



Interne Supervision

Chancen und Risiken eines besonderen
Formats im Kontext der ambulanten
Hospizarbeit

Abschlussarbeit im Rahmen der „Weiterbildung
zum Supervisor/Coach (DGSv zertifiziert)“ beim
Institut für soziale Interaktion (ISI), Hamburg

vorgelegt von

Brigitte Rathofer

Rittershausstr. 15
44137 Dortmund

März 2014

1. Einleitung	1
2. Supervision oder Coaching	
2.1. Die Definition von Supervision und Coaching in der Literatur	3
2.2. Format, Verfahren, Setting, Methode	4
2.3. Interne Supervision	5
2.4. Der Dreiecksvertrag	6
3. Das Verfahren	
3.1. Morenos Rollentheorie und sein Menschenbild	7
3.2. Psychodramatische Arrangements und Techniken in der Supervision	9
3.3. Die besondere Eignung des Psychodramas für die interne Supervision	10
4. Anwendungsbeispiel Hospiz	
4.1. Ehrenamtlich Mitarbeitende - Laien, die professionell arbeiten, ein historisch gewachsenes System	11
4.2. Freiwillig unfreiwillig – die freiwillige Selbstverpflichtung der Ehrenamtlichen	12
4.3. Hospizarbeit - eine Handlungsfrage	13
4.4. Praxisbegleitung, Supervision, Fortbildung - die Eckpunkte in der Begleitung der Ehrenamtlichen	15
5. Interne Supervision mit den Ehrenamtlichen eines ambulanten Hospizdienstes	
5.1. Rückblick	18
5.2. Das Setting	19
5.3. Die Hospizgruppe	19
5.4. Praxisreflexion	22
5.4.1. Das erste Treffen – Auftragsklärung	22
5.4.2. Konzentration auf mehreren Ebenen – das Psychodrama in den Griff bekommen	24
5.4.3. Hospiz-Dauerbrennerthemen - die Bedeutung der Feldkompetenz und des internen Wissens	26
5.4.4. Aus der Rolle gefallen 1 – persönliche Betroffenheit	29
5.4.5. Tabuthemen in der internen Supervision und Rollenklärung	32
5.4.6. Das Thema <i>ich habe kein Thema</i> in die Mitte gestellt	33
5.4.7. Aus der Rolle gefallen 2 – zwei Seiten einer Medaille	35
5.4.8. Vom Ausbildungskorsett zur Rollenidentifikation	38
5.4.9. Die Verführung der Kuschelgruppe	38

6. Interne Supervision – Paradigmenwechsel oder No-Go	39
6.1. Die Chancen	40
6.2. Die Risiken	40

Literatur

Anhang

1. Einleitung

Seit ich meine Qualifikation zur Koordinatorin eines Hospizdienstes erworben habe, beschäftigt mich die Frage, ob es richtig ist, die Supervision der eigenen Hospizgruppe als Koordinatorin selbst durchzuführen. Im Laufe der Jahre, in denen ich in verschiedenen Feldern der sozialen Arbeit meine Berufserfahrung und auch meine Erfahrungen mit eigener Supervision gesammelt habe, erschien es mir immer wieder als unüberwindbares Paradigma, dass Supervision nur gelingen kann, wenn es eine ausreichende Distanz der Supervisorin*¹ zum Supervisanden bzw. zur Supervisionsgruppe oder zum Team gibt. Die professionelle Distanz, die für jede therapeutische Beziehung obligatorisch ist, gelte grundsätzlich auch für Supervisions- und Coachingprozesse und entspreche der *lege artis**². Auch im Rahmen unserer Weiterbildung zur Supervisorin/Coach zog sich die Frage, ob ich einen bestimmten Prozess leiten kann, oder ob ich zu *nah dran* bin, wie ein roter Faden durch unsere Seminare.

Deshalb klingen mir die Worte von Robert Raß noch immer in den Ohren, der im Koordinatorensseminar für Hospizleitungen sinngemäß sagte: „Ich weiß, dass mich Supervisoren dafür steinigen, aber machen Sie, wenn es irgend geht, die Supervision für ihre Ehrenamtlichen selbst! Supervision im Hospiz ist ein Element des Qualitätsmanagements, des Controllings und dafür sind Sie die beste Wahl!“¹ Ich hatte dazu meine eigene Haltung und war davon überzeugt, dass eine externe Supervision besser sein muss. Die praktische Erfahrung und die Erfordernisse im ambulanten Hospiz brachten diese Haltung jedoch ins Wanken und eine kleine Blitzumfrage bei meinen Kolleginnen in der Region² ergab, dass Dreiviertel der Koordinatorinnen, die Supervision selbst durchführen und das ohne Supervisionsausbildung. Es wurde die Meinung geäußert, die eigene Supervisionserfahrung und die Feldkompetenz befähigten dazu. Ich war skeptisch, ob diese Haltung günstig ist, zumal ich nach meiner Ausbildung zur Psychodramaleiterin auch erst dachte, ich könnte damit Supervisorin sein. Ich stellte aber schnell fest, dass es mir nicht gelang, weil mir wesentliches Handwerkszeug fehlte und so entschloss ich mich die Weiterbildung zum Supervisor/Coach beim ISI zu machen. Bezogen auf die interne Supervision nahm ich mir vor, meine eigene Erfahrung zu machen.

In der vorliegenden Arbeit werde ich meinen Prozess der Rollenfindung der *Internen Supervisorin* im Kontext der Supervision mit den Ehrenamtlichen eines ambulanten Hospizdienstes beschreiben und schwerpunktmäßig folgenden Fragen nachgehen:

¹ Robert Raß, Kursleitung Koordinatorensseminar, Zentrum für Palliativmedizin, Malteser Krankenhaus Bonn, März 2008

² Bei einem der regelmäßigen informelle Treffen der Hospizkoordinatorinnen

- Welche Rahmenbedingungen (Setting) bestimmen die interne Supervision mit ehrenamtlichen Hospizhelferinnen?
- Was ist Inhalt des Kontraktes für die interne Supervision?
- Welche Rollenkonflikte ergeben sich bei der Supervisorin und welche bei den Ehrenamtlichen?
- Wie sind Praxisbegleitung und Supervision voneinander abzugrenzen?
- Welchen Beitrag leistet das Verfahren Psychodrama in der internen Supervision?
- Welche Chancen und welche Risiken ergeben sich durch die Doppelrolle Supervisorin/Koordinatorin?

Ich werde versuchen diese Fragen sukzessive in der Theorie- und Praxisreflexion vorläufig zu beantworten, um schließlich im letzten Kapitel zu einer abschließenden Beurteilung zu kommen.

*¹ im Folgenden werde ich aus Gründen der besseren Lesbarkeit immer nur die weibliche oder die männliche Form benutzen, es ist in jedem Fall natürlich auch immer das andere Geschlecht gemeint.

*² Zur besseren Kenntlichmachung von Zitaten sind *nur* diese in Anführungszeichen gesetzt. Hervorhebungen von mir (und innerhalb der Zitate) und wörtliche Rede in den Fallbeispielen sind *kursiv* gedruckt. Ich habe dort auf Anführungszeichen verzichtet.

2. Supervision oder Coaching

2.1. Die Definition von Supervision und Coaching in der Literatur

Ähnlich wie die Frage: *Bin ich zu nah am Supervisanden?*, tauchte die Frage: *was ist Supervision und was ist Coaching?*, immer wieder neu in der Ausbildung zum Supervisor/Coach auf und sie wurde zuweilen unterschiedlich und facettenreich beantwortet. In vielen Fällen wurden die Begriffe synonym benutzt. Ferdinand Buer bietet eine kurze und prägnante Definition für Supervision an: „Es geht in der Supervision um die Begleitung von Professionellen, die direkt mit Menschen arbeiten, und das in allen möglichen Feldern.“³

Diese Definition legt nahe, dass die *Zielgruppe* das wichtigste Unterscheidungskriterium ist. In der Tat wird Supervision als Beratungsformat verstanden, in dem die Supervisorin den Supervisanden durch Interventionen hilft, berufsbezogene Problematiken, vorrangig in sozialen Arbeitsfeldern, zu verstehen und zu bewältigen. Der Supervision haftet quasi der Problembezug an. Coaching hingegen wird oft als vorwärts und auf Ressourcen gerichtetes Format für Führungskräfte in Profit- oder Non-profit-Organisationen beschrieben. „Coaching wird vor allem für sehr geeignet gehalten, um Führungskompetenz zu verbessern (70%), um Krisen bei Umstrukturierungen (58%) und bei Arbeitsplatzwechsel (56%) zu bewältigen. (Die Zahlen stammen aus der Studie: ‚Bedeutung und Einsatz von Coaching in der Personalentwicklung‘ der PEF Privatuniversität für Management, 2004.).“⁴

Buer definiert Supervision aber auch anhand des *Auftrages*, den sie erfüllen soll. Er beschreibt Supervision als Antworten auf drei wesentliche Fragen:

„1. Supervision als Antwort auf die Dilemmata professioneller Beziehungsarbeit; 2. Supervision als Antwort auf die Flexibilisierung professioneller Dienstleistung; 3. Supervision als Antwort auf die Dynamisierung der Arbeitsorganisationen.“⁵

Das erweitert die Betrachtung um ein weiteres Unterscheidungsmerkmal. Nicht nur die *Zielgruppe* ist unterschiedlich, sondern auch der *Auftrag*. Gundula Zierott definiert Coaching anhand des *Auftrages* und beschreibt Supervision als einen ergebnisoffenen

³ F. Buer, Psychodrama in der Supervision, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009, S.460

⁴ J. Heinbokel/R. Erger, Coaching, Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010, S.12

⁵ F. Buer, Psychodrama in der Supervision, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009, S.460

Prozess, wohingegen das Coaching auf ein festgelegtes Ziel mit einem gewünschten Ergebnis hinarbeitet.⁶

Der Diskurs um Trennschärfe ließe sich noch lange weiterführen, was hier jedoch den Rahmen sprengen würde. Abschließen möchte ich hier diese Diskussion mit den Ausführungen von Jutta Brünker, die sich auf Aussagen von Rolf Haubl und Astrid Schreyögg bezieht: „ ... das realitätstüchtige Coaching orientiert sich an den realen Arbeitsbedingungen. Es strebt eine Identifikation mit der Berufsrolle an und stabilisiert dadurch die Arbeitsbedingungen. Die emanzipatorische Supervision hingegen wirkt einem solchen Anpassungsmechanismus entgegen, indem sie auf die Profession und die professionelle Identitätsbildung fokussiert und den Rollenträger unterstützt, ‚sich von der Rolle zu distanzieren und sie gegebenenfalls nicht zu erfüllen‘(S. 14⁷).“⁸

Für die vorliegende Arbeit zeigt diese Diskussion, dass das Format für die Arbeit mit den Ehrenamtlichen des Hospizdienstes die Supervision ist: Es werden vorrangig Antworten auf Dilemmata in (professionellen) Beziehungen gesucht, der Prozess ist ergebnisoffen und unterstützt die Hospizhelferin (Protagonistin) bei der Identifikation mit oder gegebenenfalls bei der Distanzierung von ihrer (professionellen) Rolle.

2.2. Format, Verfahren, Setting, Methode

Format, Verfahren, Setting, Methode sind Begriffe, die es zu (er)klären gilt, um einen Verständnisrahmen für die vorliegende Arbeit herzustellen. Die Sprache, der wir uns bedienen gründet in Theorien die „wir irgendwann übernommen“⁹ haben. Die Notwendigkeit, sich der Theorie zu bedienen, indem Begrifflichkeiten geklärt werden, beschreibt Buer so: „Ohne diese ‚Theorie‘ können wir die Praxis gar nicht zur Kenntnis nehmen bzw. beschreiben. Denn ohne *Begriffe* können wir nicht *begreifen*: Das Angefasste fällt uns immer wieder aus der Hand.“¹⁰ „Supervision nenne ich ein Format, Psychodrama ein Verfahren der Beziehungsarbeit.“¹¹ Der äußere Rahmen für diese Arbeit wird mit Setting bezeichnet. Dazu gehören sowohl die gesellschaftlichen, organisationalen und gesetzlichen Vorbedingungen als auch die Rahmenbedingungen, die sich

⁶ Gundula Zierott, Führungskräfte-Coaching, Theorieseminar ISI, 20./21.09.2012

⁷ Rolf Haubl, Coaching und Supervision – Wie paradigmatisch sind die Differenzen? in: Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010,

⁸ Jutta Brünker, Supervision und Coaching – Zwei Bezeichnungen für eine Beratungsmethode?, in: Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010, S.49

⁹ F. Buer, Einführung in die psychodramatische Supervision, Praxis der psychodramatischen Supervision, Ein Handbuch, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S.9

¹⁰ ebenda

¹¹ F. Buer, Psychodrama in der Supervision, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009, S.462

durch den Auftrag und räumliche Gegebenheiten ergeben. Zum Setting zählt auch, ob die Arbeit mit Einzelnen, in der Gruppe oder im Team stattfindet. Man spricht dann vom Einzel-, Gruppen- oder Teamsetting. „Methoden nenne ich geregelte Handlungsweisen, in denen Setting und Verfahren verbunden sind, um mit bestimmten Personen bestimmte Ziele zu erreichen.“¹² Ich arbeite also im *Format* Supervision mit dem *Verfahren* Psychodrama. Das *Setting* für diese Arbeit wird durch den Auftrag und den „institutionalisierten Rahmen für psychosoziale Beziehungsarbeit“¹³ bestimmt. Die angewandten *Methoden* stehen in Beziehung zum Format, zum Verfahren und zum Setting. Übersetzt in die hier untersuchte Situation bedeutet dies: Der Träger des Hospizdienstes hat mich beauftragt eine Gruppen-Supervision (Setting, Format) mit den ehrenamtlichen Helfern des ambulanten Hospizdienstes durchzuführen. Mit dem Auftrag folgt der Träger den gesetzlichen Anforderungen, die eine Begleitung der Ehrenamtlichen vorsieht. Für die Arbeit stellt der Träger einen Raum und Getränke zur Verfügung (Setting). Im Rahmen des Auftrages ist geklärt, dass ich psychodramatisch arbeite (Verfahren). Innerhalb der Treffen kommen unterschiedliche Methoden zum Einsatz (Soziometrische Aufstellungen, Arbeit mit Symbolen, Gespräch, Psychodramatische Rollenspiele usw.).

2.3. Interne Supervision

Die interne Supervision stellt ein besonderes Format dar. Man spricht von interner Supervision, wenn der Träger (Auftraggeber) gleichzeitig auch Arbeitgeber der Supervisorin ist oder die Supervisorin aus einem Pool des gleichen Verbandes kommt. Eine 2007 von der DGSv veröffentlichte Studie differenziert zwischen interner und externer Supervision und belegt auch dadurch, dass es im Hospizbereich durchaus gängig ist, die Supervision von der Koordinatorin des Dienstes durchführen zu lassen.¹⁴

¹² F. Buer, Methoden in der Supervision – psychodramatisch angereichert, OSC, Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management, Jahrgang 3 – Heft 1, März 1996, Leske + Budrich Opladen, S.21

¹³ Ebenda

¹⁴ DGSv (Hrsg.), Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care, Erfahrungen und Anforderungen, Im Auftrag der DGSv zusammengestellt von J. Fengler, F. Kittelberger, M. Müller, Ch. Pfeffer, P. Rechenberg-Winter (Leitung), J. Schmandt und J. Steuer, Köln 2007

2.4. Der Dreiecksvertrag

Für die interne Supervision bedeutet dies, dass es im Dreiecksverhältnis zwischen Supervisorin – Supervisanden – Auftraggeber mehrere Doppel- bzw. Dreifachrollen gibt.

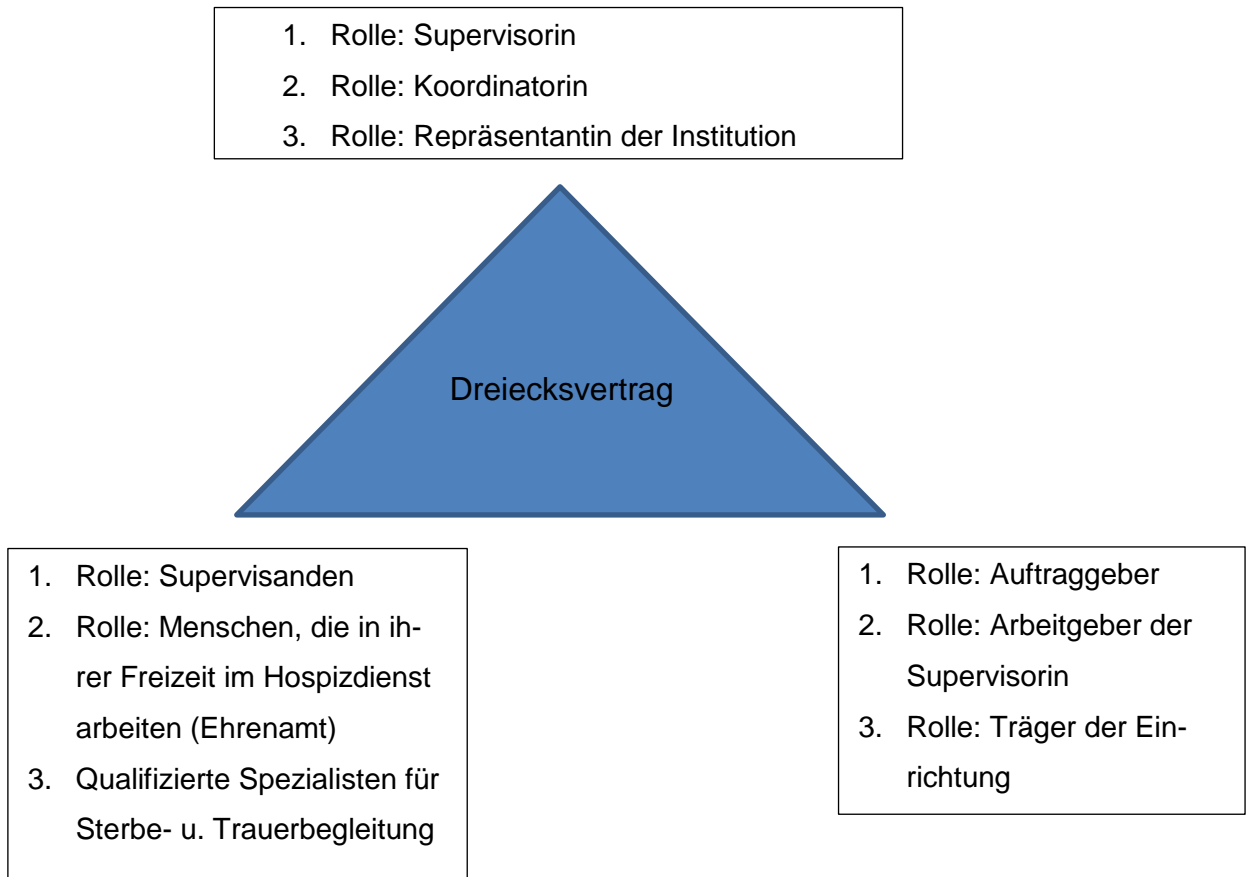


Abbildung 1: Dreiecksvertrag im Hospiz bei interner Supervision

Bei dieser Konstellation sind Rollenkonflikte und dadurch ausgelöste Irritationen im Prozess zu erwarten. Wie sich diese Probleme zeigen und wie dem begegnet werden kann, soll weiter unten Gegenstand der Betrachtung sein. Grundsätzlich erfordert der Einsatz einer internen Supervisorin eine besondere Klarheit im Kontrakt. Es muss geklärt werden, welche Themen möglich sind und welche nicht. Z. B. sind Fragen, die die Struktur oder das Handeln des Trägers betreffen oder Konflikte mit der Koordinatorin nur schwer bzw. gar nicht mit der Supervisorin zu bearbeiten, das es sie selbst in ihren anderen Rollen betrifft. Es bietet sich daher an, zu vereinbaren, dass es in dieser Konstellation schwerpunktmäßig um Fallsupervision (z.B. Beziehungsgestaltung in der Begleitung), um Konflikte in der Rollenfindung der Ehrenamtlichen (z.B. Fremd- und Selbstwahrnehmung) oder um Schwierigkeiten mit besonderen Themen (z.B. Sprachlosigkeit, Wahrheit am Krankenbett, Ethische Fragen, Ekel) gehen kann.

3. Das Verfahren

3.1. Morenos Rollentheorie und sein Menschenbild

Stellt man sich der Aufgabe Psychodrama *kurz* zu beschreiben, muss man zwangsläufig im Rudimentären bleiben. Ganz kurz beschreibt es Jacob Levy Moreno selbst: „Psychodrama ist die Methode, welche die Wahrheit der Seele durch Handeln ergründet.“¹⁵ J.L. Moreno (1889 – 1974) war ein Zeitgenosse Freuds. Er entwickelte seine Theorien der Soziometrie und des Psychodramas jedoch in starker Abgrenzung zur Psychoanalyse. Moreno lehnte die Verhaftung im Verbalen der Psychoanalyse genau so ab, wie die Couch als *Ort der Therapie*¹⁶. Moreno bevorzugte andere Orte (wenn nötig therapiert er auf der Straße¹⁷) und eine andere Beziehung zum Klienten. Moreno begegnete dem Klienten auf Augenhöhe im „Face-to-face-Kontakt“. Tatsächlich ist der Begriff der Begegnung und der Beziehung der wesentliche Ausgangspunkt in Morenos Wirken und seinen Theorien. Er hat keine Berührungsängste und begegnet allen Menschen ohne Vorbehalte. Moreno verdient sich als Hauslehrer das Geld für sein Medizinstudium und arbeitete schließlich therapeutisch mit Randgruppen (Prostituierte, Flüchtlinge) in Österreich, Ungarn und den USA¹⁸.

Morenos Theorien sind geprägt von seinem Menschenbild. Er war überzeugt davon, dass jeder für die Gestaltung seines Lebens selbst verantwortlich ist und diese Gestaltung findet immer im Zusammenhang mit einem Gegenüber statt. Morenos Arbeit und damit die Grundhaltung im Psychodrama richtet sich stets auf die Förderung der Selbstheilungskräfte (Verantwortung) und ist gekennzeichnet durch Respekt, dem Vertrauen auf Spontaneität und Kreativität.¹⁹

Morenos Weltanschauung, die Synthese aus „jüdisch messianischen und einem anarchisch-libertären Denken“²⁰ führt zur der Vorstellung, dass nicht der gewaltsame Umsturz, sondern die vielen kleinen Mikrorevolutionen auf freiwilliger Basis durch Gruppentherapie, Soziatrie und Soziometrie zur Veränderung der Gesellschaft hin zu einem sozialen, menschenfreundlichen und natürlichen Zusammenleben führen²¹.

¹⁵ Jonathan Fox (Hrsg.), Jacob Levy Moreno, Psychodrama und Soziometrie, Essentielle Schriften, Edition Humanistische Psychologie, 2001, S.9

¹⁶ Ebenda, S.18

¹⁷ Ebenda, S.18

¹⁸ Jutta Fürst, Das Leben und Wirken J.L. Morenos und die Entwicklung des Psychodramas, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004

¹⁹ F. Buer, Morenos therapeutische Philosophie und die psychodramatische Ethik, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004

²⁰ Ebenda, S.38

²¹ Ebenda

Moreno begreift den Menschen als „Rollenspieler“²². „Rolle kann definiert werden als die aktuelle und greifbare Form, die das Selbst annimmt. (...) Die Form wird aus vergangenen Erfahrungen und den kulturellen Mustern der Gesellschaft, in der das Individuum lebt, geschaffen und wird dann durch die spezifische Art seiner Produktivität ausgefüllt. Jede Rolle ist eine Fusion persönlicher und kollektiver Elemente. Jede Rolle hat zwei Seiten, eine persönliche und eine kollektive Seite.“ (Moreno, in: Fox 1961, 105).²³ Diese etwas sperrige Definition der Rolle stammt von Moreno selbst. Wesentlich erscheint mir, dass jede Rolle „individuell gestaltet und gesellschaftlich vermittelt“²⁴ ist und so ein ganzheitliches Handeln beschreibt in dem nach Moreno das Rollenhandeln auf körperlicher, psychischer und transzendenter Ebene stattfindet. „Eine Rolle wird körperlich angenommen, verkörpert“ durch das Einnehmen der entsprechenden Körperhaltung.

Morenos Rollenverständnis macht deutlich, warum das Psychodrama nicht im Verbalen bleiben kann, sondern der (körperlichen) Aktion bedarf. Die Verkörperung der Rollen durch die Protagonisten und Antagonisten ermöglicht das ganzheitliche Erspüren der den Rollen innewohnenden Zuschreibungen und Gefühlen. Erst dadurch wird dem Spieler der Freiraum zur kreativen Veränderung der Rolle ermöglicht.

Ausgehend von dieser Vorstellung entwickelt Moreno vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen mit dem (Stegreif-) Theater seine psychodramatischen und soziometrischen Techniken (Methoden).

Der dreiteilige Ablauf im Psychodrama: *Erwärmung* – *Spielphase* – *Integrationsphase* lässt sich auf die psychodramatische Supervision übertragen, entscheidend dabei ist die Gewichtung der einzelnen Phasen und ihre Ausführung.

Moreno sieht das Ziel der *Erwärmung* in dem Erreichen der Spontaneitätsslage, die die Teilnehmerinnen für ein späteres Handeln öffnet. Im Anschluss an die Erwärmung wird geklärt, wer arbeiten möchte oder ob ein Gruppenspiel stattfinden soll. Ist eine Protagonistin gefunden (durch eigene Meldung oder durch eine soziometrische Wahl) beginnt die *Spielphase*. Im folgenden Spiel ist die Protagonistin die Regisseurin, die Leitung (Supervisorin, Therapeutin) ist dabei behilflich. Auf der Bühne entsteht mit dem Einrichten der Szene und der Rollenzuweisung an die Hilfsichs (Teilnehmer aus der Gruppe oder im Einzelsetting die Arbeit mit Symbolen) eine neue Wirklichkeit einer

²² Karoline Hochreiter, Rollentheorie nach J. L. Moreno, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004, S.128

²³ Ebenda, S.128

²⁴ Ebenda, S.129

bereits erlebten Szene. „Die symbolischen Elemente des entstehenden Erlebnisraums, der sogenannten *Surplus Reality*, können von dem/den Klienten – unterstützt durch spezielle psychodramatische Techniken – auf handelnde Weise exploriert und umgestaltet werden, sodass neue Bedeutungsgehalte konstruiert, neue Handlungsimpulse entwickelt und neue Handlungsweisen erprobt werden können.“²⁵ Auch in der Supervision geht es um „die Möglichkeit, in alten Situationen neu bzw. in neuen Situationen angemessen zu reagieren“.²⁶ Ist die Spielphase beendet schließt sich die *Integrationsphase* an. Die Protagonistin erhält nun ein „Sharing“ von den Anwesenden. Im Sharing werden die eigenen Erlebnisse und Gefühlsinhalte mitgeteilt, die bei den Zuschauern und Mitspielern durch das Spiel ausgelöst, erinnert und empfunden wurden. Sie teilen diese mit der Protagonistin (to share = teilen). Es können Rollen- und Identifikations-Feedbacks folgen. Die Protagonistin kann das Gehörte ihrem eigenen Erleben hinzufügen und so das Spiel und die damit verbundenen Erkenntnisse integrieren.

3.2. Psychodramatische Arrangements und Techniken in der Supervision

Für die Supervision eignen sich vor allem die im Psychodrama sogenannten kleinen Arrangements wie die Vignette, die szenische Komplettierung, der leere Stuhl, das Standbild/die Skulptur oder auch das soziale Atom. Zum Einsatz kommen psychodramatischen Techniken wie das Interview, szenische und soziometrische Darstellungen, Maximierung, Tempovariationen, der innere Monolog, das Doppeln, das Spiegeln, der Rollenwechsel und der Rollentausch. Diese Arrangements und Techniken ermöglichen den Supervisandinnen sich als spontan und kreativ in der eigenen Sache zu erleben. „Auch aus dem Grund, dass Moreno ‚Spontaneität‘ und ‚Kreativität‘ ins Zentrum seiner Psychodramatheorie gestellt hat (...) scheint mir der psychodramatische Zugang in der Supervision naheliegend.“²⁷ Der Einsatz psychodramatischer Techniken fördert das Erreichen der supervisorischen Ziele und Aufgaben (siehe weiter oben S. 3).

In der Abgrenzung zur Therapie ist in der Supervision entscheidend, dass es um berufsbezogene Thematiken geht, die zwar einen individuellen persönlichen Widerhall in der Person der Protagonistin finden, jedoch auf der Ebene der Supervision als gegeben erkannt aber nicht bearbeitet werden. Der Einsatz der Arrangements und Techni-

²⁵ Einführung, Was ist Psychodrama, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009, S.6

²⁶ M. Kieper-Wellmer, Psychodramatische Gruppensupervision mit Heilpädagoginnen, F. Buer (Hrsg.), Praxis der Psychodramatischen Supervision, Ein Handbuch, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S.69

²⁷ M. Kieper-Wellmer, Psychodramatische Gruppensupervision mit Heilpädagoginnen, F. Buer (Hrsg.), Praxis der Psychodramatischen Supervision, Ein Handbuch, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004, S.68

ken hängt von der „Spielfreude“ (der Spontanitätsslage) der Teilnehmerinnen und ihrer Bereitschaft ab, sich in diesem professionellen beruflichen Zusammenhang im Spiel zu zeigen.

Eine erhebliche Rolle spielt dabei auch, ob es (negative) Vorerfahrungen mit Supervision im Allgemeinen oder psychodramatischer Supervision im Besonderen gibt. Meines Erachtens steigt die Spielfreude proportional mit positiven Psychodramaerfahrungen.

3.3. Die besondere Eignung des Psychodramas für die interne Supervision

In der *internen Supervision* stellt sich die Aufgabe die fehlende professionelle Distanz durch die Auswahl der möglichen Themen (vergl. 2.3.) auszugleichen oder ein Verfahren einzusetzen, dem die Möglichkeit der Distanzierung innewohnt. Das Psychodrama bietet mit der auf der psychodramatischen Bühne entstehenden *Surplus-Reality* ein Herausheben der Szene in eine andere Welt (Fantasie der Protagonistin). In dieser Realität ist alles möglich. Die Protagonistin entwirft auf der Bühne ihre Realität und kann gleichzeitig neue Handlungsspielräume ausprobieren und sich diese darüber aneignen. „Die Kraft des Kinderspiels und des Rituals soll auch für moderne Erwachsene nutzbar gemacht werden, indem diese als ProtagonistInnen zum einen die Realität ihres Lebens auf die Bühne holen. Hier können sie jetzt aber in der Surplus-Realität mit Hilfe geeigneter MitspielerInnen allmächtig über die Universalien Zeit, Raum, Realität und Kosmos frei verfügen, um so neue, kreative Erfahrungen machen zu können (Hutter 1996b). Diese fantastischen Lösungen können dann das alltägliche Leben neu beflügeln und umgestalten.“²⁸

Gleichzeitig entsteht für die Supervisorin durch die Surplus-reality eine Distanz zum Geschehen: Sie betrachtet das Spiel von außen und unterstützt die Protagonistin in der Exploration ihrer Gefühle und hält den (methodischen) Rahmen. Gleiches geschieht in der Arbeit mit Symbolen (Hilfsobjekte: Stühle, Steine, Muscheln, Kuscheltiere, Hand- und Fingerpuppen, Inszenario-Figuren, Tücher, jegliche sonstige vorhandenen Gegenstände). Es entsteht in gleicher Weise die Surplus-Reality, die aber in diesem Fall auch der Protagonistin eine zusätzliche Möglichkeit der Distanzierung bietet. Die Auswahl eines Symbols als Stellvertreter für sich und andere Personen erleichtert auf der einen Seite die Übertragung ambivalenter und negativer Gefühle auf das Symbol (was oft bei menschlichen Hilfsdichs schwerer fällt) und führt andererseits zu einer distanzierenden Verfremdung.

²⁸ F. Buer, Morenos therapeutische Philosophie und die psychodramatische Ethik, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004, S.36

Die Anwendung soziometrischer (Auswahl-) Verfahren ermöglicht der Supervisorin die Verantwortung für den Supervisions-Prozess in die Hände der Supervisanden zu legen und dadurch die notwendige Distanz einzuhalten. So kann sie der Versuchung widerstehen, die Themen vorzuschlagen oder selbst einzubringen, die sie aus Sicht ihrer anderen Rollen „schon immer für wichtig hielt“. Das Psychodrama erscheint vor diesem Hintergrund als geeignetes Verfahren für die interne Supervision.

4. Anwendungsbeispiel Ambulantes Hospiz

4.1. Ehrenamtlich Mitarbeitende – Laien, die professionell arbeiten, ein historisch gewachsenes System

Um die besondere Situation der Arbeit mit Ehrenamtlichen im Hospizdienst zu betrachten, lohnt sich ein kurzer Blick in die Historie der Hospizbewegung.

Die Sozialarbeiterin, Krankenschwester und Ärztin Cicely Saunders gründete 1967 mit dem St. Christophorus Hospiz das erste Hospiz der Neuzeit und lieferte damit den Anstoß für eine weltweite Hospizbewegung.

Kernpunkt der Arbeit war die Versorgung der Kranken in einem „ganzheitlichen“ Sinne. Drei Bereiche wurden angesprochen, die für die heutige Hospizbewegung immer noch maßgeblich sind:

- Somatische Behandlung und Pflege,
- Psycho-soziale Betreuung,
- Spirituelle und seelsorgerliche Betreuung.

C. Saunders formulierte „mit ihrer Konzeptbeschreibung des ‚total pain‘ (...), dass gerade der Schmerz nicht nur körperliche, sondern ebenso emotionale, psychische und spirituelle Ursachen hat. Damit wurde sie Vorreiterin der ganzheitlichen Palliative Care.“²⁹

In die Mitte der 1980er Jahre entstanden die ersten Hospizgruppen. Die so entstandenen *Ambulanten Hospizgruppen* verstanden sich als Gegenpart zu professionellen Helfern (Ärzte, Krankenpflege) und die Tätigen haben zunächst keine Ausbildung (Befähigung).³⁰ Das Hauptmerkmal dieser Gruppen ist die Ablehnung jeglicher Professionalisierung bzw. die Betonung der *Freiwilligkeit* und *Unentgeltlichkeit* des Ehrenamts.

Nur langsam setzte sich der Gedanke durch, dass Menschen, die Sterbende begleiten,

²⁹ Die Geschichte der Hospizbewegung, Werner Burgheimer, Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden, Forum 2003

³⁰ Die Geschichte der Hospizbewegung, Werner Burgheimer, Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden, Forum 2003

auf diese Aufgabe vorbereitet und während dieser Tätigkeit von Fachkräften betreut werden müssen. Die Anzahl der Hospizgruppen und auch der Wunsch diese Bewegung nicht ungesteuert wuchern zu lassen, erforderte in Deutschland die Gründung von Landesarbeitsgemeinschaften, Dachorganisationen und einer Bundesarbeitsgemeinschaft. Der notwendig gewordene Einsatz von Fachkräften für die Koordinierung und Leitung von Hospizdiensten ging mit der Notwendigkeit der Finanzierung einher. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass es heute die oben beschriebene Rahmenvereinbarung gibt. Folgerichtig entstand nach der Schaffung von organisatorischen Strukturen die Notwendigkeit Qualitätsstandards zu entwickeln und zu diskutieren und den jeweils neuesten Forschungsergebnissen anzupassen.

Die Arbeit im Hospizdienst stellt hohe Anforderungen an die Ehrenamtlichen. Dabei spielt die persönliche Eignung eine genauso große Rolle, wie die Bereitschaft, sich zu qualifizieren und persönlich weiter zu entwickeln. In ihrem Selbstverständnis begreifen sich Hospizhelferinnen als Teil des multiprofessionellen *Palliative-Care-Teams*, das sich um den Sterbenden und seine Angehörigen kümmert. Die Wahrnehmung der Pflegeprofis ist oft eine andere: Die Ehrenamtlichen sind aus ihrer Perspektive - ähnlich wie Angehörige - Laien, die über keine fachlichen Kenntnisse verfügen. Sie begegnen ihnen zuweilen mit Misstrauen bzw. nehmen deren Fachlichkeit nicht wahr. So gehen wertvolle Krankenbeobachtungen und ein *Austausch auf Augenhöhe* verloren und die Ehrenamtlichen fühlen sich nicht wertgeschätzt. Die Sicht der Angehörigen ist wieder eine andere. Für sie werden die Hospizhelferinnen zu Wegbegleiterinnen, die sie als Spezialisten auf dem gesamten Gebiet der Palliative Care verstehen und eine entsprechende Beratungskompetenz voraussetzen. Die meisten Betroffenen oder Angehörigen können nicht unterscheiden, dass Palliative Care Pflegekräfte und Hospizhelferinnen zwar vernetzt zusammenarbeiten aber von unterschiedlichen Organisationen kommen und haupt- oder ehrenamtlich Tätige mit unterschiedlichen Aufgaben sind. Für ehrenamtliche Hospizhelferinnen ergeben sich aus diesen komplexen Rollenzuschreibungen sowie den eigenen und fremden Rollenerwartungen mögliche Rollenkonflikte, die in der Supervision betrachtet und angegangen werden können.

4.2. Freiwillig unfreiwillig – die freiwillige Selbstverpflichtung der Ehrenamtlichen

In den meisten Hospizdiensten ist es üblich, dass die Hospizhelferinnen eine *Freiwillige Selbstverpflichtung*³¹ unterschreiben, in der sie sich verpflichten für eine bestimmte Zeit, (meist ein Jahr) ehrenamtlich tätig zu sein und an der angebotenen Praxisbeglei-

³¹ Erklärung, Hospizdienst, Anhang S. [5]

tung/Supervision teilzunehmen. Sowohl die Koordinatorin als auch die Ehrenamtlichen selbst erwarten ein hohes Maß an Verbindlichkeit, das in dieser Selbstverpflichtung seinen Ausdruck findet. Trotz dieser Verpflichtung bleibt die Teilnahme an der Supervision genauso freiwillig wie die Mitarbeit insgesamt und es gibt keine Möglichkeit der Sanktionierung bei *Verstößen* gegen diese Verpflichtung, die jederzeit, auch ohne Angabe von Gründen, von der Ehrenamtlichen gekündigt werden kann. Für die Koordinatorin ergibt sich daraus ein besonderes Verhältnis zu ihren *Mitarbeiterinnen*. Sie ist die „festangestellte fachlich verantwortliche Kraft“³², ist aber nicht die *Vorgesetzte* ihrer Mitarbeiterinnen, wie sie es bei lohnabhängigen Angestellten wäre. Sie ist darauf angewiesen, dass ihre Mitarbeiter freiwillig ihren Dienst versehen und sich an die Vereinbarung halten. Das erfordert von der Koordinatorin ein hohes Maß an Leitungs- und Beziehungskompetenz, da sie auf der einen Seite die Qualität in der Arbeit sichern und gleichzeitig die Ehrenamtlichen *bei der Stange halten* muss. Somit hängt die Qualität in der Arbeit direkt von der Fähigkeit der Koordinatorin ab, eine gute Beziehung zu den ehrenamtlich Mitarbeitenden herzustellen und aufrecht zu erhalten. Gelingt dies nicht, geben Ehrenamtliche ihre Aufgabe auf oder suchen sich einen anderen Dienst in dem sie besser zurecht kommen.

4.3. Hospizarbeit eine Haltungsfrage

Ist von Palliative Care oder Hospizarbeit die Rede, wird von der *hospizlichen Haltung* gesprochen, die die Basis für alles Tun in diesem Bereich darstellt. Was macht aber diese Haltung aus, die schließlich von allen und im besonderen Maße von den Ehrenamtlichen erwartet wird? Hinweise auf diese Haltung kann man der Rahmenvereinbarung entnehmen, die die Arbeit des Hospizdienstes beschreibt. „Die Sterbebegleitung unterstützt und fördert insbesondere die Selbsthilfepotenziale der Betroffenen. Dabei werden Angehörige und Bezugspersonen einbezogen.“³³ Es geht also darum zu *begleiten* und nicht *vorweg zu gehen*, nicht vorschnell Lösungen anzubieten oder gar dem Sterbenden zu sagen, wie sich *richtiges Sterben* zu vollziehen hat. Menschen, die immer die richtige Antwort haben und sie immer sofort loswerden müssen, sind für die Hospizarbeit genauso wenig geeignet, wie Menschen, die einen missionarischen Eifer nach außen tragen. „Bei der Befähigung zur Strebebegleitung steht das ‚Offen-halten‘

³² Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010, § 5 (1), S.7

³³ Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010, § 4 (3), S.7

und das ‚Aushalten-können‘ von Situationen im Vordergrund (...).“³⁴ In der Sterbebegleitung können Situationen entstehen in denen, - von außen betrachtet -, das Einschlagen eines anderen Weges für den Sterbenden oder die Angehörigen hilfreicher erscheint, als das, was sie gerade tun. Die Betroffenen entscheiden aber selbst über den Weg, den sie gehen, auch wenn es der schmerzhaftere ist. Die Autonomie des Betroffenen verbietet jeden nicht angefragten Ratschlag. Es gilt die Vorstellung, dass der Sterbende der Experte für sich selbst ist. Um diese Haltung einnehmen zu können, wird in der Qualifizierung ein Schwerpunkt auf die Verinnerlichung und das Verstehen der „*Prinzipien des personenzentrierten Ansatzes*“³⁵ gelegt, „der in der Sterbebegleitung mit den Einstellungen, Grundhaltungen und Verhaltensweisen der *Empathie*, der *wertschätzenden Akzeptanz* und der *Echtheit* große Anwendung findet und [sich] als sehr effizient erwiesen hat“³⁶. Diese personenzentrierte Haltung, die sich in der konkreten Begleitung widerspiegelt und den Blick auf den Einzelnen lenkt, wird durch die Vorstellungen des *systemischen Ansatzes* ergänzt. Im Verständnis der Hospizarbeit wird immer das gesamte Familien-System begleitet, der Sterbende **und** seine Angehörigen. Dabei ist es unerheblich ob es sich um Verwandte im eigentlichen Sinne handelt oder um den Nachbarn, der sich täglich kümmert. „Diese Betrachtungsweise des *systemischen Ansatzes* mit den Prinzipien von Bindung und Lösung, Loyalität, Delegation etc. ist auch eine Wirklichkeit der Supervisionsgruppe (und des Hospizes) und gehört somit als zweiter Grundsatz in die Supervision von Begleiterinnen.“³⁷

Für die Ehrenamtlichen bietet die Einzel- und auch die Gruppensupervision die Möglichkeit die eigene Haltung zu überprüfen. In besonderer Weise kann hier die systemisch-psychodramatische Fall-Supervision ihren Beitrag leisten, da das Psychodrama die Techniken bereithält, die helfen, das systemische Verständnis zu vertiefen und gleichzeitig neues Verhalten auszuprobieren.

In meinem Verständnis des Psychodramas hat Moreno diese Aspekte in seiner Rollentheorie, die von seinem Menschenbild geprägt ist, bereits (vor-)gedacht: Die Überzeugung, dass jeder Mensch den Keim der Selbstheilung in sich trägt, verbunden mit der Vorstellung, dass jede Rolle, die ein Mensch einnimmt, einen persönlichen (personen-

³⁴ Monika Müller, Handreichung für Multiplikatoren zur Befähigung und Ermutigung ehrenamtlich Mitarbeitender in Hospiz(dienst)en, Pallia Med Verlag 2. überarb. Auflage 2005, S.3

³⁵ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.101

³⁶ Ebenda, S.101

³⁷ Ebenda, S.101

zentriert) und einen gesellschaftlichen (systemische) Anteil hat, trägt beide Ansätze in sich. (vergl. S. 7 folgende)

4.4. Praxisbegleitung, Supervision, Fortbildung – die Eckpunkte in der Begleitung der Ehrenamtlichen

Die Arbeit der ambulanten Hospizdienste ist in der *Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010* geregelt. In dieser Vereinbarung ist festgelegt unter welchen Bedingungen ambulante Hospizdienste gefördert werden. Unter anderem werden die Aufgaben einer Koordinatorin wie folgt beschrieben:

„Der Fachkraft obliegen insbesondere folgende Aufgaben:

(...) - Begleitung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Praxisbegleitung zur

Unterstützung/Supervision ehrenamtlich tätiger Personen)

- Koordination der Aktivitäten des ambulanten Hospizdienstes

(Patientenerstbesuch, Einsatzplanung/Einsatzsteuerung ehrenamtlich tätiger Personen)

- Gewährleistung der Schulung/Qualifizierung ehrenamtlich tätiger Personen (...).“³⁸

Robert Raß schreibt dazu: „Obgleich diese Formulierung auf eine Vermischung der Begriffe von Praxisbegleitung und Supervision schließen lässt, ist zunächst festzuhalten, dass es zu den vorrangigen dienstlichen Pflichten der Koordinatorin gehört, die von ihr eingesetzten Mitarbeiterinnen in ihrer Praxis zu begleiten, und sich umgekehrt die Begleiterinnen verpflichten, sich in der konkreten Praxis durch die Koordinatorin begleiten zu lassen. Diese *Pflicht zur Praxisbegleitung* ist ein wesentlicher Faktor in der Qualitätssicherung der ambulanten Sterbebegleitung und kann nicht auf eine wie auch geartete Supervision weiterdelegiert werden.“³⁹

In der Praxisbegleitung bespricht die Koordinatorin mit der Begleiterin alle wesentlichen Belange im Kontext der Beziehung zu den zu begleitenden Sterbenden und deren Angehörigen. Sie steht für Kriseninterventionen bereit und dies rund-um-die Uhr, 24 Stunden täglich. Persönliche Gefühle und Problemstellungen der Begleiterin stehen dabei nicht vorrangig im Mittelpunkt, sondern die vorausschauende Planung des Ein-

³⁸ Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010, § 3 (3), S.5

³⁹ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.100

satzes. Gleichwohl ist die Koordinatorin für die Ehrenamtlichen auch bei der emotionalen Bewältigung im Umgang mit der Begleitungssituation ansprechbar. Das heißt „in der konkreten Praxis der ambulanten Hospizarbeit hat sich allerdings die Form der *supervisorischen Praxisberatung*, also eine Mischform aus Praxisbegleitung und Einzelsupervision, durch die Koordinatorin als *das* Instrument der Qualitätssicherung für Begleitung erwiesen.“⁴⁰ Die Koordinatorin ist aufgrund ihrer Qualifikation und der Kenntnis des Sachstandes besonders qualifiziert diese Einzelsupervision durchzuführen. An dieser Stelle ist die originäre Aufgabe der Koordinatorin, die Ehrenamtlichen in der Praxis zu begleiten, nicht von der supervisorischen Aufgabe zu trennen. „Als Ausdruck ihrer Fürsorge für die Mitarbeiterin hat sie die Auswirkungen der Begleitung auf das innere Erleben der Begleiterin im Blick, gibt Unterstützung und Sicherheit und interveniert, wenn sich die Begleitung als zu belastend für die Ehrenamtliche herausstellt. Insofern kommt der Koordinatorin die bedeutende Funktion der ‚*ersten Supervisorin*‘ für die begleitenden Mitarbeiterinnen zu, die so von keiner externen Supervisorin wahrgenommen werden kann.“⁴¹ Neben der möglichen Einzelsupervision können die Ehrenamtlichen in der Gruppensupervision ihre Fälle einbringen (Fallsupervision) und so auf einer erweiterten Ebene angehen. Die eingebrachten Themen, die im Fall auftauchen, können durch das Sharing in der Gruppe möglicherweise *vergesellschaftet* werden. Das persönliche Problem im konkreten Fall wird zu einer Problemlage in Hospizbegleitungen im Allgemeinen dadurch, dass andere das Problem *teilen* oder in der Integrationsphase auf ihre (Arbeits-)Realität beziehen.

Diese Metaebene entsteht vor allem dann, wenn die Supervisorin über Feldkompetenz oder gar über Kenntnisse des Einzelfalles verfügt. Gerade dieses Qualitätssicherungsmerkmal veranlasst viele Hospizverantwortliche dazu, die Supervision von der Koordinatorin durchführen zu lassen. Das hat zusätzlich den Effekt, dass es kostengünstiger ist, da kein Honorar für eine externe Supervisorin gezahlt werden muss.

Einen Hinweis darauf, dass vermutlich auch die Kosten bei der Entscheidung, ob die Supervision intern oder extern durchgeführt werden soll, eine Rolle spielen, liefert die von der DGSv 2004 in Auftrag gegebene Studie zur Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care. Es wurde festgestellt, dass der Umfang der Supervision bei Haupt- und Ehrenamtlichen bei *interner Supervision* steigt. „59% des Angebotes an *externer Supervision* [für Ehrenamtliche] umfasst 1-2 Stunden pro Monat, bei 11% sind

⁴⁰ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.100

⁴¹ Ebenda, S.101

es 2-3 Stunden. Mehr als 5 Stunden finden sich bei 6,6% der Einrichtungen. Daraus ergibt sich ein Mittelwert von 2,4 Stunden. Vergleichsweise höher liegt das Angebot an *interner Supervision* mit einem Mittelwert von 3,3 Stunden. Bei *interner Supervision* wird also auch hier mehr Zeit veranschlagt.⁴² Die Studie zeigt ebenfalls, dass die Beteiligung der Ehrenamtlichen bei internen Supervision höher liegt. „Dagegen ist die Anwesenheitsquote bei *Supervision für Ehrenamtliche* bei interner Supervision etwas höher (MW 74%) als bei externer (MW 69%). Dieser kleine Unterschied kommt evtl. dadurch zustande, dass die Bekanntheit der internen Supervisor/innen, die vermutlich im ambulanten Hospizbereich (der hier ja die größte Gruppe ausmacht) in den meisten Fällen die Koordinator/innen sind, eine Teilnahme für Ehrenamtliche erleichtert; z.B. fällt in diesem Fall eine umständliche und für die Ehrenamtlichen evtl. nur schwer zu leistende ‚Fallschilderung‘ bei Problemen mit konkreten Begleitungen weg.“⁴³

Ein weiterer Eckpunkt liegt in der Qualifizierung der ehrenamtlich tätigen Personen. Die in der Rahmenvereinbarung festgelegten Förderkriterien schreiben vor, dass Ambulante Hospizdienste „mindestens 15 qualifizierte, einsatzbereite ehrenamtliche Personen einsetzen können;“⁴⁴ Art und Umfang dieser Qualifizierung sind nicht genauer festgelegt, jedoch einige Inhalte, die sich aus der Beschreibung der Aufgaben der Ehrenamtlichen ergeben. Diese Qualifizierung übernimmt in der Regel ebenfalls die Koordinatorin. Da diese Qualifizierung ein hohes Maß an Selbsterfahrungsanteilen aufweist, entsteht oft bereits in der Qualifizierung eine nahe und vertraute Beziehung zwischen Begleiterin und Koordinatorin. Das erleichtert der Koordinatorin die Auswahl einer Begleiterin für eine bestimmte Begleitung und eröffnet für die Ehrenamtliche die Möglichkeit sich mit emotionalen Fragen an die Koordinatorin zu wenden. Dieses besondere Vertrauensverhältnis und die oben beschriebenen Abgrenzungsschwierigkeiten von Praxisbegleitung und Supervision haben auch dazu geführt, dass es gängige Praxis ist, dass Koordinatorinnen die Supervision übernehmen.

⁴² DGSv (Hrsg.), *Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care, Erfahrungen und Anforderungen*, Im Auftrag der DGSv zusammengestellt von J. Fengler, F. Kittelberger, M. Müller, Ch. Pfeffer, P. Rechenberg-Winter (Leitung), J. Schmandt und J. Steuer, Köln 2007, S.16

⁴³ Ebenda, S.16

⁴⁴ Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010, § 2 (2), S.4

5. Internen Supervision mit den ehrenamtlichen Helferinnen eines Hospizdienstes

5.1. Rückblick

Seit 2007 bin ich die Koordinatorin des Hospizdienstes. Meine Idee einen ambulanten Hospizdienst aufzubauen wurde seinerzeit von meinem Vorgesetzten positiv aufgenommen und unterstützt. 2008 eröffnete der Dienst offiziell, nachdem ich alle notwendigen Qualifikationen nachweisen konnte. In der Folge gab es zuerst keine externe Supervision für die Ehrenamtlichen, da die finanziellen Ressourcen dafür nicht reichten. Es fand eine Mischung aus Praxisbegleitung und Supervision statt, die ich mit meinen Kenntnissen des Psychodramas (Abschluss der Weiterbildung zur Psychodrama-Leiterin 2006) durchführte. Es stellte sich jedoch heraus, dass mir die Abgrenzung von Praxisbegleitung und Supervision nicht gelang, mir das Handwerkszeug für das Format Supervision nicht ausreichend zur Verfügung stand und ich mich in ständigen Rollenkonflikten wiederfand. Folgerichtig beauftragten wir eine externe Supervisorin als es finanziell möglich war. Verabredet war die Supervision für ein Jahr (monatliche Treffen, mit Ausnahme der Ferien, also ca. 10 Termine), falls die Gruppe nach drei probatorischen Sitzungen zustimmt. Die Gruppe stimmte zu. Im Laufe des Jahres nahmen aber immer weniger Ehrenamtliche an der Supervision teil. Gleichzeitig erfolgte keine Rückmeldung der Supervisorin über das Gelingen der Supervision, mögliche Gruppenthemen, die von der Koordinatorin aufgenommen werden sollten, oder etwaige atmosphärische Störungen. Nach Gesprächen mit der Supervisorin (Auftragsklärung) und Gesprächen mit der Hospizgruppe entschied sich die Gruppe, unter neuen Vorzeichen (wenigere und kürzere Treffen) mit der Supervisorin weiter zu arbeiten. Trotzdem kam schließlich niemand mehr zur Supervision und erst in vielen Einzelgesprächen mit den Ehrenamtlichen kristallisierten sich folgende Problemfelder heraus:

- der Supervisorin fehlte die Feldkompetenz, aus Sicht der Supervisandinnen verstand sie die Zusammenhänge nicht und sah keine Notwendigkeit dieses *Defizit* auszugleichen
- die eingebrachten Themen waren immer die gleichen, ein Lerneffekt bei den Fallgebern war nicht zu erkennen (*die Supervision bringt nichts*)
- es gelang kein Transfer von der persönlichen Ebene der Fallgeberin zum Erleben der anderen Teilnehmerinnen, daraus folgte die Haltung: ich habe kein Thema, also muss ich nicht hingehen.

Die Auftragsklärung hatte ebenfalls nicht den gewünschten Effekt, es gab weiterhin keine Rückmeldungen der Supervisorin zum Gelingen oder Misslingen der Supervision. Die Supervision konnte damit weder ihre Aufgabe als Qualitätssicherungsinstru-

ment (Raß 2008) noch die „der Supervision als Antwort auf die Dilemmata professioneller Beziehungsarbeit“ (Buer 2009) leisten. Die Hospizverantwortlichen entschieden sich, nachdem ich die Ausbildung zur Supervisorin/Coach begonnen hatte, eine *interne Supervision* anzubieten, die seither von mir als Koordinatorin durchgeführt wird. Dieses Vorgehen entsprach dem ausdrücklichen Wunsch der Gruppe und einzelner Ehrenamtlicher, die mich bereits als Supervisorin kannten.

5.2. Das Setting

Da ich Angestellte des Hospizdienstes bin, entfällt ein schriftlicher Vertrag. Vereinbart ist das Angebot der Einzelsupervision für die Ehrenamtlichen im Bedarfsfall (ab August 2012) und die regelmäßige, alle vier Wochen (mit Ausnahme der Sommerferien und des Dezembers) stattfindende, dreistündige Supervision für die Hospizgruppe (Januar 2013 bis Dezember 2014). Die Gruppe ist offen, d.h. alle Hospizhelferinnen können (sollen, Selbstverpflichtung!) an der Supervision teilnehmen, unabhängig davon, ob sie gerade eine Begleitung haben oder nicht. Da nie alle kommen (Krankheit, Urlaub, zeitl. Überforderung) entsteht ein wechselnder Teilnehmerinnenkreis mit *Stammbesucherinnen* und *seltene Gäste*. Die Gruppengröße variiert zwischen 5 und 12 Teilnehmerinnen. Der Raum für die Supervision liegt im Untergeschoss und hat nur wenig Tageslicht. Er ist aber von der Größe und Ausstattung (es ist möglich einen Stuhlkreis aufzustellen und gleichzeitig Tischblöcke) für die Supervision gut geeignet und barrierefrei. Zu jedem Treffen werden Pausenobst, Kekse, Kaffee, Tee und Kaltgetränke gereicht. Die Mitte ist mit Tüchern, Blumen und/oder Kerzen der Jahreszeit entsprechend gestaltet. Die Ehrenamtlichen schätzen diese *verwöhnenden Rahmenbedingungen* sehr, da sie den Raum als eher unangenehm empfinden.

5.3. Die Hospizgruppe

Die Gründe für die Entscheidung sich als ehrenamtliche Hospizhelferin zu engagieren sind vielfältig. Meist scheint jedoch eine persönliche Erfahrung mit dem Sterben von Familienangehörigen oder Freunden oder auch die berufliche Nähe zu diesem Thema der Auslöser für ein Engagement im Hospizdienst zu sein. Der Weg zum Ehrenamt führt im Hospizdienst über ein abgestuftes Auswahlssystem. Bevor die Interessentin zu der im Rahmenvertrag geforderten Qualifizierung zugelassen wird, prüft die Koordinatorin in einem persönlichen Gespräch die Eignung. Grundsätzlich gibt es nur wenige Ausschlusskriterien wie etwa den bereits erwähnten missionarischen Eifer, eine akute psychische Erkrankung oder eine offensichtliche Distanzlosigkeit. Die Koordinatorin (in dem Fall ich) ist bei dieser Prüfung auf ihre Erfahrungen, ihr Einfühlungsvermögen und

ihr *Bauchgefühl* angewiesen. Alle Interessentinnen werden darauf hingewiesen, dass ich mir vorbehalte, mit Betroffenen das Gespräch zu suchen, oder gegebenenfalls die Qualifizierung beende, sollte ich die Teilnehmerin für nicht geeignet halten. Diese Offenheit wird von den Interessentinnen in der Mehrheit positiv bewertet. Die Teilnehmerinnen ihrerseits können die Qualifizierung jeder Zeit abbrechen. In der Qualifizierung entstehen in der Regel starke Bindungen innerhalb der Ausbildungsgruppe, was später in der Hospizgruppe zu kleinen Untergruppen führt, die es in der Supervision zusammenzuführen gilt. Eine Aufgabe der Supervision ist somit auch die Förderung der Gruppendynamik und der Gruppenkohäsion.

Zuweilen verstehen sich die Ehrenamtlichen als Team, was sie streng genommen aber nicht sind. „Denn bei der Gruppe der Begleiterinnen handelt es sich nicht um ein Team im eigentlichen Sinn, in dem zur Erfüllung eines Auftrags arbeitsteilig vorgegangen wird, Formen der Zusammenarbeit geregelt und Beziehungen hierzu geklärt werden müssen. Begleitungen (das ist der Arbeitsauftrag) werden in der Regel von einer einzelnen Begleiterin selbständig durchgeführt und sind nicht Teil einer Teamarbeit. Bei den wenigen sehr aufwendigen Begleitungen mit mehreren Begleiterinnen sind die Bedingungen einer Teamarbeit schon eher gegeben, werden jedoch durch die Koordinatorin zeitnah und aktuell über die Praxisbegleitung reflektiert.“⁴⁵

Zurzeit sind im Hospizdienst 23 qualifizierte Ehrenamtliche einsatzbereit. Darunter befinden sich zwei Männer. Das Durchschnittsalter liegt bei 53 Jahren. Die Ehrenamtlichen sind zum überwiegenden Teil berufstätig und/oder in Ausbildung. Die folgenden Diagramme zeigen Details:⁴⁶

⁴⁵ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.99

⁴⁶ B. Rathofer, Jahresbericht, Hospizdienst 2013

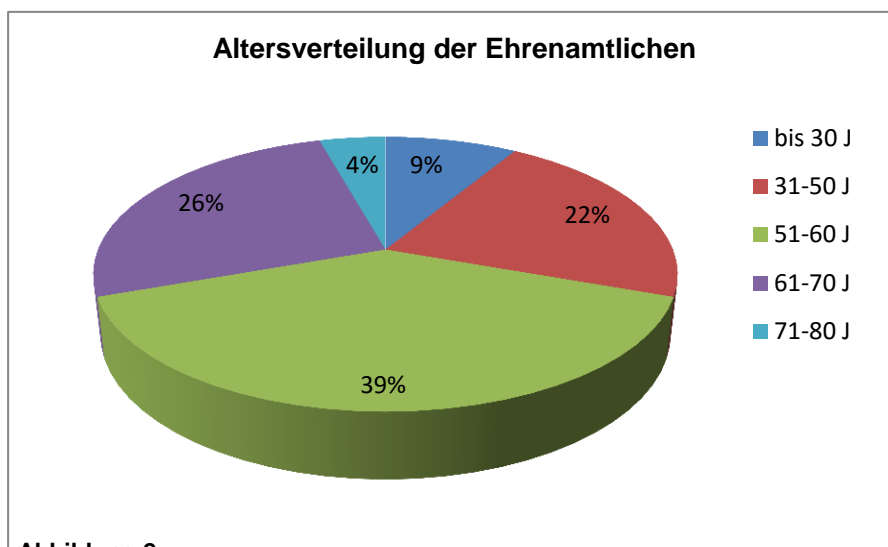


Abbildung 2

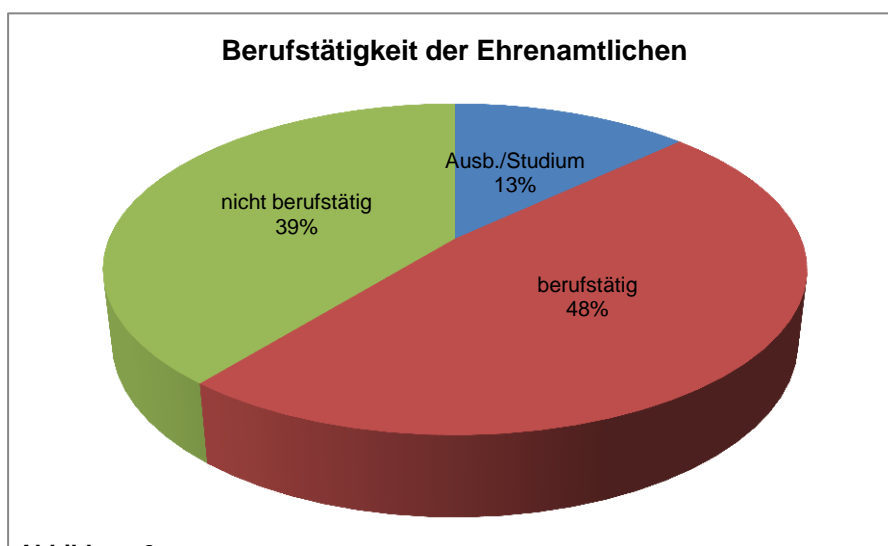


Abbildung 3

Die Ehrenamtlichen leisteten im Jahr 2013 in 406 Einsätzen 522 Stunden Sterbebegleitung. Das bedeutet: im Schnitt wurden pro Begleitung ca. 10 Einsätze getätigt, die durchschnittlich 1,3 Stunden dauerten. Da im Jahr 2013 nicht alle, sondern nur 15 Ehrenamtlichen zum Einsatz kamen, ergeben sich für jede Aktive durchschnittlich 34 Stunden ehrenamtliche Sterbebegleitung in 27 Einsätze. Die Durchschnittszahlen spiegeln dabei in keiner Weise die Realität einer Begleitung wieder. Die kürzeste Begleitung dauerte nur 2 Stunden (1 Einsatz). Bei längeren Begleitungen beschränkte sich der Einsatz anfänglich auf eine Stunde pro Woche und in Todesnähe auf bis zu 6 oder mehr Stunden am Tag oder in der Nacht. Wenn eine Begleitung abgeschlossen ist, bestimmt die Ehrenamtliche die Zeit, die sie zur Regeneration braucht selbst. Diese Auszeiten sind ein wichtiges Moment zur Erhaltung der Einsatzbereitschaft. Es trägt der Unterschiedlichkeit der Begleitungen Rechnung, die von den Ehrenamtlichen als unterschiedlich nah und unterschiedlich berührend empfunden werden. Gerade in die-

sen Auszeiten empfinden manche die Teilnahme an der Supervision hilfreich andere wählen bewusst den Abstand zur Hospizgruppe.

Bleiben Einzelne der Supervision ganz fern oder sind sie aus nicht erklärten Gründen über einen längeren Zeitraum nicht einsatzbereit, werden Sie von der Koordinatorin zu einem Gespräch eingeladen. Zeigen sich bei diesen Gesprächen Problemlagen, die mit der Arbeit im Hospiz zu tun haben, wird erneut die Möglichkeit der Supervision im Einzel- oder im Gruppensetting angeboten. Im untersuchten Zeitraum nahmen fünf Ehrenamtliche das Angebot der Einzelsupervision wahr, eine davon zweimal. Die Themen dieser Einzelsupervisionen hatten zwar alle mit der Arbeit im Hospiz zu tun, richteten sich jedoch auf sehr persönliche Fragestellungen. An dieser Stelle wird deutlich, dass trotz großer Offenheit in der Gruppe ein großes Bedürfnis besteht, die eigene Privatheit zu schützen. Privat meint hier, starke Emotionen im Zusammenhang mit einer Begleitung (Nähe und Distanz), das erneute Erleben längst bearbeitet geglaubter Trauer oder auch Schwierigkeiten mit dem eigenen Umfeld, die die Hospizarbeit betreffen. Z.B. suchte eine Ehrenamtliche meine Hilfe, weil ihr Lebensgefährte ihre Arbeit im Hospiz nicht tolerierte und sie nicht wusste, ob sie weiter mitarbeiten will.

5.4. Praxisreflexion

Für die Reflexion meines Prozesses innerhalb des Supervisionsprozesses mit den Ehrenamtlichen möchte ich anhand einzelner Supervisionstreffen darstellen

- welche Themen die Teilnehmerinnen einbrachten,
- welche Methoden/Techniken zum Einsatz kamen,
- welche Hypothesen meine Interventionen bestimmten,
- welche Themen, welche Fallstricke und welche Chancen sich daraus für mich als Supervisorin ergaben, und
- welche Konsequenzen ich aus der Selbstreflexion für das nächste Treffen (und meine supervisorische Arbeit insgesamt) zog (Erkenntniszuwachs).

Für diese Arbeit stehen mir neun Treffen mit der Gruppe und sechs Treffen im Einzelsetting mit unterschiedlichen Supervisandinnen (aus der Hospizgruppe) zur Verfügung.

5.4.1. Das erste Treffen – Auftragsklärung

Für mich hat es sich bewährt, die Treffen zu planen. In der Vorbereitung überlege ich mir, mit welcher Erwärmung ich beginnen möchte, wie die Themenfindung geschehen soll, welche Interventionen ich in der Spielphase anbieten möchte und wie der Abschluss aussehen soll. Zusätzlich plane ich Alternativen ein, falls die Themen in der Gruppe oder die Stimmung der Gruppe nicht zu dem passt, was ich mir überlegt habe.

Im Psychodrama ist es wichtig der Spontaneität Raum zu lassen und d.h. auch, bereit zu sein, eine Planung *über den Haufen zu schmeißen*, wenn es die Situation erfordert. Wenn ich einen Plan habe fühle ich mich sicherer. Dann habe ich mehr kreative Optionen zur Verfügung, auch wenn der Plan nicht zum Tragen kommt.

Mit der Hospizgruppe war im Vorfeld bereits abgesprochen, dass unsere Treffen jetzt als interne Supervision durchgeführt werden (im Vorjahr trafen wir uns einmal alle sechs Wochen zum *Gruppenabend/Praxisbegleitung* und es kam zusätzlich viermal eine externe Supervisorin). Es erschien mir daher richtig, mit der Gruppe den Auftrag (Dreiecksvertrag) zu erarbeiten und damit den Rahmen der gemeinsamen Arbeit abzustechen. Zusätzlich wollte ich den Teilnehmerinnen eine Einführung in das Psychodrama anbieten, um ein Verständnis für das Verfahren zu erreichen, was auch im Vorfeld von den Ehrenamtlichen gewünscht wurde.

Das erste Treffen:

Zur Erwärmung bitte ich die Teilnehmerinnen aufzustehen, im Raum herum zu gehen, verschiedene Tempowechsel zu vollführen, schließlich zum eigenen Tempo zurückzukehren und sich jemanden zu suchen, die vom Tempo her *passt*, um mit ihr eine *Murmelgruppe* zu bilden. Das Thema ist: Was soll in der Supervision geschehen und was darf auf keinen Fall hier passieren? Im Anschluss an die Murmelgruppen bitte ich jede solle für beide Fragen ein Stichwort auf je eine Moderationskarte schreiben. Wir sammeln die Themen an einer Pinnwand und besprechen jedes einzelne Thema (Abb. 4, Anhang S. [1]). Deutlich wird der Wunsch nach Nähe und Austausch sowie die Angst nicht gesehen oder respektlos behandelt zu werden. Alle betonen jedoch, dass die Ängste nicht groß sind, da sie die Gruppe und mich kennen und ein grundlegendes Vertrauen voraussetzen und selbst spüren.

Ich füge den genannten Themen die Aspekte hinzu, die aus meiner Sicht (der internen Supervisorin) notwendig dazu gehören: Wir führen in erster Linie Fallsupervision durch, dabei kommen psychodramatische Techniken zum Einsatz. Der systemische Ansatz der Hospizarbeit findet dabei Beachtung (Abb. 5, Anhang S. [2]). Eine Arbeit an den Strukturen ist nicht möglich, da ich Teil dieser Strukturen bin und dann in einen Rollenkonflikt geraten könnte, weil mir die notwendige Distanz fehlt.

Wir verabreden, bei Problemen mit mir als Koordinatorin, oder Zusammenhängen, die ich als Koordinatorin oder Mitarbeiterin des Trägers verantworte, eine externe zusätzliche Supervision in Anspruch zu nehmen. Im weiteren Teil des Treffens erläutere ich den Ablauf einer Gruppensupervision im Verfahren Psychodrama (Abb. 6, Anhang S. [3]). In der Abschlussrunde zeigen sich die Teilnehmerinnen zufrieden, aber auch ge-

spannt auf die Zukunft, da das Psychodrama bei Einigen Skepsis hervorruft. Eine Teilnehmerin betont, dass *sowas* für sie nicht funktioniere, weil sie es als nicht ernsthaft empfinde zu *spielen*. Es müsse über Probleme *gesprachen* werden. Diese Äußerung gibt mir den ersten Fingerzeig auf die möglichen Fallstricke in der internen Supervision. Da ich Frau Ch. kenne, kann ich ihre Rückmeldung nicht von meiner bisherigen Einschätzung bezüglich ihrer Person trennen und ich bin für die Zukunft nicht optimistisch, was ihre Möglichkeiten des sich Einlassens auf die Supervision im Allgemeinen und das Psychodrama im Besonderen anbelangt. Ich habe sie bisher als insgesamt wenig geistig flexibel und mit einem Hang zur dominanten Überfürsorglichkeit gegenüber den Zubegleitenden erlebt.

Zum Schluss wird vereinbart, dass ich den auf Flipchart entworfenen Kontrakt abschreibe, einen Text mit dem Titel: *Was ist Supervision?* (Anhang S. [4]) anhänge und als Protokoll per Mail an alle (auch die, die nicht da waren) versende. Bei den zukünftigen Treffen soll kein Protokoll geschrieben werden. Es entsteht ein Kontrakt, der den inhaltlichen und äußeren Rahmen der Supervision beschreibt und den Auftrag der Supervisorin klärt.

Das erste Treffen hatte keinen reinen Supervisionscharakter, sondern enthielt auch Elemente einer Fortbildung.

5.4.2. Konzentration auf mehreren Ebenen – das Psychodrama in den Griff bekommen

Das zweite Treffen, in dem zum ersten Mal Supervision stattfinden soll, steht für mich ganz im Zeichen der Anwendung der Methoden und Techniken des Psychodramas. Ich habe mich, wie oben beschreiben vorbereitet und beginne mit einer Erwärmung mit Bewegung. Die Teilnehmerinnen sollen sich spontan ein Werkzeug (Hammer, Säge etc.), und ein Sprichwort, das zu ihnen passt, einfallen lassen und sich im Gehen mit anderen darüber austauschen. Diese Erwärmung habe ich in der Weiterbildung kennengelernt und möchte sie selbst ausprobieren. Nachdem jede mit jeder gesprochen hat, setzen wir uns in den Stuhlkreis und es folgt eine Befindlichkeitsrunde mit zwei Fragen: *Welches Thema beschäftigt mich im Zusammenhang mit meiner jetzigen oder früheren Begleitung?*, und: *Möchte ich heute daran arbeiten?* Ich schreibe die Themen mit und mache zusätzliche Notizen.

Frau K. möchte über das Thema *Geschenke in der Begleitung* sprechen und dazu ihren Fall einbringen. Ich frage, ob sie zu einem Experiment bereit sei. Sie willigt ein. Ich habe mir in der Vorbereitung überlegt, dass ich die Arbeit mit einer *Skulptur* ausprobie-

ren möchte und beginne die Teilnehmerin in dieser Weise anzuleiten. Sie stellt reale Personen aus dem Fall und zwei innere Rollen (Engelchen und Teufelchen als Repräsentanten für ihre innere Zerrissenheit) auf, positionierte sie und gibt ihnen jeweils einen Satz. (Die Doppel fangen spontan an zu spielen, ich muss sie ein wenig bremsen und erklären, dass es darum geht, was Frau K. vorgibt.) Es gelingt durch mehrmaligen Rollentausch, die Szene zu spielen. Frau K. schaut sich die Szene von außen an (Doppel sagten ihre Sätze) und fühlt sich im Anschluss in ihrer Haltung bestärkt, in einer gleichen Situation das Geschenk anzunehmen. Es folgen Rollenfeedback, Sharing und die Befindlichkeit der Protagonistin.

Im anschließend von mir initiierten Rundgespräch erörtern wir das Problem der Geschenkkannahme im Allgemeinen und den Inhalt der *freiwilligen Selbstverpflichtung*. Wir sprechen darüber, was ein *erlaubtes* kleines Geschenk ist, und was auf keinen Fall angenommen werden darf. Deutlich wird hier, dass dafür auch entscheidend ist, welchen monetären Wert das Geschenk hat. Das bringt Frau K. dazu, ihre Meinung zu ändern, da das angebotene Geschenk einen Wert zwischen 200 € und 300 € gehabt hätte und sie es deshalb auch nicht hätte annehmen dürfen. Dieser zweite Teil des Treffens unterstreicht den positiven Wert der internen Supervision. Das Rundgespräch, in das ich mein Wissen um die Vorgaben des Trägers einbringen kann, leistet die Integration des Themas in die Zusammenhänge der Arbeit des Hospizdienstes, unabhängig vom geschilderten Einzelfall und ermöglicht für alle die Gewinnung von mehr Kompetenz und Handlungssicherheit. Diese Verallgemeinerung eines Themas, um es für alle Gruppenmitglieder nutzbar zu machen, ist ein zentrales Anliegen der Supervision und somit hier als gelungen anzusehen.

In meiner Vorbereitung entschied ich mich dafür, die Teilnehmerinnen langsam an das Psychodrama heranzuführen. Ich wollte die Arbeit mit einer Skulptur vorschlagen und sie nicht sofort mit einem *komplizierten Protagonistenspiel* überfordern. Im tatsächlichen Tun entglitt mir das, was eine Skulptur auszeichnet: Die Doppel werden von der Protagonistin mit Position und Blickwinkel platziert. Sie kann sich schließlich in die Skulptur stellen, um ihrer eigenen Position und den damit verbundenen Gefühlen nachzuspüren. Durch meine Aufforderung, jedem Doppel einen Satz zu geben, wurde aus der Skulptur eine Szene. Die Möglichkeit der Nutzung des *wissenden Feldes* stand mir nicht (mehr) zur Verfügung.

In der lehrsupervisorischen Selbstreflexion traten zwei wesentliche Punkte zu Tage: 1. Es ist eine hohe Anforderung an die Supervisorin (vor allem als Anfängerin) kognitiv auf allen Ebenen präsent zu sein. Gleichzeitig gilt es, die Distanz zur Supervisandin em-

pathisch zu bestimmen und einzuhalten, die inhaltliche Auseinandersetzung mit dem Thema und die Emotionen zu verstehen, auf diesem Hintergrund Hypothesen zu den Beweggründen zu bilden, daraus eine Intervention zu erdenken und diese schließlich methodisch richtig einzusetzen, das alles im Einklang mit dem *Format* interne Supervision (Kontrakt) und dem *Verfahren* Psychodrama. Die Aufgabe für die Zukunft ist an dieser Stelle, die Entwicklung einer Sicherheit (Routine) im Umgang mit den psychodramatischen Arrangements um *technische Blackouts* zu vermeiden, zu lernen auf die eigene Spontaneität und Kreativität zu vertrauen und die von Buer beschriebenen *Arbeitsregeln* zu befolgen:

- „Zeigen und Mitansetzen, was der Fall ist.
- Bereit sein, leidvolle und freudige Erfahrungen zu machen.
- Die Angelegenheit von allen Seiten betrachten.
- Eindrucksvolle Bilder gestalten.
- Auf Ansprüche der Szene hören, der inneren Stimme folgen.
- Den Geschehnissen Bedeutung geben und für die künftige Praxis Konsequenzen ziehen.
- Tun, was im Hier und Jetzt tatsächlich möglich ist.
- Die Führung übernehmen und die Initiative ergreifen.“⁴⁷

2. Mein Versuch, die Gruppe mit der Bewegungsübung (Werkzeug und Sprichwort) und einer anschließenden Runde mit zwei Fragen, zu erwärmen, stellte eine Überforderung der Teilnehmerinnen dar. Sie stand in keinem inhaltlichen Zusammenhang und war daher für die Gruppe nicht nach zu vollziehen. Aus der Lehrsupervision nehme ich das Vorhaben mit, es zukünftig bei einer Runde zur Befindlichkeit und eventuell einer zweiten zur Themenfindung (unter Verwendung soziometrischer Techniken) zu belassen.

5.4.3. Hospizdauerbrennerthemen – die Bedeutung der Feldkompetenz und des internen Wissens

Über den gesamten bisherigen Prozess hinweg lassen sich einige Themen als *Dauerbrennerthemen* bezeichnen. Diese Themen kehren immer wieder, weil sie anscheinend die Teilnehmer immer wieder neu beschäftigen oder sie sich nicht grundsätzlich klären lassen, sondern sozusagen im *neuen Gewand* neu auftreten. Oft handelt es sich dabei um Fragen, die nicht direkt mit einem speziellen Fall zusammenhängen, sondern sich durchgängig als Schwierigkeit erweisen.

⁴⁷ F. Buer, Psychodrama in der Supervision, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009, S.470

Bei einem der nächsten Treffen stehen nach der Themensuche mehrere Stichwörter auf dem Flipchart, aber es möchte keine arbeiten. Auf meine Frage, ob es denn ein Interesse gibt ein bestimmtes Thema ohne Fallbezug anzusehen, entscheidet sich die Gruppe für das Thema *Sprachlosigkeit*. Ich fordere die Gruppe auf, sich vorzustellen, die gestaltete Mitte wäre das Thema und sie möge sich dazu positionieren. In den anschließenden Interviews wird deutlich, dass sich das Thema für einige auf ihre eigene Sprachlosigkeit bezieht, während es für andere um die fehlende Rückmeldung des Begleiteten geht, wenn er scheinbar nicht (mehr) in der Lage ist, zu kommunizieren. Dabei scheint das Problem umso größer, wenn es nicht nur um eine Unfähigkeit zur verbalen Kommunikation geht, sondern jegliche Resonanz auf das Dasein der Begleiterin fehlt. Die eingenommenen Positionen verdeutlichen, dass die *Sprachlosigkeit* des Patienten von einigen besser und von anderen schlechter ausgehalten werden kann. Eine Teilnehmerin beschreibt den Aspekt der eigenen Sprachlosigkeit als sehr unangenehm und nahm daher eine größere Distanz zu Thema ein. In dem anschließenden Rundgespräch besprechen wir die genannten unterschiedlichen Aspekte. Die Teilnehmerinnen tauschen ihre Erfahrungen mit solchen Situationen aus. Schließlich berichtet doch noch die *Themengeberin* von ihrem Fall, in dem es ihr große Schwierigkeiten bereitet hatte, deutlich zu spüren, dass der Patient sich mitteilen wollte, aber nicht konnte. Sie hatte dann das Gefühl er reagiere auf ihr *Nicht-Verstehen* mit Aggression.

Hilfreich für mich und die Gruppe ist bei der Bearbeitung des Themas meine Feldkompetenz, mein Wissen um die Problematik des *fehlenden Feedbacks* in der Sterbebegleitung. So ist es möglich alle Aspekte dieses Phänomens zu beleuchten. Die Ängste der Begleiterinnen werden wahrgenommen und gemeinsam überlegen wir, welche Konsequenzen sich daraus ergeben, wenn es manchen leichter fällt, mit der Sprachlosigkeit umzugehen, als anderen. Als Koordinatorin kann ich der Gruppe versichern, in der Wahl der Begleiterin deren *Vorlieben* zu berücksichtigen. Aus meiner Erfahrung heraus weiß ich, dass der Punkt der Kommunikationsunfähigkeit in fast jeder Begleitung irgendwann kommt. Den Meisten fällt es leichter, ein Nicht-mehr-sprechen-können bzw. ein Hinübergleiten in einen komatösen Zustand auszuhalten, als eine Situation, in der von Anfang an keine verbale Kommunikation möglich ist. Besonders hilfreich ist für die Fallarbeit mein *internes Wissen*. Dadurch kann ich der Supervisandin neue entlastende Informationen vermitteln, die sich aus der Fallhistorie und meinen Gesprächen mit der Ehefrau ergaben.

So wie es zentrales Anliegen der Supervision ist, vom Einzelfall aus zu verallgemeinern, kann es auch den Weg in die andere Richtung geben. Es ergeben sich immer wieder *Suchbewegungen*, in denen ein Thema im Allgemeinen beginnt, in der beson-

deren Situation einer Begleiterin ihren Widerhall findet und schließlich im ganz konkreten Fall endet

Die Autoren der DGSv Studie⁴⁸ kommen zu dem Ergebnis, dass Feldkompetenz im Bereich Hospiz und Palliative Care besonders wichtig ist, da dieser Bereich einige Spezifika aufweist. Sie betonen: „Arbeit im Bereich Hospiz/Palliative Care heißt, Sterben, Tod und Trauer ständig zu begegnen. Dies konfrontiert die im Arbeitsfeld Tätigen und Beratenden im Besonderen mit eigenen Erfahrungen zu diesen Lebensfragen und fordert sie zu kontinuierlicher Reflexion heraus.“⁴⁹ Zusätzlich ergebe sich durch die historisch gewachsenen nicht leicht zu durchschauenden Strukturen, die genutzte arbeitsfeldtypische Sprache und die ständige Herausforderung persönlich zu ethischen Fragestellungen eine Haltung einzunehmen, eine Wissenslücke bei feldfremden Supervisorinnen, die nur schwer zu überbrücken sei. Die Supervisorinnen, gefragt nach den Erwartungen an die Supervisorin, bewerten ein Wissen um die hospizspezifischen Fragestellungen hoch: „Ein hoher Prozentsatz (62,7%) erwarten von der/dem Supervisor/in eine persönliche Auseinandersetzung mit existenziellen Fragen; 97% gehen davon aus, dass dies zutrifft. Feldkenntnisse erwarten 83,4% der Supervisorinnen. Fachwissen zu *Trauer* und die Bereitschaft, spirituelle Aspekte zu besprechen, ist mehr als der Hälfte der Befragten wichtig.“⁵⁰ Um dem Rechnung zu tragen entwickelten die Autoren „Curriculare Empfehlungen zur Weiterqualifizierung von Supervisorinnen und verwandten beratenden Berufsgruppen“⁵¹.

Robert Raß macht „drei Gewinner aus Sicht des Hospizes“⁵² aus, die von der Supervision profitieren: die Verantwortlichen im Hospiz und damit das Hospiz als Ganzes, die sterbenden Menschen und ihre Angehörigen und die Begleiterinnen. Über diese Frage kommt er zur Schlussfolgerung: „Supervision dient also der Qualitätssicherung, dem sterbenden Menschen und seinen Angehörigen sowie der Psychohygiene der Begleiterinnen.“

Wenn mit der Supervision diese Ziele verfolgt werden sollen, folgt daraus, dass eine *fallbezogene* Supervision angeboten wird, bei der zunächst auf den Sterbenden und seine Angehörigen geblickt wird. Das bedeutet auf der anderen Seite, dass eine *Su-*

⁴⁸ DGSv (Hrsg.), Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care, Erfahrungen und Anforderungen, Im Auftrag der DGSv zusammengestellt von J. Fengler, F. Kittelberger, M. Müller, Ch. Pfeffer, P. Rechenberg-Winter (Leitung), J. Schmandt und J. Steuer, Köln 2007

⁴⁹ Ebenda, S. 19

⁵⁰ Ebenda, S. 15

⁵¹ Ebenda, S. 19

⁵² Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.104

pervisorin mit Feldkompetenz für diesen Prozess förderlich ist, da sie des Themas *Sterben und Tod* kundig ist, den Alltag der Sterbebegleitung nachvollziehen kann und sich in der Vorstellungswelt des Hospizes mit seinen expliziten und impliziten Begriffen und Bedeutungen auskennt.“⁵³

Meine praktischen Erfahrungen mit der Supervision im Hospizdienst decken sich mit den Ausführungen der DGSv Studie und Herrn Raß. Zusätzlich bin ich davon überzeugt, dass das *interne Wissen* den positiven Aspekt der *Feldkompetenz* verstärkt.

Mir stellte sich schon während der oben beschriebenen Supervision und besonders im Nachhinein die Frage, ob ich *zu viel von mir* in den Prozess getragen hatte. Nach der Reflexion dieses Treffens, und der hier vorgenommenen Literaturrecherche, kann ich überzeugter mein internes Wissen über die Begleitungssituation einsetzen, weil es die Fallsupervision bereichert hat.

5.4.4. Aus der Rolle gefallen 1 – persönliche Betroffenheit

Frau A. stellt im nächsten Treffen ihren Fall Frau K. vor:

Ihr (vorläufiges) Thema heißt: *Was kann ich sagen?* Da ihr das Thema noch nicht eindeutig klar ist, schlage ich vor, zunächst mit der *vier Elemente Technik* nach Anna Chesner⁵⁴ zu arbeiten, um das Thema zu klären. Auf die Bühne stelle ich vier Stühle für vier *Künstler*:

1. Für die bildende Künstlerin, sie solle das, was die Protagonistin berichtet in ein Bild übersetzen (Flipchart mit Stifte standen bereit),
2. für die Autorin, das Gehörte solle in ein Lied, ein Gedicht, ein Märchen oder eine Erzählung übertragen werden,
3. für die Bewegungskünstlerin (es liegen ein Ball und ein Gymnastikreifen vor dem Stuhl), das Gehörte soll in eine Bewegung umgesetzt werden, und
4. für die Kollegin, die ein Sharing geben soll.

Die Protagonistin berichtet von ihrer Begleitung Frau K., einer Bewohnerin unseres Pflegeheimes, die ihr offenbart hatte, dass sie bestohlen worden war. Frau A. ist es zwar klar, dass Diebstahl nie ganz auszuschließen ist, sie ist aber wütend, empört und hilflos, weil sie nicht weiß, wie sie helfen soll. Frau K. hatte ihr ausdrücklich untersagt,

⁵³ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S.104

⁵⁴ Anna Chesner, Workshop: Die Vier-Elemente-Technik zur Arbeit mit dem Thema "Führung", Fachtagung: Gemeinsam bewegen! Führungskonzepte für Supervision, Coaching und psychosoziale Beratung ISI Hamburg 2013

ihre Vorwürfe weiter zu tragen, weil sie Repressalien befürchtete. Die Künstlerinnen bieten nacheinander ihre Darstellungen an. Frau A. kann ihr Anliegen nur in der Zeichnung wiederfinden (*Das andere sagt mir nichts!*). Für sie wird dadurch nichts deutlicher und es gibt keine Antworten.

Mir ist in diesem Moment nicht klar, ausgelöst durch die verbliebene Ratlosigkeit der Protagonistin, ob die eingesetzte Methode hier an der richtigen Stelle ist. Anscheinend musste das Thema, für sie nicht geklärt werden. Aus ihrer Sicht war es klar: Da ist jemand bestohlen worden und ihr muss geholfen werden. Die *vier Elemente Technik* eignet sich zwar gut als Vignette um einen ersten Einstieg ins Thema oder Gefühlsinhalte gespiegelt zu bekommen. Das ist jedoch mehr *mein* Anliegen, da ich in Gedanken bereits bei weiteren Hypothesen bin, die sich aus meiner Kenntnis der Person der Protagonistin speisen. Die verbal bereits geäußerten Emotionen der Protagonistin, wie Wut, Empörung und Hilflosigkeit wurden im Spiel gezeigt und benannt, erbrachten daher für sie keinen Gewinn und keine weitere Erkenntnis.

Neben der methodischen Irritation entwickle ich mehrere Hypothesen, die deutlich durch mein *internes Wissen* beeinflusst sind:

- Frau A. hat wiederkehrend die gleichen Probleme in dieser Begleitung: Frau K. beschwerte sich bei ihr, will dann aber nie, dass die Beschwerde an die Leitung des Hauses weitergeleitet wird. Frau A. ist wütend und empört über das, was *ihrer Anvertrauten* zustößt. Sie fühlt sich hilflos und beschwert sich ihrerseits bei mir (als Koordinatorin und Mitarbeiterin des Trägers) darüber, dass es Frau K. so schlecht geht. Ich spüre eine gewisse Ungeduld mit ihr, weil ich nach all der Zeit von ihr erwarte, dass sie sich von den Beschwerden abgrenzen kann, da das Thema schon mehrfach (mit unterschiedlichen Facetten) besprochen worden ist, sowohl in der Praxisbegleitung, im Einzelgespräch mit mir und mit der vorherigen Supervisorin, wie mir Frau A. berichtet hatte. (*Aber die hat mir auch nicht helfen können.*) Meine Hypothese lautet: Frau A. hat Schwierigkeiten ihre eigene Empörung über die Zustände in einer Pflegeeinrichtung von der konkreten Situation zu trennen. Sie hat sich mit der Bewohnerin verbündet und befindet sich im *Dramadreiseck* und agiert als Verfolgerin. Sie *überhört*, was aus dem Dilemma führt, nämlich eine Verhaltensänderung ihrerseits gegenüber der Begleiteten: sie muss Stellung beziehen (außerhalb des Dramadreisecks) und ihr sagen, ihr könne nur geholfen werden, wenn sie ihr Schweigen bricht.
- Ich kenne Frau K. sehr gut, da ich vor Jahren das Erstgespräch mit ihr geführt habe. Sie kam nach einer Darmkrebsoperation als Kurzzeitpflegegast in unsere

Einrichtung. Sie hatte dem Pflegepersonal gesagt, sie wolle mit jemandem sprechen, sagte aber nichts darüber, was sie bewegte. Aufgrund der Diagnose wurde ich verständigt, weil vermutet wurde, sie möchte über ihre schwere Erkrankung sprechen und sie wünsche eine Begleitung des Hospizdienstes. Im Gespräch teilte sie mir jedoch mit, sie sei bestohlen worden. Sie hätte das auch den Pflegekräften gesagt, aber es hätte ihr niemand geglaubt. Ich setzte mich für eine Aufklärung ein, die aber im Sande verlief. Es ließ sich nicht klären, ob der Diebstahl geschehen war oder nicht, oder wer es gewesen sein könnte. Ich hatte noch einige Gespräche mit Frau K., die sich jedes Mal über etwas anderes beschwerte, das Essen, die Pflege, die Mitbewohner, ihr Sohn. Für mich war es nicht leicht einzuschätzen, ob das, was Frau K. ständig zustieß in Wirklichkeit passierte. Faktisch fühlte sie sich aber stark beeinträchtigt und wir beschlossen eine Hospizbegleitung einzurichten, die durch ihre Diagnose gerechtfertigt war und den zusätzlichen Effekt haben sollte, den Druck durch das Angebot von Gesprächen, von ihr zu nehmen. Meine Hypothese lautet: Frau K. *muss* sich beschweren, weil es zu ihrer Natur gehört. Es entspricht nicht unbedingt alles der Realität, was sie mitteilt. Ihr kann nur geholfen werden indem man diesen Fakt wertschätzt (ihr Bedürfnis sich zu beschweren) und ihr zur Seite steht, wenn sie ihre Beschwerde veröffentlichen möchte.

- Ich vermute, dass Frau A. sehr empfänglich für solche Beschwerden ist, weil ich aus ihrer Biografie die für sie quälenden Auseinandersetzungen mit Ärzten und Krankenhauspersonal im Zusammenhang mit dem Versterben ihres Mannes kenne. Sie hat sich auch in der damaligen Situation als hilflos und wütend erlebt. Ich hatte schon als ich in der Qualifizierung davon Kenntnis bekam das Gefühl, sie sei in Bezug auf *Gesundheitspersonal* in gewisser Weise ungerecht und unversöhnlich. Ich nahm mir damals bereits vor, darauf zu achten, ob diese Haltung problematisch werden könnte. Frau K. und Frau A. kenne ich also beide als *Beschwerdeträger* und ich bin überzeugt, dass Frau A. nicht daran interessiert ist, ihre Gefühle von Hilflosigkeit, Wut, und Empörung genauer zu untersuchen. Stattdessen gibt sie die Verantwortung an mich weiter, weil ich diejenige bin, die in ihren Augen das Problem zu lösen hat. Es entstehen Übertragungen und Gegenübertragungen, die meine Hypothesenbildung beeinflussen und behindern, da sie mir in diesem Moment nicht bewusst sind.

Ich spüre, dass die Protagonistin mir in der Rolle der *Anwältin* der Begleiteten gegenüber tritt und mich in meiner Rolle als Koordinatorin anspricht. Als ich meine zweite Hypothese (Frau K. beschwert sich gerne!) äußere, fühlt sich Frau A. vor den Kopf

gestoßen. Sie sieht das ganz anders und andere geben ihr Recht. Eine Teilnehmerin sagt sogar, sie fände es unerträglich, dass ich die Pflege (Mitarbeiterinnen im Haus) immer wieder in Schutz nähme.

Hier entsteht für mich ein Rollenkonflikt, der durch die anschließende emotional aufgeladene Diskussion über den Umgang mit Bewohnerinnen und Ehrenamtlichen, insbesondere in unserer Pflegeeinrichtung, verstärkt wird. Als *Verantwortliche für die Implementierung der Hospizidee in die Strukturen der Pflegeeinrichtung* fühle ich mich für die Haltung der pflegenden Mitarbeiter im Haus verantwortlich. Es entsteht bei mir das Gefühl, ich müsse mich verteidigen. Ich fühle mich angegriffen und erläutere, dass ich lediglich versuche, für die Kollegen in der Pflege, um Verständnis zu werben. Die Supervision scheint mir nun vollkommen entglitten zu sein. In der Abschlussrunde sind trotzdem die Meisten mit dem Abend zufrieden, weil es eine offene Aussprache gegeben hat.

Ich fühle mich im Anschluss sehr schlecht, da ich das Format Supervision nicht halten konnte und weil mir meine Rolle als Mitarbeiterin des Hauses in die Quere gekommen war. Diese Verquickung der Aufgaben löste bei mir eine starke Betroffenheit aus, weil ich grundsätzlich der Ansicht bin, dass die Bedingungen für Pflegebedürftige in Pflegeeinrichtungen verbesserungswürdig sind und ich bin als *Verantwortliche* persönlich betroffen. Ich bin eine Mitarbeiterin des Hauses, die loyal sein möchte. Zu dem *Rollenkonflikt* gesellte sich ein *Loyalitätskonflikt*.

In der Lehrsupervision besprechen wir ausführlich die Auswirkungen meines Rollenkonfliktes. Als Konsequenz ist es nun wichtig, mir für die nächste Sitzung eine Strategie zurecht zu legen, die es mir erlaubt, mit der Gruppe Supervision durchzuführen und dabei meine Rolle und den Rahmen zu halten. Dass ich aber auch die anderen Rollen verkörpere, lässt sich nicht verleugnen und bedarf daher einer erneuten Auftrags- und Rollenklärung mit der Gruppe.

5.4.5. Tabuthemen in der internen Supervision und Rollenklärung

In der Befindlichkeitsrunde (Erwärmung) des nächsten Treffens fordere ich die Supervisorinnen auf, sich eine Inszenario-Figur zu nehmen, die sie selbst und das Hauptgefühl zur Arbeit symbolisiert. In der anschließenden Runde berichtet jede von ihrer momentanen Situation und was sie, bezogen auf die Hospizarbeit, gerade beschäftigt. Ich habe mir zwei Figuren genommen (eine für die Supervisorin, eine für die Koordinatorin) und begründe das mit meiner Erkenntnis über meine zwei Funktionen (Rollen), die Supervisorin und die Koordinatorin, und die zeitweilig Vermischung der zwei Rol-

lenebenen. Ich beschreibe dieses Problem als möglichen Fallstrick der *internen Supervision*. Wir besprechen anschließend die unterschiedlichen Aspekte meiner Funktionen und wie wichtig es für die Supervision ist, eine Angrenzung vorzunehmen und deutlich zu machen, *mit welchem Hut auf dem Kopf* ich auf das reagiere, was aus der Gruppe kommt. Eine Möglichkeit wäre, tatsächlich jeweils einen Hut aufzusetzen, der die Rolle kenntlich macht. Diese Vorstellung erheitert die Gruppe sehr und wir scherzen ein wenig über Hüte und sonstige Accessoires. In diesem Moment löst sich für mich das Gefühl des Misslingens (Ist interne Supervision gefährlich?) und des Unbehagens aus dem letzten Treffen. Ich spüre, wie wichtig für die Gruppe und auch für mich eine lockere und immer wieder auch heitere Atmosphäre ist, die trotz, oder gerade wegen des schweren Themas (Tod und Sterben) seit der Qualifizierung das *Markenzeichen* unserer Zusammenarbeit ist. In dieser Lockerheit zeigen sich die gegenseitige Wertschätzung und das Vertrauen zueinander (Es ist erlaubt zu lachen!).

Weitere Möglichkeiten der Rollenklärung sind, die zugeordnete Inszenario-Figur in die Hand zu nehmen, um zu zeigen, *wer* gerade spricht, oder die Nutzung eines weiteren Stuhls, auf den ich mich jeweils setze. Die Gruppe unterstreicht die Wichtigkeit der Aspekte der Koordination (Praxisbegleitung) und Organisation. Wir vereinbaren für die Zukunft, die Treffen zeitlich in einen supervisorischen und einen praxisbegleitenden Teil zu trennen. Wenn es trotzdem notwendig ist, meine jeweilige Rolle kenntlich zu machen, werde ich das verbal oder über die oben genannten Hilfsmittel tun.

Es war gut, das Problem *interne Supervision* neu zu klären. Die Verabredung vom Beginn des Prozesses, nur Fallarbeit zu machen und auf die Arbeit an Strukturen zu verzichten hatte dazu geführt, dass für die Ehrenamtlichen ein Defizit bezüglich dieser Themen entstanden war und sie das Gefühl hatten, es gäbe *Tabuthemen*. Der neue Kontrakt trägt dem Bedürfnis Rechnung, über alles sprechen zu dürfen, z.B. auch über die Verhältnisse in der Pflege. Ich bin nun erneut aufgefordert, den jeweiligen Rahmen herzustellen und zu halten.

5.4.6. Das Thema, *ich habe kein Thema*, in die Mitte gestellt.

Bei der Themenfindung im nächsten Treffen bekunden alle Teilnehmerinnen, dass sie zurzeit kein Thema haben. Ich schreibe daher das Thema *ich habe kein Thema* an die Flipchart. Nach einer Runde mit organisatorischen Fragen und einer Pause stelle ich ein Symbol für *ich habe kein Thema* in die Mitte des Raumes und bitte die Gruppe sich zu diesem Thema zu positionieren. Einige stehen auf und positionieren sich, andere bleiben sitzen. Nacheinander führe ich mit jeder ein Interview. Eine Ehrenamtliche, die sitzen geblieben war sagt, sie fände es unmöglich auf diese Art und Weise *krampfhaft*

ein Thema zu *konstruieren*. Bei den anderen kristallisieren sich zwei Positionen heraus:

1. Die Supervision ist mit einem Treffen alle vier Wochen zu häufig angesetzt, es werden nicht so viele Begleitungen gemacht, als das für jedes Treffen ein neuer *Bearbeitungsbedarf* entsteht. Gleichzeitig erscheint jedoch ein achtwöchiger Rhythmus als zu wenig.
2. Wenn Probleme in der Begleitung auftauchen, warten die Hospizhelferinnen nicht bis zum nächsten Supervisionstreffen, sondern sprechen die Koordinatorin sofort an. Sie holen sich telefonisch Rat und Zuspruch oder nehmen das Angebot der *Einzelsupervision* in Anspruch. Durch diese enge Begleitung der Begleiterinnen kommt es seltener zu Problematiken, die in der Supervision noch so akut sind, als dass sich jemand dazu durchringt zu sagen: Ich habe ein Thema.

Hier mache ich die praktische Erfahrung mit dem, was Raß „eine gewisse Überversorgung“⁵⁵ nennt. Die Ehrenamtlichen fühlen sich gut und zeitnah begleitet. Ein superviso- rische Bedarf ergibt sich daher nicht so häufig wie die Treffen angesetzt sind. Allerdings ist der Wunsch, sich zu sehen, auszutauschen und sich in der Gruppe und damit als *wir* zu erleben, in dieser Häufigkeit gegeben, da die Supervision, neben der einmal jährlich stattfindenden Wochenendfahrt und der Adventsfeier das einzige Zusammen- treffen der einzelnen Hospizhelferinnen ist. Es steht die Überlegung im Raum, nur dann *Supervision zu machen*, wenn es notwendig ist, es also ein Thema gibt. Anson- sten könne man Organisatorisches besprechen und eventuell früher Schluss machen. Ich betone, dass mein Auftrag in diesem Rahmen die *Supervision* ist und ich mich des- halb nur schwer darauf einlassen kann, sie nicht zu tun. Wir verabreden trotzdem, die jeweiligen Bedürfnisse der Gruppe zu beachten.

In der Schlussrunde sind die meisten nun doch froh, dass ich das *nicht vorhandene Thema* in die Mitte gestellt hatte, weil es dadurch zu wichtigen Erkenntnissen und er- neut zu einer weiteren Auftragsklärung gekommen ist.

Hier wird deutlich, dass ein solches Vorgehen (Supervision nur bei Bedarf) tatsächlich nur in der *internen Supervision* möglich ist, da jede externe Supervisorin nur den Auf- trag zur Supervision hat und nicht einfach wieder nach Hause gehen kann, wenn die Gruppe kein Thema hat. In der beschriebenen *Überversorgung* erklärt sich mir nun

⁵⁵ Robert Raß, Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koor- dinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn, S. 103

auch ein Stück weit, warum (im vorherigen Jahr) zuletzt niemand mehr zur externen Supervision gekommen ist. Diese Treffen konnten das Bedürfnisse *des Wir-Erlebens* und der *Informationsauffrischung* sowie nach *Erzählzeit* nicht befriedigen und hatten für die Ehrenamtlichen, die oft kein Thema hatten, keinen Wert.

In der Lehrsupervision thematisierten wir die Aspekte der Überversorgung und der besonderen Situation der Supervision mit Ehrenamtlichen, die *mit den Füßen abstimmen*, so gesehen eine unsichtbare soziometrische Wahl treffen. Sie kommen nicht mehr, wenn ihr *Profit* nicht gegeben ist. Dieses Selbstbewusstsein, für die ehrenamtliche Arbeit *etwas haben zu wollen*, wird immer wieder bereits in der Qualifizierung und auch später gefördert. Es ist also folgerichtig. Es bringt mich allerdings in die Zwickmühle, meinen supervisorischen gegen meinen betreuerischen Auftrag abzuwägen.

5.4.7. Aus der Rolle gefallen 2 – zwei Seiten einer Medaille

Neben der angebotenen Gruppensupervision nehmen immer wieder Einzelne das Angebot einer Einzelsupervision in Anspruch, so auch Frau X. Sie hatte mich um ein Gespräch gebeten, da sie innerhalb ihrer Begleitung Schwierigkeiten hat. Wir vereinbarten einen Termin.

Frau X. hat gerade ihre Qualifizierung beendet und noch keine Begleitung gemacht, als sie mich fragt, ob das, was sie gerade privat macht *ein Fall für den Hospizdienst* ist. Sie betreut derzeit ihre Arbeitskollegin Frau Y., die an Krebs erkrankt ist. Sie kennt Frau Y. seit fast 20 Jahren und so lange auch ihre Krankheitsgeschichte. Frau Y. pendelt stets zwischen Krankenhaus, der Wohnung der 80jährigen Mutter und ihrer eigenen, in der sie allein mit ihrem Hund lebt. Sie geht, wenn sie sich besser fühlt noch zur Arbeit. Nachdem wir besprochen haben, zu welchen Rollenkonflikten es für Frau X. kommen kann, wenn sie ihre Arbeitskollegin und Freundin begleitet, beschließe ich, diese Begleitung offiziell über den Hospizdienst laufen zu lassen. Frau X. würde diese Begleitung auch ohne Hospizdienst durchführen, da sie es ihrer Freundin versprochen hat. Frau Y. profitiert vom Hospizdienst, durch meine zusätzliche Begleitung und die Informationen, die ich von den an der palliativen Versorgung beteiligten Ärzten und Pflegerinnen erhalte. Ich vereinbare mit Frau Y. einen Erstbesuchstermin, um mit ihr als Betroffener zu klären, ob sie eine Hospizbegleitung wünscht. Sie stimmt zu und mit der Auftragserteilung ist uns auch der Einblick in die Krankenakte gewährt.

Zum Zeitpunkt der Einzelsupervision begleitet Frau X. Frau Y. bereits ein Jahr. Da ich ihre ablehnende Haltung dem Psychodrama gegenüber kenne, versichere ich ihr, natürlich nur so zu arbeiten, wie sie es wünscht.

Frau X. schildert mir die momentane Situation in der Begleitung: Frau Y. benötigt aufgrund ihrer großen Luftnot Sauerstoff und hat daher ein Gerät zu Hause mit dem sie anscheinend nicht gut zurechtkommt. Frau Y. bekommt wiederholt Panikattacken mit Erstickungsanfällen und ruft dann Frau X. an, vornehmlich am Wochenende oder in der Nacht. Die Telefonate helfen Frau Y. meist sich zu beruhigen, manchmal fährt Frau X. aber auch hin, um persönlich zu helfen. Frau X. ist der Ansicht, Frau Y. überfordere sich regelmäßig mit ihrer Arbeit (Frau Y. geht von Montag bis Freitag ins Büro), so sei es unvermeidlich, dass sie am Wochenende die Kräfte verlassen und es wäre dann ja nicht verwunderlich, wenn sie Luftnot hätte und Panikattacken bekäme. Sie habe mit Frau Y. bereits darüber gesprochen, dass sie sich *ausgenutzt* und *zurückgewiesen* fühlt. An der Stelle hacke ich ein und frage, was sie genau mit Frau Y. besprochen hat, da mich die Wortwahl aufhorchen lässt und ich hoffe, sie hat es nicht wörtlich so gesagt. Frau X. bestätigt mir jedoch, sie hätte es ihrer Freundin genau so gesagt, und sie hätte deutlich gemacht, sie wolle von ihr nicht wieder angerufen werden, wenn sie sich weiter selbst so schwächt und Frau X. schließlich die Leidtragende wäre, wenn sie nachts angerufen würde. Sie solle nicht mehr zur Arbeit gehen, dann würde es ihr am Wochenende besser gehen. Im Übrigen sei sie der Ansicht, Frau Y. müsse endlich mit ihr über den nahenden Tod sprechen, das würde ihr helfen und das habe sie ihr auch gesagt. Frau Y. sei jetzt *beleidigt* und melde sich nicht mehr, sie gehe auch nicht mehr ans Telefon.

Ich spüre in mir, das schon bekannte Unbehagen, wenn sich meine Rollen ineinander verhaken und mir den Blick zu versperren drohen. Die Koordinatorin in mir möchte sofort eingreifen und darauf hinweisen, dass es unbedingt die Entscheidung von Frau Y. ist, wie sie ihr Leben gestaltet, ob sie sich überfordert und wann sie mit wem über den Tod spricht oder nicht. Die Supervisorin in mir legt sich Zurückhaltung auf, um der Supervisorin die Möglichkeit zu geben, selbst darauf zu kommen. Gleichzeitig sehe ich in einen Spiegel, in dem ich bei Frau X. auch einen Prozess der Rollenkonfusion ablaufen sehe. Sie ist ebenfalls in zwei Rollen, als Freundin und als Hospizhelferin. In der Rolle der Freundin ist sie verletzt und fühlt sich ausgenutzt, weil sie kein Gehör findet und sich um die Freundin sorgt. Die Rolle der Hospizhelferin, die es aushält, dass sich die Patientin so verhält, wie sie es für sich wünscht und vielleicht nicht, wie es günstig ist, ist untergetaucht.

Ich frage, ob sie eine Einschätzung von mir hören möchte. Als sie einwilligt beschreibe ich ihr meine Sicht auf diese zwei Rollen und gebe zu bedenken, dass es aus Sicht des Hospizes nur eine Richtung geben kann: Sie kann es nicht beeinflussen, wie Frau Y. ihr Leben gestaltet und es ist nicht günstig Vokabeln wie *ausgenutzt* und *zurückgewie-*

sen zu nutzen. Frau X. sagt daraufhin, es müsse für sie aber eine Entlastung geben, weil sie nicht mehr mitten in der Nacht und/oder am Wochenende herausgerufen werden möchte. Da sie, nach mehrmaligem Versuch, für sich keine erneute Möglichkeit sieht, das mit Frau Y. zu klären, verabreden wir, dass ich als Koordinatorin mit Frau Y. ein Gespräch über die Situation suche, da es meine Aufgabe ist, die Hospizhelferin zu schützen, auch wenn es in erster Linie um die Sterbenden geht.

Bei meinem Hausbesuch erfahre ich von Frau Y., wie wichtig es für sie ist, zu arbeiten. Als alleinstehende Frau ist das für sie die einzige Möglichkeit, so etwas wie Normalität zu erleben und am Leben überhaupt teilzuhaben. Sie sagt, die Panikattacken kommen nicht durch eine körperliche Überforderung sondern durch das Alleinsein und das Fehlen der Arbeit am Wochenende. Sie fühlt sich von Frau X. unter Druck gesetzt und kann überhaupt nicht verstehen, dass sie sich *ausgenutzt* fühlt, sie hätte sie nur einmal nachts angerufen. Im Übrigen wäre es nicht ihre Art mit anderen über ihre Krankheit zu reden. Sie ist seit sehr langer Zeit allein und hat gelernt die Dinge mit sich auszumachen. Sie weiß, dass sie sterben muss. Sie hat kein Bedürfnis mit Frau X. darüber zu sprechen, aber Frau X. würde das einfach nicht akzeptieren.

Ich bin erschüttert über das Ausmaß des Konfliktes und fühle mich in meiner Sorge bestätigt, dass die persönliche Beziehung das Austarieren von Nähe und Distanz schwierig und zuweilen unmöglich gemacht hat. Ich versichere Frau Y., dass es in einer Hospizbegleitung nicht sein darf, dass die Hospizbegleiterin zur Belastung für die Begleitete wird. Die Kranken sollen von einer Begleitung profitieren und auf keinen Fall darunter leiden. Da Frau Y. die Begleitung nicht abbrechen oder durch jemand anderes fortgeführt haben möchte, versichere ich ihr, ein erneutes Gespräch mit Frau X. zu führen, um ihr die Situation zu erklären.

Im Anschluss fanden die Beiden zu einer Aussprache und die Begleitung konnte weitergeführt werden.

Diese sehr ausführliche Fallschilderung, in der es nicht nur um Supervision geht, ist m.E. notwendig, um das Spannungsfeld der *internen Supervision* in seiner Gänze aufzuzeigen. Die Dialektik der Rollen der Supervisorin und der Koordinatorin findet ihre Entsprechung in der Dialektik der Supervision und der Praxisbegleitung. Das Fallbeispiel zeigt die Notwendigkeit der Koexistenz und gegenseitigen Beeinflussung der Rollen (Supervisorin, Koordinatorin) in der Supervision *und* auf der Ebene der praktischen Arbeit. Das in der Supervision geäußerte Problem der Helferin wird zu meiner Aufgabe in der Koordination des Hospizdienstes. Praxisbegleitung und Supervision vermischen sich an dieser Stelle, genau wie meine Rollen, weil sie in dieser Konstellation untrenn-

bar sind, wie zwei Seiten einer Medaille. Was hier wie eine unglückliche Verquickung daherkommt ist aber gleichzeitig auch die Chance der internen Supervision. Hätte die Einzelsupervision mit einer externen Supervisorin stattgefunden, wäre es sicher nicht zur Rücksprache mit der Begleiteten gekommen oder es hätte einer komplizierten Informationsweitergabe an die Koordinatorin bedurft, der alle Beteiligten hätten zustimmen müssen. So war ein direktes Handeln im Sinne der Strebenden möglich. Es gelang dadurch die Situation zu entschärfen und ein Weiterführen der Begleitung im Sinne der Hilfesuchenden, deren Schutz und Wohlbefinden meine Aufgabe ist, zu ermöglichen.

5.4.8. Vom Ausbildungskorsett zur Rollenidentifikation

Die Hospizgruppe und ich treffen uns nach einer längeren Pause (Jahreswechsel) wieder und machen deshalb eine sehr ausführliche Befindlichkeitsrunde in der auch drei neue Gruppenmitglieder begrüßt werden, die bald den Abschluss ihrer Qualifizierung machen und ihre Zertifikate überreicht bekommen. In einer zweiten Runde sammeln wir mögliche Arbeitsthemen an dem Flipchart. Nachdem aber (erneut) niemand arbeiten möchte, schlage ich vor, die aufgeschriebenen Themen im Rahmen einer *Expertenrunde* (die Teilnehmerinnen sind die Experten) zu besprechen. Zu jedem Thema hat jede, einschließlich der Koordinatorin, eine Erfahrung beizusteuern. Die Zeit vergeht recht schnell in der angeregten Diskussion und dem positiv emotionalen und interessanten Erfahrungsaustausch. In der Schlussrunde zeigt sich eine Teilnehmerin gerührt und sie sagt: *Ich weiß gar nicht wie ich es sagen soll, weil mir eine Wort fehlt, es wäre eine Mischung aus warm, zugewandt, aufgehoben, respektvoll, alles gut.* Ein Kopfnicken macht die Runde und ich fühlte mich genau so. Ich empfinde dieses Treffen als besonders gelungen.

Zum ersten Mal konnte ich mein Ringen um die Einhaltung meiner Rolle und die (Ausbildungs-) Verpflichtung, in diesem Prozess psychodramatische Supervision durchzuführen, vergessen. Ich zog das *Ausbildungskorsett* aus und leitete das Treffen als die *interne Supervisorin*, die ich für mich als neue Rolle definiere. Diese Rolle *beinhaltet* beide Aspekte meiner Arbeit und ich kann mich mit ihr identifizieren. Diese positive Identifikation überträgt sich auch auf die Gruppe, die mich als kongruenter und als Person präsenter empfunden hat.

5.4.9. Die Verführung der Kuschelgruppe

In das letzte Treffen mit der Hospizgruppe (vor Abgabe dieser Arbeit) nehme ich das *warme Gefühl der positiven Rückmeldung* aus der vorherigen Supervision mit. Ich bin

zurzeit im Urlaub und komme zum ersten Mal ohne aktuelles *internes Fallwissen*. Ich hatte keine Zeit mich vorzubereiten und lasse mich schnell, nachdem es keine Themen gibt, darauf ein, heute mal fünf gerade sein zu lassen, das notwendige Organisatorische zu besprechen, um dann eventuell ein wenig früher Schluss zu machen, da einige auch früher gehen müssen. Ich erliege der *Verführung* der freundlichen, heiteren und warmen Atmosphäre *meiner Hospiz-Kuschelgruppe*.

Und wieder spüre ich die Risiken, die die interne Supervision birgt. Das ohnehin in der Beziehungsarbeit des Hospizdienstes immer virulente Thema von *Nähe und Distanz* fordert mich besonders in der internen Supervision heraus. Es ist nicht nur ein Thema innerhalb der Begleitung der Sterbenden (siehe vorheriges Kapitel), sondern immer auch ein Thema der Leitung (der Supervision *und* des Hospizdienstes). Ich habe stets darauf geachtet, deutlich zu machen, wer die Gruppe ist. Die Koordinatorin ist nicht Teil der Gruppe, sondern ihre Leitung. Trotzdem entsteht in der Qualifizierung und in den vielen persönlichen Gesprächen mit den Ehrenamtlichen eine Nähe, die von Wertschätzung, Respekt und Wohlwollen geprägt ist, was die Distanz zuweilen schwierig macht.

Das *Wir-Gefühl* der Gruppe entfaltet einen Sog, dem es sich – immer wieder neu - zu entziehen gilt, auch wenn man noch so gerne dazu gehören möchte.

6. Interne Supervision – Paradigmenwechsel oder No-Go

Ich denke: weder – noch. Ein *Paradigmenwechsel* würde bedeuten, die *interne Supervision* zur *lege artis* zu erklären. Darauf weist keins meiner Ergebnisse hin, weder in der Theorie- noch in der Praxisreflexion. Für mich ergibt sich aber eine eindeutige Präferenz für die interne Supervision (durch die Koordinatorin) im speziellen Feld der Supervision der ehrenamtlichen Helferinnen im Hospizdienst. Ein *No-Go* ist sie also auf keinen Fall. Die Antworten auf die eingangs gestellten Fragen legen nahe, dass die interne Supervision gelingen kann, wenn das Setting und der Auftrag geklärt sind.

Die Praxisreflexion beschreibt meine *Suchbewegungen* im Umgang mit dem Psychodrama hin zu einem Kontrakt und einem Einsatz der psychodramatischen Techniken, die zu dieser besonderen Anwendungssituation passen. Der Versuch des Verzichts auf strukturelle Supervisionsthemen führt ebenso in die Sackgasse, wie der Versuch Praxisbegleitung und Supervision sauber zu trennen. Das ganz besondere der Supervision im Hospizdienst ist, dass es sich um die Arbeit mit Ehrenamtlichen handelt. Diese *semiprofessionellen Laien* stellen die besondere Herausforderung dar, weil sie andere Ansprüche an die Supervision haben, als festangestellte Mitarbeiter. Die Freiwilligkeit

will jederzeit wertgeschätzt sein. Es geht nicht um die Ehre, die das Wort Ehrenamt suggeriert, sondern um die Tatsache, dass hier Menschen bereit sind, sich in ihrer Freizeit einem äußerst schwierigen Thema zu stellen. Ehrenamtliche beteiligen sich nur dann, wenn sie einen persönlichen Gewinn, ein *Surplus*, erleben können. Für die Supervision heißt das, sie in einem Rahmen zu gestalten, der diesem Wunsch gerecht wird. Praxisbegleitung und Supervision getrennt, zu unterschiedlichen Terminen anzubieten, führt zur inhaltlichen Verwirrung, da für die Ehrenamtlichen der Unterschied verschwimmt oder zu einer zeitlichen Überforderung und damit zum Wegbleiben der Helferinnen führt. Meiner Ansicht nach, ist es nicht sinnvoll, eine solche Trennung vorzunehmen. Findet eine Verknüpfung statt, geht es immer wieder darum, die unterschiedlichen Rollen der Supervisorin (und der Koordinatorin) zu benennen und auftretende Rollenkonflikte zu veröffentlichen.

6.1. Die Chancen

Die interne Supervision bietet die Chance, Praxisbegleitung und Supervision zu verknüpfen. Das interne Hintergrundwissen der Koordinatorin ermöglicht eine tiefergehende Fallsupervision. Aus den gewonnenen Erkenntnissen ist ein direktes Umsetzen in die Praxis möglich. Die Supervision ist damit anschlussfähig und führt zu neuen gemeinsamen fallbezogenen oder übergreifenden Handlungsstrategien für die Ehrenamtlichen *und* die Koordinatorin. Von dieser Verknüpfung profitieren in erster Linie die Menschen, die der Hospizdienst begleitet, die Sterbenden und ihre Angehörigen. In zweiter Linie profitieren die Ehrenamtlichen durch den Erkenntniszuwachs und die größere Handlungssicherheit. Das alles zusammen dient schließlich dem Hospizdienst, der durch diese Arbeit seine Qualität sichert. Das Psychodrama ist für die interne Supervision in besonderer Weise geeignet, da es den auf Erleben und Handeln ausgelegten Ansatz der Hospizarbeit unterstreicht und in der Supervision durch die *Surplus Reality* das Erleben und Ausprobieren eines neuen Handelns möglich macht.

6.2. Die Risiken

Durch die oben beschriebene und auch gewollte Nähe der Koordinatorin zu den Ehrenamtlichen kann es gerade in dem Austarieren von Nähe und Distanz zu Schwierigkeiten kommen. Die *interne Supervisorin*⁵⁶ muss sich innerlich von Anwürfen und Kritik, die die Organisation, den Dienst oder sie selbst betreffen distanzieren. Sonst fühlt sie sich persönlich getroffen und ist als Supervisorin in dem Moment nicht mehr arbeitsfä-

⁵⁶ Gemeint ist im Folgenden immer die Supervisorin im Hospizdienst, die gleichzeitig auch Koordinatorin ist.

hig. Sie verliert ihre Objektivität und wird zur Beteiligten. Gleichzeitig muss sie Themenwünsche, die sie selbst zum Inhalt haben, zunächst zurück- und auf eine mögliche externe Supervision verweisen, da sie von ihr nicht supervisorisch bearbeitet werden können. Kritik an der eigenen Person bezüglich der Koordination kann nur in der Rolle der Koordinatorin entgegengenommen werden. Diese Distanzwahrung und die Kenntlichmachung der eingenommenen Rolle erfordert ein hohes Maß an Konzentration und Selbstreflexion. Gelingt dies nicht, gerät die *interne Supervisorin* in eine Verteidigungs- und Rechtfertigungshaltung, die sie emotional belastet und in unprofessionelles Handeln führen kann.

Ein weiteres Risiko liegt in dem Wissen um private Hintergründe der Ehrenamtlichen und der nahen Beziehung zu ihnen, was ein vorurteilsfreies Agieren in der Supervision erschweren kann.

Für mich bietet die interne psychodramatische Supervision, in der Arbeit mit ehrenamtlichen Hospizhelferinnen, mehr Chancen als Risiken und sie kann gelingen, wenn ich bereit bin, mich selbst zu hinterfragen, offen mit den Risiken umzugehen und mich selbst auf diesem Weg supervisorisch begleiten zu lassen.

Der Weg von der Supervisionsanfängerin mit Psychodramaerfahrung hin zur Supervisorin mit eigenem Stil ist für mich noch lange nicht abgeschlossen und ich vermute auch das ist eine (berufs-) lebenslange Aufgabe. Die Ausbildung hat mir mit ihren ausgezeichneten Theorie- und Selbsterfahrungsseminaren eine Richtung, Hintergrundwissen und Handwerkszeug gegeben, die ich in der Praxis ausprobieren und in der Lehrsupervision kritisch reflektieren durfte. Die theoretische Auseinandersetzung in der vorliegenden Arbeit vertieft diese Reflexion und vermittelt mir neue erkenntnisleitende Zusammenhänge. Der Gewinn für mich, mein *Surplus*, ist groß und dafür möchte ich dem ISI, insbesondere Ute Prahl und meiner Lehrsupervisorin Frau Dr. Kieper-Wellmer recht herzlich danken.

Literatur

- Brünker, Jutta Supervision und Coaching – Zwei Bezeichnungen für eine Beratungsmethode?, in: Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010
- Buer, Ferdinand Psychodrama in der Supervision, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009
- Buer, Ferdinand Einführung in die psychodramatische Supervision, Praxis der psychodramatischen Supervision, Ein Handbuch, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004
- Buer, Ferdinand Methoden in der Supervision – psychodramatisch angereichert, OSC, Organisationsberatung, Supervision, Clinical Management, Jahrgang 3 – Heft 1, März 1996, Leske + Budrich Opladen
- Buer, Ferdinand Morenos therapeutische Philosophie und die psychodramatische Ethik, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004
- Burgheimer, Werner Die Geschichte der Hospizbewegung, Qualifizierte Begleitung von Sterbenden und Trauernden, Forum 2003
- DGSv (Hrsg.) Supervision in den Arbeitsfeldern Hospiz und Palliative Care, Erfahrungen und Anforderungen, Im Auftrag der DGSv zusammengestellt von J. Fengler, F. Kittelberger, M. Müller, Ch. Pfeffer, P. Rechenberg-Winter (Leitung), J. Schmandt und J. Steuer, Köln 2007
- Fox, Jonathan (Hrsg.) Jacob Levy Moreno, Psychodrama und Soziometrie, Essentielle Schriften, Edition Humanistische Psychologie, 2001
- Fürst, Jutta Das Leben und Wirken J.L. Morenos und die Entwicklung des Psychodramas, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004
- Haubl, Rolf Coaching und Supervision – Wie paradigmatisch sind die Differenzen? in: Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010
- Heinbokel, J./Erger, R. Coaching, in: Kernkompetenz: Supervision, Ausgewählte Formate in der Arbeitswelt, DGSv, 1. Auflage, 2010
- Hochreiter, Karoline Rollentheorie nach J. L. Moreno, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004

- Hollenstein-Burtscher, Andrea Ablauf des Psychodramas ... skizziert anhand von Ausschnitten aus der Arbeit mit einer ambulanten Psychodrama-Therapiegruppe, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004
- Kieper-Wellmer, M. Psychodramatische Gruppensupervision mit Heilpädagoginnen, F. Buer (Hrsg.), Praxis der Psychodramatischen Supervision, Ein Handbuch, 2. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2004
- Krall, H. /Schulze, S. Psychodrama in der Supervision und im Coaching, Psychodramatherapie, Ein Handbuch, J. Fürst, K. Ottomeyer, H. Pruckner (Hrsg.), facultas Verlags- und Buchhandels AG, Wien 2004
- Müller, Monika Handreichung für Multiplikatoren zur Befähigung und Ermutigung ehrenamtlich Mitarbeitender in Hospiz(dienst)en, Pallia Med Verlag 2. überarb. Auflage 2005
- Raß, Robert Curriculum für die Koordination Ambulanter Hospizdienste, Personen begleiten, Beziehungen gestalten, Organisationen führen, Personenzentriert-systemisches Management Ambulanter Hospizdienste, 2. neu überarbeitete Auflage 2008, Ein Werkbuch für leitende Koordinatorinnen von Ambulanten Hospizdiensten, Pallia Med Verlag, Bonn
- Rathofer, Brigitte Jahresbericht 2013, Hospizdienst,
- von Ameln, Gerstmann, Kramer Einführung, Was ist Psychodrama, Seite 6, von Ameln, Gerstmann, Kramer, Psychodrama, 2. Auflage, Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2004, 2009,
- Rahmenvereinbarung nach § 39a Abs. 2 Satz 7 SGB V zu den Voraussetzungen der Förderung sowie zu Inhalt, Qualität und Umfang der ambulanten Hospizarbeit vom 03.09.2002, i. d. F. vom 14.04.2010



Abbildung 4

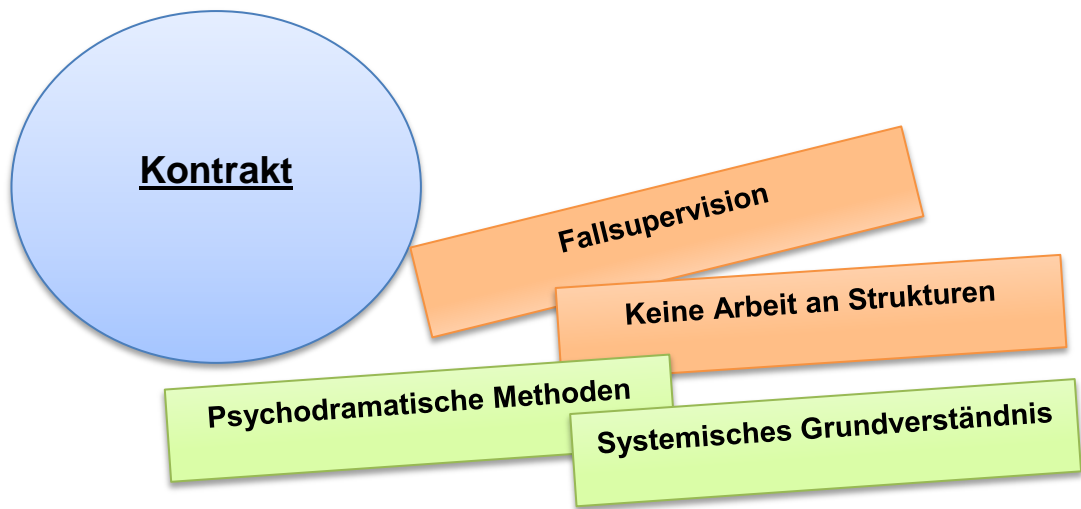


Abbildung 5

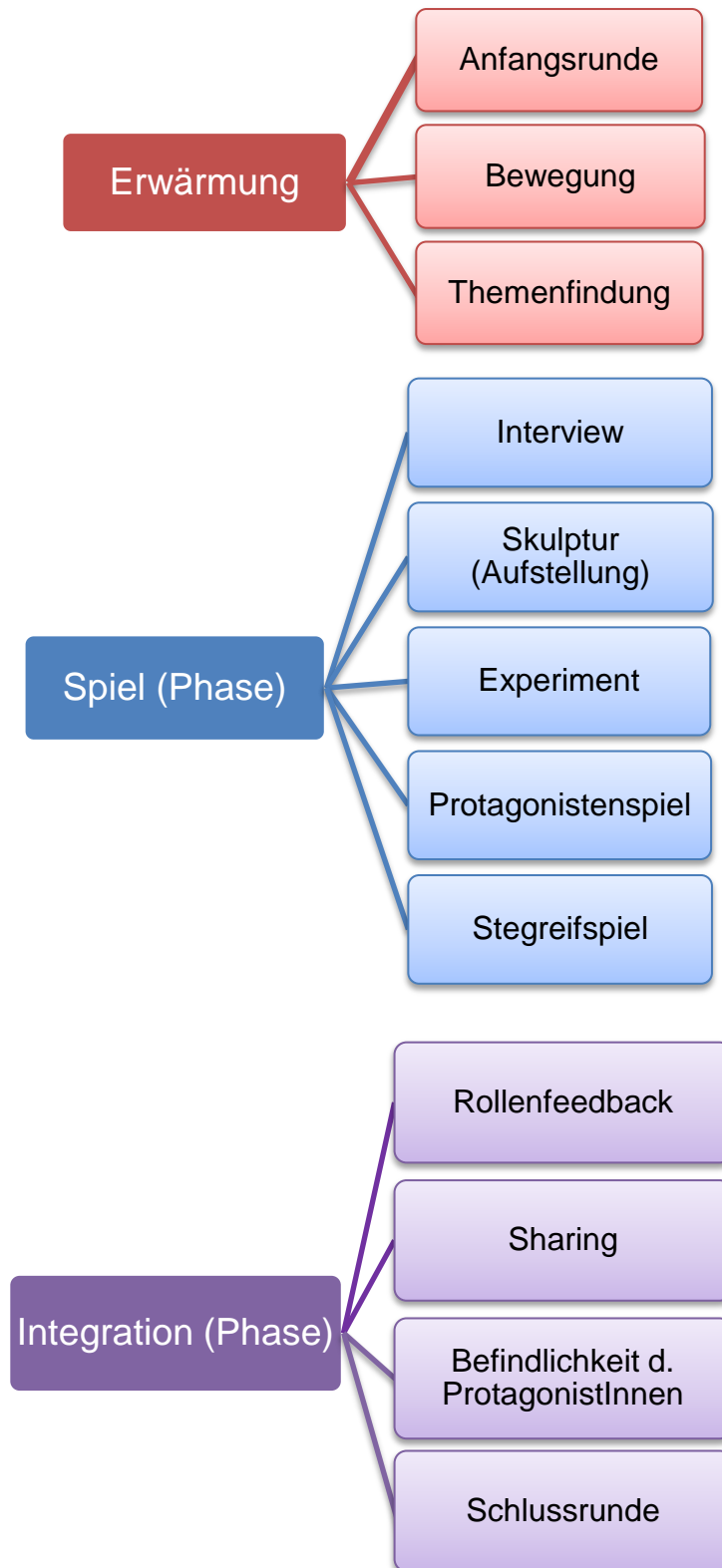


Abbildung 6

Was ist Supervision?

1. Die Teilnehmer/innen verpflichten sich, gegenüber Dritten keine Äußerungen von Teilnehmer/innen weiterzugeben.
2. Die Teilnehmer/innen bemühen sich, möglichst offen Konflikte und Problembereiche anzusprechen, sich aktiv zu beteiligen und Störungen sowie Missverständnisse sofort anzusprechen.
3. Die Teilnehmer/innen bemühen sich, möglichst konstant an der Supervision teilzunehmen, und äußere Störungen zu vermeiden.
4. Die Teilnehmer/innen versuchen, Gefühle, körperliche Empfindungen, Ideen, Bedürfnisse und Erwartungen in der Supervision wahrzunehmen, zu beobachten und zu artikulieren.
5. Der/die Supervisor/in verpflichtet sich, darauf zu achten, dass eine Supervision nicht zur Psychotherapie wird und tätigkeitsbezogene Themenkreise (Arbeitsbeziehungen) im Mittelpunkt der Supervision bleiben;
6. er/sie verpflichtet sich, mit Gefühlen, Ängsten und Unsicherheiten von Supervisanden schützend und fürsorglich umzugehen;
7. er/sie trägt die Verantwortung für ein Klima, in welchem jede/r Teilnehmer/in Konfliktbereiche mit Mitarbeiter/innen und Patienten/Klienten offen, ungeschönt und ohne Angst vor Bewertung, Abqualifikation u. ä. ansprechen kann, wobei die Eigenverantwortung der Supervisanden für das Gewünschte und Zumutbare erhalten bleibt.
8. Gefühlsausbrüche von Teilnehmer/innen werden ohne moralische Bewertung und arbeitsbezogen bearbeitet.
9. Erarbeitete Einsichten und Vorgehensweisen sollen in die Arbeit einbezogen und Feedback in der Supervision gegeben werden.
10. Falls Problembereiche in der Supervision so gravierend werden, dass sie ohne Einbeziehung von Vorgesetzten oder Institutionsvertretern nicht verringert werden können, sollte in der Supervision über mögliche Konsequenzen wie z.B. Einladung von Vorgesetzten zur Supervision, Gespräche des/der Supervisor/s/in mit den Institutionsvertretern gesprochen werden.

Erklärung

- Der Einsatz im Hospizdienst wird von den hauptamtlichen MitarbeiterInnen koordiniert und begleitet. Ich kann auf Rat, Hilfe und Unterstützung durch die hauptamtlichen MitarbeiterInnen zurückgreifen.
- Ich nehme an den regelmäßigen praxisbegleitenden Gruppentreffen und Supervisionsabenden der ehrenamtlichen HelferInnen teil.
- Über alle persönlichen Daten, Hintergründe, Informationen und Verhältnisse der begleiteten Patienten und Angehörigen sowie über Sachverhalte, die in den Begleiterrunden und Supervisionen angesprochen werden, bewahre ich Stillschweigen gegenüber Dritten (§§ 22 ff. BDSG; § 203 StGB)
- Mir ist bewusst, dass es dem Grundsatz ehrenamtlicher Arbeit widerspricht, Geldgeschenke oder wertvolle Gegenstände von den begleiteten Menschen anzunehmen. Sollten Patienten oder deren Angehörige sich in finanzieller Weise für die geleisteten Dienste bedanken wollen, werde ich auf die Möglichkeiten einer Spende an den Hospizdienst hinweisen.
- Ich werde für den Fall, dass eine Beratung in Rechtsfragen oder medizinischer Angelegenheiten gewünscht wird, den Kontakt zu kompetenten und bevollmächtigten Personen vermitteln und generell selbst keinen Rechtsrat bzw. medizinischen Rat erteilen. (Art. 1 RBerG).
- Ich verpflichte mich freiwillig, für ein Jahr beim Hospizdienst mitzuarbeiten. Ich kann aber jederzeit – auch ohne Angaben von Gründen – von dieser Selbstverpflichtung zurücktreten. Dabei bemühe ich mich, möglichst frühzeitig mein Ausscheiden oder Pausieren mitzuteilen. Diese Selbstverpflichtung beinhaltet meine Zustimmung namentlich in den Nachweisen des Hospizdienstes als qualifizierte/r und einsatzbereite/r Helfer/in genannt zu werden.

Ort/ Datum

Unterschrift ehrenamtliche/r Mitarbeiter/in

zur Kenntnis genommen (Kordinatorin)