

Heft 56
Januar 2021
29. Jahrgang

FORUM *Supervision*

Ethische Fallbesprechung

Volker Dieringer
Heike Friesel-Wark
Angela Kessler-Weinrich
Hans-Jörg Stets
Lars Vogel
Volker Walpuski

Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision: „FoRuM Supervision“

Ethische Fallbesprechung

(Heft 56)

29. Jahrgang

Herausgegeben von

Prof. Dr. Frank Austermann

Prof. Dr. Katharina Gröning

Redaktion

Petra Beielstein

Karin Deppe

Volker Dieringer

Heike Friesel-Wark

Hans-Peter Griewatz

Tina Heitmann

Heidrun Stenzel

Ausführende Redaktion

Luisa Morys

Kontakt

Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e. V. (ZWW)

Weiterbildender Masterstudiengang „Supervision und Beratung“

z. Hd. Frau Prof. Dr. Katharina Gröning

Postfach 100131

33501 Bielefeld

E-Mail: onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de

Homepage: <http://www.beratungundsupervision.de>

ISSN 2199-6334



Januar 2021, Universität Bielefeld

Inhalt

Vorwort	5
<hr/>	
I Artikel	
<hr/>	
Hans-Jörg Stets Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung <i>Interdisziplinäre Indikationsstellung, Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Behandlungsteam, Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik</i>	9
Volker Dieringer Vom ethischen Dissens zum moralischen Dilemma und zurück <i>Anmerkungen zum Beitrag von Hans-Jörg Stets</i>	40
Angela Kessler-Weinrich Moderation - Seelsorge - Supervision im klinischen Feld der Ethikberatung <i>Unterschiede und Gemeinsamkeiten - Erfahrungen aus der Praxis</i>	47
<hr/>	
II Beratungswissenschaft	
<hr/>	
Heike Friesel-Wark Das Werk des Soziologen Erving Goffman als Wissenssystematik für die Supervision in der Psychiatrie	59
Volker Walpuski Cora Baltussen in den USA <i>Lernerfahrungen für die Supervision in den Niederlanden und Deutschland</i>	76
<hr/>	
III Berichte	
<hr/>	
Lars Vogel „Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung“ <i>Ein Tagungsbericht zur Theoriereihe „Reflexive Supervision“ in Bielefeld vom 21. November 2020 mit Herrn Hans-Jörg Stets</i>	98
Volker Walpuski Veränderung erzeugt Widerstand <i>Ein Bericht von der Mitgliederversammlung der DGSv vom 26. September 2020 in Hannover</i>	102
<hr/>	
IV Rezensionen	
<hr/>	
Katharina Gröning Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule.	106
Katharina Gröning Fallsupervision: Diskursgeschichte und Positionsbestimmung.	121

Christopher Maier-Sonnleitner	
Supervision auf dem Prüfstand: Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.	125
Annemarie Bauer	
Ganz normale Organisationen: Zur Soziologie des Holocaust.	128
Veranstaltungshinweis	136
Flyer zum Start des 8. Kurses des Masterstudiengangs „Supervision und Beratung“	145
Autor_innenverzeichnis	148

Vorwort

Sehr geehrte Leserinnen und Leser, Freundinnen und Freunde der Zeitschrift und der Supervision,

unter den Bedingungen der Corona Krise haben sich die Produktionsbedingungen des vorliegenden Heftes verändert und verschoben und dies wird auch im nächsten Jahr nicht viel anders sein. Redaktion und Herausgeber*innen sind deshalb froh, dass es gelungen ist, mit dieser Ausgabe ein theoretisch und inhaltlich anspruchsvolles Thema - Ethik in der Fallberatung - vorzulegen. Seit einiger Zeit beschäftigen wir uns theoretisch und konzeptionell mit dem Format der Fallsupervision und haben bisher vor allem sozialwissenschaftliche Konzepte zur Fallanalyse z. B. in der Sozialen Arbeit rezipiert. Vor allem die Methodologien von Fritz Schütze (sozialwissenschaftliche Fallanalyse und Prozessstrukturen von Fällen) und Ulrich Oevermann (objektive Hermeneutik) versuchen wir in die Konzepte von Supervisionen einzubinden. Wir vertreten die Auffassung, dass Fallsupervision nicht nur ein zentrales Format darstellt, sondern dass es gelingen kann, mit Hilfe der sozialwissenschaftlichen Theorien, die Verläufe und Entwicklungen von Fällen so zu erkennen und zu prognostizieren, dass der Hintergrund des Falls sichtbar werden kann. Die Anwendung der Methoden von Fritz Schütze und Ulrich Oevermann ermöglichen es, den Fall im Prozess zu sehen, und zwar auch hinsichtlich seiner latenten Sinnstrukturen. Verbunden mit den psychoanalytischen und psychodynamischen Formaten des Verstehens entsteht so ein breiteres Verständnis dessen, was die Dynamik von Fällen in der Supervision ausmacht.

Wir haben immer wieder kritisiert, dass die Supervisor*innen versuchen Fälle so zu bearbeiten, dass sie diese ausschließlich mit Hilfe von Theorien ausdeuten und dies dann meist nur rekonstruktiv tun können, oder aber der Fall im Sinne des Hervortretens des Pathologischen verzerrt wird. Im Hintergrund und unbearbeitet bleibt dabei die Rationalität der Organisation und wie Fälle dort bearbeitet werden. Die Hinwendung zu den Fallanalysen hat gleichzeitig nach sich gezogen, dass verständigungsorientierte Kommunikation und Ethik in Organisationen zu einer Dimension der supervisorischen Fallarbeit wird. Entsprechend setzen wir uns konzeptionell mit Ansätzen zur ethischen Fallbespre-

chung auseinander, denn wir vertreten die Auffassung, dass, neben dem psychodynamischen und dem sozialwissenschaftlichen Wissen, zunehmend auch solche Wissenssysteme relevant für die Supervision werden, die im Bereich der Ethik und der praktischen Philosophie angesiedelt sind.

Dies hängt beachtlich mit den Fallverläufen zusammen, die nach Schütze umso bürokratischer werden, je länger ein Fall läuft, das heißt je weniger die verordneten Maßnahmen greifen und helfen. Es entstehen, neben dem Durchschlagen instrumenteller Vernunft, ethische Dilemmata und moralische Dissense. Viele solcher professionsethischer Dilemmata und moralischer Dissense werden in der Supervision sichtbar. Wir, also die Bielefelder Gruppe der Supervisor*innen um diese Zeitschrift und um den Masterstudiengang Supervision und Beratung, halten deshalb an der Fallsupervision als wichtigem Format externer Supervision fest. Ein wichtiger und logischer Einwand gegen die Praxis der kollegialen Beratung ist in diesem Zusammenhang, dass das, was von Fritz Schütze zum Problem des „Durchschlagens der Akte im Fall“ herausgearbeitet wurde, in der kollegialen Beratung nicht gesehen werden kann, weil hier blinde Flecken in der Fallbearbeitung durch Routinen, Stereotypen und schließlich durch primitive Klassifikationen institutionalisiert werden. Es entsteht also strukturell im Fall, und zwar je länger er läuft, eine Art institutionalisierte Abwehr und schließlich ein ethisches Dilemma, vor allem wenn die Koproduktion oder die sogenannte Compliance gestört ist. Sehr anschaulich wurde diese Problematik 2005 in einem Projekt des Sigmund-Freud-Institutes zur Schulabstinenz und zur Ausschulung von schulpflichtigen Kindern aufgezeigt. Es griffen Dynamiken des Loswerdens von Kindern, die wie „faule Eier“ von einer pädagogischen Institution an die nächste weitergereicht wurden, bis sie schließlich überhaupt nicht mehr beschult wurden.

Weitermachen oder stoppen? Dies ist das zentrale Thema der ethischen Fallbesprechung in Kliniken und es besteht die berechtigte Annahme, dass die Thematisierung eines Fallverlaufs unter ethischen Gesichtspunkten eine wichtige Bereicherung und Ergänzung in der Reflexion der Professionen, die über Fallverläufe entscheiden, darstellt. Allerdings sind die Vertreter*innen der ethischen Fallbesprechung in Kliniken von dem supervisonischen Interesse nicht sehr begeistert. Ähnlich wie bei der Mediation wird hier ein striktes Verfahren der Entscheidung über ethische Dilemmata favorisiert. Dieses Vorgehen erachten wir für nicht sinnvoll. Auch liegt es nicht in unserem Interesse, klinische Formate eins zu eins in die verschiedenen Handlungsfelder der Supervision zu übertragen.

Was wir aber wollen ist, diese Verfahren diskutieren, reflektieren und schließlich für andere Felder fruchtbar machen. Aus diesem Grund widmen wir uns noch einmal der Praxis der ethischen Fallbesprechung. Verbunden mit den Ansätzen zur Fallsupervision sowie mit dem Prinzip des verständigungsorientierten Handelns soll künftig ein analytischer und konzeptioneller Rahmen für Fallbesprechungen in der Supervision entwickelt werden.

Für dieses Vorhaben liegt es nahe, sich an jene Kolleg*innen zu wenden, die mit der ethischen Fallbesprechung vertraut sind. Klinikseelsorger*innen, die gleichzeitig Supervisor*innen sind, die in ethischer Fallbesprechung weitergebildet und praktisch tätig sind. Wir haben diese Kolleg*innen gebeten, Schnittmengen zwischen Supervision und ethischer Fallberatung zu erarbeiten und in die Praxis dieses Beratungsformates einzuführen.

Hans Jörg Stets und *Angela Kessler-Weinrich* sind solche Krankenhausesseelsorger*innen, und beide sind ebenfalls als Supervisor*innen tätig. Sie legen in diesem Heft zwei Aufsätze zur ethischen Fallbesprechung - zu Ansatz und Praxis - vor, diskutieren Prinzipien und erarbeiten Schnittmengen. An den Beitrag von *Herrn Stets* schließt sich ein Kommentar von *Volker Dieringer* an, in dem sich der Autor kritisch mit der Frage auseinandersetzt, inwiefern die Anwendung ethischer Prinzipien mittlerer Reichweite zur Überwindung fundamentaler ethische Dissense hinreicht.

Unter der Rubrik Beratungswissenschaft publizieren wir diesmal zwei Aufsätze, beide sind im Kontext von umfänglichen und vielversprechenden Dissertationsprojekten entstanden. *Heike Friesel-Wark* stellt eine Systematik über den Soziologen Erving Goffman vor, die die Reichweite von Goffmans Ausarbeitungen zur Interaktionsordnung für die Supervision im Kontext Psychiatrie untersucht. Einen besonderen Schwerpunkt des Beitrags bildet die Herausarbeitung des körpertheoretischen Zugangs, wie er sich in Goffmans Werk beinahe durchgängig zeigt. Bekanntermaßen hat Goffman aufgezeigt, wie sehr institutionelle Normalisierungs- und Bemächtigungsstrategien zerstörerisch wirken und wie hier, insbesondere über das Eindringen in die körperliche Unversehrtheit eines Menschen, Handlungsschemata vordergründiger Anpassung befördert werden.

Volker Walpuski stellt in seinem Aufsatz zu Cora Baltussen ihren 18-monatigen Aufenthalt anlässlich einer Studienreise in den USA Anfang der 1950er Jahre vor. Cora Baltussen gehört neben Louis Lowy zu jener Gruppe von antinazistischen Sozialarbeiter*innen,

die die Supervision nach 1945 nach Deutschland gebracht haben. *Volker Walpuski* arbeitet erste Differenzierungsprozesse der frühen Supervisionsgeschichte heraus, die die Supervisionsentwicklung in Deutschland maßgeblich beeinflussten.

Schließlich berichtet *Lars Vogel* über die Tagung „*Reflexive Supervision*“ und *Volker Walpuski* über die DGSv Mitgliederversammlung.

Rezensiert werden vier Bücher: „*Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*“ von Nando Belardi (2020), „*Fallsupervision: Diskursgeschichte und Positionsbestimmung*“ von Monika Althoff (2020), „*Supervision auf dem Prüfstand: Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation*“ von Brigitte Schigl u. a. (2020) und „*Ganz normale Organisationen: Zur Soziologie des Holocaust*“ von Stefan Kühl (2014).

Redaktion und Herausgeber*in wünschen spannende Lektüre! Bleiben Sie gesund!

Katharina Gröning und Heike Friesel-Wark

Hans-Jörg Stets

Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung

Interdisziplinäre Indikationsstellung, Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Behandlungsteam, Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik

Zusammenfassung

Aus der gelebten Beratungspraxis ergibt sich die Notwendigkeit für eine Verhältnisbestimmung der Formate Ethikberatung und Supervision. Hans-Jörg Stets empfiehlt in dem vorliegenden Beitrag die Grundlegung eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes in der klinischen Ethikberatung.

Er unterscheidet vier typische Anlässe: Dilemma - Dissens - Meinungsverschiedenheiten - gemeinsame Indikationsstellung.

Ethische Fragestellungen prägen den Alltag im Gesundheitswesen, aber sie sind latent in allen beruflichen Kontexten bedeutsam. Neben dem Blick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem Team kann die Anwendung einer Prinzipienethik wichtige Impulse für das Beratungsformat der Supervision geben.

1. Einleitung

In den Qualifizierungsmaßnahmen für die Ethikberatung im Gesundheitswesen lernen die Teilnehmenden im Zusammenhang des Moderator*innentrainings eine Differenzierung der Formate Ethikberatung und Supervision vorzunehmen. Als Faustformel prägen sich die künftigen Ethikberater*innen für ihre spätere Beratungsarbeit ein: Wir bieten Ihrem Behandlungsteam eine Ethikberatung an, führen aber keine Supervision durch. Diese Unterscheidung bzw. Abgrenzung der Beratungsformate ist im Sinne der Auftragsklärung und Rollenklarheit sinnvoll und notwendig, bedarf aber m.E. einer Differenzierung und Neujustierung, zu der ich hier einen Beitrag leisten möchte.

Ziel der Ethikberatung ist es, einen konsenshaften und gemeinsam verantworteten Behandlungsweg und Behandlungsumfang mit allen beteiligten Mitgliedern eines Behandlungsteams als Empfehlung für die verantwortlichen Ärzt*innen zu erarbeiten. Für die Durchführung einer ethischen Fallberatung stellen strukturierte Ablaufmodelle, wie die Nimweger Methode, der Bochumer Arbeitsbogen u.a. sich daran anlehrende Modelle unter Anwendung medizinethischer Prinzipien, wie sie nach Beauchamps und Childress (2013) mit dem Respekt vor der Autonomie des Patienten, dem Prinzip der Fürsorge, dem Grundsatz des Nicht-Schadens und dem Prinzip der Gerechtigkeit beschrieben wurden, sehr hilfreiche Tools für eine ethische Fallberatung zur Verfügung.

Im Alltag der Beratungsarbeit machen Mitglieder der Klinischen Ethikkomitees neben vielen idealtypisch verlaufenden Beratungen Beobachtungen, die eine Reihe von Fragen aufwerfen: Liegt tatsächlich ein ethischer Konflikt vor? Verändern kulturelle Prägungen und religiöse Überzeugungen von betroffenen Familien die Art einer ethischen Betrachtung und Vorgehensweise? Welche Faktoren führen dazu, dass eine im Konsens erarbeitete Empfehlung manchmal nicht umgesetzt wird? Es gibt ein offenkundiges Missverhältnis von vorhanden ethischen Problemen im Behandlungsalltag und der Zahl der angefragten Beratungen. Wie lässt sich dieses Missverhältnis erklären?

Im Rahmen der Reflektion von ethischen Fallberatungen eines Klinischen Ethikkomitees werden wegen solcher Beobachtungen verschiedene Überlegungen angestellt: Müssen die Anforderungskriterien an eine ethische Fallberatung enger gefasst und strikter überprüft werden? Eine höhere Eingangsschwelle für Ethikberatungen kommt den begrenzten zeitlichen und personellen Ressourcen eines KEK entgegen. Die Ablehnung einer ethischen Fallberatung ließe allerdings die anfragenden Ärzt*innen und Pflegenden mit ihrer offenkundigen und jetzt auch mutig benannten Not allein. Im Sinne einer wertschätzenden und offenen Haltung allen Mitgliedern der verschiedenen Behandlungsteams gegenüber erscheint eine restriktive Haltung nicht angemessen.

Wie kann sichergestellt werden, dass sich die wesentlichen Entscheider an einer Beratung beteiligen? Manchmal wird trotz sorgfältiger Prüfung im Vorfeld erst nach einer erfolgten Beratung und gefundenen Empfehlung deutlich, dass die Ethikberatung im Kontext eines

verborgenen, aber dennoch höchst wirksamen Team- bzw. Hierarchiekonflikts stattgefunden hat. Das Format der Ethikberatung kann in solchen Fällen instrumentalisiert werden und unbeabsichtigt zum Austragungsort eines schwelenden Konflikts mutieren.

In die Arbeit der Ethikkomitees wurden in den zurückliegenden Jahren die Dimensionen der Kultur- und Religionssensibilität aufgenommen. Welche Grundkenntnisse über Kulturen und Religionen der Patientinnen müssen Mitglieder von Behandlungsteams mitbringen? Wie können Religion und Kultur als Ressource konstruktiv in eine Ethikberatung einfließen?

Die o.g. Fragestellungen aus der Praxis machen deutlich, dass eine alleinige Ausrichtung an einem festen Ablaufschema, sowie eine isolierte Durchführung eines ethischen Diskurses den Beratungsanfragen von Behandlungsteams nicht gerecht werden und nicht gerecht werden können.

Das Feld, in dem klinische Ethikberatung geschieht, erfordert meiner Überzeugung nach einen mehrdimensionalen Beratungsansatz. Ein solcher Ansatz benötigt weit gefasste Anforderungskriterien für die Übernahme einer Beratungsanfrage. Im Folgenden möchte ich nachweisen, dass weder die stringente Umsetzung eines Ablaufschemas noch ein alleiniger ethischer Diskurs innerhalb eines normativen ethischen Systems dem Bedarf im klinischen Bereich gerecht werden.

Klinische Ethikberatung geschieht grundsätzlich in einem handlungsorientierten Rahmen. In der Regel müssen schnelle und adäquate Entscheidungen durch Handeln oder Nicht-Handeln getroffen werden. Dabei werden die Grenzen eines Beratungsergebnisses durch die geltenden gesetzlichen Bestimmungen in Deutschland und durch die jeweils geltenden fachlichen Standards der Berufe im Gesundheitswesen gesteckt, oft stehen beide Parameter in einem Spannungsverhältnis zueinander.

Jede Ethikberatung muss lösungsorientiert vorgehen und erfordert eine Moderationskompetenz, die mit der Mehrdimensionalität einer Problemlage adäquat umzugehen versteht und, die gleichzeitig die Grundlagen einer Prinzipienethik anwendet.

Zur Überprüfung meiner These werde ich zunächst mithilfe von supervisorischen Instrumenten einen analytischen Blick auf das Feld der klinischen Ethikberatung werfen. Dabei

betrachte ich sowohl die beteiligten Personen als auch die vielschichtigen Besonderheiten der Organisation und Kultur eines Krankenhauses.

Danach betrachte ich die Methoden einer klinischen Ethikberatung. Hierzu greife ich auf Dieringers (2019) Typisierung zurück, welcher in der Auseinandersetzung mit dem Berliner Modell B:ERGO (vgl. Lob-Hüdepohl 2017) zwischen ethischen Dilemmata und ethischen Dissensen unterscheidet, die er von bloßen Meinungsverschiedenheiten abgrenzt. Für den Behandlungskontext einer Klinik ergeben sich hier m. E. vier Problemlagen moralisch-ethischer Fragen: ethisches Dilemma - ethischer Dissens - Meinungsverschiedenheit - interdisziplinäre Indikationsstellung.

Nach meiner Auffassung sollte jede dieser Problemlagen auf Anfrage von Behandler*innen oder Patienten bzw. deren Angehörigen mit dem Angebot einer klinischen Ethikberatung aufgegriffen und beantwortet werden. Verbindendes Element dieser unterschiedlichen Problemlagen ist der ethisch-moralische Inhalt der Problemlagen. Dieser inhaltliche Charakter ist von einer späteren Analyse unabhängig: Möglicherweise haben ein fehlender oder nicht abgeschlossener Meinungsbildungsprozess oder eine un abgeschlossene Indikationsstellung die moralischen Probleme verursacht. Sowohl für Patientinnen und Patienten als auch für alle Behandler*innen bleibt es dennoch eine Problemlage mit Inhalten, die moralischer und ethischer Natur sind.

Die von mir weitergeführte Typisierung kann die realen Fallanfragen, die das Klinische Ethikkomitee der Universitätsmedizin Essen in den zurückliegenden sechs Jahren erreicht haben, abbilden. Insofern stelle ich in einem letzten Teil meiner Arbeit, Beispiele für die von mir herausgearbeiteten vier Typen vor. Diese Beispiele habe ich aus Datenschutzgründen anonymisiert und verfremdet.

Aus der hier vorgelegten Auseinandersetzung mit dem Feld von klinischer Ethikberatung und den zur Verfügung stehenden Methoden ergibt sich als Abschluss meiner Arbeit eine kritisch-reflexive Auseinandersetzung mit der bestehenden Praxis, der rein ärztlichen Indikationsstellung und der Herausarbeitung des Potentials einer interdisziplinären Indikationsstellung.

2. Der supervisorische Blick auf das Feld

Zur Herleitung und Entfaltung meiner These eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes untersuche ich hier das Feld, in dem klinische Ethikberatung geschieht. Dabei beginne ich mit dem Blick auf die beteiligten Personen, ausgehend von Patient*innen und ihren Angehörigen über die Mitglieder der Behandlungsteams bis zu den weiteren Akteuren im Klinikkontext. Danach betrachte ich die Organisation mit ihren Struktur- und Machtverhältnissen, die im Spannungsfeld zwischen gesellschaftlichem Auftrag und begrenzten Ressourcen handelt und, der eine deutlich erkennbare Kultur innewohnt.

Die Ambivalenz von Patient*innen:

Unheilbar erkrankte Patient*innen im Zwiespalt

Patientinnen und Patienten mit unheilbaren Erkrankungen befinden sich in einer Lebensphase, die von einer tiefen existentiellen Ambivalenz geprägt ist. Die hier von mir im Folgenden dargelegten Zusammenhänge stelle ich seit einigen Jahren im Rahmen meiner Dozententätigkeit für Pflegekräfte und Ärzt*innen zur Diskussion. Silke Willrodt (2017) hat in ihrer Masterarbeit ähnliche Zusammenhänge beschrieben.

Obwohl diese Ambivalenz für Patient*innen sehr kräfteraubend ist und manchmal sogar als zusätzliches Leid erlebt wird, muss sie dennoch als eine angemessene Entwicklungsaufgabe in der letzten Lebensphase angesehen werden. Sie darf m. E. keinesfalls als ein ‚pathologisches Phänomen‘ fehlgedeutet werden.

Auf der einen Seite sind Betroffene von einer beachtlichen Lebensenergie erfüllt: Sie versuchen allen realen Beobachtungen zum Trotz einen Weg der Gesundheit zu finden oder wenigstens eine Verschlimmerung aufzuhalten. Krankenhäuser der Maximalversorgung werden häufig in der Erwartungshaltung eines ‚letzten Strohhalmes‘ aufgesucht, hier endlich die ersehnte lebensrettende Hilfe zu erhalten.

Der Gegenpol der Ambivalenz ist die Ahnung davon, in das bevorstehende Sterben einwilligen zu müssen. Oft werden diese Gedanken gegenüber Lebenspartnern, den Kindern und anderen nahestehenden Personen nicht gezeigt. Betroffene möchten ihre Lieben nicht belasten. Oder sie befürchten, dass ihre Gedanken keine Zustimmung und Annahme er-

fahren werden, sondern die Apelle zum Durchhalten und Weiterkämpfen nur eindringlicher würden. Auch gegenüber Ärzt*innen wird diese innere Arbeit, das bevorstehende Lebensende anzuerkennen, selten benannt. Viele Betroffene möchten ‚gute Patienten‘ sein, die tapfer mitarbeiten. Sie wollen das medizinische Engagement nicht unterlaufen und die um Heilung bemühten Ärzt*innen nicht enttäuschen.

Abbildung der Ambivalenz im sozialen Umfeld

Die hier angedeutete innere Ambivalenz prägt den Lebens- und Krankenhausalltag vieler unheilbar erkrankter Patient*innen. Der Wechsel zwischen den beiden Polen kann in unterschiedlichen Frequenzen verlaufen, strahlt atmosphärisch auf das soziale Umfeld aus und wird darüber hinaus oft nach außen verlagert: Die ursprünglich innerhalb der betroffenen Person im Widerstreit stehenden Stimmen bilden sich im Sinne eines Spiegelphänomens außen im sozialen Umfeld ab.

Eine typische Konstellation dieser Verlagerung nach außen sind die unterschiedlichen Positionen zwischen Pflegedienst und ärztlichem Dienst: Pflegende sehen deutlich das bevorstehende Sterben und halten eine Behandlungsbegrenzung für angemessen und längst überfällig. Zur gleichen Zeit sehen Ärzt*innen noch Heilungschancen bzw. effektive Möglichkeiten, die Krankheit zu begrenzen. Damit vertreten sie den Gegenpol der Ambivalenz.

Diese Verlagerung nach außen und die Abbildung der inneren Ambivalenz im sozialen Umfeld kann sich in allen erdenklichen Konstellationen manifestieren. Für Ethikberater*innen ist es sinnvoll, diese Phänomene zu kennen. Ein Konflikt innerhalb eines Behandlungsteams oder zwischen Behandlungsteam und Angehörigen muss oft auch als ein Ausdruck der gesunden Ambivalenz eines Patienten verstanden werden. Diese Erkenntnis entlastet alle Beteiligten bei der gemeinsamen Suche nach einem angemessenen Weg für den Behandlungsumfang.

Besonderheit der Organisation:

Pflegenotstand, Überlastungen und Schnittstellenproblematik

Die Schwierigkeiten des Gesundheitswesens sind in der Öffentlichkeit gut bekannt und werden in der gesellschaftlichen Debatte intensiv diskutiert (vgl. Hassenkamp 2020 und

Schmidt 2019). Neben dem Pflegenotstand muss in vielen Häusern der Maximalversorgung zusätzlich auch ein Notstand bei der ärztlichen Versorgung beschrieben werden: Die Arbeitszeiten der Ärzt*innen liegen in manchen Abteilungen weit über 10 bis 12 Stunden täglich. Assistenzärzt*innen erleben zu Beginn ihrer Laufbahn eine massive Ernüchterung, was die Möglichkeiten für ausführliche Patientengespräche und gute Kooperationen mit den anderen Berufsgruppen betrifft. Nach einer Umfrage des Marburger Bundes vom September 2019 (vgl. Institut für Qualitätsmessung und Evaluation 2019) berichten 69% der Befragten davon, mehrmals täglich unter erheblichem Druck zu stehen, besonders in den Universitätsklinika. Fast 60% gaben an, ihre Arbeit nur oberflächlich erledigen zu können, 53% der Ärzte erleben kontinuierlichen Frust als Belastungsfaktor, da die Rahmenbedingungen im Krankenhaus verhindern, den eigenen Ansprüchen gerecht zu werden.

Schon im Jahr 2006 hatte Werner Vogd (2006) einen sog. „*habituellen Widerspruch*“ beschrieben, den Beschäftigte des ärztlichen Dienstes im Krankenhaus erleben:

„Eine medizinische Elite, die von sich heraus schon immer zu Überstunden und unbezahlter Mehrarbeit bereit war, erfährt sich unter den neuen ökonomisch organisatorischen Rahmenbedingungen nun in einer strukturellen Position, in der weder ihre wissenschaftlich-medizinischen Leistungen gesehen und gewürdigt, noch der angemessene ärztliche Bezug zum Patienten hergestellt werden kann. Während in der alltäglich vollzogenen Handlungspraxis Organisation und Medizin noch vereint werden können, erscheint nun – selbst unter den technologisch orientierten Chirurgen – am Gegenhorizont der Mensch, welcher nun mit den technokratischen Verhältnissen nicht mehr in Einklang zu bringen ist. Unter der Metapher Mensch zeigt sich hier bei den ärztlichen Akteuren ein tiefer habituellem Widerspruch. Mit Rekurs auf die im Text eingebrachte Explosionsmetapher scheint die Habitusinkongruenz kaum mehr aushaltbar und manifestiert sich unter den Ärzten bereits in Suchbewegungen, der Spannung zu entgehen“ (Vogd 2006, S. 40ff.).

Personelle Unterbesetzung, Schichtwechsel, rotierende Systeme in der ärztlichen Versorgung, wechselnde oder unklare Zuständigkeiten führen zu erheblichen Schnittstellenproblemen. Solange hier auf gesundheitspolitischer Ebene keine wirksamen Veränderungen erzielt werden, trägt der fehlende berufsgruppenübergreifende patientenbezogene Austausch zu einer problematischen Versorgungssituation bei. Viele ethische Konfliktlagen könnten bei einem standardisierten multidisziplinären und patientenbezogenen Austausch über die aktuelle Behandlung schon früh erkannt und aufgelöst werden.

Gutes Beispiel sind hier die Palliativstationen, die in der Regel eine wöchentliche patientenbezogene Fallbesprechung standardisiert haben (vgl. Deutscher Hospiz- und Palliativ-Verband e.V.). Aus solchen Stationsbereichen erreicht die Klinischen Ethikkomitees nur selten eine Anfrage für eine ethische Fallberatung. Der Grund ist offenkundig: Mitarbeitende der verschiedenen Professionen aus dem ärztlichen Dienst, dem Pflegedienst, der psychosozialen Dienste und der weiteren Gesundheitsfachberufe stehen hier in einem guten und regelmäßigen Austausch miteinander. Ethische Fragestellungen oder Probleme werden so frühzeitig identifiziert und miteinander beraten.

Die Notwendigkeit von ethischen Fallbesprechungen ist insofern auch als eine Folge einer systembedingten nicht ausreichenden oder fehlenden Kommunikationskultur zu verstehen.

Wettbewerb und Kultur der Spitzenmedizin

Die Patient*innenversorgung in den Krankenhäusern der Maximalversorgung und besonders in den Universitätsklinika findet im Kontext eines hohen Konkurrenzdrucks statt. Kleinere Krankenhäuser kämpfen um das wirtschaftliche Überleben, die großen Häuser müssen sich in ihrer Region behaupten und verfolgen dazu eine Strategie des stetigen Wachstums.

In den Universitätsklinika herrscht darüber hinaus eine Kultur des Strebens nach wissenschaftlicher Elite. Die Patient*innenversorgung ist nur eine Säule neben den beiden anderen Säulen des Forschungsauftrags und der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten.

Die Notwendigkeit, sich am Markt zu behaupten, wird hier vom Druck ergänzt, sich im Blick auf Forschung und Lehre national und international eine Spitzenposition zu sichern und diese Position auch zu halten. Ein hohes Niveau in der Versorgung allein genügt nicht: Forschung, Lehre und die angeschlossene Patient*innenversorgung müssen exzellente Bewertungen vorweisen und sich - zumindest in ausgewählten Fachbereichen - auf der Bestenliste weit oben positionieren.

Für viele Ärzt*innen bietet die Zugehörigkeit zu einem Krankenhaus der medizinischen Elite einen Anreiz, die o.g. belastenden Arbeitsbedingungen zumindest vorübergehend zu akzeptieren. Immerhin bieten sich ihnen später gute Optionen zur Übernahme von Führungspositionen in kleineren Krankenhäusern.

Eine große Zahl von Mitarbeitenden aus dem akademisch-wissenschaftlichen Bereich und aus dem Bereich der Patient*innenversorgung haben den Führungsanspruch der medizinischen Elite verinnerlicht und tragen zu beachtlichen Forschungsergebnissen bei, die den internationalen Vergleich nicht scheuen müssen.

Solche Höchstleistungen gelingen aber nicht in allen Arbeitsfeldern und auch nicht an jedem Tag. Oft gehört es zur Kehrseite solcher ‚Kulturen der Elite‘, dass sie mit einem Mittelmaß oder mit Fehlleistungen nicht oder nur schwer umgehen können.

Indikatoren dafür sind neben den expandierenden Abteilungen des Qualitätsmanagements die notwendige Installation von anonymisierten Fehlermeldesystemen. Ein Hinweis darauf ist auch die häufige Verärgerung von Mitarbeitenden, wenn ein ehrgeiziger Führungsanspruch und die gelebte Alltagsrealität nicht übereinstimmen. Mitarbeitende beklagen, nach meiner Kenntnis des Feldes, eine Entfremdung der Vorstände sowie der wissenschaftlichen Elite vom Behandlungsalltag auf den Stationen.

Die Beobachtung der Entfremdung deckt sich mit der soziologischen Analyse der Eliten, wie sie Michael Hartmann (2004) allgemein und Angela Graf (2015) für den Bereich der Wissenschaftselite beschrieben haben: Aus soziologischer Sicht ist eine Entfremdung der Eliten von ihrem zugehörigen Feld typisch.

„Einer der häufigsten Vorwürfe, die den Eliten aktuell gemacht werden, lautet: Sie hätten sich der Bevölkerung entfremdet, keine Vorstellung mehr von der Alltagsrealität der Bevölkerungsmehrheit“ (Hartmann 2019, o. S.).

Ähnlich Alexander Grau (2019):

„Indem sich die neuen Eliten vor allem über ihre Progressivität verstehen, entfremden sie sich zugleich von den kulturellen Wurzeln ihrer jeweiligen Herkunft – klischeehaft vereinfacht ausgedrückt: dem IT-Spezialisten eines großen Softwareunternehmens sind seine Kollegen aus Spanien, Indien und Uruguay näher als das kleinbürgerliche Vorstadt-Milieu, aus dem er stammt. Der Habitus dieser Elite wird nicht mehr bestimmt durch Heimat und Herkunft, sondern durch die Regeln, die Moden, die Denkungsart und den Lifestyle ihrer global präsenten Klasse“ (Grau 2019, o. S.).

Angela Graf (2015) zeigt für den Wissenschaftsbereich auf, dass mehr als die erbrachte wissenschaftliche Leistung, die soziale Herkunft ein ausschlaggebender Faktor für die Zugehörigkeit zu einer Elite darstellt.

Daraus ergibt sich folgendes Fazit: Ein hoher Führungsanspruch der Spitzenmedizin geht mit einer inneren Distanz von Beschäftigten aus dem ärztlichen Dienst sowie dem Pflegedienst einher. Neben der Personalknappheit und Schnittstellenproblematik tragen eine solche Kultur der Elite und die damit verbundenen Machtfaktoren zu Konfliktslagen bei, die schließlich im Kleid eines ethischen Konflikts bei der Versorgung eines einzelnen Patienten auftauchen: Es ist nur allzu verständlich, dass eine Maximalbehandlung, die von der medizinisch-technischen Ausstattung einer Abteilung her, sowie aufgrund des Erfahrungswissens der Ärzte problemlos durchführbar ist, erst sehr spät zurückgefahren wird. Die Parameter des wirtschaftlichen und wissenschaftlichen Erfolgsdrucks stehen einer Behandlungsbegrenzung deutlich entgegen. Im Einzel- und Ausnahmefall müssen sehr starke Gründe vorliegen, um eine Behandlung ‚im experimentellen Bereich‘ nicht doch noch im Sinne der Forschung und Lehre einige Tage oder Wochen auszudehnen.

Mitglieder von Behandlungsteams

habituelle Prägungen im ärztlichen Dienst und Pflegedienst

In den Krankenhäusern treffen Berufsgruppen mit sehr unterschiedlicher sozialer Herkunft und Zugehörigkeit, Berufsbiografie, Kompetenz, Weltanschauung, Überzeugung und Wertesystem aufeinander. Legt man Bourdieus Begriff des Habitus und seine Unterscheidung verschiedener Kapitalformen an (vgl. Bourdieu 1979), werden erhebliche Unterschiede sichtbar, die zu latenten Konfliktslagen innerhalb der Behandlungsteams beitragen: Mitarbeitende des ärztlichen Dienstes verfügen ab dem Status eines Oberarztes über ein mittleres ökonomisches Kapital, das bis zur Chefarztposition mit Lehraufträgen und der Option für zusätzliche private Liquidation auf ein erhebliches Maß ansteigen kann. Das inaugurierte kulturelle Kapital ist im ärztlichen Dienst durch den Bildungsstand mit dem üblichen Abschluss einer Promotion hoch, ebenso verfügen Ärztinnen und Ärzte in Krankenhäusern der Maximalversorgung über ein beachtliches symbolisches Kapital: Eine Vielzahl akademischer Grade und Auszeichnungen für Forschungsergebnisse oder die Leitung von internationalen Studiengruppen, Fachgesellschaften und Fachverbänden prägen das Bild des ärztlichen Dienstes in den Universitätskliniken.

Beim Pflegedienst und den anderen Gesundheitsfachberufen liegen das ökonomische, das kulturelle und das symbolische Kapital auf einer deutlich niedrigeren Stufe. Im Blick auf

das soziale Kapital sind die Unterschiede geringer. Diese Kapitalform ist nicht so sehr an die Zugehörigkeit zu einer Berufsgruppe gebunden. Bedeutsamer ist hier die einzelne Person, die es versteht, sich gut zu vernetzen und in vielen unterschiedlichen Bezügen Sozialkontakte zu pflegen oder eher zurückgezogen auf ein enges persönliches Umfeld den Alltag gestaltet.

Durch die aktuelle Covid-19 Situation erfahren neben der Ärzteschaft auch die nicht-akademischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen eine deutliche Aufwertung. Diese Veränderung in der Außenwirkung verändert jedoch nicht das Binnengefälle in einem Behandlungsteam: Pflegende und Mitarbeitende der anderen Gesundheitsfachberufe bleiben intern auf ihrer bisherigen untergeordneten Position.

Die mit der Arbeit fokussierten medizinethischen Konflikte können infolgedessen auch als Ausdruck solcher habituellen Unterschiede und der daraus resultierenden latenten Spannung verstanden werden: Die Spannungen entladen sich im Behandlungsalltag in gegenseitigen Vorwürfen eines unmoralischen oder unethischen Handelns. Diese Spannungen verringern sich in den Momenten, in denen ein gemeinsames Interesse an einem patientenorientierten Austausch im Vordergrund steht und eine gemeinsame Abwägung von Werten und Behandlungsmöglichkeiten durchgeführt werden kann.

Abwehrmechanismen und Abwehrrangements

Neben den habituellen Unterschieden im Team haben auch berufsspezifische Zielsetzungen und Wertehaltungen sowie individuelle Faktoren der Behandler einen wesentlichen Einfluss auf die Festlegung eines Behandlungsumfangs.

Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2011 eine Veränderung im Aufgabenprofil des Ärztlichen Dienstes formuliert: Neben einem kurativen Behandlungsziel gehört es zum festen Bestandteil des ärztlichen Handelns, einen Sterbeprozess ärztlich gut zu begleiten:

„Aufgabe des Arztes ist es, unter Achtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

Es gibt Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sind. Dann tritt eine palliativmedizinische

Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf nicht von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig gemacht werden“ (Bundesärztekammer 2011, S. A346).

Bei Patienten, die sich zwar noch nicht im Sterben befinden, aber nach ärztlicher Erkenntnis aller Voraussicht nach in absehbarer Zeit sterben werden, ist eine Änderung des Behandlungszieles geboten, wenn lebenserhaltende Maßnahmen Leiden nur verlängern würden oder die Änderung des Behandlungsziels dem Willen des Patienten entspricht. An die Stelle von Lebensverlängerung und Lebenserhaltung tritt dann die palliativmedizinische Versorgung einschließlich pflegerischer Maßnahmen“ (, S. A347).

Viele Mitarbeitende im ärztlichen Dienst haben diese Haltung noch nicht nachvollzogen. Der Wechsel von einem kurativen Therapieziel zu einem palliativen Therapieziel wird oftmals als persönliches Versagen oder als Versagen der ärztlichen Kunst fehlbewertet.

Das zeigt sich in folgenden Äußerungen: *Wir können den Eltern doch nicht sagen, dass wir nichts mehr für ihr Kind tun können!* In dem von der Bundesärztekammer geforderten ärztlichen Selbstverständnis wäre eine solche Aussage unangemessen. Treffender wären etwa folgende Formulierungen: *Wir können Ihr Kind nicht heilen. In einem palliativen Behandlungskonzept können wir Ihrem Kind und Ihnen als Familie aber mit sehr hilfreichen Maßnahmen zur Seite stehen. Wir können den Krankheitsverlauf verlangsamen, Ihrem Kind die Schmerzen und die Angst nehmen. Wir können Sie darüber hinaus in all den psychosozialen Aufgaben und Anforderungen, die jetzt auf Sie zukommen, unterstützen.*

Solange eine ärztliche Sterbebegleitung nicht von der Mehrheit der Ärztinnen und Ärzte als wichtige und notwendige ärztliche Aufgabe neben der Heilkunst angesehen wird und eine entsprechende Haltung verinnerlicht ist, bleiben unbewusst unterschiedliche Abwehrformen wirksam, die dabei helfen, die Gefühle des Versagens, der Niederlage oder der Ohnmacht gegenüber einer unheilbaren Erkrankung zu vermeiden.

Anna Freud hat solche Mechanismen der Angstabwehr beschrieben. Eine der bekannten Formen der Abwehr neben Identifikation, Verleugnung, Spaltung und Projektion auf einem niedrigen Strukturniveau, der Entwertung oder Idealisierung, Reaktionsbildung, Regression, Verschiebung, Leugnung u.a. auf einer mittleren Strukturebene ist z.B. die Intellektualisierung und Rationalisierung auf einer höher Strukturebene (vgl. Freud 1977). Karl König hat diese Mechanismen strukturiert dargestellt und erläutert (vgl. König 1996).

Im Bereich der unheilbaren Erkrankungen sowie der Intensivmedizin ist eine Weiterführung einer kurativen Therapie bei zweifelhaftem Benefit für Patient*innen nach meiner

Auffassung als Abwehrform der Vermeidung bzw. Verschiebung und die isolierte wissenschaftliche Aufmerksamkeit auf den (aufgrund der schlechten Prognose unrealistischen) kurativen Ansatz als eine intellektualisierte Abwehrform auf der höheren Strukturebene zu verstehen.

Im Wechselspiel solcher Abwehrmechanismen von Mitarbeitenden des Behandlungsteams mit der oben beschriebenen Ambivalenz von Patienten kann es zu ungünstigen Abwehrarrangements kommen. Patient*in und Ärzt*in verbinden und bestärken sich gegenseitig in dem Bedürfnis nach einer kurativen Behandlung, obwohl entsprechend der Indikationsstellung eine palliative Behandlung erfolgen müsste. Solche interpersonalen Abwehrarrangements hat Stavros Mentzos im Zusammenhang seines Entwurfs zur Beschreibung von interpersonaler und institutionalisierter Abwehr 1976 beschrieben (vgl. Mentzos 2016).

Es ergibt sich folgendes Fazit: Medizinethische Konfliktslagen entstehen durch Krankheitsverläufe oder Unfälle, die nicht mit offenkundig eindeutigen medizinischen Behandlungswegen zu beantworten sind. Die jetzt nötige Klärung und Abwägung der am besten geeigneten Maßnahme inklusive der Bestimmung der Reichweite dieser Maßnahme wird von verschiedenen Faktoren erschwert und beeinflusst. Dazu zählen die Ambivalenz von Patienten in der letzten Lebensphase, die Rahmenbedingungen der Organisation inklusive der ihr innewohnenden Kultur sowie die persönlich-individuellen Faktoren von Mitgliedern eines Behandlungsteams einschließlich von ungünstigen Abwehrarrangements zwischen Behandlern und Betroffenen.

Der supervisorische Blick auf das Feld der klinischen Ethikberatung kann die anfangs zusammengestellten Beobachtungen und Fragen (vgl. Einleitung) in einen nachvollziehbaren Zusammenhang stellen. Erst der Blick auf betroffene Patient*innen, auf die beteiligten Personen eines Behandlungsteams, sowie auf die Organisation mit ihrer Kultur und ihren Besonderheiten schafft den Horizont zur tieferen Analyse von Beratungsanfragen und gibt Hinweise auf geeignete Instrumente, die dem Beratungsbedarf angemessen gerecht werden können.

3. Die Beratungsmethode

Methoden und Ablaufschemata

Im Bereich der klinischen Ethikberatung in Deutschland sind viele unterschiedliche Modelle und Ablaufschemata in Gebrauch. Zuletzt haben Julia Heiland (2018) und Regina Balogh (2019) im Rahmen ihrer jeweiligen Dissertationen das Feld gesichtet.

Heiland setzt die unterschiedlichen theoretischen Grundlagen und systematischen Ablaufschemata für eine klinische Ethikberatung mit den praktischen Erfahrungen von Ethikberater*innen und Klinischen Ethikkomitees in Beziehung. In einer Übersicht (2018, S. 40) stellt sie 23 verschiedene Modelle für eine ethische Fallberatung zusammen. Dabei kann sie aufzeigen, dass in der Fülle der unterschiedlichen Konzepte und Methoden die prinzipienorientierte Falldiskussion nach Marckmann und Mayer, die Nimwegener Methode nach Steinkamp und Gordijn und der Basler Leitfaden nach Reiter-Theil am häufigsten angewandt werden. Alle drei Modelle basieren auf der Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien (vgl. ebd., S. 30).

Unter den 90 befragten Berater*innen bilden mit 18 Personen diejenigen die viertgrößte Gruppe, die ein selbst erstelltes Konzept anwendet. Der wesentliche Nutzen der jeweils angewandten Methode wird entsprechend der Befragung in einem klar strukturierten Ablauf, in der Vergewisserung, keinen wichtigen Aspekt zu vergessen und in einer ethisch fundierten Analyse gesehen (vgl. ebd., S. 44).

Balogh (2019) fragt: „Auf welche normativen Ethiktheorien stützen sich die Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees?“ Sie unterscheidet die beiden Gruppen der *Konsiliarmodelle* kleinerer Krankenhäuser, die nach einer kurzen Beratung jeweils eine Empfehlung aussprechen, von der größeren Gruppe der *Fallberatungen* mit allen beteiligten Behandlern. In dieser zweiten Gruppe nennt sie (2019) mit dem „*Bochumer Arbeitsbogen, der Nimwegener Methode, dem Köln-Nimwegener Instrumentarium, dem Ulmer Modell, die Bögen der Malteser und jene nach Tschudin und Riedel*“ (S. 29) Modelle bzw. Ablaufschemata, die ebenfalls auf der Anwendung von vier medizinethischen Prinzipien basieren.

Die Untersuchungen beider Arbeiten bekräftigen meine anfängliche These, dass nicht so sehr ein einzelnes Ablaufschema einer Ethikberatung und auch nicht die Grundlegung

durch einen ethischen Diskurs im Rahmen einer spezifischen normativen Ethik für eine klinische Ethikberatung die zentralen Parameter darstellen, sondern eine umfassende Moderationskompetenz der Berater*in. In der durch Balogh (2019) sowie Heiland (2018) beforschten Praxis der Ethikarbeit ist die Fähigkeit, ethische Prinzipien in der Beratungssituation gemeinsam zu diskutieren und abzuwägen als wesentlich einzuschätzen.

Heiland (2018) hat in ihrer Arbeit die Ergebnisse der von ihr untersuchten Fallberatungen in Beziehung zu den verschiedenen Ablaufmodellen und dem persönlichen Einfluss der Moderatoren gesetzt (vgl. S. 77f.). Der Mehrdimensionalität der Beratungssituationen entsprechend zeigt ihre Untersuchung auf, dass individuelle Faktoren aller beteiligten Akteure eine große Rolle für ein Beratungsergebnis erbringen. In den verglichenen Fallberatungen waren es jeweils die Moderator*innen, die das spätere Ergebnis zuerst in den Prozess einbrachten (ebd.) und damit den weiteren Verlauf stark prägten. Diese Beobachtung passt zur der hier vorgelegten Analyse des Feldes: Eine Beratung findet im Kontext des Arbeitsfelds einer Klinik und im Kontext der persönlichen Werthaltungen und Einstellungen aller Beteiligten statt. Ziel einer Beratung kann es nicht sein, eine allgemeingültige Vorgehensweise durch einen ethischen Diskurs mit normativem Charakter zu erarbeiten. Ziel einer Beratung ist es, für eine konkrete Patient*in in einer konkreten Phase der Erkrankung in einer konkreten Klinik mit allen Akteuren eine gute und ethisch verantwortbare Vorgehensweise zu identifizieren. Dabei kommt der fachlichen Kompetenz der Person einer Moderator*in eine sehr hohe Bedeutung zu. Ein Ergebnis ist insofern grundsätzlich ein individuelles und kontextbezogenes und nicht objektivierbares Ergebnis.

Die Untersuchung von Heiland bestätigt, dass die Qualität einer erfolgten klinischen Ethikberatung von ihrem Auftrag und Charakter her nicht an einem gleichbleibenden Lösungsergebnis bei der Durchführung mit jeweils unterschiedlichen Akteuren ablesbar sein kann. Sie muss sich an den Kriterien der Detailtiefe und Sorgfalt bei der Berücksichtigung einer mehrdimensionalen Problemlage und den persönlichen inneren und äußeren Faktoren aller agierenden Personen messen lassen.

Die Akademie für Ethik in der Medizin als Fachgesellschaft

Im Dezember 1986 wurde die Akademie für Ethik in der Medizin (kurz AEM) als Fachgesellschaft für Medizinethik gegründet. Im März 2010 beschreibt der damalige Vorstand „Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens“ (Akademie für Ethik in der Medizin 2010).

Dabei soll das Format der Ethikberatung „der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z. B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter)“ (ebd., S. 150) dienen. „Ziel ist es letztlich, Entscheidungsprozesse hinsichtlich ihrer ethischen Anteile transparent zu gestalten und an moralisch akzeptablen Kriterien auszurichten, d. h. ‚gute Entscheidungen‘ in ‚guten Entscheidungsprozessen‘ zu treffen“ (ebd.).

Weder in ihren Standards noch in ihrem Curriculum zur Ausbildung von Ethikberatern macht die Akademie für Ethik in der Medizin verbindliche Vorgaben zur Anwendung einer spezifischen Beratungsmethode oder Grundlegung durch eine philosophisch-ethische Schule. Die Autoren zeigen allerdings in ihrer Begrifflichkeit eine große Nähe zur Prinzipienethik, die Beauchamps und Childress im Jahr 1979 beschrieben haben. Georg Marckmann übernahm 2012 die Aufgabe des Präsidenten der Akademie für Ethik in der Medizin. Er hatte im Jahr 2015 in seinem Beitrag „Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin“ die Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien ausführlich erläutert (vgl. Marckmann 2015, S. 2 - 15). Der weitaus größte Teil der theoretischen Ansätze bezieht sich auf diese Grundlagen. Dementsprechend spiegelt sich auch in der Praxis klinischer Ethikberatung in Deutschland die hohe Bedeutung der Prinzipienethik nach Beauchamps und Childress wider.

Kritische Auseinandersetzung mit dem Berliner Modell

Volker Dieringer (2019) hat sich kritisch mit dem Berliner Modell von Andreas Lob-Hüdepohl auseinandergesetzt. Andreas Lob-Hüdenpol lehrt an der Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin u.a. in den Fachbereichen Ethik Sozialer Arbeit als Menschenrechtsprofession und Heilpädagogische Ethik. Er ist Mitglied im Deutschen Ethikrat u.a. mit dem Schwerpunkt Ethikberatung im Gesundheits- und Sozialwesen. Sein Ansatz „Strukturen ethischer Beratung in sozialprofessionellen Tätigkeitsfeldern: Erkunden

- *Rechtfertigen - Gestalten - Organisieren: Das Berliner Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO*“ (Lob-Hüdepohl, 2017) bezieht sich auf Felder der sozialen Beratung und nicht auf ethische Probleme im Gesundheitswesen. Dieringers kritische Auseinandersetzung mit dem Modell B:ERGO stellt dennoch eine sinnvolle Differenzierung der Arten ethischer Konflikte zur Verfügung, die ich im weiteren Verlauf dieser Arbeit erweitern und zur Typisierung der ethischen Probleme im Gesundheitswesen verwenden möchte.

Dieringer unterscheidet „*ethische Dilemmata*“ von „*ethischen Dissensen*“. Darüber hinaus postuliert er eine Abgrenzung von „*Meinungsverschiedenheiten*“, die keinen ethischen Diskurs benötigen, sondern aufgrund empirischer Forschung zu klären seien.

„Moralische Konflikte, seien es nun moralische Dilemmata oder ethische Dissense, müssen von Konflikten, die im Kern nicht moralischer Natur sind, sondern auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich des Bestehens oder Nichtbestehens empirischer Sachverhalte beruhen, strikt getrennt werden (Sellmaier 2011: 19f). Ein „normative[r] Scheinkonflikt“ (ebd.: 13; Hervorh. i.O.) ist etwa dann gegeben, wenn eine Partei eine Maßnahme für moralisch geboten hält, weil sie glaubt, dass dadurch wertvolle Ziele erreicht werden können, wohingegen die andere Partei die gleiche Maßnahme für nicht geboten hält, weil sie der Meinung ist, dass sie nicht zu den angestrebten Zielen führt. [...] Die Klärung solcher Meinungsverschiedenheiten ist keine Frage der Ethik, sondern der empirischen Forschung“ (Dieringer 2019, S. 17).

Meinungsverschiedenheiten sind nach Dieringer Problemlagen, die zwar einen moralischen Inhalt haben, aber eben nicht durch eine ethische Reflektion zu lösen oder zu entscheiden seien, sondern durch eine wissenschaftliche Abwägung und sorgfältige Auswertung von Evaluationen zu einem eindeutigen Ergebnis führen. Für diese Klärung braucht es Zeit, Sorgfalt und einen wissenschaftlichen Diskurs der verschiedenen Sachpositionen bzw. Fachrichtungen. Das Ergebnis denkt Dieringer als eindeutige und objektive Folge der Empirie.

Dilemma und Dissens

Unter einem ethischen Dilemma versteht Dieringer Situationen, in denen innerhalb eines ethischen Systems zwei einander widersprechende Verpflichtungen abgeleitet werden. Keine Verpflichtung kann erfüllt werden, ohne die andere Verpflichtung zu verletzen. Dabei sind beide Verpflichtungen als gleichrangig zu denken. Mit derselben Intensität

und Wertigkeit verlangen sie danach, umgesetzt zu werden. Bei unterschiedlicher Wertigkeit wäre eine Entscheidung leicht zu treffen und die Problematik nicht einmal als ein ethischer Konflikt aufzufassen: Die höherwertige Verpflichtung hat naturgemäß Vorrang vor einer nachrangigen Verpflichtung.

Lob-Hüdepohl schlägt für den Umgang mit solchen Dilemmata das Tool einer Güterabwägung vor (vgl. 2017, S. 5). Dieringer führt in seinem Beitrag überzeugend aus, dass in Dilemma-Konstellationen eine Güterabwägung nicht zur Auflösung führen kann. Wäre eine Güterabwägung durchführbar, müsste dies gleichzeitig als zwingender Beweis dafür genommen werden, dass es sich in der vorliegenden Lage eben nicht um ein Dilemma, sondern um einen ethischen Dissens handelt.

Als Gegenüber zu einem ethischen Dilemma beschreibt Dieringer einen ethischen Dissens. Dessen Hauptmerkmale liegen darin, dass die gegenläufigen Verpflichtungen aus unterschiedlichen ethischen Systemen stammen. Deshalb liegt folgerichtig hinter einem konkreten ethischen Dissens immer auch der Widerstreit unterschiedlicher ethischer Prinzipien bzw. moralischer Systeme.

„Der Widerstreit zweier einander ausschließender moralischer Verpflichtungen ist vielmehr ein Symptom eines fundamentalen Konflikts zwischen zwei verschiedenen ethischen Theorien, der nicht nur die Frage nach der moralisch richtigen Handlung, sondern auch die Frage nach den moralisch richtigen Handlungsgründen berührt,“ (Sellmaier 2011: S 16ff)“ (Dieringer 2019, S. 16).

Insofern fordert Dieringer einen Diskurs über die unterschiedlichen ethischen Herangehensweisen:

„Ein Modell ethischer Fallbesprechung, das zur Bearbeitung ethischer Dissense geeignet ist, müsse daher auch Wege aufzeigen, wie man in einem Konflikt zwischen zwei ethischen Theorien, die hinsichtlich der Prinzipien der Moral nicht übereinstimmen, zu einer Lösung gelangen kann, die dem Wahrheitsanspruch moralischer Wertüberzeugungen Rechnung trägt. [...] Will man hier weiterkommen, so scheint auf jeden Fall eine Ausweitung des Diskurses vonnöten zu sein: Nicht nur die Bedeutung der normativen gehaltvollen Ausdrücke sowie die Form der Begründung moralischer Urteile, sondern auch die Prinzipien der Moral selbst müssen Gegenstand des Diskurses werden“ (Dieringer 2019, S. 19).

Güterabwägung mithilfe einer Prinzipienethik

Tatsächlich ist an dieser Stelle der von Dieringer geforderte Diskurs verschiedener ethischer Prinzipien mithilfe des Konzepts von Beauchamps und Childress sehr gut möglich.

In ihrem Beitrag „Principles of Biomedical Ethics“ aus dem Jahr 1979 benennen sie unterschiedliche ethische Prinzipien, die im Gesundheitswesen bei der Anwendung von medizinischen oder pflegerischen Therapien gleichzeitig anzuwenden sind und die von ihrer Natur her immer im Widerstreit miteinander liegen (vgl. Beauchamps & Childress 2013).

Bisher konnte sich im Bereich der medizinischen Ethik *„keine ethische Theorie durchsetzen, die sich ausschließlich auf eine der klassischen moralphilosophischen Theorien bezieht“* (Marckmann, S. 10). Der Ansatz der beiden Bioethiker hat längst weltweite Verbreitung und Anerkennung gefunden. Er stellt sich ausdrücklich der Theorienvielfalt in der Philosophie und dem Wertepluralismus in der Gesellschaft. Er *„gibt den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie mit einem obersten Moralprinzip auf“* und orientiert sich an konsensfähigen *„mittleren“* Prinzipien, *„die mit verschiedenen Moraltheorien vereinbar sind“* (ebd.). Beauchamps und Childress verzichten auf den Anspruch einer umfassenden ethischen Theorie. Die von beiden Bioethikern beschriebenen Prinzipien knüpfen an unsere allgemeinen moralischen Alltagsüberzeugungen an.

Das Prinzip des Respekts vor der Autonomie des Patienten: Dieses Prinzip verpflichtet die Behandler dazu, die Wünsche, Ziele und Wertvorstellungen eines Patienten zu berücksichtigen. Eine ‚fürsorgliche‘ Bevormundung darf nicht stattfinden. Dieses Prinzip geht über die Akzeptanz des Patientenwillens hinaus und beinhaltet die Pflicht, die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten zu fördern und ihn im Sinne eines informed consent bestmöglich über die fachlichen Parameter einer Behandlung zu informieren, damit er für sich selber abwägen und zu einer eigenen Entscheidung gelangen kann. Dieses erste Prinzip beinhaltet die Pflicht zur Aufklärung über ärztliche und pflegerische Maßnahmen.

Das Prinzip des Wohltuns (oder Nutzens): Unter diesem Prinzip wird die Verpflichtung verstanden, einer Patient*in auf die bestmögliche Weise zu nutzen. Dazu gehört die Behandlung von Krankheiten, die Milderung von Symptomen, sowie eine präventive ärztliche Arbeit. Dies Prinzip deckt sich mit dem für Ärzt*innen bindenden Berufsethos zur Hilfeleistung.

Das Prinzip des Nichtschadens: Mit dem ärztlichen Handeln ist die Verpflichtung verbunden, einer Patient*in keinen Schaden zuzufügen. Maßnahmen, die zu einem Schaden für die Patient*in führen, müssen unterlassen werden. In der Praxis ist das oft nicht um-

setzbar, da jede therapeutische und pflegerische Maßnahme auch ihre unerwünschten Nebenwirkungen mit sich bringt. Aus dem Prinzip des Nicht-Schadens erwächst deshalb die Verpflichtung eines sorgfältigen Abwägens: Nebenwirkungen müssen deutlich geringer ausfallen als der Nutzen einer Maßnahme, andernfalls muss die Maßnahme unterlassen werden.

Das Prinzip der Gerechtigkeit: Hier geht es um einzelne Patient*innen im Kontext der zur Verfügung stehenden Ressourcen eines Krankenhauses bzw. des Gesundheitssystems. Als Grundsatz soll gelten, dass ähnlich gelagerte Fälle auch ähnlich behandelt werden. Die Ressourcen müssen den verschiedenen Patient*innen und Personengruppen mit nachvollziehbaren Kriterien zugeteilt werden. Wo es zur Bevorzugung einzelner Patient*innen kommt, müssen relevante Begründungen - z.B. im Blick auf eine bessere Prognose - benannt werden. Hier ist die Abwägung zwischen dem Medizinisch-Möglichen und dem in einer Gesellschaft finanzierbaren Umfang der Maßnahmen oft nur schwer vorzunehmen und ist Teil eines gesellschaftlichen Diskurses (vgl. Marckmann 2015, S. 11 - 12).

Die vier beschriebenen medizinethischen Prinzipien stellen kein exaktes Regelwerk dar, sondern bieten zunächst nur eine allgemeine Orientierung an. Aufgrund des großen Beurteilungsspielraums erfordern sie eine sorgfältige Prüfung und Abwägung im Einzelfall.

Zusammenfassung

Die kritische Auseinandersetzung Dieringers mit dem Berliner Modell lässt sich nur bedingt auf ethische Fragestellungen im Gesundheitswesen anwenden. Seine vorgelegte Analyse unterstreicht und bekräftigt allerdings die von der Akademie für Ethik in der Medizin empfohlene und von den Klinischen Ethikkomitees in Deutschland gebräuchliche prinzipienorientierte Güterabwägung auf einer mittleren Ebene als folgerichtig und angemessenes Instrument.

4. Systematisierung des Beratungsbedarfs

Ich greife die von Dieringer vorgenommene Typisierung von Dilemma und Dissens als ethische Konflikte im engeren Sinn und Meinungsverschiedenheiten über Themen mit

moralischem Inhalt auf und ergänze sie um einen vierten Typus gemeinsame Indikationsstellung und Umsetzung, die zum Zeitpunkt der Beratungsanfrage noch nicht abschließend erfolgt sind.

Diese Typisierung bietet ein wirksames Ordnungsmerkmal für die - nicht wissenschaftlich evaluierten - Erfahrungen aus der Arbeit des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Essen aus den Jahren 2013 bis 2020.

Bei der folgenden Vorstellung und Beschreibung der vier Typen stelle ich jeweils ein anonymisiertes Beispiel aus der Praxis voran. Für die Arbeit der Klinischen Ethikkomitees empfehle ich, jede diese vier moralisch-ethischen Problemlagen als Triggerfaktor für die Anforderung zu einer klinischen Ethikberatung zugrunde zu legen.

Dilemmata

*Im Frühjahr 2020 führen die Bilder von überlasteten Intensivressourcen der Krankenhäuser in Italien zu einem großen Erschrecken. Bei überlasteten Kapazitäten entstehen Dilemmasituationen: Lebensgefährlich verletzte oder erkrankte Patient*innen müssen aufgenommen und behandelt werden. Andernfalls werden sie zeitnah versterben. Wenn eine Patient*in, die bereits behandelt wird, ihren Platz zur Verfügung stellen muss, dann wird diese Patient*in versterben.*

*Welche Kriterien sollen hier für eine ethisch vertretbare Entscheidung zugrunde gelegt werden? Das Prinzip 'first come - first serve' wird der Situation nicht gerecht, denn so würden Patient*innen mit schlechter Prognose behandelt, während Patient*innen mit guter Prognose versterben. Lautet das Kriterium dagegen ‚Patient*innen mit besserer Prognose erhalten einen Behandlungsplatz und Patient*innen mit schlechter Prognose müssen ihren Platz zur Verfügung stellen‘, wird es unvermeidbar zu Fehlentscheidungen kommen, da die Zeit für eine umfassende und sorgfältige Diagnostik und Indikationsstellung in der Notlage nicht zur Verfügung steht.*

Wie Dieringer herausgearbeitet hat, können Dilemmata per Definition nicht durch einen ethischen Diskurs aufgelöst werden. Sie müssen als Dilemma anerkannt werden. Mit der Anerkennung ist die Übernahme der Verantwortung zum Tun des Guten und gleichzeitigen unvermeidbaren Tun des Schlechten verbunden. Insofern verlangt der Umgang mit dem Dilemma von den handelnden Personen die Bereitschaft zur Übernahme der Verantwortung und die Fähigkeit zum Umgang mit dem unvermeidbaren ‚ethischen Schuldigwerden‘.

Im klinischen Alltag finden solche Dilemmata grundsätzlich im handlungsorientierten Rahmen statt. Es muss notwendig gehandelt werden und es wird real immer gehandelt: Eine Veränderung der Therapie bedeutet Handeln und führt zu ethischen Fehlentscheidungen - keine Veränderung der Therapie ist ebenso als Handeln aufzufassen und führt in gleicher Weise zu ethischen Fehlentscheidungen. Aufgrund dieser Handlungsbezogenheit ist ein moralisch vertretbarer Umgang mit dem Dilemma geboten. Die Anwendung der o.g. medizinethischen Prinzipien auf der sog. mittleren Ebene kann die durch das Dilemma verlorene Orientierung wieder einbringen.

Im Fall des o.g. Beispiels der Triagierung bei überlasteten Intensivressourcen empfiehlt die DIVI (vgl. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin 2020) die Anwendung des Kriteriums der besseren Prognose, wohl wissend, dass eine so getroffene Auswahl zu Fehlentscheidungen und ethisch angreifbaren Ergebnissen führen kann und wird.

Dissense

Durch einen missglückten Suizidversuch mit der Bahn kommt es bei einem Patienten zu einer erheblichen irreversiblen neurologischen Schädigung. Die Unfallchirurgie ist in der Lage, einen stabilen Zustand zu etablieren. Sogar eine mittelfristige Stabilisierung über einige Tage gelingt. Der Patient war bereits seit vielen Jahren psychiatrisch erkrankt. Er hatte eine nachhaltige psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung allerdings abgelehnt und sich bei den zahlreichen Suizidversuchen in den zurückliegenden Jahren jeweils gegen ärztlichen Rat kurz nach der ersten Stabilisierung wieder nach Hause begeben.

Die Angehörigen fordern vehement die Einstellung der Intensivmaßnahmen, da es sich nach ihrer Einschätzung um einen wohlüberlegten und nicht im Affekt vollzogenen Bilanzsuizid handelt. Einer dauerhaften Unterbringung als Intensivpflegefall in einer Beatmungseinrichtung hätte der Patient in ihren Augen niemals zugestimmt. Sie halten eine Beendigung der Intensivmaßnahmen für ethisch geboten und begründen dies mit dem fehlenden Einverständnis des Patienten.

Eine Einstellung der Notfallmaßnahmen ist dagegen mit der ärztlichen Indikationsstellung nicht vereinbar. Es sind erste Erfolge der Notfallmaßnahmen zu verzeichnen, die Prognose für eine dauerhafte Stabilisierung unter Beatmung ist gut.

Hier handelt es sich um einen ethischen Dissens: Folgt man der Argumentation der Angehörigen, ist eine Beendigung der Maßnahmen ethisch geboten, da eine Weiterführung dem mutmaßlichen Willen des Patienten widerspricht. Folgt man der ärztlichen Verpflichtung zur Fürsorge und kurativen Medizin, ist eine Beendigung der Intensivmaßnahmen nicht vertretbar und verstößt gegen das ärztliche Berufsethos, insbesondere im Blick auf die Pflicht zur Fürsorge.

Eine Entscheidung ist hier nur durch eine Abwägung und Gewichtung der beiden ethischen Prinzipien Respekt vor der Autonomie des Patienten und Fürsorgepflicht der Ärzte herbeizuführen. Wie Dieringer für diesen Typus ethischer Probleme gefordert hat, zeigt sich hier:

Bei einem ethischen Dissens bieten die vier medizinethischen Prinzipien nach Beauchamps und Childress auf der mittleren Ebene eine praxistaugliche Orientierung für einen Diskurs im multiprofessionellen Team. Mithilfe einer Güterabwägung ist die Ausarbeitung eines gemeinsam verantworteten Konsenses möglich. Gleichzeitig können ethische Begründungen formuliert werden, die eine Entscheidung nachvollziehbar machen.

Meinungsverschiedenheiten

Eine onkologisch erkrankte Patientin durchläuft drei verschiedene Regime einer Chemotherapie, die jeweils nicht in der Lage sind, die Krankheit aufzuhalten. Der Allgemeinzustand der Patientin verschlechtert sich dramatisch, es kommt zu sekundären Problemen: U.a. ist die Nierenfunktion eingeschränkt und eine Dialyse notwendig, zusätzlich kommt es wiederholt zu Infekten, die jeweils eine Antibiose erforderlich machen. Die psychische Situation der Patientin ist von sich häufenden depressiven Episoden gekennzeichnet.

Die Familie drängt die Patientin, den Mut nicht zu verlieren und in die Teilnahme an einer vorgeschlagenen Studie für eine neuartige Chemotherapie einzuwilligen. Die Pflegedienst-mitarbeitenden sind empört über den ärztlichen Vorschlag. Sie kennen andere Patienten aus vergleichbaren Studien und haben dramatische Verläufe vor Augen. Sie halten ein palliatives Konzept für angemessen, damit die Patientin ihre letzte Lebensphase vor dem Sterben bewusst gestalten kann.

Der Onkologe sieht bei der Durchführung der Studie eine Wahrscheinlichkeit von 30 - 40% dafür, eine Metastasenbildung für ca. 12 Monate hinauszuschieben. Andere ärztliche Kolleginnen beurteilen die Studie eher kritisch und führen den schlechten Allgemeinzustand und die Schädigung der Nieren an. Beides stelle eine Wirkung des neuen Medikaments in Frage.

Im realen klinischen Alltag ist der Hintergrund einer Anfrage - wie in diesem Beispiel - tatsächlich oft genug als eine Meinungsverschiedenheit verschiedener medizinischer Fachleute zu begreifen. Solche Meinungsverschiedenheiten erfordern ein Forum für einen intradisziplinären wissenschaftlichen Diskurs und den sich daran anschließenden interdisziplinären Diskurs. Eine strukturierte Moderation dieses wissenschaftlichen Diskurses unter Beteiligung aller Personen und Professionen im Behandlungsteam kann zu einer Meinungsbildung und Klärung beitragen. Wo der wissenschaftliche Diskurs keine eindeutigen Ergebnisse liefert, bieten auch hier die o.g. Prinzipien nach Beauchamps und Childress auf der mittleren Ebene eine Orientierung für ein ethisch begründbares Handeln.

Gemeinsame Indikationsstellung und Umsetzung

Auf der Neugeborenenstation wird ein Säugling mit Entbindung in der 25 SW versorgt. Die Notfallmaßnahmen unmittelbar nach der Geburt konnten zu einer Stabilisierung beitragen. Es kam zu keiner Spontanatmung, es sind Fehlbildungen der Gliedmaßen zu sehen und es kommt in unregelmäßigen Abständen zu starken Krampfanfällen, denen nur mit einer Medikamentendosierung im experimentellen Bereich begegnet werden kann. Die Eltern und vor allem der Großvater mütterlicherseits fordern aufgrund ihres muslimischen Glaubens eine Maximalbehandlung. Es kam bereits zu Drohungen, sollte das Behandlungsteam die Therapie begrenzen.

Die Pulmologen sehen den Zustand kritisch, eine Beatmung kann zwar fortgesetzt werden, alle Versuche der Entwöhnung von der Beatmung haben für den Säugling aber zu erheblichem Stress geführt und mussten deshalb abgebrochen werden. Eine langfristige Perspektive sehen sie nicht. Ähnlich ist die Einschätzung der Neurologen. Sie haben eine Fehlentwicklung des Gehirns diagnostiziert, die aber mit keiner bisher bekannten genetischen Störung erklärbar ist. Insofern können sie keine fundierte Prognose benennen. Die Pflegenden erleben einen äußerst kritischen Pflegezustand. Nahezu jede pflegerische Maßnahme stresst den Säugling erheblich, worauf ein Kreislaufanstieg und die dann eintretenden Krampfanfälle hinweisen. Das Personal ist durch die Unmöglichkeit, einen guten Pflegestatus zu etablieren ohne erheblichen Stress für den Säugling auszulösen, sehr belastet.

Im Rahmen der Fallberatung kommen erstmalig die Behandler*innen aller Fachrichtungen unter Beteiligung der Pflegenden und des psychosozialen Dienstes zusammen. In der

Anfangsrunde stellt jede Fachdisziplin Ihre Einschätzung sowie ihre jeweiligen Behandlungsoptionen vor. Es zeigt sich schnell, dass jede Disziplin für sich allein genommen mit einem kurativen Ansatz weiterbehandeln und eine Stabilität für ca. 7 bis 10 Tage erreichen könnte. Dies erscheint den Vortragenden aber aufgrund der fehlenden langfristigen Prognose jeweils nur für den Fall sinnvoll, dass die anderen Fachrichtungen eine bessere Prognose als sie selbst stellen können.

Aufgrund der jetzt möglichen Gesamtschau kommt es bei der Fallberatung schnell zu einer gemeinsamen Indikationsstellung aller Fachdisziplinen für ein palliatives Behandlungskonzept: Die jeweils ungünstigen Einzelprognosen führen zu einer sehr schlechten Gesamtprognose.

In der gemeinsamen selbstkritischen Reflexion erkennen alle Beteiligten: Wesentliche Faktoren für den bisherigen kurativen Ansatz waren (a) die anfängliche Notfallsituation (b) die Forderung der Großeltern und deren Drohung sowie der Widerstand zur Vorbereitung auf den bevorstehenden Abschied, (c) die bis zu diesem Zeitpunkt fehlende Berücksichtigung der Beobachtung des Pflegedienstes und (d) die persönliche Betroffenheit der Behandler*innen, die in Spannung zu ihrer fachlichen Sicht eine große innere Verpflichtung zur kurativen Hilfe verspürten.

5. Der mehrdimensionale Beratungsansatz

Die Analyse des Felds von klinischer Ethikberatung bei Patienten und Angehörigen, bei Mitarbeitenden der Behandlungsteams und im Blick auf die Organisationskultur zeigt, dass die Festlegung eines Therapieziels bzw. eines Behandlungsumfangs von verschiedenen Faktoren beeinflusst und erschwert wird.

Faktoren, die zu ethischen Problemlagen im Behandlungsalltag beitragen

- Die Patienten befinden sich in einer existenziellen Ambivalenz, die auf ein Behandlungsteam ausstrahlt und sich in ihm abbildet.

-
- Der Pflegenotstand sowie die Überlastung im ärztlichen Dienst erlauben oft nur die Erledigung unabdingbarer kurzfristiger Aufgaben. Im schnellen Klinikalltag fehlt die Zeit für eine sorgfältige mittel- oder langfristige Indikationsstellung.
 - Ist diese erarbeitet worden, tragen die Überlastungsfaktoren dazu bei, dass eine Umstellung des Therapieziels bzw. des Behandlungsumfangs nicht oder erst verzögert umgesetzt wird, da wesentliche Änderungen von Behandlungsziel und Reichweite zusätzliche Zeitkontingente für Gespräche mit den Angehörigen erfordern.
 - Aufgrund von Strukturproblemen ist eine sorgfältige und berufsgruppenübergreifende Prüfung und Klärung von Meinungsverschiedenheiten in den Routinen des Behandlungsalltags oft nicht möglich.
 - Eine Kultur der Elite führt zur Entfremdung der verantwortlichen Entscheider von den Praktikern im Alltag. Diese Entfremdung und die aus der Elitenposition resultierende Macht erschweren die Klärung von Meinungsverschiedenheiten sowohl innerhalb einer Berufsgruppe (Klinikdirektor - Leitender Oberarzt - Oberarzt - Stationsarzt - Assistenzarzt - Medizinstudenten im Praktischen Jahr) als auch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen (Ärztlicher Dienst - Pflegedienst - Psychosozialer Dienst - weitere Gesundheitsfachberufe): Eine interdisziplinäre Indikationsstellung ist aktuell nur bei wohlwollender Zustimmung der ärztlichen Klinikleitung und den zuständigen Oberärzt*innen möglich und hängt damit von der persönlichen Haltung der Entscheider ab.

Ethische Probleme im Behandlungsalltag entstehen demnach primär durch Krankheiten oder Unfälle, die eine komplexe Behandlung erfordern und bei denen die Behandlungswege nicht unmittelbar und eindeutig auf der Hand liegen. Sie entstehen sekundär durch die innere Disposition der Patienten, die bei unheilbaren Erkrankungen in eine Ambivalenz zwischen Leben-wollen und Sterben-müssen geraten. Sie entstehen ebenfalls sekundär durch die inneren und äußeren Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens. Insofern erfordern die Anfragen für Fallberatungen bei ethischen Problemen im Behandlungsalltag Antworten auf unterschiedlichen Ebenen:

Elemente eines mehrdimensionalen Beratungsansatzes

- Moderation bei der notwendigen Klärung von Meinungsverschiedenheiten im Team sowie bei der gemeinsamen Indikationsstellung bzw. Ausarbeitung eines Behandlungskonzepts unter Zuhilfenahme supervisorischer Instrumente.
- Durchführung eines ethischen Diskurses zur Differenzierung der Problemlage: Handelt es sich um ein Dilemma, um einen Dissens oder eine Meinungsverschiedenheit? Ist die Indikationsstellung noch nicht abgeschlossen? Konnte eine aus der Indikationsstellung resultierende Therapiezieländerung noch nicht umgesetzt werden?
- Güterabwägung unter Anwendung einer Prinzipienethik als Querschnittsthema auf allen Ebenen der Abstimmung im Team, ggf. auch unter Beteiligung betroffener Patient*innen bzw. der Angehörigen.
- Im Blick auf die Haltung von Ethikberater*innen ergibt die Analyse ähnliche Anforderungen wie sie aus der Supervision und anderen Beratungsformaten bekannt sind: Allparteilichkeit und Respekt vor der Fachkompetenz aller beteiligten Personen aus den verschiedenen Berufsgruppen, Annahme und Akzeptanz der jeweiligen persönlichen Stile und Herangehensweisen der Beteiligten, Anerkennung und Akzeptanz der Belastungen von Mitgliedern der Behandlungsteams sowie ein ressourcenorientiertes Vorgehen.

Hier bestätigt sich, was Regina Bannert 2012 aufgezeigt hat: Zum adäquaten Umgang mit den Fallanfragen für eine ethische Beratung im Klinikalltag schaffen „*Organisationskompetenz*“, „*kommunikative Kompetenz*“, „*Rollenkompetenz*“, „*Prozesskompetenz*“ und eine ausgewogene Distanz zum Feld bzw. Nähe dazu (vgl. Frewer 2012, S. 45) wesentliche Voraussetzungen für eine gute Klärung im Team.

Stärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Angebote einer klinischen Ethikberatung tragen - ähnlich wie die Arbeit des Palliativstationen und ambulante Palliativdienste - aktiv zu interdisziplinären Zusammenarbeit im Krankenhaus bei. Die Analyse ethischer Problemlagen im Behandlungskontext unterstreicht und ergänzt darüber hinaus bestehende Bemühungen um Interdisziplinarität.

Florian Jeserich, Christian Voß und Judith Wolf weisen bereits 2015 in ihrem Beitrag *„Teamorientierte Zusammenarbeit in Krankenhäusern. Christliche Werte und Kommunikation“* (Jeserich et al. 2015, S. 66 - 71) auf die notwendige Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit hin. Mit dem Fokus auf die gelebte Kommunikation im Krankenhaus benennen sie Probleme des Gesundheitswesens, die auch in der vorliegenden Arbeit sichtbar werden:

„Viele Behandlungsfehler bzw. Probleme und Verzögerungen im Therapieprozess können auf Kommunikations- und Koordinationsdefizite im multiprofessionellen Team zurückgeführt werden“ (dies. 2015, S. 66).

Die Autoren betonen die hohe Bedeutung einer guten Kommunikation über die Berufsgruppen hinweg:

„Patienten sind aufgrund ihrer speziellen Lage besonders empfänglich für die gute bzw. schlechte kommunikative Atmosphäre, die in einem Behandlungsteam herrscht“ (ebd.).

Nach der Auffassung der Autoren können habituell geprägte Kommunikationsstrukturen aus der ärztlichen und pflegerischen Ausbildung nur in Prozessen der Selbstreflexion *„aufgebrochen und verbessert werden“* (Jeserich et al. 2015, S. 66).

Ein ähnlich eindeutiges Votum formulieren die Autoren des Positionspapiers *„Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen“* des GMA-Ausschusses (Walkenhorst 2015, S. 17). Sie konstatieren einen weitgehenden Konsens darüber, dass eine engere Zusammenarbeit der Berufe im Gesundheitswesen erforderlich ist.

Schüler und Studierende müssen möglichst frühzeitig *„voneinander, aneinander und miteinander lernen“* (ebd.). *„Dies wird das Personal im Gesundheitswesen von Morgen auf die Herausforderungen des Gesundheitssystems der Zukunft gut vorbereiten“* (ebd.).

In Ihrem Votum erläutern die Ausschussmitglieder *„Wenn in dem Papier von ‚Gesundheitsberufen‘ gesprochen wird, sind damit die Berufe in der Medizin, Pflege, Therapie, Diagnostik etc. gemeint“* (dies. 2015, S. 18).

Konkret empfehlen die Ausschussmitglieder: *„In den Institutionen müssen Strukturen geschaffen werden, die es möglich machen interprofessionelle Konzepte zu entwickeln, zu reflektieren und zu gestalten. Das Thema Interprofessionalität muss an den Hochschulen und Universitäten in die Studienkommissionen Eingang finden und in anderen Einrichtungen in den entsprechenden Gremien vertreten sein“* (dies. 2015, S. 15).

Konzept einer interdisziplinäre Indikationsstellung

Als Abschluss meiner Arbeit ergibt sich ein Impuls zur konzeptionellen Veränderung der Indikationsstellung im Sinne des o.g. Votums des GMA-Ausschusses: Die gängige Praxis einer alleinigen ärztliche Indikationsstellung wird m. E. der komplexen Situation von Patient*innen und Behandler*innen im Kontext einer fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung nicht gerecht.

Um eine Behandlung solcher Erkrankungen adäquat weiterzuführen, müssen neben den somatischen auch die psychosomatische und die sozialen Ebenen in ein Therapiekonzept einbezogen werden. Darüber hinaus ist eine interdisziplinäre Indikationsstellung im Behandlungsteam unter Beteiligung aller Professionen der Gesundheitsfachberufe erforderlich. Die ethisch-moralische Dimension einer Behandlung kann m. E. nur dann angemessen aufgegriffen werden, wenn alle Fachrichtungen sich im interdisziplinären Diskurs gleichberechtigt einbringen und eine gemeinsame Meinungsbildung und Entscheidung zum verpflichtenden Standard wird.

Nach meiner Auffassung sollten Kriterien erarbeitet und benannt werden, die den Status einer unheilbaren Erkrankung kennzeichnen, von dem aus eine rein ärztliche Indikationsstellung durch eine interdisziplinäre Indikationsstellung abgelöst werden muss.

Grundlegende Elemente für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz sind eine kompetente Moderation unter Zuhilfenahme der Instrumente, die das Format der Supervision zur Verfügung stellt, die Kenntnis und Anwendung der vier medizinethischen Prinzipien, ein Diskurs im interdisziplinären Behandlungsteam und bei fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankungen eine gemeinsame interdisziplinäre Indikationsstellung.

Literatur

- Akademie für Ethik in der Medizin e. V. (2010): Standards für Ethikberatung in Einrichtungen des Gesundheitswesens. In: Ethik in der Medizin, Ausgabe 2, S. 149 - 153.
- Arnold, Sabine (2017): Sterben und gleichzeitig leben wollen [online] URL: <https://www.palliaviva.ch/sterben-und-gleichzeitig-leben-wollen> [Stand: 22.8.2020].
- Bannert, Regina (2012): Ethische Fallbesprechung und Supervision. In: Frewer, Andreas; Bruns, Florian & May, Arndt (Hrsg.): Ethikberatung in der Medizin. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 45 - 63.
- Balogh, Regina (2020): Grundlagen der Ethischen Fallberatung: Auf welche normativen Ethiktheorien

- stützen sich die Mitglieder eines Klinischen Ethikkomitees? Dissertation Universität Regensburg [online] URL: <https://epub.uni-regensburg.de/41337> [Stand: 02.09.2020].
- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2013): Principles of Biomedical Ethics. 7. Auflage. Oxford: University Press New York.
- Bourdieu, Pierre (2018): Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft. 26. Auflage. Berlin: Suhrkamp.
- Bundesärztekammer (2011): Grundsätze der Bundesärztekammer zur Ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 108, Heft 7, S. A346 - A348 [online] URL: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Sterbebegleitung_17022011.pdf [Stand: 04.09.2020].
- Dettwiler, Felix (2020): Interprofessionalität [online] URL: <https://www.careum.ch/interprofessionalitaet> [22.08.2020].
- Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e.V. (o. J.): Palliativstationen. Definitionen und Merkmale [online] URL: https://www.dhpv.de/themen_palliativstationen.html [Stand: 22.08.2020].
- Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (2020): Entscheidungen über die Zuteilung intensivmedizinischer Ressourcen im Kontext der COVID-19-Pandemie. Version 2 [online] URL: https://www.aem-online.de/fileadmin/user_upload/200416-divi-covid-19-ethik-empfehlung-version-2.pdf [Stand: 04.09.2020].
- Dieringer, Volker (2019): Dilemma und Dissens. Zur Relevanz der Unterscheidung zweier Typen moralischer Konflikte für ethische Fallbesprechungen. In: Forum Supervision, Heft 54, S 8 - 20.
- Engelbracht, Nicole (2020): GEMINI bewertet Risiken und Nebenwirkungen durch Ärztemangel im Krankenhaus. [online] URL: <https://www.finanznachrichten.de/nachrichten-2020-05/49699847-gemini-bewertet-risiken-und-nebenwirkungen-durch-aerztmangel-im-krankenhaus-007.html> [Stand: 22.08.2020].
- Eylmann, Constanze (2015): Es reicht ein Lächeln als Dankeschön. Habitus in der Altenpflege. Pflegewissenschaft und Pflegebildung. Göttingen: Göttingen V&R Unipress.
- Grau, Alexander (2019): So weltoffen, so borniert! [online] URL: <https://www.tagesspiegel.de/gesellschaft/elitenkritik-so-weltoffen-so-borniert/25261602.html> [Stand: 22.08.2020].
- Institut für Qualitätsmessung und Evaluation (Hrsg.) (2019): Ergebnisbericht der Mitgliederbefragung. Gesamtauswertung. MB-Monitor 2019. [online] URL: <https://www.marburgerbund.de/sites/default/files/files/2020-01/Gesamtauswertung%20-%20MB-Monitor%202019-presse.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Freud, Anna (1977): Das Ich und seine Abwehrmechanismen. Reihe Geist und Psyche, 9. Auflage. München: Kindler.
- Graf, Angela (2015): Die Wissenschaftselite Deutschlands. Sozialprofil und Werdegänge zwischen 1945 und 2013. Frankfurt & New York: Campus Verlag.
- Hartmann, Michael (2004): Elitesoziologie: Eine Einführung. Frankfurt & Main: Campus Verlag.
- Hartmann, Michael (2019): Wer beherrscht Deutschland? Das Handeln der Eliten verschärft die soziale Ungleichheit [online] URL: <https://www.mdr.de/nachrichten/politik/gesellschaft/eliten-deutschland-herkunft-hartmann-100.html> [Stand: 22.08.2020].
- Hassenkamp, Milena (2020): Pflegenotstand im neuen Jahr. Spahns größte Baustelle [online] URL: <https://www.spiegel.de/politik/deutschland/jens-spahn-pflegenotstand-als-groesste-baustelle-des-justizministers-a-1303501.html> [Stand: 22.08.2020].
- Heiland, Julia (2018): Ethische Fallbesprechung in der Klinik. Die praktische Bedeutung theoretischer Modelle. Veröffentlichte Dissertationsschrift, Ludwig Maximilian Universität München.
- Heilmann, Tom (2020): Aufwertung der Krankenpflege. Welchen Beitrag kann die Digitalisierung leisten? [online] URL: <https://www.iaq.uni-due.de/iaq-report/2020/report2020-02.pdf> [Stand: 22.08.2020].

- Janowitz, Klaus (2020): Wer sind die „Neuen Eliten“? [online] URL: <https://www.klaus-janowitz.de/wordpress/wer-sind-die-neuen-eliten> [Stand: 22.08.2020].
- Jeserich, Florian; Voß, Christian & Wolf, Judith (2015): Teamorientierte Zusammenarbeit in Krankenhäusern. Christliche Werte und strukturierte Kommunikation. In: *Zeitzeichen*, S 66 - 70 [online] URL: http://www.die-wolfsburg.de/fileadmin/user_upload/images/cpkk/cpkk_zeitzeichen_10.pdf [Stand: 13.09.2020].
- Jeserich, Florian & Voß, Christian (2018): Die innere ethische Fallbesprechung. Ein kommunikationspsychologisches Instrument zur Selbstklärung in ethischen Konfliktsituationen. Forum für Ethik und Profilbildung im Gesundheitswesen (EPiG) der Katholischen Akademie Die Wolfsburg, Mülheim an der Ruhr [online] URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56826-7> [Stand: 13.09.2020].
- Katholische Hochschule Berlin (o.J.): Lob-Huedepohl, Andreas. [online] URL: <https://www.khsb-berlin.de/en/profile-personal/3960> [Stand: 24.08.2020].
- König, Karl (1996): *Abwehrmechanismen*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht.
- Lob-Hüdepohl, Andreas (2017): Erkunden - Rechtfertigen - Gestalten - Organisieren. Das Modell sozialprofessioneller Ethikberatung B:ERGO. In: *EthikJournal, Zeitschrift für Ethik und Soziale Praxis*, 4. Jg. 1. Ausgabe, S. 1 - 22.
- Marckmann, Georg (2015): Grundlagen ethischer Entscheidungsfindung in der Medizin. In: Marckmann, Georg (Hrsg.): *Praxisbuch Ethik in der Medizin*. Berlin: Medizinische Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 3 - 13.
- Mentzos, Stavros (2016): *Interpersonale und institutionalisierte Abwehr*. 8. Auflage der erweiterten Neuauflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Reimann, Swantje (2012): *Die medizinische Sozialisation. Rekonstruktion zur Entwicklung eines ärztlichen Habitus*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schmidt, Achim, (2019): Verfassungsgerichtshof erklärt Pflege-Volksbegehren für unzulässig [online] URL: <https://www.merkur.de/bayern/muenchen-verfassungsgerichtshof-haelt-pflege-volksbegehren-fuer-unzulaessig-11839600.html> [Stand: 22.08.2020].
- Schroeder, Gabriele (2009): *Interprofessionalität in der Umsetzung* [online] URL: <https://www.careum.ch/documents/20181/132548//Artikel-Schroeder-Interprofessionalitaet-in-der-Umsetzung.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Walkenhorst, Ursula u.a. (2015): Positionspapier GMA-Ausschuss. Interprofessionelle Ausbildung in den Gesundheitsberufen [online] URL: <https://www.egms.de/static/pdf/journals/zma/2015-32/zma000964.pdf> [Stand: 22.08.2020].
- Willrodt, Silke (2017): *Ambivalenz in der letzten Lebensphase*. Unveröffentlichte Masterarbeit der Universität Klagenfurt.
- Vogd, Werner (2002): *Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen (»frames«) und Rahmungsprozessen*. Veröffentlichte Dissertationsschrift Technische Universität Berlin.
- Vogd, Werner (2006): *Die Organisation Krankenhaus im Wandel*. Bern: Hans Huber Verlag.

Volker Dieringer

Vom ethischen Dissens zum moralischen Dilemma und zurück

Anmerkungen zum Beitrag von Hans-Jörg Stets

Zusammenfassung

Der vorliegende Artikel diskutiert den Aufsatz von Hans-Jörg Stets in diesem Heft. Es wird der Einwand erhoben, dass es zur Überwindung fundamentaler ethischer Dissense nicht ausreicht, auf Prinzipien mittlerer Reichweite zurückzugreifen, ohne zuvor zu begründen, warum es sich bei ihnen überhaupt um moralische Prinzipien handelt und weshalb sie mit dem Anspruch auf Allgemeingültigkeit auftreten können.

Ethische Dissense gelten gemeinhin als besonders schwer lösbare Konflikte. Nach der von Stephan Sellmaier entworfenen Typologie moralischer Konflikte handelt es sich bei ethischen Dissensen um einen Konflikt zwischen Vertretern zweier verschiedener ethischer Theorien, die sich uneins darüber sind, wozu sie in einer gegebenen Entscheidungssituation moralisch verpflichtet sind (Sellmaier 2011, S. 22). Person A ist der Überzeugung, dass sie gemäß der von ihr vertretenen ethischen Theorie Th1 moralisch verpflichtet ist, Handlung X auszuführen, während Person B davon überzeugt ist, dass gemäß der von ihr vertretenen ethischen Theorie Th2 die moralische Verpflichtung besteht, Handlung Y auszuführen.¹ Zur konflikthafter Zuspitzung kommt es, weil eine Entscheidung getroffen werden muss und die beteiligten Akteure zwar jede der beiden Handlungen für sich genommen, aber nicht beide Handlungen zugleich ausführen können (ebd., S. 28).

Im Anschluss an die Prinzipienethik von Tom Beauchamp und James Childress hat Hans-Jörg Stets nun vorgeschlagen, ethische Dissense durch einen Rekurs auf Prinzipien mitt-

¹ In Sellmaiers Terminologie handelt es sich bei dem hier angeführten Beispielfall genau genommen nur um eine mögliche Form eines ethischen Dissenses, nämlich um die interpersonale Variante eines aktuellen ethischen Dissenses (Sellmaier 2011, S. 27f.).

lerer Reichweite aufzulösen. Das ist ein interessanter Vorschlag, zu dessen weiterer Diskussion der vorliegende Beitrag einen Anstoß geben möchte. Ich bin mit Hans-Jörg Stets einer Meinung, dass der prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress nicht nur im Bereich des gesundheitsprofessionellen, sondern auch im Bereich des sozialprofessionellen Handelns anwendbar ist (siehe dazu auch Wiesing 2014). Ich hege allerdings Zweifel, ob sich fundamentale Dissense zwischen Vertretern elaborierter ethischer Theorien wirklich mit Hilfe von Prinzipien auflösen lassen, die ohne eine vorgängige Begründung Ihres Geltungsanspruchs eingeführt werden. Diesem Zweifel möchte ich im Folgenden durch eine Überlegung Ausdruck verleihen, die zwei Schritte umfasst. In einem ersten Schritt werde ich aufzeigen, dass der Rückgriff auf Prinzipien mittlerer Reichweite zunächst einmal nur zu einer Verlagerung des moralischen Konflikts auf eine andere Diskussionsebene führt, die allerdings mit einer bemerkenswerten Transformation desselben von einem ethischen Dissens in ein moralisches Dilemma einhergeht. In einem zweiten Schritt möchte ich anschließend darlegen, weshalb mir der prinzipienethische Ansatz von Beauchamp und Childress zur Auflösung echter moralischer Dilemmata nicht geeignet zu sein scheint.

Bekanntlich benennen Beauchamp und Childress in ihrem mittlerweile in achter Auflage erschienenen medizinethischen Klassiker *Principles of Biomedical Ethics* vier Prinzipien, die ihrer Ansicht nach eine geeignete Basis bilden, auf der eine einvernehmliche Lösung für moralische Entscheidungskonflikte im Bereich der Medizin gefunden werden kann. Es sind dies erstens das Prinzip der Achtung der Autonomie (respect for autonomy), zweitens das Prinzip des Nichtschadens (nonmaleficence), drittens das Prinzip des Wohltuns (beneficence) und viertens das Prinzip der Gerechtigkeit (justice) (Beauchamp & Childress 2019, S. 13). Die aufgezählten vier Prinzipien sind Beauchamp und Childress zufolge abgeleitet aus einer gemeinsamen Moral (common morality) (ebd.). Obwohl Beauchamp und Childress die Moral grundsätzlich als eine soziale Institution betrachten, welche die moralischen Normen und Regeln, Tugenden und Ideale beinhaltet, die uns im Laufe unserer Sozialisation vermittelt werden (ebd., S. 3), so darf die Idee einer gemeinsamen Moral dennoch nicht kulturellrelativistisch missverstanden werden. Die gemeinsame Moral ist nicht identisch mit der Moral einer bestimmten sozialen Gruppe oder Gemeinschaft. Beauchamp und Childress möchten die Idee einer gemeinsamen Moral vielmehr ausdrücklich universalistisch verstanden wissen:

“We call the set of universal norms shared by all persons committed to morality the common morality. This morality is not merely a morality, in contrast to other moralities. It is applicable to all persons in all places, and we appropriately judge all human conduct by its standards” (Beauchamp & Childress 2019, S. 3; Hervorh. i.O.).

Zur gemeinsamen Moral gehören demnach die fundamentalen moralischen Normen, die von allen Personen, die sich moralisch gebunden fühlen, - vielleicht könnte man auch sagen: die ein ernsthaftes Interesse an der Moral haben -, unabhängig von ihrer soziokulturellen Zugehörigkeit geteilt werden. Beispiele für solche moralischen Fundamentalnormen sind etwa das Tötungsverbot, das Lügenverbot oder das Gebot, ein gegebenes Versprechen zu halten (ebd.).

Wenn man nun einen ethischen Dissens dadurch zu überwinden versucht, dass man auf Prinzipien mittlerer Reichweite, die aus der gemeinsamen Moral abgeleitet sind, rekurriert, so kann dies zwei verschiedene Ergebnisse zeitigen. Ein mögliches Ergebnis wäre, dass der moralische Konflikt dadurch aufgelöst wird, dass eine der beiden Konfliktparteien im Lichte dieser Prinzipien ihre bisherige Position aufgibt und sich der Position der Gegenseite anschließt. So könnte beispielsweise Person A der Ansicht von Person B beipflichten, dass es gemäß dem Nichtschadensprinzip moralisch geboten ist, Handlung Y auszuführen, oder Person B könnte der Ansicht von Person A beipflichten, dass es gemäß dem Autonomieprinzip moralisch geboten ist, Handlung X auszuführen. Eine Variante dieser Lösung besteht darin, dass sowohl Person A als auch Person B im Lichte der aus der gemeinsamen Moral abgeleiteten Prinzipien ihre bisherigen Positionen aufgeben und übereinstimmend zu der Einschätzung gelangen, dass es moralisch geboten ist, eine bislang noch nicht in Betracht gezogene Handlungsalternative Z zu wählen. Dass ein ethischer Dissens auf eine der soeben beschriebenen Weisen überwunden wird, dürfte jedoch nur dann zu erwarten sein, wenn mindestens eine der beiden Konfliktparteien erkennt, dass die von ihr bisher vertretene Position in einer entscheidenden Hinsicht fehlerhaft ist. So könnte Person A feststellen, dass ihre Überzeugung, es sei moralisch geboten, Handlung X auszuführen, mit dem Nichtschadensprinzip unvereinbar ist, das auch in der von ihr vertretenen ethischen Theorie Th1 Geltung besitzt, oder Person B könnte feststellen, dass ihre Überzeugung, es sei moralisch geboten, Handlung Y auszuführen, dem Autonomieprinzip widerspricht, das auch in der von ihr vertretenen ethischen Theorie Th2 gültig ist.

Es könnte aber auch dazu kommen, und das scheint mir bei fundamentalen ethischen Dissensen das eher zu erwartende Ergebnis zu sein, dass der moralische Konflikt auf der Ebene der gemeinsamen Moral fortbesteht, sich dabei aber in seiner formalen Struktur dahingehend verändert, dass nun ein moralisches Dilemma entsteht. Nach Sellmaier handelt es sich bei einem moralischen Dilemma um einen Konflikt, bei dem sich die Vertreter ein und derselben moralischen Theorie uneins darüber sind, was zu tun in einer gegebenen Entscheidungssituation moralisch verpflichtend ist (Sellmaier 2011, S. 50f.). Person A ist der Überzeugung, dass sie gemäß der von ihr vertretenen ethischen Theorie Th1 moralisch verpflichtet ist, Handlung X auszuführen. Person B vertritt ebenfalls die ethische Theorie Th1, ist aber im Gegensatz zu Person A davon überzeugt, dass sie moralisch verpflichtet ist, Handlung Y auszuführen.² Wie schon bei einem ethischen Dissens, so kommt es auch hier zu einer konflikthaften Zuspitzung, weil eine Entscheidung getroffen werden muss und die beteiligten Akteure jede der beiden Handlungen zwar für sich genommen, aber nicht beide Handlungen zugleich ausführen können (ebd.). Ein solches moralisches Dilemma kann nun auch innerhalb der von Beauchamp und Childress konzipierten gemeinsamen Moral entstehen. So könnte Person A zu der Überzeugung gelangen, dass es gemäß dem Autonomieprinzip moralisch geboten ist, Handlung X auszuführen, und Person B könnte davon überzeugt sein, dass es gemäß dem Nichtschadensprinzip moralisch geboten ist, Handlung Y auszuführen. Wenn dieser Fall eintritt, dann hat der Rekurs auf Prinzipien mittlerer Reichweite nicht zu einer Lösung, sondern nur zu einer strukturellen Veränderung des ursprünglichen moralischen Konflikts geführt. Aus einem Dissens zwischen zwei verschiedenen ethischen Theorien ist nun ein Dilemma innerhalb der gemeinsamen Moral geworden.

Nun scheint aber eine der Stärken der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress gerade darin zu liegen, dass ihr Ansatz über die theoretischen Ressourcen zu verfügen scheint, die für eine Auflösung moralischer Dilemmata nötig sind. Nach Beauchamp und Childress sind alle generellen moralischen Normen sog. Prima-facie-Pflichten (Beauchamp & Childress 2019, S. 15). Prima-facie-Pflichten haben die Eigenschaft, dass sie nur unter dem Vorbehalt gelten, dass sie durch keine höherrangige Verpflichtung übertroffen

² In Sellmaiers Terminologie handelt es sich bei dem hier angeführten Beispielfall genau genommen nur um eine mögliche Form eines moralischen Dilemmas, nämlich um die interpersonale Variante eines starken moralischen Dilemmas (Sellmaier 2011, S. 40f. & 49f.).

werden (ebd.). Es muss daher in jeder Entscheidungssituation aufs Neue herausgefunden werden, welche moralische Norm unter Berücksichtigung der jeweiligen Kontextbedingungen das größte Gewicht besitzt. Hierzu schlagen Beauchamp und Childress einen Prozess des Spezifizierens und Abwägens vor, bei dem ein Kohärenzkriterium maßgeblich ist, das sie ein weites Überlegungsgleichgewicht (*wide reflective equilibrium*) nennen (ebd., S. 442). Welche generelle moralische Norm in einer gegebenen Entscheidungssituation das größte Gewicht besitzt, bemisst sich danach, wie gut sie sich zu einer konkreten moralischen Verpflichtung spezifizieren lässt, die sich mit dem kontextrelevanten Gesamtbestand an moralischen und rechtlichen Normen sowie an empirischem Wissen zu einem System von Überzeugungen zusammenfügt, worin sich die einzelnen Überzeugungen wechselseitig stützen (ebd., S. 441f.).

Wie lässt sich nun ein innerhalb der gemeinsamen Moral bestehendes moralisches Dilemma auflösen? Und lässt sich dies allein mit Hilfe des soeben genannten Kohärenzkriteriums bewerkstelligen? Wenn wir bei unserem oben angeführten Beispiel bleiben, so sind wiederum zwei Ergebnisse denkbar: Das erste mögliche Ergebnis wäre, dass Person A sich der Auffassung von Person B anschließt, dass das Nichtschadensprinzip in der gegebenen Entscheidungssituation das größte Gewicht besitzt, oder dass Person B sich der Auffassung von Person A anschließt, dass das Autonomieprinzip in der gegebenen Entscheidungssituation das größte Gewicht besitzt. Beide Seiten könnten den Wandel in ihren Überzeugungen jeweils damit begründen, dass die Überzeugung der Gegenseite besser in ein weites Überlegungsgleichgewicht mit unseren normativen Verpflichtungen und unserem empirischen Wissen gebracht werden kann als die eigene. In diesem Fall wäre der Konflikt beigelegt. Es hätte sich allerdings auch herausgestellt, dass ursprünglich gar kein moralisches Dilemma vorlag. Nach Sellmaier liegt ein moralisches Dilemma nur dann vor, wenn sich eine Entscheidungssituation wie folgt darstellt:

„In genuinen Dilemmasituationen muss es mehrere ausschlaggebende moralische Forderungen geben, die nach der abschließenden Bewertung der Entscheidungssituationen übrig bleiben. Ausschlaggebend ist eine moralische Forderung nur dann, wenn sie durch keine andere moralische Forderung in der konkreten Entscheidungssituation übertroffen wurde. Kennzeichnend für eine derartige Situation ist das entstandene ethische Patt. Alle theoretischen Differenzierungsmöglichkeiten sind erschöpft und dennoch ist keine eindeutige Handlungsalternative als moralisch angemessene auszuzeichnen“ (Sellmaier 2011, S. 45).

Die für ein moralisches Dilemma notwendige Bedingung, dass in einer Entscheidungssituation mindestens zwei ausschlaggebende moralische Verpflichtungen bestehen, die durch keine höherrangige moralische Verpflichtung übertroffen werden, ist in unserem Beispielfall nicht erfüllt. Der von Beauchamp und Childress vorgeschlagene Reflexionsprozess hat vielmehr das Resultat erbracht, dass gerade keine ethische Pattsituation besteht, sondern dass es ein aus der gemeinsamen Moral abgeleitetes Prinzip gibt, das in der gegebenen Entscheidungssituation alle übrigen Prinzipien übertrifft. Es liegt somit nur ein scheinbares und kein echtes moralisches Dilemma vor.

In unserem Beispielfall wäre aber auch ein anderes Ergebnis möglich. Person A könnte an ihrer Überzeugung festhalten, dass in der gegebenen Entscheidungssituation das Autonomieprinzip das größte Gewicht besitzt und folglich Handlung X auszuführen moralisch geboten ist, und Person B könnte bei ihrer Überzeugung bleiben, dass in der gegebenen Entscheidungssituation das Nichtschadensprinzip das größte Gewicht besitzt und folglich Handlung Y auszuführen moralisch geboten ist. Beide Seiten könnten sich jeweils darauf berufen, dass ihre Überzeugung sich genauso gut in ein weites Übergleichungsgleichgewicht mit unseren normativen Verpflichtungen und unserem empirischen Wissen bringen lässt wie die Überzeugung der Gegenseite. In diesem Fall würde der moralische Konflikt fortbestehen. Wir hätten es mit einem echten moralischen Dilemma zu tun, das innerhalb der gemeinsamen Moral besteht und nicht dadurch aufgelöst werden kann, dass man die in Rede stehenden Handlungsalternativen nach Maßgabe des von Beauchamp und Childress in Anschlag gebrachten Kohärenzkriteriums gegeneinander abwägt.

Damit haben wir nun einen Punkt erreicht, an dem wir mit der Prinzipienethik von Beauchamp und Childress nicht mehr weiterkommen. Es ist nicht zu sehen, wie ein moralisches Dilemma, das innerhalb der gemeinsamen Moral besteht, auf der Ebene der gemeinsamen Moral aufgelöst werden könnte. Kohärenzerwägungen sind zwar notwendig, um Überzeugungen allgemein als vernünftig auszuweisen, aber noch nicht hinreichend, um moralische Verpflichtungen als solche zu begründen und gegeneinander zu gewichten. Dafür bedarf es eines moralischen Grundprinzips, das der gemeinsamen Moral und den aus ihr abgeleiteten vier Prinzipien theoriearchitektonisch vorgeordnet ist. Von hier aus führt der Weg schließlich wieder zurück zu den klassischen ethischen Theorieentwürfen deontologischer, konsequenzialistischer oder eudaimonistischer Provenienz, die sich

der Aufgabe einer Begründung moralischer Normen gestellt und damit zugleich eine Antwort auf die Frage gegeben haben, was es überhaupt heißt, einen moralischen Standpunkt einzunehmen. Bei Beauchamp und Childress bleibt diese Frage, soweit ich sehe, unbeantwortet. Sie weisen zwar darauf hin, dass sich die universalen Normen der gemeinsamen Moral gegenüber den partikularen Normen einzelner sozialer Gruppen oder Gemeinschaften dadurch auszeichnen, dass sie von allen Personen, die sich moralisch gebunden fühlen, geteilt werden, doch sie erläutern nicht, was „*morally committed persons*“ (Beauchamp & Childress, S. 4) eigentlich sind. In diesem Versäumnis dürfte der Hauptgrund dafür liegen, dass es mit dem prinzipienethischen Ansatz von Beauchamp und Childress nicht gelingt, moralische Dilemmata, die sich innerhalb der gemeinsamen Moral ergeben, aufzulösen. Die Frage, welche konkreten moralischen Verpflichtungen wir in einer gegebenen Entscheidungssituation haben, lässt sich erst beantworten, nachdem zuvor geklärt worden ist, was es überhaupt heißt, moralisch zu etwas verpflichtet zu sein.

Literatur

- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2019): Principles of Biomedical Ethics. 8. Auflage. New York & Oxford: Oxford University Press.
- Sellmaier, Stephan (2011): Ethik der Konflikte. Über den angemessenen Umgang mit ethischem Dissens und moralischen Dilemmata. 2. durchgesehene Auflage. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.
- Wiesing, Urban (2014): Prinzipienethik in der Pädagogik? In: Report. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung 37, H. 1, S. 29 - 38.

Angela Kessler-Weinrich

Moderation - Seelsorge - Supervision im klinischen Feld der Ethikberatung

Unterschiede und Gemeinsamkeiten - Erfahrungen aus der Praxis

Zusammenfassung

Basierend auf meinen langjährigen Erfahrungen in der Krankenhauseelsorge und in der ethischen Fallberatung, erfahren diese Perspektiven die Erweiterung um meinen neuen Blickwinkel der Supervision als Studentin des weiterbildenden Studiengangs Supervision und Beratung an der Universität Bielefeld. Der Artikel beschreibt Gemeinsamkeiten und Unterschiede aus diesen drei beratenden Ansätzen, ausgehend von praktischer Erfahrung im Feld Krankenhaus. Das ethische Fallgespräch bildet hierbei den Bezugsrahmen.

1. Aufgabe und Auftrag (Rollen) der Moderation in ethischen Fallgesprächen

In den letzten Jahren ist die Ethikberatung in Krankenhäusern enorm vorangeschritten. Nicht zuletzt durch Zertifizierungsprozesse wurde diese Entwicklung angestoßen. Inhaltlich angetrieben durch den sich rasant entwickelnden medizinischen Fortschritt, der besonders in der Intensivmedizin Fragen der Therapiebegrenzung aufwirft. Veränderungen zu einer pluralistischen Gesellschaft mit zahlreichen Religionen, Nationen und Kulturen, die zum Teil sehr divergierende moralische Vorstellungen haben, machen eine ethische Reflektion zusätzlich notwendig. Auch der Stellenwert der Selbstbestimmung trägt zu einem differenzierten Bild der individuellen Werteskala bei. So wie Menschen ihr Leben selbstbestimmt gestalten wollen, wollen sie es auch mit ihrem Sterben halten. Der Wunsch nach der Umsetzung der eigenen Vorstellungen vom Leben und Sterben ist groß und damit die Erwartung, dass dem auch in Institutionen des Gesundheitswesens Rechnung getragen wird.

All diese Faktoren zusammen begründen die zunehmende Nachfrage nach Ethikberatung. Die Strukturen von Ethikberatung innerhalb der Institutionen sind unterschiedlich (vgl. Neitzke 2008, S. 63ff.). Das gemeinsame Ziel ethischer Fallgespräche ist, in schwierigen Behandlungssituationen einen Raum für den Austausch ethisch begründeter Argumente für oder gegen Therapiemöglichkeiten zu geben. Diese Entscheidungsfindung ist ein Prozess, der in einem moderierten Gespräch möglichst zu einer im Konsens getroffenen Empfehlung führt.

Die Klinische Ethik im Evangelischen Klinikum Bethel (im Folgenden als EvKB abgekürzt) begann 1996 mit ersten Arbeitsgruppen (nachzulesen in den Jahresberichten z.B. evkb-klinische-ethik-jahresberichte-2018). 2000 erfolgte die Gründung des Ethikkomitees und 2007 begann der Aufbau des Ethikberatungsdienstes. Unter der Leitung eines klinischen Ethikers nahm ein interprofessionelles Team von ausgebildeten Ethikberater*innen (u.a. Ethiker*innen, Pflegenden, Ärzt*innen, Seelsorger*innen, Psycholog*innen) die Arbeit auf. Das Angebot ist seit Jahren in der Institution etabliert und birgt, dank hoher Anfragezahlen, einen großen Erfahrungsschatz. Für eine ethische Fallbesprechung wird ungefähr eine Zeitstunde angesetzt. Die Moderation verantworten in der Regel zwei Personen, von denen eine Person moderiert und die andere das Protokoll anfertigt, das später in der Patientenakte aufgenommen wird.

Die Begleitung des Gesprächs durch zwei Moderator*innen hat sich etabliert und bewährt. Einerseits dient es noch unerfahrenen Ethikberater*innen zur Schulung, andererseits können beide Aufgaben, Moderation und Protokoll, mit voller Konzentration durchgeführt werden. Die Anzahl der Personen des Ethikberatungsteams ermöglicht es, dass niemand in dem Bereich des Krankenhauses, in dem er originär beruflich tätig ist, als Moderator*in eingesetzt wird. So bleibt die Moderator*innenrolle für die Gesprächsteilnehmer*innen eindeutig. Die Methode der prozessorientierten Ethikberatung im EvKB orientiert sich mit leichter Modifikation an der Nimwegener Methode (vgl. Steinkamp 2005). Diese wird in Abständen reflektiert und im Ethikberaterteam diskutiert und ggf. überarbeitet und angepasst. In der ethischen Argumentation bedient sich die Ethikberatung des EvKB den weithin konsensfähigen Prinzipien mittlerer Reichweite, die Beauchamps und Childress (2009) publiziert haben. Der Begriff der „mittleren Reichweite“ beschreibt die Verortung der vier Prinzipien unterhalb ethischer Theorien und oberhalb einfacher Moralvorstellungen. Diese vier Prinzipien Autonomie, Nutzen, Nicht-Schaden,

und Gerechtigkeit ermöglichen ein grobes Raster, das Spielräume für Einzelfallentscheidungen lässt, ohne einerseits einen zu starren Rahmen vorzugeben oder andererseits beliebig zu werden.

Aufgabe und Rolle der Moderator*in ist es, dem Leitfaden dieser Prinzipien zu folgen. Die Moderation hat die Leitung des Settings und übernimmt die Begrüßung, Vorstellung und Erläuterung des Vorgehens. Anschließend ist sie dafür verantwortlich, dass alle Beteiligten in angemessener Form zu Wort kommen. Manchmal muss sie begrenzen oder auf den Fokus zurückführen. In einzelnen Fragen ist sie auch als Expert*in gefragt, der*die z.B. die aktuelle Rechtsprechung kennt und in die Diskussion einbringt.

1.1. Aufgabe und Auftrag der Moderation (Rollen) von Seelsorger*in im Krankenhaus

Der Platz der Kinderkrankenhauseelsorger*in ist mitten im Krankenhausalltag, bei den Kindern und Jugendlichen, bei den Eltern und Familien, aber auch bei den Pflegenden und Ärzt*innen. Eine grundlegende Konzeption zur Seelsorge in Kinderkliniken wurde schon 1995 von der EKD Fachkonferenz für Seelsorger*innen in Kinderkliniken formuliert.

*Demnach ist die Aufgabe von Seelsorge im Krankenhaus: „[...]dem Kind zu begegnen und bei ihm auszuhalten, ohne die Spannung, in der es lebt, auflösen zu müssen. [...] Seelsorge mit dem kranken Kind beginnt mit dessen Wahrnehmung. [...] In der Kontaktaufnahme zu und der Begegnung mit dem Kind und seiner Familie drückt sich Wertschätzung und Würdigung aus. Die seelsorgliche Begegnung wird von Zuwendung und Offenheit getragen. Seelsorge geschieht durch die Begleitung des Kindes und seines Umfeldes. Sie ist an den Bedürfnissen des Kindes ausgerichtet“ (Konzeption zur Seelsorge in Kinderkliniken der EKD-Fachkonferenz für Seelsorger*innen in Kinderkliniken 2007).*

Dazu braucht es spezifische Kompetenzen wie z.B. „...mit Krisen und potentiell traumatisierenden Situationen für Kinder, Jugendliche, Familien und Mitarbeitenden umgehen; sterbenden Kindern und Jugendlichen und ihren Familien begegnen, sie begleiten und bei ihnen bleiben ; in die jeweilige Situation hinein und auf jeweils neue Menschen bezogene, individuell gestaltete Rituale, Andachts- und Gottesdienstformen entwickeln und glaubwürdig ausführen (Gottesdienste auf Station, Taufe, Segnung, Abschied, Gedenken); die eigene Theologie in Frage stellen und weiter entwickeln auf die spezielle Situation der erkrankten oder sterbenden Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien hin; kontinuierlich und verlässlich im Klinikgeschehen präsent und direkt erreichbar zu sein“ (Stellungnahme des Kinderkrankenhauseelsorgekonvents für die Kirchenleitungen der Landeskirchen und die EKD 2013, S.1).

Praktisch realisieren lässt sich Kinderkrankenhauseelsorge immer nur in Abstimmung und Kooperation mit den anderen Berufsgruppen, die an der Betreuung des Kindes beteiligt sind.

Seelsorger*innen sind auch Teilnehmende ethischer Fallgespräche. Entscheidend ist in diesem Fall die Rollenklarheit. Als Seelsorger*in, die mit dem Patienten bzw. Angehörigen im Gespräch ist, unterstützt sie diese im ethischen Fallgespräch. Sei es durch das in Worte fassen dessen, was die Angehörigen gerade nicht aussprechen können, oder durch einfaches Dasein und Rücken stärken. Diese Aufgabe ist abzugrenzen von der Rolle der Moderator*in ethischer Fallgespräche, in der die eigene Profession als Pfarrer*in keine Rolle spielt.

1.2. Aufgabe und Auftrag der Moderation (Rollen) von Supervision im Kontext von Fallbesprechungen

Supervisor*innen sind nicht Teilnehmer*innen des ethischen Fallgespräches, sondern supervidieren z.B. ein ethisches Fallgespräch im Nachhinein mit dem Ethikberatungsteam. Auf diese Weise haben sie einen Bezug zu ethischen Fallgesprächen, ohne selbst eine Rolle darin inne zu haben. In Team- oder Gruppensupervision wird die Rolle der Akteure und der Organisation, in der sie arbeiten, in den Blick genommen. Dabei werden Fälle besprochen, die die jeweiligen Akteure aus unterschiedlichen Gründen beschäftigen und einbringen. Die Aufgabe der Supervision ist es, den Prozess aufmerksam wahrzunehmen und ggf. durch Interventionen zu unterstützen. In der Regel kommt der Supervisionsprozess durch einen Kontrakt zwischen dem*r Supervisor*in und einer Organisation zustande. Je nach Organisation variiert dieser Dreieckskontrakt (Supervisor*in, Arbeitgeber*in, Teilnehmende) zwischen den Extremen, dass der Arbeitgeber lediglich die Bezahlung regelt, in den supervisorischen Prozess nicht eingebunden ist und somit die Teilnehmenden freien Gestaltungsraum haben oder ihnen keinerlei Einfluss auf das Setting gewährt wird. In diesem Kontrakt werden Zeit, Ort, Dauer und Bezahlung geregelt. Besonders zu Beginn des Supervisionsprozesses ist neben der Regelung der äußerlichen Rahmenbedingungen der Beziehungsaufbau zwischen der Supervisor*in und dem Team für die vertrauensvolle und offene Arbeit notwendig. Von der Supervisor*in erfordert

dies ein hohes Maß an Reflexionsvermögen, und die Gleichzeitigkeit von Zuhören, freischwebender Aufmerksamkeit und Verstehen. Das Verstehen des*r Supervisors*in wird erst durch die innere Teilnahme und einem echten Interesse an den Menschen und ihren Fällen möglich.

2. Ziele der Moderation von ethischen Fallgesprächen

Klinische Ethik im Krankenhaus ist handlungsorientiert. Sie ist an den Bedürfnissen eines einzelnen Patienten ausgerichtet und entscheidungsorientiert. Ziel ist es, einen Weg aus dem ethischen Dilemma zu finden, der von Patient*innen gewünscht und für diese angemessen ist. Der Ethikberatungsdienst im EvKB (vgl. Kobert 2008) ist werktags zu erreichen, so dass eine zeitnahe Beratung gewährleistet ist. Die anfordernde Station organisiert Uhrzeit und Raum und informiert die Teilnehmenden. Die Fallgespräche werden evaluiert, indem später nach der Umsetzung der Empfehlung und auch nach der Zufriedenheit der Teilnehmenden gefragt wird. Außerdem werden die Gespräche im Ethikkomitee vorgestellt, in den Treffen des Ethikberatungsdienstes besprochen und besondere Gespräche supervidiert.

Eine Besonderheit ist die Beteiligung von Angehörigen bei ethischen Fallgesprächen. Der Frage nach der Beteiligung von Patient*innen in ethischen Fallgesprächen geht die Frage der Beteiligung von Patient*innen bei medizinischen Entscheidungen überhaupt voraus. Partizipative Entscheidungsfindung (Benennung der Handlungsschritte der partizipativen Entscheidungsfindung vgl. Loh 2007; A1483-1488), beschreibt den Vorgang, in dem Arzt und Patientin gemeinsam gleichberechtigt eine Entscheidung fällen. Der Arzt als Experte für die medizinischen Fakten und der Patient als Experte für sein Leben, seine Einstellungen und Wünsche. Je weitreichender die zu fällende Entscheidung oder je größer die Wahl der Behandlungsoptionen, umso wichtiger ist die Partizipation des Patienten. Im Falle der Nichteinwilligungsfähigkeit des Patienten und wenn keine schriftliche Willensäußerung (Patientenverfügung) vorliegt, übernehmen nicht selten Angehörige die Aufgabe, in die Entscheidungsfindung einbezogen zu werden. Diese Form der Einbindung von Angehörigen in ethischen Fallgesprächen wird kontrovers diskutiert. Einige halten diese Möglichkeit für überzeugend, da Angehörige häufig entscheidende Informa-

tionen über den nicht mehr einwilligungsfähigen Patienten beitragen können. Bei der Eruerung des mutmaßlichen Willens eines Patienten können diese Informationen einen großen Gewinn darstellen. Allerdings kann man auch zu bedenken geben, dass die Einbeziehung in den Entscheidungsprozess für Angehörige emotional sehr belastend sein kann. Im EvKB wird die Beteiligung von Angehörigen positiv bewertet. In der Evaluation von zahlreichen Ethikberatungsgesprächen hat sich gezeigt, dass die positiven Aspekte weit überwiegen. In den meisten Fällen wird den Angehörigen in einem ethischen Fallgespräch sehr deutlich, wie sich die verschiedenen an der Behandlung ihres Angehörigen beteiligten Berufsgruppen intensiv mit dessen Situation auseinandersetzen. Ein terminiertes Ethikgespräch in großer Runde ist eine gute Möglichkeit des Informationsaustausches und der Entscheidungsfindung. Verantwortlichkeiten können geklärt und damit Belastungen für Angehörige verringert werden. So z.B., wenn darauf hingewiesen wird, dass die behandelnde Ärztin die Verantwortung für die medizinischen Indikationen und die daraus folgenden Entscheidungen trägt. Zusätzlich können Unterstützungsangebote für die Angehörigen angeregt werden, die zur Entlastung beitragen können.

Letztlich ist das Ziel, in kurzer Zeit (ca. 1h) lösungsorientiert zu arbeiten, und im besten Fall zu einer im Konsens getroffenen Empfehlung zu gelangen.

2.1. Zielsetzungen in der seelsorglichen Arbeit im Krankenhaus

Seelsorge in der Kinderklinik geschieht immer durch Begegnung und Begleitung. Die seelsorglichen Begegnungen geschehen oft spontan und kurz, passieren zwischen Tür und Angel. Aber immer wieder werden Seelsorger*innen in Krisensituationen gerufen. Ärzt*innen und Pflegende bitten um Unterstützung, wenn bei einer plötzlich eintretenden Verschlimmerung oder einer existentiell schwerwiegenden Situation eine geistliche Begleitung hilfreich ist. Dasein, dabeibleiben, gemeinsam aushalten, zuhören und Zuspruch geben können, die Krise ertragen helfen. Seelsorge wird auch gerufen, wenn ein Leben zu Ende geht oder zu Ende gegangen ist. Um in einem Arbeitsfeld mit enorm hohen Fallzahlen, wie in einer Klinik, gezielt Seelsorge anbieten zu können, ist die Seelsorge auf Hinweise von Mitarbeiter*innen des Krankenhauses angewiesen. Deshalb sind die Akzeptanz und Wahrnehmung des seelsorglichen Angebotes von Seiten der Mitarbeiter*innen von großer Bedeutung. Eine kleine explorative Untersuchung von Ärzt*innen ergab

u.a. folgende Einsichten (vgl. Kassebaum 2013, S. 333): Seelsorge unterstützt die Medizin in den Behandlungsprozessen, in schwierigen Betreuungssituationen und in ethischen Fragen. Seelsorge repräsentiert Ganzheitlichkeit und eröffnet einen spirituellen Horizont. Manchmal moderieren Seelsorger*innen auch zwischen Mediziner*innen und Eltern, bieten Vermittlung, Entlastung und emotionale Begleitung. Seelsorger*innen unterstützen die interdisziplinäre Kooperation, indem sie als Teil des Teams eingebunden sind und gleichzeitig als Gegenüber, da von der Kirche beauftragt, dem Team Impulse geben können

2.2. Zielsetzungen in der Supervision von Fällen

In der Fallsupervision, die hier im Vergleich zur ethischen Fallbesprechung und zur Seelsorge herangezogen wird, wird ein Fall von den Teilnehmenden erzählt und mit Hilfe des Supervisors in einem diskursähnlichen Gespräch (vgl. Gröning 2013, S. 133) bearbeitet. Die Supervision soll im besten Fall einen reflexiven Raum eröffnen, in dem unterschiedliche Perspektiven gleichwertig ausgetauscht und entgegengesetzte Ansichten offen besprochen werden können. Kompromissbereitschaft und Konsensfähigkeit sind dabei Voraussetzung für eine gelingende Fallarbeit.

3. Verbindendes und Trennendes im Vergleich - Äußere Faktoren

3.1. Auftraggeber

Sowohl das Angebot der ethischen Fallbesprechung als auch das Angebot von (Fall-) Supervision setzen eine auftraggebende Institution voraus. Geldmittel müssen zur Verfügung gestellt werden, dies ist in der Regel nur der Fall, wenn der Mehrwert des Angebotes vom Auftraggeber gesehen wird. Moderator*in bzw. Supervisor*in erhalten ein Honorar, die Arbeitszeit der Teilnehmenden stellt einen weiteren Kostenfaktor dar. Folglich wird von beiden Formaten ein Gewinn für das Unternehmen erwartet. Dieser kann sich in der höheren Arbeitszufriedenheit der Teilnehmer*innen äußern, letztlich begründet er sich aber im Ertrag für den Patienten bzw. Klienten. Auch der Aspekt der gewonnenen Rechtsicherheit ist erwähnenswert, z.B. durch die Dokumentation der ethischen Fallbesprechung in der Patientenakte. Auftraggeber der Seelsorge im klinischen Feld ist in der Regel die Kirche bzw. in manchen Fällen durch Refinanzierung auch die Klinik in Kooperation

mit der Kirche. Seelsorge arbeitet im Unterschied zu den beiden oben genannten Formaten, in den meisten Fällen aufsuchend, d.h. die Seelsorgerin sucht den Patienten in seinem Zimmer auf und bietet ihm ein Gespräch an.

3.2. Honorar

Bevor ein supervisorischer Prozess beginnt, gehen Supervisor*in und Auftraggeber*in in Verhandlungen über Zeit, Umfang und Honorar. Dies mündet in einem schriftlichen Kontrakt, in dem die vertraglichen Regeln festgelegt werden. In der Ethikberatung ist dieses Vorgehen abhängig von den Personen, die die Ethikberatung durchführen. Führt ein angestellter Ethiker die Beratung durch, ist diese Aufgabe in seinem Gehalt enthalten. Es gibt auch das Modell, dass Berater*innen anderer Professionen, wie z.B. Ärzt*innen, Pflegende, Seelsorger*innen, dies in ihre Arbeitszeit integrieren bzw. auch ehrenamtlich leisten. In einigen Bereichen wird auch ein Honorar gezahlt, wenn der Ethikberater aus einer anderen Institution für die Fallberatung angefragt wird. Welche Möglichkeit im Einzelnen favorisiert wird, ist von den Institutionen abhängig. Seelsorger*innen erhalten ihr Honorar von der Kirche bzw. teilweise refinanziert von den Kliniken. Der Staats-Kirchenvertrag regelt die Möglichkeit der aufsuchenden Seelsorge.

3.3. Teilnehmer*innen

Die Teilnahme an ethischen Fallgesprächen ist freiwillig. Sinnvoll ist eine Teilnahme aller der Menschen, die in die Behandlung des zu besprechenden Patienten unmittelbar einbezogen sind, wie z.B. in der Regel eine Stationsärzt*in, ein*e Bezugspflegende*r, aber auch Angehörige oder gesetzliche Betreuer*innen. In Einzelfällen auch Sozialarbeiter*innen, Seelsorger*innen und andere therapeutische Berufe. Unabdingbar ist die Teilnahme der behandelnden Ärzt*in, denn allein diese hat die Berechtigung, die Empfehlung im Anschluss umzusetzen. Im Mittelpunkt steht die Situation der Patient*in, aber auch der Aspekt der Qualifizierung von Mitarbeiter*innen in ethischen Fragestellungen und ethischer Entscheidungsfindung ist zu erwähnen. Die Teilnahme an Supervisionsitzungen ist formal ebenfalls freiwillig. Allerdings ist dies bei in der Arbeitszeit angesetzten Fallsupervisionsterminen nicht immer gegeben, so gibt es auch Teilnehmende, die der

Supervision mit Abwehr begegnen. In der Seelsorge ist die Teilnahme an einem seelsorglichen Gespräch immer freiwillig, sie lebt von dem Interesse des Gegenübers an der Begegnung.

3.4. Ergebnis der Beratung

In allen drei Beratungsformen geht es um den Menschen. In erster Linie um den Patienten und Klienten, aber auch um die Mitarbeitenden, d.h. die Teilnehmer*innen. Das Ziel von Ethikberatung und Fallsupervision ist die Verbesserung der Situation des/r Patienten/Klienten durch einen kommunikativen Prozess der ihn/sie beruflich betreuenden Menschen. Damit dies gut gelingen kann, ist es erforderlich, in diesem Prozess eine Atmosphäre herzustellen, in der die Teilnehmenden aus unterschiedlichen hierarchischen Ebenen gleichwertig miteinander sprechen und sich zuhören können. Bei der Seelsorge fehlen die Teilnehmenden, die über eine nicht anwesende Person beraten. Dort ist die Kommunikation direkt mit dem Menschen, der das seelsorgliche Gespräch sucht. Der Kontakt ist unmittelbar.

3.5. Themen

In der ethischen Fallberatung steht das Thema schon vor Beginn der Sitzung fest. Auch wenn die Formulierung der ethischen Fragestellung nicht immer von Beginn an vorliegt, kennt jeder der Teilnehmenden das ethische Thema des Treffens. Nach Begrüßung und kurzer Vorstellungsrunde, da sich die Teilnehmenden zum Teil fremd sind, folgt der Einstieg in die Diskussion. Es ist allen bekannt, worum es geht. In der Fallsupervision ist das anders. Da wird das Thema meist zu Beginn erst gesucht. Manchmal muss geklärt werden, welche der angebotenen Themen in dieser Sitzung besprochen werden sollen. Prioritäten müssen ausgehandelt werden, es muss geklärt werden, wer seinen Fall vorstellt. Dann erst bringt jemand den Fall ein und nicht alle Teilnehmenden sind gleichermaßen damit vertraut. In der Seelsorge gibt es keinen Fall. Da gibt es einen Menschen oder mehrere, wie z.B. bei einem Trauerfall, die sich mit ihren Sorgen, Ängsten, Nöten mit ihren ganzen ungeordneten und widerstreitenden Gefühlen der Seelsorger*in anvertrauen und sich dessen sicher sein können, dass nichts davon weiter gegeben wird, da die Seelsorger*in unter Schweigepflicht steht und das Beichtgeheimnis wahren wird.

4. Verbindendes und Trennendes - Innere Faktoren

4.1. Rollenklarheit

Bei den Überlegungen zu den drei Rollen, die durchaus eine Person innehaben kann, ist die Rollenklarheit von entscheidender Bedeutung. Es ist unabdingbar wichtig zu unterscheiden, ob jemand in seiner Rolle als Ethikberater*in, Supervisor*in oder Seelsorger*in unterwegs ist und das Setting leitet. Eine deutliche Abgrenzung, schon bei der ersten Auftragsanfrage, hat sich als sinnvoll erwiesen. Denn die Realität des eigentlichen hauptberuflichen Feldes und der vom Beruf geprägten Herkunft bleiben. Diese muss m.E. weder geleugnet, noch verschwiegen werden, sondern kommuniziert und transparent sein. In der Vorstellungsrunde in ethischen Fallgesprächen ist es sinnvoll, darauf hinzuweisen, dass man sich z.B. als Pfarrerin, hier aber in der Funktion als Ethikberaterin, mit Teilnahme im Ethikkomitee und als ausgebildete Ethikberaterin vorstellt.

4.2. Haltung

Für alle drei hier betrachteten Bereiche ist eine Kontakt- und Beziehungsfähigkeit während des gesamten Prozesses als Grundkompetenz von grundlegender Bedeutung. Man zeigt eine ganzheitliche Aufmerksamkeit gegenüber den einzelnen Teilnehmer*innen, ihren Äußerungen, ihrer nonverbalen Gestik und Mimik. Wahrnehmen, Einfangen und Aufnehmen, was da ist, dies verbalisieren und zur Verfügung stellen, das ist eine Aufgabe der Berater*in in allen drei Formaten. Letztlich ist die Person das mit dem, was sie an theoretischem Wissen für die Ethikberatung, für die Supervision und für die Seelsorge mitbringt und mit ihrer freien, ungeteilten Aufmerksamkeit und Intuition verbindet. Es geht um das Verstehen in all seinen Facetten, um Allparteilichkeit, um die Hilfe beim Perspektivwechsel und die Reflexion des Denkens, Fühlens und Handelns.

4.3. Menschenbild

Wenn Ethikberatung und Supervision weltanschaulich unabhängig sind, so ist dies bei der Seelsorge anders. Theologie - und damit die Seelsorge - geht von der Gottesebenbildlichkeit des Menschen aus, von einer Würde, die permanent, auch über den Tod hinaus,

da ist. Diese Würde äußert sich im Menschsein an sich, nicht aufgrund eigener Verdienste, sondern aufgrund der Zuwendung und Treue Gottes. Aus der Übernahme von Verantwortung, wie es in ethischen Fallgesprächen und auch in der Supervision geschieht, folgt die Möglichkeit, schuldig zu werden. Auch wenn der Konsens in der ethischen Fallbesprechung entstanden ist, bleibt manchmal die Unsicherheit, ob die Empfehlung den Patienten voll und ganz entspricht, manchmal bleibt etwas offen. Es gibt dann nicht „die“ richtige Entscheidung, weder Entscheidung A noch Entscheidung B sind gesichert richtig, folglich bleibt die Möglichkeit, theologisch gesprochen, schuldig zu werden. Die Lehre Martins Luthers von der Rechtfertigung (*sola gratia, sola fide, solus christus*) hilft, damit umzugehen. Nicht durch eigenes Tun wird der Mensch vor Gott gerecht, sondern allein durch die Gnade Gottes. Diese Erkenntnis kann für die Akzeptanz eigener Grenzen hilfreich sein.

5. Fazit

Das Moderieren ethischer Fallgespräche, die Supervision von Fällen und die Seelsorge im Feld Krankenhaus erfordern die Fähigkeit, mit Komplexitäten umgehen zu können. Es erfordert Mut zur Übernahme von Verantwortung (und Schuld). Einfühlung, Wertschätzung, Zuwendung, Ermutigung, Unterstützung und Vertrauen sind für alle drei Beratungsformate unerlässlich. Es lassen sich, wie oben angedeutet, durchaus verbindende Elemente finden, die es sich detaillierter zu betrachten lohnen.

Literatur

- Beauchamp, Tom L. & Childress, James F. (2009): Principles of biomedical ethics. New York, Oxford: University Press.
- Fachkonferenz für Kinderklinikseelsorger und Kinderklinikseelsorgerinnen (2007): Konzeption: Seelsorge in Kinderkliniken und auf Kinderstationen, [online] URL: <https://www.ekd.de/Kinderkrankenhauseelsorge-24394.htm> & www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/konzeption_kinderklinikseelsorge.pdf [Stand: 07.01.2021].
- Fachkonferenz für Kinderklinikseelsorger und Kinderklinikseelsorgerinnen (2013): Stellungnahme: 25 Jahre Kinderklinikseelsorge im Bereich der EKD, [online] URL: <https://www.ekd.de/Kinderkrankenhauseelsorge-24394.htm> & www.ekd.de/ekd_de/ds_doc/Statement_25_Jahre_Kinderklinikseelsorge.pdf [Stand: 07.01.2021].
- Gröning, Katharina (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kassebaum, Heike & Kessler-Weinrich, Angela (2013): Seelsorge mit Kindern. Gelingende Kooperation

- von Medizin und Kinderkrankenhauseelsorge. In: Zimmermann, Miriam; Klein, Constantin & Büttner, Gerhard (Hrsg.): Kind - Krankheit - Religion. Medizinische, psychologische, theologische und religionspädagogische Perspektiven. Neukirchen-Vluyn: Neukirchener Verlagsgesellschaft, S. 326 - 333.
- Kobert, Klaus; Pfäfflin, Margarete & Reiter-Theil, Stelle (2008): Der klinische Ethik-Beratungsdienst im Evangelischen Krankenhaus Bielefeld. Hintergrund, Konzepte und Strategien zur Evaluation. In: Ethik in der Medizin, 2008, 20, S. 122 - 133.
- Loh, Andreas; Simon, Daniela; Kriston, Levente & Härter, Martin (2007): Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen. In: Deutsches Ärzteblatt 2007, 104 (21), A 1483 - 1488.
- Neitzke, Gerald (2008): Aufgaben und Modelle von Klinischer Ethikberatung. In: Dörries, Andrea; Neitzke, Gerald; Simon, Alfred & Vollmann, Jochen (Hrsg.): Klinische Ethikberatung. Ein Praxisbuch. Stuttgart: Kohlhammer, S. 58 - 74.
- Steinkamp, Norbert & Gordijn, Bert (2005): Ethik in Klinik und Pflegeeinrichtung. Ein Arbeitsbuch. Köln & München: Hermann Luchterhand Verlag.

Heike Friesel-Wark

Das Werk des Soziologen Erving Goffman als Wissenssystematik für die Supervision in der Psychiatrie

Zusammenfassung

Der Aspekt der Ethik liegt nicht im primären Fokus dieses Artikels, wenn auch dem Werk von Erving Goffman, wie bereits oben angedeutet, eine zweifellos ethische Grundlegung zu eigen ist. Seine Arbeiten zur „Totalen Institution“, zur Stigmatheorie und nicht zuletzt seine identitätstheoretischen Ausarbeitungen zur Beschädigung von Identität, stellen sozialwissenschaftlich sehr bedeutsame Errungenschaften dar, die wesentlich zur Humanisierung des psychiatrischen Hilfenetzes beitrugen. Der Wirkungskreis seiner Anstaltskritik in „Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen“ (1973) blieb dabei nicht auf die Psychiatrie begrenzt, sondern trug maßgeblich zur Reformierung sogenannter „Verwahranstalten“ sowie zur Kritik an Phänomenen wie dem Hospitalismus bei.

1. Einleitung

Der Name und das Werk des Soziologen Erving Goffman sind untrennbar verbunden mit der Reformierung der Psychiatrie, wie sie sich 1975 im Zuge der Psychiatrie-Enquete ereignet hat. Die Psychiatrie-Enquete, die 2020 nunmehr ihr 45-jähriges Jubiläum feierte, wurde zum Ausgangspunkt eines beachtlichen und weitreichenden Reformierungsprozesses, der die Auflösung menschenunwürdiger Zustände in den damaligen Anstalten zum deklarierten Ziel hatte und die Schaffung eines psychiatrischen Hilfenetzes begründete. Gemeindenähe, die soziale Lebenssituation und die Bedürfnisse der Betroffenen rückten fortan stärker in den Fokus der Professionellen. Dieser Modernisierungs- und Umstrukturierungsprozess dauert bis heute an und zeigt sich am Augenfälligsten in einem weit verzweigten regionalisierten und ambulantiserten Hilfenetzwerks.

Für die Supervision in der Psychiatrie erweist sich die Kenntnis sozialwissenschaftlicher Wissenszusammenhänge als zentral. Diese wirken einer pathologischen Engführung entgegen, insofern sie, am Beispiel Erving Goffmans, aufzeigen, dass abweichendes bzw. auffälliges Verhalten sich nicht per se medizinisch bzw. diagnostisch erklärt, sondern nur unter Einbezug dessen, was wir im sozialen Miteinander als „normal“ und als erwartbar erachten, überhaupt nachvollzogen werden kann. Normalität, nach Goffman im Wesentlichen durch Erwartbarkeit und Vorhersagbarkeit in der Interaktion gekennzeichnet, stellt demnach eine soziale Herstellungsleistung dar, die an bestimmte Voraussetzungen geknüpft ist, die im Folgenden herausgearbeitet werden sollen.

In einem ersten Schritt werden die zentralen Rahmenbedingungen des Handlungsfeldes Psychiatrie und die besonderen Herausforderungen supervisorischer Tätigkeit in diesem Handlungsfeld eingeführt. Nach einem Einblick in berufsbiografisch relevante Eckdaten erfolgt sodann die Überleitung in zentrale theoretischen Zugänge und Grundannahmen von Goffmans Werk, hier im Besonderen die rahmenden Merkmale von Interaktion sowie die Hervorhebung der spezifischen Merkmale von Interaktion, die wesentlich darüber entscheiden, ob jemand „aus dem Rahmen fällt“. Einen besonderen Schwerpunkt bildet hierbei die Akzentuierung des körpertheoretischen Zugangs, wie er sich in Goffmans Werk nahezu durchgängig darstellt.

Teile dieses Beitrags entstammen meinem Promotionsvorhaben mit dem Titel: „*Die Dimension des Körpers im Kontext Sozialer Arbeit in der Psychiatrie. Eine rekonstruktive Studie zum Umgang mit dem Klienten-Körper im Handlungsfeld Psychiatrie*“.

2. Wesentliches zur Supervision im Handlungsfeld Psychiatrie

Die Psychiatrie stellt zunächst einmal ein Handlungsfeld dar, in dem Supervision als selbstverständliches Qualitätsmerkmal u. a. im Rahmen der Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) und der aktualisierten Leitlinien für die psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen (vgl. DGPPN 2018), verankert ist und das bereits auf eine ärztliche Tradition der Etablierung von Balintgruppenarbeit zurückblickt. Analog zur Ökonomisierung im sozialen Bereich kam es jedoch auch hier zu einer Eingrenzung finanzieller Ressourcen bezogen auf die Häufigkeit und den Umfang von Supervisionssitzungen. Grundsätzlich jedoch wird Supervision als notwendig und förderlich für

die Reflexion der Fallarbeit erachtet, ebenso die Reflexion teambezogener und organisationsbezogener Dynamiken, wenn auch die Vorstellungen davon, was Supervision sei und womit sie sich zu befassen habe, angesichts der Inter- und Multidisziplinarität des Feldes und der beachtlichen strukturellen Vielfalt des psychiatrischen Hilfenetzes, erheblich voneinander divergieren können.

In die Supervision im psychiatrischen Feld fließt die besondere Beschaffenheit der Klienten bzw. Patienten-Dynamik ein, die wiederum in die Teamdynamik einfließt bzw. von der jeweiligen Teamdynamik beeinflusst wird. Trauma bzw. krankheitsbedingt wirkt eine unbewusste Tiefendimension auf das Behandlungs- bzw. das Beratungsgeschehen ein, das von massiven, mitunter archaischen Ängsten und die häufige Abwehr von eben diesen Ängsten geprägt wird. Diese finden ihren Ausdruck allzu oft in Beziehungsstörungen und aggressiven Beziehungskonflikten. Diese Ängste, und dies ist kennzeichnend für die Arbeit in der Psychiatrie, sind oft so massiv, dass sie die eigene Integrität bedrohen und, insbesondere im Kontext der Arbeit mit schizophren erkrankten Menschen, der Zerfall der Person und die Vernichtung der eigenen Existenz befürchtet wird. Rudolf Heltzel (2007) beschreibt Spiegelungsphänomene, die im Team bzw. in der Organisation als Ganzes, in Form institutionalisierter Abwehrprozesse, zu Ängsten und Widerständen führen, deren „*Naturwüchsigkeit und Vehemenz*“ (ebd., S. 45) den Einbezug der latent wirksamen Patientendynamik notwendig macht.

Diese klinisch-therapeutischen Zusammenhänge sind für die Supervision im psychiatrischen Feld sehr bedeutsam. Sie können jedoch auch dazu verleiten, auf der Grundlage von Symptomatik und Diagnostik, vorschnelle Schlüsse zu ziehen, die zwar in Übertrag auf die Falldynamik und die patientenbezogene Arbeit durchaus verlebendigend und befördernd wirken, jedoch nur einen Ausschnitt des zu beleuchtenden Spannungsfeldes abbilden. Heltzel verweist hier auf die Notwendigkeit einer Erweiterung dieser Dimensionen, um das supervisorische Können hinsichtlich der Gestaltung des Dreieckskontrakts und schließlich der supervisorischen Kompetenz bezogen auf die Reflexion von Teamentwicklungsprozessen unter Berücksichtigung gesundheitspolitisch und ökonomisch relevanter Entwicklungen (ebd., S. 52 f.).

Für die Supervision in der Psychiatrie erweist sich darüber hinaus die Kenntnis sozialwissenschaftlicher Wissenszusammenhänge als zentral. Diese wirken einer pathologischen Engführung entgegen, insofern sie, am Beispiel Erving Goffmans, aufzeigen, dass abweichendes bzw. auffälliges Verhalten sich nicht per se medizinisch bzw. diagnostisch erklärt, sondern nur unter Einbezug dessen, was wir im zwischenmenschlichen Kontakt als „normal“ erachten, überhaupt nachvollzogen werden kann. Die Reflexion von Andersartigkeit impliziert demnach zuerst die Reflexion dessen, was wir überhaupt als Normalität im sozialen Miteinander erleben vor dem Hintergrund der Tatsache, wie wir Normalität als Interaktionsleistung herstellen.

3. Berufsbiografische Eckdaten und Einblicke in die Grundzüge des Werks von Erving Goffman

In soziologischen Kreisen gilt Goffman als „Non-Konformist“ bzw. als „Exot“ (Hettlage 2007, S. 197), dieses Einzelgänger-Image kultivierte er zeitlebens, u. a. auch über seine Befassung mit gesellschaftlichen Randthemen, wie die Analyse institutioneller Machtmechanismen in „Totalen Institutionen“ oder aber die Befassung mit Stigmata und deren Bedeutung für die Konstituierung von Normalitätserwartungen. Auch seine hartnäckige Weigerung, sich einer bestimmten soziologischen Theorieschule zu- oder unterzuordnen, festigen den Eindruck des „Non-Konformisten“, der bereits früh in seiner wissenschaftlichen Karriere Eigenständigkeit und Unabhängigkeit gegenüber seinen akademischen Lehrern bewies (vgl. von Engelhardt 2010).

Bezüglich der theoretischen Verortung seines Werkes besteht grundsätzliche Übereinkunft dahingehend, dass, insbesondere seine Ausarbeitung zur Interaktionsordnung und zur Identitätstheorie, am ehesten in der Tradition des am interpretativen Paradigma orientierten Interaktionismus nach G. H. Mead zu verstehen sind (vgl. ebd.). Daneben folgen Bezugnahmen aus unterschiedlichen Theorietraditionen wie insbesondere bei Emile Durkheim und Georg Simmel, den Vertretern der Chicagoer Schule, der Ethnomethodologie oder gar der Soziolinguistik. Es ist diese besondere Form der „Interdisziplinarität“ (Reiger 1992, S. 12), die sich durch Goffmans gesamtes Werk zieht und dessen Attraktivität auch außerhalb soziologischer Kreise, maßgeblich begründet. Die Schwierig-

keit der paradigmatischen Zuordnung liegt auch in dem Umstand begründet, dass Goffman zeitlebens keine Anstrengungen unternommen hat, die zentralen Themen und Konzepte seines Schaffens zu ordnen und zu einem, in sich konsistenten Theoriegebäude zu systematisieren (vgl. Hettlage 2007). Erst nach seinem Tod wurde Goffmans bedeutsamer Beitrag zur Weiterentwicklung des mikrosoziologischen Paradigmas wiederentdeckt und fand entsprechende Würdigung.

Trotz aller Breite und Verstreutheit von Konzepten ist unzweifelhaft, dass Goffman, als empirisch ausgerichteter Soziologe, einen gewichtigen Beitrag zur „Alltagswende“ in der Soziologie und in den angrenzenden Disziplinen geleistet hat. Sein Gebiet ist die Analyse jener sozialen Ordnung, die sich in face-to-face Begegnungen ereignet und die Goffman selbst als „Interaktionsordnung“ bezeichnet hat (ebd., S. 2013). Die direkte, leiblich-körperliche und kommunikative Interaktion, wie sie sich, zeitlich umgrenzt, beim Zusammenkommen von Personen darstellt, ist charakteristisch für sein gesamtes Werk:

„Damit umschreibt er jene Räume, Gelegenheiten und Zusammenkünfte, in denen Individuen – in unmittelbarer körperlicher Gegenwart anderer bzw. in Orientierung und Wechselwirkung mit diesen anderen – einen Arbeitskonsens über die Beschaffenheit der Wirklichkeit herstellen“ (Hettlage 2007, S. 199).

Goffman hat diesen Zusammenkünften eine genuine Ordnung zugeschrieben, die über die Analyse kommunikativer und performativer Aspekte hinausgeht, indem sie eine soziale Rahmung postuliert, die in hohem Maße konventionalisiert ist. Diese soziale Rahmung verstand Goffman zwar als eingebettet in eine übergeordnete gesellschaftliche, kulturelle und geschlechtsbezogene Sozialstruktur, ihm jedoch ging es um die Analyse der sozialen Wirklichkeit, wie sie sich in eben diesen direkten Begegnungen ereilt. Zum Zwecke dieser Analyse zergliedert Goffman aus sehr unterschiedlichen Perspektiven und geradezu mikroskopisch genau zwischenmenschliche Begegnungen in ihre strukturellen Einzelelemente. Er verdeutlicht, dass kaum etwas dem Zufall überlassen ist, sondern vielmehr vor dem Hintergrund von Konvention, Rolle, Imagepflege, Takt und Ehrerbietung zu verstehen ist.

Sein Blick ist dabei immer auf zwei, die Interaktion grundlegend rahmende Merkmale gerichtet, nämlich auf den Aspekt der „sozialen Identität“, also der Zugehörigkeit zu einer übergeordneten gesellschaftlichen Gruppe und damit in Verbindung stehenden sozialen Rollen, und der „personalen Identität“, der Unverwechselbarkeit einer Person, „die sich

an ihrer körperlichen Erscheinung, an ihrem Namen, an der besonderen Kombination und Ausprägung von Merkmalen (der sozialen Identität) und vor allem an ihrer Biografie festmachen lässt“ (von Engelhardt 2010, S. 126). Die persönliche Identität betrachtet Goffman dabei insofern als eng verwoben mit der sozialen Identität, als dass sie in sich *„die Pluralität der sozialen Identitäten und den Wandel der Biografie“* (ebd., S. 127) vereinigt, wobei hier die geistige Nähe zum Identitätsbegriff nach G. H. Mead sehr deutlich wird. Von der grundlegenden Annahme ausgehend, dass der sozialen und der persönlichen Identität, je nach Anlass bzw. sozialer Situation, eine unterschiedliche Gewichtung zukommt, entfaltet Goffman nun rahmende Merkmale der Interaktionsordnung, auf die hier nicht umfänglich eingegangen werden kann, deren wesentliche Merkmale jedoch herausgearbeitet werden sollen.

4. Rahmende Merkmale von Interaktion

Goffman geht von der prinzipiellen Fremdheit der Interaktionspartner aus, wodurch er die Illusion entlarvt, dass so etwas wie eine völlige Losgelöstheit von sozialen Konventionen überhaupt existiert. Die Erfahrung der Andersartigkeit des Gegenübers bezieht sich auf die grundsätzliche Unbestimmtheit und Ergebnisoffenheit der Interaktion (vgl. Hettlage 2007, S. 200). Dabei ist nicht von Bedeutung, wie nahe sich die Interaktionspartner stehen, denn auch in sehr nahen Beziehungen, so Goffman, existieren rahmende Merkmale, die mit sozialen Erwartungen an die Art und Weise des nahen Miteinanders gekoppelt sind und das Zusammensein, wenn auch im privaten Raum meist unbewusst, strukturieren. So spricht Thoma (2018) von einer besonderen Offenheits- und Resonanzverpflichtung im privaten Raum, die mit der Erwartung einer gewissen Natürlichkeit und Unverstelltheit in Zusammenhang steht (vgl. ebd., S. 188).

Die prinzipielle strukturelle Unterscheidung trifft Goffman nicht in erster Linie in Abhängigkeit von der Nähe und Vertrautheit der Interaktionspartner, sondern in Abhängigkeit davon, ob es sich um eine Form der direkten oder der indirekten Interaktion handelt. Hier unterscheidet er die analytischen Kategorien der zentrierten und der nicht-zentrierten Interaktion, die jeweils mit gewissen Erwartungen an das Engagement der Personen einhergehen. Nicht-zentrierte Interaktionen kennzeichnet die bloße Anwesenheit der Inter-

aktionspartner in derselben Situation, an demselben Ort bzw. zum selben Anlass, sie haben einen öffentlichen Charakter. Zentrierte Zusammenkünfte wiederum kennzeichnet der gemeinsame Aufmerksamkeitsfokus, bei dem die Anwesenden unmittelbar interagieren (vgl. Reiger 1992, S. 70f.). Die Erwartungen an das Engagement, also an die Art und Weise der Involviertheit und des Aufmerksamkeit Schenkens, unterscheiden sich in beiden Situationen stark voneinander. Sie stehen in engem Zusammenhang zur Körpersymbolik, insofern diese die Beschaffenheit des Engagements unmittelbar bezeugt bzw. hierüber Auskunft erteilt. So ist auch das Engagement bei Goffman keine Zufallskategorie, vielmehr eine soziale Norm, deren Übertretung Verwunderung und Betreten auslöst, mitunter auch sanktioniert wird. Goffman hat dies wiederholt am Beispiel von psychiatrisch erkrankten Menschen verdeutlicht. So äußert er in dem Unterkapitel *„Psychische Symptome und öffentliche Ordnung“* zu seinem Buch *„Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation“* (2013):

„Psychotisches Verhalten läuft dem zuwider, was man sich gemeinhin unter öffentlicher Ordnung vorstellt, vor allem jene Seite der öffentlichen Ordnung, der sich die Leute bei ihrem unmittelbaren physischen Beisammensein beugen. Ein großer Teil psychotischen Verhaltens ist in erster Linie ein Versagen, sich gemäß der etablierten Verhaltensregeln für direkte Interaktion zu verhalten – Regeln nämlich, die etabliert und aufgezwungen sind durch eine wertsetzende, urteilende und tonangebende Gruppe. Psychotisches Verhalten ist in vielen Fällen das, was man als situationale Unangemessenheit bezeichnen kann“ (ebd., S. 155).

Jede soziale Situation, sei sie nun zentriert oder nicht-zentriert stellt Erfordernisse an die Fähigkeit des Einzelnen, ein Gleichgewicht zwischen Engagement und Nicht-Engagement über die Dauer der Interaktion aufrecht erhalten zu können. Wenn sich beispielsweise Menschen in einer U-Bahn Station aufhalten, so wird von ihnen eine spezifische Form des Sich-nicht-Aufeinander Beziehens erwartet. Es wird in diesem besonderen Fall eine Verhaltensregel der *„höflichen Gleichgültigkeit“* an sie gestellt (Reiger 1992, S. 86). Ganz anders sieht es in zentrierten Interaktionen aus, die fortlaufende Abstimmung bzw. Feinjustierung bedeuten, in denen dem Blickkontakt eine zentrale Bedeutung zukommt. Goffman misst dem Aspekt der Visibilität in seinen gesamten Studien ohnehin eine exponierte Bedeutung zu. Insbesondere in seinem Buch *„Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität“* (2016) macht er auf die exponierte Rolle des wahrnehmbaren Körpers aufmerksam. Körperliche Attribute oder Körperzeichen, wie Goffman sie nennt, (Aussehen, Kleidung, Verhalten oder Sprache) (vgl. ebd., S. 64f.), ebenso

wie Status- und Prestigesymbole sind Ausdruck von Identität, insofern sie unmittelbare Rückschlüsse auf die soziale Identität einer Person nach sich ziehen. Es sind die unterschiedlichen Grade der Aufdringlichkeit oder bzw. der Auffälligkeiten des Körpers, die primär über Mechanismen der In- bzw. der Exklusion entscheiden, und die, im Falle eines Stigmas, den Betroffenen eine bestimmte Form des Stigma- und damit des Körpermanagements abverlangt.

Auch Georg Simmel (1968) hatte in seinem Aufsatz *„Exkurs über die Soziologie der Sinne“* das Verhältnis einzelner Sinne bezogen auf ihre soziale Bedeutung und ihre Fähigkeit zur Beförderung von Gemeinschaft hin analysiert. Weil das Auge, als einziges Sinnesorgan, zur unmittelbaren Reziprozität fähig ist, so Simmel, entscheidet es über die Enge und die Intensität einer Begegnung:

„Unter den einzelnen Sinnesorganen ist das Auge auf eine völlig einzigartige soziologische Leistung angelegt: auf die Verknüpfung und die Wechselwirkung der Individuen, die in dem gegenseitigen Sich-Anblicken liegt. Vielleicht ist dies die unmittelbarste und reinste Wechselbeziehung, die überhaupt besteht [...]“ (ebd., S. 484f.).

Zur erwarteten Fähigkeit, sich reziprok beziehen zu können, tritt in zentrierten Interaktionen die unausgesprochene Erwartung an das Gegenüber, *„ein gemeinsames Zentrum der Aufmerksamkeit aufrechtzuerhalten“* (Reiger 1992, S. 58). Hierzu gehört für Goffman (1973) auch der Umgang bzw. die Bewältigung von Verlegenheit, ebenso wie die Aufrechterhaltung eines situationalen Gleichgewichts, die Fähigkeit der Akteure zu störungsfreier verbaler Kommunikation sowie die Feinjustierung hinsichtlich des Aufgebens und des Übernehmens der Sprecherrolle (ebd., S. 12 zitiert nach Reiger 1992, S. 59f.). Es sind diese rahmenden Merkmale, oder in den Worten Goffmans diese besondere Fähigkeit, sich engagiert zu zeigen, gleichzeitig auch aber an den passenden Stellen, die eigene Involviertheit zurückzunehmen (beispielsweise die Intensität des Blickkontakts dort zurückzunehmen, wo es die Situation erfordert), die über eine gemeinsame Situationsdefinition und einen Konsens in der Interaktion entscheiden.

4.1. Die Brüchigkeit von Interaktion und die Bedeutung von Körpersymbolik

Wie bereits erwähnt, kennzeichnet Goffmans Werk, dass die „Normalität“ von Interaktion an eine gewisse Vorhersehbarkeit und Erwartbarkeit im rollenförmigen und normativen Sinne gebunden ist. Daneben bildet die Fähigkeit eines Individuums sich einer Situation, bzw. den Erfordernissen einer Situation angemessen darstellen zu können, einen zentralen Bestandteil von Interaktion. Goffman hat dieses Vermögen als Self-Management oder als Präsentation des Selbst bezeichnet (vgl. Goffman 2019). Das Wirklichkeitsverständnis steht also nach Goffman immer auch zur Verfügung, insofern es prinzipiell fragil und brüchig ist. Dies zeigt sich besonders dort, wo es Menschen, ob beabsichtigt oder unbeabsichtigt, beispielsweise krankheitsbedingt, nicht mehr gelingt, auf eine gemeinsame Situationsdefinition hinzustreben. Für psychiatrische bzw. psychische Erkrankungen ist dies geradezu symptomatisch, denn hier greifen die scheinbar so selbstverständlichen Regeln der Zusammenkunft nicht mehr in der Weise, wie wir es gewohnt sind. Insbesondere psychotische und schizo-affektive Störungen oder Zustände nach einem Trauma, die mit Derealisations- und Depersonalisationserleben einhergehen, kennzeichnet ja gerade, dass die Wahrnehmung von Realität sich hier in grundsätzlicher Weise unterscheiden kann. Auch „weniger tiefgreifende“ psychische Zustände wie zylothyme Verstimmungen oder depressive Symptomatiken verletzen bereits die unausgesprochenen „Engagement-Regeln“, weil sie die Fähigkeit, sich körperlich und verbal involviert zu zeigen, reduzieren, respektive deutlich einschränken können. So macht eine psychiatrische Erkrankung das Ringen um eine gemeinsame Situationsdefinition zu einer Herausforderung, und zwar sowohl für die Betroffenen als auch für die Professionellen selbst.

Als strenger Soziologe war Goffman nicht an der besonderen Beschaffenheit oder gar an der Spezifität der Symptomatik einer psychiatrischen Erkrankung interessiert. Sein Ansatz stellt demnach in einem psychiatrischen Feld zweifelsohne eine Verkürzung dar, insofern die Störung der Interaktionsordnung hier immer auch den Einbezug, der am Geschehen beteiligten manifesten und latenten Psychodynamik erfordert. So kritisiert Schüle (2016):

„Die dritte Abstraktion betrifft die psychische Dimension des Geschehens. Sie ist für Goffman von strategischer Bedeutung und hilft, die soziologischen Aspekte des Geschehens

deutlicher werden zu lassen. Aber die mit dem Durkheim-Programm verbundene Ausgrenzung von Psychodynamik hat vor allem zu Folge, dass der Subjektbegriff in vielerlei Hinsicht insuffizient und substanzlos bleibt und damit auch das Verständnis sozialpsychologischer Prozesse limitiert bleibt“ (ebd., S. 237).

Aus den obigen Ausführungen bleibt festzuhalten, dass Involviertheit und Engagement in der Interaktion, insbesondere im Ausdruck und in der Körpersprache, vom Streben auf eine gemeinsame Situationsdefinition hin zeugen. Dort wo dies nicht mehr gelingt, entstehen beiderseitige Irritationen, Goffman spricht hier von sogenannten „*Engagementverletzungen*“ (Reiger 1992, S. 73). Diese ziehen regelhaft negative Sanktionierungen nach sich, weshalb das beiderseitige Bemühen eher dahin geht, den Schein aufrecht zu erhalten.

Zu diesem Zweck greifen die Beteiligten auf Schutzräume zurück, die dazu verhelfen können, das unzureichende Engagement zu verdecken oder aber gegen äußere Wahrnehmung abzuschirmen:

„Da das Gleichgewicht zwischen Engagement, Desengagement und Übereifer leicht verfehlt wird und damit die ‘dünne Hülle’ der unmittelbaren Wirklichkeit zerreißt, bedarf es neuer, weiterer Schutzhüllen zur Stabilisierung der Interaktion“ (Hettlage 2007: 202).

In „*Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation*“ (2013) illustriert Goffman diese Schutzhüllen an den rituellen Handlungen der Ehrerbietung und des Benehmens. Als symbolische Handlungen erfüllen sie den Zweck, die heilige Sphäre und die territorialen Grenzen, die dem Individuum in unserer urbanisierten, säkularisierten Welt zugesprochen werden (vgl. ebd., S. 54), zu bestätigen und auch zu wahren. Goffman unterscheidet hier zwei unterschiedliche zeremonielle Codes der Ehrerbietung: Vermeidungsrituale (avoidance rituals) und Zuvorkommenheitsrituale (presentational rituals) (vgl. ebd., S. 70f.). Erstere sind dadurch gekennzeichnet, dass eine Handlung unterlassen wird, es geht also darum etwas nicht zu tun, um der anderen Person aus Taktgründen nicht zu nahe zu treten und sie nicht zu beschädigen. Im Allgemeinen geht es hier um Regeln zum Umgang mit Nähe und Distanz und zur Anerkennung bzw. zur Wahrung der Privatsphäre des Gegenübers. Diese stehen in engem Zusammenhang mit der sozialen Klasse und erfordern eine spezifische Art der körperlichen Zurückhaltung, insofern beispielsweise das Thema der körperlichen Unnahbarkeit eher in höheren sozialen Klassen

zu verorten ist, wie Bourdieu in der Habitus­theorie und seiner Theorie der sozialen Felder ebenfalls deutlich gemacht hat.

Der zweite Typus von Ehrerbietung sind Zuvorkommenheitsrituale, bei denen es in Kontrastierung zu Vermeidungsritualen darum geht, was getan werden sollte. Hier geht es also nicht um Verbote, als um das was vermieden werden sollte, sondern um spezifische Gebote (vgl. ebd., S. 79). Zuvorkommenheitsrituale markieren den schmalen Grat der Zuwendung und des Interesses am Gegenüber, ohne diesem jedoch zu nahe zu kommen. So kann eine Interessensbekundung auch schnell als Zudringlichkeit empfunden werden, wenn nicht der schmale Grat des Ausbalancierens von Vermeidungs- und Zuvorkommenheitsritualen beachtet wird. Die Bezeugung von Ehrerbietung hängt eng mit der Körpersymbolik zusammen, insofern sie ein spezifisches Körpermanagement der Zurücknahme, respektive der Involviertheit erfordert. Die bloße Bekundung von Ehrerbietung über verbale Kommunikation verfehlt unweigerlich ihre rituelle Wirkung, wenn nicht der gesamte Ausdruck einer Person von Ehrerbietung zeugt. Sie wird dann schnell als eine bloße „Schmeichelei“, als leere Worthülse entlarvt.

In seinen empirischen Studien nun untersucht Goffman (2013) den Umgang mit Ehrerbietungsritualen in einer psychiatrischen Forschungsklinik. Er stützt sich dabei auf den Vergleich zweier Stationen, wobei er Formen der Rücksichtnahme und des Respekts in Station A kontrastierend zu Station B analysiert, in der Regelverletzungen der Privatsphäre an der Tagesordnung sind. Goffman fokussiert hier die institutionellen Zusammenhänge, in denen die Wahrung der ideellen Sphäre gelingt und solche, wo dies nicht gelingt, weil Zuvorkommenheits- und Vermeidungsrituale übergangen und missachtet werden. Diese Rituale erachtet Goffman gerade dort für besonders wichtig, wo bereits aufgrund der Asymmetrie in der professionellen Beziehung der Wahrung von Intimgrenzen und der Privatsphäre ein besonderer Stellenwert zukommt. Für die Psychiater-Patient-Beziehung sei charakteristisch, dass der Psychiater Aspekte im Privatleben des Patienten berühre, mit denen dieser sich nicht einmal selbst auseinandersetze. Dieses Recht sei jedoch nicht reziprok, was unreflektiert in einer Missachtung der Privatsphäre münden könne. Eine geradezu klassische Form sieht Goffman in der „Unpersonen-Behandlung“ durch Mitglieder des Personals, „die über die persönlichsten Probleme eines Patienten in dessen Gegenwart diskutieren, als sei er überhaupt nicht da“ (ebd., S. 75). Als

zentral erachtet Goffman neben dem Recht auf unverletzliche Intimsphäre das Zuvorkommenheitsritual der „Berührung“ (vgl. ebd., S. 82), dem eine wichtige stabilisierende und stützende Rolle zukomme. Dem Ausdruck von Verbundenheit durch körperliche Berührung misst Goffman einen noch höheren Stellenwert zu, als der Achtung des Rechts auf Privat- und Intimsphäre, weil er auf eine sehr basale Weise dazu ver helfe „*informelles Leben von dem Makel zu befreien, eine ‘Behandlung’ oder eine Verordnung zu sein [...]*“ (ebd., S. 85).

5. Die Anstalt und die Zerstörung der körperlichen Integrität

Ein immer wiederkehrendes Motiv von Goffmans Werk ist die Analyse institutioneller Mechanismen der Bemächtigung über den Einzelnen bzw. die Unterordnung menschlicher Bedürfnisse unter die funktionalen Ziele und Sachzwänge einer Institution. In seinem wohl populärsten Buch „*Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen*“ (1973), das Schüle in (2016) als die „*Bibel der Institutionskritik*“ (ebd., S. 228) bezeichnet, prägt Goffman hierfür den Begriff der „*Totalen Institution*“. Von Interesse ist für ihn auch hier nicht die Psychopathologie der „*Insassen*“. Vielmehr widmet er sich solchen sozialen und strukturellen Mechanismen, die tief in das Selbstverständnis und in das Unveräußerliche eines Menschen vordringen und ihn gefügig im Sinne der Institution machen. Auch hier kommt dem Körper insofern eine hervorgehobene Bedeutung zu, als dass die Mechanismen der Anpassung, der Disziplinierung und der erzwungenen Ehrerbietung zunächst die basale Kontrolle und Verfügbarkeit über den Körper voraussetzen. Goffman illustriert dies beispielhaft unter Hinzuziehung zahlreicher Initiationsprozeduren am Körper, wie sie, zumindest zu Goffmans Lebzeiten, regelmäßig in „*Totalen Institutionen*“ stattfanden. Der Neuankömmling werde zu einem „*Objekt*“ (ebd., S. 27) geformt. Das Abnehmen von Fingerabdrücken, das Wiegen und Messen, das Entkleiden, Baden und Desinfizieren sowie die Leibesvisitation gefolgt von der Ausgabe der Anstaltskleidung beschneiden den Insassen seiner bürgerlichen Identität und verweisen auf ihn, „*als ein Mitglied der größten und abstrakteren sozialen Kategorie, nämlich der Menschheit [...]. Eine Behandlung aufgrund solcher Attribute lässt weitestgehend die Grundlagen einer früheren Selbstidentifikation außer Acht*“ (ebd., S. 27).

Neben Mechanismen der physischen Entwürdigung, die von Goffman mannigfaltig beschrieben werden, werden Formen der sozialen Verunreinigung beschrieben, die mit dem engen Zusammenleben auf einem Raum und dem Verlust der Privatsphäre einhergehen, so beispielsweise die gängige Praxis Gruppen nach Alter, Ethnie und Rasse zu durchmischen (vgl. ebd., S. 37).

Auch Mechanismen der indirekten Demütigung, die insbesondere aus der Ohnmacht der Insassen heraus resultieren, sich gegen institutionelle Sanktionen bzw. Restriktionen zur Wehr setzen zu können, werden von ihm beschrieben. Diese seien auch deshalb so wirkungsmächtig, weil die Lebensbereiche in „Totalen Institutionen“ nicht voneinander getrennt gehalten werden könnten: Schlafen, Wohnen, Freizeit und Arbeiten, also die Trennung von Privatem und Öffentlichem, seien innerhalb einer Einrichtung verortet, somit gäbe es kaum Entrinnen aus einer als aussichtslos erlebten Situationen. Charakteristisch sei für Goffman insbesondere auch im Kontext von Psychiatrien, dass die fehlende Trennung von privatem und öffentlichem Raum, zu regelrechten „Looping-Effekten“ führe (ebd., S. 43). Die Insassen stünden unter einer Dauerbeobachtung und Versuche, sich gegen Angriffe auf das Selbst zur Wehr zu setzen bzw. sich davor zu schützen, blieben nahezu wirkungslos. Goffman spricht hier vom Looping als einer regelrechten „therapeutischen Doktrin“ (ebd., S. 44): So erzeuge die Psychiatrie, durch eine gewollte Lockerung des therapeutischen Rahmens, Alltags- und Lebensproblematiken, die dann wiederum im Kontext von Einzel- und Gruppentherapie therapeutisch verfremdet und zu pathologischem Verhalten erklärt würden.

6. Die Bedeutung von Goffmans Wissenssystematik für die Supervision in der Psychiatrie

Soziale Interaktionen sind, auch wenn sie im Kontext naher oder gar intimer Beziehungen stattfinden, in hohem Maße konventionalisiert. Sie sind eingebunden in einen Interaktionsrahmen, der im Wesentlichen zwischen dem privaten und dem öffentlichen Raum, sowie bei Goffman, zwischen zentrierten und nicht-zentrierten Begegnungen unterscheidet. Für diese beiden Formen der Interaktion hat Goffman eine Reihe von Merkmalen beschrieben, die über die konkrete Involvierung eines Menschen in die Interaktion Auskunft erteilen. Die sichtbarste Form der Involvierung in die Interaktion zeigt sich über

eine spezifische Form des Engagements, die in engem Zusammenhang zur Fähigkeit steht, seinen Körper im Sinne des geforderten Körper-Managements, der Situation, dem Anlass bzw. den Gegebenheiten entsprechend, angemessen darzustellen. Diese Fähigkeit zeugt vom Streben der Interaktionspartner hin auf eine gemeinsame Situationsdefinition und ist daher für die engagierte Teilnahme und schließlich den „gelungenen“ bzw. den einvernehmlichen Ausgang einer Interaktion von entscheidender Bedeutung.

Im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Menschen kommt es zu Brüchen und Irritationen im zwischenmenschlichen Kontakt. Die Psychiatrie, als klinische Institution, erklärt diese primär vor dem Hintergrund der vorliegenden Diagnose und damit einhergehender spezifischer Symptomatiken, die eine einvernehmliche Verständigung erschweren. Dies sind Zusammenhänge, die uns im Kontext der Supervision in psychiatrischen Feldern immer wieder begegnen. Hier gilt es die Psychodynamik nachzuzeichnen und im Kontext von Fallbesprechungen bezogen auf den latenten und unbewussten Beziehungsgehalt hin zu verstehen. Dieser klinische Zugang ist für den Umgang mit psychiatrisch erkrankten Menschen entscheidend. Gleichzeitig werden wir in „*psychiatrischen Supervisionen*“ häufig genug mit dem Phänomen konfrontiert, dass die psychiatrische Erkrankung als Erklärung und als Ursache für das Problem der Professionellen herangezogen wird, wodurch aber nur ein begrenzter Zugang zur Problematik und zum vorliegenden Fall entsteht. Goffman macht deutlich, dass ein Vorgehen, das sich zuvörderst an der klinischen Symptomatik orientiert, an Verstehensgrenzen stößt. Es versperrt nämlich den Blick dafür, dass die Handlungen und Verhaltensweisen von Menschen, unabhängig von ihrer Pathologie, in einem sozialen Rahmen stattfinden, in den Professionelle gleichermaßen eingebunden sind, und den es gilt immer wieder kritisch in den Blick zu nehmen. Dieser Rahmen ist beiderseitig durch ein hohes Maß an Unbestimmtheit und Unvorhersehbarkeit gekennzeichnet. Fallen Zeichen der leiblichen Kundgabe aus, oder fällt die Involvierung des Gegenübers in das Interaktionsgeschehen zu engagiert aus, löst dies bei den Professionellen Insuffizienzgefühle, Gefühle des Unverständnisses und der Unzulänglichkeit aus. Bleibt die Reflektion der eigenen Gefühle von Unzulänglichkeit aus, oder werden diese auf die psychodynamischen Aspekte hin reduziert, weichen Professionelle häufig auf Techniken der Bewältigung aus. Um die eigenen Gefühlsreaktionen vor sich zu „rehabilitieren“, entsteht eine Neigung, ein irritierendes oder unverständliches Verhalten auf

die gesamte Person auszuweiten und sie im Ganzen als problematisch, unzurechnungsfähig, als minderwertig oder gar gefährlich einzustufen. So steht mit einem Mal nicht mehr das Verhalten oder das Problem der Person im Vordergrund, sondern die gesamte Identität wird, in den Worten Goffmans (2016), diskreditiert (vgl. ebd., S. 12). Dies führt wiederum auf Seiten der „Diskreditierten“ zu einer spezifischen Form des Stigma-Managements, mit stärker defensiven Verhaltensweisen wie Rückzug oder das Überspielen des Stigmas, oder zu eher offensiven Reaktionsweisen wie das Erbringen besonderer Leistungen zur Kompensation des Makels (z. B. Therapie, Rehabilitation) (vgl. ebd., S. 135f.).

Derlei Bemächtigungstendenzen seitens der Professionellen erfordern eine besondere Umsicht, insbesondere auch, weil der institutionelle Rahmen der Psychiatrie zwar im Zuge der Reformierung, der Humanisierung und der Ambulantisierung des Hilfesystems, nicht mehr als „*Totale Institution*“, wie Goffman sie beschrieben hat, bezeichnet werden kann. Dennoch bleibt, dass klinische Institutionen, auch im Kontext von Gemeindepsychiatrie, qua Diagnose eine nahezu ungebrochene Definitionsmacht darüber besitzen, was als Normalität anzusehen ist und „*territoriale Übertretungen*“ (ders. 1982, S. 81f.) hier institutionell tief verankert sind. Goffman beschreibt sie als Prozesse der „*Entweihungen*“, die beabsichtigte oder unbeabsichtigte Eingriffe in die „*ideelle Sphäre*“ einer Person darstellen. Sie stellen nach Gröning (2014) Mechanismen der sozialen Distinktion dar, insofern sie der sozialen Statuszuweisung dienen. Bourdieu spricht hier von Wirkformen symbolischer Gewalt (vgl. Heimann 2016). So ist für die Psychiatrie die Tendenz zur klinischen Naturalisierung von sozialen und körperbezogenen Attributen, wie ihn der Habitus darstellt, kennzeichnend. Soziale Herkunft und soziale Stellung drohen hinter der psychiatrischen Erkrankung und der Statuszuweisung als Patient zu verschwinden.

Goffman hat dafür sensibilisiert, dass diese Mechanismen so allumfassend greifen können, dass sie zu regelrechten Identitätsdeformationen führen. Die Klienten/Patienten reagieren auf die „*territoriale Übertretungen*“ seitens der Professionellen ihrerseits mit territorialen Verletzungen, wodurch sie wiederum den ihn zugewiesenen Status als Patienten/Klienten indirekt bestätigen. Die Mittel, die Goffman (1982) hier beschreibt sind, analog zu den von ihm beschriebenen institutionellen Machtmechanismen, überwiegend körperbezogene. Der Klienten-Körper drängt sich den Professionellen auf, was sich in Form von Grenzüberschreitungen körperlicher und verbaler Art manifestiert. Das reicht

vom ständigen Klagen und Jammern, über das Anstarren und Berührungen sowie die Einmischung durch Laute bis hin zu Körperausscheidungen (ebd., S. 75f.). Dies stellt zum einen eine Verletzung der ideellen Sphäre des Klienten im Verhältnis zu sich selbst dar (eine Form der Selbstentweihung). Zum anderen stellt es eine Grenzüberschreitung und ein Eindringen in die ideelle Sphäre der Professionellen dar, die beschämt werden (vgl. Gröning 2014, S. 22f.).

Als strenger Soziologe, der sich in der Tradition Emile Durkheims verstand (vgl. Schüle in 2016), publizierte Goffman zahlreiche empirische Studien zur Psychiatrie, unbeirrt von der Pathologie, weshalb er auch vielfach kritisiert und auf das Label eines Psychiatrie-Gegners reduziert wurde. Letztlich hat Goffman jedoch auf das hingewiesen was Psychiatrie im Kern ist: Eine zwischenmenschliche Begegnung, die es zu gestalten gilt, und bei deren Gestaltung wir uns unweigerlich an sozialen Merkmalen orientieren, die, wenn sie nicht oder nur zum Teil erfüllbar sind, wie im Falle einer psychiatrischen Erkrankung, Bewältigungsmechanismen in Gang setzen. Diese Mechanismen erklären sich nur eingeschränkt aus der Erkrankung heraus, entspringen sie doch zuvörderst dem menschlichen Bedürfnis nach Einvernehmen und gegenseitigem Verständnis.

Goffmans Abstraktion vom psychiatrischen Geschehen und von der Beteiligung des Subjekts an diesem Geschehen birgt ein großes Potential. Denn mit Goffmans Perspektive sind Professionelle im klinischen Kontext herausgefordert, zunächst die Beschaffenheit und die spezifische Weise der wechselseitigen Interaktion mit Menschen mit psychiatrischen Erkrankungen zu reflektieren.

Literatur

- DGPPN (2018): Leitlinien für die psychosoziale Therapie bei schweren psychischen Erkrankungen.
- Engelhardt, Michael von (2010): Erving Goffman: Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. In: Jörissen, Benjamin & Zirfas, Jörg (Hrsg.): Schlüsselwerke der Identitätsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 123 - 138.
- Goffman, Erving (1973): Asyl. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2013): Interaktionsrituale. Über Verhalten in direkter Kommunikation. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2016): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Goffman, Erving (2019): Wir alle spielen Theater. Die Selbstdarstellung im Alltag. München: Piper Verlag.

- Gröning, Katharina (2014): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag.
- Hettlage, Robert (2007): Erving Goffman (1922-1982). In: Kaesler, Dirk (Hrsg.): Klassiker der Soziologie. Von Talcott Parsons bis Anthony Giddens. München: Verlag C. H. Beck, S. 197 - 215.
- Hetzel, Rudolf (2007): Basiswissen: Supervision und Beratung in der Psychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Reiger, Horst (1992): Face-to-face Interaktionen. Ein Beitrag zur Soziologie Erving Goffmans. Frankfurt am Main: Verlag Peter Lang.
- Schüle, Johann August (2016): Soziologie und Psychoanalyse. Perspektiven einer sozialwissenschaftlichen Subjekttheorie. Wiesbaden: Springer VS.
- Simmel, Georg (1968): Soziologie. Untersuchungen über die Formen der Vergesellschaftung. Berlin: Duncker & Humblot.
- Thoma, Samuel (2018): Common-Sense und Verrücktheit im sozialen Raum. Entwurf einer phänomenologischen Sozialpsychiatrie. Köln: Psychiatrie-Verlag.

Volker Jörn Walpuski

Cora Baltussen in den USA³

Lernerfahrungen für die Supervision in den Niederlanden und Deutschland

Zusammenfassung

Cora Baltussen unternahm - wie zahlreiche europäische Sozialarbeitende - Anfang der 1950er Jahre eine 18-monatige Studienreise in die USA, um Casework und Supervision zu erlernen. Dieser Beitrag wertet ihren Summerreport von 1953 aus, der als Archivalie erhalten ist. So können ihre Lernerfahrungen in der historisch-kritischen Rekonstruktion kontextualisiert und in den Diskurs eingeordnet werden. Dabei werden erste Differenzierungen der frühen Supervisionsgeschichte ebenso sichtbar wie prägende Begegnungen und entstehende Netzwerke, die die Supervisionsentwicklung in Deutschland maßgeblich beeinflussten.

Einleitung

Cornelia Wilhelmina Maria „Cora“ Baltussen (1912 - 2005) wurde als Pionierin der Supervision in den Niederlanden (Studiecentrum Maatschappelijk Werk Nijmegen) und in Deutschland (u. a. Akademie für Jugendfragen, Münster in Westfalen) als Namensgeberin des DGSv-Nachwuchsförderpreises gewählt. Frank Austermann (2019) hat sich in dieser Zeitschrift bereits mit ihrem Beratungsverständnis unter demokratischen, emanzipatorischen und internationalen Aspekten beschäftigt. Dieser Beitrag will diesen Anfang fortführen und beginnen, die Erfahrungen, die Cora Baltussen in den USA um 1950 gemacht hat, zu rekonstruieren. Damit unterfüttert er punktuell und auf der Mikroebene, was Gröning (2013) auf der Makroebene nachzeichnet.

Cora Baltussen hat zwischen 1948 und 1954 mehr als drei Jahre überwiegend in den nordöstlichen USA verbracht, dort gearbeitet und studiert (siehe Abbildung). In dieser

³ Teile dieses Beitrags entstammen einem Promotionsvorhaben mit dem Arbeitstitel »Die Anfänge der kritisch-reflexiven Supervision in Deutschland. Arbeitsbezogene Beratung zwischen kritischer Reflexivität und Funktionalisierung«. Dieser Beitrag wäre ohne die Unterstützung zahlreicher Archive und Bibliotheken nicht zustande gekommen. Stellvertretend gilt mein Dank Ann-Kathrin Wittel und Oliver Feig von der Hochschulbibliothek Hannover.

Zeit hat sie viele fachliche Kontakte geknüpft und zum Teil tiefe Einblicke in die Praxis der dortigen Sozialen Arbeit gewinnen können, ohne dass dies im Detail noch nachvollziehbar ist. Im folgenden Beitrag sollen die Einflüsse, die Cora Baltussen in den USA erfahren hat, soweit möglich rekonstruiert werden. Grundlage dafür ist vor allem ein zehnteiliger Typoskriptdurchschlag in englischer Sprache mit einzelnen handschriftlichen Korrekturen von Ende September 1953, der in Verbindung mit einigen niederländischen Korrespondenzseiten mit dem Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg in Utrecht aus Oktober bis Dezember 1953 erhalten ist. Der Bericht entstand für das Studienprogramm der Vereinten Nationen, erfüllte also vornehmlich legitimatorische Funktionen: Der Aufenthalt in den USA sollte dem Organisator und Financier gegenüber als sinnvoll und das Programm als gelungen dargestellt werden. Es ist kein persönlicher Reflexionsbericht über Lernerfahrungen in einem vertraulichen Rahmen, so dass kritische Gedanken oder Persönliches genrebedingt überwiegend unbenannt bleiben.

Die Forschung steht dabei vor dem Problem der Vielsprachigkeit (vgl. Schittenhelm 2017): Cora Baltussen schrieb als niederländische Muttersprachlerin in dem für sie als Zweitsprache erlernten amerikanischen Englisch, hatte aber durch einen England-Aufenthalt in den 1930er Jahren (Driessen 2009) auch tiefere Kenntnisse des britischen Englischs. Der Autor interpretiert diese Texte ebenfalls als Zweitsprachler ohne besondere regionale Prägung im Englischen, allerdings vor dem Hintergrund der deutschen Muttersprachlichkeit und mit dem Abstand von fast 70 Jahren, die zweifelsohne Einfluss auf Vokabular und Sprachgebrauch haben. Diese nur skizzierten Problemstellungen können für diesen Aufsatz methodologisch nur oberflächlich dargestellt werden, sind im Weiteren aber berücksichtigt.

Die Rekonstruktion ist deshalb zunächst eine historisch-kritische Lebensverlaufsfor- schung, die Rückschlüsse über Lebensstationen und Einflüsse zulässt und in den darge- stellten Sprachproblematiken zweifelsfreier möglich ist, weil sie sich an nachprüf- baren Fakten orientiert. Sie ist zugleich auch ein Beitrag zur Biographieforschung, weil im Be- richt subjektive Sinnzuschreibungen und Strukturierungen erkennbar werden, die Rück- schlüsse auf Denken, Haltung und Entwicklung Cora Baltussens zulassen. Sichtbar wer- den so Einflüsse, die Baltussen prägten, und ihre Haltungen und Positionierungen zu The- orien und Praxen von Casework und Supervision sowie den Referenztheorien in den USA

Anfang der 1950er Jahre. Diese wiederum bildeten nach ihrer Rückkehr in die Niederlande die Grundlage für Baltussens Arbeit.

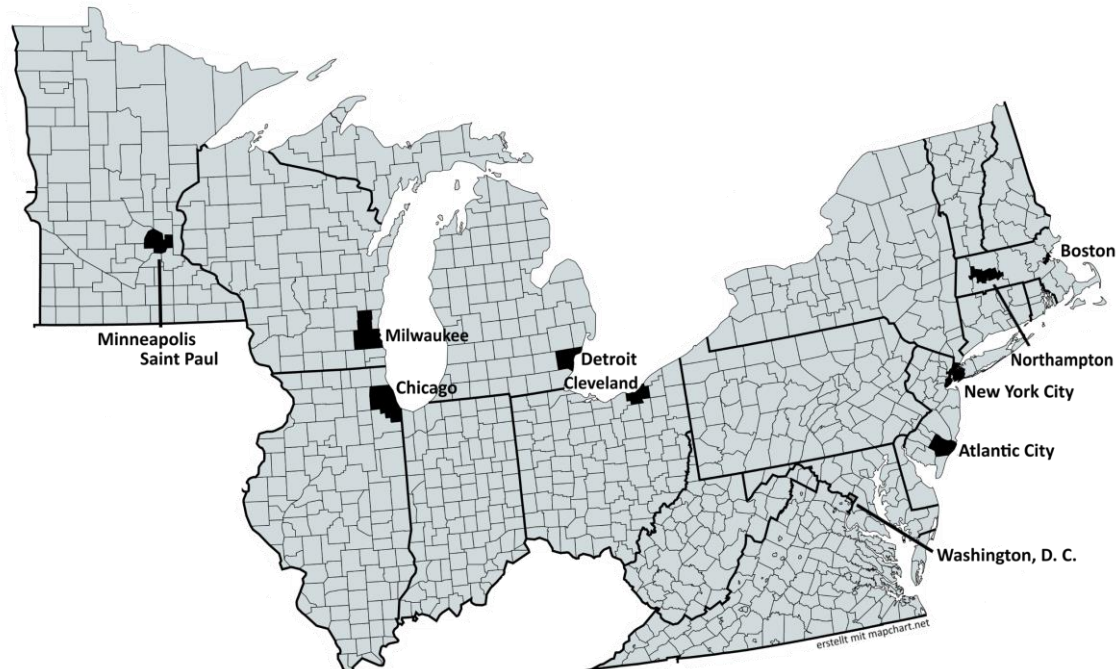


Abbildung 1: Arbeits- und Studienorte sowie Reiseziele von Cora Baltussen in den nordöstlichen USA 1948/50 und 1953/54.

Erster USA-Aufenthalt 1948 bis 1950 für das Rote Kreuz

Im April 1948 reiste Cora Baltussen als Sozialarbeiterin auf der niederländischen *M. S. Noordam* in der ersten Klasse von Rotterdam über New York nach Washington D.C. in die USA,⁴ wo sie vom Hauptquartier des Roten Kreuzes für das niederländische Rote Kreuz Warenlieferungen in das kriegsgeschädigte Europa und insbesondere die Niederlande organisierte. Kamphuis und Gleisner (1947) illustrierten die Situation der Sozialen Arbeit und damit die Lebensumstände im seinerzeitigen Nachkriegsholland eindrücklich.

Baltussen kam neben ihrer Arbeit für das Rote Kreuz mit neuen Konzepten und dem internationalen Diskurs zur Sozialen Arbeit in Kontakt: Denn, kaum angekommen nahm sie als Gast an der International Conference of Social Work teil (vgl. ICSW 1949, S. 107) - die Fortführung der 1929 von Alice Salomon in Paris ins Leben gerufenen Konferenz -

⁴ Einreise als Social Worker am 12.04.1948 in der ersten Klasse auf der *M.S. Noordam* der *Holland America Line* von Rotterdam mit Visum vom 04.02.1948, in: List of Manifest of Alien Passengers for the United States Immigrant Inspector at Port of Arrival #44 Nr. 2, New York Passenger Arrival, 12.04.1948.

die in Atlantic City und New York City stattfand. Daran nahmen als Delegierte auch die deutsche Emigrantin und Professorin für Social Work and Social Research am renommierten Bryn Mawr College in Philadelphia, Hertha Kraus (1897 - 1968), der ebenfalls mit ihrem Schiff angereiste Direktor der Amsterdamer Schule für Sozialarbeit Jan F. de Jongh (1910 - 1988) und die belgische Parlamentarierin und Frauenrechtlerin Maria Baers (1883 - 1959), die Baltussen vermutlich bereits aus ihrer Brüsseler Zeit kannte, teil. Dass Cora Baltussen an der „*Beschlussfassung zur Ausbildung und zum Austausch von Fachkräften*“ (a. a. O., S. 95; Übersetzung VJW) aktiv mitwirkte, ist unwahrscheinlich. Darin forderten die Delegierten aus 46 Staaten unter anderem eine an fachlichen Standards ausgerichtete, professionelle Ausbildung und den internationalen Fachkräfteaustausch in Kooperation mit den Vereinten Nationen und der International Association of Schools of Social Work (IASSW). Aber die Diskussionen darum wird sie wahrgenommen haben, waren ihr vielleicht sogar Inspiration, denn sie prägten ihren weiteren Lebensweg als Austauschteilnehmerin im eingeforderten Programm der Vereinten Nationen, als Ausbildungsleiterin und als Expertin der Vereinten Nationen.

Ihre weiteren Erlebnisse dieser Zeit lassen sich bisher nicht nachzeichnen. Nach rund zwei Jahren kehrte sie 1950 in die Niederlande zurück (vgl. Driessen 2009) und wurde vom niederländischen Roten Kreuz für ihren Einsatz mit dem Verdienstkreuz ausgezeichnet. Spätestens jetzt beherrschte sie das amerikanische Englisch fließend in Wort und Schrift und war vor allem mit der US-amerikanischen Kultur bereits intensiv vertraut, wenn sie auch weiterhin temporäre Migrantin mit erheblichen Barrieren für das tiefgehende Verstehen bleiben musste, wie von Grinberg und Grinberg herausgearbeitet (2016). Dennoch waren diese in zwei Jahren erworbenen Kenntnisse eine wichtige Grundlage für ihr kommendes Studienjahr, weil diese ihr trotz bestehender interkultureller Barrieren die Kontextualisierung und ein weit tiefgehendes Verständnis ermöglichten, als es einer Kurzzeitbesucherin wie beispielsweise Dora von Caemmerer (vgl. Walpuski erscheint 2021) möglich gewesen wäre.

Die Zwischenzeit in den Niederlanden

Nach ihrer Rückkehr in die Niederlande studierte Cora Baltussen Psychologie an der Katholieke Universiteit Nijmegen. Sie beendete das Studium bereits im Frühjahr 1951 mit

dem Abschluss als Kandidaats (Candidatus: seinerzeit niedrigster universitärer Abschluss der Niederlande) (vgl. Het Parool 17.02.1951; vgl. De Tijd 19.02.1951, S. 3; vgl. Driessen 2009).

Auch wenn Cora Baltussen am Seminar der Vereinten Nationen über *“The Teaching and Supervision of Social Casework in Europe“* im niederländischen Zeist (vgl. UN 1951; vgl. Rees 1951) im August 1953 nicht teilnahm, hat sie mit Sicherheit die Lernerfahrungen und Publikationen, die aus diesem Seminar folgten, zur Kenntnis genommen. Denn seit 1949 fanden im European Social Welfare Programme der Vereinten Nationen unter anderem internationale Seminare statt (vgl. Milhaud 1959; vgl. Walpuski 2020). Das Zeister Seminar verantwortete die stellvertretende Programmleiterin Marguerite V. Pohek (1903 - 1993), die als Schülerin des Ich-Psychologen Otto Rank aus Philadelphia mit Rosa Dworschak am Neuaufbau der Sozialen Schule Wien beteiligt war. Zu den Dozierenden gehörten neben den US-amerikanischen Expertinnen Florence Hollis (1952), Rosemary Reynolds (1952) und Cora Kasius (1951a) aus New York sowie der Österreicherin Erna Sailer auch die beiden frisch aus den USA zurückgekehrten Niederländer*in Jan F. de Jongh (1949; 1950) und Nell Ongerboer (1951). Das Seminar hatte als Innovationsinkubator und Kaderschmiede in jedem Fall Strahlkraft quer durch Europa (verdeutlicht in Hess et al. 1954) und wirkte in die niederländische Sozialarbeitsausbildung durch die Beteiligung Jan de Jonghs als Leiter der Amsterdamer Schule für Soziale Arbeit, Cora Kasius (1951b) als dortiger Gastprofessorin, Marie Kamphuis (1950) als Direktorin der Groninger Schule und ab 1951 auch als Gastreferentin in der Bundesrepublik, unter anderem vor den Leiterinnen der Sozialschulen in Nordrhein-Westfalen (vgl. Müller 2013, S. 189; vgl. Neuffer 1990, S. 115 - 118), sowie in die Praxis der Medisch Opvoedkundig Bureau (ähnlich US-amerikanischer Child Guidance Clinics). Dort war Nell Ongerboer (1903 - 1993) tätig und deshalb bereits in Vorkriegszeiten mit Social Casework der diagnostischen Schule vertraut. Sie war eine der ersten Niederländerinnen, die Casework unterrichtete, fokussierte sich aber als Sozialarbeiterin, die sie im Hauptberuf blieb, auf die diagnostische Schule (vgl. Jagt 2008, S. 135f.; vgl. van Kessel 2018).

Für Baltussen ist der Zeitraum bis zum Jahresende 1952, als sie sich wieder gen USA einschiffte, derzeit jedoch nicht rekonstruierbar.

Zweiter USA-Aufenthalt 1953 bis 1954: Studienprogramm der Vereinten Nationen

Denn vom 27.12.1952 bis 05.01.1953 reiste sie zusammen mit Maria James (1954) auf der M. S. Visitors Westerdam wieder erster Klasse von Rotterdam nach New York und feierte den Jahreswechsel auf hoher See.⁵ Die Reise in die USA vom 05.01.1953 bis 30.06.1954 unternahm sie als Stipendiatin des United Nations Social Welfare Scholarship Programme mit dem Ziel, in den USA Soziale Arbeit und insbesondere Casework zu studieren (vgl. Driessen 2009). Das Studienprogramm führte sie durch sieben Bundesstaaten über 2.000 km ins Landesinnere. In ihren Berichten erwähnt sie die gleichaltrige Maria James aus Rotterdam nicht, die im Gegenzug jedoch Baltussen nennt (vgl. James 1954, S. 5). James hatte bereits bei Kasius und Ongerboer erste Supervisionserfahrungen gesammelt und reiste in dem Wissen, dass sie nach dem Studienjahr Casework unterrichten solle (vgl. a. a. O., S. 2). In Teilen nahmen die beiden UN-Stipendiatinnen an den gleichen Programmbausteinen teil (u. a. New York, Cleveland und Smith College) und tauschten sich als Landsfrauen bei Begegnungen sicherlich auch über ihre Erfahrungen aus. Neben den bereits erwähnten, führen im Rahmen dieses und anderer Austauschprogramme zahlreiche weitere Niederländer*innen in die USA, darunter Baltussens spätere Mitarbeiterin Lidy Delen (vgl. van Kessel 2018) sowie Marie Kamphuis (1955) und zahlreiche Deutsche wie Eduard Hapke (1951), Erna Maraun (1952), Dora von Caemmerer (1951), Heinrich Schiller (1949 - 1951), Gerhard Melzer (1953 - 54), Annedore Schultze (1959) oder Irmengard Schönhuber (1967 - 1979) (vgl. u. a. Neuffer 1990; vgl. Füssl 2004; vgl. Müller 2013; vgl. Walpuski 2020), die nach ihrer Rückkehr gemeinsam mit Emigrierten alle Einfluss auf die Entwicklung von Casework, Groupwork oder Community Organizing und die Entwicklung der Supervision in Europa nahmen.

Einführungsprogramm und erste Studien in New York

Der Bericht lässt erkennen, dass es ein organisiertes Programm gab, das zum Teil sehr stark individualisiert war. In den USA waren für Cora Baltussen als Einführungsprogramm zunächst Besuche und Hospitationen bei zahlreichen Trägern in vielen Feldern

⁵ Einreise am 05.01.1953 auf der Visitors Westerdam von Rotterdam, in: Manifest of In-Bound Passengers (Aliens) #5 Nr. 1, New York Passenger Arrival, 05.01.1953.

der Sozialen Arbeit in New York City organisiert. Nach drei Wochen begann sie am 26.01.1953, an der katholisch-jesuitischen Privatuniversität Fordham School of Social Work in der New Yorker Bronx zu studieren. Zum Studium der Sozialen Arbeit gehörte in den USA unweigerlich ein field placement, also die Mitarbeit in der Praxis, die Cora Baltussen in der nahe gelegenen katholischen Child Guidance Clinic (Erziehungsberatungsstelle) in der Bronx leistete. Ob die Wahl der Universität im Kontext ihrer Entsendung und Beschäftigung in ihrer Heimat stand oder zufällig durch das Programm vorgegeben war, lässt sich aus dem Text nicht ermitteln. Die Katholische Universität war für Baltussen jedenfalls ein vertrautes Umfeld, war sie doch in einer katholischen Familie und auf Ordensschulen sozialisiert und hatte sie doch in Nijmegen ebenfalls an einer katholischen Universität studiert.

Da der hier ausgewertete Summer Report lediglich den Zeitraum von Ende Mai bis Ende September 1953 umfasst, entstand über die Zeit an der Fordham School vermutlich ein früherer Bericht, der jedoch bisher nicht aufgefunden wurde. Die Fordham School vertrat zu dieser Zeit einen freudianisch geprägten Caseworkansatz, der führend von der New York School of Social Work an der Columbia University durch Lucille N. Austin, Florence Hollis – Referentin in Zeist – oder Gordon Hamilton geprägt wurde (vgl. Walpuski 2020). Hamilton verlor dabei die Verantwortung des Einzelnen gegenüber der Gesellschaft nicht aus dem Blick und verdeutlichte schon früh das sich entwickelnde humanistische Menschenbild in der Sozialen Arbeit (vgl. Hamilton 1950).

Studienreisen durch den Nordosten

Baltussens Bericht beginnt mit field observations in New York City, wo sie vermutlich bereits die letzten fünf Monate wie dargestellt verbracht hatte. Sofern keine andere Quelle angegeben ist, entstammen Zitate und Angaben im Folgenden sämtlich Baltussen (1953).

Feldbeobachtungen in New York City (22.05.1953 - 29.05.1953)

Der erste Besuchstag führte Baltussen zum kommunalen Youth Board und brachte sie in Kontakt mit dem Ansatz des aggressive casework, einer aktiven, aufsuchenden Form der

Sozialarbeit, um Kinder und Jugendliche mit auffälligem Sozialverhalten frühzeitig Hilfen zuteilwerden zu lassen:

“The service is called »protective« because it is designed to protect family life. It is »preventive« because it deals with early symptoms of neglect or delinquency, this means, before court action or placement becomes necessary”.

Vergleichend stellte sie fest: *“The need, the conflicts and the area corresponds, anyhow, with situations in our country.”* Darüber hinaus besuchte sie die Hauptstelle der Katholischen Wohlfahrt, zwei Außenstellen des Jugendamts sowie das Findlingskinderkrankenhaus.

Anschließend reiste sie ab 02.06.1953 bis Ende September 1953 durch den östlichen Norden der USA und besuchte zahlreiche unterschiedliche Einrichtungen der Sozialen Arbeit in Boston, Cleveland, Detroit, Milwaukee, Saint Paul und Minneapolis. Zudem nahm sie an der National Conference of Social Work und an einem Workshop in klientenzentrierter Therapie bei Carl Rogers (1902 - 1987) teil, der sie sichtlich beeindruckte und dessen Konzept sie deutlich anschlussfähiger an ihr christliches Menschenbild fand als die freudianischen Caseworkkonzepte, die sie in New York erlernt hatte.

Feldbeobachtungen in Cleveland, Ohio (30.05.1953 - 12.06.1953)

In ihrer ersten Woche in Cleveland nahm Baltussen gemeinsam mit James (1954, S. 7) an der National Conference of Social Work teil, hörte dort Vorträge, nahm an Besprechungen teil und führte Gespräche an Informationsständen von Trägern der Sozialen Arbeit: *“It was an easy and pleasant way to get more acquainted with the different organizations and agencies in the field of social work”*. Während Baltussen sehr knapp blieb, berichtete James (1954, S. 22f.) ausführlicher von der Konferenz. Sie fand den neuen Aspekt im Fachdiskurs, dass sich amerikanische Caseworkkonzepte nicht einfach auf andere Länder und Gesellschaften übertragen ließen, bemerkenswert. Ebenso wurde diskutiert, was Baltussen später aus Gesprächen in Milwaukee in ihren Bericht aufnehmen würde: Dass Casework sich nicht nur auf die Klient*innen warten dürfe, die Casework für sich nutzen könnten, sondern auch aufsuchend sein müsse - James erinnert sich hier an das Aggressive Casework, das beide in New York kennengelernt hatten.

In der Folgewoche besuchte Baltussen gemeinsam mit James (1954, S. 8) wieder Einrichtungen der Sozialen Arbeit und begegnete in der Family Service Association starkem Effizienzdenken: *“The opinion of the staff is that casework must be done (more) effectively and (more) efficiently”*, so dass nur die allernotwendigste Zeit für Supervision und Beratung aufgewandt wird. In der Kinderpsychiatrie des Universitätskrankenhauses erlebte sie die Schnittstelle zwischen Therapie und Sozialarbeit, und beim Kurzbesuch in der Jewish Family Service Association fielen ihr die dortigen hohen Arbeitsstandards auf.

Feldbeobachtungen in Detroit, Michigan (14.06.1953 - 22.06.1953)

In Detroit erwartete sie ein sehr lehrreiches, abwechslungsreiches und volles Programm - *“outstanding“* - mit zum Teil mehreren Terminen pro Tag. Mit Miss McCrae vom United Community Service diskutierte sie den Zusammenhang amerikanischer Gesellschaftsideale und von Caseworkprinzipien:

“The individual must be strong, help himself, survive on his own. We discussed then the very possible influence of this upon the American social work and upon some casework principles and techniques.”

In der McGregor Rehabilitationsklinik diskutierte sie psychosomatische Einflüsse auf den Genesungsprozess von Patient*innen. Mit Mrs. Cranefield von der University of Michigan School of Social Work reflektierte sie Ausbildungszusammenhänge:

“Effectiveness of the training in social work is ‘Overevaluated when caseworkers get the supervisory jobs too quickly. Underevaluated when untrained supervisors are not willing or not able to use the beginning skills, psychiatric knowledge and casework techniques of the trained students ‘”.

Deutlich wird dabei auch, dass in den USA viele Sozialarbeitende nicht ausgebildet sind, wie in Europa, sondern durch Supervisor*innen »on the job« trainiert werden. In der Freiwilligenagentur des United Community Service stellt sie fest, dass dort im Besuchsdienst zahlreiche Ehrenamtliche tätig sind und ihre Arbeit mit professionellen Sozialarbeiter*innen als Supervisor*innen beratend besprechen. Im Katholischen Familienzentrum wurden unterschiedliche Einflussfaktoren und auch Interkulturalität thematisiert. In der Consumer’s League hört sie einen Vortrag über die Sozialreformerin Florence Kelley (1859

- 1932) und ihre Sichtweisen auf Arbeitsbedingungen in der Industrie sowie die Forderung nach Humanisierung dieser Arbeitsbedingungen, möglicherweise im Kontext der frisch erschienenen Kelley-Biographie von Goldmark (1953). Im Bericht stellt sie jedoch keinen Bezug zu ihren eigenen Erfahrungen als Werksfürsorgerin in De Wit's Dekendindustrie (Textilfabrik) in Helmond (vgl. De Zuidwillemsvaart 60, 22.10.1940 (248), 3) her, die ihr beim Zuhören aber sicher kamen. Sie traf Helen Day, die gerade von einem viermonatigen Lehraufenthalt in Berlin zurückgekehrt war (vgl. Walpuski 2020, S. 69f.; vgl. Walpuski erscheint 2021), und tauschte sich mit ihr über ihre Erfahrungen aus. Drei Erkenntnisse hielt sie im Bericht fest: 1. Den europäischen Schulen fehlt häufig das für Casework notwendige psychologische und psychoanalytische Wissen. 2. Amerikanische Gastdozent*innen haben einen US-zentristischen Blick auf Persönlichkeit, der oft verhindert, dass die Beziehung zwischen Lehrer*in und Student*in intensiv genug werden kann, um kritisch an der persönlichen Haltung arbeiten zu können. 3. Die Aufgabe der Lehrerin ist, den Fall mit den Schülern nicht nur auf der Sachebene zu diskutieren, sondern insbesondere die Schüler*innen dahin zu führen, ihre eigenen Erfahrungen und Gefühle in die Arbeit einzubringen. Später erkundete sie mit Miss Day noch das Umland von Detroit bei einem Ausflug, was für ein gegenseitiges persönliches Interesse aneinander spricht. Sie machte eine Stadtführung, besuchte die Katholische Frauenliga und eine Gartenparty und besichtigte ein Kaufhaus *“behind the screens“* sowie die Ford-Autofabrik. In der Gewerkschaftszentrale bekam sie *“a very new picture about some American democratic ideas, about the American Labor Movement and particular of the United Automobile Workers“*. Im Wayne County Bureau of Social Welfare diskutierte sie Personalentwicklungsprozesse und die Ziele von Supervision für junge Sozialarbeiter*innen. Sie bedankte sich bei der örtlichen Organisatorin Florence Cassidy vom kommunalen United Community Service:

“My schedule was so impressive to me, that I feel I give her the credit she really earns when I copy it in this report. [...] I had a most interesting and fruitful time, thanks to Miss Cassidy. She was not tired but I certainly was“.

Workshop bei Carl Rogers in Chicago, Illinois (23.06.1953 - 04.07.1953)

An der Universität Chicago besuchte sie anschließend einen Workshop in Klientenzentrierter Psychotherapie. Auch wenn die meisten Annahmen und Verfahrensweisen aus anderen Schulen abgeleitet sind, beeindruckte Rogers sie sehr, und doch blieb sie kritisch:

“The personality of Dr. Rogers, the leader of this workshop, and the leader and originator of this psychotherapeutic approach and system appears to me to be the most significant tutor in its success. Too much depends probably on the personality of the counselor, in this system. To a considerable extent his philosophical orientation and his theories about personality are easier to integrate, more acceptable and closer to the christian thinking than many of Freud’s ideas“.

Baltussen gibt die von Rogers im Seminar geäußerten Theorien im Bericht nicht explizit wieder, aber wir wissen aus seinen von der humanistischen Psychologie geprägten Arbeiten, dass er sich im Laufe der Entwicklung seines Konzepts der Klientenzentrierung auf Empathie, Akzeptanz und Kongruenz fokussiert hat (vgl. Althoff 2020, S. 77 - 79). Er stellte nicht Techniken und Methoden in den Mittelpunkt, sondern die Einstellung, das menschliche Gegenüber wertzuschätzen, zu respektieren und „*Vertrauen in die mögliche Kraft des Klienten zur konstruktiven Veränderung und Entwicklung in Richtung auf ein volleres und befriedigenderes Leben*“ (Rogers 2005, S. 47) zu setzen. Diese Ansätze fand die überzeugte Katholikin Baltussen als an den christlichen Glauben anschlussfähig. Und das war ihr sehr wichtig, denn es bot Chancen, der kirchlichen Kritik an Sigmund Freuds Ansätzen der Psychoanalyse (vgl. bspw. Gemelli in Jachym 1953, S. 8), die das Casework der New Yorker Schule stark prägten, Alternativen entgegensetzen und so in kirchlichen Kontexten Casework etablieren zu können. Baltussen nahm Rogers Lehre in ihr eigenes Denken auf, ohne dies zu explizieren, wie Austermann (2019, insb. S. 12f.) exemplarisch zeigte.

Feldbeobachtungen in Milwaukee, Wisconsin (06.07.1953 - 12.07.1953)

Die Woche in Milwaukee wurde vom Sozialministerium Wisconsin organisiert. Baltussen setzte sich mit dem bundesstaatlichen Wohlfahrtsprogramm auseinander und der Frage, wie Casework darin integriert ist. Im Katholischen Wohlfahrtsbüro dachte sie mit Miss Murphy über die Präventionsaufgaben von Sozialer Arbeit nach, die nach Auffassung ihrer Gesprächspartnerin von kurativen Aufgaben überschattet werden. In der Vinzenzgemeinschaft, einer weltweiten katholischen Laienorganisation, wurde sie mit der ihrer Meinung nach, schwer aufzulösenden Problematik von Ehren- und Hauptamtlichen in einer Organisation konfrontiert. Im Psychiatrischen Dienst lernte sie ein Modell kennen, in dem 23 Sozialdienste, die sechs in Teilzeit beschäftigten Psychiater*innen als

Konsultant*innen nutzen, einer weiteren Form professioneller Beratung, die sich von Supervision abhob. Deutlich wird ihr dabei das sehr strukturierte und intensive Vorgehen von Fallbesprechungen im Casework: Die Sozialarbeitenden mussten eine Woche vor der Beratung bereits eine Zusammenfassung des Falls einreichen und nach der Beratung eine weitere Zusammenfassung schreiben, die der Psychiater gegenzeichnete. Dies wird vor dem Hintergrund der damaligen Ausbildungssituation in den USA zu deuten sein, und Baltussen sah die therapeutischen Ambitionen vieler Sozialdienste sehr kritisch. Ihr Besuch in der Family Service Society stand unter einem methoden- und gesellschaftskritischen Blick:

“It is an unpleasant question to ask, Mr. Brown said, what social services and family agencies are doing for the lower economic deprived groups. Can the poor use the communication we want them to use? Are the[y] accesible [sic!] for our typy [sic!] of case-work treatment? We should, Mr. Brown thinks, be more realistic about the large gap between the service we give and the existing need“ (vgl. dazu Althoff 2020, S. 67f.).

Weitere Besuche bei der Children’s Service Society und im Bezirkskrankenhaus, in der Erziehungsberatungsstelle sowie der University of Wisconsin School of Social Work, im Seniorendienst und der Tuberkulose-Vereinigung schlossen die Besuchswoche ab.

Feldbeobachtungen in der Metropolregion Twin Cities, Minnesota: Saint Paul (13.07.1953 und 17. - 21.07.1953) und Minneapolis (14.07.1953 - 16.07.1953)

Baltussen reiste weiter westwärts in die Metropolregion Twin Cities und lernte das Wohlfahrtskonzept von Minnesota kennen. Nach ihrer Auffassung war man in diesem Bundesstaat besonders an sozialen Fragen interessiert, weil ein hoher Bevölkerungsanteil skandinavischstämmig ist. Gleichzeitig leben in dem Bundesstaat auch viele Indigene, die deshalb besondere Aufmerksamkeit erfuhren. Baltussen hatte drei Tage die Möglichkeit, die vielfältige Arbeit des Hennepin County Welfare Boards kennenzulernen und beschäftigte sich mit dem Verhältnis öffentlicher und privater Sozialagenturen zueinander. In der Katholischen Wohlfahrtsstelle las und diskutierte sie Fallberichte, erhielt Einblicke in die dortige Arbeit mit katholischen Familien, vernachlässigten Kindern und dem Mädchenschutz. In der Community Chest diskutierte sie Forschungsprojekte (*“social research“*), mit denen die Bedarfe für die Soziale Arbeit ermittelt werden sollten.

Im Bericht ist die Folgewoche ausgelassen, so dass nicht klar ist, wie Baltussen diese Tage verbrachte. Vielleicht hat sie die 2.100 km lange Reise ostwärts für einige Tage Entspannung genutzt.

Smith College, Northampton, Massachusetts (29.07.1953 - 02.09.1953)

Im August nahm Baltussen gemeinsam mit Maria James (1954, 7.10) am renommierten Smith College an den Lehrveranstaltungen des dritten Ausbildungsjahres teil: *“Advanced Studies in Casework“* (Smith 1953, S. 42; James 1954).

Im Vorlesungsverzeichnis wurde der Kurs beschrieben *“for experienced caseworkers who feel the need for a concentrated period of study free from the pressures of the daily job in which to read and think, to add to their theoretical knowledge, and to improve their skills“* (Smith 1953 zitiert nach James 1954, S. 13).

Hier, am größten Frauencollege der USA, hatte bis 1938 Bertha C. Reynolds (1887 - 1978) gelehrt und das dritte Ausbildungsjahr mit der Supervisionsausbildung verantwortet, doch ihre Lehre wurde über die Jahre zu marxistisch und passte nicht länger zum Smith College, erreichte aber bspw. Kamphuis (1948) in Groningen. Von Reynolds Einflüssen berichtet Baltussen nicht, vielmehr ist ihrer Erfahrung nach das Smith College zu ihrer Zeit stolz auf den eher orthodoxen freudianischen Casework-Ansatz, der dort 15 Jahre nach Reynolds gelehrt wird (vgl. James 1954, S. 11; vgl. Kamphuis 1947). Zahlreiche der Stationen, die sie zuvor besucht hatte, kooperierten mit dem Smith College in der Praxisausbildung (vgl. Garrett 1954). Und auch wenn sie dies nicht ausweist, wird sie dort mit der Lehre der stellvertretenden Direktorin Annette Garrett (1898 - 1957) in Berührung gekommen sein, die zu dieser Zeit Ihr Konzept *“Learning through Supervision“* (1954b) verschriftlichte, das allerdings die ersten beiden Studienjahre umfasste. Deutlich wird darin der individualisierende Ansatz (S. 9ff.), die Verflechtung von Praxiserfahrungen (*“field placement“*, s.o.) mit Lehre (S. 19ff.) sowie den jeweiligen Supervisorinnen (S. 21ff.) und auch das Gewicht der (psychoanalytischen) Reflexion der eigenen Person und der Lernfortschritte (S. 45 - 49; S. 99 - 104). Ersichtlich wird damit auch auf konzeptioneller Ebene, dass zu diesem Zeitpunkt Supervision eine fest mit dem Curriculum verzahnte Ausbildungsmethode an der Hochschule wie in der Praxis war, ohne

die sich Casework offenbar nicht erlernen ließ. Mindestens zwei weitere Texte von Garrett erschienen in deutscher Übersetzung (1954a [1943]; 1970), so dass sie die Supervisionentwicklung im deutschsprachigen Raum zweifelsohne noch für Jahrzehnte beeinflusste. Vielleicht war auch Garretts Radtour 1926 durch Europa (vgl. Baldwin 1958, S. 9) ein verbindendes Gesprächsthema zur Niederländerin Baltussen?! Persönliches hat in Baltussens Bericht - ganz im Gegensatz zu James' - keinen Raum erhalten, und die Erfahrungen dieser Zeit am Smith College wollte Baltussen erst im Abschlussbericht ausführlich bearbeiten. James hat ihre zehn Wochen dort als angespannt erlebt, weil viel Lernstoff mit hohem Anspruch in einem Blockmodell zu bewältigen war. Zwar zog sich Casework als verbindendes Element durch alle Kurse, aber der Transfer in die Praxis schien ihr stellenweise schwierig, insbesondere im kriegsgeschädigten Europa mit großen sozialen Massennotlagen (vgl. James 1954, S. 10ff.). James berichtet zudem von einem Seminar "*Educational Methods in Teaching Casework*", das Gordon Hamilton „*par excellence*“ (James 1954, S. 12) lehrte, und in dem ihr deutlich wurde, dass die professionelle Beziehung ein Instrument zur Hilfe und nicht als Wert an sich sinnvoll ist.

Feldbeobachtungen in Boston, Massachusetts (03.09.1953 - 11.09.1953)

Nicht fern von Northampton besuchten Baltussen und James (1954, S. 8) anschließend in der Großstadt Boston zuerst Krankenhäuser, um die Integration von Casework und Sozialer Arbeit in die Krankenversorgung kennenzulernen, insbesondere die Psychiatrie. So gewann sie auch Einblicke in Psychiatric Casework, das sich von Social Casework vor allem durch die Zielgruppe der psychisch Kranken unterschied und eine Spezialisierung darstellt.

Anschließend verbrachte Baltussen drei Tage in New York, möglicherweise im Kontext des Programms, weil keine weiteren Erläuterungen dazu gegeben wurden. Von dort reiste sie weiter nach Chicago.

Fortsetzung des Studiums bis Juni 1954

In Chicago begann unmittelbar am 21.09.1953 an der University of Chicago School of Social Service Administration das Studium bei Charlotte Towle (1896 - 1966) zu Casework und Supervision, über deren Lehre sie voll des Lobes war, und die sie ebenso sehr

geprägt und beeindruckt hat wie der Studienaufenthalt insgesamt. Sie blieb dort rund neun Monate bis zum 12.06.1954 und lernte viel von Charlotte Towle, die zeitgleich ihr Lehrbuch schrieb, das später in zahlreichen Auflagen erschien (vgl. Towle 1954; vgl. Caemmerer 1970) und ebenso einflussreich war wie ihr Buch *“Common Human Needs“* (1945; deutsche Übersetzung: Schulze 1956 u. ö.). Towle unterschied sich in ihrer Lehre, die sie explizit nicht als Gründung einer weiteren Schule sondern der diagnostischen Schule zugehörig verstanden wissen wollte (vgl. Yelloly 1980, S. 65), von anderen, indem sie John Deweys (1859 - 1952) reformpädagogische Ideen aufnahm (Neuffer 1990, S. 200f.) und sich auch von der soziologischen Chicagoer Schule beeinflussen ließ. Welchen Widerhall dieses Lehrkonzept bei Baltussen fand und wie sie es in ihre Lehre in den Niederlanden und Europa integrierte, bedarf vertiefter Forschung. Bereits 1951 hatte ein Kreis um Kasius (1951a) den Unterschied zwischen den beiden älteren Casework-Schulen - der freudianisch-diagnostischen und der funktionalen Schule nach Rank - detailliert differenziert, und auch die Niederländerin Kamphuis war sich der Unterschiede gewahr (vgl. Kamphuis 1947; 1950). Newstetter (1951) begriff Kasius Bericht als Offenlegung eines unversöhnlichen Schismas. Dieser Diskurs erreichte zumindest Deutschland damals jedoch kaum oder lässt sich nicht nachweisen.

Baltussen wird auch Susanne Schulze Hirschberg (1897 - 1972), ehemalige Dozentin der Wohlfahrtsschule der AWO in Berlin und spätere Professorin an der School of Social Service Administration der University of Chicago, begegnet sein. Schulze übersetzt das Buch ihrer Kollegin Towle (1945) 1956 ins Deutsche, nachdem sie Ende 1953 von einem Aufenthalt als Gastdozentin an der Wohlfahrtsschule Nürnberg bei Dora von Caemmerer zurück nach Chicago gekommen war (vgl. Walpuski erscheint 2021). Bei ihrer Lehre in Nürnberg hatte sie Towles *„wesentlichen Beitrag zur amerikanischen Sozialarbeit“* (Schulze in Towle 1956: unpaginiert [V]) vermisst. Bereits in ihrer Kölner Dissertation hatte sie früh biografisch forschend gearbeitet, so dass ihre Arbeit an die soziologische Chicago School anschlussfähig war, wenn auch einen anderen Duktus hatte (vgl. Hirschberg 1928; vgl. Alheit & Dausien 2009, S. 295).

Fazit

Dies ist lediglich die Auswertung des Summer Reports von Cora Baltussen, der eher tagebuchartig die Erlebnisse im Berichtsstil auflistet, kaum reflektiert und wertet und nicht

abschließend für das Studium und die Erfahrungen in den USA ist. Der Bericht lässt Vieles ungesagt und nimmt fast ausschließlich Bezug auf die vom Studienprogramm organisierten Begegnungen. Viel entscheidender mögen Seitengespräche, gemeinsame Fahrten oder Begegnungen in der Freizeit gewesen sein, über die Baltussen nicht berichtet. Dennoch wird sehr gut sichtbar, wie intensiv sich Cora Baltussen mit Theorie und Praxis des Casework und der Supervision an vielen Orten und Arbeitsfeldern auseinandersetzte, während Groupwork oder Community Organizing in ihrem Bericht nicht erwähnt werden. Vermutlich war ihr in dieser Zeit bereits ihr späterer Auftrag, das Studiecentrum Maatschappelijk Werk aufzubauen, bekannt, so dass sie sehr zielgerichtet dafür studierte, Lernkonzepte verglich und die Praxis erforschte.

Baltussen studierte selbst an drei renommierten Schools of Social Work (Fordham, Smith, Chicago) und kam darüber hinaus in Kontakt mit den Lehrkonzepten weiterer Hochschulen in Wisconsin und Michigan. Zu den Zeitpunkten, als sie vor Ort studierte, wurde zwei einflussreiche Konzeptionen für die Ausbildung in Sozialer Arbeit und Supervision von ihren Lehrerinnen Garrett (1954) und Towle (1954) geschrieben, die zudem verdeutlichen, dass Supervision in dieser Zeit zuvorderst als Ausbildungsprogramm verstanden wurde. Während Towle nachweislich Spuren bei ihr hinterließ, lässt sich das für Garrett nicht zeigen, aber auch nicht ausschließen: Sie kritisierte die Ansätze nicht. Baltussen gewann so sehr differenzierte Einblicke in die Sozialarbeitsausbildung in den USA und konnte - und das unterscheidet sie von vielen Studienreisenden ihrer Zeit - Unterschiede zwischen den Schulen gut benennen. Denn viele Europäer*innen kamen in die USA und studierten an einer einzigen Casework-Schule. Sie transportierten dieses eine erlernte Caseworkmodell dann ebenso wie einzelne Gastdozierende nach Europa, wo die Unterschiede kaum reflektiert werden konnten. Dabei gab es drei sich unterscheidende Casework-Schulen: Freudianisch-diagnostische Ansätze, funktionale Konzepte und reformpädagogisch-sozialwissenschaftlich beeinflusste (vgl. Walpuski 2020, S. 63ff.). Baltussen explizierte dies in ihrem Bericht zumindest für das Smith College, das sie dem freudianischen Ansatz zurechnete. Gleichzeitig wird hier noch nicht der Einfluss von Charlotte Towle und damit der reformpädagogische Ansatz sichtbar. Die (noch frühe) Lehre Carl Rogers beeindruckte Baltussen sichtlich, und der besuchte Workshop steht als exemplarischer Beleg für den Paradigmenwechsel in der Sozialarbeit, den Althoff (2020, S. 68f.)

benennt: Soziale Arbeit verändert sich von bürokratischem, eugenischem, normalisierendem und paternalistischem Handeln zu einer Profession mit der ethischen Grundlage einer helfenden Beziehung, die sich um Autonomie und Würde des Individuums bemüht.

Es ist anzunehmen, dass Baltussen diese humanistischen, kritischen und sozialwissenschaftlichen Aspekte in ihre Lehre integriert hat. Austermann (2019) hat aus einem von Baltussen 1962 in Aachen gehaltenen Referat herausgearbeitet, dass Demokratie, Emanzipation, Humanität und Reflexivität zentral in ihrem Denken verankert waren und sich in ihrem (späteren) Wirken erkennen ließen. Diese zentralen Werte finden sich auch in dem hier untersuchten Zwischenbericht, denn dieser basiert in Gänze durch die hohe Zahl von Gesprächspartner*innen auf permanenten Perspektivwechseln und Rollenklärungen, ihren Reflexionen und Positionierungen dazu. Im Bericht werden diese Reflexionen allerdings nur vereinzelt emotional, sondern bleiben fast durchweg kognitiv. So erwähnt sie beispielsweise das *“very new picture about some American democratic ideas“*, dass sie im Kontext der Automobilgewerkschaft in Detroit gewinnt und das ihr Demokratieverständnis erweitert und verändert. In Milwaukee wird sie mit der Frage konfrontiert, wie Casework überhaupt die *“lower economic deprived groups [...] the poor“* erreichen kann oder ob die Methode nicht viel zu viel voraussetzt und fordert, was die Zielgruppe nicht leisten kann. Aus dem Vortrag über Florence Kelley benennt Baltussen explizit die Notwendigkeit, die industriellen Arbeitsbedingungen zu humanisieren. Den vier von Austermann bereits benannten Werten ist noch der Katholizismus oder, allgemeiner, das Christliche hinzuzufügen. Dies wird in ihren Überlegungen zu Rogers Workshop in Chicago erkennbar, wo sie über die Anschlussfähigkeit dessen Konzepts an christliches Denken nachsinnt. So stellt sie in ihrem Bericht durch das Benennen und Reflektieren von Erfahrungen Bezüge her und gibt diesen einen subjektiven Sinn. Auch wenn dies meist nur in Halbsätzen oder Andeutungen geschieht, die ebenso dem knappen Berichtsstil geschuldet sein werden wie einer Schreibunlust, lässt sich so auf Baltussens Wertekonzept in der Wechselwirkung mit der US-amerikanischen Sozialen Arbeit und Gesellschaft rückschließen. Dies im Detail weiter herauszuarbeiten bleibt die Aufgabe für zukünftige Forschung.

In der Zeit dieses USA-Aufenthaltes lernte sie auch Menschen kennen, mit denen sie später in Europa kooperierte, die sie aber im Bericht nicht erwähnt. Zuvorderst ist hier

Louis Lowy (1920 - 1991; vgl. Stenzel 2019) zu nennen, den sie wahrscheinlich als Doktoranden kennenlernte und später in katholische Ausbildungskontexte in der Bundesrepublik Deutschland und der Schweiz einführte. Auch der zionistischen Wiener Emigrantin Ilse Freund Scherzer aus Tel Aviv, die zeitgleich mit Baltussen in Chicago als Stipendiatin studierte und dort einen Master of Social Work erwarb (vgl. Hecht & Stiassny 2002), begegnete sie vermutlich, so dass diese 1965 als Referentin an die Akademie für Jugendfragen kam (vgl. Kögl 1966). Und auch der berichtete Kontakt mit Helen Day in Detroit, der offensichtlich über einen rein formalen Studienbesuch hinaus ging, ist herauszustellen. Mit Day sprach sie unter anderem über deren jüngste Erfahrungen als ausländische Expertin in der Sozialarbeitsweiterbildung an der Deutschen Hochschule für Politik (DHfP) in Berlin (vgl. Walpuski 2021) und wurde so mit der Ausbildungssituation in Deutschland vertrauter, in der sie selbst wenige Jahre später mitzuwirken begann. Aus heutiger Sicht bemerkenswert ist, dass sie sich dabei zumindest im offiziellen Teil in einer überwiegend weiblich geprägten Welt bewegte, sehr häufig auch als solchen ausgewiesenen unverheirateten Frauen („Miss“) begegnete: Es sind fast nur Dozentinnen, von denen sie lernte, und Gesprächspartnerinnen, die sie bei ihren Studienbesuchen benennt. Männer trifft sie in der Sozialen Arbeit als Ausnahmeerscheinung und dann tendenziell in Führungspositionen oder als Psychologen, also Akademiker. In ihrem Summer Report erwähnt sie nur acht Männer, darunter Carl Rogers, hingegen acht verheiratete und 16 unverheiratete Frauen, also ein Verhältnis von eins zu drei. Auch sie selbst ist nicht verheiratet. Möglicherweise kann das Konzept der »Geistigen Mütterlichkeit« (vgl. Lehnert 2003; vgl. Althoff 2020, S. 47f.), das bisher vor allem für Deutschland beschrieben ist, (mit Einschränkungen) auch auf die USA oder die Niederlande übertragen werden, da es im Zuge der Frauenbewegung und der Professionalisierung der Sozialen Arbeit seit Jahrzehnten intensive innereuropäische und transatlantische Austausch gab (vgl. Walpuski 2020). Baltussen gehörte zur zweiten Generation von Frauen, die die noch jungen Sozialen Frauenschulen besuchten und sich darüber für die Soziale Arbeit professionalisierten. Diese Professionalisierung wollten sie durch die Vertiefung wissenschaftlicher Methoden vorantreiben. Casework und Supervision, die zwar schon vorher in Europa bekannt aber bei weitem nicht flächendeckend etabliert waren (vgl. ebd.; vgl. ders. erscheint 2021), boten dazu Möglichkeiten und bewirkten zugleich eine starke Individualisierung und

Subjektivierung von Problemlagen. Es kam zu einem Paradigmenwechsel in der europäischen Sozialen Arbeit, der sich beispielhaft im Bundessozialhilfegesetz von 1961 manifestierte. Parallel lässt sich nachzeichnen, dass Soziale Arbeit in gouvernementale Machtstrukturen eingebunden wurde, indem sie die Selbstverantwortung der Klient*innen anrief und entwickelte: »Hilfe zur Selbsthilfe!« statt Armenfürsorge (vgl. Lehnert 2003; vgl. Althoff 2020, S. 54ff.).

Zurück zum Summer Report: Aus dem damit erhaltenen Schriftwechsel geht hervor, dass Baltussen sehr daran interessiert war, länger in den USA bleiben zu können. Sie versuchte, mit dem Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg eine Verlängerung durch die Vereinten Nationen zu verhandeln, zu der es schließlich auch kam. Ob sie gern noch einen Master-Abschluss in Chicago erworben hätte ist nicht ersichtlich, zwischen den Zeilen ist aber erkennbar, dass schon im Herbst 1953 Pläne bestanden, eine katholische Ausbildungsstätte in Nijmegen unter ihrer Leitung aufzubauen. Dieses Studiezentrum Maatschappelijk Werk nahm unmittelbar nach ihrer Rückkehr im Sommer 1954 seine Arbeit auf, und der erste Casework-Kurs begann bereits im Oktober 1954 (vgl. van Kessel 2018). Die Ausbildung in Nijmegen strahlte kurze Zeit später auf Deutschland aus: Renate Strömbach lernte zunächst Niederländisch und dann dort Supervision (vgl. Strömbach 2011), und zahlreiche Supervisor*innen aus Nijmegen arbeiteten in den Folgejahren im Kontext deutscher Casework- und Supervisionskurse mit. Cora Baltussens Studienaufenthalt in den USA beeinflusste also bereits nachhaltig die frühe Entwicklung der Supervision in der Bundesrepublik, noch bevor Baltussen selbst ab 1964 an der Akademie für Jugendfragen zu wirken begann.

Literatur

- Alheit, Peter & Dausien, Bettina (2009): »Biographie« in den Sozialwissenschaften. Anmerkungen zu historischen und aktuellen Problemen einer Forschungsperspektive. In: Bernhard Fetz und Hannes Schweiger (Hrsg.): Die Biographie. Zur Grundlegung ihrer Theorie. Berlin, New York: de Gruyter, S. 285 - 316.
- Althoff, Monika (2020): Fallsupervision. Diskursgeschichte und Positionsbestimmung. Gießen: Psychosozial.
- Austermann, Frank (2019): Zu den demokratischen, emanzipatorischen und internationalen Wurzeln der Profession Supervision am Beispiel von Cora Baltussens Beratungsverständnis. In: FoRuM Supervision. Zeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision 27 (52), S. 6 - 16.
- Baldwin, Elizabeth H. (1958): In memoriam: Annette Garrett; 1898-1957. In: The American Journal of Orthopsychiatry 28 (1), S. 9 - 11.

- Baltussen, Cora W. M. (1953): Summer Report, 1953 to the United Nations. Unveröffentlichtes Typoskript.
- Caemmerer, Dora von (Hrsg.) (1970): Praxisberatung (Supervision). Ein Quellenband. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- De Jongh, Jan F. (1949): Observatie verricht van 18 februari tot 18 juni 1949 in de Verenigde Staten in het kader van het United Nations Social Welfare Fellowships Programme over het onderwerp: training for social welfare: eindrapport. 's-Gravenhage.
- De Jongh, Jan F. (1950): A European View of American Social Work. In: Social Casework 31 (4), S. 150 - 155.
- Driessen, A. M. A. J. (2009): Cora Baltussen. 1912–2005. In: Ingrid D. Jacobs, J. A. E. Kuys, R. M. Kemperink und E. Pelzers (Hrsg.): Biografisch woordenboek Gelderland. Bekende en onbekende mannen en vrouwen uit de Gelderse geschiedenis; [een project van de Stichting Biografisch Woordenboek Gelderland]. Hilversum: Verloren, S. 13 - 16.
- Füssl, Karl-Heinz (2004): Deutsch-amerikanischer Kulturaustausch im 20. Jahrhundert. Bildung - Wissenschaft - Politik. Frankfurt am Main: Campus.
- Garrett, Annette (1954a): Gesprächsführung: Grundsätze und Methoden. Lachen: Gutenberg (Schriftenreihe der Schweizerischen Vereinigung Sozialarbeitender, 11). Im Original: (1943) Interviewing, its principles and methods.
- Garrett, Annette (1954b): Learning Through Supervision. In: Smith College Studies in Social Work 24 (2), S. 1 - 109.
- Garrett, Annette (1970): Psychiatrische Konsultation. In: Dora von Caemmerer (Hrsg.): Praxisberatung (Supervision). Ein Quellenband. Freiburg im Breisgau: Lambertus, S. 331 - 340.
- Goldmark, Josephine (1953): Impatient Crusader: Florence Kelley's Life Story, Urbana: University of Illinois.
- Grinberg, León & Grinberg, Rebeca (2016 [1984]): Psychoanalyse der Migration und des Exils. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gröning, Katharina (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial- Verlag (Therapie & Beratung).
- Hamilton, Gordon (1950): Die helfende Beziehung. In: Hertha Kraus (Hrsg.): Casework in USA: Theorie und Praxis der Einzelhilfe. Frankfurt am Main: Metzner (Wissenschaftliche Schriftenreihe des Instituts zur Förderung öffentlicher Angelegenheiten in Frankfurt am Main, 2), S. 47 - 55.
- Hecht, Dieter J. & Stiassny, Jakob G. (2002): Autobiographisches Interview mit Ilse Scherzer. Zentralkomitee der Juden aus Österreich in Israel. Tel Aviv. [online] URL: <https://www.weitererzaehlen.at/interviews/ilse-scherzer> [Stand: 08.10.2020].
- Hess, Max; Hofer, Anni; Sailer, Erna & Schlatter, Margarethe (Hrsg.) (o. J. [1954]): New Trends in European Social Work: the Impact of Casework. Wien: Astoria-Druck.
- Hirschberg, Susanne (1928): Das Bildungsschicksal des gewerblichen Proletariats im Lichte der Arbeiterautobiographie. Untersuchungen über proletarische Bildungsfragen unter vorwiegender Berücksichtigung autobiographischer Darstellungen. Köln: Mittelrheinische Druck- und Verlagsanstalt.
- Hollis, Florence (1952): The Relationship of Classroom Teaching to Field Placement: From the Standpoint of the Teacher. Paper given at the Seminar at Zeist, the Netherlands, August, 1951. In: Social Casework 33 (3), S. 91 - 98.
- [ICSW] International Conference of Social Work (Hrsg.) (o. J. [1949]): Proceedings. Fourth International Conference of Social Work. Atlantic City NJ, New York NY, 17. - 21.04.1948 und 24. - 25.04.1948.
- Jachym, Franz (1953): Katholik und Psychotherapie. Wien: Caritas der Erzdiözese.
- Jagt, Louwerus Jan (2008): Van Richmond naar Reid. Bronnen en ontwikkeling van taakgerichte hulpverlening in het maatschappelijk werk. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- James, Maria (1954): Eind-rapport: observatie verricht van 5 Januari 1953 tot 4 Februari 1954 in Amerika

- in het kader van het “*United Nations Social Welfare Fellowship Programme*“ over het onderwerp “*Casework Methods and Methods of Supervision*“. Ministerie van Maatschappelijk Werk. Afdeling Maatschappelijk Opbouwwerk. 's-Gravenhage (Serie A No. 28).
- Kamphuis, Marie (1950): *Wat is social casework? Een eerste inleiding*. 2. Auflage. Alphen aan den Rijn: N. Samson.
- Kamphuis, Marie (1955): *Eindrapport: studie verricht van 12 Aug. tot 22 Juli 1955 in de United States of America in het kader van het “United Nations social welfare and scholarships programme“ over het onderwerp “Methods of teaching and training for social casework“*, Ministerie van Maatschappelijk Werk. Afd. Onderzoek en Maatschappelijk Opbouwwerk. 's-Gravenhage.
- Kamphuis, Marie; Gleisner, Martin M. (1947): *Social Work in Postwar Holland*. In: *Social Casework* 28 (July), S. 249 - 253.
- Kasius, Cora (Hrsg.) (1951a): *A Comparison of Diagnostic and Functional Casework Concepts*. report of the Family Service Association of America Committee to Study Basic Concepts in Casework Practice. Family Service Association of America. New York.
- Kasius, Cora (1951b): *Casework Developments in Europe*. In: *Social Casework* 32 (7), S. 281 - 288.
- Kögl, Walter (1966): *Gezielte Berufseinführung*. In: *Unsere Jugend* 47 (1), S. 34 - 35.
- Lehnert, Esther (2003): *Die Beteiligung von Fürsorgerinnen an der Bildung und Umsetzung der Kategorie »minderwertig« im Nationalsozialismus. Öffentliche Fürsorgerinnen in Berlin und Hamburg im Spannungsfeld von Auslese und »Ausmerze«*. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag (Mabuse-Verlag Wissenschaft, 69).
- Milhaud, Maurice (1959): *Ten Years of Social Work in Europe. The United Nations Special European Social Welfare Programme*. In: *International Social Work* 2 (3), S. 22 - 27.
- Müller, Carl Wolfgang (2013): *Wie Helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit*. 6. Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- Neuffer, Manfred (1990): *Die Kunst des Helfens. Geschichte der sozialen Einzelhilfe in Deutschland*. Weinheim: Beltz.
- Newstetter, Wilbur I. (1951): *Review: A Comparison of Diagnostic and Functional Casework Concepts by Cora Kasius*. In: *The Annals of the American Academy of Political and Social Science* (273), S. 259 - 260.
- Ongerboer, Nell (1951): *Eind-rapport observatie verricht van 3 juli tot 30 december 1950 in de Verenigde Staten van Amerika in het kader van het United Nations Social Welfare Fellowships Programme over het onderwerp: Methods of teaching social casework and supervision*. 's-Gravenhage.
- Rees, Helen E. (1951): *The United Nations Seminar on Teaching and Supervision of Social Casework in Europe*. In: *The Almoner. A Journal of Medical Social Work* 4 (8), S. 357 - 362.
- Reynolds, Rosemary (1952): *The Relationship of Field Placement to Classroom Teaching: From the Standpoint of the Supervisor*. Paper given at the Seminar at Zeist, the Netherlands, August, 1951. In: *Social Casework* 33 (3), S. 99 - 105.
- Riga, Albert (2007): *Jan Floris de Jongh (Netherlands), President 1954-1961*, in *Social Work & Society* 5 (2), S. 179 - 185.
- Rogers, Carl R. (2005): *Die klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie. Client-Centered Therapy*. 17. Auflage. Frankfurt am Main: Fischer.
- Schittenhelm, Karin (2017): *Mehrsprachigkeit als methodische Herausforderung in transnationalen Forschungskontexten*. In: *Zeitschrift für Qualitative Forschung (ZQF)* 18 (1), S. 101 - 115. DOI: 10.3224/zqf.v18i1.08.
- Smith College Bulletin School for Social Work, Northampton 1953.
- Stenzel, Heidrun (2019): *Louis Lowy - erlebte Geschichte(n) als Entwicklungsimpuls der Supervision in Deutschland*. In: *FoRuM Supervision. Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision* 27 (52), S. 17 - 32. DOI: 10.4119/fs-2321.

- Strömbach, Renate (2011): Toleranz, Wertschätzung und innere Unabhängigkeit - Im Gespräch mit Anette Voigt. In: FoRuM Supervision. Zeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision 19 (37), S. 33 - 37. DOI: 10.4119/fs-2145.
- Towle, Charlotte (1945): Common Human Needs: Federal Security Agency.
- Towle, Charlotte (1954): The Learner in Education for the Professions as Seen in Education for Social Work. Chicago, London: The University of Chicago Press.
- Towle, Charlotte (1956): Die emotionalen Grundbedürfnisse von Kindern und Erwachsenen in ihrer Bedeutung für die soziale Arbeit. Deutsch von Susanne Schulze. Bonn: Arbeiterwohlfahrt Hauptausschuss e.V.
- [UN] European Office of United Nations, Social Division (1951): Programme of the United Nations Seminar on “*The Teaching and Supervision of Social Casework in Europe*“. Zeist, The Netherlands, 20. Aug. - 1. Sep. 1951. European Social Welfare Programme. Genf (SOCWEL/SEM/3).
- Van Kessel, Louis (2018): Hoe supervisie in Nederland ontstond en zich ontwikkelde. Periode 1928 - 1970. How supervision got initiated in the Netherlands and got developed in the period 1928–1970. Preprint Revised and Comprehensive Version, August 2018 of: Tijdschrift voor Begeleidingskunde, 7 (2018) 1, S. 18 - 26.
- Walpuski, Volker Jörn (2020): Supervision als neues Element von Fachlichkeit in der Fürsorge nach 1945. Ein Beitrag zur historisch-kritischen Rekonstruktion der Einführung in Deutschland und Europa. In: Susanne Businger und Martin Biebricher (Hrsg.): Von der paternalistischen Fürsorge zu Partizipation und Agency. Der gesellschaftliche Wandel im Spiegel der Sozialen Arbeit und der Sozialpädagogik. Zürich: Chronos, S. 59 - 78.
- Walpuski, Volker Jörn (2021): Dora von Caemmerer: Von der Volkspflegerin zur Pionierin für Supervision. In: Carola Kuhlmann, Ralph-Christian Amthor und Birgit Bender-Junker (Hrsg.): Kontinuitäten und Diskontinuitäten Sozialer Arbeit nach dem Ende des Nationalsozialismus (Arbeitstitel), Bd. 1. 2 Bände: Beltz Juventa.
- Yelloly, Margaret A. (1980): Social Work Theory and Psychoanalysis. Wokingham: Van Nostrand Reinhold.

Lars Vogel

„Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung“

Ein Tagungsbericht zur Theoriereihe „*Reflexive Supervision*“ in Bielefeld vom 21. November 2020 mit Herrn Hans-Jörg Stets

Die Theoriereihe „*Reflexive Supervision*“ tagte erstmalig online im Format einer Zoom-Sitzung. Einführend ging Katharina Gröning auf die fundamentale Rolle der Fallsupervision und auf die Notwendigkeit der theoretischen Fundierung von Fallsupervision als eigenständiges Format, neben Einzel-, Gruppen- und Teamsupervision, ein. Insbesondere in klinischen Feldern stelle die Fallsupervision zwar ein etabliertes, jedoch in der Anwendung häufig auch verkürztes und funktional ausgerichtetes Reflexionsformat dar, in dem zumeist die Pathologie fokussiert werde. Neben psychodynamischen Aspekten des Verstehens und sozialwissenschaftlichen Wissenssystemen biete sich, mit der Hinwendung zur ethischen Fallbesprechung, die Möglichkeit eines erweiterten Verstehenszugangs zur supervisorischen Fallarbeit, der bereits in den beiden vorherigen Theoriereihen „*Reflexive Supervision*“ begonnen wurde und nun weitergeführt werde.

Es folgte der Impulsvortrag von Hans-Jörg Stets „*Plädoyer für einen mehrdimensionalen Beratungsansatz in der klinischen Ethikberatung*“. Herr Stets, der als evangelischer Klinikpfarrer, Ethikberater und Leiter des Ethikkomitees am Universitätsklinikum Essen tätig ist, erläuterte zunächst die zentralen Zielsetzungen, Kernthemen und Aufgabenstellungen des Ethikkomitees. Insbesondere Therapiezieländerungen und Therapiebegrenzungen sind aus einer ethischen Perspektive im Rahmen des Klinikalltags immer wieder zu reflektieren. Die ethische Beratung geht dabei von der grundlegenden Annahme aus, dass moralische Wertungen das berufliche Handeln von Menschen und das eigene Verhalten bestimmen und hieraus Konflikte im Alltag entstehen können.

Herr Stets führte an, dass im Rahmen der strukturierten Beratungssitzung folgende Phänomene erkannt wurden: Das zeitlich klar begrenzte Setting führt zu einer einvernehmlichen Konsensbildung bezüglich der Konfliktthemen, beziehungsweise der Anliegen. Die

Befolgung des Rates und der Absprachen, die Konsens immanent formuliert werden, wird häufig inkonsequent gehandhabt. Im Rahmen der Evaluierungen der Beratungssitzungen wurde bisweilen der inkonsequente Umgang mit dem Ergebnis als Hinweis für ein latentes Anliegen, nämlich der Psychohygiene, interpretiert. An dieser Stelle ist zu konstatieren, dass die Freiwilligkeit zur Ratbefolgung als ontologischer Teil der Beratung verstanden wird. Das Befolgen der Ergebnisse der ethischen Beratung ist also unabhängig von der Prämisse zu betrachten, dass moralisches Handeln und moralische Werte eine Ontologie eines Konfliktes bilden können.

Um der Praxis und den latent wirkenden moralischen Themen gerecht zu werden, ist es notwendig auf mehreren Ebenen moralische Aspekte der Interaktion zu reflektieren. Herr Stets führte hier den Begriff der Mehrdimensionalität einer ethischen Problemlage ein, wodurch die Verknüpfung zur Supervision deutlich wurde.

Die Komplexität und Vielschichtigkeit von ethischen Konfliktslagen bildet sich, wie in der Supervision auch, auf der Ebene des Patienten bzw. des Klienten, auf der Ebene der professionell Tätigen und schließlich der Organisation wieder. Der Patient steht vor der herausfordernden und, in Abhängigkeit von der Diagnose, sehr existentiellen Aufgabe, seine Erkrankung zu bewältigen bzw. in sein bisheriges Lebens- und Sinnkonzept überhaupt integrieren zu können, was mit starken Ambivalenzen einhergehen kann. Einerseits realisiert er die Erkrankung, die körperlich sichtbar ist und sich physisch und psychisch auswirkt. Andererseits hat er eine Vorstellung von sich als einem Genesenden, die ihn prägt und die auf seinen Umgang mit der jetzigen Situation einen starken Einfluss hat. Dieser Umgang mit der Erkrankung erfordert Zeit, Mut und Geduld. Das soziale Umfeld wirkt hinsichtlich der Ambivalenz positiv oder negativ, manifest oder latent auf den Patienten ein. Die Ambivalenz, das stellt Herr Stets sehr anschaulich heraus, kann hier sehr existentielle Ausmaße annehmen.

Auf der Ebene der professionell Tätigen, die sich als Gruppen beziehungsweise Teams formieren, sind insbesondere habituelle Distinktionen interaktionsimmanent. Außerdem lassen sich feldübergreifend Schnittstellenprobleme beschreiben, mit denen Teams konfrontiert sind. Die Prämisse, dass sich Spannungen und abgewehrte Belastungen in moralischen Konflikten entladen, bestätigt sich in Praxis. Auf der Organisationsebene führen Personalmangel, Zeitstress, Effizienz, hoher Wettbewerbsdruck, die Ökonomisierung

und Deprofessionalisierung zu Entladungen auf der moralischen Ebene. Strukturelle Probleme und Defizite auf der Systemebene werden auf die Teams und Mitarbeiter verschoben und äußern sich in moralischen Fragestellungen.

Aus der supervisorischen Perspektive laufen hier zwei Richtungen zusammen. Zum einen basieren, so die Prämisse, Interaktionen auf moralischen Wertungen bezüglich des eigenen Handelns und gleichzeitig qualitativ differierend auf Wertungen des Verhaltens anderer. Diesen Unterschied zwischen der Bewertung des eigenen Handelns und der Bewertung des Verhaltens anderer gilt es im Beratungssetting zu berücksichtigen.

Aus der anderen Richtung werden latent Defizite, Probleme des Systems auf Interaktionen übertragen, die sich in vermeintlich moralischen Konflikten manifestieren. Diese übertragenen Probleme bedienen sich moralischer Wertungen beziehungsweise moralischer Fragestellungen. Im Rahmen der Beratung und der Supervision gilt es diese Ebenen zu differenzieren, zu erkennen und zu reflektieren. Auf der Ebene der Beratungs- und Supervisionssettings liegt dem ein strukturelles Leiten, die Mehrperspektivität beachtendes und moralische Aspekte fokussierendes Vorgehen zu Grunde.

Im Rahmen der reflexiven Tagung wurde auf das Beratungskonzept der ethischen Fallbesprechung nach Lob-Hüdepohl (Berliner-Modell) rekurriert, das als Referenzkonzept dem mehrdimensionalen Beratungsansatzes dient. Das Berliner Modell ist dreiphasig, dem Erkunden, dem Erklären und dem Gestalten, strukturiert. Die letzte Phase behandelt zwei Kernthemen, das Gestalten und das Organisieren. Fundamental ist die Ausdifferenzierung des Anliegens hinsichtlich eines moralischen Dissens, eines moralischen Dilemmas beziehungsweise einer anderweitigen Ursächlichkeit des Konfliktes, also einer Meinungsverschiedenheit (siehe hierzu Volker Dieringer in diesem Heft). Die Unterscheidung zwischen einem Dissens, also unterschiedliche Moraltheorien betreffende Aussagen beziehungsweise Verpflichtungen und einem Dilemma, also verschiedene Auslegungen einer Moraltheorie betreffende Aussagen oder Verpflichtungen, ist für die Auflösung relevant. Denn ein Dissens ist schwerlich beziehungsweise nicht zu lösen. Ein Dilemma und eine Meinungsverschiedenheit (siehe hierzu Volker Dieringer in diesem Heft) können mit einer Güterabwägung gelöst werden.

Der mehrdimensionale Beratungsansatz modifiziert das Berliner Modell um die gemeinsame Indikationsstellung und integriert den Begriff der Meinungsverschiedenheit von

Volker Dieringer. Die Güterabwägung geht mit einem Rekurs auf die Prinzipienethik nach Beauchamp und Childress einher. Diese ursprünglich als ärztliche Ethik beschrieben, betrifft mittlerweile alle im Gesundheitswesen Tätigen. Die vier Prinzipien postulieren „nicht zu schaden“, „der Selbstbestimmung der Patienten gerecht zu werden“, „die Fürsorge im Sinne der Heilung“ und das universelle Prinzip, „die Gerechtigkeit“. Diese Prinzipien finden ausgehend von der Alltagsmoral Anwendung. Die mehrdimensionale Beratung differenziert zwischen einem moralischen Dissens, einem moralischen Dilemma, der Meinungsverschiedenheit und der Herausforderung eines gemeinsamen Indikationsstellens. Die vier Prinzipien nach Beauchamp und Childress werden im Sinne der Güterabwägung reflektiert und als Kernaspekte der Dimensionen mitgedacht. Insbesondere in interdisziplinären Teams und Gruppen ist die Perspektive der Fachdisziplin entscheidend für die Indikation. Dieser Dimension gilt es reflexiv Rechnung zu tragen. Die Indikationsstellung, die Entscheidungsfindung auf der Basis einer Fachdisziplin ist partikular und wird der Komplexität der Praxis nicht gerecht. Für die Beratungsforschung bedeutet es Kriterien des interdisziplinären Indikationsstellens zu konstatieren, postulierte Hans-Jörg Stets.

Im Anschluss an den Impulsvortrag fanden sich die Teilnehmer*innen in Workshops ein. Diskursiv wurden die Inhalte an Fallbeispielen erörtert. Der Theorie-Praxis-Transfer im supervisorischen Kontext wurde reflektiert. Prof in Gröning bekräftigte die bedeutsame Rolle der Ethik als eine weitere wichtige Säule des Bielefelder Supervisionskonzeptes.

Die Teilnehmer*innen bekundeten ihre Freude über den informativen und produktiven Inhalt und Ausgang der Veranstaltung und äußerten Interesse an einer Fortsetzung dieses Veranstaltungsformats.

Volker Jörn Walpuski

Veränderung erzeugt Widerstand

Ein Bericht von der Mitgliederversammlung der DGSv vom 26. September 2020 in Hannover

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching e. V. (DGSv) stand 2020 äußerlich im Zeichen von Covid-19 und damit Social Distan- cing, inhaltlich im Zeichen der konsequenten Fortführung begonnener Strategie- und Mo- dernisierungsprozesse des Berufs- und Fachverbandes. Gleichzeitig aktualisierten diese Prozesse die Identitätsfrage des Verbandes.

Mit sorgfältig ausgearbeitetem Hygienekonzept saßen die knapp 100 angereisten Ver- bandsmitglieder an Einzeltischen in Hannover statt Karlsruhe, mussten auf allen Wegen einen Mund-Nasenschutz tragen und Abstand halten. Die Versammlung war auf einen Tag verkürzt. Solch eine Versammlung ohne Getuschel und Seitengespräche ist unge- wöhnlich - ob es zu *“invisible whispering“* (Dennis et al. 2010), also einer unsichtbaren Kommunikation quer durch das Plenum via Instant Messengern kam? Digitales schien nicht sehr präsent, wie noch zu zeigen sein wird. Auch Vorstand und Geschäftsstelle konnten sich so nur schwer auf dem kurzen Wege abstimmen. Das Mittagmahl wurde am Platz serviert, und statt eines großen Gemeinschaftsgefühls mit zahlreichen Gesprä- chen am kleinen Büchertisch oder Buffet sorgte der Rahmen für eine gewisse Vereinze- lung und Vereinsamung, von fehlenden herzlichen Umarmungen ganz zu schweigen: Ist doch die Mitgliederversammlung auch ein jährlicher Treffpunkt für lange nicht Gese- hene. Es fällt schwer, auf Menschen hinter dem Mund-Nasenschutz zuzugehen oder ihre Mimik zu deuten. Gleichzeitig hat die DGSv eine Chance verpasst, durch Digitalisierung der Mitgliederversammlung auch eine größere Teilnahme ihrer Mitglieder daran zu er- reichen. Ein Live-Stream wäre ein erster Schritt gewesen, webbasierte Beteiligungs- und Diskussionsmöglichkeiten ein weiterer - technisch ist dies längst möglich - um nicht im- mer den gleichen Kern steter Teilnehmender und einen Zufallskreis lokaler Mitglieder anzuziehen: Denn auch die weite Reise zum Tagungsort schreckt viele neben zum Teil langwierig-formalistischen Diskussionsbeiträgen ab.

Inhaltlich war die Versammlung von Vorstand und Geschäftsstelle sehr sorgfältig vorbereitet, und alle Berichte, Anträge und Dokumente standen bereits im Vorfeld umfangreich zur Einsicht im Internet bereit.

Kernstück der Versammlung war die Diskussion um die Erneuerung der Satzung mit der grundlegenden Veränderung, einen hauptamtlichen Vorstand zu installieren und damit den ehrenamtlichen Vorstand von Arbeit und Haftungsfragen zu entlasten. Ähnliche Veränderungen lassen sich in den vergangenen Jahren in zahlreichen anderen Vereinsvorständen finden und sind Ausdruck von Exkulpationsbedürfnissen und steigendem rechtlichem und Verwaltungsaufwand. Mit einem ausführlichen Artikel hatten u. a. Annette Mulkau und Paul Fortmeier (2020) die Veränderungen im Vorfeld zu erklären gesucht.

Erwartungsgemäß entzündete sich an der Satzungs Erneuerung die Kritik bis hin zum Antrag auf Nichtbefassung: Wozu es eine neue Satzung bräuchte, hätte doch die alte bisher gute Dienste getan, war eine wiederholte Frage. Diese verband sich mit Kritik an einer antizipierten Ökonomisierung des Verbandes und der Angstvorstellung, ein Konstrukt ähnlich dem FC Bayern München zu kreieren, in dem top-down regiert würde und die demokratische Mitbestimmung fehle. Die in diesen Redebeiträgen beschworene Basisdemokratie im Verband wurde in Gegenreden jedoch als Mythos hinterfragt, nähmen doch überwiegend die gleichen, wenigen Akteur*innen an den Mitgliederversammlungen teil und sei der meinungsbildende Austausch zwischen den Mitgliederversammlungen tatsächlich sehr überschaubar. Dennoch fügt sich diese Satzungsänderung in Streamlining-Prozesse des Verbandes auf dem Weg zur „ersten Adresse für Supervision und Coaching in der Arbeitswelt“ (Mulkau & Fortmeier 2020, S. 39; vgl. Griewatz 2018), der vor einigen Jahren bereits gegen heftige Kritik der Regionalgruppen diese regionalen Strukturen abbaute, die viel zur Partizipation beigetragen hatten.

Leider wurde nicht klar, gegen was sich die Kritik eigentlich richtete. War es tatsächlich eine sachliche Kritik an der Satzungsänderung? Oder sind es eine Vertrauens- und Identitätskrise und Ängste, die nicht als solche benannt wurden: Ist das noch »mein« Verband, fühle ich mich darin noch wohl, habe ich noch Einfluss, vertraue ich dem Vorstand, kann ich mir als Vorstand diese Aufgabe zumuten? Diese Fragen wären supervisorisch angemessen gewesen zu verhandeln, dann hätte es nach einer aufklärenden Diskussion zur Bearbeitung der Identitätsfragen kommen können. Berufs- oder Fachverband, was will

und/oder soll die DGSv sein? Und was für eine Struktur ist dafür notwendig? So blieb es über weite Strecken eine Scheindiskussion, und tieferliegende Aspekte wurden nicht angesprochen.

Gegen diese langwierige und durch Anträge zur Geschäftsordnung immer wieder ausgebremste Diskussion drohten manch andere Tagesordnungspunkte unterzugehen.

Neben der deutlichen 80%-Zustimmung zur Erneuerung der Satzung (Mulkau & Fortmeier 2020) sowie den notwendigen Überleitungsbestimmungen beschloss die Versammlung auch den Wirtschaftsplan 2021, verabschiedete die aus langen Diskussionsprozessen hervorgegangenen neuen Standards für Qualität und Qualifizierung - was noch 2009 zu heftigen Diskussionen führte (Gröning 2013, S. 83), heuer aber sehr schnell ging - und wählte zwei Ombudspersonen. Auch der Wahlausschuss zur Vorstands- respektive Aufsichtsratswahl 2021 wurde gebildet.

Der Vorstand wurde zudem beauftragt, die Ethischen Leitlinien zu überarbeiten, weil diese nach knapp 20 Jahren Modernisierungs- und weitere Orientierungsbedarfe aufzeigten: Wie geht Supervisor*in mit Supervisand*innen um, die in Supervisionen unter dem Schutz der Vertraulichkeit antidemokratische Haltungen oder Handlungsweisen in ihrer Berufsausübung erkennen lassen und damit auch ihre Organisation schädigen, beispielsweise in Polizei oder Jobcenter? Wie gehen Supervisor*innen mit Kolleg*innen um, die mit mehr oder minder antidemokratischem Gedankengut mehr oder minder öffentlich in Erscheinung treten? Ist diese Haltung mit der Profession vereinbar, die Supervision einfach zu Neutralität verpflichtet? Die nichtjustiziablen Grauzonen sind es, die hier Antworten verlangen. Und gilt dieser ethische Anspruch gleichermaßen auch für Coaches?

Zum dritten Mal wurde der Cora-Baltussen-Förderpreis verliehen (vgl. Walpuski 2019): Caroline Ebel aus Wien wurde für ihre Abschlussarbeit am Institut für soziale Interaktion (ISI) in Hamburg ausgezeichnet, weil sie für die Weiterbildungsarbeit einen reflexiven Ansatz erschlossen hat. Das ISI hat damit bereits zum zweiten Mal eine preiswürdige Abschlussarbeit hervorgebracht. Ebel (2019) setzt sich darin intensiv mit ihrem (berufsbio)grafischen Entwicklungsprozess während der Supervisionsweiterbildung auseinander und entwickelt dafür drei zentrale selbstreflexive „Entwicklungsaufgaben“: „Befrei-

ung“, „Weg zur Balance“ und „Selbstfreundschaft“. Sie vollzieht ihren eigenen Entwicklungsprozess anhand biographischer Theorien nach und konzipiert, wie sich diese Erkenntnisse in der Ausbildung von Musiklehrer*innen nutzen lassen.

Die nächste Mitgliederversammlung wird am 19./20.11.2021 tagen. Dann wird der Vorstand über die im Geschäftsbericht bereits angekündigten anstehenden Arbeitsaufgaben berichten: Überleitung in das neue Organisationsmodell und Fortführung von Digitalisierungsprozessen, Umsetzung der neuen Standards in der Weiterbildung und auch die Fortsetzung von Forschungsaktivitäten bspw. in Form des DGSv-Netzwerks Forschung 2021 oder der Unterstützung von Dissertationen wie der von Monika Althoff (2020) über Fallsupervision oder Tina Heitmann über Coachingqualifizierungen an der Universität Bielefeld (DGSv 2020).

Literatur

- Althoff, Monika (2020): Fallsupervision. Diskursgeschichte und Positionsbestimmung. Zugl. Dissertation Universität Bielefeld, 2020. Gießen: Psychosozial (Therapie & Beratung).
- Dennis, Alan R.; Rennecker, Julie A. & Hansen, Sean (2010): Invisible Whispering. Restructuring Collaborative Decision Making with Instant Messaging. In: Decision Sciences 41 (4), S. 845 - 886. DOI: 10.1111/j.1540-5915.2010.00290.x.
- Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (2020): Mitwirken. Geschäftsbericht 2019/2020, Köln 2020 [online] URL: https://www.dgsv.de/wp-content/uploads/2020/09/Geschaeftsbericht_2020.pdf [Stand: 02.10.2020].
- Ebel, Caroline (2019): Zwischen Wechsel und Kontinuität - Mein (berufs-)biografischer Entwicklungsprozesswährend der Weiterbildung zur Supervisorin/Coach, Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Supervisor*in/Coach unter Leitung von Ute Prahl und Paul Gerhard Grapentin am ISI Hamburg, [online] URL: https://isi-hamburg.org/download/0_zugel%20K%208%201%20Ebel,%20Caroline%20Abschlussarbeit%20zur%20Ver%20C3%B6ffentlichung%20bestimmt.pdf [Stand: 02.10.2020].
- Griewatz, Hans-Peter (2018): „Supervision ist Coaching für helfende Berufe“, oder: Über die Invasion gouvernementaler Beratungspraxis - Eine Polemik. In: FoRuM Supervision. Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision 26 (51), S. 75 - 81.
- Gröning, Katharina (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial.
- Mulkau, Annette & Fortmeier, Paul (2020): Was haben die sich da wieder ausgedacht? Führen und Folgen in der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching e. V. (DGSv). In: Verbändereport (7), S. 38 - 41 (und im Journal Supervision (2), S. 15 - 17).
- Walpuski, Volker Jörn (2019): Zwischen Ursprüngen und Visionen der Supervision. Ein Bericht von der Mitgliederversammlung der DGSv 2018 am 28. und 29.9.2018 im Haus der Kirche in Kassel. In: FoRuM Supervision. Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision 27 (53), S. 83 - 86.

Katharina Gröning

Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule.

Eine Rezension

Belardi, Nando (2020): *Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag.

Ganz ohne Zweifel gehört Nando Belardi zu den Grand Seigneurs der Supervision. 1992 an der TU Berlin mit einer Arbeit zur Supervision habilitiert und als Verfasser supervisorischer Beiträge bundesweit bekannt, gehört er zu den Persönlichkeiten, die das Verständnis von Supervision, ihre Professionalisierung und Praxis begleitet haben und gut kennen. Als Professor für Soziale Arbeit und Sozialpädagogik verfügt Nando Belardi über Expertise in verschiedenen Feldern der Beratung, davon ist die Bildungs- und Berufsberatung hervorzuheben. Als Mitherausgeber der Zeitschrift *Organisationsberatung, Supervision und Clinical Management* gehört Belardi zur Gruppe derjenigen in der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching, die sich psychologisch und gruppendynamisch verortet. Nando Belardi nennt Astrid Schreyögg seine Lehrerin und Mentorin.

„*Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*“ ist ein „breites Buch“. Auf 282 Seiten und mit einem Literaturverzeichnis, welches sehr klein gedruckt ist und 17 Seiten umfasst, wird eine enorme Bandbreite supervisorischer Themen und Fragestellungen abgearbeitet. In gewisser Weise ist das Buch ein supervisorisches Wissenssystem. Dabei geht es um Diskurse, wie der zum Verhältnis von Supervision und Coaching, um Entwicklungslinien und die Geschichte der Supervision in Deutschland und international, um den supervisorischen Beratungsprozess und seine Steuerung sowie in diesem Zusammenhang um Konflikte, Krisen und Fehler von Supervisor*innen. Es geht weiterhin um Settings und Formate wie die Balintgruppe und um Supervision als Organisationsberatung. Es geht ebenso um Theorie und Professionalisierung sowie um

Ausbildung, Markt und Berufspolitik. Schließlich werden Felder und Bereiche der Supervision, wie im Titel angekündigt, schwerpunktmäßig Soziale Arbeit, Pflege, Schule vorgestellt. Ein Kapitel zu Recht und Ethik sowie zur Qualitätssicherung und Evaluation, ein Fazit mit Anmerkungen zur aktuellen Corona Krise schließen das Buch ab.

Insgesamt hat „*Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*“ 24 Kapitel, wobei jedes Kapitel wiederum in Unterkapitel differenziert ist. Diese Unterkapitel umfassen zumeist ein bis zwei Seiten, selten mehr, manchmal nicht einmal eine Seite. Es ist also wirklich ein „*breites Buch*“ und in dieser Breite liegt ein gewisses Problem, da der Autor beansprucht, eine Art „*Premium Einführung*“ zur Supervision und Coaching verfasst zu haben, sich jedoch selten „*in die Tiefe*“ begibt, also seinen Positionen systematische, vergleichende, historische oder analytische Argumente an die Seite stellt. Trotzdem - weil es sich um ein supervisorisches Wissenssystem handelt und eben, weil der Autor sich im Vorwort als ausgewiesener Experte für sein Thema empfiehlt sowie eine Reihe von Referenzen früherer und Auflagen anführt - lohnt sich ein genauer Blick in die Kapitel und eine ausführliche Rezeption.

Im Vorwort führt Nando Belardi auf, dass es sich bei „*Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*“ um eine Überarbeitung seines Buches „*Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe*“ aus dem Jahre 1996 handelt. Er referiert u.a. den Gründungspräsidenten der DGSV, Heinz Kersting (S. 11), der 1997 von einer „*Meisterleistung*“ gesprochen hat sowie zu späteren Auflagen positivste Resonanzen aus dem In- und Ausland (S. 12).

Zu den einzelnen Kapiteln: Das Kapitel 1 - die „*Felder Beratung, Supervision, Coaching*“ - platziert Beratung, und zwar das Format der psychosozialen Beratung und damit die Praxis und zentrale Methode (in) der sozialen Arbeit, auf die Position eines Daches für Supervision und Coaching: „*Supervision und Coaching sind in meinem Verständnis Spezialgebiete einer solchen psychosozialen Beratung*“ (S. 15). Zuvor spricht der Autor von „*Spezialgebiet von Beratung*“ und erklärt Beratung als eine aus dem Rat geben, dem zu Rate ziehen entstandene Praxis „*seit vielen hundert Jahren*“. Dabei bleibt offen, ob sich Nando Belardi auf Frank Nestmann bezieht, der seit den 1980er Jahren diese und ähnliche Formulierungen genutzt hat, um die Geschichte der Beratung zu skizzieren (Frank Nest-

mann hat hier eine vom Kommunitarismus und der Alltagstheorie beeinflusste, eher professionskritische Position formuliert) oder auf die Institution des Ratgebens als Consilium, wie sie Wandhoff (2016) als Praxis der Herrscherberatung (und damit foucaultianisch) beschrieben hat (hier begeben sich Berater und Fürst in einen reflexiven Raum, um Entscheidungen vorzubereiten) oder gar auf die aristotelische Vorstellung der Wohlberatenheit (vgl. Münch 2010; vgl. Gröning 2012), die ebenfalls ein reflexives Verständnis, als Fähigkeit Rat anzunehmen zu Grunde legt. Alle drei beratungswissenschaftlichen Grundpositionen wären es wert gewesen, zitiert zu werden, zumal sie die vielfach und teilweise lamentierend vorgetragene Kritik an der Unbestimmtheit des Beratungsbegriffs beendet und diese im Kontext des jeweiligen politischen und professionellen Interesses historisch und systematisch gewürdigt haben. Stattdessen spricht der Autor hier von „*seinem Verständnis*“ und definiert Beratung so, wie er sie sieht. Beratung sei Dialog, Reflexion und Anregung zum Nachdenken. Gut so. Warum aber eine beratungswissenschaftliche Positionsbestimmung durch eine persönliche Meinung ersetzt wird, ist nicht nachvollziehbar.

Irritierend liest sich die Politikschelte (S. 17). Die Politik habe Entwicklungen zum gesellschaftlichen Strukturwandel wie Alterung und Geburtenrate, obwohl bekannt, missachtet. Es fehle das Personal für soziale Berufe. Der Autor verweist ebenfalls auf Defizite in der Ausbildung eben dieser sozialen Berufe und, dass Supervision und Coaching einen Beitrag zu Erhöhung der Arbeits- und Lebensqualität leisten könnten, da sie sich in inhaltlicher Nähe zu den Bereichen Mensch, Arbeit und Organisation befänden. Mit der Argumentation, dass Politik die Entwicklungen und Ansprüche der Menschen missachte, wird ein gewisser Antagonismus zwischen Bürger*innen und den politischen Repräsentanten unterstellt und nicht nachvollzogen, dass es seit den 1990er Jahren keinen gesellschaftlichen Konsens zum Sozialstaat und seiner Zukunft mehr gegeben hat, ein Zeitgeist und ein Diskurs, an dem sich die Mittelschichten, zu denen auch das Milieu der Supervisor*innen zählt, und zwar in Richtung Abbau des Sozialstaates, kräftig beteiligt haben. Gleichwohl trägt der Autor in diesem Kapitel viele wichtige Aspekte der Entwicklungslinien der Supervision vor, was vor allem für Studierende der Sozialen Arbeit und Sozialwissenschaft, die sich für beratende Berufe vorbereiten, von großem Nutzen sein dürfte. Belardi zeichnet die bekannte Linie von Supervision zum einen als aus der Professionalisierung der Sozialen Arbeit in England, Deutschland und den USA stammend nach und

fokussiert hier die Anfänge letztlich, bis zur Machtergreifung Hitlers. Er erklärt, warum das US-amerikanische Modell der Supervision als Aufsicht sich vom Modell hierzulande unterscheidet und nennt die Professionsentwicklung der Sozialen Arbeit an zentraler Stelle. Er nennt Louis Lowy, aber nicht Cora Balthussen als maßgebliche Intellektuelle (und Verfolgte bzw. Widerstandskämpfer des Naziregimes), die nach 1945 Supervision in der Bundesrepublik Deutschland aufgebaut haben.

Der Verfasser spricht in Bezug auf die Institutionalisierung der Supervision und ihre Probleme der Anerkennung von einer Theorie-Praxis-Problematik. Während in den Sozialen Frauenschulen der Zwischenkriegszeit noch die Reflexion der Praxis üblich gewesen sei und auch nach 1945 wieder aufgegriffen wurde, habe die Akademisierung der sozialen Arbeit in den 1960er Jahren dazu geführt, dass praxisferne Professoren an die neu gegründeten Fachhochschulen berufen wurden, die sich von der Praxis sozialer Arbeit weitgehend distanziert hätten, weshalb Supervision an Fachhochschulen nur unzureichend in der Lehre repräsentiert gewesen sei (S. 23).

Hoppla: Dieses verbreitete Narrativ über eine praxisferne Theorie blendet jene Situation in den 1960er Jahren aus, die die theorieorientierten Professoren an den Fachhochschulen in dieser Zeit vorgefunden haben. Das Ausmaß der Gleichschaltung der Sozialen Arbeit im Nationalsozialismus durch die nationalsozialistische Volkswohlfahrt, wie sie z. B. in der Verbindung des Erziehungs- und Sozialwesens zur Euthanasie nachzuweisen ist, genauso wie die Tatsache, dass es sich bei der Sozialen Arbeit nach dem Krieg bis in die Epoche der inneren Reformen um Organisationen und Wissenssysteme gehandelt hat, die tief in der NS Ideologie und in ihr verwandten Wissenssystemen festgingen, war ja nun der Ausgangspunkt der gescholtenen Akademisierung. Diese eugenischen, bewahrenden und teilweise in der Rassenlehre verhafteten Wissenssysteme prägten den Habitus der Sozialarbeiter*innen lange. Das Theorie-Praxis-Problem in den 1960er Jahren ergab sich nicht aus Arroganz gegenüber der Praxis, sondern aus der bitteren Einsicht, dass die Praxis in der gesamten sozialen Arbeit mindestens normalistisch, selektierend und antidemokratisch war. Die Anstaltsförmigkeit der Institutionen der Praxis, die symbolische Gewalt in der Diagnostik, die strafenden und disziplinierenden Haltungen im gesamten Fürsorgewesen werden immer noch aufgearbeitet. Die Tübinger Sozialarbeitswissenschaftlerin Anne Frommann z. B. hat mit Bezug auf die Situation der Kinderheime und ihrem Werdegang als Psychologin bis in die 1970er Jahre von der „bleiernen Zeit“ gesprochen.

Angesichts dieser bleiernen Zeit und ihrer Ohnmacht innerhalb der Institution zu einer humanen psychologischen Praxis zu kommen, hat sie aus der Praxis wegbegeben und sich der Theorie, Ausbildung künftiger Sozialarbeiter*innen und der Berufspolitik in der Gilde Sozialer Arbeit zugewandt (Gröning 2016, S. 66ff.). Die Theorie-Praxis-Rede in Bezug auf die Marginalisierung der Supervision bedient Vorurteile und Ressentiments.

Die Entnazifizierung des Sozialwesens ist schließlich bis in die 1980er Jahre gelaufen. Doch auch nicht nazistische Wissenssysteme haben sich nur sehr langsam modernisiert. Normalistische Denkweisen, Eugenik, Utilitarismus haben sich lange durchgesetzt und neu mit den Nachkriegsgesellschaften verbunden. Es bleibt der weiteren Forschung vorbehalten, zu klären, welche Konsequenzen die Übernahme US-amerikanischer weitgehend von der Psychoanalyse beeinflusster Sichtweisen auf die Supervision im Deutschland der Nachkriegszeit und des Wiederaufbaus letztlich hatte. Belardi rezipiert in diesem Zusammenhang einen Beitrag des Psychologieprofessors Eduard Hapke (1952), der die Sichtbarmachung des Latenten als supervisorische Kunst (zu hören, was nicht gesagt wird) qualifiziert (S.22). Ob sich diese Sichtbarmachung allerdings mit Aufklärung, Mündigkeit und Kritik verbindet oder in eine selektierende klinische Betrachtung mündet, bleibt unbestimmt. Hier unterscheiden sich aber supervisorische Schulen und Institute. Außer Frage steht, dass es nach 1945 in der Sozialen Arbeit zunächst zu einer klinischen Wende gekommen ist, dass die Rassenlehre von der Normalitätslehre abgelöst wurde und Selektion und Bewahrung die Antwort auf soziale Probleme gewesen ist. In diesem Kontext hat auch die Praxisanleitung oder -beratung stattgefunden, die als Format interner Supervision lange verteidigt wurde. Auch die Psychoanalyse ist wie die gesamte Psychologie in diesem Kontext kritisch zu betrachten. Erinnerung sei an Regine Lockots Aufarbeitung der Psychoanalyse im Nationalsozialismus von 1985 oder Ulfried Geuters Arbeit zur Psychologie im Nationalsozialismus (1984). Beide haben das Narrativ widerlegt, dass es sich bei den Psycholog*innen und Psychoanalytiker*innen, die nach 1945 in Deutschland praktiziert und ausgebildet haben, vor allem um Rückkehrer*innen aus dem Ausland gehandelt habe, die vor Hitler fliehen mussten. Nein, Deutschland hatte in Berlin ein Zentrum für die „neue deutsche Seelenheilkunde“ und die Psychologie wie die (Sonder-)pädagogik nahmen während und durch den Nationalsozialismus einschließlich ihrer Beratungsmodelle ihre Fahrt in die Professionalisierung auf. Der Bruch der 1960er Jahre war kein Theorie-Praxis-Bruch, sondern der Import der amerikanischen Sozialtheorien

bildete zu den in Deutschland etablierten Wissenssystemen einen deutlichen Widerspruch. Dies gilt auch für die Netzwerke. So weist das Verzeichnis der nationalsozialistischen Personen, die nach 1945 in der Bundesrepublik arbeiteten, nach, dass sehr viele von ihnen, später als klinisch orientierte Praktiker in den Feldern sozialer Arbeit untergekommen waren.

Ein thematischer Schwerpunkt des vorliegenden Buches ist das Coaching (S. 27 - 50), seine Entstehung, seine Formate und Einsatzgebiete. Nando Belardi verortet seine Entstehung im sogenannten Psychoboom, einer Psychologisierung des Alltags, die Ende der 1960er Jahre begonnen habe. Er nennt hier kritisch die Ausuferungen und Übergänge der gesellschaftlichen Psychologisierung bis hin zu esoterischen und schließlich sektenförmigen Kulturen, die unter der Bezeichnung New Age gebündelt werden und wendet sich dann dem Coaching zu, welches er in Praxen des „*Allerwelts-Coaching*“ und Führungskräfte-supervision differenziert. Mit Maik Tändler qualifiziert er das Coaching als Fortsetzung des Psychobooms und grenzt davon das Format des seriösen Coachings ab, das er auf die Supervision von Führungskräften begrenzt. Belardi kritisiert die Coaching Ausbildungen ebenso wie die Coaching Praxis und spricht davon, dass nach dem Psychoboom wieder ein lukrativer Markt für Sinnfindungen entstanden sei (S. 30). Nun hat sich aber die DGSv in Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching umbenannt und damit das Coaching anerkannt - und zwar pragmatisch und ohne beratungswissenschaftliche Auseinandersetzung.

Der historische Blick auf den Psychoboom und seine Zusammenhänge mit dem Coaching legt zunächst drei Wellen nahe. 1979 schrieben Nagel und Seifert ihr Buch zur „*Inflation der Therapieformen*“. In der Bundesrepublik begann als Antwort auf den Psychoboom die Therapiekritik. Ende der 1980er Jahre begann Hans Bude (1988) zusammen mit Enno Schmitz (1989) eine erste kritische Reflexion der Beratung und zwar sowohl der psychosozialen als auch der supervisorischen Formate, die sie in der Zeitschrift für Pädagogik und im Suhrkamp Band - weder Sozialtechnologie noch Aufklärung - einer systematischen wissenschaftlichen Kritik unterzogen und auf deren Trivialisierung aufmerksam machten. 2011 publizierten die Historiker*innen, zu denen auch Maik Tändler gehört, dann eine weitere massive Kritik, mit der Intention Beratung als letztlich gouvernementales und gleichzeitig triviales Format zu werten - und zwar unabhängig von kontraktuellen, ethischen und rechtsstaatlichen Grundlagen. Das was Belardi durchaus lesenswert

zum Allerweltscoaching schreibt, dürfte der Tendenz insbesondere der Semiprofessionen entsprechen, anstelle von, am Leitbild der Professionen ausgerichteten Qualifizierungen, Weiterbildungszertifikate zu sammeln.

Die Problematik der Trivialisierung und Gouvernamentalität - Beratung als Mittel der Regierung - trifft nun auch die seit Gründung der DGSV immer wieder zentrale Frage, ob externes oder internes Coaching das sinnvollere Format sei und inwieweit Feldkompetenz eine nötige und sinnvolle Voraussetzung für die Ausübung von Supervision sei. Dieses Kapitel umfasst nur 12 Seiten, ist aber berufspolitisch von höchster Relevanz. Zum einen: die Auseinandersetzung um interne oder externe Supervision stammt aus den 1960er Jahren, der Phase, in der es um die Demokratisierung des Sozialwesens in der Bundesrepublik Deutschland ging. Externe Supervision sollte gewährleisten, dass demokratische Wissenssysteme in die vom Nationalsozialismus infizierte normalistische Praxis einfließen. Externe Supervision sollte zu einer Habitustransformation der Sozialarbeiter*innen beitragen. Diese Funktion von Supervision als Teil des inneren Reformprozesses der Bundesrepublik und die Bevorzugung des Formates externer Supervision hat sich heute erledigt. Für die Professionalisierung der Supervision wäre das Format interner Supervision wünschenswert und wichtig, so wie es Nando Belardi auf S. 52 seines Buches am Beispiel eines Jugendamtes beschreibt. Viel spannender ist aber die Frage, wer wird dann interner Supervisor. Belardi weist auf einen Beitrag von Astrid Schreyögg im Coaching Magazin hin und nennt hier vor allem vom Berufsverband Deutscher Psychologen ausgebildete interne Coaches. Supervision wird danach von internen psychologischen Diensten ausgeübt. Für Soziale Arbeit und Pflege bedeutet diese Praxis in Kliniken und staatlichen Einrichtungen, z. B. Justizdienst, Schulpsychologie etc., dass eine Professionalisierung und ein sozialer Aufstieg von Sozialarbeiter*innen und Pflegekräften hin zur Berater*innen trotz Akademisierung nicht gelingen kann. Interne Supervisionsstellen blieben Psycholog*innen vorbehalten, deren grundständige Ausbildung maßgeblich für eine Stellenbewertung als Berater*in wäre. Sozialarbeiter*innen, Pflegekräfte und letztlich auch Sozialwissenschaftler*innen bliebe nur der Weg der Professionalisierung über externe Supervision. Insofern gewinnt die Ausbildung der Supervisor*innen und damit zusammenhängend die alte Debatte über Feldkompetenz versus Beratungskompetenz eine neue Bedeutung. War Beratungskompetenz in den 1960er und 1970er Jahren das

Plädoyer für eine Praxis angewandter Hermeneutik in den hierarchischen und bürokratischen Sozialorganisationen und für die Integration neuer humanistischer Wissenssysteme, Feldkompetenz dagegen das Plädoyer für eine Supervision, die auf Anleitung und Sicherstellung der Organisationsordnung abziele, so hat sich auch diese Frage verändert. Feldkompetenz wäre heute ein wichtiger Zugang zur Professionalisierung der Semiprofessionen ähnlich wie bei der Berufung von Professor*innen an Fachhochschulen, die Feldkompetenz für mindestens drei Jahre nachweisen müssen. Nando Belardi bleibt aber bei der alten Unterscheidung, wonach Feldkompetenz sich aus der Erfahrung begründet und Beratungskompetenz sich aus dem Problem der habituellen Ähnlichkeit begründet und Organisationen eben zur Reflexion einen habituell fremden Berater benötigen.

Weniger als Problem der externen versus internen Supervision, als vielmehr ein Problem fehlender Fallsupervision sowie als Dokument der Ausblutung der Jugendämter liest sich der Abschnitt Jugendamt und Supervision (S. 59 - 61). Belardi rezipiert hier solide und in rechtsstaatlicher Absicht rechtliche Grundlagen der Jugendämter sowie eine Studie von Klomann 2019 (S. 60) zum Umgang mit Kindeswohlgefährdung. Gleichzeitig ordnet er die rechtswissenschaftlichen Kommentare zum KJHG als Problem von Feld- versus Beratungskompetenz, obwohl sowohl die Kommentatoren als auch Klomann (2019) von Fallverläufen und Fallreflexion sprechen und damit ein in den meisten Supervisionsausbildungen vernachlässigtes Format thematisieren. Auch bei Nando Belardi fehlt ein Kapitel zur Fallsupervision als eigenständiges Format. Fallsupervision kommt auch nicht als Unterkapitel vor, vielmehr vollzieht der weitere Aufbau des Buches die berufspolitischen Diskurse und Ausrichtungen innerhalb der DGSv nach. So befasst sich das Kapitel drei mit dem Verhältnis von Psychotherapie und Fachberatung, die Kapitel vier bis sieben mit verschiedenen Dimensionen des Beratungsprozesses, der auf latente Aufträge, Verstrickungen und Komplizenschaften hinweist. Dieser Fokus ist jener, der Supervision vor allem als organisationsbezogen denkt, während die aufgeführten rechtlichen Kommentare diese als professionsbezogen entwerfen. Die Vernachlässigung der Fallsupervision legt dann auch eine Auseinandersetzung mit dem Verhältnis von Psychotherapie und Supervision nach, da Supervision dann offensichtlich als Psychohygiene für Mitarbeiter*innen gedacht wird. Diese Gewichtung auf Psychohygiene wird auch in Kapitel drei zum Verhältnis von „*Fachberatung und Psychotherapie*“ am Beispiel eines Kindergartens deut-

lich. Fachberatung gehe über den Kopf, es fehle etwas. Belardi fokussiert an einem Beispiel die Beziehungsanalyse und in diesem Zusammenhang ein psychoanalytisches Vorgehen wie die Arbeit an Übertragungen und Projektionen - und er landet bei der Mama (S. 66), denn die im Beispiel vorgestellte Leiterin eines Kindergartens erlebt zwei kritische Mütter der Kinder als die eigene fordernde Mutter. Der Autor zeigt zwar Unterschiede zwischen Therapie und Supervision auf (S. 63ff), dabei ist jedoch, und hier entsteht das Dilemma der Beratung als trivialisierte Therapie, dass das Format der Beratung immer ein weniger darstellt, ein weniger in die Tiefe gehen, Arbeit an der Übertragung im Sinne der Erarbeitung von Verhaltensstrategien und Handlungen, aber weniger Beziehungsanalyse und Verweis auf Psychotherapie (S. 68ff.). All dies bleibt aber im Kontext der Supervisor als Therapie. Belardi hätte die Supervision auch rollentheoretisch oder habitustheoretisch fundieren können. Woher nehmen Supervisor*innen eigentlich die Sicherheit, dass die Mutter die Ursache für die Regression und das aus der Rolle fallen der Kindergartenleiterin ist und hier keine „*Spiele der Distinktion*“ stattfinden. Spätestens seit Beginn der 1990er Jahre als Psychotherapeutinnen sich kritisch mit den geschlechtsbezogenen Wissenssystemen in der Psychotherapie befasst haben (vgl. Rhode-Dachser 1992) sollten Supervisor*innen kritisch aufhorchen, wenn Berufsprobleme als späte Fortsetzung der Mutterbeziehung dargestellt werden. Zu viel ist inzwischen zur Soziologie von Scham, Unterlegenheit und Distinktion verfasst worden. Gleichwohl ist das psychotherapeutische Hintergrundwissen des Verfassers ein wichtiger Fundus, wenn es um die Beschreibung von Klient*innensituation und fortgesetzt um Arbeitsbedingungen, der Alltag und die Milieus geht, Bedingungen unter denen soziale Arbeit heute stattfindet.

Das Kapitel vier umfasst lediglich fünf Seiten und bezieht sich vorwiegend auf das Phänomen der Organisationskultur einer Einrichtung für suchtkranke Menschen. Belardi arbeitet heraus, wie die Alltagskultur in der Einrichtung zu einem deutlichen Verschwinden von Professionalität führt. Gemeinsame Merkmale wie Prekarisierung der Lebenslage zwischen den Angehörigen der bescheidenen Berufe und den Klienten und Phänomenen, die Goffman der totalen Institution zurechnet wie Verunreinigung und ein Mangel an Ritualen des Respektes und der Distanz sowie schließlich und zwar von höchster Stelle praktizierte Bereicherung, indem der Leiter der Einrichtung sich selbst etwas verschaffen will, was für die Klienten gedacht ist, werden problematisiert. Es fehlt jedoch eine Insti-

tutionsanalyse, die die alltäglichen Mechanismen der Einrichtung soziologisch-sozialwissenschaftlich aufnimmt. Stattdessen wird wieder nur die Handlungsebene im Sinne der Beschreibung von Interventionen fokussiert. Wie man zu diesen Interventionen kommt, also welche diagnostischen Grundlagen hier relevant sind, wird wiederum einzig mit der Psychoanalyse begründet. Im Kern steht eine klinische Deutung der Organisation, dahingehend dass Professionelle sich unbewusst mit der Triebhaftigkeit und der Destruktivität ihrer Klienten identifizieren und ein Abwehrbündnis eingehen. Goffman hingegen hat die problematischen Phänomene vor allem der Verunreinigung und die Komplizenschaften in totalen Institutionen soziologisch beschrieben. Unverfügbarkeit, Gegenbemächtigungen, somatischer Protest sind hier soziologische Erklärungen, die die Psychoanalyse ergänzen und für die tätigen Supervisor*innen verstehende Zugänge außerhalb des klinischen Wissenssystems möglich machen.

Die Kapitel fünf, sechs und sieben zum Beratungsprozess und seinen Dimensionen sind wie die vorgängigen Kapitel auch an den Denk- und Vorgehensweisen der Psychoanalyse orientiert. Auch wenn Kontakt, Kontrakt und Arbeitsbündnis genannt werden, so sind Abschnitte zu geheimen Aufträgen, Korruption und Tabus doch Verweise auf latente und unbewusste Dimensionen des Supervisionsprozesses. Diese Perspektive auf Supervision als „*Hermeneutik des Verdachts*“ (Foucault) ist spätestens in den 1990er Jahren und zwar sowohl aus der Soziologie als auch aus der Psychoanalyse verändert worden. Organisationen haben im Sinne einer Anwendung des Luhmannschen Denkens rationale Probleme, die mit ihrer Komplexität, mit historisch gewachsenen und professionell bedingten unterschiedlichen Handlungsmaßstäben zu tun haben. Das wiederum bewirkt in Verbindung mit Konkurrenz und Streben nach Deutungsmacht, dass es zu erheblichen im Binnenraum von Organisationen nicht lösbaren Konflikten kommt und damit zur Supervision.

Auch das Kapitel 8 fokussiert erlernte familiäre Rollen und berufliches Handeln, Widerstand, szenisches Verstehen, systemisches Arbeiten etc. Es würde passen, wenn z.B. szenisches Verstehen auf die Reflexion von Fällen und die Fallbesprechung bezogen wäre. Dies bleibt jedoch unklar. Legt man die Erkenntnisse der Soziologie der 1990er Jahre, wie sie z. B. für das „*System Krankenhaus*“ (Badura, Feuerstein & Schott 1994) oder für die Jugendhilfe (Klatetzki 1993) entwickelt wurde, müsste der supervisorische Beratungsprozess sich neben den klinischen Deutungsmustern stärker an den Erkenntnissen eben dieser Forschung orientieren. Insofern passen dann Belardis Konzepte der Kapitel

neun und zehn, sich mit Schäden, Krisen, negativen Folgen der Supervision zu befassen. Allerdings gilt auch hier wieder, dass diese Kapitel sehr kurz, das Kapitel zehn zu kurz gehalten ist, da es nur zwei Seiten umfasst.

„*Tu dem Dir Anvertrauten nichts Schlechtes*“ - dieser von Brumlik 1993 in der „*advokatorischen Ethik*“ zitierte Satz zur Professionsethik gilt selbstverständlich als Minimum für die Supervision. Die Fehler, die Belardi nennt, beziehen sich empirisch auf explorative kleine Studien aus dem Umfeld der Zeitschrift „*Integrative Therapie*“. Weitere Forschung auch durch den Berufsverband DGSv ist nötig. Die Items und Nennungen wie Eitelkeit des Supervisors, Abwertung von Frauen legen Kritik am patriarchalischen charismatischen Professionsmodell nahe, zumal Belardi schreibt, dass die häufigsten Verletzungen der Professionsethik sich bei männlichen Supervisoren mit psychoanalytischem Hintergrund finden. Sehr kurz mit nur 1,5 Seiten ist ebenfalls das Kapitel zum Ende von Prozessen, wobei die Hälfte davon die Selbstreflexion des/der Berater*in betreffen und es eher um technische Hinweise zum Abschlussgespräch geht.

Das Kapitel 12 beschreibt die supervisorischen Settings, Einzel-Gruppen und Teamsupervision inklusive Coaching und Balintgruppe, wobei Fallsupervision als eigenständiges Format fehlt. Dieses Kapitel zeichnet sich durch ein deskriptives Vorgehen und nur sehr kurze Beschreibungen der Settings aus, die fast einem Lexikon der Supervision entstammen könnten. Diese klassischen Beschreibungen der Settings hätten ergänzt werden sollen, in dem z. B. die im ersten Kapitel skizzierten neuen Arbeitsbedingungen (New Work), die heute deutlich Themenstellungen, Rollendruck und Bedingungen der Supervision ausmachen, in das Kapitel aufgenommen werden.

Organisationskompetenz gehört zu den wichtigsten Schlüsselqualifikationen der Supervisor*innen und ist klinischen Denkweisen in der Supervision gegenübergestellt. Hier sind soziologische Theorien in der Tradition Max Webers zum zweckrationalen Handeln und den Prinzipien der Bürokratie, der Tradition Talcott Parsons zur Struktur und Funktion sowie zum rollenförmigen Handeln, in der Tradition von Niklas Luhmann zur Komplexität, Autopoiesis, Informationsverarbeitung und den Rationalitäten sozialer Systeme, die Basis. An zweiter Stelle stehen Wissenssysteme in der Tradition des klassischen wie neuen Institutionalismus, die die Dimension der Angstbindung (Gehlen), der Habitualisierung (Berger & Luckmann) und der Sozialisation im Sinne sozialer Ordnungen zum

Inhalt haben. Weiterhin gehören hierher Wissensbestände zum Verhältnis von Institution und Macht, eine Entwicklungslinie, die bei Goffman und seinen Analysen zur totalen Institution beginnt und heute vor allem das Thema Gouvernementalität und Formen der Macht in der Denktradition von Foucault umfasst. Die Beiträge der Verwaltungspsychologie (Bosetzky & Heinrich 1989), Organisationen als Spielball politischer Interessen zu sehen sind weitere nötige Wissensbestände. Insofern ist das nur neun Seiten umfassende Kapitel zur Organisation viel zu kurz und erschöpft sich in Bezug auf seinen Theorieteil in Andeutungen und Aufzählungen.

Beim Kapitel 14, Theorien und Methoden zeichnet Nando Belardi die Entwicklungslinie der theoretischen Fundierung der Supervision nach - vom klinischen Verfahren im Feld des Berufs, über die Dominanz der humanistischen Psychologie bis hin zu den gegenwärtigen Formaten TZI oder NLP (S. 160) und zitiert Ferdinand Buer, der davon spricht, dass sich jeder Supervisor seine Verfahren „zurechtschneidert“. Mit dieser problembezogenen Beschreibung hört der Problemaufriss zur mangelnden theoretischen Fundierung der Supervision auf und es geht weiter mit der Wirkungsforschung, die seit ca. 10 Jahren als Konzept eben auch aus der Psychotherapie in die Supervision übernommen wurde. Betrachtet man die Kritik, die der Verfasser zu Beginn seiner Einführung formuliert hat, neue Arbeitsbedingungen, Deprofessionalisierung der sozialen Dienstleistungsarbeit oder Prekarisierung der Beschäftigten, so verwundert es, dass seine Kritik an die Zuständen des Feldes keine Forderung nach einer sozialtheoretischen und arbeitswissenschaftlichen Fundierung der Supervision nach sich zieht. Die Mehrheit der Supervisor*innen dürfte immer noch im Subjektivismus verhaftet sein. Neben dem „Zurechtschneiden“ ist eine klinische Engführung der Supervision und ihre mangelnde sozialtheoretische Fundierung immer noch zu beklagen. Bis auf die Rezeption der Systemtheorie als Paradigma (Rappe-Giseke) und die psychologische Fundierung (Schreyögg) haben sich Vertreter*innen supervisorischer „Schulen“ theoretisch zurückgehalten. Weder die Ausbildungsinstitute noch Kommissionen in der DGSV waren bereit, sich auf eine Gesellschaftstheorie zu verständigen – jenseits des Psychologismus (Schreyögg) und des Flirts mit der Systemtheorie. Positionen, die sich auf eine anerkennungstheoretische Fundierung oder gar auf die Habermasche Theorie des Kommunikativen Handelns beziehen, werden vom Autor überhaupt nicht erwähnt. Neben regelmäßigen Publikationen zur Be-

deutung sowohl des verständigungsorientierten Handelns als auch der Anerkennungstheorie für die Supervision in der Zeitschrift Forum Supervision sei hier der interessante Entwurf von Stefan Busse (2010) erwähnt, Supervision im Rahmen der Theorie des kommunikativen Handelns zu entwerfen. Zu dieser Tendenz des Ausblendens einer Theorie der Supervision als Diskursmodell gehört auch der Widerspruch, einerseits eine beratungswissenschaftliche Fundamentalkritik, z. B. Tändler (2011, 2015) zu übernehmen und kritisch über den „Psychomarkt“ zu schreiben, zum anderen aber Positionen zu unterstützen, die den Status quo der Supervision als klinisches Format festschreiben und fortsetzen. Auf Seite 170 im Kapitel 15 wird es dann noch deutlicher. Nando Belardi outet sich als Kritiker einer Verwissenschaftlichung der Supervision. Dass Universitäten und Fachhochschulen seit den 1970er Jahren in die Ausbildung von Supervisor*innen eingestiegen sind, wird nicht als Teil einer Strategie der Professionalisierung der Beratung verstanden.

„Als Kenner und Leidtragender von bürokratisierten Hochschulen und der ‘sogenannten akademischen Selbstverwaltung’ habe ich Zweifel, ob ein Studiengang Supervision mit von Ministerien genehmigten Studien- und Prüfungsordnungen sowie wechselnden Lehrbeauftragten sinnvoll ist“ (Belardi 2020, S. 169f.).

Ein kleines freies Institut mit wenigen Lehrsupervisoren, die sich kennen und inhaltlich abstimmen sei besser (S. 170). Die vorgetragene Argumentation setzt sich fort in dem Vorschlag der Kooperation zwischen den „kleinen freien Instituten und Hochschulen“. Die berufspolitische Meinung, die der Verfasser hier vertritt, ist so einseitig und eng, dass sie kaum als logisch oder sinnvoll qualifiziert werden kann. Zum ersten ist die Stereotypisierung hier Hochschulen, gleich Bürokratie und Fremdheit, dort kleine freie Institute gleich Vertrautheit und Übersichtlichkeit unlogisch, wenn man berücksichtigt, dass Professionen nicht gemeinschaftlich ausgebildet werden können, sondern jede Profession sich hinsichtlich ihres Wissenssystems wissenschaftlich begründen muss. Supervisor*innen sollten zweitens, und das ist der größte Einwand gegen die „kleinen freien Institute“ nicht erzogen werden, sondern qualifiziert. Die Erziehung erwachsener Personen in teils recht autoritären und geschlossenen Gruppen, die als Persönlichkeitsbildung verzerrt wird, dürfte der größte Einwand gegen die Supervisor*innenenausbildung in kleinen freien Instituten sein. Im Kapitel 10 hat der Autor unter den negativen Folgen der Supervision vor allem narzisstische Attitüden und Überheblichkeiten genannt, allerdings

ohne das dringende Problem der Institutsausbildung wie völlig veraltetes Wissen und hohe personelle Abhängigkeiten in einen Zusammenhang mit einer problematischen Habitusentwicklung zu stellen.

Bei den Kapiteln 16 bis 19 zur Ausbildung, Marktentwicklung und Professionalisierung in Deutschland und Europa handelt es sich um teils sehr kurze Bestandsaufnahmen, die jedoch in die gleiche Richtung verweisen. Als eigenständige Profession ist das Projekt Supervision völlig offen. Das Dilemma der Institute, welches darin besteht, zum einen hoch vorqualifizierte Vollakademiker*innen mittleren Alters mit Berufs- und Leitungserfahrung für die Ausbildung gewinnen zu wollen, steht der Realität gegenüber, dass die Ausbildung zum Supervisor/zur Supervisorin oder zum Coach als Aufstiegsweiterbildung erfolgt. Sie wird zum einen von jüngeren Personen gewählt, zum anderen gezielt von jenen Semiprofessionellen aus der Pflege und der Sozialen Arbeit, die sich bessere Arbeitsbedingungen erhoffen. Auch Umsteiger aus Wirtschaft und Verwaltung mit wenig sozialwissenschaftlichen Vorkenntnissen und Beratungskompetenzen gehören zunehmend zum Bewerberkreis. Man kann daraus zwei Schlüsse ziehen. Zum einen lässt man diesen Bewerber*innenkreis zunächst Coaching oder Beratungsweiterbildungen durchlaufen mit dem Risiko unbeabsichtigt „*wilde Supervisor*innen*“ zu fördern, die andere Möglichkeit besteht tatsächlich in einer klassischen Professionalisierungsstrategie, also näher an den Staat zu rücken, wie andere Professionen dies auch tun. Die sich formierende Beratungskritik, die der Verfasser glücklicherweise zur Kenntnis nimmt, sollte Anlass sein mehr zu tun als den Ist-Stand zu verwalten. Auch die Beschreibung der Feldentwicklung -Supervision in der Schule, in der Pflege und weiteren Feldern zeigt das, was Nando Belardi eingangs für die Jugendhilfe zitiert hat: Professionen benötigen Reflexionsräume und sollten über ihre Fälle sprechen können. Das setzt aber voraus, dass die Dominanz der Gruppendynamik als zentrales Format aufhört und in ein angemessenes Verhältnis zur Fallsupervision gebracht wird. Fallsupervision ist derzeit zumeist klinisch akzentuiert, was wiederum heißt, dass sie zu wenig sozialwissenschaftlich bezogen und unterfüttert ist. Wesentliche Innovationen sind hier aus der Sozialen Arbeit gekommen, weder der Autor noch die ausbildenden Institute oder die DGSv haben dies je ausreichend zur Kenntnis genommen.

Insofern muss man die Kritik ab dem Kapitel 22 zurückgeben. Das was Supervisor*innen heute z. B. über Trauma, Gewalt und Gefährdung wissen müssen, also die äußere Realität,

die gesellschaftliche Entwicklung, wird in den Ausbildungen als nötiges Expertenwissen zu sehr ausgeblendet, wodurch ein ethisches und ein Wissensproblem entstanden ist.

Wie im gesamten Buch, so handelt es sich auch bei den Kapiteln 22 bis 24 um Kurzbeschreibungen und teilweise Einwürfe. Immer wieder zitiert der Verfasser Untersuchungen und empirische Forschungen, die Supervision begründen und die als Akquisitionswissen sicherlich hilfreich sind. Insgesamt bleibt „*Supervision und Coaching: für Soziale Arbeit, für Pflege, für Schule*“ aber hinter den zu Beginn vom Verfasser gesetzten Erwartungen als eine hervorragende Einführung zurück.

Literatur

- Badura, Bernhard; Feuerstein, Günter & Schott, Thomas (Hrsg.) (1994): System Krankenhaus. Arbeit, Technik und Patientenorientierung. In: Deutsches Ärzteblatt; 91 (11): A-713.
- Geuters, Ulfried (1984): Die Professionalisierung der deutschen Psychologie im Nationalsozialismus. Frankfurt am Main: Edition Suhrkamp.
- Gröning, Katharina (2012): Supervision: Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Gröning, Katharina (2016): Sozialwissenschaftlich fundierte Beratung in Pädagogik, Supervision und Sozialer Arbeit. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Klatetzki, Thomas (1993): Wissen was man tut. Professionalität als organisationskulturelles System; eine ethnografische Interpretation. Bielefeld: Böllert Verlag.
- Locket, Regine (1985, 2000): Erinnern und Durcharbeiten: Zur Geschichte der Psychoanalyse im Nationalsozialismus. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Maasen, Sabine; Elberfeld, Jens; Eitler, Pascale & Tändler, Maik (2011): Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen“ Siebzigern. Bielefeld: Transcript Verlag.
- Tändler, Maik (2015): Das therapeutische Jahrzehnt. Der Psychoboom in den siebziger Jahren. Göttingen: Wallstein Verlag.
- Nagel, Herbert & Seifert, Monika (Hrsg.) (1979): Inflation der Therapieformen. Gruppen- und Einzeltherapien in der klinischen Praxis. Berlin: Rowohlt Verlag.
- Rohde-Dachser, Christa (1992): Expedition in den dunklen Kontinent. Wiesbaden: Springer.

Katharina Gröning

Fallsupervision: Diskursgeschichte und Positionsbestimmung.

Eine Rezension

Althoff, Monika (2020): Fallsupervision: Diskursgeschichte und Positionsbestimmung. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Fallsupervisionen und Fallbesprechungen sind im Kontext sozialer Arbeit und im Gesundheitswesen seit mehr als 50 Jahren eigentlich Routine und gehören zum Selbstverständnis sowohl in der sozialen Arbeit als auch in der Supervision. In der Psychiatrie und in der Jugendhilfe sind Fallbesprechungen Pflichtaufgaben, allerdings werden diese zu meist als Dienstgespräch oder als kollegiale Beratung durchgeführt. Eine theoretische Fundierung in der Supervision hat bisher gefehlt. Im Kontext der Problemstellung ihrer Arbeit problematisiert die Verfasserin, dass die Fallsupervision auf den Homepages der Supervisor*innen zwar regelmäßig angeboten wird, dieses Format jedoch mittlerweile hinter den funktionalistischen und organisationsbezogenen Supervisionen, wie der Klärung der Berufsrolle, der Teamentwicklung und der Organisationsberatung zu verschwinden droht. Gleichzeitig werden Fälle komplexer und dauern an. Während also die sozialarbeiterische, sozialpädagogische sowie pflegerische, ärztliche und schulbezogene pädagogische Praxis einen deutlichen Bedarf an Fallsupervision aufweist, fehlt in der Supervision, so Althoff, eine systematische konzeptionelle Entwicklung zur Besprechung und Reflexion von Fällen. Unklar ist auch, in wie weit sich Fallsupervision von der kollegialen Beratung unterscheidet.

Die Marginalität der Fallreflexion im Selbstverständnis der Supervisor*innen, die fehlende konzeptionelle Entwicklung sowie die Rekonstruktion der Fallsupervision im Sinne des Professionsdiskurses unter den Supervisor*innen wird im vorliegenden Buch, welches als Dissertationsschrift an der Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld erfolgreich eingereicht wurde, aufgearbeitet. Eine zentrale Standortbestimmung

dabei ist die Entfaltung und Begründung der Fallsupervision aus der Geschichte und Theorie der Sozialen Arbeit heraus. Diese Standortbestimmung bedeutet sowohl eine Abgrenzung hin zu den therapeutischen und klinischen Verständnissen von Fällen, die in der Supervision eine lange Tradition haben, aber auch eine Abgrenzung zur wirtschaftswissenschaftlichen oder arbeits- und organisationspsychologischen Begründung, die in der psychosozialen bzw. pädagogischen Beratung und Supervision seit einiger Zeit eine beachtliche Zustimmung erfahren hat. Im erst genannten Konzept ist der Supervisor ein erfahrener Kliniker, meist Arzt oder Psychiater*in, im letztgenannten wird der Fall nicht als Fall, sondern als Spiegel der Organisation betrachtet und Rollenklärung oder Organisationsentwicklung fokussiert. Hier will die Verfasserin die Supervision quasi auf ihre professionellen Wurzeln in der sozialen Arbeit zurückführen. Wie dringend das ist, zeigen Berichte aus der Praxis, die Fallsupervision quasi hintenanstellen und Supervisionen vor allem als psychohygienischen Ort und Wellnessangebot betrachten.

Die Suche nach Rekonstruktion von Bezügen zwischen Fallverstehen und Fallarbeit in der Sozialen Arbeit und Fallsupervision kennzeichnet den Aufbau des Buches. Eine ausführliche und narrative Darstellung der Geschichte vor allem des Casework und seiner Pionierinnen lässt sich hier genauso finden wie eine Darstellung der Nachkriegsgeschichte und der Anfänge der Supervision in der Bundesrepublik.

Man gewinnt den Eindruck, als habe sich bereits in den 1950er Jahren, also mitten im kalten Krieg, eine Art hermeneutische Wende in der Konzipierung der Sozialen Arbeit platzieren können, deutlich vor der Epoche der inneren Reformen und vor allem aufbauend auf der Professionalisierung sozialer Arbeit. Allerdings gelten die Nachkriegszeit, die 1950er und 1960er Jahre bei vielen Pionierinnen der sozialen Arbeit als „*bleierne Zeit*“ (Frommann), auf die man mit Kritik und nicht mit Konzepten antworten muss. Dieser Aspekt fehlt in der Darstellung und ist gleichzeitig für die Supervision bedeutsam. Die erst heute zu Tage tretenden schweren Versäumnisse und gewaltförmigen Strukturen in der Sozialen Arbeit, in der Heimerziehung und der Umgang mit den Kriegswaisen können der Generation von Bang, Kamphuis und Caemmerer u.a. nicht unbekannt geblieben sein. Monika Althoff reklamiert eine Anerkennungsbeziehung zwischen Klient*in und Professionellem. Sie diskutiert Hilfe als Kulturleistung und vertritt eine handlungstheoretische Position. Die Krise des supervisorischen Projektes, die angenommene Verzichtbarkeit

einer externen moralischen Autorität in den Organisationen, die Supervision lange Zeit für sich in Anspruch nehmen konnte, bekommt durch die breite Darstellung von Althoffs Professionsbestimmungen noch einmal eine besondere appellative Kontur. Insofern kommt ihrer weiteren Argumentation zur Therapeutisierung und Ökonomisierung/Monetarisierung der sozialen Arbeit aus der Sicht der Supervision eine wichtige Bedeutung zu.

Das Buch enthält eine breite Rezeption des Diskurses zu relevanten Entwicklungslinien in der sozialen Arbeit, gleichzeitig hätte die Auseinandersetzung um die Fallsupervision mehr Kritik und sozialwissenschaftliche Positionsbestimmung vertragen können. Alles wird wertschätzend und eben auch eher deskriptiv nachgezeichnet.

Es gelingt der Verfasserin zudem herauszuarbeiten, dass die Fallsupervision sich von Beginn an durch einen klinischen Fokus ausgezeichnet hat. Ebenso formuliert sie den großen Konflikt zwischen Reflexion und Kontrolle in der Supervision. Die Entwicklung der Fallsupervision wird in Epochen diskutiert: Praxisberatung, Psychotherapiewende, Gruppendynamik, Organisationsberatung, Coaching. Das ärztliche Professionsmodell, die therapeutische Profession, hätten dabei zunächst Pate gestanden. Die Orientierung der Supervision an einem therapeutischen, nicht am wissenschaftlichen Professionstypus hat dabei die Entwicklung, die sich vor allem durch eine Distanz zur Sozialen Arbeit auszeichnet.

Weitere Kapitel des Buches widmen sich der Makrotheorie des kommunikativen Handelns und der Systemtheorie. Frau Althoff zeigt die Probleme auf, die eine rein „*luhmanianische*“ Sicht auf die Supervision nach sich zieht und plädiert dafür, das Diskursmodell von Habermas aus paradigmatischen Gründen für die Supervision zu Grunde zu legen. Folgerichtig kommt sie dann zur Bedeutung der Kritischen Theorie und ihren methodologischen Weiterentwicklungen. Mit Oevermann, Schütze und Rosenthal sowie Bourdieu wird ein sozialwissenschaftlich kritischer Horizont des Verstehens von Fällen eröffnet, der über die Beziehungsdynamik bzw. den „*Beziehungsraum*“ (Stemmer-Lück) hinausgeht, also über das, was Professionelle in ihrer Arbeit manifest wahrnehmen können und was nur noch psychologisch interpretiert werden muss. Die sozialwissenschaftliche Rahmung stellt eine beachtliche Weiterentwicklung der Fallbesprechung dar, weil sie sich mit den Dilemmata und latenten Zwängen des professionellen Handelns befasst.

Ausgehend von Aichhorn und seinem Fallverständnis sowie Bernfeld wird im vorliegenden Buch auch auf die psychoanalytische Pädagogik und ihre Bedeutung für die Fallsupervision Bezug genommen sowie auf die Ethnopschoanalyse und auf den Balintansatz. Die Balintarbeit gilt in der Fallsupervision immer noch als Königsweg des Verstehens. Orientiert am ärztlichen Professionsmodell bildet sie einen klassischen Zugang zum Verstehen von Fällen, indem sie das Erleben, Verstricken und Erkennen als subjektiven Prozess des Falleinbringers thematisiert. Diese Ansätze sind geeignet, einen emotionssoziologischen Beitrag zur Fallsupervision zu leisten ganz so, wie es Bourdieu in seinem Plädoyer zum Verstehen mit dem soziologischen Ohr oder Sieghard Neckel mit seinen Forschungen zu den Sozialgefühlen gefordert haben.

Monika Althoff hat ein lesenswertes und wichtiges Buch geschrieben. Sie erschafft durch das sorgfältige Zusammentragen vieler Quellen in einer Epoche von ca. 70 Jahren sowie zur Geschichte der Sozialen Arbeit neue Horizonte und einen umfassenden Zugang zum Fallverstehen. Zu beachten ist, dass sie die Fallsupervision als sozialwissenschaftlich fundierte Praxis vor allem in der Sozialen Arbeit verortet und eben nicht in der Psychiatrie. Im Verständnis sozialer Arbeit fließen Bürokratie, das Interesse von Professionen und entsprechende Eigendynamiken der Normalisierung, der bürokratischen Bearbeitung, der strukturellen Gewalt, in die Betrachtung von Fällen ein, das ist viel mehr als nur Beziehungsanalyse. Für Supervisor*innen und ebenfalls in der Supervisionsausbildung stellt das Buch einen Wissensfundus dar, der Fallbesprechungen in der Praxis von sozialer Arbeit und Klinik in einem tieferen Verständnis reflexiv macht. Es geht eben im Fall um mehr als um den Wiederholungszwang und die Beziehungsanalyse.

Christopher Maier-Sonnleitner

Supervision auf dem Prüfstand: Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.

Eine Rezension

Schigl, Brigitte; Höfner, Claudia; Artner, Noah A.; Eichinger, Katja; Hoch, Claudia B. & Petzold, Hilarion G. (2020): Supervision auf dem Prüfstand: Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. 2. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.

Supervision ist ein komplexes Beratungsformat zur Förderung der Qualität professionellen Handelns, das von hoher Nachfrage und, häufig diffuser, Heilserwartung geprägt ist. Dem steht ein weitreichendes Fehlen fundierter Forschungsergebnisse gegenüber, die beispielsweise die (positive wie negative) Wirkung von supervisorischen Prozessen bei Patient*innen oder Klient*innen untersuchen und belegen würden. Bereits in der 1. Auflage von „*Supervision auf dem Prüfstand*“ (Petzold et al. 2003) wurde attestiert, dass keine wissenschaftlich nachweisbaren Wirkungen für das Klientensystem auffindbar seien, Wirkung von Supervision für die Supervidierten aus wissenschaftlicher Sicht unspezifisch sei und keine Klarheit über Wirkfaktoren bestehe, dort wo Wirkung nachgewiesen werden konnte. Naheliegend wurde von den Autor*innen ein immenser Forschungsbedarf festgestellt.

Die aktuelle 2. Auflage widmet sich der Analyse supervisionswissenschaftlicher Forschung der Jahre 2003 bis 2016 und versteht sich als Feldrecherche durch Literaturanalyse.

Mit diesem zweiten Teil von „*Supervision auf dem Prüfstand*“ ist nicht nur eine Neuauflage von Teil 1 erschienen. Es wurde vielmehr eine neue und vertiefende Betrachtung der internationalen empirischen Supervisionsforschung vorgelegt, was durch die Ausweitung der Recherche auf Datenbanken möglich wurde, die in der Form für die erste Ausgabe

nicht zur Verfügung standen. Beide Bände gemeinsam bieten nunmehr einen literaturanalytischen Überblick über 30 Jahre Supervisionsforschung, im Sinne einer kritischen Betrachtung und metakritischen Problematisierung. Diente der erste Band der grundlegenden Bestandsaufnahme, die „*offensichtlich, klar und eindeutig einen eklatanten Mangel an Forschung in vielen supervisorischen und supervisionsrelevanten Bereichen*“ (Petzold et al. 2003, S.16) als Ergebnis attestieren musste, kann der nun vorliegende zweite Band als Nachfolgestudie einerseits auf dem damals angelegten Forschungsschema aufbauen und andererseits aktuelle Entwicklungen seit 2002 miteinbeziehen und thematisch berücksichtigen.

Das Buch gliedert sich in drei Teile: Teil I befasst sich mit einführenden Überlegungen zu Kontext, Wurzeln und Verständnis von Supervision und Supervisionsforschung. Teil II beschreibt als empirischer Teil u.a. Datenerhebung- und Analyse, stellt die Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Empirie dar, stellt die Designs, Forschungsmethoden und -instrumente vor und erläutert Schwierigkeiten und Limitationen beim Forschungsprozess. Teil III beinhaltet ausführliche und weitreichende Nachgedanken von Hilarion G. Petzold zum Forschungsbericht, insbesondere zum Themenbereich der Qualität/Qualitätsforschung und Evaluation als „*Muss*“ für die Supervision.

Dem Autorenteam ist es gelungen, durch Bearbeitung einer beeindruckenden Menge an internationalen Forschungsbeständen wissenschaftlich fundierte Antworten auf die für die 2. Auflage formulierte Forschungsfragen zu erheben:

1. Wie hat sich die internationale Supervisionsforschung seit 2003 entwickelt?
2. Welche Themengebiete sind wie prominent vertreten?
3. Wie ist der internationale Forschungsstand in Bezug auf die Untersuchung der Wirkung und Wirksamkeit von Supervision auf SupervisandInnen-, AuftraggeberInnen- und Klient*innensysteme?
4. Welche Untersuchungsdesigns wurden angewandt?

Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass zwar die Zahl an empirischen Studien zugenommen habe, jedoch keine Hauptströmungen und Forschungslinien erkennbar seien. Es werde hauptsächlich im klinischen und Gesundheitsbereich geforscht, andere Forschungsfelder seien stark unterrepräsentiert. Es scheint auch gerade die Abwesenheit von

Forschungsbemühungen in einzelnen Bereichen besonders aussagekräftig für die Supervisionsforschung zu sein: So wurde z.B. das Auftraggeber*innensystem in keinem Forschungsprojekt befragt. Auch Contracting, Auftragserstellung oder Diagnose des Auftrags wurde niemals erforscht.

Insgesamt stellen die Autor*innen zusammenfassend unter Anderem fest, dass Supervision von einer Evidenzbasierung entfernt und die wissenschaftliche Qualität aller Studien verbesserungswürdig seien. Sie konstatieren, dass *„die Wirksamkeit von Supervision generell nicht einheitlich beforscht werden kann“* (S. 200) und Forschungsergebnisse nicht zwischen den einzelnen Feldern übertragbar seien.

Die Autor*innen des zweiten Teils von *„Supervision auf dem Prüfstand“* leisten einen wichtigen Beitrag zur notwendigen systematischen Sichtung, Entwicklung und Verknüpfung der Supervisionsforschung und ermöglichen es so den Forschungscommunities, in ihren wissenschaftlichen Bemühungen auf einander Bezug zu nehmen.

Literatur

Petzold, Hilarion. G.; Schigl, Brigitte; Fischer, Martin & Höfner, Claudia (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Annemarie Bauer

Ganz normale Organisationen: Zur Soziologie des Holocaust.

Eine Rezension

Kühl, Stefan (2014): Ganz normale Organisationen: Zur Soziologie des Holocaust. Berlin: Suhrkamp.

Einbindungen in Organisationen – und ihre möglichen Folgen! Rezension eines Buches, das die „normalen“ Seiten von Organisationen in ihren destruktivsten Auswirkungen zeigt.

„Warum waren während der Zeit des Nationalsozialismus so viel Deutsche bereit, sich an der Vernichtung der europäischen Juden zu beteiligen?“ So der erste Satz im Klappentext eines Buches (2014) von Stefan Kühl, Soziologe an der Universität Bielefeld.

Seine Antwort: Das Funktionieren der Organisationen, die so funktioniert haben, wie alle anderen Organisationen auch!

Was sind - und wie funktionieren alle Organisationen?

Als Supervisoren gehen wir in unserem Denken und Beraten davon aus, dass Organisationen zwischen Personen und Institutionen und Gesellschaft stehen. Wir verstehen sie als die „Hinterbühne“ für das auf der „Vorderbühne“ aufgeführte Stück der Einzelpersonen und Teams, die wir in der Supervision treffen. Diese Hinterbühne ist zunächst wahrnehmbar durch ihre materiellen und dokumentarischen Bestandteile: Häuser, Finanzen, vertragliche Zugehörigkeit...und: wenn es gut läuft: durch Leitbilder, Handlungskonzepte, Kontrollen, Weiterentwicklungs- und Anpassungsveränderungen, Innovationen etc.

Aber auch Organisationen haben ihre „Hinterbühnen“, von denen aus ihre Aufführungen gesteuert werden: Organisationen selbst sind handlungsrelevante und handlungsbeauftragte Bestandteile von Institutionen, mit der Pflicht, deren - sich verändernde - Aufgaben in - sich verändernde - adäquate Formen umzusetzen. Also: Bildung (Institution) braucht

Organisationen: Kitas, Schulen, Universitäten... und ständige Anpassungs- und/oder Veränderungsprozesse, weil sich die Institutionen ändern, und diese ändern sich, weil Gesellschaften nicht statisch bleiben.

Inzwischen haben wir auch gelernt, unter die Oberflächen der Organisationen zu schauen, die „*Unterbühne*“ wahrzunehmen, nachzufragen oder wenigstens darüber nachzudenken, was sie denn hinter den offiziellen Darstellungen und Verlautbarungen sonst noch tun. Wir nennen das das „*Verborgene*“ oder - manchmal - das „*Unbewusste*“ der Organisationen.

Nun hat Stefan Kühl, Soziologe an der Universität Bielefeld, ein Buch vorgelegt, das einen ganz anderen Blick einnimmt: Der Holocaust fand in Organisationen statt. Natürlich fand er auch in der Gesellschaft statt, auch in der Geschichte und aus der Geschichte heraus, vor allem fand er unter Menschen statt, die man später als „*Opfer*“ und als „*Täter*“ bezeichnet - aber er fand auch und entscheidend und getragen in und durch Organisationen statt.

Seine These: „*Ganz normale Organisationen*“ - so heißt sein Buch - haben den Holocaust in seiner Handlungsdynamik gestützt, getragen, durchgesetzt und damit möglich gemacht, und das auch noch mit einer unglaublichen Präzision.

Von daher lohnt es sich, Kühls Argumentation zu folgen und an einer Stelle - nur eine von vielen möglichen - auf Supervision und Organisationsberatung zu übertragen.

Zentrale Merkmale für Organisationen - so Stefan Kühl nach Niklas Luhmann - sind: Mitgliedschaft, Zwecke und Hierarchien.

Mitgliedschaft: Alle Menschen in modernen Gesellschaften haben den Anspruch, zumindest theoretisch - Mitglieder einer Gesellschaft zu sein. Das ist bei Organisationen anders: Ein zentrales Merkmal von ihnen besteht darin, dass sie über den Eintritt und Austritt einer Person entscheiden können. Nicht der Wille der Person zählt, sondern die Organisation hat ihre Auswahl- und Ausgrenzungsmechanismen, warum auch immer sie sich für oder gegen eine Person entscheidet. Mitglieder in einer Organisation haben Regeln der Organisationen zu respektieren (oder so zu tun, also ob...).

Zweck: Moderne Gesellschaften sind im Gegensatz zu früheren Gesellschaften zurückhaltend, übergeordnete Zwecke zu vertreten, wie Religion, Freiheit, Kapitalismus - sie formulieren Werte der Gesellschaft eher vage und legen sich weniger fest.

Organisationen machen das sehr anders: Sie formulieren klare Zwecke: Sie verstehen sich als Dienstleister oder als Anbieter von Waren und Gütern, als Anbieter von Wissen, Gesundheit oder Sinn. Organisationen, die auf die Darstellung von Zwecken verzichten, sind unglaublich und ungreifbar.

Hierarchie: In modernen Gesellschaften, zumindest in demokratischen, verlieren Hierarchien an Bedeutung und auch gewählte, mit Macht ausgestattete Personen haben sich bestimmten Gesetzen und Regeln zu unterwerfen und werden entsprechend kontrolliert - und sogar sanktioniert.

Organisationen aber sind über Hierarchien strukturiert, wenn auch sehr unterschiedlich, in Hierarchien mit vielen Etappen und Stufen oder in eher „*flachen Hierarchien*“. Die Versuche der Rehierarchisierung im Sinne von totalen Hierarchien passen nicht gut in demokratische Gesellschaften, aber hierarchielose Organisationen sind dennoch eher Seltenheit und werden als nicht-funktional angesehen. Man versucht, mit Satzungen, Stellenbeschreibungen, Befugnissen und Begrenzungen diesen Spagat zwischen Hierarchiezwang und Hierarchielosigkeit zu meistern.

Die drei wichtigen Merkmale hängen zusammen: Vereinfacht gesagt wird der Zweck einer Organisation operationalisiert und differenziert, z.B. in Aufgabenfelder, für die dann Mitglieder gesucht und für diese Bereiche in unterschiedlichen hierarchischen Strukturen eingesetzt werden.

Der Kreislauf hat Folgen: Mitglieder werden durch die Organisation sozialisiert und mit der Mitgliedschaft belohnt. Sie arbeiten sich ein, aber nicht nur in die formalen Aufgaben, sondern auch in die Regeln und das Denken der Organisationen. Zugehörigkeit gibt es gutes Gefühl, und für wen das gute Gefühl in ein mulmiges umschlägt und er sich nicht mehr zugehörig fühlt oder als nicht zugehörig betrachtet wird, wird - manchmal schneller oder langsamer ausgegrenzt oder grenzt sich selbst aus. Organisationen handhaben das unterschiedlich: Es gibt Organisationen mit kleineren und mit größeren Freiräumen, mit

Untergruppen, unterschiedlichen Diskussionsräumen, Haltungen, Kulturen, aber alle Organisationen müssen einen gemeinsamen Konsenspunkt haben oder ihn, z.B. durch Veränderungen, erneut finden.

Mitglieder, sowohl gut identifizierte als auch Mitglieder mit inneren Distanzen und kritischem Blick, werden belohnt, ihre Aufgaben zuverlässig und kontrollierbar zu übernehmen:

Das geschieht auf folgenden Wegen: Geld fördert die Bindung an die Organisationen und kann dazu führen, sich trotz innerer Distanz und Kritik an der Organisation weiterhin zu binden. Das aber ist seinerseits an das Florieren der Organisationen gebunden. Statussymbole haben eine ähnliche Wirkung.

Zwang bzw. Androhung von Sanktionen zum Erhalt der Organisation hat eine lange Geschichte, gibt es aber heute auch noch, z.B. bei der Zwangsrekrutierungen zu unattraktiven oder gefährlichen Aufgaben. Der Nachteil ist die mangelnde Folgebereitschaft oder Identifikation: wer freiwillig in eine Organisation geht, kann austreten - oder man muss ihm zum Austreten „anleiten“, wer in die Mitgliedschaft einer Organisation gezwungen ist, kann nicht austreten - nur die Organisation selbst kann das durchsetzen.

Überzeugung oder Identifikation mit dem Zweck der Organisationen: Die Motivation wächst, wenn der Zweck der Organisation mit den Überzeugungen einer Person zusammenhängt. Man kann mit der Organisation besser die eigenen Interessen vertreten und ist sogar dazu bereit, wenn „Geld“ weniger Bedeutung erhält. Doch es gibt ein Paradox: Wenn sich Mitarbeiter mit dem Zweck der Organisation positiv verbunden fühlen, verliert die Organisation selbst an „Elastizität“ (Luhmann, zitiert nach Kühl 2011, S. 41): Ihre Aufgaben werden von den identifizierten Mitgliedern gern intensiv verteidigt und damit kann z.B. ein evtl. notwendiger Wandel verhindert werden.

Attraktive Tätigkeiten binden die Mitglieder, auch in der freiwilligen Mitgliedschaft. Die Organisation kann Geld sparen, wenn die Attraktivität hoch eingeschätzt wird, gleichzeitig bindet die Organisationen sich an die Mitglieder - ähnlich wie bei den „Überzeugungen“.

Kollegialität: Wir können auch von Gruppenprozessen in Organisationen sprechen. Gute Kollegialität kann eine leistungs- oder motivationsförderliche Wirkung, ebenso kann

schlechte Kollegialität eine reduzierende Wirkung haben. Sie kann auch einen kontrollierenden und sogar zwang-ausübenden Teil haben; Kolleg*innengruppen können sich auch gegen die Organisationen wenden oder erheben, z.B. in informellen Gruppen oder Cliques. Kollegialität kann Produktivität fördern, aber auch dämpfen, commitment fördern oder runterfahren, Fehler und Verfehlungen aufdecken oder verdecken.... Kollegialität ist, wenn auch von sehr vielen intervenierenden Variablen abhängig, ein mächtiges Instrument.

Nun zu Stefan Kühls Studie über die Rolle und Bedeutung der Organisationen im Holocaust!

Die beiden bekannten Studien: Christopher Browning „*Ganz normale Männer*“, (erschienen 1993 auf Deutsch) und Daniel Jonah Goldhagen „*Hitlers willige Vollstrecker*“ (erschienen 1996) haben ein bis dahin vergessenes Zwischenstück bekommen, das für Supervisor*innen und Organisationsberater*Innen Bedeutung haben wird:

Beide genannten Autoren haben wie auch Stefan Kühl selber das Hamburger Reserve-Polizeibataillon 101 zum Thema, das seit dem Juli 1942 Massenexekutionen im Generalgouvernement vornahm und dabei mindestens 38.000 Juden ermordete. Stefan Kühl verfolgt aber eine andere Spur als Browning und Goldhagen: die früheren Analysen haben sich mit den Persönlichkeiten der Täter auseinandergesetzt, Kühl lässt sich von der Organisationssoziologie leiten, weil - so seine Begründung - „*mehr als 99 Prozent aller Tötungen von Juden durch Mitglieder staatlicher Gewaltorganisationen durchgeführt wurden*“ (S. 22).

Die Zugehörigkeit zu eben diesem Bataillon war die entscheidende und notwendige Bedingung für die Beteiligung am Massenmord: Es gab Befehle und diese mussten ausgeführt werden. Man musste den Befehlen folgen - und dies sei ein wichtiges Merkmal von Organisationen: Die Folgebereitschaft. Und das geschieht - verkürzt gesagt - durch die Merkmale von allen Organisationen:

Identifikation mit dem Zweck, über Geld und Handlungsattraktivität, über Zwang - und diese Spur nehme ich jetzt auf: Kollegialität. In bestimmten Organisationen gibt es dafür einen anderen Begriff, einen eher männlich konnotierten, aber auch moralisch unterfüt-

terten Begriff: Kameradschaft - ein Begriff, der im Kontext der Polizei und der Wehrmacht - aber auch in zivilen Gesellschaften in bestimmten Organisationstypen, z.B. die Feuerwehr genutzt wird.

Ich kann in dieser Rezension nicht der großen Menge an organisationsanalytischen Überlegungen folgen - das Buch von Stefan Kühl ist äußerst ergiebig und materialreich: Ich will, wie angekündigt, vor allem auf Merkmal organisationsgebundener Merkmale - die „Kollegialität“ bzw. „Kameradschaft“ - fokussieren.

Ich wähle diesen Teil aus, weil Kollegialität und Loyalität in Organisationen ein hohes Gut ist und immer wieder verteidigt, geschützt und (auch moralisch) eingefordert wird.

Ein Beispiel: Eine geschlossene Wohngruppe für geistig behinderte Erwachsene und alte Menschen hat eine Mitarbeiterin entlassen wegen fortgesetzter Gewalt gegen Bewohner, vor allem psychischer Gewalt. Sie wurde fristlos entlassen. In der folgenden Supervisionssitzung war das dann das von Angst überdeckte Thema: Darf man eine Kollegin verpfeifen? Ich habe doch gar nichts gesehen! Darf ich Erzählungen von Kollegen trauen? Kann ich eine Anklage teambezogen überleben? Es war eine schwierige Sitzung, auch weil einige der unqualifizierten MitarbeiterInnen kognitiv relativ einfach sind, zudem einige mit sehr reduzierten Sprachkenntnissen ausgestattet sind.

Das Team hat eine neue Leitung bekommen, nachdem eine Leitung lange da und wahrscheinlich auch an „schwarzer Pädagogik“ beteiligt war. Dann kam eine junge Frau, die die MitarbeiterInnen wohl sehr autoritär behandelt hat - möglicherweise hat sie vieles gesehen und verändern wollen, aber MitarbeiterInnen haben sich gewehrt, was ihr Klientel nicht kann. Die dann neue Leitung hat die Thematik mutig aufgegriffen und damit Angst und Schrecken ausgelöst. Sie hat das Tabu der Kameradschaft, der Loyalität gebrochen und verlangt, dass unangemessenes Verhalten aufgedeckt, besprechbar gemacht und evtl. sanktioniert wird.

Doch weiter zu Stefan Kühl: „Kameradschaft“ (Kühl 2014, S. 147 ff.).

Viele Polizisten des genannten Bataillons erklärten nach dem 2. Weltkrieg, dass sie sich hätten entziehen können und nicht gezwungen waren, an Erschießungen teilzunehmen - trotzdem gab es immer genügend Polizisten, die sich beteiligten. Der genannte Grund war - möglicherweise auch aus verteidigungsstrategischen Gründen - nicht: weil sie von der

NS-Ideologie überzeugt gewesen seien, sondern weil es „*informal(en) Druck der Kameraden*“ (S. 147) gegeben habe. Kühl zitiert die bekannte Studie von Edward Shils und Morris Janowitz, die genau das als ein Hauptergebnis bereits 1948 herausgearbeitet haben. Selbst wenn man die These von der Lüge und der Distanzierung von der NS-Ideologie in Betracht zieht, ist eine wichtige Erkenntnis der Militärsoziologie, dass die Erwartungen an Kameradschaft große Bedeutung haben: Kameradschaft als Sonderform von Kollegialitätsnormen hängen offenbar eng mit Kampfbereitschaft zusammen.

Das Besondere an dieser Kombination liegt darin, dass Kollegialität allein auf der Rolle eines Menschen beruht, Kameradschaft aber darüber hinaus die Person anspricht und einfordert. Die Kameradschaft ist aber nicht nur eine Inkorporierung einer Kameradschaftsideologie (2014, S. 153), sondern ein notwendiges Mittel, die Überlebenschancen der Organisationsmitglieder in lebensbedrohlichen Situationen zu erhöhen. Und es ist noch mehr: Die Erwartungen an funktionierende und selbstverständliche Kameradschaftlichkeit generalisiert sich: sie wird zur Kultur, zu einem Bestandteil der Organisationskultur (S. 151). Organisationskulturen sind seltener durch formale Strukturen durchsetzbar, sehr viel häufiger handelt es sich um „*informale Erwartungen, die die Mitglieder im Schatten der formalen Struktur selbst entwickeln und durchsetzen*“ (S. 151) auf der informellen Ebene.

Im Anhang seines Buches gibt es ein Kapitel „*Zum soziologischen Zugang und zur empirischen Basis*“ (S. 327 - 347). Hier beschreibt Kühl seine Vorgehensweise genauer und skizziert dabei auch die Quellenlage zum Hamburger Reserve-Polizeibataillon 101, ohne freilich auf die Beschränkungen jener Quellengattung hinzuweisen, derer er sich genau wie Browning und Goldhagen, fast ausschließlich bedient: der Ermittlungsverfahren der Hamburger Staatsanwaltschaft gegen die Bataillonsangehörigen in den 1960er- und 1970er-Jahren. Da sich die Geschichtswissenschaft ebenso für diese Zeit interessiert, sei es „*angebracht, auf eine Neuigkeitsdramatisierung bei einer Soziologie des Holocaust [...] zu verzichten*“ (Kühl 2014, S. 329).

Das neue der soziologischen Analyse sei die Suche nach generalisierbaren Erklärungsansätzen und dazu gehöre auch die Einsicht, „*dass beim Holocaust nicht einfach nur Personen mit unterschiedlichen Motiven gehandelt haben, sondern dass diese ... in Organisationen auf eine Weise generalisiert wurden, dass sich Organisationsmitglieder bereit-erklärten, Handlungen durchzuführen, die sie außerhalb der Organisationen nicht durchgeführt hätten*“ (Kühl 2014, S. 330).

Man müsste nicht die Systemtheorie allein befragen, man könnte sich auch mit Parsons, Bourdieu, Giddens und Foucault beschäftigen (S. 330), notwendig aber sei der - so formuliere ich es (AB) - der mehr als psychologische Blick auf die „ganz normalen Männer“ wie auch auf die „ganz normalen Frauen“ (S. 331). Und da steht noch einiges an Forschung offen!

Es handelt es sich bei „Ganz normale Organisationen“ um ein bedeutendes Buch. Es zeigt, dass auch das „Dritte Reich“ eine Gesellschaft war, in der Sozialbeziehungen nicht im luftleeren Raum stattfanden, sondern durch Organisationen gerahmt, stabilisiert und durchsetzbar wurden. Es stellt sich für mich noch die Frage, woher dieses Wissen um die Macht der Organisationen, das ja offenbar ein implizites Wissen ist, ein Wissen aus Erfahrungen, nicht reflektierten Selbstverständlichkeitsvorstellungen, wie Organisationen „gehen“ - kommt und was es mit anderen Kulturen zu tun hat, z.B. mit autoritären Strukturen und Haltungen.

In eigener Sache: Eine kurze Anmerkung zu meinem Fallbeispiel aus der Behinderten-Wohngruppe: es mag als anmaßend bewertet werden können: Holocaust mit dem - trotz allem - behüteten Leben von behinderten Menschen zu vergleichen. Darum geht es mir nicht. Mir geht es darum, dass wir für die systemischen Gefahren von Kollegialität, Kameradschaft, Teamzusammenhalt...sensibilisiert werden.

Literatur

- Browning, Christopher R. (Erstveröff.1992, auf Deutsch 1994): Ganz normale Männer: Das Reserve-Polizeibataillon 101 und die „Endlösung“ in Polen. Reinbek: Rowohlt.
- Goldhagen, Daniel Jonah (1996): Hitlers willige Vollstrecker. Ganz gewöhnliche Deutsche und der Holocaust. Berlin: Siedler.
- Gruber, Alexander & Kühl, Stefan (2015): Autoritätsakzeptanz und Folgebereitschaft in Organisationen. Zur Beteiligung der Mitglieder des Reserve-Polizeibataillons 101 am Holocaust. In: dies. (Hrsg.): Soziologische Analysen des Holocaust. Jenseits der Debatte über „ganz normale Männer“ und „ganz normale Deutsche“. Wiesbaden: Springer VS, S. 7 - 28.
- Kühl, Stefan (2011): Organisationen. Eine sehr kurze Einführung, Wiesbaden: Springer VS.

Veranstaltungshinweis



**JETZT IM
ONLINE-
FORMAT**

**SCHÖPFERISCHES UNBEHAGEN
COACHINGFORSCHUNG UND
COACHINGPRAXIS IM KRITISCHEN DIALOG**

11. Kongress für psychodynamisches Coaching

19. - 20. FEBRUAR 2021
ORT: ONLINE

WWW.INSCAPE-INTERNATIONAL.DE

TAGUNGSDIEE

Coachingforscher*innen als auch Expert*innen der Coachingpraxis versichern sich häufig ihrer wechselseitigen Bedeutsamkeit und Relevanz. Doch unter der Wasseroberfläche brodelt es:

Nehmen die Praktiker*innen den wachsenden „body of knowledge“ in der Forschung überhaupt zur Kenntnis? Oder ist es aus der Perspektive von Praktikern nicht viel mehr so, dass Forschung und die daraus resultierenden Publikationen weder inspirieren, noch informieren noch instruieren? Auf der anderen Seite schütteln Wissenschaftler den Kopf darüber, was in der Praxis ohne empirische Überprüfung verkauft, gekauft und durchgeführt wird, ohne dass es empirische Wirksamkeitsnachweise gibt?

Die Bemühungen der Wissenschaft, dem Format Coaching eine evidenzbasierte Basis zu schaffen und den Vorwürfen Paroli zu bieten, Coaching sei nur eine Modeerscheinung, tragen Früchte, so dass Konsens darüber herrscht, dass Coaching wirkt. Dies ist mittlerweile auch metaanalytisch in sieben

Studien bestätigt worden. Aber sind Wissenschaftler*innen nicht primär an Praktiker*innen interessiert, um sie als Stichprobe für ihre Fragestellungen und Untersuchungen zu gewinnen, statt sie als wirkliche Dialogpartner zu verstehen?

Der Kongress soll helfen, die Gräben zwischen Wissenschaft und Praxis, die durch ihre jeweiligen Eigenlogiken begründbar sind, zu überwinden. Vor dem Hintergrund des ambivalenten Verhältnisses zwischen den beiden „Welten“ wollen wir konkrete Möglichkeiten identifizieren, auf ein tragfähigeres Arbeitsbündnis zwischen Coachingpraxis und -forschung hinzuarbeiten.

Forscher*innen stellen ihre Ergebnisse vor und geben einen Überblick über die wissenschaftliche Publikationslandschaft zum Stand der Coachingforschung. In den Workshops werden die Resultate auf das konkrete Coachinghandeln übertragen. Dieser Praxistransfer wird im Tandem aus Forschenden und Praktikern erarbeitet.



PROGRAMM / FREITAG - 19.02.2021

AB 17.00 UHR

ANMELDUNG ZUM COACHING-KONGRESS

18.00 - 18.30 UHR

BEGRÜSSUNG / GRUSSWORTE

Grußwort der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv)

POSITIONIERUNGEN ZUR TAGUNGSTHEMATIK:

Prof. Dr. Heidi Möller, Universität Kassel

Dr. Ullrich Beumer, inscape, Köln

18.30 - 20.00 UHR

PROZESSE IM COACHING: WAS WIR WISSEN UND
WAS WIR ERFORSCHEN (WOLLEN).

Öffentlicher Vortrag

Referentin: Prof. Dr. Simone Kauffeld, TU Braunschweig

Moderation: Prof. Dr. Heidi Möller, Kassel

ANSCHLIESSEND

OPEN SPACE



PROGRAMM / SAMSTAG - 20.02.2021

08.15 - 09.15 UHR

SOCIAL DREAMING

Hosts: Anna Frank, Zwingenberg
Dr. Celina Rodriguez Drescher, Frankfurt a.M.

09.30 - 10.30 UHR

NICHTS IST SO PRAKTISCH WIE EINE GUTE THEORIE -
GRUNDLAGEN- UND ANWENDUNGSFORSCHUNG IM DIALOG?

Vortrag

Referentin: Prof. Dr. Eva Jonas, Universität Salzburg
Moderation: Dr. Ullrich Beumer, Köln

10.30 UHR

KAFFEEPAUSE

11.00 - 12.30 UHR

Workshops

1. UNERWÜNSCHTE NEBENWIRKUNGEN VON BUSINESS-
COACHING UND SELBSTFÜRSORGE FÜR COACHES.

Leitung: Prof. Dr. Thomas Giernalczyk, München
Prof. Dr. Carsten Schermuly, Berlin

2. WAS WEISS DIE FORSCHUNG ÜBER DIE VERBESSERUNG
DER ARBEITSBEZIEHUNG IM COACHING?

Leitung: Dr. Carolin Graßmann, Berlin
Prof. Dr. Heidi Möller, Kassel

3. DIAGNOSTIK UND ANDERE WIRKFAKTOREN IM
COACHINGPROZESS

Leitung: Prof. Dr. Silja Kotte, Frankfurt a.M.
Dr. Ullrich Beumer, Köln

4. TRANSITIONEN IM COACHING

Leitung: Prof. Dr. Simone Kauffeld, Braunschweig
Katja Pleterski, Stuttgart

5. ZWISCHEN SICHERHEITS- UND WACHSTUMSORIENTIERUNG
COACHING-ERFOLG DURCH REGULATORISCHE PASSUNG

Leitung: Prof. Dr. Eva Jonas, Salzburg
Isabell Braumandl, Regensburg

4

12.30 UHR MITTAGESSEN

13.30 TRANSFERGRUPPEN

Leitung: verschiedene Moderator*innen:

14.30 UHR KAFFEPAUSE

15.00 - 16.00 UHR UNERWÜNSCHTE NEBENWIRKUNGEN VON BUSINESS-COACHING FÜR KLIENTEN - URSACHEN UND PRÄVENTIONSANSÄTZE

Dialogvortrag

Referent: Prof. Dr. Carsten Schermuly, Berlin
Moderation: Prof. Dr. Silja Kotte, Frankfurt a.M.

16.00 - 16.55 UHR DIE KONTEXTUELLE EINBETTUNG VON COACHING: STAND DER FORSCHUNG UND AUSBLICK

Abschlussstatement

Referentin: Prof. Dr. Silja Kotte, Frankfurt a.M.
Moderation: Prof. Dr. Heidi Möller, Kassel

16.55 UHR VERABSCHIEDUNG UND ENDE DES KONGRESSES

Und als ergänzendes Angebot für Interessenten am Freitag, den 19. 02. 2021:

«COACHING-ZONE - ONLINE»

Als Auftakt zum Coaching-Kongress wird für Interessierte traditionell am Freitag vor dem abendlichen Beginn des Kongresses eine Coaching-Zone mit öffentlichen Live-Coachings mit psychoanalytisch inspirierten Coaches angeboten.

Im Rahmen der Coaching-Zone besteht Gelegenheit zu individuellem Coaching bei erfahrenen (Lehr-) Coaches. Außerdem wird gemeinsam über die Coaching-Sitzungen reflektiert.

Die Coachingsitzungen werden von den anderen Teilnehmern (max. 4. - 6) beobachtet.

Leitung: Dr. Karin Herrmann
Gesondertes Programm, Anfragen und Anmeldungen:
Gabriele.Beumer@inscape-international.de

DIE VERANSTALTER*INNEN

DR. ULLRICH BEUMER

Dipl. Pädagoge, Coach/Supervisor (DGSv) und Organisationsberater, Mitglied ISPSO, Inhaber und Geschäftsführer inscape gGmbH Köln, Gastwissenschaftler am Sigmund-Freud-Institut Frankfurt a.M., Köln.

PROF. DR. HEIDI MÖLLER

Studium der Psychologie, Philosophie und Soziologie, Universität Münster und Bochum, Psychoanalytikerin, Organisationsberaterin, Supervisorin (DGSv), Coach, Universität Kassel, Lehrgebiet: „Theorie und Methodik der Beratung“, Kassel.

REFERENTEN UND WORKSHOPLEITER*INNEN

ISABELL BRAUMANDL

Dipl. Psychologin, Dipl.Ökonomin, Sportpsychologin (BDP e.V.), Inhaberin/ Geschäftsführung des Coaching- & Beratungs-Centrums Regensburg (CoBeCe) Coach & Coaching-Konzept-Entwicklerin mit angewandter Coachingforschung u.a. in Kooperation mit der Universität Salzburg, Dozentin/Lehrbeauftragte u.a. TU Braunschweig, SRH Berlin.

PAUL FORTMEIER

Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching (DGSv), Supervisor und Coach DGSv, Trainer für Gruppendynamik DGGO, Organisationsberater, Köln.

ANNA FRANK

Dipl.-Psychologin, Psychoanalytikerin (DGPT), Coach/Supervisorin (DGSv) und Organisationsberaterin, Mitglied der ISPSO, Zwingenberg.

PROF. DR. THOMAS GIERNALCZYK

Dipl.-Psychologe, Psychoanalytiker, Coach und Organisationsberater. Geschäftsführender Gesellschafter von M19-Manufaktur für Organisationsberatung GmbH und Mitbegründer von

IPOM - Institut für Psychodynamische Organisationsberatung, München.

DR. CAROLIN GRASSMANN

Studium der Psychologie mit Schwerpunkt Organisationsberatung und Wirtschaftspsychologie, Ruhr-Universität Bochum, Coach und Trainerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin SRH Berlin University of Applied Sciences.

UNIV.-PROF. DR. EVA JONAS

Dipl. Psych., Dipl. Volksw., Leiterin der Abteilung Sozialpsychologie am Fachbereich Psychologie, Universität Salzburg; Leiterin postgraduierter Studiengänge, Coach/Supervisorin ÖVS, Salzburg.

PROF. DR. SIMONE KAUFFELD

Dipl.Psychologin, Studium der Betriebswirtschaftslehre, Professorin für Arbeits-, Organisations- und Sozialpsychologie an der TU Braunschweig, Gesellschafterin „Prof. Dr. KAUFFELD & LORENZO“, Coaching von Promovierenden, Graduiertenakademie Grad.tubs, Braunschweig.

PROF. DR. SILJA KOTTE

Dipl.-Psych., Coach/Supervisorin DGSv, Professorin für Wirtschaftspsychologie

an der HMKW Hochschule für Medien, Kommunikation und Wirtschaft, Wissenschaftliche Leiterin des Lehrgangs und M.Sc. „Supervision und Coaching“, Schloss Hofen/ FH Vorarlberg, Frankfurt a.M..

KATJA PLETERSKI

Diplom-Psychologin, Geschäftsführende Gesellschafterin Contrapunkt Consult GmbH, Systemisches Führungskräfte- und Team-Coaching in eigener Praxis, Stuttgart.

DR. CELINA RODRIGUEZ DRESCHER

M.A., Psychologin (ISPSO, GWS) im Netzwerk Transfer Consulting, Organisationsentwicklung, Coaching, Beratung, Kooperationspartnerin inscapegroup, Frankfurt a.M..

PROF. DR. CARSTEN SCHERMULY

Dipl. Psychologe, Professor für Wirtschaftspsychologie, Executive Board, Vice President Research and Transfer, SRH Berlin University of Applied Sciences, Berlin.

MODERATION UND TRANSFERGRUPPENLEITUNG

SILKE FACILIDES

Strategy Director in der Kreativagentur Grabarz & Partner in Hamburg und selbstständig tätig als Beraterin und Coach, Mitglied der Account Planning Group; bei inscape mitverantwortlich für die Fortbildung „Generative Organisationsberatung und Leadership“.

EDELTRUD FREITAG-BECKER

Beraterin für Organisationsentwicklung, Supervisorin (DGSv), Coach und Traineein, Board inscape, Köln/Essen.

DR. KARIN HERRMANN

Coach und Supervisorin (DGSv), Dozentin und Seminarleiterin, selbstständig tätig in Stuttgart; bei inscape mitverantwortlich für die Weiterbildung „Supervision für Coaches“.

DENISE HINN

M.Sc., Schwerpunkt Wirtschaft, Psychologie und Management, Wissenschaftliche Mitarbeiterin Arbeitsgruppe: Theorie und Methodik der Beratung, Universität Kassel.

DR. MATHIAS LOHMER

Dipl.-Psych., Psychoanalytiker (DPV), Berater und Gesellschafter der M19-Manufaktur für Organisationsberatung GmbH, Mitgründer des Instituts für Psychodynamische Organisationsberatung München (IPOM), selbstständiger Supervisor, Psychotherapeut, Organisationsberater und Coach, München.

GERD MEYER-SCHLEE

Dipl. Psychologe, Aus- und Weiterbildungen in Coaching-, Therapie- und Trainingsverfahren, Systemischer Organisationsberater (IGST); Kooperationspartner inscapegroup, Darmstadt.

ALESSA MÜLLER

M.Sc., Wissenschaftliche Mitarbeiterin Arbeitsgruppe: Theorie und Methodik der Beratung, Universität Kassel.

DR. MICHAEL SCHERF

Dipl. Soziologe, Organisationsberatung, Coaching, Prozessbegleitung, wissenschaftlicher Mitarbeiter, Arbeitsgruppe: Theorie und Methodik der Beratung, Lehrteam COS, Universität Kassel.

VERANSTALTER

inscape

inscape gGmbH, Fortbildung, Coaching,
Organisationsberatung, Köln

**U N I K A S S E L
V E R S I T Ä T**

Universität Kassel

S F I Sigmund-Freud
Institut

Sigmund-Freud-Institut,
Frankfurt am Main

In Zusammenarbeit mit:

Deutsche Gesellschaft für Supervision
und Coaching (DGSv) e.V., Köln

TAGUNGSMANAGEMENT

Gabriele Beumer, inscape gGmbH Köln
Denise Hinn, Universität Kassel

ANMELDUNG

inscape gGmbH
Gabriele Beumer
Riehler Straße 23
50668 Köln

Tel.: +49-221-56 07 60 8

Fax: +49-221-96 59 85 83

e-Mail:

Gabriele.Beumer@inscape-international.de

TEILNAHMEGEBÜHREN

Frühbucherrabatt:

Bei Anmeldung bis zum 15. 12. 2020:

Teilnahme Coaching-Kongress

200,00 €*

Teilnahme Coaching-Kongress

für DGSv-Mitglieder

180,00 *

Teilnahmegebühr nach dem 15. 12. 2020

Teilnahme Coaching-Kongress

220,00 €*

Teilnahme Coaching-Kongress

für DGSv-Mitglieder

200,00 €*

Teilnahmebeiträge für Vollzeitstudierende

im Erststudium:

50,00 €*

***DEM ONLINE-FORMAT ANGEPASST**

WWW.INSCAPE-INTERNATIONAL.DE





**„Schöpferisches Unbehagen“
11. Kongress für psychodynamisches Coaching im online-Format
19. – 20. Februar 2021
Anmeldung**

Hiermit melde ich mich verbindlich zur oben genannten Tagung an:

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

E-mail: _____

Beruf/Tätigkeit: _____

Wegen des online-formats angepasste Teilnahmegebühren:

Frühbucherrabatt:

Bei Anmeldung bis zum 15. 12. 2020:

- Teilnahme Coaching-Kongress 200,00 €
- Teilnahme Coaching-Kongress für DGSv-Mitglieder 180,00 €

Teilnahmegebühr nach dem 15. 12. 2020

- Teilnahme Coaching-Kongress 220,00 €
- Teilnahme Coaching-Kongress für DGSv-Mitglieder 200,00 €
- Teilnahmebeiträge für Vollzeitstudierende im Erststudium: 50,00 €

Den Gesamtbetrag in Höhe von insgesamt _____ € überweise ich nach Erhalt der Rechnung.
Es gelten die Allgemeinen Geschäftsbedingungen der inscape gGmbH. (<https://inscape-international.de/agb>)
Ich bin mit der Veröffentlichung meines Namens auf der Teilnehmerliste einverstanden.

Mit dieser Anmeldung nehmen wir Sie in unseren Emailverteiler auf. Bitte senden Sie uns eine E-Mail an info@inscape-international.de, wenn die dem Erhalt unserer Neuigkeiten nicht zustimmen.

Datum

Unterschrift

inscape gGmbH, Riehler Straße 23, 50668 Köln, Tel.: 0221-5607608, Fax: 0221-96598583
e-Mail: Gabriele.Beumer@inscape-international.de

Flyer zum Start des 8. Kurses des Masterstudien- gangs „Supervision und Beratung“



Master of Arts in Supervision & Beratung

Sie möchten Supervisorin oder Supervisor werden in einem von der „**Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching**“ (DGSv) anerkannten Studiengang und zudem den akademischen Grad „**Master of Arts**“ erwerben?

Die **Universität Bielefeld** bietet seit 10 Jahren in Kooperation mit dem **Zentrum für wissenschaftliche Weiterbildung an der Universität Bielefeld e.V. (ZWW)** einen weiterbildenden Masterstudiengang „Supervision und Beratung“ an. Der Masterstudiengang ist berufsbegleitend als Teilzeitstudium mit Präsenz- und Selbststudienelementen angelegt und dauert 3 Jahre (6 Semester). Er umfasst 11 Kompaktseminare von jeweils 4 Tagen sowie ein 2-tägiges Abschlusskolloquium. Die Absolventinnen und Absolventen erwerben die Berechtigung der Mitgliedschaft in der „Deutschen Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V.“ (DGSv). Das Studienangebot orientiert sich an den Vorgaben der DGSv und interdisziplinären beratungswissenschaftlichen Standards. Es wird der Abschlussgrad „Master of Arts“ vergeben, der international anerkannt ist und zur Promotion berechtigt.

1. Wichtige Informationen zum Studiengang

Der Studiengang beginnt im **April 2021**. Durch Corona bedingt finden die ersten beiden Kompaktveranstaltungen per Zoom statt. Für den Termin im Herbst rechnen wir damit, dass die Kompaktseminare wieder präsent stattfinden können. Die Termine für 2021 sind:

- Die **1. Kompaktveranstaltung**: Donnerstag, den **29.04.** bis Sonntag, den **02.05.2021**.
- Die **2. Kompaktveranstaltung**: Donnerstag, den **03.06.** bis Sonntag, den **06.06.2021**
- Die **3. Kompaktveranstaltung**: Donnerstag, den **30.09.** bis Sonntag, den **03.10.2021**
(alle weiteren Termine senden wir Ihnen gerne als Datei zu)

Wichtig: Es bieten sich verschiedene Möglichkeiten der flexiblen Finanzierung, auf die Sie uns gerne ansprechen dürfen.

Wichtig: Bei Überschreitung der Regelstudienzeit fallen keine weiteren Studiengebühren an! Es entsteht Ihnen lediglich ein kleiner finanzieller Mehraufwand von ca. 100,- € (einmalige Gasthörergebühr).

Wir beraten Sie gerne zu allen Fragen rund um das Studium. Sprechen Sie uns an!

Katharina Gröning (Studiengangsleitung)
katharina.groening@uni-bielefeld.de oder 0521/106-3140

Hans-Peter Griewatz (Studiengangskoordinator)
hans-peter.griewatz@uni-bielefeld.de oder 0151/23692227

Ilona Kröger (Studiengangsverwaltung)
Master.supervision@uni-bielefeld.de oder 0521/106-2625 oder 106-4538

2. Verschiedene Studienmodelle

Der Workload des Studiums beträgt insgesamt 120 Leistungspunkte (LP), d.h. pro Semester 20 LP. Insgesamt gibt es vier Wege zum/zur DGSv-anerkannten Supervisor/Supervisorin, die an unterschiedliche Voraussetzungen geknüpft sind.

Studium von 120 LP (12.600,- €): Voraussetzungen sind ein abgeschlossenes Bachelorstudium, mindestens 300 Stunden Fortbildung, 30 erhaltene Supervisionen in verschiedenen Settings sowie mindestens eine dreijährige Berufstätigkeit. Studiert werden alle Elemente des Studiengangs. Der Abschluss ist der akademische Grad eines „Master of Arts“.

Studium von 80 LP (9.900,- €): Voraussetzungen sind wie im Studium von 120 LP. Zusätzlich ist eine Fortbildung von mindestens 700 Stunden (z.B. Therapieausbildung, gruppenspezifische oder –analytische Weiterbildung etc.) nachzuweisen, die zu einer Anerkennung von 40 LP führt. Der Abschluss ist der akademische Grad eines „Master of Arts“.

Studium von 60 LP (5.700,- €): Voraussetzung ist ein Bachelorabschluss und eine DGSv- anerkannte Supervisionsweiterbildung. Studiert werden die Teile, die zum Erwerb des akademischen Grades „Master of Arts“ führen.

Modulweises Studium (10.750,- €): Voraussetzung ist die Fachhochschulreife, die zu der Aufnahme eines Bachelorstudiums berechtigt. Das modulweise Studium geht über 5 Semester und beinhaltet alle Elemente des Studiengangs mit Ausnahme der Masterthesis und des Abschlusskolloquiums.

3. Inhalte des Studiums

Basismodul 1 (1. Semester): vermittelt den Studierenden theoretische, methodische und reflexive Basiskompetenzen und ermöglicht ihnen erste Schritte zum Rollenlernen der Supervisions- und Beratungsrolle.

Basismodul 2 (2. Semester): vermittelt vertiefte Erkenntnisse über sozialpsychologische, sozialwissenschaftlich fundierte und psychoanalytische Wissensbestände zum Verstehen von Interaktionsprozessen in der Einzelsupervision.

Profilmodul 1 (3. Semester): vermittelt Erkenntnisse, um sich reflexiv mit ihren Supervisionsprozessen auseinanderzusetzen, das Beziehungsgeschehen in der Supervision vor dem Hintergrund von Biografie und Institution zu verstehen und professionelle Beziehungen über die Phasen des Supervisionsprozesses zu gestalten. In diesem Modul werden die Studierenden zudem in die Lage versetzt, sich mit Konflikten um Rollendifferenzierung und Rollenklärung sowie der Funktionalität von Rollen in Organisationen und Gruppen/Teams auseinanderzusetzen und diese zu erkennen.

Profilmodul 2 (4. Semester): vermittelt unterschiedliche gruppensoziologische und sozialpsychologische Analysemethoden, die die Wahrnehmungsfähigkeit für Gruppenstrukturen und –prozesse erweitern.

Profilmodul 3 (5. Semester): vermittelt Verstehens-, Steuerungs- und Beratungskompetenz in Organisationen und genaue Kenntnisse über Strukturen und Ziele einer Organisation, ihres Aufbaus und ihrer Abläufe haben. Auf institutionstheoretischer Ebene werden macht- und herrschaftssoziologische Wissenskompetenzen vermittelt, die eine Wahrnehmung der Organisationskultur in ihren bewussten und unbewussten Erscheinungsformen ebenso berücksichtigt wie kulturelle und Geschlechterordnungen und die hieraus resultierenden Konflikte.

Abschlussmodul (6. Semester): Die Studierenden erwerben die Kompetenz, ihre bisherigen Studien in Form ihrer Hausarbeiten in einer umfangreichen Masterthesis zusammenzufassen, indem sie diese unter einer übergeordneten theoretischen Fragestellung in einem forschungslogischen und forschungsmethodischen Prozess konzipieren und bearbeiten.

4. Zusätzliche Elemente des Studiums

Studiengruppen: In den Studiengruppen werden die Grundlagen wissenschaftlicher Methodik im Hinblick auf die Erstellung der eigenen Hausarbeiten besprochen. Die Studiengruppen werden regional und zeitlich nach den Wünschen der Studierenden organisiert. Sie finden jeweils einen Tag pro Semester statt.

Lehrsupervision: Während des Masterstudiums führen die Studierenden bereits eigene Supervisionsprozesse durch und erarbeiten sich die notwendigen praktischen Erfahrungen in Akquisition, Gestaltung und Prozesssteuerung, die durch die Lehrsupervision begleitet werden. Die Lehrsupervision findet in den ersten 3 Semestern statt und umfasst mindestens 15 Sitzungen. Termine werden individuell vereinbart.

Balintgruppen: Die Balintgruppenarbeit ist neben der Lehrsupervision die zweite Möglichkeit, während des Studiums die eigenen Supervisionsprozesse zu reflektieren. Sie beginnt ab dem 4. Semester und umfasst bis zum 6. Semester insgesamt 40 Zeitstunden. Termine werden abgesprochen.

Autor_innenverzeichnis

Bauer, Annemarie

Prof. Dr.; Gruppenanalytikerin und Supervisorin; bis 2010 Professorin an einer Hochschule mit dem Schwerpunkt: Psychoanalyse und Soziale Arbeit; Arbeit in eigener Praxis in Heidelberg.

Kontakt: kontakt@conseil-de.com

Homepage: www.conseil-de.com

Dieringer, Volker

Dr.; Dipl. kath. Theologie; Magister artium Philosophie; Promotion Philosophie; Lehrtätigkeit an der Universität Bielefeld; freiberuflicher Supervisor.

Kontakt: volker.dieringer@uni-bielefeld.de

Friesel-Wark, Heike

Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Fakultät für Erziehungswissenschaften der Universität Bielefeld (AG 7: Pädagogische Beratung); Dipl.-Sozialpädagogin, M. Sc. In Addiction Prevention and Treatment, M. A. in Supervision und Beratung, Supervisorin (DGSv).

Kontakt: heike.friesel-wark@uni-bielefeld.de

Gröning, Katharina

Prof. Dr.; Professorin für pädagogische Beratung an der Universität Bielefeld; Mitherausgeberin der FoRuM Supervision - Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision; Wissenschaftliche Leitung des weiterbildenden Masterstudiums Supervision und Beratung an der Universität Bielefeld.

Kontakt: katharina.groening@t-online.de

Kessler-Weinrich, Angela

M.A. in Medizinethik; Pfarrerin; Krankenhauseelsorgerin; seit 2018 Studentin des weiterbildenden Masterstudiengangs Seelsorge und Beratung an der Universität Bielefeld.

Kontakt:angela.kessler-weinrich@gmx.de

Maier-Sonnleitner, Christopher

B.A. in Kommunikations- und Politikwissenschaften sowie Pädagogik, MBA in Betriebswirtschaft mit Schwerpunkt Wirtschaftspsychologie; M.Sc. in Social Work; M.Sc. in Supervision und Coaching (ÖVS); universitäre Fortbildung in Gesundheitsmanagement/Public Health; freiberuflicher Supervisor und Unternehmensberater.

Kontakt: cms@proviso.at

Stets, Hans-Jörg

Dipl. Theologe; evangelischer Pfarrer; Seelsorger und Vorsitzender des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin in Essen; freiberuflicher Supervisor (DGSv) mit Fokus auf Feldern der sozialen Arbeit; langjähriger Dozent für Berufsethik bei der Polizei.
Kontakt: info@supervision-stets.de
Homepage: www.supervision-stets.de

Vogel, Lars

Dipl. Sozialpädagoge; Berater (SG); Supervisor (SG); freiberuflich Dozent.
Kontakt: larsbird@web.de

Walpuski, Volker Jörn

Master of Arts; Freiberuflicher Supervisor (DGSv), Mediator (BMR) und Organisationsberater; Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Hochschule Hannover, Forschungsschwerpunkt: Arbeitsbezogene Beratung zwischen kritischer Aufklärung und Gouvernamentalität.
Kontakt: volker.walpuski@hs-hannover.de
Homepage: www.orevo.de