

Supervision am Übergang - Supervision als Übergang

Dr. Michael Burger

Der Auftrag für dieses Referat von Seiten der VeranstalterInnen war, Hypothesen zu „Supervision“ und „Übergänge“ darzustellen sowie diese Themen im Kontext mit dem Beratungsfeld Gesundheitssystem zu diskutieren. Es sollen nun diese Themen kontroversiell präsentiert werden, wobei nicht explizit zwischen Supervision, Coaching und nahe verwandten Beratungsformen unterschieden wird, was schon den ersten Bias, im Sinn von wissenschaftlicher Unschärfe ein- und durchzieht.

Die Stellung von Supervision und Coaching im weiten Feld der psychosozialen und organisationsdynamischen Beratungsformen wird in der aktuellen Literatur erstaunlicherweise noch immer sehr widersprüchlich diskutiert. Die dem Referat vorangegangene Recherche umfasste mehrere einschlägige periodische deutschsprachige Journals, die durch ein Editorial-Board und Artikel, die ein peer-review durchliefen, gekennzeichnet sind.

Von einigen Seiten ist der Anspruch an eine überprüfbare und im Prozess reproduzierbare Wissenschaftlichkeit so hoch, dass Supervision und verwandten Disziplinen wie Coaching und Organisationsberatung ohne sozialwissenschaftlicher Nachweisbarkeit die Eigenständigkeit abgesprochen wird. Allerdings sind die Möglichkeiten wissenschaftlicher Überprüfbarkeit einer psychosozial wirkenden Methode im Sinne der Standardisierung von Interventionen an sich schon diskussionswürdig. Daran wird letztlich auch die Frage, ob sich Supervision und Coaching als eigene und eigenständige Methode sehen darf, geknüpft.

H. Petzold et al (2003, S.214) behaupten, dass Supervision derzeit keine wissenschaftliche Disziplin ist. Petzold dort weiter: „Die Frage der Wirksamkeit ist nur auf Basis anspruchsvoller und qualitativ hochwertiger empirischer Forschung zu beantworten (S.222). Insgesamt können keine klaren, generalisierbaren und gültigen Aussagen über die Wirksamkeit, Wirkung und Nebenwirkungen von Supervision gemacht werden. Dieser Anspruch wurde bisher nicht bzw. nicht überzeugend eingelöst. Das heißt nicht, dass Supervision keine positiven Wirkungen für SupervisandInnen- und KlientInnensysteme habe,

sondern es bedeutet, dass diese bislang nicht oder nur unzureichend durch Forschung nachgewiesen sind (S. 224). Die Supervision in einem verallgemeinernden Sinne ist bislang nicht zu beforschen, solange sich keine Standardmethoden, Methodologien und Settings als „evidence based best practice“ herausgebildet haben (Zitat F. Buer in Petzold et. al 2003, S. 229). F. Buer selbst beschreibt an diesem ÖAGG Kongress 2007 in der den Referaten anschließenden Diskussion Supervision als „in einer vorwissenschaftlichen Phase“. In der Literatur zitiert einerseits A. Bergknapp (2007, S. 6): „Sichtbar wird, dass Supervision sich rechnet. Durch Supervision verbessern sich Arbeitsleistung, Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit.“, andererseits behauptet W. Schmidbauer (2007, S. 8): „Ein Therapeut, der Coach werden will, braucht keine neue Methode ...“.

Auffallend viele AutorInnen verwenden in der Supervisionsforschung den Begriff „evidence based best practice“ in Anlehnung an die in der Naturwissenschaft verwendete „evidence based natural science“. Hier wiederum wird öfter ein Vergleich mit der in der Medizin verlangten „evidence based medicine“ (EBM) angestellt. Nicht eingegangen soll auf die Einwände, ob Medizin an sich eine naturwissenschaftliche Fachrichtung ist oder ob sich eher der aus der Psychosomatik und Somatopsychik kommende Ansatz der „human based medicine“ durchsetzen wird. Weiters muss in der Diskussion auch darauf hingewiesen werden, dass evidence im Englischen als „Beweis“ eine etwas andere Bedeutung hat als das im deutschen verwendete „Evidenz“.

Die 5 Stufen der wissenschaftlichen Evidenz umfassen prospektiv, randomisierte und kontrollierte Studien (Stufe Ia und Ib), kontrollierte Kohortenstudien (II), gut angelegte deskriptive Effizienzstudien (III) und letztlich Meinungen von Expertenkreise bzw. Erfahrungen von anerkannte Autoritäten (IV). Dabei stehe I für die höchste, IV für die niedrigste Stufe der Evidenz. Für die Supervisionsforschung würde das bedeuten, dass die höchsten Stufen der Evidenz wegen der Unmöglichkeit einer prospektiven Randomisierung und Schwierigkeiten einer Kohortenbildung bei den Zielgruppen wegfallen. Realistisch bleiben für die Praxis die beschreibenden Studien wie Fragebögen oder die Meinungen von ExpertInnen.

Hier ist der Punkt auch die EBM zu relativieren. Ein, wenn auch plakatives, Beispiel ist der Blick auf die in Österreich zugelassenen Medikamente. Obwohl hier die meisten PatientInnen sich sehr sicher fühlen, ist bei ca. der Hälfte der eingesetzten Medikamente der genaue

Wirkungsmechanismus (sehr wohl aber die Wirkung!) nicht bekannt. Bei der Zulassung eines neuen Medikamentes muss eine relative „Harmlosigkeit“ möglicher Nebenwirkung bewiesen und die positive Wirkung bei definierten Indikationen gut beschrieben sein. So ist z.B. die genaue Wirkungsweise von Narkosemittel nicht bekannt, obwohl Narkosen als ausgezeichnet planbar, steuerbar, sicher und reproduzierbar gelten, genau genommen allerdings „nur“ als (international Jahrzehnte langer) Erfahrungswert. Andererseits jährte sich die Zulassung des Wirkstoffes Thaliodomid, der unter dem Handelsnamen Contagan in Deutschland als rezeptfreies Schlafmittel, das auch ausgezeichnet gegen Übelkeit wirkte, am 1. Oktober 2007 zum 50. Mal. In Folge kam es in Deutschland zu ca. 3.000 – 5.000, weltweit zu ca. 10.000 Fehlbildungen von Gliedmaßen von Kindern, deren Mütter dieses potente Medikament in der Frühschwangerschaft eingenommen haben. Damals gab es – aus welchen Gründen auch immer - keine Hinweise auf diese verheerenden und tragischen Nebenwirkungen von Thaliodomid. In Österreich wurde dieses Medikament übrigens unter dem klingenden und einschmeichelnden Namen Softenon vertrieben, da es aber rezeptpflichtig war, gab es hierzulande „nur 9 Fälle“. Diese, wenn auch drastische Beispiele, machen es wenig verständlich, warum die psychosoziale Kommunität so sehr auf die an die naturwissenschaftliche „evidence based best practice“ zu starren scheint, um eine Arbeits-Berechtigung zu erlangen. Allerdings gibt es in der (humanistischen) Medizin noch zwei wesentliche Grundsätze, nach denen gehandelt werden sollte, nämlich zunächst das „primum nihil nocere“ als Grundsatz nicht zu schaden und die Frage „qui bono“, wem nützt es (die Intervention), als Ausdruck der Fokussierung auf die PatientInnen.

Nach Schigl (2005, S. 100) sprengen Prozesse wie Supervision durch ihre hohe Komplexität die Grundvoraussetzungen für aussagekräftige Effizienzstudien. Es ist nicht möglich die notwendigen Kontrollgruppen einzurichten mit gleichen Voraussetzungen ohne Beratung über längere Zeit. Weiters scheint es nicht realistisch Standardisierungen aller Interventionen bei Klientinnen und Beraterinnen durchzuführen, eine zufällige – randomisierte - Zuordnung der Beraterinnen ohne Einbindung der KlientInnen zu treffen, Monosymptomatiken der Probleme oder Fragestellungen der Klientinnen als Maß zu nehmen und letztlich die initialen Beratungsziele auf einen überprüfbaren Parameter zu reduzieren, auch wissend, dass sich neue Aspekte und damit auch veränderte Ziele im Beratungsprozess herauskristallisieren können und in vielen Fällen auch werden.

Weitere Bias in einer seriösen Supervisionsforschung sind ohne Zweifel z.B.: die Ungleichheiten der SupervisorInnen bedingt durch Art der Ausbildung, Persönlichkeit, individueller Blickwinkel, Erfahrungen, geschlechtsdifferente Sichtweisen oder Feldkompetenzen, die unterschiedlichen Motive, Aufträge und Wünsche der Auftraggeber und last but not least die verschiedensten individuellen und gemeinsamen Ziele, Hoffnungen, Pläne oder Bedürfnisse der SupervisandInnen im Einzel, Team oder Gruppensetting - eine vollständige Aufzählung erscheint hier unmöglich.

Wie sieht die Praxis der Supervisionsforschung aus? Die überwiegende Mehrzahl der Untersuchungen sind Befragungen von SupervisandInnen, also Evaluations-, Vergleichs- und deskriptive Studien, die zwar einer wissenschaftlichen Evidenz im engen Sinne nicht genügen würden, deren Bedeutung als Sichtweise der KundInnen oder Zielgruppe einer Dienstleistung nicht unerheblich ist.

Im Internet gab es anfangs Oktober 2007 zum Stichwort „Supervisionsforschung“ bei „Google Scholar“ 60 und bei „Google“ 492 Treffer - die meisten deskriptive Studien, in denen sich AuftraggeberInnen und SupervisandInnen mit der Methode und ihrer Wirkung zufrieden zeigten. Auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Supervision e.V. (DGSv) befinden sich im September 2007 57 Studien, die überwiegend positive Effekte von Supervision beschreiben. Zu guter Letzt gibt es – den ÖAGG direkt betreffend - laufende interne Evaluationen des Wiener Krankenanstaltenverbundes (KAV) zu der seit 2003 laufenden Kooperation, in der der ÖAGG ein Supervisionangebot des KAV an seine ca. 30.000 MitarbeiterInnen koordiniert und betreut, in der bisher ca. 600 Prozesse überblickt wurden. 92% der MitarbeiterInnen waren mit der Supervision zufrieden, 87% würden diese Beratungsform wieder in Anspruch nehmen.

Praktisch gesehen scheint vor diesen beschriebenen Hintergründen die Frage nach der Wissenschaftlichkeit eine zunächst akademische zu sein, an der sich zum jetzigen Stand der Forschung nicht die Berechtigung oder das Selbstbewusstsein von SupervisorInnen herleiten lässt. Die Klientel und die Zielgruppen sehen in Supervision eine hoch wirksame und effiziente Methode der beruflichen Begleitung, Beratung und Reflexion ihrer beruflichen Tätigkeiten. Auch deshalb kann nun die Behauptung aufgestellt werden - ausgehend von einer seriösen und gut fundierten Supervisionsausbildung der BeraterInnen, wie einer die z.B. den Kriterien der ÖVS entspricht, einer hohen Reflexionsfähigkeit und Willen zum

professionellen Arbeiten der SupervisorInnen sowie regelmäßigen Weiterbildungen, dass Supervision den Übergang zur eigenständigen (Beratungs-) Methode geschafft hat und als solche bezeichnet werden kann. Sie erfüllt nun die Kriterien einer Methode als Grundlage für ein planmäßiges, folgerichtiges Verfahren, Vorgehen, Handeln und die Art und Weise der Durchführung, was – soweit möglich - der Planung des Prozesses entspricht. Die derzeit noch vorhandenen Mängel auf der Forschungsebene können durch das humanistische „nihil nocere“ und „qui bono“ und den positiven Evaluationen von SupervisandInnen zwar nicht aufgehoben, aber sicher gut kompensiert werden.

Hoch interessant sind die Auswirkungen dieser Hypothesen auf die Kommunität der SupervisorInnen. Während ein Teil die (noch) nicht ausreichend wissenschaftliche Basis von Supervision als gegeben sehen und sich dadurch nicht hindern lassen im Sinne der KlientInnen positiv im Beratungsprozess zu wirken (F. Buer, J. Fengler: persönliche Beiträge in der Kongressdiskussion), scheint es für einen anderen Teil der Kommunität der SupervisorInnen eher verunsichernd zu sein. Wird hier der feste, wenn auch imaginäre Anker der Wissenschaftlichkeit entzogen oder zumindest in Frage gestellt, hat das unter anderem auch nicht zu unterschätzenden Auswirkungen auf angehende SupervisorInnen in Ausbildung oder KollegInnen im Feld. Wenn die reproduzierbare und wissenschaftlich überprüfbare Wirkung von Methoden oder Interventionen in Frage gestellt sind, bekommt die Person der SupervisorIn in ihrer Individualität und ihrer immer wieder entstehenden Einzigartigkeit der Beziehung mit den SupervisandInnen einen zentralen Stellenwert. Plötzlich hängt die erhoffte positive Wirkung eines Beratungsprozess nicht mehr primär an einem erlernten Handwerkszeug (der Methode), sondern an der Person und Art der Anwendung durch die Handwerkerin und des Handwerkers, wobei das Handwerkszeug (z.B. Ausbildung und „Lehre“) „nur noch“ solide Basis ist. Hier tauchen unweigerlich weitere Fragen zum supervisorischen Selbstbewusstsein und Verständnis auf, die im Rahmen dieses Referates nicht mehr bearbeitet werden können.

Das Supervision als eigenständige Beratungsform Entwicklungen von KlientInnen und deren Systeme fördern und Übergänge zu professionelleren Arbeitsformen induzieren kann, soll anhand folgenden, in vielen Ebenen stark verkürzten, praktischen Beispiels eines kurzen Supervisionprozesses mit sparsamen Interventionen demonstriert werden. Interessanterweise wurden mir letzten einundeinhalb Jahren drei Mal beinahe die gleiche Konstellation, Fragestellung und Problematik in verschiedenen Teams aus dem Gesundheitssystem, einer

Bundesbehörde und einem Wirtschaftsbetrieb vorgestellt. Das kann nun zum Beispiel: Zufall, phantasierte Zuschreibungen an mich, ein Trend bei Arbeitsteams oder der (schon wieder) Bias meiner (derzeitigen) Sichtweise als Supervisor sein.

Im einem der Fälle geht es um ein Team einer Gesundheitseinrichtung, deren Leiter vor einiger Zeit pensioniert wurde. Das Stammteam besteht aus je 2 Personen in den Funktionsstufen OberärztIn, FachärztIn und AusbildungsassistentIn, eine/r der beiden OberärztInnen ist derzeit die interemistische Leitung, die mit der Wiederbesetzung dieser Funktion wieder als MitarbeiterIn ins Team „zurückkehren“ will und wird. Es besteht die Möglichkeit, dass dieses Team innerhalb des kommenden halben Jahres in die Organisationsstruktur einer anderen Gesundheitseinrichtung eingefügt wird. Der Auftrag lautete: „Zwei Teammitglieder, die beiden FachärztInnen (A und B), streiten pausenlos miteinander und stören dadurch massiv die Arbeit, schlichten Sie bitte den Streit“. Im ersten Telefonkontakt wurde ein Informationsgespräch mit den beiden betroffenen Teammitgliedern und der Leitungsperson vereinbart, um das weitere Vorgehen zu planen. A und B sind mit der Supervision vorsichtig abwartend einverstanden und es wird gemeinsam angedacht in weiterer Folge das gesamte Team in den Prozess einzubinden. Bei den ersten Einheiten stellen sich die beiden SupervisandInnen als sehr gegensätzlich dar. A ist schon seit der eigenen Ausbildung in dieser Organisation, eher klinisch-praktisch orientiert, auf stabile Abläufe bedacht, unsicher in der Position innerhalb des Teams. B kommt aus dem europäischen, nicht deutschsprachigen Forschungsbereich, sehr wissenschaftlich orientiert, neugierig auf neue Entwicklungen, relativ neu im Team. Beide sind sehr skeptisch und misstrauisch zueinander, scheinen sich fachlich zu schätzen und sind überzeugt, dass sie von der jeweils anderen Person überhaupt (sowohl inhaltlich als auch sprachlich) nicht verstanden und ständig falsch interpretiert werden. In der gemeinsamen Arbeit stellt sich heraus, dass die Gesprächskultur im gesamten Team (und auch MitarbeiterInnen aus anderen Berufsgruppen) indirekt-informell ist und dadurch viele Gerüchte entstehen, auch über und um A und B.

Es gelingt A und B soweit in Kontakt und Kommunikation zu bringen, dass Missverständnisse ohne Schuldzuweisung, wenn auch nicht lösbar, so zumindest besprechbar, eine formal höfliche Gesprächskultur vereinbar und die Gegensätzlichkeiten akzeptierbar werden. Im nächsten Schritt wird in einer gemeinsamen Teamsupervision gemeinsam darüber geforscht, ob der Konflikt von A und B mit dem gesamten Team „was zu tun hätte und wenn ja: was“. A und B empfinden die Auflösung der Fixierung der anderen MitarbeiterInnen auf

ihren Konflikt als befreiend, ihre Aufgabe war zunächst nur den andern zuhören. Nun tauchen im Team Fragen wie „wer ist drinnen, wer ist draußen?“, „was ist hier wertvoll/ wird anerkannt?“, „was zählt mehr, Praxis oder Wissenschaft?“, „was kommt nach einer Umorganisation?“, „wie sind die Konkurrenzen für künftige Funktionen?“ „wie gehen Hierarchieebenen miteinander um?“ usw. auf. Jetzt wendet sich die Aufmerksamkeit des Teams der interemistischen Leitungsperson zu, die wieder – da sie ja zurück ins MitarbeiterInnenteam geht – sich hier nicht exponieren will. „Ich bin doch mit allen hier befreundet und möchte mich nicht als LeiterIn aufspielen. Ich will ja nur, dass der Laden gut läuft, bis wir wieder ein/e ChefIn haben“

In der nächsten Sequenz kann das Team benennen, was es von der Leitung braucht bzw. welche Entscheidungen – wenn auch „nur für jetzt“ – gefällt werden müssen, damit es in einer gewissen Klarheit arbeiten kann und „der Laden gut läuft“. Die Leitung wird entlastet, indem die MitarbeiterInnen sie auffordern (und erlauben) zu leiten. Ab diesem Punkt wird der Konflikt zwischen A und B als Symptom des Teams gesehen, durch den es zu einer Diagnose - und eventuell Therapie - gelangen kann. Diese Veränderung im internen System wirkt in der Folge auch auf die mitarbeitenden andere Berufsgruppen und das Team konnte mit wenigen Interventionen eine Weiterentwicklung bzw. einen Übergang von einer beziehungsorientierten zu einer funktionalen und aufgabenorientierten Arbeitsweise finden.

Ich habe ein halbes Jahr später zufällig in einem öffentlichen Verkehrsmittel ein Mitglied dieses Teams getroffen, das mir berichtete, die beschriebene Veränderung hält nach wie vor, obwohl es noch immer nicht zu einer Entscheidung bezüglich der Besetzung einer neuen Leitung gekommen ist. Die relativ kurze gemeinsame Arbeit hatte also, was nicht leider immer beobachtbar ist, Nachhaltigkeit. Das Team möchte, sobald es Klarheit über die kommenden organisatorischen Rahmenbedingungen gibt, erneut Supervision in Anspruch nehmen, um sich die Veränderungsprozesse begleiten zu lassen und teaminterne Spannungen frühzeitig bearbeiten zu können. Hier wurde „sichtbar, dass Supervision sich rechnet und Arbeitsorganisation und Arbeitszufriedenheit sich tatsächlich verbessern“ und dass die Methode Supervision als eigenständige Beratungsform Übergänge und Entwicklungen zur verstärkten Professionalisierung der KlientInnen und ihrer Systeme unterstützten und induzierter kann.

Literatur:

- Bergknapp A :Supervisionsforschung – zum Stand der Forschung und Perspektiven für die Zukunft. In: Supervision – Mensch Arbeit Organisation 1/2007, Belz, Weinheim
Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V.: www.dgsv.de
Petzold HG et.al (Hgg) (2003): Supervision am Prüfstand. Leske + Budrich, Opladen
Schigl B, in: Reichl R (2005): Beratung, Psychotherapie, Supervision, Einführung in die psychosoziale Beratungslandschaft. Facultas, Wien
Schmidbauer W: Coaching in der Psychotherapie – Psychotherapie im Coaching. In: Organisation Supervision Coaching 1/07 (2007), VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

Zur Person Dr. Michael Burger:

Geb. 1957, Facharzt; Supervisor, Coach und Organisationsberater (ÖAGG, ÖVS) in freier Praxis; Lehrtrainer für Gruppendynamik (ÖAGG); Lebens- und Sozialberater; Diplom des Univ.-Lehrganges für Hospitalmanagement (WU Wien); Lehrsupervisor/Lehrcoach; Lektor für Supervision und Teamentwicklung im Krankenhauswesen; Lehrbeauftragter für Gruppendynamik, Balint-Gruppenleiter der Österreichischen Ärztekammer; Weiterbildung in Bioenergetischer Analyse;

Kontakt:

Nußgasse 4/23, 1090 Wien
Johannesstr. 14, 2371 Hinterbrühl
E-mail: kontakt@michaelburger.at,
Web: www.michaelburger.at,