

Heft 49  
April 2017  
25. Jahrgang

# FORUM

## Supervision

**Die Kraft der Reflexion – Beziehungskunst und  
seelisches Verstehen**

*Gerhard Leuschner zum 80. Geburtstag*

**Annemarie Bauer  
Katharina Gröning  
Gerhard Leuschner  
Heike Koch  
Ursula Tölle  
Wolfgang Weigand**

Onlinezeitschrift für Beratungswissenschaft und Supervision: „FoRuM Supervision“

*Die Kraft der Reflexion – Beziehungskunst und seelisches Verstehen*

*Gerhard Leuschner zum 80. Geburtstag*

(Heft 49)

25. Jahrgang

**Herausgegeben von**

Prof. Dr. Frank Austermann

Prof. Dr. Katharina Gröning

Angelica Lehmenkühler-Leuschner

**Redaktion**

Petra Beielstein

Heike Friesel-Wark

Hans-Peter Griewatz

Jan-Willem Waterböhr

**Kontakt**

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

Weiterbildender Masterstudiengang "Supervision und Beratung"

z. Hd. Frau Prof. Dr. Katharina Gröning

Postfach 100131

33501 Bielefeld

E-Mail: [onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de](mailto:onlinezeitschrift.supervision@uni-bielefeld.de)

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

ISSN 2199-6334



April 2017, Universität Bielefeld

Gerhard Leuschner

## Eine Fallgeschichte - zu Kontrakt und Setting in der Supervision

### Zusammenfassung:

In Balintgruppen erzählen wir Fallgeschichten und sammeln unsere spontanen Einfälle dazu. Daraus ergeben sich erweiterte oder neue Sichtweisen zu dem Erzählten. Neben dem diskursiven, intellektuellen und theoretischen Lernen ist das fallorientierte Lernen Bestandteil der Entwicklung supervisorischer Identität, wie es auch hier in Bielefeld praktiziert wird.

Ich biete Ihnen heute eine Supervisionsgeschichte an und erzähle, was ich gemacht oder unterlassen habe. Wenn es gelingt, Ihr Interesse in dieser Geschichte zu wecken, dann werden Sie intuitiv das Gehörte vergleichen mit Ihren Einfällen und Reaktionen. Wenn wir ein Seminar hätten, dann kämen wir darüber ins Gespräch, würden diagnostische Sichtweisen vergleichen, begründen und würden reflektieren, welche Wirkung diese oder jene Intervention erzielen kann. Damit entwickelte sich ein Lernprozess. Man beschreibt an einem Fall, einer Geschichte nämlich, wie Beratung verläuft und begründet als Supervisor, warum man etwas tut oder unterlässt. Die Begründungen für das Handeln oder das Unterlassen des Handelns entnimmt man situativ der eigenen Intuition, die unterlegt ist aus dem Zusammenwirken von Empathie und Reflektion, aus Konzepten und Erfahrung, aus methodischem und theoretischem Wissen. Heute und hier trage ich meine Sichtweisen, Handlungen oder Unterlassungen vor, rege Sie hoffentlich reaktiv an, was bei Ihnen zum Weiterdenken oder auch zu informellen Gesprächen führen kann. Jede Intervention, und bewusstes Unterlassen kann auch eine Intervention sein, ist hinterfragbar und nachvollziehbar zu begründen. Und man stellt im Lernprozess die zu beantwortende Frage, ob und wo diese Intervention auch andernorts anwendbar sein könnte. Induktives Lernen hat auch in der Supervision immer den Wunsch und beinhaltet den Versuch zur Generalisierung und damit zur Methoden- und Theorieentwicklung.

Nun zur Geschichte...

Per Email schreibt mir Dr. Albert, er sei Leiter einer Kinder- und Jugendpsychiatrie und möchte mit mir über eine Leitungssupervision sprechen, ob ich ihn bitte anrufen wolle. Er gibt seine Rufnummer und zwei Termine an.

Ich merke mir, dass Dr. Albert nicht anfragt, wann er mich anrufen könne, wie das für mich bei Expertenfragen üblich ist, sondern wünscht meinerseits einen Anruf, obwohl er von mir etwas will und ich nicht sein Dienstleister bin. Meine Aufmerksamkeit zur Entwicklung des Kontraktprozesses ist geweckt. Bei Google lese ich, dass seine Klinik mehrere Fahrstunden von meinem Arbeitsort entfernt liegt, eine private Trägerschaft hat und aus vier Abteilungen besteht, die von zwei Kinderpsychiatern von zwei psychologischen Psychotherapeuten geleitet werden, die auch Kinder- und Jugendtherapeuten sind. Ebenso erfahre ich, dass der Klinik eine Ambulanz zugehörig ist, die Dr. Albert leitet. Ich rufe Dr. Albert an einem seiner vorgegebenen Termine an und erfahre, dass er monatlich an meinem Arbeitsort seine Mutter besucht, die dort in einem Seniorenstift lebt. Über einen Kollegen habe er von mir gehört und möchte nun einmal monatlich entweder Samstagnachmittag oder Montagmorgen um 8 Uhr für zwei Stunden zur Leitungssupervision kommen. Es gebe immer viel zu überlegen und zu besprechen, das wolle er dann beim ersten Treffen erzählen. Dr. Albert hat eine sehr freundliche, ruhige, warme Stimme, die mich einlädt und gleichzeitig merke ich, dass er bereits den Set-

tingrahmen in einer Art festlegt, wie ich das sonst als Patient im Umgang mit Ärzten kenne. Auch diese Assoziation macht mich wachsam.

Nachdem ich den Samstagnachmittag für mich ausschließe, möchte er jeweils den ersten Montag im Monat mit mir kontraktieren. Der Blick auf meinen Kalender zeigt, dass ich unter diesen Prämissen erst in zwei Monaten beginnen könnte und jeweils einen Montagmorgen um 8 Uhr, aber nicht immer den 1. Montag im Monat anbieten kann. Er zögert kurz und sagt dann freundlich und bestimmt: *„Gut, dann machen wir jetzt die ersten drei Termine aus und schauen dann weiter.“* So wird zweimal der 2. Montag und einmal der 1. Montag vereinbart. Als ich das Honorar ansprechen will, wehrt er lachend ab und sagt, er bezahle selbstverständlich, was ich üblicherweise berechne. Den Hörer aufgelegt, klingt seine freundliche konziliante Stimme in mir nach, gepaart mit seinen nachdrücklichen Wunschaussäuerungen, die jeweils den Rahmen des Gesprächs setzen. Ob ihm wohl diese Wirkung bewusst ist? Zum 1. Gespräch kommt Dr. Albert punktgenau, ein gutaussehender, feingekleideter Mann Mitte Fünfzig, der ohne Umschweife sofort berichtet, dass er die Privatklinik seit neun Jahren leite. Sie gehöre einem wohlhabenden Unternehmer, der die Klinik gekauft habe, nachdem sein psychisch kranker Sohn jahrelang von einem Kollegen dort behandelt wurde. Auf meine Frage, was das bedeute, sagt er: der Unternehmer wolle lediglich eine schwarze Null erwirtschaften und keine Gewinne machen. Die gewinnlose Investition in die Klinik sei gewissermaßen dessen Dankbarkeitssymbol für die einigermaßen erfolgte Gesundung seines Sohnes. Um die Belegung der Klinik zu garantieren, gäbe es die große Ambulanz, die viele Termine anbieten müsse und auch kurzfristig zu kontaktieren sei. Obwohl er einen Teil der Privattermine selbst mache, gebe es dort viel Stress. Er habe zwei Sozialarbeiter, die in der Klinik arbeiteten, die Ausbildung zum Kinder- und Jugendtherapeuten nebenberuflich ermöglicht und sie dann hauptberuflich in der Ambulanz angestellt; außerdem ist vertraglich geregelt, dass die beiden Psychologen-Abteilungsleiter zwei bis drei halbe Wochentage in der Ambulanz arbeiten. Einschließlich Hilfspersonal sei man eigentlich ganz gut bestückt. Dennoch sei die Situation in der Ambulanz in letzter Zeit angespannt, und das wolle er sich als erstes einmal anschauen. Auf Befragen schildert er folgende Phänomene: Die beiden Kindertherapeuten sind ihm dankbar, arbeiten dort sehr gerne und sind fachlich gut. Er bezahle ihnen ein überdurchschnittliches Gehalt. Dabei wird beiläufig deutlich, dass die Ambulanz, in vertraglicher Abstimmung mit dem Klinikeigner, sein Unternehmen ist. In letzter Zeit seien beide Ambulanz-Kindertherapeuten öfter krank, was den Stress für andere in der Ambulanz erhöht. Das bringe Spannung. Daneben müssen die beiden Psychologen, mit denen und deren Familien er befreundet sei, immer wieder wegen dringlicher Aufgaben in der Klinik Ambulanztermine kurzfristig absagen, was jeweils begründet und verständlich ist, aber für die Arbeit sehr unangenehm sei. Auf mein Befragen sagt Dr. Albert, er habe das Konzept und den Arbeitseinsatz in der Ambulanz entwickelt und die Psychologen und später auch die Kindertherapeuten um ihre Zustimmung und Ergänzungsvorschläge gefragt. Dieses Vorgehen werde auch in regelmäßigen Teamgesprächen so praktiziert, wobei sich alle an Entwicklungs- und Veränderungsvorschlägen beteiligen. Dann zögert er und ergänzt nach kurzer Pause: In letzter Zeit seien die Vorschläge der Mitarbeiter weniger geworden und die Klagen über erhöhte Belastung größer, obwohl er sehr darauf achte, dass zusätzliche Fallzahlen im Rahmen gehalten werden und zusätzlich vergütet werden. Eine verstehende Erklärung für die Veränderung findet er nicht. Ich bitte ihn dann, sich einmal vorzustellen, einer der vier Therapeuten wäre Leiter der Ambulanz: Würde der jeweils andere als Leiter etwas anders machen? Wir gehen in der Phantasie alle vier als Leiter der Ambulanz durch und explorieren Belastung, Konzept, Einrichtung, Beziehungen und Umgangsformen, Sympathien. Ihm fällt nichts ein.

Meine einführenden Angebote, wo es Unzufriedenheiten geben könnte, weist er lächelnd zurück. Ich würde ja die Szene nicht kennen, die freundschaftlichen Beziehungen etwa und die Dankbarkeit der ehemaligen Sozialarbeiter, die er voller Freude jeden Tag spüre. Ich empfinde zunehmend, dass er meine explorierenden Einfühlungen in die Mitarbeiter als befremdlich zurückweist. Er kann oder will sich nicht vorstellen, wie es denen auch gehen könnte. Es kommt in der Arbeit mit Leitungspersonen nicht selten vor, dass deren Einfühlung in die innere Dynamik von Mitarbeitern dann kaum gelingt, wenn dabei die eigene Leitungsrolle und damit die Person des Leiters in der Rolle explorierend hinterfragt wird. In Bezug auf Privatbeziehungen ist es bei Leitern leichter, selbstreflexiv die Wirkung eigenen Verhaltens zu befragen und anzuschauen, als dies in Bezug auf die eigene Leitungsrolle möglich ist. Psychisch wird die Leitungsrolle als Ich-Vergrößerung erlebt, befriedigt das Ich-Ideal und darf weniger angetastet werden als das Ich. So ist auch hier meine Hypothese. Vor diesem Interpretations- und Erfahrungshintergrund, den ich nicht ausspreche, versuche ich mit Dr. Albert vorsichtig zu überlegen, ob es sinnvoll sein könnte, dass ich einmal mit den vier Ambulanztherapeuten je einzeln über deren Sicht der Konzept- und Belastungsentwicklung sprechen sollte, um evtl. besprechbar zu machen, was bisher nicht auszusprechen ist. Dr. Albert zögert und wird nachdenklich. Der Vorschlag zur Settingsveränderung beinhaltet die Befragung der vier Mitarbeiter zu ihrer Erlebensweise der Arbeit in der Ambulanz, nachdem der Leiter sich diese Erlebensweise nur sehr begrenzt oder gar nicht vorstellen kann. Wenn der Leiter und die vier Mitarbeiter zu je einem solchen Gespräch bereit sind, dann muss für diese Gespräche grundsätzlich die Schweigepflicht zugesichert werden. Am Ende jedes Gesprächs wird dann überprüft, ob und ggf. in welchem Umfang der Supervisor die Informationen nutzen darf. Dies ist in abgestufter Form denkbar, z.B. wenn alle Vier das Gleiche fühlen und denken und somit die Einzelmeinung durch die Gruppenmeinung unterstrichen ist oder im Gespräch bei den Interviewten die Überzeugung entsteht, dass es auch für den Betroffenen dringend nötig ist, über bestimmte Dinge mit dem Chef oder in der Gruppe zu sprechen und dies durch den Berater vorbereiten und begleiten zu lassen. Eine weitere Möglichkeit zur Gesprächsentwicklung ist, dass der Berater seine Schlussfolgerungen aus den Gesprächen zusammenfasst und den Gesprächspartnern zuleitet mit der Frage, ob und in welchem Umfang oder Detail darüber gesprochen werden könnte. Fast immer gelingt es auf diese Weise, das Schweigen zu lockern und die Schweigepflicht von einer Totalität in eine Relativität zu verändern und neu zu vereinbaren. Neue Einsichten ermöglichen auch, die generelle, normative Schweigepflicht in eine prozess- und beziehungsadäquate Schweigepflicht zu verändern. Dabei ist die Glaubwürdigkeit wie auch die Vertrauensentwicklung in die Überparteilichkeit des Beraters ein orientierungsgebender Gradmesser. In der Supervision in Organisationen gilt für die Schweigepflicht des Supervisors der Persönlichkeitsschutz jedes Mitarbeiters, der nur von dem jeweiligen betroffenen Mitarbeiter gelockert oder aufgehoben werden kann. Organisationsabläufe können nicht der Schweigepflicht unterliegen, weil sie grundsätzlich öffentlich sind, es sei denn, die Mitarbeiter würden dadurch bloßgestellt oder sonst wie geschädigt oder es geht um begründete Geheimnisse der Organisation. Um Missverständnisse zu vermeiden, ist diese Sichtweise in jeder Organisationsupervision neu zu kontrahieren und kann nicht als selbstverständlich vorausgesetzt werden. Dr. Albert will sich meinen Vorschlag der vier Einzelgespräche überlegen und fragt, ob wir zwischendurch im Bedarfsfalle auch Telefonberatungsgespräche vereinbaren können. Wir vereinbaren, dass er im Bedarfsfalle per email mit Terminvorschlägen anfragt, und ich ihm dann ebenfalls per E-Mail jeweils nach Möglichkeit einen der angebotenen Termine bestätige; wenn das nicht möglich ist, ich andere Termine vorschlage. Wenn der Telefontermin vereinbart ist, dann ruft Dr. Albert je-

weils an. Zum Schluss unseres ersten Gespräches sagt Herr Albert, der Vorschlag der vier Einzelgespräche beschäftige ihn, er wolle das überschlafen.

Vier Tage später wünscht Herr Albert per E-Mail ein Telefongespräch, wir vereinbaren einen Termin, er ruft an und sagt, die vier Einzelgespräche könnten stattfinden. Er habe in der Ambulanz-Dienstbesprechung gesagt, dass er neuerdings bei mir Beratung habe und dann meinen Vorschlag vorgetragen; die Mitarbeiter hätten den Einzelgesprächen ohne weitere Rückfragen zugestimmt und nun wolle er mit mir den Termin und das Procedere abstimmen. Auf meine Frage, ob es denn keine Nachfragen dazu gegeben habe, sagte er, es sei einfach nickend übernommen worden, aber das gebe es öfter, wenn er dort etwas begründet empfehle. Ich fahre für einen Tag in die Klinik und werde von der Verwaltungsleiterin empfangen, die mir im Auftrag des Chefs die Klinik zeigt. Dabei erfahre ich beiläufig, dass es eine Betriebsleitung als Leitungsgremium (Arzt/Pflege/Verwaltung) hier nicht gibt. Dr. Albert ist der Chef für alle Bereiche. Die nacheinander geführten vier Einzelgespräche zeigen folgende Gemeinsamkeiten: alle Beteiligten sind Dr. Albert sind dankbar, dass er sie in die Positionen gebracht hat, die sie auch auf Dauer behalten möchten. Alle sind überrascht, dass Dr. Albert diese Einzelgespräche ohne ihn ermöglicht habe, weil es so etwas bisher nie gab. Wenn jemand auf eine solche Idee gekommen wäre, dann hätte das Dr. Albert sicher als Misstrauen gewertet, weil er davon ausgeht, mit ihm könne man alles besprechen, was überwiegend wohl auch so sei. Dieses Beispiel zeigt, dass der Berater Fragen, Vorschläge, Ideen ansprechen kann, die leitende Mitarbeiter nicht oder nur risikobehaftet ansprechen können oder wollen, obwohl sie ungeklärt sind. Der Berater ist hier unverdächtig, weil er geschichtsfrei, karrierefrei und weniger eigenvorteilsverdächtig ist. In den beiden Gesprächen mit den Kindertherapeuten kommt dann zur Sprache, dass sie sich dauerüberlastet fühlen, weil sie beide im Schnitt tatsächlich mehr als 50 Stunden in der Woche arbeiten. Dr. Albert wisse das, bezahle ihnen auch problemlos die Überstunden und bedauere gelegentlich diese Belastung. Eine Veränderung sei nicht sichtbar und beide haben auch keine Ideen dazu, zumal Dr. Albert mindestens so viel arbeite wie sie. Beide genießen gleichzeitig auch, dass sie sich in der Ambulanz als „*unersetzlich*“ fühlen dürfen, was Dr. Albert auch so denkt und gelegentlich auch andeutet. Dennoch trete das Gefühl der Grenze der Belastbarkeit immer häufiger auf. Man fühle sich erschöpft, könne in der Freizeit nichts unternehmen und sei empfindlicher bei Infektionskrankheiten. Auf mein Befragen sind beide Kindertherapeuten damit einverstanden, dass dieses Thema der Überlastung in einem Gruppengespräch mit allen von mir angesprochen werden darf, zumal das ja ohnehin kein Geheimnis sei. Ich darf dieses Gruppengespräch auch mit Dr. Albert vorbereiten und dafür die gehörten Aussagen benutzen. Man wolle aber auf keinen Fall, dass diese Mitteilung als Beschwerde aufgefasst werde. Ich sichere zu, das so zu handhaben.

In den anschließenden Einzelgesprächen mit den Psychologen, mit denen Dr. Albert befreundet ist, was diese bestätigen, erfahre ich, dass beide neben ihrem guten Gehalt in der Klinik für die Mehrarbeit in der Ambulanz ca. 60 % der Psychotherapiestundensätze erhalten, die Dr. Albert abrechnet. Dies sei von Anfang an so kontraktiert. Aber allmählich habe sich bei Beiden das Gefühl von ungleicher Entlohnung entwickelt, was sie aber nicht besprechen könnten, weil sie sich im Großen und Ganzen von Dr. Albert immer kollegial und freundschaftlich behandelt fühlten, viel Förderung und Selbständigkeit erfahren hätten und somit insgesamt ein entsprechendes Dankbarkeitsgefühl auch vorhanden sei. Es sei ein Dilemma von Gefühlen: einerseits erlebten sie großzügige Gestaltungsräume, viel Anerkennung und freundschaftliche Umgangsformen und andererseits gebe es in der Ambulanzarbeit zunehmend das Gefühl des ungerechten Lohnes. Ihre einzige Form, diesem Konflikt Aus-



druck zu geben, sei so wenig Stunden wie möglich in der Ambulanz zu arbeiten und dies mit Mehrarbeit in der jeweiligen Abteilung zu entschuldigen. Beide empfinden wie ihre Ehefrauen, dass allmählich auch die privaten Beziehungen zwischen den Familien verspannt werden. Aber man sehe keine Möglichkeit, diesen Konflikt, der für Dr. Albert ja keiner sei, zu besprechen. Beide Psychologen und deren Ehefrauen tauschen sich über das Problem einverständlich aus. Jetzt weiß es auch der Supervisor und ist mit der Schweigepflicht belegt. Nur der Konfliktadressat Dr. Albert weiß von alledem nichts. In den nächsten Gesprächen mit Dr. Albert wird die Situation der häufigen Krankheit der beiden Kinderpsychotherapeuten angesprochen. Dr. Albert vermutet, ob es ein Generationsproblem sei, dass die ‚jungen Leute‘ eine geringere Belastungsfähigkeit in der Arbeit hätten als seine Generation? Ich begreife das als sein Angebot, suchend und hinterfragend das Belastungsgefühl und dessen Folgen verstehen zu wollen. Ich begeben mich mit ihm auf den Suchprozess und biete ihm an, dass es neben dem unterschiedlichen Generationsverstehen, vielleicht auch ‚Berufskulturunterschiede‘ gebe, die sich hier manifestieren: Ärzten ist eine Laufbahn- und Karrierekultur vorgegeben. In Krankenhäusern oder Kliniken ist klar, in welchen Zeiträumen der Weg vom Assistenzarzt zum Oberarzt geschehen sollte, damit man als tüchtig und erfolgreich gilt. Wer als Stationsarzt keinen weiteren Aufstieg plant und aus welchen Gründen auch immer nicht Oberarzt werden kann, der sollte spätestens zwischen 40 und 50 eine eigene Praxis anstreben, weil ein 50-jähriger Stationsarzt einen Hinderungsgrund haben muss, immer noch in dieser Rolle zu sein. Aufgrund dieser ‚Laufbahnkultur‘ und der Vorbilder ist die Leistungsbereitschaft, die Investition von Zeit und Kraft in den Beruf, enorm hoch angesiedelt. Dagegen gibt es bei Psychologen oder auch bei Kindertherapeuten eine vergleichbare Karrierevorgabe als ‚Berufslaufbahn‘ nicht. Der Beruf ist wichtig, aber er erfordert nicht das gleiche Karriereengagement wie bei Ärzten. Die Aufstiegsmöglichkeiten und damit die Vorbilder des Aufstiegs sind im Vergleich zu Ärzten dünn gesät. Psychotherapeuten können ausnahmsweise den vergleichbaren Rang eines Oberarztes erreichen, dann hört die Karriereleiter auf. Psychologen legen Wert auf fachliche Selbständigkeit in der Institution oder auf eine eigene Praxis, dagegen wollen wenige Chefs einer Institution werden, weil das in der Berufssozialisation nicht angeregt ist. Ärzte - mit Leistungssportlern verglichen - haben eine höhere Leistungsbereitschaft in der Berufssozialisation verinnerlicht und folglich auch mehr trainierte Leistungsfähigkeit in der Rollenhierarchie von Institutionen als Psychologen oder Sozialarbeiter, die vergleichsweise zwar beruflich engagiert und höchst interessiert sind, aber nicht gelernt haben, wie selbstverständlich meistens am Limit zu arbeiten, weil sich diese Daueranstrengung für einen ‚einfachen Sportler‘ nicht lohnt. Daraus ergibt sich, dass Dr. Albert mit seiner 50 Stundenwoche ein normales Arbeitspensum leistet, wie er das seit seinem Studium immer getan hat und die beiden Kindertherapeuten jahrzehntelang einen viel kürzeren Wochenrhythmus gelernt und verinnerlicht haben, weil es ein vergleichbares Karriereziel für sie nie gab. Auf maximal 40 Wochenstunden Trainierte können vorübergehend auf Anforderung 50 Stunden arbeiten, dann geht ihnen die Kraft aus und das Überforderungsgefühl wird immer stärker, was schließlich zu Erschöpfungen und Krankheiten führen kann. Krankheit ist übrigens der einzige legitime Grund, die 50 Stundenwoche zu verweigern, ohne offen gegen die Anforderungen des hochgeschätzten Chefs zu rebellieren. Im Hinblick auf die Ambulanz gebe es zudem den Unterschied zwischen den Mitarbeitern und ihm, dass die Ambulanz seine Einrichtung ist. Er ist also nicht nur der Chef, sprich der oberste Angestellte der Ambulanz, sondern auch der Inhaber, was eine wichtige zusätzliche Identifikation mit der Ambulanz beinhaltet. Wenn es um Förderung oder Beschädigung der Ambulanz gehe, dann bedeute das für ihn als identifizierten Inhaber gleichzeitig Ichförderung oder Ichbeschädi-

gung, während es ein solches symbiotisches Gefühl zwischen Ich und Institution bei den Mitarbeitern nicht gebe. Daraus ergeben sich Auswirkungen auf die innere Leistungsbereitschaft und die Leistungsfähigkeit im Vergleich zu anderen Lebenszugehörigkeiten wie Ehe und Familie, Freizeitwünschen oder Hobbys. Wie ich schon weiß, braucht Dr. Albert nach solchen diagnostischen Angeboten Zeit, darüber nachzudenken. Für ihn ist es wichtig, mit Distanz und in Ruhe abzuwägen, ob ihm solche Sichtweisen einleuchten und plausibel werden. Ich schlage ihm deshalb vor, er möge das in Ruhe bedenken, und wir könnten beim nächsten Gespräch weiter schauen, ob und ggf. welche Folgerungen sich daraus ergeben könnten. Für Menschen in Leitungspositionen ist es selbstverständliche Gewohnheit insbesondere in der eigenen Organisation, vorsichtig und respektvoll angesprochen zu werden. Sie sind es zwar gewohnt, von Ereignissen zu schnellem Handeln und Entscheiden gezwungen zu werden, nicht aber von Wahrnehmungen oder Forderungen von Mitarbeitern oder von Beratern. In der Sichtweise von Leitungspersonen ist der Berater in der Organisation - sofern er nicht idealisiert-veredelt wird - ein Mitarbeiter, bestenfalls ein ‚freier‘ Mitarbeiter, den man in die ‚eigene‘ Organisation geholt hat und bezahlt. Das Thema mit den beiden leitenden Psychologen kann ich in diesem Gespräch mit Dr. Albert noch nicht thematisieren, weil ich zuvor die Frage der Schweigepflicht mit den Therapeuten klären muss und weil die gleichzeitige Bearbeitung der beiden Problemkreise nach meiner Einschätzung zu viel auf einmal sein könnte. Deshalb sage ich Dr. Albert, ich benötige ein weiteres Gespräch mit den Psychologen, um mir Klarheit zu verschaffen, was und wie gemeinsam gesprochen werden könne. Er betont noch, dass ihm diese Spannung eigentlich noch wichtiger sei als die Situation der Überlastung der Kindertherapeuten, ohne das bagatellisieren zu wollen. Mit Dr. Albert vereinbare ich ein Telefongespräch bzgl. der Situation mit den beiden Kindertherapeuten und über seine Sekretärin ein Gespräch mit den beiden Psychologen. Dr. Albert hat nach drei Tagen mit mir dieses Telefongespräch und sagt, meine Interpretation bzgl. der Berufseinstellungen beschäftige ihn, er wolle mit den beiden Kindertherapeuten darüber sprechen. Ich schlage ihm vor, dass ich zunächst mit den Beiden reden möchte und in diesem geschützten Rahmen sehen will, ob sie diese Interpretation auch brauchbar finden oder ob ihnen auch andere Verstehenszugänge einfallen. Danach würde ich gerne ein Gespräch zwischen ihm und den Beiden beratend begleiten. Dr. Albers ist damit einverstanden. Gleichzeitig drängt er wieder auf die Klärung der Spannung mit den beiden Psychologen. Ich versichere ihm, dass ich in einem baldigen Gespräch mit den beiden Psychologen ein gemeinsames Gespräch vorbereiten möchte. Meinen nächsten Besuch in der Klinik und die getrennten Gesprächstermine mit den beiden Kindertherapeuten und den beiden Psychologen vereinbare ich über die Chefsekretärin.

Vom Setting her habe ich mich entschieden, die Probleme zwischen dem Leiter Dr. Albert und den Kindertherapeuten sowie das Problem zwischen dem Leiter und den abteilungsleitenden Psychologen getrennt zu bearbeiten. Bei einem gemeinsamen Setting wären die beiden je nach Thema jeweils nur mittelbar Betroffenen zur Überparteilichkeit verpflichtet, um nicht als chefhörig oder kollegenidentifiziert erlebt und verdächtigt zu werden. Sie kämen dann quasi als überparteiliche Berater in Co-Beraterrollen, was aber nicht explizit kontraktiert wäre. Kontraktieren möchte ich das aber zu diesem Zeitpunkt nicht, weil ich noch nicht weiß, ob ich hier Co-Beratung unterstützend für die Problemlösung benötige oder ob dadurch vielleicht meine überparteiliche Autorität eher geschwächt würde, zumal je nach Problemthema die Kindertherapeuten und die Psychologen mal Konfliktbetroffene und mal Co-Berater würden. Diese Komplexität der Rollen und der Verdächtigungsphantasien in einem Gesprächssetting würde ich nur eingehen wollen, wenn die fokussierte und getrennte



Konfliktbearbeitung mit den jeweils wechselnden Betroffenen nicht zu Klärungen führt. Die Reduktion der Konfliktkomplexität ist mir auch deshalb wichtig, weil der Leiter Dr. Albert bei einem gemeinsamen Setting sich einem komplexen Mitarbeiterkollektiv gegenüber sieht, was zusätzliche Ansprüche an seine Standfestigkeit und Autoritätsstärke in ihm weckt. Das könnte aber hier die Klärungssuche im reflektierenden Sinne erschweren. Es geht hier eher um die Annäherung unterschiedlicher Interessen, Wünsche und Möglichkeiten mit entsprechenden Wunsch-, Macht- und Angstgefühlen. In dem Gespräch mit den Kindertherapeuten frage ich die Beiden, was sie zur Änderung der Belastung tun würden, wenn sie allein entscheiden könnten. Beide würden eine dritte Kindertherapeutenstelle, zunächst vielleicht halbtags, schaffen und damit ihre 40 Stundenwoche wieder herstellen. Damit würde sich ihr Monatseinkommen wieder nach unten normalisieren, was sie gerne in Kauf nähmen für die Entspannung, die sie dafür zurückbekämen. Beide befrage ich, ob sie auch daran interessiert wären, stellvertretende Leiter der Ambulanz zu werden mit entsprechenden Gestaltungs- und Organisationsaufgaben. Wodurch die Ambulanz nicht nur in Abwesenheit von Dr. Albert, sondern in Teilen ständiger Delegation vom Stellvertreter geleitet würde. Beide reagieren zurückhaltend, aber der Ältere wirkt vorsichtig interessiert. Ich spiele das Modell durch mit Zuständigkeiten, Arbeitsbelastung, Gestaltungsentwicklung mit dem Chef, höhere Vergütung, mehr Einfluss auf das Gesamtkonzept der Klinik. Nach wie vor möchte der eine in diese Richtung seine berufliche Arbeit nicht verändern; der andere lässt sich hier ansprechen und denkt mit. Allmählich belebt ihn der Gedanke und sein Kollege fände die Konstellation nicht schlecht, weil er dem Kollegen die Entwicklung in eine solche Rolle zutraut - der hat Ideen und verhält sich klar und zugewandt zu Kollegen und Mitarbeitern. Es gäbe dann auch für ihn einen ‚kurzen Draht‘ zu institutionellen Fragen und Entscheidungen, wie es jetzt mit Dr. Albert nicht möglich sei. Die Belastung würde sich in der Stellvertreterrolle nicht verringern, die erhöhte Arbeitszeit vielleicht auch nicht, warum wäre das dann nicht zu viel? Beide bekommen die Vorstellung, dass die neue Aufgabe auch Lust- und Motivationskräfte freisetzen könnte, wenn man es denn wolle. Selbstgestaltung belebe anders, als Gestaltungsanordnungen zu folgen. Es wird noch einvernehmlich festgestellt, dass ich mit den Beiden Lösungsphantasien entwickelt und abgefragt habe, ohne einen entsprechenden Auftrag zu haben. Es ist also nicht mehr als ein Gedankenspiel. Ich vereinbare mit den Beiden, dass ich Dr. Albert frage, ob der Gedanke zu einem gemeinsamen Gespräch mit beiden Lösungsvorschlägen führen könnte. Die mit den Kindertherapeuten entwickelte Idee von Rollenveränderung und Organisationsentwicklung ist nun mit Dr. Albert zu besprechen. Dabei ist zu beachten, dass es in dem bisherigen Kontrakt mit Dr. Albert keinen Auftrag gibt, in diese organisationsverändernde Richtung zwecks Problemlösung zu denken. Wir befinden uns hier, an einer Wende zwischen Prozesssteuerung und Prozessbegleitung. In unserem nächsten Supervisiongespräch berichte ich Dr. Albert über das Gespräch mit den Kindertherapeuten und die dort entwickelten Gedanken. Wie schon gewohnt, nimmt Dr. Albert solche Anregungen von außen zunächst zurückhaltend und kommentarlos auf. Hier merke ich in seiner Bemerkung, er wolle heute etwas anderes besprechen, einen ablehnenden Unmut, den ich als meine Wahrnehmung anspreche. Es entsteht eine gefühlt lange Schweigepause zwischen uns. Auf meine Frage, was seinen Unmut bewirke, schaut er mich streng an und meint, das könne ich mir doch denken. Ich sage ihm: Mir wäre es lieber, wenn er es mir sagen würde. Er antwortet mit distanziert-kühler Stimme: Es gäbe keinen Auftrag an mich, organisationsverändernde Modelle mit seinen Mitarbeitern zu entwickeln. Ich bestätige ihm, verstanden zu haben, aus seiner Sicht übergriffig und grenzverletzend in meiner Beraterrolle gewesen zu sein. Dr. Albert nickt zornig. Nach kurzer Schweigepause frage ich ihn, ob ich meine an-

dere Sichtweise danebensetzen könne, damit wir zu einer Klärung kommen, die für beide geht? Ich fühle, dass er das für überflüssig hält, aber etwas verdruckst zustimmt. Dann möge ich sagen, was ich meine. Mir ist bewusst, dass wir hier an einer Schlüsselstelle der Beziehungs- und Kontraktentwicklung stehen. Dr. Albert ist es gewohnt, dass alle Organisations-, Konzept- und Entwicklungsfragen in ‚seiner‘ Klinik in seiner Anwesenheit bzw. in seinem Auftrag geschehen. Dies ist selbstverständlich seine unausgesprochene ‚Betriebsvereinbarung‘, an die sich offenbar im formellen Raum hier jeder hält. Nur informell gibt es zwischen Mitarbeitern und darüber hinaus Gespräche, die aber keinen Weg in die Organisation finden. Ich habe mich an diese unausgesprochene für Dr. Albert selbstverständliche Betriebsvereinbarung nicht gehalten und damit in seinen Augen eine Grenzverletzung begangen. Ich erzähle Dr. Albert sodann den Ablauf des Gesprächsprozesses mit den beiden Kindertherapeuten, wie hier schon dargestellt. Meine Vorgabe, die Beiden eingeladen zu haben, was sie überlegen und tun würden, wenn sie Leiter wären, mein Einbeziehen in diese Position und das konzeptentwickelnde Denken von dort aus. Und dazu benenne ich mein diesbezügliches Verständnis von Beratung: Der Berater versetzt sich in alle Rollen und versucht von dort aus zu verstehen und überprüft sein Verstehen, indem er es ausspricht und von den eigentlichen Rollenträgern bestätigen, widersprechen und gemeinsam weiterentwickeln lässt. Damit entsteht ein Denk- und Einfühlungsprozess über die eigene Rolle hinaus, die zu erweiterten Entwicklungsvorstellungen führt. Dieser Prozess der Einladung zum Mitdenken ist m.E. potentiell grenzenlos und bedarf lediglich einer Settingsbegrenzung, weil dieser Prozess nicht jederzeit in Konkurrenz zu anderen Prozessen in Gang gesetzt werden kann. Ich unterscheide zwischen Denkfreiheit und der Entscheidungszuständigkeit, die hier bei Dr. Albert liegt. Er hat das letzte Wort in dem, was gemacht wird, aber er bestimmt nicht, was gedacht wird. Und für das Gedachte, das ich anrege, schaffe ich Orte, wo Gedachtes ausgesprochen und diskutiert werden kann. Somit habe ich mit den Kindertherapeuten einen Denk- und Entwicklungsprozess begonnen, wie man das Stress- und Überarbeitungsproblem in der Ambulanz angehen könne und angefangen aus der Hoffnungslosigkeit zu führen, man könne in dieser Situation ja doch nichts machen. Für mein Verstehen sind dabei ansatzweise gefühlte Wege sichtbar geworden, aber keineswegs Lösungen, wie man es denn machen müsse, die in die Entscheidungszuständigkeit des Ambulanzleiters hineingrätschen. Allerdings würde bei diesem Prozess auch deutlich, dass für auf diese Art geschulte mitdenkende Mitarbeiter ein bloßes NEIN des Leiters zu ihren Gedanken nicht ausreicht, sondern sein Entscheidungsrecht einer plausiblen, nachvollziehbaren Begründung bedarf. Dr. Albert wirkt angerührt und will das Gesagte in Ruhe bedenken, und wir vereinbaren, dass er dann darauf zurückkommt. Uns Beiden ist klar, dass es hier sowohl um eine Rollen- und Kompetenzentwicklung der Mitarbeiter in der Klinik wie auch um die Überprüfung und Entwicklung des Kontrakts zwischen Klinikleiter und Berater geht. Wir vereinbaren, dass wir dafür möglichst bald ein weiteres Kontraktentwicklungsgespräch brauchen. Unausgesprochen ist uns Beiden klar, dass hierbei auch die Frage nach unserer Zusammenarbeit geklärt, weiterentwickelt oder die Zusammenarbeit beendet wird. Wenige Tage später sagt Dr. Albert in unserem vereinbarten Telefongespräch gleich am Anfang, es gehe gar nicht, dass ein Kindertherapeut stellvertretender Leiter der Ambulanz werde, das würde die gesamte Berufshierarchie auf den Kopf stellen; überdies könne er auch nicht so einfach eine weitere halbe Stelle schaffen, weil die Aufgabennachfrage in der Ambulanz so stabil ja nicht sei. Aus dieser Bemerkung entnehme ich, dass Dr. Albert meinen Kontraktveränderungsvorschlag grundsätzlich angenommen hat und wir grundsätzlich über rollenentwickelnde Ideen reden können, auch wenn er jetzt den vorliegenden Gedanken widerspricht. Ich bemerke, dass man m.E. die Identitäts-

entwicklung der Kindertherapeuten verstärken und das Subjektgefühl, in der Ambulanz mitgestalten zu können, vergrößern könne, wenn man über Rollenveränderung in Richtung Organisationsverantwortung nachdenken könnte. Wer in seiner Arbeit mehr mitbestimmen könne und sich weniger fremdbestimmt fühle, der sei weniger krankheitsanfällig, füge ich als Hypothese hinzu. Dr. Albert widerspricht nicht und betont gleichzeitig, so wie vorgeschlagen gehe es nicht. Da von ihm keine Ideen kommen, versuche ich weiter: Ob es nicht auch für ihn entlastend wäre, wenn einer der Kindertherapeuten Geschäftsführer oder Organisationsleiter in der Ambulanz würde. Damit würde ihm Alltagsarbeit abgenommen, die Berufshierarchie nicht angetastet und die Identifikation mit Gestaltungsideen bei den Kindertherapeuten angeregt. Dr. Albert geht nicht darauf ein, widerspricht dem aber auch nicht und lehnt noch einmal den Gedanken einer weiteren Halbtagsstelle ab. Ich wisse aus anderen Zusammenhängen, sage ich ihm, man könne auch einen Kindertherapeuten als Honorarmitarbeiter mit einem flexibel zu entwickelnden und zu gestaltenden Stundenumfang finden, dessen Einsatz dann von dem geschäftsführenden Kollegen organisiert werden könnte. Dr. Albert lehnt die Gedanken nicht ab und wolle darüber nachdenken. Ich halte ihn hier fest und schlage ein Gespräch zu viert vor, weil ich ahne, er möchte dies allein mit den Beiden besprechen, was m.E. aber in diesem Stadium einer beratenden Unterstützung bedarf, um nicht wieder in eine kommunikative Einbahnstraße zu geraten. Dr. Albert vereinbart mit mir ein Telefongespräch in zwei Tagen, nachdem er über die Vorschläge nachgedacht habe. In dem Telefonat teilt er mir mit, dass das Gespräch stattfinden solle, er halte zwar mein Dabeisein für überoptimiert, aber er wolle sich nicht sperren. So kommt das Gespräch zustande und erzielt folgende Ergebnisse: Der ältere Kindertherapeut soll Geschäftsführer der Ambulanz mit 30 Therapiestunden und 9 Stunden Geschäftsführung werden. Für das Aufgabengebiet macht der Kindertherapeut für Dr. Albert Vorschläge, ebenso für die Gestaltung des neuen Vertrages. Beide Kindertherapeuten suchen gemeinsam einen neuen Mitarbeiter auf Honorarbasis und führen die Vorgespräche. Dr. Albert wird dann zur Entscheidungsfindung alles vorgelegt. In der nächsten Leitungskonferenz wird darüber informiert. Ich schlage vor, dies als beabsichtigte Entscheidung in die Leitungskonferenz einzubringen, um Zustimmung, Kritik oder Ergänzungsideen zu wecken und dadurch eine Identifikation mit der möglichen Veränderung zu erreichen. Um das zu können, muss man als leitender Mitarbeiter das sichere Gefühl haben, die eigene Meinung ist bei dem Gestaltungsprozess gefragt. Es gehe darum, dass die leitenden Mitarbeiter ein solches Modell mit tragen und nicht als Fremdkörper empfinden, womit sie nichts zu tun haben. Die beiden Kindertherapeuten unterstützen meinen Vorschlag, Dr. Albert widerspricht dem nicht. So kommt es zur Vereinbarung eines Teamgesprächs, an dem neben den beiden Psychologen auch die ärztlichen Vertreter von Dr. Albert teilnehmen. Dr. Albert eröffnet diese Konferenz, indem er die erdachte Veränderung in der Ambulanz wie seinen Beschluss mitteilt und um Stellungnahme bittet. Es entsteht ein Schweigen, und ich merke, dass hier - wie vermutlich immer - die eingeübte und verinnerlichte Institutionskultur der Klinik zu greifen beginnt: Dr. Albert äußert Gedanken, Ideen, Vorschläge jeweils mit Nachdruck als seine Willensäußerung. Dem widerspricht man nur im Ausnahmefalle dann, wenn z.B. eigene Interessen besonders stark tangiert sind. Ansonsten stimmt man zu oder schweigt. Schweigen kann hier Gleichgültigkeit, Desinteresse, Zustimmung oder andere Meinung bedeuten, die es aber nicht auszusprechen lohnt. Um diesen Wiederholungsablauf hier zu durchbrechen, berichte ich an dieser Stelle über den bisherigen Entwicklungsablauf in dieser Sache und sage, diese Sitzung diene nicht nur der Information, sondern man habe in den Vorgesprächen angedacht, hier die Meinung der Leitungsrunde zu erbitten, um möglichst eine gemeinsame Entscheidung zu finden. Ich frage dann die Ärzte

und die Psychologen einzeln, ob und welche Informationen sie haben möchten, um hier mitdenken zu können. So entwickeln sich Rückfragen und Bedenken, die diskutiert und geklärt werden können. In dieser Phase überlässt Dr. Albert mir die Gesprächsführung und blickt zwischendurch etwas angestrengt auf seine Uhr. Nachdem alle Fragen und Anmerkungen in Ruhe und Ausführlichkeit besprochen sind, hat niemand mehr Bedenken und das veränderte Ambulanz-Modell findet Konsens. In der Pause danach flüstert mir Dr. Albert zu: *„Das hätte auch schneller gehen können.“* Ich flüstere zurück: *„M.E. war das gut investierte Zeit.“* Darüber werden wir in der nächsten Einzelsupervision reden, denke ich unausgesprochen. Dr. Albert empfindet die Art von Kommunikation, die ich zu entwickeln versuche, nach wie vor als übertrieben, ausschweifend und zu viel Zeit erfordernd. Dennoch hat sich in der Beziehung zwischen uns verändert, dass er mich arbeiten lässt mit der inneren Schlussfolgerung, dass die Art meiner Beratung weder ihm noch dem Entwicklungsprozess der Klinik schadet. Der innere Kontrakt zwischen uns verändert sich. Vertrauen entwickelt sich trotz Andersartigkeit und empfundener Fremdheit. Mit den Ergebnissen der Gespräche ist er einverstanden, die Prozesse dahin sind ihm zu lang. Unser Ringen um die Kontraktbedingungen geht weiter. Für die Mitarbeiter entwickelt sich hier eine veränderte Gesprächskultur, alle werden mit ihren Meinungen einbezogen. Das Interesse und das Verantwortungsgefühl für die Entwicklung der Klinik werden aktiviert und wachsen. In der Folgezeit findet der neue Geschäftsführer der Ambulanz in Zusammenarbeit mit seinem Kollegen zwei Kindertherapeutinnen, die auf Honorarbasis mit je 10 - 20 Stunden flexibel nach Bedarf mitarbeiten wollen, es kommen probeweise Vereinbarungen zustande und das Modell beginnt. Vor der Honorarvereinbarung empfehle ich die üblichen Honorarsätze bei Praxen zu erkunden und vergleichsweise zu verfahren. Es erweist sich, dass ein Honorarsatz von 70 - 80 % der Kassenhonorare üblich ist, je nach Berechnung für sonstige Kosten. Ich sage dem Ambulanz-Geschäftsführer, dass ich darüber zunächst mit Dr. Albert sprechen möchte, bevor hier seinerseits Vertragsgespräche laufen. Die Begründung möchte ich ihm später sagen. Das inzwischen gewachsene Vertrauen zwischen uns lässt dieses Vorgehen zu.

Im nächsten Gespräch mit Dr. Albert spreche ich die Honorarfrage an. Uns Beiden ist sofort klar, dass hier auch die bisherige Honorierung der Psych. Psychotherapeuten mit zum Thema wird. Damit wird die Honorarfrage öffentlich. Ich sage Dr. Albert, ich wisse, dass die Psych. Psychotherapeuten in der Ambulanz 60 % der Kassenabrechnung bekommen. Dr. Albert sagt nach einer Pause, er habe darüber noch nie nachgedacht und wusste von den üblichen Sätzen in Praxen nichts. Ich finde es müßig zu analysieren, ob diese Aussage stimmt oder ob es seine Schutzbehauptung ist. Wichtiger scheint mir hier die Lösungssuche. Wenn Dr. Albert die Honorarverhandlung mit den beiden neuen Kindertherapeutinnen 70 oder 80 % je nach Rahmenbedingungen ablehnt oder beginnt, dann wird die vergleichsweise niedrige Honorierung der Psych. Psychotherapeuten öffentlich und bedarf der plausiblen Begründung. Dr. Albert und ich haben eine solche Begründung nicht. Ich sage Dr. Albert hier, dass mir die bisherige Honorierung der Psych. Psychotherapeuten peinliche Gefühle bereite, und ich denke, Dr. Albert habe darüber noch nie nachgedacht. Dr. Albert holt aus und poltert, was er bisher alles für die Beiden getan habe und dass die ja wohl mit dem 60 % Prozent-Honorar auch symbolisch etwas zurückgeben können. Unterm Strich kämen die ja wohl nicht zu kurz. Ich schlage Dr. Albert vor, dass man das besprechen sollte, und ich mit den Beiden ein Vorgespräch benötige. Dr. Albert stimmt zu. Das Gespräch mit den beiden Psych. Psychotherapeuten ergibt zunächst Erleichterung, dass durch die neue Situation in der Ambulanz die Honorarfrage endlich besprechbar wird. Selbstverständlich wollen beide den Prozentsatz, der dann für alle gilt. Der Zorn über die bisherige Vergütung ist damit

nicht beruhigt. Je länger wir darüber sprechen, umso mehr finden neben dem Zorn auch Gedanken Raum, was die Zusammenarbeit zwischen Dr. Albert und ihnen darüber hinaus beinhalte. Beide widersprechen nicht meiner Zusammenfassung: Dr. Albert hat ihnen Positionen, Arbeitsplätze, Status, Gehälter und anerkennende Zusammenarbeit ermöglicht, die im Vergleich zu ihren Kollegen in anderen Kliniken recht gut aussehen. An der Stelle mit den Honoraren hat dieses Gesamtbild einen Bruch. Wenn das nicht besprechbar werde, dann müsste man sich wohl trennen. Ich frage Beide, ob sie glauben können, dass Dr. Albert von den üblichen Praxissätzen nicht gewusst habe? Sie bezweifeln das. Ich frage weiter, ob sie denn von den Praxissätzen gewusst haben? Der eine verneint, er habe sich nie darum gekümmert. Der andere wusste davon. Warum er das nie ins Gespräch gebracht hat, kann er zunächst nicht beantworten. Dann ergänzt er, er habe es zwischenzeitlich vergessen, er habe wohl den Konflikt darum befürchtet. Sein Unbehagen darüber sei auch erst durch den Kollegen wach geworden, der ihm gegenüber und in Zusammenkünften mit den Ehefrauen das Thema manchmal als ‚inakzeptable Schräglage‘ angesprochen habe. Dann hatten alle vier das gleiche Ungerechtigkeitsgefühl. Beide möchten mit Dr. Albert darüber reden und wünschen sich eine einvernehmliche Lösung. Gleichzeitig gebe es gereizte und peinliche Gefühle. Es stimme auch nachdenklich, dass erst durch die Neueinstellung der Honorarmitarbeiter in der Ambulanz und die eingeholten Vergleichssätze sich für sie der Lösungsdruck ergebe. Warum habe man intern nicht vorher überlegt, wie man den Konflikt angehen könne, zumal zumindest einem die üblichen Honorarsätze bekannt waren? Ich frage, ob es zu viel Furcht vor einer Auseinandersetzung mit Dr. Albert gegeben habe? Es könnte ja auch sein, dass es für einen inneren Ausgleich wichtig war, den sonst großzügigen und fördernden Chef dauerhaft bei einer Schwäche oder Unredlichkeit erwischt zu haben und das dann dauerhaft der eingeforderten Idealisierung gegenüberstellen zu können? Beide sagten, wenn Dr. Albert mit etwas nicht einverstanden sei, dann ende regelmäßig ein Diskurs; er ziehe sich zurück und wirke beleidigt. Sie fühlten sich schlecht und könnten das nie mehr ansprechen. Ich frage, ob sie das im nächsten Gespräch tun wollen oder ob sie einverstanden wären, wenn ich sage, dass wir hier darüber gesprochen hätten? Mit dieser Frage wollte ich gleichzeitig andeuten, dass ich ein weiteres Schweigen zu diesem Kommunikationsproblem ausschließe. Beide meinten, sie wollen es ansprechen. Meine Unterstützung sei vielleicht nötig, wenn Dr. Albert darauf nicht eingehe. Das sagte ich ihnen zu. Zur Vorbereitung auf das gemeinsame Gespräch mit Dr. Albert gehörte natürlich die materielle Lösungssuche. Für Beide war es selbstverständlich, dass ihre Stundensätze ab sofort angeglichen werden. Rückwirkend wünschten sie sich eine Nachzahlung, großzügig oder wenigstens begrenzt sichtbar als Symbol von Wiedergutmachung. Andererseits möchten sie die Sache keinesfalls auf eine rechtliche Auseinandersetzung heben. Schließlich sei ihr Anteil die bisherige Vermeidung des Gesprächs darüber und der für sie höhere Wert einer weiteren Zusammenarbeit in der Klinik. Ich ergänzte, dass es meines Erachtens auch keinen Rechtsanspruch auf Honorarhöhe bei diesen frevereinbarten Bezahlungen gäbe. Meine angenommene Schlichterrolle habe ich dann im Einzelgespräch mit Dr. Albert fortgesetzt. Hier war schnell klar, dass die Honorarsätze ab sofort angeglichen werden. Eine rückwirkende Lösung lehnte Dr. Albert ab. Er habe die Vergleichssätze nicht gekannt und kein falsches Spiel gespielt. Und wenn die Beiden mit den Sätzen nicht einverstanden waren, dann hätten sie es sagen müssen. Ich gebe zu bedenken, wenn beide Seiten durch Unwissen oder Konfliktfurcht bisher vermieden haben, dieses Thema anzusprechen und zu klären, sei für mich nicht einsehbar, warum nicht beide Seiten dafür verantwortlich seien und somit über einen Kompromiss zur Lösung beitragen könnten? Hier gehe es ja auch um den Erhalt einer Zusammenarbeit und Freundschaft, die nicht hierarchisch, sondern in



Augenhöhe lebe. Nach einer Pause sagt Dr. Albert, ihm sei die Sache sehr unangenehm, und er wolle das vom Tisch haben. Alles andere wolle er dem gemeinsamen Gespräch überlassen. Dieses Gespräch findet zwei Wochen später statt. Beide Psych. Psychotherapeuten sagen, dass sie schon einige Zeit ein Unbehagen in dieser Honorarsache haben. Grundsätzlich gebe es ein gutes Gefühl, in einer solchen Privatklinik zu arbeiten, wo der Klinikeigentümer auf Gewinnerwirtschaftung verzichte. Daneben würde das Gefühl der Gewinnerwirtschaftung über die Ambulanz das Bild stören. Dr. Albert sei somit ihr Chef, ihr Freund und ein klassischer Unternehmer, der sie verpflichte. Dr. Albert verstehe Einnahmeüberschüsse aus der Ambulanz als Gehaltszulage, die so mit dem Klinikeigentümer vertraglich sind. Er trage die alleinige Verantwortung für die Ambulanz, wozu die fachliche Werbung und Öffentlichkeitsarbeit durch Vorträge, Gespräche und Mitarbeit in Gremien gehöre. Diese Arbeit komme natürlich gleichzeitig der Klinik zugute. Auf meine Frage an die Psychotherapeuten, ob sie das Vertragsmodell grundsätzlich verändern möchten, sagen sie, dass dies natürlich ihr kollegiales Gefühl verändern würde, aber es sei für sie nachvollziehbar, dass man sich wohl darauf nicht verständigen könne. Ich fasse zusammen, dass man sich fachlich kollegial verstehe, aber sowohl ungleich bewertete Berufe als Facharzt und fachärztlich gleichgestellter Psychotherapeut und institutionell hierarchisch keine gleichen Rollen habe. Hinzu komme die Unternehmerrolle von Dr. Albert in der Ambulanz. Dieser relativiert hier, die Ambulanz sei ja kein freies Unternehmen, sondern ein Dienstleister für die Klinik und könne und wolle nicht unternehmerisch expandieren. Eine weitere Debatte über Transparenz und Teilhaberschaft endet hier, weil Dr. Albert hier grundsätzlich nichts verändern will und die beiden Psychotherapeuten auch nicht Teilhaber in der Ambulanz werden wollen. Bezüglich des ‚gerechten Honorars‘ einigt man sich problemlos wie andernorts üblich. Dann geht es um die 60% Zahlungen in der Vergangenheit, die beide Seiten nie angesprochen haben. Hier einigt man sich auf eine Nachzahlungspauschale, wobei ich den zu findenden Kompromiss immer wieder vor der Beschlussfassung ob der Gefühlsauswirkungen geduldig befrage. Es geht in dem Gespräch darum, einen Betrag zu finden, der für beide Seiten ‚gerade noch‘ als erträglich empfunden wird, um die zukünftige Zusammenarbeit damit nicht unerträglich zu belasten. Der Berater versucht in diesem zeitlupenartigen Prozess sich in die Lage jedes einzelnen zu versetzen und äußert die Gefühle, die er dabei spürt. Er fragt, ob diese Gefühle denen des jeweils Betroffenen entsprechen oder wie diese stattdessen seien. Daraus erschließt sich allmählich für alle transparent, was ist für jeden ‚gerade noch erträglich‘ als Grundlage des zu findenden Kompromisses, der eine Basis für die zukünftige Zusammenarbeit sein kann. Diese Sitzung dauerte lange, die vereinbarte Zeit wurde zweimal verlängert, zumal zwischendurch immer wieder Unmutsäußerungen von beiden Seiten zu bearbeiten waren. Schließlich brachte der Kompromiss Erleichterung, dass die zukünftige Zusammenarbeit - wenn auch distanzierter als bisher - nicht gefährdet schien.

Die Leitungssupervision mit Dr. Albert wurde fortgeführt, wobei in den nächsten Sitzungen der bisherige Beratungsprozess reflektiert und aufgearbeitet wurde. Dabei war es immer wieder möglich zu beobachten, wie Dr. Albert machtvoll hierarchische Situationen in Gang setzt, die Mitarbeiter in dementsprechende Alternativrollen einlädt oder zu zwingen sucht, obwohl er doch vielmehr eine flache, ja fast kollegiale Kultur in seiner Klinik entwickeln wollte. Wir vereinbarten, auch ohne aktuellen sichtbaren Problemanlass zunächst alle drei Monate je einen Beraterkontakt mit den Psychotherapeuten und den Kindertherapeuten ohne ihn und mit ihm, um zu sehen, ob und wie die Veränderungen wirken und sich entwickeln. In den Einzelgesprächen mit Dr. Albert wurden neue Szenen mit den von mir erlebten verglichen und Wiederholungen oder Veränderungen reflektiert. Dieser Art der



vergleichenden Reflektion wurde Dr. Albert zunehmend zugänglich, seine anfängliche Reaktion, ich wisse ja nicht, wie es wirklich sei, wiederholte sich selten.

Ich fasse zusammen:

Die Kunst der Beziehungsentwicklung zwischen Dr. Albert und dem Berater ist auf dem Weg vom Anfangssetting, in dem Dr. Albert in seinem Rahmen bleibt und der Berater zuhört und gelegentliche Anmerkungen macht, die beliebig aufgenommen oder übersehen werden, über die Entwicklung seiner Bereitschaft, Settingsveränderungen des Beraters mit distanzierter Skepsis zuzulassen und diese Settings am jeweiligen Ergebnis zu messen. Es scheint Dr. Albert zu überzeugen, dass Prozessabläufe offener Gespräche die Betriebskultur und das Engagement verbessern. Er lässt diese Prozesse durch den Berater gesteuert zu. Ob er diese Haltung irgendwann übernimmt und sich zu eigen macht, kann man als Berater hoffen. In diesem Beratungsprozess fanden verschiedene Settings statt, die der Berater diagnostisch auf der Grundlage der Problem- und Prozessindikation entwickelt, begründet, vorschlägt und kontraktiert. Settings verstehe ich als Strukturinterventionen im Beratungsprozess. Bei der Settingsentwicklung zeigt sich, ob und wie eine Beratung entwickelt oder begrenzt oder eingengt oder gar beendet werden muss. Das Setting ist der Rahmen, die Szene für die Beratung, die der Berater kreiert, also erfindet und entwickelt, den Verantwortlichen der Organisation und den Supervisanden ausführlich begründet vorschlägt, dann verhandelt und vereinbart. Das jeweilige Setting ist Teil des Kontraktes. Kontrakte sind Vereinbarungen auf der Grundlage von Verhandlungen zwischen dem professionellen Berater und den Beratungssuchenden. Beratungssuchende sind einzelne Personen oder Gruppen oder Organisationen, die von Beauftragten oder Leitungspersonen repräsentiert werden. Zum Kontrakt gehören nicht nur Rechtsvereinbarungen über Zeit, Ort oder Geld, sondern eigentlich ist der dauernde Verhandlungsprozess in der Supervisionsarbeit ein Kontraktprozess. In unserem Beispiel gab es Kontrakte des Beraters mit den Kindertherapeuten, den Psychotherapeuten, dem Leitungsteam der Klinik und dem Leiter in der Doppelrolle als Supervisand und als Repräsentant der Organisation. Für die Beratungsbeziehung ist es entscheidend wichtig, diese Kontrakte zu gewichten. Es gibt zunächst den Kontrakt zwischen Dr. Albert und dem Berater, der ununterbrochen als Leitungssupervision für den gesamten Beratungsprozess gilt. Daneben gibt es situative oder begrenzte Kontrakte mit den Psychotherapeuten und den Kindertherapeuten, die jeweils mit Zustimmung von Dr. Albert geschlossen wurden. Die zu entwickelnde Vertrauensbeziehung in der Leitungssupervision bedingt die Gewissheit, dass der Berater zu keinem Zeitpunkt ohne klärende Absprache gegen die Interessen von Dr. Albert arbeitet. Die Arbeit für die Denkfreiheit der Mitarbeiter mit der Folge der Artikulationsfreiheit beinhaltet nicht eine Parteilichkeit für deren Interessen. Ebenso beinhaltet die Überparteilichkeit des Beraters, dass er nicht der parteiliche Dienstleister für die Interessen des Leiters wird. Bei dem Gedanken der Psychotherapeuten, die Ambulanz von einem Privatunternehmen des Dr. Albert in eine Abteilung der Klinik zu verwandeln, kam ich in eine innere Konfliktsituation. Für mich stellte sich wie für die Psychotherapeuten die Gerechtigkeitsfrage, ob die Schenkung des Mäzens an Dr. Albert bei der Klärung des Konflikts um die Bezahlung also den ‚gerechten Lohn‘ in der Ambulanz mitdiskutiert und evtl. beendet werden könnte. Diese Lösung lag auch mir nahe. Ich spürte aber gleichzeitig, dass dies Dr. Albert als kollektive Enteignung unter Federführung des Beraters verstehen würde und damit sein Vertrauen in die Überparteilichkeit des Beraters enden würde. Meine persönliche-innere Parteilichkeit für die ‚Entkapitalisierung der Ambulanz‘ hatte somit dem Abstinenzgebot in der Beratung zu folgen, weil die Überparteilichkeit und damit die Weiterentwicklung des Beratungsprozesses in der Konfliktbearbeitung friedlicher Kompromissuche hier für mich

Priorität hatte. Das Vertrauensverhältnis in der Supervision endet, wenn der Kontraktpartner das Gefühl hat, der Berater arbeitet gegen ihn. Zu diesem Vertrauensverhältnis und der Überparteilichkeit gehört auch, dass die Psychotherapeuten nicht erfahren, dass ich persönlich ihren Wunsch der Umwandlung der Ambulanz in eine Abteilung der Klinik favorisiere. Wenn ich aufgrund meiner Wertvorstellung diese Entscheidung zur Überparteilichkeit nicht treffen oder durchhalten kann, dann endet hier für mich der Beratungskontrakt, weil ich die überparteiliche Beraterrolle nicht durchhalte. Mir ist bewusst, dass es hier erheblichen Diskussionsbedarf geben kann, den ich anstoße, ohne dass er jetzt stattfindet. - Jedem Ende wohnt ein Anfang inne. Ich danke allen fürs Zuhören.

*„Was der Handelnde will, macht er zum Ziel seines Handelns. In sozialen Interaktionen bringt er sein Interesse dadurch zum Ausdruck, dass er es als Erwartung an den anderen adressiert. Nun ist es wichtig, ob sprachlich Erwartungen als Aufforderungen geäußert werden, die letztlich Gehorsam des Adressaten wünschen...“*

*Aus Gerhard Leuschner: „Macht und Machtkontrolle in sozialen Institutionen als Fokus in der Supervision.“ (Forum Supervision, Heft 2, 47ff)*

**Aufsätze zum ergänzenden Nachlesen:**

- Leuschner, G. (2004): Institutionskompetenz im Krankenhaus, in: Supervision und Organisationsberatung im Krankenhaus (Veröffentlichungen der DGSV), Weinheim/München: Juventa Verlag, S. 93-106.
- Leuschner, G. (2007): Supervision - eine Kunst der Beziehung, in: Zeitschrift Supervision, Heft 2/2007, S.14-22.
- Huber, U./Leuschner, G. (2010): Generationsdialog, in: Zeitschrift Supervision, Heft 2/2010, S. 36-40.