft wertgebundene Organisationen im Besonderen. Ziel von Organisationsethik ist es, eine Organisation als Ganzes so zu gestalten, dass ihre ethische Integrität erhalten, gestärkt und erweitert werden kann.

Folgt man diesen Thesen, so wird man die 32 Artikel auf ca. 500 Seiten kritisch lesen müssen. Letztlich deshalb, da die unterschiedlichen Aufsätze in dem Band eben sehr unterschiedlich sind.

Das Buch gliedert sich in vier Kapitel: Kirchen als Organisationen gestalten – Kirchliches Leitungshandeln professionalisieren – Christliche Identitäten in Strukturen übersetzen – Kirchliche Beratungskultur entwickeln. Die einzelnen Artikel behandeln Themenbereiche wie Wissensmanagement, lernende Organisation, Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen, Leitbildentwicklung, Personalentwicklung, Assessmentcenter, Wertemanagement in unterschiedlichen Organisationen usw. Das Buch erinnert also mehr an eine Sammlung von Aufsätzen zur zukünftigen Entwicklung in den Feldern von Caritas, Diakonie und Kirche als an eine explizite Auseinandersetzung mit Organisationsethik. Dabei darf man jedoch den beiden Herausgebern positiv unterstellen, dass dies in ihrem Verständnis jeweils Aspekte von Organisationsethik sind. Organisationsethik, und das wird beim Lesen der Aufsätze deutlich, ist untrennbar mit der Entwicklung von Organisationen verbunden.

Für Beraterinnen und Berater in den o. g. Feldern sind die meisten Artikel sicherlich ein Gewinn. Ansonsten muss man dem Buch attestieren, dass Organisationsethik in vielen Artikeln vorkommt, hier Konzepte und Umsetzungsideen beschrieben werden, es aber letztlich ein Buch über Organisationsentwicklung in Caritas, Diakonie und Kirche ist.

Dem eigenen Anspruch des Buches, keine Reflektion der Kirchenkrise zu betreiben, sondern vielmehr Spuren aufzuzeigen, die aus der Krise herausführen, werden die Herausgeber aus meiner Sicht gerecht. Kirchen, Caritas und Diakonie sind eben wie andere hochgradig wertorientierte Organisationen. Kirchliche Krankenhäuser, Wohnheime, Betreuungs- und Beratungseinrichtungen, Ortsgemeinschaften, pastorale Arbeitsbereiche organisieren und praktizieren Hilfe (aus ihrer Sicht christliche Nächstenliebe) in einer modernen Gesellschaft. Ihr Weiterbestehen und ihr Erfolg werden immer mehr davon abhängen, wie weit sich ihre Werte auch innerhalb ihrer eigenen Organisation abbilden und damit unterscheiden sie sich nicht von anderen Organisationen.

Der vorliegende Band versucht folgende Fragen zu beantworten:

- Welche Ethik kommt in ihren eigenen Organisationsstrukturen und Kulturen zum Ausdruck?
- Wie wird mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern umgegangen?
- Wie wird Leitung praktiziert?

- Wie kann christliche Nächstenliebe unter Marktbedingungen professionell gestaltet werden?
- Können christliche Organisationen heute neue Qualitäten entwickeln oder müssen sie ihr eigenes Sterben begleiten?

Das Buch versammelt so Beispiele kirchlicher Organisationsentwicklung und innovative Projekte für eine neue christliche Organisationsethik, an der sie sich selber messen lassen muss. Ein Buch nicht nur für Beraterinnen und Berater, die in kirchlichen Organisationen tätig sind.

Thomas Behler

*Wolfgang Hantel-Quitmann, Peter Kastner (Hg.): Der globalisierte Mensch. Wie die Globalisierung den Menschen verändert. Gießen (Psychosozial-Verlag) 2004. 282 Seiten. 19,90 €.*

Der Begriff der Globalisierung ist in aller Munde; je nach Blickwinkel werden die jeweiligen Chancen und Risiken in der politischen Diskussion unterschiedlich gewichtet. Dabei bleibt häufig unscharf, was damit eigentlich gemeint ist. Globalisierung erscheint als Sammelbegriff für reale Veränderungen in Hinsicht auf internationale Abhängigkeiten der Ökonomie, Medien oder Kultur.

Dabei steht die transnationale Vernetzung der Märkte und ihre Auswirkungen im Mittelpunkt der politischen Diskussion. Da multinational operierende Unternehmen weltweit Löhne, Arbeits- und Produktionsbedingungen vergleichen, um durch Produktionsverlagerungen Kostenvorteile zu nutzen, sind die einzelnen Staaten gezwungen – so das Credo –, ihre nationalen Märkte für potentielle Kapitalanleger möglichst attraktiv zu gestalten. In Deutschland werden die Folgen aktuell unter den Stichworten Abbau von Arbeitnehmerrechten, Einschnitte in die sozialen Sicherungssysteme und Reallohnverlusten diskutiert.

Die im Schlepptau der Globalisierung erzwungene Flexibilisierung bringt die individuelle Balance zwischen Arbeits- und Freizeit nachhaltig in Unordnung. Wie wenig Rücksicht darauf genommen wird, verdeutlicht die Reaktion des Personalmanagers von Microsoft auf die Frage eines Journalisten nach der Berücksichtigung der Work-Life-Balance: „Welch dumme Frage! Wir stellen doch gerade diese antriebsstarken Leute ein, die versuchen, die Balance ihr ganzes Leben hinzukriegen.“

Unter der Dominanz der Ökonomie verändern sich weit über Betrieb und Arbeitsmarkt hinaus große Teile unsers Lebens. Dass sich die Veränderungen nicht auf den Bereich der Wirtschaft begrenzen lassen und Auswirkungen auf das konkrete Handeln und Erleben von Menschen haben, hat R. Sennett bereits 1998 in seiner Studie über den flexiblen Menschen plausibel beschrieben. Anhand von Fallgeschichten analysiert er die Folgen des flexiblen Kapitalismus für die Lebens-

führung und den persönlichen Charakter der Menschen. Der damit nachdrücklich in den Blick gerückte Zusammenhang von Globalisierungsprozess und individueller Entwicklung, wird im vorliegenden Sammelband aufgegriffen und in seinen unterschiedlichen Aspekten beleuchtet. Die beiden Herausgeber W. Hantel-Quitmann und P. Kastner setzen damit einen Suchprozess fort, den sie bereits mit ihrem Buch über „Die Globalisierung der Intimität“ (Psychosozial-Verlag 2002) begonnen haben. „Es geht uns“, so die Herausgeber im Vorwort der aktuellen Veröffentlichung, „um Wahrnehmen, um Sensibilisierung, um ein Sichtbarmachen der Auswirkungen der ‚Globalisierung‘ auf Menschen. Dabei umkreisen wir eher das Thema, als es aus einer Perspektive her zu beschreiben.“ (S. 10)

Einen ersten Kreis ziehen die Autorinnen und Autoren, indem sie sich breit gefächert unterschiedlichen „Phänomenen“ widmen. Dabei stehen Auswirkungen auf Paarbeziehungen (W. Hantel-Quitmann), Familien (S. Quitmann) oder Beziehungen allgemein (E. Witte) neben der Beschreibung der Prägungen international agierender Manager (J. Christopheit) und den sich entwickelnden interkulturellen Kompetenzen (C. Rotter). Dies wird ergänzt durch einen expliziten Gender-Blick auf die Folgen der Globalisierung (Y. Koller-Tejeiro) und der Diskussion von Möglichkeiten der Armutsbekämpfung (A. Ditta). Interessant wird es immer dort – aber das mag meine subjektive Sicht sein – wo die Konsequenzen der wirtschaftlichen Entwicklung auf die Mikrosysteme Familie, Paarbeziehungen und Geschlechterverhältnisse gezogen werden: wo die intimen Beziehungen flexibilisiert wurden, „so wie sie erstmals auseinander getrieben wurden bis zur Vereinzelung, um als flexible und mobile Menschen den Wirtschaftsinteressen zu gehorchen, so werden sie wahrscheinlich durch die wirtschaftliche Not auf der anderen Seite wieder zusammen getrieben werden.“ (S. 42)

Ein zweiter Kreis fasst unter dem Stichwort „Klärungen“ Beiträge mit grundsätzlichen Überlegungen zur Wirkung von Globalisierung zusammen. Während P. Kastner einen Erklärungsversuch der Globalisierung unter philosophischen Gesichtspunkten unternimmt, beschreibt C. Trapp anschaulich das grundsätzlich Neue des „Zeitalters der Globalisierung“ als Verschiebung der Perspektive: Akteur und Adressat der Forderungen und Erfordernisse ist jeder Einzelne für sich selbst – und das losgelöst aus sozialen Beziehungen. Insofern ist nicht allein der Aspekt der Flexibilität das Kernstück sondern die „Reduktion des Menschen auf ein beziehungsloses Individuum, das, isoliert von Gott und der Welt – für sich allein stehend –, als alleiniges Objekt sozialer und ökonomischer Veränderungen gesehen wird, die zu beeinflussen ihm offen steht, sofern es sich entschließt, gemäß der Spielregeln des ‚Marktes‘ als Akteur zu agieren.“ (S. 203) Der Kreis der „Klärungen“ wird ergänzt durch Überlegungen zu Verfügungs- und Wirkungszusammenhängen (R. Kößler) und zu Handlungsspielräumen (C. Addick) in Globalisierungsprozessen.

Unter dem Stichwort „Handeln“ finden sich thesenartig einige Gedanken zur Glo-

balisierung und den Folgen von P. Gottwald und die Skizze einer neuen Handlungslehre von P. Kastner und P. Gottwald, die mit der beinahe trotzigem Einsicht schließt, dass angesichts der Verflüchtigung der Moral in der heutigen Situation nur noch eine Haltung bleibt, „die zum Vorbild werden kann oder eben zum Ärgernis. Jedenfalls ist damit eine einzelne Person angesprochen, die sich Klarheit verschaffen kann über ihre Situation in der Gesellschaft und in der Welt – aber sie wird nicht mehr angesprochen durch immer neue Gesetzestafeln, sondern von der Fülle der Handlungsmöglichkeiten – und hinter den Handlungsmöglichkeiten.“ (S. 282)

Die Stärke des Sammelbandes ist gleichzeitig seine entschuld bare Schwäche: die einzelnen Beiträge sind abwechslungsreich, z. T. überraschend und darin anregend. Dabei wechseln sie die Ebenen von der Beschreibung realer Veränderungen in den unterschiedlichsten Bereichen hin zu elaborierten wissenschaftstheoretischen Grundsatzfragen. So bleibt am Ende der Lektüre ein zwiespältiger Eindruck – und das Gefühl, dass auch die gedankliche Auseinandersetzung mit komplexen Fragen ziemlich anstrengend werden wird. Aber wie könnte es auch anders sein in unseren globalisierten Zeiten.

Jürgen Kreft

## Neue Bücher

### Zwei Themen – ein Autor: Harald Pühl und seine Neuerscheinungen

Harald Pühl ist einer der wichtigen Autoren und Publizisten, der supervisorisches Denken und Forschen zusammengefasst, veröffentlicht und deutlich verbreitert und vertieft hat. Mit seinen drei großen Handbüchern hat er nicht nur Wissen und Nachdenken zusammengetragen, sondern auch Fragestellungen eröffnet und zu neuen Fragestellungen eingeladen. Mit seinem Buch „Angst in Gruppen und Institutionen“ – nunmehr erschienen in der 3. Auflage, hat er einen wichtigen Baustein geleistet zur inneren und unbewussten Dynamik in Organisationen. Dies setzt er nun fort mit gleich zwei innovativen Büchern, die ich der Reihe nach vorstellen werde:

*Pühl, Harald: Mediation in Organisationen. Neue Wege des Konfliktmanagements: Grundlagen und Praxis. Berlin (Ulrich Leutner Verlag) 2003, 198 Seiten, 19,95 €.*

Bei der ersten Veröffentlichung handelt es sich um einen Sammelband mit 11 Artikeln und einem Anhang mit der Mediationsordnung des Bundesverbandes Mediation in Wirtschaft und Arbeitswelt e. V. (BMWA).

Beim Lesen des Buches und im Buch entstehen Vorstellungen, wie man Supervision auf gutem Weg verlassen kann, einen Mediationsumweg laufen kann, um wieder zur Reflexion der Supervision zurückzukehren. Dass Mediation als gesondertes Verfahren in Teams und Organisationen gefragt sein kann, bedarf keiner Erklärung, dass beide Verfahren, also Supervision und Mediation, sich überhaupt nicht ausschließen, sondern gut kombiniert werden können, darauf verweist das Buch explizit (H. Pühl: Organisations-Mediation im Kontext verwandter Beratungsverfahren) oder implizit, z. B. in dem Artikel von Inka Heising: Rollenklärung durch Mediation.

Viele Ebenen von Organisationen werden abgebildet und in Fallbeispielen, wie Mediation angewendet wurde, durchgearbeitet:

Betriebsrat und Unternehmensleitung (Peter Knapp und Gerhard Falk), Teamentwicklungen (Alexander Redlich), Klimakonferenz bei giftigem Klima (Hüseyin Özdemir).

Aber auch sehr praktische Anleitungen Step by Step, z. B. Andrea Budde: Betriebliche Konfliktlotsen, Christina Lenz: „Pre-Mediation“, also wie man Mediation vorbereitet, oder wie man (tatsächliche oder vermeintliche – das wird leider nicht diskutiert, das wäre wohl auch eher ein supervisorisches Thema) Mobbing-

beziehungen mit Mediation durchsichtiger und lösungsorientiert bearbeiten kann (Christa Kolodej).

Harald Pühl macht nicht nur die Einführung, sondern auch die Begrenzung: Die Komplexität des Beratungsbedarfs in Organisationen setzt voraus, dass Berater für eine gründliche Auftragsklärung wenigstens einen Überblick über die unterschiedlichen Verfahren haben, wenn nicht gar Kenntnisse – oder ein Stück Bescheidenheit:

*Triangel Institut (Hrsg.):* Brücken und Tücken Psychoanalytisch-Systemischer Beratung. Berlin (Ulrich Leutner Verlag) 2004, 187 Seiten, 18,00 €.

Bei der zweiten Veröffentlichung handelt es sich um eine Dokumentation der Jubiläumsfachtagung zum 20-jährigen Bestehen des Triangel-Instituts in Berlin: 10 Artikel und – besonders angenehm: ein Stichwortverzeichnis.

Das Buch will – wie Harald Pühl das öfter will („Familie – Gruppe – Institution“) – Dreiecke herausarbeiten, dieses Mal: Systemik – Psychoanalyse – Beratung.

Diese Suche (oder Sucht?) nach Dreiecken verleitet Erhard Tietel dazu, alle möglichen Dreiecke, also Formen institutioneller Triangulierung unter psychoanalytischen und systemischen Aspekten herauszuarbeiten – interessant und innovativ, aber mit deutlichen Überlängen!

Andere Artikel beschäftigen sich eher mit den Brücken, also zwischen Supervision und Organisationsberatung (Heinz-Ulrich Thiel) oder zwischen der Beziehung von Person und Organisation in der systemischen Beratung (Helmut Willke). Harald Pühl selbst versucht, eine Mediation in einer Organisation unter beiden Theorieaspekten zu analysieren und Rolf Koerber beschreibt Beratungsbedarfe in Schulen und konstatiert, dass man analytische und systemische Kompetenzen haben müsse – das steht aber nur am Schluss und wird aus dem Artikel selbst nicht deutlich. Heike Düwel verfolgt – hoch interessant – anhand von drei Supervisionsprozessen die Gegenwärtigkeit der NS-Vergangenheit in den aktuellen Beziehungsdynamiken von Organisationen, greift damit einen Schwerpunkt der Gruppenanalytiker auf und vergisst dabei die Großüberschrift: Psychoanalytisch-Systemische Beratung.

So geht es auch den Autoren: Pieter Hutz und Andreas Weber, die die Wechselwirkung zwischen traumatisierten Menschen und Helferinstitutionen beschreiben – ebenfalls ein spannender Artikel, aber ohne Bezug zu explizit systemischem Denken.

Das Buch handelt mehr von den Brücken und den Tücken, wenig(er) von dem Vergleich oder von der Kombination oder dem Ausschluss oder von der themenabhängigen Auswahl oder von den Folgen oder ... oder ... psychoanalytischer und systemischer Ansätze. Aber es stellt immerhin mal die Frage und in einigen Arti-

keln wird mit beiden Achsen, also der Psychoanalyse und der Systemik und mit den Brücken und den Tücken gearbeitet. Und das möchte ich der Supervisorengemeinschaft (und nicht nur dieser) dringend ans Herz legen, nicht nur Verfahren zu kombinieren (siehe Pühls Mediationsbuch), sondern auch Theorien und ihre nachfolgenden Fragestellungen, Untersuchungsrichtungen und Handlungsansätze zu reflektieren. Statt häufig arrogant formulierter Ausschlussbekundungen, die ebenso häufig Unkenntnis der jeweils anderen Richtung (eher notdürftig) kaschieren sollen, steht in meinen Augen eine ernsthafte vergleichende Auseinandersetzung mit den Theorieansätzen und ihrer Kombination oder ihrer nicht-möglichen Kombination noch aus: von daher ist das Triangel-Jubiläums-Buch ein Anstoß, mehr eine Frage als eine Antwort – aber damit erfüllt es seinen Zweck auf gute Weise!

Annemarie Bauer

## Briefwechsel

Lieber Gregor,

ich habe mich über Deine Antwort sehr gefreut, denn ich war schon gespannt, ob und wie Du nach unserer langen „Funkstille“ reagieren würdest. Als ich dann Deinen Brief gelesen hatte, war die alte Vertrautheit sehr schnell wieder da.

Was mich in der Zwischenzeit beschäftigt hat, war Deine kurze Bemerkung über die Schwierigkeiten, zwischen der Werthaltung in der Supervisorenrolle und als Person zu unterscheiden. Das fällt mir nicht leicht. Überhaupt bin ich in letzter Zeit ziemlich schnell moralisch entrüstet.

Manchmal habe ich den Eindruck, meine Empfindlichkeit und Strenge nimmt deshalb zu, weil ich mich mit meinen persönlichen Werthaltungen allein fühle. Im Alltag wird nach Werten kaum noch gefragt. Wer es dennoch tut, wird als politisch korrekter „Gutmensch“ verspottet. Deutlich spüre ich dies ganz banal beim Einkaufen. Dass wir unsere Lebensmittel aus ökologischen Gründen auf dem Bauernmarkt oder im Bioladen kaufen, wird als persönliche Marotte ja noch belächelt. Aber dass wir auch für größere Anschaffungen wie Herd oder Waschmaschine das kleine Fachgeschäft im Viertel bevorzugen, führt selbst im Freundeskreis zu ratlosem Achselzucken – man ist ja nicht blöd. Aus ihrer Sicht hat die Kaufentscheidung mit Wertfragen nichts zu tun.

Überhaupt scheinen wir im Alltag ganz gut ohne Werte auszukommen. Und trotzdem haben ethische Fragen Konjunktur: Die UN ruft die Wirtschaftsunternehmen dazu auf, dem Global Compact zur sozialen und ökologischen Gestaltung der Globalisierung beizutreten – was immerhin schon 2.000 Unternehmen getan haben. Die EU erklärt 2005 zum Jahr der Corporate Social Responsibility (= CSR, der neue Modebegriff). Und in meiner Zeitung habe ich gelesen, dass an der katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt der erste Lehrstuhl für Unternehmens- und Wirtschaftsethik eingerichtet wurde. Ist es nicht eigenartig, dass gerade in der gegenwärtigen Situation Ethik einen solchen Stellenwert erlangt. Ist das nur Kosmetik? Oder schlägt das Pendel wieder zurück?

Ich fand sehr anregend, was Peter Heintel im letzten Jahr auf einer Tagung der ANSE ausgeführt hat. Für ihn ist die Frage nach den Werten Ausdruck einer Verunsicherung. Zum Wesen des Menschen gehören notwendig die Widersprüche. Die Widersprüche führen zu Konflikten. Und in den Werten finden sich tradierte Möglichkeiten, die Konflikte zu bewältigen. Anscheinend werden die bereitgestellten Lösungen heute nicht mehr von allen akzeptiert. Zumindest werden sie fragwürdig. Oder haben sich die Widersprüche verschärft?

Die Ausführungen Peter Heintels zur Werthaltung in der Supervisorenrolle fand ich auch sehr interessant. Zunächst nimmt er – wie Du in Deinem Brief – eine Trennung zur persönlichen Werthaltung vor: Obwohl es vermutlich schwierig ist,

die eigenen Werte strikt auszuklammern, weil sie überall „eingemischt“ sind, sollte man behutsam damit umgehen.

Der ethische Aspekt in der Supervisorenrolle ergibt sich eher aus der Verantwortung für das Setting. Supervision wird so zum Ort für ethische Reflexionen, wo über das gesprochen werden kann, was im Alltag ausgespart wurde: Was sind denn unsere leitenden Werte? Welche Werte werden durch Sach- und Sparzwangargumente ausgeblendet? Welche Werte liegen miteinander im Widerstreit?

Ein wenig habe ich den Eindruck, dass sich ethische Fragestellungen ganz zaghaft wieder an die Oberfläche drängen. Bei aller Skepsis über die Wirksamkeit von Ethikkommissionen und entsprechenden Leitlinien kommen auf diese Art und Weise die Widersprüche wieder in den Blick. Auf der persönlichen Ebene ist das Sache des je Einzelnen – und da beginnt es mit der Haltung, dass man sich und seine Handlungen ernst nimmt. Man kann das auch Selbstachtung nennen. Und diesen Aspekt finde ich auch für unsere Profession wichtig.

Ich wünsche Dir eine schöne Zeit und sende Dir herzliche Grüße

Constanze

Liebe Constanze,

im Mai war ich auf der Supervisionstagung in Schwerte, die von FIS und Ifobs gemeinsam veranstaltet wurde. Hier war zunächst auffallend, dass die geplante Arbeitsgruppe „Ethische Leitlinien – Werte im Spannungsfeld von Individuum und Institution“ mangels Anmeldungen ausfallen musste. Was bedeutet das? Ist die Wertefrage privatisiert, weil sie bei Auftragsverhandlungen stört? Manche denken so und verhalten sich entsprechend. Es gibt inzwischen arbeitslose Supervisoren, denen man keineswegs die fachliche Beratungsqualität absprechen kann. Warum bekommen diese Kollegen keine Aufträge? Sind sie bei Kontrakt- und Settingsverhandlungen normativ fixiert oder defensiv schüchtern? Bekommen diejenigen, die sich schämen, denen Selbstpräsentationen peinlich sind, keine Arbeit mehr?

Besonders erfreulich fand ich bei der genannten Supervisionstagung den offenen Diskurs im Schlussplenum zwischen Podium und Auditorium. Hier wurde einerseits die These vertreten: Berater sind verantwortlich für die Organisationen, die sie beraten. Daraus folgt eine enge Zusammenarbeit mit der Leitung, was die Frage nach der Überparteilichkeit neu stellt. Bis zu der Frage, ob man nicht den Begriff Supervisor ersetzen müsse durch eine Bezeichnung, die die Beratung in Arbeitsprozessen zu Arbeitszielen hin in Organisationen in eine neue Berufsbezeichnung bringe. Andererseits wurde verdeutlicht, dass die Verantwortung für die Organisationen Leitungs- und nicht Berateraufgabe sei. Ratgeben könne man in der Identifikation. Zu Beratung gehöre oszillierendes Verstehen zwischen Einfühlung und Distanz. Und das Infragestellen der Berufsbezeichnung Supervisor könne

auch ein „Schuss ins Knie“ sein; vielleicht der symbolische Verzicht auf Werte, die man in diesen Begriff über viele Jahre hineingearbeitet hat. Andere meinten, man müsse Kontrakt und Setting neu entwickeln, flexibilisieren, verhandelbar machen, an der supervisorischen Haltung ändere das nichts. Ob das so einfach und pragmatisch möglich ist?

Feststellbar ist, dass „klassische“ Supervisionsprozesse in Teams, die zwischen Team und Supervisor kontraktiert werden und wobei die Organisationsleitung als Dritte in den Dreieckskontrakt kommt, immer seltener stattfinden. Die Organisationsleitung wird im Dreieck zur ersten Instanz, wird als Auftraggeber aktiv, bleibt es, kontrolliert es und versucht größtmöglichen Einfluss zu nehmen. Der Supervisor wird der Dritte im Dreieck. Versucht er sich durch Nähe zur Leitung aus dieser Position zu befreien? Und wenn dies so ist: Ist das notwendig für eine gelingende Beratung, weil man aus der „Kinderrolle“ nicht beraten kann?

Gibt es eine Krise der Supervision? Sind die Supervisoren durch die Macht des Marktes in ihrer Existenz erschüttert? Der vor Jahren diskutierte Wunsch nach gesellschaftlicher Anerkennung wird nirgendwo mehr erwähnt. Ein geträumter Traum? Dabei gibt es die große Gruppe von 5 Millionen arbeitsloser Menschen, von denen viele arbeitsunfähig werden, weil ihre Initiativkraft sinkt, ihr Selbstbewusstsein zurückgeht. Es reicht nicht, hier Umschulungswege, Weiterbildungswege zu suchen, also äußere Realitäten zu verändern. Hier sind in Vielzahl menschliche Identitäten erschüttert. Warum kommt hier niemand auf die Idee, dass hier Supervisoren identitätsstützende Hilfe leisten könnten, Einstellungsveränderungen bei den Betroffenen entwickeln könnten? Supervisoren sind doch Spezialisten für die Beziehung zwischen Mensch und Arbeit. Aber vielleicht gibt es bereits ein Modellprojekt für Supervision mit arbeitslosen Menschen, und es ist mir nur nicht bekannt?

So eine Tagung setzt Gedanken frei, regt an und regt auf. Vielleicht treffen wir uns demnächst mal wieder bei einer solchen Tagung.

Sei herzlich begrüßt von Deinem Kollegen

Gregor

## Randbemerkungen

*Robert Maxeiner*

### Wolfen

Kennen Sie noch Wolfen? Die Älteren unter Ihnen werden sich bestimmt erinnern. Wer hat damals nicht gewolft? In einem Teil der Szene hatte es sich auch als Wolfig eingebürgert. Ich finde Wolfen noch immer die griffigere Bezeichnung, weil es wie Laufen oder Surfen eine Form von Bewegung ausdrückt.

Der aufstrebende Leistungsträger braucht Neues, Frisches, Unverbrauchtes, und zum günstigsten Zeitpunkt – ja, ich scheue diesen Vergleich nicht – landete ich wie ein Messias unter seinen Jüngern auf dem Markt des Erfolgs und verkündete das neue Heil durch Wolfen.

Jeder anständige Bürger, jeder arbeitende Mensch, zumindest in Leitungsfunktion, hatte in jener Zeit schon sämtliche Verfahren durch, mindestens dreimal seine Familie aufgestellt, sein Verhalten therapieren lassen, den Urschrei ausgestoßen, war in Gedanken hunderte Male barfuß durch weichen Sand und taufisches Gras gewandelt und hatte das Kribbeln um den Bauchnabel herum gespürt, was die Arbeit betraf, sich coachen, medieren, programmieren, supervidieren lassen, wenn er etwas auf sich hielt, und wenn er weiter privat wie beruflich in der Erfolgsspur fahren wollte.

Bei der Vorstellung eines Produkts, auch in diesem Fall – es handelt sich um eine Form von Beratung, Weiterbildung, Training – steht immer die Frage: Was will der Kunde? Ich liefere sofort die Antwort hinterher: Der Kunde will keine langwierigen, tief schürfenden Beratungen, sondern 1. klare Handlungsanweisung oder 2. Heilung oder 3. beides, weil er dann weiß, was er zu tun (möglicherweise auch zu lassen) hat, weil er nicht auf die Begrenztheit seines Einflusses hingewiesen wird (Ressourcen werden per se so behandelt, als seien sie unerschöpflich), und weil er nach herkömmlicher Methode die Folgen seines Handelns einsehen müsste, (was er auf gar keinen Fall will) und schließlich, weil er sich im Umkehrschluss ganz, eindeutig und richtig fühlen will.

Der Kunde ist immer König, und so war es auch in diesen schweren Zeiten, versteht sich (kaum Wirtschaftswachstum, hohe Arbeitslosigkeit). Jedenfalls wurde er so behandelt, d. h. er konnte zwischen den verschiedensten Angeboten zu unterschiedlichen Bedingungen und Preisen wählen. Sollten dennoch, weiß der Teufel woher, eigene Bedürfnisse aufkommen, wurden sie, sowohl in der Politik als auch in der Werbung üblich, mit den zur Auswahl stehenden Produkten gleichgesetzt. Sickerte trotz dieser gründlichen Vorsorgemaßnahmen dennoch ein Bedürfnis durch die Maschen, wurde es ignoriert, oder, wenn es dem Kunden gelang, aus irgendeinem Grund sich dennoch damit in den Vordergrund zu spielen, wurde sein

Anliegen als egozentrisch, wenn das nicht half als asozial, verkommen, megaout gebrandmarkt. Dies galt ebenso für kritisches Hinterfragen. Die Äußerung von Kritik wurde in diesen Zeiten immer als eine übertriebene bezeichnet, was mir, offen gestanden, missfiel, (ein zu primitives Mittel, wenn auch immer wieder wirksam), während das mehrmalige Kritisieren von Produkten als Jammern oder permanentes Stänkern angesehen wurde. Als Folge mussten diese Kunden, meistens verdeckt, mit Strafen bis hin zu Entlassungen rechnen. Wer nicht entlassen werden konnte, wurde zumindest mit Verachtung und Spott seitens seiner Mitmenschen überschüttet. Ich spreche hier, wohlgermerkt, von den seltenen Ausnahmen, weiß man doch, das Fressen kommt vor der Moral, und dies gilt in schlechten Zeiten, in welchen Gürtel ohnehin enger geschnallt werden, in besonderer Weise.

Heute kann ich es Ihnen ruhig zugeben: Ich bin nicht der Erfinder des Wolfens. Die Grunderkenntnis, auf der die Theorie des Wolfens aufbaut, stammt von einem römischen Philosophen namens Plautus und wurde seither von bedeutenderen Geistern als ich es bin immer wieder belegt und überarbeitet. Ich hörte zuerst darüber durch den Vortrag eines merkwürdig aussehenden älteren Herrn, so mit Fliege und Nickelbrille, dessen Namen ich sofort wieder vergessen habe, anlässlich einer Verkaufsschulung. Ich brauchte nur noch den kleinen, aber entscheidenden Schritt zu gehen, die Philosophie in eine Strategie umzuwandeln.

Als Erstes sicherte ich mir sämtliche Rechte an der Theorie des Wolfens. Anschließend baute ich es zu einem Beratungs-, Fortbildungs- und Therapiekonzept aus.

Um mich an eine breite Masse wenden zu können und nicht in den Verdacht zu geraten, es nur auf eine finanzstarke Elite abgesehen zu haben, rückte ich nicht zu Anfang den Alpha-Wolf ins Zentrum des Blickfelds, sondern betonte die Vorzüge des Rudels. Nur das Jagen im Rudel garantiert den Erfolg, gewährt das Überleben. Ein einzelner Wolf, der sich nur von Mäusen und Ratten ernähren kann, führt ein jämmerliches Dasein und früher oder später krepirt er. Der Erfolg bei der Jagd wird durch die bedingungslose Ausrichtung auf das Ziel und das Aufteilen der Rollen gewährleistet: Beute umstellen, einkreisen, hetzen, angreifen, im entscheidenden Moment an der richtigen Stelle zupacken. Bei einem Wolfsrudel handelt es sich um ein perfektes Team, das galt es als Erstes zu vermitteln. Mir ging es darum, Teamgeist zu fördern, Vertrauen zu schaffen, zu betonen, dass auch das schwächste Glied seine Aufgabe hatte und nicht verloren ging, Nachwuchs gefördert wurde. Das lässt sich hervorragend bei den Wölfen lernen: Welpen werden fürsorglich an die Jagd herangeführt, und alle im Rudel bekommen etwas von der Beute ab.

Ein Team muss funktionieren, und ein Wolfsrudel ist, was Effizienz angeht, jeder vergleichbaren Gruppe überlegen. Das liegt nicht nur daran, dass sie bedingungslos auf ihr Ziel ausgerichtet sind, und über eine perfekte Rollenverteilung, sondern auch und vor allem über eine genau gestaffelte Hierarchie verfügen. Schauen Sie sich mal eine Fußballmannschaft an; die können noch so kämpfen,

technisch so brillant sein, wenn das Team, das heißt die Hierarchie im Team nicht klappt, dann funktioniert gar nichts, kein Erfolg, und nur auf den kommt es an.

Damit komme ich auf einen nächsten, wichtigen Konzeptteil: Die interne Rangordnung. Sie merken, ich nehme kein Blatt vor den Mund, nenne die Dinge beim Namen. Das hat mir mancherlei Kritik von Seiten meiner Gegner eingetragen, und meine Befürworter mobilisiert, sich für mich einzusetzen, weil sie wussten, sie können sich auf meinen eindeutigen Standpunkt verlassen.

In einem Wolfsrudel unterscheidet man Alpha-, Beta-, Gammatiere usw. Jeder muss erkennen, wer er ist, wo er hingehört, welche Aufgaben ihm damit zufallen. Aber das alles genügt natürlich nicht, weil es irgendwann Stillstand bedeuten würde, und das ist das Krebsgeschwür im Körper des Erfolgs. Jedes Mitglied muss immer wieder anstreben, sich zu verbessern, sich nach vorne zu kämpfen und darauf achten, keine Schwäche zu zeigen, sich nicht von seinem Platz vertreiben zu lassen. Erkennen Sie das Besondere dieser Einsicht? Sie vermittelt, dass persönlicher Ehrgeiz und Steigerung der Produktivität im Sinne der Organisation total kompatibel sind. Es ist notwendig, den Gegner in den eigenen Reihen auch mal weg zu beißen, damit der stärkste Wolf an der Spitze des Rudels steht. Er frisst zuerst und nur ihm fallen die besten Stücke von der Beute zu.

Meine treuesten Beratungskunden, das sei hier nebenbei bemerkt, kamen von Anfang an aus der Industrie, weil ihnen meine Theorie sofort einleuchtete und das Verfahren mit sämtlichen Modulen zugänglich war. Jeder strebte es an, der Alpha-Wolf zu werden und befürchtete, in der Rangordnung zu fallen, wenn er sich nicht durch Wolfen trainierte.

Ich gründete ein Fort- und Weiterbildungsinstitut. Anfänglich arbeitete ich in kleinen Gruppen; als sich schnell Erfolg einstellte, bot ich einen ganzen Ausbildungsgang Wolfen an. Je nach Klientel unterschied ich die Ausbildung zum Rudelführer oder zum Wolfes-Coach. Die Nachfrage war inzwischen so groß geworden, dass ich nicht befürchten musste, mir die eigene Konkurrenz heranzuziehen, im Gegenteil, ich brauchte qualifizierte MitarbeiterInnen, um der großen Nachfrage Herr zu werden. Ich entwickelte ein spezielles Entertainment für Großveranstaltungen mit mehreren hundert Leuten. Massen muss man steuern, dirigieren, wie ein guter Entertainer gleich und permanent im Griff haben. Ich nahm das Mikrofon und verkündete mit einer Stimme, die nicht den geringsten Zweifel aufkommen ließ: „Wir sind das Rudel, und wir werden Erfolg haben.“ Sie werden es nicht glauben, aber nach kurzer Zeit steigerte sich die Masse in einen regelrechten Rausch. Ich konnte sie, eben wie Wölfe, zum Heulen bringen, was einem Trancezustand bei animistischen Zeremonien ähnelte.

Bei Führungskräfte trainings schaffte ich eine Laborsituation. Ich gab der Gruppe den Auftrag, eine perfekte Rangordnung wie in einem Wolfsrudel herzustellen. Wer es dabei nur zu einem Platz im Mittelfeld brachte oder gar zum Omega-Tier wurde, brach oft weinend zusammen. Aber mein Auftrag lautete, realistische, das

heißt möglichst produktive Verhältnisse herzustellen. Meine Auftraggeber waren mir in der Regel dankbar dafür, konnten auf diese Weise ungeeignete Führungskräfte aussortieren. Was nützt es dem rangniedersten Wolf, wenn die anderen ihm im harten Winter nur noch die Knochen von der Beute übrig lassen; da sucht er sich doch besser ein anderes Rudel. Manchmal beauftragten mich die Firmen auch, durch Trainings ältere oder oft zum Krankenstand neigende Mitarbeiter zu ersetzen. Ein Wolfsrudel kann bei der Jagd nur dann erfolgreich sein und konkurrenzfähig bleiben, wenn alle Tiere ihren Job perfekt beherrschen. Also werden Alte und Kranke, wenn sie nicht mehr schnell genug für die Jagd sind, ausgestoßen. Letzten Endes sind sie meist dankbar für das Ende mit Schrecken.

Einige dieser, zugegeben harten, aber nicht unpopulären Maßnahmen, gelangten in die Medien und brachten mir den Vorwurf des Sozialdarwinismus ein, aber noch bevor ich mir eine passende Reaktion hatte einfallen lassen, verebten diese Stimmen von selbst wieder, denn es fehlte ihnen am Nährboden. Ich bildete mir nicht ein, dass dieser schnelle Abwehrerfolg allein auf mein fundiertes Konzept zurückzuführen war. Es ist viel mehr so, dass in schlechten wirtschaftlichen Zeiten alle mit den Wölfen heulen müssen.

Übrigens werden Sie sich sicherlich gefragt haben, warum ich nicht beim Wolf als Identifikationsfigur gegen das alte Vorurteil zu kämpfen hatte, dass dieser schließlich kleine Kinder, namentlich das Rotkäppchen und auch die sieben Geißlein gefressen hatte. Nun, ganz einfach, ich machte mir zu Anfang die neuere Forschung zu Nutze und holte mir darüber gleich die Umweltschützer ins Boot. Später wurde ich diese zum Glück schnell wieder los, als sie argumentierten, ich nutze den Wolf nur für meine ganz persönlichen, kapitalistischen Ziele aus. Wer mir immer ein Rätsel blieb, waren die Amerikaner. Ich hatte über ganz Europa Erfolg mit dem Wolfen, aber in den USA fand ich keinen Markt, obwohl ihnen doch meine Methoden wie auf den Leib geschneidert waren. Ich erkläre es mir heute so, dass sie einfach neidisch und verärgert waren, weil sie selbst nicht auf das Wolfen gekommen waren und betrachteten mich nicht als Geschäftspartner, sondern als Konkurrenten. Manchmal hatte ich sogar in meinen besten Zeiten gelegentlich den Eindruck, dass ich beschattet wurde, irgendwo von ganz oben, vielleicht hatte sogar der CIA seine Hand im Spiel.

Kurze Zeit später wurde ich in diesem Verdacht bestätigt, als ich von einem amerikanischen Kunden wegen Volksverhetzung und Beihilfe zum Mord angezeigt wurde. Ein Teilnehmer aus seinem Seminar, der ein Omega-Feedback bekommen hatte, hatte sich eine Woche nach Ende des Seminars erhängt. Ich umgab mich sofort mit den besten Anwälten und nutzte alle meine Geschäftsbeziehungen. Das Verfahren zog sich zähe Monate hin und letzten Endes wurde ich freigesprochen, weil man mir nicht nachweisen konnte, dass der Suizid in Zusammenhang stand mit dem Omega-Feedback. Trotzdem musste ich für mehrere Monate einen Rückgang bei den Teilnehmerzahlen in meinen Seminaren verzeichnen.

Innerhalb weniger Jahre verbreitete sich Wolfen in ganz Europa. Ich gründete in allen bedeutenden Städten ein flächendeckendes Netz von Fort- und Weiterbildungszentren, unter Branchenkennern Wolfsbauten genannt, und umgab mich mit einem Rudel leitender MitarbeiterInnen, die ich alle selbst ausgesucht, ausgebildet und eingearbeitet hatte. Um auch bei den Gebäuden auf einen typischen Stil mit Wiedererkennungseffekt zu setzen, engagierte ich eine Architektin, die mir den idealen Wolfsbau entwarf. Sie können sich das so vorstellen: Man betrat das Haus durch eine weite, betont runde Halle, von der sternförmig die Zimmer und Seminarräume, etwas tiefer gelegen, eben wie Höhlen, abzweigten. Eigentlich benutzen Wölfinnen nur für kurze Zeit Bauten, um dort ihre Jungen zu gebären und aufzuziehen, aber Hauptsache der Symbolwert stimmte.

Ich schrieb mehrere Bücher über das Wolfen. Die beiden Hauptwerke „Der Wolf in uns“ und „Der Wolf des anderen Wolf“ wurden in siebzehn Sprachen übersetzt. Ich gab eine eigene Zeitschrift über das Wolfen heraus, deren Auflagenzahl sich über Jahre monatlich steigerte. Das Wolfen verbreitete sich, wie schon erwähnt, zuerst in den Führungsstäben der Industrie. Von dort setzte es seinen Erfolg in nicht zu überbietender Geschwindigkeit fort. Es hielt Einzug in der Öffentlichen Verwaltung, bei der Polizei, in Schulen, Psychiatrien, Handwerksbetrieben, im Transportwesen, im Hotel- und Gaststättengewerbe, um nur einige Beispiele zu nennen.

Ich beschloss, einige Abteilungen meines Unternehmens, das innerhalb von noch nicht einmal zehn Jahren zu einem Imperium herangewachsen war, zum rentabelsten Zeitpunkt outzusourcen. Ich hatte dabei nicht berechnet, dass sich die Weltwirtschaft, angeführt natürlich von der amerikanischen –, mit einem Schlag erholte. Woran dies im Einzelnen lag, und warum es so schnell ging, ist hier nicht der Platz zu erklären. Im Gefolge besserer Kaufkraft und neuer Arbeitsplätze warfen die Amerikaner ein neues Verfahren auf den Markt, das sofort begeistert aufgenommen wurde: H & SW – Human & Sozial Watch!

Innerhalb von wenigen Wochen – warum sollte ich übertreiben, denn es war zu meinem eigenen Schaden? – verbreitete sich H & SW wie ein Lauffeuer. Es gehört nicht viel Fantasie dazu, sich vorzustellen, dass ich nach wenigen Monaten Konkurs anmelden musste, obwohl ich vorher versucht hatte, das Wolfen der neuen Marktlage anzupassen, was mir den hämischen Vorwurf einbrachte, ich sei ein Wolf im Schafspelz.

Aber Sie werden in absehbarer Zeit wieder von mir hören, ich greife mit New Shakra an, denn kürzlich bei einer Asienreise lernte ich einen alten Tibeter kennen, aber das ist eine andere Geschichte.

Anschrift des Verfassers: Robert Maxeiner, Fritz Reuter Straße 17, 60320 Frankfurt a. M.

*Franz X. Leinfelder*

## **FoRuM Supervision**

Herausgegeben von Gerhard Leuschner und Gerhard Wittenberger  
Verbreitet unter ihrem Schutz und ihrer Fürsorge  
Gewachsen durch das Interesse von Leserinnen und Lesern  
Engagierten RedakteurInnen und AutorInnen

Wissenschaftliche und praxisorientierte Plattform  
Für Neulinge, Erfahrene, Ermunterte und Getriebene  
Sich mit professionellem Handeln  
Prinzipiell, spezifisch und episodisch auseinander zusetzen

Antrieb für öffentliche Selbstverwirklichung  
In der Spannung von Person, Rolle und Institution  
Einladung zum Diskurs und zeitnahe Einmischung  
In gesellschaftliche, berufspolitische, supervisionsrelevante Themen

Auch das Nicht-Veröffentlichte, Geplante und wieder Verworfenen  
Hinterlässt seine je individuellen Spuren  
Drückt sich nicht aus in einem konkreten Beitrag  
Und gehört doch auch zum FoRuM Supervision

In der Spannung Psychoanalyse – Gruppendynamik – Soziologie  
Gelingt der fruchtbare Prozess  
Verschiedenste Beiträge, Erkundungen und Einblicke  
Zusammenzufügen in die Kontinuität supervisorischer Entwicklung

Von Heft zu Heft, von eins bis vierundzwanzig  
Wächst das Spektrum reflexiver Kompetenz  
Unter der Obhut der meisterlichen Balance  
Zwischen Steuerung und Zulassen: zwischen Fördern und Fordern

Möge der vorgegebene und eingeschlagene Kurs  
Von den neuen HerausgeberInnen erfolgreich fortgeführt werden  
Wie ihn die Gründer von FoRuM auf Kurs gebracht haben  
Dafür Dank und „Glück auf“ für die Übernehmer!

Anmerkung: Vorgetragen zum Abschied von Gerhard Leuschner und Gerhard Wittenberger auf der „Übergänge“-Tagung in Bielefeld im Februar 2005.

## **Veranstaltungen**

Herausgeber der Zeitschrift **Forum Supervision** mit Unterstützung der Fakultät für Pädagogik der **Universität Bielefeld**

### **2. Wissenschaftliche Fachtagung der Zeitschrift Forum Supervision an der Universität Bielefeld zum Thema: Schamsituationen und Schamgefühle in Supervision und Beratung**

Ort: Bielefeld

Zeit: 4. Februar 2006

Mitwirkende: Sighard Neckel, Micha Hilgers

Schamsituationen und Schamgefühle beschäftigen Supervisorinnen und Supervisoren genauso wie Sozialwissenschaftler und Psychoanalytiker. Dabei gilt die Scham als wichtigstes Sozialgefühl nicht nur als „verborgene Dimension“ in Supervision und Beratung, Beschämungen sind machttechnisch gesehen auch wichtige Strategien für die „Macht der Unterscheidung“, um also Hierarchien, Distanz und Unterwerfung herzustellen. Die Tagung will dazu beitragen, sich dem Phänomen der Scham in Supervision und Beratung theoretisch wie diagnostisch zu nähern, sowie ein Forum für Reflexion und Praxis bieten.

Mit Sighard Neckel (Status und Scham) und Micha Hilgers (Scham, Gesichter eines Affekts) ist es den Herausgebern der Zeitschrift Forum Supervision gelungen, zwei wichtige Vertreter der gegenwärtigen Diskussion für einen soziologischen und psychoanalytischen Verstehenszugang zur Scham zu gewinnen.

Einladungen mit weiteren Einzelheiten sowie Anmeldeformulare verschickt: [katharina.groening@uni-bielefeld.de](mailto:katharina.groening@uni-bielefeld.de)

\* \* \* \* \*

### **FIS-Fortbildungsinstitut für Supervision / agm Arbeitskreis Gruppendynamik Münster,**

Steubenstraße 34a, 65189 Wiesbaden,

Tel.: (06 11) 60 36 81, Fax: (0611) 9 10 27 01, [www.fis-agm.de](http://www.fis-agm.de)

### **Angewandte Gruppendynamik für SupervisorInnen: Zugehörigkeit – Macht – Intimität. 3-teilige Seminarreihe**

(Die Seminare können auch einzeln gebucht werden!)

#### **Seminar 1: „Zugehörigkeit in Gruppen“**

Um sich in Gruppen wohl zu fühlen, bedarf es einer Balance zwischen dem Wunsch dazuzugehören und dem Wunsch, sich als einzigartiges Individuum zu präsentieren und Freiräume zu bewahren. Phänomene wie Normbildung in Gruppen, „Außenseiter“, Gruppenkultur etc. können Gegenstand der szenischen und theoretischen Bearbeitung werden.

Termin: 08. – 10.12.2005

Ort: Mainz

Leitung: Dr. Bernadette Grawe und Franz X. Leinfelder

### **Seminar 2: „Macht in Gruppen“**

In jeder Organisation gibt es Positionen, die formale Machtbefugnisse definieren. Aber auch in jeder Gruppe, in jedem Team gibt es eine informelle Machtstruktur. Kompetenz- und Interessensunterschiede, biografische Hintergründe, Konkurrenz, Neid, Abhängigkeit und Widerstände sind entscheidende Faktoren in dieser „Rängelei“ und bedürfen der Diagnose.

Termin: 06. – 08.04.2006

Ort: Mainz

Leitung: Dr. Bernadette Grawe und Franz X. Leinfelder

### **Seminar 3: „Intimität in Gruppen“**

Als Gruppenmitglied ein Maß an Nähe und Distanz zu finden, das den individuellen – auch biografisch geprägten – Bedürfnissen, den Anforderungen der Rolle und den Zielen der Gruppe entspricht, ist nicht leicht. Die Auseinandersetzung um Nähe und Distanz innerhalb der Beziehungsstruktur ist daher ein zentrales Thema in jeder Gruppe.

Termin: 21. – 23.09.2006

Ort: Mainz

Leitung: Dr. Bernadette Grawe und Franz X. Leinfelder

### **Selbstbestimmung und Gruppenwirklichkeit – für alle, die etwas über sich und Beziehungen lernen wollen**

Berufliches Handeln vollzieht sich immer auch in Beziehungen und Gruppen. Die Fähigkeit zu einer befriedigenden Beziehungsgestaltung, zur Selbststeuerung in Gruppen, zur aktiven Nutzung von Handlungsspielräumen, erfordert persönliche und professionelle Kompetenzen.

Das Seminar soll einerseits den Blick und das Einfühlungsvermögen für die Beziehungs- und Gruppendynamik im eigenen Arbeitsfeld schärfen und Verstehenszugänge für unbewusste Beziehungsdynamik, für Fragen von Nähe und Distanz, Macht und Rivalität, Angst und Aggression ermöglichen. Gleichzeitig will es – im Rahmen einer begrenzten Persönlichkeitsentwicklung – durch Selbstreflexion und Feed-back das Bewusstsein für eigene Reaktionen, ihre soziale Wirkung und ihre psychischen Motive, stärken und damit zu einer offenen und flexiblen Beziehungsgestaltung beitragen. Schwerpunkt dieses Lernprozesses sind die Erfahrungen im aktuellen Gruppenprozess. Sie werden verknüpft mit Beispielsituationen aus der Leitungspraxis der TeilnehmerInnen.

Ort: Mainz

Termin: vom 26.04. – 30.04.2006

Leitung: Franz X. Leinfelder und Theresia Menches Dändliker

### **Workshop: Vom Verstehen zum Handeln – Interventionsstrategien im Umgang mit Konflikten**

Die Diagnose der Konfliktsituationen hat einen Verstehensprozess ermöglicht. Aber was mache ich jetzt mit dem Verstandenen? Wie kann ich zur Klärung des Konflikts beitragen? Wie kann ich meiner Rolle und meiner Persönlichkeit entsprechend authentisch intervenieren? Wie andere in Konfliktsituationen beraten? Das Seminar bietet sowohl die Möglichkeit, den eigenen Umgang mit Konflikten zu überprüfen, als auch in konkreten Konfliktszenen situations – und rollenangemessene Interventionen zu entwickeln, zu erproben und zu reflektieren.

Der individuelle Handlungsspielraum im Umgang mit Konflikten kann so erweitert und mehr Sicherheit im aktiven Gestalten des Arbeitsalltags entwickelt werden.

Termin: vom 26.01. – 30.01.2006

Ort: Mainz

Leitung: Franz X. Leinfelder und Theresia Menches Dändliker

### **Meine Institution – Ein analytischer Blick in die eigene Organisation, auf ihre Strukturen und Repräsentanten**

In diesem Workshop wird versucht, die konflikthaften Nahtstellen zwischen institutionellen Strukturen, Prozessen und Kulturen und den individuellen Prägungen aufzuspüren.

Termin: vom 08.12. – 11.12.2005

Ort: Mainz

Leitung: Franz X. Leinfelder und Inge Zimmer-Leinfelder

\* \* \* \* \*

**Institut für Gruppenanalyse Heidelberg e. V.**, Märzgasse 5, 69117 Heidelberg, Tel.: (0 62 21) 16 26 89, Fax.: 16 24 46, E-Mail: info@gruppenanalyse-heidelberg.de

### **19. Heidelberger Gruppenanalytisches Forum:**

Kultur, Migration und Gruppe. Interkulturelle Perspektive in Therapie und sozialen Arbeitsfeldern.

Ort: Heidelberg

Zeit: 8. Oktober 2005

\* \* \* \* \*

**Ruth Cohn Institut for TCI international – Fachgruppe Supervision e. V.** c/o Kai Hölcke, Hagenbacher Ring 102, 74523 Schwäbisch Hall, Tel.: 0791-9542642

### **13. Fachtagung der Fachgruppe Supervision e. V.:**

Konfliktbearbeitung in der Supervision. Störungen haben keinen Vorrang!?

Ort: Coesfeld

Zeit: 14. – 15.10.2005

Referent: Roland Kunkel

## AutorInnen

*Maija Becker-Kontio*, Jg. 1949, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, selbstständig in Gemeinschaftspraxis für Supervision und Organisationsberatung; Beratungsschwerpunkt Gesundheitswesen; Projekt- und Organisationsentwicklerin in einem Klinikverbund; Supervisorin (DGSv), Lehrsupervisorin.

*Stefan Dinges*, Jg. 1964, Dr. theol., Wissenschaftlicher Angestellter, Pastoraltheologe; Organisationsentwickler, Ethikberater; Lehrbeauftragter der Universität Klagenfurt (IFF Wien), Lehrbeauftragter an der Universität Wien (Kath. Fakultät); Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin an der Universität Göttingen e. V.; Projektleiter und wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung Universität Klagenfurt Standort Wien.

*Friedrich Glasl*, Dr. rer. pol. habil., Univ.-Dozent der Universität Salzburg. Gastprofessuren innerhalb und außerhalb Europas. 1967-1985 am NPI-Institut für Organisationsentwicklung (NL), 1983 Habilitation an der Universität Wuppertal, 1984 Mitbegründer der TRIGON Entwicklungsberatung (A) und 1985 Rückkehr nach Österreich. Mediator BM (Deutscher Bundesverband Mediation), eingetragener Mediator (BMJ), Berater und Trainer für Unternehmensentwicklung; Konfliktmanagement in Wirtschaft, Verwaltung und Kultur. Autor zahlreicher Publikationen zur Konfliktforschung, zur Führungs- und Organisationslehre, vor allem der Bücher „Konfliktmanagement“ (2004), „Selbsthilfe in Konflikten“ (2004), „Dynamische Unternehmensentwicklung“ (2004), „Professionelle Prozessberatung“ (2005).

*Katharina Gröning*, Jg. 1957, Dr. Phil, Erziehungswiss. Ma., Supervisorin, Hochschullehrerin an der Universität Bielefeld, Fakultät für Pädagogik, AG pädagogische Diagnose und Beratung, forscht und publiziert zu Geschlechterforschung, Versorgungsforschung, Qualitätsforschung in der Pädagogik und im Gesundheitswesen, Mitherausgeberin der Zeitschrift Forum Supervision.

*Katharina Heimerl*, Jg. 1961, Ass. Prof. Dr.med., Master of Public Health Studium an der University of California at Berkeley. Danach freie Mitarbeiterin am Ludwig-Boltzmann Institut für Medizinsoziologie in Wien, seit 1995 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der IFF – Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung in Wien, seit Herbst 1998 für die Abteilung Palliative Care und OrganisationsEthik tätig. Lehrbeauftragte der Universität Klagenfurt.

*Andreas Heller*, Prof. Dr., M.A.: Leiter der Abteilung und des Doktorandinnenkollegs Palliative Care und OrganisationsEthik an der Fakultät für Interdisziplinäre Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt in Wien.

*Micha Hilgers*, Jg. 1954, Dipl. Psych., Psychoanalytiker DGPT, Dozent, Supervisor, Lehranalytiker in eigener Praxis. Supervision und Coaching für zahlreiche psychosoziale Einrichtungen. Beratung und Coaching von Führungskräften aus Wirtschaftsunternehmen. Projektbegleitung und Beratung bei PR-Fragen und Öffentlichkeitsarbeit. Training für Medienauftritte.

*Birgit Knatz*, Jg. 1961, Diplom-Sozialarbeiterin, Supervisorin DGSv und Online-Beraterin DGOB, Leitung der Telefonseelsorge Hagen-Mark ([www.telefonseelsorge-hagen-mark.de](http://www.telefonseelsorge-hagen-mark.de)) mit Schwerpunkt Beratung im Internet (seit 1996), Ausbildungsleiterin, Autorin: Hilfe aus dem Netz, Praxis und Theorie der Beratung per E-Mail, Klett-Cotta 2003, ([www.schreiben-tut-der-seele-gut.de](http://www.schreiben-tut-der-seele-gut.de)) Gründungsmitglied und Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Online-Beratung ([www.dg-online-beratung.de](http://www.dg-online-beratung.de)).

*Robert Maxeiner*, Jg. 1955, Erzieher, Dipl. Sozialpädagoge, seit 1988 freiberuflich als Supervisor tätig. Gründungsmitglied der DGSv, Lehrsupervisor, Schriftsteller. Zuletzt erschienen: Pepperland. (Erzählungen).

*Elke Schallehn-Melchert*, Jg. 1941, Supervisorin (DGSv), Organisationsberaterin in freier Praxis, Gruppenanalytikerin (GaG), Fortbildung in psychoanalytischer Diagnostik, Arbeit mit Systemaufstellungen; Veröffentlichungen zum Thema Sucht und Supervision.

*Marie-Luise Schwennbeck*, Jg. 1956, Kinderkrankenschwester, Supervisorin (DGSv), Lehrsupervisorin, seit 1994 selbstständig tätig, u. a. mit den Schwerpunkten: Gesundheitswesen, Psychiatrie/ Psychotherapie.

*Michael Stiels-Glenn*, Diplom-Sozialarbeiter, selbstständig in eigener Praxis als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Heilpraktiker (Psychotherapie), nicht-tärztlicher forensischer Sachverständiger, Supervisor (DGSv).

## Call for Experiences

Sehr geehrte Leserinnen, sehr geehrte Leser,

mit diesem Aufruf – call for experiences – erbitten die Redaktion und die Herausgeber von Forum Supervision Beiträge zu den verschiedensten Erfahrungen in den Feldern der Supervision. Wir möchten damit gleichzeitig eine neue Rubrik gründen, die einen direkten Austausch mit Leserinnen und Lesern bestärkt. Mit der Bitte um die Zusendung von Erfahrungsberichten erhoffen wir uns, dass neue Trends in der Supervision für die Diskussion in Forum Supervision fruchtbar gemacht werden können. Wir erhoffen uns zum zweiten auch von denjenigen Leserinnen und Lesern Beiträge, die sich ggf. sonst nicht trauen würden, einen längeren oder gar theoretischen Artikel zu schreiben. Wir wünschen uns alltägliche Erfahrungsberichte und Geschichten, die von Supervisoren für Supervisoren geschrieben werden, die sonst vielleicht in einer Balintgruppe oder bei einem Regionaltreffen erzählt worden wären. In Bezug auf den Umfang der Erfahrungsberichte gehen wir von Beiträgen aus, die zwei bis drei Schreibmaschinenseiten lang sind, also deutlich kürzer als ein Artikel, aber auch keine Schnipsel.

Die Erfahrungsberichte sollen thematisch zu den Heftschwerpunkten von Forum Supervision passen: die nächsten beiden Hefte haben das Thema:

– Heft 27: „Etwas geht zu Ende“ und

– Heft 28: „Erzählungen, Mythen, Bilder“.

Die Erfahrungsberichte können als Anhang gemailt werden – für Heft 27 bis 1.12.2005 und für Heft 28 bis 1.6.2006 – an: JuergenKreft@t-online.de

### Vorschau

#### FoRuM Supervision

Heft 27 – März 2006

„Etwas geht zu Ende“

Redaktion:

Annemarie Bauer und Peter Musall

Mit Beiträgen von: Heike Düwel, Cornelia Edding, Burkhard Sievers, Annemarie Bauer, Peter Musall.