RESEARCH

Ursula Hermann

Palliative Care im Fokus von Supervision

Eine ethnografisch-partizipative Untersuchung von Palliativ- und Hospizteams

Springer VS

Palliative Care im Fokus von Supervision

Ursula Hermann

Palliative Care im Fokus von Supervision

Eine ethnografisch-partizipative Untersuchung von Palliativ- und Hospizteams

Mit einem Geleitwort von
Assoc. Prof.in Dr.in Katharina Heimerl, MPH

Springer VS

Ursula Hermann
Klagenfurt, Österreich

Dissertation, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt, 2017

OnlinePlus Material zu diesem Buch finden Sie auf
http://www.springer.com/978-3-658-21009-0

ISBN 978-3-658-21008-3 ISBN 978-3-658-21009-0 (eBook)
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer VS
© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.
Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.
Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH
Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Geleitwort

Eine Caring Institution, eine sorgende Organisation – so die kanadische Politikwissenschaftlerin Joan Tronto –, ist eine in der es Zeiten und Orte für Reflexion gibt, für Konfliktlösung und für das Nachdenken über das Gute. Nichts anderes tut die Supervision. Sie eröffnet in Teams und Organisationen einen Raum für das Nachdenken und Konfliktlösen, Katharina Gröning nennt sie eine „reflexive Institution". Damit trägt die Supervision dazu bei, dass die Organisation eine sorgende wird. In Hospiz und Palliative Care trägt die Supervision dazu bei, die Care zu buchstabieren. Es überrascht daher nicht, dass der hier vorliegende Text aufzeigt, wie gut sich die Supervision dafür eignet, das Feld von Hospiz und Palliative Care zu erforschen.

Die hier publizierte Forschungsarbeit leistet zweierlei: sie trägt in innovativer Weise zu einem neuen Verständnis von Supervision als Forschungsmethode bei. Gleichzeitig geht die Forscherin und Supervisorin Ursula Hermann mit der Neugierde einer Ethnographin einem vertieften Verständnis von Palliative Care nach. Die Hospizidee befindet sich an einem Wendepunkt – die Pionierarbeit ist geleistet, Tabus sind gebrochen, neue Organisationstypen (stationäre und ambulante Hospize) wurden gegründet. Die Hospizidee ist in die Phase der Institutionalisierung eingetreten, das Deutsche Hospiz- und Palliativgesetz stellt einen vorläufigen Höhepunkt dieser Phase dar. Die Hospizbewegung steht vor der Frage, wie sie das Pionierhafte erhalten kann und gleichzeitig eine möglichst breite und verteilungsgerechte Umsetzung „für alle, die es brauchen" bewirken kann. Mehr denn je handeln die Menschen in Hospiz und Palliative Care in Spannungsfeldern, stehen vor Widersprüchen. Die Forschungsarbeit von Ursula Hermann trägt

dazu bei, die Widersprüche und Spannungsfelder zu benennen und zu verstehen – und eröffnet damit neue und dingend benötigte Handlungsperspektiven für die Hospizbewegung. In diesem Sinne wünsche ich dem Text eine möglichst breite Rezeption.

Wien Katharina Heimerl
2. Januar 2018

Vorwort

Ognuno sta solo sul cuor della terra
trafitto da un raggio di sole:
ed è subito sera.[1]
Salvatore Quasimodo (1965)

Das Unsägliche geht, leise gesagt, übers Land …
Ingeborg Bachmann, aus: Früher Mittag (1983)[2]

Der sizilianische Dichter Salvatore Quasimodo spricht über die Einsamkeit des Menschen: Wir alle stehen inmitten des Lebens, *„auf dem Herzen der Erde*“, *„sul cuor della terra“*, also am Puls – im Zentrum – der Welt, und sind doch allein. Ein Sonnenstrahl trifft uns, der hier als Metapher für Begegnung, für Augenblicke des Miteinanders gedeutet werden kann. Die Sonne wärmt uns und wir fühlen die Kostbarkeit des Lebens, das allzu kurz ist … *„und es wird sofort Abend.“*

Wenn ich über das Thema meiner Dissertation spreche, folgt oft die Frage, wie ich denn auf Palliative Care und Hospizarbeit gekommen sei. *„Weil es mich interessiert“*, sage ich meistens. Das ist richtig, doch dem Interesse ging ein Erleben voraus, das mich sehr geprägt hat. Mein frühes Miterleben von schweren Erkrankungen und zeitigem Sterben sehr naher Angehöriger – ich war noch keine zwanzig Jahre alt, als ich mit Krebserkrankungen, Sterben und Tod konfrontiert wurde – machte mir Kürze und Kostbarkeit des Lebens schmerzlich bewusst. Dieses *Interesse* zog mich in das zu untersuchende Feld, und doch gilt es diesen Zug auch kritisch zu hinterfragen, denn für wissenschaftliche Erkenntnis kann sich

[1] Zitat mit freundlicher Genehmigung von Mondadori. *„Wir stehen alleine auf dem Herzen der Erde / von einem Sonnenstrahl getroffen: und es wird sofort Abend.“* (Übersetzung UH)

[2] Ingeborg Bachmann: Werke, Bd. 1. Gedichte © 1978 Piper Verlag GmbH, München

Interesse durchaus als „blinder Fleck“ erweisen, wenn es nicht reflektiert wird (vgl. Habermas 1973).

Das Thema dieser Dissertation entwickelte sich aus einem allmählich gewachsenen, persönlichen wie kritischen Interesse am Feld und meiner beruflichen Rolle als Supervisorin. Seit einigen Jahren beschäftige ich mich mit Organisationen, Teams und Mitarbeiter_innen in herausfordernden Tätigkeitsfeldern, sei es in der Sozialen Arbeit oder im Gesundheitsbereich.

Die beiden Teams, die ich für die vorliegende Arbeit untersucht habe, sind mit Beendigung der Dissertation nach wie vor bei mir in Supervision. Darüber hinaus habe ich in den vergangenen Jahren vier weitere Teams aus dem Feld Hospiz und Palliative Care supervidiert.

Neben der beruflichen Praxis als Supervisorin eröffnete sich mir mit der Forschung ein sehr viel umfassenderes Erleben des Feldes. Durch das interdisziplinäre Doktorand_innenkolleg, die Kollegleitung, die Gastprofessor_innen und durch die Kolleg_innen bekam ich einen breiten theoretischen wie auch praxisbezogenen Einblick in das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. All das war bedeutsam und grundlegend für meine Forschung wie auch für meine Entwicklung als Supervisorin im Feld.

Im Mittelpunkt meiner Forschung stehen Menschen und ihr Erleben. Die beiden Supervisionsteams der Untersuchung bestanden aus Frauen – um das zu kennzeichnen, spreche ich von ihnen als Supervisandinnen. Wird nicht eine bestimmte, klar definierte weibliche oder männliche Personengruppe gemeint, wird in der vorliegenden Arbeit der Gender Gap verwendet, um der Vielfalt mittels sprachlichem Ausdruck gerecht zu werden und der sprachlichen Normierung etwas entgegenzusetzen. Erkennbar ist der Gender Gap an dem Unterstrich (_), der zwischen der weiblichen und der männlichen Form eingefügt wird. Diese spezifische Form wurde entwickelt, um neben Frau und Mann auch weitere Geschlechter sichtbar werden zu lassen. Bipolare Geschlechteraufteilung wird so aufgemacht für alle, die sich nicht zuordnen können oder nicht so zugeordnet werden wollen. Carolin Emcke formuliert zum Erleben von Normen:

> „Normen als Normen fallen uns nur auf, wenn wir ihnen nicht entsprechen, wenn wir nicht hineinpassen, ob wir es wollen oder nicht. Wer eine weiße Hautfarbe hat, hält die Kategorie Hautfarbe für irrelevant, weil im Leben eines Weißen in der westlichen Welt Hautfarbe irrelevant *ist*. Wer heterosexuell ist, hält die Kategorie sexuelle Orientierung für irrelevant, weil die eigene sexuelle Orientierung im Leben eines Heterosexuellen irrelevant sein *kann*. Wer einen Körper besitzt, in dem er oder sie sich wiedererkennt, dem erscheint die Kategorie Geschlecht selbstverständlich, weil dieser Körper niemals in Frage gestellt *wird*. Wer den Normen entspricht, kann es sich leisten zu bezweifeln, dass es sie gibt.“ (Emcke 2016, 21 f.; Hervorhebung im Original)

Normen zeigen sich nicht nur im sprachlichen Ausdruck: Wissenschaftliche Forschung beruht ebenfalls auf Standards, auf Regeln. Supervisionsforschung kombiniert mit ethnografischen und partizipativen Forschungsstrategien geht allerdings einen neuen – nicht vorgezeichneten – Weg, umso mehr verpflichtet mich das, eine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten. Daher werden die Forschungsstrategien und die Methoden der vorliegenden Untersuchung umfassend hergeleitet und zur Darstellung gebracht.

Im Zuge der Forschung, in den Supervisionsprozessen und den Fokusgruppen, sind mir Menschen begegnet, deren Erleben mich fasziniert, erstaunt und neugierig gemacht hat. Es galt sehr genau zuzuhören, um herauszufiltern, *was* hier gesagt oder angedeutet wurde. *„Das Unsägliche“*, schwer Auszusprechende ging, *„leise gesagt, übers Land“* (Bachmann 1983), manchmal aber auch verschlüsselt. Umso erstaunlicher war dann die Wirkung des Gesagten. Hospizarbeit und Palliative Care sind ein herausforderndes Arbeitsfeld, das Kraft und Mut erfordert. Eine hohe Motivation und auch eine gute Portion Humor waren spürbar in der Zusammenarbeit und im gemeinsamen Erforschen. Die beiden Supervisionsteams und die anderen im Forschungsprozess beteiligten Personen aus dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung waren im Rahmen der partizipativen Forschungsstrategie Teil der Forschung, ihnen *gehören* die Themen, die sie eingebracht haben.

Ohne die Co-Forscher_innen, ohne ihr Interesse an der Forschung, ohne ihr „Gesagtes“ und die intensiven Begegnungen wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Mein Dank gebührt den Co-Forscher_innen, die Arbeit widme ich Gertraude Hermann (1939-1996) und Richard Hermann, deren Sorge, Unterstützung und Zuspruch mir vieles ermöglicht haben.

Danksagung

Ich möchte einer Reihe von Personen danken, die meine Forschung ermöglicht, mich begleitet und unterstützt haben.

Katharina Heimerl danke ich sehr für Ihr Interesse an meinem Forschungsvorhaben und die Dissertationsbetreuung, die geprägt war von Offenheit, Ermutigung, Freiraum, Wertschätzung, äußerst wertvollen methodischen wie inhaltlichen Anregungen und hilfreichem Nachfragen. Dass mit Katharina Gröning (Fakultät für Erziehungswissenschaft der Universität Bielefeld) eine Supervisorin und Wissenschaftlerin im Feld der Beratung meine Dissertation begutachtet hat und daraus eine Zusammenarbeit entstanden ist, freut mich ganz besonders – sehr herzlichen Dank!

Im Rahmen des Doktorand_innenkollegs des Instituts für Palliative Care und OrganisationsEthik (IFF Wien, Alpen-Adria-Universität Klagenfurt) haben Andreas Heller, Katharina Heimerl, Elisabeth Reitinger, Thomas Klie und Klaus Wegleitner gelehrt und meine Forschung mit wertvollem Feedback begleitet. Die Gastprofessor_innen (Allan Kellehear, Kevin Brazil, Arne Manzeschke, Hella von Unger, Ulrike Vedder, Frans Vosman) ermöglichten eine intensive Auseinandersetzung mit Themen des Feldes und wissenschaftlicher Methodik auf sehr hohem Niveau. Anna Hostalek und Alexandra Trafoier boten hilfreiche administrative Unterstützung, Bernhard Hammer unterstützte mich mit rascher und effizienter Hilfe bei der Literatursuche. Vielen Dank!

Herzlichen Dank an Wilfried Datler (Institut für Bildungswissenschaft der Universität Wien), der mir wichtige Hinweise zur Methodologie der Work Discussion gab.

Ohne das Palliativkonsiliarteam und das mobile Hospizteam, ohne die forschungssupervisorische Begleiterin und die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld“ wäre meine Forschung nicht möglich gewesen. Daher gebührt

den Co-Forscher_innen ein außerordentlicher Dank! Ich nehme mir aus unserer gemeinsamen Forschung viele bleibende Eindrücke mit und bedanke mich für die Offenheit, mit der mir die beiden Supervisionsteams begegnet sind. Ein spezieller Dank richtet sich an die beiden Koordinatorinnen, mit denen ich die ersten Gespräche geführt habe und die meinem Forschungsvorhaben Interesse und Neugierde entgegen gebracht haben.

Meinen Kolleginnen und Kollegen vom Doktorand_innenkolleg einen herzlichen Dank für den Austausch, das Feedback und für die Teilnahmen am Pretest für die erste Fokusgruppe. Ein besonderer Dank an Carmen Birkholz, Gabriele Holst, Susanne Fleckinger und Bettina Pusswald, die mir hilfreiche Rückmeldungen gaben und meine Forschung unterstützt haben. Ingrid Marschitz und Christoph Schmidt danke ich für ihre Beratung bei medizinischen Fragen und ihre Offenheit, mit mir über ethische Herausforderungen ihres Berufes zu sprechen.

Claudia Knief hat mir zu jedem Kapitel umfassende Rückmeldung gegeben und das auf eine sehr erfrischende, angenehme und ermutigende Art. Vielen herzlichen Dank für diese Unterstützung, die mich durch die Endphase meiner Dissertation getragen hat! Fürs Lesen und Rückmelden von einzelnen – zum Teil noch sehr unfertigen – Kapiteln danke ich Antonia Cicero, Lisa Plattner, Walter Schuster, Eva Kuntschner und Hannah Steiner. Christel Hermann-Mezera hat mir für die Fokusgruppe „Feld“ den Kontakt zu einer Fokusgruppenteilnehmerin ermöglicht. Ihre Unterstützung und ihr Interesse haben mich durch alle Dissertationsphasen stets begleitet, ich möchte ihr dafür ganz besonders danken. Für die juristische Unterstützung danke ich Thomas Kraft, Birgit Hermann-Kraft und Richard Hermann fürs Nachfragen, Zuhören und Ermutigen. Barbara Oberwasserlechner gab mir hilfreiches Feedback bei der Vorbereitung der Fokusgruppen, Michi Jirowetz leistete Erste Hilfe bei einem Computerproblem gröberen Ausmaßes, danke! Brigitte Strobl danke ich fürs Zuhören, ihr Interesse und das genaue Lesen ganz zum Schluss! Bei Bärbel Traunsteiner und Verena Tatzer bedanke ich mich für Zuspruch und Unterstützung, die sie mir über die gesamte Dauer meines Dissertationsprozesses gaben.

Ein ganz spezieller Dank geht an Claudia Schneider für die vielen Hinweise in Bezug auf die Literaturrecherche, den genauen Blick auf das Literaturverzeichnis, ihre Unterstützung beim Layout und Lektorat. Ihr gelang das Kunststück, ein stetes Interesse an meiner Forschung zu halten und dabei gleichzeitig gute Distanz zu wahren. Danke für Deine Gewissenhaftigkeit, Ruhe, Zuversicht und Deinen Humor. Deine Begleitung hat wesentlich zum Gelingen beigetragen.

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung 1
1.1 Zugang zum Thema 1
1.2 Forschungsfragen, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit 4

2 Supervision: Entwicklungslinien und theoretische Verortung 9
2.1 Supervision als Sprachspiel: eine Einführung 10
2.2 Entwicklungslinien von Supervision 13
2.2.1 Anfänge 14
2.2.2 Methodenentwicklung 21
2.2.3 Expansion und Systematisierung 23
2.2.4 Professionalisierung 24
2.2.5 Aktuelle Themen 26
2.3 Begriffsbestimmung, Formate, methodisch-theoretische Bezüge 29
2.3.1 Teams und Gruppen 31
2.3.1.1 Tavistock Clinic und Tavistock Institute 33
2.3.1.2 Gruppendynamik 36
2.3.1.3 Balintgruppenarbeit 38
2.3.2 Supervision in Organisationen 40
2.3.2.1 Supervision als Institutionsanalyse 41
2.3.2.2 Grundlagen systemischen Denkens für die Supervision 42
2.4 Gesellschaftstheoretische Verortung von Supervision 46
2.5 Konzeptuelle Ausrichtung: ein Fazit 50

3 Forschungsfeld Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich 53
3.1 Feld, Habitus und Felddynamik als Forschungsmatrix 54
3.2 Hospizarbeit und Palliative Care: Grundlagen. 56
3.2.1 Begrifflichkeiten und Definitionen. 57
3.2.2 Prinzipien von Palliative Care 60
3.2.3 Entwicklung einer Idee: Herleitung und Kontextualisierung 63
3.3 Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung: das Angebot in Österreich 71
3.3.1 Überblick und Abbildung. 72
3.3.2 Unterstützende Angebote 74
3.3.2.1 Hospizteams 74
3.3.2.2 Palliativkonsiliardienste 75
3.3.2.3 Mobile Palliativteams 77
3.3.3 Betreuende Angebote 77
3.3.3.1 Palliativstationen 78
3.3.3.2 Stationäre Hospize 79
3.3.3.3 Tageshospize 80
3.3.4 Statistische Daten zum Zeitpunkt der Untersuchung 81
3.3.4.1 Anzahl und Einrichtungsart sowie Verteilung auf die Bundesländer 81
3.4 Die Berufsgruppen: haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende 82
3.4.1 Statistische Daten 83
3.4.2 Diversität im Feld: aktuelle Daten zu Berufsgruppen und Patient_innen 84
3.4.3 Standards für Berufsgruppen 90
3.4.4 Komplexe An- und Herausforderungen der Praxis 92
3.5 Fazit 97

4 Supervision im Forschungsfeld und als Forschungsinstrument 99
4.1 Supervisionsforschung: Grundlagen 100
4.2 Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. 105
4.2.1 Supervision im Krankenhaus 105
4.2.2 Supervision im spezialisierten Angebot in Österreich. 109

4.2.3 Aktueller Forschungsstand . . . 111
4.2.3.1 Österreichische Publikationen . . . 111
4.2.3.2 Blick nach Deutschland . . . 113
4.2.3.3 Englischsprachige Forschung . . . 121
4.3 Supervision als Forschungsinstrument . . . 125
4.3.1 Supervision: Gegenstand und Mittel der Forschung . . . 126
4.3.2 Forschungsebenen des Supervisionsprozesses . . . 127
4.4 Fazit . . . 129

5 Forschungsstrategie: ethnografisch und partizipativ . . . 131
5.1 Forschungsstrategische Einordnung von Supervision . . . 132
5.1.1 Der „Forschungscharakter" von Supervision . . . 132
5.1.2 Die Supervisor_in als kritische Feldforscher_in . . . 136
5.2 Ethnografische Forschungsstrategie . . . 138
5.2.1 Ethnografie als teilnehmende Beobachtung . . . 139
5.2.2 Charakteristika ethnografischer Forschung . . . 145
5.2.3 „In Worte fassen": die Besonderheiten ethnografischen Schreibens . . . 147
5.2.4 Exkurs: Die psychoanalytische teilnehmende Beobachtung unter besonderer Berücksichtigung der Work Discussion . . . 153
5.2.5 Teilnehmende Beobachtung als methodischer Dreischritt . . . 158
5.3 Elemente partizipativer Forschung des Forschungsdesigns . . . 163
5.3.1 Partizipative Forschung als Forschungsstil mit Diskontinuitäten . . . 163
5.3.2 Merkmale partizipativer Forschung . . . 167
5.3.3 Supervisionsforschung als partizipative Forschung . . . 171
5.4 Fazit . . . 177

6 Methoden . . . 179
6.1 Forschungsethische Überlegungen . . . 179
6.2 Sampling und Feldzugang . . . 183
6.2.1 Sampling per „advertising" von Supervisionsteams . . . 183
6.2.2 Sampling der Fokusgruppe „Feld" . . . 187
6.2.3 Auswahl der Supervisor_in/Forschungsbegleiter_in für die Reflexion . . . 188
6.2.4 Feldzugang . . . 189

6.3 Erhebungsmethoden 192
6.3.1 Protokollierung der teilnehmenden Beobachtung 192
6.3.2 Forschungssupervisorische Reflexion und Transkription 195
6.3.3 Fokusgruppen: Erhebung und Partizipation 197
6.4 Auswertung: Die dokumentarische Methode 199
6.4.1 Arbeitsschritte der Analyse 201
6.4.2 Auswahl der Protokoll- und Textausschnitte 204
6.4.3 Struktur der Ergebnisdarstellung 205
6.5 Ablauf des Forschungsprozesses 206

7 Ergebnisdarstellung 209
7.1 Zuweisung von Patient_innen 211
7.1.1 *„Gefilterte“* Zuweisungen 212
7.1.2 Der Zeitpunkt der Zuweisungen 218
7.1.3 „Palliativ“ versus „kurativ“ 222
7.1.4 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 224
7.2 Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Organisation 226
7.2.1 Zusammenarbeit im Krankenhaus 226
7.2.2 Zusammenarbeit zwischen Hospizteams und Palliativteams 230
7.2.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 234
7.3 Teams und wie sie erlebt werden 235
7.3.1 „Was ist eigentlich das Team?“ 235
7.3.2 Interdisziplinarität: ein „Ihr“ und „Wir“ 239
7.3.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 244
7.4 Versorgung von Patient_innen 245
7.4.1 In der häuslichen Umgebung 246
7.4.2 Kontrollieren oder die Palliativpolizei 249
7.4.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 252

7.5 Patient_innen, An- und Zugehörige: Verhalten, Wünsche, Bedürfnisse, Dynamiken 254
7.5.1 Verhalten und Wünsche: Dynamik des Miteinanders 254
7.5.2 An- und Zugehörige und ihre Rolle 258
7.5.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 262
7.6 Sterben und Tod 263
7.6.1 Über das Sterben sprechen 264
7.6.2 Suizidankündigungen und Suizide 268
7.6.3 Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus 275
7.6.4 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 279
7.7 Abschied 280
7.7.1 Sich dem Abschied nähern 281
7.7.2 Abschied nehmen: *„ein großes Thema“* – für alle? 286
7.7.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 290
7.8 Trauer erleben und mit eigener Trauer umgehen 291
7.8.1 Trauer erleben 291
7.8.2 Mit eigener Trauer umgehen 295
7.8.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse 299

8 Diskussion der Ergebnisse 301
8.1 Typologie der Themenfelder von Hospiz- und Palliativteams 301
8.1.1 Basistypiken und ihre Handlungslogik 301
8.2 Palliative Care im Fokus von Supervision 306
8.2.1 Das Forschungsfeld im Spiegel der Ergebnisse 307
8.2.2 Supervisionsforschung, Forschungsstrategie und Methoden 317

9 Conclusio 327

Literatur 331

Einleitung

1

1.1 Zugang zum Thema

> „Die wichtigste und kostbarste Ressource in Hospiz- und Palliative Care sind die Menschen. Die Förderung einer geeigneten Aus- und Weiterbildung ist dringend notwendig, um die Hospizkultur und Palliative Care umfassend in die Grundversorgung zu integrieren." (Bericht Enquete-Kommission 2015, 8)

Das Zitat ist dem Bericht der parlamentarischen Enquete[1]-Kommission *„Würde am Ende des Lebens"* (Bericht Enquete-Kommission 2015) entnommen. Von Juni 2014 bis März 2015 wurde neben Expert_innen auch die österreichische Zivilgesellschaft aufgefordert, Stellungnahmen zu vier Themenbereichen[2] abzugeben, die derzeit „die Würde am Ende des Lebens" regeln bzw. ermöglichen. Unter Einbeziehung zahlreicher schriftlicher und mündlicher Expertisen und Meinungen von Ministerien, Organisationen und Einzelpersonen wurden Empfehlungen

[1] „Parlamentarische Enqueten werden auf Beschluss des Hauptausschusses des Nationalrates durchgeführt und dienen der Information der jeweiligen Fachabgeordneten über Angelegenheiten, in denen die Gesetzgebung Bundessache ist." (Parlamentarische Enquete 2016)

[2] Die Themen waren im Wortlaut (Bericht der parlamentarischen Enquete-Kommission 2015, 3):

„1. Prüfung der Möglichkeiten der verfassungsrechtlichen Verankerung
   - strafrechtlicher Normen, insb. des Verbots der Tötung auf Verlangen
   - Soziales Grundrecht auf würdevolles Sterben
2. Status der Hospiz- und der Palliativversorgung, Möglichkeiten zum Ausbau
3. Empfehlung der parlamentarischen Versammlung des Europarates Nr. 1418/99
4. Patientenverfügung: Evaluierung; ggf. Maßnahmen zur Verbesserung; allenfalls auch Diskussion über Vorsorgevollmacht"

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_1

(Bericht Enquete-Kommission 2015, 6 ff.) verfasst, die vor allem den weiteren Ausbau (Bericht Enquete-Kommission 2015, 6 f.) und die Finanzierung (Bericht Enquete-Kommission 2015, 7 f.) der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich betreffen.

Das oben genannte Zitat würdigt die Menschen, die im Feld tätig sind, und fordert, die Aus- und Weiterbildung zu fördern, damit Hospiz und Palliative Care auch für die Grundversorgung offenstehen. In einem weiteren Punkt wird eine *„kommunikative Kompetenz"* von den im Feld tätigen Berufsgruppen gefordert (Bericht Enquete-Kommission 2015, 8):

> „Ebenso ist eine in die Ausbildung integrierte ‚kommunikative Kompetenz' zu Themen am Lebensende essentiell für die (künftige) Arbeit mit Patienten/innen, Bewohner/innen, Klienten/innen, so dass Fragen zu Sterben und Tod (und die damit verbundenen Vorstellungen, Erfahrungen und Ängste) in einfühlsamer Weise angesprochen und mitgeteilt werden können. Ein solcher respektvoller Umgang dient dem Leben und stärkt das wechselseitige Vertrauen gerade angesichts von erlebten Unsicherheiten, Grenzen und Ohnmacht."

Als grundlegende Kompetenz wird angesehen, dass die Berufsgruppen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung auf Bedürfnisse der Betroffenen eingehen können, indem auf empathische Weise Sterben und Tod zum Thema gemacht und wechselseitiges Vertrauen aufgebaut wird.

Im Zitat wird darauf hingewiesen, dass Patient_innen, An- und Zugehörige mit Unsicherheit, Angst und Ohnmacht konfrontiert sind. Doch auch Mitarbeiter_innen von Hospiz- und Palliativteams sind nicht nur mit den Möglichkeiten, sondern ebenso mit Unsicherheit und den Grenzen ihres Handelns konfrontiert: in der medizinischen, pflegerischen, psychosozialen wie auch spirituellen Begleitung und Versorgung. In ausweglos scheinenden oder Druck erzeugenden Situationen eine „kommunikative Kompetenz" zu wahren gelingt nur, wenn Kompetenz nicht als starres, einmal erworbenes und unveränderliches Wissen angesehen wird, sondern auf einer Haltung beruht, die kontinuierlich reflektiert wird und sich verändert.

Ein Setting, in dem eine solche Reflexion möglich ist, bietet Supervision. Als *„Beratung im beruflichen Kontext"* (Möller 2012, 17) stellt Supervision einen Rahmen für die *„Entwicklung zwischenmenschlichen* Verstehens" (Leuschner 2007, 14) zur Verfügung, in dem über Menschen, berufliche Rollen, Teams und Organisationen nachgedacht wird (Leuschner 2007, 14). Supervision generiert dabei Erkenntnisse, die gerade für ein junges, sich stark entwickelndes Arbeitsfeld von Bedeutung sind.

Das erste ambulante Hospiz- und Palliative-Care-Team wurde in Österreich 1989 gegründet, erst in den 1990er-Jahren begann der sukzessive Auf- und Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung (Höfler 2001, 14). Und dieser Ausbau soll laut Endbericht der Enquete (Bericht Enquete-Kommission 2015, 6 f.) weiter vorangetrieben werden. Ein guter Anlass, den Blick auf die Berufsgruppen im Feld zu richten, auf ihre Arbeit mit und für unheilbar kranke und sterbende Menschen sowie deren An- und Zugehörige.

Was ist bekannt über die Herausforderungen dieses Arbeitsfeldes? Zeigen sich spezifische Belastungen durch die starke Präsenz von Sterben und Tod? Saskia Jünger (2012) fasst dazu, auf Grundlage der Erkenntnis internationaler Studien, wie folgt zusammen:

> „[…] dass nicht die Konfrontation mit Tod und Sterben selbst die größte Quelle der Belastung ist. Vielmehr sind Faktoren, welche die Arbeit mit schwerkranken und sterbenden Menschen mittelbar negativ beeinflussen – wie zu wenig Zeit, Konflikte oder mangelnde Autonomie –, belastend im Umgang mit Tod und Sterben." (Jünger 2012, 28)

Nicht Sterben und Tod, sondern vor allem strukturelle und organisationale Begleitumstände werden als Belastungsfaktoren genannt. Als wichtigen Schutzfaktor für die Berufsgruppen im Feld – um mit den genannten Belastungen einen Umgang zu finden – bezeichnet Petra Rechenberg-Winter (2012) den *„entlastenden Blick"* der Supervision.

> „Supervision lädt ein, die persönlichen Erfahrungen im Tätigkeitsfeld zu reflektieren […]." (Rechenberg-Winter 2012, 186)

Als Supervisorin gilt daher mein Forschungsinteresse der Verbindung zwischen dem Feld Hospiz- und Palliativversorgung und dem Beratungssetting Supervision. Die supervisorische Beratung bildet einen Rahmen, in dem über Arbeit nachgedacht werden kann und das berufliche Erleben Raum bekommt. Am Beginn meines Forschungsvorhabens konkretisierte ich mein Forschungsinteresse: Supervision sollte mit den notwendigen Forschungsstrategien ausgestattet werden, um Methoden für die Datengenerierung zu entwickeln und Fragen der Beteiligung an der Forschung zu klären. Mein Ziel war es, mit zwei Teams (anfangs ließ ich die Zahl noch offen) über einen längeren Zeitraum (es sollte ein Jahr werden) zu arbeiten *und* zu forschen. Mein Hauptinteresse fokussierte sich auf die Frage, wie das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung von den Menschen, die in diesem Feld arbeiten, im Rahmen von Supervision erlebt wird.

Dabei konnte ich auf keine Forschung im deutschsprachigen Raum zurückgreifen, die Supervisionsprozesse mit Hospiz- und Palliativteams über einen längeren Zeitraum in den Fokus nahm *und* einen partizipativen Ansatz verfolgte (Abschn. 4.2.3). Ich war daher gefordert, der Supervision Forschungsstrategien zur Seite zu stellen und ein völlig eigenständiges Design zu entwickeln.

1.2 Forschungsfragen, Zielsetzung und Aufbau der Arbeit

Im Mittelpunkt der vorliegenden Forschung steht die „Beratungswelt Supervision", in die *eingetaucht* wird (von Unger et al. 2007, 28), um das Erleben, die Orientierungen und die Handlungspraktiken von Teams der Hospiz- und Palliativversorgung zu erfahren. Es wird das Ziel verfolgt, Supervision als *Forschungsinstrument* im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung zu konzeptualisieren, indem Supervision mit angemessenen Forschungsstrategien ausgestattet wird, die eine Teilhabe der Supervisand_innen und ein Eintauchen in die Beratungswelt ermöglichen, um neue Erkenntnisse für das Feld zu generieren. Mein Forschungsinteresse wird durch folgende forschungsleitende Fragen konkretisiert:

- Welche Themen sind für Hospiz- und Palliativteams von Bedeutung?
- Welche Orientierungen und kollektiven Erfahrungsräume, welche habitualisierten Handlungspraktiken können bei Hospiz- und Palliativteams beobachtet werden?
- Welche Sinnstrukturen zeigen sich, wenn soziale Praxis ausgehend von einem supervisorischen Setting beschrieben wird?
- Wie verstehen Hospiz- und Palliativteams ihre soziale Wirklichkeit?

Diese Fragen bilden die Grundlage des Forschungsdesigns, legen die forschungsstrategische Ausrichtung fest und bestimmen die Zielrichtung der Dissertation.

In den Fokus der Forschung rücken Supervisionsprozesse, die als ein sich entwickelndes Geschehen (Busse, Hausinger 2013, 7 ff.) verstanden werden, das protokolliert, reflektiert und analysiert wird. Daher legt die Prozessforschung eine Forschungsstrategie nahe, die am tatsächlichen Prozessgeschehen über einen längeren Zeitraum teilhat. Flick (2013, 255 f.) empfiehlt für ein solches Forschungsvorhaben ein ethnografisches Studiendesign. Der methodenplurale Ansatz der Ethnografieforschung (Lüders 2013, 389) ermöglicht nicht nur eine Datentriangulierung (Flick 2013, 310). Mithilfe von Fokusgruppen entwickelte ich ein Forschungsdesign, das jenseits des Forschungscharakters von Supervision die

Supervisandinnen zu Co-Forscherinnen machte. Für ein junges, sich stark entwickelndes Arbeitsfeld wie die Hospiz- und Palliativversorgung ist eine partizipative Forschungsstrategie besonders empfehlenswert, da die zentralen Aspekte der partizipativen Forschung (von Unger 2014a, 35 ff.) nicht nur die Beteiligung von Co-Forscher_innen vorsieht, sondern durch die Forschung ein Befähigungs- und Ermächtigungsprozess initiiert wird, der soziale Wirklichkeit verstehen und verändern lässt.

Die Fokusgruppen dienten daher einerseits der partizipativen Forschungsstrategie. Andererseits wurde mit der Einbeziehung der Fokusgruppe „Feld" der ethnografischen Forschungsstrategie der teilnehmenden Beobachtung etwas entgegengesetzt, um unterschiedliche Blicke auf das Feld zu erhalten (Breidenstein et al. 2013, 34 f.). Die Fokusgruppe „Feld" setzte sich aus verschiedenen Berufsgruppen im Feld zusammen und sie kommentierte die Themenfelder, die in den Supervisionsprozessen erhoben wurden. Diese Ergebnisse der Fokusgruppe „Feld" sowie die erhobenen Themenfelder wurden an die Supervisionsteams ebenfalls in Form von Fokusgruppen zurückgespielt und von diesen kommentiert. Über die Triangulierung von Supervisionsbeobachtung und Fokusgruppen mit Personen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Hospiz- und Palliativversorgung wurde ein Bezug zwischen dem Erleben von Teams und Einzelpersonen, die wiederum über ihr Team und ihre Erfahrungszusammenhänge berichteten, hergestellt. Die Teilhabe an der Forschung schaffte für alle Beteiligten eine Zusammenschau auf Aussagen und Einschätzungen von Kolleg_innen. Ein *Diskurs* wurde initiiert, der *über* die Themen der beiden Supervisionsteams von den Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld" aufgenommen und mit den Fokusgruppen mit den beiden Supervisionsteams weitergeführt wurde. Dieser Diskurs ermöglichte eine umfassende Teilhabe an den Ergebnissen, ein Wahrnehmen unterschiedlicher Positionen und brachte mit der Fokusgruppe „Feld" das Erleben von weiteren Teams in die Forschung ein.

Mithilfe des Forschungsinstruments Supervision lassen sich Sinnstrukturen und Erleben der sozialen Praxis von Hospiz- und Palliativteams erfassen, daher werden weitere Forschungsfragen nach dem konkreten Erleben der Praxis gestellt:

- Wie erleben einzelne Teammitglieder eines Palliativ- oder Hospizteams die Versorgung und Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen sowie deren An- und Zugehörigen?
- Welche Rolle spielen Sterben und Tod?
- Wie wirkt sich der organisationale Rahmen der Hospiz- und Palliativversorgung auf das Erleben der Mitarbeitenden aus?

- Wie gehen in einem Krankenhaus Kolleg_innen anderer Stationen mit Tod und Sterben um?
- Inwieweit kann persönliche Betroffenheit verarbeitet werden?

Herausgearbeitet werden mögliche Unterschiede, aber auch Parallelen zwischen Hospiz- und Palliativversorgung. Dabei wird das Ziel verfolgt, für das Feld typische Sinnstrukturen aufzuzeigen, die das Erleben auf organisatorischer, teambezogener und aufgabenrelevanter Ebene veranschaulichen und *zu konkreten Erkenntnissen* führen.

Zum Abschluss der Einleitung stelle ich den gesamten Aufbau der Arbeit vor.

Das Beratungsformat Supervision wird im *zweiten Kapitel* (Kap. 2) hergeleitet und theoretisch verortet. Der umfassende geschichtliche Bezug hat zum Ziel, die Entstehungsbedingungen und Entwicklungslinien bis zur Skizzierung aktueller Themen der Supervision vorzustellen. Theoretische Bezüge und das Professionsverständnis von Supervision werden deutlich und bilden die notwendige Grundlage, um Supervision im Feld sowie als Instrument der Forschung zu positionieren.

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich wird in *Kapitel drei* (Kap. 3*)* als *Feld* (Lewin 1963, 273, Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 127) konzeptualisiert. Ausgehend von dieser theoretischen Matrix und Dynamik des Feldes beschreibe ich die Grundlagen von Hospiz und Palliative Care. Das spezialisierte Versorgungsangebot wird detailliert vorgestellt: Hier finden sich die einzelnen Angebote, die von den Teams der Untersuchung umgesetzt werden. Abschließend werden die Berufsgruppen des Feldes, ihre Standards, aber auch die Diversität im Feld sowie spezielle An- und Herausforderungen der Praxis zur Darstellung gebracht.

In *Kapitel vier* (Kap. 4) verknüpfe ich Supervision mit dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. Dazu stelle ich die Grundlagen der Supervisionsforschung vor, und darauf aufbauend wird Supervision im Forschungsfeld in den Fokus genommen, die deutschsprachige wie internationale – englischsprachige – Forschung beschrieben. Den Abschluss des Kapitels bilden Supervision als Forschungsinstrument und die Aufschlüsselung der Forschungsebenen des Supervisionsprozesses, um deutlich zu machen, worauf sich der forscherische Blick im Supervisionssetting richtet.

In *Kapitel fünf* (Kap. 5) stelle ich die Forschungsstrategien vor, indem einleitend der Forschungscharakter von Supervision thematisiert und die Supervisor_in als kritische Feldforscher_in eingeführt werden. Es folgen eine kurze geschichtliche Herleitung und theoretische Verortung von Ethnografieforschung und die Erläuterung der teilnehmenden Beobachtung. In einem Exkurs beschreibe ich die

psychoanalytische teilnehmende Beobachtung, insbesondere die Work Discussion, auf die in der Umsetzung und Verschriftlichung der Beobachtung und deren Reflexion Bezug genommen wird. Nach dem Exkurs skizziere ich die Herleitung der partizipativen Forschung aus unterschiedlichen Formen anwendungsorientierter Forschung. Ihre besonderen Merkmale werden vorgestellt und auf die vorliegende Supervisionsforschung übertragen.

In *Kapitel sechs* (Kap. 6) widme ich mich den konkreten Methoden, die zur Anwendung kommen. Forschungsethische Überlegungen, die auch ausschlaggebend für die Methodenwahl sind, leiten das Kapitel ein. Das Sampling und der Feldzugang kommen zur Darstellung und die Erhebungsmethoden teilnehmende Beobachtung, forschungssupervisorische Reflexion und Fokusgruppen werden beschrieben. Mit der dokumentarischen Methode habe ich ausgewertet und ihre einzelnen Analyseschritte werden skizziert. Am Ende des Kapitels veranschaulicht eine Abbildung (6.1) den gesamten Forschungsprozess.

Im *siebenten Kapitel* (Kap. 7*)* werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Ich analysiere anhand der dokumentarischen Methode acht Themenfelder unter Einbeziehung der Beobachtungsprotokolle der Supervisionsprozesse und der Transkripte der Fokusgruppen. Die einzelnen Themen werden einleitend bestimmten *„Felddynamiken"* (Berker 1992, 4) zugeordnet, um die felddynamischen Strukturebenen sichtbar zu machen, auf die in der Diskussion der Ergebnisse wieder Bezug genommen wird.

In *Kapitel acht* (Kap. 8) analysiere ich einleitend die Basistypiken der Themenfelder und deren Handlungslogik. Dieser letzte Auswertungsschritt der dokumentarischen Methode versteht sich als Überleitung zur Diskussion der Ergebnisse. Mit Bezug auf das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung, die Supervisionsforschung sowie die gewählten Forschungsstrategien und Methoden werden die Ergebnisse analysiert und konkrete Erkenntnisse formuliert.

In *Kapitel neun* (Kap. 9), der Conclusio, reflektiere ich abschließend die vorliegende Forschung und setze die gewonnenen Erkenntnisse in Bezug zum Feld, zur Supervision und zur Supervisionsforschung.

Supervision: Entwicklungslinien und theoretische Verortung

2

Supervision nimmt in der vorliegenden Untersuchung einen zentralen Stellenwert ein, sowohl als Forschungssetting wie auch als Forschungsinstrument. Das legt nahe, den Begriff nicht nur zu definieren und Formen, Settings und Verfahren von Supervision zu beschreiben, sondern auch die geschichtliche Entwicklung und gesellschaftstheoretische Verortung dieser Beratungsform herzuleiten und darzustellen. Die folgenden Ausführungen ermöglichen, die Komplexität dieser spezifischen Beratungsform zu erfassen, aber auch Abwehr und Unsicherheiten zu verstehen, mit denen Supervision als Beratungssetting immer wieder konfrontiert ist (vgl. Möller 2012, 17, vgl. Petzold 2005, 3).

Die umfassende geschichtliche Herleitung (Abschn. 2.2) hat zum Ziel, die Entstehungsbedingungen und Entwicklungslinien bis zur Skizzierung aktueller Themen der Supervision zur Darstellung zu bringen und theoretische Bezüge und das Professionsverständnis deutlich zu machen. Darauf aufbauend werden unterschiedliche Definitionen (Abschn. 2.3) vorgestellt: Supervision, konzeptualisiert als *„Beratung im beruflichen Kontext“* (Möller 2012, 17), wird anhand einer Auswahl an Begriffsbestimmungen eingeführt, die auf Inhalt und Gegenstand von Supervision, auf das Setting, die organisationale Rahmung, Fragen der Profession, die wissenschaftliche Verortung und den gesellschaftspolitischen Kontext verweisen. Es folgt die Differenzierung von Team und Gruppe (2.3.1), da der Fokus der Untersuchung auf zwei Teamsupervisionsprozessen liegt und die Besonderheiten dieses Formats vorgestellt werden. Dabei wird insbesondere auf methodische Grundlagen verwiesen, die für die Entwicklung von Teamsupervision von essenzieller Bedeutung sind: die Gruppendynamik (2.3.1.2) und die Balintgruppenarbeit (2.3.1.3). Neben diesen beiden methodischen Zugängen werden am Beginn des Unterkapitels die Tavistock Clinic und das Tavistock

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_2

Institute (2.3.1.1) als Drehscheibe und Ausgangspunkt wichtiger Impulse für die Arbeit mit Gruppen genannt. In diesen beiden, ursprünglich gemeinsamen Instituten wurden Gruppendynamik und Aktionsforschung erstmals in Europa angewandt und Balintgruppenarbeit der organisationale Rahmen geboten, der zu ihrer Weiterentwicklung und breiten Anwendung führte. Auch das psychodynamische Modell des Group Relations-Ansatzes wurde dort konzipiert und soll im Rahmen dieses Kapitels Erläuterung finden, da hier psychoanalytisches Denken über unbewusste Prozesse mit systemischen Gedanken über die Bedeutung von Rolle, Aufgabe, Grenzen und Autorität verbunden wird.

Im Kontext der *„Begriffsbestimmung, Formate und methodisch-theoretischen Bezüge“* (Abschn. 2.3) kommt auch Supervision in Organisationen (2.3.2) zur Darstellung. Die psychoanalytisch geprägte Institutionsanalyse (2.3.2.1) leitete eine *„programmatische Wende“* (Steinhardt 2007, 105) ein, die eine zunehmende Fokussierung auf Organisationen bewirkte. Sehr wesentlich wurde in der Folge das systemische Denken, auf das in Kapitel 2.3.2.2 eingegangen wird. Es folgt die gesellschaftstheoretische Verortung (Abschn. 2.4) von Supervision, die sich sowohl aus der geschichtlichen Entwicklung heraus wie auch aufgrund des Beratungskontextes „Arbeit“ – mit all seinen Veränderungen und Herausforderungen – als notwendig erweist. Katharina Grönings (2013, 27) Entwurf von Supervision als angewandte kritische Sozialforschung wird umrissen und bildet die Basis für das Konzept der Untersuchung: Supervision als Forschungsinstrument (Abschn. 4.3). Mit der konzeptuellen Ausrichtung (Abschn. 2.5), der Beschreibung des Supervisionsverständnisses, erfolgt eine Standortbestimmung, die auch als Fazit dieses Kapitels zu verstehen ist.

Den Anfang macht eine erste Konzeptualisierung von Supervision als Sprachspiel (Münch 2011, 265, Nordentoft 2008, 913 f.) in Anlehnung an Wittgensteins (1953, 11 f.) „Sprachspiel“-Metapher. Münch und Nordentoft ermöglichen durch dieses Sprachbild eine Einführung in Supervision, insbesondere in die Bedeutung von Sprache für die Beratung und die unterschiedlichen Ebenen, die eine Beratungssituation konstituieren.

2.1 Supervision als Sprachspiel: eine Einführung

Wittgensteins (1953, 11 f.) *„Sprachspiel“* wird von Münch (2011, 265) und Nordentoft (2008, 913 f.) als Metapher für Supervision verwendet, um die Bedeutung der Sprache und die Mehrdimensionalität der Beratung beschreibbar zu machen.

Was meint Wittgenstein mit dem *„Sprachspiel“*[1]-Begriff?

> „Das Wort „Sprach*spiel*“ soll hier hervorheben, dass das *Sprechen* der Sprache ein Teil ist einer Tätigkeit, oder einer Lebensform.“ (Wittgenstein 1953, 11; Hervorhebung im Original)

Die Gesetzmäßigkeiten des Schachspiels dienen Wittgenstein (1996, 249 f.) als Matrix, um zu beschreiben, was mit *„Sprachspiel“* gemeint ist. Denn Schachfiguren und Wörter sind einander ähnlich, die Figuren haben, wie Wörter, für sich alleine gesehen keine Bedeutung, erst durch ihre Funktionen, Positionen und Bewegungen erhalten sie eine Bedeutung und einen Zweck. Umgelegt auf die Sprache bedeutet das, es gilt zu lernen, den Gebrauch der Wörter zu verstehen, dann werden auch die Grammatik, die Sprache verstanden. *„Lass dich die Bedeutung der Worte von ihren Verwendungen lehren!“*, meinte Wittgenstein (1953, 220) dazu.

Auf dieses Zitat bezieht sich Helle Merete Nordentoft[2] (2008, 913, vgl. 4.2.3.3), um Supervision im Gesundheitswesen – im angegebenen Aufsatz in Bezug auf eine Palliativ-Tagesklinik in einem dänischen Krankenhaus – als Sprachspiel (language game) zu entwerfen. Wobei Supervision hier als Setting verstanden wird, in dem unterschiedliche Sprachspiele aufeinandertreffen.

> „Different medical professions have developed different language games where the same words, for instance, might have different meanings.“(Nordentoft 2008, 913)

Neben dem Aspekt des Aufeinandertreffens unterschiedlicher Sprachspiele werden in der Supervision insbesondere Emotionen sprachlich „verhandelt“. Nordentoft (2008, 913) präzisiert Supervision als

> „[…] a particular discursive practice of emotion work.“

Diese diskursive Praxis untersucht sie auch wissenschaftlich, und daher gibt ihr das Sprachspiel auch ein Forschungskonzept, um sprachlichem Ausdruck – insbesondere in Bezug auf Hochschilds (1983) Konzept von *„emotion work”* (zitiert nach Nordentoft 2008, 14 f.) – einen Theoriebezug zu geben. Das „Sprachspiel

[1]Wittgenstein (1953, 11) verwendet die hier angeführte kursive Schreibung des Begriffs nur an dieser Stelle.

[2]Nordentoft bezieht sich auf die Originalausgabe, die 1953 zweisprachig, auf Deutsch und Englisch, erschienen ist. Das Zitat ist auf Englisch, wie auch der von ihr verfasste Aufsatz.

Supervision“ dient Nordentoft, wie auch in der vorliegenden Untersuchung, als Forschungsinstrument (Abschn. 4.3), um greifbar zu machen, was in beruflicher Beratung thematisiert, zur Sprache gebracht wird. Supervision ist als Sprachspiel Gegenstand der Forschung und als Beratungskonzept und -setting schafft sie gleichzeitig einen Forschungsrahmen.

Wie Nordentoft verwendet auch Winfried Münch (2011, 265 ff.) die „Sprachspiel“-Metapher. Ihm dient sie dazu, sein Konzept der tiefenhermeneutischen Beratung und Supervision zu beschreiben. Supervision wird von ihm als rahmengebundenes Gespräch definiert, dem eine Kontraktvereinbarung mit einer Fixierung von Zeit, Ort und Honorar vorausgeht. Dieser Festlegung folgt eine konkrete Beschreibung dessen, was im Rahmen der Supervision passiert:

> „Bei diesem Sprachspiel, dem institutionalisierten Sprachgeschehen, findet ein Austausch von Sätzen und nonverbalen Ausdrucksverhalten in der sich vergegenwärtigenden Unmittelbarkeit statt, also von Angesicht zu Angesicht. Es folgt einem Regelgebrauch und beansprucht einen eigenen Formenzwang. Immer sind zwei oder mehrere Personen in unterscheidbaren Rollen und Funktionen im rahmengebundenen Zusammenhang darum bemüht, sich mittels eines Zeichenaustauschs ihres Meinens und Denkens, bezogen auf eine fragliche Angelegenheit, miteinander zu verständigen, um auf diesem Wege zum beidseitigen Verstehen zu gelangen. Daraus entfaltet sich rahmenbezogen eine prozessuale Kontinuität des Wirkens, die sinnbezogen Absichten und Ziele verfolgt.“ (Münch 2011, 267)

Drei Bezüge werden von Münch (2011, 269, vgl. 4.3.2) beschrieben: die Beratungssituation (1), das Erzählte (2), etwas ins Beratungsgeschehen Hereingeholte, und der Bezug (3), der auf das Erzählte, das Nichtgegenwärtige, genommen wird. Das Sprechen stellt den Bezug zum Jetzt her, zur Beratungssituation, und im Sprechen wird das Anliegen formuliert, welches subjektiv ist. Münch (2011, 270) beschreibt die erzählende Person, die Supervisand_in:

> „Sie identifiziert, nimmt Bewertungen vor, formuliert Klischees, äußert Erwartungen, lässt Gefühlsstimmungen und Affektbeteiligungen durchdringen, die für sie mit Sinn verbunden sind.“

Diese Erzählung ist der Ausgangspunkt für das beraterische Sprachspiel und verweist auf den Fokus der vorliegenden Untersuchung: In diesen Schilderungen werden Anliegen, feldspezifische Themen, Erfahrungen, Erleben und Orientierungen artikuliert (vgl. 4.3.2).

Was passiert in der Supervision mit diesem Erzählten? Ihm wird mit Fragen begegnet, die sich durch ein *„Nichtfestgelegtsein“* (Gadamer 1960/2010, 369) der Antworten charakterisieren sollten. Münch schildert diese Art des Fragens:

> „Das Herausfordernde der Frage […] zeigt sich in Beratungszusammenhängen gerade daran, dass der Ratsuchende quasi dazu aufgefordert wird, seinem Leben entgegenzugehen, nämlich sich seinem Selbst zuzuwenden, damit er reflexiv sein Denken und Meinen betrachten, zeitgleich in seine Erinnerung eintauchen sowie seinen Empfindungen nachgehen kann. In der Frage selbst, die auf das bereits Gesagte, Bekannte oder Feststehende zurückgreift oder sich davon abhebt, jedenfalls Erinnerung, Meinung und Sichtweisen desjenigen anspricht, welcher befragt wird, sollte soviel Offenheit aufgehoben sein, dass sie eine Antwort erlaubt, die Entscheidbarkeit ermöglicht. Fehlt diese Offenheit, kann man auch nicht ungezwungen antworten.“ (Münch 2011, 279)

Ziel dieser *„zirkulierenden Suchbewegungen“* (Münch 2011, 270) und der Reflexionsschleifen ist, dass ein neues Sinnverstehen gelingt und die Supervisand_innen die formulierten Anliegen deutlicher wahrnehmen, die eigene Situation besser verstehen.

Wie bei Nordentoft (2008), so gibt auch der vorliegenden Forschungsarbeit das Sprachspiel, in Ergänzung zu Münchs (2011) beschriebenen drei Bezügen, einen Rahmen, der einerseits das Beratungsgeschehen in seiner Mehrdimensionalität veranschaulicht, andererseits eine Fokussierung des Forschungsinteresses ermöglicht: Es geht um das Dritte, das Erzählte, mit allen Beschreibungen und metaphorischen Ausdrücken, die eine solche Schilderung begleiten. Es ist das Nichtgegenwärtige, das aus dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung durch die Erzählung in die Beratungssituation eingebracht wird und aus dem heraus Themen festgemacht und kollektive Erfahrungen sowie Orientierungen beschrieben werden können (Kap. 7). Diese werden im Zuge der Auswertung mithilfe der dokumentarischen Methode (Abschn. 6.4) interpretiert.

2.2 Entwicklungslinien von Supervision

Als Einstieg zum geschichtlichen Bezug steht die konkrete Bedeutung des Begriffs „Supervision“. Dieser stammt aus dem amerikanischen Englisch und leitet sich vom Lateinischen „super“ = über und „videre“ = sehen, beobachten ab (Kadushin 1990, 20). Supervision bedeutet daher Überblick, Übersicht, aber auch Kontrolle (Pühl 2009a, 12, Belardi 2013, 14). Supervision als Kontrolle findet sich in der oben beschriebenen ersten Einleitung zu Supervision (Münch 2011, Nordentoft 2008) nicht wieder. Hier zeigt ein Blick auf die geschichtliche Entwicklung, dass durchaus eine Kohärenz besteht: Supervision begründete sich ursprünglich auch als

Kontrollinstrument. Petzold (2005, 3) kritisiert, dass diese Hintergründe der Professionsgeschichte von vielen Supervisor_innen nicht reflektiert werden und Kontrolle beim Wahrnehmen von groben Missständen auch für Supervisor_innen eine Bedeutung hat. Ganz dem Begriffssinn der Kontrolle entsprechend wird „supervisor" heute noch als Begriff für Vorgesetzte, Vorgesetzter oder Anleiter_in im amerikanischen Englisch verwendet (Belardi 2013, 14 f.). Für Supervision als Beratung ist im Englischen daher der Begriff „Clinical Supervision" in Gebrauch, wie ihn auch Nordentoft (2008) verwendet (vgl. Rappe-Giesecke 2009, 4).

Die geschichtliche Herleitung von Supervision ist folglich *„keine bloße akademische Übung"* (Gaertner 2011, 71). Adrian Gaertner argumentiert:

> „Die vergessene Vor- und Frühgeschichte der Supervision zeigt nicht nur, in welchen Kontexten Supervision entstanden ist, sondern auch, was sie als systematische Selbstreflexion zu leisten im Stande ist, und zwar nicht nur für Qualifizierung der Praxis, sondern auch für die Identifizierung der Supervisorinnen und Supervisoren mit ihrer Profession." (Gaertner 2011, 84)

2.2.1 Anfänge

Supervision hat ihren Ursprung im angloamerikanischen Raum, im Zuge der Entwicklung von Sozialarbeit in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Diesbezüglich herrscht weitestgehend Einigkeit in der Fachliteratur (Kadushin 1990, Rappe-Giesecke 2003, 2, Steinhardt 2007, 32 ff., Pühl 2009a, 13, Belardi 2013, 18 ff., Möller 2012, 17 ff.). *„Was wir heute unter Supervision verstehen, hat seinen Ursprung in der Bewegung der Charity Organization Society im 19. Jahrhundert"*, schreibt Kadushin[3] (1990, 5) in seinem 1990 erstmals auf Deutsch erschienenen Aufsatz. Der umfassendere, ursprünglich englische Text stammt aus dem Jahr 1976 (Kadushin 1990, 4).

In den USA, wie auch in Europa, führten die Folgen der Industrialisierung zu Armut und Verelendung der Arbeiterschaft. Der Sezessionskrieg in den 1860er-Jahren und insbesondere die aufeinanderfolgenden Wirtschaftskrisen in den 80er-Jahren des 19. Jahrhunderts führten zu einer Zuspitzung: Arbeitsaufstände und Arbeitskämpfe bedrohten die staatliche, wirtschaftliche und soziale Ordnung (vgl. Adams 2009, 88 ff., 108 ff.). Der Umgang mit Armut war bis zu diesem Zeitpunkt sehr widersprüchlich: Einerseits wurden Almosen gegeben, andererseits wurden

[3] Alfred Kadushin flüchtete in den 1930er-Jahren aus Deutschland, emigrierte in die USA und arbeitete an der University of Wisconsin, wo er zu Sozialarbeit und Supervision forschte (Steinhardt 2007, 32).

Arme in Arbeitshäusern untergebracht. Beides Maßnahmen, die nicht zielführend waren und an der Situation der Hilfesuchenden nichts änderten (Müller 2013, 26 f.).

In dieser angespannten Situation gründete Reverend Steven Humphrey Gurteen 1877 die erste Charity Organization Society (COS) (Müller 2013, 28). Sie war Clearingstelle, um Hilfesuchende zu registrieren, ihre individuellen Lebensverhältnisse festzuhalten und Hilfemöglichkeiten zu eruieren. Das Ziel war, zu ermitteln und zu vermitteln, ein neuer Ansatz in der Wohlfahrt (Müller 2013, 28). Dabei griff man auf eine schon existierende Einrichtung zurück: die *„friendly visitors"* (Müller 2013, 28), ehrenamtlich tätige Hausbesucherinnen.

Kadushin (1990, 5) beschreibt das Aufgabengebiet der „friendly visitors", durchwegs Ehefrauen wohlhabender Bürger oder unverheiratete höhere Töchter (Müller 2013, 29), als den hilfesuchenden Familien zugeordnet:

> „[…] um ganz persönliche Unterstützung anzubieten und um deren soziales Verhalten in eine vom gesellschaftlichen Standpunkt aus gesehen wünschenswerte Richtung zu beeinflussen. ‚Nicht Almosen, sondern einen Freund.' Das war die Parole der Wohlfahrtsorganisationen."

Neben den ehrenamtlich tätigen „friendly visitors" gab es in den Organisationen die *„paid agents"* (Kadushin 1990, 5): Angestellte, die für die ständig steigende Anzahl der Hausbesucherinnen verantwortlich waren. Diese „paid agents" gelten als die Vorläufer_innen der ersten Supervisor_innen (Kadushin 1990, 5).

Burns (1958, 16, zitiert nach Kadushin 1990, 5) weist darauf hin, dass im Jahr 1890 in den USA 78 Wohlfahrtsorganisationen existierten, mit 174 bezahlten Arbeitskräften und 2017 ehrenamtlichen „friendly visitors". Die Ehrenamtlichen waren schwer anzuwerben und hörten auch schnell wieder auf, waren jedoch als *„ausführende Kräfte"* (Kadushin 1990, 6) für die Organisationen von größter Bedeutung, weshalb die „paid agents" jenseits administrativer Aufgaben auch Beratung und Unterstützung anboten.

Mit dieser geänderten Ausrichtung der Wohlfahrtsorganisationen wurde auch das Ziel verfolgt, Ausbildungsmöglichkeiten für die „friendly visitors" zu schaffen. Vor allem Mary Richmond und Zilpha Smith, beide von der Baltimorer Charity Organization Society, setzten sich ganz besonders für umfangreiche Ausbildungsmöglichkeiten ein (Müller 2013, 23 f.). Die heutige School of Social Work der Columbia Universität in New York geht auf die Summer School of Philanthropy aus dem Jahr 1898 zurück, die auf die Initiative vor allem von Mary Richmond zurückgeführt werden kann (Müller 2013, 30).

Der „paid agent" wurde rasch zum *„agent-supervisor"*, zur zentralen Anlaufstelle (Smith 1884, 70, zitiert nach Kadushin 1990, 6) und zum *„Kommunikationskanal"*,

wie Zilpha Smith (1887, 161, zitiert nach Kadushin 1990, 6) es formulierte, die eine der Ersten war, die über Supervision geschrieben haben (Kadushin 1990, 6). Der „agent-supervisor" war den Großteil seines Arbeitstages mit der Beratung von „visitors" beschäftigt, wofür viel Feingefühl und Kraft notwendig war. Smith (1892, 57, zitiert nach Kadushin 1990, 7) beschreibt unterstützende und ermutigende Beratung anhand eines Beispiels.

> „Eine Frau, die als guter ‚visitor' bekannt war, kam eines Tages ins Büro und sagte: ‚Ich glaub, ich kann die Browns ebensogut aufgeben, ich kann nicht sehen, dass ich da irgendetwas Gutes bewerkstellige.' Aber der ‚agent' erwiderte: ‚Denken Sie mal an die letzte Woche. Erinnern Sie sich, was Sie da gesagt haben?' ‚Nein.' ‚Sie sagten, dass die Gesichter der Kinder nie sauber waren: jetzt aber waren sie es. Das zeigt doch sicher eine kleine Verbesserung. Versuchen Sie es noch einmal.'"

Der „agent-supervisor" hat hier eine stützende, wertschätzende und wohlwollende Haltung. Steinhardt (2007, 36 f.) meint zu dieser Vignette, dass das Ausdrücken der negativ-ablehnenden Gefühle die Grundlage dafür bildet, einen Perspektivenwechsel in Bezug auf diese konkrete Situation vollziehen zu können. Das ermöglicht eine Beziehung und ein Verstehen zwischen „visitor" und „agent-supervisor".

Supervision wurde eine feste Größe in den Wohlfahrtseinrichtungen und bekam formale Richtlinien: Zeit, Ort, Umfang, Verfahrensweise und Erwartung wurden deutlicher definiert (Kadushin 1990, 13). Mit dem neuen Stellenwert, den Soziale Arbeit in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts erhielt, dehnte sich Supervision auch auf sozialpädagogische, psychiatrische und medizinische Einrichtungen sowie das Schulwesen aus (Kadushin 1990, 13).

Diese Etablierung von Supervision um 1900 kann als das Ende der ersten Phase[4] der Entwicklung von Supervision (Wieringa 1990, 37 f.) bezeichnet werden.

---

[4]Phasenmodelle gelten als überholt, Wieringa (1990) äußert sich auch kritisch dazu. Ich nehme sie trotz Kritik in die Darstellung auf, weil sie eine Struktur geben: Sie unterstreichen bestimmte Entwicklungslinien und das ermöglicht, auf Fragen hinzuweisen, die sich an spezifischen Zeitpunkten gestellt haben. Es finden sich jedoch unterschiedliche Varianten (z. B. Wieringa, 1990, Weigand 1990, Schwarzwälder 1990, Gaertner 1999) der Phaseneinteilung in Bezug auf die Geschichte der Supervision. So sieht Gaertner (1999, 21 ff.) die Phase bis zum Zweiten Weltkrieg als „Vorgeschichte", Schwarzwälder (1990, 58 f.) sieht diese Zeit als erste, vormethodische Phase der Supervision. Da Wieringa (1990) diesen ersten Jahrzehnten der Supervisionsentwicklung bis zum Zweiten Weltkrieg einen eigenen Artikel widmet und sie der Supervisionsgeschichte zurechnet, was ich für sinnvoll erachte, halte ich mich an sein Phasenmodell und beziehe mich ab 1945 auf Weigand (1990) und Gaertner (1999). Die Überschriften der Unterkapitel wurden bewusst nicht nach Phasen benannt, im Text beziehe ich mich jedoch auf die oben genannten Modelle.

Supervision wurde am Ende dieses ersten Entwicklungsschritts als Instrument der Ausbildung und Kontrolle verstanden (vgl. Wieringa 1990, 37 f.).

Ab Beginn des 20. Jahrhunderts begann nach Wieringa (1990, 38 ff.) die zweite Phase der Entwicklung von Supervision. Er nennt sie *„Psychologisierung und Individualisierung“*, wobei die Supervisor_in die Rolle der Pädagog_in und Therapeut_in bekam. Dieser Abschnitt der Supervisionsgeschichte endete mit dem Ende des Zweiten Weltkriegs.

Zur Darstellung dieser Entwicklung gilt es zurück zum Ausgangspunkt zu gehen, zur Gründung von Wohlfahrtseinrichtungen und zur sich entwickelnden Professionalisierung der Sozialen Arbeit: Mary Richmond veröffentlichte 1917 das erste Lehrbuch der Sozialen Arbeit, *„Social Diagnosis“* (Müller 2013, 32), dem 1922 das zweite, *„What is Social Case Work?“*[5], folgte, und ermöglichte damit eine wissenschaftliche Grundlegung der Methode der vertieften und differenzierten Einzelhilfe, der *„social case work“* (Müller 2013, 33 f.).

Im Zuge der – durch Casework – sich ändernde Haltung in Bezug auf Klient_innen, vor allem ihre stärkere Einbeziehung in die Lösungsfindung, entwickelte sich eine Auseinandersetzung mit psychologischen und pädagogischen Theorien. So wurde auch die sich verbreitende psychoanalytische Theorie bereits in den 1920er-Jahren an Schulen für Social Work gelehrt (Steinhardt 2007, 48 f.), womit eine Verbindung zwischen Psychoanalyse, Sozialarbeit und letztendlich der Supervision entstand, die allesamt einen entscheidenden Einfluss auf die Weiterentwicklung und beginnende Professionalisierung der Supervision nahmen (Steinhardt 2007, 71 f.).

Eine wichtige Rolle spielte die Entwicklung psychoanalytischer Beratungsformen[6], die in Wien ihren Ursprung nahmen und von Sigmund Freud unterstützt und gefördert wurden. Freud verstand die Psychoanalyse umfassend, als neue Sichtweise auf Individuum und Gesellschaft. Die Existenz eines dynamischen Unbewussten hatte seiner Meinung nach Auswirkungen auf das individuelle

[5]Müller (2013, 34) betont, dass Mary Richmond, im Gegensatz zu damaligen vorherrschenden Meinung, Armut und Hilfebedürftigkeit nicht als Teil einer göttlichen Weltordnung gesehen hat. Sie war auch nicht der Überzeugung, dass Armut aus einer Charakterschwäche resultiert. Die Standardisierung von Fallprotokollen und die daraus resultierende große Datenmenge ließen auf die eigentlichen gesellschaftlichen Ursachen von Armut und Hilfebedürftigkeit schließen: unfreiwillige Arbeitslosigkeit, Arbeitsunfälle und Niedrigstlöhne waren hauptsächliche Ursachen für soziales Elend.

[6]An dieser Stelle sei auf Steinhardt (2007) verwiesen, die die Verknüpfung von Psychoanalyse und Formen psychoanalytischer Beratung bereits umfassend beschrieben hat.

Leben und die Gestaltung gesellschaftlicher Prozesse und war demzufolge für alle Wissenschaften von Bedeutung, die sich mit menschlicher Kultur und Gesellschaft beschäftigten. Daher tauschte er sich ab 1902 in der so genannten „Mittwoch-Gesellschaft" mit Fachkolleg_innen, aber auch interdisziplinär über psychoanalytische Erkenntnisse aus (Steinhardt 2007, 39 f., vgl. 53).

In den 1920er- und 1930er-Jahren wurde – wie bereits oben erwähnt – psychoanalytische Theorie an einigen US-amerikanischen Schulen für Social Work gelehrt und Caseworker_innen ließen sich in Wien zu Psychoanalytiker_innen ausbilden. Auch die ersten Pädagog_innen stießen in dieser Zeit zur „Mittwoch-Gesellschaft". Unter ihnen befand sich August Aichhorn, der als Pionier der psychoanalytischen Pädagogik gilt. Er veröffentlichte im Jahr 1925 mit *„Verwahrloste Jugend"* ein bahnbrechendes Werk pädagogischer Literatur. Als Leiter eines Heims für Jugendliche legte er großen Wert auf die Beziehungsgestaltung, sowohl zwischen Erzieherinnen und Jugendlichen als auch zwischen den Mitarbeiterinnen. Er führte Besprechungen ein, einzeln, aber auch im Team, und beschrieb die Wichtigkeit dieses Austausches mit dem Erziehungspersonal und die Auswirkungen der Reflexionen auch auf die betreuten Jugendlichen:

> „Das richtige Verständnis für die befreiende Wirkung einer Aussprache hatte ich damals zwar noch nicht, aber doch bemerkte ich, wie sich das Bild der Gruppe vollständig umkehrte, wenn es gelungen war, die Stimmung der Erzieherin zu heben. […] Der durch die Psychoanalyse aufgedeckte Mechanismus der Übertragung erklärte mir später den Erfolg unserer Erziehungsarbeit." (Aichhorn 1925/2005, 134)

Ab 1933 führte Aichhorn „Erziehungsberatungsseminare" durch – Gaertner (1999, 25) nennt sie *„frühe Beispiele von Gruppensupervision"* –, die zum Ziel hatten, Fälle in ihrer Gesamtdynamik unter Beteiligung aller Mitarbeiter_innen und unter Berücksichtigung des sozialen Umfelds psychoanalytisch zu verstehen. Rosa Dvorschak arbeitete als Fürsorgerin in diesen Seminaren mit, sie spielte für die Entwicklung der Supervision nach dem Zweiten Weltkrieg eine bedeutende Rolle (Steinhardt 2007, 73 f., 93 ff.).

Neben diesen Vorformen psychoanalytischer Supervision (Gaertner 1999, 27) setzte auch die Kontrollanalyse, die sich als fixer Bestandteil in der Ausbildung für Psychoanalytiker_innen etablierte, entscheidende Impulse. Was ist unter einer Kontrollanalyse zu verstehen? Damit Psychoanalytiker_innen praktizieren können, setzte sich schon am Beginn der psychoanalytischen Bewegung die Lehranalyse als wesentliches Ausbildungselement durch (Steinhardt 2007, 47). Viele

theoretische und praktische Fragen konnten jedoch durch die Lehranalyse allein nicht abgedeckt werden. Daher wurde in den 1920er-Jahren die Kontrollanalyse eingeführt, in der die Ausbildungskandidat_in mit einer erfahrenen Psychoanalytiker_in eigene Behandlungsprozesse besprach (Steinhardt 2007, 47, Belardi 2013, 21 f.). Der Kontrollanalyse kam eine beaufsichtigende – und kontrollierende – Funktion zu, was über die Jahrzehnte, seit ihrer verpflichtenden Einführung in den 1930er-Jahren, immer wieder kritisch reflektiert wurde (Steinhardt 2007, 47, Gaertner 1999, 29 ff.). Mit der Kontrollanalyse wurde eine institutionalisierte Form geschaffen, in der angehende Analytiker_innen von erfahrenen Kolleg_innen angeleitet wurden, auch mit dem Ziel, ein Berufsverständnis zu vermitteln (vgl. Belardi 2013, 22). Eine Art *„Meister-Lehrlings-Verhältnis“* nennt Belardi (2013, 22) diese Zusammenarbeit, ging es doch gleichermaßen um die Institutionalisierung der Psychoanalyse und die Professionalisierung des Angebots (Gaertner 1999, 29).

In Bezugnahme auf dieses Ausbildungssystems – an dem sich die Supervisionsausbildung orientiert hat – wurde aktuell eine Studie durchgeführt. Jan Lohl (2014, 2015) führte eine empirische Untersuchung mit älteren Supervisor_innen (Jahrgänge 1936-1950) zur Sozialgeschichte der Supervision in Deutschland durch. Die Interviews belegen Sozialisationsmuster, die zeigen, wie angehende Ausbildungskandidat_innen zu Supervisor_innen „gemacht“ wurden.

Lohl (2015) bezieht sich auf Becker (2003) und beschreibt, dass psychische Desorganisation systematisch hergestellt wurde, in Gruppensettings wie auch in der Ausbildungssupervision. Dieser *„Zustand der Hilflosigkeit“* (Becker 2003, 66, zitiert nach Lohl 2015, 58) erleichterte eine Übertragungsbereitschaft und folglich eine innere Bereitschaft, neue Identifizierungsangebote anzunehmen (Lohl 2015, 58). Eine Interviewpartnerin, die ihre Ausbildung in den 1970er-Jahren gemacht hatte, sagte über einen ihrer Ausbildungsdozenten:

> „[…] dass man mehr von ihm kriegen wollte und zugleich ein bisschen Schiss kriegte.“[7] (Lohl 2015, 57)

Diese Ambivalenz drückt die Gefühlslage für eine Übertragungsbereitschaft treffend aus. Hier lassen sich Verbindungen zu Balints Kritik an der psychoanalytischen Ausbildung herstellen: Balint spricht von *„Initiationsriten“* (1963, 317, zitiert nach Gaertner 1999, 31) und beschreibt die von Lohl geschilderten

[7] Dieses Zitat ist auch im Titel von Lohls (2015) Aufsatz.

Sozialisationsprozesse – sich eines psychoanalytischen Vokabulars[8] bedienend – wie folgt:

> „Sie sollen den Neuling zwingen, sich mit dem Clan zu identifizieren, den Initiator und seine Ideale zu introjizieren und aus diesen Identifikationen ein starkes Über-Ich zu erreichen, das ihn lebenslang beeinflusst." (Balint 1963, 317, zitiert nach Gaertner 1999, 31)

Trotz – auch berechtigter (Steinhardt 2007, 47) – Kritik setzte sich dieses System der Kontrollanalyse durch und findet sich unter dem Überbegriff der Ausbildungssupervision (Abschn. 2.3) noch heute in vielen supervisorischen und therapeutischen Ausbildungen wieder (vgl. Belardi 2013, 25).

Zurück zu den Entwicklungslinien und zusammengefasst, was die zweite Phase der Entwicklung von Supervision bis zum Zweiten Weltkrieg ausmacht: Es zeigt sich die immer größer werdende Bedeutung der Psychoanalyse für die Supervision. Social Casework (Steinhardt 2007, 48 f.) wie auch die psychoanalytische Pädagogik (Aichhorn 1925/2005) und ihre als frühe Form von Gruppensupervision (Gaertner 1999, 25) angesehene Erziehungsberatung orientierten sich an der Psychoanalyse und wurden, wie nicht zuletzt auch die Kontrollanalyse, als Ausbildungssystem, in diesem Zeitabschnitt entwickelt.

Im weiteren Verlauf der 1930er-Jahre, vor dem Zweiten Weltkrieg, führten politische Veränderungen in Europa zu Brüchen in der weiteren Entwicklung der Supervision. Mit der nationalsozialistischen Machtergreifung in Deutschland im Jahr 1933 und dem „Anschluss" Österreichs 1938 begann ein Exodus herausragender Persönlichkeiten, die in Literatur, Naturwissenschaft, Philosophie, Pädagogik, Nationalökonomie, Soziologie und der Psychoanalyse Exzellentes geleistet hatten (Krohn et al. 1998, Diem-Wille, Turner 2009, 12).

Im Handbuch der deutschsprachigen Emigration 1933-1945 (Krohn et al. 1998, XI) wird bezüglich der Konsequenzen dieses Exodus festgestellt: Die Zwangsemigration ging einher

> „[…] mit einer in ihren qualitativen und quantitativen Ausmaßen kaum abzuschätzenden künstlerischen und wissenschaftlichen Ausblutung, von der sich Deutschland und Österreich, wenn überhaupt, erst spät und nur mühsam erholt haben."

[8] Balint bezieht sich mit dem Begriff des „Über-Ich" auf Freuds Instanzenmodell und seine Theorie des Intrapsychischen (Freud 1923).

Bevorzugtes Ziel vieler Psychoanalytiker_innen waren die USA, wo jedoch die Zusammenarbeit zwischen nichtärztlichen, sogenannten „Laienanalytiker_innen", und ärztlichen Analytiker_innen durch eine zunehmende Medizinalisierung der Psychoanalyse nicht stattfand. Freud wehrte sich noch 1926 (Steinhardt 2007, 53) gegen eine Vereinnahmung durch die Medizin, doch in der internationalen psychoanalytischen Gemeinschaft wurde diese Sicht nicht geteilt. Ziel war, die Psychoanalyse an das medizinische Ausbildungssystem anzubinden. Damit endete, vorerst, eine bis dahin sehr fruchtbringende Tradition psychoanalytischen Denkens in Zusammenarbeit unterschiedlicher Disziplinen (Steinhardt 2007, 57).

2.2.2 Methodenentwicklung

Nach dem Zweiten Weltkrieg stand das Sozialwesen in Österreich und in Deutschland vor einer völligen Neuorientierung. Methoden der amerikanischen Sozialarbeit wie Social Casework, soziale Gruppenarbeit und Gemeinwesenarbeit (Weigand 1990, 46) wurden übernommen. Sie entsprachen mit ihrem Anspruch auf ein demokratisches Verständnis von der Würde des Menschen und seinem Recht auf Hilfe dem Bedarf der Sozialarbeit der Nachkriegszeit (Ringshausen-Krüger 1977, 27, zitiert nach Weigand 1990, 44). Auf Wien und Österreich beschränkt, konnten August Aichhorn[9] und Rosa Dworschak direkt an Erfahrungen von vor dem Zweiten Weltkrieg anschließen. Psychoanalytische Reflexion etablierte sich für das „Wiener Institut für Erziehungshilfe" (1949 gegründet), während in anderen europäischen Ländern und in den USA weiterhin eine Medizinalisierung der Psychoanalyse betrieben wurde (Steinhardt 2007, 73). Rosa Dworschak, schon seit 1917 Fürsorgerin des Wiener Jugendamts und seit 1923 Mitarbeiterin von August Aichhorn, erhielt nach dem Zweiten Weltkrieg – als Stipendiatin der Vereinten Nationen – in den Niederlanden eine Ausbildung in Casework und Supervision. Dworschak konnte so konzeptuelle Verbindungen zwischen Casework, Supervision und den Fallbesprechungen herstellen, die sich am Jugendamt unter Aichhorn entwickelt hatten (Sauer 1997, 32). Es entstanden in den 1950er-Jahren *„Fachkurse für vertiefte Einzelfallhilfe"*, die umfassend weiterentwickelt wurden und als Vorläufer für den Hochschullehrgang für Supervision an der Universität Salzburg betrachtet werden können (Sauer 1997, 32, vgl. 2.2.4).

[9]August Aichhorn war eines von drei in Wien verbliebenen Mitgliedern der Wiener Psychoanalytischen Gesellschaft und versuchte von 1938 bis 1945 die Psychoanalyse am Leben zu erhalten (Wiener Psychoanalytische Akademie 2015).

Somit ist in den 1950er- und 1960er-Jahren die weitere Entwicklung der Supervision noch eng mit der Sozialen Arbeit verbunden und noch immer in einer *„Pionierphase"* (Gaertner 1999, 39), aber durch die Übernahme von z. B. Social Casework spielen Methoden eine immer wichtigere Rolle. Weigand (1990, 43 ff.) charakterisiert diese Zeit als *„Phase der Methodenentwicklung"*.

Zwei Aspekte wurden von Bang und Pfaffenberger (1958, 67, zitiert nach Weigand 1990, 46) für die praktische Begleitung durch Supervisor_innen beim Erlernen der Einzelfallhilfe, so die deutsche Bezeichnung für Social Casework, als besonders wichtig beschrieben: die neue Art des Verstehens der Schwierigkeiten der Klient_innen und das Wahrnehmen der besonderen Beziehungsdynamik und der damit einhergehenden Gefühle, die zwischen Helfer_in und Klient_in entstehen.

Was ist nun am Ende der 1960er-Jahre unter Supervision zu verstehen? Eduard Hapke, ein Psychoanalytiker, der in den USA studiert hatte, schrieb in den Jahren 1952 und 1954 dazu richtungsweisende Artikel (Belardi 1996a, 15 f., vgl. Weigand 1990, 47). Er plädierte für Supervision als „Clinical Supervision", eine psychologisch fundierte Beratung, im Gegensatz zu „Supervision" als administratives Modell mit dem Ziel der Dienstaufsicht und Leistungskontrolle. Diese begriffliche Differenzierung hat in den USA noch heute Gültigkeit (vgl. Rappe-Giesecke 2009, 2, 4). In der deutschen Sprache wurden in den 1970er-Jahren die Begriffe „Praxisberatung" und „Supervision" verwendet.

Diese noch am Beginn der 1970er-Jahre vorherrschende begriffliche Ambivalenz wie auch die Positionierung von Supervision in Bezug auf Modelle aus dem englischsprachigen Raum wurden durch den ersten Sammelband zum Thema „Supervision" deutlich. Dora von Caemmerer gab im Jahr 1970 *„Praxisberatung (Supervision)"* heraus, in dem auch europäische, doch vorwiegend US-amerikanische Beiträge zu Supervision in der Sozialen Arbeit zu finden sind. Sie fasste die dreifache Funktion von Supervision zusammen als: die Integration von Wissen und dessen Umsetzung in der Praxis, die Entwicklung des beruflichen und methodischen Könnens sowie die Entwicklung einer beruflichen Persönlichkeit (Entwicklung von beruflichen Haltungen, Einstellungen etc.) (von Caemmerer 1970, 15).

Zur Frage, ob nun Praxisberatung oder doch Supervision, im Buchtitel in Klammer gesetzt, die passendere Bezeichnung ist, meinte von Caemmerer:

> „Die Übernahme des angelsächsischen Wortes *Supervision* birgt m. E. die Gefahr in sich, dass in der Diskussion das Problem der organisatorischen und strukturellen Einordnung des Supervisors in den Vordergrund tritt, der im amerikanischen und angelsächsischen Arbeitsbereich die Funktion des Ausbilders mit denen eines fachlichen Vorgesetzten verbindet. Die Auseinandersetzungen konzentrieren sich dann eventuell auf den möglichen Rollenkonflikt in der Position des Supervisors und gehen am eigentlichen Inhalt der Supervision vorbei." (von Caemmerer 1970, 12; Hervorhebung im Original)

Der Name „Supervision“ setzte sich letztendlich in den deutschsprachigen Ländern durch (Belardi 2001, 8), auch wenn der Begriff, wie schon am Beginn dieses Kapitels skizziert, oft nicht ausreichend reflektiert wird, wie Petzold (2005, 3) anmerkt.

2.2.3 Expansion und Systematisierung

Neben dieser letztlich klaren sprachlichen Fixierung zeigten die 1970er-Jahre für die weitere Entwicklung der Supervision gute Voraussetzungen. Waren der Gruppensupervision nur fünf der insgesamt 21 Beiträge im ersten Sammelband gewidmet (von Caemmerer 1970), erhielt das Setting der Gruppen- und Teamsupervision (2.3.1) durch das Aufkommen der Gruppendynamik (2.3.1.2) und der Balintgruppen (2.3.1.3) einen enormen Aufschwung. Für die weitere Entwicklung und Positionierung von Supervision im Spannungsfeld von Individuum, Team und Organisation (2.3.2) wurde damit ein entscheidender Beitrag geleistet. Diese Entwicklung setzte in den 1960ern ein und erlebte in den 1970er-Jahren einen regelrechten Boom.

Die Aufbruchsstimmung, Gaertner (1999, 39) spricht von der *„Expansionsphase“*, Weigand (1990, 49) bezeichnet diese Phase als *„Expansion und Systematisierung“*, erklärt sich einerseits durch die Krise der 1960er-Jahre und andererseits durch den einsetzenden Psychoboom (Gaertner 1999, 49 ff.). Das deutsche Wirtschaftswunder fand in einem autoritär strukturierten Staat statt, geprägt von der Wiederherstellung restaurativer Ideologien (Gaertner 1999, 44). Mit dem Ende der Rekonstruktionsperiode der westeuropäischen Gesellschaft, nach dem Zweiten Weltkrieg, erfolgte erst durch die studentische Bewegung eine systematische Kritik der vorherrschenden Lebensformen, am Demokratieverständnis und an den staatlichen Institutionen (Gaertner 1999, 44).

Drei Prinzipien skizziert Gaertner (1999, 47), die wesentlichen Einfluss auf die weitere Entwicklung der Supervision nahmen: die Ökonomisierung und Institutionalisierung sozialer Interaktion einschließlich der Beziehung zu sich selbst, die Individualisierung sozial induzierter Prozesse und die Substitution konkreter Erfahrungs- und Erlebniswelten durch die Medienvermittlung.

Durch die Ökonomisierung intimer Lebensbereiche entstand ein *„schillernder Psycho-Markt“* (Belardi 2001, 10), und ein Phänomen wie der Psychoboom (Gaertner 1999, 47) konnte entstehen. Der Begriff Psychoboom

> „[…] signalisiert einerseits die Anerkennung eines sich gesellschaftsweit durchsetzenden Projekts der Selbstfindung und -bestimmung durch Therapie und Beratung, andererseits Kritik an den davon ausgehenden Formen neuer Fremdbestimmung.“ (Maasen 2011, 8)

Die Psychologisierung der Gesellschaft hat sich als Boom, im Sinne eines ökonomischen Aufschwungs, durchgesetzt, der durch die Warenförmigkeit der psychologischen Angebote und den Konsumentenstatus der Nutzer_innen zu erkennen ist (Gaertner 2011, 88). Dabei wird methodisch auf Techniken und Methoden zurückgegriffen, die sich aus zahlreichen Therapierichtungen herleiten lassen. Gaertner (2011, 89) wirft der Praxis und Theorie der Supervision vor, seit den 1970er-Jahren vom *„Eklektizismus der wechselnden Therapiemethoden erfasst“* worden zu sein. Mit der großen Nachfrage entstanden ein umfassendes Angebot und sogenannte *„Bindestrich-Methoden“* (Gaertner 2011, 91) der Supervision: Gestalt-Supervision, systemische Supervision, integrative Supervision, gruppendynamische Supervision etc. Jede Therapierichtung entwickelt eine eigene Supervision. Es beginnt eine Entwicklung von Supervision, die ihr den Vorwurf einbringen wird, *„trivialisierte Therapie“* (Gröning 2013, 11) oder *„Psychotechnik“* (Gröning 2013, 11 f.) zu sein. Durch diese Heterogenität von supervisorischen „Bindestrich-Konzepten“ wie auch durch Theoriedefizite (vgl. Gröning 2013, 15) und den Mangel umfassender empirischer Forschung (Gröning 2013, 15, vgl. 4.1) wirkt diese Entwicklung noch bis heute nach, und Beratungskritik (Maasen 2011) ist durchaus berechtigt. Denn unterschiedliche theoretische Positionen zu einem theoretischen Konzept zu verdichten, bleibt letztlich bis heute der Kunst einer jeden einzelnen Supervisor_in überlassen (Gröning 2012, 77).

2.2.4 Professionalisierung

Mit dem Ende der 1970er-Jahre konstatiert Weigand die pragmatische *„Wende“*, die die Supervisor_in zwischen Therapeut_in und Organisationsberater_in positioniert (1990, 55 f.). Gaertner (1999, 39) beschreibt die 1980er-Jahre als *„Konsolidierungsphase“* und benennt die Phase ab den 1990er-Jahren als *„Phase der expansiven Professionalisierung“*.

Einen wichtigen Anteil an der Professionalisierung von Supervision hatte die Gründung von Berufsverbänden. Den Anfang im deutschsprachigen Raum machte die Schweiz im Jahr 1976 mit der Gründung des BSO (Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung 2018). Im Jahr 1989 folgte die Konstituierung der Deutschen Gesellschaft für Supervision e. V. (DGSv 2018). Treibende Kraft der Verbandsgründung waren die Vorläuferinstitute der heutigen Fachhochschulen und die fünf Fortbildungsstätten der Freien Wohlfahrtspflege[10],

[10]Zu den fünf Fortbildungsstätten zählten: die Akademie für Jugend- und Sozialarbeit des Deutschen Vereins (Frankfurt), die Akademie für Jugendfragen (Münster), Burckhardthaus e. V. Institut für Jugend und Sozialarbeit (Gelnhausen), die Diakonische Akademie (Stuttgart), die Akademie für musische Bildung und Medienerziehung (Remscheid) (Lippenmeier 2011, 9).

die Supervision zunächst als Bestandteil der Sozialarbeit durch Methoden- und Ausbildungskurse etablierten (Lippenmeier 2011, 9). Die DGSv zählt heute mehr als 4.000 persönliche Mitglieder, und nach wie vor sind insgesamt 31 Ausbildungseinrichtungen, Universitäten und Hochschulen als juristische Personen vertreten. Norbert Lippenmeier (2011, 13) konstatiert für die DGSv allerdings einen schwierigen Gründungsprozess:

> „Wie die in den Heften der DGSv-Aktuell (4/2009, 1/2010, 2/2010) ausgetragene Kontroverse deutlich macht, gibt es aber höchst unterschiedliche und affektbesetzte Erinnerungen an die ‚entscheidenden' Situationen und die Rolle und Bedeutung der Protagonisten, die dann schließlich zur Verbandsgründung führten. Es war letztlich, wie aufgezeigt, ein jahrelanger Entwicklungsprozess, auf den viele Dinge und Personen eingewirkt haben. Es gibt deshalb auch viele unterschiedliche, subjektive Erinnerungen der Beteiligten, deren Bedeutungsgehalt sich aber heute im Einzelnen kaum noch verifizieren lässt."

Im Mai 1994, fünf Jahre nach der Gründung der DGSv, wurde die ÖVS konstituiert, die Österreichische Vereinigung Supervision, deren Gründungsvorsitzende Angela Gotthardt-Lorenz (Sauer 1997, 38) war. Auch hier spielten Absolvent_innenverbände und Ausbildungsträger eine wichtige Rolle, allerdings starteten in Österreich die Ausbildungen sehr viel später als in Deutschland: Im Wintersemester 1981/82 wurde die erste Ausbildung an der Universität Salzburg am Institut für Psychologie angeboten (Sauer 1997, 35). Die ÖVS zählt heute etwa 1.300 Mitglieder, die in neun Bundesländergruppen organisiert sind, und 13 Ausbildungseinrichtungen (davon zwei im beobachteten Status) (ÖVS 2018) sind vertreten.

Die ANSE (Association of National Organisations for Supervision in Europa), die mittlerweile 8.000 Supervisor_innen in 22 europäischen Ländern vertritt, wurde 1997 in Wien gegründet, wo sie auch ihren Sitz hat (Lippenmeier 2011, 9).

Für die laufende Professionalisierung spielten und spielen auch Zeitschriften eine wesentliche Rolle. Für den deutschsprachigen Raum sind vier Zeitschriften (Weigand 2012, 116) zu nennen, die sich theoretisch wie konzeptionell unterschiedlich herleiten und zwischen 1982 und 1998 entstanden sind. Bereits 1982 wurde das älteste und auflagenstärkste Periodikum an der Akademie für Jugendfragen gegründet: *„Supervision. Mensch Arbeit Organisation"* (Supervision 2016), wie der zur Zeit aktuelle Titel heißt. 1993 folgte am Fortbildungsinstitut für Supervision in Münster *„Forum Supervision"* (2016), das dem gruppendynamischen und psychoanalytischen Denken nahesteht und mittlerweile ausschließlich als Online-Medium verfügbar ist. 1994 wurde auf Basis eines systemtheoretischen Hintergrundes die *„OSC – Organisationsberatung Supervision Coaching"* (OSC 2016) begründet, an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit

in Hückeswagen. *„Freie Assoziation. Das Unbewusste in Organisationen und Kultur“* entstand 1998 innerhalb des Fachbereichs Supervision an der Kolping-Bildungsstätte in Coesfeld und orientiert sich an der Psychoanalyse. Ab 2015 erscheint sie als Fachzeitschrift der Gesellschaft für psychoanalytische Sozialpsychologie (GfPS) (Freie Assoziation 2016).

Nach 1998, im Jahr 2001, wurde im Rahmen der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit (FPI-Publikationen 2016) eine weitere Zeitschrift, *„Supervision. Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internetzeitschrift“,* von Hilarion G. Petzold gegründet und herausgegeben und legt einen Schwerpunkt auf integrative Supervision. Seit 2008 gibt die Universität Kassel *„Positionen. Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt“* (Universität Kassel 2016) heraus. Die Universität Kassel trägt allerdings schon sehr viel länger wesentlich zur Theoriebildung der Supervision bei (Weigand 2012, 116).

In Österreich wird keine Fachzeitschrift für Supervision publiziert, die ÖVS News (2018), die Zeitschrift der ÖVS – Österreichische Vereinigung Supervision und Coaching, greift im ersten Teil des Heftes jedoch laufend fachspezifische Themen auf.

Im Jahr 1990 sah Wolfgang Weigand[11] (1990, 55 f.) die Weiterentwicklung der Supervisionskonzepte durch drei Aspekte gekennzeichnet (vgl. Steinhardt 2007, 96): Erstens hob er die Feldkompetenz hervor, denn erst das Wissen um die Dynamik eines Arbeitsbereichs ermöglicht das Verstehen beruflicher Interaktion. Zweitens rückt die Organisation zunehmend in den Fokus: Insbesondere durch die Teamsupervisionen (vgl. 2.3.1) werden die Sozio- und Psychodynamik von Organisationen *„Gegenstand der Diagnose und Intervention von Supervisoren“* (Weigand 1990, 55, vgl. 2.3.2). Und zum Dritten konstatierte er die Entwicklung einer beruflichen Identität von Supervision als eine eigenständige Arbeitsweise.

2.2.5 Aktuelle Themen

Aufbauend auf einem europaweiten Verband (ANSE), getragen von Hochschulen, Universitäten und Ausbildungsstätten, unterstützt durch qualitätsvolle Fachbeiträge und Publikationen (vgl. Pühl 1990, 1994, 1998/2009, 2009b)[12] hat Supervision alle

[11]Wolfgang Weigand ist emeritierter Professor für Supervision, Personal- und Organisationsentwicklung der FH Bielefeld und Ratsvorsitzender der Stiftung Supervision, Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Supervision und deren Vorsitzender von 1992-2001 sowie jahrzehntelanger Herausgeber der Zeitschrift Supervision. Mensch Arbeit Organisation (2012, 267).

[12]Harald Pühl gab zwischen 1990 und 2009 Handbücher zu Supervision (1990, 1994, 2009b) und Supervision und Organisationsentwicklung (1998/2009) heraus.

Voraussetzungen, sich im 21. Jahrhundert als *„Institution kritischer und (selbst) reflexiver Vernunft“* (Gröning 2012, 81) zu institutionalisieren. Allerdings zeigt ein Blick auf die aktuellen Themen eine andere Entwicklung, in der Supervision als Beratungsformat mittlerweile von Coaching und Organisationsentwicklung in den Hintergrund gedrängt wird (vgl. Gröning 2012, Gaertner 2011).

In diesem Sinne sieht Gaertner nach der Phase der *„expansiven Professionalisierung“* aktuell die Phase der *„partiellen Substitution von Supervision“* (2011, 73) gekommen. Er beschreibt eine Marginalisierung von Supervision vor allem durch die Öffnung zum Profitbereich, wo andere Beratungsformate wie Coaching oder auch Organisationsentwicklung beliebt sind.

> „Mit der Hinwendung zum Profitsektor und zur Organisationsentwicklung lässt sich der als Kränkung empfundene Stallgeruch (vgl. Schüning 1993, zitiert nach Gaertner 2011, 75), der der Supervision aufgrund ihrer Herkunft aus der Sozialarbeit anhaftet, endlich abschütteln.“ (Gaertner 2011, 75)

Diese unklare Abgrenzung zu anderen Beratungsformaten zeigt ein *„Unschärfeprofil“* (Gaertner 2011, 90), das auch auf weiteren Ebenen wirkt. Einerseits gibt es eine sich fortsetzende Orientierung an psychotherapeutischen Methoden, die ihren Fokus auf individuelles, psychisches Leiden richten und den Anforderungen der Supervision nicht entsprechen: Denn hier stehen berufliches Handeln und Erleben im Mittelpunkt, in Bezug auf Patient_innen oder Klient_innen mit dem dazugehörigen organisationalen Kontext[13] (Gaertner 2011, 90).

Andererseits hat sich die Erwerbsarbeit seit der Nachkriegszeit massiv verändert und Supervision ist zunehmend mit *„dynamisierten Arbeitswelten“* (Schuster 2014) konfrontiert, wo sich spannende Herausforderungen, aber auch Grenzen zeigen. Wenn von unbefristeter Beschäftigung, standardisierten Arbeitszeiten, räumlicher Trennung von Arbeit und Wohnort und einer hierarchisch-bürokratischen Herrschaft im Betrieb gesprochen wird, verwendet Brigitte Hausinger (2008, 79) den Begriff der *„Normalverfassung“*. Veränderungen in der Arbeitswelt sind in Relation zu dieser *„Normalverfassung“* zu sehen, die sich seit der Nachkriegszeit

[13]Hier sei auch auf Peter Berkers (1992, 6, vgl. 3.1) Felddynamik der Supervision verwiesen, wo mit der Institutionsdynamik, der Professionellendynamik und der Klientinnendynamik die hier angeführten Dimensionen des beruflichen Handelns, der Klient_innen und der Organisation auf das Feld übertragen und diese drei grundlegenden Aspekte von Supervision bestätigt werden.

als Vorstellung von Arbeit etabliert hat. Die Arbeitswelt entfernt sich immer mehr von der *„Normalverfassung“*, und die *„Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen“*, wie Hausinger (2008) bereits im Titel ihres Buches formuliert, verweist auf die Widersprüche und Ambivalenzen, die sich im Zuge von neuen Arbeitsformen ergeben und damit auch zu Themen in der Supervision werden. Ökonomisierung von Arbeit, Flexibilisierung und Entgrenzung zur Spitze getrieben führen zur Form der „Arbeitskraftunternehmer_in“ (Pongratz 2004, Voß 2001), für die Selbstkontrolle, Selbstökonomisierung und Selbstrationalisierung bzw. Verbetrieblichung zu den charakteristischen Merkmalen werden (Voß 2001, Egbringhoff 2004, zitiert nach Schuster 2014). Für diese Zielgruppe wird hoher Beratungsbedarf prognostiziert (Pongratz 2004). Was richtet Supervision im Sinne einer kritischen Reflexion hier aus? Katharina Gröning (2012, 80) bemerkt dazu an:

> „Supervisoren müssten dann zu Verkäufern der zeitgeschichtlichen Strömungen werden, anstatt diese zu reflektieren. Sie müssten mit den Techniken der Imagepflege (Goffman, zitiert nach Gröning 2012, 80) die Bühnenhaftigkeit des sozialen Lebens nutzen, um mit ihren Supervisanden die Spiele zu spielen bzw. diese zu den Spielen zu befähigen, die der Zeitgeist ihnen abverlangt. Aus Supervision würde ‚Briefing‘ und die Supervisanden ein zu vermarktendes Produkt.“

Seien es neoliberale Entwicklungen am Arbeitsmarkt oder Tendenzen unter den Supervisor_innen, selbst möglichst unterschiedliche Beratungssettings anzubieten[14] und sich mit schnellen Erfolgen Auftraggeber_innen anzudienen, diese Aspekte bilden ein Spannungsverhältnis, in dem Supervision sich gerade befindet. Am Ende der Ausführungen über die geschichtliche Entwicklung von Supervision sei jedoch – bei aller Unschärfe (Gaertner 2011, 90), die Supervision gegenüber anderen Beratungsformaten zeigt – auch festgehalten: Das Ziel, Supervisand_innen mithilfe von Supervision konfliktfreier und angepasster zu machen, entspricht *nicht* der europäischen Supervisionstradition, denn *„die Methode ist gerade kein Anpassungsinstrument“* (Gaertner 2011, 76).

[14]Gaertner (2011, 75) stellt dazu fest, *„[…] dass die Identität der Methode diffundierte und mit ihr die Identität der Supervisoren. Es wäre interessant, in diesem Zusammenhang die Flyer und Websites von Supervisor/innen zu untersuchen. Die Kompetenzprofile, die dort zum Teil reklamiert werden, sind atemberaubend. Wahrscheinlich würde ein Leben nicht ausreichen, um die Hälfte der dort publizierten Qualifikationen wirklich zu erlernen, geschweige denn psychisch zu integrieren.“*

2.3 Begriffsbestimmung, Formate, methodisch-theoretische Bezüge

Supervision wird in der aktuellen deutschsprachigen Literatur als *„Beratung im beruflichen Kontext"* konzeptualisiert (Möller 2012, 17).

Wobei die Definitionen von Supervision, jenseits dieser Festlegung, vor allem in Bezug auf die Zielformulierungen erheblich abweichen. So versteht Belardi (2013, 15), der eine sehr allgemein gehaltene Definition formuliert, Supervision als Oberbegriff für

> „[…] *Weiterbildungs-, Beratungs- und Reflexionsverfahren für berufliche Zusammenhänge*. Das allgemeine Ziel der Supervision ist es, die Arbeit der Ratsuchenden (Supervisanden) zu verbessern. Damit sind sowohl die Arbeitsergebnisse als auch die Arbeitsbeziehungen zu den Kollegen und Kunden wie auch organisatorische Zusammenhänge gemeint." (Belardi 2013, 15; Hervorhebung im Original)

Für Harald Pühl (1990, 3) ist Supervision

> „[…] eine Form berufsbezogener Beratung, entstanden im Zuge der Differenzierung von Berufsfeldern und der Standardisierung von Berufsvollzügen."

In seiner Zielformulierung stellt er die Kompetenzerweiterung und den Kompetenzerwerb der Supervisand_innen bzw. des Supervisand_innen-Systems (darunter ist das Team oder die Institution zu verstehen) in den Vordergrund. Seine Schlussfolgerung (Pühl 1990, 3):

> „Supervision steht somit eindeutig in einer pädagogischen Tradition, da es um Lernen geht."

Gerhard Leuschner (2007, 14) versteht Supervision als *„eine Kunst der Beziehung"*. In ihrem Mittelpunkt stehen Arbeitsbeziehungen

> „[…] mit einzelnen Menschen, ihren Rollen und den Gruppen und Organisationen, in denen sich Arbeit vollzieht." (Leuschner 2007, 14)

Im Blick der Supervisor_in ist

> „[…] das, was uns berichtet wird, und das, was wir beobachten in den Arbeitsbeziehungen. Gleichzeitig erleben wir und beobachten wir das, was zwischen den Supervisanden und uns geschieht. […] Das Erkennen des Sichtbaren und die Suche nach dem Verborgenen braucht unsere dauernde aufmerksame Neugier in der Entwicklung zwischenmenschlichen Verstehens." (Leuschner 2007, 14)

Für Kornelia Rappe-Giesecke (2009, 3) ist Supervision

> „[…] personenbezogene berufliche Beratung für Professionals. Ihre Aufgabe ist es, Einzelne, Gruppen oder Teams von Professionals zu individueller und sozialer Selbstreflexion zu befähigen. Ziel dieser Reflexion ist die Überprüfung und Optimierung des beruflichen und methodischen Handelns."

Rappe-Giesecke (2009, 3 f.) führt zu dieser Definition erklärend aus, dass nicht Individuen in ihrer Komplexität im Mittelpunkt stehen, sondern der Teil von Personen, der die professionsabhängige Ich-Identität bildet. Sie will damit auch eine Abgrenzung zur Organisationsberatung erreichen, denn hier ist das Medium der Veränderung nicht die Person, wie in der Supervision, sondern soziale Systeme, damit sind bestehende oder neu geschaffene Subsysteme von Organisationen gemeint.

Eine gesellschaftspolitische, philosophische wie auch sozialwissenschaftliche Verortung von Supervision (Abschn. 2.4) entwirft Katharina Gröning (2013) in *„Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution"*. Ihr Ansatz der *„reflexiven Supervision"*, die sie auf Gerhard Leuschner (1993, zitiert nach Gröning 2013, 12) zurückführt, ist verbunden mit einem Entwurf von Supervision

> „[…] als angewandte kritische Sozialwissenschaft mit den Elementen sozialwissenschaftliche Psychoanalyse, Gruppenanalyse und ausgewählten Ansätzen aus der Soziologie, vor allem in der Tradition Bourdieus." (Gröning 2013, 27)

Die Auswahl der angeführten Begriffsbestimmungen verweist auf Inhalt und Gegenstand von Supervision, auf das Setting, die organisationale Rahmung, Fragen der Profession und stellt Supervision in einen gesellschaftspolitischen und sozialwissenschaftlichen Kontext. Damit wird deutlich, dass Supervision sich einerseits methodisch konzeptualisiert, sich jedoch auch – erklärbar aus der historischen Entwicklung – als Erkenntnisform innerhalb eines Feldes, der Sozialen Arbeit, etabliert hat (Gröning 2013, 31) und als angewandte kritische Sozialwissenschaft verstanden werden kann (vgl. 2.4).

Neben der Begriffsbestimmung von Supervision gilt es bestimmte Supervisionsformate zu unterscheiden. Rappe-Giesecke (2009, 5 ff.) unterscheidet 4 Typen von Supervision: Die **administrative Supervision**, die sich aus der ältesten Supervisionsform herleitet, der Vorgesetztensupervision, und die **Ausbildungssupervision**, welche sich in Supervisions- und Therapieausbildungen als Lehrsupervision etabliert hat, erfahrene Kolleg_innen führen noch in Ausbildung stehende Kolleg_innen in bestimmte therapeutische Methoden und Anforderungen ein

(vgl. Pühl 2009a, 13, vgl. 2.2.1, vgl. Lohl 2014, 2015). Des Weiteren nennt sie die **Supervision im Rahmen von Organisationsentwicklungsprozessen**, hier wird Supervision als *ein Element* im Rahmen der Architektur eines Organisationsentwicklungsprozesses eingesetzt, um z. B. die Umsetzung von Maßnahmen zu begleiten. Der vierte Typ, die **berufsbegleitende Supervision**, ist in der Praxis am häufigsten anzutreffen. Diese Form der Supervision steht im Forschungsfokus der vorliegenden Untersuchung.

Der parallel zur Untersuchung stattfindende Reflexionsprozess wurde im Rahmen einer **Forschungssupervision** im Einzelsetting durchgeführt. Was ist unter dem Begriff zu verstehen und welchem Supervisionstyp kann diese Form der Reflexion zugeordnet werden?

Forschungssupervision, als Beratung für Forschungsprojekte oder Beratung für Wissenschaftler_innen (Barkhausen 2001) bzw. Reflexion von Forschungsprozessen (Becker et al. 2013) oder auch Untersuchung von Supervisionsprozessen (Giesecke, Rappe-Giesecke 1997, 676 ff.), bezieht sich auf das Feld der Wissenschaft (vgl. Klinkhammer 2004) und ist in dem von Pühl (2009b) herausgegebenen Grundlagenwerk *„Handbuch der Supervision 3“* nicht gesondert erwähnt. Als Typus kann diese Form der Supervision in der Logik von Rappe-Giesecke (2009, 5 ff.) als berufsbegleitende Supervision im wissenschaftlichen Forschungskontext verstanden werden. Ebenso als gänzlich eigener Supervisionstyp, der dann zur Anwendung kommt, wenn im Rahmen von Supervision wissenschaftlich geforscht wird. Auf die konkrete Umsetzung der forschungssupervisorischen Reflexion wird im Methodenkapitel (6.3.2) genauer eingegangen.

Supervision wird – wie schon in Rappe-Gieseckes (2009, 3) Definition von Supervision erwähnt – als Einzel-, Team- oder Gruppenformat durchgeführt. In der vorliegenden Untersuchung wurden zwei Teamsupervisionsprozesse, vom Typ her berufsbegleitende Supervisionen, über den Zeitraum von einem Jahr untersucht. Dieser Fokus erfordert die Herleitung der theoretischen Bezüge der Team- und Gruppensupervision.

2.3.1 Teams und Gruppen

„Nicht jede Gruppe ist ein Team, aber jedes Team ist eine Gruppe.“ Mit diesem Satz leiten Oliver König und Karl Schattenhofer (2015, 18) ihre Beschreibung des Teams als Sonderform der Gruppe ein. Gruppen bestehen aus 3 bis ca. 20 Personen, haben gemeinsame Aufgaben oder ein gemeinsames Ziel, die Möglichkeit zur direkten Kommunikation und eine gewisse zeitliche Dauer, von 3 Stunden bis

über Jahre. Was das Team nun von der Gruppe unterscheidet, ist die Kooperation. Denn „Team" ist eine Sammelbezeichnung

> „[…] für alle arbeits- und aufgabenbezogenen Gruppen, deren Mitglieder kooperieren müssen, um ein gemeinsames Ziel zu erreichen." (König, Schattenhofer 2015, 18)

Teamsupervision gehört nach Harald Pühl (2009a, 18) zu den am meisten angefragten Settings. Im Vergleich zur Einzelsupervision erhöht sich die Komplexität schon durch die Anzahl der Personen, doch ein anderer Aspekt von Supervision macht Teamsupervision mehrdimensional: Supervision ist kein dyadisches System, sie findet immer im Spannungsfeld triangulärer Pole statt (Steinhardt 2007, 105 f.). Ausgehend von den drei Dimensionen beruflichen Handelns – der Profession, der Funktion und der Person (Rappe-Giesecke 2009, 12) –, die Supervisand_innen in die Supervisionssitzung einbringen können, erweitert sich das triadische Modell für Teams, denn ein Team ist

> „[…] sowohl Gruppe im gruppendynamischen Sinn, als auch Subsystem einer Organisation als auch Verbund von Professionals, also Angehöriger der gleichen oder unterschiedlicher Professionen." (Rappe-Giesecke 2009, 13)

Für Teams und Gruppen wird neben diesem Modell für Supervisand_innen noch ein weiteres triadisches Modell gebraucht, das Teams in den Mittelpunkt einer Trias aus *Gruppe*, *Verbund von Professionals* und *Organisationseinheit* stellt. Eine *„Triadentrias"* (Rappe-Giesecke 2009, 13 f.) ordnet nicht nur die soeben genannte Trias zueinander, sondern gruppiert um *Gruppe*, *Verbund von Professionals* und *Organisationseinheit* je drei weitere Faktoren, die auf die Gruppe wirken. So wirkt auf das in der Mitte stehende Team die Gruppe als *Spiegel der Persönlichkeit, der Klient_in und der Organisation*. Der Verbund von Professionals ist geprägt von *Programmen und Werten der Professionen*, *dem Status der Professionen* und *der fachlichen Spezialisierung*. Um die Organisationseinheit gruppieren sich *die System-Umwelt-Beziehungen*, *die interne Komplexität* und *die Prozesse sowie Abläufe*.

Diese Konzeptualisierung von Teamsupervision nach dem Modell von Rappe-Giesecke (2009, 33 f.) verweist auf vier Theorietraditionen: die Balintgruppenarbeit, die psychoanalytisch orientierte Gruppentherapie und Gruppenselbsterfahrung, die Organisationsentwicklung und angewandte Gruppendynamik und die soziologische Systemtheorie. Ich werde in den folgenden Kapiteln auf alle *„vier Wurzeln des Modells"* (Rappe-Giesecke 2009, 32) eingehen, allerdings in adaptierter Form. Den Beginn machen die Tavistock Clinic und das Tavistock

Institute (2.3.1.1), die einerseits unterschiedliche psychoanalytische Beziehungskonzepte von Dyaden und Gruppen konzipiert und andererseits mit dem „Group Relations-Ansatz" ein Verständnis für Gruppen und Organisationen entwickelt haben. Mit der Gruppendynamik (2.3.1.2) der „ersten Stunde" kam das Tavistock Institute über Kurt Lewin in Kontakt, und hier sollte auch der Forschungsansatz „Action Research" (vgl. 5.3.1) europaweit zum ersten Mal zum Einsatz kommen. Hier wurde das Konzept der Balintgruppenarbeit (2.3.1.3) (weiter-)entwickelt und etabliert. Auf die Systemtheorie (2.3.2.2) wird erst im Kapitel Supervision in Organisationen (2.3.2) Bezug genommen, und hier auch nur in Form von systemischen Modellen, die gerade das systemische Denken im Kontext von Organisationen besonders fruchtbar machen.

2.3.1.1 Tavistock Clinic und Tavistock Institute

Die Londoner Tavistock Clinic (oder auch the Tavistock Institute of Medical Psychology) bot den organisationalen und inhaltlich-theoretischen Rahmen, in dem schon seit den 1920er-Jahren höchst unterschiedliche therapeutische sowie Trainings- und Lernsettings für Gruppen entwickelt wurden: Im Kontakt mit und beeinflusst (Trist, Murray 1990, 8) von Kurt Lewin[15] wurden noch in den 1940er-Jahren erste Action-Research-Projekte (vgl. 5.3.1) durchgeführt, gruppendynamische Settings (vgl. 2.3.1.2) erprobt, und im Rahmen ihrer Tätigkeit an der Tavistock Clinic entwickelten Enid und Michael Balint in den 1950er-Jahren die „Balintgruppenmethode", die die *„explorative Funktion"* (Gaertner 2011, 87) von Supervision besonders kennzeichnen sollte.

Die ambulante Klinik wurde 1920 begründet, als nach dem Ersten Weltkrieg ein steigendes Bewusstsein bezüglich neurotischer Erkrankungen einsetzte. Diese wurden nicht nur als Folge des Krieges betrachtet, sondern als allgegenwärtiges Phänomen einer modernen Gesellschaft (Trist, Murray 1990, 1).

[15]Der jüdische Sozialpsychologe migrierte 1933 aus Deutschland in die USA und entwickelte dort eine neue Form der Sozialforschung mit dem Ziel, Veränderungen und Entwicklungsprozesse in sozialen Systemen herbeizuführen (Marrow 2002). Sozialwissenschaftliche Forschung sollte nach seinem Dafürhalten sozialemanzipatorische und demokratiefördernde Ziele verfolgen (von Unger et al. 2007, 10 f.). Im Zuge eines Seminars am 1945 gegründeten Research Center for Group Dynamics am Massachusetts Institute for Technology (MIT) „entdeckten" er und seine Kolleg_innen den Einfluss von Feedback und der Thematisierung von Gruppenprozessen für das Gruppengeschehen (Rechtien 1999, 44). Es entstanden die Basic Skill Training Groups, die ersten gruppendynamischen Laboratorien, in der Folge nur noch T-Gruppen genannt (Rechtien 1999, 48 f.).

Am Beginn der 1930er-Jahre, bedingt durch die Wirtschaftskrise, die auch einen Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und psychischen Erkrankungen zeigte, etablierte sich eine Gruppe junger Mitarbeiter_innen, die stark geprägt waren von der Psychoanalyse. Einige von ihnen spielten während des Zweiten Weltkriegs eine wesentliche Rolle als psychiatrische und psychologische Expert_innen der britischen Armee (Klauber 2008, XiX f., Trist, Murray 1990, 3 f.).

1947 wurde aufgrund der Unterstützung der Rockefeller Foundation[16] das Tavistock Institute of Human Relations gegründet, zuerst als Abteilung der Tavistock Clinic, später wurde es eine selbstständige Organisation, mit der Zielsetzung, auf psychoanalytischer Grundlage sozialpsychologisch zu forschen und zu beraten (Trist, Murray 1990, 5). Im gleichen Jahr folgten die Verlagsgründung der Tavistock Publications und das noch heute existierende, international renommierte Journal *Human Relations*, das in Kooperation mit Kurt Lewin (vgl. 5.3.1) herausgegeben wurde. Lewin schrieb für die erste Ausgabe den Artikel *„Frontiers in Group Dynamics"* (1947), in dem er die Sozialwissenschaften ganz im Sinne des gerade erst gegründeten Institute of Human Relations neu positionierte, durch die Forderung innovativer, dynamischer Forschungsinstrumente. Das Tavistock Institute of Human Relations führte seit den 1940er-Jahren in der Tradition von Lewin Action-Research-Projekte (vgl. 5.3.1) mit Industrieunternehmen durch (Trist, Murray 1990, 8).

Das Tavistock Institute und die Tavistock Clinic arbeiteten eng und interdisziplinär zusammen und beeinflussten sich gegenseitig, die einen mit einem Blick auf Gruppen und Organisationen, die anderen mit dem Fokus auf das Individuum. Die ungeheure Dynamik und Kreativität der Zusammenarbeit ist einerseits auf die einzelnen Personen, andererseits auch auf die gemeinsam reflektierten Erfahrungen zurückzuführen. So stellen Trist und Murray (1990, 7) fest:

> „Our first experiment with group methods was on ourselves."

Der Psychoanalytiker Wilfred Bion leitete nicht nur viele dieser im Zitat angesprochenen wöchentlichen Gruppensitzungen (Trist, Murray 1990, 7), er war auch Impulsgeber für beide Organisationseinheiten. Referenzpunkt für seine Konzepte war die Objektbeziehungstheorie von Melanie Klein. Ausgehend von

[16]Durch die Tätigkeit in der britischen Armee während des Krieges – Ronald Hargreaves und Wilfred Bion beschäftigten sich mit neuen Methoden der Auswahl britischer Offiziere (Klauber 2008, XiX f., Trist, Murray 1990, 3 f.) – trat die Rockefeller Foundation 1946 mit der Tavistock Clinic in Kontakt (Trist, Murray 1990, 5).

Freuds Erkenntnis, dass die psychische Realität eines Menschen ebenso bedeutend ist wie die äußere Realität (Diem-Wille 2012a, 28), entwickelte Melanie Klein ihre Objektbeziehungstheorie. Jedem Subjekt, jedem Menschen stehen „Objekte" gegenüber, das sind andere Personen, wie z. B. die Eltern oder nahestehende Personen, die als „Primärobjekte" bezeichnet werden (Diem-Wille 2012a, 29). Die „innere Welt" ist durch „innere Objekte" geprägt, das sind verinnerlichte gute und enttäuschende Erfahrungen, die jedoch nicht ein Abbild der Realität sind, sondern durch Phantasien und Wünsche verzerrt werden. Wie eine Person die äußere Welt wahrnimmt, wie sie mit Gefühlen umgeht, ist nach Klein stark bestimmt durch die Erfahrungen, die sie als Kind gemacht hat (vgl. Diem-Wille 2012a, 29).

Aufbauend auf diesen Erkenntnissen entwickelte sich einerseits die psychoanalytische Beobachtung (5.2.4), andererseits etablierte sich der Group Relations-Ansatz. Dieser Group Relations-Ansatz verbindet psychoanalytisches Denken über unbewusste Prozesse mit systemischen Vorstellungen zur Bedeutung von Rollen, Aufgaben sowie Grenzen und Autorität (Lohmer, Möller 2014, 28 f.). Grundlage sind dabei Bions (1961) Untersuchungen über die Funktionsweise von Gruppen: Gruppen bewegen sich demnach zwischen einer Arbeitsorientierung, mit einer aufgabenmäßigen Realitätsbezogenheit, und einer Gruppenmentalität, die mehr den Erhalt der Gruppe im Fokus hat als Realitäts- und Aufgabenbezug. Letzteren Modus nennt Bion (1961) den Modus der Grundannahmen. Diese spiegeln die Art und Weise wider, wie eine Gruppe mit Ängsten umgeht, das heißt, wie stark der Gruppenmodus von einer „inneren" (Grundannahmengruppe) bzw. „äußeren" Realität (Arbeitsgruppe) beeinflusst wird. Er unterscheidet drei unbewusste Grundannahmen: Die „abhängige Gruppe", deren Mitglieder Schutz bei einer Leiter_in oder einem Gruppenmitglied suchen, die „Kampf-Flucht-Gruppe", deren Gruppenmitglieder gegen einen „äußeren Feind" – im Sinne eines paranoiden Systems – kämpfen, sowie die „Paarbildung", bei der Gruppenmitglieder sich zu Zweiergemeinschaften zusammenschließen, mit dem Ziel, ihre Angst auf diese Art zu bändigen (Lohmer, Möller 2014, 30 f.). Bleibt eine Gruppe im Modus der Grundannahme, stellt dieser einen Widerstand gegen Entwicklung und Veränderung dar (Lohmer, Möller 2014, 30). Dieser Ansatz, der Realitäts- und Arbeitsbezüge von Gruppen in den Fokus nimmt, bietet Supervisor_innen die Möglichkeit, Abwehrdynamiken differenziert verstehen zu können und passende Interventionen zu setzen.

Auch Bions Vorstellung von Denkprozessen geht nicht von einer nüchternen Betrachtung auf die Realität bezogener Vorgänge aus, sondern von Emotionalität und nichtausgesprochenem Wissen (Steinhardt 2007, 107 f.). *„Container-Contained"* wird Bions Theorie des Denkens genannt (Lazar 1994, 380, vgl. Diem-Wille 2012a). Es ist ein Nachdenken über emotionale Erfahrungen mit dem Ziel, aus diesen

Erfahrungen zu lernen. Es wird von der Vorstellung ausgegangen, dass eine Person als *„Objekt“*, *„Ort“* oder *„Container“* (Lazar 1994, 380) fungiert, die etwas von einer anderen Person aufnimmt, hält (contained), und dass dadurch etwas „Drittes“ entstehen kann (Lazar 1994, 380). Damit wird es möglich, in der Supervision Ängste, Unverstandenes, Unsicherheiten etc. auszusprechen, und diese werden von der Supervisor_in und in der Teamsupervision von der Gruppe aufgenommen, „verdaut“ und zu konstruktivem Denken umgewandelt (Steinhardt 2007, 108).

Elliot Jaques und Isabel Menzies Lyth (1960, 1974, 1990, vgl. 3.2.3, vgl. 5.2.4), die sich mit unbewussten Ängsten und deren Abwehrmechanismen auf organisationaler Ebene auseinandersetzten (Rustin 2008a, 6 f.), waren an der Weiterentwicklung des Group Relations-Ansatzes intensiv beteiligt.

Damit kann festgehalten werden, dass die Tavistock Clinic und das Tavistock Institute teils Ausgangsorte, aber durchwegs Drehscheibe für Gruppentrainings, Gruppendynamik (2.3.1.2), Organisationsdynamik (2.3.2.1), Balintgruppen (2.3.1.3), Action Research (5.3) und Work Discussion (5.2.4) waren, die für die Entwicklung der Team- und Gruppensupervision maßgeblich sind, und somit wesentliche Grundlagen und Impulse für die vorliegende Forschungsarbeit lieferten.

2.3.1.2 Gruppendynamik

Der Begriff der „Gruppendynamik“ bezeichnet drei Phänomenebenen (König 1999b, 11 f.): Erstens wird damit eine spezifische Forschungsperspektive bezeichnet, die sich mit sozio-psychodynamischen Prozessen beschäftigt, die in der sozialen Praxis in und zwischen Gruppen stattfinden. Diese sozialwissenschaftliche Forschungsperspektive[17] integriert Ergebnisse und Erkenntnisse aus der Sozialpsychologie, Psychologie, Soziologie, Kulturanthropologie, der Psychoanalyse oder auch der Psychotherapie (Krainz 2008, 20). Die entscheidenden ersten Impulse wurden von dem Sozialpsychologen Kurt Lewin (vgl. 2.3.1.1, vgl. 5.3.1) und dem Mediziner und Therapeuten Jacob Moreno[18] gesetzt (Rechtien

[17]Das Institut für Organisationsentwicklung, Gruppendynamik und Interventionsforschung an der interdisziplinären Fakultät für Forschung und Fortbildung der Universität Klagenfurt bot eine universitäre Verankerung der Gruppendynamik (Universität Klagenfurt 2016a). Das Institut kooperierte mit Studien- und Forschungsinteressierten aus dem gesamten deutschen Sprachraum (Krainz 2008, 21). Am 1.1.2017 wurde das Institut gschlossen (Universität Klagenfurt 2017).

[18]Jacob L. Moreno studierte in Wien Medizin und wurde zum Begründer der Gruppenpsychotherapie. Er emigrierte 1925 in die USA und gilt neben Lewin als Pionier der Aktionsforschung (Rechtien 1999, 45). Laut Wolfgang Rechtien geht sowohl der Begriff „action research“ als auch „group dynamics“ auf Moreno zurück (vgl. Petzold 1980 und Moreno, Jennings 1938, 343, beide zitiert nach Rechtien 1999, 45).

1999, 44 f.), beide waren Pioniere sowohl der Aktionsforschung (vgl. 5.3) als auch der Gruppendynamik (Rechtien 1999, 45). Zweitens bezeichnet „Gruppendynamik" auch Theorien und Konzepte, die sich mit den Strukturen und Prozessen von – auch geleiteten – Kleingruppen befassen. Gruppendynamik wird in diesem Sinn als angewandte Sozialwissenschaft verstanden und beschäftigt sich mit sozialen Strukturen und Prozessen und damit, wie diese beeinflusst und gesteuert werden können (Krainz 2008, 20). Und drittens meint „Gruppendynamik" auch die soziale Praxis, die Umsetzung und die Formate von Verfahren.

„Gruppendynamik" ist damit, jenseits spezifischer gruppendynamischer Settings und Forschungsstrategien, auch ein expliziter Bestandteil einer jeden Gruppe, eines jeden Supervisionsprozesses. Für die supervisorische Praxis der Arbeit mit Gruppen und Teams bedeutet „Gruppendynamik" folglich, *„Arbeitsprinzipien"* (König 2008, 22) mitzudenken. Diese überschneiden sich zum Teil mit anderen (therapeutischen) Konzepten, denn mittlerweile hat jede *„Bindestrich-Methode"* (Gaertner 2011, 91) für Team- und Gruppensupervision theoretische und methodische Ansätze (vgl. DGSv 2008). Oliver König (2008, 22) nennt das Prinzip des „Hier und Jetzt", die Initiierung von Feedbackprozessen zur Untersuchung der sozialen Wahrnehmung von Individuen und Gruppen, die doppelte Orientierung auf Struktur und Prozess und die professionelle Rollen- und Beziehungsgestaltung als vier grundlegende Arbeitsprinzipien, die nun genauer ausgeführt werden (König 2008, 22 f.).

Mit „Hier und Jetzt" ist einerseits die Wahrnehmung gemeint, dass alles, was in die Supervision eingebracht wird, sich auch im Hier und Jetzt abbildet. Dieses Prinzip bedeutet eine Einladung an alle Beteiligten des Supervisionsprozesses, ihre Wahrnehmungen und Ideen zur Verfügung zu stellen, mit dem Ziel, eine forschende Einstellung (vgl. 5.1.1) zu gewinnen. Durch die Initiierung von Feedbackprozessen kann eine Wahrnehmung und Wirkung von eigenem und fremdem Verhalten erfolgen. Die Dynamik des Feldes, die jenseits individualistischer Bilder des sozialen Geschehens den Wahrnehmungshorizont erweitert, kann somit sichtbar gemacht werden. Mit der doppelten Orientierung auf Struktur und Prozess geht es einerseits um die organisationale Rahmung des eingebrachten Themas, indem die Rollen der Beteiligten und Fragen von Macht, Einfluss, Führung, Zugehörigkeit etc. gestellt werden. Andererseits wird danach gefragt, wie sich Strukturen im Prozess gestalten lassen: Diese Prozessorientierung verweist auf die Zeit, die Veränderung braucht und die sich kaum verkürzen lässt. Die spezifische Rollen- und Beziehungsgestaltung der Prozessbegleiter_in bzw. Supervisor_in kann jederzeit ebenfalls zum Thema im gemeinsamen Arbeitsprozess gemacht werden. Es zeigen sich hier zwei Betrachtungsweisen: Einerseits wird von außen auf ein System und seine Dynamik geschaut, andererseits offenbart sich die Wechselwirkung zwischen dem Supervisor_innen- und Supervisand_innen-System.

Spielt die Gruppendynamik eine zentrale Rolle für die Entwicklung der Team- und Gruppensupervision, gilt es auch auf den starken Selbsterfahrungsbezug hinzuweisen, den gruppendynamische Konzepte für die Supervision haben. Gaertner (2011, 89) formuliert folglich auch Kritik am gruppendynamischen Konzept für Supervision:

> „Die Bearbeitung der Übertragung mit den Klienten oder Patienten trat zu Gunsten der Bearbeitung der Gruppen- und Leitungskonflikte zurück."

Eine Möglichkeit, genau diese von Gaertner angesprochene Übertragung zu bearbeiten, bietet die Balintgruppenarbeit, die es der Supervision erlaubt, Beziehungsdynamiken zu analysieren und – als Forschungsansatz „Training cum Research" – psychische und interaktionelle Prozesse zu erforschen (Gaertner 2011, 87).

2.3.1.3 Balintgruppenarbeit

In den 1950er-Jahren entwickelten Enid Eichholz und Michael Balint an der Tavistock Clinic – im Rahmen von berufsbezogener Gruppenarbeit – ein Beratungsformat, das als direkter Vorläufer der Team- und Gruppensupervision gilt und auch heute noch als selbstständiges Gruppensetting oder als Methode im Rahmen von Supervision Anwendung findet (Steinhardt 2007, 76).

Michael Balint, ein aus Ungarn stammender Arzt und Psychoanalytiker, wurde vom offenen Klima in der ungarischen psychoanalytischen Gesellschaft geprägt[19]. Anders als in Wien und Berlin gab es in Budapest eine größere Bereitschaft, neue Ideen auszuprobieren und zu entwickeln (Steinhardt 2007, 74 f.). Noch vor seiner Emigration nach England im Jahr 1939 machte er erste Erfahrungen mit einem Seminar für Allgemeinmediziner_innen. Es interessierte ihn, die psychotherapeutischen Möglichkeiten bzgl. der ärztlichen Praxis in einem Gruppensetting auszuloten, aufgrund massiver polizeilicher Kontrolle löste sich die Gruppe jedoch auf (vgl. Haynal 1987, 111 f., zitiert nach Steinhardt 2007, 76). Erst 1949 erhielt er an der Tavistock Clinic die Möglichkeit, an einem Seminar für Sozialarbeiter_innen mitzuarbeiten. Damit begann auch die Zusammenarbeit mit seiner zukünftigen Frau Enid Eichholz, die das Familiy Discussion Bureau leitete, das spätere Institut für Eheforschung. In diesem Seminar für Sozialarbeiter_innen wurde eine spezifische Art der Falldiskussion erprobt, die später

[19]Das offene Klima in Budapest wurde stark von Sándor Ferenczi geprägt. Die hier angesprochenen Unterschiede in behandlungstechnischen und ausbildungsbezogenen Fragen zeigen sich auch an der Kontoverse bzgl. Lehranalyse und Kontrollanalyse (vgl. 2.2.1, Steinhardt 2007, 75).

in Gruppen mit Ärzt_innen ihre Anwendung fand (Balint, E. 1959, zitiert nach Steinhardt 2007, 76).

Ausgehend von Ferenczis Vorstellung, dass die Persönlichkeit eines Arztes oft eine größere Wirkung auf die Patient_innen hat als Medikamente und Ärzt_innen empfänglich sein müssen für die Gefühle und unbewussten Vorgänge im Inneren der Patient_innen (Haynal 1987, 94, zitiert nach Steinhardt 2007, 78), wurde von Michael und Enid Balint mit diesen neuen Gruppenangeboten für Ärzt_innen ein Raum geschaffen, um Übertragungs- und Gegenübertragungsbeziehungen zwischen Ärzt_innen und Patient_innen im Praxisalltag zu untersuchen. Die Gruppen waren eine Ausbildung für die Teilnehmenden und erforschten zugleich Berufsprobleme, daher wurde sie *„training cum research seminar"* genannt (Steinhardt 2007, 76). Der inhaltliche Fokus wird dabei auf die Gegenübertragung der Ärzt_in auf die Patient_in gelegt. Mit Gegenübertagung wird die Art und Weise gemeint, wie eine Ärzt_in ihre Persönlichkeit, ihre Haltung, ihr Wissen und ihre Verhaltensweisen einsetzt (Balint, M. 1964/84, 410) bzw. wie sie auf das Verhalten der Patient_in reagiert.

Eine „Balintgruppe" besteht aus acht bis zehn Personen und setzt sich in ihrer ursprünglichen Form aus erfahrenen Ärzt_innen und einer psychoanalytisch geschulten Leitung zusammen (Lohmer, Möller 2014, 130). Der Ablauf (Steinhardt 2007, 80) beginnt, indem die Fallbringer_in einen „Fall" schildert, z. B. eine Interaktion mit einer Patient_in. Die Teilnehmenden hören mit *„gleichschwebender Aufmerksamkeit"* zu. Damit ist eine psychoanalytische Grundhaltung des Zuhörens, Beobachtens und Wahrnehmens (vgl. 5.2.4) gemeint, die Sigmund Freud (1912, 378) wie folgt beschreibt:

> „Man halte alle bewußten Einwirkungen von seiner Merkfähigkeit ferne und überlasse sich völlig seinem ‚unbewußten Gedächtnisse', oder rein technisch ausgedrückt: Man höre zu und kümmere sich nicht darum, ob man sich etwas merke."

Nach dem Zuhören beginnt ein freies Assoziieren, ein unzensiertes Aussprechen von Gedanken. Diesen Einfällen, Gefühlen und Reaktionen ist viel Raum zu geben, denn sie ermöglichen der Fallbringer_in, mögliche blinde Flecken wahrzunehmen, die sich auf die Beziehung zu den Patient_innen auswirken (Steinhardt 2007, 80 f.). Die Einfälle und Reaktionen werden in Bezug auf den vorgebrachten Fall gedeutet. Ein wichtiger Lerneffekt resultiert aus der Widerspiegelung der Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung in der Gruppensituation. Damit ist die Reinszenierung der unbewussten Anteile der Beziehung zwischen Ärzt_in und Patient_in gemeint (Steinhardt 2007, 82).

In der heutigen Balintarbeit (Lohmer, Möller 2014, 130 f.) geht es in erster Linie um ein Verständnis der Psychodynamik zwischen der Professional und der Klient_in und sie beschränkt sich nicht auf die Ärzt_innen-Patient_innen-Beziehung. Im Zentrum stehen die Zusammenhänge zwischen dem Fall, dem Beziehungsgeschehen zwischen Professional und Klient_in und dem Geschehen in der Gruppe, das sich durch die Fallbesprechung zeigt, indem Gruppenmitglieder sich mit emotionalen Aspekten der geschilderten Beziehung identifizieren. Die Reflexion dient der Rekonstruktion von Beziehungsmustern. Für Gaertner (1988, zitiert nach Lohmer, Möller 2014, 131) ist in Balintgruppen auch eine Analyse des institutionellen Machtgefüges realisierbar, das durch die Arbeit an den im Prozess entstehenden „Gruppenkulturen" sichtbar wird. Reine Spiegelungsphänomene sind nach Lohmer, Möller (2014, 131) in einem organisationalen Rahmen nicht zu erwarten. Sie stellen zur Anwendung der Balintmethode in Organisationen fest:

> „Die hierarchische Struktur, konzeptionelle Fragestellungen, formal-strukturelle Probleme, wie z. B. Arbeitsplatzprofile und Aufgabenverteilungen, Finanzierungsprobleme, Beförderungsmodi u. v. m. verzerren bzw. überlagern die Wahrnehmung. Auch fließen Beziehungsstörungen der Teammitglieder untereinander mit in die Fallarbeit ein. Gegenübertragungsanalysen und die Arbeit mit der Reinszenierung können nicht analog dem Ursprungsmodell von Balint genutzt werden. Es bedarf eines zusätzlichen Methodeninventars, zur Diagnostik organisatorischer Einheiten." (Lohmer, Möller 2014, 131)

Zeigen sich die Grenzen der Balintmethode auch durch die strikte Konzentration auf die Beziehung zwischen Ärzt_innen und Patient_innen bzw. Professional und Klient_in, die wesentliche Aspekte der sozialen Realität einer Organisation ausklammert (Steinhardt 2007, 91, vgl. Lohmer, Möller 2014, 131), so wird sie dennoch als wichtige Grundlage für die Erforschung der Psychodynamik von Fällen angesehen. Mittlerweile findet die Balintmethode, adaptiert für Fallbesprechungen, in Gruppen- und Teamsupervisionen ihre Anwendung, es existiert auch nach wie vor eine eigene Balint-Gesellschaft, die von England ausgehend Balintgruppen für Ärzt_innen organisiert (Steinhardt 2007, 77).

2.3.2 Supervision in Organisationen

Mit der Verbreitung von Teamsupervision erschienen bereits in den 1970er-Jahren die ersten Publikationen (z. B. Fürstenau 1970), die den organisationalen Rahmen von Supervision in den Vordergrund rückten. Ist die im Folgenden geschilderte Institutionsanalyse (Wellendorf 1994) von psychoanalytischen Konzepten

geprägt, wie Abwehr und Verdrängung (Menzies Lyth 1974, 1990, vgl. 3.2.3), Spiegelung und Übertragung (Wellendorf 1994) wie auch Überlegungen zum „Unbewussten" in Institutionen (Wellendorf 1996), wird mit dem immer stärker werdenden Fokus auf Organisationen die Systemtheorie zunehmend als Grundlage herangezogen. Systemische Modelle dienen als Basis, um organisationsrelevante Themen zu erklären (z. B. Schreyögg 1996, Rappe-Giesecke 2009, 49 ff.) oder *„Organisationssupervision"* (Gotthardt-Lorenz 1994, 2009) theoretisch-konzeptuell einzuordnen. Die Systemtheorie wird auch zur Charakterisierung von Supervision als *„systemische Beratung"* (Pühl 2000, 9, zitiert nach Steinhardt 2007, 98) herangezogen, in die sich auch andere (therapeutische) Interventionen integrieren lassen. Daher wird nun auf die psychoanalytisch geprägte Institutionsanalyse eingegangen und es werden systemische Modelle dargestellt, die das systemische Denken für die Supervision – vor allem in Hinblick auf die zunehmende Komplexität von Organisationen – nutzbar machen (Buchinger, Ehmer 2008, 9).

2.3.2.1 Supervision als Institutionsanalyse

Franz Wellendorf (1994) sprach erstmals von Supervision als *„Institutionsanalyse"* und sah Supervision immer auch als *„ein Element der institutionellen Prozesse"* (1994, 26). Wellendorf (1994, 29) formulierte *„einige prinzipielle Überlegungen zur Supervision in Institutionen"*, die nun zusammengefasst dargestellt werden, um die *„grundlegende programmatische Wende"* (Steinhardt 2007, 105) zu skizzieren, die diese Fokussierung auf Organisationen für die Supervision mit sich brachte.

Schon am Beginn eines Supervisionsprozesses, bei der ersten Kontaktaufnahme, werden der Supervisor_in Probleme geschildert, Konflikte benannt, es wird die Aufmerksamkeit auf bestimmte Dynamiken gelenkt, mit impliziten wie auch expliziten Aufforderungen, hilfreich zu intervenieren (Wellendorf 1994, 29). Gleichzeitig kann die Supervisor_in den Stellenwert der geschilderten Phänomene in Struktur und Dynamik der Institution schwer einschätzen.

> „Nur wenn der Supervisionsprozeß zugleich ein Prozeß institutioneller Analyse ist, können die verdeckten Bedeutungen schrittweise ans Licht kommen." (Wellendorf 1994, 29)

Mit dem Beginn eines Supervisionsprozesses sind Supervisor_in wie Supervisand_innen einer besonderen Dynamik unterworfen. Die Supervisor_in wird mit der Beziehungsaufnahme zur Institution *„Katalysator institutioneller Bedeutungen"* (Wellendorf 1994, 31). Diese zeigen sich an der Art und Weise, wie mit einer Supervisor_in Kontakt aufgenommen oder wie der Berater_in begegnet

wird, und liefern hilfreiche Hinweise für die Analyse der institutionellen Schwierigkeiten und Konflikte (Wellendorf 1994, 31). Szenen, Beziehungsrelationen und Dynamiken von Übertragung und Gegenübertragung (Trescher 1992, 125) können gerade auch im Kontext von Organisation hilfreich sein, um ein Beziehungsgeschehen am Beginn eines Supervisionsprozesses besser zu verstehen. Ein solches *„szenisches Verstehen"* wurde erstmals von Alfred Lorenzer (1970) beschrieben und von Hans-Georg Trescher (1992) weiterentwickelt.

Des Weiteren sieht Wellendorf (1994, 31 ff.) die Analyse des institutionellen Bezugs als wesentliches Element supervisorischen Handelns. Unterschiedliche Interventionen können so zum Verstehen der Dynamik herangezogen werden, allerdings gelingt dies nur, wenn Supervisor_innen selbst ihre emotionale Bedürftigkeit wahrnehmen können und sich *Verführungen* bewusst machen.

> „In jeder Institution kommt es dazu, dass auf den Supervisor explizit oder implizit Druck ausgeübt wird, für dieses oder jenes Teilsystem – seien es nun einzelne oder Gruppen – Partei zu ergreifen, Partei gegen die jeweils anderen. Dieser Druck besteht manchmal in einer subtilen Verführung, die besonders groß ist, wenn der Supervisor in schwierigen Phasen der Supervision selbst ein Verlangen nach Bestätigung und Anerkennung hat und sich aus seiner ‚einsamen' Rolle als Grenzgänger heraussehnt." (Wellendorf 1994, 32)

Für Wellendorf (1994, 33) ist auch die Nachfrage der Institution nach Supervision ein wesentlicher Punkt der Institutionsanalyse. Damit meint er nicht eine einmalige Auftragsklärung, sondern bezieht sich mit dem Begriff „Nachfrage" auf die offenen oder verdeckten Erwartungen von Institutionen wie auch Supervisand_innen, die immer wieder neu zu klären sind.

Diese institutionsanalytischen Aspekte offenbaren die Komplexität supervisorischen Handelns im *„Spannungsfeld triangulärer Pole"* (Steinhardt 2007, 105 f.). Das institutionelle Dreieck, bestehend aus Institutionsmitarbeiter_innen bzw. Supervisand_innen, Institution und Supervisor_in, bildet dabei ein *„zentrales Triangel"* (Steinhardt 2007, 106), das durch die Aufgabe zusammengehalten wird. Das Halten dieser triangulären Spannungsverhältnisse gehört zu den Aufgaben von Supervisor_innen, die mit der *„triadischen Grundangst"* (Pühl 1998, zitiert nach Steinhardt 2007, 107), ausgeschlossen zu werden, einen Umgang finden müssen.

2.3.2.2 Grundlagen systemischen Denkens für die Supervision

In der supervisorischen Theorie und Praxis wird mit dem Begriff „systemisch" keine abgeschlossene Theorie gemeint, sondern eine *„Supratheorie"* (Luhmann 1984). Der Begriff „System" steht in seiner wörtlichen Bedeutung für eine

„zusammengesetzte Einheit“ (Simon 2013, 16). Aus welchen Elementen sich die Einheiten zusammensetzen und was sie determiniert, beantworten die höchst unterschiedlichen Denkmodelle, aus denen sich das systemische Denken herleitet. Diese Theorien und Modelle verbindet ein nichtlinearer Umgang mit Komplexität und sie finden – aufgrund ihres hohen Abstraktionsgrades – Anwendung in unterschiedlichen Fachbereichen. In der folgenden Aufzählung der relevanten theoretischen und metatheoretischen Modelle folge ich Andrea Ebbecke-Nohlen (2015, 35), die praxisrelevante Wurzeln der systemischen Supervision anführt. Dazu zählen der Systemtheorie nahestehende Ansätze wie die Kybernetik erster Ordnung, die Allgemeine Systemtheorie, die Ökologie des Geistes, die Kommunikationstheorie, die Chaostheorie und die Theorie sozialer Systeme ebenso wie konstruktivistische Ansätze, wie Differenzentheorie, die Kybernetik zweiter Ordnung, die Autopoiesetheorie, der radikale Konstruktivismus und der soziale Konstruktivismus (Ebbecke-Nohlen 2015, 35, Neumeyer 2004, 50).

Die für Supervision relevanten Eckpunkte des systemischen Denkens werden anhand von drei Publikationen zur Darstellung gebracht, die sich wohl unterschiedlich ausführlich, jedoch in weiten Teilen auf ganz bestimmte, besonders für die Supervision wesentliche „systemische Merkmale“ beziehen. Dazu zählen Willibald Neumeyers Artikel in der Zeitschrift Supervision (2004) zu *„Systemische Supervision – Grundlagen und Implikationen: Ein Überblick“*, Kurt Buchingers und Susanne Ehmers 2008 veröffentlichter Beitrag *„Vom Nutzen systemischen Denkens für die Supervision“* aus der DGSv-Publikation *„Konzepte für Supervision. Neun theoretische und methodische Ansätze“* und Andrea Ebbecke-Nohlens (2015) *„Einführung in die systemische Supervision“*.

Den Anfang machen die Begriffe *„Kybernetik erster“* (Wiener 1948/1961) und *„zweiter Ordnung“* (von Foerster 1993). Nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich im systemtheoretischen Denken *die Kybernetik (erster Ordnung)* als Steuerungslehre technischer Systeme durch, deren Grundidee die *Steuerbarkeit* komplexer Systeme war (Ebbecke-Nohlen 2015, 36). In den 1950er-Jahren etablierte sich die Kybernetik als erkenntnistheoretisches Fundament der Familientherapie. Dabei hatten die verschiedenen Techniken und Strategien zum Ziel, Familiensysteme zu verändern und in eine bestimmte Richtung zu steuern. Vorstellungen von funktionalen Familiensystemen wurden entwickelt, und die Therapeut_innen verfügten über die Definitions- und Interventionsmacht (Neumeyer 2004, 50). Als Gegenmodell zu dieser Theorie der Steuerung und Kontrolle entwickelte sich die aus dem radikalen Konstruktivismus (von Glasersfeld 1978) hergeleitete Vorstellung, dass jedes Wissen ein Konstrukt ist. Wirklichkeit wird durch Wahrnehmung und Denken erst erzeugt und kann nicht als Abbild einer Realität verstanden werden (Ebbecke-Nohlen 2015, 51). Dieser Vorstellung folgend wird

mit der Kybernetik zweiter Ordnung (von Foerster 1985, zitiert nach Neumeyer 2004, 50) am Beginn der 1980er-Jahre ein für die Supervision sehr wesentliches Verständnis geprägt, das der *Selbstreferenzialität von Erkenntnis*. Das heißt, jede Beobachtung wird von einer Beobachter_in gemacht, die Teil dessen ist, was beobachtet wird. Menschen sind selbstreferenziell und daher keine trivialen Maschinen (von Foerster 1993) und somit auch nicht von außen steuerbar. Wirklichkeiten sind folglich nicht losgelöst von der Beobachter_in. Wir haben es nie mit der Wirklichkeit, sondern mit Bildern der Wirklichkeit, also Deutungen, zu tun, wie Paul Watzlawick (1991, 91, zitiert nach Neumeyer 2004, 55) feststellte.

Ein weiteres grundlegendes Modell systemischen Denkens ist die Autopoiesetheorie der Neurobiologen Humberto Maturana und Franciso Varela (1987). Sie sehen lebende Systeme als sich selbst erzeugende Systeme, die operational geschlossen, jedoch energetisch offen sind. Sie sind autonom ihrer Umwelt gegenüber, was zur Folge hat, dass lebende Systeme von außen nur angestoßen, angeregt oder auch verstört werden können, eine Strukturveränderung im System kann nur aus dem System heraus bewirkt werden (Ebbecke-Nohlen 2015, 49). Auf ein menschliches Wesen, eine Supervisand_in, umgelegt, bedeutet dieses Modell, dass von einer *„strukturellen Determiniertheit"* (Neumeyer 2004, 51) ausgegangen wird. Die Struktur legt fest, in welchen Grenzen sich ein Leben verändern kann (Neumeyer 2004, 51). Niemand kennt die Situation besser als die Supervisand_innen selbst, sie sind die Expert_innen. Die Aufgabe der Supervisor_in ist es hier, für die Gestaltung eines hilfreichen Prozesses zu sorgen (Neumeyer 2004, 52), da ihre Interventionen nie von sich aus verändern, sondern, wie oben angeführt, nur ein Anstoßen, Anregen oder Verstören bewirken können. Die Veränderung selbst oder auch die Lösung liegt im System, in der Supervisand_in. Allerdings ist die Interaktion zweier autopoietischer Systeme, wie Supervisand_in und Supervisor_in, nur dann *„strukturell gekoppelt"* (Neumeyer 2004, 51 f.), wenn das die jeweils affektiv-kognitiven Strukturen erlauben. Hier wird besonders von der Supervisor_in verlangt, dass sie ihre *„Ismomorphiestrategien"* (Neumeyer 2004, 52) anwendet. Damit ist die Distanzierung vom eigenen Beziehungssystem gemeint, um an das der Supervisand_innen strukturell anzukoppeln.

Die sozialwissenschaftliche Grundlage des systemischen Denkens bildet die Theorie sozialer Systeme, die von Niklas Luhmann (1984) im Rahmen einer allgemeinen Gesellschaftstheorie entworfen wurde. Sie ermöglicht, Organisationen und gesellschaftliche Teilsysteme zu analysieren, ihre Komplexität zu reduzieren und ihre Strukturen und Funktionen zu untersuchen (Ebbecke-Nohlen 2015, 43).

Konstruktives Merkmal ist dabei der Autopoiesebegriff, der sich nach Maturana und Varela (1987) auf lebende Systeme bezieht; von Luhmann (1984) wird er als Basis seiner Theorie von Systemen herangezogen, wobei er zwischen

drei Klassen von autopoietischen und selbstreferenziellen Systemen unterscheidet: den biologischen, den psychischen und den sozialen Systemen. Die jeweiligen Systeme verarbeiten autopoietisch und operational, wobei die Aktivität biologischer Systeme *im Leben*, die von psychischen Systemen *im Bewusstsein* und die von sozialen Systemen *in der Kommunikation* liegt (Neumeyer 2004, 52, Ebbecke-Nohlen 2015, 43). *Leben*, *Bewusstsein* und *Kommunikation* sind in sich geschlossen und operieren unabhängig voneinander. Sie stellen für einander Umwelten dar und können sich anstoßen und anregen. Das heißt:

> „Nicht Menschen als biologische Systeme und Personen als psychische Systeme, sondern Kommunikation bildet die Elemente eines sozialen Systems." (Neumeyer 2004, 53)

Die System-Umwelt-Differenz ist das zweite konstitutive Merkmal (Neumeyer 2004, 53) sozialer Systeme. Als System wird alles verstanden, worauf die Unterscheidung von innen (das System) und außen (die Umwelt) passt, wobei Umwelt alles das ist, was nicht zum System gehört, und immer komplexer ist als das System selbst (Neumeyer 2004, 53). Die Dimension Sinn, verstanden als ein *„selektives Geschehen"* (Luhmann 1984, 194), das etwas benennt und anderes nicht, grenzt die Umwelt ab und führt zur Reduktion von Komplexität. Der Sinn ist immer auch von Kontingenz, einer Offenheit und Unsicherheit getragen (vgl. Neumeyer 2004, 53).

Was bedeuten diese Modelle für die supervisorische Praxis? Der Stellenwert der Kommunikationen als zentrale Einheit des Sozialen ist eine neue Sichtweise auf Organisationen: Nicht Menschen „machen" eine Organisation, sondern Kommunikationen. Auch Individuen werden in einer Organisation über ihre Funktionen definiert und sind potenziell ersetzbar. Diese Vorstellungen ermöglichen, in der Supervision soziale Systeme in ihrer Struktur verstehen zu lernen. Die Autopoiese wiederum macht deutlich, dass soziale Systeme durch Kommunikation lediglich angeregt oder auch verstört werden können, was die Rolle der Supervisor_in als Prozessbegleiter_in determiniert. Es ist vor allem die Reduktion von Komplexität, die das systemische Denken, vor allem in Bezug auf soziale Systeme, als für Supervision sehr wertvoll macht. Neumeyer (2004, 54) fasst das grundlegende Element der Reduktion von Komplexität zusammen:

> „In Anlehnung an Luhmann kann man Supervision verstehen als Versuch, durch kommunikative Selektion gemeinsam ‚Sinn' zu erzeugen, ungeordnete Umweltkomplexität in eine für dieses System handhabbare und geordnete Systemkomplexität zu transformieren."

Supervision selbst wird in diesem Verständnis zur funktional begründeten Beratung (Gröning 2013, 26). Das hat den Nachteil, dass eine Unterscheidung zu anderen Beratungsformaten nicht eindeutig zu benennen ist (vgl. Gaertner 2011, 73). In Anerkennung ihrer Entwicklungsgeschichte ist eine Differenzierung von Supervision zur Organisationsentwicklung, Personalentwicklung oder zum Karriere-Coaching grundlegend (vgl. Gröning 2013, 14). Die gesellschaftstheoretische Verortung von Supervision schafft dafür eine wichtige Grundlage.

2.4 Gesellschaftstheoretische Verortung von Supervision

Supervision nahm ihren Anfang an der Schnittstelle einer gesellschaftspolitisch äußerst relevanten Frage (2.2.1), der immer größer werdenden Armut und Verelendung von Menschen: Die Wirtschaftskrisen der 80er-Jahre des 19. Jahrhunderts führten in den USA zu einer Gefährdung der staatlichen, wirtschaftlichen und sozialen Ordnung. Die Suche nach der privaten oder auch staatlichen Zuständigkeit für verantwortliche Lebensverhältnisse und soziale Sicherheit wurde zur gesellschaftspolitischen Herausforderung, nicht nur für die USA, sondern auch für europäische Länder. Supervision entstand im Kontext der Professionalisierung eines neuen Feldes: das der Sozialen Arbeit (Abschn. 2.2). In diesem Feld entwickelte sich in der Folge ein anleitendes wie auch ein reflektierendes Arbeitsverständnis (Gröning 2013, 28) von Supervision. Die Anfänge von Supervision standen im Kontext neu gegründeter Organisationen, die im Zuge der Ausübung ihrer Aufgaben auch das Feld, in dem sie tätig waren, erkundeten, Erkenntnisse gewannen und sich sukzessiv professionalisierten. Supervision stand an ihrem Beginn an Brennpunkten gesellschaftspolitischer Themen. Auch heute befindet sie sich angesichts der *„dynamisierten Arbeitswelten“* (Schuster 2014) als *„Beratung im beruflichen Kontext“* (Möller 2012, 17) inmitten von sozial- und gesellschaftspolitischen wie globalen Fragen. Daher verwundert es, dass es aktuell keinen breiten Diskurs einer gesellschaftspolitischen Einordnung von Supervision gibt. In Österreich entfachte zumindest der Artikel von Walter Schuster *„Veränderung wirkt: Blitzlichter auf dynamisierte Arbeitswelten“* (2014) eine Kontroverse in den ÖVS news. Auf den Artikel folgte eine Stellungnahme (Harramach 2014), auf die wiederum reagiert wurde (Hermann 2014), also ein kurzes Aufflackern eines äußerst brisanten Themas der Supervision. Zumindest zeigte diese Auseinandersetzung um das sich wandelnde Verständnis von Arbeit sehr kontroverse gesellschaftspolitische Positionierungen innerhalb der Österreichischen Vereinigung Supervision (ÖVS).

Umfassend und bemerkenswert vielschichtig skizziert Katharina Gröning (2013) die Traditionslinien und die Praxis des bereits zitierten Ansatzes der *„reflexiven Supervision“* (Abschn. 2.3). Ihre Herleitungen werden nun skizziert, um verständlich zu machen, wie grundsätzlich eine gesellschaftstheoretische wie auch sozialwissenschaftliche Verortung für Supervision ist. Gröning (2013, 27) entwirft ein Konzept, das Supervision als angewandte kritische Sozialforschung betrachtet. Supervision zeigt sich hier, wie in der vorliegenden Untersuchung konzeptualisiert, auch als Forschungsinstrument (Kap. 4).

Ausgehend von Gerhard Leuschners Supervisionsverständnis (Abschn. 2.3) formuliert Gröning *„reflexive Supervision“* als Konzept, das

> „[…] zwischen therapeutischer, wissenschaftlich-aufklärender und normativ-anwaltlicher Profession positioniert wird.“ (Gröning 2013, 12)

Sie verankert Supervision eng am Feld und an dessen Dynamiken. Anhand dieses Feldbezugs, den sie mit Bourdieus Theorien von Habitus und Feld (Gröning 2013, 153 ff., vgl. 3.1) unterlegt, greift sie die sozialen und gesellschaftlichen Dimensionen auf, mit denen Supervision im Kontext von Organisationen konfrontiert ist. Sie verortet die Supervisor_in als von Institutionen unabhängige Expert_in, die aufklärend arbeitet (Gröning 2013, 13). Diese Haltung gilt es allerdings auch gegenüber der Beratungskritik (z. B. Maasen et al. 2011) herzustellen, die nach Gröning (2013, 13) nicht aufgenommen, sondern derzeit von der Praxis ignoriert wird. Welche Antworten finden sich bezüglich neuer Beratungskritik, wie sie Maasen et al. (2011, zitiert nach Gröning 2013, 13 f.) formulieren? Ist Beratung eine Technik der Selbstregulierung, repräsentiert sie Gouvernementalität (Foucault 2000), eine gesellschaftliche Machtform, wie Foucault sie beschreibt? Welche Antworten finden sich, wenn Supervision als Technik des Selbstzwangs (Elias 1976, zitiert nach Gröning 2013, 13) gesehen wird? Supervision wird sich, um Antworten geben zu können, gesellschaftstheoretisch verorten müssen (Gröning 2013, 18), und Supervision

> „[…] wird beweisen müssen, dass sie selbst ein Mittel und eine Form ist, Menschen zu einem Mehr an Freiheit, Mündigkeit und Identität zu verhelfen.“ (Gröning 2013, 14)

Gröning (2013, 18) formuliert für Supervision einen neuhumanistisch-kritischen Ansatz, erweitert um sozialwissenschaftliche Wissensbestände, der philosophische Diskurse (Gröning 2013, 19), wie Martha Nussbaums Fähigkeitenansatz (2010, 103 ff.) und ihr Konzept vom Leben als *„a life for us“* (Gröning 2013, 19), in den Mittelpunkt stellt. Gesellschaft wird hier als *vom Menschen ausgehend* beschrieben.

Nussbaums Fokus auf Sorge bietet nicht nur eine Grundlage für Supervision, sondern stellt für die vorliegende Arbeit auch einen Bezug zum Feld der Hospiz- und Palliativversorgung her, dem ein Sorge- wie auch Versorgungskonzept (Kap. 3) zugrunde liegt, in dem Nussbaums Ansatz umfassend diskutiert wird (z. B. Schuchter 2016, 267 ff.).

Für Gröning (2013, 19) stellt Nussbaums Verknüpfung von Emotionstheorie und Moraltheorie eine direkte Verbindung zur Theorie und Praxis der Supervision her, die auf umfassenden psychoanalytischen Konzepten des emotionalen Verstehens (Gröning 2013, 137 ff., vgl. 2.3.1.3, 2.3.2.1) und der Reflexion basiert (Gröning 2013, 20). Der Reflexion, der Selbstreflexion und dem reflektierenden Denken widmet sie ein eigenes Kapitel (Gröning 2013, 59 ff.), in dem sie unterschiedliche Theoriemodelle miteinander zur Supervision in Verbindung setzt: John Deweys (vgl. 5.1.1) reflektierendes Denken, das verbunden mit Erfahrung und Beobachtung eng mit dem wissenschaftlichen Arbeiten verknüpft werden kann, die von Wilfred Bion (Gröning 2013, 62 ff.) entwickelte Theorie des Denkens (2.3.1.1), Selbstreflexion nach Zwiebel und Ritter (2002, zitiert nach Gröning 2013, 64 f.) wie auch soziologische Dimensionen von Reflexivität (Bourdieu 1993, 365 ff., zitiert nach Gröning 2013, 26, vgl. 5.2.5). Auch die kritische Reflexivität (Negt 2011, zitiert nach Gröning 2013, 71 ff.) findet Berücksichtigung. Deren Thesen zum „politischen Menschen“ können Grundlage dafür sein, Phänomene wie die Arbeitskraftunternehmer_in (2.2.5, Gröning 2013, 73) in der Supervision nicht von einer Anpassungslogik aus zu thematisieren, sondern die Supervisand_in als Zoon Politikon, als ein politisches Wesen mit Rechten und Interessen, wahrzunehmen. Nach Katharina Gröning (2013, 21 f.) benötigen Supervisor_innen angesichts solcher gesellschaftlicher wie arbeitsweltlicher Entwicklungen auch theoretisches wie philosophisches Wissen. Sie bezieht sich auf Axel Honneth (1992), der den Begriff der Anerkennung als Kernthema für den Kampf um Identität und Differenz herleitet, und in diesem Anerkennungsdiskurs die Entwicklung eines angemessenen Begriffs von Gerechtigkeit festmacht.

Neben Fragen nach Gerechtigkeit ist für Supervision auch entscheidend, von welcher Art Erfahrungen zwischen Menschen und auch Objekten sein können. Hartmut Rosa (2016) definiert in der aktuellen Publikation „*Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung*“ dazu als These,

> „[…] dass es im Leben auf die Qualität der *Weltbeziehung* ankommt, das heißt, auf die Art und Weise, in der wir als Subjekte Welt erfahren und in der wir zur Welt Stellung nehmen; auf die Qualität der *Weltaneignung*.“ (Rosa 2016, 19; Hervorhebung im Original)

Katharina Gröning (2013, 22 ff.) betrachtet auch den Wissenschaftsprozess unter dem Aspekt der Reflexivität, denn Ziel ist eine sozialwissenschaftliche Verortung von Supervision. Drei Ebenen benennt sie, die im Rahmen eines Forschungsprozesses von reflexiver Bedeutung sind. Anhand der Geschlechterforschung (Hagemann-White 1982, zitiert nach Gröning 2013, 22) geht sie der Frage nach, von welchen Konstruktionen die Interpretation von empirischem Material geleitet wird. Des Weiteren zieht sie zur Begründung theoretischer, methodologischer, methodischer und forschungspraktischer Entscheidungen im Forschungsprozess Jürgen Habermas und den von ihm geforderten reflexiven Bruch heran (1968, zitiert nach Gröning 2013, 24 f.), der Teil jeder Forschungskonzeption sein sollte. Und als dritte Ebene führt sie Devereux's (1973, vgl. 5.3.1) Ansicht an (Gröning 2013, 23 f.), dass wissenschaftliche Erkenntnis an den unmittelbaren emotionalen Reaktionen der Beobachter_in, der Forscher_in, festzustellen ist. Diese Formen der Reflexivität von Wissenschaft bedeuten für Supervision einen reflexiven Bruch, im Hinblick auf Deutungen, Interpretationen oder Sinnzuschreibungen von Supervisand_innen (Gröning 2013, 25). Damit wird von Supervisor_innen mehr gefordert als *„nur ein empathischer Spiegel für den Supervisanden zu sein"* (Gröning 2013, 25). Die vorliegende Untersuchung versucht mit der Einbettung von Supervision in ethnografische und partizipative Forschungsstrategien (Kap. 5) und der forschungssupervisorischen Begleitung und Reflexion (5.2.5, 6.3.2), Supervision als angewandte Sozialwissenschaft einer konkreten Praxis zuzuführen.

Im folgenden Zitat führt Katharina Gröning zusammenfassend aus, wie die Ebenen der Reflexion in den Supervisionsprozess Eingang finden. Sie formuliert damit auch die Haltungen, die *„reflexive Supervision"* jenseits einer therapeutischen Richtung oder Methode einnimmt, und wie die gesellschaftliche Positionierung auch deutlich an der Haltung der Supervisor_in festzumachen ist:

> „Im Unterschied zur Psychotherapie wird in die supervisorische Antwort sozialwissenschaftliches Wissen zur Arbeitsgesellschaft einfließen, ebenso wie sozialpsychologisches Wissen zur derzeitigen Kultur von Kooperation und Konkurrenz, von Beziehungen und Hierarchie im Beruf. Reflexive Supervision wird auf der Ebene der Person weiterhin als Ausdruck des Bemühens um ‚capabilites', um Fähigkeiten gesehen, ‚a life for us' zu gestalten und zu begründen. Diese Reflexion ist die Reflexion der bürgerlichen Sorge und Verantwortung, die wir alle als Zoon Politikon tragen. Und schließlich wird die supervisorische reflexive Antwort jene biografischen Lebensziele und ihre Eingebundenheit in Loyalitäten und Generativität/Filialität betreffen. Reflexive Supervision nimmt auch solche Dimensionen auf, die über eine erfolgreiche Handhabung der Rolle und des Berufs hinausweisen – ohne Therapie sein zu wollen." (Gröning 2013, 25)

2.5 Konzeptuelle Ausrichtung: ein Fazit

Herrscht über die historische Herleitung (Abschn. 2.2) und Supervisionsformate (Abschn. 2.3) noch weitestgehend Einigkeit, so trifft das nicht mehr zu, wenn Supervision theoretisch und methodisch verortet wird (2.2.4, 2.2.5, Abschn. 2.4). In den weiterführenden Erklärungen von z. B. Rappe-Gieseckes Definitionen (2009, 3, vgl. 2.3) finden sich Begriffe wie *„Ich-Identität“* oder *„soziale Systeme*“ und geben damit bereits Hinweise auf die unterschiedliche Theoriegebundenheit von Supervision. Sehr im Vordergrund stehen dabei die psychoanalytische und die systemische Supervision und ihre Verhältnisbestimmung zueinander (Iser 2008, 91 f., vgl. Gaertner 1999, 49). Es entwickelte sich aus jeder populären Therapiemethode eine *Bindestrich-Methode* (Gaertner 2011, 91) der Supervision. Doch die Konzeptualisierung von Supervision beschränkt sich nicht auf Theorien. Wie die Ausführungen in Kapitel 2 (Abschn. 2.3) deutlich machen, werden verschiedene wissenschaftliche Disziplinen, Konzepte, Methoden und Verfahren miteinander verwoben, um den überkomplexen Anforderungen von Supervision gerecht zu werden. Es sind auch immer mehrere Ebenen, auf denen Supervision ansetzt: der Person, der Profession, der Funktion, des Teams, der Organisation und des Klientels (Rappe-Giesecke 2009, 10). Neben dem Fokus auf die inhaltlichen Anforderungen und den Fragen, welche Theorien und Modelle sich besonders eignen und wie sich Beratungsformate untereinander unterscheiden, geht der Blick auf die gesellschaftspolitische wie auch die wissenschaftliche Verortung von Supervision zunehmend verloren. Daher kann Katharina Grönings (2013) Entwurf einer reflexiven Supervision als angewandte kritische Sozialwissenschaft (Gröning 2013, 27) als Ausgangsbasis verstanden werden, um die vorliegende Untersuchung konzeptuell einzuordnen.

Um Anforderungen an Supervision gerecht zu werden, braucht es elaborierte Theoriebezüge, die sich auch aus der Entwicklung der Supervision herleiten lassen, wie Kornelia Rappe-Giesecke (2009, 10 f.) feststellt.

> „Meine These ist, dass die konzeptionelle Entwicklung der Supervision so zu verstehen ist, dass sie uns mit ihren verschiedenen Phasen nach und nach ein umfassendes Theoriegerüst und Praxismodell zur Verfügung gestellt hat, um diese verschiedenen Ebenen professioneller Probleme adäquat verstehen und zum Nutzen der SupervisandInnen bearbeiten zu können. Das bedeutet, dass zum ‚state of the art‘ der Supervision gehört, diese verschiedenen Theorie- und Praxismodelle zu kennen, sie situationsadäquat anwenden zu können und sie so auszuwählen und aufeinander zu beziehen, dass sie eine gute und stabile Basis für die eigene professionelle Identität liefern.“ (Rappe-Giesecke 2009, 10 f.)

Für die vorliegende Untersuchung gilt es nun, das Theoriegerüst noch einmal abschließend zu benennen, das ich anhand von Kapitel 2.3 schon durch theoretische und methodische Bezüge zur Darstellung gebracht habe. In den untersuchten Supervisionsprozessen wurde auf Basis psychoanalytisch orientierter Supervision (vgl. Steinhardt 2007) supervidiert. Auf diesem Theoriegerüst basieren auch die von Rappe-Giesecke (2008b, 13 f.) formulierten drei grundlegenden Bereiche, die als professionelle Standards aus der Psychoanalyse übernommen werden können: Die Psychoanalyse verfügt über eine elaborierte Theorie des Intrapsychischen auf Basis von Sigmund Freuds Theorien, dazu zählen das Instanzenmodell, die Entwicklungstheorie, die Abwehrlehre und die Krankheitslehre. Diese sind notwendig, um seelische Prozesse der Supervisand_innen, ihre Interaktionsdynamiken und deren Auswirkungen auch einschätzen zu können (vgl. Rappe-Giesecke 2008b, 14). Viele Standards der Behandlungstechnik sind für die Supervision adaptiert worden und in die Gestaltung von Setting und Beratungsprozess eingegangen (Rappe-Giesecke 2008b, 14). Die Balintgruppenarbeit (2.3.1.3), die auf der Freud'schen Psychoanalyse beruht, liefert ein Modell der Fallsupervision, das ich mit einem der Teams auch angewandt habe (Rappe-Giesecke 2008b, 14). Zusätzlich werden die von Wellendorf (1994) formulierten Aspekte der Institutionsanalyse (2.3.2.1) sowie der Group Relations-Ansatz (2.3.1.1), der Persönlichkeitsstrukturen, Gruppenprozesse und Organisationsdynamiken miteinander in Verbindung bringt, für ein psychoanalytisches Supervisionsverständnis als grundlegend erachtet.

Eine weitere wichtige Basis für Supervision – wie auch für das Supervisionsverständnis der vorliegenden Untersuchung – stellt auch das systemische Denken (2.3.2.2) zur Verfügung, das angesichts der zunehmenden Komplexität unterschiedlicher gesellschaftlicher und organisatorischer Bereiche Methoden und Modelle bereithält, die noch einmal eine andere Betrachtungsweise ermöglichen als psychodynamische Zugänge. Kurt Buchinger und Susanne Ehmer (2008, 9) stellen fest, dass durch systemisches Denken eine hohes Maß an Freiheit der Methodenwahl für Supervisor_innen gegeben ist, das auch der Komplexität der Aufgabe entspricht.

Zusätzlich entspricht Katharina Grönings (2013) Entwurf einer *„reflexiven Supervision"*, der gesellschaftstheoretisch wie auch sozialwissenschaftlich verortet wird, der konzeptuellen Einordung von Supervision als Forschungsinstrument, das zur Erkenntnisform im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung herangezogen wurde. Im folgenden Kapitel stelle ich Bezüge zu Bourdieu her, um Feld und Habitus in den Forschungsfokus zu nehmen, und es werden dem Gegenstand

angemessene Forschungsstrategien (Kap. 5) wie auch Erhebungs- und Auswertungsmethoden (Kap. 6) verknüpft, die Supervision als Instrument der Forschung mit einer elaborierten Reflexionsebene ausstatten. Damit wird im Zuge dieser Untersuchung eine Forschungspraxis vorgelegt, die Katharina Grönings Konzeptualisierung von Supervision folgt: *„[…] Supervision kann verstanden werden als Erkenntnisform innerhalb eines Feldes. Das Konzept der Erkenntnisform innerhalb eines Feldes legt dann auch den Rahmen jener Instrumente des Erkennens fest, der für ein Feld benötigt wird.“ (Gröning 2013, 31)*

3 Forschungsfeld Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich

Die Hospiz- und Palliativversorgung wird im Rahmen der vorliegenden Untersuchung als „Feld" verstanden, als *„Netz von objektiven Relationen*[1] *zwischen Positionen"* (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 127), um das Zusammenspiel von individuellem Handeln, symbolischer Ordnung und sozialen Strukturen zu verbinden. Diese theoretische Rahmung von Hospiz und Palliativ Care als ein „Feld" im Sinne Bourdieus ist sowohl für das Kapitel zur Hospiz- und Palliativversorgung wie auch für die Untersuchung und Auswertung eine grundlegende Matrix. Aufbauend auf dem Feldkonzept wird die Felddynamik (Berker 1992) beschrieben, ein Konzept, mit dem soziale Felder im Supervisionssetting veranschaulicht werden können.

Ausgehend von dieser theoretischen Matrix des Feldes und seinen Dynamiken, wird die Hospiz- und Palliativversorgung anhand von drei Strukturebenen dargestellt. Den Anfang machen die Grundlagen von Hospizarbeit und Palliative Care: Sie werden ausgehend von Definitionen, Etymologien, Prinzipien und dem historischen Kontext vorgestellt. Es folgt die Beschreibung der modular abgestuften Hospiz- und Palliativversorgung, wie sie seit dem Ende der 1980er-Jahre in Österreich konzipiert und sukzessive in den 1990er-Jahren ausgebaut, systematisch dokumentiert und professionalisiert wurde. In diese konkreten Versorgungsangebote sind die untersuchten Supervisionsprozesse wie auch Fokusgruppen der vorliegenden Untersuchung eingebettet. Die gesamte Angebotsstruktur wird anhand der vom Dachverband Hospiz Österreich (2016, Pelttari et al. 2014) und

[1]Unter „Relation" versteht Bourdieu Bezüge, die unabhängig vom Bewusstsein und Willen der Individuen bestehen (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 127), dabei beruft er sich auf Marx und stellt unter anderem Bezüge zu Cassirer, Tynjanow, Lewin, Elias und auch Hegel her (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 126 f.).

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_3

von Gesundheit Österreich (2016, 2014, 2012) verfügbaren Daten[2] und Kriterien beschrieben. Den Abschluss bilden die einzelnen Berufsgruppen, zu denen Hauptamtliche wie auch Ehrenamtliche gezählt werden. Um deren professionelle und inhaltliche Anforderungen im Feld darzustellen, wird einerseits auf statistische Daten und Standards zurückgegriffen, andererseits werden gesellschaftspolitisch relevante, diversitätsspezifische Wirkmächtigkeiten benannt. Im Anschluss an Zahlen und Fakten werden Herausforderungen der Praxis skizziert: die Auftragsklärung, die anhand einer reflektierten Arbeitserfahrung im Feld in den Fokus genommen wird, der Umgang mit Abschied und Trauer und die konflikthaften Herausforderungen ethischen Handels im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung, die sich als „moral distress" zeigen.

3.1 Feld, Habitus und Felddynamik als Forschungsmatrix

Angeregt durch den physikalischen Feldbegriff[3], bezeichnete der Sozialpsychologe Kurt Lewin (1963, 273) (vgl. 2.3.1.1, 5.3) das Feld als eine

> „[…] Gesamtheit gleichzeitig bestehender Tatsachen, die als gegenseitig voneinander abhängig begriffen werden […]. Die Psychologie muss den Lebensraum, der die Person und ihre Umwelt einschließt, als ein Feld betrachten." (Lewin 1963, 273)

Makrosoziologischer (Latka 2010, 58) versteht Pierre Bourdieu den Feldbegriff: Die Logik der Praxis erschließt sich weder durch Objektivismus noch durch Subjektivismus (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 153). Bourdieu begreift das soziale Feld als Matrix des Sozialen, das sich aus Räumen gesellschaftlicher Praxis strukturiert, wo eine Auseinandersetzung um Positionen stattfindet, die durch Strukturen und Relationen zueinander gekennzeichnet sind (Dörfler et al. 2003, 16). Damit wird durch den Feldbegriff weniger eine Abgrenzung nach außen definiert, sondern vielmehr auf Dynamiken und Relationen im Inneren hingewiesen.

[2]In den Kapiteln 3.3 und 3.4 werden die angeführten Zahlen zur besseren Lesbarkeit als Ziffern geschrieben.

[3]In der Physik beschreibt der Feldbegriff magnetische Kräfte als Feldkräfte, die, anders als mechanische, die inneren wie auch äußeren Ausrichtungen von Körpern verändern und selbst keine Körper sind, sondern andere Körper durchdringen und damit mehrere Körper zueinander in Beziehung stellen (Latka 2010, 57).

Berufliches Handeln in einem spezifischen Feld wird so im Verhältnis von Individuum und Gesellschaft begriffen (Dörfler et al. 2003, 15).

Bourdieu hält wenig von *„professoralen Definitionen“,* für ihn ist der Gebrauch von *„offenen Begriffen“* (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 125) ein Mittel, mit dem Positivismus zu brechen. Dennoch sei er hier zitiert, um das Feld in Bezug auf seine forscherische Dimension zu definieren:

> „Der Begriff Feld ist dazu da, daran zu erinnern, dass das eigentliche Objekt einer Sozialwissenschaft nicht das Individuum oder der ‚Autor‘ ist, auch wenn man ein Feld nur von den Individuen aus konstruieren kann, denn die für die statistische Analyse benötigten Informationen machen sich nun einmal im Allgemeinen an einzelnen Individuen oder Institutionen fest. Das Feld muss im Mittelpunkt der Forschungsoperationen stehen. Was jedoch keineswegs bedeutet, dass die Individuen bloße ‚Illusionen‘ wären, dass die nicht existierten. Die Wissenschaft konstruiert sie, aber eben als ‚agents‘, als *Akteure*, und nicht als biologische Individuen, Handelnde oder Subjekte im Sinne der Existenz- oder Bewusstseinsphilosophie: Diese ‚agents‘ konstituieren sich dadurch als aktive und im Feld handelnde Akteure, dass sie die Eigenschaften besitzen, die erforderlich sind, um im Feld Wirkung zu entfalten, Effekte zu produzieren. Und von eben dieser Kenntnis des Feldes aus, in das sie gehören, lässt sich auch am besten erfassen, was ihre Einmaligkeit ausmacht, ihre Originalität, ihren *Standpunkt* als Position (in einem Feld), von der aus sie zu ihrer besonderen Sicht der Welt und des Feldes selber kommen […].“ (Bourdieu, Wacquant 1996/2013, 138 f.; Hervorhebung im Original)

Damit sich diese Akteure in einem bestimmten Feld bewegen können, gilt es, Dispositionen zu entwickeln. Darunter sind verinnerlichte Prägungen zu verstehen, die Individuen auf bestimmte Weise wahrnehmen, fühlen, denken und handeln lassen (Dörfler et al. 2003, 15). Ein ganzes System von Dispositionen zeigt sich im Habitus, der eine *„Handlungsgrammatik“* (Willems 2007, 96) darstellt. Sowohl individuelles wie auch kollektives Handeln strukturiert der Habitus, der Individuum und Gesellschaft miteinander verbindet. Im Habitus zeigt sich, wie sich soziale Strukturen in den Individuen durch die Verinnerlichung der Äußerlichkeit verfestigt haben. Bourdieu (1987, 102) spricht hier von der *„Interiorisierung der Exteriorität“*.

Neben Orientierungen im Feld, die zur Entwicklung eines gemeinsamen Habitus beitragen, werden nach Bourdieu (1992, 50) Felder von unterschiedlichen Kapitalsorten strukturiert. Kapital wird hier verstanden als eine der

> „[…] Objektivität der Dinge innewohnende Kraft, die dafür sorgt, dass nicht alles gleich möglich ist oder gleich unmöglich ist.“ (Bourdieu 1992, 50)

Vier Kapitalsorten werden unterschieden: das ökonomische, das kulturelle, das soziale und das symbolische Kapital. Ökonomisches Kapital ist das einzige, das „*unmittelbar und direkt in Geld konvertierbar*" (Bourdieu 1992, 52) ist. Grundsätzlich gilt für alle Kapitalsorten, dass das Kapitalvolumen vom Umfang der sozialen Beziehungen abhängt, auf das die kapitaltragenden Personen zurückgreifen können (Willems 2007, 94).

Für die vorliegende Untersuchung gilt es Bourdieus Feldkonzept auch auf das Setting der Supervision zu übertragen, da das Feld mit dem Forschungsinstrument Supervision (vgl. 2.5, 4.3) untersucht wird. Für die sichtbaren Prägungen der jeweiligen Felder, die sich in der Supervision zeigen, entwickelte Peter Berker (1992) das Konzept der *„Felddynamik"* und bezieht sich damit auf *„die spezifische stete Bewegung und unstete Energie, die jedes soziale Feld grundlegend kennzeichnet"* (Berker 1992, 4). Festzumachen sind diese Spezifika des Feldes anhand der Klient_innendynamik, der Professionellendynamik und der Institutionsdynamik (Berker 1992, 6, Kap. 7). Anhand dieser drei felddynamischen Strukturebenen lassen sich Dispositionen und habitualisiertes Erleben aus dem Supervisionsgeschehen heraus erfassen.

3.2 Hospizarbeit und Palliative Care: Grundlagen

Definitionen und Prinzipien der Hospizbewegung und von Palliative Care werden vorgestellt, um – ausgehend von dieser konzeptuellen Verortung – die geschichtliche Perspektive der Hospizidee nachzuzeichnen und auf aktuelle Fragen zu verweisen (vgl. Gronemeyer, Heller 2014), die sich aus der Entwicklung heraus pointiert benennen lassen. Dabei wird versucht, nicht „nur" die geschichtliche Entwicklung zu skizzieren und diese an Daten festzumachen, sondern der Vielschichtigkeit Rechnung zu tragen, die der Entwicklung der Hospizidee zugrunde liegt. Damit soll der Blick darauf gerichtet werden, wie individuelle Initiativen und Überzeugungen nicht nur für die gesamte Entwicklung grundlegend waren, sondern wie diese von eben diesen Beteiligten retrospektiv „zur erzählten Geschichte", zur Quelle, gemacht werden. Erzählte Geschichte ist persönlich und allgemeingültig zugleich: Festgemacht an Erlebtem, ergibt sich eine Zusammenschau, die bewusst vielschichtig ist. Daher ist die von mir beschriebene Entwicklung ausschnitthaft, mit Verweisen auf Publikationen zur Geschichte der österreichischen Hospizbewegung (Höfler 2001, Spörk, Heller 2012), und dient dem Ziel, den historischen Kontext der Hospiz- und Palliativversorgung so nachzuzeichnen, dass das Feld der vorliegenden Untersuchung einen nachvollziehbaren Rahmen erhält.

3.2.1 Begrifflichkeiten und Definitionen

„Hospiz“ wie auch „Palliative Care“ sind Begriffe, deren Bedeutungen sich im Deutschen erst aufgrund ihrer Etymologie erschließen. Das Lehnwort „Hospiz“ wird aus dem Lateinischen „hospitium“ hergeleitet und bedeutete ursprünglich „Gastfreundschaft“ (Pleschberger 2006, 25). Ursprünglich Orte der Pflege für heimkehrende Pilger im vorchristlichen Rom (Kastenbaum 1998, 120 f.), wurden Hospize im Mittelalter von Mönchsorden entlang der Pilgerrouten errichtet und boten gastfreundliche Aufnahme für alle, die unterwegs oder hilfebedürftig waren (Kastenbaum 1998, 121). Dieses Verständnis uneingeschränkter Gastfreundschaft, das sich auf christliche Tradition beruft, gilt als kennzeichnend für das Hospizkonzept (Heller, Pleschberger 2004, zitiert nach Pleschberger 2006, 25).

Die ersten „modernen Hospize“, verstanden als Orte für Sterbende, entstanden bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Australien (Goldin 1981, zitiert nach Clark, Seymour 1999, 67) und Frankreich (Saunders 1993). Hinreichend dokumentiert (vgl. Clark, Seymour 1999, 67) wurde das von Mary Aikenhead im Jahr 1879 begründete Dubliner Hospiz „Our Lady’s Hospice for the dying“ (Clark, Seymour 1999, 67, Kastenbaum 1998, 121). Kerr (1993, 13) bezeichnet die Eröffnung *als „defining moment in hospice history“*. Cicely Saunders, die mit der Eröffnung des „St. Christopher’s Hospice“ in London im Jahr 1967 die neue Hospizbewegung begründete (vgl. 3.2.3), bezog sich mit der Fortführung der Bezeichnung „Hospiz“ bewusst auf diese Tradition (Saunders 1993).

Die Bezeichnung „Palliative Care“ wurde 1975 vom kanadischen Arzt Balfour Mount geprägt und gilt als Versuch, einen Begriff zu entwickeln, der sowohl im Französischen wie auch im Englischen verständlich ist (Heller 2007, 197). Palliative Care ist der international verwendete Fachausdruck, im Deutschen werden auch Begriffe wie Palliativmedizin, Palliativbetreuung oder Palliativversorgung verwendet (Steffen-Bürgi 2006, 31).

Bezüglich des Begriffs „palliativ“ wurden von Morris (1997, 1, zitiert nach Clark, Seymour 1999, 80 f.) zwei kontrastierende Interpretationen vorgestellt: zum einen das lateinische Verb „palliare“, das mit „umhüllen“ und „fürsorglich beschützen“ (vgl. Heller, Pleschberger 2010, 16) übersetzt wird. Bezugnehmend auf diese Bedeutung verweisen sowohl Morris (1997, 1, zitiert nach Clark, Seymour 1999, 80) als auch Clark, Seymour (1999, 80) auf Quellen aus dem England des 17. Jahrhunderts, die dem englischen Begriff „palliation“ eine negative Konnotation geben (Clark, Seymour (1999, 80):

> „ […] cloaking, covering up and disguising symptoms, whilst leaving the disease untouched.“

Zum anderen führt Morris (1997, 1, zitiert nach Clark, Seymour 1999, 80 f.) den Begriff „palliativ" auf das indo-europäische Wort „pel" zurück, damit ist „Fell" oder „Tierhaut" gemeint. Diese „Tierhaut" wurde im antiken Griechenland über einen Holzrahmen gespannt, um einen Schild zu konstruieren, der die Bezeichnung „pelte" erhielt. Damit kann „palliativ" als „umhüllen", „versorgen" wie auch als „Schutz und Abwehr" von nicht mehr gewollten medizinischen Maßnahmen interpretiert werden. Wie der Begriff „palliativ" in der Praxis Verwendung findet, zeigt Abschnitt 7.1.1 der vorliegenden Untersuchung.

Der englische Begriff „Care" wird in der Bedeutung von Sorge, Fürsorge, Versorgung bis hin zu Mitmenschlichkeit und Verantwortung verwendet (Conradi 2001, 13). „Care" umgrenzt jedoch nicht nur einen Akt der Zuwendung, sondern hat eine Qualität der Anteilnahme, die mit der deutschen Übersetzung nicht hinreichend abgedeckt wird (Bruckner 1990, 78 f.). „Care" ist nach Elisabeth Conradi (2001, 13)

> „[…] eine Praxis der Achtsamkeit und Bezogenheit, die Selbstsorge und kleine Gesten der Aufmerksamkeit ebenso umfasst wie pflegende und versorgende menschliche Interaktionen sowie kollektive Aktivitäten."

„Care" steht für ein ethisch-moralisches Konzept (vgl. Vosman 2016), das sich aus der antiken Philosophie herleiten lässt (Schuchter 2016)[4]. Bedingt durch historisch gewachsene Zuschreibungen von weiblich konnotierter Sorge-Arbeit, wie Pflege, Erziehung, Hausarbeit etc., wurden über Care-Ethik feministische Positionen entwickelt, die seit den 1970er-Jahren im Kontext einer Care-Moral diskutiert wurden: z. B. zwischen Lawrence Kohlberg (1981) und Carol Gilligan (1982)[5] wie auch innerhalb feministischer Diskurse (z. B. Nunner-Winkler 1991). Gerade in der feministischen Forschung wurde ab den 1990er-Jahren, unter anderem ausgelöst durch Judith Butlers *„Gender Trouble"* (1990), die Konstruktion von Zweigeschlechtlichkeit zunehmend kritisch hinterfragt (z. B. Klinger 1995) und

[4]Patrick Schuchter leitet in *„Sich einen Begriff vom Leiden anderer machen: Eine praktischen Philosophie der Sorge"* (2016) die philosophischen Praktiken „der Sorge um sich" aus der antiken Philosophie her und bezieht sie auf die Praktiken der „Sorge für Andere" in der Gegenwart.

[5]Zur „Kohlberg-Gilligan-Debatte": Der Entwicklungspsychologe Lawrence Kohlberg entwickelte das Modell einer Stufenleiter der Entwicklung moralischer Urteilskraft, wobei Jungen, im Gegensatz zu Mädchen, die höchste Stufe der praktischen Vernunft erreichten. Gilligan stellte diesem Entwicklungsmodell ein von ihr konzipiertes Modell gegenüber, das darauf aufbaut, dass moralisches Urteilsvermögen von Frauen auf einer anderen Konzeption von Moral beruht (vgl. Conradi 2001, 26 ff., vgl. Schuchter 2016, 32 ff.).

folglich auch die aus einer Zweigeschlechtlichkeit heraus zugeschriebene männliche oder weibliche Care-Moral (Gilligan 1991, 83).

Joan Tronto (1993, 126) versteht „Care" nicht als Moralverständnis wie Gilligan (1991, 83), sondern als politische Ethik (Vosman 2016, 41 ff.) und als Praxis einer Care-Ethik, die im Kontext von Palliative Care ein schlüssiges Sorgeverständnis beschreibt, das sich auch in den Prinzipien von Palliative Care wiederfindet (vgl. 3.2.2). Die vier Elemente von „Care" (Tronto 1993, 127) sind im Detail: *„caring about"*, das Wahrnehmen, dass „Care" gebraucht wird, *„taking care of"*, sorgende Verantwortung übernehmen, *„care-giving"*, das tatsächliche Tun, und *„care-receiving"*, die Reaktion auf die Sorgehandlung. Begleitet werden diese Schritte von *„attentiveness"* (Tronto 1993, 127 ff.), *„responsibility"* (Tronto 1993, 131 ff.), *„competence"* (Tronto 1993, 133 f.) und *„responsiveness"* (Tronto 1993, 134 ff.).

Palliative Care verweist auf unterschiedliche etymologische Herleitungen, die Schutz und Abwehr gleichermaßen beinhalten, und bezieht sich auf ein ethisch-moralisches Konzept der Sorge, das sich aus einer weiblichen Versorgungstradition „um andere" wie auch aus einer christlichen Moral und einer Professionalisierung der Pflege (Schuchter 2016, 26) heraus konzeptualisieren lässt. Mit Care-Ethik erfolgte eine Positionierung und Emanzipation jenseits der Pflege, wie weiterführende aktuelle Care-Settings und -Diskurse zu „compassionate cities" bzw. „caring communities" (z. B. Kellehear 2005, 2013, Wegleitner et al. 2016, Klie 2014) oder „caring democracy" (Tronto 2013) belegen.

Die WHO (Word Health Organisation) definierte im Jahr 1990 Palliative Care als aktive und umfassende Betreuung und Behandlung für Patient_innen, deren Erkrankung auf kurative Behandlungsmaßnahmen nicht mehr anspricht, wobei hier mehrheitlich Krebspatient_innen gemeint waren (WHO 1990). Palliative Care wurde bereits in einem frühen Stadium der Erkrankung empfohlen, vor allem in Begleitung von Krebstherapien (Steffen-Bürgi 2006, 31). Im Jahr 2002 passte die WHO (2016) die Definition an (Steffen-Bürgi 2006, 33 f.), und diese – aktuell gültige – spricht von Palliative Care als einem Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität von Patient_innen und ihren Familien, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind. Das soll durch Prävention und Linderung von Leid, durch frühzeitiges Erkennen sowie durch fehlerlose Einschätzung, Schmerzlinderung und Behandlung von anderen physischen, psychosozialen und spirituellen Problemen erfolgen (vgl. Heller, Pleschberger 2010, 16, Steffen-Bürgi 2006, 33).

Ergänzt wird diese Definition, indem auf die Begleitung von Angehörigen, insbesondere Trauerbegleitung, hingewiesen wird, der Einsatz mulitprofessioneller Teams Erwähnung findet und die Abgrenzung zur Sterbehilfe formuliert wird. Wie in der Definition von 1990 (WHO 1990) wird darauf hingewiesen, dass Palliative Care bereits parallel zu kurativen Maßnahmen, möglichst früh, einsetzen

sollte (Heller, Pleschberger 2010, 17). Die Zielgruppe ist nun offener gehalten, da alle Menschen inkludiert sind, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, und Palliative Care sollte nach dieser Version bereits so früh wie möglich Anwendung finden (Steffen-Bürgi 2006, 34). Das weist auf eine Entwicklung zu einem integrierten Modell hin, in dem gleichzeitig oder ergänzend präventive, kurative, rehabilitative und palliative Behandlungskonzepte und Interventionen gesetzt werden (vgl. Gartner, Watzke 2006, 125 ff.).

Die Definition der European Association for Palliative Care (EAPC) aus dem Jahr 1989, zum Teil identisch mit der WHO-Definition von 1990, skizziert Palliative Care als umfassendes Versorgungskonzept:

> „Palliative care is the active, total care of the patient whose disease is not responsive to curative treatment. Control of pain, of other symptoms, and of social, psychological and spiritual problems is paramount. Palliative care is interdisciplinary in its approach and encompasses the patient, the family and the community in its scope. In a sense, palliative care is to offer the most basic concept of care – that of providing for the needs of the patient wherever he or she is cared for, either at home or in the hospital. Palliative care affirms life and regards dying as a normal process; it neither hastens nor postpones death. It sets out to preserve the best possible quality of life until death." (EAPC European Association of Palliative Care 1989)

Dieses Verständnis von Palliative Care als *„most basic concept of care"* belegt, dass Palliative Care gleichermaßen als Philosophie wie auch Versorgungskonzept (Wegleitner et al. 2012, 9) schwer kranker und sterbender Menschen (Heller 2007, 196) verstanden wird. Dies ist für alle Berufsgruppen von Bedeutung, die diese Zielgruppe betreuen, denn daraus lassen sich Prinzipien der Versorgung ableiten, die im folgenden Kapitel ausgeführt werden.

3.2.2 Prinzipien von Palliative Care

Die in der Definition der EAPC (1989) gebrauchte Formulierung *„active, total care"* bezieht sich auf Palliative Care im Sinn eines ganzheitlichen und umfassenden Versorgungskonzepts. Dieser holistische Ansatz geht auf Saunders Konzept des „total pain" zurück (vgl. Bührer 2004), in dem Schmerz eine körperliche, emotionale, soziale und spirituelle Dimension zugeschrieben wird, die bei der Versorgung Schwerkranker und Sterbender gleichermaßen zu beachten ist. Saunders (1996) beschreibt die Entwicklung dieses Konzepts:

> „*[…]* each death was individual as the life that preceded it and that the whole experience of that life was reflected in a patient dying. This led to the concept of ‚total

> pain' which was presented as a complex of physical, emotional, social and spiritual elements. The whole experience for a patient includes anxiety, depression, and fear; concern for the family who will become bereaved; and often a need to find some meaning in the situation, some deeper reality in which to trust."

Der Blick wird hier auf die Individualität der schwer kranken und sterbenden Patient_innen gerichtet, auf Schmerzbehandlung und Zuwendung, wie sie bis zu diesem Zeitpunkt nicht Praxis war. Sabine Pleschberger spricht in diesem Sinn von einem Paradigmenwechsel (2002), den Palliative Care im Gesundheitssystem ausgelöst hat. Clark und Seymour (1999, 83) sehen neben dem Konzept von „total pain" Teamwork und Vertrauen als die drei grundsätzlichen Elemente von Palliative Care.

Andreas Heller formuliert Prinzipien der palliativen Versorgung (Heller 2007, 199 ff., Heller, Knipping 2006, 44 f.), die jedoch auch grundsätzlich für ganzheitliche Versorgung Geltung haben: radikale Betroffenenorientierung, Interdisziplinarität, Interprofessionalität, Interorganisationalität, Interreligiösität sowie Interkompetenzen.

Die Prinzipien machen deutlich, dass in der Versorgung die Individualität einer bzw. eines jeden Betroffenen im Vordergrund steht und Bedürfnisse wahrgenommen werden müssen. Das setzt eine bestimmte Qualität der Beziehung voraus und bedeutet für die Betreuenden, sich mit ihrer eigenen Sterblichkeit konfrontieren zu müssen. Saunders (1996) schildert den Wunsch nach Sinn, den Betroffene am Ende des Lebens suchen, und welche Konsequenzen das für die Betreuenden hat:

> „The search for meaning, for something in which to trust, may be expressed in many ways, direct and indirect, in metaphor or silence, in gesture or symbol or, perhaps most of all, in art and the unexpected potential for creativity at the end of life. Those who work in palliative care may have to realise that they, too, are being challenged to face this dimension for themselves." (Saunders 1996)

Noch etwas pointierter bringt es ein Zitat auf den Punkt, nämlich dass die Arbeit mit Sterbenden etwas auslöst, ob man als Betreuende nun will oder nicht. Sabine Pleschberger hat es ihrer Habilitationsschrift (2010, 7) vorangestellt:

> „Once you do hospice nursing, you are never the same – love it or hate it, it brings mortality straight into your face." (A hospice nurse, Vachon 2006, zitiert nach Pleschberger 2010, 7)

Neben dieser Betroffenenorientierung ist die Zusammenarbeit in interdisziplinär (Heller 2007, 201) und interprofessionell (Heller 2007, 202) zusammengesetzten Teams grundlegend, um durch eine Zusammenschau unterschiedlicher Perspektiven und Berufsgruppen eine umfassende Betreuung zu gewährleisten. Um dieser

Forderung auch nachkommen zu können, sind Interkompetenzen zu trainieren und zu vermitteln, die prozessuales Lernen anregen und Verknüpfungen bilden zwischen Theorie und Praxis, Rationalität und Emotionalität, sozial-kommunikativer wie auch organisationaler Kompetenz (Heller 2007, 206).

Die Interorganisationalität (Heller 2007, 203) verweist auf die fundamentale Bedeutung des jeweiligen organisationalen Versorgungskontextes, in dem Sterben stattfindet (vgl. Grossmann 2000, 4.2.1). Katharina Heimerl (2008) hat dazu in *„Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen"* dargestellt, wie sehr es sich bei der Integration von Palliative-Care-Angeboten um umfassende organisationale Aushandlungs- und Veränderungsprozesse handelt, die auch die Hospizidee nachhaltig verändern (Heimerl 2008, 53). Cicely Saunders setzte auf die Schaffung von Einrichtungen außerhalb des Regelsystems, mittlerweile wurde mit der Schaffung von Palliativstationen und Palliativkonsiliardiensten Palliative Care in die Organisationen geholt, und es gilt sie nachhaltig zu integrieren, was nicht reibungslos funktioniert, im Gegenteil. Heimerl (2008, 23 f.) beschreibt die Schwierigkeiten, als Palliativteam tatsächlich integriert zu werden, und verweist auf die von Bruera (2004, zitiert nach Heimerl 2008, 23 f.) als *„Palliphobie"*[6] bezeichneten konflikthaften Situationen, die mit der Einführung von Palliative-Care-Angeboten verbunden sind.

> „Es kann mitunter viele Jahre bis fast Jahrzehnte dauern, bis ein hauseigenes Palliativteam die Erlaubnis erhält, Empfehlungen zur Schmerztherapie für PatientInnen anderer Stationen selbst in das Therapieblatt der PatientInnen auf den entsprechenden Stationen einzutragen – ein Ausdruck dafür, wie lange es dauert, als Palliativteam akzeptiert zu werden und das Stadium der ‚Palliphobie' zu überwinden." (Heimerl 2008, 23)

Auf diesen organisationalen Faktor wird auch im Rahmen der Untersuchung (Kap. 7) und der Diskussion der Ergebnisse eingegangen (Kap. 8).

---

[6]Eduardo Bruera (2004, zitiert nach Heimerl 2008, 23 f.) beschreibt insgesamt vier Entwicklungsstadien palliativer Kultur im Krankenhaus (Heimerl et al. 2006, 53), die von Katharina Heimerl ins Deutsche übertragen wurden: Stadium I – Ablehnung (Denial): generelle Ablehnung von Palliative-Care-Programmen, Stadium II – Palliphobie: Probleme im Umgang mit Sterben und Tod sind bekannt, es gibt jedoch eine Angst vor den Konsequenzen, die eine Bearbeitung des Themas haben könnte, Stadium III – Pallilalie: Monate bis Jahre nach der Einführung einer Palliativstation wird über Palliative Care gesprochen, von der Leitung wird es als wichtiges Thema anerkannt, es werden jedoch keine finanziellen, räumlichen oder persönlichen Ressourcen zur Verfügung gestellt, Stadium IV – Pallaktivität: strukturelle Ressourcen werden zur Verfügung gestellt, Patient_innen werden aktiv an Palliativkonsiliardienste oder Palliativstationen zugeteilt.

Es ist ein Prinzip von Palliative Care, unterschiedliche Religionen und Weltanschauungen zu respektieren, und das entspricht der Autonomie und Freiheit der Patient_innen (vgl. Heller 2007, 205). Das Prinzip der Interreligiösität hat in diesem Sinne, Andreas Heller folgend, auch interkulturelle Aspekte, die Religion und Weltanschauung oft begleiten (Traunsteiner 2010, 292 f.). Normative Vorstellungen über einen „idealen", einen „guten", sanften, friedvollen und liebevollen Tod können im Rahmen von Palliative Care für alle Beteiligten zur Belastung werden, wie Birgit Heller (2006, 433) aufzeigt. Ein *„Korrektiv für diese Idealbildungen"* (Heller B. 2006, 433) kann die Einsicht sein, dass Vorstellungen vom Sterben eng mit individuellen, kulturellen und religiösen Perspektiven und Deutungen verbunden sind.

> „Menschen leben und sterben nicht nach einem *Strickmuster*. Erweitert um die religiös-kulturelle Perspektive gewinnt die Vorstellung vom guten Sterben viele zusätzliche Facetten. Sie ist Ausgangspunkt der interreligiösen Herausforderung der Palliative Care. Im Rahmen der palliativen Versorgung wirkt sich der Faktor religiös-kulturelle Zugehörigkeit in verschiedenen spezifischen körperlichen, emotionalen und spirituellen Bedürfnissen von Patienten und ihren Angehörigen aus." (Heller B. 2006, 433; Hervorhebung im Original)

Mittlerweile ist der Begriff „Spiritual Care" in Verwendung. Moderne Spiritual-Care-Ansätze gehen zurück auf umfassende Studien in den 1980er-Jahren des letzten Jahrhunderts, die Religion, Spiritualität, Coping-Strategien und Gesundheit zum Thema hatten (Heller B., Heller A. 2014, 24). Impulse für Spiritual Care gehen von allen Berufsgruppen aus und können als ein Nachdenken über Körper, Seele, Geist und Bewusstsein verstanden werden (Heller B., Heller A. 2014, 24). Individuelle Erfahrungen stehen im Vordergrund sowie eine starke Orientierung am Subjekt. Mit dieser Betonung der Individualität und Einzigartigkeit – beides wichtige Impulse und Anstoß für die Hospizbewegung – leite ich von Definitionen und Prinzipien über zu den Anfängen und der geschichtlichen Herleitung der Hospizbewegung und von Palliative Care.

3.2.3 Entwicklung einer Idee: Herleitung und Kontextualisierung

Um den Entwicklungslinien der modernen Hospizbewegung zu folgen, ist eine Differenzierung hilfreich: Neben Pionier_innen, die hinter der Gründung erster Einrichtungen standen und maßgeblich das Konzept von Palliative Care formulierten (vgl. 3.2.1, 3.2.2), waren Initiativen von Einzelpersonen, Gruppen, Vereinen und Institutionen notwendig, die erst eine „Bewegung" entstehen ließen. Begünstigend

wirkten dabei gesellschaftliche, soziale und ökonomische Entwicklungen, die für die Hospizbewegung als Rahmen dienten. Anhand dieser drei Aspekte strukturieren sich die folgenden Ausführungen.

Die noch sehr junge Hospizgeschichte kann an Gründungsdaten und Pionier_innen[7] festgemacht werden: Das St. Christopher's Hospice wurde 1967 nach fast zwei Jahrzehnten Vorarbeit von Cicely Saunders[8] in London eröffnet (Clark, Seymour 1999, 72). Hinter dieser Leistung sehen Clark und Seymour (1999, 72 f.) drei Faktoren: Saunders' hohes Maß an persönlicher Motivation, ihre zahlreichen Vorträge und Publikationen und insbesondere die Wirkung ihrer Fachartikel auf unterschiedliche Disziplinen. Als ausgebildete Krankenschwester, Sozialarbeiterin und Ärztin konnte sie auf eigene, umfassende Expertisen zurückgreifen und daraus auch einen multiprofessionellen Anspruch für Hospizarbeit ableiten (Pleschberger 2006, 25). Der dritte entscheidende Faktor für die Realisierung des ersten Hospizes waren soziale Netzwerke sowie die Fürsprache aus Politik, Kirche und Zivilgesellschaft.

In Österreich wurde 1989, 22 Jahre später, das erste Wiener *„interdisziplinäre Hospiz-Außenteam"* (Höfler 2001, 14) konstituiert. Als Trägerorganisation fungierte die Caritas der Erzdiözese Wien, als Impulsgeberin spielte dabei die Schwesterngemeinschaft der Caritas Socialis, insbesondere Hildegard Teuschl (Heller, Dressel 2012a, 11), eine besondere Rolle. Auch hier gelten die drei Faktoren, wie sie schon Clark und Seymour (1999, 72 f.) für Saunders und den Beginn der Hospizbewegung festhielten: eine hohe persönliche Motivation aufgrund eines wahrgenommenen Bedarfs – Teuschl stellte fest (Höfler 2001, 7 f.), dass vor allem Pflegekräfte in den 1970er-Jahren von Defiziten in der Schmerzbekämpfung und im Umgang mit den Sterbenden berichteten. Des Weiteren wurden Filme zur Hospizidee (Heller, Dressel 2012c, 30 f.) gezeigt, zahlreiche Publikationen von Saunders und Kübler-Ross[9] fanden Verbreitung, Pionier_innen in Österreich traten

[7]Neben Cicely Saunders gelten Elisabeth Kübler-Ross, Florence Wald und Colin Murry Parkes als wichtige Proponentinnen der Hospizbewegung, die vor allem für die Internationalisierung von Hospice Care bedeutend waren (Pleschberger 2006, 26).

[8]Cicely Saunders selbst nannte zwei Personen, denen sie Inspiration und Wissen verdankte: Lillian Pipkin, von der sie viel über Schmerzbehandlung und über Kommunikation mit Sterbenden lernte (Kastenbaum 1998, 121), und David Tasma, ein Patient, dessen Begleitung ihr deutlich machte, wie wichtig es ist, dass *„all our caring must give total freedom to others to make their own way into meaning"* (Saunders 1993, 264, zitiert nach Kastenbaum 1998, 122).

[9]Das wohl bekannteste und einflussreichste Buch von Elisabeth Kübler-Ross ist *„Interviews mit Sterbenden"* aus dem Jahr 1969 (englische Originalversion: *„On Death and Dying"*, 1971 deutsche Erstveröffentlichung), in dem sie unter anderem fünf Sterbephasen beschreibt, die mittlerweile kritisch hinterfragt werden (vgl. Kastenbaum 1998, 112 ff.).

Reisen nach London bzw. England an, wo in den Hospizen viel für die Verbreitung der Hospizidee getan wurde. Auch die Vernetzung mit politischen, kirchlichen und gesellschaftlichen Persönlichkeiten wurde initiiert und gepflegt. Letzteres war für die tatsächliche Finanzierung entscheidend. Dazu ist vom Caritasdirektor der Erzdiözese Wien, Prälat Unger, aus den 1980er-Jahren eine Einschätzung überliefert: *„Der Wiener will nichts vom Sterben wissen."* (Höfler 2001, 10) Intensive Überzeugungsarbeit musste von den Pionier_innen folglich auch innerhalb der eigenen Reihen geleistet werden, bevor das Wiener *„interdisziplinäre Hospiz-Außenteam"* (Höfler 2001, 14) letztlich 1989 mit seiner Arbeit beginnen konnte.

Diese Überzeugungsarbeit und die ersten Schritte leisteten Initiativen von Einzelpersonen, Gruppen, Vereine und letztlich auch Institutionen. Um den Besonderheiten dieser jungen und dynamischen Geschichte der Hospizbewegung gerecht zu werden, bedienten sich Forschende einer spezifischen Methodik. Clark et al. (2005) waren die ersten, die Oral History als Zugang wählten, um die Geschichte der Hospizbewegung in Großbritannien zu dokumentieren. Wenn auch der Ausdruck unter Historiker_innen kritisch hinterfragt wird: Niethammer (1985, 1) bezeichnet ihn als *„romantisch-unpräzise"*, da es keine anerkannten, eindeutigen Definitionen gibt. Oral History umfasst Interviews mit Zeitzeug_innen, standardisierte Erzählungen wie auch gedruckte Biografien und Autobiografien bis hin zu informellen Gesprächen (Meixner, Pfanzelter 2008, 77). Die Publikationen von Clark et al. (2005) und Heller et al. (2012) zeigen, dass sowohl die britische als auch die deutsche Hospizbewegung anhand von biografischen Interviews und Gesprächen mit Pionier_innen eindrücklich dargestellt werden können.

Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich wurde 2001 von Höfler erstmals in einem Aufsatz beschrieben. Sie hat dafür umfassend recherchiert und Interviews mit maßgeblichen Persönlichkeiten[10] geführt. Das heißt, auch

[10]Andreas Heller und Gert Dressel (2012a, 11, vgl. 2012b, 26 ff.) geben Hildegard Teuschl eine *„führende Rolle"*, sie wird hier als Pionierin genannt. Die Gesamtpublikation (Spörk, Heller 2012) hat das Ziel, die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis darzustellen, daher wurde aufgrund dieser Zielsetzung der Caritas Socialis ein besonderes Augenmerk geschenkt. Um nicht nur eine Person herauszustreichen, seien hier alle Personen (aus Platzgründen ohne akademische Titel) angeführt, die Höfler (2001, 28 f.) für ihre Publikation über die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich entweder interviewte, wie Erich Aigner, Rudolf Babits, Paul Benedek, Karl W. Bitschnau, Ruth Cecil, Andreas Heller, Sabine Janouschek, Erich Lehner, Erika Horn, Christian Metz, Harald Reschitzegger, Jutta Rett, Brigitte Riss, Elisabeth Rosenthal, Monika Salzer, Arnold Schett, Eduard Spörk, Irma Schwartz, Sr. Hildegard Teuschl, Werner Wanschura, Michaela Werni-Kourik, Franz Zdrahal, oder telefonisch bzw. schriftlich kontaktierte, wie Isabella Benning, Sr. Marcella Fellinger, Elmar Kahofer, Renate Kreutzer, Helga Mauritz, Trude Kohlberger, Elisabeth Seidl.

sie bezieht sich bereits vor Clark et al. (2005) auf Interviews von Pionier_innen, allerdings weist sie den Oral-History-Zugang nicht als solchen aus. Der Sammelband *„Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter"* (Spörk, Heller 2012) beschreibt die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und beleuchtet insbesondere die Hospizarbeit der Caritas Socialis. Heller und Dressel (2012a, 11) beziehen sich in ihrem Beitrag in der genannten Publikation auf eine

> „[…] neuere hospizliche Oral-History-Forschung, die ein angemessener und gleichwohl interessanter und bunter Zugang zur Rekonstruktion dieser BürgerInnenbewegung als sozialer Bewegung ist."

Damit soll festgehalten werden, dass Entwicklungslinien der Hospiz- und Palliativversorgung viele individuelle Lebensgeschichten, Erfahrungen und Entscheidungen in sich vereinen, die radikal persönlich sind, wie das Sterben selbst. Daher verweise ich auf Höfler (2001), Clark et al. (2005), Spörk und Heller (2012), um jene sprechen zu lassen, die zur Entwicklung Entscheidendes beigetragen haben. Zur Darstellung der Entwicklung in den einzelnen Bundesländern sei auf Höfler (2001, 20 ff.) verwiesen. Spörk und Heller (2012) legten ihren Fokus auf Wien. Die Aus- und Weiterbildungen, die zur Entwicklung der Hospizidee entscheidend beigetragen haben, werden von beiden Publikationen detailliert angeführt.

Die Hospizbewegung ist eingebettet in gesellschaftliche, soziale und ökonomische Entwicklungen, die nun ausschnitthaft skizziert werden, um einen Eindruck des historischen Hintergrunds zu vermitteln, vor dem sich die Hospizidee entfalten konnte.

Im Großbritannien der 1950er-Jahre entwickelten sich nach dem Zweiten Weltkrieg umfassende sozialstaatliche Strukturen, die Unterstützung *„from the cradle to the grave"* (Clark, Seymour 1999, 62) versprachen. Somit hatte sich das Sterben von der häuslichen Umgebung immer mehr in Krankenhäuser und Institutionen verlagert und wurde allmählich zur Selbstverständlichkeit (vgl. Ariès 1978/2002, 729). Diese langfristige Entwicklung ging einher mit dem Aufkommen eines neuen Medizinverständnisses, das im 18. Jahrhundert im Zuge der Aufklärung einsetzte. Foucault (1963/2016) beschreibt in *„Geburt der Klinik"* diesen neuen medizinischen Blick auf den Menschen anhand der ärztlichen Frage an die Patient_innen:

> „In einer winzigen, aber entscheidenden Veränderung kündigt sich diese neue Struktur an – natürlich ohne sich darin zu erschöpfen: wurde im 18. Jahrhundert der Dialog zwischen dem Arzt und dem Patienten mit seiner spezifischen Grammatik und

> Stilistik durch die Frage: „Was haben Sie?“ eröffnet, so finden wir die Spielregeln der Klinik und das Prinzip ihres Diskurses in jener anderen Frage wieder: „Wo tut es Ihnen weh?“ Damit gestaltet sich das ganze Verhältnis vom Signifikanten zum Signifikat um, und zwar auf allen Ebenen der medizinischen Erfahrung […].“ (Foucault 1963/2016, 16)

Diese Vorstellung vom Kranken als Porträt seiner Krankheit (Gröning 2005, 65), der Reduktion der Patient_innen auf ihre Krankheit, gepaart mit einer zunehmenden Technologisierung und Spezifizierung in Medizin und Pflege, hat gerade für Sterbende fatale Auswirkungen: Die Heilung der Krankheiten wurde in den Vordergrund gerückt (Clark, Seymour 1999, 67), und es erfolgte ein regelrechter *„medical screening process“*, wie Porter (1889, 165, zitiert nach Clark, Seymour 1999, 67) es formuliert, um heilbare von unheilbaren Krankheiten zu unterscheiden. Auch hier ist die Krankheit im Vordergrund, der Mensch in seiner Gesamtheit tritt in den Hintergrund des ärztlichen Blicks (vgl. Foucault 1963/2016, 16).

Diese Tendenzen waren nicht nur auf die Medizin und das Gesundheitssystem beschränkt. Der deutsche Soziologe Norbert Elias (1990) beschreibt Anfang der 1980er-Jahre den Umgang mit Sterbenden auf gesellschaftlicher und zwischenmenschlicher Ebene auf sehr ähnliche Weise:

> „Das ist das Schwierigste – die stillschweigende Aussonderung der Alternden und der Sterbenden aus der Gemeinschaft der Lebenden, das allmähliche Erkalten der Beziehungen zu Menschen, denen ihre Zuneigung gehörte, der Abschied von Menschen überhaupt, die ihnen Sinn und Geborgenheit bedeuteten. Schwer wird der Verfall nicht nur für die, die Schmerzen haben, sondern auch für die Alleingelassenen. Dass, ohne eine besondere Absicht, die frühzeitige Vereinsamung der Sterbenden gerade in den entwickelteren Gesellschaften besonders häufig vorkommt, ist eine Schwäche dieser Gesellschaften.“ (Elias 1990, 8 f.)

Hinter diesen Ansichten stehen auch sich über Jahrhunderte verändernde Vorstellungen von Sterben und Tod, wie sie Philippe Ariès (1978/2002) in der *„Geschichte des Todes“* aufzeigt. Nicht nur der ärztliche Blick auf die Erkrankung wandelt sich (Foucault 1963/2016) mit der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, auch Tod und Sterben erfahren eine zunehmende Medikalisierung (Ariès 1978/2002, 720 f.). Damit beginnt eine völlig neue Entwicklung: Sterben und Tod werden institutionalisiert (Ariès 1978/2002, 729 ff., Clark, Seymour 1999, 62).

Hier setzt eine Veränderung von enormer Wirkung ein, sowohl in Krankenhäusern als auch in Familien und auf gesellschaftlicher Ebene: Cicely Saunders konzipierte und forcierte das umfassende Versorgungs- wie Sorgekonzept von „Hospice Care“ (vgl. Prinzipien: 3.2.2), das auch einen Paradigmenwechsel für Medi-

zin und Pflege forderte (Pleschberger 2002). Ihr Fokus liegt auf Patient_innen, auf Schmerzbehandlung und Zuwendung, wie es bis zu diesem Zeitpunkt in der Praxis nicht üblich war.

Das Krankenhaussystem in Großbritannien der 1950er-Jahre war nicht nur für Patient_innen herausfordernd[11], sondern auch für das Personal, insbesondere für die Pflegefachkräfte. Isabel Menzies[12] (1960), die am Tavistock Institute of Human Relations (2.3.1.1) forschte und die psychoanalytisch orientierte „Institutional Observation" (Obholzer 2009, 216, vgl. 5.2.4) mitbegründete, schildert in ihrer in den 1950er-Jahren durchgeführten Studie an einem Londoner Ausbildungskrankenhaus, wie im System Krankenhaus Mechanismen der Angst-Abwehr so wirkmächtig wurden, dass Schwesternschülerinnen reihenweise kündigten oder gänzlich ihren Berufswunsch verwarfen[13], sodass die Aufrechterhaltung des pflegerischen Ausbildungs- und Arbeitssystems gefährdet war. Ihre Ergebnisse geben nicht nur Einblick in die Praxis des Systems Krankenhaus, sie zeigen auch die Anwendung des Group Relations-Ansatzes, der als wichtige Grundlage der Teamsupervision anzusehen ist (vgl. Steinhardt 2007, 108 f., 2.3.1.1). Menzies formuliert zehn *„defensive techniques"* (1960, 100 ff.), die sie feststellen konnte, wobei sich die ersten drei in eine direkte Verbindung mit dem oben angeführten Blick auf Patient_innen und ihre Krankheiten bringen lassen: *„Splitting up the nurse-patient relationship", „Depersonalization, categorization and denial of the significance of the individual"* und *„Detachment and denial of feelings"* (Menzies 1960, 101 f.). Sie beschreibt, dass der Kontakt zwischen Krankenschwester und Patient_in durch eine völlige Aufsplitterung der einzelnen pflegerischen Tätigkeiten so reduziert wurde, dass sich kaum noch eine vertrauensvolle Beziehung aufbauen ließ. Sie waren auf diese Weise geschützt vor „zu viel" Kontakt, verloren damit jedoch den Bezug zu den Menschen, für deren umfassende Pflege sie verantwortlich waren (Menzies 1960, 101). Um im persönlichen Kontakt möglichst wenig Beziehung zu Einzelnen herzustellen, wurden Patient_innen als Bettnummern, nach ihren Krankheiten oder ihren erkrankten Organen benannt (Menzies 1960, 101 f.). Eine Praxis, von der Jörn Gattermann

[11]Gronemeyer und Heller (2007, 579) schildern, dass gerade die unwürdige Behandlung Sterbender in den Krankenhäusern zur essenziellen Forderung *„to die in dignity and character"* führte und der Hospizbewegung eine visionäre Ausrichtung gab.

[12]Die Publikation von 1960 (2.3.1.1) wurde unter dem Namen *„Menzies, Isabel"*, jene von 1974 und 1990 unter *„Menzies Lyth, Isabel"* publiziert (5.2.4, 5.2.5).

[13]Menzies (1960, 108) berichtet, dass 30 % bis 50 % der Schwesternschülerinnen vorzeitig ihre Ausbildung abbrachen.

noch 2004 zu berichten weiß: *„Ist denn die Wirbelsäule aus Passau schon da?“,* zitiert er seinen Chefarzt (Gattermann 2004, 14) und betont, dass nicht die Pflege unheilbar kranker und sterbender Menschen ihn belastet hat, sondern die Konflikte, die Pflegeteams mit der ärztlichen Führung auszutragen hatten. Die Reduktion von Patient_innen auf Krankheiten oder Bettennummern geht insbesondere mit einer Distanzierung und Verdrängung von Gefühlen einher, die Patient_innen in Ärzt_innen und Pflegefachkräften auslösen. Menzies (1960, 102 f.) stellt fest, dass ein adäquater Umgang mit Gefühlen in einem professionellen Kontext Voraussetzung für die Erfüllung des Arbeitsauftrags ist. Im von ihr untersuchten Londoner Krankenhaus wurden die Schwesternschülerinnen oft und unvermittelt in andere Krankenhäuser geschickt, um zu „lernen“, sich emotional weder an Patient_innen noch an die Belegschaft zu stark zu binden. Und doch war allen bewusst, welch großen emotionalen Stress gerade diese häufigen Wechsel verursachten. Somit wurden vonseiten des Krankenhauses, das laut Menzies (1960, 103) zu den besseren Einrichtungen des Landes gehörte, bei den Mitarbeiterinnen Schmerz und Stress durch abrupte Beziehungsabbrüche ausgelöst. Damit wurden die Wichtigkeit von stabilen und dauerhaften Arbeitsbeziehungen durch die Organisation Krankenhaus selbst verhindert und die emotionalen Auswirkungen dieser Praxis auf eine individuell-persönliche Ebene verlagert, indem man den jungen Krankenschwestern sagte, sie mögen sich zusammenreißen (Menzies 1960, 103), anstatt einen adäquaten Umgang mit Emotionen zu ermöglichen.

Diese Einblicke in die Krankenhauspraxis der 1950er-Jahre in Großbritannien zeigen, dass Saunders mit dem multiprofessionellen Blick auf Patient_innen auch auf ein noch sehr starres und rigides Krankenhaussystem reagiert hat. Eine ressourcenorientierte und salutogenetische Betreuung steht bei „Hospice Care“ im Vordergrund, sowie ein Betreuungsverständnis, das eine selbstbestimmte Beziehungsgestaltung zwischen Patient_innen und Hospizbegleiter_innen wie Professionellen ermöglicht (vgl. Steffen-Bürgi 2006, 32). Die Hospizidee richtete ihr Hauptaugenmerk auf die Gründung von Hospizen, die außerhalb der Regelversorgung standen, doch Saunders hatte auch andere Versorgungsoptionen, wie ambulante Hospizteams und Beratungsteams in Krankenhäusern, an denen sich die Palliativkonsiliardienste orientieren (vgl. 3.3.2.2), in ihr erweitertes Konzept mit einbezogen (Pleschberger 2006, 26). Diese neue Herangehensweise fand Anhänger_innen, die „Hospice Care“ erst zu einer Bewegung werden ließen, die im Jahr 1967 dazu ihren Anfang nahm (Clark, Seymour 1999, 73). Die Hospiz- und Palliativversorgung blieb bis zum Beginn der 1980er-Jahre auf Hospizeinrichtungen beschränkt und erlebte seit den 1990er-Jahren weltweit einen sprunghaften Anstieg spezialisierter ambulanter und stationärer Angebote (Clark, Seymour 1999, 74).

In Österreich bekam die Hospizidee 1988 durch die Patient_innenmorde[14] im Krankenhaus Lainz in Wien einen besonderen Auftrieb (Heller, Dressel 2012c, 34, vgl. 4.2.1). Die Eröffnung des ersten ambulanten Hospizteams 1989 ist im Kontext dieser Morde zu sehen: Die Aufarbeitung und die Gerichtsprozesse erzeugten einen öffentlichen Druck, der zu umfangreichen Änderungen im Gesundheitsbereich führte. Es wurden Missstände in Krankenhausstrukturen wie auch in der Praxis der Pflegeberufe sichtbar, die an Menzies (1960) Studie erinnern und kein österreichisches Phänomen, sondern eine internationale Krankenhauspraxis beschrieben und die bis heute aufgearbeitet werden (vgl. „Francis Report“ 2013[15]). Diese Missstände führten zu Veränderungen in der Pflege und Medizin, verweisen jedoch heute auf die Folgen der Modernisierung des Krankenhauswesens, das von enormem Zeitdruck geprägt ist (Gröning 2005, 70). Die Ökonomie bestimmt mittlerweile den Umgang mit den Patient_innen (Gröning 2014b, 77 f.). Das emotionale Erleben von Pflegebedürftigen, das im Zuge der Pflege entsteht, braucht jedoch Zeit und auch Beziehung. Fehlt ein solcher emotionaler Raum, werden Gefühle der Entweihung und Scham bei Patient_innen wie Pflegenden begünstigt (vgl. Gröning 2014a, 13). Katharina Gröning (2005, 70) fasst diese Entwicklung zusammen:

> „Meine These ist nun, dass diese Modernisierungsstrategien nicht zu mehr Qualität geführt haben, sondern zu einer institutionellen Anomie, die ich für eine strukturelle Gefahr nicht nur der Qualitätserbringung im Heim halte, sondern auch für einen Vorboten von gewalttätigen Übergriffen.“

Auch die aktuelle Entwicklung der Hospiz- und Palliativversorgung steht in einem Spannungsfeld, in dem immer mehr Expert_innenwissen und die zunehmende Institutionalisierung grundlegende Prinzipien von Palliative Care (3.2.2) infrage stellen (Gronemeyer 2007, 13 ff., Gronemeyer, Heller 2014). Gronemeyer (2007, 68 f.) sieht eine Enteignung des Sterbens, eine Medikalisierung, Institutionalisierung und Ökonomisierung des letzten Lebensabschnitts, aus der sich die Hospizbewegung befreien sollte. Die fortschreitende Spezialisierung und auch Standardisierung, die anhand des folgenden Kapitels (Abschn. 3.3) durch

[14]Vier Hilfskrankenschwestern wurde zur Last gelegt, „lästige“ Patient_innen serienweise mittels Injektionen, Infusionen und sogenannter „Mundpflege“ getötet zu haben. Im März 1991 wurden die beiden Hauptangeklagten wegen 15-fachen bzw. fünffachen Mordes und zahlreicher Mordversuche zu lebenslanger Haft verurteilt. (Der Standard 2008)

[15]Der sogenannte *„Francis Report“* (2013) ist der Endbericht einer Untersuchung von 2005 über die gravierenden Missstände in einem englischen Krankenhaus.

Struktur und Inhalt deutlich auszumachen sind, ermöglicht einerseits Sicherheit, andererseits zeigen sich hier auch Grenzen von Standards (vgl. Heller 2007, 201), denn berufliches Handeln, gerade im Kontext von Palliative Care, ist nicht bis ins kleinste Detail beschreibbar. Kompetenzen müssen erworben und systematisch reflektiert werden (vgl. 4.2), um Vereinnahmung (Gronemeyer 2007, 68 f.) und Modernisierungsstrategien (Gröning 2005, 70) bewusst zu machen.

3.3 Modular abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung: das Angebot in Österreich

Ausgehend von der WHO-Definition von 2002 (WHO 2016, 3.2.1) wurde auch in Österreich an einer Umsetzung und Verankerung von Palliative Care im Gesundheitsbereich gearbeitet. Ein erstes Einvernehmen über eine *„österreichweit gleichwertige, flächendeckende, abgestufte Versorgung im Palliativ- und Hospizbereich"* wurde im Jahr 2005 im Rahmen einer Vereinbarung gemäß Artikel 15a des Bundesverfassungsgesetzes erzielt (Gesundheit Österreich 2014, 8). Dem vorausgegangen sind Konzeptüberlegungen bezüglich *„Bausteine für eine abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung"* (Gesundheit Österreich 2014, 4), die vom Dachverband Hospiz Österreich, der Österreichischen Palliativgesellschaft und von Expert_innen aus den Bundesländern entwickelt wurden. Seit 2010 sind die Grundzüge dieses Konzepts im Österreichischen Strukturplan Gesundheit verankert und damit Teil der integrierten Planung (Gesundheit Österreich 2014, 4). Neben diesem Konzept *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene"* (Gesundheit Österreich 2014) wurde 2012 ein „*Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen"* (Gesundheit Österreich 2012) herausgegeben, in dem systematische Musterprozesse für jedes einzelne spezialisierte Angebot beschrieben werden, auch um für dieses noch junge Leistungsangebot erste Qualitätskriterien zu etablieren. Die formulierten Bedarfsmodalitäten und Qualitätskriterien zu den einzelnen Versorgungsangeboten sind Ergebnis eines von unterschiedlichen Fachgruppen und Expert_innen geführten Diskussionsprozesses. Es gilt hier festzuhalten, dass das Konzept als Richtlinien zu verstehen ist (vgl. Gesundheit Österreich 2014, 4, 2012, 1 ff.), von der die Praxis teils erheblich abweicht (vgl. z. B. 3.3.2.2).

Im Folgenden wird auf die Richtlinien der konkreten Versorgungsangebote eingegangen, um darzulegen, wo in der vorliegenden Untersuchung die Supervisionsteams und die Teilnehmenden der Fokusgruppe „Feld" in der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zu verorten sind und wie sich die einzelnen Angebote idealerweise bezüglich Zielgruppen, Inhalten und

Ressourcen unterscheiden. Um die in den Richtlinien beschriebenen Angebote und ihre Verbreitung in den neun österreichischen Bundesländern zu belegen, werden statistische Daten (Pelttari et al. 2014) zum Zeitpunkt der Untersuchung vorgestellt.

3.3.1 Überblick und Abbildung

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung versteht sich mit ihrem spezialisierten Leistungsangebot als Ergänzung zu den Einrichtungen und Dienstleister_innen im Gesundheits- und Sozialwesen (Gesundheit Österreich 2014, 8 f.). Zum Angebot gehören Palliativstationen, stationäre Hospize, Tageshospize, Palliativkonsiliardienste, mobile Palliativteams und Hospizteams. Abbildung 3.1 bietet eine Übersicht, um zum einen die spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung den Bereichen der Grundversorgung zuzuordnen und zum anderen die einzelnen Bausteine des Angebots in sich strukturiert anzuordnen. Der Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (Abb. 3.1) ist in der Regel der Graubereich angefügt, der die Sterbefälle als *„einfach“* und *„schwierig“/„komplex“* bewertet und diese prozentual der Grundversorgung sowie der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung zuordnet. Diese in Österreich entwickelte Struktur wurde von der European Association for Palliative Care (EAPC) im *„White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe“* (Radbruch, Payne 2009, 289) übernommen.

<table>
<tr><td></td><td>Grundversorgung</td><td colspan="3">Spezialisierte Hospiz- und Palliativversorgung</td></tr>
<tr><td></td><td>Einrichtung/Dienstleister</td><td colspan="2">Unterstützende Angebote</td><td>Betreuende Angebote</td></tr>
<tr><td>Akutbereich</td><td>Krankenhäuser</td><td rowspan="3">Hospizteams</td><td>Palliativ-konsiliardienste</td><td>Palliativstationen</td></tr>
<tr><td>Langzeit-bereich</td><td>Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen</td><td rowspan="2">Mobile Palliativteams</td><td>Stationäre Hospize</td></tr>
<tr><td>Familien-bereich Zuhause</td><td>Niedergelassene (Fach-) Ärzteschaft, mobile Dienste, Therapeut_innen</td><td>Tageshospize</td></tr>
<tr><td></td><td>„Einfache“ Situationen
80 - 90 Prozent der Sterbefälle</td><td colspan="3">Komplexe Situationen, schwierige Fragestellungen
10 - 20 Prozent der Sterbefälle</td></tr>
</table>

Abbildung 3.1 Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich 2014, ÖBIG 2004)

Krankenhäuser, Alten-, Pflege- und Betreuungseinrichtungen sowie niedergelassene Ärzt_innen, mobile Dienste sowie Therapeut_innen decken die Grundversorgung im Akut- und Langzeitbereich sowie im häuslichen Bereich ab. Angesichts der Tatsache, dass 80 bis 90 Prozent der Sterbefälle der Grundversorgung zugerechnet werden, stellt sich die Frage der tatsächlichen Integration des spezialisierten Angebots in die Regelversorgung, die durch die Abbildung (Abb. 3.1) nicht ersichtlich ist, denn die Darstellung ordnet die spezialisierten Angebote der Grundversorgung viel eher zu, als dass Schnittpunkte und Verschränkungen der Angebote zueinander im Zentrum stehen.

Es ist ein „spezialisiertes" Angebot, kein Konzept für die Gesamtbevölkerung. Um eine solche Integration und Öffnung des Angebots ging es im Konzept der integrierten Palliativversorgung in Vorarlberg, das 2002 entwickelt und in der Publikation mit dem treffenden Titel *„Für alle, die es brauchen"* (Bischof et al. 2002) vorgestellt wurde. Dieses Konzept (Heimerl 2002) legte auch schon grafisch erkennbar einen stärkeren Fokus auf das tatsächliche Ineinandergreifen verschiedener Angebote der Grund- wie auch der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung.

Die abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung, die sogenannten *„ÖBIG-Kriterien"*,[16] wurde 2014 überarbeitet (Gesundheit Österreich 2014). Diese Veränderungen führten auch zu Kritik, so z. B. vonseiten der Österreichische Palliativgesellschaft (2014), die eine kritische Stellungnahme zur Positionierung von Sozialarbeit in Bezug zur Sozialpädagogik[17] publiziert hat.

Das spezialisierte Versorgungskonzept unterscheidet zwischen unterstützenden und betreuenden Angeboten, die wiederum dem Akut- und Langzeitbereich sowie dem häuslichen Umfeld zuzurechnen sind. In den folgenden beiden Unterkapiteln wird nun auf die Angebote der unterstützenden und der betreuenden Hospiz- und Palliativversorgung genauer eingegangen.

[16]ÖBIG steht für *„Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheit"* und ist einer der drei Geschäftsbereiche von *„Gesundheit Österreich GmbH"*. ÖBIG führt Forschungs- und Planungsarbeiten durch, gestaltet das Berichtswesen und erstellt ausschließlich im Auftrag des Bundes Grundlagen für die Steuerung des Gesundheitswesens (Gesundheit Österreich 2016).
[17]In der Auflage 2014 werden Sozialpädagog_innen und Sozialarbeiter_innen mit einem *„bzw."* voneinander getrennt und folglich als gleichwertig und einander gegenseitig ersetzend betrachtet (siehe Beschreibung der Angebote 3.3.2.2, 3.3.2.3, 3.3.3.1).

3.3.2 Unterstützende Angebote

Zu den unterstützenden Angeboten gehören Hospizteams, mobile Palliativteams und Palliativkonsiliardienste. Im Zuge der Untersuchung standen ein Hospizteam und ein Palliativkonsiliarteam im Zentrum des Forschungsinteresses: Zwei Supervisionsprozesse wurden ein Jahr lang begleitet und die beiden Teams sind im Anschluss im Zuge von zwei Fokusgruppen in die Ergebnisgenerierung eingebunden worden (vgl. 6.5). Mitarbeiter_innen mobiler Palliativteams wurden neben Mitarbeitenden aus stationären Einrichtungen im Rahmen der Fokusgruppe „Feld" in die Untersuchung einbezogen (6.3.3). Was diese unterstützenden Angebote beinhalten *sollten*, wird nun detailliert ausgeführt, wobei zuerst der Versorgungskontext beschrieben wird, in dem das Angebot zu finden ist, dann folgt eine Beschreibung der Teams und ihrer Zusammensetzung, der Personalqualifikationen, des Angebots, der Zielgruppe und des Zugangs. Alle drei unterstützenden Angebote sollten, ob stationär oder mobil, mit einer Infrastruktur – in Form von Büroräumen mit adäquaten Kommunikationsmitteln – ausgestattet sein, die auch für Besprechungen und Beratungen genützt werden sollen.

3.3.2.1 Hospizteams

Hospizteams sollten in allen Versorgungskontexten tätig sein, von der häuslichen Betreuung bis zur Langzeit- und Akutbetreuung. Ein Hospizteam besteht, den Richtlinien zufolge, aus mindestens elf Personen (Gesundheit Österreich 2014, 30), einer hauptamtlichen Koordinator_in und ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen. Unter den Personalqualifikationen (Gesundheit Österreich 2014, 29) wird angeführt, dass die hauptamtliche Koordinationsperson[18] eine abgeschlossene Ausbildung und Berufserfahrung in einem Sozial- oder Gesundheitsberuf mit Fach- und Sozialkompetenz mitbringen soll. Die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflege sowie diplomierte Sozialarbeit werden dezidiert als geeignete Qualifikationen für diese Koordinierungstätigkeit angeführt. Zu dieser beruflichen Qualifikation ist der interprofessionelle Palliativ-Basislehrgang mit 160 Unterrichtseinheiten und 40 Stunden Praktikum nachzuweisen. Ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen müssen einen Lehrgang im Umfang von 80 Stunden Theorie und 40 Stunden Praktikum besuchen.

[18]Koordinierung wird hier als Leitungstätigkeit verstanden: Mobile Hospizteams und mobile Palliativteams haben meist Koordinator_innen als Leitungspersonen, im Palliativkonsiliardienst gibt es in der Regel eine ärztliche Leitung und eine Koordinator_in (eine Gesundheits- und Krankenpflegeperson). Zu Führen und Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care sei hier auf Höfler (2012) verwiesen.

Das Angebot eines Hospizteams (Gesundheit Österreich 2014, 29) umfasst die Begleitung und Unterstützung von Patient_innen und An- und Zugehörigen: Darunter wird ein „Dasein" verstanden, das sich in Gesprächen, Vorlesen, Spazierengehen, gemeinsamen Aktivitäten oder auch in Form von „Sitzwachen" etc. zeigt. Eine emotionale und zeitliche Entlastung für An- und Zugehörige, Beratung über Hilfsangebote, Information über Patient_innenverfügungen und Unterstützung bei den Themen Sterben, Tod und Trauer wie auch Trauerbegleitung sind weitere Angebote. Hospizteams sollen zwischen Akut-, Langzeit- und häuslichen Versorgungskontexten eine Kontinuität der Betreuung sichern (Gesundheit Österreich 2012, 131). Information und Schulung zu den Themen Sterben, Tod und Trauer in Schulen und Pflegeheimen etc. sowie Bildungsarbeit gehören zum optionalen Leistungsangebot. Das Hospizteam, in dem im Zuge der vorliegenden Untersuchung partizipativ geforscht wurde (vgl. 5.3), hat im Rahmen von „Hospiz macht Schule"[19] Workshops in Schulen angeboten und geplant.

Die Zielgruppe von Hospizteams sind Palliativpatient_innen[20], An- und Zugehörige sowie Trauernde: Sie können über eine Anfrage bei der hauptamtlichen Koordinator_in das Angebot nützen (Gesundheit Österreich 2012, 131, Gesundheit Österreich 2014, 29).

3.3.2.2 Palliativkonsiliardienste

Palliativkonsiliardienste sind multiprofessionell zusammengesetzte Teams im Krankenhaus. Die Richtlinie sieht vor, dass sie entweder einer Palliativstation zugeordnet sind oder eine eigene Organisationseinheit bilden (Gesundheit Österreich 2014, 22). Zum „Stammpersonal" (Gesundheit Österreich 2014, 23) eines Palliativkonsiliardienstes sollten Ärzt_innen (Fachärzt_innen oder Ärzt_innen für Allgemeinmedizin), diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen und Sozialarbeiter_innen bzw. Sozialpädagog_innen[21] gehören. Jede dieser

[19] „Hospiz macht Schule" wird in ganz Österreich angeboten, als Beispiel für den Inhalt dieser Schulungen sei hier auf die Broschüre der Caritas der Erzdiözese Wien (Caritas Erzdiözese Wien o.J.) verwiesen und auf die Website von Hospiz Steiermark (Hospizverein Steiermark 2016).

[20] Andreas Heller (2007, 191) nennt die *„radikale Betroffenenorientierung"* als erstes Prinzip von Palliative Care und benennt damit die Hauptzielgruppe von Palliative Care treffend mit nur einem Wort. Ich halte mich an die Formulierungen von Gesundheit Österreich und schreibe von Patient_innen, Zu- und Angehörigen, um in der Logik des Versorgungskonzepts zu bleiben und die differenzierten Angebote deutlich zu machen: einerseits für von der Krankheit Betroffene, andererseits für Familie und nahe stehende Menschen.

[21] Hier zeigt sich die gleichwertige Nennung von Sozialpädagog_innen und Sozialarbeiter_innen.

Berufsgruppen sollte vertreten sein, die Vollzeitäquivalenten hängen von der Bettenanzahl ab: Bis 250 Betten sind es 2, ein zusätzliches Vollzeitäquivalent je weitere 250 Betten kommt dazu, wobei die Zusammensetzung variabel ist. Wie bereits für die hauptamtliche Koordinator_in eines Hospizteams gilt auch für die Berufsgruppen eines Palliativkonsiliardienstes der Nachweis eines interprofessionellen Palliativ-Basislehrgangs als Voraussetzung. Zusätzlich verfügbar sein sollten Physiotherapeut_innen, Psychotherapeut_innen, psychologisches Personal, Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen, Diätolog_innen, Seelsorger_innen verschiedener Konfessionen und ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen.

Das Angebot eines Palliativkonsiliardienstes (Gesundheit Österreich 2014, 24) umfasst das Beraten und Anleiten – in Absprache mit den Primärbetreuenden auch das Durchführen – von Schmerztherapien, Schmerzsymptomkontrollen, ganzheitlicher Pflege sowie psychosoziale Begleitung, die Unterstützung bei ethischen Fragestellungen und das Erstellen von Betreuungskonzepten mit den behandelnden Teams. Palliativkonsiliardienste beraten in Bezug auf Entlassung von Patient_innen, unterstützen bei Anträgen zu Pflegegeld, Hospizkarenz etc. Palliativkonsiliardienste bieten Hilfestellung sowohl in komplexen Betreuungssituationen als auch in der psychosozialen Betreuung der Patient_innen und deren An- und Zugehörigen. Im Auftrag der Primärbetreuenden können medizinische, pflegerische, therapeutische sowie soziale Maßnahmen durchgeführt werden. Die Teams haben Unterstützungs- und Vermittlungsfunktion an den Schnittstellen zwischen stationärer und ambulanter Betreuung, wie das Stellen der Indikation und die Vermittlung zu Palliativstationen oder stationären Hospizen. Zum Angebot gehören auch die Vernetzung mit Betreuungseinrichtungen und Hospizteams, die Seelsorge oder die Vermittlung von Trauerbegleitung, telefonische Beratung sowie die Anleitung von pflegenden An- und Zugehörigen. Entgegen diesen Richtlinien bieten Palliativkonsiliardienste oft auch eine mobile Versorgung (vgl. 3.3.2.3) an. Das Hospizteam der vorliegenden Untersuchung arbeitet mit einem Palliativkonsiliardienst zusammen, der sowohl im Krankenhaus als auch in der mobilen Betreuung tätig ist, während der Palliativkonsiliardienst der Untersuchung keiner mobilen Versorgung nachgeht, weil diese durch einen schon seit vielen Jahren existierenden Verein in der Region abgedeckt wird.

Palliativkonsiliardienste haben als Zielgruppe das betreuende Personal von Palliativpatient_innen aller Stationen und Ambulanzen sowie Palliativpatient_innen mit komplexer Symptomatik mit spezifischen palliativmedizinischen und pflegerischen Anforderungen (Gesundheit Österreich 2014, 22).

Palliativkonsiliarteams werden vom primärbetreuenden Personal des Krankenhauses angefordert. Das Hinzuziehen des Palliativkonsiliardienstes kann auch auf Wunsch von Patient_innen und Zu- und Angehörigen erfolgen (Gesundheit Österreich 2014, 22).

3.3.2.3 Mobile Palliativteams

Besonders an den Übergängen zwischen Akutbereich und häuslicher Versorgung liegt das Angebot mobiler Palliativteams. Die Teams sind multiprofessionell zusammengesetzt und wenden sich an die Betreuenden von Palliativpatient_innen im häuslichen Umfeld oder in der Langzeitbetreuung. Wie bereits für das Angebot des Palliativkonsiliardienstes beschrieben, gelten auch hier dieselben Berufsgruppen als Stamm- bzw. verfügbares Personal (vgl. 3.2.2.2). Die Stundenverteilung auf die Berufsgruppen ist disponibel und sollte 4,5 Vollzeitäquivalenten entsprechen. Der interprofessionelle Palliativ-Basislehrgang gilt auch hier als Voraussetzung (Gesundheit Österreich 2014, 25).

Das Angebot eines mobilen Palliativteams (Gesundheit Österreich 2014, 27) entspricht dem des Palliativkonsiliardienstes: Auch mobile Palliativteams sind wichtige Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Pflege. Die Aufgaben, die bereits für Palliativkonsiliardienste genannt wurden, gelten auch für mobile Palliativteams. Es ist jedoch zu beachten, dass die Durchführung medizinischer, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Maßnahmen sowie die Beratung, Vernetzung und Unterstützung vorwiegend im häuslichen Umfeld und in der Langzeitbetreuung stattfinden (vgl. Gesundheit Österreich 2014, 27). Das bedeutet auch, dass mobile Palliativteams im Gegensatz zu Palliativkonsiliardiensten 24 Stunden erreichbar sein sollten.

Zielgruppe des Angebots sind professionelle Betreuer_innen, insbesondere Hausärzt_innen, die Hauskrankenpflege und mobile Dienste vor Ort (zu Hause und in der Langzeitbetreuung), sowie Palliativpatient_innen und deren An- und Zugehörige (Gesundheit Österreich 2014, 25).

Der Zugang zum Angebot erfolgt über die Primärbetreuenden, wie z. B. Hausärzt_innen, und durch die direkte Anfrage der Patient_innen bzw. deren Zu- und Angehöriger (Gesundheit Österreich 2014, 25).

3.3.3 Betreuende Angebote

Palliativstationen, stationäre Hospize und Tageshospize werden den betreuenden Angeboten zugerechnet. In der vorliegenden Untersuchung wurden auch Mitarbeiter_innen von Palliativstationen, stationären Hospizen und Tageshospizen im Rahmen der Fokusgruppe „Feld“ zu Meinungen und Einschätzungen befragt (vgl. 6.2, 6.3) und in die Untersuchung mit einbezogen. Im Folgenden werden diese Betreuungseinrichtungen näher definiert und es wird beschrieben, welche konkreten Aufträge und Ziele sie laut Richtlinien erfüllen sollten. Es wird zuerst der

Versorgungskontext des Angebots beschrieben, dann die Zusammensetzung der Berufsgruppen, die Personalausstattung, die Personalqualifikationen, das Angebot, die Zielgruppe und zuletzt der Zugang zum Angebot. Alle drei betreuenden Einrichtungen haben umfassende räumliche und technische Ausstattungserfordernisse aufgrund des stationären Charakters (Gesundheit Österreich 2014, 14 ff.).

3.3.3.1 Palliativstationen

Palliativstationen sind im Verbund mit einem Akutkrankenhaus vorgesehen, ein autonomes Agieren bezüglich Aufnahme, Behandlung und Entlassung als Station sollte möglich sein (Gesundheit Österreich 2014, 13). Das Personal (Gesundheit Österreich 2014, 14) setzt sich laut Richtlinie – wie beim Palliativkonsiliardienst und beim mobilen Palliativteam – zusammen aus: Ärzt_innen für Allgemeinmedizin bzw. Fachärzt_innen, diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, Sozialarbeiter_innen oder Sozialpädagog_innen; auf Palliativstationen sind jedoch auch Physiotherapeut_innen, psychotherapeutisches und psychologisches Personal zusätzlich als Stammpersonal vorgesehen. Darüber hinaus sollten andere Berufsgruppen (Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen, Diätolog_innen, Seelsorger_innen und ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen) verfügbar sein. Ärztliches Personal wird mit einem Vollzeitäquivalent pro 5 Betten, Pflegepersonal mit 1,2 Vollzeitäquivalenten pro einem Bett berechnet. Die übrigen fixen Berufsgruppen sind mit 6 Wochenstunden pro Patient_in vorgesehen. Der interprofessionelle Palliativ-Basislehrgang sowie der Lehrgang zur Befähigung von ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen sollte nachgewiesen werden.

Das Angebot einer Palliativstation (Gesundheit Österreich 2014, 15) umfasst die medizinische Behandlung wie z. B. Symptomdiagnosen, Schmerzbehandlung und Symptomkontrolle, Diagnostik, Behandlung interkurrenter Erkrankungen, eine ganzheitliche Pflege, funktionserhaltende und funktionsverbessernde Maßnahmen, psychotherapeutische Betreuung inklusive Trauerbegleitung und psychosoziale Krisenintervention, seelsorgerische wie auch hospizliche Begleitung sowie sozialarbeiterische Beratung und Hilfe bei Infos und Anträgen (wie z. B. Pflegegeld). Einer Palliativstation kann auch ein Palliativkonsiliardienst zugeordnet sein wie auch eine Ambulanz oder Tagesklinik. Palliativstationen veranlassen und koordinieren die Entlassung von Patient_innen in Langzeiteinrichtungen oder nach Hause. Sterben Patient_innen auf der Station, so gehören das Begleiten des Sterbens, die Verabschiedung von Verstorbenen und die Trauerbegleitung der Hinterbliebenen zu den Aufgaben von Palliativstationen.

Palliativpatient_innen mit komplexer medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Symptomatik, mit akutem und hohem Betreuungsaufwand sind die Zielgruppe (Gesundheit Österreich 2014, 13). Sie werden bei Krankenhausbedürftigkeit

an eine Palliativstation zugewiesen, stimmen der Aufnahme zu und erhalten Informationen über die Ziele des Angebots einer Palliativstation.

3.3.3.2 Stationäre Hospize

Stationäre Hospize bilden, historisch gesehen, das zentrale Element der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie orientieren sich am ersten modernen Hospiz, dem St. Christopher's Hospice in London, das 1967 von Cicely Sanders begründet wurde (3.2.3, Pleschberger 2006, 25).

Stationäre Hospize haben eine eigene Organisationsstruktur und dienen der längerfristigen Betreuung von Palliativpatient_innen, bis zu ihrem Tod. Bezüglich Aufnahme, Behandlung und auch Entlassung sollten sie autonom agieren können (Gesundheit Österreich 2014, 16).

Zur Personalstruktur (Gesundheit Österreich 2014, 17): Stationäre Hospize sollten über ärztliches Personal wie auch über Sozialarbeiter_innen oder Sozialpädagog_innen verfügen, auch eine Koordinator_in für Ehrenamtliche ist vorgesehen. Anders als auf Palliativstationen sind laut Richtlinie Physiotherapeut_innen, psychotherapeutisches und psychologisches Personal wie auch die Seelsorge nicht als Stammpersonal eingeplant. Die größte Differenz zur Palliativstation gibt es in Bezug auf das Pflegepersonal: Hier wird unterschieden zwischen diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonen, ihr Anteil sollte mindestens 80 % betragen, und Pflegehelfer_innen bzw. Fachsozialbetreuer_innen mit Ausbildungsschwerpunkt Altenarbeit, der Anteil dieser Berufsgruppen sollte höchstens bei 20 % liegen.

Bezüglich der zeitlichen Verfügbarkeit (Gesundheit Österreich 2014, 17) des ärztlichen Personals zeigt sich ein weiterer Unterschied zu Palliativstationen, denn hier ist eine stundenweise Präsenz vorgesehen, eine Verfügbarkeit rund um die Uhr sollte innerhalb von einer halben Stunde gegeben sein. Mit einem Vollzeitäquivalent von 1,2 je Bett sind die Pflegefachkräfte berechnet, mit 0,15 pro Bett werden Sozialarbeit, psychosoziale Betreuung und die Koordinator_in der Ehrenamtlichen bedacht. Als nachzuweisende Zusatzqualifikationen gelten die bei der Palliativstation angeführten Kurse (3.3.3.1).

Stationäre Hospize legen in ihrem Angebot (Gesundheit Österreich 2014, 18) einen Schwerpunkt auf die pflegerische, psychosoziale und medizinische Begleitung in der letzten Lebenszeit von Palliativpatient_innen. Hier wird Wohnraum mit qualifizierter Betreuung angeboten: Das bedeutet ganzheitliche Bezugspflege, soziale Aktivitäten, Sozialanamnese, sozialarbeiterische Unterstützung bei finanziellen Angelegenheiten, Miteinbeziehen und Mitbetreuen von An- und Zugehörigen, psychosoziale Betreuung und Beratung sowie Raum und Zeit für Begegnungen.

Die medizinische Betreuung umfasst Symptomdiagnosen, Schmerzbehandlung, Behandlung interkurrenter Erkrankungen, funktionserhaltende und funktionsverbessernde, ernährungstherapeutische Maßnahmen. Spirituelle Begleitung wird ausdrücklich erwähnt.

Die Zielgruppe (Gesundheit Österreich 2014, 16) eines stationären Hospizes sind Palliativpatient_innen in der letzten Lebensphase mit komplexer pflegerischer, psychosozialer oder medizinischer Symptomatik, die keinen Krankenhausaufenthalt erfordert, eine Betreuung im Pflegeheim oder zu Hause jedoch nicht möglich ist. Die Aufnahme ins Hospiz erfolgt auf Zustimmung der Betroffenen, unterstützende Angebote wie Hospizteams, Palliativkonsiliarteams oder mobile Palliativteams haben hier für den Zugang zum Angebot eine wichtige Schnittstellenfunktion.

3.3.3.3 Tageshospize

Tageshospize sind eigenständige Angebote, die Palliativpatient_innen eine Behandlung, Beratung und Begleitung tagsüber bieten. Sie stehen in enger Verbindung zu stationären Hospizen. In England sind sie weit verbreitet (Pleschberger, Pfabigan 2014, 12), im Gegensatz zu Österreich, wie die angeführten Zahlen belegen (3.3.4). Die erste systematische Evaluierung eines Tageshospizes erfolgte 2014 (Pleschberger, Pfabigan 2014), eine erste umfassende Publikation zu Tageshospizen im deutschsprachigen Raum wurde 2016 herausgegeben (Pleschberger, Eisl 2016).

Alle bisher genannten Berufsgruppen, für unterstützende wie für versorgende Angebote, sollten auch im Tageshospiz verfügbar sein: Ärzt_innen allerdings nur unmittelbar, tatsächlich anwesend sein sollten zwei diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonen. Die besonderen Qualifikationen, der Nachweis eines interprofessionellen Basislehrgangs und der Lehrgang für ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen, sind auch hier laut Richtlinie obligatorisch. Zur konkreten Finanzierung des Personals gibt es keine Angaben (Gesundheit Österreich 2014, 20).

Das Angebot (Gesundheit Österreich 2014, 21) umfasst die Bereitstellung von Raum und Zeit für Begegnungen und Kommunikation – einzeln oder in der Gruppe – mit Betreuungspersonal, aber auch mit anderen Betroffenen. Ähnlich wie im stationären Hospiz gibt es im Tageshospiz pflegerische, psychosoziale und medizinische Begleitung. Eine Besonderheit ist, dass Feste, Kochen oder auch Ausflüge angeboten werden, Aktivitäten, die ein gewisses Maß an Mobilität und Transportfähigkeit der Palliativpatient_innen erfordern. Daher erfordert der Zugang zu diesem Angebot nicht nur die Zustimmung der Patient_innen, sondern auch deren Mobilität (Gesundheit Österreich 2014, 19).

3.3.4 Statistische Daten zum Zeitpunkt der Untersuchung

Hospiz Österreich, der Dachverband der Hospiz- und Palliativeinrichtungen, veröffentlicht seit 2005 die bundesweit erhobenen Daten aller Hospiz- und Palliativeinrichtungen Österreichs (Dachverband Hospiz Österreich 2016). Damit wird das Ziel verfolgt, konsequent die Verwirklichung der abgestuften und flächendeckenden Hospiz- und Palliativversorgung zu dokumentieren (Pelttari et al. 2014, 3).

Ziel der folgenden Darstellung ist es, einen österreichweiten statistischen Überblick über die oben (3.3.2 und 3.3.3) beschriebenen unterstützenden und versorgenden Angebote zu bekommen, um den aktuellen Stand zu Beginn meiner Untersuchung zu beschreiben und so auch zu begründen, warum ich ein bestimmtes Sample (Abschn. 6.2) für meine Untersuchung gewählt habe.

In Österreich gab es bis Ende 2014 insgesamt 306 Hospiz- und Palliativeinrichtungen (Pelttari et al. 2014, 6): 155 Hospizteams, 55 mobile Palliativteams, 47 Palliativkonsiliardienste, 36 Palliativstationen, 9 stationäre Hospize und 4 Tageshospize. Die statistischen Daten werden nun – aufgeteilt auf die einzelnen Bundesländer – angeführt. Es folgt eine Übersicht über die Anzahl der Mitarbeitenden, ehrenamtlich wie hauptamtlich, und eine Verteilung nach Berufen.

3.3.4.1 Anzahl und Einrichtungsart sowie Verteilung auf die Bundesländer

Die 155 Hospizteams (Pelttari et al. 2014, 7) sind nach Bundesländern wie folgt verteilt: In Niederösterreich arbeiteten 31 Hospizteams, in der Steiermark 28, in Kärnten 22, in Tirol 21, in Oberösterreich 19, in Salzburg und Wien je 10, im Burgenland 8 und in Vorarlberg 6.

20 der 55 mobilen Palliativteams (Pelttari et al. 2014, 8) waren in Niederösterreich, in der Steiermark waren es 9, in Oberösterreich 7, im Burgenland 5, in Salzburg 4, in Wien, in Kärnten und in Tirol je 3 Teams und in Vorarlberg eines.

Von den 47 Palliativkonsiliardiensten (Pelttari et al. 2014, 7) waren 20 in Niederösterreich tätig, 12 in der Steiermark, 6 in Oberösterreich, 5 in Wien, 3 in Kärnten. Im Burgenland, in Tirol und in Vorarlberg gab es keine.

Österreichweit gab es 36 Palliativstationen (Pelttari et al. 2014, 8), davon wurden 4 als Palliativeinheiten (eine in der Steiermark und 3 in Tirol mit 2 bis 4 Betten) geführt. In Oberösterreich waren es 8, in Wien und der Steiermark 6, in Niederösterreich und in Tirol 4, in Kärnten und in Salzburg je 3 und im Burgenland und in Vorarlberg je eine.

Die Bundesländer Salzburg und Steiermark hatten je ein stationäres Hospiz (Pelttari et al. 2014, 9). Insgesamt 7 Hospizstationen in Pflegeheimen (Pelttari et al. 2014, 9) wurden angeführt, alle im Bundesland Niederösterreich.

Tageshospize existierten 4 (Pelttari et al. 2014, 9), je eines in Niederösterreich, in Salzburg, in der Steiermark und in Wien.

3.4 Die Berufsgruppen: haupt- und ehrenamtlich Mitarbeitende

Neben ehrenamtlichen sind hauptamtliche Berufsgruppen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung tätig, wie in Abschnitt 3.2 bereits angeführt wurde. Susanne Fleckinger (2013, 85) stellt zum Verhältnis zwischen den beiden Berufsgruppen fest, dass diese in Großbritannien konzeptionell als gleichwertig gelten (vgl. Help the Hospices 2012, zitiert nach Fleckinger 2013, 85), als ambivalent bewertet sie hingegen die Situation für Deutschland (Fleckinger 2013, 85): Ehrenamtlichen kommt in der ambulanten Hospizarbeit nach wie vor eine hohe Bedeutung zu, während in der stationären Versorgung hauptamtlich Pflegende dominieren. Dem liegen unterschiedliche Positionen und Bedeutungszuschreibungen von Ehrenamtlichkeit im Kontext von Palliative Care zugrunde (Fleckinger[22] 2015, 110). Burbeck et al. (2014) verfassten dazu die erste „systematic review" zum Rollenverständnis des Ehrenamtes in Palliative Care (Fleckinger 2015, 111) und stellen fest, dass Ehrenamtliche sich als *„an identity separate from the role of paid staff"* beschreiben (Burbeck et al. 2014) und ihre Rolle als *„acting as a 'go-between' between patients/family and paid staff, or acting as an advocate for the patient and family"* charakterisieren (Burbeck et al. 2014).

Ich halte mich in der Zuordnung von Ehrenamtlichen zu den Berufsgruppen an Kittelberger (2008, 561, vgl. 4.2.3.2), der diesen Zugang für den supervisorischen Kontext empfiehlt, um die problematische Differenzierung *„Professionelle"* und *„Ehrenamtliche"* zu vermeiden, die rasch heruntergebrochen wird auf den Gegensatz professionell versus unprofessionell. Allerdings macht dieses begriffliche Hereinholen von Ehrenamtlichkeit in den Beruf ein Spannungsfeld deutlich, das sich durch die zunehmenden Professionalisierung und Ökonomisierung anhand von Haupt- und Ehrenamt festmachen lässt (vgl. Fleckinger 2015). Ehrenamtliche wie auch Zu- und Angehörige werden auch als Störfaktoren

[22]Susanne Fleckinger verfasst zu diesem Thema eine Dissertation, wie sie in ihrem Aufsatz ausführt (2015).

im Medizinbetrieb wahrgenommen. Klaus Dörner spricht davon, dass diese als *„geborene Feinde der Professionellen“* (Heller 2009, 18) gesehen werden. Bei allen Spannungen, die sich auch in den Ergebnissen der Untersuchung wiederfinden (7.2.2), zeigen die angeführten Daten, dass ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen die mit Abstand größte Berufsgruppe in der Hospiz- und Palliativversorgung ausmachen und seit Jahrzehnten zur Erhaltung und Fortführung der Hospizarbeit beitragen (vgl. Eisl, Bernatzky 2009, vgl. Pelttari 2015), allerdings auch Gefahr laufen, von Professionalisierung und Schulmedizin *„inhaliert“* (Gronemeyer, Heller 2007, 582) zu werden[23].

Neben den ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen zählen zu den Berufsgruppen diplomierte Pflegekräfte, Ärzt_innen, Sozialarbeiter_innen bzw. Sozialpädagog_innen, Psychotherapeut_innen, Physiotherapeut_innen, Seelsorger_innen. Auch Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen, Diätolog_innen werden je nach Angebot genannt und statistisch erfasst. Die einzelnen Berufsgruppen und ihre prozentuelle Aufteilung werden nun angeführt, und es wird beschrieben, welche Diversitäten der „Menschen im Feld“, Patient_innen wie Mitarbeitende, erfasst sind und welche wissenschaftlichen Diskurse sich daraus ergeben. Im Anschluss werden die aktuellen Anforderungen und Standards anhand der einzelnen Berufsgruppen skizziert. Am Ende wird ein – aus supervisorischer Sicht besonders relevanter – Einblick in das berufliche Handeln gegeben, indem die Auftragsklärung zwischen Betroffenen und Hospiz- und Palliativteams in ihrer Komplexität und Dynamik zum Thema gemacht wird, auf den Umgang mit Abschied und Trauer eingegangen wird sowie die ethischen Herausforderungen anhand des Moral Distress (Brazil et al. 2010) aufgezeigt werden.

3.4.1 Statistische Daten

Im Jahr 2014, dem Beginn der vorliegenden Untersuchung, waren österreichweit im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung insgesamt 5.408 Personen beschäftigt; diese Zahl beinhaltete ehrenamtliche wie hauptamtliche Mitarbeitende. Der

[23]So ein „inhaliert werden“ kann nach Gronemeyer und Heller (2007, 577) durch folgendes Szenario ausgedrückt werden: „*Statt mit Selbstbewusstsein darauf zu bestehen, dass die soziale Einbettung der Sterbenden die wichtigste Voraussetzung für ein würdiges Sterben ist, lässt sie* [die Hospizbewegung, Anmerkung UH] *sich auf das Stühlchen der Ehrenamtlichen am Bett setzen, die dem medizinisch-pflegerischen Tun selbstverständlich Priorität einräumt.“*

Anteil der ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen machte dabei 63,5 % aus: In den 155 Hospizteams arbeiteten 3.437 ehrenamtliche Mitarbeiter_innen (Pelttari et al. 2014, 7, 19); sie teilten ihren zeitlichen Aufwand zu 62 % für Begleitung und zu 38 % für weitere Tätigkeiten auf (Pelttari et al. 2014, 7).

Die Anzahl der hauptamtlichen Mitarbeiter_innen in der Hospiz- und Palliativversorgung lag, ausgedrückt in Vollzeitäquivalenten, bei 1.046 Beschäftigten (Pelttari et al. 2014, 15). Das entsprach 1.971 tatsächlich beschäftigten Personen[24], das ist ein Anteil von 36,5 % der Gesamtsumme der Tätigen (5.408 Haupt- und Ehrenamtliche) in diesem Bereich. Diese 1.971 hauptamtlich tätigen Personen teilten sich wie folgt auf die Einrichtungen auf: 777 Mitarbeiter_innen auf Palliativstationen, 496 in mobilen Palliativteams, 282 in Palliativkonsiliardiensten, 195 in stationären Hospizen, 148 in Hospizteams, 24 in Tageshospizen und 49 Personen waren über Landesverbände beschäftigt (Pelttari et al. 2014, 15).

Die mit Abstand größte hauptamtliche Berufsgruppe waren Pflegepersonen mit 67 %, gefolgt von Ärzt_innen mit 15 %, Sozialarbeiter_innen mit 3 %, Psychotherapeut_innen und Physiotherapeut_innen mit je 2 % und Seelsorger_innen mit 1 %. Es gab noch eine Rubrik „Sonstiges“, die 10 % ausmachte, unter diese fallen Pflegehelfer_innen und administratives Personal. Ergotherapeut_innen, Logopäd_innen, Diätolog_innen wurden nicht extra erfasst (Pelttari et al. 2014, 16).

3.4.2 Diversität im Feld: aktuelle Daten zu Berufsgruppen und Patient_innen

Für Gesundheits- und Pflegeberufe – wie auch für alle anderen Professionen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung – stehen Menschen mit ihren individuellen Bedürfnissen, Vorlieben, Wünschen, Vorstellungen und Ansprüchen im Mittelpunkt des beruflichen Handelns. Menschen sind jedoch nicht nur durch individuelle Eigenschaften und ihre Persönlichkeit geprägt. Geschlecht, Alter, Ethnie/Herkunft, körperliche und geistige Voraussetzungen, sexuelle Orientierung sowie Religion und Weltanschauung[25] gehören, neben der Persönlichkeit, zur „inneren Dimension“ und sind kaum oder nicht veränderbare Merkmale. Das „Diversity-Rad“ (Abb. 3.2) veranschaulicht die unterschiedlichen Dimensionen,

[24]Die Zahlen beinhalten allerdings Mehrfachnennungen (Pelttari et al. 2014, 15).

[25]Religion und Weltanschauung wird mitunter auch zur äußeren Dimension gerechnet (Abb. 3.2).

Abbildung 3.2 „Diversity-Rad“ (Gardenswartz, Rowe 1995, mit freundlicher Genehmigung der Autorinnen; erweitert von ASD – Austrian Society for Diversity 2012)

ergänzt um Kategorien für den Gesundheits- und Pflegebereich: ambulant/stationär, mobile Pflege, soziale Eingebundenheit, Versicherungsstatus.

Bevor ich auf das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung eingehe, wird „Diversity“ (oder Diversität) theoretisch eingeordnet, da die oben genannten Merkmale als Teil eines Konzepts zu verstehen sind, das *„Vielfalt“* (Mecheril, Plößer 2011, 279) bedeutet. „Diversity“ wird als ein *„Travelling Concept“* (Walgenbach 2014, 92) betrachtet, das sich einerseits aus den Wirtschafts- und Betriebswissenschaften herleitet und in andere Wissenschaften hineingetragen wurde, also zwischen Disziplinen „reist“. Zum anderen bezieht sich Diversity auf eine Theorietradition, die in Einwanderungsländern wie den USA oder Canada

entwickelt wurde und die multikulturelle Gesellschaft als Ressource sieht (Walgenbach 2014, 92). Neben diesem ressourcenorientierten Ansatz wird Diversity auch als Antidiskriminierungsstrategie (vgl. Banks 2006) verstanden, die sich in Österreich in EU-Richtlinien (Gleichbehandlungsanwaltschaft 2016) wiederfindet, die dem Diskriminierungsschutz dienen. Diversity „reist" folglich nicht nur zwischen Disziplinen, sondern auch zwischen Kontinenten wie auch zwischen der Vorstellung von Diversität als Ressource und Ansatz für Antidiskriminierung.

Soll das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung auch im Spiegel der Gesellschaft und der gesamtgesellschaftlichen Anschauungen dargestellt werden, muss den diversitätsspezifischen Wirkfaktoren im Feld nachgegangen werden. Diversitätsdimensionen spielen – in Bezugnahme auf Bourdieu im Sinne eines symbolischen Kapitals oder auch einer Ressource (Willems 2007, 93, Walgenbach 2014, 92 f.) – eine bedeutsame Rolle. Wirksam sind jedoch auch Ungleichheiten und Ungerechtigkeiten, angefangen von der gesellschaftlichen Teilhabe, dem Ansehen von Professionen, der Entlohnung bis zu individuellen Zuschreibungen und familiären Dynamiken. Vor allem in Bezug auf Gender, das soziale Geschlecht, wurden von der Frauenbewegung und der kritischen Männerbewegung im Zuge der Geschlechterforschung die Hintergründe dieser Ungleichheiten umfassend bearbeitet (vgl. Becker, Kortendiek 2010). Katharina Gröning (2014b, 73) weist darauf hin, dass die Profession der Pflege, die häufig mit Abwehr und Aggression, mit Scham und Entweihungsdynamiken konfrontiert ist (Gröning 2014a), mit einer gesellschaftlichen Bewertung der Pflegehandlung einhergeht:

> „Die Entwertung der Produktivität der Pflege kann nur im Zusammenhang mit der Kritik an jenem Phänomen benannt werden, welches Bourdieu als männliche Herrschaft beschrieben hat. Alles, was mehrheitlich von Männern getan wird, erfährt eine Wertschätzung und wird, so Bourdieu (Bourdieu 2005, 106, zitiert nach Gröning 2014b, 73), geadelt." (Gröning 2014b, 73)

Die Strukturkategorien Geschlecht, Alter, Ethnie/Herkunft, körperliche und geistige Voraussetzungen, sexuelle Orientierung, Religion und Weltanschauung sind im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung für alle Beteiligten von Bedeutung (vgl. Reitinger, Beyer 2010, 10 f.), und das auf allen Ebenen. Sie sind wirkmächtig für Patient_innen und ihre Zu- und Angehörigen wie auch für die Berufsgruppen, nach innen wie nach außen: auf der individuellen Ebene der Versorgung, des Kontakts etc., des Familien- und Zugehörigensystems, auch auf Organisations- und Teamebene wie auch zwischen den Professionen. Die Strukturkategorien wirken, bewusst und unbewusst, insbesondere auch dann, wenn sie nicht als spezifisches Merkmal wahrgenommen werden, wie z. B. die sexuelle Orientierung (Traunsteiner 2015).

Daher ist es grundsätzlich von Bedeutung zu wissen, wie „divers" die Gruppe der Betroffenen und die der Versorgenden, der Berufsgruppen, ist. Das heißt: Welche Daten gibt es?

Bezüglich der Anzahl der Patient_innen finden sich folgende Zahlen: Laut Dachverband Hospiz (Pelttari et al. 2014, 7) kann aufgrund von Mehrfachnennungen keine Gesamtzahl der betreuten Patient_innen genannt werden. Die genauen Zahlen der Patient_innen für die einzelnen Angebote liegen (inklusive Mehrfachnennungen) vor: 11.847 wurden von den Hospizteams, 12.774 von den mobilen Palliativteams, 235 von Tageshospizen, 11.397 von Palliativkonsiliardiensten, 688 in stationären Hospizen und 8.118 auf Palliativstationen versorgt.

Von den Patient_innen wurden vom Dachverband Hospiz (Pelttari et al. 2014) das Geschlecht, das Alter und die Erkrankung erhoben: Das Geschlechterverhältnis ist bei den einzelnen Angeboten relativ ausgewogen, nur von den Hospizteams wurden sehr viel mehr Frauen (61 %) als Männer (39 %) betreut (Pelttari et al. 2014, 12)[26]. Das Durchschnittsalter ist in Bezug auf alle Hospiz- und Palliativeinrichtungen bei Frauen höher als bei Männern: Es liegt bei Frauen zwischen 68,9 Jahren (Tageshospize) und 75,5 Jahren (Hospizteams) und bei Männern zwischen 67,8 Jahren (Tageshospize) und 71,1 Jahren (mobile Palliativteams). Der Altersunterschied zwischen Frauen und Männern ist bei Hospizteams besonders groß: 5,5 Jahre (Pelttari et al. 2014, 11). Über Herkunft oder Muttersprache finden sich keine Daten. Diese würden Aufschluss geben, welche unterschiedlichen Zielgruppen erreicht werden, und den Bedarf von z. B. interkulturellen Kompetenzen aufseiten der Berufsgruppen aufzeigen.

Die Erhebung der Erkrankungen verweist auf die physischen Voraussetzungen (ebenfalls eine Strukturkategorie) und den Grund, Hospiz und Palliative Care überhaupt nützen zu wollen bzw. zu müssen. Der Dachverband Hospiz unterscheidet zwei Erkrankungsgruppen: *„Krebs"* und *„andere"* (Pelttari et al. 2014, 13). Erkrankungen machen Individuen zu Patient_innen, zu *„Leidenden"* (Heller 2007, 191 f.) in seiner Kritik des Patient_innenbegriffs), wie die etymologische Herleitung zeigt, und sind nicht ohne ihre gesellschaftliche Wirkung zu denken: für die Betroffenen wie auch für die Betreuenden. Gerade Krebs wird mit Bildern, Metaphern ausgestattet, und diese stigmatisieren in der Folge auch die Menschen, die diese Krankheit haben. Susan Sontag (2005) hat dazu 1977 *„Krankheit*

[26]Dass gerade Hospizteams signifikant mehr Frauen als Männer betreuen, ist bemerkenswert und noch nicht im Detail analysiert. Es wäre jedoch aufschlussreich zu erfahren, *warum* Frauen gerade dieses Angebot mehr nützen als Männer bzw. *was* Männer davon abhält, das Angebot in dem Ausmaß zu nützen, wie es Frauen tun.

als Metapher" und 1988 *„Aids und seine Metaphern"* publiziert und betont, dass Krankheit gerade keine Metapher ist.

> „Die Rede von Belagerung und Krieg, wenn es sich um die Beschreibung einer Krankheit handelt, hat heute beim Krebs eine auffallende Wörtlichkeit und Autorität. Nicht nur, dass der klinische Krankheitsverlauf und seine medizinische Behandlung auf diese Weise beschrieben werden, die Krankheit selbst stellt man sich als den Feind vor, gegen den die Gesellschaft Krieg führt." (Sontag 2005, 58)

Begleitet von gewalttätigen Bildern und Dämonisierung bleiben auch Schuldzuweisungen, oft auch an sich selbst, bei Patient_innen nicht aus, was sich auch auf die Betreuenden auswirkt. Damit gilt es im Rahmen von Palliative Care umzugehen, denn Menschen mit Krebserkrankungen stellen nach wie vor die größte Zahl der betreuten Patient_innen in der österreichischen Hospiz- und Palliativversorgung. Pelttari et al. (2014, 13) merken an, dass auch immer mehr nichtonkologische Patient_innen betreut werden, wobei der Anteil der Patient_innen mit Krebserkrankung die weitaus größte Zahl ausmacht: Mit einem Anteil von 86 % weisen stationäre Hospize die höchste Zahl auf, Tageshospize verzeichnen mit 77 % den noch hohen, im Vergleich jedoch niedrigsten Anteil an onkologischen Patient_innen.

Die Daten (Pelttari et al. 2014) zu den Berufsgruppen geben über die Geschlechterverteilung nur teilweise Auskunft. Der Anteil an Männern und Frauen wurde bei den ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen, nicht jedoch bei den hauptamtlichen Berufsgruppen erhoben: Von den 3.437 ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen (Pelttari et al. 2014, 7, 19) waren 86 % Frauen und 14 % Männer (Pelttari et al. 2014, 7).

Laut Statistik Austria (2016b) haben im Jahr 2014 in Krankenhäusern in der Allgemeinen Gesundheits- und Krankenpflege 50.324 Menschen gearbeitet, davon waren 43.140 oder gerundet 86 %[27] Frauen und 7.184 oder gerundet 14 % Männer. Diese Zahlen entsprechen exakt der prozentuellen Geschlechterverteilung bei den ehrenamtlichen Hospizmitarbeiter_innen (Pelttari et al. 2014, 7). Unter *„Personal im Gesundheitswesen"* werden von Statistik Austria (2016a) keine Angaben zu weiteren Diversitätskategorien gemacht. Einzig bei den niedergelassenen Ärzt_innen (Statistik Austria 2016c) gibt es eine Unterscheidung zwischen Männern und Frauen sowie nach dem Alter. Sozialarbeiter_innen werden nicht als eigene Berufsgruppe ausgewiesen, das gilt auch für Psychotherapeut_innen. Ärzt_innen

[27]Die Prozentzahlen wurden von der Autorin anhand der Zahlen errechnet.

in Krankenanstalten (Statistik Austria 2016d) werden als Berufsgruppe in einer eigenen Statistik erfasst, es erfolgt jedoch keine Aufteilung nach dem Geschlecht. Eine Aufteilung nach Alter oder anderen relevanten Strukturmerkmalen innerhalb der einzelnen Berufsgruppen im Krankenhaus ist über Statistik Austria nicht abrufbar.

Was kann daraus für das Feld und die Berufsgruppen abgeleitet werden?

Die erhobenen Zahlen geben Auskunft über den sehr hohen Anteil weiblicher Pflegekräfte und ehrenamtlicher Mitarbeiterinnen, bei beiden 86 %, was sich auch im Sample meiner Untersuchung (Abschn. 6.2) zeigt. Das heißt, Hospiz und Palliative Care werden einerseits von Frauen und Männern fast durchgehend gleichermaßen in Anspruch genommen, die Betreuung und Versorgung wird von Berufsgruppen (von denen wir es wissen) mit einem ausgesprochen hohen Frauenanteil erbracht. Diese große Anzahl von Frauen in der Pflege und die sich daraus ergebenden Folgen für die Versorgung, die gesellschaftliche Bewertung von Pflege wie auch das Thema Gender Care, der Bedeutung von Geschlecht (z. B. Reitinger, Beyer 2010, Lehner 2015, Heller, B. 2014, Gröning 2014b, 2010), behandeln höchst relevante Fragen. Neben dem Geschlecht wird auch dem Alter von Patient_innen in Palliative Care zunehmend Bedeutung gegeben (z. B. Pleschberger 2005, Heller, Kittelberger 2010).

Die oben angeführten Statistiken geben bezüglich Berufsgruppen und Betroffenen keine Auskunft über Herkunft, Religion und Weltanschauung, psychische Voraussetzungen oder sexuelle Orientierung, doch zeigt der Blick auf aktuelle Publikationen, dass es dazu eine Auseinandersetzung gibt.

In England und den USA gibt es bereits seit den 1990er-Jahren Publikationen zu interkulturell-interreligiösen Aspekten von Sterben, Tod und Trauer, die auch einen Orientierungsbeitrag für Palliative Care leisten wollen (Heller, B. 2006, 434). Wie eine Studie aus Canada zu *„Cultural Competency and Diversity Among Hospice Palliative Care“* (Jovanovic 2012) skizziert, wächst der Bedarf nach kultureller Kompetenz auch aufseiten der Hospizmitarbeiter_innen[28]. Insbesondere fehlt es an sprachlichem Wissen, aber auch an religiöser und kultureller Kompetenz (vgl. Heller, B. 2006, 434 f.), um vor allem in Krankenhäusern eine gute Versorgung leisten zu können.

Diese Erkenntnisse decken sich mit Projekten und Forschungen, die es in Österreich im Health-Care-Bereich gibt: Zu *„Transkulturelle Medizin und Diversity Care“*

[28]In Kapitel 4.2.3.2 wird eine Studie zu Supervision im Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv) vorgestellt. Supervisand_innen benennen hier „multikulturelle Erfahrungen“ als Themen in der Supervision.

wird auf der Medizinischen Universität Wien ein Lehrgang angeboten (Medizinische Universität Wien 2016). Im Rahmen der europäischen Gemeinschaftsinitiative EQUAL wurden in Österreich z. B. zwei Projekte durchgeführt: *„Marhama – Sozial- und Gesundheitsdienste für Migrantinnen und Migranten"* hatte die transkulturelle Öffnung des Krankenhauses für Muslim_innen zum Ziel (Interkultureller Frauenverein Dschanuub 2006) und in *„diversity@care – MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung"* ging es um integrationsfördernde Maßnahmen bezüglich mobiler Pflege für Menschen mit Migrationshintergrund (Volkshilfe 2007).

Bezüglich Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung sei hier auf den gleichlautenden Sammelband von Bruhn und Strasser (2014) verwiesen. Einer größeren Tabuisierung unterliegt die Dimension der sexuellen Orientierung, und sie wird, schreibt Traunsteiner (2010, 293),

> „[…] im österreichischen (Health) Care-Kontext zumeist noch nicht oder kaum fokussiert und damit vorwiegend ausgespart."

Ausnahmen bilden z. B. die Village-Pflegetage in Berlin (Hamm 2010), Bärbel Traunsteiners Dissertation (2015) und ein aktueller Aufsatz (Traunsteiner 2016): *„Diversität im Alter. Intersektionale Perspektiven auf Alter und sexuelle Orientierung"*, in dem sie vor allem lesbische Frauen und Alter miteinander in Verbindung setzt.

Die steigende Anzahl an Publikationen zu bisher tabuisierten diversitätsrelevanten Themen im Gesundheitsbereich gibt Hoffnung, dass die nächsten Jahre auch für die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich eine höhere Diversifizierung bringen und damit vermutlich mehr Menschen als bisher ein Zugang zu Palliative Care eröffnet wird.

3.4.3 Standards für Berufsgruppen

Neben den bereits in Kapitel 3.3.2 und 3.3.3 erwähnten erwünschten beruflichen Zusatzqualifikationen, wie dem interprofessionellen Palliativ-Basislehrgang oder dem Lehrgang für Hospizbegleiter_innen (Dachverband Hospiz 2011), wurden auch umfassende Standards für einzelne Berufsgruppen formuliert, um auch hier, wie für das spezialisierte Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung, Qualitätskriterien (vgl. Gesundheit Österreich 2014, 4) zu definieren.

Die Erarbeitung von Standards dient in der Regel dem Ziel, Berufsgruppen zu professionalisieren. Als Beispiel kann hier Oevermanns (1978, 2002) funktionalistische Perspektive in Bezug auf Professionen genannt werden. Er geht von

einer strukturtheoretischen Sichtweise auf Professionen aus, welche die Handlungskompetenz in den Fokus rückt und die Logik professionellen Handelns beschreibt, um die Lösung gesellschaftlich relevanter Probleme in den Blick zu nehmen (Hechler 2005, 47 f.).

Umgelegt auf das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung bedeutet das, es wurden die unterschiedlichen Einrichtungen, Angebote und Prozesse beschrieben, wie in *„Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene"* (Gesundheit Österreich 2014) und im *„Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen"* (Gesundheit Österreich 2012), und auch für die einzelnen Berufsgruppen wurden konkrete Standards formuliert, um die Anforderungen beruflichen Handelns an den tatsächlichen Bedarf und die Ansprüche des Feldes anzupassen. Für ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen wurden ebenso Standards formuliert – damit wird professionelles Handeln nicht an einen arbeitsrechtlichen Status geknüpft, sondern am konkreten Tun gemessen (vgl. Kittelberger 2004, 25), für das die Standards einen Rahmen bieten sollen.

Die Berufsgruppe mit dem weitaus größten Anteil (67 %, vgl. 3.4.1) an hauptamtlich Beschäftigten stellten 2014 die diplomierten Pflegekräfte, was sich auch in den Standards zeigt, die für diese Berufsgruppe formuliert wurden. Sowohl die Standards im stationären (Dachverband Hospiz Österreich 2002a) wie auch im mobilen Bereich (Dachverband Hospiz Österreich 2002b) werden für diese Berufsgruppe umfassend beschrieben. Sie beinhalten Anforderungen, die neben der beruflichen Qualifikation auch persönliche Qualifikationen beschreiben, Zielsetzungen und Aufgaben formulieren und auch über Dokumentation, Vernetzung und Öffentlichkeitsarbeit Angaben machen. Für Sozialarbeiter_innen findet sich neben den Standards (Dachverband Hospiz Österreich 2003) auch ein Berufsprofil (Dachverband Hospiz Österreich 2002d). Für (Einsatz-)Koordinator_innen bzw. Einsatzleiter_innen (Dachverband Hospiz Österreich 2002c), ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen (Dachverband Hospiz Österreich 2008), die größte Gruppe an Mitarbeitenden, und für Seelsorger_innen (Dachverband Hospiz Österreich 2012) sind ebenfalls Standards formuliert. Keine ausformulierten Standards finden sich zum ärztlichen Personal, das die zweitgrößte (hauptamtliche) Berufsgruppe stellt. Auf Nachfrage über die Österreichische Palliativgesellschaft (OPG)[29] wurde mir bestätigt, dass für Ärzt_innen bisher keine Standards

[29]Ich habe im April 2016 bei einem Vorstandsmitglied der OPG bezüglich der Standards für Ärzt_innen nachgefragt. Meine Anfrage wurde an namhafte Palliativmediziner_innen weitergeleitet, die in der OPG tätig sind, mit dem Ergebnis, dass sie das Nichtvorhandensein von Standards bestätigten.

formuliert wurden. Anhand des Diploms für Palliativmedizin der Österreichischen Ärztekammer (ÖÄK) kann jedoch anhand der Ausbildungsinhalte (Universität Innsbruck 2016) nachvollzogen werden, welche Kompetenzen das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung zumindest aus ärztlicher Sicht erfordert. Dazu gehören, neben Prinzipien und Definition von Palliativbetreuung und Differenzialdiagnose, Therapie der wichtigsten Symptome, psychosoziale und spirituelle Aspekte des Umgangs mit Betroffenen, ethische und rechtliche Fragen, Teamarbeit, Selbstreflexion sowie der Stellenwert von Palliative Care im österreichischen Gesundheitswesen.

3.4.4 Komplexe An- und Herausforderungen der Praxis

Neben der statistischen Aufbereitung, der Diversität im Feld und den präzisen Standards für einzelne Berufsgruppen zeigen sich An- und Herausforderungen für die Mitarbeitenden, die sich nicht durch noch so versierte, standardisierte Beschreibungen erfassen und nicht durch Zahlen erschließen lassen. Und doch sind sie entscheidend für eine gelingende palliative und hospizliche Versorgung und folglich in der Supervision sehr präsent.

Diese Anforderungen zeigen sich in komplexen und dynamischen Fällen. Im *„Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen“* (Gesundheit Österreich 2012) wird von *„Schnittstellen“* und *„interdisziplinärer Zusammenarbeit“* geschrieben, in der Praxis sind damit sehr konkrete Herausforderungen gemeint, die Hospizarbeit und Palliative Care einer praktischen Umsetzung zuführen.

Anhand der Fragen nach dem konkreten Auftrag, den Patient_innen wie Angehörige an eine Ärztin eines mobilen Palliativteams stellen, nach dem Umgang mit Abschied und Trauer, der für das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung besonders kennzeichnend ist (Müller 2006, Lindner et al. 2012), sowie nach den Belastungen und dem Erleben von konflikthaften und ethisch herausfordernden Situationen im Rahmen der Betreuung werden An- und Herausforderungen der Praxis exemplarisch skizziert. Aus supervisorischer Sicht haben die Fragen hohe Relevanz, weil sie auf allen Ebenen der Supervision ansetzen: der Person, der Profession, der Funktion, des Teams, der Organisation und des Klientels, hier der Patient_innen und An- und Zugehörigen (Rappe-Giesecke 2009, 10, vgl. 2.5).

Die Ärztin eines mobilen Palliativteams, Theresa Sellner-Pogány (2012), beschreibt anhand der Auftragsklärung, mit wie vielen – immer wieder neu zu verhandelnden – Aufträgen die Begleitung von Betroffenen einhergeht. Unter Auftrag versteht sie die konkreten Wünsche und Vorstellungen, mit denen Mitarbeiter_innen von spezialisierten palliativen Diensten konfrontiert sind. Vor

allem die implizite Annahme, dass Sinn und Zweck einer palliativen Betreuung das *„(gute?) Sterben zu Hause"* (Sellner-Pogány 2012, 134) sei, wird als Auftrag hinterfragt. Hier wird deutlich, dass sich die „radikale Betroffenenorientierung" (Heller 2007, 191) auf einen kontinuierlichen Prozess bezieht, der komplex ist und den es in seiner Vielschichtigkeit zu erfassen gilt.

Dazu stellt Sellner-Pogány (2012, 134) fest,

> „[…] dass es sich bei der Auftragsklärung nicht um eine einmalige‚Leistung' des Palliativteams handeln kann, sondern dass es dabei um einen komplexen, dynamischen und oft interdisziplinär ablaufenden Prozess geht."

Was in Standards als *„Bereitschaft zur Kommunikation mit Patienten, Angehörigen und dem Team"* (Dachverband Hospiz Österreich 2002a) subsummiert wird, ist eine umfassende Kompetenz, die gelernt sein will (vgl. 1.1, Bericht Enquete-Kommission 2015, 8). Darin sah Cicely Saunders (Walter 1994, 67) eine grundlegende Aufgabe und auch Perspektive für die weitere Entwicklung von Palliative Care und Hospiz:

> „We have helped people listen to dying people and to hear what they're saying, and the challenge for the future is to keep on listening."

Die Orientierung an den Bedürfnissen und Wünschen von Betroffenen erfordert immer wieder aufs Neue ein Abstimmen, Fragen, Zuhören und auch Hinterfragen von Wünschen und Vorstellungen aller Beteiligten, das gilt für den mobilen wie auch für den stationären Bereich.

Sellner-Pogány (2012) skizziert den mobilen Bereich, doch Fragen der Auftragsklärung sind im stationären Bereich ebenso von Bedeutung, insbesondere da, wo z. B. Palliativkonsiliardienste nicht nur für Patient_innen und Zu- und Angehörige ein Angebot bieten, sondern auch für die Organisationen selbst wie für unterschiedliche Stationen sowie Kolleg_innen (vgl. 3.3.2.2). Daher kann folgende Conclusio von Sellner-Pogány für alle Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung gelten, mit dem Unterschied, dass bei den einen (Familien-) Systeme, bei den anderen stärker Organisationsysteme im Vordergrund stehen:

> „Die Aufträge der PatientInnen und ihrer Angehörigen an das mobile Palliativteam sind oft komplex und schwer verbalisierbar und nicht selten je nach Zeit und Bedürfnissen der Familie sehr variabel. Gerade wegen dieser Komplexität ist es meines Erachtens unabdingbar, sich am Anfang einer Betreuung und während des Betreuungsverlaufes immer wieder die Frage zu stellen: „Was ist jetzt mein Auftrag,

> was ist es nicht?“ Und unter Beachtung der Komplexität der (Familien-)systeme: „Wer wünscht was?“. Versäumen wir es, diesen Auftrag immer wieder zu klären, laufen wir Gefahr, eigene Aufträge zu verfolgen, die uns nicht erteilt wurden, was meist zu schwierigen ineffizienten Betreuungssituationen führen kann, oder aber wir gleiten quasi in einen auftragslosen Zustand, in dem beide Seiten nicht mehr so recht wissen, was sie miteinander anfangen sollen.“ (Sellner-Pogány 2012, 140)

Neben dieser immer wieder neu zu stellenden und zu klärenden Frage nach dem Auftrag, der vonseiten der Betroffenen erteilt wird, sind Fachkräfte wie Ehrenamtliche im besonderen Maß mit Trauer und Abschied konfrontiert (Müller 2006, 420 f., Lindner et al. 2012). Es gilt hier zwischen der Trauer von Betroffenen und der Trauer der Betreuenden zu unterscheiden. Trauer und Abschied werden von Letzteren nicht in derselben Intensität erlebt wie von Sterbenden oder diesen nahe stehenden Menschen (Lindner et al. 2012, 68). Doch die Regelmäßigkeit der Verlusterlebnisse zeigt ihre Wirkung: Diese lösen Reaktionen im persönlichen wie auch professionellen Lebensumfeld aus und lassen sich oft nicht direkt mit Abschied und Trauer in Verbindung bringen (Mount 1986, zitiert nach Linder et al. 2012, 68).

> „Menschen, die in der palliativen Umsorgung Schwerkranker und Sterbender stehen, gehen immer wieder neu mittel- und kurzfristige Behandlungs- und Begleitbeziehungen ein, die durch die Erwartungshaltung des nahenden Todes geprägt sind. Diese wiederholte und Alltag gewordene Begegnung mit Tod löst bei den Beteiligten eine existentielle Betroffenheit aus, die sich höchst unterschiedlich äußert und einen besonderen Rahmen und Umgang braucht.“ (Müller 2006, 421)

Erfährt die Dimension Trauer bei Sterbenden durch die Anerkennung psychosozialer Dimensionen der Betreuung (3.2.1, Steffen Bürgi 2006, 33) und bei Angehörigen insbesondere durch das Angebot der Trauerbegleitung (3.3.2, 3.3.3) große Beachtung (WHO 2016), wird sie bei den professionellen Begleiter_innen eher vernachlässigt (Linder et al. 2012, 68, 7.8). Erst vor wenigen Jahren ist im deutschsprachigen Raum auf empirischer Basis der Frage nachgegangen worden: *„Wie viel Tod verträgt das Team?“* (Müller et al. 2009, Müller, Pfister 2012, 4.2.3.2). Dabei wurden Teams als wichtigster Schutzfaktor genannt (Müller et al. 2009, 605) und Lindner et al. (2012, 74) schlussfolgern, dass neben der Bedeutung des Teams und dem Austausch in den Teamsitzungen die interdisziplinäre Teamarbeit im Konzept von Palliative Care (3.2.2) *„nicht hoch genug geschätzt werden kann“*. Auf Basis ihrer ethnografischen Studie zum Erkennen des Sterbens und des Übergangs in die Sterbephase betonen Lindner et al. (2012, 75) die Wichtigkeit der Wahrung und Wiederherstellung psychischer Widerstandsfähigkeit und Gesundheit vonseiten der Professionellen, um – aufgrund der hohen

Involviertheit und Identifikation in der Betreuung – Sterbeprozesse und Übergänge erkennen zu können, was nur aus einer gewissen Distanz heraus gelingen kann (Kap. 8).

Im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung sind Betreuende mit spezifischen Belastungsfaktoren konfrontiert. Mary Vachon (1995) erstellte dazu die erste umfassende Literaturanalyse und kommt zum Schluss, dass die Belastung im Feld vor allem auf organisationsbedingte und gesellschaftliche Faktoren zurückzuführen ist und Hospiz- und Palliativteams im Vergleich zu anderen Berufsgruppen keinem höheren Stresslevel ausgesetzt oder eher von Burn-out gefährdet sind. Nicht die Arbeit mit sterbenden und schwer kranken Menschen löst Stress aus, sondern indirekte Faktoren, also Begleitumstände, führen zu negativen Gefühlen und Reaktionen. So können konflikthafte und ethisch herausfordernde Situationen Stress und Druck auslösen. Ethische Fragen zeigen sich im Engagement, in der Empathie für die Betroffenen und sind vom Wunsch getragen, Leid und Schmerzen zu lindern (Hanna 2004, zitiert nach Brazil et al. 2010, 1687). Andrew Jameton beschreibt in seiner Publikation *„Nursing practice: the ethical issues"* (1984), dass Moral Distress aus einem moralischen Konflikt heraus entsteht. Brazil et al. (2010, 1687) definieren das Erleben des Moral Distress in Bezugnahme auf Jameton (1984) als

> „[…] the feelings and experiences which result from a moral conflict where one has a sense of the correct action to take but constraints prevent implementation of the action."

Im Rahmen einer qualitativen Studie mit Fachkräften aus dem Bereich der mobilen Palliativversorgung kommen Brazil et al. (2010, 1688) zum Ergebnis, dass das Erleben von Moral Distress besonders in drei Praxisfeldern anzutreffen ist: im Kontakt mit pflegenden An- und Zugehörigen, bei herausfordernden medizinischen und pflegerischen Situationen und im Rahmen des palliativen Versorgungsangebots durch Organisationen (Abschn. 7.4, Abschn. 7.5, Abschn. 7.6, Abschn. 7.1). Die Studie beschreibt, dass im Kontakt mit An- und Zugehörigen Belastung, Überforderung, mitunter auch mangelndes pflegerisches und medizinisches Wissen wahrgenommen und auch Vernachlässigung und Missbrauch von Patient_innen erlebt wurden (Brazil et al. 2010, 1688 f.). Herausfordernde medizinische und pflegerische Situationen (Brazil et al. 2010, 1689) zeigten sich dann, wenn Patient_innen oder auch Angehörige sich gegen bestimmte medizinische oder pflegerische Angebote entschieden, die von den Betreuenden jedoch als hilfreich angesehen wurden. Betreuende schilderten Moral Distress, wenn sie Schmerzen von Patient_innen durch die Gabe von Medikamenten nicht wirklich

lindern konnten. Oder wenn Patient_innen plötzlich verstarben, wurde in der Regel die Frage gestellt, ob etwas falsch gemacht wurde. Auch das Sprechen über Tod und Sterben mit den Betroffenen wurde mitunter als ethisch-konflikthaft empfunden, insbesondere dann, wenn die Betreuenden eine vermittelnde Rolle in Familien übernehmen und Informationen über den Gesundheitszustand mitteilen oder auch verschweigen sollten. Das palliative Versorgungsangebot (Brazil et al. 2010, 1689) löste dann Moral Distress aus, wenn Fachkräfte innerhalb der eigenen Organisationen mangelnde Ausbildung bei den Kolleg_innen feststellten, es zwischen den Betreuenden zu wenig Informationsaustausch und Gespräch gab und Ressourcen allzu knapp vorhanden waren.

Brazil et al. (2010, 1689) betonen, dass Moral Distress sich besonders dann zeigt, wenn persönliche und berufliche Wertvorstellungen oder zentrale ethische Anforderungen verletzt werden[30]. Moral Distress geht auch immer mit emotionalem Stress einher. Für die professionellen Betreuenden wie auch für die Betroffenen ist es wichtig, sich die ethischen Konflikte bewusst zu machen und darüber zu sprechen.

> „The experience of moral distress and sharing that experience with others through story telling can reveal a path for appropriate patient care and at the same time upholding personal moral integrity." (Brazil et al. 2010, 1690)

Die Fragen nach dem Auftrag, die Herausforderung, die regelmäßige Verlusterlebnisse für das professionelle Handeln und die eigene Gesundheit bedeuten, sowie die Reflexion von Moral Distress sind für ein Gelingen der Hospiz- und Palliativversorgung grundlegend. Auf die hier vorgestellten Publikationen wird in der Diskussion der Ergebnisse noch einmal Bezug genommen (Kap. 8), denn die angesprochenen Themen waren prägend im Rahmen der Untersuchung. Sie machen die Anforderungen und Herausforderungen besonders deutlich, mit denen die Berufsgruppen der spezialisierten Versorgung konfrontiert sind, und ergeben eine gute Überleitung zur Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. Denn Supervision bietet sich hier für die Mitarbeiter_innen als reflexives Setting an, um über die Differenzierung und Standardisierung von Berufsvollzügen (vgl. Pühl 1990, 3) nachzudenken sowie Reflexionsangebote zu ermöglichen, mit deren Hilfe genau diese Komplexität der Anforderungen auch erfasst werden kann.

[30]Dass im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung besonders viele ethische wie auch organisatorische Normen bestehen, zeigen insbesondere die Kapitel 3.2 und 3.3.

3.5 Fazit

Die Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist ein „junges“ Forschungsfeld (3.2.3), ein Betreuungsansatz (3.2.1, 3.2.2) sowie ein Versorgungskonzept (Abschn. 3.3). Die letzten drei Jahrzehnte zeigen, wie aus der Hospizbewegung, einer der *„bemerkenswertesten Bürgerbewegungen der 80er und 90er im deutschsprachigen Raum“* (Heller 2007, 193), ein Betreuungsansatz wie auch ein Versorgungskonzept geformt wurde, das standardisiert, dokumentiert, statistisch belegt und mit Prozesshandbüchern versehen mittlerweile in der Regelversorgung – und den entsprechenden finanziellen Ressourcen (vgl. 3.3) – angekommen ist. Einerseits verweist diese Entwicklung auf eine bemerkenswerte Professionalisierung (Abschn. 3.2, Abschn. 3.3), und das wachsende Angebot steht für immer mehr Menschen offen (3.3.4), zum anderen gilt es mit dem Anspruch umzugehen, den ganzheitliche Begleitung von schwer kranken und sterbenden Menschen auch tatsächlich hat: auf der Ebene jeder einzelnen Mitarbeiter_in, in Teams und Organisationen, doch auch im Kontext gesellschaftlicher Vorgaben. Die Hospizbewegung muss sich hier zwischen eigenen und vor allem auch staatlichen Ansprüchen und Vereinnahmungen behaupten, die sich durch intensivere Planung und Kontrolle zeigen (Gronemeyer, Heller 2007, 576).

Neben diesem Spannungsverhältnis zwischen Erfolg und Vereinnahmung sind die Mitarbeiter_innen der Hospiz- und Palliativversorgung in den unterschiedlichen Versorgungskontexten auch vor die Aufgabe gestellt, nach wie vor grundsätzliche Aufklärungsarbeit und Pionierarbeit zu leisten. Das heißt aufzuklären, was Hospiz- und Palliativversorgung bedeutet, was „palliativ“ eigentlich heißt, und über grundlegende Prinzipien (3.2.1, 3.2.2) zu informieren: Betroffene, Kolleg_innen oder auch Vorgesetzte aus der Regelversorgung in Krankenhäusern, Alten- und Pflegeheimen und bei niedergelassenen Ärzt_innen. Und dann gilt es, diese Prinzipien auch in der Praxis, im individuellen Handeln, im Team und in der Organisation umzusetzen und sich den Herausforderungen zu stellen, die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von sterbenden und schwer kranken Menschen bedeutet. In der Hospiz- und Palliativversorgung zu arbeiten heißt somit, in dieses soziale Feld einzutauchen, Strukturen zu verinnerlichen (Bourdieu 1987, 102) und Denken, Fühlen, Handeln als *„Handlungsgrammatik“* (Willems 2007, 96) verstehen zu lernen und sich diese auch immer wieder bewusst zu machen. Die habituellen Erfahrungsräume des Feldes der Hospiz- und Palliativversorgung zugänglich zu machen, ist letztlich auch das Ziel der vorliegenden Untersuchung (Kap. 7).

4 Supervision im Forschungsfeld und als Forschungsinstrument

Supervision wurde in den bisherigen Ausführungen (Kap. 2) als berufliche Beratung konzeptualisiert, die sich auf eine über hundertjährige Entwicklung beruft und klare Settings definiert (Abschn. 2.3). Ihre theoretischen Bezugspunkte variieren allerdings stark (vgl. 2.2.5, vgl. 2.5). Diese unterschiedlichen theoretischen Herleitungen sind auch für die wissenschaftliche Forschung und ihre Ziele fundamental. Als Einleitung und Grundlage für die Darstellung des aktuellen Forschungsstands mit seinen Bezügen und Spannungsfeldern werden Tendenzen und Forschungsausrichtungen der Supervisionsforschung veranschaulicht (Abschn. 4.1). Darauf aufbauend erfolgt eine Verortung von Supervision (Abschn. 4.2) im Forschungsfeld der Hospiz- und Palliativversorgung (Kap. 3). Es wird ein Überblick über die Forschungsergebnisse deutsch- und englischsprachiger Publikationen gegeben, um die Validität (vgl. Miles, Huberman 1994, 277 ff., zitiert nach Steinke, 2013, 320, Guba, Lincoln 1989, 233 ff.) wie auch die Authentizität (Guba, Lincoln 1989, 245 ff.) der vorliegenden Forschung zu erhöhen. Im Hinblick auf diese Gütekriterien der Forschung wird in diesem Kapitel detailliert auf Publikationen verwiesen (4.2.3.1, 4.2.3.2, 4.2.3.3), auf die in der Diskussion der Ergebnisse der Untersuchung (8.2.2) Bezug genommen wird.

Im Anschluss daran wird Supervision als Forschungsinstrument (Abschn. 4.3) eingeführt, mit dem das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erforscht wurde. In weiterer Folge werden die unterschiedlichen Ebenen von Supervisionsprozessen (4.3.2) dargestellt, um deutlich zu machen, worauf sich der forschende Blick richtet, wenn Supervision als Gegenstand wie auch als Mittel zur Forschung (4.3.1, Berker 2008, 88) dient.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_4

4.1 Supervisionsforschung: Grundlagen

Die Supervisionsforschung blickt auf eine jahrzehntelange Forschungserfahrung zurück, dabei fällt auf, dass sich eine Vielzahl von Einzel-Forschungsarbeiten finden lässt (Möller et al. 2014, 316) und die Forschungsinteressen von großer Heterogenität gekennzeichnet sind (Petzold et al. 2003, 209). Die erste Dissertation[1] zum Thema Supervision von Margarete Ringshausen-Krüger stammt aus dem Jahr 1977. Seither wurden einige Hundert Diplom- und Masterarbeiten und einige Dutzend Doktorarbeiten (Belardi 2013, 36) und auch Habilitationsschriften verfasst, z. B. Belardi (1992), Gaertner (1999), Oberhoff (2000), Möller (2012)[2], Rappe-Giesecke (2008a).

Im deutschsprachigen Raum wird jährlich eine Vielzahl (Belardi 2013, 36, Märtens, Möller 1998) an Aufsätzen und Bücher zum Thema Supervision publiziert. Dazu stellten Gaertner (1999, 123) und Petzold et al. (2003, 35) fest, dass forschungsgestützte Beiträge eher unterrepräsentiert sind. Dass diese Feststellung nach wie vor Gültigkeit hat, bestätigen Möller et al. (2014, 316): Sie diagnostizieren einen *„deutlichen Mangel an empirischer Beratungsforschung“*.

Im Folgenden stelle ich zwei Publikationen vor, die mit den 1990er-Jahren beginnend einen Überblick über die laufende Supervisionsforschung geben, und gehe ins Detail bei – für die vorliegende Untersuchung relevanten – Forschungsansätzen und Forschungsfeldern.

Einen ersten Einblick bietet der Sammelband *„Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Design – Ergebnisse“* von Berker und Buer (1998). Die Beiträge entstanden im Zuge des ersten Supervisionssymposions zu Wissenschaft und Forschung, zum Thema Qualitätssicherung der Supervision durch Forschung. Veranstaltet wurde das Symposion von der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv) im Jahr 1997 in Münster. In der Publikation finden sich drei Beiträge zu Feldern der Supervisionsforschung und acht Aufsätze zu Methodik und Design von Wirkungsforschung. Diese Schwerpunktsetzung, Supervisionsforschung verstanden als Wirkungsforschung, erklärt sich durch die Themenwahl: Die Wirkungsforschung ermöglicht Qualitätssicherung und legitimiert das Beratungsformat Supervision (vgl. Buer 1998, 8 f.). Dennoch sind die beschriebenen Forschungsansätze höchst unterschiedlich: Einerseits steht der Supervisionsprozess selbst im

[1]Der Titel der Dissertation lautet: *„Supervision in der deutschsprachigen Sozialarbeit. Entwicklung von Konzepten, Methoden und Strukturen.“*

[2]Möller hat sich bereits 2001 habilitiert (Belardi 2013, 36), erschienen ist die Habilitation 2012.

Mittelpunkt (vgl. 4.3.1), ausgehend von Supervisionstransskripten wie z. B. bei Auckenthaler, Möller oder Rappe-Giesecke – Autorinnen, die vor Erscheinen des Sammelbandes oder knapp danach viel zitierte Beiträge zur interaktionsbezogenen Supervisionsforschung publiziert haben (Auckenthaler 1995, Möller 2012, Giesecke, Rappe-Giesecke 1997). Andererseits finden sich in dem Band unterschiedliche Evaluationsstudien mit quantitativen Designs.

Neben der nun zunehmend im Blickfeld stehenden interaktionsbezogenen Supervision ist für die vorliegende Untersuchung von Relevanz, dass Supervision ausdrücklich als Forschungsmethode (vgl. 4.3) definiert wird. Wolfgang Weigand (1998, 6) schreibt im Vorwort:

> „Der Supervisor erforscht im Diskurs und im interpersonellen Dialog einen Ausschnitt aus der Wirklichkeit mit dem Ziel, die Wirkfaktoren des Geschehens erkennen, definieren und verstehen zu können, um dieses Geschehen selbst zum Gegenstand neuer Interventionen auf dem Hintergrund formulierter Zielsetzungen zu machen. Der Praktiker wird damit zum Forscher […]."

Weigand (1998, 7) fügt noch hinzu:

> „Supervision braucht immer andere Wissenschaften und Methoden, vor allem die Sozialwissenschaften, zur Vergrößerung und Steigerung ihrer eigenen Wissens- und Handlungsbestände, aber auch für die Ausweitung ihrer Reputation."

Dieses Verständnis findet eine Fortsetzung in dem in Kapitel zwei angeführten Entwurf von Supervision als angewandte kritische Sozialwissenschaft (Gröning 2013, 27, vgl. 2.4) und ist nun Ausgangspunkt für die Konzeptualisierung von Supervision als Forschungsinstrument (vgl. Gröning 2013, vgl. Berker 2008, 90) der vorliegenden Untersuchung (Abschn. 4.3). Wiegands Aussage kann auch als Begründung dafür herangezogen werden, die Ausschnitte der sozialen Wirklichkeit, die Supervision ermöglicht, mithilfe einer ethnografischen Forschungsstrategie (Abschn. 5.2), also einer sozialwissenschaftlichen Methode, zu untersuchen. Diese Forschungsstrategie fragt, über ein Beratungssetting hinausgehend, wie Wirklichkeiten erzeugt werden, und aus einer Distanz zur alltäglichen Handlungspraxis (Amann, Hirschauer 1997, 12) wird ein Verstehen ermöglicht.

Im Kontext von Wirkungsforschung steht die umfangreiche, im Jahr 2003 erschienene Studie *„Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation"* von Petzold et al., die auf Grundlage eines

Forschungsprojektes des Zentrums für Psychosoziale Medizin an der Universität Krems entstand. Petzold et al. (2003, 37) gingen der Frage nach:

> „Wie ist international der Forschungsstand in Bezug auf die Untersuchung der Wirkung und Wirksamkeit von Supervision auf SupervisandInnen, Teams und KlientInnensysteme?"

Als Ergebnisse der inhaltlichen Analyse wurden 23 Themen herausgearbeitet, die dann auf elf Hauptthemen (Petzold et al. 2003, 54) der Supervision und Supervisionsforschung reduziert wurden. Diese Themen sind:

„Form und inhaltliche Weite des Begriffs Supervision und seine ‚kollektiv mentale Repräsentation'", „Geschichte von Supervision", „US-amerikanische und kanadische Supervisionsforschung", „Elemente des Supervisions-Prozesses", „Methoden und Techniken in der Supervision", „Spezielle Inhalte von Supervision", „Supervision in speziellen Feldern", „Ethnizität und Gender-Fragen", „Lernen und Kompetenzvermittlung in der Supervision", „Evaluation von Supervision", „Auswirkungen auf die KlientInnen und die Arbeit von SupervisandInnen" (Petzold et al. 2003, 67 f.).

Auf das Themenfeld *„Supervision in speziellen Feldern"* wird nun konkreter eingegangen, da die vorliegende Untersuchung Supervision im *„speziellen Feld"* der Hospiz- und Palliativversorgung untersucht und hier eine erste Sichtung in Bezug auf den Forschungsstand bis zum Jahr 2003 vorgenommen werden kann.

Drei Felder kristallisieren sich besonders heraus (Petzold et al. 2003, 131 ff.): Sozialarbeit, Krankenhaus und Ehrenamt. In der angeführten Literaturrecherche finden sich 42 Beiträge, die meisten berufsfeldspezifischen Publikationen behandeln das Berufsfeld Krankenhaus, zwei das Thema Ehrenamt.

Die Forschungsbeiträge[3] in Bezug auf Supervision im Krankenhaus (Petzold et al. 2003, 133) beschreiben Mitarbeiter_innenbefragungen und Interviews in Bezug auf die Einschätzung von Supervision, z. B.: Rave-Schwank (1997), Hartmann et al. (1994), Schaffer (1992), Ehmer (1998), Gottfried et al. (2002). Der englischsprachige Beitrag von Henderson (1999) zeigt Möglichkeiten und Grenzen von Supervision im medizinischen Setting auf, Iding (2001) berichtet von einer Organisationsberatung in ostdeutschen Krankenhäusern, Bänfer (2001) von Teamsupervision in einem Operationsteam und Anders (2000) vom Coaching einer Chefärztin.

Der einzige Beitrag, der aus dem Forschungsfeld der vorliegenden Untersuchung berichtet, ist der Aufsatz von Martin Johnsson aus dem Jahr 2001 mit dem

[3]Zitiert nach Petzold et al. 2003, 133 sind: Rave-Schwank (1997), Hartmann et al. (1994), Schaffer (1992), Ehmer (1998), Gottfried et al. (2002), Henderson (1999), Iding (2001), Bänfer (2001), Anders (2000).

Titel *„Die Verleugnung der Realität. Oder: das unbewusste Bündnis zwischen einer Patientin und einem Team“*. Der kurze, siebenseitige Aufsatz thematisiert Supervision mit einem Team in einer Klinik für palliative Tumortherapie. Johnsson berichtet von einem Supervisionsprozess, den eingebrachten Themen und deren Reflexion. Insbesondere der Umgang mit Emotionen, sowohl der Supervisand_innen als auch der Betroffenen, wird als herausfordernd beschrieben. Diese Auseinandersetzung rührte immer wieder an Tabus.

Ehrenamt und freiwillige Arbeit werden anhand von zwei Beiträgen vorgestellt: Händel-Burckhardt (2000, zitiert nach Petzold et al. 2003, 135): *„Die Integration ehrenamtlicher Mitarbeiter in Organisationen“* und Kreling, Geislinger (2000, zitiert nach Petzold et al. 2003, 135): *„Supervision mit Selbsthilfegruppen. Die Bedeutung von Strukturen in selbstorganisierten Gruppen“*. Zu diesen beiden Aufsätzen schreiben Petzold et al. (2003, 135):

> „Keiner der behandelten Beiträge basiert auf einer wissenschaftlichen Untersuchung. Es gibt hier somit einen relativ großen Forschungsbedarf.“

Zwei Aspekte sind zusammenfassend zum Themengebiet *„Supervision in speziellen Feldern“* festzuhalten: Einerseits zeigt sich nachweislich[4] ein Forschungsinteresse, berufliche Felder zum Thema der Supervisionsforschung zu machen. Berufliche Felder als lohnenden Forschungsinhalt bestätigt übrigens auch Hausinger (2009, 245 f.). Andererseits ist auffallend, dass das Berufsfeld Krankenhaus besonders intensiv diskutiert wird und die meisten berufsfeldspezifischen Arbeiten in diesem Bereich zu finden sind (Petzold et al. 2003, 134). In ihrer Bewertung des Forschungsstandes betonen Petzold et al. (2003, 134), dass ein großer Teil der Praxisberichte und Forschungsbeiträge von Supervisor_innen, also Praktiker_innen, verfasst wurde. Auch Möller et al. stellen unter Bezugnahme auf Scherf (2010, zitiert nach Möller et al. 2014, 315 f.) einen Überhang an Beiträgen von Berater_innen fest. Dieser „Praxisüberhang“ zeigt sich auch bei den Publikationen zu Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung (vgl. 4.2.3).

Neben der systematischen und kritischen Bestandsaufnahme des Forschungsstands von Supervisionsliteratur weist Petzold (2003, 209) noch auf andere

[4]201 Beiträge (Petzold et al. 2003, 55) wurden im Rahmen der Analyse bearbeitet, die Anzahl der Literatur zum Thema „Supervision in speziellen Feldern“ umfasst 42 Publikationen, das wären immerhin 20 Prozent der untersuchten Literatur, allerdings wurden bestimmte Beiträge mehreren der elf Themen zugeordnet und die Forschungsfrage führte zu einer Vorauswahl der vorhandenen Literatur, daher kann nur aufgrund der Anzahl der Beiträge nicht auf die tatsächliche Zahl der Publikationen geschlossen werden und eine prozentuelle Einordnung in Bezug auf die anderen Themen ist nicht wirklich aussagekräftig.

Aspekte der Supervisionsforschung hin, die wesentlich sind, um die höchst unterschiedlichen Publikationen einordnen zu können: Wie schon am Beginn des Kapitels beschrieben, ist im *„forschungsleitenden Interesse"* (Petzold 2003, 208) eine große Heterogenität bemerkbar, die abhängig ist von inhaltlichen Ausrichtungen, auf die sich Forschende beziehen (Psychotherapie, Sozialarbeit, Pädagogik), der methodischen Orientierung (z. B. unterschiedliche therapeutische Richtungen wie Psychoanalyse, Gestalttherapie, Integrative Therapie, Systemische Therapie, Gruppendynamik etc.), der wissenschaftlichen Verortung (z. B. Psychologie, Soziologie, Erziehungswissenschaft), dem Arbeitsfeld (z. B. Altenarbeit, Suchttherapie etc.) sowie von den beteiligten Praktiker_innen und den Auftraggeber_innen (Petzold et al. 2003, 209).

Damit beschreiben Petzold et al. (2003, 208 f.) ein Verortungsdilemma der Supervisionsforschung. Gröning (2012, 77) sieht hier ein wissenschaftliches Defizit, das sie auch durch die Vielfalt der supervisorischen Ansätze erklärt, die sich in den 1990er-Jahren entwickelten und nicht zu einem integrierten und theoretischen Konzept verdichtet werden konnten (vgl. 2.2.5).

Hausinger (2010, 179) versucht, diesem Defizit mit einem trans- und multidisziplinären Ansatz zu begegnen, und fasst unterschiedliche Beratungsformen zu einer Beratungswissenschaft zusammen:

> „Als Fazit kann gelten, dass sich Beratungswissenschaft nicht als eine Disziplin im herkömmlichen Sinne etablieren soll, sondern als ein trans- und multidisziplinärer sowie gegenstands- und anwendungsorientierter Ansatz, der in der Lage ist, alle Disziplinen und Konzepte, die sich mit Beratung beschäftigen, zu berücksichtigen."

Möller (2010b, 13) bewertet die Entwicklung zur Beratungswissenschaft als Ergebnis der intensiven Bearbeitung eines jahrelangen Leitthemas: der Abgrenzung einzelner Beratungsformate. Sie sieht die Scientific Community mittlerweile auf einem gemeinsamen Nenner der Beratungsformate:

> „[…] damit beginnt so etwas wie die Beratungsforschung." (Möller 2010b, 13).

Beratungsforschung findet wohl eine universelle Verortung für alle Beratungssettings, von Coaching über Organisationsberatung bis zur Psychotherapie. Supervision als eigenständige, problem- und gegenstandsbezogene, wissenschaftlich begründete Methode (Gaertner 2011, 90) kann sich in dieser Fülle an Beratungsformen und bei dem *„Unschärfeprofil"* (Gaertner 2011, 90), das Supervision mittlerweile anhaftet, nur schwer weiterentwickeln. Daher bleibt abzuwarten, ob Beratungsforschung (Möller 2010b, 13) dazu beitragen kann, Supervision als wissenschaftlich begründete

Methode (Gaertner 2011, 90, vgl. Gröning 2012, 77), im Sinne einer angewandten kritischen Sozialwissenschaft (Gröning 2013, 27), zu etablieren. Die vorliegende Untersuchung möchte aufzeigen, dass Supervision als Forschungsinstrument, auf Basis ethnografisch-partizipativer Forschungsstrategien, exquisite Einblicke in das Feld ermöglicht, wie in den Ergebnissen der Untersuchung (Kap. 7) und in der Diskussion der Ergebnisse (Kap. 8) ausgeführt wird.

4.2 Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung

Die geschichtlichen Grundlagen und Prinzipien von Palliative Care und Hospizarbeit und die sich rasch entwickelnden spezialisierten Versorgungsangebote wurden im Kapitel 3.2 beschrieben. Nun wird eine Verbindung zwischen dem Forschungsfeld und dem Beratungsformat Supervision hergestellt. Nicht zu vernachlässigen ist hier das System Krankenhaus, das einerseits den organisationalen Rahmen für bestimmte Angebote im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung bietet (3.3.2.2, 3.3.3.1) und andererseits auch für mobile oder stationäre Angebote ein relevanter Faktor im Rahmen der Vernetzung ist. Daher wird auf die Komplexität der Organisation Krankenhaus aus supervisorischer Sicht eingegangen und es werden spezifische Aspekte aufgezeigt, die den Umgang des Krankenhauses mit Sterben und Tod illustrieren.

Daran anschließend wird der Frage nachgegangen, wie Supervision im spezialisierten Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung zu verorten ist, und der aktuelle Forschungsstand wird erhoben. Dabei wird nicht nur auf Österreich Bezug genommen, sondern vor allem in Deutschland publizierte Literatur vorgestellt, die sehr viel umfangreicher ist. Um aktuelle Forschungsdiskurse jenseits der deutschsprachigen Literatur aufzuzeigen, werden aktuelle englischsprachige Publikationen berücksichtigt: aus Großbritannien, Australien, den USA sowie Dänemark und Schweden. Die wichtigsten Erkenntnisse zum Forschungsstand erfahren eine Zusammenfassung im Fazit (Abschn. 4.4).

4.2.1 Supervision im Krankenhaus

Als Einstieg und Überleitung zu Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wird nun anhand von zwei Aufsätzen Supervision in der Organisation Krankenhaus dargestellt. In *„Supervision und Coaching im Krankenhaus“* (2009) stellt Wolfgang Knopf grundlegende Merkmale und Herausforderungen vor, die

für Supervision im System Krankenhaus wirkmächtig sind. Ralph Grossmanns (2000) *„Organisationsentwicklung im Krankenhaus“* beleuchtet den Umgang mit dem Sterben im System Krankenhaus und kommt zur Darstellung, weil dieser Aspekt für Palliativkonsiliardienste oder Palliativstationen im Krankenhaus von grundlegender Bedeutung ist. Das, was Supervision hier leisten kann, führt Grossmann ebenfalls (2000, 97 f.) aus.

Wolfgang Knopf (2009) skizziert Entwicklungen und Strukturen in Österreich, die für Supervision im Krankenhaus bedeutend sind. Er (Knopf 2009, 339 f.) verweist einleitend auf Fischer (2001), der eine Studie über das Veränderungspotenzial von Supervision in unterschiedlichen professionellen Feldern untersucht hat. In Bezug auf den Gesundheitsbereich sieht Fischer (2001, 51 zitiert nach Knopf 2009, 340) Supervision noch als nicht vertraute Interventionsform und konstatiert eine hohe Ambivalenz gegenüber bzw. Ablehnung von externer Beratung von ärztlicher, aber auch pflegerischer Seite. Des Weiteren lässt die strenge Hierarchie partnerschaftliche Kommunikationsformen nur bedingt zu, Zeitmangel erschwert interne und berufsgruppenübergreifende Kommunikation, und Supervisor_innen mit personenzentriertem Ansatz fehlt meist das Verständnis für strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen (Fischer 2001, 51, zitiert nach Knopf 2009, 340).

Dazu stellt Wolfgang Knopf (2009, 340) fest, dass vieles gleich geblieben ist, sich aber auch Veränderungen zeigen. Supervision wurde in Österreich in Bereichen des Gesundheitswesens verankert[5], ÖAAG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppendynamik und Gruppentherapie), ÖVS (Österreichische Vereinigung Supervision) und KAV (Krankenanstaltenverbund Wien) haben z. B. Qualitätsstandards für Supervision und Coaching festgelegt. Auch mit der Oberösterreichischen Gesundheits- und Spitals-AG (GESPAG) wurde Ähnliches entwickelt.

Knopf (2009, 342) betont, dass Supervisor_innen in diesem Feld nicht ohne Basiswissen über Aufbau, Rahmenbedingungen sowie politische und gesellschaftliche Sachverhalte auskommen. Damit meint er folgenden Aspekt: Krankenhäuser, eingebettet in nationale Gesundheitssysteme[6], haben „Träger“, die

[5]Knopf (2009, 340) verweist auf die Pionierarbeit von Hermann Widauer in Salzburg und Raoul Schindler in Wien, insbesondere nach den Patient_innentötungen im Krankenhaus Lainz (vgl. Heller, Dressel 2012c) in Wien.

[6]Kosten und Finanzierung des Gesundheitssystems gehen einher mit einem zunehmenden Kostendruck, der sich an Schließungen und Zusammenlegungen von Abteilungen und Stationen zeigt. Argumentiert wird diese Entwicklung mit Begriffen wie „Kosteneffizienz“ (vgl. Knopf 2009, 341). Sehr kritisch setzt sich z. B. Kurt Langbein (2009) mit dem österreichischen Gesundheitssystem auseinander.

schon Hinweise auf den gesellschaftlichen Auftrag geben, denn Städte, Länder, Konsortien, Stiftungen oder auch Private haben unterschiedliche Zielrichtungen und Schwerpunktsetzungen.

Krankenhäuser sind Expert_innen-Organisationen (Knopf 2009, 343, Grossmann 1997; 2000, 103), deren Mitarbeiter_innen sich durch hohe fachliche Kompetenz und Eigenverantwortung auszeichnen. Arbeitsteilige Strukturen und Hierarchien sind kennzeichnend für das Gesundheitssystem, wie auch die kollegiale Führung, die Pflege, Medizin, Verwaltung und Technik[7] gleichberechtigt vereint (Knopf 2009, 243 ff.). Strukturiert sind Krankenhäuser nach Abteilungen und Stationen, an deren hierarchischer Spitze Primarärzt_innen stehen; die weiteren Hierarchieebenen sind Oberärzt_innen, Ärzt_innen und auf Seite der Pflege die Stationsleiter_innen (Knopf 2009, 245). Im Mittelpunkt stehen die Patient_innen und ihre Angehörigen (Knopf 2009, 347). Sie erhalten die Leistungen ambulant oder stationär, und der Anlass der Behandlung ist in der Regel eine Erkrankung, die immer auch *„in einem Spannungsfeld gesellschaftlicher und institutionaler Bewertungen“* steht. (Knopf 2009, 348, vgl. 3.1, 3.4.2)

Knopf (2009, 350 ff.) schließt seinen Aufsatz mit neun Erkenntnissen, worauf Supervisor_innen in der Organisation Krankenhaus achten sollen, die ich nun zusammenfasse:

„Es funktioniert, auch wenn es nicht funktioniert!“ Das heißt, dass das System funktioniert, auch wenn Beratung in Anspruch genommen wird und etwas nicht „gut“ läuft. *„Kenntnisse allgemeiner struktureller Rahmenbedingungen“* meint, dass im Krankenhaus Diagnosen wichtig sind. In der Beratung geht es darum, den Supervisand_innen behilflich zu sein, ihre Problemstellung in ihrer Systemlogik zu verstehen. *„Auftragsklärung braucht (oft) viel Zeit!“* bedeutet, dass beginnend mit der Außendarstellung (Website, Prospekte) eine ausführliche Abklärung erfolgen soll, damit klargestellt wird, ob Supervision auch das passende Beratungsformat ist. Mit *„Vor der Lösung kommt das Verstehen!“* wird die Fähigkeit der Supervisand_innen angesprochen, nachhaltige Lösungen zu entwickeln. Vor diesem Schritt gilt es, die Dynamiken zu verstehen, die sich auch über Spiegelphänomene zeigen können, ähnlich wie es Kittelberger (2004, 29, vgl. Kapitel 4.2.3.2) für die Themen der Hospizteams feststellt. *„Konflikte oder Herausforderungen?“* meint, dass Organisationen mit komplexen Führungskonstruktionen dazu tendieren, Unterschiedlichkeiten zu negieren, was zu

[7]In kleineren Krankenhäusern wird die Technik oft der Verwaltung zugerechnet, wie es auch bei dem Krankenhaus der Fall ist, dessen Palliativkonsiliarteam bei der vorliegenden Untersuchung mitgemacht hat.

Verschiebungen auf untere Hierarchieebenen führt, wo sie dann auf persönlicher Ebene ausagiert werden (vgl. 3.2.3, vgl. Menzies 1960, vgl. Kap. 7, vgl. Kap. 8). Dieses Personalisieren von Konflikten verdeckt den Blick auf strukturelle Hintergründe, die einer Klärung bedürfen.

„Organisation oder Person“ ist ein Plädoyer für den Blick der Supervisor_in auf strukturelle und organisatorische Rahmenbedingungen. *„Person – Krankheit – Organisation“* geht von einem Spannungsverhältnis zwischen diesen drei Aspekten aus: Denn Krankheit löst sowohl bei den Patient_innen wie bei den Mitarbeiter_innen und der Organisation Übertragungs- sowie Gegenübertragungsphänomene aus. *„Raum und Zeit!“* meint, dass Reflexion ein Innehalten braucht, ein Nachdenken und Nachspüren, um so komplexe Dynamiken verstehen zu können. Ein verbindlicher örtlicher und zeitlicher Rahmen ist hier sehr nützlich. *„Vernetzung der BeraterInnen“:* Hier plädiert Knopf für die Kooperation zwischen Berater_innen unterschiedlicher theoretischer Herkunft, da eine solche Zusammenarbeit gerade in so komplexen Organisationen wie Krankenhäusern besonders sinnvoll ist.

Ralph Grossmann (2000) führt in *„Organisationsentwicklung im Krankenhaus“* drei Aspekte an, die für Supervision im Krankenhaus entscheidend sind. Unter *„Medizin, das Krankenhaus und der Tod“* (2000, 80) beschreibt er als ersten Aspekt die konstitutive Bedeutung, die das Verhältnis zu Sterben und Tod für die Organisation Krankenhaus hat, und verdeutlicht diese Verbindung mit folgendem Zitat:

> „Am organisierten Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden werden wie im Brennglas zentrale Organisationsprobleme des Krankenhauses deutlich.“ (Grossmann 2000, 80)

Grossmann (2000, 81 f.) führt hier den Kampf der Medizin gegen Tod und Sterben als identitätsstiftendes Element an und verweist auf sich daraus ergebende Widersprüche, die für Beschäftigte wie Patient_innen bedeutend sind. Dazu gehört, dass Sterben im Krankenhaus die Regel ist, denn das Sterben wurde aus dem Alltag ins Krankenhaus ausgelagert. Das ermöglich der Gesellschaft eine kollektive Verdrängung des Todes und überlässt der Organisation Krankenhaus eine paradoxe Aufgabe (2000, 82): Das Krankenhaus soll Gesundheit wiederherstellen und den Tod besiegen. Sterben wird zum Routinefall und es wird verleugnet, um das Selbstverständnis der Heil bringenden Organisation aufrechterhalten zu können (2000, 83 f., vgl. 7.1). Damit geht eine Widersprüchlichkeit einher: Sterben, etwas zutiefst Intimes und Persönliches, wird an eine Organisation delegiert. Diese muss die Intimität des Sterbens in die professionelle Routine einbauen, und das stellt

das Personal vor große Herausforderungen: Um dem Sterben einen intimen und persönlichen Rahmen zu geben, muss Routine *aufgebrochen* werden.

Ausgehend von der eigenen Erfahrung als Supervisor formuliert Ralph Grossmann den zweiten Aspekt, *„Angelpunkte der Organisationsentwicklung"* (2000, 85), die *„humanes Sterben"* (2000, 85) im Krankenhaus ermöglichen. Dazu zählen: Schwierige Entscheidungen sollten interprofessionell getroffen werden, das Team sollte soziale Unterstützung ermöglichen, es sollten Regelungen für wichtige Funktionen geschaffen werden, Kontakte zu anderen Einrichtungen sollten institutionalisiert und die Rolle der Leitungskräfte sollte differenziert werden. Hier zeigt er auch auf, was Supervision leisten kann, nämlich für emotionale Entlastung zu sorgen und eine Klärung und organisationsbezogene Maßnahmen vorzubereiten. Supervision kann jedoch nicht eine Lösung herbeiführen (vgl. 2.3.2.1), denn die dafür notwendigen Entscheidungen haben Führungskräfte zu treffen (2000, 97 f., vgl. 2.3.2).

Mit dem dritten Aspekt, *„Kooperation mit anderen Einrichtungen institutionalisieren"*, betont Grossmann (2000, 98 f.) die Wichtigkeit des kontinuierlichen Austauschs zwischen ambulanten Einrichtungen der Pflege und der medizinischen Versorgung. Er sieht in der zunehmenden organisatorischen Ausdifferenzierung wie der Schaffung von Palliativstationen – hier sind auch Palliativkonsiliardienste anzuführen – eine wichtige Verankerung der umfassenden Versorgung und Betreuung palliativer Patient_innen in der Organisation Krankenhaus. Diese Spezialisierung birgt jedoch das Risiko, dass andere Stationen und Abteilungen Tod und Sterben an spezialisierte Angebote delegieren (Grossmann 2000, 105, vgl. Kap. 7, Kap. 8).

4.2.2 Supervision im spezialisierten Angebot in Österreich

Wie ist das Beratungsformat Supervision im Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich verortet? Wo sehen die Verfasser_innen und Expert_innen der in Kapitel 3.2 beschriebenen Standards für Berufsgruppen, des Prozesshandbuchs (Gesundheit Österreich 2012) bzw. des Konzepts der Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich 2014), Supervision?

In den Standards für Pflegepersonen im stationären (Dachverband Hospiz Österreich 2002a) und im mobilen Bereich (Dachverband Hospiz Österreich 2002b) findet sich Supervision unter den Anforderungen im Punkt *„Mitgestaltung bei einer effektiven Kommunikationsstruktur"* (Dachverband Hospiz Österreich 2002a, 2, 2002b, 2), und unter *„besonderen Verpflichtungen"* wird

die Teilnahme an regelmäßigen Supervisionen angeführt (Dachverband Hospiz Österreich 2002a, 4, 2002b, 4). In den Mindestanforderungen für (Einsatz-) Koordinator_innen bzw. Einsatzleiter_innen (Dachverband Hospiz Österreich 2002c) findet sich unter *„Aufgaben der Einsatzkoordination"*, Unterpunkt *„Einsatzverantwortung"* (Dachverband Hospiz Österreich 2002c, 1), der Hinweis, Supervision solle *„regelmäßig"* (Dachverband Hospiz Österreich 2002c, 2) erfolgen. Für Sozialarbeiter_innen (Dachverband Hospiz Österreich 2003) wird die *„Bereitschaft zu Einzel- und Teamsupervision"* prominent unter *„Fachliche Voraussetzungen/Qualifikationen"* (Dachverband Hospiz Österreich 2003, 1) gelistet. Für ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen wird hingegen Supervision unter den *„Organisatorischen Anforderungen"* (Dachverband Hospiz Österreich 2008, 3) und *„Organisatorischen Rahmenbedingungen"* (Dachverband Hospiz Österreich 2008, 7) erwähnt und ist als Teil einer schriftlichen Vereinbarung mit der Koordinator_in als verbindlicher Termin (Dachverband Hospiz Österreich 2008, 7) anzusehen. In den Standards für Seelsorger_innen verortet sich die Supervision unter dem Begriff *„Kompetenzen"*, unter der *„Bereitschaft zu teambildenden Maßnahmen"* (Dachverband Hospiz Österreich 2012, 2).

Es werden keine Ziele formuliert, die mit Supervision verfolgt werden sollen, eine gewisse Einheitlichkeit in der kontextuellen Einbindung von Supervision der einzelnen Standards sucht man vergeblich. Das Prozesshandbuch (Gesundheit Österreich 2012) definiert anhand der Darstellung der Kernprozesse der einzelnen Versorgungsangebote Mindestanforderungen und leistet damit einen Beitrag zur Qualitätsentwicklung in der Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich 2012, 10). Hier findet sich (Gesundheit Österreich 2012, 21) eine Definition von Supervision. Sie wird erklärt als

> „[…] externe Beratung für Einzelpersonen, Teams oder Organisationen, die zur Reflexion und Verbesserung ihres personalen, beruflichen oder ehrenamtlichen Handelns fallbezogen und/oder regelmäßig stattfindet."

Die Definition bezieht Einzelpersonen, Teams und Organisationen mit ein und betont die Reflexion und die Verbesserung des Handelns auf beruflicher, ehrenamtlicher wie auch persönlicher Ebene. Diese umfassende Beschreibung weckt die Erwartung, dass dieses Beratungsformat strukturell und prozessual in Abläufe eingebunden ist. Supervision findet sich jedoch bei der Aufschlüsselung einzelner „Musterprozesse" (Gesundheit Österreich 2012) ausschließlich bei Hospizteams und hier im Rahmen der Begleitung und Trauerbegleitung als *„begleitende Unterstützung"*.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass Supervision in jedem der Standards der einzelnen Berufsgruppen vorkommt, allerdings mit unterschiedlicher

Gewichtung. In den Beschreibungen der Musterprozesse der einzelnen Angebote (Gesundheit Österreich 2012) selbst wird Supervision für Hospizteams in den Prozessbeschreibungen explizit erwähnt, für die anderen Angebote der spezialisierten Hospiz- und Palliativversorgung wird Supervision nicht als Teil des Prozessablaufes – und damit als Teil der qualitativen Mindestanforderungen – beschrieben. Für die supervisorische Praxis und somit auch für die vorliegende Untersuchung setzt diese Situation voraus, dass im Zuge der Auftragsklärung[8] eine methodische und institutionelle Verortung von Supervision sinnvoll ist (vgl. 2.3.2.1, 6.2).

4.2.3 Aktueller Forschungsstand

Um den aktuellen Forschungsstand nicht nur aus einer sehr limitierten österreichischen Sicht zu betrachten, werden nun die Publikationen zum Thema Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung aus Österreich und aus Deutschland vorgestellt. Um einen internationalen Blick auf das Thema zu erhalten, finden ebenfalls englischsprachige Publikationen und Forschungsergebnisse aus Großbritannien, Dänemark, Schweden, den USA und Australien Erwähnung.

4.2.3.1 Österreichische Publikationen

Literatur zum Thema Supervision im Feld von Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist äußerst spärlich vorhanden[9]. Im Rahmen eines Universitätslehrgangs für Supervision und Coaching der Universität Wien verfasste Gerhard Baldauf (2008) eine Masterthesis zum Thema *„Spiritualität / Religiosität in der Supervision ehrenamtlicher Hospiz-MitarbeiterInnen“*. Im Zentrum seiner qualitativen Untersuchung – er führte Interviews durch – standen Grazer Hospizmitarbeiter_innen vom Hospizverein Steiermark. In der Arbeit geht es um eine

[8]Vorgespräche sind für die Auftragsklärung immer wesentlich (vgl. auch Kittelberger 2004, 27). Im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wurde bei allen von mir bisher geführten Vorgesprächen mit Krankenhäusern, mobilen Palliativteams und Hospizteams von keiner Organisation auf ein Supervisionskonzept zurückgegriffen, wie es z. B. in vielen Organisationen der Sozialen Arbeit bereits vorliegt. Es galt immer im Rahmen des Vorgesprächs genau zu klären, welche Erwartungen an die Supervision geknüpft werden und was Supervision auch leisten kann.

[9]Recherchen (Oktober 2013 und April 2016) über die Suchmaschine des Österreichischen Bibliothekenverbundes ergeben bei der Suche nach „Supervision“ und „Palliative Care“ im Titel null Treffer. Die Suche nach „Supervision“ und „Hospiz“ ergibt einen Treffer: Baldauf (2008).

begriffliche Klärung von Religiosität, Spiritualität und Supervision. Zu Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wird nur eine Publikation genannt: Rothenberg (2007), die noch später zitiert (4.2.3.2) wird.

Sehr hilfreich für die weitere Literaturrecherche war eine Publikation der Deutschen Gesellschaft für Supervision (DGSv 2007). Sie führte eine Umfrage zum Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care durch – darauf gehe ich im folgenden Unterkapitel (4.2.3.2) genauer ein –, so stieß ich auf eine weitere Abschlussarbeit einer Supervisionsausbildung[10] in Österreich, die Diplomarbeit von Karin Weiler (2006) mit dem Titel: *„Supervisorisches Arbeiten mit Ehrenamtlichen in Hospiz und Palliative Care"*. Weiler, Ordensschwester der Caritas Socialis und Theologin, beschreibt in der Einleitung ihre beruflichen Verbindungen zum Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. Sie hat Erfahrung mit Organisation und Durchführung unterschiedlicher Kurse für Ehrenamtliche, wie z. B. die Einführungskurse für Lebens-, Sterbe- und Trauerbegleitung an der Wiener Kardinal König Akademie[11] und Supervisionserfahrungen mit Ehrenamtlichen des Pflege- und Sozialzentrums der Caritas Socialis (Weiler 2006, 4). Sie skizziert spezifische Fragestellungen/Themen mit ehrenamtlichen Supervisand_innen und folglich finden sich Überschneidungen mit meiner Untersuchung, weshalb ich ihre diesbezüglichen Ausführungen zusammenfasse.

Weiler (2006, 27) gliedert ihre Erfahrungen in drei Ebenen: die individuelle, die interaktionelle und die institutionelle. Auf der individuellen Ebene verortet sie Fragen der Rollenklärungen (Weiler 2006, 29 f.), auf der interaktionellen Ebene unterscheidet sie die Interaktion mit Sterbenden und Angehörigen (Weiler 2006, 30 ff.) sowie die Interaktion im Team (Weiler 2006, 35 ff.). Bezüglich

[10]Die „Diplomarbeit" ist eine Abschlussarbeit, verfasst für den Lehrgang „Supervision". Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung, von Sympadeia, Institut für integrative Bildung, Langenzersdorf (Weiler 2006, 1). Frau Sr. Karin Weiler hat sie mir dankenswerterweise zur Verfügung gestellt. Supervisionsausbildungen sind in Österreich nur teilweise universitär verankert. Masterthesen, wie die von Baldauf (2008), scheinen über die Universitätskataloge auf, Abschlussarbeiten wie die von Weiler (2006) nicht. Weiler (2006) orientiert sich in ihrer Arbeit an wissenschaftlichen Kriterien: Sie zitiert, führt in die theoretischen Bezüge sowie das Feld ein und belegt und begründet ihre Erfahrungen anhand von Fallvignetten, wie es in vielen Publikationen zu Supervision üblich ist. Auch wenn eine wissenschaftliche Nachvollziehbarkeit mittels Fallvignetten mitunter auch kritisch hinterfragt wird (vgl. Petzold et al. 2003, 134), entspricht sie einer gängigen supervisorischen Publikationspraxis.

[11]Die Kardinal König Akademie für Hospiz und Palliative Care bietet Lehrgänge, Kursreihen und Einzelveranstaltungen an (Kardinal König Akademie 2016).

Letzterer stellt sie Interdisziplinarität und das Verhältnis Ehrenamt zum Hauptamt dar und beschreibt ein Beispiel, in dem es um die Rollenklärung einer Ehrenamtlichen im Helfer_innensystem ging. Auf institutioneller Ebene geht sie auf den organisationsbezogenen und gesellschaftlichen Kontext ein (Weiler 2006, 39 ff.) und erläutert, ebenfalls anhand eines konkreten Beispiels, die Auswirkungen von Strukturveränderungen auf die Arbeit von Ehrenamtlichen und wie diese Veränderungen supervisorisch bearbeitet wurden.

Neben Baldauf (2008) und Weiler (2006) konnten keine weiteren Publikationen in Österreich gefunden werden. Um eine umfassendere Verortung von Supervision im Feld Palliative Care und Hospiz vorzunehmen, ist ein Blick auf den aktuellen Forschungsstand in Deutschland notwendig.

4.2.3.2 Blick nach Deutschland

Die bereits zitierte Studie von Petzold et al. (2003) (Abschn. 4.1) macht deutlich, dass das Feld Hospiz- und Palliativversorgung im Jahr 2003, in Bezug auf Supervisionsforschung unter dem Aspekt der Wirkungsforschung, bislang äußerst spärlich bearbeitet wurde. Daher überrascht es nicht, dass die DGSv im Jahr 2004 eine Projektgruppe einsetzte, mit dem Ziel, eine Umfrage unter Supervisor_innen und Einrichtungen aus dem Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care durchzuführen. Unterstützung fanden die Mitwirkenden der Projektgruppe – unter ihnen Jörg Fengler, Frank Kittelberger, Monika Müller, Christine Pfeffer, Petra Rechenberger-Winter (Leitung), Josef Schmandt und Jochen Steurer – bei der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (BAG) und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP). Die Befragung (DGSv 2007, 4) geht der Bedeutung von Konzeption, Planung und Praxis der Supervision in diesem Feld nach und stellt keinen Anspruch auf Wissenschaftlichkeit im engeren Sinn. Es wurden 1.332 Einrichtungen angeschrieben und ergänzend die Erfahrungen von 39 Supervisor_innen befragt, darunter sechs Mitglieder der Projektgruppe und 33 weitere Supervisor_innen (Mitglieder der DGSv). Vonseiten der Institutionen erfolgte ein Rücklauf von etwa 20 %. Es ist noch wichtig anzumerken, dass in den Ergebnissen der Studie keine Unterscheidung zwischen den Einrichtungen und Angeboten gemacht wird.

Es werden nur die Ergebnisse dargestellt, die Einblicke in das Feld geben, die auch für die vorliegende Untersuchung interessante Parameter bieten: Das sind Fragen zur **Beauftragung** sowie die **Erwartungen** an die Supervisor_innen, der zeitliche **Umfang** von Supervision, **Rückmeldungen** zur Supervision, die **Themenwahl** und die **Entlastungsfunktion** von Supervision. Besonderheiten oder Bezüge zur vorliegenden Untersuchung werden am Ende der jeweiligen Ergebnisdarstellung angemerkt. Abschließend wird auf die **Literatur** im Anhang der Publikation eingegangen.

Bezüglich der **Beauftragung** von Supervisor_innen werden folgende Zahlen angeführt: 43 % der Supervisor_innen sind im Grundberuf Theolog_innen, 56 % sind Psycholog_innen und 34 % Sozialpädagog_innen[12] (DGSv 2007, 5). Bei der Auftragsvergabe, die zu 44 % mündlich erfolgt, werden von 60 % der Einrichtungen Erwartungsziele definiert und 91 % der Supervisand_innen kennen diese auch. Die Auftragsvergabe und Erwartungsklärung an die Supervision erfolgte für die vorliegende Untersuchung im Zuge von Vorgesprächen unter Einbindung aller beteiligten Personen (DGSv 2007, 6, vgl. 4.2.1 und 6.2). Zu den Grundberufen[13] der Supervisor_innen in diesem Feld kann für Österreich keine Aussage getroffen werden. Auch Baldauf (2008) und Weiler (2006) verweisen auf keine Daten.

Zu den **Erwartungen** an die Supervisor_in vonseiten der Supervisand_innen (DGSv 2007, 6): 63 % erwarten Feldkompetenz und eine persönliche Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen, für 97 % trifft das auch zu. Kenntnisse zum Arbeitsfeld erwarten 83 %, und für über 50 % sind Fachwissen zu Trauer und die Bereitschaft, spirituelle Aspekte anzusprechen, wichtig. Für 70 % wird die Erwartung weitestgehend erfüllt, für 30 % jedoch nur teilweise. Im Zuge der Vorgespräche zu den Supervisionsprozessen der Untersuchung wurden Kenntnisse in Bezug auf Palliative Care und Hospizarbeit von den Teams erwartet. Auch Baldauf (2008, 88) bestätigt diese Erwartung in seiner Untersuchung.

Der **Umfang** der extern beauftragten Supervision wird von 65 % der Einrichtungen mit ein bis zwei Stunden vorgesehen. Zum Vergleich: In der vorliegenden Untersuchung wurde pro Monat durchschnittlich eine Supervisionseinheit à 45 Minuten in Anspruch genommen. Bei zwei Drittel aller Einrichtungen ist die Teilnahme verpflichtend, nur 7 % verleihen der Verpflichtung mit Sanktionen Nachdruck. Bei fast zwei Dritteln wird die Supervision auf die Arbeitszeit angerechnet (DGSv 2007, 6 f.). Letzteres, Supervision in der Arbeitszeit, galt im Rahmen der Untersuchung auch für das Palliativkonsiliarteam. Eine freiwillige, im Sinne einer nicht verpflichtenden Teilnahme gab es beim mobilen Hospizteam.

Eine regelmäßige **Rückmeldung** an Einrichtungsverantwortliche zur Supervision praktizieren 35 % der befragten Einrichtungen, wobei 69 % der Organisationen daraus Schlussfolgerungen für die weitere Supervisionsarbeit ziehen; 62 % evaluieren so die vereinbarten Ziele, 53 % erhalten Rückmeldung zu Themen und Anwesenheiten der haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen, 47 % beziehen

[12]Die Prozentangaben ergeben in Summe 133 %. Hier muss ein Schreibfehler bei den angegebenen Prozentangaben vorliegen oder es gab Doppelnennungen.

[13]Ich wurde im Zuge der Vorgespräche nicht nach meinem Grundberuf gefragt, wichtiger schien ein Wissen bezüglich Hospizarbeit und Palliative Care.

daraus ein Feedback für ihre Einrichtungen selbst und 23 % versuchen aus den Rückmeldungen Rückschlüsse auf die Eignung der Mitarbeiter_innen zu bekommen (DGSv 2007, 7). Bezüglich Rückmeldung gab es im Zuge der Supervisionen im Rahmen der vorliegenden Untersuchung keine Vereinbarungen. Auf Fragen meinerseits nach einer Einbeziehung von Verantwortlichen wurde z. B. vom Palliativkonsiliarteam ablehnend reagiert.

Die **Themenwahl** erfolgt zu 92 % durch die Gruppe, die Rangfolge der am häufigsten genannten Themen war: „*Fallarbeit, Reflexion der eigenen Rolle, Umgang mit Betroffenen, Stärkung von Selbstwert und Burnout-Prophylaxe*“ (DGSv 2007, 7). Tabuthemen und spirituelle Konzepte wurden als spezifische Themen besonders gewünscht. In freier Formulierung wurden folgende Themen benannt: „*Konfliktlösung, existentielle Grenzerfahrungen, Sterben und Tod, Verlust und Trauer, Ekel, Sinn, Suizidalität, Verzweiflung, multikulturelle Erfahrungen, Schuld, nonverbale Kommunikation (wenn Sprechen nicht mehr möglich ist), Selbstschutz, eigene Betroffenheit, Nähe, Distanz, Grenzüberschreitung, Sprachlosigkeit, Schweigen aushalten*“ (DGSv 2007, 7).

Bezüglich der Themen bieten die Ergebnisse der Untersuchung (Kap. 7) und auch die Diskussion der Ergebnisse (Kap. 8) forschungsrelevante Vergleichshorizonte (vgl. Einleitung Kap. 4).

Zur **Entlastungsfunktion** von Supervision: Fast alle Einrichtungen sehen die Arbeit als persönlich schwierig und belastend an. Entlastung, Burn-out-Prophylaxe und Stärkung der Mitarbeitenden werden als dringend notwendig betrachtet. Auch Kompetenzerweiterung ist ein zentrales Anliegen (DGSv 2007, 7).

Der Wunsch nach Entlastung war in den untersuchten Supervisionsprozessen unterschiedlich intensiv, wurde jedoch durchaus geäußert, von ehrenamtlichen wie hauptamtlichen Mitarbeiter_innen. Gerade in Bezug auf diese Entlastungsfunktion von Supervision verwundert die sehr vage, unklare bzw. auch fehlende Verortung von Supervision in den Berufsstandards (vgl. 4.2.2) wie auch im Prozesshandbuch (Gesundheit Österreich 2012).

Die **Literatur** im Anhang der Befragung (DGSv 2007) zitiert vierzehn Publikationen zum Thema Supervision: zwei davon zu Supervision allgemein, eine zu Teamsupervision und Entlastung und elf Publikationen, die Supervision und Hospiz/Hospizarbeit/Ehrenamt bzw. Palliative Care, Palliativmedizin im Titel haben. Insgesamt werden elf Artikel, zwei Diplomarbeiten und eine Abschlussarbeit angeführt. Hier fällt auf, dass sechs Arbeiten der Supervision im Feld Hospiz/Hospizarbeit/Ehrenamt zuzurechnen sind: Kafko (2004) mit seiner Diplomarbeit aus dem Fach Psychologie zum Thema *„Supervision im Ehrenamt – unter Berücksichtigung der Hospizbewegung in Bayern“*, Kittelbergers (2004) Vortrag *„Der Affe auf dem Baum – Was leistet Supervision in der Hospizarbeit?“*,

Müllers (2004) Artikel *„Supervision“*, der im Handbuch für Begleitende publiziert wurde, Siprecks (2003) Aufsatz *„Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung supervidieren“*, Steurers Artikel über *„Supervision in der Hospizarbeit“* (2005) und die Abschlussarbeit seiner Supervisionsausbildung *„Supervision und (/oder) Praxisbegleitung in der ambulanten Hospizarbeit“* (2003).

Vier Publikationen haben Hospiz *und* Palliative Care bzw. Palliativmedizin im Titel. Koch (2001) schreibt über *„Supervision in der Hospizarbeit und Palliativmedizin“*, Rechenberg-Winter (2005) über *„Supervision in den Arbeitsfeldern Palliativmedizin, Palliative Care und Hospiz“*. Steurer (2007) befasst sich mit *„Mut zur Trauer. Praxis psychodynamisch orientierter Supervision und Beratung in den Bereichen Hospizarbeit, Palliativmedizin und Trauerbegleitung“* und Karin Weilers Arbeit (2006) aus Österreich wurde bereits zitiert (4.2.3.1).

Ein Aufsatz skizziert Coaching im Zuge des Aufbaus eines ambulanten Hospizes (Klitscher 2003), eine Publikation hat den Titel *„Entlastung des Personals“* (Schmandt 2000), erschienen im Lehrbuch für Palliativmedizin (Aulbert, Zech 2000). Zwei Publikationen der DGSv befassen sich mit dem Nutzen von und der Qualifizierung durch Supervision (DGSv 2006, DGSv 2008). Es findet sich keine Literatur, die im Titel nur Supervision und Palliative Care (ohne Hospiz) führt. Damit kann ein supervisorischer Schwerpunkt in Bezug auf Hospizarbeit und Ehrenamt festgestellt werden, darauf weisen auch tendenziell die folgenden Publikationen hin, die nicht in der DGSv-Umfrage (2007) angeführt wurden.

In dieser Literaturübersicht der DGSv-Befragung (2007) nicht zitiert ist der bereits erwähnte Artikel von Johnsson (2001) (Abschn. 4.1), der eine spezielle Dynamik eines Supervisionsprozesses eines interdisziplinären Teams einer Klinik für palliative Tumortherapie darstellt, und Belardis (1996b) *„SterbebegleiterInnen benötigen Unterstützung“*, einer der ersten deutschsprachigen Aufsätze zu Supervision im Feld der Hospizversorgung. Auch nicht angegeben wurden zwei Artikel von Günter Rothenberg: *„Ausgangssituationen in der psychodramatischen Supervision mit Ehrenamtlichen“* (2005) und *„Supervision für Ehrenamtliche“* (2007[14]), die, wie schon die zitierten Aufsätze von Sipreck (2003) und Klitscher (2003), in der Fachzeitschrift *„OSC: Organisationsberatung, Supervision, Coaching“* (2016) erschienen sind. Diese Publikationen gehören in die Kategorie Praxisberichte (vgl. Petzold 2003, 134).

[14]Kittelberger – er hat in der Projektgruppe zur Durchführung der Befragung des DGSv (2007) mitgewirkt – ergänzt in seinem Artikel (2008, 559) Rothenberg (2007), siehe auch den im Text folgenden Absatz.

In *„Dem Affen Zucker geben? Supervision als pastoralpsychologische Aufgabe im Feld von Hospizarbeit und Palliative Care“* (2008) bezieht sich Kittelberger auf die oben dargestellte DGSv-Befragung (DGSv 2007): Einerseits ergänzt er die angeführte Literatur um drei weitere Publikationen (Rothenberg 2007, Heilmann 2002, Dormeier 2004, zitiert nach Kittelberger 2008, 559), alle drei behandeln Supervision im Kontext von Hospizarbeit bzw. Ehrenamt. Andererseits bezieht er sich auf die in der Befragung genannten Supervisionsthemen, um eine bestimmte Feldkompetenz zu fordern, die es seiner Meinung nach als Supervisor_in in der Hospizarbeit braucht. Seine Conclusio ist, dass Supervision von Hospizarbeit das Gebiet der Pastoralpsychologie ist, denn die supervisorische Kompetenz ist in diesem Feld

> „[…] in erster Linie theologisch-hermeneutischer und pastoralpsychologischer Natur.“ (Kittelberger 2008, 565)

Er sieht spirituelle Fragen

> „[…] wider alle Erwartungen nicht bearbeitet“ (Kittelberger 2008, 566)

und stellt abschließend fest, dass für Supervision angefragte Theolog_innen – und spricht dabei von einem *„wir“* – im Feld der Hospizarbeit ihre ureigene pastoralpsychologische Aufgabe (Kittelberger 2008, 566) vernachlässigen.

Der Theologe Kittelberger (2008) steckt seinen „Markt“ ab mit dem Argument, dass spirituelle Aspekte einer Profession, nämlich der Pastoralpsychologie, zugeordnet werden müssen (Kittelberger 2008, 566). Hier sei auf Birgit und Andreas Heller (2014, 24) verwiesen, die feststellen, dass Impulse für Spiritual Care von *allen* Professionen ausgehen, und eine grundsätzliche Haltung beschreiben, die wohl auch für Supervisor_innen in diesem Feld von Bedeutung ist, um Wünsche nach *„spirituellen Konzepten“* (DGSv 2007), wie sie in der Umfrage geäußert wurden, auch wahrnehmen zu können. Baldauf (2008), der sich mit der Spiritualität und Religiosität in der Supervision mit ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen beschäftigt hat, berichtet von sehr unterschiedlichen Wünschen in Bezug auf Spiritualität vonseiten der Supervisand_innen: Nicht nur die Supervisor_in spielt eine Rolle, sondern auch die Gruppe, und mitunter gibt es auch eine klare Ablehnung, Spiritualität in der Supervision zu thematisieren (Baldauf 2008, 90 f.).

Abgesehen von Kittelbergers (2008) supervisorisch-pastoralpsychologischem Blick auf das Feld der Hospizarbeit (vgl. auch Schmuck 2012), bietet Kittelbergers Aufsatz (2008) wichtige Aussagen über Supervision in der Hospizarbeit, weil er grundlegende Erkenntnisse aus dem Feld erstmals zusammenfasst – und

damit den aktuellen Forschungsstand festhält – sowie spezielle Aspekte skizziert, die für die vorliegende Untersuchung als Referenzwissen Bedeutung haben.

Er führt aus, dass existenzielle Themen die „*Supervision im Umfeld des Todes*“[15] als speziell erscheinen lassen (Kittelberger 2008, 559), da sich Supervisand_innen wie auch Supervisor_innen damit auseinandersetzen müssen. Für eine Supervisor_in, die selbst nicht ehrenamtlich tätig ist, wirkt das Spannungsfeld Hauptamt und Ehrenamt, in dem es gilt, auch Position zu beziehen (Kittelberger 2008, 560). Dabei sind Begriffe wie „professionell“ aus dem Verständnis des Feldes heraus zu deuten (vgl. Kittelberger 2008, 562). Nach Kittelberger (2008, 560) wird Supervision in der deutschen Hospizszene nicht als Instrument der Qualitätssicherung gesehen. Hier gilt es auf die Parallelen zu Österreich zu verweisen (4.2.1). Des Weiteren betont Kittelberger (2008, 560 f.), dass durch den Wandel der Hospizbewegung und die Veränderungen im Gesundheitswesen viele Organisationsentwicklungsaufgaben in die Supervision eingebracht werden und ein Teil der Rollenunklarheiten auch Kernelemente der Hospiz-Pionierbewegung sind. Er fasst zusammen (2008, 561), dass die Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Interkompetenz von allen Publikationen als zentrale Elemente von Hospiz und Palliative Care gesehen werden (vgl. 3.2.2). Eine Leitdisziplin wird so ausgeschlossen, und auch das Ehrenamt wird als eigene Profession verstanden (vgl. 3.4).

Neben diesen Erkenntnissen äußert Kittelberger eine Vermutung, die Supervisor_innen in diesem Feld in den Blick nimmt: Supervision in der Hospiz- und Palliativversorgung macht Angst (Kittelberger 2008, 562):

> „So wie der Tod ängstigt, so wie die Begleitung Sterbender und ihrer Familien ängstigt, so ängstigt auch die Supervision der Begleiter. Diese Erkenntnis scheint lapidar, gehört jedoch zu den am häufigsten verschwiegenen. Sie findet sich kaum in der Literatur und selten im Gespräch. Ich selbst habe mir im Laufe der letzten 13 Jahre und ca. 500 Sitzungen Supervision in Hospizvereinen und palliativen Settings diese Angst selten eingestanden. Aber sie existiert und wäre allein schon ein Grund,

[15] Peter Varevics und Hilarion Petzold publizierten 2005 den Artikel *„Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid Trost Sinn – Hilfen für beraterische, therapeutische und supervisorische Suchbewegung“*, der in den bisher angeführten Publikationen keine Erwähnung findet. Der Aufsatz bezieht sich auch nicht auf das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung, sondern widmet sich der Frage, wie die im Titel angeführten Themen in einem supervisorischen Setting bearbeitet werden können. Es wird hier deutlich gemacht, dass das *„Umfeld des Todes“*, die Auseinandersetzung mit Sterben, Tod und Trauer, im supervisorischen Kontext auch jenseits von Hospiz und Palliative Care ein Thema ist, das aufgegriffen und nicht ausgespart werden sollte.

> das Thema zu verschweigen. Benennt man die Angst, gelangt man nicht selten zum Gefühl der Hilflosigkeit. Diesen Ort betreten SupervisorInnen schon gar nicht gern, da sie ja als Stütze und Hilfe gerufen werden!“

Mit Angst und Tod umzugehen, auf organisatorischer, teambezogener und persönlicher Ebene, macht Hospizarbeit und Palliative Care für Supervision besonders herausfordernd, und gerade deshalb ist Forschung hier durchaus hilfreich: Denn wie Möller (2010b, 11) feststellt, hat Beratung immer das Ziel, ein System handlungsfähig zu machen oder zu halten. Wissenschaft hingegen darf sich auch eine Zeit im Stadium des Nichtwissens, des Verstörtseins, des Unangenehmseins aufhalten. Für die untersuchten Supervisionsprozesse, wie auch für mich als Supervisorin und Forscherin, war folglich der methodologische Dreischritt der Datenerhebung (5.2.5) – Teilnahme im Feld, Protokollierung, Reflexion – unerlässlich und hilfreich, um eigene Ängste und persönliches Unbehagen verstehen zu lernen und um die von mir als Supervisorin geforderte Handlungsfähigkeit zu erhalten.

Mit der Angst (Kittelberger 2008, 562) gilt es umzugehen, denn mit Tod und Sterben wird eine kompetenter Umgang erwartet, wie eine qualitative Studie zu Supervision mit Fokus auf Palliativstationen – aus der Sicht von Führungskräften – zeigt. Uwe Fahr (2012) führte sechs Expert_inneninterviews auf drei unterschiedlichen Palliativstationen in Deutschland durch und kam zu folgenden Ergebnissen (Fahr 2012, 57 f.): Bestimmte Rahmenbedingungen, wie Teamgröße, berufliche Heterogenität[16], unterschiedliche Lernstile, Charakteristika der Patient_innen und die Art der Palliativkultur, haben Auswirkungen auf die Supervision. Von Supervisor_innen wird, wie bereits eingeleitet, ein kompetenter Umgang mit Sterben und Tod erwartet, auch die psycho- und gruppendynamischen Auswirkungen dieser speziellen Anforderungen sollten berücksichtigt werden. Feldkenntnisse sind erwünscht, Fallsupervision wird den Supervisor_innen nicht in allen Einrichtungen zugetraut. Außerdem berichten Führungskräfte von emotionalen „Verletzungen“, die in Supervisionen stattgefunden haben.

Seine Schlussfolgerung: Eine stärkere Integration von Supervision in die Entwicklung von Palliativstationen ist wünschenswert, ebenso eine regelmäßige Kontraktüberprüfung mit den Auftraggeber_innen wie auch die Arbeit mit zwei Berater_innen (vgl. Knopf 2009, 352, vgl. 4.2.1) sowie der Einsatz spezifischer Methoden. Zur Zusammenarbeit von Berater_innen publizierte Fahr gemeinsam

[16]Es fällt auf, dass Fahr nicht den – in der Palliative Care sehr verbreiteten – Begriff der Interdisziplinarität verwendet, sondern von beruflicher Heterogenität spricht.

mit Greißel (2012) den Artikel *„Kooperation ist gesund. Die erfolgreiche Arbeit in einem Supervisorenteam. Am Beispiel einer Palliativstation“*. Fahr ist einer der wenigen – hier genannten Autor_innen – der Supervision explizit auch mit der Entwicklung von organisationalen Strukturen in Verbindung bringt, was sich mit seinem Forschungsfokus auf Palliativstationen erklären lässt.

Palliativstationen in Deutschland standen schon 2009 im Mittelpunkt einer bundesweiten Befragung (Müller et al. 2009), in der spezifische Belastungsfaktoren, aber auch mögliche Schutzfaktoren der Mitarbeiter_innen von Palliativstationen untersucht wurden. Eine solche Schutzfunktion wurde von den Befragten auch der Supervision zugestanden, die nach dem Team, dem Privatleben, dem Humor und der Familie als ein *„sehr wichtiger“* (2009, 605) Entlastungs-/Schutzfaktor bewertet wurde. Die Autor_innen formulieren als Fazit für die Praxis:

> „Im palliativmedizinischen Team sollten die Ansprüche an die eigene Praxis thematisiert und geklärt werden, um somit vielleicht unrealistische Ansprüche zu senken. Dies beinhaltet eine genaue Definition der Arbeitsziele und der Aufgabe des einzelnen Mitarbeiters im gesamten Team. Vor allem in Phasen mit einer Häufung von Todesfällen sollten in Supervisionen und in Fortbildungen belastende Faktoren wie die Beziehung zum Patienten zum Thema gemacht werden. Die Teamkommunikation sollte gezielt gefördert werden, um sie als wichtigsten Schutzfaktor zu erhalten.“ (Müller et al. 2009, 608)

Ausgehend von dieser Studie wurde 2012 der Sammelband *„Wie viel Tod verträgt das Team?“* publiziert (Müller, Pfister 2012, vgl. 1.1). Hier findet sich Supervision im Titel eines Aufsatzes (Rechenberg-Winter 2012), bei zwei weiteren Autor_innen gibt es im Text Bezüge zu Supervision. Zu letzteren zählt Fengler (2012), der Belastungssymptome von Palliativteams beschreibt, die einerseits im Rahmen von Supervision bzw. einer Reflexion besprechbar werden (2012, 154 f.). Andererseits kann Überbelastung zu einem Rückzug führen, der Supervision zur Zeitbelastung werden lässt (2012, 156). Kern und Pauler (2012) führen Erfahrungen zu Überredseligkeit und Sprachlosigkeit aus und nähern sich diesen Phänomenen auch mit einem supervisorischen Blick (2012, 165), um dahinterstehende Anliegen einem Verstehen zuzuführen. Rechenberg-Winter (2012) geht in ihrem Aufsatz *„Der entlastende Blick. Supervision als Schutzfaktor“* auf Supervisionsanliegen ein, zeigt thematische Spannungsfelder auf und stellt abschließend mit Blick auf Belastungen fest (2012, 194):

> „Die Belastungen der einzelnen Mitarbeiter sind selten ausschließlich ein individuelles Thema. Meist korrespondieren sie mit Spannungen oder Konflikten im Team und bedingen sich dann gegenseitig in ihrer Ausprägung und Eskalation. Folglich sind sie nicht individuell zu lösen, sondern brauchen den Rahmen einer Teamsupervision.

> Hier ist Raum für umfassenden Erfahrungsaustausch, der in der straff organisierten und getakteten Alltagsroutine nicht vorgesehen ist.“

Damit kann Supervision zusätzlich zur Entlastung im Kontext von Krankenhaus auch als Schutzfaktor für Mitarbeitende der Palliativversorgung gesehen werden. Auch für die Entwicklung und Reflexion organisationaler Strukturen (vgl. Fahr 2012) bietet Supervision einen Rahmen.

Die bisher angeführte Literatur legt einen Schwerpunkt auf Supervision mit Ehrenamtlichen bzw. Supervision in der Hospizarbeit. Auffallend ist auch, dass neben zwei Studien (Fahr 2012, Müller et al. 2009) und einer Umfrage (DGSv 2007) nur eine Diplomarbeit (Kafko 2004), eine Masterarbeit (Baldauf 2008) und zwei Abschlussarbeiten von Supervisionsausbildungen (Steurer 2005, Weiler 2006) vorliegen, die auf empirischen Grundlagen basieren. Alle anderen Publikationen sind Fachartikel mit Praxisbezug. Ein Blick auf englischsprachige Literatur ermöglicht eine gute Ergänzung, denn hier findet sich umfangreichere Forschung mit teils innovativem Forschungsdesign. Auch um hauptamtliche Mitarbeiter_innen mehr in den Blick zu nehmen, schaffen englischsprachige Publikationen ebenfalls neue Einblicke, da hier vor allem diplomierte Pflegekräfte im stationären wie ambulanten Bereich im Fokus von Supervision stehen.

4.2.3.3 Englischsprachige Forschung

Wie in Kapitel 2.3 dargestellt, wird für das Beratungsformat „Supervision“ im Englischen der Begriff *„clinical supervision“* oder auch *„caseload supervision“* (Dixon 2008, 146) verwendet, dennoch verirren sich in die Recherche immer wieder Publikationen, die *„supervision“* im Titel haben und damit nicht berufsbezogene Beratung, sondern Anleitung durch Vorgesetzte meinen.

Was schon für die deutschsprachige Literaturrecherche galt, gilt auch für die englische: Es gibt nur wenig Literatur zu *„clinical supervision“* und *„hospice care“* bzw. *„palliative care“*. Es folgt ein Überblick über die Rechercheergebnisse und im Anschluss wird auf bestimmte Besonderheiten in Artikeln und auf die Studiendesigns Bezug genommen.

Rechercheüberblick:

Die Recherche[17] ergab zu *„hospice care“* und *„clinical supervision“* acht Publikationen, die sich auf drei Publikationen reduzieren, da die restlichen nicht den

[17]Recherchiert wurden im Mai 2016 über den „Karlsruher Virtuellen Katalog“ (in allen nicht deutschsprachigen Katalogen) sowie in Fachzeitschriften Publikationen aus den Jahren 2008 bis 2016 unter der Rubrik „key words“ jeweils zwei Begriffskombinationen: „hospice care“ / „clinical supervision“ sowie „palliative care“ /„clinical supervision“.

gefragten Inhalten entsprechen oder Doppelnennungen sind. Dazu zählen der Sammelband von Renzenbrink (2011) mit dem Titel *„Caregiver stress and staff support in illness, dying, and bereavement“*, der Artikel von Girling et al. (2009) und die Studie von Nordentoft (2008) (vgl. 2.1).

Die Suche nach *„palliative care“* und *„clinical supervision“* ergab 62 Artikel, bei genauerer Betrachtung finden sich auch hier viele Doppelnennungen bzw. sind die Werke vom Inhalt her nicht passend. Es bleiben zehn Publikationen von Relevanz, wobei Renzenbrink (2011) und Nordentoft (2008) schon unter *„hospice care“* erwähnt wurden. Zu nennen sind der Bericht von Edmonds et al. (2015), die Literaturstudie von Gillman et al. (2015), der Artikel über ein spezifisches Supervisionssetting von Watmore-Eve (2011), die Action-Research-Untersuchung von Bergdahl et al. (2011), die Dissertation von Dixon (2008) sowie Jones, der insgesamt drei Artikel verfasste (2011, 2008a, 2008b).

Über das Journal *„HNE, Handover for nurses and midwives“* stieß ich auf Campbells (2010) Studie zu *„Clinical Supervision in Palliative Care“*, die die Evaluation von Supervision für das Pflegepersonal des Calvary Mater Hospitals in Newcastle, Australien, zum Inhalt hat.

Zu den soeben zitierten Publikationen, die **nicht auf empirischen Studien beruhen**, jedoch alle in Journals publiziert wurden, gehört Edmonds et al. (2015). Hier geht es um die Implementierung und Erfahrung mit einer speziellen Form von *„clinical supervision“*, die wir im Deutschen als *„Intervision“*[18] bezeichnen würden. Der Artikel, erschienen im *Journal of Palliative Medicine*, schildert die Erfahrungen eines interdisziplinären Palliativteams in San Diego (USA) mit selbst organisierter und geführter Intervision. Anhand eines konkreten Praxisfalls, den ein Arzt schildert, wird ein Erkenntnisprozess dargestellt, der die Vorteile der interdisziplinären Zusammensetzung des Teams herausstreicht wie auch die Entlastung aufgrund der gemeinsamen Reflexion schildert. Ein ganz ähnliches Setting skizzieren auch die Britinnen Watmore-Eve (2011) und Girling et al. (2009): Jenny Watmore-Eve – Sozialarbeiterin im St. Joseph's Hospice in London – stellt wie Girling – für das East Anglia's Children's Hospice – ein Intervisionsmodell vor, das sich bewährt hat und von den Mitarbeitenden gut in Anspruch genommen wurde.

Im Gegensatz dazu steht der Brite Alun Jones[19] (2011, 2008a, 2008b), der in seinem Artikel von einem Supervisionsverständnis ausgeht, der dem in Kapitel 2.3 definierten Supervisionsbegriff entspricht. Er stellt Supervision als hilfreiches

[18]Unter einer Intervision wird kollegiale Beratung verstanden (vgl. Buer 1999, 220).

[19]Alun Jones publizierte auch schon vor 2008 zu *„clinical supervision“* und *„palliative care nurses“* (Jones 1998, 1999).

reflexives Setting in Fachzeitschriften, wie dem *European Journal for Palliative Care* (2008a) oder dem *European Journal of Cancer Care* (2008b), vor. Sein im Jahr 2011 in dem Sammelband *„Routledge handbook of clinical supervision"* erschienener Artikel richtet sich vor allem an Supervisions- und Beratungskolleg_innen und er geht auf die Supervisand_innen, das Palliativpflegepersonal, ein.

Die Studien zeichnen sich durch forschungsmethodische Vielfalt aus: Gillman et al. (2015) bildeten ein australisches Forscherinnenteam, das im Rahmen einer Literaturreview die veröffentlichten und unveröffentlichten Studien zwischen 2007 und 2013 recherchierte, mit dem Ziel, persönliche und organisationale Resilienz- und Bewältigungsstrategien auf Palliativstationen – mit Schwerpunkt Onkologie – aus der Sicht von Pflegepersonen zu sammeln. Untersuchungen zu Supervision machen hier nur einen geringen Teil aus, trotzdem führe ich diese Studie an, weil sie zu einem interessanten Ergebnis kommt: Es gibt viele Strategien, jedoch keine, die sich als besonders effektiv herausgestellt hat. Als entscheidend wird die Selbstverantwortung der einzelnen Mitarbeiter_innen erachtet, wobei die Unterstützung vonseiten der Organisationen als integraler Bestandteil für das Gelingen individueller Bewältigungsstrategien angesehen wird.

Lynette Campbell (2010) evaluiert unter anderem mittels einer Fokusgruppe die Supervision im Calvary Mater Hospital in Newcastle, Australien, die dort 2009 eingeführt wurde. Auch sie machte Palliativ-Pflegekräfte zum Mittelpunkt ihrer Forschung. Ein Ergebnis der Evaluierung ist, dass Supervision einen wichtigen Schutzfaktor darstellt, um die Anforderungen zu bewältigen.

Zurück nach Europa und zu Bergdahl et al. (2011), Dixon (2008) und Nordentoft (2008), deren Studien vom Design her der vorliegenden Untersuchung am nächsten kommen.

Bei Bergdahl et al. (2011), einem schwedischen Forscherinnenteam, steht ein Supervisionssetting im Mittelpunkt der Forschung. Auf Grundlage eines Aktionsforschungsdesigns (vgl. 5.3.1) richtet sich ihr Fokus auf die Verbesserung der Sorgebeziehungen zwischen mobilen Pflegekräften und Palliativpatient_innen. Anlass der Untersuchung waren Beschwerden von Betroffenen. Drei unterschiedliche Datenquellen wurden ausgewertet, und die teilnehmenden Pflegekräfte stellen am Ende eine Stärkung fest, eine intensivere Reflexion über die Patient_innenbeziehungen sowie Verbesserungen im Umgang mit den Patient_innen.

Die einzige Dissertation, die ich im Zuge der Recherche zum Thema Supervision und Palliative Care fand, ist von Elizabeth Dixon (2008)[20] mit dem Titel

[20]Dixon erstellte eine kumulative Dissertation, in der die Untersuchung zu Palliativpflegekräften eine von mehreren Publikationen ist.

„Examining clinical supervision with palliative care nurses“ aus dem Fachbereich klinische Psychologie. Sie forschte zu Supervision, die von ausgebildeten klinischen Psycholog_innen bzw. Psychiater_innen durchgeführt wurde. Ihr Untersuchungsdesign umfasste zwei Teams zu je 20 Personen. Sie führte eine quantitative Umfrage durch, es wurde gefragt nach: Dauer der Arbeitstätigkeit, Belastungs- und Stressfaktoren, Teilnahme an Supervisionen etc. Es gab einen Rücklauf von etwas mehr als der Hälfte der Fragebögen (27). Der qualitative Teil umfasste acht Interviews und drei Fokusgruppen und hatte den Nutzen von Supervision zum Thema. Die Untersuchung zeigt, dass Supervision als hilfreich angesehen wird, es herrscht jedoch auch viel Unklarheit über das Setting selbst, das es transparenter zu machen gilt. Dixon (2008, 146) stellt fest, dass zwei unterschiedliche Supervisionssettings angeboten werden: Die „clinical supervision“, die Teamdynamiken, Reflexion und den Umgang mit Emotionen im Fokus hat, sowie „caseload supervision“, eine reine Fallsupervision, in der Patient_innen im Mittelpunkt stehen. Die Pflegekräfte stellten fest, dass sie beide Settings für ihre Arbeit brauchen, doch ein Teil der Befragten konnte nur „caseload supervision“ in Anspruch nehmen. Dixon (2008, 167) schreibt dazu in der Conclusio ihrer Untersuchung:

> „This study examined the stress levels of nurses and then explored the usefulness and delivery of clinical supervision for palliative care nurses within two teams. The results showed that, despite enthusiasm for the concept, a range of barriers and confusions meant that an inconsistent pattern of clinical supervision which did not meet all the needs of the nurses had developed. In order to rectify this and provide better support for these nurses a framework of supervision consistent with theory was suggested.“

Das heißt, eine Klarheit bezüglich des Settings Supervision ist für die Supervisand_innen entscheidend, um die Unterstützung von Supervision zu erhalten, die sie für ihre Arbeit als hilfreich erachten (vgl. 2.2.5).

Helle Merete Nordentoft (2008) wurde bereits in Kapitel 2.1 zitiert, ihre Verwendung von Wittgensteins „Sprachspiel“-Begriff und Konzeptualisierung von Supervision als Forschungsinstrument vorgestellt. Sie untersuchte Veränderungen in der *„emotion work“* (Hochschild 1983, zitiert nach Nordentoft 2008, 14 f.) – damit ist das Stärken, Abschwächen oder auch Umwandeln von Gefühlen gemeint – in interdisziplinären Teamkonferenzen, die anschließend an Supervisionssitzungen stattfanden. Dazu sammelte sie zehn Monate lang Daten: in Form von Feldbeobachtungen, Videoaufzeichnungen, teilnehmenden Beobachtungen von 21 Stunden Supervisionssitzungen und 20 Stunden interdisziplinärer Teamkonferenzen. Ihre Ergebnisse gehen sehr auf sprachliche Formulierungen, Ausdrücke und Metaphern ein, die im Verlauf der Untersuchung immer spezifischer

verwendet wurden und deren Gebrauch sie einem Lernprozess zuschreibt. Hier führt sie wieder zu Wittgenstein (1953) zurück und stellt fest, dass kognitive Veränderungen als Lernen zu verstehen sind. Dieses Lernen kommt als sprachliche Differenzierung zum Ausdruck. So kann eine Sorge für Patient_innen, aber auch für die Mitarbeitenden differenzierter formuliert werden. Sie fasst zusammen, welche Bedeutung diese Erkenntnis für Palliative Care hat:

> „I argue that this recognition captures one of the great challenges in palliative care, namely, to separate the carer's own needs and emotions from those of patients. I therefore conclude that CS [clinical supervision, Anm. UH] enhances professional development and may prevent burnout in palliative care." (Nordentoft 2008, 924)

Supervision bringt professionelle Entwicklung, da Bedürfnisse und Gefühle vonseiten der Pflegenden feiner differenziert werden, und letztlich hilft diese differenzierte Wahrnehmung auch, eigene Grenzen besser schützen zu können.

Die englischsprachige Literatur des von mir recherchierten Zeitraums legt einen Schwerpunkt auf Krankenhäuser. Sie versteht Supervision als Schutzfaktor gegen Burn-out, sieht die Unterstützung von Organisationen als integralen Bestandteil für das Gelingen individueller Bewältigungsstrategien, fordert Klarheit über das Setting Supervision und beschreibt – in einem kontinuierlichen, reflexiven Austausch – einen deutlichen Nutzen für Supervisand_innen und in der Folge auch für Betroffene.

Insbesondere die empirischen Studien von Bergdahl et al. (2011) und Nordentoft (2008) zeigen, dass Supervision nicht nur *be*forscht, sondern auch – im Sinn einer partizipativen Forschung (Abschn. 5.3) – auch *er*forscht wird. Bevor Supervisionsforschung als partizipative Forschung (5.3.3) skizziert wird, braucht es noch einen Fokus auf Supervision als Forschungsinstrument. Daher erfolgt nun die Konzeptualisierung von Supervision als Forschungsinstrument, das durch das prozessuale Beratungsgeschehen Einblicke in das Forschungsfeld ermöglicht.

4.3 Supervision als Forschungsinstrument

Supervision wird in der vorliegenden Untersuchung als Forschungsinstrument verstanden, dem ethnografisch-partizipative Forschungsstrategien (Kap. 5) zugrunde gelegt werden. So wird es möglich, ein Untersuchungsdesign zu konzipieren, das über die Erforschung von Supervision, im Sinne einer an ein bestimmtes Setting gebundenen Empirie, hinausgeht (vgl. Weigand 1998, 7, vgl. Gröning 2013, 27). Durch diese theoretisch-methodische Erweiterung um ethnografische und

partizipative Strategien gelingt eine Teilnahme und Teilhabe (Cook 2012, § 2) der Supervisandinnen als Co-Forscherinnen, und eine Positionierung der Supervisorin/Forscherin im Feld (5.2.4, 5.2.5, vgl. Breidenstein et al. 2013, 43) kann erfolgen.

Damit diese Forschungsstrategien Anknüpfungspunkte finden, bedarf es einer Einordnung und Zuordnung der vorliegenden Supervisionsforschung als Gegenstand und Mittel der Forschung (4.3.1). Des Weiteren werden Forschungsebenen des Supervisionsprozesses (4.3.2) dargestellt. Sie ermöglichen eine Aufschlüsselung der Ausschnitte der sozialen Wirklichkeit, die in einer Supervision anzutreffen sind, um auch hier schlüssig aufzuzeigen, welchen Beobachtungsfokus die vorliegende Untersuchung einnimmt.

4.3.1 Supervision: Gegenstand und Mittel der Forschung

Forschung im Kontext von Supervision kann nach Peter Berker (2008, 88) unterschieden werden in: Supervision als „*Gegenstand der Forschung*“ und als „*Mittel zur Forschung*“. Supervision als „*Gegenstand der Forschung*“ sieht er bisher anhand von drei Leitfragen (Berker 2008, 89) untersucht. Dazu zählt die Evaluation, die Supervision meist mittels Befragung legitimieren soll. Neben der Biografieforschung, die spezifischen Themen von Supervisand_innen und Supervisor_innen folgt, legt die Rekonstruktion von Supervisionsprozessen den Schwerpunkt auf die Analyse von Transkripten, Bild- und Tonaufzeichnungen sowie Beobachtungen und hat meist zum Ziel, die Wirkkraft von Supervision zu untersuchen. Die in Kapitel 4.1 vorgestellten Publikationen von Berker und Bruer (1998) und Petzold et al. (2003) sind diesem Feld der Wirkungsforschung zuzurechnen. Diese drei Leitfragen decken bei Weitem nicht die Supervisionsliteratur ab, denn konzeptionelle Orientierungen, Supervisionsformate und auch deren Wirkung werden, so Heidi Möller (2010b, 13), ebenfalls als Leitthemen der letzten Jahre gesehen. Berkers (2008, 88 f.) Unterscheidung ist dennoch hilfreich, um Supervision als Gegenstand der Forschung erfassbar zu machen.

Für die vorliegende Untersuchung von Bedeutung ist seine Konkretisierung, inwiefern Supervision ein „*Mittel zur Forschung*“ sein kann. Berker (2008, 90) sieht eine Nähe zur qualitativen Forschung und betont die Fülle an Daten, die im Zuge eines Supervisionsprozesses erhoben werden. Er stellt fest (Berker 2008, 90):

> „Diese Daten sind zunächst gesammelte Alltagsbeobachtungen. Aus diesen Beobachtungen werden dann in kollegialem Austausch Informationen, die dann wiederum zu neuem Wissen führen können. […] dann entsteht neues Wissen über die berufliche Wirklichkeit dieser Supervisanden.“

Damit wird eine Einordung der vorliegenden Supervisionsforschung ermöglicht. Supervision wird als Gegenstand der Forschung im Sinne einer Rekonstruktion verstanden, die den Supervisionsprozess als *„Ausschnitte aus der Wirklichkeit"* (Weigand 1998, 6) beschreibt und begreift. Supervision ist jedoch auch Mittel der Forschung, ein Forschungsinstrument. Denn das Ziel der Empirie ist das Erfassen der Themen, Anliegen, Reaktionen, die sich durch die Forschungsebenen des Supervisionsprozesses (4.3.2) veranschaulichen lassen und von den Supervisandinnen formuliert und in weiterer Folge in Fokusgruppensettings kommentiert werden (vgl. 6.5). Mithilfe der dokumentarischen Methode (Abschn. 6.4) werden – ausgehend vom gesammelten Datenmaterial – diese Erlebnis- und Erfahrungszusammenhänge aufgeschlüsselt (Kap. 7, Abschn. 8.1), mit dem Ziel, wissens- und erlebnismäßige Bedingungen zu generieren und den Habitus von Einzelpersonen oder Gruppen als kollektive Handlungspraxis zu rekonstruieren (vgl. Nentwig-Gesemann 2013, 296).

4.3.2 Forschungsebenen des Supervisionsprozesses

Der Supervisionsprozess wird als Beratungsgeschehen verstanden. Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung erstreckte sich der zu erforschende Verlauf jeweils über den Zeitraum eines Jahres, bestehend aus einer ersten Kontaktaufnahme, dem Vorgespräch und aufeinanderfolgenden Supervisionsterminen. Diese aufeinanderfolgenden Sequenzen, die im kausalen Zusammenhang stehen, stiften so eine Ereignisfolge und bilden, wie in dieser Untersuchung, einen Beratungsprozess ab (vgl. Busse, Hausinger 2013,7 ff.).

So ein Prozess wird von unterschiedlichen Ebenen konstituiert. Dazu wird auf Münchs Konzept von Supervision als Sprachspiel (2011, 267, vgl. 2.1) zurückgegriffen. Das supervisorische Sprachspiel setzt sich aus drei Ebenen zusammen: **der Beratungssituation**, in der Supervisor_in und Supervisand_innen zusammentreffen, **dem Erzählten** und **dem Bezug**, der in weiterer Folge auf das Nichtgegenwärtige, auf das, was erzählt wird, genommen wird (Münch 2011, 269, vgl. 2.1).

Ausgehend von diesen drei Komponenten beschreibe ich die Ebenen der Supervision, indem ich mich auf Gotthardt-Lorenz et al. (2009, 363 ff.) beziehe, die Supervisionsebenen und Supervisionssysteme in ihrer Komplexität wie folgt erklären.

So entspricht Münchs Beratungssituation dem „Beratungssystem Supervision", und damit ist die Beratungssituation gemeint, aber auch alle zusätzlichen Wirkelemente. Dazu gehört die Auftragsorientierung der Supervision. Damit ist das konkrete Anliegen an die Supervision gemeint, das in der Regel in schriftlichen oder

mündlichen Kontrakten festgelegt wird. Auf das Beratungssystem wirkt auch die Professionsorientierung, die alle Formen der Metareflexionen beinhaltet wie die kollegiale Supervision oder Kontroll- und Lehrsupervision[21]. Das heißt, die Reflexion der Supervision wird als Teil der Supervision verstanden und gehört neben der Beratungssituation und der Auftragsorientierung zum Beratungssystem. Eine Wechselwirkung besteht zwischen der Ebene des Beratungssystems und der Ebene des Arbeitsfeld-, Organisations- und Gesellschaftskontextes, der Ebene zwei. Bei Münch entspricht das dem Erzählten, dem Feld. Themen und Fragestellungen kommen von dieser Ebene zwei des Arbeitskontextes und werden in das Beratungssystem eingebracht und dort besprechbar gemacht und im besten Fall auch verknüpft und verstanden. Münch nennt diesen Schritt den Bezug, der auf das Erzählte gemacht wird: also die Beratungssituation, in der auf das Erzählte Bezug genommen wird.

Gotthardt-Lorenz et al. (2009, 366) beschreiben diese Ebenen als

- das Beratungssystem, die Ebene eins,
- das Arbeitsfeld (mit Organisations- und Gesellschaftskontext), die Ebene zwei, und
- das Thema, die Fragestellungen, also der Bezugspunkt, die Ebene drei.

Die vorliegende Untersuchung fragt nach dem Erleben und der Handlungspraxis von Hospiz- und Palliativteams im Kontext von Supervision, daher beziehe ich mich auf Ebene drei, den Bezugspunkt zwischen Beratungssystem und Arbeitsfeld.

Diese supervisorischen Themen, die sich aus der Ebene zwei, dem Arbeitsfeld, generieren, zeigen sich in der Supervision (vgl. Gotthardt-Lorenz et al. 2009, 364) anhand von Interaktionen mit Betroffenen oder am Beispiel von Fragen zu Rollen, Positionen, Aufgaben, auch Professionen und Persönlichkeiten. Dabei werden auch Team-, Gruppen- und Abteilungsdynamiken wie auch Führungsdynamiken sowie Organisationsstrukturen- und -kulturen sichtbar.

Was nun in den einzelnen Supervisionen (Ebene eins) mit dem Erlebten aus dem Arbeitsfeld (Ebene zwei) für ein Bezug (Ebene drei) hergestellt wird, ist der Beobachtungsfokus der untersuchten Supervisionsprozesse.

[21]In dieser Untersuchung wird die Metareflexion mit einer forschungssupervisorischen Reflexion durchgeführt (vgl. 6.3.2), dem dritten Teil des methodologischen Dreischritts: Teilnahme im Feld, Protokollierung, systematische Reflexion (5.2.5).

4.4 Fazit

Supervision in der Hospiz- und Palliativversorgung in Österreich ist als Beratungsformat umfassend definiert, scheint in den Berufsstandards der einzelnen Berufsgruppen auf, wird jedoch für die einzelnen Berufsgruppen und Angebote sehr unterschiedlich konzeptualisiert. In den tatsächlichen Prozessabläufen wird Supervision nicht berücksichtigt, daher bleibt offen, welchen Beitrag Supervision im Arbeitsfeld leisten soll und kann. Das zu klären, obliegt letztlich der Auftragsklärung.

Supervision in diesem Feld verlangt Demut (vgl. Kittelberger 2008, 569) und einen sehr bewussten Umgang mit dem Thema Angst (vgl. Kittelberger 2008, 562). Vielleicht erklären auch diese besonderen Herausforderungen des Feldes die zahlenmäßig geringe Ausbeute der Literaturrecherche, die sich auch durch eine bedrohlich wirkende emotionale Dichte erklären lässt: Denn Supervisand_innen haben nicht nur, aber auch von Sterben und Tod zu berichten. Unaussprechliches, Furchterregendes und Abgründiges kommt zur Sprache, und das spiegelt sich unweigerlich im Supervisionsgeschehen (Kittelberger 2004, 29) (Kap. 7) wider.

Als Fazit zu Supervision im Forschungsfeld der Hospiz- und Palliativversorgung sind drei Aspekte für die vorliegende Untersuchung wesentlich:

Supervisand_innen selbst formulieren „ihre Supervisionsthemen“ (DGSv 2007, 7) mit: *„Konfliktlösung, existentielle Grenzerfahrungen, Sterben und Tod, Verlust und Trauer, Ekel, Sinn, Suizidalität, Verzweiflung, multikulturelle Erfahrungen, Schuld, nonverbale Kommunikation (wenn Sprechen nicht mehr möglich ist), Selbstschutz, eigene Betroffenheit, Nähe, Distanz, Grenzüberschreitung, Sprachlosigkeit, Schweigen aushalten“*.

Demgegenüber steht die häufig aus der Praxis reflektierte Erkenntnis vonseiten der Supervisor_innen, dass existenzielle Themen, das Spannungsfeld Hauptamt/Ehrenamt, Veränderungen im Gesundheitswesen und Prinzipien (vgl. 3.2.2) wie Interdisziplinarität, Interprofessionalität und Interkompetenz auch für das Supervisionsgeschehen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung als zentrale Elemente angesehen werden. Die Rolle der Organisationen wird nur von wenigen Publikationen erwähnt bzw. explizit beschrieben (Kittelberger 2008, Fahr 2012, Gillmann et al. 2015), wohingegen Supervision als Entlastung (DGSv 2007, 7), Stärkung (Bergdal et al. 2011, Edmonds et al. 2015) oder als Schutzfaktor sehr viel häufiger Erwähnung findet (Nordentoft 2008, Rechenberg-Winter 2012, Edmonds et al. 2015).

Aus der Perspektive der wissenschaftlichen Forschung kann anhand der englischsprachigen Publikationen festgehalten werden, dass die Be- und Erforschung von Supervision sowohl im Setting von Supervision als auch als Forschungsinstrument erfolgt. Das heißt, Supervision ist Gegenstand (Nordentoft 2008) wie

auch Mittel der Forschung (Bergdal et al. 2011, Berker 2008, 88), wobei qualitative (Dixon 2008), partizipative (Bergdahl et al. 2011) wie auch ethnografische Zugänge, in Form von Beobachtung (Nordentoft 2008), eine gelungene Umsetzung gefunden haben. Damit schließt die vorliegende ethnografisch-partizipative Untersuchung, die Supervision als Forschungsinstrument konzeptualisiert und im deutschsprachigen Raum keine methodischen Vorbilder hat, an internationale Forschungsansätze an.

Die konkrete Aufschlüsselung der Ebenen eines Supervisionsprozesses zeigt, worauf Supervision als Forschungsinstrument seinen Fokus richtet, welche Ausschnitte der sozialen Wirklichkeit beschreibbar werden. Damit wird deutlich, dass sich die Forschung nicht durch das Supervisionsgeschehen alleine begründet, sondern Supervision als Instrument fungiert, das erst durch die forschungsstrategische Ausrichtung als ethnografisch-partizipative Forschung (vgl. Weigand 1998, 7) Methodenpluralität erfährt und eine Teilhabe ermöglicht.

Forschungsstrategie: ethnografisch und partizipativ

5

Wie im Titel der Dissertation formuliert, wird Palliative Care im Fokus von Supervision erforscht. Palliative Care verortet sich im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung (Abschn. 3.1, Abschn. 3.2), Supervision versteht sich hier als Forschungsinstrument (Abschn. 4.3), dem Forschungsstrategien (Abschn. 5.2, Abschn. 5.3) zugrunde gelegt werden, die es ermöglichen, ein Untersuchungsdesign zu konzipieren, das über die Erforschung von Supervision hinausgeht. Mit dem ethnografisch-partizipativen Forschungszugang erfährt Supervision eine Einbettung in einen sozialwissenschaftlichen Rahmen (vgl. Weigand 1998, 7). Ethnografieforschung als qualitative Forschungsmethode hat den Anspruch, Lebenswelten aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Der Blick richtet sich auf soziale Wirklichkeiten, auf deren Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale (Flick et al. 2013, 14), und Dynamik wie Logik des Forschungsfeldes werden zugänglich gemacht (Breidenstein et al. 2013, 7). Partizipative Forschung verfolgt das Ziel, soziale Wirklichkeiten verstehen *und verändern* zu wollen (von Unger 2014a, 1). Diese beiden weit gefassten Begriffe der Ethnografie und der partizipativen Forschung legen die Forschungsstrategie der Untersuchung fest: Ausgehend von zwei Supervisionsprozessen wird das Ziel verfolgt, Wirklichkeiten beschreibbar und besprechbar zu machen, sie zu verstehen und Strategien zu entwickeln, mit herausfordernden Themen umzugehen und sie gegebenenfalls auch zu verändern. Das erfordert eine *„reflexive Distanz“* (Honer 1993, 61): Um diese zu erreichen, bieten grundlegende methodologische Haltungen der Feldforschung (Breidenstein et al. 2013, 42 ff.) hilfreiche Distanzierungsmaßnahmen, die sich in der vorliegenden Untersuchung, unter Bezugnahme auf die psychoanalytische Methode der Work Discussion (5.2.4), zu einem methodischen Dreischritt (5.2.5) konzeptualisieren. Es gilt auch den konkreten Forschungsanliegen und

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_5

Vorgaben der partizipativen Forschung gerecht zu werden: Denn ein wesentlicher Aspekt partizipativer Forschung ist die Teilhabe: Cook (2012, § 2) nennt das *„researching with people rather than on"*. Gerade die Teilhabe wird in dieser Untersuchung über eine Mitsprache der Supervisandinnen (Hausinger 2009, 248) hinaus gedacht, und mithilfe von Fokusgruppen werden Elemente partizipativer Forschung umgesetzt.

5.1 Forschungsstrategische Einordnung von Supervision

Ziel der Untersuchung ist die kontinuierliche Beobachtung von Supervisionsprozessen, um eine soziale Wirklichkeit zu beschreiben. Daher wird nun, bevor die ethnografische (Abschn. 5.2) und partizipative (Abschn. 5.3) Forschungsstrategie im Detail zur Darstellung kommt, der „Forschungscharakter" der Supervision explizit gemacht. Dabei wird der Supervision ein kritisches und komplexes Forschungsverständnis (Hausinger 2009, 248) zugeschrieben, das bereits partizipative Ansätze mitbringt. Der forscherische, supervisorische Blick richtet sich auf soziale Wirklichkeiten, die, wie die Ethnografie, sich der Dynamik und Logik der Felder aussetzen (vgl. Breidenstein et al. 2013, 7). Im Anschluss wird Supervision zur Feldforschung und Ethnografie in Bezug gesetzt, und es werden übereinstimmende Haltungen und Blicke auf das Feld verdeutlicht. Das schafft eine Einordnung von Supervisionsforschung in die ausgewählten sozialwissenschaftlichen Forschungsstrategien und ermöglicht eine konkludente Überleitung zur Darstellung dieser ethnografischen (Abschn. 5.2) wie auch partizipativen (Abschn. 5.3) Forschungszugänge.

5.1.1 Der „Forschungscharakter" von Supervision

Supervision ist durch eine hohe Komplexität (Möller 2012, 84 ff., Hausinger 2009, 241) gekennzeichnet. Supervision ist vielschichtig: Sie ist durchdrungen von bewusstem und unbewusstem Handeln, Denken, Fühlen und Erleben aller Beteiligten. Supervisand_innen wie auch Supervisor_innen bewegen sich unter anderem zwischen innerer und äußerer Realität, Struktur und Prozess (Hausinger 2009, 241). Supervisionsprozesse haben in dieser „Suchbewegung" einen „Forschungscharakter". Möller sieht den Supervisionsprozess als Forschungsprozess

(2010a, 220, 2012, 89 f.), Krainer (2007, 13 ff.) zieht Parallelen zwischen Interventionsforschung[1] und der Supervision (vgl. Scala, Grossmann 1997).

Wie erklärt sich dieser „Forschungscharakter", der Supervision hier zugeschrieben wird? Schon vor einer Supervisionsanfrage und dem Start einer Supervision beginnt der Beratungsprozess: Denn Teams oder Organisationen nehmen Probleme wahr, oft werden Lösungsversuche unternommen, meist werden unterschiedliche Strategien ausprobiert, bevor dann externe Beratung in Anspruch genommen wird (vgl. Knopf 2009, 339, vgl. Rappe-Giesecke 2009, 64).

Der thematische Bezugspunkt, in Kapitel 4.3.2 beschrieben, der sich aus dem Arbeitsfeld generiert, wird bei der ersten Kontaktaufnahme beziehungsweise in Vorgesprächen als Anliegen der Auftraggeber_innen, der Supervisand_innen, formuliert. Das heißt, die Supervisor_in nimmt die geäußerten Anliegen und Themen auf und formuliert sie mündlich – bzw. nachgereicht in schriftlicher Form als Kontrakt – am Beginn des Supervisionsprozesses oder im Zuge des Vorgesprächs.

Der erste Schritt in diesem Prozess wird von den Teams gesetzt: In der Supervisionsanfrage äußert sich der Wunsch, sich mit konkreten Fragen auseinandersetzen zu wollen, sie zu ergründen und konkrete Lösungsstrategien zu entwickeln.[2] Dieser Auftrag kann als Nachdenken, im Sinne John Deweys auch als *„forschendes Betrachten"* (1964, 198), als Wunsch nach Erkenntnis, nach Entwicklung von Veränderungsmöglichkeiten wahrgenommen werden.

> „Wo Nachdenken ist, da befindet sich etwas in der Schwebe. […] Da die Sachlage, aus der das Denken geboren wird, zweifelhaft ist, ist der Vorgang des Denkens ein

[1]Hier wird auf einen Ansatz der Interventionsforschung Bezug genommen, der an der Universität Klagenfurt am Institut für Interventionsforschung und Kulturelle Nachhaltigkeit vertreten wird (Krainer, Lerchster 2012, 10). Peter Heintel, emeritierter Professor für Philosophie und Gruppendynamik am Institut für Philosophie der Universität Klagenfurt, war von 2001 bis 2009 Mitglied des Instituts für Interventionsforschung und Kulturelle Nachhaltigkeit und gilt als wichtiger Wegbereiter dieser Forschungsrichtung (vgl. Universität Klagenfurt 2016b). Interventionsforschung wird als Prozesswissenschaft verstanden und ordnet sich als neuer und junger Zweig innerhalb der qualitativen Sozialforschung ein (Lerchster 2012, 26). Das Institut für Organisationsentwicklung, Gruppendynamik und Interventionsforschung wurde mit 1.1.2017 geschlossen (Universität Klagenfurt 2017).

[2]Das gilt auch für Teams, die Supervision als Teil des Qualitätsmanagements vonseiten der Organisation quasi „verordnet" bekommen. Auch diese Teams fragen eine Supervisor_in an und – auch wenn es vorher keinen konkreten Anlass für Supervision gibt, sondern der Impuls vonseiten der eigenen Organisation gesetzt wird – so wird in jeder Supervisionseinheit durch das Einbringen von konkreten Themen der Wunsch nach Auseinandersetzung mit Fragestellungen deutlich.

> Befragen, ein forschendes Betrachten, ein Erkunden der Dinge. […] Denken heißt nach etwas fragen, etwas suchen, was noch nicht zur Hand ist.“ (Dewey 1964, 198)

Ziel der Anfrage vonseiten der Auftraggeber_innen ist nicht Forschung im engen wissenschaftlichen Sinn, doch das Sich-Einlassen auf ein Beratungssetting, in dem über Themen des Arbeitsfelds nachgedacht wird, kann als Wunsch nach einem *Erforschen* interpretiert werden. Das heißt, von einem grundsätzlichen Forschungsinteresse kann ausgegangen werden, im Sinne eines Entdeckens, Enträtselns, Generierens von Neuem durch Nachdenken, Benennen und Umsetzen, durch Intervention. Gerade die Intervention – als bewusstes Tun, indem sie Beobachtungen, Reflexionen oder andere methodische Angebote zur Verfügung stellt – gibt dem Supervisionsprozess einen Forschungscharakter im Sinne der Interventionsforschung. Krainer und Lerchster (2012, 9) sehen Interventionsforschung als:

> „Eine Forschung, die Interventionen verschiedener Art beforscht oder eine Forschung, die selbst Interventionen setzen will. Erstere untersucht etwa Interventionsstrategien, Interventionsformen und versucht deren Wirkungen zu bewerten, die Zweite will von vornherein mit bestimmter Absicht in konkreten Systemen wirksam werden bzw. zu deren Weiterentwicklung beitragen.“

Supervision hat die Absicht zu verändern, da sie – wie oben bezüglich der Supervisionsanfrage beschrieben wurde – oft gefordert oder benötigt wird, weil bestimmte Problemfelder erkannt wurden, eine aktive Veränderung, eine Weiterentwicklung gewünscht wird (vgl. Rappe-Giesecke 2009, 64). Krainer (2007, 14) sieht Parallelen zwischen Interventionsforschung und Supervision vor allem in der Zielsetzung,

> „[…] einen Prozess der Aufklärung von Individuen, Gruppen oder auch Organisationen zu initiieren, zu begleiten, zu unterstützen.“

Ausgehend von diesen Parallelen zur Interventionsforschung und den Vorstellungen von Supervision als Forschungsprozess oder auch als „Prozess des Erforschens“ braucht es Forschungskompetenz, die bei der Supervisor_in, aber auch bei den Supervisand_innen angesiedelt ist. Gotthardt-Lorenz et al. (2009, 366) sehen die Forschungskompetenz der Supervisor_in, neben den methodisch-inhaltlichen Voraussetzungen und Erfahrungen[3], vor allem in einer grundsätzlichen Offenheit.

[3]Forschungskompetenz der Supervisor_in wird auch aus den Anforderungen an die Supervisor_in heraus als „*Kompetenz als Beratungssystem-EntwicklerIn, als Beziehungskompetenz, als Deutungs- und Rückkoppelungskompetenz oder Interventionskompetenz“* etc. definiert (Gotthardt-Lorenz et al. 2009, 366).

Eine Offenheit gegenüber Organisationen, Teams und deren Rollen- und Positionsträger_innen, ihrer Arbeit und den Bedingungshorizonten: Es gilt, sich der Komplexität der Herausforderung zu stellen und relevante Daten zu erheben und sich nicht zu schnell zu Annahmen hinreißen zu lassen.

Doch als Charakteristikum der supervisorischen Forschungskompetenz wird beschrieben, dass sie im Wesentlichen partizipativ erfolgt, also ein gemeinsamer Prozess von Supervisand_innen und Supervisor_in ist (Gotthardt-Lorenz et al. 2009, 366):

> „Im Beratungssystem ist eine zentrale Tätigkeit die Anleitung zur Exploration. In dem gemeinsamen Suchprozess der Beteiligten des Beratungssystems […] geht es immer darum, die zusammengetragenen Beobachtungen, Überlegungen, Vermutungen, Diagnosen aufzugreifen und im Kanon der Supervisionskontexte weiterzuführen und wiederum dem forschenden und erkennenden Prozess der Beteiligten zu überlassen."

Die Supervisand_innen und auch die im Professionssystem der Supervision vorgesehenen Kolleg_innen der Meta-Reflexion werden als *„Forschungsgefährten"* (Gotthardt-Lorenz et al. 2009, 366) beschrieben.

Diese Forschungskompetenz wird von Brigitte Hausinger (2009, 248) mit einem kritischen und komplexen Forschungsverständnis unterlegt. Dabei bezieht sich Hausinger (2009, 247 f.) auf Böhme (1993) und Habermas (1993): Sie betont, dass Supervisionsforschung eine kritische Auseinandersetzung bezüglich ihrer Methoden, Analysen, Bedingungen und Ideologien braucht, weil sich das Erkenntnisinteresse auf die Forschung, die Ergebnisse und Interpretationen auswirkt. Sie benennt vier Aspekte (2009, 248), die für die vorliegende Untersuchung von besonderer Bedeutung sind: Die Mitsprache der Beforschten bei der Ergebnis- und Erkenntnisgenerierung, Widersprüche und Verwirrungen benennen und aushalten, Abstand nehmen von Machbarkeits- und Beherrschbarkeitsvorstellungen, und sie sieht Supervision als Beforschung der sozialen Wirklichkeit. Damit verweist sie auf ein partizipatives Verständnis, das den Blick *auf* die Supervisand_innen richtet, diese jedoch noch *be-* und nicht *er*forscht. Der Fokus der Forschung sind soziale Wirklichkeiten, soziale Phänomene, die sich in einer Vielfältigkeit, Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit zeigen (Breidenstein et al. 2013, 9), die der ethnografischen Forschungsstrategie (Breidenstein et al. 2013, 8) entsprechen. Hausinger (2009, 248) formuliert anhand der angeführten Aspekte eine grundlegende Herangehensweise an eine komplexe Forschung, die eine kritische Haltung bezüglich Methoden und Erkenntnisinteresse bewahren muss.

5.1.2 Die Supervisor_in als kritische Feldforscher_in

Supervision mit Ethnografie zu verbinden und daraus ein Forschungsdesign zu konzipieren, hat keine wissenschaftlichen Vorbilder im deutschsprachigen Raum. Wie in 5.1.1 beschrieben, zeigen sich Parallelen zwischen der kritischen Forschungsstrategie, die Hausinger (2009, 248) für Supervisionsforschung einfordert, und partizipativen und ethnografischen Konzepten. Es findet sich eine Reihe von Aussagen namhafter Supervisor_innen, die von Feldforschung bzw. Ethnografie sprechen, wenn sie die Rolle der Supervisor_in charakterisieren: Insbesondere dann, wenn sie Supervision mit Arbeitsfeldern in Verbindung bringen, den Fokus beschreiben, den Supervisor_innen zum Feld einnehmen, oder die „Fremdheit" veranschaulichen, der Supervisor_innen in Organisationen begegnen. Dazu nun einige Beispiele, die im Anschluss mit der Ethnografie in Beziehung gesetzt werden, um dem „forscherischen" Verständnis von Supervision auch eine klare Verortung im Feld zu attestieren.

Angela Gotthardt-Lorenz (2002, 17) sieht Feldforschung und Felderkundung als wesentliche Elemente supervisorischen Handelns:

> „Die Felderkundung und -forschung gehören zum Handwerkszeug von Supervisorinnen und Supervisoren, auf dessen Hintergrund – wie schon ganz zu Anfang genannt – Themen der Supervision erkannt, zugeordnet und Hypothesen zugeführt werden können, die über den unmittelbaren Bedingungskontext, welche von den Supervisionsteilnehmerinnen eingebracht werden, hinausgehen."

Gerhard Leuschner veranschaulicht in *„Supervision – eine Kunst der Beziehung"* (2007, 14), worauf die Supervisor_in ihren Fokus richtet und dass die Supervisor_in teilnehmende Beobachter_in ist:

> „In unserem Blick ist das, was uns berichtet wird, und das, was wir beobachten in den Arbeitsbeziehungen. Gleichzeitig erleben wir und beobachten wir das, was zwischen den Supervisanden und uns geschieht. Im Erleben drückt sich die Empathie und die unmittelbare Gefühlsnähe aus, Beobachten vollzieht sich mehr in distanzierter Betrachtung. Wir sehen uns selbst, wir betrachten auch uns in der Beziehung zum anderen aus einer gewissen Distanz. Wir sind unsere eigenen teilnehmende Beobachter."

Mathias Lohmer stellt in seinem Aufsatz „*Verwickelt, verstrickt und dennoch gut beraten. Abstinenz, Containment und Verantwortung im Beratungsprozess"* (2012, 63) folgende These auf:

> „Die Haltung des Beraters kann so – in Entsprechung zum ethnologischen Forscher im Feld – als teilnehmende Beobachtung verstanden und konzeptualisiert werden."

Er reagiert auf die Verstrickungen im Feld mit dem Konzept der Berater_in als Feldforscher_in und teilnehmender Beobachter_in. Damit begegnet er den von Hausinger (2009, 248) formulierten Wiedersprüchen mit einer klaren Verortung im Arbeitsfeld.

In ihrem Aufsatz *„Was können Supervisoren von der Ethnopsychoanalyse*[4] *lernen?“* geht Heidi Möller (1997) – sich unter anderem auf Devereux (1974), Morgenthaler et al. (1984), Erdheim (1984) und Nadig (1986) sowie Nadig et al. (1991) beziehend – auf das *„In-die-Fremde-Gehen, um die eigene Kultur zu entdecken“* ein (Nadig 1986, zitiert nach Möller 1997, 285). Supervisor_innen treten in Organisationskulturen ein und haben mit ihrer Präsenz und Beobachtung eine Wirkung (Möller 1997, 285):

> „Der Supervisor, der eine Organisation betritt, begegnet den kulturellen Mustern der Organisation, denen er kompatibel gemacht werden soll. Er wird schnell einen Sog registrieren, denn es sind zumeist starke Kräfte am Werk, die ihn in die Organisationskultur als übergeordnetes Abwehrsystem integrieren sollen. Die Organisation antwortet sofort auf die Präsenz und Intervention des Supervisors. Dessen Beobachten selbst verändert das Leben der Organisation, der Beobachter ist immer auch Teil seiner Beobachtung. Dem Prozess der ‚Entkulturation des Supervisors‘ kommt insofern hohe diagnostische Bedeutung zu.“

Hier kann bereits eine Verbindung zu Kapitel 5.2.1 hergestellt werden, wo Strategien der Ethnomethodologie des soziologischen Gegenstands selbst, aber auch der Beobachter_in thematisiert werden (Garfinkel 1967, Breidenstein et al. 2013, 29).

Welche Aussagen können nun in Bezug auf die Verbindung zwischen Supervision und Ethnografie getroffen werden? *„Ausschnitte aus der Wirklichkeit“* (Weigand 1998, 6), die sich in der Supervision zeigen, können im ethnografischen Sinn als *„kleine Lebenswelten“* (Honer 1993, 14 ff.) verstanden werden. Das Forschungsinteresse, ethnografisch wie auch supervisorisch, fragt, wie diese Wirklichkeiten erzeugt (Lüders 2013, 390) und letztlich auch verstanden werden können. Damit ist kein alltäglicher Blick auf die Handlungspraxis gemeint, sondern ein distanzierter Blick, der *„befremdet“* (Amann, Hirschauer 1997, 12). Die hier genannten Aussagen über die Rolle und den Blick der Supervisor_in finden in der Beschreibung der Feldforscher_in starke Übereinstimmung. Die Feldforscher_in muss wie die Supervisor_in mit der

[4]Die Ethnopsychoanalyse verbindet die Psychoanalyse mit der Ethnologie, indem *„die Interdependenzverhältnisse zwischen Kulturen (bzw. Gruppen) und Individuen auf einem tiefenpsychologisch-psychoanalytischen Hintergrund*“ untersucht werden (Möller 1997, 285).

zu erforschenden Welt *„hochgradig vertraut werden“* (Honer 2009, 197 f.), braucht jedoch auch eine *„reflexive Distanz“* (Honer 1993, 61, vgl. 5.2.5), um einerseits die Fähigkeit nicht zu verlieren, Differenzen zu den Selbstbeobachtungen des Feldes wahrzunehmen, und um andererseits eine analytische Distanz aufrechtzuerhalten (Breidenstein et al. 2013, 66). Die ethnografische Forschung wie auch die Supervision haben eine sozialwissenschaftliche Haltung der Neugier, soziale Wirklichkeiten zu erfassen und sich auch der Logik und Dynamik des Feldes auszusetzen (Breidenstein et al. 2013, 7). Die Forschungsstrategie der Ethnografie kann daher der Supervisionsforschung hilfreiche methodologische Begründungen für die Forschungsmethodik (Abschn. 5.2) wie auch für die soziale Position der Supervisor_in als teilnehmende Beobachter_in (Breidenstein et al. 2013, 66 ff., 5.2) zur Verfügung stellen.

5.2 Ethnografische Forschungsstrategie

Sollen Lebenswelten oder Alltagspraxis empirisch untersucht werden, können mit den beteiligten Personen Interviews geführt und Dokumente recherchiert werden mit dem Ziel, umfangreiches Wissen über die Praxis zu erlangen. Ein anderer Weg ist, längerfristig in diese Lebenswelt als teilnehmende Beobachter_in *„einzutauchen“* (von Unger et al. 2007, 28). Diese ethnografische Forschungsstrategie bringt Kenntnisse von realzeitlichen Abläufen der sozialen Praxis. Im Unterschied zum Interview, das momenthaft und punktuell erhebt, also zu einem bestimmten Zeitpunkt, sieht die teilnehmende Beobachtung eine zeitlich gestreckte Erhebung vor: kontinuierliche, Wochen oder Monate dauernde Feldphasen sind üblich (Amann, Hirschauer 1997, 16).

Ziel dieser Erhebungsmethode ist nach Breidenstein et al. (2013, 42)

> „[…] Teilhabe an der Introspektion sozialer Situationen – an ihrer Selbstbeobachtung und ihrem Selbstverständnis.“

Was bedeutet nun Ethnografie und wie wird teilnehmende Beobachtung konzeptualisiert? Im folgenden Kapitel wird auf die Entwicklung des Forschungszugangs (5.2.1) eingegangen und es werden seine Merkmale und Besonderheiten (5.2.2, 5.2.3) dargestellt sowie die ethnografische Forschungsstrategie – unter Bezugnahme auf die Methode der psychoanalytischen Work Discussion (5.2.4) – der vorliegenden Untersuchung veranschaulicht.

5.2.1 Ethnografie als teilnehmende Beobachtung

Aus dem Zugang der teilnehmenden Beobachtung entwickelten sich seit den 1990er-Jahren Forschungsstrategien, die unter dem Begriff der Ethnografie zusammenfasst werden. Lüders (2013, 389) führt dazu aus:

> „Zum anderen begann man, teilnehmende Beobachtung in einem weiter gefassten Sinn als eine flexible, *methodenplurale kontextbezogene Strategie* zu verstehen, die ganz unterschiedliche Verfahren beinhalten konnte. Für dieses Verständnis hat sich inzwischen der Begriff der Ethnographie eingebürgert […]. (Hervorhebung im Original)"

Dieser ethnografische Forschungszugang umfasst unterschiedliche Strategien der Datensammlung, wobei die teilnehmende Beobachtung den charakteristischen Zugang zum Feld markiert. Hammersly und Atkinson (2007, 3) fassen prägnant zusammen:

> „In terms of data collection, ethnography usually involves the researcher participating, overtly or covertly, in people's daily lives for an extended period of time, watching what happens, listening to what is said, and/or asking questions through informal and formal interviews, collecting documents and artefacts – in fact, gathering whatever data are available to throw light on the issues that are the emerging focus of inquiry."

Die Ethnografie selbst leitet sich aus drei unterschiedlichen Traditionen (Breidenstein et al. 2013, 13) her: aus der ethnologischen Kulturanalyse, der Subkulturforschung der Chicago School und der Soziologie des Alltags. Diesen drei Traditionen gemeinsam ist das Ziel zu entdecken, zu erkennen, wobei es bei diesem Aufspüren immer auch um die Unterscheidung von Fremdem und Vertrautem geht und deren Verwandlung: Fremdes wird Vertrautes, Vertrautes fremd (Amann, Hirschauer 1997, 11 f.).

Die Ethnologie, die Herkunftsdisziplin der Ethnografie, hatte sich im Zuge der Kolonialisierung die Beforschung der „anderen", der nichteuropäischen Kulturen zum Ziel genommen. Forschte man anfangs aus einer Distanz[5] heraus, Amann und Hirschauer (1997, 10) bezeichnen diese Haltung als *„Armchair-Anthropology"*, etablierten sich in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts Prinzipien der

[5]So wird der britische Ethnologe Sir James Frazer auf die Frage, ob er je persönlichen Kontakt mit Eingeborenen gehabt hätte, zitiert: *„But heaven forbid!"* (Benedict 1948, 587, zitiert nach Breidenstein et al. 2013, 14).

ethnologischen Feldforschung, die bis heute gültig sind: Allen voran steht die Grundbedingung der Anwesenheit im Forschungsfeld, weitere Prinzipien sind die Suche nach der Binnenperspektive[6] der beforschten Gesellschaft und die Unbekanntheit, die in der Ethnologie immer als Unvertrautheit verstanden wird (Breidenstein et al. 2013, 18, vgl. Amann, Hirschauer 1997, 16 ff.).[7]

Ausgehend von diesen Prinzipien wird der Beschreibung (und auch Festschreibung) größere Aufmerksamkeit geschenkt, was zu einer Kontroverse über das Schreiben selbst führte (Clifford, Marcus 1986): In den 1980er-Jahren wurde die *„Writing-Culture-Debatte"* (Clifford, Marcus 1986) geführt, die Berg und Fuchs (1993) als Krise der ethnografischen Repräsentation bezeichnen.[8] Der Sammelband von Clifford und Marcus (1986) zeigt vor allem drei Aspekte der Ethnografie: Kultur wird *beschrieben*, daraus ergeben sich *Festschreibungen* und eine bestimmte *Konstruktion* von Kultur. Im Zentrum der Debatte stand besonders die literarische Rolle der Ethnograf_innen, die kontrovers diskutiert wurde: Clifford und Marcus (1986) forderten einen stärkeren literarischen Schreibzugang, der Raum für subjektive Eindrücke lässt, im Gegensatz zur klassischen Anthropologie, wo eine neutrale, objektive Haltung propagiert wurde, die ganz in der positivistischen Wissenschaftstradition stand.

Breidenstein et al. (2013, 19) fassen zwei Dimensionen ethnologischer Forschung zusammen: die Macht ethnografischer Repräsentation, denn Forscher_innen machen immer Zuschreibungen, daher ist „Vielstimmigkeit"[9] in den Berichten gefordert. Eine zweite Dimension sind die Strategien der Nostrifizierung, die zeigen, dass Ähnlichkeiten und Gegensätze, die gesetzt werden, nicht neutral sind, sondern sprachlich fixieren und eben genau diese Ähnlichkeiten und Gegensätze festschreiben (vgl. Amann, Hirschauer 1997, 29 f.).

---

[6]Diese „Binnenperspektive" richtet den Blick auf die Kultur, die beforscht wird, mit der Frage: Was bedeutet die „fremde Kultur" für die „Fremden" selbst (Breidenstein et al. 2013, 18)?

[7]Bronislaw Malinowski sei hier als wichtiger Impulsgeber für die neuen Prinzipien genannt, die er unter anderem in seinem Bericht *„Argonauten des westlichen Pazifik"* (Malinowski 1979) formulierte (Breidenstein et al. 2013, 16 ff.).

[8]Auf diese Debatte beziehe ich mich in Kapitel 5.2.3 und stütze mich dort auf Lüders (2013, 398), der Bezug nehmend auf die hier angeführte *„Writing-Culture-Debatte"* anführt, dass diese Diskussion keine Antworten auf die Frage gegeben hat, wie ein Protokoll am besten verschriftlicht werden soll.

[9]Breidenstein et al. (2013, 19) verstehen unter „Vielstimmigkeit" die Verwendung von Dialogen, das Auftreten der Informant_innen der Autor_in im Text oder das Auftreten der Autor_in als spezifische Person im Text.

Neben der Tradition der Anthropologie und Ethnologie lässt sich Ethnografie auf die Sozialreformbewegung in den USA und Großbritannien des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts zurückführen (Breidenstein et al. 2013, 20 ff.). Dabei wurde auf ethnologische Leitvorstellungen und Forschungsprinzipien, wie oben ausgeführt, zurückgegriffen, und diese wurden auf einen sozialwissenschaftlichen Kontext angewandt (Lindner 2004, 17).

Vor allem in den USA der 1920er-, 1930er-Jahre und wieder aufgenommen in den 1950er-Jahren entstanden eigene Traditionen stadtsoziologischer Untersuchungen auf Basis teilnehmender Beobachtungen (Lüders 2013, 385). Die Stadtforschung hatte ihr Blütezeit von den 1920er- bis zu den 1940er-Jahren, wobei die *„Chicago School of Urban Sociology"* (Lindner 2004, 17) den Anfang machte. Aufgrund der Einwanderungswellen seit dem späten 19. Jahrhundert hatte sich die Einwohner_innenzahl Chicagos verzehnfacht. Auf engstem Raum lebte eine Vielzahl höchst unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen. Fokus der Forschung war die Beobachtung sozialer Phänomene in ihrem natürlichen Setting (Lindner 1990, Lindner 2004, Deegan 2007).

Zu den bekanntesten Vertreter_innen der Chicago School (Lindner 1990) zählen William Thomas, Robert Park und Ernest Burgess, wobei vor allem Park direkte Beobachtung einsetzte, die ihm aufgrund seiner als Reporter gesammelten Erfahrungen vertraut war[10]. Ähnlich wie eine Reportage mit dem Ziel, Leser_innen zu fesseln, indem sie am Geschehen teilhaben, sollte auch die ethnografische Forschung an den Schauplatz der Handlung versetzen, um zu sehen, zu hören und zu fühlen, was auch die Feldforscher_innen gesehen, gehört und gefühlt haben (Lindner 2004, 17, Deegan 2007).

Für die Herausbildung der ethnografischen Methode in der Soziologie war die Studie von William F. Whyte, *„Street Corner Society"* (1993), aus dem Jahr 1943 bedeutend, die mittlerweile zum Klassiker[11] avanciert ist. Hier wurde im Rahmen einer ethnografischen Milieuforschung teilnehmend beobachtet. Aus der soziologischen Stadtforschung, übernommen von der Unbeteiligtheit der Reporter_innen, entwickelte sich ein unvoreingenommener Blick auf das Feld,

[10]Der Beruf der Zeitungsreporter_in entstand in dieser Zeit. Für Reportagen wurden Orte aufgesucht, wo man sich sensationelle Neuigkeiten erwartete, wie Gefängnisse, Kliniken, Krankenhäuser, Gerichte oder Polizeistationen. Hier wurde zum Teil offen oder auch verdeckt recherchiert (Breidenstein et al. 2013, 22).

[11]Ist von „Klassikern" der Soziologie die Rede, sei hier auf Forschung aus Österreich der 1930er-Jahre verwiesen, wo auch unter anderem teilnehmend beobachtet wurde: *„Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit"* von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel (1933/1975).

ohne moralisches Urteilen (Lindner 1990, 265). Ähnlich wie sich in der Ethnologie aus der Missionar_in die Ethnolog_in herauskristallisiert, wird aus soziologischer Forschungssicht die Reformer_in zur Reporter_in (Breidenstein et al. 2013, 24).

Die Alltagssoziologie gilt als weitere Tradition, aus der heraus sich die Ethnografie und mit ihr die teilnehmende Beobachtung als historisch gewachsene kulturwissenschaftliche Erkenntnishaltung herauskristallisiert hat. Die Tradition der Alltagssoziologie geht auf Alfred Schütz (1971) zurück, wobei es ihm um Alltagswissen geht, um Handlungs- und Denkweisen, die zur Gewohnheit geworden sind (Schütz, Luckmann 1979). Auf diese Selbstverständlichkeiten einen unvertrauten, fremden Blick zu richten, stellt die gewohnten Denkmuster infrage. In *„Der Fremde"* beschreibt Schütz (1944/1972) einen Migranten in einer fremden Gesellschaft, in der er mit Umgangsformen, Deutungsmustern und Denkstilen konfrontiert ist, die ihm nicht vertraut sind. Der Fremde beobachtet den für ihn unvertrauten Alltag. Hier wird Alltagswissen, das als allgemein gültiges Wissen wahrgenommen wird, also allen scheinbar vertraut ist, erst durch die Beobachter_in unvertraut (Amann, Hirschauer 1997, 12 f., Breidenstein et al. 2013, 26, vgl. Möller 1997, 285, vgl. 5.1.2).

In dieser Denktradition der Alltagssoziologie steht auch Erving Goffman, der der Normalität des Alltags mit ungewöhnlichen Vergleichen und Metaphern begegnet: Er setzt Verfremdungsstrategien ein, um so der alltäglichen Vertrautheit etwas entgegenzusetzen (Breidenstein et al. 2013, 26 f.). So verwendet er den Begriff des Rahmens (Goffman 1974/1996), wie z. B. den Theaterrahmen. Was Goffman (1974/1996, 143) damit meint, verdeutlicht das folgende Zitat:

> „Die ganze Welt *ist* wie eine Bühne, wir stolzieren und ärgern uns ja ein Stündchen auf ihr herum, und dann ist unsere Zeit um." (Hervorhebung im Original)

Der Theaterrahmen dient dazu Situationen unterscheiden zu können, stellt jedoch gleichzeitig die Kriterien einer derartigen Sinnsetzung auch wieder infrage. So wird menschliches Verhalten als inszenierter Akt verstanden und kann in der Folge durch diese Entfremdung analysiert werden. Er setzte sich in späteren Texten wie *„Die Interaktionsordnung*" (Goffman 2001) und *„Das Arrangement der Geschlechter"* (Goffman 2001) mit Interaktionen auseinander, die er als einen von Ritualen und Regeln geformten Bereich beschreibt, und formuliert eine Theorie der Geschlechterverhältnisse (Kotthoff 2001). Seine Ansichten revolutionieren die Betrachtungsweise von Geschlecht innerhalb der

Soziologie, da er Methoden der Geschlechterstilisierung aufzeigt und Geschlecht als einen *„naturalisierten Ordnungsfaktor von Interaktionen“* (Goffman 2001, 160) beschreibt.[12]

Auch Harold Garfinkels Ethnomethodologie (1967) steht in der Tradition von Schütz. Unter Ethnomethodologie wird ein soziologischer Untersuchungsansatz verstanden, der soziale Ordnung, heruntergebrochen bis in Alltagssituationen, als eine methodisch generierte Hervorbringung der Mitglieder einer Gesellschaft begreift (Bergmann 2013, 119 f.).

Die Ethnomethodologie verfolgt das Ziel, Prinzipien und Mechanismen zu bestimmen, durch die Personen in ihrem Handeln sinnhafte Strukturierung und Ordnung herstellen können. Sie bezieht sich darauf, was um sie herum vorgeht und was sie in der Interaktion mit anderen äußern und tun. Im Fokus liegt das *Wie* des alltäglichen Handelns, und damit bietet die Ethnomethodologie auch neben Karl Mannheims (1980) Wissenssoziologie die Grundlage für die dokumentarische Methode, die sich als Auswertungsmethode etabliert hat und in der vorliegenden Untersuchung Anwendung findet (Abschn. 6.4, vgl. Bohnsack 2014, 58 f., Bohnsack et al. 2013, 14 f.)

Wie bereits von Goffman eingeführt, entwickelt die Ethnomethodologie Strategien zur aktiven Verfremdung des soziologischen Gegenstands und auch der Beobachter_in selbst. Was ist damit gemeint? Einerseits sind das bewusste Störungen von Normalität: Garfinkel forderte z. B. seine Studierenden auf, ihre Eltern einen Tag lang zu siezen (Breidenstein et al. 2013, 29). Andererseits wird bewusst auf das *„Fremde der eigenen Kultur“* (Breidenstein et al. 2013, 29) zurückgegriffen[13], um Normalität zu beobachten. Sehr bekannt ist Garfinkels Studie über eine Transsexuelle, *„Agnes“* (Garfinkel 1967). Er stellt fest, dass die Geschlechterdifferenzierung und ihre natürliche Selbstverständlichkeit keine naturhafte Realität sind (Bergmann 2013, 124). Die Ethnomethodologie kann in diesem Sinn in ihrer Forschungspraxis auch als eine erfolgreiche Methodenkritik verstanden werden (Bohnsack 2014, 60).

Noch eine andere Variante einer Verfremdungsmaßnahme ist die von Harvey Sacks, einem Kollegen Garfinkels und Schüler Goffmans: Er schlug ein *„doing being“* (Sacks 1984) vor. Das soll die soziologische Aufmerksamkeit auf die

[12]Goffman (2001) geht davon aus, dass die Biologie dafür verwendet wird, Differenzen zwischen Mann und Frau herzustellen, die zur Konstruktion unmissverständlicher Zuteilung von (ungleicher) Macht werden.

[13]Auf dieses „Fremde“ bezieht sich auch Möller (1997, 285, 5.1.2), wenn sie mithilfe der Ethnopsychoanalyse die Rolle Supervisor_in in der Organisation betrachtet.

„*Prozesshaftigkeit und die praktische Vollzugsbedürftigkeit aller sozialen Tatsachen*“ (Breidenstein et al. 2013, 30) lenken: Wird jemand als wütend oder traurig beschrieben, so ist das eine Zuschreibung. Sacks fragt nun mit dem „doing angry“ oder „doing sad“, wie das Wütend- oder Traurigsein denn „getan“ wird. Das alltägliche Verstehen wird so verlangsamt, ein Phänomen wird betrachtet, als würde es gerade erst getan (Breidenstein et al. 2013, 30).

Zusammenfassend heißt das: Die Tradition der Alltagssoziologie schaut auf Vertrautes, anders als die ethnologische Kulturanalyse und die Subkulturforschung, die auf das „Andere“[14] ihren Blick richten. Dieser Fokus auf Bekanntes erfordert allerdings, eine Fremdheit der Beobachtung herzustellen (Sacks 1984, Garfinkel 1967, Goffman 1974/1996, 2001).

Nach dieser Herleitung und Charakterisierung des ethnografischen Forschungszugangs folgt als Abschluss dieses Unterkapitels eine prägnante Beschreibung von teilnehmender Beobachtung, wobei hier die einzelnen, zuvor skizzierten Traditionen gut sichtbar werden, wenn Geertz (o.J., zitiert nach Amann, Hirschauer 1997, 20) mit der Ausgangsfrage jeder teilnehmenden Beobachtung den Anfang macht: *„What the hell is going on here?“*[15] Ein offener, neugieriger, bis zu einem gewissen Grad auch sich wundernder, auf jeden Fall ein nicht alles schon wissender Zugang wird hier pointiert formuliert, und die Frage kann an Vertrautes wie Fremdes gleichermaßen gerichtet werden.

Was heißt das für die teilnehmende Beobachtung nun konkret? Kennzeichnend für die Methode der teilnehmenden Beobachtung ist die Frage, wie Wirklichkeiten erzeugt werden, wie Menschen ihre Lebenswelten und Alltagspraxis erleben. Dabei werden Menschen nicht über ihre Erfahrungen *befragt*, sondern die Forscher_innen *tauchen* in das Feld *ein* und bauen aktive Beziehungen mit den Akteur_innen des Feldes auf (von Unger et al. 2007, 28). Dieser Zugang zeigt wesentliche Charakteristika (Lüders 2013, 391) auf, Breidenstein et al. (2013, 31) sprechen von *„Markenzeichen der Ethnografie“*. Auf diese wird nun im Detail eingegangen.

---

[14]Dieses „Andere“ ist nicht im Sinne eines sogenannten „Othering“ gemeint, welches das Fremde durch Exotisierung zum klischeehaften Anderen macht (Breidenstein et al. 2013, 19, Amann, Hirschauer 1997, 13).

[15]Amann und Hirschauer (1997, 20) verwenden dieses Zitat von Geertz, setzten seinen Namen in Klammer, ohne jedoch die genaue Quelle anzuführen. Auf das Zitat wird in der Literatur gerne Bezug genommen, nicht nur hier, es findet sich z. B. auch bei Lüders (2013, 391) und Streck et al. (2013, § 1).

5.2.2 Charakteristika ethnografischer Forschung

Wird Methode als geregeltes, immer wieder gleich anzuwendendes Verfahren verstanden, dann ist der ethnografische Zugang keine Methode, sondern

> „[…] eine Haltung und eine Forschungsstrategie, sich einem sozialen Phänomenen empirisch so zu nähern, dass es sich dem Beobachter in seiner Vielfältigkeit, Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit zeigen kann." (Breidenstein et al. 2013, 8 f.).

Auch Christian Lüders (2013, 389) versteht teilnehmende Beobachtung als eine flexible, methodenplurale, kontextbezogene Strategie. Er stellt fest, dass das Bemühen, kontextunabhängige Regeln zu formulieren, mit jedem Forschungsprojekt konterkariert wird, weil sich die Qualität der Studie nicht anhand des Einhaltens methodischer Regeln zeigt, sondern am situationsangemessenen Handeln und am geschulten Blick der Beobachter_innen sowie ihren Fähigkeiten, aus dem erhobenen Material verständliche Beschreibungen zu erstellen (Lüders 2013, 388).

Die Ethnografie verfügt daher über kein Regelwerk mit konkreten Verfahrensschritten (Breidenstein et al. 2013, 9), dennoch hat dieser Forschungszugang charakteristische Merkmale (Lüders 2013, 391 ff.), die nun genauer beschrieben werden.

Ethnografie beforscht soziale Praktiken im Feld. Der Feldbegriff steht hier im Gegensatz zu künstlichen Settings, die für Forschungszwecke geschaffen werden, z. B. Laborsituationen oder durchstrukturierte Interviews (Breidenstein et al. 2013, 33, vgl. Hammersley, Atkinson 2007, 3 f.). Charakteristisch sind hier die direkte, sinnliche Begegnung mit den Teilnehmer_innen im Feld und die Dauer der Forschung, meist ein über Monate (bis zu einem Jahr) dauernder Prozess. Diese intensiven Begleitungen ermöglichen ein umfangreiches Kontext- und Hintergrundwissen und eine Kennerschaft. Der Fokus liegt in der Regel auf wenigen Fällen, manchmal nur ein Setting – wie im Fall der vorliegenden Forschung das Setting der Supervision – oder eine Gruppe von Menschen, mit dem Ziel, in die Tiefe gehen zu können (Hammersley, Atkinson 2007, 3 f.).

Diese langen Zeiträume der Teilnahme stellen für die Forscher_in Herausforderungen dar, denn die Rolle der distanzierten und neutralen Beobachter_in verändert sich: Vertrauensvolle Beziehungen entwickeln sich und die Balance zwischen Nähe und Distanz kann manchmal schwierig zu halten sein. Die Teilnahme kann auch unterschiedlich ausgeprägt sein, wird verdeckt beobachtet oder wird, wie in der vorliegenden Untersuchung, das eigene Berufsfeld untersucht, ist eine starke Teilnahme phasenweise unvermeidlich und situativ gefordert (Breidenstein et al. 2013, 66 ff., vgl. 5.2.5). Um diese Herausforderungen gut zu

meistern, schlagen Hammersley und Atkinson (2007, 18) vor, die Rolle der Forscher_in in den Forschungsfokus zu nehmen.

> „By including our own role within the research focus, and perhaps even systematically exploiting our participation in the settings under study as researchers, we can produce accounts of the social world and justify them […]."

Breidenstein et al. (2013, 42 f.) weisen darauf hin, dass die Teilnahme im Feld, das *„extensive Dabei-Sein",* nur der erste Schritt der Forschung ist. Der zweite Schritt ist die Distanzierung, das Sich-frei-Machen von den Erfahrungen der Teilnehmer_innen im Feld, um zu protokollieren und zu analysieren, anders formuliert: um sich schreibend zu distanzieren (5.2.3, 6.3.1, 5.2.5)[16].

Neben der lang andauernden Teilnahme im Feld sind eine flexible Forschungsstrategie (Lüders 2013, 393 ff.) oder auch ein Methodenopportunismus (Breidenstein et al. 2013, 34 f.) charakteristisch für die ethnografische Forschung. Im Zentrum steht die teilnehmende Beobachtung, zusätzlich kommt es zu einem flexiblen Einsatz unterschiedlicher methodischer Zugänge, die jeweils auf die spezifische Situation, für den jeweiligen Forschungsgegenstand passend sind. Es geht hier nicht um die richtige oder falsche Anwendung einer Methode, sondern

> „[…] um die situations- und fallangemessene Realisierung einer allgemeinen methodologischen Pragmatik." (Lüders 2013, 394)

Der teilnehmenden Beobachtung wird nicht methodisch etwas entgegengesetzt, um blinde Flecken aufzuspüren, sondern um die Komplexität des Phänomens zu erhöhen, um unterschiedliche Blicke auf das Feld zu erhalten (Breidenstein et al. 2013, 34 f.). Diese Forschungsstrategie zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung durch die Anwendung der teilnehmenden Beobachtung in Kombination mit der Methode der Fokusgruppe (6.3.3). Die bereits in einem vorherigen Absatz erwähnte schreibende Distanzierung lenkt den Blick auf eine weitere Charakteristik der Ethnografie: das Schreiben und Versprachlichen, die Protokollierung von nachträglich Erinnertem.

[16] Auf die Spezifika des ethnografischen Schreibens gehe ich in Kapitel 5.2.3, auf die konkrete Protokollierung im Rahmen der vorliegenden Untersuchung in Kapitel 6.3.1 ein. Die Distanzierungsstrategien (Breidenstein et al. 2013, 42 ff.), die in der Untersuchung Anwendung fanden, werden in Kapitel 5.2.5 beschrieben.

Dabei sind nach Geertz (1987, 30) folgende Aspekte von Bedeutung: Die Beschreibung ist mikroskopisch und deutend. Das, was gedeutet wird, ist der Ablauf des sozialen Diskurses, und das Deuten selbst besteht darin, *„das „Gesagte“* eines solchen Diskurses *„dem vergänglichen Augenblick zu entreißen“* (1987, 30).

Bei einem Beobachtungsprotokoll handelt es sich folglich um einen Transformationsprozess, in dem ein in sich sinnhaft strukturiertes soziales Geschehen substituiert wird durch eine narrative nachträgliche Darstellung (Bergmann 1985, 308, zitiert nach Lüders 2013, 396). Beobachtungsprotokolle sind keine Repräsentationen von beobachteter Wirklichkeit. Sie sind

> „[…] Texte von Autoren, die mit den ihnen jeweils zur Verfügung stehenden Mitteln ihre ‚Beobachtungen‘ und Erinnerungen nachträglich sinnhaft verdichten, in Zusammenhänge einordnen und textförmig in nachvollziehbare Protokolle gießen.“ (Lüders 2013, 396,)

Die Protokolle zeigen nicht nur Erinnertes und nachträglich Verdichtetes, sie sind

> „[…] hochgradig interpretativ, analytisch und kommunikativ gegenüber möglichen Lesern.“ (Breidenstein et al. 2013, 36)

Und damit nicht genug: In den Protokollen wird beschrieben, was noch nicht in sprachlicher Form vorliegt. Erst durch die Beschreibung wird es zur Sprache gebracht. Auf diese forschungspraktischen Herausforderungen des Protokollierens und das auch mitunter nicht in Worte Fassbare des Feldes, das Hirschauer als *„Schweigsamkeit des Sozialen“* (Hirschauer 2001) bezeichnet, wird im Folgenden eingegangen.

5.2.3 „In Worte fassen“: die Besonderheiten ethnografischen Schreibens

Wie werden Beobachtungsprotokolle verfasst, gibt es Strukturierungsprinzipien? Und wie wird mit dem Stimmlosen, Stummen, Unaussprechlichen und Unbeschreiblichen im Rahmen des ethnografischen Schreibens umgegangen?

Es finden sich – vor allem im Vergleich zu verbreiteten Erhebungsmethoden wie dem Interview – kaum Hinweise in der Literatur, wie Beobachtungen in Sprache gefasst werden sollten und wie diese Sprache eine strukturierte Form erhalten kann. Die vor allem englischsprachige Diskussion über das Schreiben von

Ethnografien[17] – die Debatte wurde in Kapitel 5.2.1 genauer beschrieben, Berg und Fuchs (1993) halten sie für eine Krise der Repräsentation – bringt *„Reflexionsgewinne“* (Lüders 2013, 398), doch Lüders stellt weiter fest:

> „Vor allem gab es keine erkennbaren Antworten auf die brennende Frage, wie man denn nun am besten Protokolle erstellen sollte, welche Informationen sie enthalten und welche Struktur sie aufweisen müssten, damit sie als Grundlage der Auswertung dienen können.“

Wie ausgeführt, finden sich wenige Hinweise auf das Schreiben selbst. Als Grundlagenwerk gilt *„Writing Ethnografic Fieldnotes“* von Emerson et al. (2011), das praxisbezogen Antwort auf viele Detailfragen der ethnografischen Forschung gibt: Angefangen vom Feldzugang über das Erstellen von Protokollen, die unterschiedlichen Arten von Notizen, Memo-Techniken bis zur Auswertung. Im deutschsprachigen Raum hat Hirschauer (2001) zur Methodologie des ethnografischen Schreibens publiziert, ebenso Streck et al. (2013), die sich ausführlich mit dem Schreiben von Beobachtungsprotokollen im Zuge dreier Dissertationsprojekte auseinandergesetzt haben. Hier wird sehr ausführlich dargestellt, anhand welcher Orientierungslinien Beobachtungsprotokolle erstellt werden können und wie diese zu begründen sind. Konkrete Schreibpraxen werden verglichen, mit der jeweiligen Forschungsfrage in Bezug gesetzt und die daraus resultierende methodische Herangehensweise begründet.

Streck et al. (2013, § 6-10) stießen in der Literaturrecherche auf zwei Arten der Auseinandersetzung mit der Verschriftlichung von teilnehmender Beobachtung. In der vorwiegend angloamerikanischen Literatur der 1980er- und 1990er-Jahre finden sich Auseinandersetzungen mit Schreibstilen, Techniken gegen das Vergessen, methodischen und theoretischen Notizen (Emerson et al. 2011, Lofland 1979, Strauss et al. 1981, 27 ff., zitiert nach Streck et al. 2013, § 6-10). Schreiben wird hier mehr als Handwerk verstanden, wohingegen die zweite Herangehensweise intensiver dem *Was* gewidmet wird, dem Zur-Sprache-Gebrachten (Hirschauer 2001, 430) Aufmerksamkeit schenkt. Für Bergmann (1985, 308, zitiert nach Streck et al. 2013, § 6-10) ist die Protokollierung eine *„rekonstruierende Konservierung“*. Amann und Hirschauer (1997, 30) sehen im Schreiben ebenfalls nicht das „Handwerkliche“. Sie stellen fest:

> „Aufschreiben ist stets ein selektiver Akt des Zur-Sprache-Bringens von Erfahrungen, der zugleich eine Verschriftlichung (oder: Codierung) von Phänomenen ist, die zuvor keine Texte waren. Aufschreiben macht aus Erfahrungen *Daten*, die selbst

[17] Es ging hier um die Diskussion, dass Ethnografien keine 1:1-Repräsentationen beobachteter Wirklichkeit sind, dass es eine Autor_innenschaft hinter jeder Beobachtung gibt (Lüders 2013, 397).

> zum Gegenstand und Ausgangspunkt weiterer Erfahrungen gemacht werden können." (Hervorhebung im Original)

Auch der Blick auf die Versprachlichung nichtsprachlicher Felderfahrungen wird als grundlegend erachtet. Hirschauer sieht genau darin die Stärke der teilnehmenden Beobachtung und spricht von der *„Versprachlichung der schweigsamen Dimension des Sozialen"* (2001, 429). Bevor ich mich dieser *„schweigsamen Dimension"* ethnografischen Schreibens widme, möchte ich noch darauf eingehen, wie protokolliert werden kann und was es hier zu beachten gilt.

Streck et al. (2013) zeigen anhand ihrer eigenen Untersuchungen (Streck, Unterkofler, Reinecke-Terner), wie unterschiedlich Protokolle sein können: Es wird deutlich, dass Forschende entscheiden, auf welche Handlungsabläufe sie besonders achten und auf welche Aspekte sie verstärkt ihre Aufmerksamkeit richten: das gesprochene Wort, die Mimik, den Tonfall, die Bewegung im Raum oder den räumlichen, zeitlichen und akustischen Kontext der Handlungsfolge. Streck[18] und Reinecke-Terner[19] integrieren eigene Wahrnehmungen im Protokoll, und sie treten durchaus auch als Akteurinnen im Feld auf, während Unterkofler[20] als Akteurin selten in Erscheinung tritt, weder im Dialog noch im Beschreiben von Empfindungen. Sie misst jedoch dem Dialoggeschehen zwischen den Akteur_innen große Bedeutung bei und nimmt durch das Verfassen von methodischen Memos[21] eine Trennung zwischen Reflexion und situativem Geschehen vor. Reinecke-Terner beginnt

[18]Rebecca Streck erforschte das Nutzungshandeln von Drogenkonsument_innen in Einrichtungen der niederschwelligen Drogenarbeit. Sie beobachtete in einem Kontaktladen für Drogenkonsument_innen und an Bussen mobiler Drogenarbeit (Streck et al. 2013, § 11).

[19]Anja Reinecke-Terner untersuchte das Handeln in der Schulsozialarbeit anhand von zwei Schulen, ihr Fokus lag auf der Inanspruchnahme des Angebots aus Adressat_innenperspektive (Streck et al. 2013, § 11).

[20]Ursula Unterkofler stellte die Frage, wie Professionelle in der offenen Jugendarbeit mit Gewalt umgehen, indem sie die sozialpädagogische Praxis in unterschiedlichen Jugendtreffs beobachtete (Unterkofler 2014).

[21]Das Erstellen von Memos ist in der Grounded Theory (Glaser, Strauss 1998) von zentraler Bedeutung und dient dem laufenden Niederschreiben von Ideen, Eindrücken und Reflexionen. Emerson et al. (2011, 123 f.) beschreiben auf ethnografische Forschung bezogen, dass parallel zum detaillierten Niederscheiben der Feldnotizen kurze, auf die Analyse fokussierte Kommentare in Form von Memos, sie nennen sie „in-process memos", erstellt werden können. Erste Reflektionen, die durch das Niederschreiben auftauchen, werden so festgehalten und gehen nicht verloren. Dazu ein sehr treffendes Zitat von Becker (2007, 56, zitiert nach Emerson et al. 2011, 123) in Bezug auf das Festhalten von Gedanken: *„A thought written down … is stubborn, doesn't change its shape, can be compared with other thoughts that come after it."*

und beendet die Protokolle mit dem Feldein- und -austritt, während Unterkofler sich zunehmend auf Einzelepisoden beschränkt, und auch Streck fokussiert im Forschungsprozess auf bestimmte Akteur_innen (Streck et al. 2013, § 13).

Die verschiedenen Herangehensweisen eröffnen unterschiedliche Perspektiven auf das auszuwertende Material, sie begrenzen und eröffnen zugleich. Hier zeigt sich, dass auch in der Art der Protokollierung die Gegenstandsangemessenheit (Flick 2011, 276) für die jeweilige Forschungsfrage ausschlaggebend ist. Streck et al. (2013, § 32) betonen, dass es methodisch zu begründen und zu reflektieren gilt, warum und wie ein bestimmter Fokus auf das Handlungsgeschehen gelegt wird.

Doch auch das Untersuchungsfeld selbst spiegelt sich in der Struktur des Protokolls: Unterkofler stellt fest, dass die Ausschnitthaftigkeit ihrer Protokolle die Beschaffenheit professionellen sozialpädagogischen Handelns widerspiegelt (Streck et al. 2013, § 38). Die Autorinnen weisen auf einen zusätzlichen Aspekt des Feldes hin, der gerade für die vorliegende Untersuchung wichtig ist: dass auch feste räumliche und zeitliche Rahmen sowie der Bezug auf eine zentrale Person die Protokolle strukturieren und auf die Schreibweise einwirken (Streck et al. 2013, § 63). So strukturiert sich das Protokoll einer Supervisionsbeobachtung einerseits durch die Person der Supervisorin, die auch gleichzeitig beobachtet, und andererseits durch den Raum und die zeitliche Grenze. Beginn und Ende der Protokolle waren in der vorliegenden Untersuchung durch das Betreten und Verlassen der jeweiligen Organisation, in der supervidiert wurde, markiert (6.3.1).

Streck et al. (2013, § 62) fassen ihre Erkenntnisse bezüglich der Verschriftlichung von Beobachtungen zusammen und liefern Begründungen für grundsätzliche Strukturierungsrichtungen:

> „In unseren Ausführungen ist deutlich geworden, dass Beobachtungsprotokolle eine sehr unterschiedliche Gestalt annehmen können. Sie erzählen Geschichten oder schildern Episoden in szenischer Darstellung. Es werden Gespräche detailliert wiedergegeben oder es fließen atmosphärische Beschreibungen ein. Forschende können AkteurInnen oder auch interpretierende BeobachterInnen sein. Die Schreibweise von Beobachtungsprotokollen wird zunächst durch die Fragestellung, mit der ein Forschungsprojekt begonnen wird, explizit oder implizit geleitet."

Neben diesen Aspekten der Gestaltung, Strukturierung und der Fokussierung von Beobachtungsprotokollen – die, wie gerade zitiert, immer von der Forschungsfrage geleitet sind – zeigt sich beim „in Worte fassen" noch eine andere Herausforderung ethnografischen Schreibens: die Versprachlichung der *„schweigsamen"* Dimension des Sozialen (Hirschauer 2001). Diese beginnt nach Hirschauer

(2001, 437) damit, dass die Lage der Ethnograf_in etwas Peinliches hat, denn die *„beschämend private"* Empfindung, die persönliche Sinneswahrnehmung, muss in einen öffentlichen Kontext der wissenschaftlichen Kommunikation überführt werden, und die Feldforscher_in steht

> „[…] allein mit ihren Erfahrungen, um Worte verlegen, und nur mit den Mitteln der Alltagssprache gewappnet." (Hirschauer 2001, 437)

Dieses In-Worte-Fassen verläuft an unterschiedlichen Grenzen der Verbalisierbarkeit und stößt auf Stimmloses, Unaussprechliches, Sprachloses, Unbeschreibliches, Vorsprachliches, Sprachunfähiges und Sich-wortlos-Zeigendes (Hirschauer 2001, 437).

Im folgenden Ausschnitt aus einem Beobachtungsprotokoll, das im Rahmen der Untersuchung erstellt wurde, zeigt sich beispielhaft eben diese Dimension der Versprachlichung des Nichtsprachlichen. Es folgt ein Ausschnitt einer Supervision: Alle Supervisand_innen sind im Raum, aber es wurde noch nicht „offiziell" begonnen.

Ein Konferenztisch steht im Raum, wir verschieben gemeinsam die Tische und holen Sessel. Wir stellen die Sessel im Kreis auf, aber noch niemand setzt sich. Kaffee wird gemacht – die Maschine ist so laut, dass ich nicht mehr verstehe, was geredet wird – eine Mineralwasserflasche wird geöffnet, Frau E nimmt eine Fernbedienung und schaltet die Klimaanlage ein. Vor dem Fenster reißt ein Bagger Mauern nieder, von meinem Platz aus sehe ich Mauerreste, heruntergebrochene Wandteile, Eisenverstrebungen hängen heraus, Leitungen … Ein Dauerlärm begleitet diese Supervision. Ich stelle meine Tasche auf einen Tisch hinter einen Stuhl und hole mir ein Glas Wasser. Frau Dr. B steht bei der Anrichte und schenkt sich auch Wasser ein. Sie zeigt mir eine Kanüle mit kleinen „Tabletten" drinnen, „doping" oder so was Ähnliches steht oben, „das ist ein Werbegeschenk vom Bundesland", meint sie schmunzelnd und geht zum Sesselkreis. Ich trinke etwas Wasser und gehe zurück zu „meinem" Sessel, da sitzt aber schon die Ärztin. Kurz bin ich verwirrt, dann setze ich mich neben sie. (SV Team 1, 3. SV, 8/2014, 34-46)[22]

[22]Die Textpassage ist eine wortwörtliche Wiedergabe aus dem Beobachtungsprotokoll. Die Namen aller beteiligten Personen sind anonymisiert. Die Zahlenangaben in den Klammerausdrücken am Ende der Textpassage geben Auskunft, um welches Team es sich handelt (SV= Supervision, Team 1 oder 2), über Monat und Jahr der Supervisionssitzung, über die Nummer des Protokolls, also um die wievielte Supervision es sich handelt, und die Zahlen am Ende zeigen an, welcher Zeilenabschnitt zitiert wird (vgl. 6.2, 6.3).

In dieser Anfangssequenz wird eine Stimmung, eine Atmosphäre beschrieben: Vor allem die Lärmquellen, die Kaffeemaschine und die Baustelle finden Erwähnung, doch auch erste Interaktionen und Dynamiken werden sichtbar: Wie findet die Supervisorin einen Platz in der Gruppe, denn auf dem vermeintlich „reservierten" Sessel sitzt bereits jemand?

Das Schweigen und Nichtsprachliche in Worte zu fassen, heißt auch, etwas zu benennen, was sonst nicht benannt wird, und damit bricht man mit der Teilnehmer_innenschaft im Feld. Es heißt, Selbstverständliches zu beschreiben und so ans Licht zu zerren (Hirschauer 2001, 446 f.). Geertz (1987) nennt diese Art der Darstellung eine *„dichte Beschreibung"*[23], Emerson et al. (2011, 57 ff.) nennen den Detailreichtum ein wichtiges Gütekriterium. Sie beschreiben drei Strategien, um eine Beobachtung mit großer Detailliertheit aufs Papier zu bringen:

> „The following strategies – description, dialogue, and characterization – enable a writer to coherently depict an observed moment through striking details." (Emerson et al. 2011, 57)

Trotz Anwendung dieser Strategien bleibt bei der Verbalisierung immer auch eine Lücke beziehungsweise eine Transformation, denn das Soziale existiert nicht von allein in der Sprache, daher sind Beschreibungen keine *„Doubletten"* (Hirschauer 2001, 447). Es braucht auch ein Bewusstsein über das Unsagbare, Unaussprechliche, denn Sprache dringt nicht in alle Bereiche vor.[24] Ethnografische Forschung versucht durch die *„Dichte der Beschreibung"* (Geertz 1987) zumindest Teilen des Unaussprechlichen Ausdruck zu verleihen.

Die teilnehmende Beobachtung, die in diesem Unterkapitel aus der Ethnografieforschung hergeleitet wurde, erfährt nun in einem Exkurs eine Verbindung zur Psychoanalyse[25]. Die Methode der psychoanalytischen teilnehmenden Beobachtung lässt dem Schritt des Beobachtens und Protokollierens ein reflexives Setting folgen.

---

[23]Geertz (1987, 10) verweist darauf, dass er den Ausdruck der *„dichten Beschreibung"* von Gilbert Ryle übernommen hat, ohne jedoch die genaue Quelle anzuführen.

[24]Im Gegensatz zu Kunstrichtungen wie z. B. der Musik oder Bildenden Kunst, die auch jenseits der Sprache wirken.

[25]Eine Verbindung zur Psychoanalyse lässt sich durch das „Unaussprechliche" der Beobachtung herstellen. Die Psychoanalyse hat die unbewussten Faktoren unseres Fühlens und Denkens zum Inhalt, die nicht direkt zugänglich, oftmals unaussprechlich sind. Doch die psychoanalytische Methode hat Mittel und Wege, das Auftauchen dieses Nicht-Bewussten zu begünstigen (Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse 2015).

5.2.4 Exkurs: Die psychoanalytische teilnehmende Beobachtung unter besonderer Berücksichtigung der Work Discussion

Der vorliegenden Untersuchung liegt eine ethnografische Forschungsstrategie zugrunde (Abschn. 5.2). In der konkreten Anwendung und Durchführung wurde jedoch Anlehnung bei der psychoanalytischen teilnehmenden Beobachtung[26] genommen, die ihre Wurzeln nicht in der Ethnografie hat, sondern sich als eigenständige (psychoanalytische) Methode etablieren konnte (Trunkenpolz et al. 2009, 333 f., Datler W., Datler M. 2014, 3, vgl. Datler, Trunkenpolz, 2009). Im Folgenden wird die Entwicklung dieser Methode geschildert und insbesondere ein Anwendungsgebiet beschrieben, die Work Discussion. Das entscheidende, für diese Untersuchung bedeutsame Element ist der methodische Zweischritt von Beobachtung und Protokollierung sowie kontinuierlicher Reflexion. Davon ausgehend wird von mir ein methodischer Dreischritt aus Teilnahme im Feld, Protokollierung und Reflexion beschrieben (5.2.5). In den Kapiteln 6.3.1 und 6.3.2 der Beschreibung der Erhebungsmethoden wird in der Darstellung der Umsetzung noch einmal auf diese psychoanalytische Methode Bezug genommen.

Nun zur Entwicklung der Methode: In den späten 1940er-Jahren wurde Esther Bick[27] beauftragt, an der Tavistock Clinic (2.3.1.1) eine psychoanalytische kinderpsychotherapeutische Ausbildung zu etablieren (Diem-Wille 2009, 71). Im Zuge dieser Ausbildung entstand die *„einfache, aber geniale Methode"* (Diem-Wille, Turner 2012, 5, Datler 2009, 47) der „Infant Observation"[28].

---

[26]Die Idee, mir Anleihe aus der psychoanalytischen teilnehmenden Beobachtung für die Ethnografieforschung zu holen, wurde auch dadurch beeinflusst, dass ich von 2003 bis 2006 den Masterlehrgang „Psychoanalytic Observational Studies" der Universität Klagenfurt am IFF in Wien, Institut für Unterrichts- und Schulentwicklung, absolviert habe. Ich habe in diesen drei Jahren die psychoanalytische teilnehmende Beobachtung (inklusive Work Discussion) in unterschiedlichen Settings erlernt. Diese sehr positive Lernerfahrung führte zur Idee, ein ethnografisches Forschungsdesign für die vorliegende Forschung zu wählen.

[27]Bick publizierte nur wenige Aufsätze, was angesichts der Bedeutung und Wirkung der von ihr entwickelten Methode etwas verwundert. Briggs erklärt dies mit: *„Esther Bick was known to have been extremly reluctant to write."* (2002, XXiX)

[28]Die „Infant Observation" wird mittlerweile seit fast siebzig Jahren praktiziert. Doch es gibt auch kritische Stimmen. Trunkenpolz et al. (2009, 331) zitieren Green (2000, zitiert nach Trunkenpolz et al. 2009, 331), der die Methode der psychoanalytischen Beobachtung infrage stellt. Er meint, der Gegenstand der Psychoanalyse sei das Unbewusste, wie es sich in der psychoanalytisch-psychotherapeutischen Situation zeige und im psychoanalytischen

Wer war Esther Bick, aus welchem Kontext entstand die „Infant Observation", die Anstoß für weitere Formen der Beobachtung bot? Sie dissertierte[29] 1935 bei Charlotte Bühler[30] an der Universität Wien. Wilfried Datler (2009, 43 ff.) beschreibt, dass Bick in ihrer Untersuchung auf Grundlage von Beobachtungsprotokollen Fragen zur Entwicklung von Kindern stellte. Allerdings war der Fokus nicht das Erleben, die „innere Welt" der Kinder, wie sie von Melanie Klein (vgl. 2.3.1.1, vgl. Diem-Wille 2012a, 29) beschrieben wird, sondern „Entwicklungsgesetze" sollten durch die Beobachtungen festgestellt werden. Bick selbst äußert sich später kritisch über die „behavioristischen" Studien, ein Zählen und Messen von kindlichen Verhaltensweisen (Sayers 2000, 137), und meinte, diese seien *„really behaviouristic […] just terrible"* (Briggs 2002, XXi) gewesen (vgl. Höbartner 2008).

Trotz kritischer Distanzierung waren diese Erkenntnisse im Rahmen ihrer Dissertation wohl eine wichtige Erfahrung für ihre weitere berufliche Entwicklung (Höbartner 2008). Diese erfuhr 1938 ein jähes Ende, denn die Jüdin Esther Bick sah sich gezwungen, vor dem Nationalsozialismus zu fliehen. In Manchester begann sie noch während des Krieges ihre psychoanalytische Ausbildung – ihre Lehranalyse machte sie bei Melanie Klein (Salzberger-Wittenberg 2009, 8, vgl. 2.3.1.1). Die Ausbildung schloss sie 1948 in London ab. Mit diesem Erfahrungshintergrund begann sie 1948 (Datler 2009, 47) mit der Entwicklung eines Curriculums zur psychoanalytischen Ausbildung von Kindertherapeut_innen an der Londoner Tavistock Clinic, die zur Etablierung der „Infant Observation" führte.

Die Ausbildung sah eine zweijährige Beobachtung eines Babys in seiner Familie vor. Die daraus entstandenen Protokolle wurden in sogenannten Infant-Observation-Seminaren besprochen (Datler 2009, 47 ff.). Das Ziel dieser Seminare beschreiben Wilfried und Margit Datler (2014, 3):

Dialog untersucht werden könne. Beobachtungsmethoden entsprächen nicht dem Gegenstand der Psychoanalyse. Auch seien die Ergebnisse methodisch unzureichend reflektiert und begründet und folglich nicht haltbar. Stern (2000, zitiert nach Trunkenpolz et al. 2009, 331) antwortet der Kritik mit differenzierten Überlegungen in Bezug auf das Beobachten und Entwickeln von Theorien. Auch Trunkenpolz et al. (2009, 331 ff.) führen in Bezugnahme auf diese kontroverse Debatte ergänzende Punkte an.

[29]Ihre Dissertation liegt in der Hauptbibliothek der Universität Wien auf, zu finden unter: Wander, E. (1935): Gruppenbildung im zweiten Lebensjahr. Dissertation, eingereicht zwecks Erlangung des Doktorgrades an der Philosophischen Fakultät der Universität Wien.

[30]Die Psychologin Charlotte Bühler (1883-1974) gilt als die Begründerin der modernen Entwicklungspsychologie (Charlotte Bühler Institut 2016).

> „Die Teilnahme an solchen Infant-Observation-Seminaren sollte insbesondere der Entwicklung der Fähigkeiten dienen, zum Erleben von Säuglingen und Kleinkindern Zugang zu finden, sowie verstehen zu lernen, welche Bedeutung die Beziehungserfahrungen, die Kinder von Lebensbeginn an machen, für die Ausbildung psychischer Strukturen haben."

Jedes „Infant-Observation-Seminar" setzt sich aus vier bis fünf Personen zusammen und das Grundkonzept besteht aus vier Elementen (Bick 2009, Datler 2009, 48 f.).

Zuerst gilt es ein Baby zu finden, das über einen Zeitraum von zwei Jahren einmal wöchentlich für eine Stunde besucht wird. Die Kindesmutter beziehungsweise das Elternpaar sollte der Beobachter_in nicht bekannt sein. Das Anliegen wird bereits den werdenden Eltern bzw. der werdenden Mutter mitgeteilt. Entscheidend ist hierbei, der Familie zu vermitteln, dass die Beobachter_in aus einer zurückhaltenden und nicht eingreifenden Position heraus Alltagssituationen beobachtet. Der Prozess des Suchens und der Anbahnung ist bereits Thema in den Seminarsitzungen.

Ist die Familie bereit, wird das Baby in seiner Umgebung nun mit *„gleichschwebender Aufmerksamkeit"*[31] (vgl. Freud 1912, 378, vgl. 2.3.1.3) beobachtet, ein Mitschreiben wird als unpassend und störend wahrgenommen (Bick 2009, 20).

Nach der Teilnahme im Feld werden im unmittelbaren Anschluss die Beobachtungen so deskriptiv und narrativ wie möglich aufgeschrieben. Diese Beobachtungsprotokolle sollten weder Interpretationen noch Theoriebezüge enthalten. Sie werden anonymisiert und für die wöchentlichen Seminarsitzungen für alle Teilnehmenden kopiert. Jede Woche wird ein anderes Protokoll vorgelesen und besprochen. Dabei wird darüber nachgedacht, was das Kind in der beobachteten Situation erlebt haben mag; wie verstanden werden kann, dass sich das Kind in der beschriebenen Weise verhalten hat und nicht anders; welche Beziehungserfahrungen das Kind dabei gemacht haben mag; welchen Einfluss diese Erfahrung auf das Erleben des Kindes gehabt haben dürfte.

Die Diskussionen werden dokumentiert, um zu einem späteren Zeitpunkt darauf Bezug nehmen zu können.

Mit dem „Infant-Observation-Seminar" wird die Methode der psychoanalytischen teilnehmenden Beobachtung eingeführt und es kam zu unterschiedlichen

[31] Es finden sich in der Ethnografie keine Bezüge zur psychoanalytischen Beobachtung. Doch Hirschauer (2001, 439) schreibt auch von *„gleichschwebender Aufmerksamkeit"* und stellt – nicht zur psychoanalytischen Beobachtung, jedoch zur Psychoanalyse – eine Verbindung her.

Modifikationen dieser Methode des Beobachtens (Trunkenpolz et al. 2009, 335). Sie findet heute Anwendung als „Institutional Observation“ (Obholzer 2009, 216) im Rahmen der psychoanalytischen Organisationsberatung (Menzies Lyth 1974, 1990, 3.2.3, vgl. Möller, Lohmer 2010, 24 f.) und als Reflexion beruflicher Praxis im Setting der Work Discussion (Harris 1987, Rustin, Bradley 2008).

Die beschriebenen psychoanalytischen Beobachtungsformen folgen einem bestimmten Grundmuster: Dazu gehört die Abfolge aus Beobachtung und Reflexion. Auf Basis von Protokollen wird darüber nachgedacht, wie die beobachteten Personen (das Baby, das Kleinkind, die Schüler_innen, die Mitarbeiter_innen einer Organisation) die geschilderte Situation erlebt haben mögen.

Die Work Discussion hat jedoch eine Besonderheit: Die Beobachter_in ist Teil des aktiven Geschehens, denn die eigene berufliche Praxis wird ausschnitthaft beschrieben. Diese Form der psychoanalytischen Beobachtung wurde in den 1970er-Jahren von Martha Harris entwickelt, der Leiterin der Kindertherapieausbildung der Londoner Tavistock Clinic (Harris 1987, Rustin, Bradley 2008).

In Anlehnung an das „Infant-Observation-Seminar“ (Bick 2009) führte Harris das „Work-Discussion-Seminar“ als zusätzliches Ausbildungselement ein. Wie bei der Infant Observation und Organisationsbeobachtung wird teilnehmend beobachtet, allerdings steht die eigene berufliche Praxis (Steinhardt, Reiter 2009, 136) im Fokus der Beobachtung. Die so entstandenen Protokolle werden im Rahmen eines Gruppensettings, der Work Discussion, reflektiert. Die Methode entstand im Kontext der Weiterbildung, war „vorklinischer“ Teil der kinderpsychotherapeutischen Ausbildung (Datler W., Datler M. 2014, 17) und richtete sich an Psycholog_innen, Lehrer_innen, insbesondere Sonderschullehrer_innen, es nahmen aber in der Folge auch Kunsttherapeut_innen, Sozialarbeiter_innen und Ärzt_innen teil (Diem-Wille 2012b, 124, Rustin 2008a, 5[32]).

Einen wichtigen Impuls für die Einführung dieser neuen Methode setzten Einblicke in das unbewusste psychische Erleben von Arbeitsprozessen und Organisationen, wie sie etwa von Elliot Jaques (1955) oder Isabel Menzies Lyth (1960, 1974, 2.3.1.1, 3.2.3) beschrieben wurden (vgl. Rustin 2008a, 6). Gertraud Diem-Wille (2012b, 123) betont, dass die Reflexion der beruflichen Praxis auch auf August Aichhorn und Michael Balint[33] zurückgeführt werden kann, und

[32]Margret und Michael Rustin haben beide in Rustin, M., Bradley J. (2008) Aufsätze publiziert, Margret Rustin ist Mitherausgeberin. Aufgrund des identen Nachnamens und ersten Buchstabens des Vornamens zitiere ich Margret Rustin mit 2008a und Michael Rustin mit 2008b.

[33]Bezüglich Michael Balint (und der hier nicht erwähnten Enid Balint) sowie der „Balintgruppenarbeit“ siehe Abschn. 2.3.1.3.

bezeichnet sie als *„Wegbereiter“* (Diem-Wille 2012b, 123) der Work Discussion (vgl. 2.2.1, vgl. 2.3.1.3).

Wilfried und Margit Datler (2014, 5) führen vier wiederkehrende Schritte an, die das Setting der Work Discussion bedingt: eine kontinuierliche Arbeit in einem bestimmten Arbeitsfeld, das laufende Protokollieren, die kontinuierliche Besprechung in Work Discussions sowie das Abfassen von Besprechungsprotokollen, eines jeden Work-Discussion-Seminars, um zentrale Gedanken und Inhalte festzuhalten.

Das Verfassen des Praxisprotokolls und die anschließende Work Discussion können als methodischer Zweischritt verstanden werden. Das *„Praxisprotokoll“* (Datler W., Datler M. 2014, 6 ff.) oder *„work discussion paper“*, wie Martha Harris (1987) die teilnehmende Beobachtung in der eigenen Berufsrolle bezeichnet und das die Basis jeder Work Discussion ist, dient der

> „[…] detailreichen Aufzeichnung der beobachtbaren Interaktion und des beobachtbaren Verhaltens aller Personen, die in der dargestellten Arbeitssituation in irgendeiner Weise involviert sind.“ (Steinhardt, Reiter 2009, 140)

Die anschließende Work Discussion ermöglicht, dem emotionalen Erleben der Beteiligten nachzuspüren.

Als Schlussfolgerung ist festzuhalten, dass die Work Discussion eine Kombination aus Beobachtung und Reflexion beruflicher Praxis entwickelt, dem ein psychoanalytisches Verstehen zugrunde liegt. Die Bezugnahme auf Aichhorn und Balint (Diem-Wille 2012b, 123) zeigt die Nähe zwischen Work Discussion und Supervision, die ich mir für die vorliegende Untersuchung auch zunutze gemacht habe. Die Work Discussion kann als supervisorisches Konzept verstanden werden, in dem über Arbeitserfahrungen nachgedacht wird, im Sinne einer Supervision, als *„Beratung im beruflichen Kontext“* (Möller 2012, 17). Wilfried und Margit Datler (2014, 20) nennen die Work Discussion einen *„Spezialfall von Supervision“*. Der entscheidende Unterschied zwischen diesen beiden Formaten ist, dass die Work Discussion ausschließlich auf Protokolle zurückgreift, einem strengen Setting folgt und sich als psychoanalytische Lern- und Ausbildungsmethode[34] versteht. Für die vorliegende Untersuchung wird der konzeptuelle Zweischritt aus Beobachtung und Reflexion in die ethnografisch-partizipative Forschungsstrategie eingebaut (6.3.1, 6.3.2), um eine *„reflexive Distanz“* (Honer 1993, 61) zu ermöglichen. Im Kontext der Ethnografieforschung und der schreibenden Distanzierung des „In-Worte-Fassens“ (5.2.3) wird

[34]Michael Rustin (2008b, 274) stellt fest, dass die Work Discussion grundsätzlich das Potenzial hat, auch als Untersuchungsmethode Anwendung zu finden.

aus dem Zweischritt (Beobachtung und Reflexion) ein Dreischritt aus Teilnahme im Feld, Protokollierung und Reflexion, der nun der Logik des Exkurses folgend als abschließender Teil der ethnografischen Forschungsstrategie ausgeführt wird. Obwohl erst in Kapitel 5.3 dargestellt, werden anhand des Dreischritts schon erste Bezüge zur partizipativen Forschung (Abschn. 5.3) hergestellt. Damit verbindet der methodische Dreischritt (5.2.5) einerseits die Forschungsstrategien und ermöglicht andererseits einen Übergang von der Ethnografie zur partizipativen Forschung.

5.2.5 Teilnehmende Beobachtung als methodischer Dreischritt

Im Rahmen der ethnografisch-partizipativen Erforschung von zwei Supervisionsprozessen wurde die teilnehmende Beobachtung als methodischer Dreischritt konzipiert: Teilnahme im Feld, Protokollierung und Reflexion. Diese strukturierte Herangehensweise gibt Antwort auf zwei Herausforderungen, die sich in der vorliegenden Untersuchung stellen: die Einhaltung einer reflexiven Distanz und der hohe Grad der Beteiligung am Forschungsgeschehen durch die Doppelrolle Supervisorin und Beobachterin/Forscherin. Dabei begründen sich die drei Schritte Teilnahme im Feld, Protokollierung und Reflexion durch die von Breidenstein et al. (2013, 44) formulierten methodologischen Distanzierungsschritte. In diesem Kapitel erfolgt eine Beschreibung dieser Distanzierungsschritte und es wird dargestellt, welches Reflexionssetting für die Untersuchung konzipiert wurde.

Die Teilnahme im Feld

Breidenstein et al. (2013, 42) sehen das extensive Dabeisein im Feld, gefolgt von der Distanzierung und dem Sich-Freimachen von den Erfahrungen der Teilnahme, als grundlegende methodologische Schritte ethnografischer Studien. Erfolgt dieser Schritt der Distanzierung nicht, misslingt die Forschung. Denn die Distanzierung zeigt sich im Geschriebenen, im Text, in dem die Erfahrungen im Feld *„methodisiert“* (Breidenstein et al. 2013, 42) werden. Breidenstein et al. (2013, 43) sehen vier Distanzierungsschritte, die für die Datengewinnung entscheidend sind:

Der erste zeigt sich in der Beobachtungskompetenz, die durch eine disziplinäre Sozialisation in der Ausbildung herausgebildet wird. Bezüglich des vorliegenden Forschungsvorhabens heißt das, dass ich durch den Masterlehrgang *„Psychoanalytical observational studies“* (vgl. 5.2.4, vgl. Diem-Wille et al. 2012) der Universität Klagenfurt am IFF (IFF 2016) drei Jahre lang über mehrere Monate Beobachtungsmethoden in unterschiedlichen Feldern – im familiären Umfeld sowie in schulischen und sozialen Organisationen – kennengelernt und

auch tatsächlich angewandt habe. Diese Erfahrung in der Rolle der Beobachterin führte zu einer *„disziplinären Identität“* (Breidenstein et al. 2013, 43). Diese zeigt sich bei der Struktur der Protokolle (6.3.1) und einer bereits mehrfach geübten Technik des Mitschreibens und der Verschriftlichung wie auch beim Fokus der Beobachtung.

Als zweiter Distanzierungsschritt wird die Etablierung der Beobachter_innenrolle im Feld gesehen, die in meinem Fall eine zweifache war: als Supervisorin und als Forscherin (vgl. 4.3.2, 5.1.1) oder auch forschende Beobachterin. Während die Rolle der Supervisorin durch den Auftrag, das Setting selbst und durch Interventionen und Strukturvorschläge offensichtlich war, zeigte sich die Forscherin vor allem durch das Forschungsanliegen. Da neue Supervisand_innen erst um ihr Einverständnis gefragt werden mussten, wurde das Forschungsanliegen, z. B. im mobilen Hospizteam, wiederholt thematisiert. Auch durch die etwas umfangreicheren Notizen, die ich während der Supervisionen angefertigt habe, war das Forschungsinteresse präsent (vgl. 5.1.1), und ich wurde auch nach meiner Forschung gefragt, wie der folgende Protokollausschnitt zeigt. Am Beginn einer Supervision, es sind noch gar nicht alle im Raum, spricht mich eine Supervisandin an:

Sie fragt mich, wie die Forschung so geht, ich antworte, dass es gut geht, dass ich zufrieden bin. „Genug Themen in den Teams also“, meint sie. Ich nicke und sage, „Ja, da gibt es genug …“ (SV Team 2, 2. SV, 2/2015, 32-33)

Diese Supervisandin des Hospizteams, eine derjenigen, die von Anfang an dabei waren, und die ziemlich regelmäßig an den Supervisionen teilnahm, zeigt mit ihrer Frage, dass sie weiß, dass mich die Themen der Supervisandinnen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung interessieren und dass sich auch noch ein anderes Team in meinem Forschungsfokus befindet. Meine Rolle als Forscherin und Supervisorin ist ihr bewusst und auch sie weiß, dass sie sowohl Supervisand_in als auch Co-Forscherin (5.3.3) ist. Sie nahm auch an der Fokusgruppe teil (6.3.3, 6.5).

Protokollierung

Die permanenten Verschriftlichungen, die Erfahrungen erst zu wertvollem Material machen, werden als dritte Distanzierungsmaßnahme angeführt. Beobachtungen sind nicht nur *„Erlebnisakkumulationen“* (Breidenstein et al. 2013, 43), sondern werden erst als Protokolle zu relevanten Daten für den weiteren Forschungsprozess. Wie ich bei der Verschriftlichung konkret vorgegangen bin und auf welche Methoden ich mich beziehe, wird in Kapitel 6.3.1 dargestellt.

Reflexion

Der vierte Distanzierungsschritt ist die reflexive Analyse der methodisierten Erfahrung. Breidenstein et al. (2013, 44) sehen in der abwechselnden Folge

von Präsenz und Rückzug, dem *„going native“* und *„coming home“*, einen entscheidenden Schritt, um vertraut Gewordenes durch Dritte einer befremdenden Betrachtung auszusetzen. Isabel Menzies Lyth (1990, 470), deren Krankenhausstudie (1960) in Kapitel 3.2.3 vorgestellt wurde und die als Mitbegründerin der psychoanalytisch orientierten Organisationsbeobachtung gilt (5.2.4, Obholzer 2009, 216 f.), verwendet wie Breidenstein et al. (2013, 44) die Metapher des „Nach-Hause-Kommens“, um auf die Wichtigkeit des Austauschs und der Reflexion hinzuweisen, die die Arbeit mit Gruppen erfordert:

> „The advantages of having at least one colleague are inestimable. It is not really advisable to work alone. It is an old Tavistock Institute principle that it takes a group to study a group. At least, a person working alone needs his or her own consultant ‘to come home to’.“ (Menzies Lyth 1990, 470)

Wird von wissenschaftlicher Reflexion im sozialwissenschaftlichen Kontext gesprochen, sind Bourdieus (1993) Ausführungen zu *„Narzißtische Reflexivität und wissenschaftliche Reflexivität“* von Bedeutung, weil er darauf hinweist, was Reflexion im Kontext von Wissenschaft im Fokus haben sollte. Denn die narzisstische Reflexivität kreist um die Person der Wissenschaftler_in, und diese zeigt sich in der Ethnografieforschung in der *„diary disease“*, übersetzt als *„Tagebuchkrankheit“* (Bourdieu 1993, 366), wo primär eigene Empfindungen zum Thema gemacht werden und mehr der *„Reiz der Selbstuntersuchung“* (Bourdieu 1993, 366) im Vordergrund steht. Wissenschaftliche Reflexivität soll daher nach Bourdieu (1993, 366) nicht zum *„Selbstzweck“* werden, sondern *„auf die Verfeinerung und Verstärkung der Erkenntnismittel gerichtet sein“*.

Für Bettina Dausien (2007, § 4) stellt in der Arbeit mit qualitativen Forschungsmethoden die wissenschaftliche Reflexion ein zentrales Qualitätskriterium dar. Gegenstand der Reflexion sind *„Werkzeuge und Operationen“* (Wacquant 1996, 63). Mit der Reflexion der Methoden und Anwendungen erfolgt eine wissenschaftstheoretische Absicherung, die qualitative Forschung erforderlich macht, da Objektivität und Güte, Kriterien der empirischen Forschung, für die qualitative Forschung nicht angemessen sind (Dausien 2007, § 4). Bettina Dausien (2007, § 4) sieht Reflexion als *„kontinuierlich und methodisch angeleitet und im Forschungsprozess selbst verankert*“. Für sie (Dausien 2007, § 5) wird durch Reflexion die Konstruktivität oder Produktivität der eigenen Forschung miteinbezogen. Das heißt:

> „[…] das Wissen darum, dass die Forschungsinstrumente und die Perspektiven der Forschenden ihren Gegenstand notwendig strukturieren oder, radikaler, hervorbringen, wird nicht eingeklammert, sondern auf methodisch kontrollierte Weise berücksichtigt.“

Letztlich übt die Reflexion die Forschenden auch in der *„Befremdung des eigenen Blicks“* (Dausien 2007, § 7), die in Kapitel 5.2.1 bereits als Erkenntnishaltung der Alltagssoziologie (vgl. Schütz, Luckmann 1979) dargestellt wurde.

Die Forderung nach *„reflexiver Distanz“* (Honer 1993, 61) ist daher nicht nur auf die untersuchten Sinnwelten, sondern auch auf das eigene forscherische Handeln bezogen, wie auch Breuer (2011) unterstreicht. Auch Streck et al. (2013, § 65, 5.2.3) betonen, wie wichtig die gemeinsame Reflexion der Protokolle war:

> „Erst im Vergleich und durch den Blick der anderen wurde das eigene Protokoll in gewisser Weise fremd […].“ (Streck et al. 2013, § 65)

Sie führen weiter aus:

> „Im Hinblick auf die Qualität ethnografischer Forschung können wir auf die so gewonnenen Reflexionsgewinne kaum verzichten.“ (Streck et al. 2013, § 65)

Ebenso wie für die Ethnografieforschung (Abschn. 5.3) wird ein hohes Maß an *„Selbst-/Reflexion“* (Bergold, Thomas 2012, § 52) auch für die partizipative Forschung gefordert (5.3.2): Für Bergold und Thomas (2012, § 12) braucht es einen *„sicheren Raum“,* um die gemeinsame Zusammenarbeit zu reflektieren, und sie sehen darin einen Erkenntnisgewinn (Bergold, Thomas 2012, § 13).

Reflexion im Rahmen ethnografischer und partizipativer Forschung ist zu gewährleisten, darüber herrscht Konsens. Wie diese Reflexion erfolgen kann, bleibt jedoch jeder Forscher_in selbst überlassen (vgl. Becker et al. 2013, 183). Daher ist es umso erfreulicher, dass sich zehn Forscher_innen (Becker et al. 2013) in *„Die reflexive Couch. Feldforschungssupervision in der Ethnografie“* der praktischen Umsetzung der Reflexion widmen. Sie berichten von konkreten Inhalten einer Feldforschungssupervision, die dreimal im Jahr ganztägig stattfindet (Becker et al. 2013, 186) und zentraler Bestandteil ihrer reflexiven und wissenschaftlichen Praxis ist. Diese Tübinger Feldforschungssupervisionsgruppe gibt es bereits seit 1998, sie wurde ursprünglich am Ludwig-Uhland-Institut für Empirische Kulturwissenschaften in Tübingen gegründet und hat sich mittlerweile zu einer unabhängigen Institution weiterentwickelt (Becker et al. 2013, 185). Wie bei der psychoanalytischen Work Discussion, wo Protokolle im Mittelpunkt stehen, werden auch hier Texte in Form von Feldnotizen oder Interviewausschnitten zum Thema gemacht. Diese werden gelesen und in der Gruppe nach einem bestimmen Ablauf, sehr assoziativ, besprochen (Becker et al. 2013, 186). Die Autorinnen (Becker et al. 2013) stellen keinen Bezug zur Balintgruppenarbeit (2.3.1.3) her, die beschriebene Vorgehensweise lässt diese methodische Ausrichtung aber stark vermuten. Auch hier

gibt es Parallelen zur Work Discussion, die Gertraud Diem-Wille (2012b, 123) unter anderem auf Balint zurückführt, was sich daran zeigt, dass den Emotionen, Assoziationen und Gegenübertragungen nachgegangen wird, die die Texte hervorrufen. Genau diese Ausrichtung haben auch Becker et al. (2013, 187). Sie verfolgen damit das Ziel, durch diese Reflexion

> „[…] der Komplexität gesellschaftlicher Problemfelder, der Verflüssigung von lokalen Grenzen, der Prozessualität und Bewegung des Feldes gerecht zu werden" (Becker, Binder 1999, 35 f., zitiert nach Becker et al. 2013, 184),

und in diesem Kontext *„den Einfluss der Subjektivität und Emotionalität der Forschungspersönlichkeit"* (Becker, Binder 1999, 35 f., zitiert nach Becker et al. 2013, 184) zu reflektieren. Hier zeigen sich Parallelen zu Bergold und Thomas (2012, § 55-60, 5.3.2), die *„Reflexionsarrangements"* für die partizipative Forschung skizzieren, wo ebenfalls lebensgeschichtliche Erfahrungen Platz haben sollen, wenn es das Forschungsthema erfordert.

Auch diese Herangehensweise an Reflexion muss sich der Kritik stellen, wie sie z. B. Kaspar Maase (2001, zitiert nach Becker et al. 2013, 184) äußert. Wie die Wissenschaftler_in beim morgendlichen Broteinkauf nicht von den Befindlichkeiten der Bäcker_in oder Verkäufer_in hören will, so meint er, will auch die Leser_in wissenschaftlicher Texte nichts über *„überstandenes Kopfgrimmen und intellektuelle Bauchschmerzen"* (Maase 2001, 270, zitiert nach Becker et al. 2013, 184) erfahren. Dieser Vorwurf erinnert an Bourdieus (1993, 366) *„diary disease"*. Doch für Becker et al. (2013, 184) sind Emotionen keine Nebensächlichkeiten (für das Tagebuch), sondern sie zeigen methodologische Bruchstellen ethnografischer Arbeit. Daher nehmen sie die „Brötchenmetapher" von Maase (2001, 270) und gehen noch einen Schritt weiter (Becker et al. 2013, 184):

> „Wir wollen gute Brötchen backen und sind somit auch als Leser_innen von wissenschaftlichen Texten neugierig auf Rezepte, Kniffe und Erfahrungen der Kolleg_innen."

Hier zeigen sich Verbindungen zur psychoanalytischen Beobachtung (Diem-Wille 2012b, 124), die Emotionen eine hohe Bedeutung im Rahmen der Work Discussion einräumt. In der Reflexion geht es darum,

> „[…] die emotionale Dynamik bei der Erfahrung in der Arbeit zu verstehen, die die bewusste und unbewusste Ebene, die institutionellen Rahmenbedingungen, die Rollenanforderungen und die Beziehungen im Kontext der Beobachtung umfasst." (Diem-Wille 2012b, 124)

Daher wurde für die Untersuchung, als methodisch dritter Schritt, das Setting der forschungssupervisorischen Reflexion (6.3.2) konzipiert. Sie leitet sich aus dem Zweischritt von Beobachtung und Reflexion der psychoanalytischen Beobachtung her und findet in der Feldforschungssupervision (Becker et al. 2013), wie den *„Reflexionsarrangements"* (Bergold, Thomas 2012, § 55-60, 5.3.2), theoretische und methodische Anbindung an die Ethnografie und die partizipative Forschung. Im Zweiersetting wurde mit der Forschungsbegleiterin, einer Supervisorin, jedes Beobachtungsprotokoll gelesen und reflektiert. Die Reflexion wurde mit Tonband aufgenommen und im Anschluss transkribiert. Reflexion wurde kontinuierlich und methodisch angeleitet und im Forschungsprozess verankert (Dausien 2007, § 4), um damit auch der Forderung nach *„reflexiver Distanz"* (Honer 1993, 61) nachzukommen. Die forschungssupervisorische Reflexion versteht sich jedoch auch als partizipatives Forschungselement der vorliegenden Untersuchung. Auf diese Elemente des partizipativen Forschungsdesigns wird im folgenden Kapitel eingegangen.

5.3 Elemente partizipativer Forschung des Forschungsdesigns

Um die Supervisandinnen und die kollegiale Forschungsbegleiterin[35] als Akteurinnen der Forschung einzubeziehen, wird diese Untersuchung in den Rahmen der partizipativen Forschung gestellt. Das ermöglicht nicht nur, die Teams und die Forschungsbegleiterin in den Forschungsprozess stärker miteinzubinden, der Rahmen verpflichtet, die Akteurinnen auch tatsächlich teilhaben zu lassen. In den folgenden Unterkapiteln werde ich den Forschungsstil der partizipativen Forschung und seine Traditionen und Brüche beschreiben, auf seine konkreten Merkmale eingehen und darstellen, wo die vorliegende Untersuchung partizipative Elemente aufweist.

5.3.1 Partizipative Forschung als Forschungsstil mit Diskontinuitäten

Was bedeutet partizipative Forschung, auf welchen Traditionen und auf welcher Wissenschaftsrezeption basiert sie?

[35]Die Supervisorin mit der die Beobachtungsprotokolle in Form einer forschungssupervisorischen Reflexion besprochen wurden, die wiederum mit Tonband aufgenommen und transkribiert wurden, ist Teil des Beratungssystem, wie in Kapitel 4.3.2 beschrieben. Zur forschungssupervisorischen Reflexion siehe Kapitel 6.3.2.

Partizipative Forschung bezeichnet unterschiedliche Formen anwendungsorientierter Forschung mit dem Ziel, die Praxis beruflichen Handelns durch Kooperation von Fachkräften und Wissenschaftler_innen zu untersuchen (von Unger 2014a, 22). Sie hat ihren Ursprung in den 1930er- und 1940er-Jahren im anglo-amerikanischen Raum (Hollenbach, Tillmann 2009, 9). Als einer ihrer Pionier_innen gilt Kurt Lewin (1946, 2.3.1), der den Begriff *Action Research* eingeführt hat (von Unger 2014a, 3).[36] Sozialwissenschaftliche Forschung sollte nach seinem Dafürhalten sozialemanzipatorische und demokratiefördernde Ziele verfolgen (von Unger et al. 2007, 10 f.).

Verhältnismäßig spät, in den 1970er-Jahren, entwickelten sich im deutschsprachigen Raum unterschiedliche Ausformungen von *Handlungsforschung bzw. Aktionsforschung*, wie der Begriff aus dem Englischen übersetzt in den deutschsprachigen Ländern verwendet wurde (Hollenbach, Tillmann 2009, 9, Altrichter 2009, 22, 24 ff.). Drei Prinzipien gilt es in der konkreten Umsetzung von Aktionsforschung zu berücksichtigen: die Teilnahme der Forscher_innen an sozialen Prozessen sowie die Arbeit mit Gruppen in den aktuellen sozialen Bezügen und die Einbeziehung der Akteur_innen, der Beforschten, in die Forschungstätigkeit (von Unger et al. 2007, 14).

Diese *„1. Welle"* (Altrichter 2009, 24) der Handlungsforschung im deutschsprachigen Raum wurde getragen von Kritik an den traditionellen Sozialwissenschaften, der studentischen Bewegung und dem Einfluss der kritischen Theorie[37]. Aktionsforschungsprojekte wurden in erster Linie von jungen Forscher_innen durchgeführt, die so auch ihre Kritik an dem hierarchisch-autoritären Stil der universitären Forschungstradition zum Ausdruck brachten. Praktische Aktionsforschungsprojekte wurden in der Erziehungswissenschaft (Schulforschung) und in der Erforschung sozialer Arbeit umgesetzt. Es herrschte ein regelrechter Boom

[36]Von Unger (2014a, 18) beschreibt in einer Fußnote die Komplexität der (Re-) Konstruktion der Geschichte partizipativer Ansätze und führt an, dass auch Entwicklungen außerhalb der Wissenschaft Einfluss auf die Entwicklung hatten und verweist auf Altrichter 2008, Brydon-Miller et al. 2011 und Schwantz 2008.

[37]Vertreter der kritischen Theorie der Frankfurter Schule äußern sich zum Ansatz der Aktionsforschung wohlwollend – so Horkheimer im Vorwort der deutschen Übersetzung des Sammelbandes von Lewin (Horkheimer 1953,8, zitiert nach Unger et al. 2007, 15) – aber auch kritisch, wie z. B.: Habermas, der dazu schreibt: *„Die modischen Forderungen nach einem Typus von action research, der Erhebung mit politischer Aufklärung verbinden soll, übersehen auch den für die Sozialwissenschaften geltenden Umstand, dass eine unkontrollierte Änderung des Feldes mit der gelichzeitigen Erhebung von Daten im Feld unvereinbar ist*" (Habermas 1993, 18).

mit umfangreichen Publikationen, doch das Interesse nahm ab den 1990er-Jahren zusehends ab (Altrichter 2009, 24 ff., von Unger et al. 2007, 7).

Die Aktionsforschung nahm dann in der Folge keinen nennenswerten Platz mehr in der wissenschaftstheoretischen, empirischen und methodischen Diskussion der Sozialwissenschaften ein (Altrichter 2009, 25). Von Unger et al. (2007, 21 f.) führen allerdings Praxisfelder[38] an, in denen die Aktionsforschung kontinuierlich vertreten war: Dazu gehören die Erziehungswissenschaften, die berufliche Fort- und Weiterbildung, die wissenschaftliche Begleitung von Modellversuchen, die Gemeindepsychologie und die Organisationsentwicklungsforschung sowie die qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. In letzteren Bereich fällt Palliative Care, wo – wie Hockley et al. (2013, 11) feststellen – umfangreich Action Research betrieben wurde und wird, wie z. B. im Bereich der Entwicklung von Palliative-Care-Angeboten für die Zielgruppen der chronisch kranken Menschen, der Älteren, Menschen mit Demenz oder Menschen mit Behinderung. Aber auch Fragen zu Diversität und Gender (Reitinger, Lehner 2013) und Organisationen des Gesundheitssystems (Heimerl, Wegleitner 2013) werden partizipativ erforscht.

Im spezialisierten palliativmedizinischen Bereich finden sich allerdings wenige Beispiele, und Hockley et al. (2013, 11) fragen:

> „'Why this might be?' It is certainly not the case that the specialty of palliative care is not undertaking research – there is plenty of research into symptom control and the experience of different aspects of end-of-life care from both patients and their families. However, actually researching day-to-day practice within specialist palliative care using an action research approach is much less common."

Aktionsforschung ist, wie das Zitat belegt, keine gängige Forschungsstrategie für spezialisierte Palliative Care. Mit diesem Gedanken lässt sich wieder an die Entwicklung der 1990er-Jahre im deutschsprachigen Raum anschließen. Am Ende der ersten *„Aktionsforschungswelle"* (Altrichter 2009, 24) gab es in den Erziehungswissenschaften, in einer Zeit abflauenden Interesses, eine sogenannte *„österreichische Linie"* (Hollenbach, Tillmann 2009, 14), an deren Anfang die

[38] Von Unger et al. (2007, 21 f.) beziehen sich auf folgende Autor_innen: Moser (1995) und Altrichter, Gstettner, (1993) für die Erziehungswissenschaften, Dehnbostel (2005) für die berufliche Fort- und Weiterbildung, Schemme (2006) für die wissenschaftliche Begleitung von Modellversuchen, Bergold (2007) und Hermann et al. (2004) für die Gemeindepsychologie, Fricke (2014) für die Organisationsentwicklungsforschung sowie Höhmann (2002) für die qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung.

methodologisch orientierte Habilitationsschrift *„Ist das noch Wissenschaft?“* von Altrichter (1990) steht. Er setzt sich darin mit allen kritischen Punkten der Aktionsforschung auseinander, wie der Distanz zum Forschungsfeld, der Forschungskompetenz der Praktiker_innen, Verallgemeinerungen bei Einzelfallstudien. Er bezieht sich auch auf Aktionsforschungsansätze der Bildungsforschung aus dem anglo-amerikanischen Raum, wo partizipative Forschungsansätze deutlich weiter entwickelt und besser in akademischen Institutionen etabliert sind (Altrichter 1990, vgl. Altrichter 2009, 27 ff., Hollenbach, Tillmann 2009, 16 f., von Unger 2014a, 17 ff.).

Trotz der oben beschriebenen Kontinuität der Forschung gibt es auch Gründe für das schwindende Interesse an der Aktionsforschung ab den 1990er-Jahren. Altrichter und Gstettner (1993) versuchen die Ursachen in einer Befragung von Sozialwissenschaftler_innen zu ergründen. Im Folgenden werden einige dieser kritischen Punkte skizziert:

Die Schwäche der Theorie und Methode: zu vage Grundbegriffe, unklare Ziele, Vorannahmen und Methoden jenseits ihrer „sozial-politischen Orientierung“ sowie gesellschaftstheoretische Leerstellen[39], trotz sozialkritischer Grundorientierung. Die Autoren führen das darauf zurück, dass viel isoliert geforscht wurde, es wurde zu wenig Bezug genommen, in der Aufbruchsstimmung ging die konkrete Zielorientierung verloren.

Die unzureichende Umsetzung in die Praxis: Der Handlungsaspekt wurde überbetont, die Theorieproduktion nicht erfüllt, das Veränderungspotenzial überschätzt.

Die Schwierigkeiten in der Kooperation zwischen Wissenschaftler_innen und Praktiker_innen, den „Erforschten“: Die Kooperation fand nicht so statt, wie erhofft und wurde *„zu einfach und optimistisch“* (Altrichter, Gstettner 1993,69) gesehen und das auftretende Machtgefälle wurde nicht ausreichend reflektiert.

Dazu kamen Fraktionskämpfe der Vertreter_innen der Aktionsforschung, die eine Etablierung eines methodologischen Diskurses verhinderten, ein gesellschaftspolitischer Rahmen, der sich ab den 1980er-Jahren zunehmend reformfeindlicher zeigte, und eine Isolierung vom internationalen Diskurs.

[39]Von Unger et al. (2007, 33) zeigen hier eine Gegenposition auf. Sie fragen, ob die deutschsprachige Aktionsforschung nicht sogar theoretisch überfrachtet war. Die kritische Theorie und andere gesellschaftskritische Theorien waren prägendes Merkmal und haben hohe Erwartungen an die Forschungspraxis gestellt, die sich als nicht umsetzbar erwiesen.

Altrichter (2009, 27) betont rückblickend:

> „Andererseits hat Aktionsforschung in der kurzen Zeit ihres Blühens – nach Ansicht der von uns Befragten – einige Spuren auch in der mainstream-Forschung hinterlassen. Dazu gehört zum Beispiel eine Ergebnisrückmeldung an die TeilnehmerInnen der Forschung, die Etablierung von Entwicklungsforschung als gemeinsamer Lernprozess. Zudem wurde der sozialen Verantwortlichkeit und Partizipation größere Bedeutung zugewiesen. Es fand eine Ausweitung qualitativer Methoden statt, kommunikative Validierungsstrategien fanden stärkere Bedeutung und der Fokus auf Alltagswissen ist salonfähig geworden."

Trotz kritischer Betrachtung der Forschungspraxis sind die im Zitat erwähnten Spuren nicht unerheblich für aktuelle Forschungsfragen, wie von Unger et al. (2007, 7) in Bezugnahme auf das Verschwinden der Aktionsforschung betonen:

> „Diese fast vollständige Abkehr der Aktionsforschung, wie sie in der deutschsprachigen Forschungslandschaft – zumindest auf den ersten Blick – vollzogen wurde, erschient uns unverhältnismäßig."

Die partizipative Forschung zeigt sich nun nach kritischer Reflexion in etwas anderer Form, teils unter anderem Namen, als Praxisforschung (Moser 1995), Prozessforschung (Heiner 1988) oder auch Selbstevaluation (von Kardorff 2006, 74). Diese Forschungsstrategien werden subsumiert unter dem Begriff der partizipativen Forschung und nehmen Bezug auf internationale Ansätze von Action Research (Reason, Bradbury 2008)[40]. Dabei wird an die oben beschriebene Rezeptionsgeschichte – kritisch – angeknüpft und man setzt sich auch von ihr ab, indem das Element der Beteiligung stark in den Vordergrund rückt (von Unger 2014a, 3).

5.3.2 Merkmale partizipativer Forschung

Zu den zentralen Aspekten partizipativer Forschung gehören nach von Unger (2014a, 35 ff.) **die Beteiligung** von Co-Forscher_innen, **Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse** (Empowerment) durch die Forschung sowie **die Zielsetzung, soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern**.

[40]In dem von Reason und Bradbury herausgegebenen Handbuch findet sich eine Vielzahl an Action-Research-Begrifflichkeiten und -Traditionen. Sie schreiben: *„Action Research is a family of practices of living inquiry that aims […] to link practice and ideas in the service on human flourishing. It is not so much a methodology as an orientation to inquiry […].*" (2008, 1).

Geht es um **die Beteiligung** am Forschungsprozess, so stellt sich die Frage, auf welchem partizipativen Ansatz die Forschung beruht. Sind Fachkräfte im Mittelpunkt, wie zum Beispiel Lehrer_innen, die ihren Unterricht beforschen, mit dem Ziel, diesen zu verbessern (vgl. Hollenbach, Tillmann 2009)? Oder sind es Projekte, wo Nutzer_innen, Betroffene, Fachpersonal oder auch Communitys[41] am Forschungsprozess teilhaben, also „nutzer_innengesteuerte" beziehungsweise „betroffenenkontrollierte" Ansätze (von Unger 2014a, 36, vgl. Cook 2012, § 7-8)?

Wer und wie beteiligt wird bzw. in welchem Ausmaß auch auf welcher Interventionsebene – auf der persönlichen (Action Research) oder der systemischen Ebene (community-basierte partizipative Projekte) –, ist bei beiden Beispielen relevant. Allerdings zeigen community-basierte partizipative Projekte, wie z. B. Minkler und Wallerstein (2008) oder von Unger (2012) für den Gesundheitsbereich, eine stärkere Differenzierung der einzelnen Formen der Beteiligung, aufgrund der hohen Anzahl an beteiligten Personen beziehungsweise Personengruppen. So wird zwischen Community-Partner_innen und Praxispartner_innen unterschieden (von Unger 2014a, 37): Community-Partner_innen können Bürger_innen, Patient_innen, Nutzer_innen von Angeboten sein, wohingegen Praxispartner_innen Fachkräfte sind, die als professionelle Praktiker_innen beteiligt werden.

Eine gute Übersicht zu den unterschiedlichen Formen von Beteiligung ermöglicht das Stufenmodell nach Wright et al. (2010). Es beschreibt die Nicht-Partizipation (Instrumentalisierung, Stufe 1, und Anweisung, Stufe 2), Vorstufen der Partizipation (Stufen 3 bis 5: Information, Anhörung und Einbeziehung), die Partizipation selbst (Stufen 6 bis 8: Mitbestimmung, teilweise Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht) und die Stufe 9, die über die Partizipation hinausgeht und als Selbstorganisation bezeichnet wird. Ist ein Forschungsprojekt partizipativ angelegt, dann werden Praxispartner_innen und Community-Partner_innen auch mit Entscheidungsmacht (von Unger 2014a, 40) ausgestattet, das heißt, nach dem Modell von Wright et al. (2010) ab Stufe 6: Mitbestimmung, eine teilweise Entscheidungskompetenz, Entscheidungsmacht bis zur Selbstorganisation. Diese Herangehensweise bedeutet für Forschende, sich von gängigen akademischen

[41]Der englischsprachige Begriff „Community" kann mit „Gemeinschaft" übersetzt werden. Da „community based participatory research" Demokratie als Forschungsvoraussetzung hat (Bergold, Thomas 2012 § 10-11), verweist von Unger (2014a, 28) auf Joas (1992), der feststellt, dass der Begriff der „Gemeinschaft", anders als der englische Begriff „Community", antidemokratische Konnotationen enthält und ideologisch vereinnahmt wurde, wie z. B. der Begriff *„Gemeinschaftspathos"* (Joas 1992, 860, zitiert nach von Unger 2014a, 28) zeigt.

Forschungssettings zu distanzieren, denn im gesamten Forschungs- und Entwicklungsprozess – vom Design bis zur Erhebung, Auswertung und Verwertung – sind Personen oder Personengruppen nicht nur einbezogen oder werden „beforscht", sondern sind tatsächlich beteiligt: mit Entscheidungskompetenz. Daher sind auch Schulungen für Co-Forscher_innen eine wichtige Voraussetzung, damit partizipative Forschung auch gelingen kann (vgl. Roche et al. 2010, 3 ff.).

Von Unger (2014a, 43) fasst die Besonderheiten der Teilhabe wie folgt zusammen:

> „Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass im Unterschied zu anderen Formen der qualitativen Forschung das Prinzip der Teilhabe in der partizipativen Forschung in zweifacher Hinsicht gilt: Zum einen haben die Forschenden an den Prozessen und sozialen Bezügen des untersuchten Settings teil, und zum anderen wirken die Teilnehmer/innen als Co-Forscher/innen am Forschungsprozess mit."

Diese Teilhabe kann sich auf den gesamten Forschungsprozess erstrecken: Vom Finden der Partner_innen, von der Themengenerierung, der Bedarfsbestimmung über das Setzen gemeinsamer Ziele, die Schulung der Co-Forscher_innen, das Beteiligen anderer Personen und Gruppen, das konkrete Studiendesign bis zur Datenerhebung, Reflexion und Auswertung der Präsentation und Nutzung (von Unger 2014a, 52). Ein partizipatives Forschungsdesign sieht bei allen angeführten Forschungsschritten eine Partizipation vor, die nach dem Modell von Wright et al. (2010) ab der oben angeführten Stufe 6, der Mitbestimmung, beginnt.

Neben der Frage der Teilhabe am Forschungsprozess gilt ein **Befähigungs- und Ermächtigungsprozess** als weiteres zentrales Merkmal partizipativer Forschung. Um ein solches Empowerment[42] zu ermöglichen, braucht es einen *„sicheren Raum"* (Bergold, Thomas 2012, § 12) und ein hohes Maß an *„Selbst-/Reflexion"* (Bergold, Thomas 2012, § 52, 5.2.5). Was meinen sie damit und was hat das letztlich mit Empowerment zu tun?

Unter einem „sicheren Raum", der bereits unter 5.2.5 im Zuge der Verankerung von Reflexion in den Forschungsprozess zitiert wurde, verstehen Bergold und Thomas (2012, § 13) die Möglichkeit, offen über das zu sprechen, was im Zuge der partizipativen Forschung auch an Konflikten aufbricht. Der „sichere Raum" wird hier als Haltung verstanden, eine Vertrauensbasis zu schaffen, in der die Angst, etwas Falsches zu sagen oder angegriffen zu werden, stark minimiert werden soll. Bergold und Thomas (2012, § 13) gehen davon aus, dass nur so auch

[42]Von Unger (2014a, 45) bezieht sich auf Loss (2008, 714) und führt aus, dass es im Deutschen keinen Begriff gibt, mit dem Empowerment angemessen übersetzt werden könnte.

ein Erkenntnisgewinn erzielt werden kann, wenn unterschiedliche Perspektiven benannt werden und neue Aspekte entdeckt werden dürfen.

Dieses kritische Hinterfragen geht einher mit einem hohen Maß an Selbstreflexion wie Reflexion, denn in der partizipativen Forschung sind alle Beteiligten als *„erkennende Subjekte“* (Bergold, Thomas 2012, § 52) mit einbezogen. Und auch der individuelle Erkenntnisprozess spielt eine Rolle: Der Erkenntnishintergrund muss auch offengelegt werden können (Bergold, Thomas 2012, § 52). So bedingt der „sichere Raum“ die kritische Reflexion, die nur dann gelingt, wenn ein gutes Vertrauen hergestellt ist. Und an diese Selbstreflexion wie Reflexion schließt sich auch das Empowerment an, der Befähigungs- und Ermächtigungsprozess, der aus diesem Nachdenken entsteht.

Damit dieses Nachdenken in einem sicheren Rahmen (vgl. Bergold, Thomas 2012, § 13) auch gelingt, schlagen Bergold und Thomas (2012, § 55-60) *„Reflexionsarrangements“* (Bergold, Thomas 2012, § 55) vor: Dazu gehört die Reflexion der personalen, lebensgeschichtlichen Voraussetzungen, die notwendig ist, wenn Forschungsthemen persönliche Reaktionen auslösen. Die Reflexion dieser Reaktionen kann nach Devereux (1967/1998)[43] auch als Erkenntnisquelle genutzt werden. Grundsätzlich sind persönliche Reaktionen als erster Schritt einmal offenzulegen, was – wie oben angeführt – ein hohes Maß an Vertrauen in das Gruppensetting verlangt. Das gilt auch für die Reflexion der sozialen Beziehungen unter den Forschungspartner_innen: Konflikte anzusprechen und auszutragen bedarf einer hohen Kompetenz. Bergold und Thomas (2012, § 58) regen hierzu an, sich Anregung von gruppenspezifischen Theorien, wie zum Beispiel der Gruppendynamik (vgl. Heintel 2008, vgl. König 1999a, vgl. 2.3.1.2), zu holen.

Die strukturelle Reflexion[44] des sozialen Feldes der Forschung und die Reflexion des Forschungsprozesses werden noch als weitere Richtungen benannt, über die nachgedacht werden sollte. Damit wird über die gesellschaftliche Relevanz, den politischen, ökonomischen und sozialen Kontext reflektiert und über den Forschungsprozess selbst. So kann von allen beteiligten Personen ein Lernprozess

[43]Devereux (1967/1998) kritisiert in *„Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften“*, dass die verhaltenswissenschaftliche Methodologie die Subjektivität der Forscher_innen ausschaltet, im Glauben, so zu objektiver Erkenntnis zu gelangen. Er behauptet, dass die Reaktion der Forschenden auf ihr Material elementare wissenschaftliche Daten enthält (vgl. auch Möller 1997).

[44]Bergold und Thomas beziehen sich hier auf die soziologische Selbstreflexion von Pierre Bourdieu (1993, 2002, zitiert nach Bergold, Thomas 2012, § 59, vgl. 5.2.5) und stellen fest, im Sinne Bourdieus *„muss auch die gesellschaftliche Bedingtheit der beteiligten Erkenntnissubjekte und des partizipativen Projekts reflektiert werden“* (2012, § 59).

durchlaufen werden, aus dem heraus Kompetenzen entwickelt werden, die zu nachhaltigen Veränderungsprozessen führen können (von Unger 2014a, 46).

Diese **Zielsetzung des Verstehens und Veränderns von sozialer Wirklichkeit** ist die dritte zentrale Komponente partizipativer Forschungsdesigns. Hella von Unger (2014a, 46) fasst diese doppelte Zielsetzung zusammen:

> „Die Hervorbringung von Wissen ist ein wesentlicher Bestandteil der partizipativen Forschung, aber nicht ihr Endpunkt oder Hauptziel. Im Kern geht es darum, durch Reflexion und die Generierung von neuem Wissen Handlungsansätze und Handlungsalternativen zu erschließen. Im Unterschied zu anderen Formen der akademischen Forschung ist also nicht nur vorgesehen, ‚*knowledge for understanding*' zu generieren, sondern ‚*knowledge for action*' (Cornwall und Jewkes 1995, 1667, zitiert nach von Unger 2014a, 46; Hervorhebung im Original).

So wie es eine Vielzahl an Zugängen zur partizipativen Forschung gibt, Reason und Bradbury (2008, 7) sprechen von *„a family of approaches"*, so gibt es diese auch bezüglich der konkreten Zielsetzungen. Die Ziele können auf einer individuellen Ebene angesiedelt sein, einer Verbesserung der eigenen professionellen Praxis, bis hin zur Verbesserung und Entwicklung organisationaler Abläufe in der öffentlichen Verwaltung oder zur Förderung von Demokratisierungsprozessen (von Unger 2014a, 47 f., Reason, Bradbury 2008, 7 f.). Diese Veränderungen sind wiederum nicht ohne die Berücksichtigung von bestehenden Machtkonzepten zu denken, wie sie etwa Foucault (1975/2015) in *„Überwachen und Strafen: die Geburt des Gefängnisses"*[45] beschreibt. Forschungspraktisch heißt das, dass die (Re-)Produktion von Machtverhältnissen immer mitreflektiert werden muss; ein Beispiel hierfür sind Geschlechterverhältnisse (von Unger 2014a, 49, Brydon-Miller et al. 2011), die im Rahmen des vorliegenden Forschungsprozesses auch zum Thema gemacht werden (vgl. 3.4.2, vgl. 7.2.1).

Nach dieser Beschreibung der Merkmale partizipativer Forschung werden diese nun in Bezug gesetzt zur vorliegenden Untersuchung.

5.3.3 Supervisionsforschung als partizipative Forschung

Welche Elemente partizipativer Forschung integriert vorliegende Untersuchung? Wo im Forschungsprozess finden sich wesentliche Merkmale partizipativer Forschung? Wo sind die Grenzen der Partizipation?

[45] Macht ist nach Foucault (1975/2015) produktiv, sie *produziert* Gegenstandsbereiche und Wahrheitsrituale.

Ich werde nun – diesen einleitenden Fragen folgend – mein Forschungsvorhaben auf die drei wesentlichen Aspekte hin überprüfen, die in Kapitel 5.3.2 beschrieben wurden.

Die Beteiligung von Co-Forscher_innen:
Wie bereits ausgeführt, erstreckt sich die Teilhabe in der partizipativen Forschung auf den gesamten Forschungsprozess: Angefangen vom Finden der Partner_innen, von der Themengenerierung über das Setzen gemeinsamer Ziele, die Schulung der Co-Forscher_innen, das Beteiligen anderer Personen und Gruppen, das konkrete Studiendesign bis hin zur Datenerhebung, Reflexion und Auswertung der Präsentation und Nutzung (von Unger 2014a, 52). Bei jedem einzelnen dieser Forschungsschritte ist eine Mitbestimmung vorgesehen (Wright et al. 2010).

Davon ausgehend zeigt sich, dass die vorliegende Forschung bei der Datenerhebung und partiell bei der Reflexion und Auswertung eine Partizipation der Supervisandinnen und der kollegialen Forschungsbegleiterin vorsieht. Die Daten werden im Rahmen von Supervisionssettings erhoben, in Form von teilnehmender Beobachtung (Abschn. 5.2, 6.3.1). Das heißt, die Forscherin/Supervisorin protokolliert in schriftlicher Form Supervisionssitzungen von zwei unterschiedlichen Teams, die sich jeweils über ein Jahr erstrecken.

In der Supervision geht es um die Themen, die Anliegen der anwesenden Supervisand_innen, sie bestimmen, was sie einbringen. Supervision nicht partizipativ zu denken widerspricht der Idee, den Zielsetzungen und dem Zweck von Supervision (5.1.1). Daher ist von einer tatsächlichen Teilhabe an der Datenerhebung durch die Supervisandinnen auszugehen: Im Rahmen des supervisorischen Prozesses sind sie Co-Forscherinnen und Beforschte zugleich. Die Untersuchung wurde so angelegt, dass diese Doppelrolle, die sich durch die Erforschung ergibt, von der ersten Anfrage bzw. Vorbesprechung, die immer vonseiten der Supervisionsteams ausging, bis zur tatsächlichen Beauftragung offengelegt wurde. Das heißt, die tatsächliche Beauftragung erfolgte immer mit dem Einverständnis, dass neben der kostenpflichtigen Supervision ein Forschungsvorhaben durchgeführt wird, auf Dauer eines Jahres.[46] Es wurde kommuniziert und darauf vorbereitet[47],

[46]Ausführliche Informationen bezüglich des *informed consent*, der Einverständniserklärung, siehe Abschn. 6.1 und im Anhang (Anhang b.).

[47]Die Supervisionsteams wurden insofern darauf „vorbereitet", als sie Monate im Vorhinein darauf hingewiesen wurden, dass es eine Ergebnispräsentation im Rahmen einer Fokusgruppe geben wird. Es wurde erklärt, was eine Fokusgruppe ist und was von den Supervisandinnen erwartet wird. Bedenken und Ängsten in Bezug auf diese Fokusgruppen wurde Raum gegeben.

dass im Anschluss an die Datenerhebung noch eine gemeinsame Bewertung und Diskussion im Rahmen einer Fokusgruppe stattfindet.

Auch die kollegiale Forschungsbegleiterin, eine Supervisorin, ist in der Rolle einer Co-Forschenden. In forschungssupervisorischen Reflexionen (6.3.2, vgl. 5.2.5) wird anhand der Protokolle über die Supervisandinnen und auch die Supervisorin nachgedacht. Bewusste und unbewusste Dimensionen der Kommunikation sollen im Rahmen der forschungssupervisorischen Reflexion verstanden werden (Diem-Wille 2012b, 124).

Die kollegiale Forschungsbegleiterin bestimmt auf diese Weise mit, wie die in den Protokollen beschriebenen Dynamiken, Beschreibungen und Aussagen interpretiert werden können. Forschungssupervisorische Reflexion wird als Reflexion über die Beobachtung und das Feld verstanden, so ist die Forschungsbegleiterin nicht an der Erhebung, jedoch an der kontinuierlichen Auswertung mitbeteiligt.

Doch weder an der Erstellung der Forschungsfrage noch an der Protokollierung der Daten, der Transkription der forschungssupervisorischen Reflexion oder der konkreten methodischen Auswertung des Datenmaterials sind die Supervisandinnen oder die Forschungsbegleiterin beteiligt.

Die Supervisandinnen werden erst wieder gegen Ende der Datenauswertung eingebunden: Die Ergebnisse werden im Rahmen einer Fokusgruppe (6.3.3) an sie zurückgespielt. Dabei geht es nicht um die Autorisierung der Ergebnisse durch die Supervisandinnen, das würde ethnografischer Forschung widersprechen (Breidenstein et al. 2013, 186 f.). Es geht hierbei ausschließlich darum, eine Differenz zu ihrem Wissen zu erzeugen, was für das Verstehen der supervisorischen Themen und ihres Veränderungspotenzials grundlegend ist.

Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse (Empowerment):
Diese Fokusgruppen mit den Supervisionsteams sind wichtiger Bestandteil für Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse, das Empowerment. Denn abgesehen von dem Supervisionsprozess selbst, der unterschiedlich auf die Teilnehmenden wirkt, was aber nicht Gegenstand der Untersuchung ist, dienen diese Fokusgruppen, die bewusst aus dem supervisorischen Rahmen gehoben werden, einer nochmaligen konkreten Auseinandersetzung mit Themen der einzelnen Teams. Das Rückspielen der Ergebnisse (der zwei Supervisionsprozesse und der Fokusgruppe „Feld“) schafft die Möglichkeit, sich durch die aufbereiteten Daten auf einer Metaebene mit den eigenen Themen – auch im Kontext der gesamt erhobenen Themen – noch einmal zu beschäftigen. Die Themen sind auf diese Weise herausgelöst, sowohl aus einem Arbeitsalltag als auch aus einer Supervisionsdynamik, können durch die konkrete Benennung aus einer Distanz heraus reflektiert werden und einen Veränderungsbedarf verdeutlichen. Hier zeigt sich auch für die Supervisionsteams ein klarer Nutzen und Mehrwert aufgrund der Forschung.

Aus diesem distanzierten Blick heraus kann eine tiefer gehende Reflexion stattfinden. Hier können *„Reflexionsarrangements“* (Bergold, Thomas 2012, § 55-60) getroffen werden, die persönliche, strukturelle, aber auch teamspezifische Aspekte berücksichtigen. Die Fokusgruppen bieten den *„sicheren Raum“* (Bergold, Thomas 2012, § 12), der durch die vorhergehenden Supervisionssettings geöffnet wird. Es ist nicht Supervision, aber die beteiligten Personen samt Themen sind vertraut, und es kann eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen erfolgen, die die Supervisandinnen befähigt, von diesen Erkenntnissen aus konkrete Veränderungen anzudenken. Die Fokusgruppen sollten für die Supervisand_innen zusätzliche Reflexionsschleifen ermöglichen. Daher waren die Fokusgruppen nicht als das Ende der supervisorischen Zusammenarbeit geplant, sondern nur als Endpunkt der wissenschaftlichen Auswertung. Die Ergebnisse der Fokusgruppen wurden in der Folge in die fortlaufenden Supervisionssitzungen integriert. Hier sei auf Altrichter und Gstettner (1993, 69) verwiesen, die betonen, dass im Zuge des ersten Aktionsforschungsbooms die Kooperation zwischen Wissenschaftler_innen und Praktiker_innen oft als *„zu einfach und optimistisch“* gesehen wurde. Diesem Fehler wurde im Rahmen dieser Untersuchung mit einem hohen Maß an Information, Planung und Vorbereitung begegnet. Ein wichtiger Faktor für das Gelingen dieser Partizipation war, dass auch Irritationen angesprochen werden konnten. So war z. B. die Koordinatorin des mobilen Hospizteams irritiert vom ursprünglich von mir für die Fokusgruppe „Feld“ gewählten Namen: Fokusgruppe „Fach“. Ihre Kritik, dass es in der Hospizarbeit eben nicht um Fachkräfte geht (Abschn. 3.2), zeigt auch meinen eigenen „blinden Fleck“, der durch die Teilhabe der Supervisand_innen am Forschungsprozess auch sichtbar wurde. Irritiert zeigte sich auch die Ärztin des Palliativkonsiliarteams von den aus den Supervisionsprotokollen zitierten Fokusgruppeninputs, die im Handout (Anhang e.) für die Supervisand_innen noch einmal verkürzt wiedergegeben wurden. Die Fokusgruppe „Feld“ hatte ein Handout (Anhang d.) mit längeren Textpassagen bekommen, die auch eingeleitet wurden. Die Bedenken der Ärztin, dass die Aussagen in dieser Form zu verkürzt sind, um verständlich zu sein, waren sehr nachvollziehbar. Ich hätte – ungeachtet der zusätzlichen Länge – die Passagen so vorlegen sollen, wie sie auch die Fokusgruppe „Feld“ erhalten hatte. Die Irritationen gaben mir als Forscherin wichtige Hinweise, die auch deutlich machten, dass die Supervisand_innen ihre Rolle als Co-Forscher_innen einnahmen und trotz dieser Bedenken ihre Erfahrungen und ihr Erleben in die Fokusgruppen einbrachten.

Die Zielsetzung, soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern:
Der Hauptfokus dieser Dissertation (Abschn. 1.1) liegt auf der Frage, welche Erfahrungsräume und dahinterstehenden Erlebniszusammenhänge (Mannheim 1980, 272) sich im Rahmen der Supervisionsprozesse und Fokusgruppen zeigen.

Welche Orientierungen, kollektiven Erfahrungsräume, welche habitualisierten, sich immer wieder reproduzierenden Handlungspraktiken (Bohnsack 2014, 65) können beobachtet werden? Diese Untersuchung hat die zentrale Komponente der partizipativen Forschung – nämlich soziale Wirklichkeit zu verstehen – im Fokus. Diesem Element des Verstehens und in der Folge auch des Veränderns wird mit dem Rückspielen der Ergebnisse außerhalb des supervisorischen Settings Rechnung getragen. Die Ergebnisse werden herausgelöst aus einem mehr als ein Jahr dauernden Prozess und im Rahmen einer Fokusgruppe rückgespiegelt. In diesen Ergebnissen enthalten sind auch Rückmeldungen der Fokusgruppe „Feld", das sind Mitarbeiter_innen aus der Hospiz- und Palliativversorgung, denen die Ergebnisse der Untersuchung präsentiert wurden und die eine Rückmeldung gaben: ob sie im Rahmen ihrer eigenen – auch supervisorischen – Erfahrung mit den Ergebnissen vertraut sind und/oder welche konkreten Erfahrungen sie gemacht haben. Dieser durch die Fokusgruppen initiierter Diskurs, der *über die Themen* der Supervisionsprozesse zur Fokusgruppe „Feld" und wieder zurück zu den beiden Supervisionsteams geführt wurde, brachte eine zusätzliche Außenperspektive, was grundsätzlich hilfreich ist, die sozialen Gegebenheiten in den Blick zu bekommen, zu erweitern und zu verstehen.

Die Veränderungen zeigen sich im Forschungsprozess selbst: in der Rückschau nach einem Jahr Supervision – im Rahmen der laufenden Supervisionen wie auch der einmaligen Fokusgruppen – auf Themen, die besprochen wurden. Somit wird auch deutlich, wie sich die im Vorgespräch geäußerten Anliegen durch den Supervisionsprozess verändern konnten. Es ist auffallend, dass die Supervisandinnen von *„unseren Themen"* (siehe folgende Zitate von Frau D und Frau A) sprechen, was darauf schließen lässt, dass die Ergebnisse den Supervisand_innen auch „gehören". Die partizipative Forschung verwendet hier den Begriff *„ownership"*[48] (Brazil 2013, 131), um auszudrücken, dass eine Community oder Gruppe – wie eine Einzelperson – über Informationen und Wissen verfügt.

Die Teilhabe an der Forschung – im Rahmen der Fokusgruppen – bewirkt auch eine Zusammenschau auf Aussagen und Einschätzungen von Kolleg_innen, die neue Perspektiven aufzeigen. Besonders die Reaktionen auf Aussagen von dem jeweils anderen Supervisionsteam oder von Teilnehmer_innen der Fokusgruppen zeigen sich in den Ergebnissen der Untersuchung (Kap. 7).

[48] „*Ownership*" ist neben „*control", „access" und „possession"* eines von vier Prinzipien der „community based research" und bezieht sich auf kulturelles Wissen, Daten oder Informationen, über die ganze Bevölkerungsgruppen, aber auch kleinere Gruppen verfügen (Brazil 2013, 131).

Am Ende der Fokusgruppen mit den beiden Supervisionsteams wurden die Teilnehmerinnen gefragt, was sie aus diesen Fokusgruppen mitnehmen. Im Folgenden drei Zitate[49], die einen Einblick geben, was den Co-Forscherinnen die Fokusgruppe, auch im Hinblick auf mögliche Veränderungen, gebracht hat. Den Beginn macht eine ehrenamtliche Hospizbegleiterin, die erst relativ spät in das Supervisionsteam 2 eingestiegen ist.

> Hospizbegleiterin Doris: Ich bin ja noch ziemlich frisch bei dem Ganzen dabei, mh, und hab's sehr, sehr interessant gefunden, auch so die Unterschiede, wie wer was sieht und wer was sagt, und bin gespannt, wann und wie ich auf diese ganzen Themen wirklich stoßen werde (1:20:04) und ich werde mich immer wieder zurückerinnern, was hab ich da gehört? (lacht) Ich hab's sehr, sehr interessant gefunden, danke schön. (Fokusgruppe „SV Team 2", 11/2015, 927-931)

Die Sozialarbeiterin des Palliativkonsiliarteams stellt am Ende der Fokusgruppe fest, dass sie die Themen „ihres" Teams wiedererkennt und auf die Reaktion der Fokusgruppe „Feld"[50] besonders gespannt war. Sie sieht ihren „Alltag" mit der schriftlichen Vorlage (Anhang e.), die im Zuge der Fokusgruppen ausgeteilt wurde, gut beschrieben. Die Zusammenfassung ermöglicht es auch, sich noch einmal mit den Themen auseinanderzusetzen, was wiederum der Intention der partizipativen Forschung nach Veränderung entspricht. Auf diese Veränderung verweist auch das daran anschließende Zitat der Koordinatorin: Sie sieht in der Vorlage (Anhang e.) eine Hilfestellung, besser differenzieren zu können, wo Veränderungen möglich sind.

> Frau D: Also mir hat gefallen, dass ich eigentlich in fast allem, wo wir das Team waren, es wieder erkannt hab, die Thematik, und ich war immer recht neugierig, wie die Reaktion von dieser Fokusgruppe „Fach" war, also, von daher war das recht interessant. Ich glaub, was wir eingebracht haben, ich weiß natürlich nicht, was ein Hospizteam einbringt, aber das ist für mich so klar, weil wir das so oft auch besprechen, wir haben zwar nicht so eine schöne Auflistung wie da, aber oft kommen GENAU diese Punkte, die sind dann bei uns Thema. Sei es jetzt in Zusammenarbeit mit den Stationen, sei es in Zusammenarbeit mit den Angehörigen oder eben, haben wir ja auch, Patienten, die sagen, sie wollen jetzt genau DAS und sonst gar nix, ja, also es ist irgendwie Alltag, der sehr gut zusammengefasst ist. Und sich noch einmal was

[49]Die folgenden Zitate werden nicht im Detail analysiert, werden jedoch, der dokumentarischen Methode folgend, in Form einer *„formulierenden Interpretation"* (Bohnsack 2014, 137, 6.4.1) eingeleitet.

[50]Diese Fokusgruppe wurde, wie bereits erwähnt, erst später aufgrund eines Hinweises der Koordinatorin des Hospizteams von Fokusgruppe „Fach" in Fokusgruppe „Feld" umbenannt.

> dazu denken, aber Themen, die uns wirklich immer begegnen, kann man so sagen, oder? (1:43:03) (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 1237-1247)

> Frau A: (…) ich denk an die Pflegedirektorin, wenn die, wenn ich die fragen würde, was glaubst du, mit welcher Problematik wir beschäftigt sind, ob sie auf (deutet auf die Unterlage), das hilft auch, für mich selber, jetzt auch ein bissl so differenzieren, nicht zu sagen, das ist ALLES so schwer, sondern DER Teil ist so schwer, wo kann ich ansetzen, was kann ich verändern, also diese Auflistung der Themen kann hilfreich sein. (1:44:40) (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 1260-1265)

In der letztgenannten Aussage wird im direkten Zusammenhang mit der Forschung von Veränderung gesprochen. Tina Cook benennt in Bezugnahme auf Patti Lather (1991, 68, zitiert nach Cook 2012, § 50) den Effekt von partizipativer Forschung als

> „[…] ‚catalytic validity‘: the degree to which the research process re-orients, focuses and energizes participants toward knowing reality in order to transform it.“ (Cook 2012, § 50)

Eine „katalytische Gültigkeit“: eine sich *durch* den Grad der Veränderung zeigende und sich *dadurch* auch als valide erweisende Forschung. Die Aussage von Frau A verweist sowohl auf die *Wirkung* des Supervisionsprozesses selbst wie auch auf den *Nutzen*, den die Teilhabe an der Forschung hat.

5.4 Fazit

Die Konzeptualisierung von Supervision als Instrument der Forschung erfordert es, auf Wissens- und Handlungsbestände der Sozialwissenschaften zurückzugreifen und das Untersuchungsdesign forschungsstrategisch ethnografisch und partizipativ auszurichten. Dazu wurde der Forschungscharakter von Supervision beschrieben (5.1.1) und auf – von Supervisor_innen selbst skizzierte – Bezüge zwischen Supervision und Ethnografie verwiesen. Kritische Supervisionsforschung (5.1.2) formuliert bereits partizipative Ansätze und findet mit der partizipativen Forschungsstrategie sowohl eine Ergänzung als auch eine Erweiterung.

Die Ethnografie wurde aus drei Traditionen (5.2.1) hergeleitet: der ethnologischen Kulturanalyse, der Subkulturforschung der Chicago School und der Soziologie des Alltags. Das ermöglicht eine theoretische Verortung, sowohl der Methode der teilnehmenden Beobachtung (5.2.1) wie auch des Gegenstands, der sozialen Wirklichkeit und des Blicks, der darauf gerichtet wird (Schütz, Luckmann 1979, Goffman 1974/1996, 2001, Garfinkel 1967, Sacks 1984). In der

Folge kommt auch das „In-Worte-Fassen“, das ethnografische Schreiben, zunehmend in den Blick der Forschung und differenziert sich, erntet jedoch als *„Krise der Repräsentation“* auch erhebliche Kritik (Berg, Fuchs 1993) wie auch behutsame und höchst differenzierte, reflektierte Wertschätzung (Hirschauer 2001, Streck et al. 2013).

Um angemessene Forschungsmethoden zu entwickeln, wurde ein methodischer Dreischritt (5.2.5) konzipiert. Die Teilnahme im Feld, die Protokollierung und die Reflexion sind als durch Breidenstein et al. (2013, 44) begründete methodologische Distanzierungsschritte zu verstehen. Sie zeigen sich an der Beobachtungskompetenz, an der Etablierung der Beobachter_innenrolle, der permanenten Verschriftlichung sowie der reflexiven Analyse. Damit erfährt die forschungssupervisorische Reflexion (6.3.2) als eine im Forschungsprozess verankerte Methode ihre Begründung, die sich aus der Ethnografie (5.2.5), der partizipativen Forschung (5.2.5, 5.3.2) und der Methode der psychoanalytischen Beobachtung (5.2.4) herleiten lässt.

Die geschichtliche Herleitung verortet die partizipative Forschungsstrategie (5.3.1), die Ethnografie (5.2.1) und die psychoanalytische Beobachtung (5.2.4) und ermöglicht Verbindungen und Bezüge, die sich besonders im methodischen Dreischritt festmachen lassen (5.2.5)

Die Beteiligung der Co-Forscher_innen, die Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse sowie die Zielsetzung partizipativer Forschung, soziale Wirklichkeit zu verstehen und zu verändern, wurden anhand des Prozesses der gesamten Datenerhebung, von den Supervisionsprozessen über die forschungssupervisorische Reflexion bis zu den Fokusgruppen beschrieben (5.3.3) und auch mit Aussagen der Co-Forscherinnen unterlegt. Damit wurde die Supervisionsforschung theoretisch und methodisch zur Ethnografie und zur partizipativen Forschung in Bezug gestellt und im Sinne Weigands (1998, 7) in ihren Wissens- und Handlungsbeständen erweitert.

Methoden

6

Aufbauend auf den Forschungsstrategien (Kap. 5) folgt nun die Beschreibung der methodischen Umsetzung. Vorangestellt werden die forschungsethischen Überlegungen (Abschn. 6.1). Im Feld von Hospiz- und Palliativversorgung kommt ethischen Fragen, die sich auf die Erhebungsmethoden wie auf das Forschungseinverständnis auswirken, besondere Bedeutung zu (vgl. Pleschberger 2005). In weiterer Folge werden das konkrete Sampling und der Feldzugang (Abschn. 6.2) beschrieben und es wird dargestellt, wie sich die Supervisandinnen und die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld" anhand bestimmter Diversitätskategorien (3.4.2) unterscheiden. Die Erhebung wurde methodenplural (vgl. Lüders 2013, 389) angelegt und unterscheidet die Protokollierung der Supervisionsprozesse (6.3.1) und die forschungssupervisorische Reflexion (6.3.2) von der Methode der Fokusgruppe (6.3.3). Die Auswertung erfolgte mithilfe der dokumentarischen Methode (Abschn. 6.4), die anhand der Arbeitsschritte der Analyse (6.4.1), der Auswahl der Protokoll- und Textausschnitte (6.4.2) und der Ergebnisdarstellung (6.4.3) beschrieben wird. Der anhand der Abbildung 6.1 dargestellte Ablauf des Forschungsprozesses (Abschn. 6.5) gibt einen Überblick über die einzelnen methodischen Schritte, veranschaulicht eine chronologische Reihung der Erhebungs- sowie Auswertungsschritte und zeigt deren Ineinandergreifen.

6.1 Forschungsethische Überlegungen

Die Forderung nach Würde, Autonomie und Selbstbestimmung hat das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung maßgeblich begründet (Abschn. 3.2). Um in diesem Feld zu forschen, sind forschungsethische Überlegungen daher unumgänglich.

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_6

Der Entscheidung, die beiden Supervisionsprozesse ohne die Zuhilfenahme technischer Geräte oder zusätzlicher Beobachter_innen zu untersuchen, sondern teilnehmend zu beobachten, lagen Überlegungen zugrunde, die auf zwei Ebenen ansetzen: Das Untersuchungsfeld ist mit Fragen in Bezug auf Würde, Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch mit spezifischeren Herausforderungen in Bezug auf Ernährung, Intimität, Sedierung bis hin zum Sterben konfrontiert (Weixler 2006, Heller et al. 2007b, Reitinger, Heller 2010, 738, vgl. Pleschberger 2005, vgl. Heller et al. 2000). Zu aktuell sehr kontrovers diskutierten ethischen Fragen zählen auch aktive, passive und indirekte Sterbehilfe oder auch assistierter Suizid (Simon 2006, Borasio 2014, 159 ff.). Personen und Organisationen in diesem Arbeitsfeld sind daher immer mit ethischen Themen in Berührung, was wiederum auf die forschungsethische Ausgangsbasis für das Untersuchungsdesign zurückwirkt und die zweite Ebene forschungsethischer Fragen aufzeigt: Supervision in diesem Feld zu erforschen heißt, dass Supervisand_innen oftmals mit ambivalenten Gefühlen, die mit Konflikten oder Moral Distress (3.4.4) einhergehen können, in die Supervision kommen. Damit gilt es umzugehen und den Supervisand_innen einen *„sicheren Raum“* (Bergold, Thomas 2012, § 13, vgl. 5.3.2) zu gewährleisten, wo offen und vertraulich gesprochen werden kann, trotz wissenschaftlicher Forschung. Somit ist die Anonymität der teilnehmenden Personen und Organisationen einerseits ein Schutz, andererseits ermöglicht die Anonymisierung eine Offenheit, mit der auch all jene konflikthaften Themen zur Sprache gebracht werden können, die mit den Herausforderungen dieses spezifischen Arbeitsfeldes einhergehen. Der Forschungsprozess und die dafür gewählten Erhebungsmethoden sollten den supervisorischen Prozess möglichst nicht einschränken. Videoaufzeichnungen, Sprachaufzeichnungen mittels Audiogerät oder zusätzliche Beobachter_innen sind ein gängiges Instrument der Supervisionsforschung (vgl. Möller et al. 2014, 319) und beschränken sich in der Regel auf eine eingeschränkte (eine bis drei) Anzahl von Supervisionssitzungen. Im Falle der vorliegenden Untersuchung, die sich pro Supervisionsteam über den Zeitraum von einem Jahr erstreckte (Abschn. 6.5), hätten diese Instrumente dem Supervisionsprozess einerseits einen Laborcharakter (Breidenstein et al. 2013, 33) gegeben, der dem Anliegen, Supervisionspraxis als soziale Praxis (Breidenstein et al. 2013, 31 ff.) zu beobachten, widersprochen hätte. Andererseits war zu befürchten, dass die Themenwahl der Supervisandinnen durch eine Video- oder Audioaufnahme bzw. eine zusätzliche Beobachter_in beeinflusst worden wäre. Auch Uwe Flick (2011, 276) unterstreicht:

> „Gegenstand, Fragestellung, untersuchte Subjekte und angestrebte Aussagen sind bei qualitativer Forschung Referenzpunkte zur Beurteilung der Angemessenheit konkreter Methoden."

Um Sicherheit zu geben und um zu informieren, entschloss ich mich, eine schriftliche Einverständniserklärung einzuholen (Anhang b.), in der das Untersuchungsvorhaben dargelegt und der Begriff der Anonymität genau beschrieben ist. Im „informierten Einverständnis" (Anhang b.) wird dazu ausgeführt:

> „Mir wurde zugesichert, dass meine Anonymität und die Anonymität der Organisation, im Rahmen derer ich meine Tätigkeit ausübe, berücksichtigt werden. Unter Anonymität ist gemeint, dass weder Personen, Orte noch Organisation identifiziert oder zugeordnet werden können. Mir ist bewusst, dass ich mein Einverständnis zu einem späteren Zeitpunkt zurückziehen kann."

Alle[1] am Supervisionsprozess beteiligten Personen, die Supervisionsteams und die Supervisorin/Forschungsbegleiterin, haben mit dem „informed consent" eine schriftliche bzw. mündliche Zustimmung erteilt (von Unger 2014b, 25 ff.). Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld" erhielten vorab eine schriftliche Information über das Forschungsvorhaben und gaben am Beginn der einmaligen Gruppendiskussion eine mündliche Zustimmung, die aufgezeichnet wurde. Ich habe mich bewusst gegen einen ausschließlich mündlichen Prozess entschieden, der besonders für längerfristige qualitative Studien vorgeschlagen wird (Warin 2011). Der schriftliche „informed consent" hat in der Palliative Care durch die klinisch-medizinische und die pflegewissenschaftliche Forschung einen besonderen Stellenwert (vgl. Geschäftsstelle der Bioethikkommission 2013).

Die unterschiedlichen Herangehensweisen, der schriftliche „informed consent" für die Supervisionsteams und das mündliche Einverständnis der Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld", machen deutlich, dass es sich um zwei Forschungsintensitäten handelte, die ein unterschiedliches Maß an Information und Einverständnis erforderten. Das eine war die Zusage, einen Supervisionsprozess über ein Jahr erforschen zu dürfen, das andere war eine auf zwei Stunden beschränkte Gruppendiskussion mit Kolleg_innen aus dem Feld. Die Verschriftlichung in Form des „informed consent" machte eine Einheitlichkeit der Information möglich und sollte

[1]Eine Ausnahme bildet die Supervisorin/Forschungsbegleiterin mit der die forschungssupervisorische Reflexion durchgeführt wurde. Sie hat den informed consent erhalten, gelesen und mündlich zugestimmt, fand es aber nicht notwendig ihn zu unterschreiben, da für sie Fragen der Anonymität nicht von Bedeutung waren.

bewirken, dass die Supervisandinnen informiert sind und sich nicht davor scheuen, kontroverse Themen einzubringen.

Die Forschungspraxis zeigte zwischen den beiden Supervisionsteams große Unterschiede in Bezug auf diesen schriftlichen „informed consent". Wurde mit dem Palliativkonsiliarteam zuerst eine mündliche Übereinkunft getroffen, die dann in Form eines schriftlichen informierenden Einverständnisses von allen unterschrieben wurde, war der Prozess mit dem Hospizteam etwas langwieriger (vgl. 6.2.4). Hier habe ich schon zum Vorgespräch das Formular für den „informed consent" ausgeteilt, mit der Bitte, es zur ersten Supervision unterschrieben mitzubringen. Der Großteil der Supervisandinnen brachte das Unterschriftsblatt zur ersten Supervision auch mit, diejenigen, die es vergessen hatten, erhielten ein neues. Allerdings wechselten die Teilnehmerinnen bzw. kamen bis zum letzten Supervisionsprozess immer wieder neue dazu, denen das Forschungsvorhaben erst nähergebracht werden musste. So bekam die Forschung einen ganz anderen Stellenwert als im ersten Team: Das Forschungsinteresse war beim Vorgespräch und in nahezu jeder Supervision Thema (vgl. 5.3.3). Mir war es wichtig, jeder neuen Supervisandin das Forschungsanliegen zu erläutern und ihr, wie den anderen auch, die Möglichkeit zu geben, Fragen zu stellen und Bedenken zu äußern, bevor sie sich auf den supervisorischen Prozess einließ. Warin (2011, 812) fordert ganz im Sinne eines mehrmaligen Thematisierens der Zustimmung:

> „Recognize the complexity of consent. Reframe consent as a continuing process within the researcher–participant relationship rather than a one-off event."

Das wiederholte Ansprechen des Forschungsinteresses und des „informed consent" macht deutlich, dass die vorliegende Untersuchung auch nur *mit* den Supervisandinnen, partizipativ, als Co-Forscherinnen stattfinden konnte, was bereits im Kapitel 5.3.3 ausgeführt wurde.

Die im „informed consent" zugesicherte und – wie soeben auch beschrieben – oftmals wiederholte Zusicherung der Anonymität erfolgt daher nicht nur in Bezug auf die Namen der beteiligten Personen und Organisationen. Das gilt auch für die Bundesländer, in denen die Supervisandinnen und Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld" arbeiten, was sich auswirkt auf die Beschreibung des Samplings, die nun als nächster Schritt erfolgt. Es werden demzufolge keine Bundesländer, Städte oder Regionen genannt, auch die Organisationen (ein Krankenhaus und ein gemeinnütziger Verein), wo die beiden Supervisionsteams verortet sind, werden aus Anonymitätsgründen nicht vorgestellt.

6.2 Sampling und Feldzugang

Die qualitative Forschung spricht von Sampling (Merkens 2013, 290), die Ethnografie von Feldzugang (Breidenstein et al. 2013, 50). Für die vorliegende Untersuchung treffen beide Herangehensweisen zu, denn es wurde eine „Akquise" im Feld betrieben, eine nicht sehr häufige, aber durchaus mögliche Samplingstrategie (6.2.1) für die Auswahl von Supervisionsteams. In den folgenden Kapiteln werden die Auswahlprozesse für die Supervisionsteams (6.2.1), für die Fokusgruppe „Feld" (6.2.2) sowie für die Supervisorin der forschungssupervisorischen Reflexion (6.2.3) dargestellt. Aufgrund des unterstützenden Angebotscharakters (3.3.2) von Palliativkonsiliar- und Hospizteams und der Zusammensetzung der beiden Supervisionsteams legte die Suche nach den Personen für die Fokusgruppe „Feld" eine kontrastierende Zusammensetzung nahe, sowohl in Bezug auf das Angebot wie im Hinblick auf unterschiedliche Diversitätskategorien (3.4.2). Die Zusammensetzung der Supervisionsteams und der Fokusgruppe nach Geschlecht, Alter, Herkunft, Beruf und Erfahrung im Feld wird skizziert, um die Unterschiede der teilnehmenden Personen zu veranschaulichen.

Der Darstellung der „Akquise" der Supervisionsteams folgt die Beschreibung des Feldzugangs (6.2.4), denn der letztendlichen Beauftragung zur Supervision gingen Anfragen und diverse Vorgespräche voraus. Dabei werden die Zugänge zu den beiden Supervisionsteams mit einem Ausschnitt einer Gesprächspassage einer forschungssupervisorischen Reflexion unterlegt, um die Wirkmacht der unterschiedlichen Auftragsprozesse zu beschreiben.

6.2.1 Sampling per „advertising" von Supervisionsteams

Mit der Entscheidung, das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung mit einem Palliativkonsiliarteam (3.3.2.2) und einem Hospizteam (3.3.2.1) mittels Supervision ein Jahr lang zu erforschen, wurden unterstützende Angebote (3.3.2) gewählt, die im Jahr 2014 mit ihren insgesamt 202 Teams[2] einen Anteil von 66 % aller 306 Einrichtungen und Angebote der Hospiz- und Palliativversorgung (3.3.4) ausmachten. Das Sample ermöglicht folglich einen Einblick in ein in Österreich weit verbreitetes Angebot.

[2]Die 202 Teams setzen sich aus 155 Hospizteams und 47 Palliativkonsiliardiensten zusammen (Pelttari et al. 2014, 7, 3.3.4.1).

Die Wahl dieser beiden unterschiedlichen Teams ermöglicht auch eine Fallkontrastierung (6.4.2), denn in der qualitativen Forschung ist nicht die Anzahl der untersuchten Fälle[3] entscheidend, sondern ihre Unterschiedlichkeit (Flick 2013, 260) ist ausschlaggebend. Ein Team bietet Akutversorgung im Krankenhaus, das andere Langzeitbegleitung in der häuslichen und mobilen Betreuung. So ergeben sich Einblicke in die Organisation Krankenhaus wie auch in die mobile Versorgung und die Betreuung in Langzeiteinrichtungen. Eine weitere Unterscheidung liegt in der Ehren- und Hauptamtlichkeit (Abschn. 3.4, vgl. 3.3.2.1, vgl. 3.3.2.2): Hospizteams haben eine hauptamtliche Leitung, die übrigen Mitarbeiter_innen arbeiten ehrenamtlich, in Palliativkonsiliarteams werden die einzelnen Professionen von hauptamtlich tätigen Personen besetzt. So können durch die Supervision der beiden Teams unterschiedliche Erfahrungen erfasst werden, die beide auf ihre Weise für den Hospiz- und Palliativbereich bedeutend sind, insbesondere im Hinblick auf die geschichtliche Entwicklung von Hospiz und Palliative Care (3.2.3).

Da die Untersuchung erforderte, Teams zu finden, mit denen Supervisionsprozesse durchgeführt werden konnten, ging der konkreten Auswahl eine „Akquise" voraus, wie sie für Supervisor_innen gängige Praxis ist (vgl. Heltzel et al. 2011). Das heißt, dass ich einerseits direkt mit Organisationen in Kontakt trat, um mich als Supervisorin anzubieten, andererseits mein Supervisions- und Forschungsinteresse unter Fachkolleg_innen, Arbeitskolleg_innen und im Bekanntenkreis kundtat. Dem ersten Supervisionsteam wurde ich auf diesem Wege über einen *„Gatekeeper"* (Merkens 2013, 288, Wolff 2013, 342) empfohlen, eine leitende Angestellte, tätig in derselben Organisation, in der auch das Palliativkonsiliarteam eingegliedert ist. Die Koordinatorin des Palliativkonsiliarteams nahm mit mir per E-Mail Kontakt auf, es folgte ein Vorgespräch[4] mit dem gesamten Team (eine Kollegin fehlte), in dem die Ziele, Anliegen und die Häufigkeit der Supervision erörtert wurden sowie mein Forschungsinteresse. Ein mündlicher Supervisionskontrakt[5] wurde geschlossen und ein Starttermin für die Supervision vereinbart.

Um ein weiteres Team zu finden, recherchierte ich mobile Hospiz- und Palliativteams in unterschiedlichen Regionen Österreichs – aufgrund der Anonymisierung werden keine konkreten Bundesländer genannt – und erfragte per E-Mail

[3]In dieser Untersuchung repräsentieren die zwei Supervisionsteams je zwei „Fälle".

[4]Vorgespräche sind für die Auftragsklärung grundlegend (vgl. 4.2.1), um zu klären, welche Erwartungen an die Supervision geknüpft werden. Für die Untersuchung wurden mit dem Palliativkonsiliarteam ein Vorgespräch, mit dem mobilen Hospizteam zwei Vorgespräche geführt.

[5]Im mündlichen Kontrakt wurden die Dauer, die Frequenz und das Stundenhonorar festgelegt.

einen Supervisionsbedarf. Dabei beschrieb ich meine Erfahrungen, mein Interesse am Feld und auch mein grundsätzliches Forschungsinteresse am Thema „Palliative Care im Fokus von Supervision". Morse (1994, 228 f.) spricht bei dieser Strategie, in der „Fälle" durch Bewerbung *(„advertising")* (Morse 1994, 229) gesucht werden, von einer *„sekundären Selektion"* (Morse 1994, 228, Übersetzung durch UH). Teilnehmende werden hier nicht wie in der *„primären Selektion"* (Morse 1994, 228, Übersetzung durch UH) für ein Forschungsvorhaben aufgrund bestimmter Kriterien gesucht, angesprochen und ausgewählt, sondern durch Bewerbung (hier allerdings zielgerichtet auf Organisationen mit unterstützenden Angeboten) zu einer Teilnahme ermutigt.

Auf meine werbende E-Mail-Anfrage erhielt ich zwei Absagen, die anderen Adressat_innen schrieben nicht zurück. Sechs Monate nach der E-Mail-Aussendung wurde ich von der Koordinatorin eines mobilen Hospizteams für eine Supervision telefonisch angefragt. Sie war von ihrer Teamleiterin, die mir vor Monaten auf meine Anfrage hin abgesagt hatte, an mich verwiesen worden. Es fand ein Vorgespräch zwischen der Koordinatorin und mir statt, in der Folge wurde ein weiteres Vorgespräch mit dem gesamten Team vereinbart (vgl. 6.2.4). Nach der Zusage vonseiten der Koordinatorin per E-Mail wurde ein schriftlicher Supervisionskontrakt[6] erstellt, das Forschungsvorhaben wurde schon im Vorgespräch präsentiert.

In Bezugnahme auf meine E-Mail-Aussendung erfolgte etwa acht Monate später noch ein Supervisionsauftrag für ein mobiles Palliativteam, das eine Erforschung des Prozesses aber ablehnte, da in nur wenigen Terminen – insgesamt drei – eine akute krisenhafte Situation supervidiert werden sollte.

Ich entschloss mich daraufhin, keine weiteren Teams in die Untersuchung aufzunehmen, wohl aber Mitarbeiter_innen aus mobilen Palliativteams bei der Zusammenstellung der Fokusgruppe besonders zu berücksichtigen, um das unterstützende Angebot in meine Untersuchung vollständig einzubeziehen.

Wer waren nun die Supervisandinnen der beiden Teams?

Das Palliativkonsiliarteam (SV Team 1) bestand aus fünf Frauen, deren Nachnamen per Alphabet anonymisiert wurden, der Reihenfolge meines Kennenlernens entsprechend: Frau A, Koordinatorin des Teams und Gesundheits- und Krankenschwester, die praktische Ärztin Frau Dr. B, die ärztliche Leiterin des Teams, Frau C, Gesundheits- und Krankenschwester, die Sozialarbeiterin Frau D und die Psy-

[6]Anders als beim Palliativkonsiliarteam wurde hier mit der Organisation eine schriftliche Supervisionsvereinbarung erstellt, die von mir und der Koordinatorin unterzeichnet wurde. In diesem Kontrakt wurde auch das Honorar festgelegt, das, ebenfalls anders als beim ersten Team, von der Organisation vorgegeben wurde. Vonseiten der Organisation wurde ebenfalls ein schriftlicher Vertag gemacht.

Tabelle 6.1 Altersverteilung SV Team1

20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	über 60 Jahre
0	1	1	2	1

chotherapeutin Frau E. Die Altersverteilung am Beginn der Untersuchung (März 2014) hatte, wie Tabelle 6.1 zeigt, einen leichten Überhang im Alter zwischen 50 und 59 Jahren. Keine der Supervisandinnen war unter 30 Jahre alt.

Die Mitglieder des Palliativkonsiliarteams konnten im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung auf vier bis über sieben Jahre Arbeitserfahrung zurückgreifen, und sie haben alle die von Gesundheit Österreich (2014, 23) vorgesehenen Kurse absolviert (3.3.2.2), eine von ihnen hat zusätzlich ein universitäres Palliative Care Masterprogramm absolviert. Die fünf Mitarbeiterinnen sind Österreicherinnen aus unterschiedlichen Bundeländern.

Das mobile Hospizteam (SV Team 2) setzte sich aus insgesamt zehn Frauen[7] zusammen, die zum Teil erst im Laufe des Forschungsprozesses zum Team kamen. Auch ihre Namen wurden anonymisiert, allerdings bat mich das Team, sie mit Vornamen anzusprechen, wir blieben allerdings beim „Sie“. Ich habe zur Anonymisierung für jede Supervisandin einen von mir erdachten Vornamen gewählt. Das Hospizteam bestand aus: Anna, die Gesundheits- und Krankenschwester ist und das Team hauptamtlich koordiniert; Ingrid, Esther, Rosa, Traude und Hannah waren bereits beim Vorgespräch dabei, im Laufe der einzelnen Supervisionsprozesse kamen Tanya, Ilse, Gabriele und Doris dazu.

Zur Erwerbstätigkeit der Supervisandinnen: Zwei Personen waren bereits in Pension, alle anderen waren in unterschiedlichen Berufsfeldern tätig: z. B. Sozialarbeit, Beratung, Gesundheits- und Krankenpflege, Kleinkindpädagogik, als Marketingexpertin etc. Diese Arbeitserfahrungen wurden teilweise auch in den Supervisionsprozessen thematisiert.

Die Altersverteilung am Beginn der Untersuchung (Oktober 2014) hatte, wie Tabelle 6.2 zeigt, ihren Altersschwerpunkt zwischen 40 und 49 Jahren, die Hälfte der Teammitglieder waren in dieser Altersgruppe. Drei Personen waren über 50 und eine über 60. Unter 30 Jahre war keines der Teammitglieder.

Im Hospizteam gab es sehr große Unterschiede, was die Dauer der Arbeitserfahrung im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung anbelangt: Die Koordinatorin war bereits über 20 Jahre im Feld tätig, zwei Supervisandinnen waren seit fünf Jahren,

[7]Eine Frau war nur beim Vorgespräch und bei keiner der Supervisionstermine anwesend, sie wurde nicht mitgerechnet.

Tabelle 6.2 Altersverteilung SV Team 2

20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	über 60 Jahre
0	1	5	3	1

eine seit drei Jahren und eine seit einem Jahr im Hospizteam. Die übrigen fünf Personen waren neu dazugekommen und hatten den Lehrgang zur Hospizbegleiterin gerade absolviert. Eine Supervisandin hatte Migrationserfahrung, die anderen stammten aus unterschiedlichen österreichischen Bundesländern.

Aufgrund des betreuenden Angebots und der Zusammensetzung der beiden Supervisionsteams legte die Suche nach den Personen für die Fokusgruppe „Feld" eine kontrastierende Zusammensetzung nahe: was das Angebot anbelangt, aber auch im Hinblick auf die Alters- und die Geschlechterverteilung.

6.2.2 Sampling der Fokusgruppe „Feld"

Für die Fokusgruppe „Feld" wurden bewusst Personen von mobilen Palliativteams (3.3.2.3), Palliativstationen (3.3.3.1), stationären Hospizen (3.3.3.2) und Tageshospizen (3.3.3.3) gesucht, die durch die beiden Supervisionsteams nicht repräsentiert wurden. Eine Ärztin und eine Koordinatorin (eine diplomierte Gesundheits- und Krankenschwester) von zwei mobilen Palliativteams wurden angefragt, wobei die Ärztin auch Erfahrung mit einem Tageshospiz hatte. Beide verfügten über mehrjährige Arbeitserfahrung und Zusatzqualifikationen im Bereich Palliativversorgung. Die Ärztin wurde mir aus dem Bekanntenkreis empfohlen, die Koordinatorin nannte mir ein *„Gatekeeper"* (Merkens 2013, 288, Wolff 2013, 342), eine Person, die selbst im Feld arbeitet und auch in diversen Fachverbänden vernetzt ist. Über sie wurde mir auch ein Kontakt zu einer Organisation gelegt, die sowohl stationäre als auch mobile Hospize führt: So konnte ich eine Sozialarbeiterin und einen ehrenamtlichen Hospizbegleiter für die Fokusgruppe gewinnen. Beide waren zum Zeitpunkt der Fokusgruppe erst seit einigen Monaten im Feld tätig. Das schien mir in Kombination mit Fachkräften, die schon lange im Bereich der Hospiz- und Palliativversorgung tätig sind, eine sinnvolle Kombination, da so aus differenten Erfahrungshintergründen heraus auf die vorgelegten Untersuchungsergebnisse Bezug genommen werden konnte.

Auch eine Supervisor_in mit reichhaltiger Erfahrung im Feld wurde für die Fokusgruppe gesucht. Ich wählte einen Supervisor, den ich im Zuge eines Vorgesprächs kennenlernte, während ich mich als Supervisorin bei einem Palliativteam

Tabelle 6.3 Altersverteilung Fokusgruppe „Feld“

20-29 Jahre	30-39 Jahre	40-49 Jahre	50-59 Jahre	über 60 Jahre
1	1	1	3	0

vorstellte, das nicht Teil der Untersuchung wurde. Es stellte sich heraus, dass er schon sechs Teams aus dem Feld supervidiert hatte, und da meine bis dahin getätigten Recherchen nach einem Supervisor mit spezifischen Erfahrungen in der Hospiz- und Palliativversorgung erfolglos geblieben waren, erfragte ich seine Teilnahme an der Fokusgruppe.

Der Supervisor nannte mir auf Anfrage eine Psychologin bzw. Psychotherapeutin, die ich kontaktierte und für eine Teilnahme gewinnen konnte: Sie arbeitete auf einer Palliativstation und hatte zwölfjährige Erfahrung in ihrem Arbeitsgebiet.

Die Fokusgruppe bestand aus sechs Personen: vier Frauen und zwei Männer. Ich hatte mich bewusst auf die Suche nach männlichen Teilnehmern gemacht, da beide Supervisionsgruppen aus Frauen bestanden. Beim Supervisor und beim Hospizbegleiter gelang das auch, ein Psychologe sagte mir leider ab.

Die Altersverteilung der Fokusgruppe „Feld“ (Oktober 2015) weist auch eine Teilnehmer_in mit Mitte zwanzig auf. Damit wurde mit der Fokusgruppe „Feld“ eine Altersverteilung (Tab. 6.3) von 20 bis 60 Jahren erreicht.

Die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld“ stammten aus unterschiedlichen Bundesländern, Migrationserfahrung hatte niemand. Die Arbeitserfahrungen der Teilnehmer_innen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung erstreckten sich von unter einem Jahr bis über zwölf Jahre.

6.2.3 Auswahl der Supervisor_in/Forschungsbegleiter_in für die Reflexion

Für die forschungssupervisorische Reflexion wurde eine Supervisor_in gesucht, die folgenden Kriterien entsprechen sollte: Sie_Er sollte Mitglied der ÖVS (Österreichische Vereinigung Supervision) sein (2.2.4), um ein annähernd ähnliches Supervisionsverständnis zu gewährleisten, darüber hinaus sollte sie_er mit wissenschaftlicher Forschung und der Methode der Work Discussion (5.2.4) vertraut sein. Zwei Personen, die diese Kriterien erfüllten, standen zur Auswahl. Eine der Supervisorinnen habe ich im Rahmen des Masterlehrgangs *„Psychoanalytical observational studies“* (5.2.4) und im Zuge meiner Ausbildung zur Supervisorin als Lehrende kennengelernt. Die zweite Person war mir ebenfalls durch den oben genannten Masterlehrgang bekannt und ich wusste, dass sie ÖVS-Mitglied

war. Ich entschied mich für die letztgenannte Supervisorin, da ich mit ihr noch in keinem beruflichen oder näheren Ausbildungsverhältnis gestanden war. Ich fragte bei ihr im Februar 2014 an, ob sie für forschungssupervisorische Reflexion auf Basis von Beobachtungsprotokollen Zeit hätte. Sie sagte zu und wir klärten das Honorar und die Abfolge der Termine, die immer in kurzem Abstand, 3-4 Tage nach den jeweiligen Supervisionsterminen, erfolgen sollten. Die forschungssupervisorische Reflexion fand in den Räumlichkeiten der Supervisorin statt. Im Zuge der zwanzigmonatigen (März 2014 bis Oktober 2015) gemeinsamen forschungssupervisorischen Reflexion entwickelte sich die Supervisorin zur kollegialen Forschungsbegleiterin (vgl. 5.3), die sich neben der intensiven Arbeit an den Protokollen immer auch nach meinem Befinden und meinem Weiterkommen erkundigte (5.2.5) und mir, auf mein Ersuchen hin, auch Literaturempfehlungen und Hinweise zur Auswertung (Abschn. 6.4) mit der dokumentarischen Methode gab.

6.2.4 Feldzugang

Wie bereits in Abschnitt 6.2.1 ausgeführt, folgte ich der Samplingstrategie des *„advertising“* (Morse 1994, 229), der Bewerbung oder auch *„sekundären Selektion“* (6.2.1), um Supervisionsteams aus dem Feld zu finden. Aus den sich daraus ergebenden Anfragen nach Supervision kann jedoch noch nicht auf einen gelungenen Feldzugang im ethnografischen Sinn (vgl. Breidenstein et al. 2013, 50 ff.) geschlossen werden. Die Anfragen, die Vorgespräche mit den Teams bzw. mit einer der Koordinatorinnen und die tatsächliche Beauftragung der Supervision sowie die Zustimmung zur Forschung können als „Feldzugangsschritte“ bis zum „Eintritt“ ins Feld verstanden werden und konfrontierten die Supervisorin mit Herausforderungen, die Wellendorf (1994) in *„Supervision als Institutionsanalyse und zur Nachfrageanalyse“* schildert (vgl. 2.3.2.1). Der Feldzugang gestaltete sich bei den beiden Teams sehr unterschiedlich und wird nun näher ausgeführt.

Das Palliativkonsiliarteam nahm im Februar 2014 mit mir Kontakt auf: Die Koordinatorin, Frau A, fragte mich per E-Mail an und es wurde ein Vorgespräch mit dem gesamten Team[8] vereinbart. Das erste Gespräch fand im Krankenhaus statt, in den Räumlichkeiten des Teams. Das Gespräch dauerte etwa 90 Minuten

[8]Beim Termin stellte sich heraus, dass die Psychotherapeutin, Frau E, nicht anwesend war. Sie wurde von mir im Nachhinein über mein Forschungsanliegen informiert und um ihr Einverständnis gebeten.

und es wurde das Supervisionsanliegen vorgebracht und auch mein Forschungsanliegen thematisiert. Beim Vorgespräch selbst erfolgte die Beauftragung[9], die Kosten und ein Intervall (alle zwei Monate) für die Supervisionssitzungen wurden vereinbart.

Beim Hospizteam war der Feldzugang ein sehr viel längerer Prozess. Es gab mehrere Stufen des Kennenlernens bis zur Beauftragung. Ich wurde von der Koordinatorin des Teams telefonisch kontaktiert und ein erster Termin mit ihr wurde vereinbart. In diesem ersten Vorgespräch wurde das Supervisionsanliegen thematisiert und ich schilderte mein Forschungsvorhaben. Die Koordinatorin teilte mir mit, dass sie sich bezüglich eines Termins für ein Vorgespräch mit dem Team melden würde. Nach ein paar Tagen erfolgte die Zusage für das Vorgespräch mit dem Team und auch dort – es wurde über die Supervisionsanliegen und mein Forschungsvorhaben gesprochen – erfolgte noch keine Beauftragung. Diese wurde nach ein paar Tagen per E-Mail gegeben. Dieser sich über mehrere Wochen erstreckende Prozess des Kennenlernens und Wartens wurde in der forschungssupervisorischen Reflexion von mir thematisiert. Im folgenden Ausschnitt erzähle ich, dass ich mit dem Hospizteam gut in Kontakt gekommen bin, aber verunsichert bin, ob sie mich auch beauftragen:

> Ich: Also ich habe mir gedacht, ich bin in Kontakt gekommen, ich bin also, es ist jetzt von mir aus gut gelaufen, ja, und da hab ich mir auch wieder gedacht, aber ich kann nicht sagen, ob mich die nehmen oder nicht.
>
> Supervisorin: Mh, inwiefern?
>
> Ich: Zweimal war das, das Gefühl war da, obwohl ich gut, also guter Dinge war, und ich kann mich erinnern, ich habe nachher telefoniert und bin gefragt worden, wie ist es gelaufen? Gut ist es gelaufen, aber ich habe trotzdem gewusst, ich WEISS das jetzt nicht (…), und interessanterweise, sie lässt sich recht Zeit, sie hat nach dem ersten Gespräch nicht gleich geantwortet, sie hat sich fünf Tage Zeit gelassen, um mir dann zu sagen ja, und auch nach dem, nach der Teamvorbesprechung, hat sie, glaub ich, wie lange hat sie da gewartet? Auch fünf Tage, vier, fünf Tage.
>
> Supervisorin: Was sind da Ihre Phantasien dazu, warum sie das gemacht hat?
>
> Ich: Ahm, sie lässt sich Zeit und lässt sich nicht so in die Karten schauen, und ich frage mich auch, ob das nicht auch was mit Hospiz zu tun hat.

[9]Da Frau E beim Termin nicht anwesend war, ersuchte ich das Team mit der abwesenden Kollegin Rücksprache zu halten. Beim ersten Supervisionstermin wurde darauf Bezug genommen.

Supervisorin: Inwiefern?

Ich: Puhh, ich weiß nicht, man betreut Menschen, die sterben, man schaut GENAU, was die brauchen, bevor man Schritte setzt, ahm, es ist sehr wichtig, was da passiert, das geht nicht schnell… Also im Krankenhaus war's zack, zack, zack …

Supervisorin: Da ist die Versorgung, da muss das funktionieren.

Ich: Das war unglaublich, wie, wie, wie die: nach jeder Supervision schaue ich ja über Kreuz, weil so viel los ist, und da war's irgendwie so/

Supervisorin: Eine gewisse Langsamkeit.

Ich: Eine gewisse Langsamkeit, die ganz anders ist als in dem anderen Team. Denn, eine Langsamkeit und der ganze Ort ist anders, es ist ein alter Ort, es gibt einen kirchlichen Bezug.

Supervisorin: Ich habe ein Kloster im Kopf oder so. (Forschungssupervisorische Reflexion 1, „SV Team 2", 11/2014, 42-67)

Der lange Prozess bis zur Beauftragung verunsichert, und dem Gefühl, in Kontakt gekommen zu sein, kann ich nicht recht glauben. Ich betone, dass ich es nicht wusste, meinem Gefühl nicht recht trauen wollte, und füge an, dass ich nach beiden Vorgesprächen mit dem Hospizteam ein paar Tage auf die Antwort warten musste – was sehr gegensätzlich war zu dem, was ich mit dem Palliativkonsiliarteam erlebt hatte: Beim vereinbarten Ersttermin wurde bereits über die Beauftragung entschieden. Einem *„zack, zack, zack"* bei den einen steht eine *„gewisse Langsamkeit"* bei den anderen gegenüber. Diese unterschiedliche Herangehensweise wird von mir mit „Hospiz" in Verbindung gebracht: Hospizarbeit (vgl. 3.2), die ihr Angebot auf vulnerable Menschen – auf Sterbende, Schwerkranke, auf Trauernde etc. – richtet. Um als Hospizbegleiter_in tätig sein zu können, müssen ein Kurs (3.3.2.1) besucht und ein Praktikum absolviert werden. Das heißt, es bedarf einer gewissen Eignung und auch Erfahrung. Einer solchen Eignungsprüfung wurde vermutlich auch ich im Zuge des längeren Auswahlprozesses unterzogen.

Das Nachdenken über die unterschiedliche Dauer des Feldzugangs verdeutlichte schon vor Beginn der Supervisionsprozesse, dass die beiden Organisationen hinter den Teams, ein Krankenhaus und ein gemeinnütziger Verein, unterschiedlich wirkten. Das zeigte sich an der Dauer des Beauftragungsprozesses wie auch an den Orten und Räumen der Organisationen: Das eine Mal war es ein kleiner Raum in einem hektischen Akutkrankenhaus, das gerade umgebaut bzw. neu gebaut wurde (vgl. 5.2.3: Protokollausschnitt: SV Team 1, 3. SV, 8/2014, 34-46),

das andere Mal waren es die Räumlichkeiten einer Einrichtung in einem mehrere hundert Jahre alten Gebäude, wo neben dem Hospizteam auch die mobile Hauskrankenpflege untergebracht war.

6.3 Erhebungsmethoden

Um den Erfahrungsraum von Palliativ- und Hospizteams wahrzunehmen und aufzuzeichnen, sind folgende Aspekte für die Erhebung von Bedeutung. Einerseits waren die Supervisionsprozesse selbst über einen längeren Zeitraum hinweg Gegenstand der Forschung. Das bedeutete ein „Eintauchen" in das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung mithilfe von Supervision, unterstützt und getragen von wissenschaftlich fundierten, praxistauglichen wie auch angemessenen ethnografisch-partizipativen Methoden (Kap. 5), die für alle Beteiligten auch zumutbar waren (Abschn. 6.1). Andererseits ermöglichte die Methode der teilnehmenden Beobachtung (6.3.1) in Kombination mit der forschungssupervisorischen Reflexion (6.3.2) eine Distanzierung (vgl. 5.2.5) der Forscherin/Supervisorin und ließ eine kontinuierliche, strukturierte Reflexion des Prozessgeschehens und der Forschung zu. Schlussendlich brauchte die Frage nach dem Erleben (vgl. 6.4) im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung auch eine Außenperspektive: Fachkräfte aus dem Feld, die zu den Themenfeldern der beiden beobachteten und reflektierten Supervisionsprozesse zusätzliche Themenaspekte und Einschätzungen im Rahmen einer Fokusgruppe (6.3.3) beitrugen. Diese Ergebnisse wurden partizipativ (5.3.3, 6.3.3) wieder an die Supervisand_innen zurückgespielt. Die Supervisandinnen wurden einerseits mit den Fokusgruppen in die Untersuchung eingebunden und zu Co-Forscherinnen, andererseits dienten ihre Einschätzungen und Kommentare der weiteren Datenerhebung.

Die vorliegende Untersuchung folgt damit einer methodenpluralen Strategie (Lüders 2013, 389) für die Datenerhebung, die auch Bohnsack (2014, 134) für die Datenauswertung (Abschn. 6.4) als grundlegend erachtet.

6.3.1 Protokollierung der teilnehmenden Beobachtung

Für die Umsetzung der Verschriftlichung der Beobachtungen wurde auf methodische Hinweise und Anregungen aus der Ethnografieforschung (5.2.3), insbesondere auf Emerson et al. (2011), Breidenstein et al. (2013), Streck et al. (2013), und auf Publikationen zur Work Discussion zurückgegriffen (Datler W., Datler M. 2014, Rustin, Bradley 2008, vgl. 5.2.4). Ich habe mein eigenes Berufsfeld

untersucht: Das ergibt eine starke Teilnahme, nicht nur teilnehmende Beobachtung, sondern beobachtende Teilnahme (vgl. Honer 1993, 2009), die exquisite Einblicke in das Feld ermöglicht, jedoch mit dem Risiko verbunden ist, im Feld aufzugehen und die Distanz zu verlieren, die für Forschung wie auch die supervisorische Aufgabe unabdingbar ist (Breidenstein et al. 2013, 66 f.). Daher nahm ich bewusst Bezug auf die Methode der Work Discussion, nicht nur im Hinblick auf die kontinuierliche Reflexion (5.2.4, 6.3.2), sondern in Bezug auf die konkrete Erstellung von Beobachtungsprotokollen – *„Praxisprotokolle"* (Datler W., Datler M. 2014, 7) werden sie in der Work Discussion genannt. Diese Herangehensweise bot einen hilfreichen Rahmen für die herausfordernde Tätigkeit des Supervidierens, Beobachtens und Protokollierens (Datler W., Datler M. 2014, 9, Rustin 2008a, 10 f., Steinhardt, Reiter 2009, 145 ff.)

Den Anfang meiner Beschreibung der konkreten Umsetzung der Verschriftlichung macht die Frage nach dem Beginn der teilnehmenden Beobachtung. Die Beobachtungen und Protokolle begannen mit dem Betreten der Organisation und endeten mit dem Hinausgehen aus dem Gebäude (Breidenstein et al. 2013, 102 f., Streck et al. 2013, § 13). Notizen machte ich erst ab dem Zeitpunkt, als ich im Raum saß, in dem die Supervision stattfand. Breidenstein et al. (2013, 86) sprechen von *„Feldnotizen"*, Emerson et al. (2011, 29) beschreiben diese Aufzeichnungen als *„Jottings"*, als Stichworte oder Sätze:

> „Jottings translate to-be-remembered observations into writing on paper as quickly rendered scribbles about actions and dialogue. A word or two written at the moment or soon afterward will jog the memory later in the day when she attempts to recall the details of significant actions and to construct evocative descriptions of the scene. Or, more extensive jottings may record an ongoing dialogue or a set of responses to question."

Ganze Sätze oder auch bestimmte Formulierungen oder Worte, die ich in meinen Notizen mitgeschrieben habe, sind in den Beobachtungsprotokollen fett geschrieben. Sie lassen sich nicht nur auf meine Erinnerungen zurückführen, sondern sind meinen Notizen entnommen und besitzen daher eine hohe Authentizität.

Anhand der Notizen der teilnehmenden Beobachtung wurde der Verlauf chronologisch, stichwortartig im Anschluss an die einzelnen Supervisionen zu Papier gebracht. Die genaue Protokollierung entlang dieses Verlaufs wurde innerhalb von drei Tagen fertiggestellt. Diese zeitnahe Protokollierung wird von Emerson et al. (2011, 49) empfohlen.

Struktur und Inhalt folgen den Praxisprotokollen der Work Discussion (Datler W., Datler M. 2014, 6 ff.): Am Anfang stehen der Name des Teams, der anonymisierte Ort, die Angabe, um die wievielte Supervision es sich handelt, das Datum

und die Zeit. Es folgt die Vorinformation, wer anwesend war (anonymisierte Personennamen vgl. 6.1) und ob es zwischen den Terminen zu einem Kontakt gekommen war, dann beginnt die Verschriftlichung der Beobachtung. Die Literaturverweise der zitierten Protokollausschnitte (Kap. 7) folgen dieser Struktur: Die Zahlenangaben in den Klammerausdrücken am Ende der Textpassage geben Auskunft, um welches Team es sich handelt – SV Team 1 (Palliativkonsiliarteam) oder SV Team 2 (Hospizteam) –, über die Nummer des Protokolls, also um die wievielte Supervision es sich handelt, und über Monat und Jahr der Supervisionssitzung. Die Zahlen am Ende zeigen an, welcher Zeilenabschnitt zitiert wird.

Neben der chronologischen Struktur habe ich mich an weitere Vorgaben der Praxisprotokolle der Work Discussion gehalten: Äußerungen werden in der Regel als direkte Rede wiedergegeben (Datler W., Datler M. 2014, 8 f.). Dabei wird im Protokoll so formuliert, wie die Personen gesprochen haben: in männlicher oder weiblicher Form oder beide Formen verwendend, mit dialektalen Ausdrücken, die ich versucht habe so wiederzugeben, wie ich sie in Erinnerung oder in den Notizen stehen hatte. Wilfried und Margit Datler empfehlen, Eindrücke und Gedanken, welche die *„innere Welt"* (Datler W., Datler M. 2014, 9), also eigene Gedanken, Gefühle usw. der Beobachter_in widerspiegeln, *kursiv* zu schreiben, um sie zu kennzeichnen. Auch Streck et al. (2013, § 50) betonen, dass subjektive Wahrnehmung in den Protokollen Platz haben soll, für die Reflexion der Forschung wie für die Interpretation (vgl. Devereux 1967/1998, vgl. 5.2.5, vgl. 5.3.2).

Die Protokolle der vorliegenden Untersuchung wurden in der Ich-Form abgefasst und geben möglichst detailliert wieder, was sich in den 90-minütigen Supervisionen ereignet hat. Wilfried und Margit Datler (2014, 7) beschreiben, welcher Eindruck bei Leser_innen hervorgerufen werden sollte:

> „Wenn andere Person diesen Bericht lesen, sollte in ihrem Inneren eine Art ‚Film' ablaufen, der in möglichst hohem Ausmaß dem entspricht, was sich in der ausgewählten Situation zugetragen hat."

Zu dieser Vorstellung, dass Protokolle wie Filme ablaufen, bekam ich zu einem meiner Protokolle folgende Rückmeldung: Ich hatte die Möglichkeit, am Berliner Methodentreffen (2015) teilzunehmen und eines meiner Protokolle beim Workshop von Stefan Thomas und Timo Ackermann, *„Beobachtungsprotokolle und Feldnotizen",* vorzustellen. Die ersten beiden Seiten wurden von den Teilnehmer_innen beim Workshop gelesen und Timo Ackermann meinte im Anschluss, er habe sich beim Lesen gefühlt wie in einem Film, wo er mittels einer Handkamera durch die Handlung geführt wird. Diese Bemerkung war für mich eine

Bestätigung, dass meine Art des Protokollierens auch tatsächlich den von Wilfried und Margit Datler (2014, 7) beschriebenen Eindruck hervorruft.

Die Beobachtungen wurden mit einer Haltung niedergeschrieben, die Margret Rustin (2008a, 11) wie folgt formuliert:

> „The details are to be observed, not selected so as to give weight to a particular line of thinking. The aim is to strive for a relatively theory-free and non-judgmental attitude to everyone involved, including oneself."

Niederzuschreiben, was gesagt und getan wurde, ohne andere Teilnehmer_innen oder sich selbst zu bewerten, fiel mir jedoch in Bezug auf mich selbst nicht leicht. Denn durch die genaue Protokollierung wurde meine Rolle als Supervisorin sichtbar, meine Fragen und Interventionen, und es war mitunter herausfordernd, etwas niederzuschreiben, was ich im Nachhinein gerne anders gesagt hätte. Um auch diesbezüglich eine Distanz zu bekommen, war die forschungssupervisorische Reflexion (6.3.2) hilfreich, die nun im Anschluss beschrieben wird.

6.3.2 Forschungssupervisorische Reflexion und Transkription

Um dem hohen Involviertsein im Feld eine reflexive Struktur entgegenzuhalten, habe ich mein Forschungsvorhaben mit einem zentralen Qualitätskriterium ausgestattet: einer kontinuierlichen wissenschaftlichen Reflexion (vgl. Dausien 2007, § 4). Die forschungssupervisorische Reflexion konzeptualisiert sich – ausgehend von dem in Kapitel 5.2.5 beschriebenen methodischen Dreischritt – als kontinuierliche *„Reflexion 3. Ordnung"* (Berker 2008, 89). In deren Mittelpunkt stehen die Beobachtungen der Supervisionsprozesse, die Protokolle und meine Teilnahme im Feld als Supervisorin und Forscherin. Es wird das Ziel verfolgt, eine *„reflexive Distanz"* (Honer 1993, 61, vgl. Breidenstein et al. 2013, 42) herzustellen. Diese reflexiv-kommunikative Rekonstruktion ist systemtheoretisch als *„Beobachtung 3. Ordnung"* (Berker 2008, 89, Luhmann 2000, 47) zu verstehen. Als 1. Ordnung gilt: Betroffene – Supervisandinnen, als 2. Ordnung: Supervisandinnen – Supervisorin und als 3. Ordnung: Supervisorin – Supervisorin/Forschungsbegleiterin (vgl. Berker 2008, 89). Die Beobachtung 3. Ordnung wird von Niklas Luhmann (2000, 47) wie folgt beschrieben:

> „Sie beobachtet ein sich selbst beobachtendes System und kann folglich ihre Beobachtung auch auf Sachverhalte erstrecken, die einer Selbstbeobachtung unzugänglich sind."

Aufgrund dieses reflexiven Charakters erwies sich die forschungssupervisorische Reflexion für den gesamten Forschungsprozess als „qualitativ-reflexive Basis". Für die Auswertung (Kap. 7) selbst wurden Gesprächsausschnitte der forschungssupervisorischen Reflexion nicht herangezogen. Ihre Erkenntnisse sind folglich nicht direkt, sondern indirekt, als eine die Untersuchung begleitende Reflexion, in die Auswertung eingeflossen.

Die Work Discussion (Datler, W., Datler, M. 2014, 13) wie auch die Feldforschungssupervision (Becker et al. 2013, vgl. 5.2.4, vgl. 5.2.5) – beides Settings der Reflexion – sind als Kleingruppen konzipiert. Für die Untersuchung entschied ich mich für ein Zweiersetting, bestehend aus einer Supervisorin (vgl. 6.2.3) und mir als Forscherin. Ein Gruppensetting bestehend aus vier bis sechs Personen hätte nicht die von mir vorgesehene Kontinuität halten können, weil mein Vorhaben – aufgrund der parallel laufenden Supervisionsprozesse und der Vorgabe, die Protokolle innerhalb weniger Tage zu erstellen und zu reflektieren – eine sehr enge Terminplanung erforderte, die ich mit einer Gruppe von mehreren Personen nicht hätte einhalten können. Daher entschied ich mich für das Zweiersetting einer bezahlten Supervision. Mir ist bewusst, dass eine Gruppe sehr viel mehr Input und vermutlich einen zusätzlichen Reflexionsgewinn gebracht hätte. Dieser mögliche Nachteil wurde jedoch zugunsten einer praxistauglichen „Umsetzbarkeit" des Zweiersettings akzeptiert. Außerdem empfand ich das *„to come home to"* (Menzies Lyth 1990, 470) aus den Supervisionsgruppen zu nur *einer* Person als *„sicheren Raum"* (Bergold, Thomas 2012, § 13), um mich zu strukturieren, mitunter auch zu hinterfragen und zu distanzieren, was mir in einem Gruppensetting sehr viel schwerer gefallen wäre.

Die forschungssupervisorische Reflexion hatte – der Work Discussion folgend – einen klar strukturierten Ablauf (Steinhardt, Reiter 2009, 141 ff.): Zuerst wurde das Protokoll von mir vorgelesen und im Anschluss Abschnitt für Abschnitt gemeinsam besprochen, wobei geraten wird, *„eng am Papier"* (Datler W., Datler M. 2014, 16) zu arbeiten. Alle Gefühle, Bilder, Impulse, die die Supervisorin/Forschungsbegleiterin und ich wahrnahmen, konnten ausgesprochen werden, immer mit dem Ziel, zu einem Verstehen des Beziehungsgeschehens zu gelangen. Jedes Beobachtungsprotokoll wurde im Rahmen dieser forschungssupervisorischen Reflexion besprochen. Das bot einen hohen Reflexionsgewinn, aber auch eine Distanzierungsmöglichkeit und einen „Blick von außen" durch die Reflexion eines jeden Protokolls und die anschließende Transkription. Ich folgte – die forschungssuper-

visorische Reflexion transkribierend – einem Gespräch, an dem ich zwar beteiligt war, das ich aber nun zuhörend und schreibend nachvollziehen konnte. Ich erlebte eine Distanz zu mir und zum protokollierten Inhalt.

Die Transkription der forschungssupervisorischen Reflexion sowie der Fokusgruppen erfolgte nicht nach den Transkriptionsregeln von Bohnsack (2014, 253 f.), die auch Abweichungen der Lautstärke und des Redeflusses berücksichtigen sowie auch Tonhöhen kenntlich machen. Die im Anhang (Anhang a.) angeführten Transkriptionsregeln (Fuß, Karbach 2014) zeigen nur Betonungen und Unterbrechungen auf, die im Hinblick auf die gemeinsame Interpretation von Transkripten und Protokollbesprechungen gewählt wurden, da sich sonst ein zu großer Aufzeichnungskontrast zwischen den Textsorten (Protokolle, digitale Aufzeichnungen) ergeben hätte.

Durch Aufnahme und Transkription der forschungssupervisorischen Reflexion konnte die Reflexion in die Auswertung einbezogen werden. Die bereits beschriebenen Memos (5.2.3) wurden von mir nicht verfasst, allerdings kommt die sehr zeitnahe Reflexion der Protokolle im Rahmen der Work Discussion einer Form des Memos nahe. Denn auch hier wird letztendlich, wie auch beim Memo, auf die spätere Analyse (Emerson et al. 2011, 123 f.) Bezug genommen. Die transkribierten forschungssupervisorischen Reflexionen ermöglichten eine Auseinandersetzung mit dem Supervisionsgeschehen in einem Ausmaß, wie es in einem herkömmlichen Supervisionsprozess aufgrund der zeitlichen Ressourcen kaum zu finden ist, und hatten eine hohe reflexive Qualität.

6.3.3 Fokusgruppen: Erhebung und Partizipation

Fokusgruppen wurden ursprünglich in der Markt- und Medienforschung eingesetzt und erfuhren als wissenschaftliche Methode eine Renaissance im englischen Sprachraum (Flick 2011, 259). Schulz (2012, 9) definiert sie als

> „[…] ein moderiertes Diskursverfahren, bei dem eine Kleingruppe durch einen Informationsinput zur Diskussion über ein bestimmtes Thema angeregt wird."

Dieser Informationsinput oder „Fokus" wird von der Forscher_in vorgegeben, während sich die Daten aus der Gruppeninteraktion ergeben (Morgan 1997, 6). Die Diskussion wird mithilfe eines Stimulus (Schulz 2012, 9) angeregt, das kann ein Filmausschnitt, eine Textpassage, ein Vortrag etc. sein. Das Ziel ist es, einen Diskurs zu initiieren, in dem es nicht um die Erreichung eines Konsens geht,

sondern möglichst unterschiedliche Facetten eines Themas sollen so zur Sprache kommen (vgl. Littig, Wallace 1997, zitiert nach Schulz 2012, 9).

Im Rahmen dieser Forschungsarbeit dienten Fokusgruppen der Daten-Triangulierung (Flick 2013, 310), sie kamen gegen Ende der Untersuchung zum Einsatz. Dabei wurden zwei Intentionen verfolgt: Einerseits wurden Personen mit beruflicher Felderfahrung in der Hospiz- und Palliativversorgung (Fokusgruppe „Feld“) die Themen der beiden Supervisionsteams vorgestellt mit dem Ziel, ihre Relevanz und Gültigkeit auch für das Feld herauszuarbeiten. Die Fokusgruppe „Feld“ diente daher der Kontrastierung und der Diskussion der erhobenen Ergebnisse und erlaubte gleichzeitig, im Sinne des methodenpluralen Ansatzes der Ethnografieforschung (Lüders 2013, 389), die Erhebung von Daten aus einer zusätzlichen Perspektive. Andererseits wurden die Themen (inklusive des Inputs der Fokusgruppe „Feld“) im Sinne einer Teilhabe (5.3.3) zurückgespielt (Cook 2012, § 2), damit die Supervisandinnen diese kommentieren und auf ihre Praxisnähe sowie Aktualität hin überprüfen, sie diskutieren konnten.

Die erste Auswertung der Protokolle erfolgte mithilfe der dokumentarischen Methode (Abschn. 6.4): Anhand der Protokolle der Supervisionsprozesse wurde nach Themen der Supervisandinnen gesucht und ein eigenes Dokument (Handout Fokusgruppe „Feld“, Anhang d.) erstellt. Diese aus zwei Supervisionsprozessen erhobenen Themen dienten als Stimulus für die Gruppeninteraktionen der ersten Fokusgruppe, die im Oktober 2015 in meinen Praxisräumlichkeiten stattfand[10]. Dieses schriftliche Handout wurde Thema für Thema vorgelesen. Die Gruppe reagierte auf die Textausschnitte[11] und in weiterer Folge auf die Aussagen der anderen Gruppenmitglieder. Die zweistündige Gruppensitzung wurde mittels Audiogerät aufgezeichnet und transkribiert. Für die Fokusgruppen mit den beiden Supervisionsteams wurde ein neues Dokument (Handout Fokusgruppe „Supervision“ SV Team 1 und SV Team 2, Anhang e.) als Stimulus erstellt. Es beruht auf dem für die Fokusgruppe „Feld“ erstellten Dokument (Anhang d.), wurde gekürzt[12] und um Aussagen der Fokusgruppe „Feld“ ergänzt.

[10]Der Hospizbegleiter erschien nicht zum vereinbarten Termin (22.10.2015), er hatte sich in der Zeit geirrt. Mit ihm wurde in der Folge ein eigener Termin, sechs Tage später, durchgeführt.

[11]Nicht alle Protokollausschnitte, die den Fokusgruppen präsentiert wurden, finden sich in der Ergebnisdarstellung (Kap. 7) wieder. Mit den Transkripten der Fokusgruppe erfolgt eine nochmalige Auswahl der Protokoll- und Fokusgruppenpassagen.

[12]Diese Kürzung hatte, wie in Kapitel 5.3.3 beschrieben, auch für Irritation bei den Supervisand_innen gesorgt, worauf ich informierte, dass die Fokusgruppe „Feld“ umfangreichere Textausschnitte vorgelegt bekommen hatte.

Auch in den Fokusgruppen mit den Supervisionsteams[13], im November und Dezember 2015, wurde das gesamte Dokument vorgelesen, die jeweils zweistündige Sitzung aufgezeichnet und im Anschluss transkribiert[14]. Für die Gesamtauswertung standen nun folgende Daten zur Verfügung: die Protokolle der Supervisionen, die Transkripte der Fokusgruppen mit Reaktionen, Kommentaren samt Einschätzungen und die Transkripte der forschungssupervisorischen Reflexionen. Die weitere Auswertung erfolgte mit der dokumentarischen Methode, die nun im Detail vorgestellt wird.

6.4 Auswertung: Die dokumentarische Methode

Die dokumentarische Methode wird in unterschiedlichen sozialwissenschaftlichen Forschungsfeldern (Literaturliste zur dokumentarischen Methode o. J.)[15] angewandt. Ursprünglich wurde sie zur Interpretation von Gruppendiskussionen (Nohl 2008, 14) entwickelt, um die Artikulation kollektiver Erfahrungen und Orientierungen zu untersuchen (vgl. Nohl 2008, Bohnsack 2014, Przyborski 2004). Mittlerweile wird sie auch zur Auswertung von Bildern (Bohnsack 2013 et al., 9), Videos (vgl. Wagner-Willi 2013) sowie für die teilnehmende Beobachtung verwendet (Vogd 2004). Werner Vogd publizierte mit seiner Habilitationsschrift (2004) eine methodologisch umfassend begründete Praxis der Analyse teilnehmender Beobachtung (Abschn. 5.2, 6.3.1) mithilfe der dokumentarischen Methode, die für mich eine „Rückkoppelungsbasis“ für die Ergebnisdarstellung (Kap. 7) wie für die Diskussion der Ergebnisse (Kap. 8) bildete.

Die dokumentarische Methode ist ein rekonstruktives Auswertungsverfahren qualitativer Sozialforschung, das Ralf Bohnsack (2014, und Bohnsack et al. 2013) in kritischer Auseinandersetzung mit Garfinkels (1967) Ethnomethodologie (5.2.1) und bezugnehmend auf die Wissenssoziologie Karl Mannheims

[13]An den Fokusgruppen mit den Supervisionsteams nahmen vier Supervisandinnen des Palliativkonsiliarteams und vier Supervisandinnen des Hospizteams teil. Vor allem Krankenstände und knappe zeitliche Ressourcen wurden für die Nichtteilnahmen angeführt. Es ist zu vermuten, dass das Setting der Fokusgruppe, trotz Information, eine gewisse Scheu auslöste, die Supervisandinnen von einer Teilnahme abhielt.

[14]Hier wurde wie bei der Transkription der forschungssupervisorischen Reflexion (6.3.2) anhand der angeführten Regeln (Anhang a.) transkribiert.

[15]Die im Internet abrufbare Liste von Publikationen mit Bezug zur dokumentarischen Methode gliedert sowohl nach Forschungsfeldern als auch nach methodischen Zugängen und Problemstellungen (vgl. Bohnsack 2014, 33).

(1980) forschungspraktisch und methodologisch begründet hat (Nohl 2008, 7 f., vgl. Przyborski 2004, 22). Mannheim ging von einer *„Seinsverbundenheit des Wissens“* aus (Bohnsack 2014, 60 f.), das heißt, Äußerungen und Handlungen können nur verstanden werden, wenn ihr Erfahrungsraum, ihre Praxis, mit dem dahinter stehenden Erlebniszusammenhang, dem Erfahrungskontext, verbunden wird (Mannheim 1980, 272). Es wird zwischen den Ebenen des verallgemeinerbaren, generalisierenden Sinns und des konjunktiven, milieuspezifischen Sinns differenziert (Przyborski 2004, 47 f.). Der immanente und der dokumentarische Sinngehalt liegen diesem Verständnis zugrunde und finden in der methodologischen Leitdifferenz von formulierender und reflektierender Interpretation ihre forschungspraktische Anwendung (Bohnsack 2014, 65). Ob die zu interpretierende Darstellung „richtig“ oder „wahr“ ist, spielt keine Rolle. Ziel der Analyse ist es aufzuzeigen, was sich über die Darstellenden und deren Orientierungen dokumentieren lässt. Diese Orientierungen zeigen milieuspezifische, kollektive Erfahrungsräume, die habitualisierte, sich immer wieder reproduzierende Handlungspraktiken aufzeigen (Bohnsack 2014, 65).

Meuser (2013, 224) verweist auf die Korrespondenz zwischen dem Habitusbegriff von Bourdieu (vgl. 3.1) und der Seins- und Standortgebundenheit des Denkens der Wissenssoziologie nach Mannheim. Fungiert Habitus als *„gesellschaftlicher Orientierungssinn“* (Bourdieu 1982, 728, zitiert nach Meuser 2013, 224), verweist er auf soziale Strukturen, in deren inkorporierten Schemata sich der Habitus niederschlägt, was bedeutet: *„Über den Habitus regiert die Struktur, die ihn erzeugt hat, die Praxis“* (Bourdieu 1993b, 102, zitiert nach Meuser 2013, 225). Das heißt, Akteur_innen in einem bestimmten Feld haben dieselben Habitusschemata verinnerlicht und verstehen einander wechselseitig, wie auch bei Mannheim ein Verstehen als ein konjunktiv begründetes Begreifen hergestellt wird (Meuser 2013, 225). Meuser (2013, 225) stellt fest:

> „Eine geteilte konjunktive Erfahrung fundiert eine ‚habituelle Übereinstimmung‘ (Bohnsack, Nohl 1998, 263, zitiert nach Meuser 2013, 225) der Handelnden.“

Für die vorliegende Untersuchung bedeutet dieser Fokus auf immanenten und dokumentarischen Sinn, dass Themen von Palliativ- und Hospizteams mithilfe der dokumentarischen Methode über überindividuelle Funktionsbezüge und habitualisierte Wissensbestände rekonstruiert werden können. Anhand der Themen, die in Supervisionsprozessen eingebracht und in Fokusgruppen rück- und wieder zurückgespielt werden, wird soziale Praxis beschrieben und können komplexe Sinnstrukturen aufgezeigt werden. Aus der Beobachtung dieser Praxis heraus wird analysiert, *wie* es dazu kommt, dass bestimmte Themen für Palliativ- und Hospizteams von Bedeutung sind (vgl. Vogd 2004, 63).

In den folgenden Unterkapiteln werden nun die einzelnen Analyseschritte (6.4.1) beschrieben und es wird ausgeführt, wie die Auswahl der Protokoll- und Textausschnitte (6.4.2) der teilnehmend beobachteten Supervisionsprozesse und der Fokusgruppen erfolgte. Abschließend werden die Struktur der Ergebnisdarstellung (6.4.3) vorgestellt und der Ablauf des Forschungsprozesses grafisch dargestellt (Abschn. 6.5).

6.4.1 Arbeitsschritte der Analyse

Zur Rekonstruktion von Erfahrungen und Orientierungen unterscheidet die dokumentarische Methode zwischen der immanenten Sinnebene und dem Dokumentensinn. Drei Arbeitsschritte werden hierzu unterschieden: die *„formulierende Interpretation“* und die *„reflektierende Interpretation“* (Bohnsack 2014, 126) sowie die *„soziogenetische Interpretation“* oder *„Typenbildung“* (Vogd 2004, 66).

Die Stufe der formulierenden Interpretation ist in einzelne Etappen gegliedert (Bohnsack 2014, 137), die nun anhand der vorliegenden Untersuchung aufgeschlüsselt werden. Die beiden protokollierten Supervisionsprozesse wurden in ihrer Gesamtheit gelesen und nach Themen gegliedert, wobei nur Themen ausgewählt wurden, die von den Supervisand_innen selbst initiiert und von ihnen auch formuliert wurden. Hier ist es wichtig, nochmals festzuhalten (vgl. 4.3.1), dass es nicht das Ziel der Forschung war, die supervisorischen Interventionen darzustellen und ihre Wirkung auf die Supervisandinnen zu evaluieren, sondern einer Rekonstruktion der Wirklichkeit des beruflichen Erlebens (vgl. Weigand 1998, 6) zu folgen.

Den Themen wurden Textpassagen zugeordnet, die wiederum eigene Überschriften enthielten. Als nächster Schritt folgte die konkrete Auswahl der Textpassagen, die als Stimulus (6.3.3) für die Fokusgruppen erstellt wurden. Das Rückspielen von Ergebnissen im Zuge dieses ersten Analyseschritts ist ein methodischer Zwischenschritt, der in der herkömmlichen Abfolge der dokumentarischen Methode nicht vorgesehen ist. Als Ergänzung von teilnehmender Beobachtung (vgl. Bohnsack 2014, 134) erweist sich diese Vorgehensweise jedoch als sinnvoll. Dieser Zwischenschritt, das Rückspielen der Themen im Rahmen von Fokusgruppen, begründet sich durch die ethnografisch-partizipative Forschungsstrategie (Abschn. 5.2, Abschn. 5.3) der Untersuchung und ihren methodenpluralen Zugang (6.3.3) sowie die Teilhabe der Supervisandinnen am Forschungsprozess (5.3.3). Bohnsacks Forderung nach Methodentriangulation (2014, 134) – er empfiehlt im Interesse der Zuverlässigkeit, teilnehmende Beobachtung mit Audioaufzeichnungen zu ergänzen – wird mit der Durchführung der Fokusgruppen entsprochen und bedeutet keine grundlegende Abwandlung der

Anwendung der dokumentarischen Methode, im Gegenteil: Die dokumentarische Methode begründet, ohne von Analyseschritten abzuweichen, die Möglichkeit der Partizipation der Supervisand_innen durch Fokusgruppen an Zwischenetappen der Ergebnisgewinnung.

Für die Fokusgruppen (6.3.3) wurden auf Basis dieses ersten Analyseschritts zwei schriftliche Dokumente (Handout Fokusgruppe „Feld“, Handout Fokusgruppe „Supervision“ SV Team 1 und SV Team 2, Anhang d. und e.) erstellt. Letzteres Dokument für die Fokusgruppen mit den Supervisandinnen wurde um Aussagen der Fokusgruppe „Feld“ ergänzt. Erst mit dem Vorliegen des gesamten Auswertungsmaterials (inklusive der Transkripte der Fokusgruppen) wurde eine endgültige Auswahl der Themen und Textpassagen vorgenommen.

Nach Durchsicht des Datenmaterials aus Protokollen und Transkripten wurden die Themen noch einmal auf ihre Validität hin geprüft. Flick (2011, 495) spricht von einer *„kommunikativen Validität“*, wenn es, wie in der vorliegenden Untersuchung, zu einer Teilhabe der Supervisandinnen an den Forschungsergebnissen kommt. Im Anschluss wurden die jeweiligen Textpassagen ausgesucht, die Gegenstand der reflektierenden Interpretation werden sollten. Wie hier konkret vorgegangen wurde, wird in Kapitel 6.4.2 ausgeführt.

Die abschließende Etappe der formulierenden Interpretation, in der Auswertung (Kap. 7) als Einleitung jeder Textpassage sichtbar, ist die Wiedergabe der allgemeinen Bedeutung des Textinhalts oder der Handlung, indem mit neuen Worten formulierend zusammengefasst wird (Nohl 2008, 9). Es wird die Frage gestellt: Was wird gesagt? Dabei wird der Inhalt knapp und in möglichst allgemein verständlicher Sprache wiedergegeben (Przyborski 2004, 53). Im Zuge dieser Interpretation bleibt die Interpret_in im Orientierungsrahmen der Gruppe, der Supervisandinnen bzw. der Fokusgruppenteilnehmer_innen. Ausschließlich der thematische Gehalt des Textes wird formuliert (Vogd 2004, 64). Um Redundanz zu vermeiden, wurde bei den Protokollausschnitten, die bereits Beschreibungen sind und als Interpretationen angesehen werden können, auf eine formulierende Interpretation verzichtet.

Der zweite Analyseschritt, die reflektierende Interpretation, rekonstruiert den dokumentarischen Sinngehalt: Das „Wie“ oder der *„Modus Operandi“* (Bohnsack et al. 2013, 13) der Schilderung fragt nach dem der Praxis zugrunde liegenden Habitus (vgl. 3.1). Es geht um die Explikation des Rahmens, innerhalb dessen das Thema abgehandelt wird (Bohnsack 2014, 137). Dabei wird der Frage nachgegangen, wie eine Problemstellung, ein Thema verarbeitet und in welchem Orientierungsrahmen es abgehandelt wird (Nohl 2008, 9). Mit Orientierungsrahmen ist der Bedeutungszusammenhang gemeint, jenes (Orientierungs-)Muster, das sich prozesshaft entwickelt (Bohnsack 2014, 39). Dort, wo in der Darstellung

Orientierungsrahmen zum Ausdruck gebracht werden, spricht Bohnsack (2014, 137) in Anlehnung an Garfinkel (vgl. 5.2.1) von *„Präpositionen“*.

Der Rahmen, innerhalb dessen die jeweiligen Themen abgehandelt werden, bildet den Erfahrungsraum der Supervisandinnen und der Fokusgruppenteilnehmer_innen. Innerhalb dieses Erfahrungsraums werden Orientierungsmuster (Bohnsack 2014, 138) deutlich. Ralf Bohnsack (2014, 138) sieht *„Orientierungsfiguren“* in die Erlebnisdarstellung eingelassen, die unterschiedliche Varianten aufweisen, da diverse Erfahrungsräume im Diskurs miteinander in Bezug gesetzt werden. Für die Analyse gilt es jene Figur in den Mittelpunkt zu stellen, die im Fokus des Diskurses steht. Damit sind prägnante Passagen gemeint, wo eine metaphorische Dichte zum Ausdruck kommt, die sogenannten *„Fokussierungsmetaphern“* (Bohnsack 2014, 138).

Die Analyse der Rahmenkomponenten, die Orientierungsfiguren und Fokussierungsmetaphern sind die wesentlichen Bezugspunkte der reflektierenden Interpretation. Die **komparative Analyse** wird als ein die gesamte Forschungspraxis hindurch durchwirkender Stil gesehen (Nohl 2013, 272). Ziel ist es, Protokoll- bzw. Fokusgruppenpassagen in sich und miteinander zu vergleichen, jeweils vor dem Hintergrund des jeweiligen Orientierungsrahmens. Das *„Tertium Comparationis“* (Nohl 2013, 279, Vogd 2004, 65 f.) gilt es hier auf den jeweiligen Stufen des Vergleichs zu definieren. Dieses sich im Vergleich bildende gemeinsame Dritte (Nohl 2013, 280) ist für Matthes (1992, 86, zitiert nach Nohl 2013, 279) ein *„Denkraum“*, in dem der eine Fall in den anderen *„übersetzbar“* ist. Auf diese Weise ist die Interpretation nicht von dem (eigenen) Hintergrund oder der Standortgebundenheit der Interpret_in geprägt (Nohl 2008, 12 f., vgl. Vogd 2004, 65), sondern wird methodisch kontrollierbar und überprüfbar durch empirisch fundierte und nachvollziehbare Vergleichshorizonte, die in Bezug gestellt werden (Bohnsack 2014, 139).

Die Interpretationsschritte der dokumentarischen Methode münden in der **soziogenetischen Interpretation** (Vogd 2004, 65 f.): Es wird eine Typik der unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen entwickelt, wobei der Kontrast der Gemeinsamkeiten als fundamentales Prinzip der Generierung der einzelnen Typen verstanden wird und zugleich auch die Klammer ist, die die Typologie zusammenhält (Bohnsack 2014, 145). Die Validität (Nohl 2013, 278) dieses abschließenden Interpretationsschrittes hängt an der Herausarbeitung der Abgrenzungen und Bezüge der unterschiedlichen Erfahrungsräume, die den Fall konstituieren und aus denen heraus die unterschiedlichen Typiken generiert werden. Eine Typologie braucht eine Verbindung von Orientierungsrahmen und Erfahrungsraum, um den soziogenetischen Anspruch zu erfüllen (Nohl 2013, 275).

Nentwig-Gesemann (2013, 296) fasst die Ziele und die Verbindung von Orientierung und Erfahrungsdimension der Typenbildung im Rahmen der dokumentarischen Interpretation unter Bezugnahme auf Mannheim (1980) zusammen:

> „Ein Spezifikum dokumentarischer Interpretation und praxeologischer Typenbildung ist die Rekonstruktion der existenziellen Erlebnis- und Erfahrungszusammenhänge, der‚konjunktiven Erfahrungsräume' im Sinne von Mannheim (1980, 271 f.), aus denen heraus sich habituelle Übereinstimmungen und handlungsleitende, atheoretische Wissensbestände entwickeln. Es gilt, die wissens- bzw. erlebnismäßigen Konstitutionsbedingungen der Orientierungsrahmen oder des Habitus von Individuen oder Gruppen zugleich als Produkt und Voraussetzung einer kollektiven Handlungspraxis zu verstehen und in ihrer Prozesshaftigkeit zu rekonstruieren."

In der vorliegenden Untersuchung werden die einzelnen Analyseschritte in der Ergebnisdarstellung (Kap. 7) ausgearbeitet; die Implikationen für eine Basistypologie, die sich aus den Typiken der Ergebnisse ableitet, sind Teil der Diskussion der Ergebnisse (Abschn. 8.1).

6.4.2 Auswahl der Protokoll- und Textausschnitte

Der systematische Vergleich unterschiedlicher Orientierungsrahmen, die sich in der Untersuchung ausgehend von den Supervisionsprozessen und anhand der Bewertungen, Erzählungen sowie Beschreibungen der Fokusgruppen zeigten, stellt den Schlüssel der dokumentarischen Methode dar (Vogd 2004, 70). Es kann nur über die komparative Analyse gelingen, valide und theoretische Kategorien bzw. generalisierbare Typiken der beobachtbaren Phänomene zu erhalten (Vogd 2004, 70 f.). Daher waren solche Protokoll- und Textausschnitte von Relevanz, anhand derer Typiken entwickelt und spezifiziert werden konnten, denn kein Fall hat nur für sich alleine einen Nutzen (vgl. Nohl 2013, 273).

Dieses Vorgehen entspricht nach Nohl (2013, 273) dem *„theoretical sampling"* der Grounded Theory (Glaser, Strauss 1998), bei dem der Nutzen für die weitere Theoriegewinnung das Auswahlkriterium darstellt (vgl. Vogd 2004, 71).

Vergleichshorizonte setzen Kontraste voraus, in der konkreten Fallauswahl wie auch auf der Ebene des Samplings der konkreten Auswahl der Supervisionsteams und Fokusgruppenteilnehmer_innen (6.2.1, 6.2.2). In der vorliegenden Untersuchung bestehen daher Kontrastierungsachsen zwischen der professionellen Palliativversorgung und der ehrenamtlich-hospizlichen Betreuung sowie der stationären und mobilen Versorgung. Vergleichsfälle für die Untersuchung wurden auf der themenbezogenen Suchebene, auf der Ebene fallimmanenter Vergleichshorizonte sowie auf der Ebene der Orientierungsrahmen gesucht (Nohl 2013,

273 f.). Die Identifizierung der Themen von Palliativ- und Hospizteams war für den ersten Auswertungszwischenschritt (dem Rückspielen an die Fokusgruppen) erforderlich. Bestimmte Themen konnten schon im unmittelbaren supervisorischen Geschehen und in der forschungssupervisorischen Reflexion identifiziert werden. Im Hinblick auf die dokumentarische Interpretation ist die Suchstrategie jedoch noch kein Garant: Für die Typenbildung ist eine Verbindung von Orientierungsrahmen und Erfahrungsraum (Nohl 2013, 275) notwendig. Oft zeigte erst die reflektierende Interpretation, ob eine Eignung für eine Typenbildung bestand.

Die Suche nach fallimmanenten Vergleichshorizonten zielt darauf ab, Gemeinsamkeiten zwischen Fällen zu finden, um daraus wiederum Kontraste zu betonen. Das setzte die Herausarbeitung des immanenten Sinngehalts und der Orientierungsrahmen voraus, um so geortete Fälle in die Analyse mit einzubeziehen. Für die Praxis bedeutete diese Suche, dass erst die Interpretation Aufschluss über konkrete Einbeziehung eines Falles in die Analyse brachte. Die Suche nach Fällen, die eine spezifische Art aufweisen, ein Thema zu bearbeiten, verlangte nach gemeinsamen Orientierungsrahmen, die sich ebenfalls erst auf der Ebene der reflektierenden Interpretation zeigten. Diese Rekonstruktion der Gemeinsamkeit galt es mit kontrastierenden Erfahrungsdimensionen zu vergleichen. Das stellte sich als lohnende Strategie heraus.

Diese Suchstrategien machen deutlich, dass die Festlegung der Fallauswahl keinesfalls vor der Interpretation gemacht werden konnte, sondern sich erst im Rahmen der komparativen Analyse spezifiziert hat.

6.4.3 Struktur der Ergebnisdarstellung

Die in der Analyse vorgestellten Sequenzen sind Beispiele, die eine interaktive und metaphorische Dichte (Bohnsack 2014, 137) sowie potenzielle Konfliktfelder (Vogd 2004, 72) besonders deutlich zeigen. Die Darstellungen aus den Supervisionsprozessen und Fokusgruppen folgen dem realen Diskursverlauf, und in der Fallbeschreibung wird der den Fall konstituierende Rahmen rekonstruiert (vgl. Bohnsack 2014, 139), um den Prozess deutlich zu machen. Die Ergebnisdarstellung wird in ihrem Aufbau durch die Interpretationsschritte der dokumentarischen Methode strukturiert: Der erste Absatz beinhaltet eine inhaltliche Zusammenfassung, die formulierende Interpretation. Ihr folgt der konkrete Ausschnitt aus den Beobachtungsprotokollen bzw. der Fokusgruppendiskussion. Im dritten Absatz wird die Sequenz analysiert, die reflektierende Interpretation. Nach jedem Unterkapitel werden die Orientierungsrahmen der spezifischen Themen explizit gemacht und in einer abschließenden Zusammenfassung, die auch zugleich die abschließende komparative Analyse darstellt (vgl. Vogd 2004, 287 ff.), die

Typiken formuliert, die auf die unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen verweisen. Die Typologie der Themenfelder von Palliativ- und Hospizteams werden, wie in 6.4.1 erwähnt, in der Diskussion der Ergebnisse (Abschn. 8.1) anhand der Ausdifferenzierung der Basistypologie dargestellt.

6.5 Ablauf des Forschungsprozesses

Als Abschluss des Methodenkapitels wird ein grafischer Überblick (Abb. 6.1) über den Ablauf des gesamten Forschungsprozesses gegeben. Abbildung 6.1 zeigt die beiden Supervisionsteams: Parallel zu beiden Supervisionsprozessen wurde

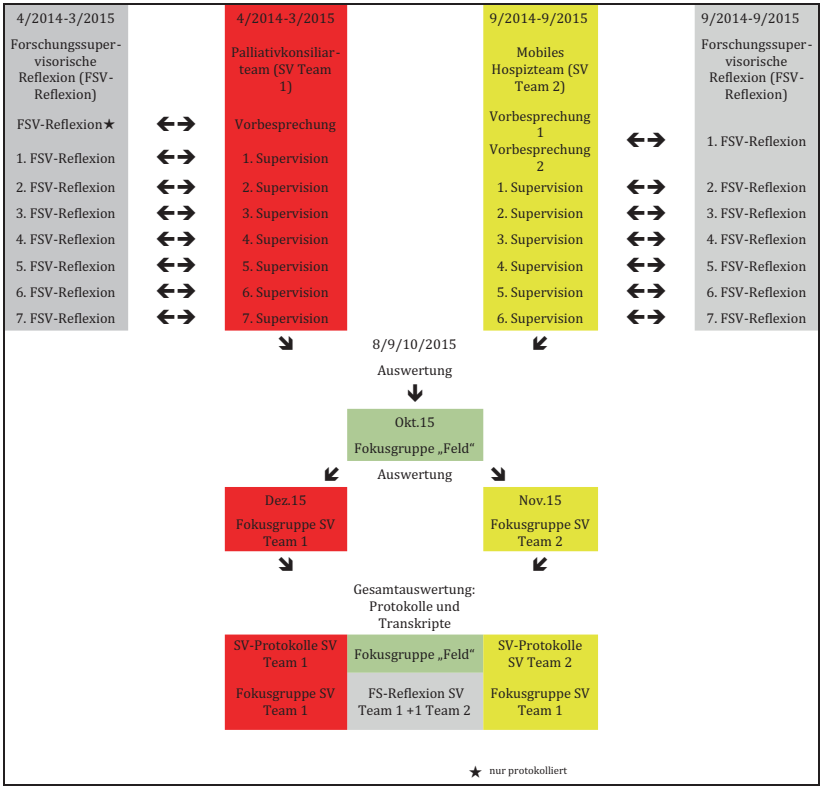

Abbildung 6.1 Ablauf des Forschungsprozesses

für jeden einzelnen Supervisionstermin eine forschungssupervisorische Reflexion auf Grundlage des Protokolls des jeweiligen Supervisionsprozesses durchgeführt. In den Monaten August, September, Oktober 2015 erfolgte die erste Phase der Auswertung mithilfe der dokumentarischen Methode (Abschn. 6.4). Es wurden die Themen der einzelnen Supervisionsprozesse erhoben und von der Fokusgruppe „Feld“ kommentiert. Die Fokusgruppe „Feld“ wurde mit Audiogerät aufgenommen und transkribiert. Auf Basis der ersten Themenauswertung und mit ausgesuchten Rückmeldungen der Fokusgruppe „Feld“ wurden die Fokusgruppen mit den beiden Supervisionsteams durchgeführt, die ebenfalls aufgenommen und transkribiert wurden. Von Dezember 2015 bis September 2016 erfolgte die Auswertung des gesamten Datenmaterials unter Einsatz der dokumentarischen Methode.

Ergebnisdarstellung

7

Im Folgenden werden acht Themenfelder analysiert, die sich ausgehend von den beiden Supervisionsprozessen und unter Einbeziehung der Inputs der Fokusgruppen als relevant herausgestellt haben, um die habitualisierte Handlungspraxis im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung darzustellen. Sie sind insofern chronologisch, als sie den Themensetzungen der beiden Supervisionsprozesse folgen, allerdings werden in den Unterkapiteln Themenaspekte zusammengefasst, die sich nicht nach einer Chronologie, sondern nach einer inhaltlichen Ordnung strukturieren. Nicht alle Themen waren für beide Teams von gleicher Relevanz, insbesondere die organisationale Einbettung war in erster Linie für das Palliativkonsiliarteam bedeutend.

Die analysierten Daten setzen sich, wie bereits in Kapitel 6.4.3 dargestellt, aus Protokollausschnitten der Supervisionsprozesse und aus Sequenzen der Fokusgruppen zusammen. In der Textanalyse wird durchgehend darauf verwiesen, auf welche Aussagen sich die Fokusgruppenteilnehmer_innen beziehen, so können eine Nachvollziehbarkeit und Transparenz gewährleistet werden. Zusätzlich sind im Anhang die beiden Handouts der Fokusgruppe „Feld“ (Handout Fokusgruppe „Feld“, Anhang d.) und der Fokusgruppen mit den Supervisionsteams (Handout Fokusgruppe „Supervision“ SV Team 1 und SV Team 2, Anhang e.) beigefügt, auf die auch verwiesen wird.

Die Analyse folgt den Schritten der dokumentarischen Methode (6.4.1), die hier zum besseren Verständnis noch einmal kurz zusammengefasst werden: Die formulierende Interpretation leitet den Protokoll- bzw. den Fokusgruppenbeitrag ein. Hier wird bei den Protokollausschnitten auf eine ausführliche formulierende Interpretation verzichtet, da die Beobachtungen bereits Beschreibungen sind. Ausführlicher wird hingegen der Supervisionskontext skizziert, aus dem heraus bestimmte Aussagen getroffen werden, um eine nachvollziehbare Rahmung

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_7

des Prozesses zu bieten. Es folgt die formulierende Interpretation, und am Ende jedes Unterkapitels wird eine komparative Analyse der angeführten Textpassagen durchgeführt, der eine Ausformulierung des Orientierungsrahmens der Aussagen vorausgeht. In einem eigenen Unterkapitel werden zum Abschluss eines jeden Themenfelds alle Aspekte zusammengefasst und eine Typik der unterschiedlichen Erfahrungsdimensionen formuliert.

Da alle acht Themen aus Supervisionsprozessen erhoben wurden, spielt die *„Felddynamik"* (Berker 1992, 4), die hinter den Themen steht, eine Rolle. Denn es wurde nicht im Feld selbst erhoben, sondern im Rahmen von Supervision, wo das Feld als das Nichtgegenwärtige (Münch 2011, 269, Abschn. 2.1) *hereingeholt* wurde. Mit der *„Felddynamik"* (Berker 1992, 4) sind die „Schubkräfte" gemeint, die bestimmten Themen eine spezifische Energie und Dynamik verleihen. Diese Energie und Bewegung geht von Klient_innen, Professionellen und Institutionen aus und legt – wie auch Rappe-Gieseckes *„Triadentrias"* (2009, 13 f., 2.3.1) – die triangulären Pole offen, die in der Teamsupervision wirkmächtig sind. Daher werden nun die acht Themenfelder anhand dieser drei felddynamischen Strukturebenen einleitend eingeordnet, wobei ich sie für die vorliegende Untersuchung leicht adaptiert habe. Da im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung die „Klient_innen" Patient_innen und Zu- und Angehörige, also „Betroffene" (vgl. 3.2.2), sind, spreche ich von „Betroffenendynamik", und der Begriff der „Organisation", mit Bezug auf das Gesundheitswesen (vgl. Knopf 2009, Grossmann 2000), ist sehr viel gebräuchlicher als der Institutionsbegriff, daher wird „Organisationsdynamik" verwendet. Diese Dynamiken sind selten eindeutig. Es gibt Themenbereiche, die stark von einer Dynamik geprägt sind, während andere von allen drei gleichermaßen bestimmt sind (Abschn. 8.2.1).

Die Themen *„Zuweisung von Patient_innen"* (Abschn. 7.1) und *„Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Organisation"* (Abschn. 7.2) behandeln das Angebot „Palliative Care" in und zwischen Organisationen und zeigen folglich einen **starken organisationsdynamischen Fokus**. Von einer **Professionellendynamik** geprägt sind die Themen *„Teams und wie sie erlebt werden"* (Abschn. 7.3) und *„Versorgung von Patient_innen"* (Abschn. 7.4). Fragen nach einem Selbstverständnis werden anhand der beiden Themenfelder aus einer bestimmten Profession und Anforderung heraus gestellt, wie z. B.: Wie erlebt eine Hospizbegleiterin ein Team, was verbindet sie mit den Kolleg_innen? Wann werden interdisziplinär zusammengesetzte Teams als „Wir" gesehen? Oder wie wird Versorgung erlebt, aus welchem professionellen Verständnis heraus erwarte ich von mir und auch meinen Kolleg_innen eine bestimmte Versorgungsqualität?

„Abschied" (Abschn. 7.7) und *„Trauer erleben und mit eigener Trauer umgehen"* (Abschn. 7.8) richten den Blick auf Erfahrungen der beruflichen Praxis, für deren Reflexion erst einmal ein passendes Setting und die dafür benötigte Zeit

gefunden werden muss. Es zeigt sich jedoch bei diesen Themen auch eine **Betroffenendynamik**, da das Erleben von Abschied und Trauer mitunter von bestimmten Patient_innen ausgelöst und auch getragen wird. Aus der Betroffenendynamik heraus wird das Thema *„Patient_innen und An- und Zugehörige: Verhalten, Wünsche und Bedürfnisse, Dynamiken“* (Abschn. 7.5) in die Supervision eingebracht. Der Druck, der vonseiten der Betroffenen wahrgenommen wird und wie Betreuende damit umgehen, wird zur Sprache gebracht. Das Thema *„Sterben und Tod“* (Abschn. 7.6) wird von **allen drei Dynamiken geprägt** und unterstreicht damit auch, dass Themen im supervisorischen Kontext generell alle drei Dynamiken in sich vereinen und je nach Fokus, der auch von der Supervisor_in gesetzt wird, mehr in die eine oder andere Richtung tendieren. Nimmt Kapitel 7.6.1 *„Über das Sterben sprechen“* Patient_innen und ihre Aussagen über Tod und Sterben in den Blick, ist eine Betroffenendynamik Ausgangspunkt der Reflexion, während *„Suizidankündigungen und Suizide“* (7.6.2) eine Professionellendynamik zeigt, die Fragen nach dem beruflichen Verständnis und einer sich daraus ergebenden Handlungspraxis in Bezug auf Suizidankündigungen deutlich machen. In Kapitel 7.6.3 *„Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus“* verweist bereits die im Titel genannte Organisation auf den Fokus, der hier eingenommen wird: Wahrnehmungen und Einschätzungen, die einen ambivalenten Umgang mit dem Thema Sterben und Tod veranschaulichen, werden hier aus organisationsdynamischer Sicht thematisiert.

7.1 Zuweisung von Patient_innen

Mit dem Thema der Zuweisung von Patient_innen wird der zentralen Frage nachgegangen, wie Palliative Care als Angebot auf die Zielgruppen abgestimmt ist und welche Faktoren im stationären wie im mobilen Bereich es braucht, damit Palliative Care auch genützt werden kann. Bereits in den Vorgesprächen für die beiden Supervisionsprozesse werden diese Fragen der Zuweisung und Zusammenarbeit aufgebracht. In beiden Teams sprechen die Koordinatorinnen dieses Thema an. Auch die Fokusgruppe „Feld“ ergänzt Erfahrungen und Herausforderungen und sieht die Zuweisungen von Patient_innen als sehr wesentlich an.

Besonders prägend ist die Zuweisung für das Palliativkonsiliarteam, das während des gesamten Untersuchungszeitraums mit dem Umstand beschäftigt ist, eigentlich *mehr* Patient_innen behandeln zu können, sich aber mit „gefilterten“, wenigen Zuweisungen konfrontiert zu sehen, wie in Kapitel 7.1.1 dargestellt wird. Einen weiteren Aspekt in Bezug auf Zuweisung zeigen sowohl das Palliativkonsiliarteam als auch die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld“: Sie sprechen über die unterschiedlichen Zeitpunkte der Zuweisungen (7.1.2). Anschließend an

den Aspekt der unklaren zeitlichen Kriterien für eine Zuweisung wird die Kategorisierung von Patient_innen nach palliativ und kurativ (7.1.4) thematisiert und aufgezeigt, welche Relevanz diese Kategorisierungen für die Praxis haben.

7.1.1 *„Gefilterte“* Zuweisungen

Die folgende Protokollpassage aus dem Vorgespräch für den Supervisionsprozess mit dem Palliativkonsiliarteam gliedert sich in drei Abschnitte, die miteinander verglichen und am Ende mit einem Interviewausschnitt der Fokusgruppe „Feld“ komparativ ergänzt werden.

Der Textpassage aus dem Protokoll der teilnehmenden Beobachtung geht die Vorstellung der Sozialarbeiterin, Frau D, und die der ärztlichen Leitung, Frau Dr. B, voraus, die beide etwas über ihre berufliche und private Situation berichten, dabei jedoch keinen Bezug zur Arbeit des Palliativkonsiliarteams herstellen.

Die Passage beginnt mit der Vorstellung von Frau A, Gesundheits- und Krankenschwester sowie Koordinatorin des Palliativkonsiliarteams.

> Frau A erzählt, dass sie die Koordinatorin des Teams ist und ihre Stelle aufgeteilt ist auf Station X und das Palliativkonsiliarteam. Sie erzählt: Sie ist seit etwa 7 Jahren im Team, es ist **interdisziplinär**[1], das findet sie eigentlich ziemlich gut, eine gute Ergänzung, das Team hat **viel anzubieten**. Allerdings gibt es **Herausforderungen** im Haus gegenüber der „kollegialen Führung“. Man muss **„auf der Hut sein“**. Das Palliativkonsiliarteam ist seit Anfang des Jahres in der Regelfinanzierung und somit aus dem **„geschützten Raum“** der Sonderfinanzierung entlassen.
>
> Ich frage nach: „Was heißt das, in der **Regelfinanzierung** zu sein?“
>
> Sie meint: **„Wirtschaftlich arbeiten.**“
>
> „Was heißt hier wirtschaftlich arbeiten?“, frage ich.
>
> Sie meint, dass es darum geht, Menschen möglichst nach Hause zu entlassen, Krankenhausaufenthalte zu reduzieren.
>
> Ich frage: „Bezüglich der Patienten, gibt es Vorgaben für das Team vonseiten der kollegialen Führung?“

[1]Wie in Kapitel 6.3.1 ausgeführt, sind in den Beobachtungsprotokollen Worte oder ganze Sätze fett geschrieben. Das sind wortwörtliche Mitschriften, die ich aus meinen vor Ort angefertigten Notizen entnommen habe.

> Sie sagt ja, **„die ÖBIG-Kriterien“**, und redet gleich weiter, sodass ich nicht mehr zum Nachfragen komme. Schließlich meint sie, es sei nicht einfach, sie weiß eigentlich nicht, was verlangt ist, und sie fragt sich: **„Wie lange wird es uns noch geben?“** (SV Team 1, Vorgespräch, 4/2014, 58-69)

Frau A nützt die Vorstellungsrunde nicht nur, um über sich und ihre berufliche Situation etwas zu sagen, sie stellt auch das Team und seine derzeitige Situation vor. Sie ist die Koordinatorin des Teams und nimmt die Gelegenheit wahr, die Situation des Teams zu beschreiben und zur Sprache zu bringen, was Sorge bereitet. Sie teilt ihr Anliegen an die Supervision mit (vgl. Rappe-Giesecke 2009, 13, vgl. 8.2.2).

Frau A skizziert die Situation des Teams und spricht mit den Begriffen *„interdisziplinär“*, *„kollegiale Führung“*, *„auf der Hut sein“* und *„geschützten Raum“* das Spannungsfeld an, in dem sie das Palliativkonsiliarteam sieht.

Sie verweist gleich zu Beginn auf die Besonderheit der Interdisziplinarität: Unterschiedliche Leistungen, die das Team anzubieten hat, werden zu *einem ganzheitlichen* Angebot. Im Gegensatz zur Interdisziplinarität bedeutet *„kollegiale Führung“* hier, dass eine Pflegedirektor_in sowie eine ärztliche und eine wirtschaftliche Direktor_in das Krankenhaus parallel leiten (vgl. 4.2.1); andere Berufsgruppen sind diesen Disziplinen zu- bzw. untergeordnet. Frau A gibt keine Definition von Interdisziplinarität, doch die Beschreibung des Teams und der schnelle Bezug zur Organisation und zum Hereinholen der *kollegialen* und nicht *interdisziplinären* Führung zeigen einen Gegensatz: Der *„kollegialen Führung“* werden Disziplinen und Zuständigkeiten zu- und auch untergeordnet, das heißt, die Führung ist getrennt und somit auch die einzelnen Disziplinen, das Palliativkonsiliarteam hingegen *vereinigt* Disziplinen zu *einem* Angebot. Somit bietet das Palliativkonsiliarteam etwas an, das in der Krankenhausstruktur nicht gängige Praxis ist. Frau A spricht keine Arbeitsinhalte oder Arbeitsaufträge an, sie thematisiert die Situation des Teams im Kontext der Organisation und deren Logik: Ein Team, interdisziplinär zusammengesetzt, in einer Organisation, die zwar unterschiedliche Disziplinen vereint, diese aber nach Organisationseinheiten strikt trennt, und der neue Finanzierungsstatus veranlassen Frau A zu betonen, dass hier besondere Vorsicht geboten ist. Sonderfinanzierung bietet ihrer Aussage nach im System Krankenhaus einen Schutz. In so einem *„geschützten Raum“* gelten andere Kriterien. Erst auf meine Nachfrage definiert sie, was *„wirtschaftliches Arbeiten“* im Krankenhaus bedeutet: Es gilt Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Auf ein weiteres Nachfragen der Supervisorin, was das nun konkret für das Palliativteam bedeutet, ob es hier Vorgaben gibt, wird deutlich, dass sie zwar sofort die ÖBIG-Kriterien nennen kann, diese aber keine Zielerreichung in einem

wirtschaftlichen Sinn ausweisen. Sie hat keine Vorgaben diesbezüglich, gleichzeitig aber weiß sie, dass sie keinen Sonderstatus mehr haben. Eine konflikthafte Situation, die sie zur Frage veranlasst: *„Wie lange wird es uns noch geben?“* Das heißt: Überlebt das Team diese Veränderungen oder stirbt es (vgl. Möller 2001), weil es ohne Schutz nicht leben kann? Diese Frage wird konkreter mit der nächsten Sprecherin.

Im zweiten Abschnitt der Textpassage spricht die Krankenschwester Frau C, die nach Frau A das Wort ergreift.

> Dann stellt sich Frau C vor: Sie leitet ein, dass sie seit den 19XXiger-Jahren im Haus ist, und wenn man die Ausbildungszeit mitrechnet, dann ist sie schon seit 19XX hier. Allgemeine Laute der Anerkennung, „wows“, sind zu hören. Sie ist auf Station Y für 20 Stunden, und 20 Stunden ist sie hier im Team. Sie führt lächelnd weiter aus, wie wichtig es ist, dass sie auch auf einer anderen Station arbeitet, weil sie quasi einen **„Spionage-Job“** hat: Sie schaut, welche Patienten mögliche palliative Kandidaten sind. (SV Team 1, Vorgespräch, 4/2014, 74-79)

Frau C’s Aussage ist im Kontext von Frau A’s Schilderungen zu lesen (vgl. Nohl 2013, 281). Sie stellt sich vor und betont die lange Zeit, die sie schon in der Organisation arbeitet, damit „gewichtet“ sie auch ihre folgende Aussage. Frau C spricht wie Frau A über das Team, allerdings von einer praktischen Seite, aus der Sicht ihrer Tätigkeit. Sie bezeichnet ihre zweite Tätigkeit als einen *„Spionage-Job“* und lächelt dabei. Was ist hier unter einem *„Spionage-Job“* zu verstehen? Laut Duden (1994, 1288) ist es *„eine Tätigkeit für einen Auftraggeber oder Interessenten zur Auskundschaftung militärischer, politischer oder wirtschaftlicher Geheimnisse, besonders für eine fremde Macht“*. Hier werden Patient_innen „ausspioniert“, die „palliativ“ sind, quasi eine Betriebsspionage auf der Suche nach den Sterbenden. Mit dem Ausdruck der Spionage wird angedeutet, dass diese Patient_innen einer Abteilung gehören, und nicht die Abteilung fordert den Palliativkonsiliardienst an, sondern der Palliativkonsiliardienst selbst, hier Frau C als Mitarbeiterin der Station Y, weist die Patient_innen zu. So kann die Station „umgangen“ werden, es muss nicht auf eine Aufforderung gewartet werden, sondern die Initiative geht vom Palliativteam selbst aus. Schlüsselt man den Erfahrungsraum hinter diesem *„Spionage-Job“* auf, drückt sich eine grundsätzliche Skepsis aus, die Frau C, die schon seit Jahrzehnten in der Organisation tätig ist, gegenüber den einzelnen Abteilungen innerhalb des Krankenhauses zu haben scheint. Es gilt, sofern die Möglichkeit besteht, sich selbst auf die Suche nach der eigenen Zielgruppe zu machen, denn das Vertrauen, dass es „die anderen“ tun, scheint nicht gegeben. Damit stellt sie Frau A’s geäußerter Angst, vielleicht nicht mehr lange als Team in der Organisation bestehen zu können, ein konkretes

Problem zur Seite, das Frau A in dieser Form nicht geäußert hat. Damit macht sie konkret, warum es eine Unsicherheit über das Fortbestehen des Teams gibt: Das Palliativkonsiliarteam ist von anderen Abteilungen abhängig, in deren Ermessen es liegt, Patient_innen zu zuweisen.

Die Aussage von Frau C veranlasst die anderen Supervisandinnen, im dritten Abschnitt des Protokollausschnitts das Thema „Zuweisung" explizit aufzugreifen, und es wird die Frage gestellt: *„Wer filtert?"*

> Sie erzählen, dass sie sich immer wieder die Frage stellen: **„Wer filtert?"** Das heißt, auf welcher Station, ob überhaupt und ab wann das Palliativkonsiliarteam mit einbezogen wird. Sie machen dann sogenannte **Selbstzuweisungen**, denn auf den Stationen hängt es ganz stark von den diensthabenden Personen ab, wann sie das Palliativkonsiliarteam einbeziehen. Häufig ist es so, meint die Ärztin, dass man zu einem Sterbenden gerufen wird; die Situation ist dann ganz schwierig, weil die Person stirbt und man fremd ist, dem Sterbenden und auch den Angehörigen gegenüber. Eine Zuweisung zum Palliativkonsiliarteam drei Wochen vorher wäre gut gewesen. Das ist oft schwierig. Die Sozialarbeiterin meint, sie haben immer gutes Feedback, noch nie hat jemand gesagt, ihre Betreuung sei nicht hilfreich gewesen. Alle sind immer froh, dass sie hinzugezogen werden. Frau A meint: „Es hängt ganz von den Personen ab, die Dienst haben, und **welche Einstellung sie auch zum Sterben haben**." (SV Team 1, Vorgespräch, 4/2014, 80-88)

In diesem dritten Abschnitt wird vom gesamten Team die Problematik der Zuweisungen, die von Frau C eingeleitet wurde, weiter thematisiert. Die von Frau A eher allgemein gehaltenen Befürchtungen, ihr Blick auf das interdisziplinäre Team, die *„kollegiale Führung"* und die Änderung der Finanzierung bekommen mit dem Sprechen über Zuweisungen einen konkreten Praxisbezug. Auf Stationen wird *„gefiltert"*, das heißt, es wird jemand als „palliativ" eingestuft und dem Palliativkonsiliarteam zugewiesen oder auch nicht zugewiesen oder auch, wie die Ärztin eindrücklich schildert, zu spät. Die Frage *„Wer filtert?"* ist die Fokussierungsmetapher, die sich durch den Abschnitt zieht und darüber hinaus. Das Team braucht Patient_innen, um eine Existenzberechtigung zu haben. Diese werden zugewiesen, aber wer nach welchen Kriterien zuweist, ist unklar. Der „Zuweisungsfilter" ist nicht definiert, ebenso wenig gibt es kommunizierte Vorgaben durch die *„kollegiale Führung"*. Die Sozialarbeiterin sieht im guten Feedback eine Bestätigung ihrer Arbeit und stellt die Aussage den *„gefilterten"* Zuweisungen entgegen. Für sie scheinen die guten Rückmeldungen für ein Mehr an Zuweisungen zu sprechen. Frau A antwortet ihr und verweist am Ende des Abschnitts noch einmal auf die Personen selbst, die zuweisen. Sie täten dies aus einer Überzeugung heraus, einer persönlichen Einstellung, aufgrund von Erfahrungen. Damit macht sie die diffizile Situation aus ihrer Sicht deutlich, in der sich das

Palliativteam innerhalb der Organisation befindet, und ihre eigene Verunsicherung wird nachvollziehbar: Es gibt hier viele Filter, wie persönliche Einstellungen, Haltungen, Erfahrungen, die Abteilungen kollektiv zum Sterben entwickelt haben, und Palliative Care wird in erster Linie mit dem Sterben verknüpft.

Diese Haltungen haben auch einen organisationalen Hintergrund. Das Krankenhaus soll die Gesundheit wiederherstellen (vgl. Grossmann 2000, 82, 4.2.3.1), Heilung gilt folglich als Erfolg, Sterben als Versagen (vgl. Heimerl 2000, 149). Dieser Widerspruch und die Verknüpfung von Palliative Care mit der Ambivalenz dem Sterben gegenüber liegen in der Organisation selbst. Dieser organisationale interne Konflikt kann auch als ein weiterer Zuweisungsfilter in der Organisation Krankenhaus verstanden werden. Das Palliativteam bezieht sich auf diesen Filter und schreibt ihn bestimmten Abteilungen oder Personen zu und versucht, diesen Konflikt auf einer individuellen Ebene zu verhandeln.

Der folgende Textausschnitt nimmt Bezug zum organisationalen Kontext der Zuweisung und ist der Fokusgruppe „Feld" entnommen. Impulstext für die Aussage des Supervisors, der an der Fokusgruppe „Feld" teilgenommen hat, ist das Ende der soeben besprochenen Textstelle, in der Frau A sagt:

> „Es hängt ganz von den Personen ab, die Dienst haben, und **welche Einstellung sie auch zum Sterben haben**." (SV Team 1, Vorgespräch, 4/2014, 87-88)

Der Supervisor berichtet von seinen Erfahrungen mit Teams der Hospiz- und Palliativversorgung und stellt fest, dass Zuweisungen im Krankenhaus oft Thema waren, weniger im mobilen Bereich.

> Supervisor: Also das Erste, die Patientenzuweisung, ich würde da einen Unterschied machen, ob's jetzt stationär ist oder ob es eine mobile Geschichte ist, die an einem Krankenhaus hängt. Das war oft in den Spitälern Thema, ah, WER weist zu, aus welchen Gründen, und nicht: was hat man für eine Einstellung nicht nur gegenüber dem Sterben, sondern wofür ist das PALLIATIV, die Palliativstation oder das Palliativteam da.
>
> Ich: Mh.
>
> Supervisor: Und man hat den Eindruck in der Supervision, eigentlich wissen dann die anderen, die Umwelten im Spital, gar nicht, wofür das Palliativteam da ist. Zum Sterben? Oder sie wissen nix Besseres, die anderen Stationen, dann wird zugewiesen, aber nicht nur die Einstellung zum Sterben und zum Thema Tod, sondern auch die Einstellung zum Thema Station oder Palliativteam. (7:13) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 84-93)

Der Supervisor betont, dass er die Problematik der Zuweisungen vor allem aus dem Krankenhaus kennt, und argumentiert, dass es nicht die Einstellung zum

Sterben ist, die es zu beachten gilt, sondern wofür, zu welchem Zweck Palliativteams und Palliativstationen da sind. Er spricht den Begriff „palliativ" betont aus und unterstreicht damit den konkreten Arbeitsinhalt, sowohl von Stationen als auch von Teams, die diesen Begriff vorangestellt haben. Er proponiert[2] den Palliativbegriff und damit auch das Konzept von Palliative Care und fragt, was es denn beinhaltet. Er beantwortet die Frage nicht, lässt aber mit seinen Fragen Platz für die Inhalte eines Sorgekonzepts, das mehr als das Sterben selbst und das „Nicht-mehr-weiter-Wissen" in der Behandlung beinhaltet. Er distanziert sich von der „Einstellung zum Sterben", diese beziehe sich auf individuelle Haltungen, und betont hingegen die organisationalen Einheiten wie Palliativstation oder Palliativteam. Damit stellt er die Organisation in den Mittelpunkt. Nicht individuelle Einstellungen spielen hier eine Rolle, sondern organisationsinternes Wissen über Funktion und Aufgaben von Palliativteams und Palliativstationen, die es zu kommunizieren und letztlich einzugliedern gilt. Genau dieses Einbeziehen aller *relevanten Umwelten* (vgl. 2.3.2.2) ist für eine gelungene Integration von Palliative Care wesentlich (Heimerl 2000, 153 f.). Die Frage der Zuweisung wird, aus der Erfahrung des Supervisors, auf unterschiedlichen Strukturebenen innerhalb der Organisation verhandelt und weniger auf einer individuellen Haltungsebene, die jedoch das Palliativkonsiliarteam in der täglichen Kommunikation als wichtigen Faktor wahrnimmt.

Als *Orientierungsrahmen* dieses ersten Aspekts von Zuweisungen von Patient_innen zeigt sich eine *diffuse organisationale und inhaltliche Verortung von Palliative Care, wobei Zuweisungsfilter das Angebot Palliative Care ermöglichen oder negieren.*

Komparative Analyse:

Frau A nimmt als Koordinatorin die Gelegenheit wahr, in der Vorbesprechung zur Supervision eine für das Team existenzielle Unsicherheit zu formulieren: Kann das Palliativkonsiliarteam, das als interdisziplinäres Team auf ein – der Organisation nicht vertrautes – Konzept der Zusammenarbeit aufbaut, ohne den Schutz der Sonderfinanzierung Bestand haben? Dieser Unsicherheit begegnet die Krankenschwester, Frau C, die in diesem Krankenhaus ihre gesamte Berufslaufbahn verbracht hat, mit individuellen Mitteln und Wegen, um die Zuweisungen selbst in die Hand zu nehmen. Mit *„Spionage"* versucht sie ein Ohnmachtsverhältnis aufzubrechen, indem sie aus der Wartehaltung heraus, in der man nichts

[2]Mit einer Proposition wird nach Przyborski (2004 63 f.) der Orientierungsgehalt einer Äußerung festgemacht.

tun kann als eben darauf zu hoffen, dass die anderen Abteilungen das Angebot nachfragen, initiativ tätig wird und im Rahmen der eigenen Möglichkeiten schaut, wie das Team zu Patient_innen kommt. Damit hofft sie, die Vorfilterung durch die Station zu umgehen. Ungeachtet dieser persönlichen Zugänge und Initiativen wird anhand der *„gefilterten"* Zuweisungen an das interdisziplinäre Palliativteam die organisationale Ambivalenz deutlich. Es zeigen sich unterschiedliche Haltungen von Station zu Station, je nach fachmedizinischer Ausrichtung und der Häufigkeit, mit der einzelne Stationen mit dem Sterben konfrontiert sind, und danach, wie das Sterben auf den Stationen *gelebt* und *erfahren* wird. Hier zeigt sich ein Erleben, dass das Palliativkonsiliarteam etwas anzubieten hat, auch gutes Feedback erhält, aber geringe Möglichkeiten sieht, auf die *Einstellungen und Haltungen* Einfluss nehmen zu können, die sich auch als Widerspruch im Auftrag an die Organisation Krankenhaus manifestieren: Heilung und nicht Sterben. Für die Zuweisungen wird die Verknüpfung von Sterben und Palliative Care als entscheidend erlebt. Das Palliativkonsiliarteam erkennt die organisationale Dimension der Zuweisungsproblematik anhand der „Filter", verhandelt diese aber auf der Ebene von persönlichen Zugängen. Hier bringt der Supervisor in der Fokusgruppe – als Außenstehender – den Blick auf die Organisation selbst. Aus dieser Perspektive kann festgehalten werden, dass relevante Umwelten, dazu zählen Mitarbeiter_innen wie Abteilungen, keine Vorstellungen zur Umsetzung des integrierten Versorgungskonzepts Palliative Care haben. Die daraus resultierenden Unklarheiten werden vom Palliativkonsiliarteam zwar in der Organisation gesehen und benannt, aber auf einer individuellen Ebene verhandelt und damit als überfordernd erlebt.

7.1.2 Der Zeitpunkt der Zuweisungen

Die folgenden zwei Ausschnitte aus der Fokusgruppe „Feld" richten den Blick auf die Zuweisungssituation mobiler Palliativteams, wobei hier aus der Sicht einer Teamkoordinatorin und einer Ärztin berichtet wird. Im ersten Ausschnitt spricht die Koordinatorin im Anschluss an den Supervisor (7.1.1). Zuweisungen von Patient_innen sind ihrer Meinung nach auch für mobile Teams ein immer wiederkehrendes Thema. Sie spricht einerseits von Institutionen, die zu spät zuweisen, und Angehörigen, Patient_innen, Hausärzt_innen und mobilen Teams der Hauskrankenpflege, die mittlerweile die Mehrheit der Zuweisungen tätigen und zu einem früheren Zeitpunkt zuweisen.

> Koordinatorin mobiles Palliativteam: Also aus dem mobilen Bereich kann ich sagen, das ist bei uns regelmäßig Thema, ah, wobei sich's stark unterscheidet nach den INSTITUTIONEN, und bei uns ist auch weniger die Einstellung zum Sterben als erst BEIM Sterben, viel zu spät, dass wir die Menschen kriegen, normalerweise zugewiesen kriegen. Und DASS es interessanterweise DORT wesentlich besser LÄUFT, wo von ANGEHÖRIGEN, Patientenbereich, selber uns die Leute zuweisen (lacht), ah, als von den Institutionen. Also die Institutionen ÜBERWIEGEND, würd ich sagen, wirklich erst in den letzten Lebenstagen. „Das IST noch nicht palliativ GENUG", ist ein Spruch, den man immer wieder hört, und die SELBSTeinschätzung von Angehörigen und Patienten in dem Bereich ist oft wesentlich BESSER und auch von den Hausärzten und mobilen Teams, Hauskrankenpflege, mit denen wir ZUSAMMENARBEITEN, wo wir mittlerweile zwei Drittel der Zuweisungen kriegen, ist das an und für sich EHER früher als in den letzten Lebenstagen. (8:24) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 94-106)

Die Koordinatorin des mobilen Palliativteams orientiert sich in ihrer Bewertung am Zeitpunkt der Zuweisung und an den unterschiedlichen Institutionen, Teams und Personen, die Zuweisungen tatsächlich veranlassen. Sie hält frühere Zuweisungen für sinnvoller – wie auch die Ärztin des Palliativkonsiliarteams im oben besprochenen Protokollausschnitt. Sie benennt die vom Supervisor (7.1.1) angesprochenen *„Umwelten"* (vgl. 2.3.2.2) im Kontext der mobilen Versorgung und bewertet deren Zuweisungspraktiken. Damit wird deutlich, dass Institutionen, also Krankenhäuser, Alten- und Pflegeheime, zu spät zuweisen, und sie zitiert einen ihr bekannten Spruch, der oft Verwendung findet: *„Das ist noch nicht palliativ genug."* Dabei betont sie die Worte *„ist"* und *„genug"*. Damit weist sie darauf hin, dass es ein gewisses Maß an „palliativ" gegeben sein muss, damit zugewiesen wird. Als ob es ein „ausreichend", ein „genug" im Sinne von „vollpalliativ" (die letzten Lebenstage, daher wird zugewiesen) oder auch ein „noch nicht ganz palliativ" (das als Argument gegen eine Zuweisung ins Feld geführt wird) als Denkfigur in der Zuweisung gäbe. Dieser Logik folgend argumentiert sie, dass es eine Zuweisungspraxis gibt, die einer anderen Einschätzung folgt, nämlich einer *„Selbsteinschätzung"*: Hier wird der Begriff „palliativ" offensichtlich nicht mit einer Maßeinheit versehen – und bei Erreichen eines gewissen Wertes ist ein bestimmtes Stadium erreicht –, sondern „palliativ" wird vielmehr als ein *Zustand* verstanden, der eine bestimmte Art der ganzheitlichen Sorge wünscht. Sie bringt damit Betroffene in den Mittelpunkt, die die zentrale Zielgruppe der Hospiz- und Palliativversorgung sind. Und diese nehmen, im Erleben der Koordinatorin, das Angebot gerne früher an. Sie spricht davon, dass sich die Leute selber zuweisen, vermutlich weil sie wissen, was sie brauchen. Früher weisen ihrer Einschätzung nach auch Hausärzt_innen und die Hauskrankenpflege zu, auf jeden Fall die, mit denen sie zusammenarbeiten. Hier gibt es offensichtlich

Erfahrungen, aufgrund derer Zuweisungen nicht erst kurz vor dem Tod der Patient_innen veranlasst werden.

Weitere Aspekte zum Zeitpunkt der Zuweisung zu mobilen Palliativteams spricht etwas später die Ärztin an. Sie meldet sich in der Fokusgruppe nach dem Supervisor, der Koordinatorin und der Sozialarbeiterin zu Wort. Die Sozialarbeiterin stimmt der Koordinatorin in ihren Aussagen zu und erzählt, wie schwierig es ist, wenn so spät zugewiesen wird, dass Patient_innen sogar am Tag der stationären Aufnahme versterben.

Die Ärztin betont, dass der Zeitpunkt der Zuweisung auch ihr Team beschäftigt. Es wird diskutiert, ab wann Patient_innen nun als palliativ zu diagnostizieren sind, auch im Hinblick auf die Nutzung des Tageshospizes. Sie fragt, ob das Hinzuziehen des Palliativteams zum richtigen Zeitpunkt erfolgt, wenn das Thema des Sterbens die Patient_innen noch nicht beschäftigt.

> Ärztin: Bei uns ist das auch ein Thema. Manchmal sogar in dem Sinne, dass wir selbst miteinander diskutieren, was ist denn jetzt ein Palliativpatient, und wer ist wann wie palliativ und so. Das ist oft im Bereich des Tageshospizes ein Thema, weil da ja oft Patienten kommen, die noch recht mobil sind. Manche Patienten kommen sehr LANGE und da geht es dann drum, war das richtig, den anzunehmen? Und es gibt auch, sozusagen, das eine Extrem zu spät, oder aus unserer Sicht zu spät, und dann gibt es das andere Extrem, wir kriegen manchmal auch Zuweisungen aus Spitälern von Patienten, die einfach quasi das Thema des Lebensendes überhaupt noch nicht in ihren Gedanken haben, und wir werden dann angefordert mit der Zuweisung, wir sollen die Portnadel wechseln. (10:20) Und das ist auch immer wieder eine Diskussion: Machen wir das? Sehen wir uns auch als „Portnadelwechseldienst“? Oder sind wir nicht einfach für was anderes da? (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 119-130)

Die Ärztin nimmt den Begriff „palliativ“ auf und berichtet von teaminternen Diskussionen und Einschätzungen, *„wer, wie, wann“* palliativ ist. Sie formuliert in ihrer Aussage Gegensätze, *„Extreme“*, wie sie es nennt. Sie spannt den Bogen von „viel zu spät“, das sie nicht weiter ausführt – zwei Personen vor ihr haben zu spät erfolgte Zuweisungen in ihren Wortmeldungen bereits ausführlich beschrieben –, zu „viel zu früh“ oder auch nicht passend, wobei sie in ihrer Argumentation Beispiele aus der Praxis anführt. Die Ärztin berichtet von Patient_innen, die Tageshospize lange nützen, und bringt hier erstmals die Frage auf, ob Palliativteams selbst *„richtig“* bewertet und diagnostiziert haben, wenn Patient_innen diese Einrichtungen lange nützen, folglich noch länger leben, als es die Idee des Tageshospizes (3.3.3.3) vorsieht. Mit dem *„richtig“* bleibt sie auch in der Bewertung der Zuweisung bei Gegensätzen, *„Extremen“*, wie sie es nennt: Dem *„richtig“* steht ein „falsch“ gegenüber. Diese Beurteilung bezieht sie

allerdings nur auf *„Extreme“*, die viel zu frühen und viel zu späten Zuweisungen. Die Wertung *„richtig“* wäre im Kontext der Aussage der Ärztin eine Patient_in, die das Tageshospiz eine *begrenzte* Zeit nützt. Sie bringt ein weiteres Beispiel, das eine Betreuung als extrem zu früh erscheinen lässt: Das sind Patient_innen, die sich mit dem Sterben, der noch verbleibenden *begrenzten* Zeit, noch nicht befasst haben. Sie werden von Krankenhäusern zugewiesen, weil sie etwas Medizinisches brauchen, das Palliativärzt_innen leisten können. *„Portnadelwechseldienst“*[3] sagt sie dazu, ein Dienst, eine Serviceleistung, wird hier zum Ausdruck gebracht. Diese Zuweisungen hinterfragt sie: Nicht diese Serviceleistung sieht sie als ihre Aufgabe, sondern etwas *„anderes“*. Dieses *„andere“* wird deutlich, wenn man schlussfolgert, was die von ihr genannten Beispiele gemeinsam haben: ein Bewusstsein von *zeitlicher Begrenzung*. Das betrifft die Nutzung des Tageshospizes wie auch die Lebenserwartung der Betroffenen. Ist diese zeitliche Begrenzung gegeben, dann sind die Zuweisungen für das Angebot wie für die Zielgruppe passend.

Der *Orientierungsrahmen* bezüglich des Zeitpunkts der Zuweisung im mobilen Bereich orientiert sich am *Sterben als Endpunkt und Maßstab für palliative Betreuung (begrenzte Zeit).* Wobei *das Sterben selbst für Palliative Care als zu spät eingeschätzt wird, hingegen wird es als zu früh erachtet,* wenn *die Begrenztheit der Lebenszeit noch allzu fern im Empfinden der betroffenen Menschen ist.*

Komparative Analyse:

Die Koordinatorin des mobilen Palliativteams formuliert mit *„Das ist noch nicht palliativ genug“* eine ihr bekannte Aussage, die den Zustand von Patient_innen als „Maß“ nimmt bzw. die tatsächliche Nähe des Sterbens gewichtet, um für Palliative Care infrage zu kommen. *„Palliativ genug“* ist dem Sterben schon sehr nahe. Der Bezugspunkt für *„genug“* ist der nahe Tod. Dieser muss schon sehr absehbar sein, um zu einem mobilen Palliativteam zugewiesen zu werden. Diese starke Orientierung am Sterben und auch die Verknüpfung von Palliative Care mit dem Sterben lässt an den organisationalen Widerspruch der Organisation Krankenhaus denken (vgl. 7.1.1), der hier auch von anderen Institutionen gelebt wird. Nicht auf eine Gewichtung, jedoch auf zeitliche Grenzen bezieht sich die Ärztin, die von Extremen spricht: dem „viel zu spät“ und erstmals auch dem „viel zu früh“, das sie mit Beispielen zu verdeutlichen sucht. *Viel zu früh* ist für

[3]Der Portkatheter (kurz: Port) ist ein – subcutan implantierter – dauerhafter Zugang zum venösen oder arteriellen Blutkreislauf. Über die in der Portkammer liegende Nadel kann entweder Blut entnommen oder ein Medikament per Infusion zentral im Körper verabreicht werden. Ein Portkatheter wird vornehmlich in der Tumortherapie, Ernährungsmedizin oder auch zur Schmerzbehandlung eingesetzt. (Universitätsklinikum Heidelberg 2016)

sie etwas noch Unbegrenztes, sowohl in zeitlicher Hinsicht als auch in mentaler, wenn das Sterben für Patient_innen doch noch so fern ist, dass es noch keine Brisanz hat. Einen ebenfalls größeren Spielraum, der sich nicht nur auf das Sterben selbst konzentriert, beschreibt die Koordinatorin in Bezug auf die Selbsteinschätzungen der Patient_innen und Angehörigen. Diese nützen das Angebot *„eher früher"* und rücken damit das Sterben als *Maß der Dinge* etwas in den Hintergrund. Denn somit bleibt mit Palliative Care noch mehr vom *Leben selbst*, als dies bei Institutionen der Fall ist, deren Gewichtung in Bezug auf Palliative Care weniger auf dem Leben als auf dem Sterben liegt.

7.1.3 „Palliativ" versus „kurativ"

Der Umstand, dass Patient_innen palliativ oder „noch nicht" bzw. auch „nicht mehr" palliativ und damit wieder als kurativ eingeschätzt werden, beschäftigt das Palliativkonsiliarteam im Krankenhaus im Kontext der Zuweisungen, jedoch auch in Bezug auf diese Zuordnung selbst. Daher wurde der Fokusgruppe „Feld" ein kurzer Protokollausschnitt als Impuls vorgestellt, in dem Frau A sagt:

„Also wie palliativ muss man sein, damit man palliativ ist?" (SV Team 1, 5. SV, 11/2014, 110)

Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams reagiert auf diese Thematik, indem sie betont, dass palliative Behandlung immer kurative Aspekte beinhalten sollte. Diese Vorstellung führt ihrer Meinung nach weg von einer Einteilung in palliativ und kurativ. Doch auch viele Personen, die in diesem Bereich arbeiten, sehen „palliativ" als Zurücknehmen von Behandlung.

> Koordinatorin: Von der OPG wird z. B. auch betont, dass das GANZ stark ein Thema ist, „palliativ", „kurativ", eigentlich müsste jede palliative Behandlung auch diesen kurativen Gedanken – was hilft –, diese gleiche Haltung beinhalten, und dann kommen wir weg vom: Wir müssen einen Schnittpunkt haben, ab da ist es so, aber dass das ganz vielen palliativ tätigen Menschen auch nicht klar ist. (43:26) Dass „palliativ" auch bei vielen palliativ Tätigen nur noch Rückzug und Behandlungsrückzug und nicht sehr wohl auch palliative Behandlungsoptionen beinhaltet. (43:40) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 544-551)

Die Koordinatorin sieht „kurativ" und „palliativ" nicht als Gegensatzpaare und bezieht sich auf die Österreichische Palliativgesellschaft[4], die diese Begriffe als

[4]OPG: Die Österreichische Palliativgesellschaft ist eine interprofessionelle wissenschaftliche Vereinigung aller Berufsgruppen, die schwer kranke Patient_innen mit fortgeschrittenem Leiden behandeln (OPG 2016a).

einander nicht ausschließend definiert (vgl. 8.2). Die Koordinatorin spricht von einem Schnittpunkt, der nicht notwendig sei, wenn jede Behandlung immer auch das Kurative miteinbeziehe. „Palliativ“ und „kurativ“ werden als etwas Gemeinsames, Ganzheitliches gedacht (vgl. 3.2.1, 3.2.2). Daher sieht sie „palliativ“ nicht als Rückzug, sondern auch als Ausgangspunkt für weitere Behandlungsoptionen, die immer auch von einem kurativen Gedanken begleitet werden, was in der Praxis oft – auch von Mitarbeiter_innen in Palliativteams – nicht so verstanden werde, wie sie anmerkt.

Spricht die Koordinatorin von palliativen Behandlungsoptionen, so benennen die Koordinatorin und die Ärztin des Palliativkonsiliarteams in der Fokusgruppe mit dem Supervisionsteam 1 – bezugnehmend auf das Thema „palliativ“ versus „kurativ“ –, was genau diese „palliativen Behandlungsoptionen“ nicht mehr sind, jedoch sein sollten. Sie äußern sich folglich kritisch über die Kennzeichnung „palliativ“: Für Frau A ist es fast besser, ein Patient ist nicht als palliativ gekennzeichnet, denn es kann sein, dass er nicht einmal wiederbelebt wird, wenn er sich verschluckt. Sie zieht aufgrund dieser Frage nach „palliativ“ und „kurativ“ den Schluss, dass das Thema Sterben noch nicht in der Gesellschaft angekommen ist. Die Ärztin berichtet von einem aktuellen Fall: Sogar das routinemäßige Behandeln schmerzhafter Infekte wird infrage gestellt wird, wenn eine Patient_in als palliativ gekennzeichnet ist.

> Frau A: (…) Was wünsch ich dem Patienten? Wünsch ich, dass er offiziell palliativ ist oder, wie wir schon öfter erlebt haben, g’scheiter wär’s gewesen nein, weil dann hätt’ er noch, der Hendlknochen wär’ noch entfernt worden und er hätt’ nicht ersticken müssen am Hendlknochen, ja, weil jeder gesagt hat, DNR[5], und dann verschluckt er sich und stirbt, also ja, ich glaub, das wird ein spannendes Thema ewig bleiben, solange wir überhaupt der Thematik nicht wirklich in der GESELLSCHAFT einen Platz gegeben haben, solange müssen wir uns mit solchen Hilfsgeschichten bedienen. (31:05) (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 361-368)

> Frau Dr. B: Letzte Woche auch erst wieder (31:44) die Diskussion, Behandlung von einem Harnwegsinfekt ja oder nein, bei entsprechender Symptomatik, und das würd’ KEINER bei einem sonst nicht Gekennzeichneten da überlegen, geb ich dem was oder geb ich dem nix. (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 379-381)

War bei 7.1.2 die Frage, ab wann eine Patient_in „palliativ genug“ sei, könnte hier von „zu viel palliativ“ gesprochen werden, denn „palliativ“ wird in den Schilderungen als Synonym für totgeweiht verstanden. Das heißt, Frau A und

[5]DNR = Do not resuscitate: Verzicht auf kardiopulmonale Wiederbelebung

Frau Dr. B beobachten palliative Einstufungen von Patient_innen, Klassifizierungen, die einem Todesurteil gleichkommen: Infektionen werden nicht mehr behandelt oder ein Verschlucken bewirkt, was die „eigentliche" Erkrankung bis zu diesem Zeitpunkt noch nicht ausgelöst hat, nämlich zu sterben. „Offiziell palliativ" zu sein birgt nach Frau A und auch Frau Dr. B die Gefahr in sich, dass indizierte Behandlungsoptionen nicht mehr wahrgenommen werden und „palliativ" nicht eine besondere Behandlung im Sinne der WHO-Definition (WHO 2016, 3.2.1) mit sich bringt, sondern das Gegenteil: ein Sterbenlassen. Hier verweist Frau A auch auf den gesellschaftlichen Hintergrund, vor dem solche strikten Trennungen wie „kurativ" und „palliativ" als, wie sie sagt, *„Hilfsgeschichten"* konstruiert werden. Dem vielschichtigen Thema Sterben wird nicht ausreichend Platz gegeben und es wird anhand einer Klassifizierung, eines Ein- und Ausschließens verhandelt (vgl. Bauman 2005, 13, 8.2.1).

Der *Orientierungsrahmen* in Bezug auf „palliativ" versus „kurativ" ist geprägt von *einer Ganzheitlichkeit und Auflösung des Gegensatzes*, wobei die gelebte Praxis „palliativ" mitunter als *völligen Behandlungsrückzug* versteht und *eine solche Klassifizierung zur Gefahr für die Patient_innen* werden kann.

Komparative Analyse:

Die Auflösung des Gegensatzpaares „kurativ" und „palliativ" wird in allen drei Kommentaren als grundlegend erachtet. „Palliativ", zu verstehen als Behandlungsrückzug, wird von der Koordinatorin (aus dem mobilen Bereich) in der Fokusgruppe „Feld" als Tatsache geschildert und kritisch hinterfragt, hier schließt sie auch Kolleg_innen aus der Palliativbetreuung mit ein. Frau A und Frau Dr. B berichten aus der Organisation Krankenhaus von Behandlungsrückzügen, die so weit gehen, dass sie in der Klassifizierung „palliativ" eine Gefahr für die Patient_innen sehen. Das nahe Sterben bekommt auch hier, wie schon im Unterkapitel 7.1.2 beschrieben, in Institutionen eine Hauptgewichtung und verschließt sich Behandlungsoptionen, die mitunter die Lebensqualität (vgl. Borasio 2014, 75 ff.) enorm erhöhen würden. Die Gesundheit kann nicht wiederhergestellt werden, das kommt einem Versagen des Systems gleich. Das Versagen wird nun „zurückgegeben", indem den Sterbenden grundsätzliche medizinische Versorgung „versagt" wird.

7.1.4 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Ausgehend von drei Orientierungsrahmen stellt sich die Frage, welche Typik der Praxis den hier beschriebenen Zuweisungen zu Angeboten von Palliative Care zugrunde liegt. Die „gefilterten" Zuweisungen (7.1.1) zeigen den Rahmen der

diffusen organisationalen und inhaltlichen Verortung von Palliative Care, wobei Zuweisungsfilter das Angebot Palliative Care ermöglichen oder negieren. Der Zeitpunkt der Zuweisung (7.1.2) orientiert sich am *Sterben als Endpunkt und Maßstab für die Inanspruchnahme palliativer Betreuung*. Der Rahmen von „palliativ" versus „kurativ" (7.1.3) ist geprägt von *einer Ganzheitlichkeit und Auflösung des Gegensatzes*, wobei die gelebte Praxis „palliativ" mitunter als *völligen Behandlungsrückzug* versteht und *eine solche Klassifizierung zur Gefahr für die Patient_innen* werden kann.

Folgende zwei Typen der Zuweisungspraxis sind festzumachen: diffuser Auftrag versus Sterben als klares Versagen; Zuweisung aufgrund eines Bezugs zu ganzheitlicher Versorgung versus Distanz zum Angebot Palliative Care, hier verstanden als „ultima ratio" kurz vor dem Tod.

Diese Typen verweisen auf drei Aspekte, die für die habituelle Handlungspraxis kennzeichnend sind: Anhand der Beispiele aus dem stationären Bereich (7.1.1) wird deutlich, wie eine unklare organisationale Verortung von Palliative Care zu Diffusität und Unsicherheit führt: beim Palliativteam selbst wie auch bei den zuweisenden Stationen. Doch diese Unklarheit setzt sich auch außerhalb der Organisation Krankenhaus fort, indem von unterschiedlicher Zuweisungspraxis berichtet wird, bis hin zu den Betroffenen selbst.

Das macht deutlich, dass es als unklar erlebt wird, *was* eben diese Zuweisenden unter *Palliative Care* verstehen, das heißt, welche Erwartungen sie an das Angebot knüpfen, das wiederum auch viel mit einem Wissen zu tun hat, *was* von Palliative Care überhaupt *zu erwarten ist*. Gibt es *einen Bezug zum Angebot*, wird es früher genützt, ist die *Distanz zum Angebot Palliative Care* groß, wird es gar nicht, zu früh oder zu spät in Anspruch genommen (vgl. 8.1, 8.2).

Damit verknüpft ist der dritte Aspekt: zu *welchem Zeitpunkt* dem Angebot zugewiesen wird. Die Verbindung zwischen Zuweisungen, Finanzierung und weiterem Fortbestehen drücken die Supervisand_innen des Palliativkonsiliarteams aus, insbesondere deren Koordinatorin. Sie und der Supervisor der Fokusgruppe „Feld" beziehen sich in ihren Aussagen auch auf Strukturen innerhalb der Organisation Krankenhaus. Die anderen Aussagen, aus der Sicht der mobilen Betreuung, ohne eine Krankenhausorganisation im Hintergrund, orientieren sich mehr an der Differenzierung der zuweisenden Stellen, an Personen und am Zeitpunkt, wann eine Betreuung vonseiten der Palliativteams sinnvoll ist und was die Realität jedoch als tatsächliche Praxis zeigt. Dabei haben, wie die Analyse von 7.1.2 deutlich macht, zwischen der viel zu früh und der viel zu spät erfolgten Zuweisung, aus Sicht der Ärztin eines mobilen Palliativteams, alle Patient_innen – die *dazwischen* sind – Platz und sind auch „richtig". Mit Klassifizierungen wie „palliativ" oder „noch nicht palliativ genug" wird Sterben konstruiert, und dabei wird

ausgeblendet, dass es bis zum Tod auch noch ein Leben gibt, um das es der palliativen Sorge eigentlich geht. Die Klassifizierung in „palliativ“ und „kurativ“, eine „Hilfsgeschichte“, kann als ein Versuch verstanden werden, Ordnung (Bauman 2005, 13, vgl. 8.2) herzustellen, die jedoch von Ambivalenz begleitet wird, weil diese „Ordnung“ nicht eindeutig herzustellen ist.

7.2 Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Organisation

Die Zusammenarbeit innerhalb der Organisation Krankenhaus, zwischen unterschiedlichen Organisationseinheiten, sowie die Zusammenarbeit zwischen Palliativteams und ehrenamtlichen Hospizteams werden im Folgenden thematisiert. Im Rahmen des untersuchten Supervisionsprozesses mit dem Palliativkonsiliarteam wurden Konflikte mit ganzen Abteilungen oder mit speziellen Kolleg_innen zur Sprache gebracht: mal als abgeschlossenes und bereits reflektiertes Ereignis, über das noch einmal in der Supervision berichtet wurde, mal als ärgerliche, die Arbeit behindernde Realität, von der erzählt wurde, um anstrengende und Energie raubende Aspekte zu verdeutlichen. Auch noch unbearbeitete Konflikte fanden Erwähnung, für die Fallsupervision in Anspruch genommen wurde. Im ersten Unterkapitel (7.2.1) wird das Thema Zusammenarbeit und Konflikte anhand einer Fallschilderung analysiert, die in der dritten Supervision eingebracht wurde. Dieser Fall wurde ausgewählt, weil er den Blick auf den Verlauf palliativkonsiliarer Tätigkeit ermöglicht: von der Zuweisung, hier eine Anfrage, bis hin zum tatsächlichen Tun, mit den dazugehörigen Auswirkungen auf die Zusammenarbeit.

Im zweiten Unterkapitel (7.2.2) wird das Thema Zusammenarbeit anhand von Aussagen aufgerollt, die in den Fokusgruppen getätigt wurden. Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams spricht die Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und professionellen Teams an. Darauf reagiert die Koordinatorin des ehrenamtlichen Hospizteams im Zuge der Fokusgruppe mit dem Hospizteam.

7.2.1 Zusammenarbeit im Krankenhaus

In der dritten Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam wird bereits am Beginn von einem Konflikt gesprochen, den die Koordinatorin Frau A, die Ärztin Frau Dr. B und die Krankenschwester Frau C erlebt haben. Ich frage, ob sie den Konflikt genauer besprechen wollen, und sie stimmen zu. Die folgende Textpassage ist in zwei Abschnitte gegliedert. Im ersten Teil schildert die Koordinatorin des

Palliativteams, Frau A, den Fall. Sie leitet die Besprechung mit einer kurzen Schilderung ein: Im Zentrum des Geschehens ist eine Patientin hohen Alters, sie wird mit Sauerstoffmaske beatmet und künstlich ernährt. Das Team wird gebeten, auf die Intensivstation zu kommen.

> Dann steigen wir in den aktuellen Fall ein, den Frau A zuerst einmal genau schildert: Eine Anfrage kam von einer Station, eine Patientenverfügung sei **„schwammig"** und sie sollten sich das anschauen. Die Verfügung wurde gesucht und gefunden (nicht gleich, war falsch einsortiert). Die Frau wolle nicht intubiert werden, es sei aber jetzt an der Zeit zu intubieren, es wurde mit der Patientin geklärt, dass sie nicht intubiert werden will. Das ist dann unterlassen worden, auch die (künstliche) Ernährung wurde wieder abgebrochen. (SV Team 1, 3. SV, 7/2014, 117-121)

Es folgt der zweite Abschnitt. Nachdem der Wille der Patientin erkundet worden ist, schaut Frau A noch einmal nach der Patientin, der es sehr schlecht geht.

> Frau A berichtet weiter: Sie hat dann nach der Patientin geschaut und der ging es sehr schlecht, zum Sterben schlecht. Die Patientin war nur durch eine Glaswand vom diensthabenden Personal getrennt; Frau A ist dann gleich zu den Kollegen und hat darauf aufmerksam gemacht, dass es der Patientin nicht gut geht, eine palliative Sedierung[6] wird vorgeschlagen. **„Bei uns wird niemand sediert"**, hat dann die Oberärztin gesagt. Frau A musste erklären, dass es sich hier um palliative Sedierung handelt. „Die Verabreichung von Dormicum", erklärt sie, zu mir schauend. „Das bewirkt eine Symptomlinderung, die der Patientin Schmerzen nimmt, verschrieben von Frau Dr. B."
>
> Frau A schildert, dass es daraufhin zu intensiven Spannungen kam, die darin mündeten, dass die Oberärztin Frau A das Diktiergerät hingehalten und gesagt hat, sie soll sagen, dass sie das machen soll und auch die Dosierung. Frau A hat sich dem verweigert. Sie sagte, sie kann ihr das nicht ins Diktiergerät sagen … usw., es geht hin und her. Auf jeden Fall wurde die Patientin dann letztendlich palliativ sediert, und es ging ihr dann „besser", sie hatte sich beruhigt, ihr Geist und Körper wirkten ruhiger

[6] *„Die Palliative Sedierung ist der therapeutische Versuch, unerträgliches Leiden von Patienten durch den überwachten Einsatz von Medikamenten abzuwenden. Das Ziel ist eine verminderte oder völlig aufgehobene Bewusstseinslage des Patienten."* (Engeser 2014, 4) Diese *„Sedierung am Lebensende"* (Engeser 2014, 4) hat sich seit den 1990er-Jahren zu einer von medizinischen Fachgesellschaften anerkannten Behandlungsoption entwickelt. Sie gilt auch als umstrittene Maßnahme (vgl. 8.2), da sie missbräuchlich verwendet werden und zur Beschleunigung des Todes führen kann. Auch bei psychischem Leid und verabreicht über Wochen bis Monate gilt die palliative Sedierung als strittig (Seibel et al. 2014, 8 f.).

> und entspannter. Woraufhin die Ärztin gleich vorgeschlagen hat, es wieder mit einer Ernährungssonde zu probieren: „Eine Woche könnten wir noch probieren …" … die Patientin ist dann verstorben, wie genau, das wissen sie nicht, das will Frau A noch nachfragen, aber sie fürchtet sich davor … **„die Sedierung war ein Kampf"**, sagt sie (…). SV Team 1, 3. SV, 7/2014, 127-140)

Auf der Intensivstation soll eine Patientin, die bereits künstlich ernährt wird, intubiert werden. Die Patient_innenverfügung ist nach der Meinung des diensthabenden Personals unklar, *„schwammig"*, weshalb Unterstützung durch das Palliativkonsiliarteam angefordert wird. Das heißt, die Kolleginnen des Palliativkonsiliarteams sollen bezüglich der Patientin, die sich bereits in einem kritischen Zustand befindet, eine Klärung herbeiführen. Gewünscht ist ein „Konsil" bezüglich der Patient_innenverfügung. Die Fallschilderung im ersten Absatz zählt auf, *was* angefragt und *wie* der Auftrag erledigt wird (Klärung im Zuge eines Gesprächs mit der Patientin). Die Dynamik ändert sich, als die Koordinatorin des Palliativkonsiliarteams die Patientin *von sich aus aufsucht*, ihren *schlechten Zustand bemerkt* und das Personal *darauf hinweist* und *einen Behandlungsvorschlag* macht. Für Frau A ist der Auftrag noch nicht beendet, sie möchte wissen, wie es der Patientin geht, ihre Kompetenz beschränkt sich nicht auf Patient_innenverfügungen. Es zeigt sich an dieser Stelle, dass es hier auch um konkrete medizinische Angebote geht: intensivmedizinische oder palliativmedizinische Behandlung, wobei Letzteres nicht angefragt war, aber bewusst von der Koordinatorin eingebracht wird. Denn das diensthabende intensivmedizinische Personal wartet ab, was Frau A veranlasst, weitere Behandlungsschritte vorzuschlagen: Auch wenn eine Intubation abgelehnt und künstliche Ernährung beendet wird, gibt es aus palliativmedizinischer Sicht weitere Behandlungsmöglichkeiten. Ihr Vorschlag der palliativen Sedierung wird zuerst zurückgewiesen, mit der Feststellung der Ärztin, dass – *„bei uns"* – auf der Intensivstation niemand sediert werde. Palliative Sedierung ist keine bekannte Behandlungspraxis, sie wird abgelehnt als eine Behandlung, die nicht auf die Intensivstation passt. Nach der Klärung, was beabsichtigt ist, wird vonseiten der Ärztin der Versuch unternommen, die Verantwortung an die Koordinatorin, von Beruf Gesundheits- und Krankenschwester, zu übertragen. Zusammenarbeit wird hier anhand konflikthafter ethischer Fragen geschildert: ausgehend von einer Beauftragung, die eine Patient_innenverfügung betrifft, über eine Weiterführung des Auftrags bis zur Auseinandersetzung über die Behandlungsmethode der palliativen Sedierung und der versuchten Auslagerung von Verantwortung.

In der Fokusgruppe „Feld“ spricht der Supervisor die Hierarchie im Krankenhaus an, die in seinen unterschiedlichen Supervisionsprozessen immer wieder zur Sprache gebracht wurde.

> Supervisor: Mir fallen zwei Dinge ein. Ein Palliativkonsiliarteam in einem Spital, Krankenschwester sieht, wie eine Schmerzpumpe vom Arzt gelegt wird, und denkt sich, der arme Patient, ich könnte das viel besser, und darf ich ihm dann was sagen, dem Arzt, oder nicht? Das ist öfter ein Thema gewesen, weil die im Palliativteam kompetenter dafür sind, und dann natürlich gibt es ein Hierarchiegefälle, das ist ein Arzt, eine Ärztin, ich bin eine Krankenschwester, war öfter Thema (…). (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 414-419)

Der Supervisor der Fokusgruppe „Feld“ spricht, ausgehend von dem oben beschriebenen Konflikt zwischen einer Krankenschwester und einer Ärztin, das Thema der Hierarchie an. Er fokussiert es anhand beruflicher Funktionen, des Geschlechts und der Kompetenz der beteiligten Personen. Diese drei Aspekte werden miteinander verknüpft, indem gefragt wird, ob die Krankenschwester, die glaubt etwas besser zu können als der hierarchisch über ihr stehende Arzt, auch sagen kann, dass sie über diese Kompetenz verfügt und diese auch anwenden möchte. Der Supervisor stellt im ersten Satz die Krankenschwester dem Arzt gegenüber. Wie in Kapitel 3.4.2 mit Zahlen belegt, liegt in der Gesundheits- und Krankenpflege 2014 der Frauenanteil bei 86 %. Es ist kennzeichnend für das Feld, dass mehr Frauen als diplomierte Pflegekräfte männlichen Ärzten gegenüberstehen. Der Supervisor beschreibt, dass die Frage, ob Krankenschwestern ihre spezifische „palliative“ Kompetenz gegenüber ärztlichem Personal ansprechen dürfen, „*öfter*“ gestellt wurde. Er verweist damit auf eine Handlungspraxis, die Kompetenz im Feld von Palliative Care an Professionen, Geschlecht *und* ihre hierarchische Verortung knüpft. Doch im Erleben wird Kompetenz hier nicht nur *innerhalb* einer bestimmten Profession gesehen, sondern – vermutlich aufgrund der Interprofessionalität (3.2.2) von Palliative Care – in Bezug auf *andere* Professionen, insbesondere ärztliches Personal betreffend.

Der Orientierungsrahmen der Zusammenarbeit *verbindet Kompetenz mit Hierarchie und spannt den Bogen von der klar abgegrenzten, aber auch „schwammigen“, ethisch konflikthaften und eingegrenzten Beauftragung zur Diskussion medizinischer Entscheidungen auf Augenhöhe zwischen Professionen und Organisationseinheiten.*

Komparative Analyse:

Die vom Supervisor beispielhaft geschilderte Krankenschwester bleibt in ihrem Wunsch, ihre Kompetenz zeigen zu wollen, verhalten: Sie *denkt* sich, dass sie es besser kann, und thematisiert diese Frage in der Supervision. Sie *fragt* sich,

ob sie sagen *darf*, dass sie es besser kann. Zusammenarbeit bleibt auf der Professions- und Hierarchieebene vorerst „hängen", ihr Wissen ungenützt. Frau A geht in ihrer Schilderung einen Schritt weiter, sie macht auf den Zustand der Patientin aufmerksam und schlägt eine medizinische Behandlungsmöglichkeit vor. Sie fragt nicht, ob ihre Profession und hierarchische Stellung ihr Verhalten erlauben, sie tut es und findet sich umgehend in einer konflikthaften Zusammenarbeit wieder.

Frau A sagt rückblickend, die *„Sedierung war ein Kampf"*, nicht in Bezug auf die Patientin, sondern was die Zusammenarbeit angelangt. Dieser Kampf wurde in ihren Schilderungen auf zwei Ebenen ausgefochten. Einerseits auf der Professions- und Hierarchieebene: Eine Gesundheits- und Krankenschwester mit umfassender Fachkenntnis in Palliative Care macht einen medizinischen Vorschlag und begründet diesen. Aus der interdisziplinären Perspektive des Palliativteams ist diese Haltung nachvollziehbar, Disziplinen wie auch die Hierarchie sind nicht so trennscharf wie in anderen Abteilungen des Krankenhauses. Auch der Supervisor der Fokusgruppe verortet die Umsetzung von Kompetenz auf der Verbindung von Professions- und Hierarchieebene und berichtet von einer sich daraus ergebenden Praxis, wo die Frage gestellt wird, ob es sein darf, dass eine Krankenschwester etwas besser kann als ein Arzt.

Die zweite Ebene des Konflikts ist eine inhaltliche. Frau A löst Irritation aus: Einerseits weil sie den Auftrag des Palliativkonsiliarteams als noch nicht erledigt ansieht, andererseits weil sie eine palliative Sedierung vorschlägt, die nicht bekannt ist und ethische Fragen aufwirft. Die palliative Sedierung wird letztlich durchgeführt, der Vorschlag der Koordinatorin somit umgesetzt. Die Ärztin und auch Frau A bleiben, auch wenn sie sich auf die palliative Sedierung einigen, in ihren jeweiligen Denksystemen verhaftet. Denn kaum ist der Zustand der Patientin „stabiler", werden von der Fachärztin für Intensivmedizin weitere lebenserhaltende Maßnahmen angedacht, während die Koordinatorin eine neuerliche künstliche Ernährung zu diesem Zeitpunkt nicht für geeignet hält. Dieser Spannung in der Zusammenarbeit, die nun wieder präsent wird anhand eines weiteren – ethisch konflikthaften – Themas, der Ernährung, wird nicht weiter nachgegangen, bleibt jedoch in Frau A's Gefühl, einen *„Kampf"* ausgefochten zu haben, präsent.

7.2.2 Zusammenarbeit zwischen Hospizteams und Palliativteams

Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams spricht in der Fokusgruppe „Feld" über die Zusammenarbeit zwischen Ehrenamtlichen und Professionellen. Sie reagiert mit ihrer Aussage auf das Thema: „Wo ist unser Platz? Wer sind wir als Team?" (Handout Fokusgruppe „Feld", Anhang d.). Da sie in ihrer Stellungnahme

einen Fokus auf Zusammenarbeit legt, habe ich den Interviewausschnitt für das Themenfeld Zusammenarbeit den Fokusgruppen der beiden Supervisionsteams vorgelegt (Handout Fokusgruppe „Supervision“ SV Team 1 und SV Team 2, Anhang e.). Es wird nun zuerst die Aussage der Koordinatorin des mobilen Palliativteams analysiert, dann folgt die Reaktion von Anna, der Koordinatorin des mobilen Hospizteams.

Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams stellt fest, dass sie und ihr Team genau wissen, wer sie sind, und leitet über zum ehrenamtlichen Team, mit dem sie zusammenarbeiten. Durch einen gemeinsamen Austausch haben sie sich gut abstimmen können. Sie betont jedoch, dass die Frage nach dem Platz, den das ehrenamtliche Hospizteam neben dem Palliativteam einnehmen kann, ihre Organisation sehr beschäftigt hat.

> Koordinatorin: Also da haben wir – wir wissen genau, was wir sind! (lacht) Aber dadurch, dass wir so eng mit dem ehrenamtlichen Team doch zusammenarbeiten, weiß ich, dass da am Anfang – und das Ehrenamtliche hat ja schon länger bestanden – GROSSE Ängste bestanden haben beim EHRENAMTLICHEN Team. Wo kommen wir überhaupt noch unter? Und wir haben das eigentlich, glaub ich, mit gemeinsamer Arbeit sehr gut hingekriegt, indem ein Austausch stattfindet, gut – wie, interessiert ja nicht da –, also das ist beim ehrenamtlichen Team sehr WOHL ein Thema, und ich weiß das von Koordinatorentreffen, wo auch ehrenamtliche Koordinatorinnen dort sind, umso STÄRKER, je stärker die Palliativteams und die ehrenamtlichen Teams getrennt sind. Also dort in den zwei Bundesland-Bezirken, wo die GEMEINSAM sind, ist es lang nicht das Problem wie dort, wo die getrennt sind; wo die Ehrenamtlichen das Gefühl haben, die Professionellen nehmen uns die Arbeit WEG oder die erfüllen jetzt alles und wir haben keinen Platz mehr. (19:03) (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 229-241)

Ausgehend von der Feststellung, dass die Koordinatorin und ihr mobiles Palliativteam wissen, wer sie sind, zieht sie, als Gegenbeispiel, ehrenamtliche Teams heran, die das nicht so genau wissen. Sie schildert Erfahrungen aus ihrer Organisation, wo es gelungen ist, neben einem ehrenamtlichen ein professionelles Team zu etablieren, wo das eine das andere nicht verdrängt. Sie verschränkt dabei die Vorstellungen, dass die klare Identität eines Palliativteams ein Hospizteam von ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen verunsichern kann und dass bei Ehrenamtlichen der Eindruck entsteht, keinen Platz mehr zu haben. Hier bilden unterschiedliche Professionen – sie spricht auch von *„Professionellen“* –, Ärzt_innen, Pflegekräfte, Sozialarbeiter_innen, Psychotherapeut_innen bzw. Seelsorger_innen, ein interdisziplinäres Team, das alleine durch die Vielzahl an Fachkräften eine Wirkung erzielt. Diese Gegenüberstellung, die klare Positionierung der Professionellen, die ganz genau zu wissen scheinen, wer sie sind, zeigt ehrenamtliche Arbeit als weniger deutlich ausgeprägt, auch nicht so abgegrenzt und folglich nicht so

sicher, weil sie auch *„unterkommen“*, sich einordnen müssen. Ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen bilden ein eigenes Team, sie sind nicht Teil des „professionellen“ Teams. Neben dieser unklareren Verortung von Hospizteams betont die Koordinatorin die Unterschiede, die organisationale Rahmenbedingungen mit sich bringen. Arbeiten Ehrenamtliche und Professionelle unter dem Dach ein und derselben Organisation zusammen, ist die Verdrängungsangst nicht so stark wie bei Teams, wo dies nicht der Fall ist. Sie betont den *gemeinsamen Prozess*, der gelingende Zusammenarbeit in ihrer Organisation ermöglicht hat. Die Koordinatorin untermauert ihre Meinung mit ihren Erfahrungen, die sie auf bundeslandweiten Treffen mit anderen Koordinator_innen gemacht hat: Da, wo Ehrenamtliche und Professionelle in getrennten Organisationen arbeiten, ist ihre Zusammenarbeit von Verdrängungsängsten vonseiten der ehrenamtlichen Teams begleitet. Der *gemeinsame Prozess* scheint in ein und derselben Organisation leichter zu fallen als in getrennten, ist aber wesentlich für das Zusammenwirken von beiden Angeboten.

Anna, die Koordinatorin des ehrenamtlichen Hospizteams, erwähnt bereits im Vorgespräch für die Supervision den schwierigen „Kampf“ um Patient_innen und sie schildert, dass Hospiz- und Palliativteams der Region einander immer wieder in die Quere kommen (SV Team 2, Vorgespräch 1, 10/2014, 93). Diese Feststellung und ihre Reaktion auf die Aussage der Koordinatorin des mobilen Palliativteams geben zu erkennen, dass das Thema für sie von Relevanz ist, auch wenn im Zuge der untersuchten Supervisionssitzungen die Zusammenarbeit zwischen ehrenamtlichen und professionellen Teams nicht weiter thematisiert wurde. Sie reagiert auf die soeben interpretierte Aussage der Fokusgruppenteilnehmerin, indem sie feststellt, dass es der gemeinsamen Arbeit guttut, wenn Palliativ- und Hospizteams einander kennen. Sie fügt an, dass es vor allem hilft, wenn es auf beiden Seiten ein Wissen darüber gibt, was die Aufgaben eines Hospizteams sind.

> Anna: Es ist sehr HILFREICH, wenn Palliativteams und Hospizteams einander kennen und vor allem, wenn sie wissen, was sie TUN, was der eine tut, was der andere tut.
>
> Ich: Mh.
>
> Anna: Es wird eh, ich kann jetzt ein Geheimnis verraten (9:19), ein Projekt gestartet werden, um dieses Bild – „Was macht ein Hospizteam?“ –, dieses Bewusstsein klarer herauszukitzeln in den Palliativteams.
>
> Ich: Mh.
>
> Anna: Ich seh es nicht jetzt als Eifersucht, oder dass die Ehrenamtlichen jetzt Angst haben. Ich empfinde es eher UMGEKEHRT, dass – oder so erleb ich’s in DIESER Region – ich kann von da nur sprechen, dass ICH den Eindruck gewinne, dass die Palliativteams im mobilen Bereich, ah, manchmal ehrenamtliche Arbeit machen. (9:54) (Fokusgruppe „SV Team 2“, 11/2015, 120-130)

Anna, die Koordinatorin des ehrenamtlichen Teams, verortet in ihrem ersten Statement die Palliativteams und Hospizteams auf einer inhaltlichen oder auch Angebotsebene: Sie spricht nicht von Ehrenamtlichen und Professionellen, sondern unterscheidet nach *„Palliativ-“* und *„Hospizteams“*. Sie spricht von dem *einen* und dem *anderen* und holt dieses Miteinander so auf eine gleichwertige Ebene. Es braucht jedoch Information über das konkrete Angebot von Hospizteams. Dabei geht es ihr darum, ein Bewusstsein, ein Wissen, das vorhanden ist, aus den Palliativteams herauszuholen, wobei sie es als *„herauskitzeln“* bezeichnet. Das ist einerseits eine liebevoll-ironische Sicht auf diesen Prozess der Bewusstmachung, andererseits kann so ein Kitzeln auch unangenehme Gefühle auslösen bei dem Team, das gekitzelt wird. Eifersucht und Angst sind unangenehme Gefühle, die sie auch anspricht, aber nicht bei den Ehrenamtlichen sieht, sondern bei den Palliativteams. Wollen sich die Palliativteams hier nichts herauskitzeln lassen? *„Herauskitzeln“* kann man nur etwas, das auch vorhanden ist, das heißt, sie geht von der Vorstellung aus, dass es bei den Palliativteams ein Wissen darüber gibt, was ehrenamtliche Hospizarbeit ist. Und diese Arbeit gilt es darzustellen, um sie bewusst zu machen, aber auch um sie aus den Palliativteams *tatsächlich* herauszuholen und sie bei den Hospizteams zu verorten. Sie betont, dass das *ihre* Sicht ist und *diese*, die ihr bekannte Region gemeint ist, wohingegen die Koordinatorin des mobilen Palliativteams ihre Wahrnehmung auf das ganze Bundesland bezieht und sich auf Informationen beruft, die sie durch die Vernetzung mit anderen Koordinator_innen bekommt.

Der Orientierungsrahmen spannt den Bogen von *einem* zum *anderen, um zu einem Gemeinsamen zu kommen*. Das ehrenamtlich-hospizliche Angebot wird als unklarer und seine Grenzen als weniger deutlich wahrgenommen als das professionell-palliative Angebot. Das ehrenamtlich-hospizliche Angebot wird in der Zusammenarbeit mit Palliativteams (neu) *verortet* und sucht *Differenzierung bei Überschneidungen*.

Komparative Analyse:

Bei der Frage „Wer macht welche Arbeit?“ gibt es eine Schnittmenge, eine Überschneidung, um die zwischen professionellen Palliativteams und ehrenamtlichen Hospizteams gerungen wird. Angst und Eifersucht werden als Gefühle benannt: Angst, dass Arbeit *„weggenommen“* wird, mit der Konsequenz, dass kein Platz mehr ist und ein Angebot wegen des anderen obsolet zu werden scheint: Professionelle machen die Arbeit der Ehrenamtlichen einfach „mit“ (vgl. Gronemeyer, Heller 2007, 577). Die Koordinatorin des mobilen Palliativteams verankert das Ausverhandeln der Differenz an einem gemeinsamen Prozess, der innerhalb einer Organisation leichter zu bewerkstelligen ist. Anna benennt diesen Ausverhandlungsbedarf mit einem *„Projekt“*, das in Planung ist. Dieses *„Projekt“* zielt für

sie darauf ab, sich etwas zu holen: nämlich „ehrenamtliche“ Arbeit, die die anderen (mit-)machen. Neben dem Gefühl der Angst wird von ihr auch die Eifersucht genannt, die nicht beim ehrenamtlichen Team verortet wird, sondern beim Palliativteam. Liegt die Eifersucht beim Palliativteam, hat das Hospizteam etwas, was erstrebenswert ist, eine Anerkennung, die man gerne haben möchte. Eine Schlüsselrolle wird in beiden Aussagen den professionellen Palliativteams gegeben, denn sie sind in der Lage, auch schon von vorhandenen Teams etwas zu nehmen, und ihnen muss auch wieder was genommen werden, nämlich die ehrenamtliche Hospizarbeit, die als unkonkreter und weniger abgegrenzt dargestellt wird.

7.2.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Orientiert sich die Zusammenarbeit im Krankenhaus (7.2.1) an einer Verbindung von *Kompetenz mit Hierarchie*, entwickelt sie sich im Zuge einer Beauftragung zur kurzfristigen gleichwertigen Zusammenarbeit zwischen Professionen und Organisationseinheiten. Die Zusammenarbeit zwischen Hospiz- und Palliativteams wird in ihrer Abgrenzung voneinander verhandelt und *sucht nach Differenzierung bei Überschneidungen* (7.2.2).

Folgende Typik kann dazu formuliert werden: Palliative Care als interdisziplinäres und interprofessionelles Angebot versus fachmedizinische Strukturvorgabe sowie Verdrängung versus Differenzierung von Aufgaben.

Steht Palliative Care im Krankenhaus als interprofessionelles und interdisziplinäres Angebot einer fachspezifisch ausgerichteten Kompetenz und Entscheidungshierarchie gegenüber, erweist sich die Zusammenarbeit zwischen mobilen Palliativ- und Hospizteams als erlebte Verdrängung von ehrenamtlich-hospizlicher Tätigkeit durch „Professionelle“. Palliativteams in der Organisation Krankenhaus sind sich ihrer Kompetenz bewusst und suchen nach Wegen, diese umzusetzen, auch gegenüber etablierten Hierarchien. Wohingegen die Zusammenarbeit mobiler Palliativ- und Hospizteams ebenfalls Fragen der Hierarchie und Kompetenz aufzeigt, allerdings untereinander. Hospizteams erleben, dass ihre Arbeit, die sich über Jahrzehnte entwickelt und etabliert hat (3.2.1), von „Profiteams“ mitunter „mitgemacht“ wird.

Hospiz und Palliative Care werden hier als zwei unterschiedliche Aufgaben erlebt, bei denen es Überschneidungen gibt, Hospizteams aber deutlich machen wollen, was genau *ihre* Aufgaben sind, um ihr konkretes Angebot für sich, für Palliativteams, aber auch für Betroffene verständlich zu machen.

Die interprofessionelle und interdisziplinäre Kompetenz von Palliative Care, aber auch die ethischen Fragen, die Palliative Care begleiten, zeigen sich deutlich in der Zusammenarbeit von unterschiedlichen medizinischen Fachrichtungen und Hierarchien. Und auch das Sterben selbst wird in der Zusammenarbeit mit einer anderen Bedeutung versehen: Sterben jenseits des Versagens. Am Beispiel der palliativen Sedierung kann ein solches Betrachten des Sterbens festgemacht werden. Doch letztlich hat diese Behandlungsoption den Blick der Intensivmedizinerin nicht auf das Sterben fokussiert, was die Intention der Koordinatorin war, sondern sie handelt, sobald es der Patientin „besser" zu gehen scheint, nach einer Logik der Intensivmedizin: das Hinauszögern des Sterbens durch ein Andenken weiterer lebenserhaltender Maßnahmen.

7.3 Teams und wie sie erlebt werden

Hospizteams, Palliativkonsiliardienste und mobile Palliativteams gehören zu den unterstützenden Angeboten (3.3.1), und immerhin zwei Angebote führen das Wort „Team" in ihrer Bezeichnung. Palliativkonsiliardienste werden in der konkreten Beschreibung (3.3.2.2) ebenfalls als „Teams" definiert. Teams bezeichnen hier Arbeitsformen (vgl. 2.3.1), die auch im stationären Bereich Anwendung finden. Wie schwer erfassbar sich der theoretisch klare Begriff „Team" in der Praxis erweisen kann, zeigt Kapitel 7.3.1, wo der Frage nachgegangen wird, *was* das Team des mobilen Hospizteams denn eigentlich *ist*. Interdisziplinäre Teams (7.3.2) arbeiten fächerübergreifend zusammen, und auch hierbei ist unklar, wer denn nun als „wir" erlebt, als „im Team" wahrgenommen wird.

7.3.1 „Was ist eigentlich das Team?"

Das mobile Hospizteam ist am Beginn der Supervision gerade dabei, sich neu zu formieren. Die Koordinatorin weist mich im Vorgespräch darauf hin, dass es im Team Personen gibt, die schon länger mitarbeiten, aber viele neu dazugekommen sind, und auch sie habe erst vor ein paar Monaten die Leitung übernommen. Sie sagt, Ziel der Supervision soll auch Teamentwicklung sein. In der ersten Supervision mit dem mobilen Hospizteam sind anfangs vier Personen anwesend: die Koordinatorin Anna und die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen Hannah, Traude und Rosa. Etwa 15 Minuten später kommt Esther, 30 Minuten nach dem Beginn der Supervision kommt Ilse. Beim Vorgespräch zur Supervision waren acht Personen anwesend. Ich frage nach, wie es ihnen damit geht, dass nur ein Teil des Teams heute da ist.

> Hannah, sie sitzt links von mir, beginnt: Sie kennt das, dass in der Supervision nur so wenige sind, sie war im letzten Jahr auch schon alleine mit der Supervisorin. „Oft waren wir zu dritt", Traude, die Supervisorin und sie, aber das war immer gut, sie hat sich immer etwas mitnehmen können. Aber prinzipiell sei ihr der Austausch schon wichtig, und je mehr da sind, umso spannender ist es. Aber sie denkt sich schon auch: **„Was ist eigentlich das Team?"** (SV Team 2, 1. SV, 1/2015, 57-60)

Hannah schätzt das Supervisionsangebot für Hospizbegleiterinnen und kann es für sich gut nützen: bei geringer Teilnehmerinnenzahl, aber auch als Einzelsupervision, wenn keine anderen Kolleginnen anwesend sind. Sie nimmt dieses Angebot in Anspruch, profitiert davon, sieht jedoch im Austausch mit den anderen Kolleginnen eine besondere Qualität: Es ist *„spannender"*. Diese Qualität der Auseinandersetzung hängt auch von der Anzahl der teilnehmenden Personen ab. Supervision ist ein Setting, in dem Hannah das Hospizteam *erlebt*. Ihre bisherigen Erfahrungen veranlassen sie zur Frage, was dieses Team denn ist: Sie fragt nicht, *wie*, aus welchen Personen sich dieses Team zusammensetzt, sie fragt, *„was"* dieses Team *„eigentlich"* ist. Damit fragt sie nach einer Ausrichtung, einem Sinn, einer Orientierung, einem *spannenden* Miteinander, das sie im bisherigen und aktuellen Teamgefüge nicht so erlebt, als dass sie selbst eine Antwort finden könnte.

Im Zuge der Fokusgruppe mit den Supervisionsteams wurde auch beim Hospizteam der Themenbereich „Wer sind wir als Team?" zur Diskussion gestellt und Hannahs Aussage *„Was ist eigentlich das Team?"* zitiert. Als niemand etwas sagt, frage ich nach und Hannah meint dazu:

> Ich: Nein? Kein Kommentar?
>
> Hannah: Meine Frage wurde schon aufgeworfen.
>
> (Fokusgruppe „SV Team 2", 11/2015, 243-244)

Damit macht Hannah deutlich, dass für sie diese Frage nach wie vor offen und aktuell ist, auch nachdem sich das Team neu formiert hat. Der Umstand, dass auch alle anderen Fokusgruppenteilnehmerinnen des Hospizteams keinen Kommentar abgegeben haben, weist auf eine Brisanz des Themas hin, wobei Nichtgesagtes sich einer sprachlichen Interpretation entzieht. Allerdings wird festgehalten, dass von allen Anwesenden nur Hannah die oben zitierte Antwort gibt, in der sie die Aktualität ihrer Frage noch einmal unterstreicht.

Die Koordinatorin des Hospizteams äußert sich in der ersten Supervision zur Anzahl der anwesenden Personen, nachdem Hannah gesprochen hat. Vor ihr hat

sich Traude zu Wort gemeldet. Diese bestätigt Hannahs Aussage und meint, dass ihr das Team nie als Team vorgekommen ist. Anna meint zur geringen Teilnehmerinnenzahl, dass sie damit Erfahrung hat und diese Situation kennt.

> Anna, die Koordinatorin meint, sie hätte natürlich gerne, dass mehr da sind. Sie weiß aber auch, sie macht das ja schon lange genug, dass es kritische Termine gibt, Dezember und Jänner oder der Sommer, da ist viel zu tun, da sind immer wenige da. Sie weiß auch, dass man als **Einzelkämpferin** hier ist. Aber das Team ist wie eine **Hand voll Halme, ein Halm alleine zerbricht leicht**, eine ganze Faust von Halmen hält viel mehr aus. Sie zeigt das mit der Hand. Die Vielfalt ist gut. Dann läutet ihr Handy, sie sagt, Ilse steht vor der Türe und kommt nicht herein. Sie steht auf und beim Hinausgehen sagt sie, „ja das kommt davon, wenn man so genau ist und zusperrt, und dann kommt doch noch jemand." (SV Team 2, 1. SV, 1/2015, 84-89)

Anna spricht von den Hospizbegleiterinnen als Einzelkämpferinnen, die ihre Termine gut jonglieren müssen, was sich an der unterschiedlichen Anzahl der Teilnehmerinnen zeigt. Der *„Einzelkämpferin"* stellt Anna das Team gegenüber, das sie metaphorisch mit dem „haltenden Rahmen" einer Hand beschreibt: die Einzelkämpferin als einer von vielen Halmen, die gemeinsam von einer Hand umschlossen eine Stärke haben, die vor dem Zerbrechen der Einzelnen schützen kann. Anna bietet damit im Anschluss an Hannah dem Team ein konkretes „Was" an, also einen Sinn und auch Zweck, der mit dem Team verfolgt wird: ein haltender Schutz, dem sie Verbindung und *„Vielfalt"* zuschreibt. Ihre Ausführungen werden durch einen Anruf unterbrochen. Die Koordinatorin beschreibt die *„Einzelkämpferin"*, die ihre Aufgabe alleine zu bewerkstelligen hat, mit der „Halm-Metapher" als *fragil* und erst in der Fülle als *stabil*. Der Zweck des Teams gilt dem Schutz. Die erwähnte Vielfalt wird durch den unterbrechenden Anruf nicht weiter beschrieben und bleibt in der „haltenden Metapher" unklar, da die eng umschließende Hand wenig Spielraum für Individualität assoziieren lässt. Dennoch betont sie die Vielfalt, wertschätzt damit die Unterschiedlichkeit, auch wenn sie nicht näher ausführt, wie sich diese zeigt und was sie für das „haltende Team" bedeutet.

In der Fokusgruppe „Feld" reagiert die Ärztin auf den oben zitierten Protokollauszug von Hannah (Handout Fokusgruppe „Feld", Anhang d.). Sie schildert, dass das Team, in dem sie arbeitet, groß ist, aus Unterteams besteht, und dass mit unterschiedlicher emotionaler Intensität diskutiert wird, ob das Team überhaupt noch ein Team ist.

> Ärztin: (…) WAS ist das Team, das ist bei uns IMMER WIEDER THEMA (20:03), das hat damit zu tun, dass wir ein sehr, sehr großes Team sind und wir auch diese Frage oft zuspitzen auf: „Sind wir denn überhaupt noch ein TEAM?“ Wir sind eigentlich eine Gruppe, definitionsgemäß, behaupte ich, und das ist spannend, und es gibt auch UNTERTEAMS, das Ärzteteam und das Pflegeteam, und dann sind wir alle zusammen noch ein Team, das ist definitiv ein Thema, immer wieder, mal mit mehr, mal mit weniger Heftigkeit. (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 251-257)

Der Frage nach dem *„Was ist eigentlich das Team?“* begegnet die Ärztin mit Definitionen und schafft damit eine Orientierung: die *Größe* eines Teams, die auch *zu groß* sein kann, sodass eine Kooperation zwischen allen Mitgliedern nicht mehr gegeben ist (vgl. 2.3.1) und das Team damit *zur (Groß-)Gruppe* wird. Wobei die Frage, ob sie überhaupt ein Team sind, von ihr als „Zuspitzung“ formuliert wird: „*Sind wir denn überhaupt noch ein Team?“* Sie spricht von *„Unterteams“,* die sich *nach Berufsgruppen* aufteilen und im Gesamtteam eine Unterscheidung herstellen, damit eine inhaltliche Orientierung geben ist. Eine bestimmte Personenanzahl kann ein Team „sprengen“, weil die Übersicht fehlt. Eine fachliche Aufteilung stellt eine „Orientierung“ (wieder) her, die eine „kleinteiligere“ Verortung ermöglicht, die Übersicht und Sicherheit gibt. Die Diskussion bezüglich des Teams wird in ihrem Erleben mit einer *„Heftigkeit“* geführt und sie verwendet das Adjektiv *„spannend“*, um diese Auseinandersetzung zu beschreiben. Auch wenn das Team als Team begrifflich infrage gestellt wird, gibt es dennoch eine Vorstellung von „Team“, eine Auseinandersetzung damit, auch ein „Erleben“ im Team.

Die Psychotherapeutin einer Palliativstation schildert in der Fokusgruppe „Feld“ ihre Erfahrung, dass sich die Frage, ob das Team ein Team ist, oft erst dann stellt, wenn Entscheidungen getroffen werden müssen und es unterschiedliche Meinungen dazu gibt.

> Psychotherapeutin: Bei uns die Frage, ob wir ein Team sind oder nicht (25:40), stellt sich ja immer dann, oder häufig dann, wenn es um ENTSCHEIDUNGEN geht, wo (lacht) nicht ALLE EINER Meinung sind. (…) (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 310-312)

Die Psychotherapeutin spricht von Team bereits in seinem „Modus Operandi“, indem sie das „Wie“ der Teampraxis beschreibt. Erst bei Entscheidungen, die unterschiedliche Meinungen zutage fördern, wird das Team „erlebt“. Allerdings wird die Einheit des Teams *„häufig dann“* infrage gestellt, wenn sich konträre Positionen zeigen. Sie spricht damit den Umgang mit Differenz und mit Vielfalt an, die für das Erleben eines Teamgefühls abträglich erscheinen, das Team

jedoch auch konstituieren. Sind nicht alle einer Meinung, um eine Entscheidung treffen zu können, ist das Team mitunter *kein* Team mehr. Teams und ihre Entscheidungsdynamiken werden als etwas Einheitliches wie auch Trennendes wahrgenommen.

Der Orientierungsrahmen kann identifiziert werden von einem *„Wozu gibt es das Team?"* und *„Wo erlebe ich es?"* bis zu einem *„Wie wird das Team erlebt?"*.

Komparative Analyse:

Hannahs Frage *„Was ist eigentlich das Team?"* stellt die Koordinatorin Anna einerseits eine Bestätigung gegenüber, die sich auf die Individualität und auf das „Auf-sich-alleine-gestellt-Sein" der Hospizbegleiterinnen bezieht: sich z. B. individuell aus der Supervision etwas mitzunehmen, diese zu nützen, so wie es für die eigenen Ressourcen passt. Andererseits zeichnet die Koordinatorin ein Bild, eine Vorstellung von dem, was „Team" bedeutet oder auch bedeuten könnte: ein Halt, ein Schutz für die Einzelne, die – als Halm symbolisiert – in einem Bund aus Halmen stärker ist.

Nicht in ausgeprägten Metaphern, jedoch definiert, beschreibt die Ärztin eines mobilen Palliativteams ihr Bild von ihrer Teamrealität, das von der Anzahl der Personen und auch der fachlichen Unterteilung in *„Unterteams*", als Zwischenkategorie, strukturiert wird. Bei der Koordinatorin wie auch bei der Ärztin gibt es eine Vorstellung von dem, was ein Team ist oder wo auch seine Grenzen sind, im Gegensatz zu Hannah, die das Team aus ihrem Erleben heraus nicht mit einem Bild oder einem Zweck versehen kann. So einen Zweck formuliert die Psychotherapeutin, die Teamerleben als trennend oder auch einigend im Zuge von Entscheidungsfindungen thematisiert und das Team in seiner Praxis, seinem „Modus Operandi", in den Fokus rückt: Was passiert mit einem Team, wenn sich innerhalb des Teams Differenzen zeigen? Anhand von kritischen Entscheidungsprozessen konstruiert sich hier „Team" als *Teamgefühl*, das variiert, je nachdem, ob es dem Team gelingt, eine Entscheidung zu treffen, in der sich die unterschiedlichen Meinungen wiederfinden.

7.3.2 Interdisziplinarität: ein „Ihr" und „Wir"

In der fünften Supervision wurde mit dem Palliativkonsiliarteam eine Rückschau gehalten, indem die brisantesten Themen anhand von Kärtchen aufgelegt wurden, subsumiert unter die Kategorien Organisation, Team und Person (vgl. 2.3.1, 2.3.2). Im Zuge der Reflexion spricht Frau A die Konflikte mit anderen Stationen an, die sich unter der Kategorie „Team" wiederfinden.

> Frau A sagt, auf das Team zeigend: „Wir brocken euch da echt was ein, denn das sind wir." Sie zeigt auf die neben ihr sitzenden Frau C und Frau Dr. B. „Ich sehe bei diesen Aspekten nur uns drei. Wir sitzen ja auch so, wir drei und ihr. Wir ziehen euch da mit hinein." Frau D. protestiert und sagt, dass sie das nicht so empfindet, dass sie aber schon sieht, wie sich die Last sehr auf sie drei verteilt, weil Pflege und Medizin eine so große Rolle spielen. Sie sieht sich weniger als Unterstützung am Krankenbett als viel mehr am Schreibtisch, am Tisch, beim Gespräch. (SV Team 1, 6. SV, 1/2015, 221-225)

Konflikte, die das Palliativkonsiliarteam mit anderen Stationen oder Personen austrägt, sind hier in den Augen der Koordinatorin von den beiden Gesundheits- und Krankenschwestern sowie der Ärztin zu verantworten. Die Sozialarbeiterin und die Psychotherapeutin werden in die Konflikte hineingezogen, obwohl sie an diesen gar nicht beteiligt sind. Die unterschiedlichen Professionen und ihre Arbeitsfelder führen in der Vorstellung von Frau A dazu, direkt verstrickt zu werden oder mitbetroffen zu sein, einfach weil man Teil des Teams ist. Frau D, die Sozialarbeiterin, fühlt sich nicht in etwas hineingezogen und differenziert dabei ihre Rolle: Diese sieht sie weniger im direkten Kontakt mit den Patient_innen und den Kolleg_innen anderer Abteilungen, wo sich *„am Krankenbett"* die Konfliktlinien zeigen, als vielmehr als Unterstützung im Hintergrund. Dabei beschreibt sie den Schreibtisch, den Tisch (an dem man zusammensitzt) und das Gespräch und nicht das Krankenbett als „ihre Bühne" (vgl. Goffman 1974/1996, vgl. 5.2.1), von wo aus sie für das Team und seine Aufgaben unterstützend sein kann. Team wird hier erlebt in der Abgrenzung zu unangenehmen Konfliktsituationen mit einem „Außen", per Rollendifferenzierung im „Inneren". Professionen werden hier im Teamgefüge positioniert. Das stärkere bzw. schwächere Konfliktpotenzial der einzelnen Professionen wird jedoch, in der Vorstellung von Frau D, vom Team mitgetragen.

In der siebenten Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam, in der fast ausschließlich über eine Patientin gesprochen wird, die ins Hospiz übersiedelt ist, spricht Frau E von einem „Wir" in Bezug auf das Team.

> „Wir haben gute Arbeit geleistet", sagt Frau E. Ich sage: „Sie sagen zum ersten Mal ‚wir', sonst sprechen Sie immer von einem ‚Ihr': Sie nickt und sagt, „ja, weil das in Bezug auf Frau Z ein ‚Wir' ist. Alle waren beteiligt, einbezogen." (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 328-329)

Sieht sich die Sozialarbeiterin Frau D, wie im oben analysierten Textausschnitt dargestellt, als Teil des Teams, in dem an unterschiedlichen Orten – *„am Krankenbett"* oder *„am Schreibtisch"* – der Profession entsprechend dem Arbeitsauftrag

nachgegangen wird, so hat Frau E im Laufe der Supervision immer wieder von einem „Ihr“ gesprochen, wenn Positionierungen oder Konflikte des Teams thematisiert wurden. In dieser Supervision wird der gemeinsame Betreuungs- und Begleitungsverlauf der Patientin, Frau Z, reflektiert, in den alle Kolleginnen des Teams involviert waren. Auf meine Nachfrage erklärt Frau E dieses „Wir“ als Bezug zu den anderen und einer eigenen Beteiligung. Die Psychotherapeutin erlebt das Team als ein „Wir“ und sich selbst als Teil davon, wenn sie sich „in einem Bezug“ fühlt: Über die gemeinsame Betreuung entsteht ein Teamgefühl, ein „Wir“ kann wahrgenommen werden. Allerdings ist es ein „flüchtiges Wir“, das sich nur in der konkreten Zusammenarbeit zeigt, hier in der gemeinsamen Betreuung von Frau Z. Ohne den Bezug wird das „Wir“ wieder zum „Ihr“.

Ausgehend von dem „Wir“, das Frau E formuliert, spricht die Sozialarbeiterin der Fokusgruppe „Feld“ von einem bewussten Aussprechen eines „Wir“.

> Sozialarbeiterin: (…) ich kenn das sehr gut … (…), das im Ganzen gedanklich auch zu erfassen und nicht zu sagen, ICH mach jetzt das und IHR seid jetzt beim Patienten, so für mich war’s schon auch wichtig, auch für mich selber bewusst zu machen, dieses Wording vom WIR, das Team, und nicht IHR zu sagen (…). (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 1317-1328)

Für die Sozialarbeiterin geht diesem „Wir-Teamgefühl“ auch eine bewusste Entscheidung voraus, sich in der eigenen Vorstellung in dem Teamgefüge als „Wir“ zu positionieren und es sprachlich auch auszudrücken. Damit muss es keine direkte Zusammenarbeit geben, um sich als Teil des Teams zu fühlen. Sich in dem „Wir“ mitzudenken und mitzunennen, ermöglicht der Sozialarbeiterin, sich auch ohne eine intensive Zusammenarbeit als Teil des Teams zu erleben. Dieses „Wir“ hat Bestand, da es nicht nur auf einer tatsächlich erlebten Zusammenarbeit aufbaut, sondern auch sprachlich verankert ist als Vorstellung. In ihrem Erleben stellen bereits das Denken in einem „Wir“ und die Formulierung eines „Wir“ eine Basis für das Team her.

Die Ärztin der Fokusgruppe „Feld“ erlebt das „Wir“ als eine Möglichkeit, Trennendes auch zu überdecken:

> Ärztin: Ich hab ein bissl das Gefühl, dass das der Wunsch wäre, wir SOLLTEN alle ein WIR sein, alle, auch mit den Ehrenamtlichen am besten gemeinsam, ja. (1:51:23) Und da denk ich mir manchmal, das ist vielleicht auch schon so eine Angst ein bissl, dass wir doch ein bissl GETRENNT sein könnten auch. (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 1434-1437)

Das „Wir“ wird nach Auffassung der Ärztin vom Wunsch nach einem großen Ganzen getragen. Diese starke Betonung des Gemeinsamen, sie nimmt die Ehrenamtlichen sprachlich mit hinein in das „Wir“, verdeckt das Trennende. Ein „Wir“, das sich auf die gemeinsame Umsetzung eines Versorgungskonzepts bezieht und im Zuge differenter Aufgaben mitunter nicht durchgehend als „Wir“ zu verstehen ist, wäre die Gegenvorstellung zum hier beschriebenen „Sollte-Wir-Begriff“. Diese „Wir-Vorstellung“ von Team betont das Gemeinsame, um etwas anderes nicht sehen zu müssen. Die Ärztin attestiert dieser Haltung eine Angst, die sich mit der Betonung der Gemeinsamkeit dem *„bissl“*, dem geringen, aber doch vorhandenen Unterschied zu entziehen versucht.

Frau A führt in der Fokusgruppe aus, dass das interdisziplinäre Team eine Lernmöglichkeit bietet. Sie schildert eine Situation, in der sie die Entscheidung eines Oberarztes hinterfragt, wofür sie hinterher von der Stationsärztin und der Stationsleitung Anerkennung bekommen hat.

> Frau A: Es ist eine LERNOASE. Ein interdisziplinäres Team und Arbeit ist eine Lernoase, weil das, was ich HIER lerne, weil hier verschiedene Professionen zusammenkommen, ja, das trag ich ja hinaus, die (Vorname von Frau Dr. B) und ich, wir hatten letztens ein paar, eine Begegnung bei einer Visite, wir waren bei einer Patientin, und Visite war und der Oberarzt hat eine Entscheidung getroffen, und seine Stationsärztin hat sich an die Wand gelehnt und hat nur so gedeutet und sich versteckt, die Stationsleitung hat sich versteckt, die Pflege hat sich versteckt (lacht), wir sind da gestanden und der wollte etwas anordnen, was VÖLLIG widersprüchlich war, und ich habe eigentlich auf diese Ärztin vertraut, dass die jetzt reagiert. Und die hat nicht reagiert, und dann will er schon mit'm Wagerl aussi fahren, und dann hab ich gesagt, nein, Herr Oberarzt, ich muss jetzt schon die Frage stellen, was ist denn jetzt die Motivation dahinter? Ja. Und da ist er mir drübergefahren und ich hab gesagt, ich kann das so nicht akzeptieren (lacht). Und nachher ist die Pflege gekommen, und wow, super und so, aber DAS ist HIER das Lernfeld und das haben die nicht. (1:32:12) Also insofern ist Interdisziplinarität Zusammenarbeit auf AUGENHÖHE, nämlich in seiner Verantwortung und Kompetenz zu bleiben, also ein Besseres kann es eh nicht geben, und das lernen wir da alle. (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 1109-1124)

Frau A schildert eine Praxis des „Wir“, sie beschreibt das gemeinsam arbeitende Team als Lernmöglichkeit und ein Sich-Ausprobieren. Die Koordinatorin des Palliativkonsiliarteams sieht ein interdisziplinäres Team als *„Lernoase“*. Eine Oase ist ein Wasserplatz mit üppiger Vegetation inmitten einer Wüste (Duden 1994, 961). Das Team, in dem sie arbeitet, stellt so einen fruchtbaren Ort des Lernens dar, der sich von anderen Orten im Krankenhaus abgrenzt. Was lernt Frau A im Team? Durch die nahe Zusammenarbeit mit unterschiedlichen Professionen lernt

sie, ihre Kompetenz und Verantwortung wahrzunehmen und auch nach außen zu vertreten (vgl. 7.2.1), was in anderen Abteilungen nicht der Fall ist. Hier herrscht, in der Metapher bleibend, noch Wüste: Es gibt keinen fruchtbaren Boden für die Entfaltung der eigenen beruflichen Kompetenz und den Mut zum Widerspruch. Das von ihr erzählte Beispiel unterstreicht die Auswirkungen dieser unterschiedlichen Erfahrungen: eine Stationsärztin und eine Stationsleitung, die sich über die Anordnungen des Oberarztes zwar wundern, jedoch geschehen lassen, und die Koordinatorin, die sich die Anordnung zu hinterfragen traut. Frau A schildert Teamarbeit, sie betont am Beginn, dass diese Visite gemeinsam mit Frau Dr. B erlebt wurde. Frau A ist auf jeden Fall nicht alleine und durch die Anwesenheit von Frau Dr. B auch gestärkt, was in einer hierarchischen Organisation wie einem Krankenhaus von Vorteil ist. Frau A beschreibt diese nahe Zusammenarbeit der einzelnen Professionen als Möglichkeit, zu lernen, vom Wissen und von der Kompetenz der anderen, wie auch ein selbstbewusstes Auftreten in die Tat umzusetzen.

Im Teamgefüge wird ein „Wir" hergestellt und dabei zeigen sich folgende Orientierungsrahmen: *„Wir"* konstruiert *über Zusammenarbeit wie auch über Sprache als gedachtes „Wir",* wobei das erlebte *gemeinsame „Wir" Trennendes verdecken kann,* wie auch *in der Anerkennung der Differenzen ein Lernen und ein Erleben von Kompetenzen* möglich ist.

Komparative Analyse:

Ein „Wir-Gefühl" im Team wird *hergestellt*. Das geschieht über die Positionierung der eigenen Profession im Teamgefüge, wie von Frau D geschildert, oder im tatsächlichen Tun durch die intensive gemeinsame Betreuung. Sich als Teil des Teams zu *denken* und das durch ein „Wir" auch zum Ausdruck zu bringen, hat beständigere Wirkung als das von Frau E geschilderte Teamgefühl, das von Fall zu Fall hergestellt wird, je nachdem, wie Zusammenarbeit gelingt. Beide Sozialarbeiterinnen positionieren sich im Team mit konkreten Aufgaben. Ausgehend von der eigenen beruflichen Ausrichtung, schließen sie sich in das Teamgefüge mit ein und stellen von sich aus ein „Wir" her. Dieses „Wir" ändert sich auch nicht durch andere Aufgaben und weniger Zeit im direkten Kontakt mit Betroffenen. Es konstruiert sich unabhängig von der Aufgabe und lässt Differenz zu. Dieses „Wir" ist eine Vorstellung von einem gemeinsamen Team, das einen Arbeitsauftrag im Rahmen unterschiedlicher Aufgabenbereiche durchführt. Die Tatsache, dass sich die beiden Sozialarbeiterinnen unabhängig voneinander bewusst im Team positionieren und die Psychotherapeutin sich jeweils von Fall zu Fall zum Team zugehörig fühlt, kann wohl nicht unabhängig von den jeweiligen Professionen gesehen werden: Psychotherapeut_innen sind stark im dyadischen Miteinander, während sich

Sozialarbeiter_innen durchwegs systemisch verorten müssen: mit Institutionen, Familiensystemen und deren Umwelten (vgl. 2.3.2.2).

Neben diesen individuellen Positionierungen schildert die Ärztin ein ausgeprägtes kollektives „Wir-Gefühl" im Team. Es konstruiert sich als ein anzustrebendes Gefühl, um zu verhindern, auch Trennendes zu sehen – wie z. B. unterschiedliche Meinungen innerhalb des Teams, wie von der Psychotherapeutin in 7.3.1 beschrieben. Dieses „Wir" wird hergestellt, um sich der Frage zu entziehen, was es an Unterschieden gibt, die mitunter ein Teamgefüge aus dem Gleichgewicht bringen könnten. Ein Lernen an Unterschieden, die in anderen Kontexten etwas Trennendes hätten, wie unterschiedliche hierarchische und berufliche Positionen, kann eine interdisziplinäre Teamzusammensetzung zu einem fruchtbaren „Wir" werden lassen, in dem Sicherheit und Kompetenzerwerb möglich sind: ein Aufblühen in einer sonst doch kargen Krankenhauslandschaft, wie der Ausdruck der *„Lernoase"* dies eindrücklich beschreibt.

7.3.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Der Orientierungsrahmen von Teamgefügen reicht von der Frage, *was sich hier konstituieren könnte,* bis zu einem *bewussten Erleben von Team in seiner Differenz (7.3.1),* während interdisziplinäre Teams *die unterschiedlichen Möglichkeiten der Herstellung eines „Wir" erfahren (7.3.2), von „innen heraus" wie auch als „Ganzes".*

Folgende zwei Typen des Teamerlebens sind festzumachen: Erleben von Distanz versus Herstellen eines „Wir" sowie Herstellung von und Lernen im „Wir" versus „kollektives Wir" als eine Trennendes verdeckende Einheit.

Ein Team kann konstituiert werden, braucht jedoch, um als solches auch erlebt zu werden, die Herstellung eines „Wir", zu verstehen als Bezug zu den anderen im Team. Dieses „Wir" kann sich immer wieder neu, aufgrund von Zusammenarbeit formen oder sich auch als Idee in der individuellen Vorstellung eines Teammitglieds konstruieren. Eine klare Positionierung der eigenen Profession ist dabei von Vorteil, um ein solches „Wir-Gefühl" denken und auch aussprechen zu können. Auffallend ist, dass sich ein gemeinsames Teamgefühl ausgehend von individuellen Bezügen zum Team herstellen lässt, „Team" jedoch auch als ein „kollektives Wir" verstanden werden kann. Die eine Variante positioniert Einzelne in einem Teamgefüge, das gemeinsame und „kollektive Wir" ist mehr ein Wunsch nach einem Team, das alle umfassen *soll* und damit Trennendes zu überdecken versucht. Letztlich bleiben auch mit dem Wunsch nach einem solchen

„Team-Wir“ die Unterschiede sichtbar. Ein sich aus dem Teamgefüge konstruierendes Teamgefühl, das mitunter immer wieder herzustellen ist, gibt der Differenz mehr Spielraum, die sich in der Praxis auch zeigt, indem ein Team nicht immer einer Meinung ist und damit umzugehen hat, weil es ein Team bleibt, trotz Meinungsunterschieden.

Die auffälligsten Metaphern finden sich bei den extremsten Positionen: einerseits im Hospizteam, wo *„Einzelkämpferinnen“* mit *„Hand voll Halme“* als Team symbolisiert werden, wo jedoch Team als Gefüge mit gemeinsam erlebter Praxis nicht beschrieben wird, auch nicht nachträglich kommentiert in der Fokusgruppe. Es bleibt eine zu lose Verbindung zu den anderen, als dass ein „Wir“ hergestellt werden könnte. Andererseits wird das interdisziplinäre Team, innerhalb einer klar hierarchisch strukturierten, nach Disziplinen organisierten Organisation wie ein Krankenhaus, als *„Lernoase“* bezeichnet: ein erfrischend lebendiger Ort, der ob seiner wüstenhaft konstruierten Umwelten wohl auch vielen Konflikten ausgesetzt ist, was sich für das Palliativkonsiliarteam in der Praxis widerspiegelt (vgl. 7.2.1, 7.4.2, 7.6.3).

7.4 Versorgung von Patient_innen

Neben Fragen der Zuweisung, Zusammenarbeit und Verortung innerhalb der Teams wurde in den Supervisionsteams bereits in den ersten beiden Supervisionssitzungen die Versorgung von Patient_innen thematisiert. Im Mittelpunkt stand die Versorgung sowohl in der häuslichen Umgebung als auch im Krankenhaus. Im ersten Unterkapitel (7.4.1) wird auf die Herausforderungen eingegangen, die sich besonders in der häuslichen Umgebung zeigen: Einerseits wird die Pflegequalität von 24-Stunden-Pflegekräften zur Sprache gebracht, die hier Anlass zu Ärger und Kritik bietet. Andererseits, eingebracht von den Fokusgruppen, wird die Autonomie der Patient_innen thematisiert, die sich darin zeigt, Angebote nicht in Anspruch zu nehmen, obwohl diese aus Sicht der Mitarbeiter_innen von Hospiz- und Palliativteams Erleichterung bringen würden. Im Krankenhaus (7.4.2) wird die Versorgung von Patient_innen mitunter als unzureichend beschrieben und über eine Kontrollfunktion ausgedrückt. Das Palliativkonsiliarteam – bedingt durch die Konsiliartätigkeit, die Einblicke in unterschiedliche Stationen mit sich bringt – findet sich verstärkt als Kontrolle wieder, was dem Team durchaus bewusst ist, auf den Stationen jedoch für Irritationen sorgt.

7.4.1 In der häuslichen Umgebung

In der zweiten Supervision mit dem mobilen Hospizteam wird in der Anfangsrunde gefragt, was die Supervisandinnen in Bezug auf ihre Tätigkeit beschäftigt. Rosa berichtet, was sie an diesem Tag bei einem Hausbesuch erlebt hat.

> Rosa erzählt, dass es ihr gut geht, dass sie heute einen anstrengenden Tag hatte, zuerst war sie bei einem älteren Herrn, der eine Rund-um-die-Uhr-Betreuung braucht. Ganz schwierig ist das, da gibt es eine Pflegekraft einer Agentur, die einfach nichts kann. Sie spricht kein Deutsch und weiß auch nicht genau, wie sie ihn wickeln soll, **er schreit total vor Schmerzen**, weil sie das einfach falsch macht, das hat sie ihr heute gezeigt. Sie meint, dass es einfach ein Skandal sei, wer da pflegt, redet weiter und meint, dass sie das **ärgert**, dass das doch nicht geht, die müssen das doch gelernt haben, wie man da tut. (SV Team 2, 2. SV, 2/2015, 63-67)

Die Hospizbegleiterin Rosa sieht sich mit einer unzureichenden häuslichen Pflege konfrontiert. Ein Mann braucht eine 24-Stunden-Pflege, das macht ihn vulnerabel und auf die Hilfe und Sorge anderer angewiesen. Damit rückt die Pflegekraft in den Mittelpunkt. Rosa beobachtet deren pflegerisches Handeln und erlebt die Pflegekraft hier als inkompetent, einerseits weil sie nicht ausreichend Deutsch versteht, andererseits weil sie die Pflege selbst, hier das Windelwechseln, nicht mit der dafür notwendigen Technik beherrscht. Rosa unterstützt, als pensionierte Pflegehelferin, die Pflegekraft und zeigt ihr, wie sie den Patienten halten muss, um ihm nicht weh zu tun. Rosa unterstützt, indem sie das Schreien des Patienten zu deuten versucht. Sie kann damit die Pflegesituation entspannen. Ihren Blick richtet sie auf den Patienten mit seinem Befinden wie auch auf die Pflegekraft und deren Können. Ihr Ärger richtet sich gegen die Personen generell, die hier unzureichend pflegen und nicht fachgerecht ausgebildet werden. Sie positioniert sich als genaue Beobachterin, als Unterstützerin, jedoch auch als eine, die sich ärgert. Sie drückt einen Ärger darüber aus, dass sich ein System etabliert hat, in dem sich Menschen einer in ihren Augen nicht sehr kompetenten Sorge überlassen müssen.

Die Ärztin, die in einem mobilen Palliativteam arbeitet, reagiert auf die soeben analysierte Sequenz und unterstreicht, dass sie diese spezielle Situation gut kennt. In ihrem Kommentar reagiert sie auf die Praxis, die sich in Österreich für die 24-Stunden-Betreuungen etabliert hat. Am Ende der Sequenz bringt sie einen zusätzlichen Aspekt ein: Für sie ist es besonders herausfordernd, wenn Patient_innen eine Behandlung ablehnen, die aus ihrer Sicht eine Erleichterung bringen würde.

> Ärztin: Ja, ich glaub, das ist im mobilen Bereich, also ich fühl mich vom ersten Teil da besonders angesprochen, im mobilen Bereich ist das schon ein GROSSES Thema, manchmal ist das, manchmal ist das mit 24-Stunden-Betreuerinnen, da MUSS ich fast inhaltlich was sagen, ich find's eher auch eine Frechheit, wie 24-Stunden-Betreuerinnen arbeiten müssen und dass das überhaupt erlaubt ist in Österreich, aber das ist meine private Meinung, das sind oft Deutschlehrerinnen oder Englischlehrerinnen oder Kindergärtnerinnen, die da arbeiten. (31:51) Aber es IST oft schwierig, sich das anzuschauen, auch zu wissen, dass das eigentlich nicht immer ganz KLARE legale Situationen sind, und da, find ich, kann man auch eingreifen, indem man die anleitet, schult, irgendwie schaut, dass man eine Hauskrankenpflege dazuholt (32:11), dass man die Strukturen verbessert, damit nicht alles bei diesen 24-Stunden-Betreuerinnen liegt. Was ich BESONDERS schwierig finde, ist, wenn Patienten einfach Dinge ablehnen. Wenn wir Patienten oder Patientinnen haben und vorschlagen, das wäre doch gut und sie bräuchten noch dieses, und wir glauben, das würde es LEICHTER machen, und die lehnen es einfach ab (32:28), und dann geht's quasi ums Aushalten. Also einfach auszuhalten, dass das DEREN Autonomie ist, DAS abzulehnen, das ist sehr schwierig. (Fokusgruppe „Fach", 10/2015, 391-406)

Die Versorgung von Patient_innen im mobilen Bereich wird als *„großes"*, als ein prägendes Thema bezeichnet. Die Ärztin positioniert sich gleich am Beginn mit einem inhaltlichen Statement, indem sie die Arbeitsbedingungen von 24-Stunden-Betreuer_innen in Österreich kritisiert. Wie schon von Rosa beschrieben, reagiert auch sie, indem sie die Betreuer_innen durch Schulung, Anleitung oder das Hinzuziehen zusätzlicher Angebote unterstützt, um die Betreuungskräfte zu entlasten und das eigene Unbehagen (vgl. Brazil et al. 2010, 3.4.4) zu entschärfen, das *„die nicht immer ganz klare legale Situation"* für alle Beteiligten mit sich bringt. Die Ärztin beschreibt dieses häusliche Versorgungssystem, das ihr als *„großes Thema"* gut bekannt ist, angesiedelt zwischen einem Verständnis für die grundsätzlich kritischen häuslichen Situationen, in die man wenig ausgebildete Betreuer_innen schickt, und der Tatsache, dass es schwierig ist, eine solche Pflegesituation mitanzuschauen. Wobei sie mit dem Blick auf die Patient_innen selbst anmerkt, dass deren Ablehnung von Behandlungsoptionen besonders schwer auszuhalten ist. Hier konstruiert sich die Versorgung als umfassende Betreuung, bei der der Großteil der Sorgeleistung von Betreuer_innen durchgeführt wird, die von der Ärztin des mobilen Palliativteams punktuelle Unterstützung bekommen. Getragen ist diese Unterstützung auch von einem Aushalten und Akzeptieren der Versorgungssituation, die dann als *„besonders schwierig"* bezeichnet wird, wenn die Betroffenen selbst etwas ausschlagen, was aus Sicht der Ärztin Erleichterung verschaffen würde.

In der Fokusgruppe mit dem mobilen Hospizteam reagiert Anna, die Koordinatorin, auf die Aussage der Ärztin. Sie steigt inhaltlich in das Thema ein und bemerkt, dass sich mit der Weigerung von Patient_innen ein eigener Wille zeigt, für sie ein wichtiger Impuls für die hospizliche Arbeit.

> Anna: Es ist auch immer interessant, was verbirgt sich hinter dem Nein, diese Verweigerung (27:49) anzuschauen, dem folgen und auch FROH zu sein, da IST ein Widerstand, da gibt's noch eigenen Willen, das hat einen Grund, warum der jetzt endlich DA sein darf, ja, weil das ist eins von den ERSTEN, was wir im mobilen Hospiz auch ERWECKEN: die Eigenverantwortung. Selber entscheiden, WAS will ich wann wo, will ich was, ja. Und da gehört das Nein, so wichtig, dazu. DAS will ich NICHT. Das ist ein Zeichen von Leben.
>
> Ich: Mh.
>
> Anna: Und dann kann man eh darüber reden, wie super das Nein ist. Aber ich seh's nicht nur negativ. (Fokusgruppe „SV Team 2", 11/2015, 248-257)

Die Koordinatorin des Hospizteams reagiert auf die Herausforderung der Versorgung von Patient_innen, die Behandlungsmöglichkeiten nicht nützen wollen. In dem „Nein" sieht sie eine Kraft, die es gilt – wenn sie nicht schon vorhanden ist – im Rahmen von mobiler Hospizarbeit hervorzubringen. Damit konstruiert Anna aus schwer auszuhaltenden Situationen der Ablehnung ein Sorgeangebot, das sich am Betroffenen und an seinem Willen orientiert (3.2.2). Sie sieht hier im Widerstand eine Basis, um zu dem zu gelangen, was den Patient_innen für ihre Versorgung wichtig erscheint. Ist dieser Wille nicht da, gilt es diesen zu *„erwecken"*, bewusst zu machen. Damit verweist sie auch auf den wichtigen Teil der Hospizarbeit im Rahmen der interdisziplinären Versorgung, die hier für Medizin und Pflege auch eine Klärung bringen kann: Im Rahmen der mobilen Hospizarbeit erfolgt eine Stärkung der Autonomie der Patient_innen, von der ausgehend medizinische und pflegerische Palliativversorgung parallel verlaufen kann. Sie weist am Ende der Aussage darauf hin, dass so ein Nein nicht leicht zu handhaben ist, beschreibt dabei aber, dass dieses Nein an die Betroffenen auch zurückgespielt wird.

Der Orientierungsrahmen der Versorgung von Patient_innen in häuslicher Umgebung *orientiert sich am Pflegesystem, das genau beobachtet* und getragen wird *von einem Akzeptieren der Versorgungssituation, die es mit Interventionsangeboten zu verbessern gilt.* Die Betroffenen werden als *aktiver und autonomer Part im Versorgungssystem gesehen.*

Komparative Analyse:

Hospiz- und Palliativteams kommen in ein häusliches Pflegesystem als Beobachter_innen wie auch Unterstützer_innen hinzu. Diese Pflegesituation, hier die

24-Stunden-Pflege, wird von den Berufsgruppen wahrgenommen, auch kritisch gesehen, es wird jedoch damit umgegangen und Palliative Care bzw. Hospizarbeit werden im Rahmen dieses Systems angeboten. Die Pflegekräfte gilt es zu unterstützen, Betroffene selbst mitunter zu schützen, allerdings wird ihnen auch ein aktiver Part zugesprochen: Auch wenn eine Rund-um-die-Uhr-Pflege eine vulnerable Situation für die Betroffenen darstellt, *äußern* diese sich zur Versorgung, und Rosa schildert, dass sie auch ernst genommen werden – auch wenn sich ein deutlicher Ärger über ein solches Pflegesystem zeigt, wo Betroffene eine schmerzhafte Versorgung erst ertragen und den Schmerz kundtun müssen, damit sich etwas verbessern kann.

Der Patient_innenwille erweist sich in der Aussage der Ärztin jedoch auch als Belastungsfaktor, wenn die Patient_innen Behandlungsoptionen ablehnen und es zu akzeptieren gilt, wenn aus palliativmedizinischer oder pflegerischer Sicht Hilfreiches abgelehnt wird (vgl. 3.4.4). Dieser Patient_innenwille wird von der Koordinatorin des Hospizteams als für die Hospizarbeit grundlegend erachtet, und sie positioniert Hospizarbeit klar am *„Erwecken“* der Eigenverantwortung der Patient_in. Damit fokussiert sie Hospizarbeit stark an der Autonomie der Patient_innen und betont darin das Spezielle der Hospizarbeit. Der Wille der Betroffenen wird grundsätzlich positiv gesehen, weil die Versorgung nach eigenen Vorstellungen gestaltet werden kann und sich an der Patient_in selbst orientiert (vgl. 3.2.2). Auch die Verweigerung kann aus einer die Autonomie der Patient_innen anerkennenden Haltung heraus thematisiert werden. Die Ablehnung von Behandlungsoptionen ist jedoch auch in den Augen der Koordinatorin für die Betreuenden, Hospiz- wie Palliativteams, nicht einfach zu handhaben.

7.4.2 Kontrollieren oder die Palliativpolizei

In der ersten Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam wird berichtet, dass es in der Zusammenarbeit mit einer Station immer wieder zu Schwierigkeiten kommt. Ich bitte das Team, sich in die Angestellten dieser Station hineinzuversetzen, ihre Perspektive einzunehmen. Sie sollen sich überlegen, was ihre Reaktion wäre, wenn sie eine Mitarbeiterin des Palliativteams auf der Station sehen würden. Anhand dieses Perspektivenwechsels wird deutlich, dass auf der Station Hektik und Stress herrschen und das Palliativteam mit zusätzlicher Arbeit in Verbindung gebracht wird. Im Folgenden die Assoziationen des Teams, die auf meine Frage von Frau C, Frau Dr. B und Frau A ausgesprochen wurden:

> „Die haben **mir gerade noch gefehlt** …“, sagt Frau C, „das sehe ich ihnen richtig an, dass sie sich das denken.“ – „Die auch noch, **ist eh schon so viel zu tun**“, sagt Frau B. **„Die schon wieder, bitte!!!** Denken sie sich“, meint Frau A und sagt: „Wir sind schwierig.“ (SV Team 1, 1. SV, 4/2014, 178-180)

Sich auf diese Aussagen beziehend stellt die Krankenschwester Frau C in der folgenden Sequenz fest, dass das Palliativkonsiliarteam als schwierig wahrgenommen wird, weil sie darauf achten, dass Maßnahmen auch umgesetzt werden. Sie verwendet den Begriff „Kontrolle“. Sie betont mit Nachdruck, dass sie die Erfahrung gemacht haben, dass es notwendig ist zu kontrollieren.

> Frau C meint: „Ja, wir sind schwierig, wir schauen nicht nur, wir wollen auch, dass etwas umgesetzt wird. Und haben die Erfahrung gemacht, dass es wichtig ist zu kontrollieren …“, sie wirkt plötzlich sehr bestimmt und sagt, „und wir kontrollieren und das ist gut so, die Erfahrung haben wir gemacht, dass wir **kontrollieren müssen** …“ (SV Team 1, 1. SV, 4/2014, 183-186)

Die Krankenschwester, Frau C, kommt wieder auf das eigene Team zu sprechen – nachdem sie sich im Zuge des Perspektivenwechsels in die Rolle der Abteilung, mit der es Konflikte gibt, hineinversetzt hat – und betont, dass im Rahmen der Versorgung nicht „nur geschaut“, sondern auf einer konkreten Umsetzung beharrt wird. Damit wird das Palliativkonsiliarteam als nicht gerade einfach im Umgang mit anderen Abteilungen beschrieben, da es – einmal dazugeholt – die Kolleg_innen, die unter Zeitdruck stehen, im weiteren Versorgungsverlauf beobachtet und kundtut, wenn etwas nicht passt. Die Bedeutung der Kontrolle wird von Frau C als eine auf Erfahrung beruhende Haltung eingeführt, die sie mit Nachdruck betont. Die „Schwierigkeit“, die mit dem Team verbunden wird, belegt sie mit einem Kontrollieren-Müssen und einer Beharrlichkeit, die sie als notwendig erachtet. Denn die Erfahrung hat gelehrt, dass es Kontrolle braucht.

Am Ende der dritten Supervision führe ich aus, dass ich die Supervisionsprozesse bisher als sehr dicht, schnell, auch *kämpferisch* erlebt habe und für mich bemerkbar ist, dass sie ein wichtiges Anliegen verfolgen. Sich auf ihren „Kampf“ beziehend erzählt Frau D, die Sozialarbeiterin, dass der Kinderschutz im Krankenhaus als Kinderschutztruppe bezeichnet wurde, worauf Frau E und Frau A mit weiteren Metaphern antworten.

> Allgemeine Zustimmung, Nicken: Sie beziehen sich auf den Kampf und Frau D sagt, der Kinderschutz wurde irgendwann als **„Kinderschutztruppe“** bezeichnet, Frau E meint, **„die Palliativpolizei“**, und Frau A sagt lachend, dass sie **mit Blaulicht auf dem Kopf** auftreten sollten. (SV Team 1, 3. SV, 7/2014, 238-240)

Der Kampf wird hier von der Sozialarbeiterin Frau D mit Schutz und Kontrolle in Verbindung gebracht, indem sie sich daran erinnert, dass der *„Kinderschutz“* als *„Kinderschutztruppe“* bezeichnet wurde. Kontrolle und Schutz werden in dieser Metapher mit Truppen, mit Kämpfenden identifiziert. Frau E's Begriff der *„Palliativpolizei“*, begleitet von Lachen, bringt weniger den Kampf als vielmehr die Kontrolle wie auch Sicherheit und Ordnung ins Spiel: Die Palliativpolizei, die dafür Sorge trägt, dass Betroffene gut betreut werden, und die nicht mit Abteilungen um die Behandlung sterbender Patienten streiten muss, sondern eingreift, und das zu Recht. Das Blaulicht von Frau A, als Signal für die absolute Vorfahrt, unterstreicht die besondere Bedeutung des Vorrangs, den Palliative Care haben sollte. Diese spontan assoziierten, von Lachen begleiteten Metaphern unterstreichen zwei Aspekte: Kontrolle, die mit großer Vehemenz im Team durch viele Erzählungen zur Sprache gebracht wurde, wird hier durch die mit dem Begriff Blaulicht versehene *„Palliativpolizei“* so verstärkt, dass sie zur Selbstironie wird, jedoch auch einen Umgang des Teams mit ethisch konflikthaften Situationen zeigt. Dabei ist das „Bild des Teams“ ironisch, die Bedeutung der Kontrolle selbst wird dabei nicht lächerlich gemacht (vgl. 8.2.1).

Die Ärztin schildert am Beispiel einer Frau, die sie auf einer Station sieht, dass dort nicht wirklich etwas unternommen wird, um ihren Zustand zu verbessern.

> Die Ärztin spricht weiter, sie beschreibt, was so schwierig ist: Die Patienten sind schlecht versorgt. Eine ältere Frau wird eingeliefert, dehydriert, sie bleibt dehydriert, denn es hängt zwar die Flasche, aber es ist keine Infusion gelegt. Auch wenn keine Infusion gelegt werden kann, muss etwas gegeben werden gegen den Flüssigkeitsverlust. „Das ist **kein schöner Anblick**, wenn jemand so krank ist, für mich ist das auch eine **Überwindung**, aber es gehört zu den Aufgaben …“ Die Pumpe hing auch bei der Patientin, war aber nicht in Betrieb … „Wieso hängt sie dann da?“, fragt Frau Dr. B. Einen Vorfall gab es, da wäre die Patientin fast gestorben, da sind Fehler passiert … (SV Team 1, 5. SV, 11/2014, 51-56)

Die Ärztin des Palliativkonsiliardienstes schildert die unzureichende Versorgung einer Patientin: Es hängen Flaschen, eine Schmerzpumpe, aber es sind keine Infusionen gelegt, die jedoch dringend benötigt werden. Frau Dr. B stellt dem „Kontrollierenmüssen“ von Frau C ein konkretes Erlebnis zur Seite, in dem die Betroffene, selbst zu keiner Willensäußerung mehr fähig, *angewiesen* ist auf die Versorgung vonseiten des Krankenhauses bzw. der zuständigen Abteilung. Die Kontrolle, das Wahrnehmen, dass Maßnahmen erst vorbereitet, aber noch nicht begonnen wurden, machen deutlich, dass hier einer ausreichenden Versorgung nicht nachgekommen wird. Frau Dr. B beschreibt hier keinen Einzelfall, sie

spricht von *„schlecht versorgten Patienten“*. Auch wenn sie bei sich selbst feststellt, dass es einer gewissen Überwindung bedarf, um einen so kranken Menschen zu behandeln, betont sie die Aufgabe von Pflege und Medizin: nicht nur Flüssigkeit und eine Schmerzpumpe bereitzustellen, sondern diese auch der Patientin zukommen zu lassen. Sie fügt an, dass eine Patientin fast gestorben wäre, da Fehler gemacht wurden. Wie bereits in 7.4.1 angemerkt, wird auch hier ein Unbehagen zum Ausdruck gebracht (vgl. Brazil et al. 2010, 3.4.4), das durch die Betonung des Nichterfüllens klarer Versorgungsaufgaben deutlich gemacht wird.

Der Orientierungsrahmen sieht *Palliative Care als eine spezifische Versorgung, die auch Schutz und Kontrolle für vulnerable Patient_innen in der Organisation Krankenhaus übernimmt und damit ethische Fragen für andere Abteilungen ansprechen muss.*

Komparative Analyse:

Die Versorgung von Patient_innen wird hier im stationären Bereich mit Kontrolle und Beharrlichkeit in Verbindung gebracht. Die Bedeutung der Kontrolle wird von Frau C zusammen mit der Zuschreibung, als *„schwierig“* zu gelten, genannt, mit der das Palliativkonsiliarteam sich selbst charakterisiert. Versorgungssituationen sind hier mit einem Druck versehen, der sich durch den Fokus auf die Betroffenen erklärt. Diese kommen bezüglich der Konflikte mit Stationen nicht als aktive, ihren Willen bekundende Patient_innen vor, sondern, wie das Beispiel von Frau Dr. B zeigt, als vulnerable Menschen, die nicht in der Lage sind, sich zu schützen, Wünsche zu äußern oder Behandlung einzufordern. Das Palliativkonsiliarteam forciert die Kontrolle der Umsetzung der Behandlungsoptionen und schützt damit auch gleichzeitig ihnen zugewiesene Patient_innen vor unzureichender Versorgung. Das heißt, der *„Kampf*“, von dem gesprochen wird, ist ein Kampf um die Umsetzung palliativer Versorgung wie auch ein Kampf um die adäquate Versorgung von vulnerablen Patient_innen. Der Kampf mit Nachdruck um die palliative Versorgung im Krankenhaus als „Palliativpolizei mit Blaulicht“ erzeugt einerseits befreiendes Lachen, andererseits zeigt dieses Bild von Palliative Care – *versehen mit absolutem Vorrang*, dem sich keine rote Ampel in Form von Konflikten in den Weg stellt – die Bedeutung, Legitimierung und auch ethische Tragweite, die dieser Kontrolle vonseiten des Teams zugeschrieben wird.

7.4.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Die häusliche Versorgung orientiert sich am Pflegesystem, das ähnlich wie im stationären Bereich genau beobachtet und eingeschätzt wird, wobei der aktive

Part der Betroffenen in der häuslichen Versorgung sehr viel stärker betont wird, weshalb im Krankenhaus Palliative Care mit einer ausgeprägten Schutz- und Kontrollfunktion einhergeht.

Folgende zwei Typen der Versorgung lassen sich formulieren: Versorgung als Bezug zwischen Betroffenen, Betreuenden und Hospiz- und Palliativteams versus Distanz und Abgrenzung durch Patient_innenautonomie und Pflegesysteme; und Palliative Care als Kampf um Versorgung und Schutz von vulnerablen Menschen versus Untergang im Versorgungssystem.

Die beschriebenen Erfahrungsräume mobiler und stationärer Teams zeigen einen kritischen Blick auf Versorgungssituationen. Unzureichende Versorgung fällt schnell auf, wie die Schilderungen von Rosa und Frau Dr. B verdeutlichen. In der mobilen Pflege treffen jedoch mehrere Versorgungsangebote (24-Stunden-Pflege, Hospiz-, Palliativteams, Hauskrankenpflege etc.) in der häuslichen Umgebung der Betroffenen aufeinander, während in der stationären Umgebung eine Expert_innenorganisation durch die Aufnahme der Patient_in die Versorgung gewährleistet. Dabei sind die Berufsgruppen der mobilen Versorgung mit einem Netzwerk unterschiedlicher Organisationen konfrontiert, während es im Krankenhaus die eigenen Kolleg_innen sind. Konfrontiert mit den Unzulänglichkeiten der eigenen Organisation, die alte, schwer erkrankte Menschen mitunter nicht ausreichend versorgt, zeigt sich im stationären Bereich ein *moralischer Druck, gegensteuern zu müssen*, der das Palliativteam zu Kämpferinnen werden lässt. Der Kampf und die Metaphern von *„Blaulicht“* und *„Palliativpolizei“* unterstreichen die Brisanz und Konflikthaftigkeit, mit der versucht wird, gegen Missstände vorzugehen: mit einem nachhaltigen Auftreten, das wenig Sympathien unter den Kolleg_innen erzeugt.

In der mobilen wie auch in der stationären Versorgung übernehmen Hospiz- und Palliativteams als „Hinzukommende“ eine Kontrollfunktion. Der Umgang wird jedoch unterschiedlich habitualisiert: Die mobilen Hospiz- und Palliativteams sind mit individuellen Pflegesystemen konfrontiert, in denen die Patient_innen und Zu- sowie Angehörige in einem stärkeren Ausmaß ihren Willen bekunden und dazu auch speziell vom Hospizteam angeregt werden, wie die Koordinatorin des mobilen Hospizteams in ihrem Kommentar schildert. Die Kontrollfunktion wird im Krankenhaus mit Mitteln des Kampfes versehen, der den nötigen Druck herstellt, um auch etwas auszurichten. Im Krankenhaus gibt es keinen individuellen, abgegrenzten Rahmen, sondern aufgrund der hohen Frequenz der Aufnahmen und Entlassungen immer nur punktuelle Einblicke, die dann besonders nachhaltig beeindrucken und Handlungsdruck erzeugen.

7.5 Patient_innen, An- und Zugehörige: Verhalten, Wünsche, Bedürfnisse, Dynamiken

Der Umgang mit dem Verhalten von Betroffenen – damit sind Patient_innen wie auch Zu- und Angehörige gemeint – sowie ihren Wünschen und Entscheidungen gehört zur tagtäglichen Praxis von Mitarbeiter_innen mobiler wie auch stationärer Palliativ- und Hospizteams (vgl. 3.3.2, 3.3.3). Das Angebot der Hospiz- und Palliativversorgung richtet sich in erster Linie an Patient_innen, doch Ehepartner_innen, Partner_innen, Familienangehörige und Freund_innen von Patient_innen können auch konkrete Angebote der Hospizbegleitung, wie z. B. Trauerbegleitung, in Anspruch nehmen. Außerdem spielen Zu- und Angehörige als Teil des Familien-, Freundes- und oft auch Pflegesystems von Patient_innen in der ambulanten wie stationären Versorgung eine wesentliche Rolle. Im Kapitel 7.5.1 wird daher ausgehend vom Verhalten eines Patienten das Zusammenspiel von Patient_innen und ihren An- und Zugehörigen und den Berufsgruppen der Palliativversorgung beschrieben. Es wird Bezug genommen auf die Interaktion zwischen Patient_innen, Berufsgruppen und Zu- und Angehörigen, um die Wechselwirkung des Verhaltens auf die Beteiligten in den Blick zu nehmen. In Kapitel 7.5.2 wird die Rolle von Zu- und Angehörigen analysiert, die – gebunden an bestimmte Spannungsfelder, die sich aus der Pflege und Sorge um die Patient_innen entwickeln – sich mit ganz *eigenen Themen* konfrontiert sehen.

7.5.1 Verhalten und Wünsche: Dynamik des Miteinanders

Das Palliativkonsiliarteam berichtet in der vierten Supervision von einem Patienten, Mitte dreißig, der seit ein paar Monaten aufgrund eines Lungentumors in Behandlung ist. Die Schmerztherapie gestaltet sich schwierig, weil er alkohol- und drogenabhängig war bzw. immer noch ist. Frau A und Frau C berichten, dass sie das Verhalten des Patienten als herausfordernd erleben:

> … ein schwieriger Mensch sei er … Frau C meint, **„manipulativ, fordernd, untergriffig."**
>
> „Erinnerst du dich", meint sie, **„sag Joe zu mir …"** Frau A sagt, „ja genau".
>
> Ich frage nach, was er damit gemeint hat, mit dem „sag Joe zu mir", und wie sich das Übergriffige und Manipulative gezeigt hat. Frau A antwortet, dass er gesagt hat, dass sie zwei „liabe" Frauen seien, sie hat ihm dann gesagt, dass sie keine „liaben" Frauen sind, sondern für seine Pflege verantwortlich sind und sonst nichts … Frau C meint er wollte sie einspannen, den Vater hat er auch um Medikamente geschickt, er sagte auch: „Das Schmerzteam ist da! Super, dass ihr da seid!", und wollte sie gleich für etwas einteilen. (SV Team 1, 4. SV, 9/2014, 125-131)

An die Einladung des Patienten, ihn zu duzen und damit eine Vertraulichkeit jenseits eines professionellen Verhältnisses herzustellen, erinnern sich Frau C und Frau A. Der junge, schwer kranke Patient wird von Frau C als *„manipulativ, fordernd, untergriffig"* beschrieben. Sie spricht hier drei Ebenen seines Verhaltens an: die manipulative, die gezielt, aber nicht offen auf die Krankenschwestern einzuwirken versucht, die fordernde, die offen nach etwas Bestimmtem verlangt, und die untergriffige, die mithilfe von bewusster Distanzlosigkeit etwas Bestimmtes zu erreichen erhofft. Mithilfe dieses Verhaltens versucht er sein Ziel, zusätzliche Schmerzmittel zu bekommen, zu erreichen. Er bezieht das ihn behandelnde Palliativteam, wie auch sein familiäres Umfeld, seinen Vater, mit ein, wobei seine Sucht kein Geheimnis ist und als Verhaltensantrieb gesehen wird. Frau A und Frau C äußern sich nicht im Detail über seine verbalen Versuche, sie zu überreden, ihm eine höhere Dosis oder zusätzliche Medikamente zu verschreiben. Sie erwähnen, dass sie nicht in ihrer Profession angesprochen wurden, sondern als *„Frauen"* und hier als *„liebe Frauen*", ein Appell an eine geschlechtsstereotype „weiche" Seite, im Sinne eines weniger strengen Umgangs, um sich erweichen lassen, etwas zu tun, was nicht dem professionellen Rahmen entspricht. Frau A und Frau C, beide seit Jahrzehnten Krankenschwestern, berufen sich auf ihre Aufgabe und ihre Funktion, um sich abzugrenzen und klarzumachen, dass sie seinem Wunsch nicht nachkommen, was bei seinem Vater offenbar gelingt. Auch ganz besonders freudige Begrüßungen des Teams führen nicht zum gewünschten Ziel, eine höhere Dosis Suchtmittel zu erhalten. Die unterschiedlich angelegten Versuche des Patienten, zu mehr Schmerzmitteln als vorgesehen zu kommen, werden hier mit einer Abgrenzung unter Berufung auf die Profession abgewehrt.

In der Fokusgruppe „Feld" reagiert unter anderem die Ärztin auf diese Textpassage. Sie betont, dass es wichtig ist, seine Grenzen zu kennen, und dass auch Angehörige belastet sind, aufgrund der sehr fortgeschrittenen Erkrankungen der Patient_innen.

> Ärztin: Also ich denk mir, was im Palliativbereich in manchen, ich glaub, es ist gut, wenn man seine Grenzen kennt und setzt, ja. Und manchmal ist es aber BESONDERS schwierig, weil die Leute ja so krank sind und zu Hause sind sie in einer SO schwierigen Situation, die Angehörigen ja auch, nicht? (52:34) Und wenn einmal ein Angehöriger meint, ma geh, könnts mich nicht auch noch abhören oder könnts mir auch ein Antibiotikum verschreiben, und ich sag dann Nein, mach ma nicht, oder manche machens doch und lassen sich breitschlagen, da diese Grenze zu ziehen ist schwierig und ist auch immer wieder Supervisionsthema. (52:59) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 650-657)

Die Ärztin reagiert auf den soeben zitierten Protokollausschnitt (Handout Fokusgruppe „Feld", Anhang d.), indem sie vom Palliativbereich zu sprechen beginnt, sich unterbricht und bestätigt, dass eigene Grenzen sowohl „gekannt" und auch „gesetzt" werden müssen. Sie betont gleich zu Beginn ihrer Aussage die herausfordernde häusliche Situation, die eine fortgeschrittene Erkrankung einer Patient_in auch für die Angehörigen mit sich bringt. Die medizinische Mitversorgung der Angehörigen wird von ihr abgelehnt, Kolleg_innen machen es aber manchmal doch. Sie sagt dazu *„breitschlagen lassen"*, also einem Wunsch nachkommen, einer Bitte, die sie, solche Situationen zitierend, mit *„ma geh"* einleitet. Übersetzt ins Hochdeutsche bedeutet dieser dialektale Ausdruck so viel wie *„Seien Sie doch nicht so (streng? genau?) …!"*. Wenn man nicht *so* sein will, lässt man sich dann auch *„breitschlagen",* und der eigene Handlungsspielraum wird damit auch *breiter*, weiter, aufgrund von Mitleid oder auch dem Wunsch, es für Betroffene leichter zu machen. Damit begründet sich ein Tun, das eigentlich nicht zur Aufgabe gehört. Dieser Appell an das „nicht so Gestrenge, nicht so Genaue" verleitet dazu, über einen Rahmen hinauszugehen, der hier zur medizinischen Mitversorgung von Angehörigen führt. Dass es hier ein weites Feld von Verhalten und Grenzziehung gibt, zeigt die Bemerkung der Ärztin, dieses Thema werde in der Supervision[7] *„immer wieder"* besprochen.

Der ehrenamtliche Hospizbegleiter berichtet in der Fokusgruppe „Feld" von der Ehefrau eines sterbenden Patienten: Diese versuchte ihren Mann zu füttern, aus Angst, dass er nicht ausreichend ernährt wird. Für den Sterbenden schien es – einer Krankenschwester zufolge – angenehmer, wenn die Ehefrau nicht da war.

> Ehrenamtlicher Hospizmitarbeiter: (…) die Gattin eines Sterbenden, die hat immer wieder versucht, ihren Mann zu füttern, im Sinne, der verdurstet und verhungert ja. Der hat das aber total abgelehnt, und die hat dann eigentlich mehr SPANNUNG in die Sterbesituation gebracht als, also ich hab dann die Schwester darauf angesprochen und die hat dann gesagt, wenn die Gattin NICHT da ist, geht es ihm wesentlich besser. Also natürlich spielen hier Lebensgeschichten mit hinein. Und manche Angehörige sind sicher schwierig (…). (Fokusgruppe „Feld", Sondertermin ehrenamtlicher Hospizbegleiter, 10/2015, 284-290)

[7]Der Hinweis auf die Supervision muss im Kontext meiner ursprünglichen Anfrage an die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe gesehen werden. Ich habe in den Telefonaten, die teils über ein halbes Jahr vor der Fokusgruppe stattfanden, betont, dass ich in der Fokusgruppe fragen werde, ob auch sie mit den genannten Themen Erfahrungen im Rahmen von Supervision haben. Zum Zeitpunkt der Fokusgruppe – und das betonte ich auch am Anfang der Diskussion – wurde gefragt, ob die vorgestellten Themen für die Teilnehmer_innen relevant sind, unabhängig davon, ob sie diese in der Supervision besprechen oder nicht. Meine geänderte Vorgehensweise hatte zum Ziel, die Themen nicht an den Filter der Supervision zu binden, sondern an die erlebte Praxis.

Der Frau, die ihren sterbenden Ehemann zu füttern versucht, ihm Essen geben will, obwohl er nicht will, wird mit Ablehnung und Kritik begegnet: Der Patient möchte das angebotene Essen nicht und auch die Krankenschwester berichtet dem Hospizbegleiter von der Einschätzung, dass es dem Patienten *„besser"* geht, und zwar *„wesentlich"*, wenn die Ehefrau nicht da ist. Das Verhalten der Angehörigen löst in seiner Grenzüberschreitung *Spannung* beim Patienten aus, was sich auch auf die ihn pflegenden Krankenschwestern auswirkt. Allerdings merkt der Hospizbegleiter an, dass hier Lebensgeschichten *„mit hineinspielen"*, die sich am Ende des Lebens zeigen und vermutlich auch schon in anderen Lebensphasen eine Rolle gespielt haben. Das Verhalten wird mit einer Geschichte eines Paares verbunden, bei dem nun am Lebensende einer der beiden Partner_innen einer ganz besonderen Spannung ausgesetzt ist. Hier wird die Spannung anhand von Nahrung – dem Versorgtwerden mit Essen und Trinken – erzeugt. Was die Ehefrau zu diesem Verhalten antreibt, bleibt offen. Ihr Tun wirkt jedoch auf das gesamte Betreuungssystem, auf den Patienten und das Pflegepersonal, das mit Ablehnung auf ihr Verhalten reagiert, bis hin zur Einschätzung, dass es *„besser"* ist, wenn sie *„nicht da ist"*. Der Hospizbegleiter schildert die Situation von außen und berichtet von der Beurteilung des Verhaltens der Ehefrau. Das Erleben orientiert sich an der Bewertung eines spannungsgeladenen Beziehungsverhältnisses, das zur Ablehnung der Angehörigen führt, und zieht die Lebensgeschichte als Deutungshilfe heran.

Der Orientierungsrahmen reicht *vom Wunsch der Betroffenen, bestimmte Bedürfnisse in der Pflegebeziehung erfüllt zu bekommen – durch Intensivierung einer persönlichen Ebene bzw. mithilfe von Manipulation oder Appellen* – bis zur Reaktion vonseiten der Betreuenden, *die einerseits an der strikten Einhaltung eines Rahmens festhalten bzw. auch ein Nachgeben in besonders schweren Situationen erwägen oder auch auf Dynamiken zwischen den Betroffenen zu reagieren haben.*

Komparative Analyse:

Als Herausforderung im Umgang mit Betroffenen wird ein Verhalten skizziert, bei dem im direkten Kontakt zwischen Betroffenen und Berufsgruppen Wünsche geäußert werden, die sich im ersten und im zweiten Textbeispiel als Manipulation oder auch Appell zeigen. Wird grenzwertiges Kommunikationsverhalten festgestellt, wie manipulative Strategien, Forderungen oder Untergriffigkeiten, ermöglicht ein deutlicher Bezug auf die berufliche Aufgabe und Funktion eine klare Abgrenzung, einen adäquaten Umgang mit diesem Verhalten. Erfolgen Wünsche gepaart mit Appellen, die weniger deutlich als Grenzüberschreitungen erkennbar sind und im Kontext einer „schwierigen" häuslichen Situation getätigt werden, erweist sich das Halten von Grenzen bei den Berufsgruppen als nicht leicht. Das betont die Ärztin, indem sie der Krankheit der Patient_innen einen besonderen Stellenwert gibt und weil sich *um diese Erkrankung herum* für An- und Zugehörige eine Dynamik

entwickelt: Sie sind in einer häuslichen Betreuung zeitlich und örtlich stark gebunden. Doch die herausfordernde Situation wirkt auch auf einer emotionalen Ebene, wo auch eigene Bedürfnisse oder Haltungen der Angehörigen bewusst zurückgestellt werden, um der Patient_in die notwendige Aufmerksamkeit zu geben. Wie auch der Vater, der sich von seinem Sohn *„einspannen"* lässt, weil auch hier die Erkrankung eine Dynamik bringt: Die begrenzte Lebenszeit des Sohnes lässt Wünsche, Bedürfnisse und auch Süchte für den Vater vielleicht in einem anderen Licht erscheinen.

Das Anliegen, von der Palliativmediziner_in ein Antibiotikum verschrieben zu bekommen, um sich einen zusätzlichen Weg zur Hausärzt_in zu ersparen, ist in seiner Grenzwertigkeit eine sehr viel undeutlichere Überschreitung als das Verschreiben unterschiedlicher Schmerzmittel, die eher das Ziel verfolgen auf eine Sucht einzugehen, als eine konkrete Schmerzbehandlung durchzuführen. Die Eindeutigkeit der Grenzüberschreitung, die diese Wünsche vonseiten der Betroffenen verursachen, hängt zusammen mit der Versuchung aufseiten der Betreuenden, dem Wunsch nachzugeben. Bei dem einen ist es ein deutliches „Eingespanntwerden" am Rande der Legalität, bei dem anderen ein schmaler Grat des „Sich-breitschlagen-Lassens", um es An- und Zugehörigen leichter zu machen.

Eine andere Dynamik zeigt die Schilderung des ehrenamtlichen Hospizbegleiters. Die Ehefrau geht hier dem eigenen Bedürfnis nach, den Ehemann durch Nahrungsaufnahme am Leben zu erhalten. In der Schilderung des Hospizbegleiters reagiert der Ehemann ablehnend, und die Pflege beurteilt das Verhalten beider Ehepartner_innen. Das Bedürfnis der Ehefrau, den Ehemann durch das Füttern am Leben zu erhalten, und die Spannung, die sich in dem Verhalten der Ehefrau zeigt, bleiben hier unausgesprochen. Anders als in den ersten beiden Textbeispielen wird von keiner Grenzziehung berichtet, das Verhalten wird beurteilt, mit der Lebensgeschichte begründet und zwischen den Eheleuten belassen, ein Anerkennen des Anliegens der Ehefrau wird vonseiten der Betreuenden nicht angesprochen. Aus einer Distanz heraus werden das Verhalten bewertet und Schlüsse gezogen.

7.5.2 An- und Zugehörige und ihre Rolle

In der siebenten Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam wird fast ausschließlich über eine Patientin[8] gesprochen, die kurz vor der Supervisionssitzung in ein Hospiz übersiedelt ist. Die Patientin, Frau Z, wurde über Monate vom Palliativkonsiliarteam

[8]In den Kapiteln 7.6.1 und 7.7.1 werden noch weitere Protokollsequenzen aus dieser Supervisionssitzung analysiert.

betreut. Von ihrem Lebenspartner und ihrem noch sehr jungen Sohn hat sie immer wieder erzählt. Zum Partner hatte das Team nie einen persönlichen Kontakt, die Sozialarbeiterin telefonierte mehrmals mit ihm, ins Krankenhaus wollte er nicht kommen. Das erste Mal sehen Frau A und Frau Dr. B den Partner, als sie Frau Z im Hospiz besuchen.

> Frau A schaltet sich ein und sagt, dass ihr Eindruck war, dass sie ihn als fürsorglich erlebt hat. Gestern eben, da ist er bei ihr gesessen und hat ihre Hand gehalten und ihr vorgelesen. Als sie ins Zimmer kam, lag Frau Z im Bett und hat zu ihm hingeschaut. Er saß am Kopfende des anderen Bettes, das schräg zum Bett von Frau Z stand. Er hat sie nicht angeschaut, er hat ihre Hand gehalten und gelesen, sie hat seinen Blick gesucht, so zumindest hat sie es wahrgenommen, sagt sie. Zuerst hat sie sich zwischen die beiden, ins Dreieck, gestellt und gemerkt, dass sie da keinen Platz hat, sie hat sich dann ans Bettende gestellt und auch Frau Dr. B (sie sagt den Vornamen) ist, als sie hereingekommen ist, auf die andere Bettseite gegangen. Das war passender. Es war sehr berührend, die beiden zu sehen. (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 152-158)

Vom Partner kann sich das Team lange Zeit kein konkretes Bild machen, erst am Ende der Betreuung lernen Frau A und Frau Dr. B ihn persönlich kennen. Der persönliche Kontakt war bis zu diesem Zeitpunkt auf die Patientin beschränkt, die den Partner durch Erzählungen in die Betreuung *hereingeholt* hat – damit spielte er als Zugehöriger eine Rolle, ohne jedoch aktiv mit dem Team in Kontakt zu sein. Nun lernen Frau A und Frau Dr. B ihn nicht nur kennen, sondern sie erleben ihn im Kontakt mit Frau Z. Frau A schildert eine Begegnung mit einem Paar: Er liest ihr vor und hält ihre Hand, sie sieht ihn dabei an. Es ist ein intimer Moment voller Vertrauen, den Frau A auch als solchen wahrnimmt, so stellt sie sich nicht zwischen die beiden, sondern an den Rand. Die Begegnung wird als berührend geschildert, die beide in einem Miteinander und Sich-aufeinander-Beziehen zeigt. Der Partner, der fern und schwer einzuordnen war, ist nun real und vermittelt dem Team den Eindruck, dass Frau Z einen fürsorglichen Menschen an ihrer Seite hat und von ihm im Hospiz Besuch bekommt, was im Krankenhaus nicht der Fall war.

In der Fokusgruppe „Feld“ spricht die Psychotherapeutin von den Angehörigen und auch dem speziellen Angebot, der Trauerbegleitung, die sie für diese Gruppe anbietet. Dabei beginnt eine Trauerverarbeitung für An- und Zugehörige bereits zu Lebzeiten der Patient_innen.

> Psychotherapeutin: (…) außerdem haben Leute, die kommen, Angehörige, die kommen, parallel schon viele Verluste erlebt, und das spielt natürlich auch mit, wie sie zurechtkommen, dass sie JETZT einen aktuellen Verlust haben (52:06), das ist schon quasi, du machst das schon mit, während jemand, der Patient, noch DA ist. (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 646-650)

Angehörige werden hier nicht in Bezug zu den Patient_innen beschrieben, sondern als Personen mit spezifischen Erfahrungen und einem konkreten eigenen Anliegen. Das wird auch mit dem Angebot der Trauerbegleitung deutlich, das, anders als Pflege oder Medizin, sich direkt an die Angehörigen richtet. Die Begleitung der Angehörigen hat viel damit zu tun, welche Erfahrung sie mit Sterben und Tod, mit Verlust bereits gemacht haben, es gibt Vorerfahrungen, die eine Rolle spielen. Die Trauer der An- und Zugehörigen wird hier mit einer zeitlichen Überschneidung in Verbindung gebracht: Die Patient_in lebt noch, ist mit eigenen Themen befasst, und parallel beginnt für die An- und Zugehörigen bereits eine Auseinandersetzung mit Verlust und Abschied. Hier wird deutlich, wie unterschiedlich sich die Themen akzentuieren und welche Spannung sich hier zeigt: Für die Angehörigen geht es auch um das Weiterleben, und bei den Patient_innen geht es *genau darum nicht*. Die Psychotherapeutin zeichnet ein Bild von Angehörigen, die wohl durch ihre Verbindung zu den Patient_innen zu sehen sind, sich jedoch mit eigenen Themen beschäftigen, die durch die Sterbenden ausgelöst werden. Die Verarbeitung der aktuellen Herausforderungen steht jedoch immer auch mit der persönlichen Lebenserfahrung in Verbindung. An- und Zugehörige werden hier als Zielgruppe für konkrete Angebote mit eigenständigen und zu den Patient_innen auch konträr verlaufenden Themen beschrieben.

In der Fokusgruppe mit dem Palliativkonsiliarteam betont Frau A, dass Angehörige auch unabhängig von Patient_innen Thema sein sollten. Ich spreche sie etwas später konkret auf die Trennung von Patient_innen und An- und Zugehörigen in Bezug auf Wünsche und Bedürfnisse an. Für sie sind Angehörige in einer eigenen Trauer und sie müssen aushalten, auch Entscheidungen mittragen, die nicht die ihren sind. Sie nimmt eine vorweggenommene Trauer wie auch Schuldgefühle wahr und erlebt das Warten auf die Erlösung, den Tod der Patient_in. Sie fügt an, dass An- und Zugehörige zwischen der Pflege und ärztlichen Versorgung stehen, und hier werde ihr Verhalten schnell gewertet.

> Ich: Ich muss noch einmal zurückkommen auf das, was Sie gesagt haben: Sie würden's trennen? (37:49)

> Frau A: Ja, weil ich seh die An- und Zugehörigen in einem Spannungsfeld aus Trauer, Aushalten-MÜSSEN auch, teilweise diese Situation. (38:00) Ich seh die so, da bin ich, da ist der Patient, da sind lauter so Berührungspunkte, ich halt dem zuliebe was aus, weil ich weiß, es ist begrenzt, gleichzeitig macht's mit mir was, gleichzeitig muss ich akzeptieren, was mei Mann, mei Kind, was a immer entscheidet, muss das mittragen. Ich hab schon diese vorweggenommene Trauer, ja, wo ich vielleicht auch schon Schuldgefühle hab und so gegen Ende zu, wo ich schon auf die Erlösung wart', auf dieses – der Patient hat wieder eine andere Thematik, dann. (…) (Fokusgruppe „SV Team 1", 12/2015, 449-456)

> Frau A.: (…) die Angehörigen sind auch im Spannungsfeld der Pflege und des Arztes, die kriegen ja noch einmal eine eigene Rolle, die stören, die sind hilfreich, die sind dringend notwendig, die sind aufmüpfig, die sind frech, die protestieren, die wollen sich beschweren, die ganze Palette erlebt man ja. (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 468-471)

Die An- und Zugehörigen erlebt Frau A in „Spannungsfeldern“: Sie haben einerseits mit ihrer eigenen Trauer, jedoch auch mit der der Patient_innen zu tun, sie halten aus und tragen Entscheidungen mit, die nicht sie getroffen haben. Gefühle der Trauer, Schuldgefühle und auch das Hoffen auf eine Erlösung stehen nebeneinander. An- und Zugehörige stehen auch zwischen Pflege und medizinischer Versorgung und werden in ihrem Verhalten schnell bewertet. Es wird das Bild von einer begrenzten Zeit gezeichnet, in der dies alles passiert. Das wirkt auf die Menschen ein, die als Angehörige Berührungspunkte mit der Patient_in haben. Doch es ist von Anfang an nicht „eines“: *„Da bin ich“*, als Angehörige*, „da ist der Patient“*, stellt Frau A klar. Partner_innen, Kinder, Eltern usw. sind bei aller Nähe nicht in der Haut der Patient_innen. Für sie stellen sich spezifische Fragen, und Gefühle der Trauer, Schuld und Erleichterung haben eine enorme Sprengkraft. Diese Spannung zeigt sich in einem Verhalten, das, von verständnisvoll bis aggressiv, eine Wirkung auf die Betreuenden hat. Von der Pflege und Medizin erfolgt als Reaktion eine rasche Kategorisierung in störend, hilfreich, wichtig, aufmüpfig, frech, protestierend oder sich beschwerend, um sich gegen aufkommende Emotionen zu wappnen und mittels einer Bewertung des Verhaltens Distanz zu wahren. In einer begrenzten Zeit wirken sehr starke und tief gehende Gefühle mit enormer Sprengkraft.

Der Orientierungsrahmen kann folgendermaßen beschrieben werden: An- und Zugehörige betreten das Feld *als Teil des Patient_innensystems* und *erleben aus einem Spannungsfeld an Emotionen* letztlich *ihre eigenen Themen*. Auf diese reagiert das Betreuungssystem mit sehr unterschiedlichem Verhalten: Dieses reicht vom *Zugestehen der eigenen Rolle und eigener Themen bis zu einem Auf-Distanz-Halten*.

Komparative Analyse:

An- und Zugehörige, die aus Sicht der Betreuenden ein vielfältiges und mitunter herausforderndes Repertoire an Verhaltensweisen und Wünschen zeigen, sind eingebunden in Spannungsfelder, die sie mit eigenen und sich von den Patient_innen differenzierenden Themen konfrontieren. Diese *eigenen* Themen und die *eigene* Rolle machen alle drei Sequenzen deutlich. Der Lebenspartner von Frau Z entzieht sich dem Krankenhaus, setzt sich weder Medizin noch Pflege aus, ist jedoch am Ende präsent: Im Hospiz ist er an der Seite seiner Partnerin,

hier ist er, anders als im Krankenhaus, tatsächlich anwesend. Das gibt dem Team auch die Möglichkeit, sich nun doch ein konkretes Bild zu machen und Frau Z nicht nur alleine, sondern mit ihrem Partner zu erleben. Für das Team, das Frau Z sehr umfassend betreut hat, ist ein Wissen um das soziale Umfeld der Patient_in grundlegend: Der Lebenspartner von Frau Z hat eine Rolle, im Sinne eines wichtigen Teils im Leben von Frau Z – als Partner und Vater ihres gemeinsamen Kindes –, und diese Rolle wird nun auch in einem Erleben des Paares wahrgenommen, sie ist entscheidend für das Team, sich auch aus der Betreuung „herauszunehmen". Das zeigt sich deutlich durch die Position, die Frau A und Frau Dr. B im Hospizzimmer einnehmen: Sie gehen an den Rand und nehmen sich nun bewusst zurück, symbolisieren damit auch einen Rückzug aus der Betreuung.

Frau A sieht bei ihren Kolleg_innen auf den Stationen im alltäglichen Umgang mit An- und Zugehörigen, dass sie diesen keine eigene Rolle zugestehen, sondern das Verhalten schnell kategorisieren und bewerten. Damit macht sie auch deutlich, dass An- und Zugehörige hier, anders als für die Psychotherapeutin, nicht primäre Zielgruppe sind. Die Psychotherapeutin stellt mit der Trauerbegleitung ein Angebot für An- und Zugehörige, das an die Patient_in gebunden ist, jedoch als eigenes Angebot für die Zielgruppe offensteht. Medizin und Pflege sind für Patient_innen zuständig, An- und Zugehörige haben hier eine unklare Position, keine eigene Rolle, wie Frau A es bezeichnet. Die rasche Kategorisierung und Bewertung des Verhaltens gehen nicht auf dahinterliegende Gefühle ein und bewirken eine Distanz, die An- und Zugehörige „außen vor" lässt.

7.5.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Der Orientierungsrahmen bezüglich Verhalten, Wünschen, Bedürfnissen und Dynamiken von Patient_innen, An- und Zugehörigen zeigt sich im Wunsch von Patient_innen wie auch An- und Zugehörigen, mehr aus der medizinischen und pflegerischen Beziehung zu schöpfen, durch Betonung einer persönlichen Ebene und unter Einsatz von Manipulation oder Appellen. Als Reaktion erfolgt einerseits eine Orientierung an einer strikten Einhaltung einer klaren Grenze bzw. ein Nachgeben in *besonders schweren* Situationen, wobei sich das *Besondere* aus der Dynamik der Erkrankung heraus ergibt (7.5.1). Andererseits zeigen sich An- und Zugehörige als eigenständige Zielgruppe mit *eigener* Rolle. Es gibt für sie vorgesehene Angebote und ihrer *eigenen* Themen werden anerkannt, wobei im medizinisch-pflegerischen Versorgungssystem ein Beurteilen und Nichteingehen auf

das Verhalten, ein Auf-Distanz-Halten der An- und Zugehörigen wahrgenommen wird (7.5.2).

Zwei Typiken der Erfahrungsdimensionen können formuliert werden: in Beziehung treten und durch die Erkrankung involviert werden in eine Dynamik zwischen Patient_innen-, Angehörigen- und Betreuer_inneninteressen versus Distanz und Abgrenzung durch Berufung auf die Profession. Eine weitere Typik ist die Zuerkennung der eigenen Rolle der An- und Zugehörigen versus diese durch Beurteilung auf Distanz zu halten.

Die schwere Erkrankung steht im Zentrum des Spannungsfeldes, das sich zwischen Patient_innen, Zu- und Angehörigen sowie den Betreuenden aufbaut und sich anhand von Verhalten, Wünschen, Bedürfnissen und Dynamiken beschreiben lässt. An- und Zugehörige können hier verstärkend wirken und die Patient_innen in ihren Wünschen besonders unterstützen. Sie lassen sich „einspannen", was für die Mitarbeitenden der Hospiz- und Palliativversorgung den Druck zu reagieren durchaus erhöht. An- und Zugehörige können jedoch aus der Dynamik der Erkrankung heraus auch für sich selbst etwas „herausschlagen". Vor allem, weil sie involviert sind und „mittragen", ist es eine besondere Herausforderung für Betreuende, sich hier abzugrenzen und sich nicht selbst zu involvieren, nicht über den eigenen Auftrag hinaus zum „Mittragen" beizutragen. Eine gegenläufige Dynamik zeigt sich, wenn An- und Zugehörige aus eigenen Bedürfnissen heraus Patient_innen „einspannen". So zeigt sich beim Füttern ein klares Urteil, das die Betreuenden auf Distanz bringt: Hier ist keine Gefahr, *eingespannt* zu werden, im Gegenteil, es wird zugeschaut und eher eine Gefährdung des Patienten gesehen. Dennoch ist die professionelle Betreuung in das Verhalten involviert, und ob und wie viel ein Sterbender an Nahrung zu sich nimmt, ist für Betreuende wie für Angehörige oft ein kontroverses Thema (vgl. Strasser 2006). In der beschriebenen Szene des Fütterns wird beurteilt, und das schafft Distanz, ähnlich wie mit An- und Zugehörigen als Gruppe im Krankenhausalltag umgegangen wird: Ihr Verhalten wird kategorisiert, und aus dieser Distanzierung heraus wird ein Eingehen auf ihre Anliegen vermieden. Erfolgt eine Wahrnehmung der Anliegen von An- und Zugehörigen, so wird ihnen ein wichtiger Part bzw. eine Rolle im Dreieck aus Patient_innen, An- und Zugehörigen und Betreuenden zuerkannt.

7.6 Sterben und Tod

Die Betreuung von schwer kranken und sterbenden Menschen bringt unterschiedliche Aspekte von Sterben und Tod in den Arbeitsalltag von Hospiz- und Palliativteams. Drei Blickwinkel werden im Folgenden im Detail dargestellt: Am

Beginn (7.6.1) wird analysiert, wie Sterbende selbst ihr Sterben und ihren Tod gegenüber ihrem Umfeld ansprechen, und es wird thematisiert, welche Rolle hier Betreuende einnehmen. Tod und Sterben wird von Betroffenen mitunter über den Wunsch, sterben zu wollen, eingeleitet, daher wird in Kapitel 7.6.2 auf Suizidäußerungen, Suizidankündigungen und Suizide eingegangen. In beiden Supervisionsteams wurde das Thema Suizid eingebracht, jeweils als Suizidankündigung vonseiten Angehöriger; Suizidankündigungen oder erfolgte Suizide von Patient_innen wurden in beiden Supervisionsteams nicht zur Sprache gebracht. In der Fokusgruppe „Feld“ wie auch in den Fokusgruppen mit den Supervisionsteams habe ich daher bewusst nachgefragt, welche Erfahrungen die Teilnehmer_innen mit Suiziden von Patient_innen wie auch Angehörigen gemacht haben. Das Thema Suizid zeigt eine besondere Brisanz, vor allem in der Fokusgruppe „Feld“, wo offen sehr gegensätzliche Positionen geschildert und diskutiert wurden. Es wurde deutlich, dass Suizide für Betreuende oft noch nach Jahren ein Thema sein können, das sie beschäftigt und betroffen macht. Das Thema Suizid hätte daher aufgrund des Datenmaterials noch sehr viel ausführlicher analysiert werden können. Da die Themensetzung der Analyse immer von den Supervisionsprozessen ausging und Suizidankündigungen, jedoch keine tatsächlich erfolgten Suizide thematisiert wurden, entschloss ich mich dazu, das Thema Suizid von Patient_innen nicht als eigenständiges Thema, sondern gemeinsam mit Suizidankündigungen zu analysieren und einen Schwerpunkt auf die von der Fokusgruppe „Feld“ eingebrachten, besonders konträren Positionen zu legen.

Als dritter Aspekt (7.6.3) wird Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus dargestellt, indem insbesondere ein Blick auf den Umgang mit dem Sterben auf organisationaler Ebene gelegt wird.

7.6.1 Über das Sterben sprechen

Wie bereits in Kapitel 7.5.2 angeführt, wurde in der siebenten Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam ausführlich über eine Patientin gesprochen, die nach monatelanger Betreuung durch das Palliativkonsiliarteam ins Hospiz gezogen war. Die Supervision wurde dazu verwendet, um noch einmal intensiv über die Patientin zu sprechen. In der vorliegenden Szene erinnert sich die Krankenschwester Frau C an die Albträume der Patientin und die Frage, die Frau Z an Frau C gerichtet hat.

> Frau C beginnt zu sprechen und sagt, dass Frau Z so Albträume hatte, Angst hatte. Von Wölfen hat sie geträumt, die draußen vor der Tür sind, und von einer Küche, die sie nicht wiedererkennt, weil alles anders ist, die Kasterl sind am Boden und so. „Und dann hat sie mich gefragt: Ist das jetzt das Sterben?“ (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 205-207)

Nicht eine direkte Frage nach dem Sterben setzt den Rahmen dieser Schilderung. Aus der Beunruhigung eines Albtraums wird die Frage nach dem Sterben gestellt. Das Draußen zeigt sich im Traum als etwas Wildes, und drinnen wird nichts mehr als das Eigene erkannt. Vor der Türe das ungezähmte Leben und hinter der Türe, im Inneren, wird Vertrautes unvertraut. Einer höchst verunsichernden und beunruhigenden Traumsequenz folgt die Frage nach dem Sterben, hier mit einer zunehmenden Entfremdung und Teilung in zwei „Welten“ oder Bereichen symbolisiert. Die Frage nach dem Sterben bezieht sich auf etwas Abstraktes, das durch diese Allegorie fassbarer, zu einem gegenständlichen Bild geformt wird. Sterben wird hier mit Angst und Unruhe verknüpft, mit der Frage versucht die Patientin, für sich eine Orientierung zu bekommen (vgl. Saunders 1996).

Frau C schildert diese Situation, ohne Frau Z zu bewerten, sie psychisch wie physisch zu diagnostizieren. Sie berichtet auch nicht, ob sie auf die Frage geantwortet hat, sie legt ihren Fokus auf die Befindlichkeit von Frau Z, auf die Zusammenhänge, die sie herstellt und die sie der Krankenschwester auch mitteilen kann. Die vertrauensvolle Ebene zwischen der Patientin und Frau C zeigt sich nicht in weisen Antworten, sondern in der Offenheit, mit der Angst und Sterben Ausdruck finden können.

In der folgenden Sequenz geht die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams – auch ausgehend von dem soeben analysierten Protokollausschnitt – darauf ein, wie mit Patient_innen über Sterben und Tod gesprochen werden kann. Sie erlebt offene Haltungen oder Metaphorisches, kennt aber auch die Verleugnung, die sie jedem Menschen zugesteht. Ein Ansprechen des Sterbens kann Erleichterung bringen, aber auch irritieren, dennoch zeigt sich gerade hier das Gelingen ihrer Arbeit.

> Koordinatorin: (…) WAS möchte der Patient? Will er’s WIRKLICH ausgesprochen haben oder will er in seinen Bildern bleiben oder will er in einer Verleugnung bleiben, was ihm ja gefälligst AUCH zusteht. Also dieses Feingefühl, hundertprozentig wird man selten, also da eine Richtlinie vorgeben, einfach offen sein und bleiben und erspüren, WAS braucht der Mensch jetzt. Teilweise fragen sie metaphorisch und sind dann erleichtert, wenn man’s in Worte kleidet, teilweise wird man sie wahrscheinlich vor den Kopf stoßen. Also das ist sicher ein SCHWIERIGES Thema, aber auch ein irrsinnig interessantes, wo man in der Arbeit das Gefühl hat, das ist gelungen (1:01.20) und sie SEHR sinnvoll macht. (Fokusgruppe „Feld“, 10/2015, 754-762)

Mit Patient_innen über das Sterben zu sprechen, wird als schwieriges Thema klassifiziert, das jedoch dieser Arbeit auch eine ganz spezielle Bedeutung verleiht und Sinn gibt. Es gilt ein „Gespür" zu entwickeln, wie deutlich Tod und Sterben benannt werden können und sollen. Hier spannt sich der Bogen von einem direkten Ansprechen über Bilder bis zur Irritation, das heißt, wie weit kann durch ein Ansprechen auch dazu beigetragen werden, die Patient_in zu unterstützen? Von einer Uneindeutigkeit wird hier ausgegangen, da es hier keine *„Richtlinie"* geben kann. Diese Ambivalenz ermöglicht eine Offenheit – sodass der nahe Tod angesprochen und über das Sterben geredet wird –, die jedoch auch der Verleugnung ihren Platz gibt. Es soll alles möglich sein für ein Thema, dem man als Mensch immer ausgeliefert ist. Dieser Auslieferung an den Prozess des Sterbens und seine Endgültigkeit begegnet die Koordinatorin hier mit einer größtmöglichen Offenheit, um das Bedürfnis der Einzelnen auch wahrnehmen zu können, dem sie entsprechen will, weil sie an dieser Auseinandersetzung auch das Gelingen und Sinnvolle ihrer Arbeit festmachen kann.

Im Anschluss an die Koordinatorin berichtet die Ärztin der Fokusgruppe „Feld" von folgender Erfahrung, die sie beim ersten Besuch bei einer Patientin gemacht hat. Die Ärztin stellt sich der Patientin vor, die Patientin geht dabei in keinen direkten sprachlichen Kontakt. Während sich die Ärztin mit der Tochter unterhält, ruft die Patientin die Ärztin zu sich ans Bett und spricht zu ihr.

> Ärztin: Ich erinnere mich gerade an eine Patientin mit einem Hirntumor, die ich im Sommer betreut hab, und die hat, ich bin hingerufen worden und die Tochter hat gesagt, es dauert nimma lang und sie wird sicher sehr BALD sterben, ja. Und bin zu der Patientin, die eigentlich NICHT mehr mit mir gesprochen hat und habe mich vorgestellt und hab trotzdem ein bissl erklärt, was ich so mach und hab mit der Tochter an ihrem Bett gesprochen, und dann hat mich die Patientin zu sich gerufen, und das war der EINZIGE Satz, den sie zu mir gesagt hat, sie hat gesagt: „Frau Doktor, ich will eigentlich nicht so bald wegfahren", und das fand ich GANZ spannend, weil/
>
> Ich: Nicht so bald wegfahren/
>
> Ärztin: Nicht so bald wegfahren. Ich hatte die Assoziation, sie spricht vom Sterben, es ging noch ein bisschen weiter, und die Patientin hat noch relativ LANGE gelebt, also VIEL länger, als wir dachten, und das war ein großes Thema in dieser Betreuung, also dass SIE dann viel länger gelebt hat, als die Tochter sich das vielleicht auch – irgendwie aushalten konnte. (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 763-776)

Die Ärztin assoziiert mit dem *„nicht so bald wegfahren"*, dass die Patientin über den Tod spricht. Einer Ankündigung der Tochter, dass die Patientin bald sterben wird, wird hier vonseiten der Patientin ein Bild entgegengesetzt, das *noch nicht so weit* ist. Dass ein Wegfahren und Aufbrechen ansteht, wird mit dem Satz ebenso

betont, wie dass eben diese Reise jedoch noch nicht „*so bald“* angetreten werden wird. Die Patientin sagt einen Satz, der für ihre Umgebung eine wichtige Bedeutung bekommt. Welches Gewicht er für sie selbst hat, bleibt offen. Hier führt nicht die Andeutung der Patientin zu einer weiteren Auseinandersetzung, mit ihr über Sterben und Tod zu sprechen, sondern um *diesen Satz*, auch weil er der einzige ist, den sie an die Ärztin richtet, entspinnt sich ein *großes Thema* der Begleitung: Die Patientin lebt länger, als ihre Tochter und auch das Betreuungsteam es erwarten. Mit diesem Satz wird ein Ausgeliefertsein festgeschrieben, ein Aushalten, das die Ärztin an der Reaktion der Tochter festmacht, für die die Dauer des Sterbeprozesses schwer zu ertragen ist.

Der Orientierungsrahmen, in dem „über das Sterben sprechen“ hergestellt wird, *beschreibt die Frage nach dem Sterben als Bedürfnis nach Orientierung, nach Halt, wie auch als Ankündigung, der mit einem Aushalten dieser Frage und deren Folgen wie auch mit größtmöglicher Offenheit vonseiten der Betreuenden begegnet wird.*

Komparative Analyse:

Werden in der ersten und dritten Sequenz eine Frage bzw. Aussage von Sterbenden zitiert, die Betreuende „hereinholen“ in die Realität von Sterbenden, spricht die Koordinatorin von der Haltung, die es braucht, um genau solche Aussagen auch aufnehmen zu können. Alle drei Sequenzen verbindet eine *Offenheit wie auch ein Aushalten,* die sich auf mehreren Ebenen zeigen: die *Offenheit einer Beziehung*, in der Angst und Beunruhigung ausgesprochen und auch *ausgehalten* werden können, die *Offenheit* gegenüber dem Thema Sterben und Tod, die sich in einer Haltung ausdrückt, die *aushält, was das jeweilige Gegenüber will oder auch nicht will,* und die Herausforderung des *Offenbleibens und Aushaltens,* auch wenn die Spannung für die betroffene Familie schwer zu ertragen ist. Über das Sterben zu sprechen, wird hier aus der Sicht der Betreuenden unterschiedlich erlebt. Einerseits wird es wie von Frau C nicht als große Frage ohne Kontext präsentiert, sondern als Teil einer vertrauensvollen Beziehung zur Patientin geschildert, in der entscheidend ist, dass die Frage überhaupt gestellt werden kann. Diesen Raum, über Sterben und Tod sprechen zu können, grundsätzlich zu öffnen, wird als besonders sinnvoller Part der Arbeit wahrgenommen. Das wird jedoch auch als große Herausforderung angesehen, wenn keine weitere sprachliche Auseinandersetzung möglich ist, wie in der Erzählung der Ärztin, wo berichtet wird, dass sich eine starke Spannung bei den Angehörigen und weniger bei der Patientin gezeigt hat. Oder der Anspruch, dass über Sterben und Tod auch nicht gesprochen wird, weil es zu sehr irritiert. Hier kommen das Aushalten und ein gewisses Maß an Offenheit wohl auch an ihre Grenzen, denn ein Palliativ- wie auch Hospizteam bringt schon im Namen einen Bezug zum Sterben mit (vgl. 7.1, 7.6.3).

7.6.2 Suizidankündigungen und Suizide[9]

Suizidankündigungen bzw. Entscheidungen von Patient_innen, sich zu suizidieren, haben in der Hospiz- und Palliativversorgung eine besondere Brisanz, wie die folgenden drei Textausschnitte zeigen. Der ersten Sequenz aus einem Supervisionsprozess mit dem Palliativkonsiliarteam gehen zwei Äußerungen von mir voraus, einerseits vergegenwärtige ich, dass 365 Menschen im ersten Halbjahr in diesem Krankenhaus verstorben sind (diese Zahl wurde von der Koordinatorin in der vorhergehenden Supervision genannt, vgl. Protokollausschnitt in 7.6.3), um zu untermauern, dass Sterben in der Organisation häufig vorkommt, und andererseits erinnere ich daran, dass Palliative Care besonders vulnerable Menschen als Zielgruppe hat. Frau A erinnert sich daraufhin an den Fall eines Angehörigen.

> Frau A erzählt, dass sie da an einen Fall denken muss. Sie wurde gerufen, da ein Angehöriger einen Suizidgedanken geäußert hat, sie geht auf die Station, und der Primar dort, der checkt dann alles ganz schnell. Dem Mann werden Psychopax verschrieben: „Das wird schon", meint der Primar. „Was hätten Sie für sinnvoll erachtet?", frage ich. Frau A sagt: „Ich hätte ihn auf seine Äußerung angesprochen, aber

[9]Nach österreichischem Strafrecht (StGB) ist Selbstmord nicht strafbar. In einer Entscheidung des Verwaltungsgerichts Wien vom 1.6.2015 über die Bestätigung der Nichtzulassung eines Vereins für Sterbehilfe in Österreich, Geschäftszahl VGW-101/078/23777/2014; VGW-101/V/78/30473/2014, wird unter den „allgemeinen Ausführungen" zur Entscheidung festgehalten: *„Dem behandelnden Arzt kommt gegenüber seinem Patienten eine Garantenstellung zu, was bedeutet, dass er durch die Rechtsordnung im Besonderen dazu verpflichtet ist, den Tod des Patienten abzuwenden. Unterlässt er diese Erfolgsabwendungspflicht durch Untätigkeit und ist die Unterlassung einem aktiven Tun gleichwertig, so ist er nach dem im § 2 StGB festgelegten Prinzip der Garantenunterlassungsdelikte so zu bestrafen, als ob er den Erfolg durch aktives Tun herbeigeführt hätte. Der Versuch des Selbstmordes ist in Österreich für den Selbstmörder nicht strafbar. Dennoch geht die österreichische Rechtsordnung davon aus, dass das Rechtsgut des eigenen Lebens nicht disponibel ist. Nach § 78 StGB ist demnach strafbar, wer einen anderen dazu verleitet, sich selbst zu töten oder ihm dazu Hilfe leistet. Unterstützt der Arzt den Patienten aktiv bei der Umsetzung von dessen Vorhaben, sich selbst zu töten, so ist er wie jedermann wegen Mitwirkung am Selbstmord strafbar. Aufgrund seiner oben skizzierten Garantenstellung ist der Arzt grundsätzlich auch verpflichtet, den Selbstmord eines Patienten zu verhindern. In Einzelfällen, wenn ein aussichtslos schwerst kranker und unter Schmerzen leidender Patient Anstalten trifft, sich selbst zu töten, wird man vom Arzt nicht immer verlangen müssen, dieses Vorhaben zu unterbinden, da die Erfolgsunterlassung dem aktiven Tun nicht gleichzusetzen ist. Derartige Ausnahmesituationen bedürfen jedoch stets einer konkreten Prüfung im Einzelfall, sodass es schwer möglich ist, hier allgemeine Richtlinien festzuschreiben." (Bundeskanzleramt 2016)*

> das wurde abgewimmelt. Das wäre eine gute Möglichkeit gewesen zu sagen, dass er mit Frau E sprechen könnte, das wäre hilfreich gewesen …“ Sie fügt erklärend hinzu, dass es der Ehefrau des Mannes sehr schlecht ging, sie hatte starke Schmerzen und dagegen wurde nichts getan. (SV Team 1, 6. SV, 1/2015, 252-258)

Frau A erinnert sich an eine Suizidäußerung eines Angehörigen, auf die sehr schnell reagiert wurde, allerdings anders, als sie sich das gewünscht hätte. Der Primar verschreibt dem Ehemann ein Beruhigungsmittel. „Die Behandlung“ erfolgt über die Einnahme eines Medikaments, es wird eine „Aufregung“ beruhigt, in der Hoffnung, dass sich diese „legt“, ausgedrückt mit *„Das wird schon“*. Die Koordinatorin wünscht sich eine Reaktion, die die psychische Dimension einschließt, also nach den Motiven fragt, die hinter dieser Aussage stehen. Zwei konträre Zugänge lassen sich anhand der Reaktionen in Bezug auf die Suizidäußerung festmachen: Sie wird einerseits als Ausdruck einer Beunruhigung verstanden, auf die mit Medikamenten reagiert wird, und andererseits geben die Suizidgedanken Anlass, nachzufragen und einzugehen auf das Gesagte, auch mit der Option, eine Psychotherapeutin hinzuzuziehen. Frau A fügt noch an, dass es der Ehefrau des Mannes sehr schlecht ging und sie starke Schmerzen hatte. Sie stellt damit eine Verbindung her zwischen dem Leid der Patientin und der Reaktion ihres Ehemannes. Ihrer Erzählung nach sind die geäußerten Suizidgedanken im Kontext der Erkrankung und des Leids zu sehen, das die Frau erlebt und ihr Mann *miterlebt*, und der Suizidgedanke kann auch als *Reaktion aus der Betroffenheit heraus* verstanden werden. Die Motive dieser Reaktion können durch Nachfrage beim Ehemann ergründet werden, während die „Beruhigung“ davon ausgeht, dass mögliche Unruhe, Angst und Verzweiflung schon wieder – verschwinden – werden.

Ausgehend von dem soeben analysierten Textausschnitt werden die Teilnehmer_innen der Fokusgruppe „Feld“ gefragt, ob sie erlebt haben, dass sich Patient_innen suizidiert haben. Im Folgenden werden drei Textausschnitte aus der Fokusgruppe „Feld“ und einer aus der Fokusgruppe mit dem Palliativkonsiliarteam im Detail analysiert, wobei die Sequenzen der Fokusgruppe „Feld“ sich mit wenigen Unterbrechungen chronologisch aneinanderreihen. Im folgenden Ausschnitt bejahen die Psychotherapeutin, die auf einer Palliativstation in einem Krankenhaus arbeitet, und die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams die Frage, ob sie schon Suizide erlebt haben. Die Psychotherapeutin berichtet, dass es immer alarmierend sei, wenn eine Patient_in Selbsttötungsgedanken äußert. Erschwerend kommt hinzu, dass es kontroverse Meinungen zum weiteren Verhalten gegenüber solchen Äußerungen gibt. Auf der einen Seite stehen Teamkolleg_innen, die in einer solchen Aussage den freien Willen der Patient_in hervorheben,

andere, zu diesen rechnet sie sich, sehen es in ihrer Verantwortung, Schutz und Sicherheit für Patient_innen auf der Station zu gewährleisten.

> Psychotherapeutin: Wir haben einige Suizide erlebt schon. Ist häufig Thema.
>
> Koordinatorin: Ja, ja.
>
> Ich: Also Sie haben Suizide erlebt?
>
> Psychotherapeutin: Ja, Menschen haben sich suizidiert. Ja. Ja. Also nicht OFT, Gott sei Dank, aber es ist, wenn einer das äußert, ist das IMMER ein, ein SEHR brisantes Thema, WEIL die Meinungen dazu UNTERSCHIEDLICH sind (1:08:45), auch im TEAM, weil ah, es gibt die Meinung, wenn es ein Patient ANKÜNDIGT, dass man den freien Willen des Patienten, eines Schwerkranken, berücksichtigen sollte, ja? In einer schwierigen Situation, und da gibt's das Spektrum von, ah, meiner Seite, zum Beispiel, die sagt, ich bin VERANTWORTLICH, dass ich da einen Psychiater hole und dass ich das abklären lasse, und er hat das hier auf der Station so geäußert und wir müssen darauf ACHTEN, dass er hier auf der Station SICHER ist. Ja, also wir halten das, es gibt wirklich ganz unterschiedliche Meinungen zu dem Thema. (1:09:21) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 857-869)

Suizide werden von der Psychotherapeutin als ein Thema beschrieben, das sie kennt, die Koordinatorin des mobilen Palliativteams bestätigt diese Aussage. Die Psychotherapeutin leitet ihre Feststellung, dass auf der Palliativstation, auf der sie arbeitet, Suizide selten vorkommen, mit einem *„Gott sei Dank"* ein. Das heißt, sie ist froh und erleichtert, dass sie nicht oft mit Suiziden konfrontiert ist. Denn unterschiedliche Positionen werden hier vertreten, auch im Team – sie spricht die Meinungen, die ein Team sprengen können, bereits in Kapitel 7.3.1 an. Das Thema Suizid wird von ihr als Thema geschildert, das sehr gegensätzliche Meinungen im Team zeigt. Sie spannt, auf meine Nachfrage hin, Suizid und Suizidankündigungen zwischen zwei Positionen auf, die das Thema in ihrem Erleben auf der Palliativstation, auf der sie arbeitet, „brisant" machen. Dabei geht es um den Umgang mit einer Suizidankündigung. Diese wird einerseits als Willensbekundung wahrgenommen, als gutes Recht eines Menschen, über das Ende seines Lebens bestimmen zu können. Sie fügt an, dass die Patient_innen schwer krank sind, das macht eine solche Willensbekundung dringlicher und verleiht ihr auch eine Begründung: Aufgrund der schweren Erkrankung wird der Wunsch, vorzeitig aus dem Leben zu scheiden, verständlicher, nachvollziehbarer. Der Suizid wird jedoch nicht nur als Wunsch oder Willensbekundung verstanden, sondern sie spricht von der „Berücksichtigung" dieses Wunsches. Das heißt, diese im Team vertretene Position geht davon aus, dass ein Suizid auch in gewisser Weise ermöglicht werden sollte.

Andererseits schildert sie ihre Haltung, die eine solche Suizidankündigung als Aufforderung sieht zu reagieren und die sich in der Verantwortung für die Sicherheit der Patient_in versteht. Diese Sicherheit wird durch das Hinzuziehen von Kolleg_innen gewährleistet. Sie begründet ihr Tun mit der Tatsache, dass der Suizidgedanke auf der Station geäußert wird und dass es folglich für die Betreuenden eine Verantwortung gibt, für das Wohlergehen der Patient_innen auf der Station zu sorgen.

Auf die Ausführungen zu Suizidankündigungen in der Fokusgruppe „Feld" reagiert Frau E, die Psychotherapeutin des Palliativkonsiliarteams, im Rahmen der Fokusgruppe mit dem Supervisionsteam. Sie schildert, dass Schmerzen oftmals, jedoch nicht immer, ein entscheidender Grund sind, warum Menschen ihr gegenüber einen Suizid erwähnen. Können die Schmerzen gelindert werden, sind Suizidgedanken oft kein Thema mehr.

> Frau E: Also ich erleb's manches Mal bei Patienten, die sehr starke Schmerzen haben, weil ich dann frag, wenn sie den Suizid erwähnen, frag ich, WAS ist jetzt nicht aushaltbar? Was macht's so schlimm? Und wenn diese Menschen, die Schmerzen haben, akute Schmerzbetreuung haben oder Behandlung haben, dann reden sie nicht mehr vom Suizid. Oder natürlich, das ist einmal EIN Fokus, dass es schon sehr oft die Schmerzen sind und dass sie das einfach nicht mehr aushalten können in der Situation. (Fokusgruppe „SV Team 1", 12/2015, 659 -664)

Frau E betont, dass *ein Fokus* für Suizidgedanken Schmerzen sein können, deren Linderung auch den Wunsch nach dem Sterben in den Hintergrund treten lässt. Sie schildert ein Eingehen auf einen Suizidwunsch, indem sie nachfragt, *was* nicht aushaltbar ist. Damit eröffnet sie den Blick auf das, was hinter so einer Aussage stehen kann. Ein Suizidgedanke wird von ihr als Notsituation wahrgenommen, da sie danach fragt, was *nicht aushaltbar* ist, was *„so schlimm"* ist, dass sich die Patient_innen den Tod wünschen. Psychisches Leid und Schmerz wie auch physischer Schmerz werden hier angenommen und es wird dahingehend auch nachgefragt. Kann dieser Schmerz gelindert werden, sie spricht hier von akuten physischen Schmerzen, wird von den Patient_innen oft nicht mehr von Suizid gesprochen. Suizidgedanken werden hier als akut beschrieben, wenn sie im Kontext ausgesprochen *schwer aushaltbarer* Situationen erfolgen.

Beschreiben die beiden Psychotherapeutinnen die unterschiedlichen Reaktionen, die Suizidgedanken auslösen, geht der Supervisor in der Fokusgruppe „Feld" in seiner Wortmeldung auf die Betroffenheit und Schuld ein, die in seinem Erleben nach einem erfolgten Suizid die Teams beschäftigen.

> Supervisor: Vor allem mit der Betroffenheit, wenn es passiert ist, hab ich irgendwas übersehen oder so, hätten wir noch was tun sollen. Diese BETROFFENHEIT, egal ob es vorher angekündigt war oder nicht, umgehen mit dieser Betroffenheit und der Schuldfrage oder Verantwortung, nein, nennen wir es Schuld, ah, hab ich was vergessen, hab ich was übersehen? Kommt vor allem auch was auf mich zurück, die Befürchtungen, sozusagen, was hat's für Konsequenzen, fürs ganze Team möglicherweise, für die Institution, haben wir uns was vorwerfen zu lassen? (1:13:32) (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 913-919)

Ist ein Suizid erfolgt, ist eine Betroffenheit spürbar, wobei der Supervisor dieses Gefühl als wirkmächtig sieht, unabhängig davon, ob ein Suizid angekündigt war oder nicht. Er betont die Betroffenheit und macht diese anhand der Schuldfrage und der Verantwortung explizit, wobei er die beiden letzteren Begriffe gegeneinander abwägt und die Schuld als ausschlaggebenden Gedanken sieht, der nach einem Suizid die Teams beschäftigt. Der Supervisor formuliert, was er mit Schuld meint, in Form von Fragen, die mögliche Konsequenzen aufzeigen, wenn etwas übersehen oder vergessen wurde. Er fragt nicht nach dem Beweggrund für den Suizid, sondern beschreibt die Schuldfrage im Kontext des professionellen Rahmens institutioneller Versorgung. Wurde etwas übersehen, ist Einzelnen, dem Team oder der Organisation etwas vorzuwerfen? Damit verweist er auf eine Schuld im juristischen Sinn (vgl. Fußnote bzgl. 7.6.2 zum österreichischen Strafrecht). Die möglichen Konsequenzen oder auch Vorwürfe sind in einem strafrechtlichen Kontext zu bewerten. Der Supervisor spricht von Verantwortung und legt sich letztlich auf die „Schuldfrage" fest, die danach fragt, ob andere dem Team etwas vorwerfen können. Schuld wird hier verstanden als rechtliche und moralische Verantwortung. Betroffenheit wird hier weniger im professionellen Kontext selbstreflexiver Verarbeitung einer schockierenden Nachricht konzipiert, sondern vielmehr als ein Abwägen professionellen Handelns – wo wurde etwas nicht oder falsch gemacht oder zu wenig getan – im Hinblick auf eine Beurteilung von außen. Mit dem Suizid, der ein Versorgungsverhältnis beendet, erfolgt ein „öffentlicher", begutachtender und beurteilender Blick von außen auf diese Betreuung.

Bezugnehmend auf die vom Supervisor geäußerte Betroffenheit berichtet die Ärztin eines mobilen Palliativteams von zwei Männern, die Suizid begangen haben. Bei beiden Männern wurde das Hospizteam noch einmal gerufen, und sie selbst hat einen der Männer ein paar Tage vor dessen Suizid noch behandelt. Suizidgedanken hatte der Patient keine geäußert, aber im Nachhinein hat sie sich spezifische Auffälligkeiten in Erinnerung gerufen.

> Ärztin: Ich glaub, die Betroffenheit ist manchmal auch, also mein Erlebnis bei einem der zwei Männer, an die ich mich erinnere, die haben in BEIDEN Fällen das Hospizteam[10] noch mal zu sich gerufen und NICHT mehr darüber gesprochen, sondern eher so, das Gespräch eher so OFFEN gehalten, oder bei einem war ICH TAGE, bevor das dann und da geht's eigentlich um Schmerzen, und das, was MIR aufgefallen ist RETROSPEKTIV, ist, dass der vegetativ total ANGETRIEBEN war, ja. Aber von Suizid oder so war ÜBERHAUPT keine Rede. Also das ist schon, manche sind halt dann ENTSCHLOSSEN und ziehen das durch. (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 956-962)

Die Ärztin benennt ihre Betroffenheit, indem sie auf die Unvorhersehbarkeit des Suizids Bezug nimmt: Sie schildert, dass beide Männer, bevor sie Suizid begangen haben, noch einmal mit dem Team in Kontakt getreten sind, allerdings nicht, um über ihre Absichten zu sprechen. Im Gegenteil, sie spricht davon, dass die Gespräche mit dem Patienten *„eher so offen"* waren und damit gar nicht auf Brisantes hingewiesen haben. Die Betroffenheit zeigt sich hier in der Überraschung, die der Suizid ausgelöst hat. Einer so gar nicht besonderen ärztlichen Visite folgt eine außergewöhnliche Tat. Die Ärztin sieht keine offensichtlichen Hinweise auf die Suizidabsicht und erinnert sich im Nachhinein an ein körperliches Befinden des Patienten. Sie rekonstruiert diese körperliche Auffälligkeit, die sie wahrgenommen hat, und stellt sie in Bezug zum Suizid. Ihre Wahrnehmung, dass doch etwas nicht ganz gewöhnlich war am Zustand des Patienten, beschreibt sie mit den Worten, dass der Patient *„vegetativ total angetrieben"* war. „Angetrieben" kann hier als Unruhe verstanden werden, die von der Kraftquelle einer Idee gespeist ist. Die Idee oder auch schon getroffene Entscheidung, mit einem Suizid sein Leben zu beenden, kann ein innerer Motor sein, der Kräfte weckt. Sie spricht jedoch nicht von einer mentalen Angetriebenheit, sondern verwendet den Begriff *„vegetativ"*, der nach Duden (1994, 1419) als nicht dem Willen unterliegend, also unbewusst wirkend definiert wird. Die Besonderheit, an die sich die Ärztin im Nachhinein erinnert, ist etwas für den Patienten Unbewusstes, ein Angetriebensein, eine Kraft, die vermutlich auch gebraucht wird, um einen Suizid tatsächlich in die Tat umzusetzen. Was die Ärztin durch die Rekonstruktion zum Ausdruck bringt, ist, dass dieser Suizid eine große Verunsicherung zurücklässt. Eine Selbsttötung ist ein Akt, der ein Leben beendet und damit auch alle Beziehungen, die es bis zum Tod gab. Mit einem Suizid wird etwas „durchgezogen", wie die Ärztin sagt. So eine nicht absehbare Entscheidung erschüttert auch die Professionalität von Betreuungsteams, insbesondere das Selbstverständnis Mitarbeitender von Hospiz- und

[10]Die Ärztin spricht hier von einem Hospizteam, meint jedoch ein mobiles Palliativteam.

Palliativangeboten, die ein Betreuungsangebot für schwer kranke Menschen bieten, damit auch die letzte Lebensphase gut begleitet werden kann und eben kein Suizid erfolgen muss, um eine nicht aushaltbare Situation zu beenden.

Folgender Orientierungsrahmen ist in Bezug auf Suizidankündigungen und Suizide festzumachen: Suizidankündigung *als nachvollziehbare Willensbekundung* und *als Anlass zur Reaktion, Sicherheit für die Betroffenen zu gewährleisten,* sowie der erfolgte Suizid *als Auslöser für Betroffenheit*, die *eine Abwägung und Beurteilung des eigenen professionellen Handelns nach sich zieht*.

Komparative Analyse:

Eine Suizidankündigung wird im einleitenden Protokollausschnitt als Anlass genommen, um zu reagieren: mit dem Verschreiben eines Beruhigungsmittels oder auch mit einem Nachfragen nach den Ursachen für diese Äußerung. Hier zeigt sich ein unterschiedlicher Umgang, ein Ruhigstellen ohne viel nachzufragen bzw. ein Suchen nach Anlass und Gründen für eine solche Äußerung. Wie unterschiedlich auch immer, es wird reagiert, eine Suizidankündigung, die in einem Krankenhaus getätigt wird, wird ernst genommen, auch wenn sie von Angehörigen geäußert wird. Ein sehr ähnliches Erleben wie die Koordinatorin schildert die Psychotherapeutin, die ihre eigene Reaktion auf eine Suizidankündigung beschreibt: Sie sieht sich in der Pflicht, Unterstützung zu holen, empfindet eine Verantwortung, für die Sicherheit der Patient_innen zu sorgen, die in ihren Augen durch eine solche Suizidankündigung gefährdet ist. Sie schildert eine von ihr erlebte, sich sehr von ihrem Verhalten unterscheidende Gegenposition, die es in ihrem Team auch gibt. Hier wird Suizid als Willensäußerung verstanden, die durch eine Nachvollziehbarkeit aufgrund der schweren Erkrankung legitimiert und nicht als Gefährdung, sondern als Recht eines Menschen wahrgenommen wird, das es zu *„berücksichtigen“* gilt. Eine Suizidankündigung oder einen Wunsch nach Suizid zu berücksichtigen, heißt, ihn ernst zu nehmen, nicht als Gefährdung, sondern als ernst zu nehmenden Wunsch, der auch umgesetzt werden möchte. Das Brisante an diesen beiden Positionen ist, dass sie tatsächlich etwas „Sprengendes“ haben, denn sie führen zu diametralem Verhalten der Betreuungspersonen: Die eine Haltung versucht den Suizid dezidiert zu verhindern, die andere ihn zu *„berücksichtigen“*, was von der Position, ihn nicht zu verhindern, bis zu jener, ihn zu ermöglichen, reichen kann (vgl. 8.2; vgl. Fußnote 7.6.2).

Dass es im Zuge einer schweren Erkrankung äußerst angespannte Situationen geben kann, die zum Aussprechen von Suizidgedanken führen können, schildert Frau E, die Psychotherapeutin des Palliativkonsiliarteams. Dabei beschreibt sie jedoch auch, dass ein Nachfragen nach den Ursachen zu einer Veränderung führen kann, die mit der Linderung von z. B. akutem physischen Schmerz auch

den Wunsch nach einem Suizid verändert. Nach dem Erleben von Frau E ist für die Patient_innen das Nicht-aushalten-Können ihrer Situation maßgeblich für Suizidgedanken.

Die vom Supervisor geschilderte Betroffenheit in Teams, die den Suizid einer Patient_in erlebt haben, skizziert die tatsächliche Praxis, die so ein *umgesetzter* und nicht nur angekündigter Suizid auch auslöst: Die ganze Institution wie auch die Teams und Einzelpersonen haben sich Fragen einer möglichen Schuld zu stellen, die erbrachte medizinische und pflegerische Versorgungsleistung wird einer öffentlichen oder auch juristischen Beurteilung unterzogen. Die Ärztin hingegen schildert die persönlich-professionelle Dimension, die so eine Tat auslöst: Sie versucht in der Rekonstruktion der Ereignisse für sich Hinweise zu finden, die den Zustand des Patienten andeuten, auch um weiterhin auf die eigene Wahrnehmung vertrauen zu können, die in der Arbeit mit Menschen grundlegend ist. Der Suizid von Patient_innen macht Teams wie auch Einzelne betroffen und erschüttert: Auch wenn Suizid in Österreich nicht strafbar ist, wird durch eine solche Tat der Blick auch auf das Versorgungssystem gerichtet, das sich die Frage stellen muss, ob dem behandelnden Team ein Vorwurf zu machen ist. Abgesehen von rechtlichen Konsequenzen bedeutet ein erfolgter Suizid auch immer ein Hinterfragen und eine Verunsicherung professionellen Handelns und wird sowohl in den Teams wie auch in der Gesellschaft kontrovers, dadurch auch höchst emotional, betrachtet. Und es bleibt auch immer etwas offen, nicht begründbar und zutiefst persönlich, denn die Entscheidung der Betroffenen zum Suizid kann nur im Nachhinein nachgezeichnet werden.

7.6.3 Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus

Die erste Sequenz ist aus dem Protokoll der fünften Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam entnommen. Die Supervision ist geprägt von Erzählungen von konflikthaften Ereignissen, die sich seit dem Sommer zugetragen haben. Zu Beginn sprechen die Ärztin und die Koordinatorin davon, dass sie sich sehr erschöpft fühlen. Die Erschöpfung rührt her von Konflikten mit anderen Stationen, und es stellt sich immer wieder die Frage, ob jemand palliativ oder noch nicht palliativ ist. Die Organisation mit ihren unterschiedlichen Stationen und Meinungen zu Thema Palliative Care prägt diese Supervision. Aus diesem Kontext heraus spricht die Koordinatorin an, dass sie eine Trauergruppe anbieten wollten.

> …, dass es 365 Tote im ersten Halbjahr 20XX gegeben hat, also so viele Tote wie ein Jahr Tage hat, die Zahl hat sie sich gut gemerkt. Frau E wollte eine Trauergruppe machen (sie wendet sich zu Frau E), das hat man erlaubt, aber „werben" durften sie nicht, das wird von der Führung nicht gewünscht. **„Eigentlich will man den Tod nicht im Haus haben"**, sagt sie. (SV Team 1, 5. SV, 11/2014, 135-138)

365 Menschen versterben alleine in den ersten sechs Monaten eines Jahres in diesem Krankenhaus. Die Koordinatorin bringt eine konkrete Zahl, die als Grundlage dienen soll, um zu begründen, warum eine Trauergruppe sinnvoll ist. Bleibt man in der Logik der Zahlen und rechnet man auch nur für die Hälfte der Verstorbenen ein Familienmitglied oder eine Freund_in, kommt man schon auf über 180 Menschen, die an einer solchen Gruppe teilnehmen oder sich grundsätzlich dafür interessieren könnten, die auf diese Weise unterschiedliche Möglichkeiten der Trauerverarbeitung erfahren würden. Das Angebot des Palliativkonsiliarteams wird von der Krankenhausleitung genehmigt, allerdings darf dafür im Krankenhaus keine Werbung gemacht werden. Die Information kann folglich nicht zu den Betroffenen gelangen, die mit dem Tod eines nahestehenden Menschen konfrontiert sind. Das Angebot einer Trauergruppe darf es also geben, Trauernden auch eine Information zukommen zu lassen, nicht. Hier ist ein Vergleich zu Kapitel 7.1.1 hilfreich. Wird Sterben in der Organisation Krankenhaus mit *„Filtern"* versehen, ist auch die Offenheit und Transparenz gegenüber den Menschen, deren Leid durch Sterben, durch den Tod erst begründet wurde, offenbar nicht sehr groß. Der Trauer und dem Tod soll kein Raum gegeben werden. Die Koordinatorin formuliert mit dem Satz *„Eigentlich will man den Tod nicht im Haus haben"* ihr Erleben des Umgangs mit Tod und Sterben vonseiten der Organisation. Dieser Satz ist auch aus dem Kontext der Supervision heraus zu verstehen, denn mit Tod und Sterben werden in der Organisation auch die Angebote des Palliativkonsiliarteams assoziiert. Ein Angebot, das die Zielgruppe nicht erreichen kann, wird nicht genützt werden können und soll auch keine Umsetzung erfahren. Damit *hält* man die Trauernden und mit ihnen die Verstorbenen auch nicht im Haus.

Die Psychotherapeutin macht in der Fokusgruppe „Feld" am Ende der Diskussion zum Thema „palliativ" versus „kurativ" (Handout Fokusgruppe „Feld", Anhang d.) die folgende Aussage, in der angesprochen wurde, dass mit den Begriffen „palliativ" oder „Hospiz" schon ein Sterben verbunden wird. Sie berichtet daraufhin von einem Arzt, der die Palliativstation einem Patienten gegenüber als *„Rehabstation"* bezeichnet hat. Woraufhin der Patient zunehmend irritiert war, da er in erster Linie Sterben miterlebte.

> Psychotherapeutin: Bei uns ist das jetzt einmal verkauft worden von einem Arzt, dass das eine Rehab, dass wir eine Rehababteilung (lacht) sind. (46:14) Und dann ist (lacht) der Patient gekommen und hat gesagt, wieso? Hier sterben alle! Das war total schlimm für den, der war im Zimmer mit Schwerstkranken und das ist keine Rehab, da wird nicht geturnt, da wird nicht gemacht, das war total, das war die TOTALE Aufregung bei uns (46:26), dass der so was MACHEN kann. Das war irritierend, total. (46:30) (Fokusgruppe „Fach“, 10/2015, 581-586)

Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus ist, wie dieses Beispiel zeigt, geprägt von Information und Kommunikation. Ein Arzt bezeichnet eine Palliativstation dem Patienten gegenüber als Rehababteilung. Die Erfahrung, nicht auf Rehabilitation zu sein, muss der Patient hier selber machen, und das führt nicht nur bei ihm, sondern auch auf der Station zur „totalen Aufregung“. Eine Empörung wird hier ausgesprochen, die so eine Irreführung auslöst. Mit der Zuweisung zu einer Rehabilitationsstation werden in der Regel keine schlechten Nachrichten überbracht, das Sterben wird so nicht angesprochen, es bleibt dem Patienten überlassen mitzubekommen, wo er nun tatsächlich ist. Und es wird in die Verantwortung der Palliativstation gelegt, wie diese mit einem immer irritierter werdenden Patienten umgeht, der seinen eigenen Zustand, der ihn auf die Palliativstation gebracht hat, offensichtlich auch noch nicht ganz erfasst hat. Sterben und Tod wird für die Mitarbeitenden der Palliativstation so eine besondere kommunikative Herausforderung, da sich die Irritierung nicht nur beim Patienten zeigt, sondern sich auf die ganze Station überträgt: Die Mitarbeitenden sind aufgebracht und verärgert, und es ist nicht auszuschließen, dass auch andere Patient_innen verunsichert und beunruhigt werden, in einer Lebensphase, die auch ohne eine solche Irritation beunruhigend genug ist.

In der Fokusgruppe mit dem Palliativkonsiliarteam wurde beim Themenfeld „Sterben, Tod und Suizid“ (vgl. Handout Fokusgruppe „Supervision“ SV Team 1 und SV Team 2, Anhang e.) vor allem über Suizid gesprochen, und am Ende ergreift die Koordinatorin Frau A noch einmal das Wort. Sie betont, dass Sterben und Tod Erfahrungen ihres Berufes sind, die beglückend und schön sind. Auch auf den Stationen, von den Kolleg_innen erlebt sie Unterstützung, sie bekommt Zeit. Ich stelle daraufhin einen Bezug zur Aussage der Koordinatorin des mobilen Palliativteams her, der in Kapitel 7.6.1 analysiert wurde, und betone, dass die Koordinatorin auch in Bezug auf das Thema Sterben die Sinnhaftigkeit der Arbeit betont. Frau A wiederholt abschließend, dass die Sterbebegleitung die schönste Erfahrung ist, und zieht den Vergleich zu einer Hebamme.

> Frau A: (…) und diesen Weg zu begleiten, da erfahr ich eigentlich die schönste Aufgabe, weil da wird einem kein Stein mehr in den Weg gelegt (1:01:57), da werd' ich unterstützt, da krieg ich auch so: Brauchst was? Oder: Nimm dir die Zeit, die du brauchst. Also, so der Patient und die Familie, und auch wenn man begleitet und so, da kann man so SEIN und das find ich, also da, das klingt jetzt komisch (lacht), das ist der schönste Dank, Entschuldigung, wenn ich das so sag, für mich ist das der schönste Dank in meinem Beruf. (Fokusgruppe „SV Team 1", 12/2015, 733-739)

> Frau A: Ja, ja, das kann ich GENAU so sagen, dass das die schönsten Erfahrungen sind, die beglückendsten, wenn ich z'Haus geh und das ist wie – für mich ist es so wie, wirklich, so wie eine Hebamme. (Fokusgruppe „SV Team 1", 12/2015, 743 -745)

Die Koordinatorin schildert Sterben und Tod im Krankenhaus aus ihrem beruflichen und persönlichen Selbstverständnis und Erleben heraus. Dabei gibt sie der Sterbebegleitung – und hier meint sie die Begleitung der letzten Lebensstunden einer Patient_in bis zu ihrem Tod – eine besondere Bedeutung: einerseits im Hinblick auf die Organisation, die sie hier in Form von Kolleg_innen als unterstützend, wertschätzend und anerkennend wahrnimmt – wo sie sonst auch oft Blockaden für das Palliativkonsiliarteam erlebt (vgl. 7.1.1, 7.2.1), kann sie hier mit den Patient_innen und der Familie „sein". Dafür empfindet sie Dank, für den sie sich auch gleich entschuldigt. Andererseits sieht sie in der Begleitung des Sterbens eine intensive und auch beglückende Erfahrung, die sie auch genau so, in diesen Worten, ausdrücken kann. Die Sterbebegleitung vergleicht sie mit der Arbeit einer Hebamme, die das Zur-Welt-Bringen zur Aufgabe hat, während sie das Aus-der-Welt-Scheiden begleitet.

Der Orientierungsrahmen spannt sich *von Sterben als schwer Auszusprechendes, so schwer, dass Leugnung, Fehlinformation, Verunsicherung und Angst bei allen Beteiligten in Kauf genommen werden und auch die Trauer keinen Platz haben darf, zu Sterbebegleitung als ganz besonders intensives und beglückendes Erleben im Beruf.*

Komparative Analyse:

Das Erleben von Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus ist geprägt von einer Haltung, die sich auf Leitungsebene, bei den Stationen und bei Einzelpersonen festmachen lässt. Diese Haltung zeigt sich in einem widersprüchlichen Umgang seitens der Organisation mit konkreten Angeboten für Trauernde, die als Idee zwar genehmigt, für die Praxis jedoch verunmöglicht werden. Sie spiegelt sich wider im Verhalten eines Arztes, der statt von Palliativstation von Rehabilitationsstation spricht und damit vermeidet, Sterben und Tod ansprechen, zulasten der Patient_innen und der ganzen Station, die mit dieser Irritation umzugehen haben. Auf der anderen Seite gibt es auch das Erleben, dass Sterbebegleitung anerkannt und unterstützt wird und dass die Koordinatorin, die mit dem

Palliativkonsiliarteam oftmals mühselige Blockaden innerhalb der Organisation schildert, gerade bei diesem Thema eine ganz besondere Wertschätzung für sich und ihren Beruf erfährt. Allerdings skizziert sie hier innerhalb der Organisation einen bewussten und anerkennenden Umgang mit Tod und Sterben: ein Nachfragen, ein Zeitgeben, ein auf jeden Fall bewusstes Wahrnehmen, dass jemand stirbt und dabei begleitet wird. In der Organisation Krankenhaus gibt es neben dem Leugnen, Negieren und Verschweigen von Tod und Sterben auch offene Haltungen, die einen Umgang mit Sterben und Tod begünstigen und Sterbebegleitung als besonderes Angebot anerkennen, das auch Unterstützung findet.

7.6.4 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Sterben und Tod lassen sich auf Grundlage der Analysen anhand folgender Orientierungsrahmen festmachen: das Sprechen über das Sterben als Bedürfnis nach Orientierung und Halt für die Betroffenen wie auch ein Aushalten für alle Beteiligten (7.6.1); das Aussprechen eines Todeswunsches als *nachvollziehbare Willensbekundung* wie auch *als Anlass zu reagieren*, im Sinne einer Gefährdung der Sicherheit der Betroffenen (7.6.2); der erfolgte Suizid *als Auslöser für Betroffenheit*, die *eine Abwägung und Beurteilung des eigenen professionellen Handelns nach sich zieht* (7.6.2); und Sterben und Tod in der Organisation, erlebt *als schwer auszuhaltende Tatsache wie auch als beglückendes und sinngebendes Ereignis* (7.6.3).

Folgende Typiken lassen sich rund um die Themen Sterben und Tod formulieren: über das Sterben sprechen, als grundlegende Orientierung und Bezug für die Betreuenden wie für die Betroffenen, versus unausgesprochene oder unklare Haltungen, Distanziertheit sowie Einstellungen und Entscheidungen, die Betroffenheit und Irritation auslösen; Suizidankündigung als Auftrag zur Sorge und zum Ergründen von Motiven hinter dieser Aussage versus Suizid als klare Willensbekundung, die es zu berücksichtigen gilt.

Die Frage von Frau Z, ob die verwirrenden Träume nun das Sterben bedeuten, der geäußerte Suizidgedanke eines Angehörigen, die an die Psychotherapeutin gerichtete Aussage, dass ein Weiterleben mit starken Schmerzen nicht aushaltbar ist und der Tod herbeigesehnt wird, oder auch die Ankündigung, nicht „*so bald*“ „verreisen“ zu wollen, diese Beispiele zeigen, dass Tod und das Sterben zur Sprache kommen und das Aussprechen immer auch eine Orientierung für alle Beteiligten bedeutet. Hospiz- und Palliativteams reagieren mit einem Beziehungsangebot: in Form eines Mitaushaltens einer Angst, mit Nachfragen, was den

Wunsch nach Suizid auslöst, oder auch mit der Wahrnehmung, dass Sterben seine Zeit braucht und eben nicht *„bald“* erfolgt. Wie auf diese Aussagen reagiert wird, hat mit ethischen Überzeugungen und Haltungen zu tun, die für das Handeln der Betreuenden eine Rolle spielen, und betrifft den weiteren Umgang mit Tod und Sterben. Alleine das An- und Aussprechen und die Möglichkeit dazu bieten für Betroffene einen Rahmen, der ihnen, wie auch allen anderen Beteiligten, die Chance gibt mitzubekommen, was Betroffene beschäftigt oder auch quält.

Ist es das gute Recht eines Einzelnen, seinen eigenen Tod zu negieren und zu verdrängen, weil Verdrängung manchmal auch notwendig ist, um leben zu können, so stellt es sich für die Leitung eines Krankenhauses oder für Fachpersonal anders dar. Wird hier verdrängt, fehlt eine Orientierung, die zu widersprüchlichen Aussagen führt, wie: Trauergruppe ja, aber nicht dafür werben, oder Zuweisung zur Palliativstation, aber diese lieber als Rehabilitationsstation bezeichnen, damit die unangenehme „Wahrheit“ nicht herauskommt. Die fehlende Orientierung wird hier noch verstärkt durch Irritation, und es muss mühsam oder auch schmerzhaft ergründet werden, um was es gehen könnte: um Sterben, Tod und Trauer.

Der erfolgte Suizid von Betroffenen, der Teams und einzelne Betreuende mit großer Betroffenheit zurücklässt, gibt ebenfalls keine Orientierung für weiteres Handeln, sondern schafft schlicht Fakten. Nun wird nach einer möglichen Mitschuld gefragt, das eigene professionelle Tun wird hinterfragt. Suizidankündigungen und Suizide werden im Rahmen der Fokusgruppen nicht als stringente Akte beschrieben, wo der Ankündigung der Suizid folgt. Vor allem der erfolgte Suizid wird als unvorhergesehenes sowie im Nachhinein verunsicherndes und irritierendes Ereignis beschrieben, das betroffen macht und sich letztlich nicht gänzlich verstehen lässt. Die Begleitung des Sterbens im Krankenhaus wird hingegen auch als ganz besonderes Erleben beruflichen Handelns dargestellt, beglückende Wertschätzung und Unterstützung anstelle eines sonst oft mühsamen Kampfes um Anerkennung. Dem Zur-Welt-Kommen wird das Sich-aus-der-Welt-Verabschieden gegenübergestellt: Es geht um die Begleitung der letzten Lebensstunden einer Patient_in bis zu ihrem Tod, und dieses Erleben wird aus der Sicht der professionellen Begleiterin als besondere – schöne – Erfahrung beschrieben.

7.7 Abschied

In den beiden Supervisionsprozessen wurde über das Beenden von Betreuungen oder das Wechseln von einer zur anderen Betreuung gesprochen oder überhaupt gleich von neuen Herausforderungen berichtet. Abschiede anzusprechen ist

auch in der Supervision kein „leichtes“ Unterfangen. Sie können wehtun, traurig oder auch wütend machen, Gefühle auslösen, die eine Person im Arbeitskontext schutzlos oder auch hilflos wirken lassen, was dem professionellen Rahmen oft nicht zuträglich erscheint.

In den folgenden Kapiteln wird ausgehend von zwei unterschiedlichen Aspekten das Thema Abschied behandelt. Kapitel 7.7.1 befasst sich mit der Dynamik, die in einer Supervision dazu geführt hat, ein ganz aktuelles Thema – das Sichverabschieden einer Patientin, um ins Hospiz zu gehen – zur Sprache zu bringen, und wie über die Markierung des Abschieds, nach anfänglichen Hürden, eine intensive Reflexion eines Betreuungsprozesses stattfinden kann. In Kapitel 7.7.2 wird ausgehend von einer Erzählung einer Hospizbegleiterin das Thema Abschied als unsicherer Übergang beschrieben, der vornehmlich einer bestimmten Berufsgruppe zugeschrieben, jedoch grundsätzlich als „großes Thema“ angesehen wird.

7.7.1 Sich dem Abschied nähern

Die siebente Supervision mit dem Palliativkonsiliarteam steht im Zeichen der Verabschiedung einer Patientin, die über einen längeren Zeitraum hinweg vom Palliativkonsiliarteam immer wieder betreut worden ist (vgl. 7.3.2, 7.5.2, 7.6.1). Supervisionen mit diesem Team beginne ich in der Regel mit der Frage, wie es ihnen, den Einzelnen, geht und was sie gerade beschäftigt. Diese Supervision beginnt mit einer Information über die geplante Fokusgruppe, die im Herbst stattfinden sollte. Dabei erkläre ich, was ich damit beabsichtige und was der konkrete Inhalt dieser Fokusgruppe sein wird, dann erst beginne ich mit dem eigentlichen Einstieg.

Die folgenden Sequenzen sind chronologisch und zeigen, wie sich das Team dem Thema Abschied in der Supervision nähert. Üblicherweise sitzen alle im Sesselkreis, bei dieser Supervision sitzen wir um einen Tisch. Als ich in den Raum komme, wo die Supervision stattfindet, ist Frau A schon anwesend und meint, das Verschieben der Tische sei diesmal zu umständlich. Ich akzeptiere diese Sitzordnung und notiere mir dieses abweichende Setting. Die Supervision beginnt mit einer Information meinerseits in Bezug auf die gegen Ende des Jahres stattfindende Fokusgruppe. Dann erst beginnt der gewohnte Einstieg mit der Frage, ob sie etwas besonders beschäftigt, ob sie heute ein Thema haben, das sie besprechen wollen.

> Ich schaue in die Runde und sage, dass ich jetzt gerne mit der Befindlichkeitsrunde weitermachen möchte, also der Frage, wie es ihnen geht und ob sie ein bestimmtes Thema gerne besprechen wollen. Frau A sagt: „Ich dachte, das machen wir nicht?" Ich antworte, „nicht gleich, aber jetzt schon." Frau D neigt sich zu Frau A und sagt, dass halt nicht gleich so begonnen wurde. Kurzes Lachen. Frau A meint, sie müsse sich jetzt **„umcodieren"**, **wieder in sich hineingehen**. Frau D sagt, sie muss nun überhaupt erst **den Code zu sich finden** und legt ihre Hand auf ihr Brustbein, unterhalb des Halses, und Frau C sagt lachend, sie muss den **Tresorschlüssel** erst wieder finden, denn den hat sie **verloren**. (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 53-58)

Die Supervision beginnt anders als gewohnt: Dem üblichen Einstieg, mit einer ersten Runde, in der jede Supervisandin erzählt, wie es ihr geht und was sie gerade beschäftigt, wird eine Information vorangestellt, die mit der Supervision selbst nichts zu tun hat, sondern dem Forschungsvorhaben dient. Beginnt dann der „gewohnte" Einstieg, herrscht kurz Irritation. Denn Frau A hat sich schon darauf eingestellt, dass die Supervision nicht mit einer Anfangsrunde beginnt. Es entspinnt sich ein metaphorischer Reigen an Beschreibungen des Zugangs zu den Gefühlen, der von Frau A, Frau D und Frau C humoristisch geführt wird. Frau A stellt sich auf den Beginn der Supervision ein, der ein *„in sich hineingehen"* verlangt. Es wird eine gewisse emotionale Offenheit erwartet, die für Frau A offensichtlich etwas ist, auf das sie sich *einstellen* muss, was sie mit dem Begriff des „Umcodierens" ausdrückt. Denn eigentlich wäre sie darauf *eingestellt* gewesen, über sich zu sprechen. Die Information der Supervisorin hat sie aus diesem „In-sich-Gehen" herausgeworfen. Frau A verwendet den Begriff *„umcodieren"*, der von Frau D und von Frau C aufgenommen und mit zusätzlichen Metaphern versehen wird. Der Zugang zu sich und seinen Gefühlen ist mit einem Code verbunden, einer Kennung, die nun wieder „umcodiert" oder neu gefunden werden muss bzw. als *„Tresorschlüssel"* bezeichnet wird, den es überhaupt erst wieder zu finden gilt. Der Weg zu den eigenen Gefühlen ist kein einfacher, er ist verschlüsselt. Erst ein Code, eine Kennung führt zu den gut gehüteten Gefühlen, Frau C verschließt sie gleich im Tresor und „verliert" den Schlüssel und somit den Zugang und muss diesen *„erst wieder finden"*. Auch die Geste von Frau D – sie legt ihre Hand auf ihr Brustbein – unterstreicht den gut geschützten Ort der Gefühle. Gefühle werden einerseits als kostbar beschrieben, weil sie auch gut gehütet werden, sie werden jedoch auch immer wieder weggesperrt, mit Code und Schlüssel versehen, damit auch jede Person selbst vor den eigenen Gefühlen geschützt wird und doch auch Zugang findet, allerdings einen *verschlüsselten*.

In der nächsten Sequenz steigen Frau A und Frau C in die *„Befindlichkeitsrunde"* ein. Frau A berichtet vorher von einem abwertenden Kommentar, den sie

über das Palliativkonsiliarteam in einer Dokumentation einer Station gelesen hat. Das werde sie aber mit der Stationsleitung klären. Sie beendet ihr Wortmeldung mit:

> „Sonst ist es ruhig, es ist **friedlich**."

> **„Eine Totenruhe"**, kommentiert Frau C und lacht (in sich hinein) und schaut dabei zu Frau E und Frau Dr. B und lächelt. Frau A meint, „ruhig, ja, es passt." Da ich nur ihren Oberkörper sehe, wirkt sie heute ruhiger als sonst, sie bewegt sich beim Reden oft, das macht sie heute nicht. Ihre Hände liegen auf dem Tisch. Ich frage noch, ob sie ein bestimmtes Thema hat, sie meint, „nein". (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 67-91)

Frau A berichtet, was sie geärgert hat, schließt das Thema jedoch rasch ab und sagt abschließend, dass es gerade *„ruhig"* und *„friedlich"* ist. Frau C assoziiert daraufhin eine *„Totenruhe"*, eine Ruhe und einen Frieden, der nichts mehr Lebendiges hat. Diese Ruhe hat für Lebende etwas Bedrohliches, sie ist tot, starr und verändert sich nicht mehr. Die Beschreibung der „Befindlichkeit" spannt sich hier von einer Ruhe und einem Frieden zu etwas Bedrohlichem und Starrem. Weder von den Kolleginnen noch von mir wird die *„Totenruhe"* explizit kommentiert. Frau A greift sie dennoch auf, indem sie noch einmal betont, dass es *„passt"* und *„ruhig"* ist. Sie wiederholt damit die Ruhe, lässt aber die Toten weg. Die *„Totenruhe"* ist jedoch ausgesprochen, allerdings noch nicht „entschlüsselt", hier fehlt noch, um im Rahmen der Fokussierungsmetaphern zu bleiben, ein entscheidender Code, der „Schlüssel", um die „Ruhe" und ihren Bedeutungskontext zu verstehen.

Die Sozialarbeiterin, Frau D, meldet sich zu Wort und berichtet, dass sie mit zwei Fällen beschäftigt ist, die sie sehr traurig machen. Sie nennt Frau Z, die bald sterben werde, und einen jungen Mann, der verstorben ist.

> Frau D sitzt links von mir, neben Frau A, sie sitzt ganz nahe am Tisch, ihre Hände liegen auf dem Tisch oder sie hebt sie gestikulierend. Sie sagt, dass sie betroffen ist, gestern hat sie zwei „Fälle" mit nach Hause genommen, sie hätte losheulen können, so **nahe** ging ihr das. Frau Z, die nun bald sterben wird, und der junge Mann, der verstorben ist. Ich frage, was sie so traurig gemacht hat. Sie sagt, dass die Patientin nur zwei Jahre jünger ist als sie, sie haben sie schon lange betreut und nun liegt sie im Sterben: Sie ist im Hospiz. Frau A und Frau Dr. B waren gestern bei ihr und haben die Begegnung so eindringlich geschildert, das hat sie so betroffen gemacht. (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 79-85)

Frau D erlebt ihre „berufliche Befindlichkeit" im Gegensatz zu den Vorrednerinnen Frau A und Frau C alles andere als *„ruhig"* und *„friedlich"*. Sie ist aufgewühlt, sie ist betroffen, sie hat ihre Arbeit in Gedanken mit nach Hause genommen. Ein

junger Mann ist am Vortag verstorben und eine bereits lange vom Team betreute Patientin, Frau Z (vgl. 7.3.2, 7.5.2, 7.6.1), ist mittlerweile im Hospiz. Die *„Totenruhe“* von Frau C erhält durch Frau D nun einen Kontext: Das Team ist mit Tod und Abschied konfrontiert, und diese bewirken bei Frau D eine Betroffenheit, die den Blick auf eigene Gefühle richtet. Frau D geht das Schicksal der Patient_innen *„nahe“*, es macht sie traurig. Diese „Nähe“ zu Frau Z stellt sie durch die lange Betreuung und das ähnliche Alter her. Sie verweist auf eine eindringlich geschilderte Begegnung von Frau A und Frau Dr. B, die Frau Z am Vortag im Hospiz besucht haben. Sie ist von der Schilderung berührt und diese ist nicht auf den gestrigen Tag beschränkt, sie hat sowohl Frau Z als auch den jungen Patienten, der verstorben ist, *„mit nach Hause genommen“*. Sie betont die Nachwirkung der Betroffenheit auch außerhalb des Arbeitskontextes. Mit dem Ansprechen der Betroffenheit am Beginn der Supervision eröffnet sie den Blick auf die Betreuung von Frau Z, auf die im Rahmen der Supervision näher eingegangen wird.

Es folgt eine intensive Reflexion der Betreuung von Frau Z: ihre Erkrankung, ihre Lebensumstände – sie hat noch ein sehr kleines Kind, was auch in vielen Begegnungen mit Frau Z Thema war und das Team sehr bewegt hat –, ihr Abschied vom Krankenhaus und der Weg ins Hospiz.

Im Zuge vieler Schilderungen von Ereignissen und Begegnungen mit Frau Z wird mit großem Respekt und Wertschätzung über die Patientin gesprochen, die sich nicht nur bezüglich medizinischer Vorgaben unkonventionell verhielt, sondern auch mit ausgeprägter Autonomie ihre Entscheidungen traf. Erst ein paar Tage vor der Supervision ist Frau Z vom Krankenhaus ins Hospiz übersiedelt. Frau C erinnert sich im folgenden Protokollausschnitt an eine Situation mit Frau Z, in der sie ihr geholfen hat, sich anzuziehen.

> Sie hat ihr die Strümpfe angezogen und das ist ja immer schwierig, weil die so eng sind. Sie hat dann gemeint, sie soll sich **bei ihr festhalten**, sonst würde sie sie vom Bett ziehen. Alle lachen, als sie eine Gestik mit den Händen macht (sie zieht was Imaginäres von vorne nach hinten und lässt es los). Als die Strümpfe angezogen waren, hat Frau Z Frau C von hinten umarmt und ihren Kopf auf ihre Schulter gelegt. Kurz war das, aber eine **berührende** Geste. Frau C fügt an, „die hat das bei mir gemacht und das, obwohl ich ja **keine zum Umarmen bin**, mein Enkel macht das … aber sonst.“ (SV Team 1, 7. SV, 3/2015, 164-168)

Frau C schildert keinen Abschied mit Handschlag und Dank für die gute Betreuung. Sie berichtet von einem Moment, der sich in einem physischen Kontakt zeigt. Es ist eine Geste ohne Worte, eine kurze körperliche Berührung, ein In-Kontakt-Treten, ein Halten wie auch Gehaltenwerden. Dabei verschwimmt kurz eine Eindeutigkeit: Wer hält wen, wer lehnt sich an wen? Frau C unterstreicht die

Besonderheit durch die Feststellung, dass sie *„keine zum Umarmen“* ist, dass sie üblicherweise keine körperlichen Signale sendet, die zu so einer Geste einladen. Umso bemerkenswerter ist es, dass die Patientin diese körperliche Ebene initiiert und diese von der Krankenschwester auch zugelassen wird. Es ist eine Geste am Ende einer intensiven Betreuungsbeziehung, die von großem Vertrauen getragen ist, wo ein Sicheinlassen und Eingehen auf das Gegenüber möglich war, wie die in Kapitel 7.6.1 geschilderte Erzählung von Frau C auch deutlich macht, in der sie mit Frau Z über ihre Albträume und das Sterben spricht. Es ist eine berührende und sehr persönliche Geste, die Frau C im Rahmen dieser Supervision teilt. Angesichts der Nähe und Kostbarkeit eines solchen Moments ist ihre Metapher der ersten Protokollsequenz mit dem Tresorschlüssel, den sie erst wieder finden muss, um über ihre Befindlichkeit etwas sagen zu können, auch nachvollziehbar: Dieses Erleben wird bewusst geteilt, es ist im Kontext des gemeinsamen Nachdenkens, Sichverabschiedens und Sicherinnerns an Frau Z zu lesen. Mit der Erzählung berichtet sie auch von einem Abschied, einem Kontakt, in dem noch einmal gehalten, gespürt und auch losgelassen wird.

Der Orientierungsrahmen umfasst das sich dem Abschied reflexiv Nähern *als nicht leicht zugängliches, intensives und auch betroffen machendes wie auch berührendes Gefühl*.

Komparative Analyse:

Eine Supervision beginnt nicht so wie gewohnt, am Beginn steht eine Information zu einem bestimmten Forschungssetting. Die Supervisandinnen hatten sich auf etwas anderes *„eingestellt“*, daher müssen sie sich bei der nun doch stattfindenden *„Befindlichkeitsrunde“* erst wieder *„umcodieren“*, den *„Code wieder finden“*, den *„Tresorschlüssel“* überhaupt erst wieder suchen. Was hier von einem Lachen begleitet wird, zeigt einen sehr wachsamen Umgang mit den eigenen Gefühlen, die nicht „auf- und abzudrehen“ sind, sondern erst über *einen Zugang* besprechbar werden. Dieser Zugang wird nicht nur metaphorisch beschrieben, sondern wird auch in der Dynamik deutlich: Unterschiedliche Codes kommen hier in Form von Worten und Beschreibungen zum Einsatz: *„ruhig“*, *„friedlich“*, *„Totenruhe“* und *„es passt“* reihen sich aneinander. Erst Frau D, die Sozialarbeiterin, eröffnet mit dem Ansprechen ihrer Betroffenheit und mit ihrer Erzählung über die Ereignisse der letzten Tage – den Abschied von Frau Z und den Tod des jungen Patienten –, was sie beschäftigt. Das schafft den Auftakt eines Nachdenkens und Reflektierens über eine sich über mehrere Monate erstreckende Begleitung einer Patientin. Die Sozialarbeiterin ist berührt von der eindringlichen Schilderung von Frau A und Frau Dr. B, die die Patientin im Hospiz besucht haben. Frau D hatte am Vortag keinen direkten Kontakt mit Frau Z, sondern wird erst durch die Schilderung der beiden Kolleginnen über die Situation der Patien-

tin informiert. Sie war *nicht direkt* an dieser Begegnung beteiligt, war nicht am Krankenbett (7.3.2), aus einer Distanz heraus formuliert sie ihre Gefühle und spricht eine Betroffenheit aus. Ihrer Wortmeldung folgt eine intensive Reflexion der Betreuung der Patientin. Die Kolleginnen, die mit der Patientin aufgrund des Berufs im stärkeren *direkten* Kontakt waren – die beiden Krankenschwestern, die Ärztin und auch die Psychotherapeutin – bekommen durch die klar ausgesprochenen Gefühle den Anstoß, sich zu erinnern und einzulassen. Frau D ist mit ihrer Aussage Auslöserin, indem sie deutlich anspricht, was sie betroffen macht. Auf sie reagiert das Team, anders als auf Frau C's *„Totenruhe"*, die noch vage bzw. unklar ist. Frau C wird hingegen sehr deutlich, als sie die körperliche Nähe beim Anziehen der Patientin schildert, die sie als berührend erlebt hat. Die *„Totenruhe"* weicht einer sehr lebendigen und eindringlichen Erzählung eines besonderen Abschiedsmoments.

7.7.2 Abschied nehmen: *„ein großes Thema"* – für alle?

Im Hospizteam berichtet eine Supervisandin, dass sie eine Trauerbegleitung beenden möchte. Die Frau, die sie begleitet hat, wird im nächsten Monat übersiedeln und das ist ein guter Zeitpunkt für ein Ende.

> „… ich will die Trauerbegleitung auch beenden, wenn sie dann übersiedelt ist. Das ist ein guter Zeitpunkt, das ist im Oktober."
>
> „Wie geht es Ihnen denn mit dem Beenden?", frage ich.
>
> Sie lächelt ein wenig, reibt sich die Hände und sagt: **„Das wird haarig."** Denn irgendwie sei klar, dass die Trauerbegleitung zu Ende geht, aber es ist noch nicht angesprochen worden, und sie findet die Frau sehr nett und sympathisch, aber sie möchte keine Freundschaft weiterführen. (SV Team 2, 6. SV, 9/2015, 150-155)

Der Hospizbegleiterin ist bewusst, dass eine Trauerbegleitung zu Ende geht. Sie hat Klarheit darüber in Bezug auf den Zeitpunkt, der Umzug scheint passend zu sein, allerdings gibt es eine Unsicherheit über die weitere Form des persönlichen Verhältnisses: Heißt das Ende einer Trauerbegleitung, dass diese nun umfunktioniert wird in eine Freundschaft? Oder ist mit dem Ende des Auftrags auch der Kontakt grundsätzlich verändert, nämlich beendet? Die Hospizbegleiterin spricht über die Möglichkeit, die Trauerbegleitung in eine Freundschaft umzugestalten, was sie aber nicht möchte, auch wenn sie die Frau sympathisch findet. Eine Orientierung zwischen zwei grundlegenden Positionen lässt sich hier formulieren: Eine Trauerbegleitung beenden und sie als Freundschaft weiterführen bzw. eine

Trauerbegleitung beenden, ohne sie in eine andere Beziehungsform überzuführen. Die Supervisandin möchte ein Ende ohne Weiterführung der Beziehung, was sie als *„haarig“* bezeichnet. Sie versteht Trauerbegleitung als Angebot, das sie im Rahmen ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit im Hospiz anbietet und das auch mit einem klaren Ende versehen ist. Das „Haarige“ daran ist, die Trauerbegleitung als ein solches Angebot auch dem Gegenüber zu vermitteln, damit ein Sicheinlassen auf den Trauerprozess nicht den Kontext der Aufgabe verliert und auf einer persönlichen, freundschaftlichen Ebene gesehen wird. „Haarig“ ist die Unsicherheit, ob das Gegenüber das Angebot auch tatsächlich so versteht: Trauerbegleitung als Auftrag, der ein Ende findet.

Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams stellt in der Fokusgruppe „Feld“, in der auch die soeben analysierte Textpassage als Input gegeben wurde, fest, dass das Abschiednehmen für ehrenamtliche Teams ein wichtiges Thema ist. Sie selbst betreffen Abschiede nur, wenn es besondere Begleitungen waren.

> Koordinatorin: Also im ehrenamtlichen Team ist es ein GROSSES Thema, bei uns nur (1:19:45) in Ausnahmefällen. Also, ja, ein GANZ junger Patient oder wo man wirklich ganz INTENSIVSTE Betreuungen gehabt hat. (Fokusgruppe „Fach“, 10/2015, 1028-1030)

Für die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams wird das Thema Abschied zwar als *„großes Thema“* bezeichnet, nicht jedoch für sie und ihr Team, sondern für ehrenamtliche Hospizteams. Abschiede werden von ihr nur dann als Thema wahrgenommen, wenn die betreuten Personen bzw. die Betreuungsprozesse eine Besonderheit hatten: Wenn Patient_innen sehr jung oder die Betreuungen von besonderer Intensität waren. Was die Koordinatorin unter intensiven Betreuungen versteht, wird anhand ihres in Kapitel 7.8.1 analysierten Diskussionsausschnitts deutlich, wo sie über Patient_innen spricht, deren Schicksale sie besonders berühren. Abschiede werden von ihr als Thema eingeführt, das grundsätzlich mit ehrenamtlichen Teams in Verbindung gebracht wird, für Palliativteams jedoch nicht die Regel, sondern die Ausnahme ist. Von Relevanz sind Abschiede erst dann, wenn Patient_innen etwas Besonderes auslösen – dann ist Abschied ein *„großes“* Thema, wie es sonst nur für ehrenamtliche Hospizbegleiter_innen ist. Abschied als Thema konstruiert sich nur im besonderen Ausnahmefall.

Die Koordinatorin des Hospizteams reagiert in der Fokusgruppe auf die Aussage der Kollegin und stellt fest, dass Abschiede ein Thema sind, dem man sich im professionellen Rahmen nicht entziehen, persönlich aber sehr unterschiedlich damit umgehen kann.

> Anna: (…) Abschiednehmen ist schon ein starkes Thema. Man kann gar nicht darum herum, das geht gar nicht (lacht). Sowohl selber als auch die Familien, auch im Hospiz, weil da hab ich ja zu schauen, kommen alle, sind die informiert, also muss ich die Zeichen wahrnehmen, jetzt auch professionell, ja, wie man persönlich damit tut, ist ein anderes Thema, das IST ein Thema. (1:01:19) (Fokusgruppe „SV Team 2“, 11/2015, 722-726)

Anna beschreibt das Thema Abschied als eines, dem man nicht entgehen und bei dem man sich auch nicht aussuchen kann, ob man es wahrnimmt oder nicht. Das betrifft die eigene Person wie auch das persönliche Umfeld der Patient_innen und das Hospiz selbst. Es gilt zu informieren und *„Zeichen“* wahrzunehmen, auf Veränderungen zu reagieren. Sie unterscheidet jedoch zwischen diesem professionellen Zugang des Wahrnehmens und Anerkennens eines Abschieds und dem jeweils persönlichen Umgang und der individuellen Verarbeitung. Dieses persönliche Verhalten bezüglich Trauer bezeichnet sie als *„anderes Thema*“, mit dem höchst unterschiedlich umgegangen wird. Abschied wird hier von der Koordinatorin eines mobilen Hospizteams als Thema beschrieben, das im professionellen Kontext präsent ist und Relevanz hat, dessen persönliche Verarbeitung jedoch sehr unterschiedlich erfolgen kann.

Frau Dr. B spricht in der Fokusgruppe bei der Frage nach der Trauer den Abschied an und betont, dass Abschiede ihr mehr zu denken geben. Wenn Patient_innen in weitere Einrichtungen oder auch nach Hause entlassen werden, fragt sie sich, ob die Entscheidung richtig war, ob es für die Patient_innen passt.

> Frau Dr. B: Ich denk, ich hab mehr, bin nachdenklicher, wenn’s um den ABSCHIED geht, also wenn man sagt, die geht jetzt nach Haus oder die gehen ins Hospiz oder die gehen auf die Palliativstation, da mach ich mir schon so Gedanken, wie wird’s der jetzt gehen? Wenn sie gestorben sind, dann denk ich, das ist jetzt gut, das passt jetzt, sie sind jetzt wo angekommen, und da bin ich jetzt eigentlich nicht traurig oder brauche auch keine Trauerverarbeitung, dann ist es erledigt. Aber dieses Abschiednehmen: Hat man den richtigen Platz für sie gefunden? War das die richtige Entscheidung? Da bin ich noch eher, was mich NACHDENKLICH macht. (Fokusgruppe „SV Team 1“, 12/2015, 992-999)

Die Ärztin präzisiert, was sie unter Abschied versteht: Es ist der Übergang vom Krankenhaus in die häusliche Pflege oder in ein anderes Angebot der spezialisierten Versorgung (vgl. 3.3.1). Der Abschied betrifft Lebende, die mit der weiteren Form der Betreuung gut zurechtkommen sollen. Frau Dr. B verbindet den Abschied mit Entscheidungen, die für die weitere Versorgung getroffen werden. Sie fragt sich, ob auch die richtigen Entscheidungen für die Patient_innen getroffen wurden, ob es ihnen dort, wo sie sind, auch gut geht. Diese Fragen stellt sie

sich nicht, wenn Patient_innen verstorben sind. Abschied wird hier klar mit dem „am Leben sein" verbunden und den Entscheidungen, die vor dem Abschied zu treffen sind, an denen die Ärztin in ihrem professionellen Tun beteiligt ist und die sie mitträgt. Trauer wird hingegen mit Sterben und Tod assoziiert, wo keine Entscheidungen mehr für „danach" zu treffen sind, sondern die verstorbenen Patient_innen nun wo *„angekommen"* sind, wo die Betreuung tatsächlich zu Ende ist und eine Verantwortung aufhört.

Als Orientierungsrahmen wird *Abschied als besonderes Thema ehrenamtlicher Mitarbeiter_innen beschrieben* wie auch *als Übergang*, der mit Unsicherheit verbunden wird.

Komparative Analyse:

Abschied wird hier als Beenden eines Auftrags und auch als Verabschieden von Menschen beschrieben. Spricht die Hospizbegleiterin am Beginn ihre Unsicherheit über das Beenden einer Trauerbegleitung an, da Begleitung und Freundschaft wohl getrennt sind, es jedoch auch nicht ganz so eindeutig und daher *„haarig"* werden kann, ein Ende auszusprechen, erlebt die Ärztin Abschiede ebenfalls als Übergänge, die für die Patient_innen meist unterschiedliche Formen der weiteren Betreuung bringen, die möglichst gut und passend sein sollen. Denn im Fokus stehen, sowohl bei der Hospizbegleiterin wie auch bei der Ärztin, das Wohlergehen und die weitere gute Versorgung der Patient_innen bzw. der Betroffenen. Einen Gegenhorizont beschreibt die Ärztin bei Verstorbenen: Hier ist ein Loslassen möglich, man muss sich keine Sorgen mehr machen, die Person ist „angekommen", die Verantwortung hat ein Ende. Wird Abschied anhand dieser beiden Beschreibungen als Ende der Inanspruchnahme eines bestimmten Angebots, einer Trauerbegleitung bzw. der stationären Betreuung durch ein Palliativkonsiliarteam eines Krankenhauses beschrieben, bewertet die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams das Thema Abschied als relevant und *„groß"*, allerdings hauptsächlich für eine bestimmte Mitarbeiter_innengruppe der Hospiz- und Palliativversorgung: für Ehrenamtliche. Für ihre Kolleg_innen und auch für sie selbst ist Abschied nur dann ein Thema, wenn zu Patient_innen ein besonderer Bezug besteht. Diesen persönlichen Bezug nimmt die Koordinatorin des Hospizteams auf, indem sie differenziert zwischen dem Thema Abschied, das in ihrem Erleben im professionellen Rahmen wahrgenommen werden muss – und daher für alle relevant ist –, und der persönlichen Verarbeitung von Abschieden, die sie als *„anderes Thema"*, ein individuelles Tun, bewertet. Damit knüpft sie die Relevanz des Themas Abschied nicht an eine Berufsgruppe – ihrem Erleben nach können weder Betroffene noch Berufsgruppen und auch nicht Organisationen dem Thema entgehen –, allerdings sieht sie die persönliche Verarbeitung von Abschieden als etwas, mit dem unterschiedlich umgegangen werden kann.

7.7.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Wird in Kapitel 7.7.1 das Thema Abschied als nicht leicht zugängliches, intensives und auch betroffen machendes, berührendes Gefühl erlebt, findet sich in Kapitel 7.7.2 eine Beschreibung von Abschied als ein besonderes Thema von ehrenamtlichen Mitarbeiter_innen bzw. als ein Übergang, der mit Unsicherheit verbunden wird.

Ausgehend von diesem Orientierungsrahmen lassen sich als Verbindung von Orientierung und Erfahrung hier drei Typiken beschreiben: verschlüsselter Zugang zu emotionalem Erleben von Abschied versus Reflexion, Abschied als spezifisches Thema einer Berufsgruppe versus Abschied als Ausnahmefall und Abschied als Verantwortung über das Danach versus Ankommen der Sterbenden.

Abschied wird als „großes“, als „starkes“ Thema bewertet. Die Berufsgruppen der Hospiz- und Palliativversorgung, insbesondere die Pflege und ärztliches Personal, sind im intensiven, direkten Kontakt mit Betroffenen und sind mit unterschiedlichen Dimensionen des Abschiednehmens konfrontiert. Einerseits geht Abschied mit einer persönlichen Betroffenheit einher, die bestimmte Menschen auslösen, seien sie besonders jung, gleich alt oder sei es, dass die Betreuung intensiv war. Die Koordinatorin des Palliativteams beschreibt genauso eine Betroffenheit, die für sie erst das Thema Abschied relevant macht. Das Palliativkonsiliarteam ist gerade in einem solchen Abschiedsprozess: Eine Patientin, die lange betreut wurde, die noch jung ist und die man auch auf einer persönlichen Ebene besonders geschätzt hat, entscheidet sich, ins Hospiz zu gehen. Gerade weil dieser Abschied von so einem besonderen Bezug getragen wird, fällt es dem Team nicht leicht, ihn zum Thema zu machen. Erst eine Kollegin, die weniger oft am Krankenbett ist, die Sozialarbeiterin, spricht offen an, dass sie berührt ist. Sie benennt ihre Gefühle aus einer gewissen Distanz heraus, ist in diesem Fall weniger involviert und muss sich weniger „im Griff“ haben als die, die im direkten Kontakt stehen. Abschied wird auch mit Ehrenamtlichen in Verbindung gebracht, die auch zeitlich weniger involviert sind als hauptamtlich Tätige. Abschied wird zum *„großen Thema“* für die, die es ansprechen, und für die, die sich einlassen, denn es ist nicht „leicht“, sich dafür auch zu öffnen.

Abschied als Beenden einer Betreuung und Phase der Überführung in ein anderes Angebot oder eine andere Lebensphase, wie etwa bei der Trauerbegleitung, ist mit Unsicherheit verbunden. Das Abschiednehmen ist hier ein Prozess des Loslassens, der weniger mit einer Auseinandersetzung mit persönlicher Betroffenheit einhergeht als vielmehr von der Frage begleitet wird, ob das, was danach kommt, auch gut und passend ist. Hier zeigt sich noch eine Dynamik, ob

Entscheidungen gut, passend oder auch richtig waren, die Belastung, das weitere Wohlergehen auch mit zu verantworten, begleitet den Abschied. Ist eine Patient_in verstorben, wird dies nicht als Abschied, sondern als Angekommensein verstanden, was alle Beteiligten von der Frage, ob es nun gut und passend sei, erlöst.

7.8 Trauer erleben und mit eigener Trauer umgehen

Die Tätigkeit im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung bringt unweigerlich eine Konfrontation mit Trauer und schmerzlichem Verlust, also mit tiefen und heftigen Gefühlen, die Sterben und Tod begleiten (Müller 2006, 3.4.4). Sterbende wie auch Angehörige und Freund_innen erleben Trauer unmittelbar und sie wird damit auch für Betreuende zum Thema: als intensives Miterleben, als eigener Schmerz, der durch die Begleitungen ausgelöst oder verstärkt wird oder als individueller Umgang mit Trauer, Sterben und Tod, der zum Berufsalltag gehört und eine eigene und andere Verarbeitung braucht als die Begleitung Sterbender oder Angehöriger. Trauer wird im Folgenden aus zwei Blickwinkeln beschrieben: als ein Erleben von Trauer (7.8.1) und als ein Umgang mit eigener Trauer (7.8.2) im Rahmen einer beruflichen Tätigkeit.

7.8.1 Trauer erleben

Dem folgenden Protokollausschnitt geht eine Erzählung voraus, in der eine Hospizbegleiterin in der ersten Supervision von ihrem Praktikum berichtet, das sie in einer Selbsthilfegruppe für Mütter gemacht hat, deren Kinder verstorben sind. Ihre eigene Trauerverarbeitung veranlasste sie auch, im mobilen Hospiz als Ehrenamtliche tätig zu werden. Frauen, die auch diese Erfahrung gemacht haben, möchte sie begleiten.

> Hannah fragt nach, ob sie **hilfreich sein** kann, wenn sie selbst so etwas erlebt hat. (SV Team 2, 1. SV, 1/2015, 219)

> Esther antwortet, dass es hilft, wenn es ein Gegenüber gibt, das auch so eine Erfahrung gemacht hat, denn oft verschließen sich die Frauen, sind verbittert, weil sie sagen, das kann niemand **nachvollziehen**, diesen **Schmerz**, aber da gibt es dann jemanden, der auch so etwas erlebt hat, das stellt sie sich hilfreich vor.

> Anna wirft ein, dass es natürlich wichtig ist, dass nicht beide **zerfließen im Schmerz**, dass es jedoch hilfreich sein kann, auf eigene Erfahrungen zurückgreifen zu können. (SV Team 2, 1. SV, 1/2015, 221-225)

Trauer wird hier als tiefer Schmerz erlebt, die Hospizbegleiterin berichtet von eigenen Erfahrungen. Als hilfreich, um diesen Schmerz zu verarbeiten, wird von ihr ein Gegenüber, eine Begleiterin angesehen, die ähnliche Erfahrungen gemacht hat und daher auch den erlebten Schmerz nachvollziehen kann. Trauer, hier als Schmerz beschrieben, wird an einem spezifischen Verlust, dem Tod des eigenen Kindes, festgemacht. Erfahrung mit Sterben und Tod genügt hier nicht, es muss eine Mutter den Tod eines Kindes erlebt haben, um diese Erfahrung verstehen zu können, um Trauer zu begleiten. Dieser Ansicht einer auch selbst Betroffenen steht die Frage gegenüber, ob genau diese Erfahrung gemacht zu haben tatsächlich hilfreich sein kann. Anna, die Koordinatorin des Hospizteams, entwirft daraufhin ein nicht hilfreiches wie auch ein hilfreiches Bild der Trauerbegleitung: ein gemeinsames *„Zerfließen im Schmerz"*, wo im Gegenüber die eigene Not wiedererkannt und damit verstärkt wird, wie auch die Möglichkeit, auf ein eigenes Erleben zurückzugreifen, das als *„Erfahrung"* beschrieben wird. Schmerz und Trauer werden nicht im gemeinsamen *„Zerfließen"* geteilt, sondern *erfahrbar* gemacht, durch bereits durchlebtes Verstehen, Erkennen und Wahrnehmen. Esther orientiert sich noch stark an ihrer eigenen Trauer und dem Wunsch, in diesem Schmerz verstanden zu werden, der sie ein Trauererleben für die Hospizarbeit konzipieren lässt, das „idente Erfahrungen" wünscht, während Anna das Nachvollziehenkönnen der spezifischen Trauererfahrung als hilfreich versteht.

In der zweiten Supervision wird im ehrenamtlichen Hospizteam über das Thema Schutz gesprochen, das von mir am Ende der ersten Supervision eingebracht worden ist. Anlass war, dass ich der Hospizbegleiterin Esther die Frage gestellt habe, wie sie sich in der Begleitung schützt, wenn ihr etwas zu nahegeht und an ihrer eigenen Trauer rührt, die sehr präsent ist.

Eine Supervisandin beschreibt, dass sie sich, konfrontiert mit Trauer und Schmerz, vorstellt, dass um sie herum Licht ist, das gibt ihr Schutz. Darauf Bezug nehmend beschreibt Anna, die Koordinatorin, welche Schutzmechanismen sie bei sich wahrnimmt.

> Anna sagt, dass sie sich als **durchlässig** erlebt, sie geht hinein in den Kontakt mit Menschen und empfindet Schmerz, der geht aber auch wieder weg, er wird „abgeleitet". „Ich gehe ohne Lichtaura in den Kontakt hinein, aber durchlässig." (SV Team 2, 3. SV, 3/2015, 228-229)

Anna verwendet die Metapher *„durchlässig"*, um zu beschreiben, wie sie mit schmerzhaften Gefühlen von Betroffenen umgeht. Dabei wird Schmerz durch den Kontakt mit einem Gegenüber ausgelöst und sie spürt ihn, er bleibt jedoch nicht, sondern wird *„abgeleitet"*. Sie spricht hier nicht von Gefühlen, die aus

einem eigenen Verlusterleben herrühren, sondern von Betroffenen bei ihr ausgelöst werden. Sie nimmt Gefühle auf und lässt sie auch wieder los. Der Schutz ist die „Durchlässigkeit", die Schmerz und Trauer nicht hält, sondern auch wieder loslässt. Schmerzhafte Gefühle werden von ihr *ausgehalten*, weil sie auch nicht *länger gehalten* werden.

Die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams nimmt in der Fokusgruppe „Feld" Bezug auf die Aussage der Ärztin über die eigene Trauer, die im folgenden Kapitel (7.8.2) als erste Sequenz analysiert wird. Sie bezieht sich auf das Erleben von Trauer und beschreibt, dass sie *durchlässiger* geworden ist in den letzten Jahren. Sie ist immer davon ausgegangen, dass die Konfrontation mit der Trauer und den unterschiedlichen Schicksalen mit dem Alter leichter wird, aber sie hält das mittlerweile nicht besser, sondern schlechter aus. Sie zieht einen Vergleich zwischen ihrer eigenen Lebenssituation und den Schicksalen, die ihr begegnen.

> Koordinatorin: Das kann ich auch irgendwo bestätigen, je länger ich dabei bin, desto DURCHLÄSSIGER werde ich, vor allem was die Jungen betrifft. Wenn es junge Leute sind, Mütter, Väter, die von ihren Kindern Abschied nehmen müssen, die nicht wissen, wie die Kinder versorgt sind, ich hab gedacht, es wird LEICHTER, wenn ich älter werd, aber im Gegenteil. Jetzt denk ich mir, wenn ich jetzt sterb, hoff ich, dass wer traurig ist, aber es ist keine Tragik mehr, weil meine Kinder erwachsen sind, wenn ich dann zu so Familien komm, wo eine Mutter von ihrem Kind GEHEN muss und nicht weiß, wie wird es mit dem Kind weitergehen, oder auch ein Vater, das halt ich interessanterweise immer schlechter aus, je älter ich werd, statt besser. Wo ich mir so denk, „hallo", bei mir wär's nicht mehr tragisch, ich mein, nicht dass ICH gehen will (lachen). (Fokusgruppe „Feld", 10/2015, 1216-1225)

Die Koordinatorin beschreibt ihre Trauer, die durch besondere Schicksale ausgelöst wird: z. B. junge Menschen, Mütter wie Väter, die von unversorgten Kindern Abschied nehmen müssen. Solche Abschiede lassen sich nicht abhalten, durchdringen sie und werden intensiv miterlebt. Sie spricht von *„durchlässiger"*. Hier wird von einer Vorstellung ausgegangen, dass es Zeiten gab, als sie von solchen Schicksalen weniger betroffen war, ein Eindringen der Gefühle nicht in dem Ausmaß erfolgte wie jetzt. Die Situation eines sterbenden Elternteils mit einem kleinen Kind macht sie besonders betroffen, und sie wägt die Tragik mit einem persönlichen Vergleich ab: Sie stellt ihr eigenes Schicksal dem von betroffenen Familien gegenüber und sieht sich eher in der Lage zu „gehen", da ihre Kinder erwachsen sind. Die Tragik und besondere Betroffenheit wird an ein *zu frühes* Sterben geknüpft, das in einer Lebensphase passiert, in der es noch Verpflichtungen und Erwartungen gibt, in der Mütter und Väter besonders gebraucht werden.

Der Orientierungsrahmen des Erlebens von Trauer wird *geprägt von Schicksalen, die besonders betroffen machen und die Durchlässigkeit des eigenen Schutzes erhöhen*.

Komparative Analyse:

Das Erleben von Trauer im Kontext professionellen Handelns zeigt besonders zwei Aspekte, die im Vergleich der drei angeführten Protokoll- und Fokusgruppenausschnitte festzumachen sind: Kinder spielen beim Erleben von Trauer eine besondere Rolle. Sei es aufgrund des Todes eines eigenen Kindes – ein Ereignis, das als Entschluss angeführt wird, als Hospizbegleiterin tätig sein zu wollen – oder sei es das Miterleben, dass sterbende Eltern noch unversorgte Kinder zurücklassen müssen. Eine Nähe und Nachvollziehbarkeit zum eigenen Leben prägen das Erleben von Trauer. Die besondere Tragik solcher Schicksale, von der die Koordinatorin des mobilen Palliativteams spricht, ist auch in der eindringlichen Beschreibung der Hospizbegleiterin spürbar, allerdings ergänzt Esther den Wunsch nach einer *Nachvollziehbarkeit der Trauer*. Die Begleitung eines solchen Verlustes wird als etwas ganz Spezielles beschrieben, das sich auch in der Exklusivität der Trauerverarbeitung zeigt: Erst die Erfahrung eines solchen Verlustes ist für die Trauernde ausschlaggebend, um Hilfe annehmen zu können. Ein einfühlsames Gegenüber kann dies nicht ausreichend leisten, nur Menschen, die Ähnliches erlebt haben, können hilfreich sein. Nicht eine spezifische berufliche Ausbildung, sondern eine persönliche Erfahrung wird zum Maßstab für hilfreiche Unterstützung. Das rückt die Trauerverarbeitung einerseits in einen privaten und selbstorganisierten Rahmen, wie auch die Erfahrung mit der Selbsthilfegruppe zeigt, andererseits verortet sich Esther im mobilen Hospiz mit ihrer besonderen Erfahrung, um genau das auch anzubieten. Wobei die Hilfe selbst, die im Hospiz angestrebt wird, nicht im gegenseitigen *„Zerfließen im Schmerz“* beschrieben wird, sondern in der Unterstützung bei der Verarbeitung einer solchen Erfahrung.

Der zweite Aspekt bezieht sich auf den Begriff *„durchlässig“*, dem zwei unterschiedliche und gegenteilige Bedeutungskonzepte zugeschrieben werden. *„Durchlässig“* wird einerseits als Schutzmechanismus verstanden, der es möglich macht, sich zu involvieren, Gefühle zu halten und auch wieder loszulassen, und andererseits wird die Steigerungsform „*durchlässiger“* verwendet, womit das stärker werdende Durchdringen mit Gefühlen geschildert wird, die durch – für eine Fokusgruppenteilnehmerin persönlich besonders tragische – Schicksale ausgelöst werden. Bemerkenswert ist hier auch, dass zwei Koordinatorinnen diese Begriffe so gegensätzlich verwenden: Beide sind von Beruf Gesundheits- und Krankenschwestern, die eine koordiniert ein mobiles Palliativteam, die andere ein mobiles Hospizteam. Beide haben über die Jahre einen professionellen Umgang entwickelt, mit schwierigen Situationen umzugehen. Dass sie unabhängig voneinander,

ohne Bezugnahme aufeinander, den Begriff „durchlässig“ verwenden, um ihn als Schutz wie auch als größer werdende Schutzlosigkeit zu definieren, zeigt, welch unterschiedlichen Habitus sie in Bezug auf den Umgang mit dem Erleben von Trauer entwickelt haben. Die Koordinatorin des mobilen Hospizteams geht in die Gefühle hinein, um sich jedoch auch wieder schnell zu befreien, während die Koordinatorin des mobilen Palliativteams versucht, sich vor Gefühlen zu schützen, diese jedoch den Schutz überwinden und über die Jahre stärker durchdringen.

7.8.2 Mit eigener Trauer umgehen

Die Ärztin der Fokusgruppe „Feld“ schildert, dass die Verarbeitung ihrer eigenen Trauer etwas zu kurz kommt, da ihr das Thema zu persönlich erscheint, als dass sie es im Rahmen einer Gruppensupervision ansprechen möchte. Für sie hängt Trauer auch mit der Anzahl der Jahre zusammen, die man im Feld tätig ist.

> Ärztin: (…) aber was ich ganz ein spannendes Thema finde, ist, was mach ICH mit meiner Trauer, und ich find, das ist ein SEHR persönliches Thema, und da seh ich eigentlich den Punkt, dass ich mir denk, das ist fast in einer Gruppensupervision, wir sind sieben oder acht in unser Supervision, das ist mir zu persönlich: Wo ist der Platz, quasi, eigentlich wär’s ein Thema für Einzelsupervision für mich, ah, und da ist wieder die Frage, zahlt man sich das selbst, wie auch immer, ja.
>
> Ich: Aber Sie merken’s, es beschäftigt Sie? (1:34:38)
>
> Ärztin: Sicher, also ich merk, dass sich das auch aufsummiert über die Jahre, dass es nach einem Jahr was anderes ist als nach fünf Jahren oder nach sieben Jahren, wir haben Leute im Team, die machen das seit FÜNFUNDZWANZIG Jahren. (Fokusgruppe „Fach“, 10/2015, 1204-1214)

Betroffene trauern, das tun auch Berufsgruppen (vgl. Müller 2006), die diese Trauer begleiten. Allerdings findet sich schwer ein Platz für ein so persönliches Thema, das für eine Gruppensupervision als nicht passend angesehen wird. Wohin mit der Trauer, fragt sich die Ärztin. In die Einzelsupervision, die selbst zu zahlen ist? Die Trauer wird als etwas beschrieben, das sich *„aufsummiert“*. Über die Jahre wird sie immer mehr, wobei die Summe mit der Anzahl der Jahre in Verbindung gebracht wird, die im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung bereits gearbeitet wurde: Ein Jahr, fünf Jahre, sieben Jahre, hinter den Zahlen stehen Erfahrungen, steht ein Maß an Trauer, das erlebt wurde. Hat man schon fünfundzwanzig Jahre im Feld gearbeitet, dann hat sich schon eine ganze Menge Trauer angesammelt. Die Perspektive ist hier, dass man irgendwann vor einem angehäuften Trauerberg sitzt. Gilt es deshalb früh genug wieder mit dieser Arbeit

aufzuhören, um diesen Berg nicht zu groß werden zu lassen? Die Betonung der fünfundzwanzig Jahre verweist auf jeden Fall auf eine sehr lange Zeit, in der sich dementsprechend viel *„aufsummieren"* kann. Der Summe steht keine gute Möglichkeit der Reduktion gegenüber, denn die persönliche Verarbeitung der Trauer hat im professionellen Kontext wenig Platz, außer sie wird privat finanziert.

Die Ärztin bringt ein Bild, wie sich so eine „Summe an Trauer" zeigen kann, und eröffnet gleichzeitig einen möglichen Umgang. Mittlerweile gibt es in der Stadt, in der sie arbeitet, viele Orte, wo Patient_innen gewohnt haben, die bereits verstorben sind. Die Ärztin berichtet, dass das Thema auch einmal im Rahmen einer Supervision besprochen und reflektiert wurde. Ihrer Schilderung schließt sich die Koordinatorin eines Palliativteams an, die auch ein Bild assoziativ einbringt.

> Ärztin: Für mich ist auch ein Aspekt, wenn ich durch die Stadt fahr, kann ich in fast jeder Straße oder größeren Straße, in jedem Grätzel sagen, da und da hab ich den Soundso betreut und die Frau Soundso betreut/
>
> Koordinatorin: Das ist das Nächste/
>
> Ärztin: Da war ich dort und da war MIR einmal eine Supervision sehr hilfreich, da wurde das thematisiert von einer Kollegin eigentlich, ja, die gesagt hat, sie lebt in einer Stadt voller Toten, ja, und da wurde es thematisiert, dass wir EIGENTLICH auch in einer Stadt leben voller Orte, wo vermutlich jemand uns herzlich empfangen würde, wenn wir mal aufs Klo müssen oder an die Tür klopfen würden oder so, das find ich ganz hilfreich als Gedanken, dass ich mir denk, da könnt ich zur Frau Soundso aufs Klo gehen oder (lachen), nicht, dass ich das MACH/
>
> Koordinatorin: Die Landkarte des Todes/
>
> Ärztin: Eine Umdeutung dieser Landkarte. (Fokusgruppe „Fach", 10/2015, 1225-1237)

Je länger man im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung arbeitet, die Jahre hat die Ärztin bereits aufgezählt, umso mehr Betroffene hat man betreut. Sind es nach einem Jahr ein paar Adressen in der Stadt, werden diese mit jedem Jahr mehr, bis es in fast jeder größeren Straße eine Person gibt, an deren Betreuung man sich erinnert. Die Ärztin zitiert eine Kollegin, die sich in einer Stadt voller toter Menschen sieht, die sie einmal betreut hat. Die *„Landkarte des Todes"* fällt der Koordinatorin dazu ein. Orte werden mit Menschen assoziiert, die betreut wurden und verstorben sind. Die *„Landkarte"* einer Koordinatorin eines mobilen Palliativteams ist in diesem Bild mit dem Tod verlinkt. Berufe bringen Menschen in private Wohnungen und Häuser, und man erinnert sich an die Orte, wenn man in die Gegend kommt. Es macht allerdings einen Unterschied, *was* assoziiert wird und *wie belastend* diese Bilder sind. Der Tod und die damit verbundenen – bedrückenden – Gefühle kreieren Begriffe wie *„Stadt der Toten"* und auch

„Landkarte des Todes“. Bemerkenswert ist die Umdeutung, die, wie geschildert, im Zuge einer Supervision erfolgt: Eine *„Stadt der Toten“* wird zu einer *„Stadt der Lebenden“*. Hier gelingt es, nicht den Tod, sondern den Kontakt, die Beziehung, die entstanden ist, und den Bezug zu den noch Lebenden in den Vordergrund der Erinnerung zu rücken. Und auch die *„Landkarte des Todes*“ möchte die Ärztin gerne „umgedeutet“ wissen. An die Umdeutung, die sich hier als Orientierungsfigur zeigt, knüpft sich so etwas wie eine Umkehrung: War man im Rahmen der Betreuung für die Bedürfnisse der Betroffenen da, so kann nun – nicht in der Realität, sondern in der Phantasie – ein herzlicher Empfang oder die Befriedigung eines Grundbedürfnisses Platz bekommen. Die Umdeutungen haben nun die Bedürfnisse der Betreuenden und nicht der Betroffenen im Blick und betonen die Resonanz (vgl. Rosa 2016) einer sorgenden Haltung.

In der Fokusgruppe mit dem mobilen Hospizteam reagieren mehrere Personen auf das „Summieren der Trauer“ und die *„Landkarte des Todes“*. Es wird nachgefragt, ob mit *„aufsummiert“* ein „besser“ oder „schlechter“ gemeint ist. Ich stelle dazu fest, dass ich es so interpretiere, dass es „mehr“ wird. Es wird die Vorstellung entwickelt, dass mit der „Summe“ eine Zahl, ein Addieren, gemeint ist.

Auf meine Frage, ob sie ein „Aufsummieren“ von Trauer kennen, antwortet die Koordinatorin. Sie betont, dass sie nicht summiert, tiefe Trauer verspüren kann, aber diese sich verändert, die Schwere verliert. In diesem – positiven – Sinn erinnert sie sich auch an Orte und Patient_innen und führt ihre Haltung auf ihren Glauben und ihr Weltbild zurück.

> Anna: Das würd mich umbringen (1:08:24). Also wenn ich da (lacht) – wirklich, nicht dass ich nicht trauere, ich kann sehr tief Trauer erleben, in einer Patientenbegleitung, dass ich wirklich, bei manchen, selten, aber es kann vorkommen, dass ich wirklich Trauer spüre, fast persönlich, als ob ich verwandt gewesen wäre. (1:08:45)
>
> Ich: Mh.
>
> Anna: Aber das VERÄNDERT sich, aber POSITIV. Das ist so, wie ich Trauer auch erlebe, sich wandelt und leichter wird, ja, und ein Teil von mir wieder zeigt, wieder mehr hin zum Leben, und wenn ich dann wieder zurückdenke an diesen Patienten, also die Landkarte des Todes, ich fahre ja auch durch die Region, aber ich, ich freue mich, da war ich schon, da war ich schon, ganz anders, gut ich hab ein anderes Weltbild und Glaubensbild, wahrscheinlich, es ist eine andere Form von Leben. Natürlich überleg ich mir, bah, wenn ich das zusammenzählen würde, wie viele ich jetzt schon begleitet habe, das wag ich gar nicht zu zählen, also das mit den Zahlen, das weiß ich, das ist für mich schlecht. (Fokusgruppe „SV Team 2“, 11/2015, 813-825)

Nicht das Sicheinlassen auf Trauer, das als sehr tief erlebt beschrieben wird, sondern die Vorstellung, Betreuungen zu zählen, wird als nicht aushaltbar beschrieben.

Denn die Trauer ist einer Wandlung unterworfen, von etwas Negativem im Sinne einer Schwere zu etwas Positivem, das leichter wird. Diese Veränderung zeigt sich auch in den Erinnerungen, die Orte auslösen, wo sie Patient_innen betreut hat. Sie betont als Quelle dieser Einstellung ein Welt- und Glaubensbild, das *„wahrscheinlich"*, wie sie einschränkt, anders ist, *„eine andere Form von Leben"* als das der Ärztin und Koordinatorin. Ihrer am Beginn der Passage geäußerten Haltung folgend, liegt dieser *„Form von Leben"* eine Vorstellung von Trauer zugrunde, die mit der Zeit *„leichter"* wird, sich *„wandelt"*, sich verändert. Sie betont jedoch, nicht zu summieren oder zu zählen, denn die Vorstellung, sich die Summe der Menschen zu vergegenwärtigen, die sie bereits betreut hat, ist ein „Wagnis" und tut ihr nicht gut. Damit streicht sie den Respekt heraus vor der großen Anzahl an Menschen, die sie in ihrer Arbeit bereits begleitet hat. So eine Zahl hat wohl etwas „Erschlagendes", wie sie auch am Beginn der Passage mit der Aussage *„das würd mich umbringen"* betont.

Die Hospizbegleiterin Hannah schlägt vor, nicht von einem Summieren zu sprechen, und beschreibt das Integrieren von Trauer.

> Hannah: Also mir fallt da statt dem Summieren eher Integrieren ein, dass ich, wenn ich Trauer in mein Leben integriere und die aber immer wieder anders da ist, also je nachdem, darf da sein und gebe Platz. (Fokusgruppe „SV Team 2", 11/2015, 836-838)

Dem Summieren stellt Hannah ein Integrieren gegenüber. Trauer wird nicht „mehr" – nachzurechnen an einer ständig wachsenden Anzahl von betreuten Patient_innen, sondern Trauer wird als integrativer Bestandteil des Lebens gesehen, allerdings nicht allumfassend, sondern *„je nachdem"*. Hier räumt sie der Trauer allerdings einen Spielraum ein, der unterschiedlich intensiv ist. Wie unterscheidet sich die Integration von der Summierung? Das Aufsummieren zählt, die Integration gibt dem Gefühl Raum, je nachdem, wie intensiv es ist. Hannah konfrontiert sich bei der Integration nicht mit einer Summe, sondern mit der Intensität, mit der Trauer erlebt wird. Dafür wird dann Raum geschaffen, um sie in das Leben einzubinden. Trauer wird *hereingeholt* ins Leben, es wird ihr Platz gegeben und sie wird verortet. Die Orientierung wird hier anhand der Differenz zwischen Summierung und Integration gezogen. Die Summe zählt zusammen, unabhängig von einer mitunter unterschiedlich intensiv erlebten Betroffenheit, wohingegen die Integration hier als etwas dargestellt wird, das mehr oder weniger *Raum schafft*, um Trauer als Teil des eigenen Lebens zu betrachten.

Der Orientierungsrahmen des Umgangs mit Trauer wird einerseits *als ausgegrenzt und sich über die Jahre aufsummierend erlebt, andererseits werden Erfahrungen eines positiven und integrativen Bewältigens gemacht*.

Komparative Analyse:

Trauer, die nicht verortet werden kann, für die es keinen Platz gibt, auch weil sie persönlich zu sehr betrifft, wird im Laufe der Jahre immer mehr. Das heißt, je länger man sterbende Menschen begleitet, umso größer wird die Zahl der Toten, umso mehr summiert sich die miterlebte Trauer. Die Ärztin stellt einen Zusammenhang zwischen der Arbeitsdauer im Feld, der Trauer, der fehlenden Möglichkeit, für die eigene Trauer ein passendes Setting zu haben, und der Vorstellung einer „Aufsummierung" her. Diese Art der Trauer, die unverortet ist, wird mehr und mehr über die Jahre. Sie schildert jedoch gleich in der darauffolgenden Passage mit der *„Stadt der Toten"* eine reflektierte Auseinandersetzung mit Trauer in einem professionellen Kontext, die eine Trauerverarbeitung anregt. Teil dieser Verarbeitung ist die Umdeutung der *„Stadt der Toten"* zu einer *„Stadt der Lebenden"*, in der nun Türen offen stehen, wenn die Betreuer_innen selbst etwas brauchen. Sie gibt ein konkretes Beispiel für eine Integration, wie Hannah sie anregt und wie letztlich auch Annas Vorstellung von der Wandlung der Trauer hin zum Leben beschrieben wird. Die Umformulierung schafft nicht nur sprachlich ein neues Bild, sondern auch eine Gegenseitigkeit, eine Resonanz der Sorge. Dieses neue Bild integriert Erfahrungen und ist sehr positiv besetzt, weil eine sorgende Haltung deutlich wird, die sich nach der Begleitung nun als Haltung dem Betreuungspersonal gegenüber zeigt. Jenseits der klaren Abgrenzung zu einer Vorstellung des „Zählens" und „Aufsummierens" wird der Umgang mit Trauer mit einem sehr ähnlichen Orientierungsrahmen versehen: der Umdeutung, Wandlung und Integration, die allesamt auf eine Auseinandersetzung mit der Trauer setzen.

7.8.3 Zusammenfassung, zugleich abschließende komparative Analyse

Folgende Orientierungsrahmen lassen sich zusammenfassend formulieren: Wird das Erleben von Trauer (7.8.1) von besonders berührenden Schicksalen ausgelöst, zeigt sich Trauer selbst als sehr gegensätzlich beschrieben in der Art und Weise, wie sie überhaupt als Gefühl *durchzudringen* vermag: Hier wird „Durchlässigkeit" als Schutzfaktor wie auch als zunehmende Schutzlosigkeit dargestellt. Der Umgang mit Trauer (7.8.2) wird einerseits als ausgegrenzt und sich über die Jahre aufsummierend erlebt, andererseits werden Erfahrungen eines positiven und integrativen Bewältigens gemacht.

Ausgehend von diesen Orientierungsrahmen sind folgende zwei Typiken auszumachen: *Trauerverarbeitung als zu persönlich und sich aufsummierend* versus *Trauer als integrativer Teil* des Erlebens, der durch ein Aussprechen und Umdeuten

von Gefühlen eine Veränderung erfährt. Eine zweite Typik zeigt sich im *Schutz vor Trauer durch Zu- und Loslassen von Trauer* versus *Schutz als immer schwerer aufrechtzuerhaltende Abwehr von Trauer*.

Trauerverarbeitung wird hier – im privaten wie beruflichen Kontext – mit hohen Ansprüchen verknüpft: So wird einem Gegenüber nur dann unterstützende Wirkung bei der persönlichen Trauerverarbeitung zuerkannt, wenn die Begleiterin ähnliche Erfahrungen gemacht hat wie die Betroffene. Für die berufliche Trauerverarbeitung wiederum gilt es den *passenden* Ort zu finden, weil die eigene Trauer als zu persönlich angesehen wird, um sie in einem Gruppensetting zu teilen. Trauer wird hier mit persönlichen Erfahrungen in Verbindung gebracht, einerseits explizit mit dem Benennen von einem persönlichen Schicksal, wie auch dem Erleben von Trauer, die sich über die jahrelange Begleitung von Sterbenden „ansammelt". Wobei das, was als *persönlich* angesprochen wird, die Gefühle sind, die durch Betroffene ausgelöst werden. Individuelle Erfahrungen machen eine Person für bestimmte Schicksale besonders offen, eigene Lebenserfahrungen werden mit den Betroffenen in Verbindung gebracht. Etwas, das man selbst für sich als Aufgabe schon gemeistert hat – die Entwicklung und das Erwachsenwerden der eigenen Kinder –, wird einem durch Schicksale, wo dies aufgrund des Todes eines Elternteils oder Kindes nicht möglich ist, schmerzhaft vor Augen geführt. Mit diesen individuellen Auslösern von Trauer wird jedoch sehr unterschiedlich umgegangen. Einerseits wird tief eingetaucht in Trauer, verbunden mit der Vorstellung einer Durchlässigkeit, die so ein Gefühl auch wieder zum Versiegen bringt. Andererseits gibt es die Vorstellung eines Schutzes vor zu tief gehender Trauer, der jedoch als immer instabiler werdend, als *„durchlässiger"* beschrieben wird. Das „Anhäufen" und „Aufsummieren" von Trauer wird nicht als Schutz beschrieben, im Gegenteil, die Last dieser „Summe" – um in der Metapher zu bleiben – erscheint über die Jahre immer drückender zu werden und wird von der Koordinatorin des Hospizteams, die seit mehr als zwanzig Jahren im Feld tätig ist, vehement abgelehnt, weil sie dieser Umgang *„umbringen würde"*. Erstaunlich ähnlich sind Strategien der Verarbeitung, die – unterschiedlich benannt – als Umdeutung, Wandlung oder Integration allesamt eine Auseinandersetzung mit der Trauer und Verarbeitung zum Ziel haben.

Diskussion der Ergebnisse

8

Im Anschluss an die Darstellung der Ergebnisse wird der abschließende Analyseschritt der dokumentarischen Methode, die Herausarbeitung der Basistypologien (Abschn. 8.1), erörtert. Ausgehend von den Basistypiken und ihrer Handlungslogik (8.1.1) werden die Ergebnisse anhand folgender Aspekte (8.2.1, 8.2.2) analysiert: des Forschungsfelds Hospiz- und Palliative Care (Kap. 3) sowie Supervision und Supervisionsforschung im Feld (Kap. 2, Kap. 4). Damit werden nicht nur Erkenntnisse für das Feld bzw. für Supervision formuliert, auch die gewählten Forschungsstrategien und Methoden (Kap. 5, Kap. 6) werden kritisch reflektiert.

8.1 Typologie der Themenfelder von Hospiz- und Palliativteams

Anhand der Rekonstruktion der habitualisierten Handlungspraxis im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung wurden acht Themenfelder und ihre Typiken formuliert. In diesen Typiken lässt sich eine zentrale Leitdifferenz erkennen, die sich in unterschiedlichen Ausprägungen in allen Themen wiederfindet. Sie definiert einen Spannungsbogen, in dem die Praxis im Feld erlebt wird. Im Folgenden werden Basistypiken ausdifferenziert, denn es gilt ihre facettenreiche Handlungslogik und Praxis zu skizzieren und ihren Erkenntniswert für das Feld darzustellen.

8.1.1 Basistypiken und ihre Handlungslogik

Am deutlichsten identifizierbar ist die Basistypologie in Kapitel 7.5 *„Patient_innen, An- und Zugehörige: Verhalten, Wünsche, Bedürfnisse, Dynamiken“*. Die Typik *„involviert werden in eine Dynamik zwischen Patient_innen-, Angehörigen- und*

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_8

Betreuer_inneninteressen versus Distanz und Abgrenzung durch Berufung auf die Profession" (7.5.3) beschreibt eine grundlegende Leitdifferenz im Feld. Im Verhältnis zu den Betroffenen steht einem „Involviertwerden" eine „Distanz und Abgrenzung" gegenüber. Diese Typologie bezieht sich sowohl auf Patient_innen als auch auf Zu- und Angehörige, denen eine eigene Rolle zuerkannt wird. Es gilt für Betreuende, sich im Spannungsfeld zwischen einem Sichinvolvieren und Sichdistanzieren zu bewegen. Anhand dieses Beispiels zeigt sich, dass der Spannungsbogen nicht zwei „richtige" oder „falsche" Verhaltensmuster in Bezug zueinander setzt, sondern einen Rahmen spannt, der von zwei Herangehensweisen flankiert wird, die einander bedingen und die auch bewusst eingesetzt werden müssen. Palliative Care bewegt sich – um ihren Grundsätzen und Prinzipien gerecht zu werden – in ihrer Handlungspraxis zwischen diesen beiden Polen. Es ist ein intensives Eingehen auf Patient_innen und deren Familien und Freund_innen, dem „sich herausnehmen", „sich auf Distanz bringen" folgt, um nicht zu sehr involviert zu sein. Denn „zu involviert" oder – der Gegensatz – auch „zu distanziert" zu sein, schafft einen Bruch, welcher der Sorge schadet: Die Palliativärztin verliert die Patient_in aus den Augen, wenn sie Hausärztin für alle Angehörigen ist, die Palliativkrankenschwestern, die Schmerzmittel als Suchtmittel bereitstellen, verlieren sich und ihre Aufgabe in der Wunscherfüllung für den Patienten. Oder aber die Betreuenden sind „zu distanziert" und ein Wahrnehmen von Bedürfnissen ist nicht mehr möglich, sodass der Ehefrau auch keine Unterstützung zuteil wird, um die Grenzüberschreitung ihres Fütterns wahrzunehmen und sich der Motive und Bedürfnisse ihres Handelns bewusst zu werden. Die Bewegung zwischen *involviert versus auf Distanz* ermöglicht es der Koordinatorin und der Krankenschwester des Palliativkonsiliarteams, den jungen drogensüchtigen Patienten und seine Wünsche wahrzunehmen, sie lassen ihr Handeln jedoch nicht von seinen Wünschen bestimmen. Sie ziehen für ihr professionelles Handeln klare Grenzen, die wiederum nur aus einer Distanz heraus erkannt, definiert und gesetzt werden können.

In 7.4, *„Versorgung von Patient_innen" „in der häuslichen Umgebung"* (7.4.1), verweist die Typik *„Versorgung als Bezug zwischen Betroffenen, Betreuenden und Hospiz- und Palliativteams versus Distanz und Abgrenzung durch Patient_innenautonomie und Pflegesysteme"* (7.4.3) auf die Basistypologie von *involviert versus auf Distanz.* In der Wahrnehmung der Bedürfnisse der Betroffenen und den Möglichkeiten des Versorgungssystems gilt es sich einzuschalten, wenn Überforderungen sichtbar werden, sich jedoch gleichermaßen auf die Aufgabe zu konzentrieren, für die man angefragt wurde. Rosa, die Hospizbegleiterin, kann die Pflegekraft unterstützen, ihr bestimmte Handgriffe zeigen, sie ist jedoch Hospizbegleiterin und nicht als Pflegehelferin vor Ort. Diese Abgrenzung, ihre Rolle gilt es zu wahren.

Die Basistypik zeigt eindrücklich die unterschiedliche Aufgabenverteilung von Palliative Care und Hospizarbeit auf, die im Erleben der Ablehnung medizinischer und pflegerischer Hilfe vonseiten der Patient_innen deutlich wird. *Involviert versus auf Distanz* zeigt sich hier *zwischen den Angeboten* Palliative Care und Hospiz, die *ausgehend* von den Betroffenen auf Distanz gehalten oder angenommen werden.

Wird Palliative Care als medizinisches wie pflegerisches Angebot von Patient_innenseite abgelehnt, ist genau diese Ablehnung für die Hospizkoordinatorin eine Einladung, in Beziehung zu treten und gerade in dem „Nein" den hospizlichen Auftrag zu sehen. *Involviert versus auf Distanz* zeigt hier auch Unterschiede der Handlungslogik zwischen Hospizbegleitung und Palliative Care. Die Palliativmedizinerin kann bei Ablehnung medizinischer Versorgungsmöglichkeiten diese durch ein In-Beziehung-Treten besser verstehen, sie ist aber diejenige, die für diese medizinische Versorgungsaufgabe auch zuständig ist. Wird dieses Angebot ganz oder teilweise abgelehnt, schränkt sich auch ihr Auftrag ein (Sellner-Pogány 2012, 3.4.4), während der hospizliche Auftrag, die Menschen zu begleiten, unabhängig von einem medizinischen oder pflegerischen Versorgungsauftrag zu verstehen ist. So kann die ablehnende Reaktion einer Patient_in für die Hospizbegleiter_in ein „Sich-stärker-Involvieren" bewirken, während die Patient_in die Angebote der palliativen Pflege und ärztlichen Versorgung auf Distanz hält. Dabei wird deutlich, wie wichtig das Zusammenspiel der unterschiedlichen Angebote für eine umfassende und ganzheitliche Versorgung ist. Denn Medizin und Pflege werden vielleicht nur vorübergehend auf Distanz gehalten.

Das Spannungsfeld von *involviert versus auf Distanz* wird auch sichtbar in *„Sterben und Tod"* (Abschn. 7.6), insbesondere in *„Über das Sterben sprechen"* (7.6.1). Die Typik *„über das Sterben sprechen, als grundlegende Orientierung und Bezug für die Betreuenden wie für die Betroffenen, versus unausgesprochene oder unklare Haltungen sowie Einstellungen und Entscheidungen, die Betroffenheit und Irritation auslösen" (*7.6.4*)* bedingt ein Sicheinlassen auf Patient_innen, damit diese das Thema Sterben auch ansprechen können, und zwar so individuell wie möglich. Erst eine vertrauensvolle Beziehung eröffnet, wie die Erzählung der Krankenschwester Frau C belegt (7.6.1), dass Sterbende Fragen zu Sterben und Tod formulieren können. Im Aushalten des Themas und in der Bereitschaft, sich auf die Fragen der Sterbenden einzulassen, wird ein „Sichinvolvieren" sichtbar, das ein „Auf-Distanz-Gehen" benötigt, um hilfreich zu sein und wahrnehmen zu können, in welchem physischen und psychischen Zustand sich die Patient_in befindet (vgl. Lindner et al. 2012, 75). Wobei „auf Distanz" nicht Distanziertheit bedeutet. Mit Distanziertheit wird eine Distanz zum Angebot Palliative Care verstanden, die mit unklaren organisationalen Haltungen oder auch Irritation einhergeht, was weiter unten noch im Organisationskontext im Detail ausgeführt wird.

„Suizidankündigungen und Suizide“ (7.6.2), die ebenfalls im Kapitel *„Sterben und Tod“* (Abschn. 7.6) thematisiert werden, basiert auf der Typik *„Suizidankündigung als Auftrag zur Sorge und zum Ergründen von Motiven dieser Aussage versus Suizid als klare Willensbekundung, die es zu berücksichtigen gilt“* (7.6.4). Diese Handlungslogik findet sich in der Typologie *involviert versus auf Distanz* wieder, in dem Sicheinlassen auf die Motive und in der Sorge um den Schutz der Betroffenen wie auch der Offenheit, sich den Betroffenen und *ihren* Aussagen zu stellen. Die Haltung, Suizid als Willensbekundung wahrzunehmen und sie „zu berücksichtigen“, sie gewissermaßen zu akzeptieren, als eine Reaktion auf Suizidankündigungen, sprengt allerdings die sorgende Haltung von Palliative Care. Diese Typik wurde vor allem durch das Erleben der Fokusgruppe „Feld“ konstruiert. Sich einzulassen auf die Beweggründe, die hinter einer Suizidankündigung stehen, und das Reagieren auf nicht aushaltbare Situationen gehören wohl zu den größten Herausforderungen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. Auch wenn effizientere Schmerzlinderung eine Situation erleichtern kann, besteht mitunter eine Ausweglosigkeit, die sich nicht verändern lässt. Gerade hier ist die Interdisziplinarität gefragt. Es verwundert daher nicht, dass die Psychotherapeutinnen – sowohl der Fokusgruppe „Feld“ als auch der Fokusgruppe mit dem Palliativkonsiliarteam – sich besonders zu Wort gemeldet haben und das Eingehen auf Suizidankündigungen stark betonen. Die Praxis des Sicheinlassens und Auf-Distanz-Gehens verlangt ein hohes Maß an Reflexion und Selbstbeobachtung, was wiederum den Teamstrukturen (Abschn. 7.3), in denen sich die Arbeit vollzieht, eine besondere Bedeutung gibt.

In diesen Teamstrukturen (Abschn. 7.3) zeigt sich die Basistypologie in der Typik *„Erleben von Distanz versus Herstellen eines „Wir“* (7.3.3), ein Sichverbunden-Fühlen durch ein „Wir“, ein Sichinvolvieren in ein gemeinsames Tun, das mitunter mit dem gemeinsamen „Wir“ bricht und ein „Ihr“ und „Wir“ differenziert und auf Distanz zum „Wir“ geht. Der Verbundenheit oder auch der *„Lernoase“* (7.3.2) Team, die mitunter konflikthaft ist oder als ein Differenzen überdeckendes „Wir“ kritisch gesehen wird, steht eine Distanz gegenüber, die eine Verbundenheit sucht. Denn im Erleben der Hospizbegleiter_innen werden die anderen Teammitglieder nicht als „Team“ wahrgenommen, mit dem *gemeinsam* gearbeitet wird. Hier muss ein „Wir“ erst bewusst *hergestellt* werden.

Das Team stellt für die Bewältigung von Abschieden und Trauer ein hilfreiches Setting dar. Für Hospizbegleiter_innen, die in der Regel als *„Einzelkämpfer_innen“* (7.3.1) angesehen werden und die sich monatlich zu Teamsitzungen treffen – oft mit sehr variabler Anwesenheit –, steht im Zuge des fehlenden Teamerlebens diese wichtige Möglichkeit der Verarbeitung und des Austausches nicht in dem Ausmaß zur Verfügung wie für interdisziplinäre Teams. Denn Abschied

(Abschn. 7.7) und Trauer (Abschn. 7.8) werden von Palliativteams aus einer Teamdynamik heraus (7.7.1, 7.8.2) zum Thema gemacht, und die enge Zusammenarbeit ermöglicht Reflexion und Verarbeitung im Rahmen von Supervision. Das heißt nicht, dass Hospizteams nicht auch ihr Erleben von Abschied und Trauer in einer Teamsitzung oder Supervision reflektieren können. Für sie gilt es, ein „Wir" über die *gemeinsame Rolle* (vgl. 8.2.1, Burbeck et al. 2014) herzustellen, die immer wieder von Neuem zu thematisieren ist, je nachdem, wer zu Teamsitzungen oder Supervisionen kommt. Der Unterschied des „Wir" liegt für Hospizteams im fehlenden *Erleben* von Zusammenarbeit und Interdisziplinarität, deren Bedeutung vor allem in 7.7.1, *„Sich dem Abschied nähern"*, erkennbar wird. Hier kann in der Reflexion des Themas Abschied die Basistypologie als Modus wahrgenommen werden. Aus einem berufsbedingten Abstand heraus, einer Distanz zur sterbenden Patientin, spricht die Sozialarbeiterin ihre Gefühle an und ermöglicht den stärker involvierten Berufsgruppen, ins Thema einzusteigen. In der Typologie *„verschlüsselter Zugang zu emotionalem Erleben von Abschied versus Reflexion"* (7.7.3) wird *involviert versus auf Distanz* als Teamdynamik sichtbar, als *Modus*, der im Rahmen der Supervision ein Sichverabschieden zulässt.

Beim Thema Trauer (Abschn. 7.8) ist ausgehend von der Typik *„Trauerverarbeitung als zu persönlich und sich aufsummierend versus Trauer als integrativer Teil des Erlebens, der durch ein Aussprechen und Umdeuten von Gefühlen eine Veränderung erfährt"* (7.8.3) die Basistypologie in der Art erkennbar, wie Trauer erlebt und wie sie verarbeitet wird. Ist persönliche Trauer- und Verlustverarbeitung noch im Gang, ist es ungleich schwerer, in der hospizlichen Trauerbegleitung eine Distanz zu halten. Die eigene Trauerverarbeitung und die Wiederherstellung der persönlichen Widerstandsfähigkeit sind hier grundlegend, um Trauer als integrativen Teil des Erlebens überhaupt wahrnehmen zu können. *Involviert versus auf Distanz/Integration* ist hier bezogen auf den eigenen Umgang mit Trauer: wie sehr Trauer involviert und sich über Jahre aufsummiert oder wie sehr Trauer integriert und nicht auf Distanz gehalten, aber „aufgenommen" werden kann. Die Leitdifferenz drückt sich auch in der Metapher der *„Durchlässigkeit"* (7.8.1) aus: Wird diese sowohl als Schutz wie als Schutzlosigkeit erlebt, dient sie doch beiden Koordinatorinnen als metaphorisches „Tool", als bildliches Werkzeug, für sich die Aufrechterhaltung von Involviertsein und Distanz wahrnehmbar wie spürbar zu machen.

Die Organisationsdynamik, die vor allem in der *„Zuweisung von Patient_innen"* (Abschn. 7.1), der *„Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Organ*isation" (Abschn. 7.2), im „palliativpolizeilichen" Kontrollieren im Krankenhaus (7.4.2) und im Erleben von Sterben und Tod im Krankenhaus (7.6.3) zur Darstellung kommt, zeigt als Basistypologie ebenfalls einen Spannungsbogen aus *involviert*

versus auf Distanz, der jedoch im Organisationskontext einer Handlungslogik folgt, die sich am Angebot Palliative Care orientiert: *Bezug/involviert versus Distanz zum Angebot Palliative Care*. Palliative Care wird angefordert, und im gemeinsamen Tun zeigen sich die unterschiedlichen „Fachkulturen" bzw. Haltungen, z. B. die der Intensivmedizin und die von Palliative Care. Damit kann im gemeinsamen Arbeitsalltag eine Abgrenzung erfolgen und es wird wahrgenommen, *was* unter Palliative Care zu verstehen ist und *wofür* es in Anspruch genommen werden kann. Da Palliative Care im Krankenhaus häufig ausschließlich mit Sterben in Verbindung gebracht und mit der Sterbephase gleichgesetzt wird, wird das Angebot auf Distanz gehalten oder auch abgewehrt. Fachmedizinische und –pflegerische Handlungsmodi, die sich bisweilen nicht mit Prinzipien von Palliative Care decken, werden nicht durch Zusammenarbeit *erfahren*, wenn nicht zum Angebot zugewiesen wird. „Zuweisungsfilter" (7.1.1) helfen, die Distanz zum Angebot aufrechtzuerhalten, und erst *wenn nichts mehr zu machen ist* (vgl. Heller et al. 2007a), schafft der Begriff „palliativ" nicht Optionen, sondern eine legitime Klassifizierung, jegliche Behandlung zu hinterfragen (7.1.3) oder viel zu spät (7.1.2) zum Angebot Palliative Care zuzuweisen. Die Typologie *„Bezug versus Distanz zum Angebot Palliative Care"* (7.1.4) ist von einer *„Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen"* (Hausinger 2008) getragen: von einem Nebeneinander von sich widersprechenden, sich konkurrierenden und ausschließenden Haltungen. Eine tatsächliche Integration von Palliative Care als Angebot im System Krankenhaus gelingt, wenn überhaupt, auf diese Art nur sehr langsam, und der Energieaufwand, Druck und Stress der Beteiligten sind hoch. Irritation, Verunsicherung und Konflikte sind ständige Begleiterinnen eines Angebots, das etwas anbietet, was die Organisation nicht haben will, aber immer hat: das Sterben. Und so bleibt auch das Kontrollieren des Palliativteams als Irritation stehen und wird nicht als wichtige Schutzfunktion verstanden, die für die Organisation Krankenhaus mehr denn je notwendig ist.

8.2 Palliative Care im Fokus von Supervision

Ausgehend von den Typologien der Themenfelder und insbesondere den Basistypiken werden nun die Ergebnisse mit der Literatur verglichen, die bereits in den Kapiteln zwei bis sechs zur Darstellung kam. In den Fokus rückt das Forschungsfeld Hospiz und Palliative Care im Spiegel der Ergebnisse der Untersuchung, und es wird herausgearbeitet, wo spezifische Erkenntnisse festzumachen sind, die sich im Vergleich mit der dargestellten Literatur zeigen. Die in Kapitel vier (Kap. 4) aufbereitete Supervisionsforschung im Feld anhand der deutsch- und englischsprachigen Publikationen verbindet sich nun mit den Ergebnissen der Untersuchung. Da die Supervisionsforschung einer ethnografischen und partizipativen Forschungsstrategie

gefolgt ist, werden die Ergebnisse in Bezugnahme auf die Kapitel fünf (Kap. 5) und sechs (Kap. 6) einer kritischen Reflexion im Hinblick auf die Forschungsstrategie und Methodenwahl unterzogen.

8.2.1 Das Forschungsfeld im Spiegel der Ergebnisse

Die Ergebnisse zeigen Felddynamiken des Forschungsfeldes (Berker 1992, 4) und werden nun, wie in Kap. 7 einleitend dargestellt, anhand der Organisationsdynamik, der Professionellendynamik und der Betroffenendynamik strukturiert. Die Reihung der Themen in der Ergebnisdarstellung macht deutlich, wie existenziell die Integration von Palliative Care in Organisationen ist. Beim untersuchten Palliativkonsiliarteam ist die Frage nach der Verortung von Palliative Care innerhalb der Organisation bereits im Vorgespräch vorrangig, und die Organisationsdynamik stand bei vielen Themen des Palliativkonsiliarteams stark im Vordergrund. Auch die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams verortet die Verantwortlichkeit für späte Zuweisungen (7.1.2) – zu Angeboten der Hospiz- und Palliativversorgung – vorrangig bei Organisationen wie Krankenhäusern, Alten- und Pflegeeinrichtungen. Die organisationale Basistypik von *Bezug versus Distanz zum Angebot Palliative Care* flankiert die Pole einer Handlungspraxis, die sich, anders als bei Themenfeldern mit starker Professionellen- und Betroffenendynamik, nicht *im* Angebot, sondern *am Umgang mit* dem Angebot zeigen.

Organisationsdynamik
Die Typologie von *involviert versus auf Distanz* beschreibt einen Spannungsbogen, *innerhalb dessen* sich die Handlungslogik von Palliative Care identifizieren lässt, während *Bezug versus Distanz zum Angebot Palliative Care* das Angebot *selbst* zwischen diesen beiden Polen positioniert. Ein Palliativkonsiliardienst (3.3.2.2) ist ein Baustein der spezialisierten Versorgung, der sich *„einfügt"* in das etablierte Versorgungssystem (Gesundheit Österreich 2012, 5), wie dieses „Einfügen" in der Praxis funktionieren kann, bleibt jedoch offen. Denn das Prozesshandbuch (Gesundheit Österreich 2012), das sich mit der konkreten Umsetzung von Palliative-Care-Angeboten in Österreich beschäftigt, spart den Prozess der Integration der Angebote aus (vgl. Heimerl 2008, 23). Die Prozesse, aufgebaut auf Qualitätskriterien, schreiben detailgetreu vor, wie die Angebote umgesetzt werden können. Schritte, die vor dieser Umsetzung gesetzt werden müssen, auf dem Weg zur Integration von Palliative Care in eine Organisation, finden jedoch keine Berücksichtigung. Obwohl angeführt wird:

> „Die Grundhaltung, die Hospiz- und Palliativversorgung gesellschafts- und gesundheitspolitisch zu integrieren, ist zentrale Aufgabe." (Gesundheit Österreich 2012, 5)

Nun kann dagegen gehalten werden, dass dieses Prozesshandbuch als primäres Ziel (Gesundheit Österreich 2012) die umfassende und durchaus komplexe Darstellung der Aufgaben und Schnittstellen der spezialisierten Versorgungsangebote untereinander wie zur Regelversorgung beschreibt. Der Fokus wird nicht auf die Integration von Angeboten gelegt. Dennoch erweist sich der fehlende Bezug zur Praxis einer Integration als wirkmächtige Leerstelle, da die Koordinatorin des Palliativkonsiliardienstes die ÖBIG-Kriterien (Gesundheit Österreich 2014) explizit als Richtlinie anführt (7.1.1), an der sie sich orientiert. Dass die gesellschafts- wie gesundheitspolitische Integration von Hospiz und Palliative Care auch unter den Grundsätzen der Hospiz- und Palliativversorgung (Gesundheit Österreich 2012, 3 f.) im Prozesshandbuch genannt wird, lässt darauf schließen, dass die Integration auch als Aufgabe gesehen wird. Es wird hier etwas ausgespart, was die Praxis der spezialisierten Versorgung jedoch braucht: Hilfestellungen zur Integration der spezialisierten Angebote in die Regelversorgung, zumindest Best-Practice-Beispiele, wie Palliativstationen oder Palliativkonsiliardienste in die Organisation Krankenhaus *eingegliedert* und auch *genützt* werden können.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, die ein „Sicheinfügen" nicht hinlänglich bestätigen, werden gestützt von Grossmann (2000) und vor allem Heimerl (2008, Heimerl et al. 2006), welche die Implementierung von Palliative Care in Organisationen begleitet sehen von zentralen Widersprüchen (Heimerl et al. 2006, 50 f.). Einen Widerspruch sieht Grossmann (2000, 81 f.) im identitätsstiftenden Element der Medizin: es wird ein Kampf gegen Tod und Sterben geführt. So wird Sterben zum Routinefall und gewissermaßen verleugnet, um das Selbstverständnis einer Heil bringenden Organisation aufrechterhalten zu können (Grossmann 2000, 83 f., vgl. 7.1). Das zeigt sich ganz besonders an den widersprüchlichen Organisationszielen im Krankenhaus, die sich anhand von „palliativ" und „kurativ" festmachen lassen: Heilung, Lebensverlängerung und Rehabilitation stehen in Opposition zu Lebensqualität bis zuletzt und Linderung (Heimerl et al. 2006, 51).

Anhand der Ergebnisse der Untersuchung lassen sich diese Widersprüche an Irritationen festmachen, wie die *„gefilterten"* (7.1.1), die nicht erfolgten oder zu späten Zuweisungen (7.1.2), die Systematisierung von Patient_innen nach „palliativ" und „kurativ" (7.1.3), die Konflikte in der Zusammenarbeit innerhalb der Organisation Krankenhaus, die Kontrollfunktion des Palliativkonsiliarteams (7.4.2) und Sterben und Tod in der Organisation Krankenhaus (7.6.3). Vor allem die Klassifizierung in „kurativ" und „palliativ" ist in organisationalen Kontexten auffällig, wie die Koordinatorin eines mobilen Palliativteams festhält, weil Institutionen oft nicht oder zu spät zuweisen. Dabei beruft sie sich auf die OPG, die

Österreichische Palliativgesellschaft. Dieser Ansicht folgend argumentieren Gartner und Watzke[1] (2006, 125), dass die beiden Begriffe nicht als Kontrapunkte zu definieren sind und es sehr zum Nachteil der Palliativmedizin und folglich auch für die Betroffenen ist, dass „palliativ" und „kurativ" als sich ausschließendes Gegensatzpaar verstanden werden. *„Klassifizieren besteht aus den Handlungen des Einschließens und des Ausschließens"*, bemerkt Zygmunt Bauman (2005, 13) in *„Moderne und Ambivalenz"* und verweist auf die Entwicklung des Bestrebens, Eindeutigkeiten konstruieren zu wollen, um Ordnung zu schaffen. Die Klassifizierung in palliativ und kurativ kann als ein Versuch verstanden werden, eine solche Ordnung herstellen zu wollen. Es zeigt sich deutlich, dass es nicht gelingt, ein zufriedenstellendes Ein- und Ausschließen für das Angebot Palliative Care zu entwickeln. Es gelingt, „Extreme" (7.1.2) der Zuweisungspraxis zu identifizieren, die zu spät oder zu früh, zu deutlich oder zu verschwommen die „Begrenztheit des Lebens" vor Augen haben. Es bleibt eine Ambivalenz, eine Unordnung (Bauman 2005, 11), ein Nicht-Zuordnen-Können.

> „Und gleichwohl ist die Ambivalenz nicht das Ergebnis der Pathologie der Sprache oder Rede. Sie ist viel eher ein normaler Aspekt sprachlicher Praxis". (Baumann 2005, 11)

Damit zeigt sich die Erkenntnis, dass nicht die Begriffe „palliativ" und „kurativ" so problematisch sind, sondern der Anspruch, der mit dieser Klassifizierung einhergeht: ordnen zu wollen, was auf diese Weise nicht zu ordnen ist.

Solche Irritationen haben jedoch Auswirkungen auf die Mitarbeitenden von Hospiz- und Palliativangeboten (vgl. Vachon 1995). Sie lösen Spannungen aus, die so weit gehen, dass ein Moral Distress (Brazil et al. 2010) deutlich erkennbar wird, der sich vor allem in der Kontrollfunktion des Palliativkonsiliarteams festmachen lässt. Das Bild der *„Palliativpolizei"* (7.4.2) beschreibt das Erleben des Palliativkonsiliardienstes, das in der Typik *„Palliative Care als Kampf um Versorgung und Schutz von vulnerablen Menschen versus Untergang im Versorgungssystem"* (7.4.2) zum Ausdruck kommt. Die Unzulänglichkeiten innerhalb der eigenen Organisation werden im Zuge der Konsiliartätigkeit bewusst, die das Team mit vielen Abteilungen und Stationen in Kontakt treten lässt. Diese erkennbar mangelnde bis schlechte Versorgung von Patient_innen bewirkt besonderen Druck, Stress und Steigerung von Verantwortlichkeit. Eine derartige Spannung,

[1]Univ. Prof. Dr. Herbert Watzke, Professur für Palliativmedizin Universitätsklinik für Innere Medizin I, Wien, Leiter der Palliativstation, ist auch im Vorstand der OPG (OPG 2016).

die von einer hohen moralischen Konflikthaftigkeit getragen wird und innerhalb der „eigenen“ Organisation verortet werden kann, wird von Brazil et al. (2010, 1689) als Moral Distress im organisationalen Kontext beschrieben. Als besondere Erkenntnis kann hier die Reaktion verstanden werden, die dem Moral Distress eine besondere Schutz- und Kontrollfunktion beiseitestellt: In diesem Verhalten kann bereits ein Umgang des Teams mit Moral Distress auf organisationaler Ebene festgemacht werden. Moral Distress wird im Zuge der Untersuchung nicht nur identifiziert, sondern es kann mithilfe der *„Palliativpolizei“* und *„dem Blaulicht am Kopf“* (7.4.2) auf Strategien geschlossen werden, wie mit Stress auslösenden moralischen Konflikten im Team umgegangen wird. Selbstironie und Humor schaffen eine *Distanz*, die das Anliegen an sich – Betroffene gut versorgt zu wissen – nicht lächerlich macht und dennoch die Kontrollfunktion in ihrer Dringlichkeit (polizeilich) legitimiert und ihr (Rettungs-)Vorrang einräumt.

Die Spannungen und Irritationen, die in der Zusammenarbeit zwischen Konsiliardienst und Intensivstation (7.2.1) deutlich werden, verdecken jedoch auch den Blick auf ethische Fragen. So wurde die palliative Sedierung in der Supervision nicht weiter thematisiert, da der Fokus stark auf die Organisationsdynamik des Konfliktes gerichtet war.

Zeigt sich aufseiten der Berufsgruppen von Palliative Care ein Moral Distress (Brazil et al. 2010), wenn die Widersprüche der Organisation anhand irritierenden Erlebens deutlich werden, so steht aufseiten der Organisation ein Verhalten, das sich auf die von Isabel Menzies (1960, 100 ff.) formulierten *„defensive techniques“* zurückführen lässt. Hinter dem widersprüchlichen Umgang bezüglich Trauerbegleitung (7.6.3), die von der Leitung als Angebot zugestanden wird, ohne dessen Bewerbung zu genehmigen, ist eine Abwehr erkennbar, die mit dem Satz *„Eigentlich will man den Tod nicht im Haus haben“* (7.6.3) skizziert wird. Das Angebot der Trauerbegleitung wird zugestanden, doch nicht mit der Konsequenz, dass es auch umgesetzt wird, da von dem organisationalen Selbstbild abgerückt werden müsste (vgl. Grossmann 2000, 83 f.). Bei Menzies Untersuchung (1960, 103) erweisen sich die unbewussten organisationalen Abwehrstrategien für viele Schwesternschülerinnen als Ursache, die Ausbildung abzubrechen, weil sich die Abwehr von der Organisation auf eine individuell-persönliche Ebene verlagerte. Beim Palliativkonsiliardienst ist es das Angebot der Trauerbegleitung, also Hospiz und Palliative Care, das Anerkennung erfährt, jedoch in der Umsetzung auf Distanz und Abwehr stößt. Einen Palliativkonsiliardienst in einem Krankenhaus zu haben, heißt nicht, dass palliative Kultur praktiziert wird. Katharina Heimerl (2008, 23, Heimerl et al. 2006, 53) verweist hier auf Eduardo Bruera, der vier Stadien der Entwicklung palliativer Kultur im Krankenhaus beschreibt. Die vorliegende Untersuchung bestätigt, dass die Stadien, wie auch von Bruera

festgehalten (2004, zitiert nach Heimerl et al. 2006, 53, 3.2.2), gleichzeitig erfolgen können. Das Angebot der Trauerbegleitung aufzunehmen, es jedoch nicht publik zu machen, entspricht der Pallialie, Stadium III (Heimerl et al. 2006, 53), in dem die Leitung Monate bis Jahre nach der Einführung von Palliative-Care-Programmen keine Ressourcen zur Verfügung stellt, obwohl in der Organisation Palliative Care als wichtiges Thema erachtet wird. Wohingegen die Koordinatorin des Palliativkonsiliardienstes in Bezug auf ihre Erfahrungen mit Sterbebegleitung (7.6.3) eine unerwartet hohe Wertschätzung innerhalb der Organisation erfährt, was auf „Pallaktivität" (3.2.2), das vierte Stadium der Entwicklung von palliativer Kultur innerhalb der Organisation, hinweist.

Dass Palliative Care als Haltung innerhalb einer Organisation alle vier Stadien gleichzeitig durchlaufen kann, von Ablehnung bis zur Praxis palliativer Kultur, belegt die Typologie der Untersuchung in Bezug auf Organisationen: *Bezug versus auf Distanz zum Angebot Palliative* Care. Wie bereits ausgeführt (8.1.1), wird die Typologie getragen von der *„Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen"* (Hausinger 2008), einem besonderen Kennzeichen der heutigen Arbeitswelt (Hausinger 2008, 12 f.). Parallel zu einer Typologie, die Palliative Care im höchst komplexen Spannungsfeld zwischen Sichinvolvieren und Sichdistanzieren festmacht, geht mit der Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen – für die Mitarbeitenden von Palliative-Care-Angeboten in Organisationen – ein widersprüchliches Erleben einher, das Palliative Care als Angebot ablehnt, annimmt, abwehrt, bekämpft oder auch ignoriert. Beim untersuchten Palliativkonsiliarteam waren diese organisationsdynamischen Auswirkungen, die Widersprüchlichkeiten, viel wirkmächtigere Belastungsfaktoren als der Umgang mit Sterben, Tod und Trauer (vgl. Menzies 1960, 100 ff.).

Professionellendynamik

Steht für das Palliativkonsiliarteam die Organisationsdynamik bei den einzelnen Themen stark im Vordergrund, so zeigt sich beim mobilen Hospizteam, dass die Fragen nach dem Auftrag, der Rolle und der Teamanbindung, also professionsdynamische Themen, eine besondere Relevanz haben. Wobei es hier zu differenzieren gilt, was die hauptamtliche Koordinatorin des mobilen Hospizteams als relevant erachtet und was ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen ansprechen. Hospizbegleiterinnen berichten stärker von ihrer Rolle und ihrer Abgrenzung zu Betroffenen. So wird z. B. festgehalten, aus der Trauerbegleitung keine Freundschaft machen zu wollen (7.7.2), oder sie positionieren sich in einem Pflegesystem, bestehend aus Patient_innen, Angehörigen und der 24-Stunden-Pflegekraft (7.4.1). Die Koordinatorin hingegen legt ihren Fokus stärker auf die spezifischen Aufgaben der Hospizarbeit, die sie in der Zusammenarbeit mit Palliativteams herauszustreichen, *„herauszukitzeln"* (7.2.2) versucht. In der Typik *„Versorgung als*

Bezug zwischen Betroffenen, Betreuenden und Hospiz- und Palliativteams versus Distanz und Abgrenzung durch Patient_innenautonomie und Pflegesysteme" (vgl. 7.4.1, 7.4.3) wird der spezifische hospizliche Auftrag betont (7.4.1), der besonders zum Vorschein kommt, wenn medizinische und pflegerische Versorgung ganz oder auch teilweise von den Betroffenen abgelehnt wird. Im Bezug zu den einzelnen Angeboten kann so eine umfassende Versorgung erfolgen, die der Hospizarbeit eine besondere Aufgabe und Rolle gibt. Burbeck et al. (2014) nahmen in ihrer *„systematic review"* zum Rollenverständnis des Ehrenamtes in Palliative Care die „besondere Rolle" der ehrenamtlichen Hospizbegleiter_innen und spezielle Charakteristika dieser Rolle sowie die Erfahrung mit der Freiwilligkeit in den Fokus ihrer Untersuchung.

Die Rolle wird als *„an identity separate from the role of paid staff"* (Burbeck et al. 2014) beschrieben. Diese Definition unterstreicht die Erfahrung der Hospizbegleiter_innen wie die der Koordinatorin: die eigene *Rolle* der Hospizbegleiter_innen zu identifizieren sowie ihre *Aufgabe* auch genau dort wahrzunehmen, wo medizinische und pflegerische Unterstützung *nicht angenommen* wird. Die Ergebnisse von Burbeck et al. (2014) unterstreichen die Sicht der Hospizbegleiter_innen, die in der häuslichen Umgebung Missstände wahrnehmen und Unterstützung anbieten, indem festgestellt wird, dass Hospizbegleiter_innen als Mediator_innen auftreten, auch in die Rolle eines Ersatzfamilienmitglieds schlüpfen können, sich jedoch auch ähnlich einer Fachkraft verhalten (Burbeck et al. 2014). In der vorliegenden Untersuchung übernehmen die Ärztin eines mobilen Palliativteams und die Hospizbegleiterin eine sehr ähnliche Rolle, wenn sie die Überforderung einer 24-Stunden-Pflegekraft wahrnehmen: mit Unterstützung, Hilfestellung und Hinzuziehen von zusätzlicher Unterstützung. Der von der Hospizbegleiterin geäußerte Ärger über unzureichend ausgebildete Pflegekräfte, die nicht „gut" pflegen, kann als Moral Distress (Brazil et al. 2010, 1688 f.) verstanden werden, der sich, wie schon für das Krankenhaus beschrieben, auch in der häuslichen Pflege bei Missständen zeigt und eine Belastung darstellt. Die genaue Beobachtung und Unterstützung der Patient_innen (7.4.1) stehen sehr im Vordergrund und finden Entsprechung in Burbeck et al. (2014), die Hospizbegleiter_innen beschreiben als

> „[…] acting as a 'go-between' between patients/family and paid staff, or acting as an advocate for the patient and family."

Ehrenamtliche Hospizbegleiterinnen haben dieser Beschreibung nach eine spezifische Rolle, die jedoch gegenüber dem medizinisch-pflegerischen Angebot unspezifischer wirkt (vgl. Gronemeyer, Heller 2007, 577), weil hier eine starke

soziale Rolle eingenommen wird. Genau hier setzt die Koordinatorin des mobilen Hospizteams die hospizliche Arbeit an (7.4.1): Wo das mobile Palliativteam *kein Angebot mehr hat*, können sie mit den Betroffenen in Kontakt kommen und die Patient_innenautonomie zum Anlass nehmen, die Wünsche und Vorstellungen der Betroffenen zur Sprache zu bringen. Hospizbegleiter_innen sind jedoch auch *Anwält_innen* der Patient_innen und tragen damit auch die Spannungen, Widersprüche und ein Unbehagen mit, die ein genauer Blick auf Versorgungssituationen auslösen kann.

Mit diesem Unbehagen gilt es umzugehen. Das Palliativkonsiliarteam unterstützt sich dabei durch die interdisziplinäre Teamstruktur, um mit Moral Distress einen Umgang zu finden. Hospizbegleiterinnen hingegen erleben – im Rahmen dieser Untersuchung – das Team auf Distanz und fragen: *„Was ist eigentlich das Team?“* (7.3.1).

Neben der kaum bis gar nicht vorhandenen Organisationsdynamik in den Themen des mobilen Hospizteams ist der größte Unterschied zwischen dem mobilen Hospizteam und dem Palliativkonsiliarteam, dass Teams und Teamzugehörigkeit völlig unterschiedlich erlebt werden. Die Typik *„Erleben von Distanz versus Herstellen eines ‚Wir‘“* (7.3.3) hat Auswirkungen auf die Fragen, die in ein Team eingebracht werden, insbesondere dann, wenn belastende Themen des Feldes im Team reflektiert werden und das Team eine Entlastungsfunktion bekommt. Das unterstreicht auch die deutschlandweite Befragung (Müller et al. 2009, 605) von Mitarbeitenden auf Palliativstationen, in der das Team als *„sehr wichtige“* Entlastungs- und Schutzfunktion an erster Stelle genannt wird.

Die Hospizbegleiterinnen der vorliegenden Untersuchung erleben das Team nicht durch ein Kooperieren im Rahmen einer Arbeits- und Aufgabenbezogenheit (König, Schattenhofer 2015, 18), sondern in ihrer gemeinsamen Rolle als *„Einzelkämpferinnen“* (7.3.1). Als solche berichten sie Erfahrungen, die sich jedoch nicht auf ein gemeinsames Erleben beziehen, sondern auf eine gemeinsame Aufgabe. Sie werden als Team bezeichnet, sind jedoch aufgrund der individuellen Begleitungen vielmehr eine Gruppe als ein Team (vgl. König, Schattenhofer 2015, 18), und die Entlastungsfunktion ist stärker an die Koordinatorin gerichtet als auf das Team. Die Koordinatorin stellt eine wichtige Verbindung zu und zwischen den Hospizbegleiter_innen her. Sie ist im Hospizteam der Untersuchung Bezugspunkt bei Fragen sowie Unsicherheiten, ihre Teilnahme an der Supervision war für das Team verbindend. Teamerleben und Interdisziplinarität sind ein Charakteristikum der Palliative-Care-Angebote, für Ehrenamtliche und ihr Team spielt Interdisziplinarität keine wesentliche Rolle. Sie treten über die Rollenvariationen und ihre Aufgaben als Hospizbegleiter_innen sowie über die Koordinator_innen miteinander in Kontakt.

Betroffenendynamik

„Große Themen" des Feldes, wie Sterben, Tod (Abschn. 7.6), Abschied (Abschn. 7.7) und Trauer (Abschn. 7.8), finden sich in der Leitdifferenz *involviert versus auf Distanz* wieder, wo besonders deutlich wird, dass beide Handlungspole Palliative Care bedingen. In *„Über das Sterben sprechen"* (7.6.1) wird die grundlegende Orientierung verständlich, die das Ansprechen von Tod und Sterben für Betroffene wie auch Betreuende hat. Ein hohes Maß an Empathie und Vertrauen ist notwendig, damit Sterben zum Thema werden kann. *„Ist das jetzt das Sterben?"* (7.6.1), fragt Frau Z die Krankenschwester Frau C und verknüpft Sterben mit Angst und Unruhe, will wissen, worauf sie sich einzustellen hat. Hier wird aus der Erfahrung von Schmerz und Angst nach einem Verstehen gesucht, das Cicely Saunders (1996, vgl. 3.2.2) wie folgt beschreibt:

> „The whole experience for a patient includes anxiety, depression, and fear; concern for the family who will become bereaved; and often a need to find some meaning in the situation, some deeper reality in which to trust."

Hier ist ein Halten wie auch Aushalten vonseiten der Betreuenden gefordert, das ein hohes Maß an Sicheinlassen wie auch Sich-wieder-Herausnehmen verlangt, aber immer *im Bezug* zu den und *in der Sorge* um die Patient_innen und An- und Zugehörigen bleibt. Und in dieser Sorge ereignen sich besondere Augenblicke. Einen nahen und kostbaren Moment des Abschieds teilt die Krankenschwester Frau C in der Supervision (7.7.1). Die Koordinatorin Frau A berichtet von beglückenden Erfahrungen, die sie in der Begleitung Sterbender macht (7.6.3), und eine besondere Bedeutung hat auch eine Umdeutung im Rahmen einer Supervision, von der eine Ärztin berichtet (7.8.2): Die *„Stadt der Toten"* wird zur *„Stadt der Lebenden"*, und damit wird *den Bedürfnissen der Betreuenden* Platz gegeben. Diese kurzen Augenblicke der Nähe, des Erkennens, erinnern stark an Hartmut Rosas *„Resonanz"*: Diese drückt sich in einer *„lebendigen Antwortbeziehung"* (2016, 334) aus. Weltbeziehung wird nach Rosa über „Resonanzachsen" erlebt. Resonanz ist ein dynamisches Geschehen, ein *„Aufleuchten einer Verbindung"* (Rosa 2016, 317). Solche *Verbindungen* wie die von Frau C und Frau Z sind flüchtig, nicht einfach herstellbar, ihnen liegt ein Zauber inne, und doch basieren sie auf einer sehr konkreten Grundvoraussetzung, einem In-Beziehung-Treten.

Ist dieser Bezug zu Menschen, das Sicheinlassen, nicht gegeben, stehen nicht die Betroffenen im Mittelpunkt, sondern eigene Bedürfnisse, wie in 7.6.3, wo ein Arzt eine Palliativstation zur Rehababteilung macht, was bei allen Beteiligten zu Irritation führt. Den Arzt „befreit" das Verhalten davon, schlechte Nachrichten zu

kommunizieren, der Patient wird allerdings daran gehindert, sich seiner Situation zu stellen (vgl. Saunders 1996).

Die distanzierte Haltung muss immer auch zum Schritt des *„care givings"* (Tronto 1993, 127, vgl. 3.2.1) bereit sein, dafür braucht es *„caring about"* (Tronto 1993, 127, vgl. 3.2.1), ein Wahrnehmen der Sorge und ein Sicheinlassen auf die Bedürfnisse von Angehörigen. Es braucht eine Auseinandersetzung, ein In-Beziehung-Treten und ein Sich-involvieren-Lassen. Erst aus einer Beziehung heraus erfolgt die Distanz oder Abgrenzung.

Doris Lindner, Sabine Pleschberger und Claudia Wenzel betonen in ihrem Aufsatz *„Trauer von MitarbeiterInnen in der häuslichen Palliative Care"* (2012), dass Beziehung ein zentrales Element von Palliative Care (2012, 70) darstellt und die Frage der Abgrenzung für Palliative Care eine besondere Bedeutung hat, vor allem im ambulanten Kontext (2012, 69). Gerade in Bezug auf das Sterben konstatieren die Autorinnen (2012, 75, 3.4.4), dass bei der Begleitung von Sterbeprozessen erst aus einer gewissen Distanz heraus Veränderungen und Übergänge wahrgenommen werden können, die bei einer zu hohen Involviertheit nicht bemerkt werden. Sie betonen auch die Wichtigkeit einer gelungenen Trauerverarbeitung durch die Wahrung und Wiederherstellung psychischer Widerstandsfähigkeit und Gesundheit aufseiten der Betreuenden, um aufgrund der hohen Involviertheit und Identifikation in der Betreuung Sterbeprozesse und Übergänge erkennen zu können, was nur aus einer gewissen Distanz heraus gelingen kann (2012, 75). Die Typologie *involviert versus auf Distanz* wird hier als *Modus Operandi*, als Art des Handelns, für das Feld bestätigt.

Im Hinblick auf die Betroffenendynamik von Palliative Care und die Typologie *involviert versus auf Distanz* werden nun Suizidankündigungen und Suizide (7.6.2) von Patient_innen diskutiert, die in der Fokusgruppe „Feld" erörtert wurden. Erfolgte Suizide wurden in beiden Supervisionsprozessen nicht zur Sprache gebracht, in der Fokusgruppe „Feld" hingegen gab es konkrete Erfahrungen mit Patient_innen, die sich suizidiert haben. Suizid wurde von mir im Rahmen der Suizidankündigungen in die Fokusgruppe eingebracht, daher wird Suizid nun auch im Kontext der Suizidankündigungen diskutiert.

Palliative Care, verstanden als Praxis einer Care-Ethik und als politische Ethik (Vosman 2016, 41 ff.), begründet durch Definitionen und Prinzipien (3.2.2), verlangt ein Sichinvolvieren, ein Sicheinlassen auf die Motive, die hinter einer Suizidankündigung stehen. In diesem Eingehen und Sichöffnen liegt die verantwortliche Sorge – Joan Tronto (1993, 131 ff., 3.2.1) spricht von *„responsibility"* – vonseiten der Betreuenden, um Beweggründe und Emotionen zu ergründen und

um hilfreich zu sein, eine unerträgliche Situation erträglicher zu machen. Diese Verantwortung ist Handlungsgrundlage für die Berufsgruppen, doch die Verantwortung hat Grenzen, und somit auch der Auftrag. Sorge im Sinne eines *„care giving"* (Tronto 1993, 127) muss auch angenommen werden können im *„care receiving"* (Tronto 1993, 127) und hat somit Grenzen, die auch durch die Patient_innen, Zu- und Angehörigen gesetzt werden. Ein erfolgter Suizid im Rahmen eines Palliative-Care-Angebots, wie er in der Fokusgruppe „Feld" geschildert wurde, ist letztlich ein unmissverständliches Beenden, ein Ausstieg aus dem Auftrag (vgl. Sellner-Pogány 2012). Suizid hinterlässt bei den Betreuenden Betroffenheit und ein Hinterfragen des eigenen professionellen Handelns, lässt nach Motiven suchen. Im Sinne von Norbert Elias (1982, 10), der festhält: *„Der Tod ist ein Problem der Lebenden. Tote haben keine Probleme"*, liegt der Fokus der Aufarbeitung nicht auf dem Verstorbenen, sondern auf der Krisenbewältigung der Lebenden. Denn Suizide sind Krisen für Palliativteams. Auch wenn Meinungen formuliert werden, wie: Suizid ist als Willensäußerung zu verstehen, oder anders formuliert: „Ist es nicht das Recht eines jeden Menschen, sich den Tod zu wünschen?", löst ein *erfolgter* Suizid, anders als nur ein *angekündigter*, durchwegs große Betroffenheit aus und erschüttert das Professionsverständnis. Dieses Professionsverständnis ist durch die Garantenstellung (vgl. Fußnote 7.6.2, Bundeskanzleramt 2016) begründet und ein wichtiges Indiz dafür, dass Suizid wohl als freie Willensäußerung verstanden werden *kann*, doch ärztliches Handeln immer zum Ziel haben *muss*, den Tod abzuwenden:

> „Dem behandelnden Arzt kommt gegenüber seinem Patienten eine Garantenstellung zu, was bedeutet, dass er durch die Rechtsordnung im Besonderen dazu verpflichtet ist, den Tod des Patienten abzuwenden. Unterlässt er diese Erfolgsabwendungspflicht durch Untätigkeit und ist die Unterlassung einem aktiven Tun gleichwertig, so ist er nach dem im § 2 StGB festgelegten Prinzip der Garantenunterlassungsdelikte so zu bestrafen […]." (Bundeskanzleramt 2016)

Daher sind die Fragen, die sich Teams stellen, die mit Suizid konfrontiert sind, gerechtfertigt und müssen vor dem Hintergrund einer möglichen Schuldfrage auch gestellt werden (vgl. 7.6.2): Wurde etwas Entscheidendes übersehen? Hätte etwas anders gemacht werden können? Was wurde wahrgenommen? War etwas auffällig? Die Handlungslogik von *involviert versus auf Distanz* basiert auf einem höchst komplexen professionellen Handeln, das immer auf die Reaktion eines Gegenübers angewiesen ist. Es irritiert und erschüttert, wenn das, was Palliative Care bewirken und begleiten soll, Linderung und Lebensqualität bis zuletzt, durch einen Suizid beendet wird.

8.2.2 Supervisionsforschung, Forschungsstrategie und Methoden

Die Ergebnisse werden nun in den Fokus der Supervisionsforschung gestellt. Themen-, Feld- und Fachbezüge sowie die gewählten Forschungsstrategien werden im Hinblick auf drei Aspekte diskutiert, die sich im Fazit (Abschn. 4.4) von Kapitel 4 (Kap. 4), *„Supervision im Forschungsfeld und als Forschungsinstrument“*, wiederfinden. Sie umfassen erstens die Themen von Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung, die Supervisand_innen als für sie wichtig ausweisen, zweitens reflektierte Erkenntnisse von Supervisor_innen zum Feld und Setting und nehmen drittens Bezug auf eine Forschungspraxis, die Supervision als Instrument der Forschung in den Mittelpunkt stellt.

Themen

Die umfassende quantitative Studie der DGSv (2007) zu Supervision im Arbeitsfeld Hospiz und Palliative Care benennt die am häufigsten genannten, in der Umfrage vorgegebenen Themen (DGSv 2007, 7). Fallarbeit, Reflexion der eigenen Rolle, Umgang mit Betroffenen, Stärkung von Selbstwert und Burn-out-Prophylaxe. Die Themen lesen sich mehr als Anliegen an die Supervision, daher macht es Sinn, auch die in freier Formulierung benannten Themen zu zitieren, weil diese sehr viel genauer benennen, welche konkrete Themensetzung die Supervisand_innen in die Supervision einbringen:

> „Konfliktlösung, existentielle Grenzerfahrungen, Sterben und Tod, Verlust und Trauer, Ekel, Sinn, Suizidalität, Verzweiflung, multikulturelle Erfahrungen, Schuld, nonverbale Kommunikation (wenn Sprechen nicht mehr möglich ist), Selbstschutz, eigene Betroffenheit, Nähe, Distanz, Grenzüberschreitung, Sprachlosigkeit, Schweigen aushalten.“ (DGSv 2007, 7)

Mit den genannten Inhalten kann ein Bezug zur vorliegenden Untersuchung hergestellt werden. Hier zeigen sich Gemeinsamkeiten, allerdings auch Unterschiede. Die genannten Themen decken sich zur Gänze oder zum überwiegenden Teil mit den Inhalten von 7.4 *„Versorgung von Patient_innen“*, 7.5 *„Patient_innen, An- und Zugehörige: Verhalten, Wünsche, Bedürfnisse, Dynamiken“*, 7.6 *„Sterben und Tod“*, 7.7 *„Abschied“* und 7.8 *„Trauer erleben und mit eigener Trauer umgehen“*. Zum Teil bezeichnen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung umfassendere Themenbereiche, die jene in der DGSv-Studie (2007, 7) genannten Inhalte einschließen. Einzig die multikulturellen Erfahrungen wurden im Rahmen der Untersuchung nicht als solche angesprochen. Auch Nähe und

Distanz werden als Themen genannt, ebenso nacheinander erwähnt, was die Gültigkeit der Basistypologie *involviert versus auf Distanz* zwar nicht als Typologie bestätigt, die Leitdifferenz jedoch explizit benennt. Hier zeigt sich eine große Übereinstimmung.

Interdisziplinarität, die Rolle der Ehrenamtlichen, Teamerleben oder die Rolle der Organisation finden keine Erwähnung. Die Autor_innen der Umfrage führen dazu an:

> „Die Themen Konkurrenz zu Angehörigen und Helfern, strukturelle Fragen zur Einrichtung, Kooperation Haupt- und Ehrenamt sowie gesellschafts- und gesundheitspolitische Aspekte stehen weniger im Mittelpunkt der Arbeit." (DGSv 2007, 7)

Hier zeigt sich ein sehr grundlegender Unterschied zur vorliegenden Untersuchung, denn die Themen 7.1 *„Zuweisung von Patient_innen"*, 7.2 *„Zusammenarbeit innerhalb und außerhalb der Organisation"* und 7.3 *„Teams und wie sie erlebt werden"* waren in den Supervisionsprozessen prägend, und auch die Fokusgruppe „Feld" beschreibt sie als sehr wesentlich für das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung. Allerdings sind die organisationsdynamischen Aspekte der Themen sehr viel wirkmächtiger für das Palliativkonsiliarteam, das sich innerhalb einer Organisation zu verorten hat, und das mobile Hospizteam muss sich weniger innerhalb, als vielmehr zu anderen Organisationen positionieren. Wie begründen sich diese Unterschiede zwischen der Befragung von 2007 (DGSv) und der vorliegenden Untersuchung?

Drei Viertel des Rücklaufs der Fragebögen der Befragung (DGSv 2007) erfolgte aus ambulanten Einrichtungen, von den stationären Einrichtungen wurden Palliativstationen und stationäre Hospize befragt. Das heißt, Palliativkonsiliardienste waren nicht unter den Befragten, und es wird nicht angeführt, wie viele Palliativstationen geantwortet haben. Es ist davon auszugehen, dass die Befragung Hospizteams und Hospizstationen sehr viel stärker im Fokus hatte und folglich ihre Themen. In einer quantitativen Erhebung mittels Fragebogen werden vermutlich auch andere thematische Schwerpunkte benannt als in einer ethnografisch-partizipativen Untersuchung von Supervisionsprozessen, die ein Jahr lang begleitet werden.

Trotzdem bleibt eine Widersprüchlichkeit, denn gleichermaßen bestätigt Karin Weiler in *„Supervisorisches Arbeiten mit Ehrenamtlichen in Hospiz und Palliative Care"* (2006, 4.2.3.1) für ehrenamtliche Teams die Wichtigkeit von Themen wie Interaktion im Team (Weiler 2006, 35 ff.) und auch organisations- und gesellschaftsbezogene Kontexte (Weiler 2006, 39 ff.).

Palliative Care im Krankenhaus ist in Bezugnahme zur Literatur im Feld ebenso nicht ohne Organisationsdynamiken und die Veränderungen zu denken, die die Implementierung von Palliative-Care-Angeboten (Bruera 2004, zitiert nach Heimerl et al. 2006, 53, Heimerl 2008) mit sich bringt. Das Ergebnis der Wirkmächtigkeit von Organisationen in Bezug auf das Angebot Palliative Care, zusammengefasst durch die Typologie *Bezug versus auf Distanz zum Angebot* im Kontext einer *„Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen"* (Hausinger 2008), begründet sich folglich durch das Sampling, in dem ein Palliativkonsiliardienst und damit auch das Erleben in der Organisation Krankenhaus gewählt wurden. Die vorliegende Untersuchung ermöglicht damit einen Blick auf Themen, die Hospiz*und* Palliativteams beschäftigen.

Supervisorische Themen von Hospiz- und Palliativteams werden somit *erweitert* um *die Verortung und Integration von Palliative Care in Organisationen* und *die damit einhergehenden Widersprüchlichkeiten*. Insbesondere die Auswirkungen von Moral Distress (Brazil et al. 2010) konnten anhand der organisationalen Dynamik (vgl. 7.1, 7.2, 7.4.2, 7.6.3) aufgezeigt werden. *Kooperation und Zusammenarbeit* (Abschn. 7.2) sind ebenfalls grundlegend, für Palliative Care in Organisationen wie zwischen Organisationen und ihren Hospiz- und Palliativteams. Auch das zum Teil *widersprüchliche Teamerleben* (Abschn. 7.3), das sowohl Palliativ- wie auch Hospizteams beschäftigt, wenn auch unterschiedlich, kann *als wesentliches Thema* ergänzt werden.

Supervision im Feld

Supervision findet in Bezug auf Hospiz und Palliative Care in der Literatur (4.2.3) Erwähnung, vor allem als Entlastung (DGSv 2007, 7), Stärkung (Bergdal et al. 2011, Edmonds et al. 2015) oder als Schutzfaktor (Nordentoft 2008, Rechenberg-Winter 2012, Edmonds et al. 2015). Ziel der vorliegenden Untersuchung war es nicht, der Frage nachzugehen, ob diese Wirkung durch Supervision tatsächlich erfolgt. Als Erkenntnis kann jedoch festgehalten werden, dass eine brisante Gleichzeitigkeit der Typologien *involviert versus auf Distanz* und *in Bezug versus auf Distanz zum Angebot Palliative Care* besteht, die *im* Angebot und *am* Angebot identifiziert wurden. Mit diesem widersprüchlichen Umgang gilt es für Mitarbeiter_innen von Palliative Care Teams umzugehen. Supervision kann als Entlastung, Stärkung und als Schutz ein gutes Angebot bieten, um eine reflexive Distanz herzustellen.

Als Erkenntnis für das Feld gilt auch, dass Supervision den organisationalen Aspekten (vgl. 2.3.2), als wichtigem Faktor für das Gelingen des Auftrags, Raum geben muss. Hospiz- und Palliativteams im Supervisionssetting auf den

Umgang mit Sterben und Tod und die Bewältigung dieser „Belastungsfaktoren" zu reduzieren, entspricht nicht den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung. Das stellte bereits Mary Vachon im Jahr 1995 fest. Sie führte die Belastung im Feld vor allem auf organisationsbedingte und gesellschaftliche Faktoren zurück. Tod und Sterben *können* jedoch Belastungsfaktoren sein, wie auch die Publikation *„Wie viel Tod verträgt das Team?"* (Müller, Pfister 2012) schon im Titel ausdrückt. Im Palliativkonsiliarteam der Untersuchung zeigt sich jedoch ein Erleben, das Sterbebegleitung *als äußerst erfüllenden Teil der Arbeit* sieht (7.6.3). Ein Empfinden von Belastung bezüglich Tod und Sterben wird sehr viel stärker durch die Distanz und Abwehr vonseiten der Organisation zum Angebot Palliative Care ausgelöst.

Organisationen und ihre Entwicklung spielen in der Supervision von Hospiz- und Palliativteams eine zentrale Rolle. Individuelle Bewältigungsstrategien, die wesentlich für das Gelingen hospizlicher und palliativer Versorgung sind, müssen letztlich von der Organisation mitgetragen werden, wie Gillman et al. (2015) betonen. Auch Kittelberger (2008, 560 f.) führt aus, dass Supervision mit vielen Organisationsentwicklungsaufgaben konfrontiert ist, die von den Teams eingebracht werden.

Supervision von Palliative-Care-Angeboten in der Organisation Krankenhaus ist aufgrund der Widersprüchlichkeit, die dem Angebot entgegengebracht wird, mit einer anderen Praxis konfrontiert, als Wolfgang Knopf sie für Supervision im Krankenhaus schildert. Eine seiner Erkenntnisse, worauf Supervisor_innen in der Organisation Krankenhaus achten sollten (Knopf 2009, 350 ff.) – *„Es funktioniert, auch wenn es nicht funktioniert!"* –, hat für Palliative-Care-Angebote in Organisationen nur unter Vorbehalt Geltung. Sind die Zuweisungen so gering, dass das Angebot gar nicht zeigen kann, dass es „funktioniert", funktioniert es auch nicht. Die Erkenntnis aus der Untersuchung lautet hier: Es hängt ganz von der Organisation und den Stadien der palliativen Kultur (Bruera 2004) ab, die von unterschiedlichen Abteilungen bis hin zur Führung bereits erreicht sind. Ob ein Palliative-Care-Programm schon tatsächlich von vielen Abteilungen genützt wird, ist grundlegend, um wahrnehmen zu können, wie integriert Palliative Care in der Organisationskultur ist. Das hat auch Auswirkungen auf den Moral Distress (3.4.4), den es in Organisationen in Bezug auf Versorgung, Tod und Sterben gibt.

Moral Distress (Brazil et al. 2010), als spezifisches Phänomen im Feld, gilt es im supervisorischen Setting wahrzunehmen und in seinen unterschiedlichen Erscheinungsformen wie auch seiner Bewältigung zum Thema zu machen. Der Umgang des Palliativkonsiliarteams, Moral Distress mithilfe von metaphorischen Konzepten wie der *„Palliativpolizei"* und dem *„Blaulicht am Kopf"* (7.4.2) zu

begegnen und sich so Legitimation für ihren Kontrollanspruch und ihre Dringlichkeit zu holen, ist auch aus der Perspektive des Group Relations-Ansatzes interessant: Nach Bion (1961, 2.3.1.1, 2.3.1.3) oszillieren Gruppen zwischen einer Arbeitsorientierung und einer Gruppenmentalität. Ein sehr starker Druck von außen kann den Modus der Grundannahmengruppe fördern. Ein äußerer Feind wird z. B. hochstilisiert oder in der Gruppe wird Schutz bei einer starken Führungspersönlichkeit gesucht (vgl. 2.3.1.1). Das Palliativkonsiliarteam sucht sich immer wieder „äußere, verfolgende Feinde" – ganze Stationen, die Leitung oder auch Kolleg_innen –, um „Dampf abzulassen" und um zu benennen, was als schwierig erlebt wird. Sie kehren jedoch immer wieder in einen Arbeitsgruppenmodus zurück, der sich anhand konstruktiver Metaphern zeigt: Die „äußeren Feinde" werden dabei gemeinsam mit den Anliegen des Teams konstruktiv verarbeitet: Denn die *„Palliativpolizei"* (7.4.2) richtet den Blick auf Patient_innen *und* nimmt damit auch die Umwelten, die Kolleg_innen, Abteilungen etc. in den Fokus.

Auch grundsätzliche ethisch-moralische Fragen wie Autonomie und Selbstbestimmung (vgl. 7.5), aber auch Ernährung und Sedierung (7.2.1, Abschn. 7.5) etc. haben im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung eine besondere Bedeutung (Weixler 2006, Heller et al. 2007b, Reitinger, Heller 2010, 738, Pleschberger 2005). Sie sind in der Supervision in einer unterstützenden Weise zu behandeln, sodass auch in Teamsitzungen mit ethisch brisanten Themen ein Umgang möglich ist, wie Nordentoft (2008) aufzeigt.

Forschungsstrategien und Methoden

Der Themenvergleich wie auch die Supervision im Feld machen deutlich, dass die vorliegende Untersuchung sehr viel mehr erforscht hat, als brisante Themen von Hospiz- und Palliativteams oder die spezifische inhaltliche Ausrichtung von Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung zu untersuchen. Die ethnografisch-partizipative Forschungsstrategie der Untersuchung konzeptualisiert Supervision im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung als Gegenstand wie Instrument der Forschung. Die Ergebnisse wurden in das Feld und an die Supervisandinnen zurückgespielt und kommentiert. Über die Fokusgruppen entstand ein Diskurs über das Erleben der Praxis. Die Forschung selbst wurde im Rahmen von Supervisionsaufträgen durchgeführt und hat *im Zuge* einer Praxis stattgefunden. Mithilfe der dokumentarischen Methode wurde das Datenmaterial untersucht, und Typiken und Typologien dieses Erlebens wurden analysiert.

Das Untersuchungsdesign hat kein vergleichbares Vorbild im deutschsprachigen Raum, im Hinblick auf die supervisorisch-forschungsstrategisch wie methodische Ausrichtung. Supervisionsforschung im Feld der Hospiz- und

Palliativversorgung, in der ethnografisch-partizipative Elemente zur Anwendung kommen, sind in englischsprachigen Publikationen in einer in Dänemark durchgeführten Untersuchung (Nordentoft 2008) und in einer Aktionsforschung des University Colleges Ersta Sköndal[2] in Stockholm (Bergdahl et al. 2011) zu finden.

Supervision ist hier Gegenstand (Nordentoft 2008) wie auch Mittel der Forschung (Bergdal et al. 2011). Partizipative (Bergdahl et al. 2011) wie auch ethnografische Zugänge (Nordentoft 2008) finden eine gelungene Umsetzung, wie auch das Forschungsdesign der vorliegenden Untersuchung belegt.

Wo zeigt sich die gelungene Forschung in Bezug auf die Forschungsstrategie und Methoden? Wo können besondere Erkenntnisse aufgrund der Forschungsstrategien generiert werden?

Supervisionsforschung, die den Supervisionsprozess zum Gegenstand der Forschung macht, im Sinne einer Wirkungsforschung, wird von Heidi Möller als *„Selbstkonfrontationsprozess“* (2010a) beschrieben. Sie fragt nach den Interaktionsprozessen in der Supervision (Möller 2010a, 219), welche die beteiligten Personen, Supervisor_innen wie Supervisand_innen, in den Mittelpunkt der Forschung rücken. In der vorliegenden Untersuchung ist das Feld im Mittelpunkt der Forschung, in das mithilfe von Supervision *eingetaucht* wird (vgl. von Unger et al. 2007, 28). Die Lebenswelt der Supervisandinnen stellt somit in der „Beratungswelt“ Supervision einen „Feldkonfrontationsprozess“ her: Über einen längeren Zeitraum wird begleitet und beobachtet, wie Supervisandinnen das Feld herstellen und erleben. Durch das Erleben im Feld werden handlungsleitende Wissensbestände (Nentwig-Gesemann 2013, 296) in Erfahrung gebracht. Dennoch gibt die Forschung auch Einblick in Supervisionssitzungen, beschreibt, wie sich aus Wortmeldungen Themen entfalten und somit besprechbar werden, wie Interventionen der Supervisorin etwas ermöglichen oder auch irritieren. Das Kapitel 7.7.1, *„Sich dem Abschied nähern“*, zitiert aus Anfangssequenzen eines Supervisionsprozesses mit dem Palliativkonsiliarteam. Hier wird ein *Modus Operandi* sichtbar, der zeigt, wie dieses Team ein „schwieriges Thema“ diskursiv entwickelt, bis *ausgesprochen* wird, was es bedrückt und beschäftigt.

Nicht nur *dass*, sondern *wie* sich ein Team in einem supervisorischen Rahmen den Themen nähern kann, die unangenehme Gefühle auslösen und nicht so einfach zu besprechen sind, zeigen diese Sequenzen: ein langsames Sichannähern, eine sehr metaphorische Sprache, Humor, und letztlich gibt die Interdisziplinarität

[2]Das University College hat ein eigenes Palliative Research Center (Ersta Sköndal 2016).

den Ausschlag. Die Sozialarbeiterin, die am weitesten vom Krankenbett entfernt ist, spricht eine Verzweiflung und Traurigkeit an und eröffnet ein Nachdenken und Sichverabschieden von einer Patientin, die das Team sehr lange begleitet hat. Ein Team-„Wir" wird nicht nur als wichtig benannt, es *zeigt* sich in seinem Tun, seinem *Modus Operandi*. Hier ermöglicht die ethnografische Forschung, an einem Prozess, einer spezifischen Lebenswelt, der „Beratungswelt Supervision", teilzuhaben, die sonst nicht zugänglich ist.

Auch in Bezug auf den Forschungscharakter von Supervision und die Faktoren, die in einem Supervisionsprozess wirken, gibt die Untersuchung Einblick. In 7.1.1 *„Gefilterte Zuweisungen"* schildert die Koordinatorin des Palliativkonsiliarteams die Herausforderungen, mit denen sich das Team konfrontiert sieht, und belegt damit, was Knopf (2009, 339) und Rappe-Giesecke (2009, 64) feststellen (vgl. 4.3): Der Beratungsprozess beginnt *vor dem Start* der Supervision, denn Teams nehmen Probleme wahr, oft unternehmen sie Lösungsversuche, bevor externe Beratung in Anspruch genommen wird. Auch ein zweites Element, das die ethnografische Forschungsstrategie durch die teilnehmende Beobachtung aufzeigt, lässt sich anhand dieses Protokollausschnitts beschreiben: Die Koordinatorin stellt neben ihrer Person auch das Team vor und holt in ihrer Schilderung die Organisation herein. Das Nichtgegenwärtige (münch 2011, 269), das Anliegen der Beratung, wird durch die Koordinatorin am Beginn der Supervision als triadisches Modell, als ein komplexes Zusammenwirken von Gruppe, Verbund von Professionals und Organisationseinheit vorgestellt (Rappe-Giesecke 2009, 13 f.).

Nicht nur in Supervisionsprozessen wurden Daten erhoben, Fokusgruppen erweiterten die Untersuchung. Die Supervisionsprozesse waren dennoch durch die Inputs in den Fokusgruppen präsent, denn die für die Fokusgruppe „Feld" (Anhang d.) zusammengestellten Protokollpassagen waren sehr ausführlich und gaben Einblick in ein Supervisionsgeschehen, das eine Dichte und Dynamik aufweist. Die Fokusgruppenteilnehmer_innen wurden durch das gemeinsame Lesen der Protokollpassagen, ausschnitthaft, zu teilnehmenden Beobachter_innen, sie tauchten ein (vgl. von Unger et al. 2007, 28) in die Supervisionsprozesse der beiden Teams. Ihre Inputs waren von Offenheit getragen, es wurden Erfahrungen und Einschätzungen geteilt. Die Teilnehmer_innen stiegen schnell auf mitunter brisante und konflikthafte Themen ein. So entstanden ebenfalls dichte und dynamische Passagen, die sich auf die Protokolle bezogen und sie ergänzten. Mit den Fokusgruppen der Supervisionsteams konnte wiederum eine Fülle an Erfahrungen und Eindrücken gesammelt werden, die von großer Intensität getragen war – die allerdings nicht verwundert, da ich als Forscherin und Supervisorin schon vertraut war und die Fokusgruppendiskussionen daher ebenfalls von Offenheit

und Vertrauen geprägt sein konnten. Auch der Wechsel zwischen Supervision und Fokusgruppe, der von mir sehr genau vorbereitet und geplant wurde, ist gelungen. Die Tatsache, dass einzelne Supervisand_innen nicht an den Fokusgruppen teilgenommen haben, deutet jedoch darauf hin, dass dieses Setting für manche Supervisandin auch irritierend oder überfordernd war. Es gelang nicht, *alle* Supervisandinnen auch in die explizite Forscherinnenrolle zu holen. Auch die Protokollausschnitte aus den Supervisionsprozessen, die aus Zeitgründen für die Fokusgruppen mit den Supervisionsteams gekürzt wurden (Anhang d.) und zu Recht Kritik hervorriefen (5.3.3), hätten besser ungekürzt vorgestellt werden sollen. Supervisionsteams sollten wissen, was genau der Fokusgruppe, die „ihre" Themen kommentieren, vorgelegt wird.

Nicht zuletzt hatte die forschungssupervisorische Reflexion großen Anteil am Gelingen der Forschung, denn als Supervisorin, Forscherin und auch Lernende im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung galt es, alle drei Rollen zu erfüllen, und das mit einer Gleichzeitigkeit, die einer reflexiven Distanz (Honer 1993, 61) bedurfte. Die forschungssupervisorische Reflexion war kontinuierlich, methodisch verortet und im Forschungsprozess verankert, wie auch von Bettina Dausien (2007, § 5) gefordert. Durch die Aufnahme und Transkription war es möglich – während die beiden Supervisionsprozesse von mir durchgeführt und beobachtet wurden wie auch während des Auswertungsprozesses –, die Reflexion der einzelnen Supervisionseinheiten nachzulesen und so auch die supervisorischen Prozesse, meine Anteile, Unsicherheiten, Zweifel, meine blinden Flecken, aber auch meine Begeisterung auf einer Metaebene präsent zu haben.

Erkenntnisse jenseits des Supervisionsprozesses förderten die partizipative Forschung, die den Supervisionsteams im Rahmen von Fokusgruppen eine Teilnahme und Teilhabe an der Forschung ermöglichte und eine grundlegende Zielsetzung der partizipativen Forschung erfüllte: soziale Wirklichkeit sowie Befähigungs- und Ermächtigungsprozesse zu verstehen und zu verändern – was die Aussagen der Supervisandinnen bestätigen (5.3.3). Bemerkenswert ist, dass die Supervisandinnen von „ihren" Themen (5.3.3) sprechen. Auch wenn sich „ihre" Themen mit anderen Umfrage- oder Studienergebnissen decken, so ist die Art und Weise, wie sie ihre Fragen zur Sprache bringen, ihr Erleben sowie ihr Umgang damit und was sie entwickelt haben, doch etwas, das ihnen auch „gehört" (vgl. Brazil 2013, 131). Es sind ihre Wissensbestände (vgl. Nentwig-Gesemann 2013, 296).

Die Teilhabe an der Forschung ermöglichte damit auch für alle Beteiligten eine Zusammenschau auf Aussagen, Einschätzungen und umfassendes Wissen von Kolleg_innen.

Über die Triangulierung von Supervisionsbeobachtung und Fokusgruppen mit Personen aus unterschiedlichen Arbeitsbereichen der Hospiz- und Palliativversorgung gelang ein *Bezug* zwischen dem Erleben von Teams und Einzelpersonen, die wiederum über ihr Team und ihre Erfahrungszusammenhänge berichteten. Letztlich konnte so Wissen nicht nur von zwei Supervisionsteams eingebracht werden, sondern über die Fokusgruppe „Feld" und ihre sechs Teilnehmer_innen auch Erlebensmomente aus zwölf[3] weiteren Teams.

Die Entscheidung, mit welcher Methode das Datenmaterial ausgewertet wird, habe ich mir nicht leicht gemacht. Sollte ich psychoanalytisch auswerten (Leithäuser, Volmerg 1988)? In einer Kombination aus dokumentarischer und psychoanalytischer Methode (Lohl 2013)? Oder doch die reflexive Grounded Theory (Breuer 2009)? Ich entschied mich für die dokumentarische Methode (Abschn. 6.4), da sie sich für meine Fragestellung, die das Forschungsfeld und das Erleben in den Mittelpunkt stellt, besonders eignet. Insbesondere die Auswertungsschritte der dokumentarischen Methode haben mit dem Forschungsdesign und dem Ablauf korrespondiert. Die erste Auswertungsphase der formulierenden Interpretation, die in einem ersten Schritt Themen herausfiltert, war besonders passend für das Rückspielen dieser ersten Ergebnisse an die Fokusgruppen. Werner Vogds (2004) Habilitation, in der er teilnehmende Beobachtung mit der dokumentarischen Methode auswertet und dies auch methodologisch begründet, stand mir bei der Analyse zum Nachschlagen hilfreich zu Seite.

Mithilfe der dokumentarischen Methode wurden Typiken und Typologien für das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung entwickelt, die für die Arbeit *im* und *am* Feld Bedeutung haben: Für Menschen, die in der Hospiz- und Palliativversorgung arbeiten, sei es in der Versorgung oder auch auf Leitungsebene, für Supervisor_innen wie für Personen, die Verantwortung im Gesundheitswesen tragen. Denn Erlebnis- und Erfahrungszusammenhänge, habituelle Übereinstimmungen und handlungsleitende Wissensbestände (Nentwig-Gesemann 2013, 296) wie die vorgelegten Ergebnisse belegen eine Handlungspraxis und bilden ein unverzichtbares Wissen. Ein Wissen, um berufliches Handeln zu gestalten, Angebote adäquat auszurichten und um zu reflektieren, zu planen, zu verändern.

[3]Das Erleben von „zwölf Teams" ergibt sich aus: der Koordinatorin und Ärztin von zwei unterschiedlichen mobilen Palliativteams, der Sozialarbeiterin mit Einbindung in ein ambulantes und ein stationäres Team, der Psychotherapeutin und des Hospizbegleiters auf zwei Palliativstationen und dem Supervisor von insgesamt sechs Teams aus dem Feld.

Conclusio

9

Das Feld der Hospiz- und Palliativversorgung im Fokus von Supervision zu erforschen, ist für den deutschsprachigen Raum ein Novum und mit der vorliegenden Arbeit erstmals umgesetzt worden. Dass Supervision sich gut eignet, um *über* ein Feld und *in* einem Feld Erkenntnisse zu generieren, hat Supervision bereits seit ihren Anfängen bewiesen. Vor allem in Verbindung mit Sozialer Arbeit entstand für das Feld wie für Supervision eine fruchtbare Kooperation.

Supervision hat mit der Hospiz- und Palliativversorgung keine so nahe Entwicklungsgeschichte wie mit der Sozialen Arbeit, dennoch ist Supervision in allen Standards für die beteiligten Berufsgruppen vorgesehen. Supervision wird in Anspruch genommen, sie ist als Beratungssetting anerkannt. Hospiz und Palliative Care sind ein junges Arbeits- wie auch Forschungsfeld, daher ist es naheliegend, Supervision zum Generieren von Erkenntnissen einzusetzen, mit dem Instrument Supervision *die Berufsgruppen und ihr Erleben in den Fokus* zu nehmen. Denn die Berufsgruppen im Feld müssen in ihrer Praxis mit Herausforderungen und auch Widersprüchen zurechtkommen, die sich zunehmend in Abgrenzung von grundlegenden Ausrichtungen der Pionier_innen vollziehen. Cicely Saunders hat sich bewusst vom System Krankenhaus abgewandt und Elisabeth Kübler-Ross stand dem Medizinsystem kritisch gegenüber (vgl. Heimerl 2008, 19 f.). Heute gilt es einen komplexen Weg zu gehen: zwischen bewusster Implementierung von Hospiz- und Palliativangeboten ins Versorgungssystem und den Gefahren der zunehmenden Institutionalisierung und Vereinnahmung (vgl. Gronemeyer 2007, 68 f.) von Hospiz und Palliative Care. Die vorliegenden Ergebnisse belegen, dass Supervision als *„reflexive Institution“* (Gröning 2013) bei herausfordernden Fragen des Feldes – wie der nicht oder nur teilweise vollzogenen Einbindung des Angebots in Organisationen und der damit verbundenen Irritationen – eine *Verortung* bietet, die ein Verstehen ermöglicht und Handlungsoptionen eröffnet. Auch spezifische Themen des Feldes wie Sterben, Abschied

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0_9

und Trauer finden einen „Raum“ und eröffnen den Teams Möglichkeiten, ihre Interdisziplinarität umfassend, insbesondere zur Reflexion, zu nützen.

Die vorliegende Arbeit legt den Fokus auf das Erleben von Hospiz- und Palliativteams und wie sie genau diese, mit Widersprüchen, Irritationen wie auch erfüllenden und gelingenden Momenten erlebte Praxis im Rahmen der „Beratungswelt“ Supervision schildern. Ein sonst mit Verschwiegenheitsklauseln „geschützter Raum“ öffnet sich der Forschung und lässt uns teilhaben an der Dynamik von Hospiz- und Palliativteams: ihrem Wissen, ihrer Kompetenz, ihrer Erlebenswelt, den Erfahrungen, Sorgen, Ängsten, Unsicherheiten und bewegenden wie freudigen Aspekten ihrer Arbeit. Da ein „geschützter Raum“ erforscht wurde, sah das Forschungskonzept neben der ethnografischen auch eine partizipative Forschungsstrategie vor, die den Supervisandinnen auch jenseits des Supervisionsprozesses einen Forscherinnenstatus und eine Verfügungsmacht über ihre Themen zuerkannt hat. Diese Forschungsstrategie im jungen Arbeitsfeld Hospiz- und Palliativversorgung beobachtet nicht nur und holt Passagen aus den Protokollen, um sie im Detail zu analysieren, sie sieht eine konkrete Teilhabe vor. Diese Teilhabe an der Forschung ermöglicht den Teams eine Mitsprache und einen Erkenntnisgewinn aus zwei Perspektiven: aus den Supervisionsprozessen, in Form einer kontinuierlichen Reflexion und daraus resultierenden Erkenntnis, und aus dem Forschungsprozess, der sie mit dem Erleben anderer Teams im Feld konfrontiert und sie so ermächtigt, ihre soziale Wirklichkeit differenziert wahrzunehmen und Veränderungen anzudenken. Damit setzt die vorliegende Forschungsarbeit *Impulse für Veränderungen*, die auf einem Verstehen begründet sind, aus dem heraus sich Einzelpersonen, Berufsgruppen, Teams und Organisationen wie auch „das Feld als Ganzes“ weiterentwickeln.

Palliative Care im Fokus von Supervision macht *spezifische Erfahrungen zugänglich*, die von einer besonderen Intensität wie auch Reichhaltigkeit gekennzeichnet sind. Die acht Themenfelder beschreiben ein *elaboriertes Versorgungskonzept*, das mit auffallend hartnäckigen „Filtern“ konfrontiert ist – wie „palliativ und kurativ“ –, die Hospizarbeit und Palliative Care auf Sterbebegleitung reduzieren wollen. In den Basistypologien *involviert versus auf Distanz* und *Bezug versus Distanz zum Angebot Palliative Care* kristallisiert sich handlungsleitendes Wissen heraus, das Palliative Care als *umfassendes Sorgekonzept* ausweist: mit einerseits herausfordernden und oft ethisch komplexen Fragen, hohen Anforderungen an Nähe und Distanz und begleitet von „schweren Themen“, und andererseits organisational oft unklar verortet, mit einem Akzeptanzspektrum von Ablehnung bis Inanspruchnahme. Palliative Care und Hospizarbeit zeigen sich als Praxis einer Care-Ethik, die in einer zunehmend polarisierten, ausgrenzenden und verunsicherten Gesellschaft dringend notwendig und aktueller denn je ist. Denn

es sind die Resonanz-Momente, das *„Aufleuchten einer Verbindung“* (Rosa 2016, 317), die im Zuge der Forschung sichtbar wurden, die *gutes Leben* kennzeichnen. Damit wird nicht nur berufliche Anerkennung *erlebbar*, sondern auch gelingende Beziehung, für Betroffene wie für Berufsgruppen, wird *erfahrbar* und für die Leser_in *nachvollziehbar*. Das gelingt wohlgemerkt nur da, wo mit Sterben und Tod ein bewusster und sorgender Umgang gefunden wird und Betroffene *im – guten – Leben,* in ihrer Autonomie und Würde *gehalten* werden und nicht *am Leben erhalten* werden.

Die vorliegende Untersuchung, die Supervision mit Forschungsstrategien ausstattet, sieht sich auch als Impuls für die Supervisionsforschung, auf inhaltlicher wie forschungsmethodischer Ebene. So beschreiben die Ergebnisse der Untersuchung auch für die supervisorische Praxis grundlegende handlungsleitende Erfahrungen. Supervisor_innen eröffnen sie die Möglichkeit, sich dem Feld der Hospiz- und Palliativversorgung auf differenzierte Weise zu nähern und sich einzulassen, sich zu vertiefen. Vor dem Hintergrund der Forschungserkenntnisse, die mit der Typologie von *involviert versus auf Distanz* einen elementaren Spannungsbogen beruflichen Handelns zur Verfügung stellen, entscheidet sich, welche Interventionen oder methodischen Instrumente für dieses Feld besonders sinnvoll sind. Supervision verfügt über ein umfangreiches methodisches wie theoretisches Repertoire, um das Feld und die Menschen im Feld zu begreifen, zur Reflexion anzuregen, mit dem Ziel, zu verstehen und zu verändern. Dass es nicht genügt, sich auf eine personale Ebene im Supervisionsprozess zu konzentrieren, sondern Teams und vor allem organisationale Einbindungen wie auch moralisch-ethische Ansprüche und Herausforderungen des Feldes zu berücksichtigen, wurde anhand der Themen, wie der Typologie *Bezug versus Distanz zum Angebot Palliative Care,* ausführlich dargestellt. Und Supervision sollte sich nicht scheuen, *in* und *mit* Supervisionsprozessen zu forschen und sich zusätzlicher Forschungsstrategien zu bedienen, im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung, aber auch in anderen Feldern. Indem Supervision in den Mittelpunkt der Forschung rückt, schärft sich unweigerlich ihr Profil, und das ist angesichts der aktuellen Entwicklung im Feld der Beratung auch dringend notwendig.

Das Erleben der Berufsgruppen im Feld der Hospiz- und Palliativversorgung richtet den Blick auf höchst aktuelle Themen, wie die Frage, wie unsere Gesellschaft mit Tod und Sterben umgehen will. Die in der Einleitung erwähnte parlamentarische Enquete *„Würde am Ende des Lebens“* (Bericht Enquete-Kommission 2015) ist hierfür ein Anfang. Ein breiter Diskurs ist dafür allerdings notwendig. Die vorliegende Arbeit versteht sich als Teil dieses Diskurses und richtet den Blick auf die *Menschen im Feld* und gibt Einblick in ihre Praxis und liefert *Erkenntnisse für das Feld*.

Literatur

Adams, W. P. (2009): Die USA vor 1900. 2. Auflage, München: Oldenbourg

Aichhorn, A. (1925/2005): Verwahrloste Jugend. Die Psychoanalyse in der Fürsorgeerziehung. 11. Auflage, Bern: Huber

Altrichter, H. (1990): Ist das noch Wissenschaft? Darstellung wissenschaftstheoretischer Diskussion einer von Lehrern betriebenen Aktionsforschung. München: Profil

Altrichter, H. (2008): Die Debatte um Aktionsforschung in der deutschsprachigen Bildungsforschung – Geschichte und aktuelle Entwicklungen. In: von Unger, H.; Wright, M.T. (Hrsg.): „An der Schnittstelle von Wissenschaft und Praxis" – Dokumentation einer Tagung zu partizipativer Forschung in Public Health. Discussion Paper SP I 2008-307. Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), 29-57. http://skylla.wzb.eu/pdf/2008/i08-307.pdf. Zugegriffen am 29.3.2015

Altrichter, H. (2009): Praxisforschung als akzeptiertes Element der Erziehungswissenschaft? Zur in- und ausländischen Entwicklung. In: Hollenbach, N.; Tillmann, K-J. (Hrsg.): Die Schule forschend verändern. Praxisforschung aus nationaler und internationaler Perspektive. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 7-20

Altrichter, H.; Gstettner, P. (1993): Aktionsforschung – ein abgeschlossenes Kapitel in der Geschichte der deutschen Sozialwissenschaft? Sozialwissenschaftliche Literaturrundschau 26: 67-83

Amann, K.; Hirschauer, S. (1997): Die Befremdung der eigenen Kultur. Ein Programm. In: Hirschauer, S.; Amann, K. (Hrsg.): Die Befremdung der eigenen Kultur. Zur ethnographischen Herausforderung soziologischer Empirie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 7-52

Ariès, P. (1978/2002): Geschichte des Todes. 10. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Auckenthaler, A. (1995): Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit. Stuttgart: Kohlhammer

Aulbert, E.; Zech, D. (2000): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer

Bachmann, I. (1983): Die gestundete Zeit. Gedichte. 12. Auflage, München, Zürich: Piper

© Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018

U. Hermann, *Palliative Care im Fokus von Supervision,*
https://doi.org/10.1007/978-3-658-21009-0

Baldauf, G. (2008): "Spiritualität / Religiosität" in der Supervision ehrenamtlicher Hospiz-MitarbeiterInnen: ein inhaltlicher Versuch, Markierungen einer begrifflichen Klärung von "Spiritualität / Religiosität" und Supervision darzustellen, sowie eine qualitative Untersuchung unter ehrenamtlichen Hospiz-MitarbeiterInnen in Graz vom Hospizverein Steiermark über die Bedeutung von "Spiritualität / Religiosität" in ihrer Begleitungsarbeit und in ihrer Supervision. Lehrgang Supervision und Coaching, Universität Wien. Master-Thesis an der Universität Wien

Balint, M. (1964/1984): Der Arzt, sein Patient und die Krankheit. 6. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta

Banks, J. A. (2006): Cultural Diversity and Education: Foundations, Curriculum and Teaching. 5th ed., Boston: Pearson

Barkhausen, A. (2001): Promovieren zwischen Aufbruch und Abhängigkeit. Theoretische Reflexionen zur Forschungssupervision von Nachwuchswissenschafterinnen. In: Mohr, D. M. (Hrsg.): Lost in Space: Die eigene wissenschaftliche Verortung in und außerhalb von Institutionen. Düsseldorf: Hans Böckler Stiftung, 143-152

Bauman, Z. (2005): Moderne und Ambivalenz. Das Ende der Eindeutigkeit. Hamburg: Hamburger Edition

Becker, B.; Eisch-Angus, K.; Hamm, M.; Karl, U.; Kestler, J.; Kestler-Joosten, S.; Richter, U. A.; Schneider, S.; Sülzle, A.; Wittel-Fischer, B. (2013): Die reflexive Couch. Feldforschungssupervision in der Ethnografie. Zeitschrift für Volkskunde 109(2): 181-203

Becker, R.; Kortendiek, B. (Hrsg.) (2010): Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung: Theorie, Methoden, Empirie. 3., erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS

Belardi, N. (1992): Supervision. Von der Praxisberatung zur Organisationsentwicklung. Paderborn: Junfermann

Belardi, N. (1996a): Supervision. Eine Einführung für soziale Berufe. 2. Auflage, Freiburg: Lambertus

Belardi, N. (1996b): SterbebegleiterInnen benötigen Unterstützung. Ein Vergleich zweier Gruppensupervisionen. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 3(4): 349-359

Belardi, N. (2001): Supervision, Organisationsentwicklung, Evaluation. Innovationen für Non-Profit-Einrichtungen. Hamburg: Kovač

Belardi, N. (2013): Supervision. Grundlagen, Techniken, Perspektiven. 4. Auflage, München: C.H.Beck

Berg, E.; Fuchs, M. (Hrsg.) (1993): Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Bergdahl, E.; Benzein, E.; Ternestedt, B. M.; Andershed, B. (2011): Development of nurses' abilities to reflect on how to create good caring relationships with patients in palliative care: an action research approach. Nursing Inquiry 18(2): 111-122

Bergmann, J. R. (2013): Ethnomethodologie. In: Frick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 118-135

Bergold, J. (2007): Participatory strategies in community psychology research – a short survey. In: Bokszczanin, A. (Ed.): Poland Welcomes Community Psychology: Proceedings from the 6th European Conference on Community Psychology. Opole: Opole University Press, 57-66

Bergold, J.; Thomas, S. (2012): Partizipative Forschungsmethoden: ein methodischer Ansatz in Bewegung. Forum Qualitative Sozialforschung 3(1), Art. 30. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1801/3333. Zugegriffen am 13.02.2015

Bericht Enquete-Kommission (2015): „Würde am Ende des Lebens". https://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/I/I_00491/fname_386917.pdf. Zugegriffen am 3.10.2016

Berker, P. (1992): Felddynamik. Supervision 21: 3-9

Berker, P. (2008): Forschung und Supervision – zu selten gestellte Fragen. In: Krapohl, L.; Nemann, M.; Baur, J.; Berker, P. (Hrsg.): Supervision in Bewegung. Ansichten – Aussichten. Opladen, Farmington Hills: Barbara Budrich, 83-88

Berker, P.; Buer, F. (Hrsg.) (1998): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum

Berliner Methodentreffen (2015): Programm 2015. http://www.qualitative-forschung.de/methodentreffen/ablauf/2015.html. Zugegriffen am 11. 07.2016

Bick, E. (2009): Bemerkungen zur Säuglingsbeobachtung in der psychoanalytischen Ausbildung. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 19-36

Bion, W. (1961): Erfahrungen in Gruppen und andere Schriften. Frankfurt am Main: Fischer

Bischof, H.-P.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.) (2002): Für alle, die es brauchen. Integrierte palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Böhme, G. (1993): Alternativen der Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Bohnsack, R. (2014): Rekonstruktive Sozialforschung. Einführung in qualitative Methoden. 9., überarbeitete und erweiterte Auflage, Opladen, Toronto: Barbara Budrich

Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (2013): Einleitung: Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. In: Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. 3., aktualisierte Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 9-32

Borasio, G. D. (2014): Über das Sterben. Was wir wissen. Was wir tun können. Wie wir uns darauf einstellen. Ungekürzte Ausgabe (auf der Grundlage der 10., aktualisierten und ergänzten Auflage 2012), 4. Auflage, München: Deutscher Taschenbuch Verlag

Bourdieu, P. (1987): Sozialer Sinn. Kritik der theoretischen Vernunft. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Bourdieu, P. (1992): Die verborgenen Mechanismen der Macht. Hamburg: VSA

Bourdieu, P. (1993): Narzißtische Reflexivität und wissenschaftliche Reflexivität. In: Berg, E. F.; Fuchs, M. (Hrsg.): Kultur, soziale Praxis, Text. Die Krise der ethnographischen Repräsentation. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 365-374

Bourdieu, P., Wacquant, L.J.D. (1996/2013): Reflexive Anthropologie. 3. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Brazil, K. (2013): Issues of diversity: participatory action research with indigenous peoples. In: Hockley, J.; Froggatt, K.; Heimerl, K. (Eds.): Participatory Research in Palliative Care. Actions and Reflections. Oxford: Oxford University Press, 129-137

Brazil, K.; Kassalainen, S.; Ploeg, J.; Marshall, D. (2010): Moral distress experienced by health care professionals who provide home-based palliative care. Social Science & Medicine, 71: 1687-1691

Breidenstein, G.; Hirschauer, S.; Kalthoff, H.; Nieswand, B. (2013): Ethnografie. Die Praxis der Feldforschung. Konstanz, München: UVK

Breuer, F. (2009): Reflexive Grounded Theory. Eine Einführung für die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS

Breuer, F. (2011): The other talks back. Auslösung von Feldreaktanzen durch sozialwissenschaftliche Re-/Präsentation. Forum Qualitative Sozialforschung 12(2), Art. 23. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/1667/3198. Zugegriffen am 13.02.2016

Briggs, A. (Ed.) (2002): Surviving Space. Papers on Infant Observation. London, New York: Karnac

Bruckner, C. (1990): Moralstrukturen. Grundlagen der Care-Ethik. Weinheim: Deutscher Studien Verlag

Bruera, E. (2004): The Development of Palliative Care Culture. Journal of Palliative Care 20(4): 316-319

Bruhn, R.; Strasser, B. (2014): Palliative Care für Menschen mit geistiger Behinderung. Interdisziplinäre Perspektiven für die Begleitung am Lebensende. Stuttgart: Kohlhammer

Brydon-Miller, M.; Kral, M.; Maguire, P.; Noffke, S.; Sabhlok, A. (2011): Jazz and the banyan tree: Roots and riffs on participatory action research. In: Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S. (Eds.): The Sage handbook of qualitative research. 4th ed., Thousand Oaks: Sage, 387-400

BSO – Berufsverband für Coaching, Supervision und Organisationsberatung (2018): https://www.bso.ch/verband/der-verband/. Zugegriffen am 7.1.2018

Buchinger, K.; Ehmer, S. (2008): Vom Nutzen systemischen Denkens für die Supervision. In: Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (Hrsg.): Konzepte für Supervision. Neun theoretische und methodische Ansätze. Köln: Eigenverlag, 9-11

Buer, F. (1998): Einführung. In: Berker, P.; Buer, F. (Hrsg.): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, 8-13

Buer, F. (1999): Lehrbuch der Supervision. Münster: Votum

Bührer, C. (2004): „Total Pain". Ein mehrdimensionales Konzept mit multiprofessionellem Ansatz. Master-Arbeit am IFF, Universität Klagenfurt

Bundeskanzleramt (2016): Entscheidung des Landesverwaltungsgerichts Wien v. 1.6.2015. https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/Lvwg/LVWGT_WI_20150601_VGW_101_078_23777_2014_00/LVWGT_WI_20150601_VGW_101_078_23777_2014_00.html. Zugegriffen am 17.8.2016

Burbeck, R.; Candy, B.; Low, J.; Rees, R. (2014): Understanding the role of the volunteer in specialist palliative care: a systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. BMC Palliative Care 13(3). http://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-3. Zugegriffen am 13.6.2016

Busse, S.; Hausinger, B. (2013): Vorwort. In: Busse, S.; Hausinger, B. (Hrsg.): Supervisions- und Coachingprozesse erforschen. Theoretische und methodische Zugänge. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 7-15

Butler, J. (1990): Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity. New York: Routledge

Campbell, L. (2010): Clinical Supervision in Palliative Care. HNE – Handover for nurses and midwives 3(1): 8-10. http://journals.sfu.ca/hneh/index.php/hneh/article/view/63/54. Zugegriffen am 17.6.2016

Caritas Erzdiözese Wien (o.J.): Hospiz macht Schule. Eine Orientierungshilfe für Jugendliche. https://www.caritas-wien.at/fileadmin/storage/wien/hilfe-angebote/hospiz/hospiz-macht-schule-broschuere.pdf. Zugegriffen am 11.4.2016

Charlotte Bühler Institut (2016): Charlotte Bühler. http://www.charlotte-buehler-institut.at/charlotte-buehler-info/. Zugegriffen am 17.11.2016

Clark, D.; Seymour, J. (1999): Reflections on palliative care. Buckingham, Philadelphia: Open University Press

Clark, D.; Small, N.; Wright, M.; Winslow, M.; Hughes, N. (2005): A little bit of heaven for the few. An oral history of the modern hospice movement in United Kingdom. Lancaster: Observatory Publications

Clifford, J.; Marcus, G. E. (Eds.) (1986): Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography. Berkeley: University of California Press

Conradi, E. (2001): Take Care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt am Main, New York: Campus

Cook, T. (2012): Where Participatory Approaches Meet Pragmatism in Funded (Health) Research: The Challenge of Finding Meaningful Spaces. Forum Qualitative Sozialforschung 13(1), Art. 18. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1783/3305. Zugegriffen am 17.02.2015

Dachverband Hospiz Österreich (2002a): Standards für Pflegepersonen in der stationären Hospiz-/Palliativpflege. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_PAL_DGKS_stat._Beschluss_DV_11.11.02_Logo_neu.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2002b): Standards für Pflegepersonen in der mobilen Hospiz-/Palliativpflege. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_PAL_DGKS_mob.Beschluss_DV_11.11.02_Logo_neu.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2002c): Standards für Österreich: Mindestanforderungen für die Einsatzkoordination im mobilen Hospiz-/Palliativdienst. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_Hospiz_Koordinatorinnen_Nov.02_Logo_neu.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2002d): Berufsprofil für die Sozialarbeit im Rahmen von Hospiz und Palliative Care. http://www.hospiz.at/pdf_dl/berufsprofil_sozialarb.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2003): Standards „Sozialarbeit im Bereich Palliative Care“. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_Sozialarbeit_im_Bereich_Palliative_Care_Jaenner2003_Logo_neu.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2008): Standards für ehrenamtlich tätige Hospizbegleiterinnen. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_ehrenamtliche_Hospizbegleiterinnen_6_08_offiziell_neu_logo.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2011): Curriculum für die Befähigungskurse ehrenamtlicher Hospizbegleiterinnen. http://www.hospiz.at/pdf_dl/EA_CURRICULUM_NEU2011_final.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2012): Standards „Seelsorger/In in der Hospiz- und Palliativversorgung“. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Standard_Seelsorge_final_2012-04-24_Logo_neu.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Dachverband Hospiz Österreich (2016): Hospiz Österreich. http://www.hospiz.at. Zugegriffen am 21.4.2016

Datler, W. (2009): Von der akademischen Entwicklungspsychologie zur psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung: Über Esther Bick, die Methode der Infant Observation und die Entwicklung von psychosozialer Kompetenz. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 41-66

Datler, W.; Datler, M. (2014): Was ist „Work Discussion"? Über die Arbeit mit Praxisprotokollen nach dem Tavistock-Konzept. https://fedora.phaidra.univie.ac.at/fedora/get/o:368997/bdef:Content/get. Zugegriffen am 27.05.2015

Datler, W.; Lazar, R.; Trunkenpolz, K. (2012): Lust und Leid im Erkunden der inneren Welt von Organisationen. Über Organisationsbeobachtung, institutionalisierte Abwehr und den Alltag im Pflegeheim. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas, 94-114

Datler, W.; Trunkenpolz, K. (2009): Observation nach dem Tavistock-Konzept: Deutschsprachige Veröffentlichungen über Infant Observation und damit verbundenen Varianten des psychoanalytischen Beobachtens. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 233-253

Dausien, B. (2007): Reflexivität, Vertrauen, Professionalität. Was Studierende in einer gemeinsamen Praxis qualitativer Forschung lernen können. Diskussionsbeitrag zur FQS-Debatte „Lehren und Lernen der Methoden qualitativer Sozialforschung". Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research 8(1). http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/220/486. Zugegriffen am 2.10.2015

Deegan, M. J. (2007): The Chicago School of Ethnography. In: Atkinson, P.; Coffey, A.; Delamont, S.; Lofland, J.; Lofland, L. (Eds.): Handbook of Ethnography. Los Angeles: Sage, 11-25

Dehnbostel, P. (2005): Begleitung von Modellversuchen im Kontext von Verwendungsforschung und Transferorientierung. In: Holz, H.; Schemme, D. (Hrsg.): Wissenschaftliche Begleitung bei der Neugestaltung des Lernens. Innovation fördern, Transfer sichern. Bielefeld: BIBB, 17-30

Der Standard (2008): Lainzer Krankenschwestern aus Haft entlassen. 7. August 2008. http://derstandard.at/1216918760402/Lainzer-Krankenschwestern-aus-Haft-entlassen. Zugegriffen am 22.05.2016

Devereux, G. (1974): Normal und anormal. Aufsätze zur allgemeinen Ethnopsychiatrie. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Devereux, G. (1967/1998): Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften. 4. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Dewey, J. (1964): Demokratie und Erziehung. Eine Einleitung in die philosophische Pädagogik. 3. Auflage, Braunschweig: Westermann

DGSv – Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (Hrsg.) (2006): Supervision – ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. Köln: Eigenverlag

DGSv – Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (Hrsg.) (2007): Supervision im Arbeitsfeld Hospiz / Palliative Care. Kurzdarstellung der Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Köln: Eigenverlag

DGSv – Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (Hrsg.) (2008): Der Nutzen von Supervision. Verzeichnis von Evaluationen und wissenschaftlichen Arbeiten. Kassel: kassel university press

DGSv – Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (Hrsg.) (2012): Supervision – ein Beitrag zur Qualifizierung beruflicher Arbeit. 8., überarbeitete Auflage, Köln: Eigenverlag

DGSv – Deutsche Gesellschaft für Supervision e.V. (2018): Der Verband. Historie. https://www.dgsv.de/dgsv/der-verband/historie/. Zugegriffen am 7.1.2018

Diem-Wille, G. (2009): Psychoanalytische Säuglingsbeobachtung als Ausbildungsmethode – ihre Wurzeln und ihre Anwendung in der Eltern-Kleinkind-Therapie. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 67-100

Diem-Wille, G. (2012a): Primitive Gefühle verstehen lernen – Bions Konzept des Container-Contained. Psychoanalytische Beobachtung von Säuglingen und Kindergartenkindern. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas, 28-49

Diem-Wille, G. (2012b): Denken und Fühlen. Die Bedeutung der inneren Welt für das pädagogische Handeln. Reflexion der pädagogischen Praxis im Work-Discussion-Seminar. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas, 117-139

Diem-Wille, G.; Turner, A. (2009): Einleitung. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 11-16

Diem-Wille, G.; Turner, A. (2012): Vorwort der Herausgeberinnen. In: Diem-Wille, G., Turner, A. (Hrsg.): Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas, 5-9

Diem-Wille, G.; Turner, A.; Sengschied, I. (2012): Implementierung und Aufbau des Universitätslehrgangs „Psychoanalytic Observational Studies“ an der Universität. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Die Methode der psychoanalytischen Beobachtung. Über die Bedeutung von Containment, Identifikation, Abwehr und anderen Phänomenen in der psychoanalytischen Beobachtung. Wien: Facultas, 163-186

Dixon, E. M. (2008): Examining clinical supervision with palliative care nurses. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements of the University of Hertfordshire for the degree of DClinPsy. https://core.ac.uk/download/pdf/1639020.pdf. Zugegriffen am 8.3.2016

Dörfler, T.; Graefe, O.; Müller-Mahn, D. (2003): Habitus und Feld. Anregungen für eine Neuorientierung der geographischen Entwicklungsforschung auf der Grundlage von BOURDIEUS “Theorie der Praxis”. Geographica Helvetica 58(1): 11-23

Duden (1994): Das große Fremdwörterbuch: Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter. Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich: Duden

Ebbecke-Nohlen, A. (2015): Einführung in die systemische Supervision. 3. Auflage, Heidelberg: Carl-Auer

Edmonds, K.P.; Yeung, H.N.; Onderdonk, C.; Mitchell, W.; Thornberry, K. (2015): Clinical supervision in the palliative care team setting: A concrete approach to team wellness. Journal of Palliative Medicine 18(3): 274-277

Eisl, C.; Bernatzky, G. (2009): Die Bedeutung des Ehrenamtes für die Hospiz- und Palliativversorgung. In: Werni-Kourik, M.; Likar, R.; Strohscheer, I.; Zdrahal, F.; Bernatzky, G. (Hrsg.): Palliativmedizin. Lehrbuch für Ärzte, Psychosoziale Berufe und Pflegepersonen. Bremen, London, Boston: Verlag Uni-Med, 31-36

Elias, N. (1990): Über die Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen. 4. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Emerson, R.; Fretz, R.; Shaw, L. (2011): Writing Ethnografic Fieldnotes. 2nd ed., Chicago: University of Chicago Press

Emcke, C. (2016): Wie wir begehren. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer

Engeser, P. (2014): Palliative Sedierung – eine therapeutische Option. Praxis Palliative Care 25: 4-6

Erdheim, M. (1984): Die gesellschaftliche Produktion von Unbewusstheit. Eine Einführung in den ethnopsychoanalytischen Prozess. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Ersta Sköndal University College Stockholm (2016): Palliative Research Centre. http://www.esh.se/in-english/ersta-skondal-hogskola—english/research/palliativere-search-centre.html. Zugegriffen am 24.10.2016

EAPC European Association of Palliative Care (1989): Definition of Palliative Care http://www.eapcnet.eu/Corporate/AbouttheEAPC/DefinitionandAims.aspx. Zugegriffen am 3.2.2017

Fahr, U. (2012): Supervision in Palliativstationen. Eine qualitative Studie zur Sicht von Führungskräften. Zeitschrift für Palliativmedizin 13(5): 57-58

Fahr, U.; Greißel, M. (2012): Kooperation ist gesund. Die erfolgreiche Arbeit in einem Supervisorenteam. Am Beispiel einer Palliativstation. Journal Supervision 4: 10-12

Fengler, J. (2012): „Immer wenn du da bist, herrscht hier das Chaos." Vorwürfe und Beschuldigungsmuster als Belastungssymptome. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 154-161

Fleckinger, S. (2013): Ehrenamtlichkeit in Palliative Care. Zwischen hospizlich-palliativer Sorgekultur und institutionalisierter Dienstleistung. Wiesbaden: Springer VS

Fleckinger, S. (2015): Das Verhältnis von Ehren- und Hauptamt in den Settings von Palliative Care. In: Radbruch, L.; Hesse, M.; Pelttari, L.; Scott, R. (Hrsg.): Ehrenamt in allen Facetten. Bonn: Pallia Med, 108-115

Flick, U. (2011): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 4. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt

Flick, U. (2013): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 252-265

Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (2013): Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 13-29

Forum Supervision (2016): Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision. http://fs.ub.uni-bielefeld.de/index.php/fs/about/editorialPolicies#focusAndScope. Zugegriffen am 18.6.2016

Foucault, M. (1963/2016): Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 10. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Foucault, M. (1975/2015): Überwachen und Strafen: Die Geburt des Gefängnisses. 15. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Foucault, M. (2000): Die Gouvernementalität. In: Bröckling, U.; Krasmann, S.; Lemke, T. (Hrsg.): Gouvernementalität der Gegenwart. Studien zur Ökonomisierung des Sozialen. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 41-67

FPI-Publikationen (2016): Supervision. Theorie – Praxis – Forschung. http://www.fpi-publikation.de/supervision/index.php. Zugegriffen am 16.10.2016

„Francis Report": The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry chaired by Robert Francis QC (2013): Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Executive summary. https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/279124/0947.pdf. Zugegriffen am 28.6.2016

Freie Assoziation (2016): Zeitschrift psychoanalytische Sozialpsychologie. http://www.psychosozial-verlag.de/catalog/index.php/cPath/4000_4400/CATALOGSSID/nqedub33lfe5njsfpbo070plq2. Zugegriffen am 18.6.2016

Freud, S. (1912): Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung. In: Freud, S. (1999): Gesammelte Werke, Band VIII: Werke aus den Jahren 1909-1913. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 375-387

Freud, S. (1923): Das Ich und das Es. In: Freud, S. (1999): Gesammelte Werke Band XIII. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 234-289

Fricke, W. (2014): Aktionsforschung in schwierigen Zeiten. In: Jostmeier, M.; Jacobsen, H.; Georg, A. (Hrsg.): Sozialen Wandel gestalten. Zum gesellschaftlichen Innovationspotential von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 213-236

Fürstenau, P. (1970): Institutionsberatung – ein neuer Zweig angewandter Sozialwissenschaft. Gruppendynamik 3: 219-233

Fuß, S.; Karbach, U. (2014): Grundlagen der Transkription. Eine praktische Einführung. Opladen, Toronto: Barbara Budrich

Gadamer, H.-G. (1960/2010): Hermeneutik I. Wahrheit und Methode. Gesammelte Werke Band 1. 7. Auflage, Tübingen: Mohr

Gaertner, A. (1999): Gruppensupervision. Tübingen: Ed. Discord

Gaertner, A. (2011): Über das allmähliche Verschwinden einer jungen Profession – Zeitgeschichtliche Aspekte zur Entwicklung der Supervision. Forum Supervision 37: 71-92

Gardenswartz, L.; Rowe, A. (1995): Diverse Teams at Work. Chicago: Irwin

Garfinkel, H. (1967): Studies in Ethnomethodology. Engelwood Cliffs: Prentice Hall

Gartner, V.; Watzke, H. (2006): Palliativmedizin. Grundlagen und Symptomkontrolle. Wiener Klinische Wochenschrift Education 2: 123-134

Gattermann, J. (2004): Die Aufgaben einer Krankenschwester. In: Henze, K-H.; Piechotta, G. (Hrsg.): Brennpunkt Pflege. Beschreibung und Analysen von Belastungen des pflegerischen Alltags. Frankfurt am Main: Mabuse, 13-18

Geertz, C. (1987): Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Geschäftsstelle der Bioethikkommission (2013): Forschung an nicht einwilligungsfähigen Personen – unter besonderer Berücksichtigung des Risikobegriffes. Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt. Wien. https://www.bka.gv.at/DocView.axd?CobId=51902. Zugegriffen am 24.5.2016

Gesundheit Österreich (2012): Prozesshandbuch Hospiz- und Palliativeinrichtungen. https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/prozesshandbuch_hospiz-_und_palliativeinrichtungen_02-11-2012.pdf. Zugegriffen am 27.12.2017

Gesundheit Österreich (2014): Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. 2., aktualisierte Auflage. http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf. Zugegriffen am 27.12.2017

Gesundheit Österreich (2016): ÖBIG – Aufgaben. http://www.goeg.at/de/OEBIG.html. Zugegriffen am 21.4.2016

Giesecke, M.; Rappe-Giesecke, K. (1997): Supervision als Medium kommunikativer Sozialforschung. Die Integration von Selbsterfahrung und distanzierter Betrachtung in Beratung und Wissenschaft. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Gilligan, C. (1982): In a Different Voice. Psychological Theory and Women's Development. Cambridge, London: Havard University Press

Gilligan, C. (1991): Moralische Orientierung und moralische Entwicklung. In: Nunner-Winkler, G. (Hrsg.): Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus, 79-108

Gillman, L.; Adams, J.; Kovac, R.; Kilcullen, A.; House, A.; Doyle C. (2015): Strategies to promote coping and resilience in oncology and palliative care nurses caring for adult patients with malignancy: a comprehensive systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 13(5): 131-204

Girling, A.; Leese, C.; Maynard, L. (2009): How clinical supervision can improve hospice care for children. Nursing management 16(7): 20-23

Glaser, B.; Strauss, A. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Bern: Huber

Gleichbehandlungsanwaltschaft (2016): Wesentliche Rechtsakte der EU im Bereich Gleichbehandlung und Antidiskriminierung. http://www.gleichbehandlungsanwaltschaft.at/site/7246/default.aspx. Zugegriffen am 6.6.2016

Goffman, E.: (1974/1996): Rahmen-Analyse. Ein Versuch über die Organisation von Alltagserfahrungen. 4. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Goffman, E.: (2001): Interaktion und Geschlecht. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Campus

Gotthardt-Lorenz, A. (1994): „Organisationssupervision", Rollen und Interventionsfelder. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch der Supervision 2. Berlin: Edition Marhold, 365-379

Gotthardt-Lorenz, A. (2002): Müssen wir das Rad immer wieder neu erfinden? Bedeutung der Feldkompetenz. Supervision 1: 15-20

Gotthardt-Lorenz, A. (2009): Organisationssupervision – Raum für wachsende Anforderungen. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 147-160

Gotthardt-Lorenz, A.; Hausinger, B.; Sauer, J. (2009): Die supervisorische Forschungskompetenz. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch der Supervision 3. Grundlagen – Praxis – Perspektiven. Berlin: Leutner, 362-380

Gronemeyer, R. (2007): Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Gronemeyer, R.; Heller, A. (2007): Stirbt die Hospizbewegung am eigenen Erfolg? Ein Zwischenruf. In: Heller, A; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 576-586

Gronemeyer, R.; Heller, A. (2014): In Ruhe sterben: Was wir uns wünschen und was die moderne Medizin nicht leisten kann. München: Pattloch

Gröning, K. (2005): Wenn die Seele auswandert. Belastung, emotionale Entleerung und Gewalt in der professionellen Pflege alter Menschen. Forum Supervision 26: 64-75
Gröning, K. (2010): Gender und Care – diskursanalytische Aspekte und Reinterpretationen eines gesellschaftlichen Problems. In: Reitinger, E.; Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 165-180
Gröning, K. (2012): Professionssoziologische Reflexionen zum verbandspolitischen Kurs der Deutschen Gesellschaft für Supervision. Forum Supervision 39: 72-81
Gröning, K. (2013): Supervision. Traditionslinien und Praxis einer reflexiven Institution. Gießen: Psychosozial-Verlag
Gröning, K. (2014a): Entweihung und Scham. Grenzsituationen in der Pflege alter Menschen. 6., umfassend überarbeitete Auflage, Frankfurt am Main: Mabuse
Gröning, K. (2014b): Pflege als Wirtschaftsfaktor. Vortrag auf dem Oberhauser Pflegekongress. Forum Supervision 43: 72-80
Grossmann, R. (1997): Besser Billiger Mehr – Zur Reform der Expertenorganisationen Krankenhaus, Schule, Universität. iff-Texte Bd. 2. Wien, New York: Springer
Grossmann, R. (2000): Organisationsentwicklung im Krankenhaus. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Metz, C. (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 80-105
Guba, E.G.; Lincoln, Y.S. (1989): Fourth Generation Evaluation. Newbury Park, London, New Delhi: Sage
Habermas, J. (1973): Erkenntnis und Interesse. Frankfurt am Main: Suhrkamp
Habermas, J. (1993): Theorie und Praxis: Sozialphilosophische Studien. 6. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp
Hamm, C. (2010): Village-Pflegetage in Berlin – Europas erste lesbischwule Pflegeeinrichtung. In: Reitinger, E.; Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 165-180
Hammersley, M.; Atkinson, P. (2007): Ethnography. Principles in practice. 3rd ed., London, New York: Routledge
Harramach, N. (2014): Stellungnahme. Zum Artikel "Veränderung wirkt. Blitzlichter auf dynamisierte Arbeitswelten“ von Walter Schuster, ÖVS news 1/2014. ÖVS news 2: 17-18
Harris, M. (1987): The Tavistock training and philosophy. In: Harris, M.; Bick, E.: Collected Papers of Martha Harris and Esther Bick. Ed.: Meg Harris Williams. Perthshire: Clunie Press, 259-282 (First published in: Daws, D.; Boston M. (Eds.) (1977): The Child Psychotherapist and Problems of Young People. London: Wildwood House)
Hausinger, B. (2008): Supervision: Organisation – Arbeit – Ökonomisierung. Zur Gleichzeitigkeit des Ungleichzeitigen in der Arbeitswelt. Arbeit und Leben im Umbruch. München, Mering: Rainer Hampp
Hausinger, B. (2009): Ausblicke. In: Haubl, R.; Hausinger, B. (Hrsg.): Supervisionsforschung: Einblicke und Ausblicke. Göttingen: Vandenhoek & Ruprecht, 241-249
Hausinger, B. (2010): Umrisse einer Beratungswissenschaft. In: Möller, H.; Hausinger, B. (Hrsg.): Quo vadis Beratungswissenschaft? Wiesbaden: Springer VS, 177-184
Hechler, O. (2005): Psychoanalytische Supervision sozialpädagogischer Praxis. Eine empirische Untersuchung über die Arbeitsweise fallzentrierter Teamsupervision. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel

Heimerl, K. (2000): Lebensqualität bis zuletzt: Integrierte palliative Versorgung. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Metz, C. (Hrsg.): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. 2. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 140-161

Heimerl, K. (2002): „Für alle, die es brauchen" – Das Konzept der integrierten Palliativversorgung in Vorarlberg. In: Bischof, H.-P.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Für alle, die es brauchen. Integrierte palliative Versorgung – das Vorarlberger Modell. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 23-37

Heimerl, K. (2008): Orte zum Leben – Orte zum Sterben. Palliative Care in Organisationen umsetzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heimerl, K.; Heller, A.; Pleschberger, S. (2006): Implementierung der Palliative Care im Überblick. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 50-57

Heimerl, K.; Wegleitner, K. (2013): Organizational and health system change through participatory research. In: Hockley, J.; Froggatt, K.; Heimerl, K. (Eds.): Participatory Research in Palliative Care. Actions and Reflections. Oxford: Oxford University Press, 27-39

Heiner, M. (Hrsg.) (1988): Praxisforschung in der sozialen Arbeit. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heintel, P. (Hrsg.) (2008): betrifft: TEAM. Dynamische Prozesse in Gruppen. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS

Heller, A. (2007): Die Einmaligkeit von Menschen verstehen und bis zuletzt bedienen. Palliative Versorgung und ihre Prinzipien. In: Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus, 191-208

Heller, A. (2009): „Die Angehörigen sind die geborenen Feinde der Profis… ." Interview mit Klaus Dörner. Palliative Care 3, 18-21

Heller, A.; Dressel, G. (2012a): Die Hospizidee in Österreich und die Caritas Socialis. In: Spörk, E.; Heller, A. (Hrsg.): Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter. Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis. Innsbruck: Verlagsanstalt Tyrolia, 10-13

Heller, A.; Dressel, G. (2012b): Wie alles begann… Persönliche Anfänge und Motive. In: Spörk, E.; Heller, A. (Hrsg.): Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter. Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis. Innsbruck: Verlagsanstalt Tyrolia, 14-25

Heller, A.; Dressel, G. (2012c): Noch einmal: Wie alles begann… In: Spörk, E.; Heller, A. (Hrsg.): Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter. Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis. Innsbruck: Verlagsanstalt Tyrolia, 26-45

Heller, A.; Heimerl, K.; Husebø, S. (Hrsg.) (2007a): Wenn nichts mehr zu machen ist, ist noch viel zu tun. Wie alte Menschen würdig sterben können. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heller, A.; Heimerl, K.; Metz, C. (2000): Kultur des Sterbens. Bedingungen für das Lebensende gestalten. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.) (2010): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus

Heller, A.; Knipping, C. (2006): Palliative Care – Haltungen und Orientierungen. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 39-47

Heller, A.; Pleschberger, S. (2010): Hospizkultur und Palliativ Care im Alter. In: Heller, A.; Kittelberger, F. (Hrsg.): Hospizkompetenz und Palliative Care im Alter. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 15-51

Heller, A.; Pleschberger, S.; Fink, M.; Gronemeyer, R. (2012): Die Geschichte der Hospizbewegung in Deutschland. Ludwigsburg: der hospiz verlag

Heller, A.; Reitinger, E.; Heimerl, K. (2007b): Ethik in der Altenbetreuung. In: Reitinger, E.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Ethische Entscheidungen in der Altenbetreuung. Mit Betroffenen Wissen schaffen. kursbuch palliative care 11. Wien, 33-36

Heller, B. (2006): Bedeutung religiös-kultureller Unterschiede in der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 432-437

Heller, B. (2014): Zwischen Bindung und Loslösung: weibliche und männliche Religiösität/Spiritualität. In: Heller, B.; Heller, A.: Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Bern: Huber, 115-136

Heller, B.; Heller, A. (2014): Spiritual Care: Die Wiederentdeckung des ganzen Menschen. In: Heller, B.; Heller, A.: Spiritualität und Spiritual Care. Orientierungen und Impulse. Bern: Huber, 19-44

Heltzel, R.; Ingerfeld, G.; Schuler-Roepell, H.; Wirbals, H.; Freitag-Becker, E. (2011): Erfolgreiche Geschäftsmodelle. Supervision 2: 8-18

Hermann, A.; Partenfelder, F.; Raabe, S.; Ruszetzkui, R. (2004): „Miteinander statt übereinander" – Ergebnisse einer Begleitstudie zum Weddinger Psychoseminar und Erfahrungen mit Forschungspartizipation von Psychoseerfahrenen. Journal für Psychologie 12(4): 295-325

Hermann, U. (2014): Die müde Arbeitskraftunternehmer_in. Zur Stellungnahme von Niki Harramach, ÖVS news 2/2014. ÖVS news 3: 26

Hirschauer, S. (2001): Ethnografisches Schreiben und die Schweigsamkeit des Sozialen. Zur Methodologie der Beschreibung. Zeitschrift für Soziologie 6: 429-451

Hockley, J.; Froggatt, K.; Heimerl, K. (2013): Action Research: an overview. In: Hockley, J.: Froggatt, K.; Heimerl, K. (Eds.): Participatory Research in Palliative Care. Actions and Reflections. Oxford: Oxford University Press, 3-13

Höbartner, B. (2008): Kleinkindbeobachtung bei Charlotte Bühler und bei Esther Bick: eine Gegenüberdarstellung der Methoden als Beitrag zur Entstehungsgeschichte der Infant Observation nach dem Tavistock-Konzept. Diplomarbeit, Universität Wien

Höfler, A. E. (2001): Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich. Zukunft braucht Vergangenheit. http://www.aehoefler.net/tl_files/pdf/broschuere_hospizgeschichte.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Höfler, A. E. (2012): Führen und Leiten in Hospizarbeit und Palliative Care. Frankfurt am Main: Mabuse

Höhmann, U. (2002): Kooperative Qualitätsentwicklung als Gegenstand partizipativer Interventionsforschung. In: Schaeffer, D.; Müller-Mundt, G. (Hrsg.): Qualitative Gesundheits- und Pflegeforschung. Bern: Huber, 179-200

Hollenbach, N.; Tillmann, K-J. (2009): Handlungsforschung – Lehrerforschung – Praxisforschung. Eine Einführung. In: Hollenbach, N.; Tillmann, K-J. (Hrsg.): Die Schule forschend verändern. Praxisforschung aus nationaler und internationaler Perspektive. Bad Heilbrunn: Julius Klinkhardt, 7-20

Honer, A. (1993): Lebensweltliche Ethnographie. Ein explorativ-interpretativer Forschungsansatz am Beispiel von Heimwerker-Wissen. Wiesbaden: Deutscher Universitäts-Verlag

Honer, A. (2009): Lebensweltanalyse in der Ethnographie. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 194-204

Honneth, A. (1992): Kampf um Anerkennung. Zur moralischen Grammatik sozialer Konflikte. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Hospizverein Steiermark (2016): Hospiz macht Schule. http://www.hospiz-stmk.at/Projekte/Hospiz-macht-Schule/Hospiz-macht-Schule. Zugegriffen am 11.4.2016

IFF Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung (2016): Fakultät für interdisziplinäre Forschung und Fortbildung. https://www.aau.at/iff/. Zugegriffen am 17.10.2016

Interkultureller Frauenverein Dschanuub, Marhama – Sozial- und Gesundheitsdienst für Migrantinnen und Musliminnen (2006): Musliminnen in unserem Spital. http://www.verwaltung.steiermark.at/cms/dokumente/11683176_74836857/abdfa76f/Musliminnen%20in%20unserem%20Spital%20(Marhama).pdf. Zugegriffen am 12.05.2016

Iser, A. (2008): Supervision und Mediation in der Sozialen Arbeit. Eine Studie zur Klärung von Mitarbeiterkonflikten.Tübingen: dgvt

Jahoda, M.; Lazarsfeld, P. F.; Zeisel, H. (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkung langandauernder Arbeitslosigkeit. 24. Auflage, Frankfurt am Main: Suhrkamp

Jameton, A. (1984): Nursing practice: The ethnical issues. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall

Jaques, E. (1955): Social Systems as a defence against persecutory and depressive anxiety. In: Klein, M.; Heimann, P.; Money-Kyrle, R. (Eds.): New directions in psychoanalysis. London: Tavistock, 478-498

Joas, H. (1992): Gemeinschaft und Demokratie in den USA. Die vergessene Vorgeschichte der Kommunitarismus-Diskussion. Blätter für deutsche und internationale Politik 7: 859-869

Johnsson, M. (2001): Die Verleugnung der Realität. Oder: Das unbewusste Bündnis zwischen einer Patientin und einem Team. Forum Supervision 17: 63-69

Jones, A. (1998): „Out of the sighs"— an existential-phenomenological method of clinical supervision: the contribution to palliative care. Journal of Advanced Nursing 27(5): 905-913

Jones, A. (1999): „A heavy and blessed experience": a psychoanalytic study of community Macmillan nurses and their roles in serious illness and palliative care. Journal of Advanced Nursing 30(6): 1297-1303

Jones, A. (2008a): Clinical supervision can benefit palliative care. European Journal of Palliative Care 15(4): 161

Jones, A. (2008b): Towards a common purpose: group-format clinical supervision can benefit palliative care. European Journal of Cancer Care 17(2): 105-106

Jones, A. (2011): Supporting palliative care nursing: the roles of clinical supervision. In: Cutcliffe, J. R.; Hyrkäs, K.; Fowler, J. (Eds.): Routledge handbook of clinical supervision: fundamental international themes. Milton Park, Abingdon, Oxon: Routledge, 186-195

Jovanovic, M. (2012): Cultural Competency and Diversity Among Hospice Palliative Care Volunteers. American Journal of Hospice and Palliative Medicine 29(3): 165-170

Jünger, S. (2012): Belastungen des Teams in der Versorgung am Lebensende. Empirie, Konzepte, Erkenntnisse. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 22-30

Kadushin, A. (1990): Supervision in der Sozialarbeit. Supervision 18: 4-28

Kafko, J. (2004): Supervision im Ehrenamt – unter Berücksichtigung der Hospizbewegung in Bayern. Diplomarbeit, Universität München
Kardinal König Akademie (2016): Die Kardinal König Akademie für Hospiz und Palliative Care. http://www.kardinal-koenig-akademie.at. Zugegriffen am 13.05.2016
Kastenbaum, R. J. (1998): Death, Society and Human Experience. 6th ed., Boston: Allyn and Bacon
Kellehear, A. (2005): Compassionate Cities. Public Health and End-of-life Care. London, New York: Routledge
Kellehear, A. (2013): Compassionate communities: end-of-life care as everyone's responsibility. In: Q J Med 106: 1071-1075. http://qjmed.oxfordjournals.org/content/qjmed/106/12/1071.full.pdf. Zugegriffen am 27.6.2016
Kern, M.; Pauler, B. (2012): Überredseligkeit und Sprachlosigkeit. Zwei Seiten einer (Belastungs-)Medaille? In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 162-171
Kerr, D. (1993): Mother Mary Aikenhead, the Irish Sisters of Charity and Our Lady's Hospice for the Dying. The American Journal of Hospice and Palliative Care 10(3): 13-20
Kittelberger, F. (2004): Der Affe auf dem Baum. Was leistet Supervision in der Hospizarbeit? DGfP-Info 2004: 19-43. http://www.pastoralpsychologie.de/index.php?id=52&no_cache=1&file=8&uid=96. Zugegriffen am 5.6.2016
Kittelberger, F. (2008): Dem Affen Zucker geben? Supervision als pastoralpsychologische Aufgabe im Feld von Hospizarbeit und Palliative Care. Wege zum Menschen 60(6): 557-569
Klauber, T. (2008): Foreword. In: Rustin, M.; Bradley, J. (Eds.): Work Discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. London: Karnac, XiX-XXii
Klie, T. (2014): Wen kümmern die Alten? Auf dem Weg zu einer sorgenden Gesellschaft. München: Pattloch
Klinger, C. (1995): Beredtes Schweigen und verschwiegenes Sprechen: Genus im Diskurs der Philosophie. In: Bußmann, H.; Hof, R. (Hrsg.): Genus – zur Geschlechterdifferenz in den Kulturwissenschaften. Stuttgart: Kröner, 35-59
Klinkhammer, M. (2004): Supervision und Coaching für Wissenschaftlerinnen. Theoretische, empirische und handlungsspezifische Aspekte. Wiesbaden: VS
Klitscher, B. (2003): Coaching beim Aufbau eines ambulanten Hospizes. Rollenwechsel von einer AB-Maßnahme zur Führungskraft. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 10(2): 155-167
Knopf, W. (2009): Supervision und Coaching im Krankenhaus. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 339-352
Koch, D. (2001): Supervision in der Hospizarbeit und Palliativmedizin. Gesprächspsychotherapie und Personzentrierte Beratung 1: 22
Kohlberg, L. (1981): The Philosophy of Moral Development. Essay on Moral Development. Vol. 1. San Franciso: Herper & Row
König, O. (1999a) (Hrsg.): Gruppendynamik. Geschichte, Theorien, Methoden, Anwendungen, Ausbildung. München, Wien: Profil

König, O. (1999b): Einführung und Überblick. In: König, O. (Hrsg.): Gruppendynamik. Geschichte, Theorien, Methoden, Anwendungen, Ausbildung. München, Wien: Profil, 11-17
König, O. (2008): Vom Nutzen der Gruppendynamik für die Supervision. In: Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (Hrsg.): Konzepte für Supervision. Neun theoretische und methodische Ansätze. Köln: Eigenverlag, 21-24
König, O.; Schattenhofer, K. (2015): Einführung in die Gruppendynamik. 7. Auflage, Heidelberg: Auer
Kotthoff, H. (2001): Geschlecht als Interaktionsritual. Nachwort. In: Goffman, E.: Interaktion und Geschlecht. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Campus, 159-194
Krainer, L. (2007): Ethische Praxiskonflikte erforschen und supervidieren. Supervision 4: 13-21
Krainer, L.; Lerchster, R. E. (2012): Vorwort: Interventionsforschung: Paradigmen, Methoden, Reflexionen. In: Krainer, L.; Lerchster, R. E. (Hrsg.): Interventionsforschung. Band 1. Paradigmen, Methoden, Reflexionen. Wiesbaden: Springer VS, 9-19
Krainz, E. E. (2008): Gruppendynamik als Wissenschaft. In: Heintel, P. (Hrsg.): betrifft: TEAM. Dynamische Prozesse in Gruppen. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS, 7-28
Krohn, C.-D.; zur Mühlen, von P.; Paul, G.; Winckler, L. (Hrsg.) (1998): Handbuch der deutschsprachigen Emigration 1933 – 1945. Darmstadt: Primus
Kübler-Ross, E. (1971/2014): Interviews mit Sterbenden. 6. Auflage, Freiburg: Kreuz
Langbein, K. (2009): Verschlusssache Medizin: Wie sie uns krank macht, wer davon profitiert und wie Sie das System überleben. Salzburg: Ecowin
Latka, T. (2010): Feld. In: Reutlinger, C.; Fritsche, C.; Lingg, E. (Hrsg.): Raumwissenschaftliche Basics. Eine Einführung für die Soziale Arbeit. Wiesbaden: Springer VS
Lazar, R. A. (1994): W. E. Bions Modell „Container-Contained“ als eine psychoanalytische Leitidee in der Supervision. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch der Supervision 2. Berlin: Edition Marhold, 380-402
Lehner, E. (2015): Männlichkeit und Sorge – spannungsreich und widersprüchlich. In: Mahs, C.; Rendtorff, B.; Warmuth, A.-D. (Hrsg.): Betonen – Ignorieren – Gegensteuern? Zum pädagogischen Umgang mit Geschlechtstypiken. Weinheim, Basel: Beltz Juventa, 75-89
Leithäuser, T.; Volmerg, B. (1988): Psychoanalyse in der Sozialforschung. Eine Einführung. Opladen: Westdeutscher Verlag
Lerchster, R.E. (2012): Zentrale Grundannahmen der Interventionsforschung. In: Krainer, L.; Lerchster, R. E. (Hrsg.): Interventionsforschung. Band 1. Paradigmen, Methoden, Reflexionen. Wiesbaden: Springer VS, 23-74
Leuschner, G. (2007): Supervision – eine Kunst der Beziehung. Supervision 2: 14-22
Lewin, K. (1946): Action research and minority problems. In: Lewin, K.; Lewin, G.W. (Eds.): Resolving social conflicts. New York: Harper & Brothers, 201-216
Lewin, K. (1947): Frontiers of Group Dynamics. Human Relations 1: 5-41
Lewin, K. (1963): Feldtheorie in den Sozialwissenschaften. Ausgewählte theoretische Schriften. Bern, Stuttgart: Huber
Lindner, R. (1990): Die Entdeckung der Stadtkultur. Soziologie aus der Erfahrung der Reportage. Frankfurt am Main: Suhrkamp
Lindner, R. (2004): Walks on the wild side. Eine Geschichte der Stadtforschung. Frankfurt am Main: Campus

Lindner, D.; Pleschberger, S.; Wenzel, C. (2012): Trauer von MitarbeiterInnen in der häuslichen Palliative Care. Ein vernachlässigtes, häufiges und wichtiges Phänomen. In: Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Ludwigsburg: der hospiz verlag, 68-76

Lippenmeier, N. (2011): Der Entwicklungsprozess der Supervision in Deutschland und wie es zur Gründung der DGSv kam. Forum Supervision 37: 8-15

Literaturliste zur dokumentarischen Methode (o.J.): https://www.hsu-hh.de/systpaed/wp-content/uploads/sites/755/2017/12/LitdokMeth16-03-17.pdf. Zugegriffen am 7.1.2018

Lofland, J. (1979): Feld-Notizen. In: Gerdes, K. (Hrsg.): Explorative Sozialforschung. Einführende Beiträge aus „Natural sociology" und Feldforschung in den USA. Stuttgart: Enke, 110-120

Lohl, J. (2013): „Die Deutschen werden bestraft, die Juden nicht." Zur Konstitution des Antisemitismus nach Auschwitz im Alltagsdiskurs der 1950er Jahre. Psychoanalyse – Texte zur Sozialforschung 17(2): 204-225

Lohl, J. (2014): „Und wenn Du groß bist, dann darfst du vielleicht mal was sagen." Ein Zwischenbericht aus einem Forschungsprojekt zur Geschichte der Supervision. In: Freie Assoziation 17(1+2): 111-129

Lohl, J. (2015): „…dass man mehr von ihm wollte und zugleich ein bisschen Schiss kriegte." Über die Herstellung von Zugehörigkeit bei Supervisor_innen. Supervision 2: 56-59

Lohmer, M. (2012): Verwickelt, verstrickt und dennoch gut beraten. Abstinenz, Containment und Verantwortung im Beratungsprozess. In: Weigand, W. (Hrsg.): Philosophie und Handwerk der Supervision. Gießen: Psychosozial-Verlag, 63-70

Lohmer, M.; Möller H. (2014): Von der Couch in die Organisation. In: Lohmer, M.; Möller, H.: Psychoanalyse in Organisationen. Einführung in die psychodynamische Organisationsberatung. Stuttgart: Kohlhammer, 25-40

Lorenzer, A. (1970): Sprachzerstörung und Rekonstruktion. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Loss, J. (2008): Der Empowerment-Ansatz: Unscharf, unbequem, unberechenbar – und unentbehrlich. Gesundheitswesen 70: 713-714

Lüders, C. (2013): Beobachten im Feld und Ethnographie. In: Frick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 384-401

Luhmann, N. (1984): Soziale Systeme – Grundriß einer allgemeinen Theorie. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Luhmann, N. (2000): Organisation und Entscheidung. Opladen: Westdeutscher Verlag

Maasen, S. (2011): Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen" Siebzigern: eine Perspektivierung. In: Maasen, S.; Elberfeld, J.; Eitler, P.; Tändler, M. (Hrsg.): Das beratene Selbst. Zur Genealogie der Therapeutisierung in den „langen" Siebzigern. Bielefeld: transcript, 7-33

Malinowski, B. (1979): Argonauten des westlichen Pazifik. Ein Bericht über Unternehmungen und Abenteuer der Eingeborenen in den Inselwelten von Melanesisch-Neuguinea. Frankfurt am Main: Syndikat

Mannheim, K. (1980): Strukturen des Denkens. Frankfurt am Main: Suhrkamp

Marrow, A. J. (2002): Kurt Lewin. Leben und Werk. Weinheim, Basel: Beltz

Märtens, M.; Möller, H. (1998): Supervisionsforschung ohne Zukunft? Supervision als homöopatische Inszenierung. Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management 3: 205-221

Maturana, H. R.; Varela, F. J. (1987): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln des menschlichen Erkennens. Berlin, München, Wien: Scherz

Mecheril, P.; Plößer, M. (2011): Diversity und soziale Arbeit. In: Otto, U.-U.; Thiersch, H. (Hrsg.): Handbuch Soziale Arbeit. 4., neu bearbeitete Auflage, München: Reinhardt, 278-287

Medizinische Universität Wien (2016): Lehrgang Transkulturelle Medizin und Diversity Care. https://www.meduniwien.ac.at/hp/postgraduate/universitaetslehrgaenge/master-studien-msc-mph/transkulturelle-medizin-und-diversity-care/. Zugegriffen am 12.05.2016

Meixner, W.; Pfanzelter, E. (2008): Oral History in den Geschichtswissenschaften: Zwischen Folklore, Elitenforschung und Archivierungsbedürfnis. In: Gächter, Y.; Ortner, H.; Schwarz, C.; Wiesinger, A. (Hrsg.): Erzählen – Reflexionen im Zeitalter der Digitalisierung. Storytelling – Reflections in the Age of Digitalization. Innsbruck: university press, 77-95

Menzies, I. (1960): A Case-Study in the Functioning of Social Systems as a Defence against Anxiety. A Report on a Study of the Nursing Service of a General Hospital. Human Relations 13(2): 95-121

Menzies Lyth, I. (1974): Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme. Ein Fallbericht. Gruppendynamik 5: 183-216

Menzies Lyth, I. (1990): A Psychoanalytical Perspective on Social Institutions. In: Trist, E.; Murray, H. (Eds.): The social engagement of social science. London: Free Association Books, 463-475

Merkens, H. (2013): Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 286-299

Meuser, M. (2013): Repräsentation sozialer Strukturen im Wissen. Dokumentarische Methode und Habitusrekonstruktion. In: Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 223- 240

Minkler, M.; Wallerstein, N. (2008): Community based participatory research for health. Michigan: Jossey-Bass

Möller, H. (1997): Was können Supervisoren von der Ethnopsychoanalyse lernen? Organisationsberatung – Supervision – Clinical Management 3: 285-293

Möller, H. (2001): Teamsupervision in sterbenden Organisationen. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 8(3): 283-288

Möller, H. (2010a): Supervision und Supervisionsforschung als Selbstkonfrontationsprozess. In: Busse, S.; Ehmer, S. (Hrsg.): Wissen wir, was wir tun? Beraterisches Handeln in Supervision und Coaching. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 218-235

Möller, H. (2010b): Quo vadis Beratungswissenschaft? In: Möller, H.; Hausinger, B. (Hrsg.): Quo vadis Beratungswissenschaft? Wiesbaden: Springer VS, 7-17

Möller, H. (2012): Was ist gute Supervision? Grundlagen – Merkmale – Methoden. Kassel: Kassel University Press

Möller, H.; Lohmer, M. (2010): Psychodynamische Organisationsberatung. In: Möller, H.: Beratung in einer ratlosen Arbeitswelt. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 22-42

Möller, H.; Oellerich, K.; Schubert, D.E.; Kotte, S. (2014): Beratungsforschung mit, für oder ohne die Praxis? OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 21(3): 313-327

Morgan, D. L. (1997): Focus Groups as qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications

Morgenthaler, R.; Weiss, F.; Morgenthaler, M. (1984): Gespräche am sterbenden Fluß. Ethnopsychoanalyse bei den Iatmul in Papua-Neuguinea. Frankfurt am Main: Fischer
Morse, J. M. (1994): Designing Funded Qualitative Research. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Eds.): Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage, 220-235
Moser, H. (1995): Grundlagen der Praxisforschung. Freiburg: Lambertus
Müller, C. W. (2013): Wie helfen zum Beruf wurde. Eine Methodengeschichte der Sozialen Arbeit. 6. Auflage, Weinheim, Basel: Beltz Juventa
Müller, M. (2004): Supervision. In: Student, J. C. (Hrsg.): Sterben, Tod und Trauer. Handbuch für Begleitende. Freiburg im Breisgau: Herder, 224-227
Müller, M. (2006): Vom Umgang mit Abschied und Trauer der Fachkräfte. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 420-424
Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.) (2012): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht
Müller, M.; Pfister, D.; Markett, S.; Jaspers, B. (2009): Wie viel Tod verträgt ein Team? Eine bundesweite Befragung der Palliativstationen in Deutschland. Der Schmerz 6: 600-608
Münch, W. (2011): Tiefenhermeneutische Beratung und Supervision. Frankfurt am Main: Brandes und Apsel
Nadig, M. (1986): Die verborgene Kultur der Frau. Ethnopsychoanalytische Gespräche mit Bäuerinnen in Mexiko. Subjektivität und Gesellschaft im Alltag von Otomi-Frauen. Frankfurt am Main: Fischer
Nadig, M.; Gilbert, A. F.; Gubelmann, M.; Mühlberger, V. (1991): Formen gelebter Frauenkultur. Ethnopsychoanalytische Fallstudien am Beispiel von drei Frauengenerationen des Zürcher Oberlandes. Forschungsbericht an den Nationalfonds. Zürich
Nentwig-Gesemann, I. (2013): Die Typenbildung der dokumentarischen Methode. In: Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 295-324
Neumeyer, W. (2004): Systemische Supervision – Grundlagen und Implikationen. Ein Überblick. Supervision 1: 49-57
Niethammer, L. (1985): Vorwort zur Taschenbuchausgabe. In: Niethammer, L. (Hrsg.): Lebenserfahrung und kollektives Gedächtnis: Die Praxis der „Oral history“. Frankfurt am Main: Suhrkamp, I–V
Nohl, A.-M. (2008): Interview und dokumentarische Methode. Anleitungen für die Forschungspraxis. 2. Auflage, Wiesbaden: Springer VS
Nohl, A.-M. (2013): Komparative Analyse. Forschungspraxis und Methodologie dokumentarischer Interpretation. In: Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 271-293
Nordentoft, H. M. (2008): Changes in Emotion Work at Interdisciplinary Conferences Following Clinical Supervision in a Palliative Outpatient Ward. Qualitative Health Research 18(7): 913-927. http://qhr.sagepub.com/content/18/7/913.abstract. Zugegriffen am 29.6.2015
Nunner-Winkler, G. (1991): Weibliche Moral. Die Kontroverse um eine geschlechtsspezifische Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus

Nussbaum, M. C. (2010): Die Grenzen der Gerechtigkeit. Behinderung, Nationalität und Spezieszugehörigkeit. Berlin: Suhrkamp

Oberhoff, B. (2000): Übertragung und Gegenübertragung in der Supervision. Theorie und Praxis. Münster: Daedalus

Obholzer, A. (2009): Interview mit Anton Obholzer. Zu den Anfängen der psychoanalytischen Organisationsbeobachtung. Interview geführt von Gertraud Diem-Wille 2007. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 215-229

Oevermann, U. (1978): Probleme der Professionalisierung in der berufsmäßigen Anwendung sozialwissenschaftlicher Kompetenz. Unveröffentlichtes Manuskript. Frankfurt am Main

Oevermann, U. (2002): Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit pädagogischen Handelns. In: Kraul, W.; Marotzki, W.; Schweppe, C. (Hrsg.): Biographie und Profession. Klinkhardt: Bad Heilbrunn, 19-64

OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching (2016): http://www.springer.com/psychology/beratung%2C+supervision%2C+coaching%2C+mediation/journal/11613. Zugegriffen am 29.4.2016

Österreichische Palliativgesellschaft OPG (2014): Stellungnahme zum Strukturplan 2014. http://www.palliativ.at/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&t=1479324850&hash=a9715b8c1e01500ac38d366040b42f0fad7f76d2&file=fileadmin/redakteur/downloads/Strukturplan_Stellungnahme.pdf. Zugegriffen am 21.4.2016

Österreichische Palliativgesellschaft OPG (2016): Vorstand. http://www.palliativ.at/die-opg/vorstand.html. Zugegriffen am 25.3.2016

ÖVS – Österreichische Vereinigung Supervision (2018): ÖVS-Anerkannte Ausbildungen http://www.oevs.or.at/ausbildungen/anerkannte-ausbildungen/. Zugegriffen am 7.1.2018

ÖVS – Österreichische Vereinigung Supervision (2018): ÖVS-News http://www.oevs.or.at/die-oevs/nachlese/oevs-news/. Zugegriffen am 7.1.2018

Parlamentarische Enquete (2016): Parlamentarische Enquete. https://www.parlament.gv.at/PERK/NRBRBV/NR/PARLENQU/. Zugegriffen am 2.10.2016

Pelttari, L. (2015): Erfahrungen mit ehrenamtlicher Hospiz und Palliativmedizinischer Arbeit aus Österreich und die EAPC Taskforce Ehrenamt. In: Radbruch, L.; Hesse, M.; Pelttari, L.; Scott, R. (Hrsg.): Ehrenamt in allen Facetten. Bonn: Pallia Med, 66-73

Pelttari, L.; Pissarek, A. H.; Zottele, P. (2014): Hospiz Österreich. Hospiz und Palliative Care. Datenerhebung 2014. http://www.hospiz.at/pdf_dl/Ergebnisse_Datenerhebung_2014.pdf. Zugegriffen an 13.4.2016

Petzold, H. G. (2003): Abschließende Überlegungen zu Hintergrund, Zielsetzung und Konsequenz der Studie. In: Petzold, H. G.; Schigl, B.; Fischer, M.; Höfner, C.: Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Opladen: Leske und Budrich, 199-232

Petzold, H. G. (2005): Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer „Profession" – Begriffliche Mythen und einige Fakten zu Herkommen und Hintergrund des Wortes „Supervision" aus Integrativer Perspektive. Supervision: Theorie – Praxis – Forschung 01/2005: 1-12. http://www.fpi-publikation.de/images/stories/downloads/supervision/Petzold-Historizitaet-Supervision-01-2005.pdf. Zugegriffen am 13.4.2016

Petzold, H. G.; Schigl, B.; Fischer, M.; Höfner, C. (2003) : Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Opladen: Leske und Budrich

Pleschberger, S. (2002): Palliative Care. Ein Paradigmenwechsel. Österreichische Pflegezeitschrift 12: 16-18
Pleschberger, S. (2005): Nur nicht zur Last fallen. Sterben in Würde aus der Sicht alter Menschen in Pflegeheimen. Freiburg im Breisgau: Lambertus
Pleschberger, S. (2006): Die historische Entwicklung von Hospizarbeit und Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 24-29
Pleschberger, S. (2010): Palliative Care, Hospizarbeit und Pflege. Eine Auseinandersetzung mit Forschung und Praxis der Versorgung am Lebensende. Habilitationsschrift, Universität Klagenfurt
Pleschberger, S.; Eisl, C. S. (Hrsg.) (2016): Tageshospize – Orte der Gastfreundschaft. Teilstationäre Angebote in Palliative Care. Esslingen: der hospiz verlag
Pleschberger, S.; Pfabigan, D. (2014): Evaluationsprojekt THEval. Hospizbewegung Salzburg. Endbericht. http://www.hospiz-sbg.at/sites/default/files/site_files/attachments/Evaluation_Tageshopsiz_1.pdf. Zugegriffen am 25.04.2016
Pongratz, J. H. (2004): Der Typus „Arbeitskraftunternehmer" und sein Reflexionsbedarf. In: Buer, F.; Siller, G. (Hrsg.): Die flexible Supervision. Herausforderungen – Konzepte – Perspektiven. Eine kritische Bestandsaufnahme. Wiesbaden: VS, 17-34
Przyborski, A.: (2004): Gesprächsanalyse und dokumentarische Methode. Qualitative Auswertung von Gesprächen, Gruppendiskussionen und anderen Diskursen. Wiesbaden: Springer VS
Pühl, H. (Hrsg.) (1990): Handbuch der Supervision – Beratung und Reflexion in Ausbildung, Beruf und Organisation. Berlin: Edition Marhold
Pühl, H. (Hrsg.) (1994): Handbuch der Supervision 2. Berlin: Edition Marhold
Pühl, H. (Hrsg.) (1998/2009): Handbuch Supervision und Organisationsentwicklung. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage, Wiesbaden: Springer VS
Pühl, H. (2009a): Was Supervision auszeichnet. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch der Supervision 3. Grundlagen – Praxis – Perspektiven. Berlin: Leutner, 12-24
Pühl, H. (Hrsg.) (2009b): Handbuch der Supervision 3. Grundlagen – Praxis – Perspektiven. Berlin: Leutner
Quasimodo, S. (1965): Tutte le poesie. Milano: Mondadori
Radbruch, L.; Payne, S. (2009): White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part I. European Journal of palliative Care 16(6): 278- 289
Rappe-Giesecke, K. (2008a): Triadische Karriereberatung. Programme und Modelle der Beratung von Fach- und Führungskräften. Habilitationsschrift, Universität Innsbruck
Rappe-Giesecke, K. (2008b): Der Nutzen der Psychoanalyse für die Supervision. In: Deutsche Gesellschaft für Supervision und Coaching e.V. (Hrsg.): Konzepte für Supervision. Neun theoretische und methodische Ansätze. Köln: Eigenverlag, 13-16
Rappe-Giesecke, K. (2009): Supervision für Gruppen und Teams. 4. Auflage, Berlin, Heidelberg, New York: Springer
Reason, P.; Bradbury, H. (Hrsg.) (2008): The Sage handbook of action research: Participatory inquiry and practice. Los Angeles: Sage
Rechenberg-Winter, P. (2005): Supervision in den Arbeitsfeldern Palliativmedizin, Palliative Care und Hospiz. Zeitschrift für Palliativmedizin 4: 105-106
Rechenberg-Winter, P. (2012): Der entlastende Blick. Supervision als Schutzfaktor. In: Müller, M.; Pfister, D. (Hrsg.): Wie viel Tod verträgt das Team? Belastungs- und Schutzfaktoren in Hospizarbeit und Palliativmedizin. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 184-197

Rechtien, W. (1999): Zur Geschichte der Angewandten Gruppendynamik. In: König, O. (Hrsg.): Gruppendynamik. Geschichte, Theorien, Methoden, Anwendungen, Ausbildung. München, Wien: Profil, 43-62

Reitinger, E.; Beyer, S. (2010): Gender-Care: verschiedene Sichtweisen für eine gelingende Integration. In: Reitinger, E.; Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 9-20

Reitinger, E.; Heller, A. (2010): Ethik im Sorgebereich der Altenhilfe. Care-Beziehungen in organisationsethischen Verständigungsarrangements und Entscheidungsstrukturen. In: Krobath, T.; Heller, A. (Hrsg.): Ethik organisieren. Handbuch der Organisationsethik. Freiburg: Lambertus, 737-765

Reitinger, E.; Lehner, E. (2013): Gender perspectives in Austrian participatory research in palliative care for older people. In: Hockley, J.; Froggatt, K.; Heimerl, K. (Eds.): Participatory Research in Palliative Care. Actions and Reflections. Oxford: Oxford University Press, 138-148

Renzenbrink, I. (2011): Caregiver stress and staff support in illness, dying, and bereavement. Oxford: Oxford University Press

Ringshausen-Krüger, M. (1977): Die Supervision in der deutschen Sozialarbeit. Entwicklung von Konzeptionen, Methoden und Strukturen (1954-1974). Eine textanalytische Untersuchung. Dissertation, Universität Frankfurt am Main

Roche, G.; Guta, A.; Flicker, S. (2010): Peer research in action I: Models of practice. Toronto: Wellesley Institute. http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/02/Models_of_Practice_WEB.pdf. Zugegriffen am 07.04.2015

Rosa, H. (2016): Resonanz. Eine Soziologie der Weltbeziehung. Berlin: Suhrkamp

Rothenberg, G. (2005): Ausgangssituationen in der psychodramatischen Supervision mit Ehrenamtlichen. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 12(2): 133-143

Rothenberg, G. (2007): Supervision für Ehrenamtliche. Psychodramatische Supervision in der Arbeit mit Hospizhelfern. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 14(2): 184-194

Rustin, M. (2008a): Work discussion: some historical and theoretical observations. In: Rustin, M.; Bradley, J. (Eds.): Work Discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. London: Karnac, 3-21

Rustin, M. (2008b): Work discussion: implications for research and policy. In: Rustin, M.; Bradley, J. (Eds.): Work Discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. London: Karnac, 267-284

Rustin, M., Bradley J. (Eds.) (2008): Work Discussion. Learning from reflective practice in work with children and families. London: Karnac

Sacks, H. (1984): On doing being ordinary. In: Atkinson, J. M.; Heritage, J. (Eds.): Structures of Social Action. Studies in Conversation Analysis. Cambridge: Cambridge University Press, 413-429

Salzberger-Wittenberg, I. (2009): Vorwort. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 7-10

Sauer, J. (1997): Zur Geschichte und Tradition der Supervision in Österreich. In: Luif, I. (Hrsg.): Supervision: Tradition, Ansätze und Perspektiven in Österreich. Wien: Orac, 27-42

Saunders, C. (1993): Foreword. In: Doyle, D.; Hanks, G. W. C.; MacDonald, N. (Eds.): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press, v-viii

Saunders, C. (1996): A personal therapeutic journey. British Medical Journal 313:1599. http://www.bmj.com/content/313/7072/1599. Zugegriffen am 31.5.2016
Sayers, J. (2000): Kleinians. Psychoanalysis Inside Out. Cambridge: Polity
Scala, K., Grossmann, R. (1997): Supervision in Organisationen. Veränderungen bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern. Weinheim, München: Juventa
Schemme, D. (2006): Koproduktive Wissensgenerierung zwischen Wissenschaft und Praxis in Modellversuchen. Unveröffentlichtes Manuskript. Bonn: BIBB
Schmandt, J. (2000): Entlastung des Personals. In: Aulbert, E.; Zech, D. (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 947-970
Schmuck, V. (2012): Wider die Tyrannei des gelingenden Sterbens. Schärfung des pastoralpsychologischen Profils der Supervision in der Hospiz- und Palliativversorgung. Wege zum Menschen 64(6): 515-540
Schreyögg, A. (1996): Organisationskultur und Supervision. In: Pühl, H. (Hrsg.): Supervision in Institutionen. Eine Bestandsaufnahme. Frankfurt am Main: Fischer, 94-113
Schuchter, P. (2016): Sich einen Begriff vom Leiden Anderer machen: Eine praktische Philosophie der Sorge. Bielefeld: transcript
Schulz, M. (2012): Quick and easy!? Fokusgruppen in der angewandten Sozialwissenschaft. In: Schulz, M.; Mack, B.; Renn, O. (Hrsg.): Fokusgruppen in der empirischen Sozialforschung. Von der Konzeption bis zur Auswertung. Wiesbaden: Springer VS, 9-22
Schuster, W. (2014): Veränderung wirkt: Blitzlichter auf dynamisierte Arbeitswelten. ÖVS news 1: 3-8
Schütz, A. (1944/1972): Der Fremde. In: Schütz, A.: Gesammelte Aufsätze. 2. Studien zur soziologischen Theorie. Den Haag: Nijhoff, 53-69
Schütz, A. (1971): Gesammelte Aufsätze. 1. Das Problem der sozialen Wirklichkeit. Den Haag: Nijhoff
Schütz, A.; Luckmann, T. (1979): Strukturen der Lebenswelt. Band 1. Frankfurt am Main: Suhrkamp
Schwantz, M. L. (2008): Participatory action research as practice. In: Reason, P.; Bradbury, H. (Eds.): The Sage handbook of action research. Los Angeles: Sage, 31-48
Schwarzwälder, H. (1990): Sozialarbeit und Supervision – Versuch der Darstellung einer Entwicklung. Supervision 18: 58-67
Seibel, K.; Jaroslawski, K.; Becker, G. (2014): Die Palliative Sedierung – Impulse aus Diskurs und Praxis. Praxis Palliative Care 25: 7-9
Sellner-Pogány, T. (2012): Zu Hause sterben? – Zu Hause leben! Zur Komplexität der Auftragsklärung in der Mobilen Palliativversorgung. In: Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Ludwigsburg: der hospiz verlag, 134-143
Simon, E. (2006): Euthanasie-Debatte an ausgewählten Beispielen im europäischen Vergleich. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 564-575
Simon, F. B. (2013): Einführung in die systemische Organisationstheorie. 4., unveränderte Auflage, Heidelberg: Carl-Auer
Sipreck, J. (2003): Ehrenamtliche in der Sterbebegleitung supervidieren. OSC – Organisationsberatung, Supervision, Coaching 10(4): 356-366
Sontag, S. (2005): Krankheit als Metapher. Aids und seine Metaphern. 2. Auflage, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch

Spörk, E.; Heller, A. (Hrsg.) (2012): Die Hospizidee hat viele Mütter und Väter. Die Geschichte der Hospizbewegung in Österreich und die Hospizarbeit der Caritas Socialis. Innsbruck: Tyrolia

Statistik Austria (2016a): Personal im Gesundheitswesen: http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Zugegriffen am 9.5.2016

Statistik Austria (2016b): Personal in Krankenanstalten 2014 nach Fachrichtungen, Geschlecht und Bundesländern. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Zugegriffen am 9.5.2016

Statistik Austria (2016c): Niedergelassene Ärzte und Ärztinnen 2014 nach Alter, Geschlecht und Bundesländern. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Zugegriffen am 9.5.2016

Statistik Austria (2016d): Ärztinnen und Ärzte in Krankenanstalten 2014. http://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/gesundheit/gesundheitsversorgung/personal_im_gesundheitswesen/index.html. Zugegriffen am 9.5.2016

Steffen-Bürgi, B. (2006): Reflexionen zu ausgewählten Definitionen der Palliative Care. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 30-38

Steinhardt, K. (2007): Psychoanalytisch orientierte Supervision. Auf dem Weg zu einer Profession? 2. Auflage, Gießen: Psychosozial-Verlag

Steinhardt, K.; Reiter, H. (2009): „Work Discussion" – Lernen durch Beobachtung und Reflexion von Arbeitsprozessen. In: Diem-Wille, G.; Turner, A. (Hrsg.): Ein-Blicke in die Tiefe. Die Methode der psychoanalytischen Säuglingsbeobachtung und ihre Anwendungen. Stuttgart: Klett-Cotta, 136-156

Steinke, I. (2013): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 319-331

Steurer, J. (2003): Supervision (und/oder Praxisbegleitung) in der ambulanten Hospizarbeit. Aktuelle Aspekte zum Zusammenspiel von Supervision und Praxisbegleitung in der (ambulanten) Hospizarbeit auf dem Hintergrund der Neufassung von § 39 a SGB V. Abschlussarbeit im Rahmen der DGSv anerkannten Supervisions-Ausbildung am isp des Rauhen Hauses, Hamburg, Gruppe IX 2000 – 2002, überarbeitet 2003

Steurer, J. (2005): Supervision in der Hospizarbeit. Die Hospiz-Zeitschrift 25(3): 22-23

Steurer, J. (2007): Mut zur Trauer. Praxis psychodramatisch orientierter Supervision und Beratung in den Bereichen Hospizarbeit, Palliativmedizin und Trauerbegleitung. Zeitschrift für Psychodrama und Soziometrie 2: 269-291

Strasser, F. (2006): Ernährung und Appetitlosigkeit. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 257-264

Streck, R.; Unterkofler, U.; Reinecke-Terner, A. (2013): Das „Fremdwerden" der eigenen Beobachtungsprotokolle – Rekonstruktionen von Schreibpraxen als methodische Reflexion. Forum Qualitative Sozialforschung, 14(1), Art. 16. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1821/3500. Zugegriffen am 05.04.2015

Supervision (2016): http://www.zeitschrift-supervision.de/. Zugegriffen am 17.11.2016

Traunsteiner, B. (2010): Diversity & (Health) Care – soziale Vielfalt als Bereicherung in der Pflege. In: Reitinger, E.; Beyer, S. (Hrsg.): Geschlechtersensible Hospiz- und Palliativkultur in der Altenpflege. Frankfurt am Main: Mabuse, 283-298

Traunsteiner, B. (2015): Gleichgeschlechtlich l(i)ebende Frauen im Alter. Intersektionalität, Lebenslagen und Antidiskriminierungsempfehlungen. Dissertation, Universität Klagenfurt

Traunsteiner, B. (2016): Diversität im Alter. Intersektionale Perspektiven auf Alter und sexuelle Orientierung. In: Stöckl, C.; Kicker-Frisinghelli, K.; Finker, S. (Hrsg.): Die Gesellschaft des langen Lebens. Soziale und individuelle Herausforderungen. Bielefeld: transcript, 147-162

Trescher, H.-G. (1992): Theorie und Praxis der Psychoanalytischen Pädagogik. Mainz: Grünewald

Trist, E.; Murray, H. (1990): Historical Overview. The Foundation and Development of the Tavistock Institute. In: Trist, E.; Murray, H. (Eds.): The social engagement of social science. London: Free Association Books, 1-34

Tronto, J. C. (1993): Moral Boundaries: A Political Argument for an Ethic of Care. New York: Routledge

Tronto, J. C. (2013): Caring Democracy: Markets, Equality and Justice. New York, London: University Press

Trunkenpolz, K.; Datler, W.; Funder, A.; Hover-Reisner, N. (2009): Von der Infant Observation zur Altersforschung: Die psychoanalytische Methode des Beobachtens nach dem Tavistock Konzept im Kontext von Forschung. Zeitschrift für Individualpsychologie 34(3): 330-351

Universität Innsbruck (2016): Lehrgang zum ÖÄK-Diplom für Palliativmedizin. https://www.uibk.ac.at/events/2015/09/18/lehrgang-zum-oeaek-diplom-fuer-palliativmedizin.xml. Zugegriffen am 21.4.201

Universität Kassel (Hrsg.) (2016): Positionen. Beiträge zur Beratung in der Arbeitswelt. http://www.upress.uni-kassel.de/katalog/schriftenreihe.php?Positionen.htm. Zugegriffen am 18.6.2016

Universität Klagenfurt (2016a): Institut für Organisationsentwicklung, Gruppendynamik und Interventionsforschung. Kurzportrait. http://www.uni-klu.ac.at/iff/ogi/inhalt/1.htm. Zugegriffen am 7.9.2016

Universität Klagenfurt (2016b): Institut für Organisationsentwicklung, Gruppendynamik und Interventionsforschung|Team|Peter Heintel. http://www.uni-klu.ac.at/iff/ogi/inhalt/516.htm. Zugegriffen am 4.7.2016

Universität Klagenfurt (2017): Institut für Organisationsentwicklung, Gruppendynamik und Interventionsforschung. http://www.uni-klu.ac.at/iff/ogi/inhalt/1.htm. Zugegriffen am 18.12.2017

Universitätsklinikum Heidelberg (2016): Wissenswertes rund um ihren Port. Eine Informationsbroschüre für Patienten und Angehörige des Portzentrums der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg. https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Patienten_Info/Patienenbroschueren/Allgemein/140430CHI_BR_DM_PORT_ID16237.pdf. Zugegriffen am 19.9.2016

Unterkofler, U. (2014): „Irgendwann passiert immer was." Gewalt als Risiko in der offenen Jugendarbeit. Dissertation, Universität München. https://edoc.ub.uni-muenchen.de/16583/1/Unterkofler_Ursula.pdf. Zugegriffen am 15.03.2015

Vachon, M. L. (1995): Staff stress in hospice/palliative care: a review. Palliative Medicine 9(2): 91-22

Varevics, P.; Petzold, H. G. (2005): Leben und Tod, Altern und Sterben, Leid, Trost, Sinn – Hilfen für beraterische, therapeutische und supervisorische Suchbewegungen. In: Petzold, H. G.; Müller, L. (Hrsg.): Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie. Brisante Themen, Konzepte – Praxis – integrative Perspektiven. Sonderausgabe der Zeitschrift Integrative Therapie, Paderborn: Junfermann, 130-163

Vogd, W. (2004): Ärztliche Entscheidungsprozesse des Krankenhauses im Spannungsfeld von System- und Zweckrationalität. Eine qualitativ rekonstruktive Studie unter dem besonderen Blickwinkel von Rahmen („frames“) und Rahmungsprozessen. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung

Volkshilfe EQUAL gem. GmbH. diversity@care - MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung. Modul 3 „Interkulturalität in Organisationen“ (Hrsg.) (2007): Managing Diversity Empfehlung. https://ec.europa.eu/migrant-integration/index.cfm?action=media.download&uuid=29DA7CC7-EA99-EC75-1F4894B1418FE7FB. Zugegriffen am 12.05.2016

Volkshilfe Österreich, diversity@care - MigrantInnen in der mobilen Pflege und Betreuung (Hrsg.) (2007): Managing Diversity Empfehlung. Modul 3 „Interkulturalität in Organisationen“. https://ec.europa.eu/migrant-integration/index.cfm?action=media.download&uuid=29DA7CC7-EA99-EC75-1F4894B1418FE7FB. Zugegriffen am 12.05.2016

von Caemmerer, D. (Hrsg.) (1970): Praxisberatung (Supervision). Ein Quellenband. Freiburg: Lambertus

von Foerster, H. (1993): KybernEthik. Berlin: Merve

von Glasersfeld, E. (1978): Einführung in den radikalen Konstruktivismus. In: Watzlawick, P. (Hrsg.): Die erfundene Wirklichkeit. Wie wissen wir, was wir zu glauben wissen? Beiträge zum Konstruktivismus. München: Piper, 16-38

von Kardorff, E. (2006): Zur gesellschaftlichen Bedeutung und Entwicklung (qualitativer) Evaluationsforschung. In: Flick, U. (Hrsg.): Qualitative Evaluationsforschung: Konzepte, Methoden, Umsetzungen. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 63-91

von Unger, H. (2012): Partizipative Gesundheitsforschung: Wer partizipiert woran? Forum Qualitative Sozialforschung, 13(1), Art. 7. http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1781/3298. Zugegriffen am 13.02.2015

von Unger, H. (2014a): Partizipative Forschung. Einführung in die Forschungspraxis. Wiesbaden: Springer VS

von Unger, H. (2014b): Forschungsethik in der qualitativen Forschung: Grundsätze, Debatten und offene Fragen. In: von Unger, H.; Narimani, P.; M'Bayor, R. (Hrsg.): Forschungsethik in der qualitativen Forschung. Reflexivität, Perspektiven, Positionen. Wiesbaden: Springer VS, 15-39

von Unger, H.; Block, M.; Wright, M. T. (2007): Aktionsforschung im deutschsprachigen Raum. Zur Geschichte und Aktualität eines kontroversen Ansatzes aus Public Health Sicht. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB). http://bibliothek.wzb.eu/pdf/2007/i07-303.pdf. Zugegriffen am 23.02.2015

Vosman, F. (2016): Kartographie einer Ethik der Achtsamkeit – Rezeption und Entwicklung in Europa. In: Conradi, E.; Vosman, F. (Hrsg.): Praxis der Achtsamkeit. Schlüsselbegriffe der Care-Ethik. Frankfurt am Main, New York: Campus, 33-51

Voß, G. (2001): Der Arbeitskraftunternehmer. Ein neuer Typus von Arbeitskraft und seine sozialen Folgen. http://www.zwe.uni-bremen.de/data/43-voss.pdf. Zugegriffen am 6.9.2016
Wacquant, L. J. D. (1996): Auf dem Weg zu einer Sozialpraxeologie. Struktur und Logik der Soziologie Pierre Bourdieus. In: Bourdieu, P.; Wacquant, L. J. D.: Reflexive Anthropologie. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 17-93
Wagner-Willi, M. (2013): Videoanalysen des Schulalltags. Die dokumentarische Interpretation schulischer Übergangsrituale. In: Bohnsack, R.; Nentwig-Gesemann, I.; Nohl, A.-M. (Hrsg.): Die dokumentarische Methode und ihre Forschungspraxis. Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Wiesbaden: Springer VS, 130-135
Walgenbach, K. (2014): Heterogenität – Intersektionalität – Diversity in der Erziehungswissenschaft. Opladen, Toronto: Barbara Budrich
Walter, T. (1994): The revival of the death. London, New York: Routledge
Wander, E. (1935): Gruppenbildung im zweiten Lebensjahr. Dissertation, Universität Wien
Warin, J. (2011): Ethnical mindfulness and reflexivity: Managing a research relationship with children and young people in a 14-year qualitative longitudinal research (QLR) study. Qualitative Inquiry 17(9): 805-814
Watmore-Eve, J. (2011): Developing and implementing a model for multi-disciplinary clinical supervision for staff within a hospice. BMJ Supportive & Palliative Care 1(2): 247
Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (2012): Einführung. Zu Hause sterben und die Rolle ambulanter Palliativversorgung. Von „Lückenbüßern" zum flächendeckenden Spezialistentum? In: Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Heller, A. (Hrsg.): Zu Hause sterben – der Tod hält sich nicht an Dienstpläne. Ludwigsburg: der hospiz verlag, 9-21
Wegleitner, K.; Heimerl, K.; Kellehear, A. (2016): Compassionate Communities. Case studies from Britain and Europe. New York: Routledge
Weigand, W. (1990): Zur Rezeptionsgeschichte der Supervision in Deutschland. Supervision 18: 43-57
Weigand, W. (1998): Vorwort. Das Interesse der DGSv an Wissenschaft und Forschung. In: Berker, P.; Buer, F. (Hrsg.): Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster: Votum, 5-7
Weigand, W. (2012): Beitrag der Zeitschriften zur Professionalisierung von Supervision – Felderkundungen. Forum Supervision 40: 115-123
Weiler, K. (2006): Supervisorisches Arbeiten mit Ehrenamtlichen in Hospiz und Palliative Care. Unveröffentlichte Diplomarbeit zum Abschluss des 9. Lehrgangs „Supervision" in Wien (SW 9) Supervision, Coaching, Organisationsentwicklung am Sympaideia Institut für integrative Bildung
Weixler, D. (2006): Palliative Sedierung. In: Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Bern: Huber, 576-587
Wellendorf, F. (1994): Supervision als Institutionsanalyse und zur Nachfrageanalyse. In: Pühl, H. (Hrsg.): Handbuch der Supervision 2. Berlin: Edition Marold, 26-36 (Erstererscheinung in: Pühl, H.; Schmidbauer, W. (Hrsg.) (1986): Supervision und Psychoanalyse. Frankfurt am Main: Fischer)
Wellendorf, F. (1996): Überlegungen zum „Unbewußten" in Institutionen. In: Pühl, H. (Hrsg.): Supervision in Institutionen. Eine Bestandsaufnahme. Frankfurt am Main: Fischer, 173-186
Whyte, W. T. (1943/1993): Street corner society. The social structure of an italian slum. Chicago: University of Chicago Press

Wiener Arbeitskreis für Psychoanalyse (2015): Die psychoanalytische Methode. http://www.psychoanalyse.or.at/die-beratungsstelle-des-wap/die-psychoanalytische-methode. Zugegriffen 30.05.2015

Wiener, N. (1948/1961): Cybernetics or Control and Communication in the Animal and the Machine. 2nd ed. (1985) Cambridge, Massachusetts: The M.I.T. Press. http://uberty.org/wp-content/uploads/2015/07/Norbert_Wiener_Cybernetics.pdf. Zugegriffen am 8.9.2016

Wiener Psychoanalytische Akademie (2015): August Aichhorn. http://www.psyalpha.net/biografien/august-aichhorn. Zugegriffen am 17.12.2015

Wieringa, C.F. (1990): Entwicklungsphasen der Supervision (1860 – 1950). Supervision 18: 37-42

Willems, K. (2007): Schulische Fachkulturen und Geschlecht. Physik und Deutsch – natürliche Gegenpole? Bielefeld: transcript

Wittgenstein, L. (1953): Philosophische Untersuchungen. Philosophical Investigations. Oxford: Basill Blackwell

Wittgenstein, L. (1996): Wittgenstein. Ausgewählt und vorgestellt von Thomas H. Macho. München: Diederichs

Wolff, S. (2013): Wege ins Feld und ihre Varianten. In: Flick, U.; von Kardorff, E.; Steinke, I. (Hrsg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 10. Auflage, Reinbek bei Hamburg: Rowohlt, 334-349

WHO World Health Organisation (1990): Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series No. 804. Geneva: World Health Organisation. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39524/1/WHO_TRS_804.pdf. Zugegriffen am 4.6.2016

WHO World Health Organisation (2016): WHO Definition of Palliative Care. http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/. Zugegriffen am 29.5.2016

Wright, M. T.; von Unger, H.; Block, M. (2010): Partizipation der Zielgruppe in der Gesundheitsforschung und Prävention. In: Wright, M. T. (Hrsg.): Partizipative Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsforschung und Prävention. Bern: Huber, 35-52