

MASTERTHESE

**ZUR ERLANGUNG DES AKADEMISCHEN GRADES
,Master of Science - MSc'
Supervision – Schwerpunkt Gesundheitswesen
Nachgraduierung**

Erica Brühlmann-Jecklin

Vorgelegt im November 2005

**Zentrum für Psychosoziale Medizin
An der Donau-Universität Krems**

Supervision bei Pflegefachleuten

Eine Studie zur Situation in der Schweiz

Erica Brühlmann-Jecklin

Verantwortlicher Hochschullehrer: Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

Zusammenfassung

Supervision bei Pflegefachleuten

Eine Studie zur Situation in der Schweiz

Die Masterarbeit ist in zwei Teile gegliedert. Ziel der Arbeit war es, die gegenwärtige Situation von Pflegefachleuten hinsichtlich Supervision zu erforschen.

Im ersten Teil wird theoretisch auf den Begriff Integrative Supervision und auf die Herkunft des Wortes eingegangen, werden Bezüge zur Krankenpflege gemacht und die Hypothesen erstellt. Wirkung von Supervision aber auch Nebenwirkungen und mögliche Schädigungen sollen untersucht werden. Der Forschungsstand der Supervision wird zusammengefasst dargestellt und das Arbeitsfeld der Pflege erläutert. Folgenden drei Hypothesen wird in einer Untersuchung nachgegangen.

‚Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht zur Regelmässigkeit.‘

‚Viele mit Pflegefachleuten arbeitende SupervisorInnen haben nicht die dafür erforderliche Aus- oder Weiterbildung.‘

‚Supervision in der Pflege erfordert ‚Feld- und Fachkompetenz.‘

Schliesslich wird kurz auf Pflegequalität und Pflegeforschung eingegangen.

Im zweiten Teil der Arbeit werden die Ergebnisse dargelegt und die Hypothesen überprüft, die sich weitgehend bestätigen. Befragt wurden 316 Pflegefachleute. Es zeigt sich, dass die ethischen Richtlinien der Schweigepflicht bzw. des Einholens der Erlaubnis beim Patienten, der als ‚Fall‘ supervisorisch betrachtet wird, wenig bis gar nicht eingehalten werden. Als Nebeneffekt der Untersuchung wird deutlich, dass der Paradigma-Wechsel zugunsten eines mündigeren selbstverantwortlicheren Patienten in der Praxis nicht wirklich stattgefunden hat.

Schlüsselworte

Supervision, Integrative Supervision, Pflege Ethik ‚supervisorische Feld- und Fachkompetenz, Wirkung von Supervision, Nebenwirkungen und Schädigungen

Summary

Supervision of qualified nurses

A study of the situation in Switzerland

The study is composed in two parts. Aim of the study was to examine the present situation relating to the supervision of qualified nurses.

The first part covers the theoretical concept of integrative supervision, the origin of the notion supervision, the relation to nursing and the forming of hypothesis. Effects, side effects and possible damage of supervision shall be examined. The results concerning the status of supervision in the context nursing environment will be presented and discussed.

The following three hypotheses will be examined:

‘Supervision is not a regularity for qualified nursing staff.’

‘Many supervisors have not received accredited initial nor further training.’

‘Supervision of nursing activities requires field and task competencies.’

To conclude a brief exposé is made on nursing quality and experimentation.

The second part of the study shows the results and checks on the hypothesis formulated; which are largely confirmed.

316 qualified nurses were questioned. It was noted that ethical guidelines of professional discretion and data protection such as obtaining patients’ consent to be presented as a supervisory "case" are almost entirely neglected. A clear side effect of this research is that the change of paradigm to favour a responsible adult citizen as a partner for the medical system has not yet really taken place.

Keywords

Supervision, Integrative Supervision, Nursing, supervisory field and task competence, effects, side effects, damage by supervision

Widmung und Dank

Ich möchte diese Arbeit meiner **Mutter** widmen, die während der Studiumszeit verstorben ist. Sie war es, die stets an mich glaubte, wiewohl Frauen ihrer und meiner Zeit in einem bündnerischen Dorf nicht die Förderung erfahren konnten, die ihren Begabungen entsprochen hätte. Sie war es, die meinen Weg mit besonderem Interesse und mit Genugtuung verfolgte. Mit Freude vernahm sie noch von der bestandenen mündlichen Prüfung. Ich spüre ihr gegenüber eine grosse Dankbarkeit, der ich hier Ausdruck geben möchte. Sie hat mich gelehrt, die Menschen zu lieben, so wie sie sind. Ihr Wahlspruch: „Jedes tut, wie es kann!“ hat mir die Toleranz beigebracht, die in unserer Arbeit unverzichtbar ist.

Danken möchte ich **Christina Winkler** für die ausgezeichnete Zusammenarbeit hinsichtlich statistischer Auswertung der Daten.

Mein ganz besonderer Dank gilt meinem Hochschullehrer **Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold**. Er hat wie niemand zuvor meiner intellektuellen Nachsozialisation Förderung gegeben und mich immer wieder für neue – nächste Schritte ermuntert. Ihm verdanke ich sehr viel.

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG – WAHL DES THEMAS	1
1.1	PROBLEMKREIS	1
1.2	BEGRÜNDUNG DER FORSCHUNGSARBEIT	2
1.3	ZIELE DER FORSCHUNGSARBEIT	2
2	SUPERVISION	4
2.1	GESCHICHTLICHES	4
2.2	DIE ROLLE DER SUPERVISORIN UND DES SUPERVISANDEN	7
2.3	DEFINITIONEN	8
2.4	ABGRENZUNG VON SUPERVISION ZU COACHING UND CASE MANAGEMENT	10
2.5	BEGRÜNDUNG DER DEFINITIONSWAHL	11
2.7	SUPERVISIONSSYSTEME – SUPERVISIONSSETTINGS	18
2.8	SUPERVISION IN KLINISCHEN SETTINGS – STRUKTURELLE UND RECHTLICHE FRAGEN	21
2.9	WIRKUNG VON SUPERVISION	26
2.10	„RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN“ VON SUPERVISION	29
2.11	SUPERVISION UND ETHIK	30
2.12	ETHIK IN DER PFLEGEPRAXIS	31
3	FORSCHUNGSSTAND SUPERVISION	33
3.1	GRUNDSÄTZLICHES	33
3.2	BEI PFLEGEFACHLEUTEN UND PFLEGESETTINGS	35
3.3	FORSCHUNGSFRAGEN FÜR DAS FELDE DER PFLEGE	36
4	DAS ARBEITSFELD DES MEDIZINALFACHBERUFS DER PFLEGEFACHLEUTE	39
4.1	GESCHICHTLICHE ENTWICKLUNG – VON DER KRANKENSCHWESTER ZUM MEDIZINALFACHBERUF	39
4.2	PFLEGE UND PFLEGEWISSENSCHAFT	41
4.3	PFLEGEQUALITÄT – QUALITÄTSBEGRIFF UND QUALITÄTSSICHERUNG IN DER PFLEGE	42
4.4	STRUKTURQUALITÄT – DER EINFLUSS VON KONTEXTBEDINGUNGEN AUF ARBEITSKLIMA UND PFLEGEQUALITÄT	43
4.5	ARBEITSFELDER DER PFLEGE	45
4.6	ZUR FRAGE DER FELDE- UND FACHKOMPETENZ BEI SUPERVISION IM BEREICH DER PFLEGE	45
4.7	ZU EINEM INTEGRATIVEN KONZEPT DER PFLEGE	46
5	HYPOTHESEN UND FORSCHUNGSFRAGEN	52
5.1	ERSTE HYPOTHESE: SUPERVISION GEHÖRT BEI PFLEGEFACHLEUTEN NICHT ZUR REGELMÄSSIGKEIT	52
5.2	ZWEITE HYPOTHESE: VIELE MIT PFLEGEFACHLEUTEN ARBEITENDE SUPERVISORINNEN HABEN NICHT DIE DAFÜR ERFORDERLICHE AUS- ODER WEITERBILDUNG	52
5.3	DRITTE HYPOTHESE: SUPERVISION IN DER PFLEGE ERFORDERT FELDKOMPETENZ	52
5.4	FORSCHUNGSFRAGEN	52
6	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	54
6.1	WAHL DER METHODE, METHODISCHES VORGEHEN	54
6.2	DATENERHEBUNG - STUDIENDESIGN	55
6.3	STICHPROBE, RÜCKLAUFQUOTE	56
7	ERGEBNISSE	57
7.1	ARBEITSKONTEXT	59
7.1.1	ÖFFENTLICHE VS. PRIVATE EINRICHTUNG	60
7.1.2	ART DER EINRICHTUNG	60
7.1.3	FÜHRUNG DER INSTITUTION	61
7.1.4	LEITBILD	61

7.1.5 INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT	62
7.2 SUPERVISION	62
7.2.1 SUPERVISION BEKANNT ODER NICHT?	63
7.2.2 FINANZIERUNG DER SUPERVISION	63
7.2.3 QUANTITÄT DER SUPERVISION.....	64
7.2.4 ORT DER DURCHFÜHRUNG DER SUPERVISION.....	65
7.2.5 FORM DER SUPERVISION.....	65
7.2.6 TEILNAHME FREIWILLIG VERSUS NICHT FREIWILLIG	66
7.2.7 ANZAHL SUPERVISION IN DEN LETZTEN 6 MONATEN	66
7.2.8 DAUER DER SITZUNGEN	67
7.2.9 VERSCHWIEGENHEITSPFLICHT	68
7.2.10 EINHOLEN DER ZUSTIMMUNG DER PATIENTEN.....	69
7.3 PERSON DER SUPERVISORIN, DES SUPERVISORS.....	69
7.3.1 ALTER UND GESCHLECHT	69
7.3.2 GRUNDAUSBILDUNG UND WEITERBILDUNG SUPERVISOR, SUPERVISORIN.....	70
7.3.3 PSYCHOTHERAPIEAUSBILDUNG DES SUPERVISORS, DER SUPERVISORIN	70
7.3.4 SPEZIFISCHE SUPERVISIONSAUSBILDUNG UND WELCHE?.....	71
7.3.5 SUPERVISORIN UND VERBANDSMITGLIEDSCHAFT	72
7.3.6 SUPERVISIONSERFAHRUNG DER BEFRAGTEN?.....	72
7.4 WIRKUNG VON SUPERVISION	73
7.4.1 NUTZEN VON SUPERVISION	73
7.4.2 KONKRETE NEGATIVE ERFAHRUNGEN MIT SUPERVISION (TEXTANTWORT)	74
7.4.3 KONKRETE POSITIVE ERFAHRUNGEN MIT SUPERVISION (TEXTANTWORT).....	76
7.5 EINSCHÄTZUNG DER SUPERVISION, DER SUPERVISORIN BZW. DES SUPERVISORS.....	78
7.5.1 KOMPETENZ DER SUPERVISORIN, DES SUPERVISORS.....	78
7.5.2 WICHTIGKEIT VON MEDIZINISCHEM FACHWISSEN UND FELDKOMPETENZ IN DER	78
INSTITUTION	78
7.5.3 VERBINDUNG MIT DEM BEGRIFF SUPERVISION (TEXTANTWORT).....	79
7.5.4 ERWARTUNGEN, WELCHE AN SUPERVISION GESTELLT WERDEN	80
7.5.5 ALS WAS WIRD DER/DIE SUPERVISORIN BETRACHTET?.....	81
7.5.6 IDEALALTER DES SUPERVISORS, DER SUPERVISORIN	81
7.6 ‚RISIKEN UND NEBENWIRKUNGEN‘ VON SUPERVISION	81
7.6.1 ‚RISIKEN‘ FÜR BEFRAGTE, FÜR PATIENTINNEN, FÜRS TEAM.....	81
7.6.2 PROTEKTIVE UND PRÄVENTIVE FAKTOREN VON SUPERVISION FÜR BEFRAGTE, FÜR	84
PATIENTINNEN, FÜRS TEAM.....	84
 8 ZUSAMMENFASSUNG.....	 89
 9 DISKUSSION UND AUSBLICK.....	 99
 10 LITERATURVERZEICHNIS	 101
 11 ANHANG.....	 107
11.1 BEGLEITBRIEF	107
11.2 FRAGEBOGEN.....	108
11.3 TABELLENVERZEICHNIS	112
11.4 ABBILDUNGSVERZEICHNIS	112

1 Einleitung – Wahl des Themas

1.1 Problemkreis

Einerseits erfordert die Arbeit mit Kranken und Pflegebedürftigen seit jeher starke Persönlichkeiten mit guten Nerven und der Fähigkeit guter Stressbewältigung, um auch unerwarteten Situationen, bei denen es um Leben und Tod gehen kann, gewachsen zu sein, aber auch um Leid anderer auszuhalten, ohne dabei verhärtet oder verbittert werden zu müssen. Andererseits sind Pflegefachfrauen und -männer heute mehr Druck denn je ausgesetzt. Dafür gibt es mehrere Gründe:

1. Die Entwicklung der Medizin in Richtung einer Spitzenmedizin brachte den Pflegefachleuten in Aus- und Weiterbildung weitere hohe Anforderungen im Wissensbereich.
2. Dass in den 80-er-Jahren Patienten-Organisationen wie Pilze aus dem Boden schossen, gab den Kranken mehr Rechte, was zweifellos wichtig, richtig und höchste Zeit war. Dennoch sind es auch in diesem Punkt die Pflegefachleute, die oft zwischen ÄrztInnen und PatientInnen stehen, was immer mal wieder zu einer rechten Gratwanderung werden kann.
3. Der in den letzten Jahren in der Schweiz vom Bund, aber vor allem von den Kantonen her, auf Spitäler und ähnliche Einrichtungen ausgeübte Spardruck, der das finanziell aus den Fugen geratene Gesundheitswesen wieder ins Lot bringen soll, wird zu einem grossen Teil auf dem Spitalpersonal, und damit auch unmittelbar auf den PatientInnen ausgetragen. Meines Wissens ist das Problem des Spardruckes in Deutschland und Österreich nicht geringer.

Wiewohl sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Patientinnen und Patienten von den erwähnten Faktoren betroffen sind, soll in dieser Arbeit der Situation der Pflegefachfrauen und -männer nachgegangen werden.

1.2 Begründung der Forschungsarbeit

Supervision ist eine universitäre Disziplin der neueren Zeit. Sie wurde in den vergangenen zwei Jahrzehnten professionalisiert und wird seit gut einem Jahrzehnt in ihrer Wirkung und Nebenwirkung systematisch erforscht. Supervisionsforschung bedarf also noch grosser Erweiterung. Eine wichtige Aufgabe wird darin bestehen, Praxistheorien zu entwickeln und damit dem noch bestehenden Theoriendefizit in der Praxeologie entgegen zu wirken.

Mit meiner Masterarbeit am Zentrum für Psychosoziale Medizin an der Donau-Universität Krems möchte ich dazu in einem bestimmten Praxisfeld einen Beitrag leisten. Als ehemalige Krankenschwester, langjährige Lehrerin für Krankenpflege und als Supervisorin von Pflegeteams sind mir Pflegefachleute und ihre Befindlichkeit bei der Arbeit und in Teams besonders wichtig. In meiner Arbeit als Supervisorin wird mir immer wieder deutlich, wie wichtig diese unterstützende und die persönliche Entwicklung fördernde Massnahme für Pflegefachleute ist.

1.3 Ziele der Forschungsarbeit

Als seit einiger Zeit bei Pflegefachteams tätige Supervisorin kamen mir einige Fragestellungen, die ich als Hypothesen formulierte (siehe Kapitel 5). Die Forschungsarbeit hat zum Hauptziel, diese zu verifizieren oder zu falsifizieren. Dies soll zu weiteren Zielen führen, die ich hier auführen möchte:

Ein Ziel meiner Forschungsarbeit ist es, den IST-Zustand hinsichtlich Supervision bei Pflegefachleuten festzustellen sowie Wünsche und Bedürfnisse zu eruieren, also den SOLL-Zustand zu ermitteln.

Die Forschungsarbeit soll in Erfahrung bringen, welche Erwartungen Pflegefachleute an SupervisorInnen haben. Sie soll Fragen der Wirkung von Supervision nachgehen, wo Hoffnung in sie gehegt wird, aber auch eruieren, wo negative Nebenwirkungen erwartet werden.

Aus den Ergebnissen der Umfrage möchte ich Empfehlungen ausarbeiten. In diesem Sinn soll die Arbeit Angehörigen unseres Berufes, also Pflegefachleuten dienen.

Ein weiteres Ziel meiner Arbeit ist es, für die Supervision zu sensibilisieren. Denn fachgerecht und kompetent durchgeführte Supervision kann ein wertvolles Instrument zur Qualitätssicherung sein. Ausserdem ist es möglich, Krisen in Teams vorzubeugen. Wo nötig kann eine Teamentwicklung oder die Stärkung eines Teams erfolgen. Das ‚Wir-Gefühl‘ und der Solidaritätsgedanke für die gemeinsame Sache kann gemehrt werden, ja, kann Supervision für alle Beteiligten, und selbst in wirtschaftlicher Hinsicht, nur Nutzen bringen. Schliesslich bietet gute Supervision jeder Supervisandin, jedem Supervisanden die Möglichkeit, durch Selbstreflexion und der daraus resultierenden Arbeit an sich selbst persönliches Wachstum zu erlangen.

Supervision und ihre Wirkung kann nie allgemein erforscht und daraus generell Schlüsse gezogen werden. Supervisionsforschung kann ein bestimmtes Gebiet erforschen, wobei die Ergebnisse der Forschung sich dann lediglich auf die untersuchte Supervisionsform bzw. auf die untersuchte Gruppe, die untersuchten SupervisorInnen beziehen. Genau so wenig in Psychotherapien eine ‚generalisierte Wirksamkeit‘ möglich ist, genau so wenig trifft dies bei der Supervision zu.

2 Supervision

2.1 Geschichtliches

Mit der Herkunft des Wortes Supervision wird zum Teil sehr ungenau umgegangen. Es scheinen viele Kolleginnen und Kollegen und ihre Berufsverbände in Begriffserklärungen gefangen zu sein (Petzold 2005e), die überholt sind. Selber hatte ich bei meiner Recherche einige Probleme, eine klare und eindeutige Quelle zu finden. Aus diesem Grund will ich diesem Kapitel etwas Gründlichkeit widmen.

Edlhaimb-Hrubec ist dem Begriff in einer eigenen Arbeit etymologisch auf den Grund gegangen (2005) und zwar vor allem auf der Suche nach den lateinischen und griechischen Ursprüngen. Und obwohl sie im Moment wohl die genaueste und gründlichste Erklärung zur Herkunft des Begriffs geben kann, nennt sie die Fragen, die sich damit im Zusammenhang stellen, eine „...*gegenwärtige Annäherung, Vermutung und Interpretation*“ (a.a.O.). Sie ergründet die Herkunft der Wörter *inspector* bzw. *inspecere* (Beobachter, beobachten) und *super videre*. Letzteres kommt in der antiken Lateinsprache noch gar nicht vor und wird schliesslich willkürlich zusammengesetzt und zum Begriff konnektiviert, der uns die Bedeutung **Überschau** gibt (a.a.O. S. 6).

Petzold füllt supervidere mit Inhalten wie „...*sich der Überwachung widmen, auf etwas sehen, beobachten, inspizieren, nach dem Rechten sehen, kontrollieren, beaufsichtigen, führen, untersuchen*“. Doch bezieht auch er sich historisch auf die überwachende Beobachtung und nimmt Bezug zur Herkunft aus dem angloamerikanischen Raum. (Petzold, Ebert, Sieper 199/2002 bzw. Petzold Schigls, Fischer, Höfner 2003).

Andere Quellen gehen zurück zu den Anfängen der Professionalisierung der Sozialarbeit. Bereits 1889 begann *Mary E. Richmond (1861 - 1928)* in den USA Sozialarbeit in der ‚Charity Organization Society Baltimores‘ zu institutionalisieren. 1917 veröffentlichte sie das Buch ‚Social Diagnosis‘, in dem sie ihr Konzept der *casework* vorstellte und aus dem ersichtlich ist, dass ihr schon damals die Fortbildung von Menschen, welche Sozialarbeit leisteten, ein grosses Anliegen war.

Supervision war hier bereits Bestandteil des Konzeptes (Möller 2001, S. 18 und Brühlmann-Jecklin und Petzold 2004).

Diese Spuren gehen also zurück an den Beginn des 20. Jahrhunderts. Zunächst in den USA, später auch in Grossbritannien und anderen europäischen Ländern, setzten sich Pionierinnen der Sozialarbeit dafür ein, jene Leute lehrend und unterstützend zu begleiten, welche als Freiwillige in Gemeinden und Kirchen Sozialarbeit leisteten. Die ersten ‚Supervisorinnen‘ im annähernden Sinn, wie der Begriff heute genutzt wird, waren demnach Frauen und erfahrene Sozialarbeiterinnen.

Erste Veröffentlichungen zum Thema Supervision erschienen zwischen 1920 und 1945. (Bernler 1993). Die AutorInnen schrieben auf ihrem Praxis-Hintergrund von Sozialarbeit. Somit ging es in erster Linie um **Fall-Supervision**. Durch die weitere Behandlung, nunmehr auch innerhalb von Sozialwissenschaften, entwickelte sich die Disziplin weiter und erfuhr weitreichende Veränderungen und Erweiterung. (Schwendenwein und Kaliske 2005)

Doch auch das Heranziehen dieser Quelle greift zu kurz, will man Supervision vom Integrativen Ansatz her zu erklären versuchen. **Integrative Supervision**, um die es in dieser Arbeit geht, hat mit Phänomenologie zu tun, und die theoretischen Grundpfeiler sind vielfältig. Es ist der deutsche Philosoph *Edmund Husserl* (1859 - 1938) zu nennen, der als Begründer der Phänomenologie gilt (Schmidt, Schischkosff 1982, S. 296). *Martin Heidegger* (1889 – 1976) und *Maurice Merleau-Ponty* (1908 - 1961) haben als Referenztheoretiker wichtige Grundlagen für den Ansatz der Integrativen Supervision geschaffen. Merleau-Ponty legt mit einer Metatheorie ein Fundament, welche Praxis von Supervision möglich macht, durch „...*Prozesse von Ko-respondenz* (Petzold 1998 S. 53) *über Wahrgenommenes, über erlebte Wirklichkeit und erfahrene Realität...*“ zur „...*wahrgenommenen und erlebten, beschriebenen und so gestalteten Welt*“. (www.fpi-publikationen.de/supervision Edlhaimb-Hrubec 2005, S. 8,).

Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, hier genauer auf die Herkunft des Begriffs Supervision einzutreten, doch möchte ich noch darauf hinweisen, dass der Begriff nicht dazu verleiten darf, ‚Super‘ mit ‚Macht‘ zu interpretieren (a.a.O. S. 20).

Macht ‚steht‘ über etwas, nimmt oft etwas, während Supervision über etwas ‚schaut‘, und wie Petzold sagt, nicht ‚nimmt‘, sondern ‚gibt‘. Supervision hat mit ‚schauen‘ und ‚führen‘ zu tun, wobei der Begriff ‚führen‘ hier nicht Macht ausübend gemeint ist, sondern ‚lenkend‘. Petzolds kurze Antwort auf die Frage: „*Supervision?*“ sei hier zitiert, weil sie für das humanistische Verständnis des Integrativen Ansatzes steht: „*Supervision? Die gibt man, die ‚nimmt man doch nicht‘ – „Führen, das kann man, oder lernt es nie!“* (Petzold 2002, Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 12/2002)

Während Supervision von den Ursprüngen der angloamerikanischen Wurzeln her Führen aus einer Machtposition heraus meint, vor allem kontrollierend, lehrend und beratend war, wird Supervision vom deutschsprachigen Stamm her wie oben dargelegt psychosozial verstanden, wobei es um partnerschaftliches Angehen von Problemen im Sinne von Ko-respondenz (Petzold 1998) geht. Dabei gehört auch heute noch ein Kontrollaspekt dazu (Petzold 2005e).

Nun, wie dargelegt ist der Ursprung des Wortes Supervision nicht auf einer einzigen Schiene zu orten. Zusammenfassend könnte gesagt werden, dass vom englischen Raum her Supervision mit Psychologie vereint wurde, um in Industrie Erträge zu erhöhen (Petzold 2002). Eine weitere Schiene war jene der Sozialarbeiterinnen in Amerika, wie weiter vorne beschrieben, und eine dritte Schiene die deutschspezifische, welche Entlastungs- und Unterstützungsfunktion meint.

Der Integrativen Supervision liegt eine anthropologische Sichtweise zugrunde, die gesellschaftstheoretisch so positioniert ist, dass supervisorisches Handeln ethisch legitimiert wird (a.a.O. 1998). Beim Integrativen Ansatz schliesslich sind folgende Prädikate wichtig (a.a.O. S. 32):

- Einsetzen fürs Gemeinwohl
- Achten der Freiheit, Würde und Integrität des Andern
- Humanistischer Auftrag
- Geisteshaltung, welche mit ‚Menschenliebe als Grundlage des Denkens und Handelns‘ verpflichtet

Angehende PsychotherapeutInnen erhalten während einem wesentlichen Teil ihrer Ausbildung je nach Ausbildungsinstitut zunächst **Lehrsupervision**. Angehende PsychotherapeutInnen aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit während der ersten Praxis-Tätigkeit sog. **Kontroll-Supervision**. Hier waren es (sind es zum Teil bis heute) erfahrene TherapeutInnen, welche ihre angehenden KollegInnen supervidierten. Der Anspruch bei den meisten Psychotherapieausbildungen ist jedoch gestiegen. Um supervisorisch tätig zu sein reicht eine Psychotherapieausbildung nicht mehr, und eine Weiter- oder Ausbildung als SupervisorIn ist unabdingbar.

2.2 Die Rolle der Supervisorin und des Supervisanden

Der **Supervisor** hat eine Supervisionsausbildung abgeschlossen. Er handelt aufgrund der Aufgaben, die sich ihm stellen. Holoway (1995 S. 33 ff) nennt in ihren Variablen zur Supervision bei der *Funktionsvariable* die Aufgaben der Supervisorin gegenüber dem Supervisand wie folgt:

- Begleiten, Bewerten
- Unterweisen, Anweisen
- Modellfunktion (Verhalten und Tun der Supervisorin)
- Beraten in professionellen, klinischen und persönlichen Situationen
- Unterstützung und empathische Begleitung

Petzold (1998 S. 3) ergänzt wie folgt:

- Beobachten des Beobachtens (Metabeobachtung)
- Metareflexion, das heisst, Spiegelung aus einer Übersicht heraus
- Kompetenz und Performanz fördern
- Bekräftigung des professionellen Selbstbewusstseins und der persönlichen Souveränität

Die **Supervisandin** ist für den Prozess einer Supervision von besonderer Bedeutung, bringt sie doch mit ihrer Persönlichkeit, ihren Stärken und Schwächen sowie mit ihren professionellen Qualifikationen wichtige Momente für das Gelingen von Supervision ein (a.a.O. S. 32). Gelingt es, dass sie durch die Supervision ihre professionelle Kompetenz und Performanz optimiert, wird sich das positiv auf sie selber aber vor allem auch auf das Klientensystem auswirken.

2.3 Definitionen

Einfach umschrieben geht es bei Supervision um eine *professionelle Form der Beratung verschiedener Berufsangehöriger*, welche im Kontext der Supervision *Supervisanden* genannt werden. Dabei kann es sich sowohl um MitarbeiterInnen der Basis einer Institution als auch um Führungskräfte handeln. Der Berater, die Beraterin, der Supervisor, die Supervisorin, reflektieren mit den Ratsuchenden arbeitsbezogene Problemstellungen.

Als Disziplin relativ jung ist Supervision ein *Phänomen der Moderne* (Petzold, Schigl et al. 2003). SupervisorInnen geben SupervisandInnen Unterstützung bei ihren sozialen Hilfeleistungen und fördern die Qualität des professionellen Handelns (a.a.O. S. 199). So gesehen sind SupervisorInnen *Experten für Experten* (a.a.O. S. 14). Es ist also unabdingbar, dass SupervisorInnen Kenntnis über den Arbeitsplatz ihrer SupervisandInnen haben. Wir sprechen von *Feld- und Fachkompetenz*.

Supervision wird auch als *Ansatz psychosozialer Intervention* (a.a.O. S. 199) bezeichnet.

Supervision findet auf einer Metaebene statt, was einerseits *„Theorien für die Praxis“* (Beratungspraxeologie), andererseits *„Methoden für die Praxis“* (Beratungsmethodik) erfordert. SupervisorInnen benötigen deshalb eine entsprechende Grund- und Zusatzausbildung. Noch fehlt eine umfassende Theorie der Supervision, doch gibt es Elemente aus den verschiedensten Wissenschaftsbereichen (Soziologie, Kommunikationswissenschaften, Organisationstheorien, Psychologie) und zusätzlich von unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen. Von den vorhandenen Theorieansätzen scheinen mir viele aus der Integrativen Therapie, Beratung und Supervision geeignet (siehe 2.4, Auslegung einer spezifischen Definition).

Bei der Grundausbildung kann es sich um ein Psychologie-, Soziologie-, Pädagogik- oder Theologiestudium handeln. Aber auch Sozialarbeiterinnen, Pädagogen und Pflegefachleute sind, bei entsprechender Weiterbildung, geeignet, eine Ausbildung zur Supervisorin, zum Supervisor zu absolvieren. Dies birgt den Vorteil in sich, dass sie in ihrem Berufsgebiet über gute Feld- und Fachkompetenzen verfügen. Wichtig ist für alle die Aus- oder Weiterbildung, das Supervisionsstudium, das zum

Praktizieren als SupervisorIn legitimiert. Unverzichtbar ist, dass auch jene Supervisoren, die als Grundausbildung zwar ein Studium, jedoch wenig Praxis vorweisen können, sich Kenntnisse über die Arbeitsfelder aneignen, in welchen sie Mitarbeitende supervidieren. Auf diese Weise kann **Feldkompetenz** erworben werden. Aber es ist auch erforderlich, eine gewisse Fachkompetenz zu haben, nämlich von Pädagogik etwas zu verstehen. Dabei ist es nicht Bedingung, dass zum Beispiel eine Supervisorin, die Lehrer berät, selber Lehrerin ist. Sie muss sich aber in die Problematik der Lehrpersonen eindenken können, muss über die spezifische Situation von Schulklassen (z.B. mit hohem Ausländeranteil und Kennen von deren Kulturen, mit Behinderten, mit ‚gewöhnlichen‘ SchülerInnen etc.) informiert sein. Über die Bedeutung der Feldkompetenz siehe auch unter 4.6.

Zum Wort Supervision gibt es vielleicht fast so viele Definitionen, wie geschriebene Arbeiten zum Thema. So werde ich mich für eine spezifische Definition entscheiden:

Supervision ist eine interdisziplinär begründete M e t h o d e zur Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, z.B. in der psychosozialen, pädagogischen und therapeutischen Arbeit durch mehrperspektivische Betrachtung aus ‚exzentrischer Position‘, eine aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen (Situationsdiagnostik) auf ihre situativen, personabhängigen und institutionellen Hintergründe hin. Sie geschieht durch Ko-respondenz zwischen Supervisor und Supervisanden in Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence) an theoretischem Wissen, praktischen Erfahrungen, differentieller Empathie, Tragfähigkeit und common sense, so dass eine allgemeine Förderung und Entwicklung von Kompetenzen und ihrer performatorischen Umsetzung möglich wird, weshalb wir Supervisionsgruppen auch als ‚Kompetenzgruppen‘ bezeichnen.

(Petzold 1973 1)

Diese Definition von Integrativer Supervision erfährt eine Erweiterung durch folgende Differenzierung:

Integrative Supervision ist eine *sozialwissenschaftliche Disziplin*, theoretisch auf Soziologie und Sozialpsychologie, praxeologisch (d.h. von der Praxistheorie her) auf Sozialarbeit gegründet, sie ist eine *systemische Metadisziplin*, theoretisch auf Systemtheorien, Organisationswissenschaften, Sozialpsychologie und praxeologisch

auf Metaconsulting, Institutionsberatung, Organisationsentwicklung und Führungsberatung gegründet sowie eine *philosophisch fundierte und politisch engagierte Interventionsdisziplin*, die den Anspruch hat, dass gemeinsam reflektiert, emotional bewertet und in Sinn und Bedeutung stiftender Art interpretiert wird, die **handlungsrelevant** ist. (Petzold 1998a Seite 5). Integrative Supervision ist also eine Erkenntnissuche, die zum richtigen Handeln führen soll.

2.4 Abgrenzung von Supervision zu Coaching und Case Management

Coaching ist ein Beratungskonzept. Von *Coaching* spricht man in Bezug auf Beratung und Führung in Organisationsentwicklung. Coaching soll „...*die Effizienz von Kommunikation, Arbeitsleistung und Wertschöpfung von Führungskräften und Mitarbeitern durch Reflexion, optimale Begleitung bzw. Führung durch logistischen und persönlichen Support steigern...*“ (Petzold 1994g).

Supervision im integrativen Sinn beinhaltet auch Coaching, zumal die vielfältige Sicht der Dinge und die Berücksichtigung von Kontext und Kontinuum bei beiden gefragt sind. Ob wir also von Supervision oder Coaching sprechen, ist eher eine Frage des Klientels. In beiden geht es um Förderung der Entwicklung von Persönlichkeiten, wobei ich persönlich in einem Coach eher einen ‚Lenker‘ sehe (siehe Metapher Petzold 1998 S. 377), in einem Supervisor eher einen Unterstützer und Förderer. Petzold erwähnt, dass mit der Herkunft des Begriffs in der Supervisions- und Coachings-Fachliteratur bislang schlampig umgegangen worden sei. (Petzold, Ebert, Sieper 1999). Von Coaching werde zum Beispiel im Sport gesprochen, es werde kaum auf die wirklichen Wurzeln zurückgegriffen, und sowohl eine Supervisorin als auch ein Coach müssten über ihre/seine eigenen Theorien, über die Art zu denken, über die eigenen Kognitionen aber auch über kollektive Kognitionen informiert sein. Coaching ist also, genau wie Supervision, unabdingbar verbunden mit Prädikaten wie *Kommunikation* und *Diskurs*, oder nach Moscovicis Modell mit *sozialen Repräsentationen* (Moscovici 1961/1976 Petzold 2003a).

Als modernes Konzept hört man neustens oft ein weiterer Begriff, den des **Case Management**. Jüngstens wurde ich von einem Ökonom auf dieses Konzept angesprochen. Gibt man das Wort in einer Internet-Suchmaschine ein, so stösst man auf institutionalisierte Netzwerke, die sich dem Unterstützungsmanagement

annehmen. Die vorläufige Arbeits-Definition des Begriffs Case Management des Netzwerks Schweiz zum Beispiel lautet wie folgt:

Case Management ist eine Betreuungsmethode im Sozial-, Gesundheits- und Versicherungsbereich. Sie soll bei komplexen Fragestellungen und hohem Koordinationsbedarf im Einzelfall Qualität und Effizienz der Betreuung in Abstimmung mit den Bedürfnissen der betreuten Menschen optimieren. Case Management wird von Personen mit unterschiedlichen Berufen ausgeübt. (<http://www.netzwerk-cm.ch> 2004)

Das Konzept des Case Management wurde in den USA als Unterstützungsmanagement für Einzelfallhilfe praktiziert. Dazu gehören systemische und ökosoziale Sichtweisen, und auch hier gibt es die Unterscheidung zwischen Fallmanagement (wo es um Optimierung konkreter Hilfe für den Einzelnen geht) und Systemmanagement (wo es eher um Optimierung der Metaebene geht, nämlich der Institution, welche Einzelfallhilfe gibt).

Was zweifellos allen drei Methoden bzw. Konzepten gleich ist, es gehören immer ein **Ich** und ein **Du** und somit auch ein **Wir** dazu, es ist immer das entwicklungspsychologische Paradigma mit dem Modell „**Du, Ich, Wir in Kontext und Kontinuum**“ (Petzold, Orth, Schuch, Steffan 2001) miteinzubeziehen, und zwar sowohl bei den Fachleuten als auch bei den Kunden, nenne man sie nun Patienten, Klienten, oder gar mit dem deutschen Wort Kunden.

2.5 Begründung der Definitionswahl

Die oben aufgeführte, zugegebenermassen eher komplexe Definition beinhaltet ein paar Attribute, welche ich für eine gute Supervision als unverzichtbar betrachte, bzw. sind in ihr wichtige *Kernkonzepte des Integrativen Ansatzes* enthalten. Denn Supervision ist in sich ein komplexes Geschehen, das auf verschiedenen Ebenen abläuft. Einfachere Definitionen würden meinem persönlichen Anspruch nicht gerecht. Ich will jedoch eine Auslegung der von mir gewählten spezifischen Definition von Petzold versuchen und die einzelnen Wörter glossarmässig erklären, wo sinnvoll erläuternd mit Beispielen, die sich auf Situationen im Krankenhaus beziehen. Damit hoffe ich, einen Beitrag zum Verständnis der komplexen Materie leisten zu können.

Interdisziplinär begründete Methode

Die *Integrative Therapie* entstand als Therapiemethode aus der kritischen Auswertung verschiedener ‚Schulen‘ und umfänglichen eigenständigen Modell- und Konzeptentwicklungen (Petzold 2003a, 2002b). *Praxeologische* Ideen und *methodische* Elemente kamen aus der *Gestalttherapie* (Perls), aus der *Aktiven Analyse* (Ferenczi), aus dem *Rollenspiel* (Moreno), aus *leibtherapeutischen* und *behavioralen* Quellen (Sieper, Petzold 2003). *Theoretische* Quellen kommen aus der *Philosophie* – Phänomenologie und Hermeneutik – und den *Neuro- und Sozialwissenschaften* (Petzold, Orth, Sieper 2005; Petzold, Schay, Scheiblich 2005). So ist die *Integrative Supervision*, die ihrerseits auch Wurzeln in der Integrativen Therapie hat, einer **Methodenvielfalt**, der **Vernetzung** (Konnektivierung) und also auch der **Interdisziplinarität** verpflichtet.

Mehrperspektivische Betrachtung

Die Analyse einer Problemsituation ist Voraussetzung für das richtige Handeln, hier auch für eine hilfreiche Beratung. Sie kann nur gelingen, wenn die Supervisorin in der Lage ist, die verschiedenen Perspektiven zu betrachten, also ‚mehrperspektivisch‘ (Jacob-Krieger et al. 2005; Gebhard, Petzold 2005) zu betrachten, sich z.B. in den Kollegen, die Ärztin, den Patienten einzufühlen, deren Sicht, ja deren Welt so gut als möglich zu sehen und zu verstehen versuchen.

Exzentrische Position

Persönliches Wachstum und persönliche Entwicklung sind wichtige Ziele von Supervision. Sie zu erreichen ist nur dann möglich, wenn der einzelne Mensch in der Lage ist, sich exzentrisch, also von aussen, objektiv zu betrachten. Durch die Einnahme einer exzentrischen Position ist es unter Einbeziehung empathischer Kompetenzen auch möglich, sich selber mit ‚den Augen der Anderen‘ zu sehen. Diese Selbstreflexion ermöglicht das Erkennen eigener Schwächen, was wiederum Voraussetzung ist, an sich selber zu arbeiten.

Aktionale Analyse und systematische Reflexion von Praxissituationen

Hier geht es darum, das Geschehen zu analysieren (Situationsanalyse), die Interaktionen zu verstehen und durch Spiegelung der Zusammenhänge das Geschehen als Ganzes zu verstehen.

Ko-respondenz

Der Begriff Ko-respondenz wird absichtsvoll in zwei Teilen geschrieben und beinhaltet einerseits das Miteinander (Ko) und andererseits das Antworten (respondre), was als Ganzes ein zusammen reden, sich verstehen, zurückfragen, sich neu und besser verstehen etc. ergibt. Auch hier ist die Fähigkeit zur Exzentrizität unabdingbar.

Bündelung ihrer Kompetenzen (joint competence)

Alle an der Supervision beteiligten Leute profitieren vom Wissen, der Erfahrung und den Kompetenzen sowohl der Supervisorin als auch der Supervisanden (Petzold, Lemke 1979), wobei Fachkompetenz bei der Supervision als selbstverständlich vorausgesetzt ist. Jeder lernt von jeder, und jeder bringt ein, was er weiss und sie kann. Dabei bleibt es nicht bei einer Summierung des Wissens und Könnens. Gut genutzt kann dies zu einer eigentlichen Potenzierung der Kompetenzen führen. Mir ist ein Pflorgeteam bekannt, wo jedes Teammitglied regelmässig eine interne Weiterbildung anbietet, jeweils auf einem ihm vertrauten Gebiet.

common sense

Common sense wird aus dem Englischen übersetzt mit ‚gesundem Menschenverstand‘ bzw. ‚vernünftig‘. Hier meint es vor allem eine *sinngeleitete, ganzheitliche* und *differentielle Betrachtung*. Der Einzelne, ja jede irgendwie Beteiligte oder in der Supervision vorkommende ist als Mensch mit **Leib** (Körper und Seele) und **Geist** im *Kontext* (Welt in der er lebt und sich befindet) und *Kontinuum* (Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft) gemeint.

Entwicklung von Kompetenzen

Durch den Supervisionsprozess entwickelt und mehrt die Supervisandin ihre Kompetenzen, was ihre Professionalisierung stärkt und sie in ihrer Arbeit sicherer werden lässt.

Performativische Umsetzung

Während sich *Kompetenz* im Kopf entwickelt, bedeutet *Performanz* die Umsetzung der Kompetenz in Praxis (Petzold, Engemann, Zachert 2004).

Kompetenzgruppen

Wie unter ‚Bündelung der Kompetenzen‘ beschrieben, kann es in jeder Supervisionsgruppe, sei diese ein regelmässig zusammen arbeitendes Team oder eine aus dem gleichen Berufsstand zusammen gewürfelte Gruppe, zu einer regelrechten Potenzierung der Kompetenzen führen, so dass die Gruppen als eigentliche *Kompetenzgruppen* betrachtet werden können.

2.6 Supervisionsformen

In jeder Supervisionsform geht es darum, das professionelle Selbstbewusstsein zu bekräftigen, zu optimieren, die Beobachtung auch auf einer *Metaebene* zu üben (beobachten des Beobachtens) und sowohl die *persönliche Souveränität* als auch eine *fundierte Kollegialität* zu fördern. Hier sollen Supervisionsformen mit Verweis auf die Relevanz im klinischen Feld genannt werden:

Einzel-supervision

In der Einzel-supervision sitzen sich Supervisorin und Supervisand gegenüber. Wir sprechen vom *dyadischen Setting*. Einzel-supervision ist bei jeder im Krankenhaus arbeitenden Person denkbar, wobei die Inhalte gemäss dem Arbeitsfeld unterschiedlich sind. Eine Pflegefachfrau wird in einem dyadischen Setting am ehesten über einen Patienten sprechen wollen (Fallsupervision), oder über Schwierigkeiten mit KollegInnen oder Vorgesetzten. Führungskräfte aus dem mittleren Kader werden z.B. über ihre Position ‚dazwischen‘ sprechen wollen, während VertreterInnen des oberen Kaderns (Pflegedirektion) eher ein Coaching in Anspruch nehmen.

Teamsupervision

An einer Teamsupervision nehmen Mitglieder einer Gruppe teil, welche innerhalb einer Institution oder Organisation spezifische Aufgaben zu bewältigen haben (Petzold 1998 S. 257). Im Krankenhaus kann dies ein Team aus irgendeiner Disziplin sein (Medizin, Chirurgie, Notfall, Intensivpflege, Gynäkologie etc.).

In der Supervision eines Teams geht es einerseits um Orientierung nach ‚*innen*‘, also konzentriert auf das Team selbst, wobei so die Beziehung der Teammitglieder in Richtung *fundierter Kollegialität* (a.a.o. S. 295) optimiert werden soll. Andererseits geht

es auch um Orientierung nach ‚*ausser*‘, um die Teamidentität gegenüber anderen Teams zu finden, um in der Institution als **genau dieses Team** wahrgenommen werden zu können. So erinnere ich mich, wie zu meiner Schülerinnenzeit jeweils das Operationsteam erst gegen drei Uhr zum Mittagessen ging, die Küche trug dem Rechnung, wir Schülerinnen bewunderten dieses Team, das ja im Operationssaal „so lange nötig“ war, dass es nicht anders ging. Irgendwann gehörte man ebenfalls zu diesem Team, empfand Stolz, weil man spürte, dass man nun als Team von jüngeren Schülerinnen bewundert wurde.

Ein einfaches und vielleicht nicht unbedingt exemplarisches Beispiel, aber es zeigt doch, wie wichtig das Gefühl der Zusammengehörigkeit ist. Diese ist Grundlage für Loyalität und Solidarität und für die Fähigkeit und Bereitschaft zur fairen Auseinandersetzung mit Konflikten. Und dies alles bewirkt schliesslich die *Teamidentität*.

In einer Teamsupervision geht es nicht um einseitige Orientierung auf Schwierigkeiten, Probleme und Krisen, sondern vielmehr darum, die Gruppe als Team so zu stärken, dass die gemeinsame Arbeit optimal getan werden kann. Probleme und Aufgaben sind klar zu beschreiben, Ressourcen und noch nicht genutzte Potentiale sind zu erschliessen und die Souveränität, sowohl die persönliche des einzelnen Teammitgliedes als auch die der Gruppe, ist zu fördern. Damit wird *fundierte Kollegialität* geschaffen.

Teams im Krankenhaus haben oft Überdurchschnittliches zu leisten. Als Beispiel sei hier das Team einer Notfallstation erwähnt. Beim professionellen Hand-in-Hand-arbeiten kann dank gutem Teamgeist Unglaubliches geleistet werden, was wiederum das Team selber in seiner Identität positiv bestärkt.

Gruppensupervision

Jedes Team ist selbstredend auch eine Gruppe, jedoch differenzieren wir hinsichtlich Supervision, dass ein Team eine Gruppe aus demselben Arbeitsfeld sei. In einer Gruppensupervision dagegen nehmen Mitglieder derselben Berufsgruppe teil, die aber in unterschiedlichen Feldern arbeiten. An einer Gruppensupervision nehmen die Mitglieder freiwillig teil.

Angehende PsychotherapeutInnen erleben Gruppensupervision, wenn sie im Rahmen ihres Ausbildungscurriculums zusammen mit anderen AusbildungskandidatInnen eine Supervisionsgruppe bilden und sich von einer Lehrsupervisorin supervidieren lassen. Oft geht es in diesen Gruppen um **Fallsupervision**, indem ein Gruppenmitglied ein ‚Problemfall‘ aus dem eigenen Feld darstellt, bei welcher unter fachkundiger Leitung des Lehrsupervisors gemeinsam nach Lösungen gesucht wird. Hier ist der Lerncharakter, der notabene in jeder Supervision Bedeutung hat, besonders deutlich.

Gleich der Teamsupervision werden auch in der Gruppensupervision Kompetenzen gebündelt, wiewohl nicht in gleicher Masse potenziert, wie das in einem Team möglich ist, das anschliessend zusammen bleibt. Aus der Gruppensupervision geht anschliessend jede und jeder zurück in ihre Institution, zu seinem Arbeitsfeld. Dagegen ist ein besonderer Lerneffekt drin, weil die Gruppenmitglieder unterschiedliche Arbeitgeber haben und so auch von anderen Institutionen lernen können.

Mit Blick aufs Krankenhaus könnte man sich vorstellen, dass z.B. StationsleiterInnen oder Pflegefachleute mit spezifischen Aufgaben regelmässig für eine Gruppensupervision zusammen kommen.

Institutionssupervision

Die Begriffe und Konzepte *Institutionen* und *Organisationen* werden in der Literatur zur Sozialarbeit, Soziotherapie, Supervision, aber auch der Pflegewissenschaft kaum differenziert (Petzold S. 398). Für die Integrative Supervision ist eine Differenzierung hinsichtlich der *strukturellen* und *kulturellen* Merkmale und Phänomene wichtig, weil eine theoretische Differenzierung auch eine Differenzierung in praxeologischer Hinsicht erlaubt.

Unter **Institution** wird eine öffentliche oder private Einrichtung verstanden, die durch einen gesellschaftlichen Beschluss entstand und deren Leitplanken somit durch Gesetze, Verordnungen, aber auch Erlasse gegeben sind (a.a.o. S. 247). Beispiele wären Schulen, Universitäten, Krankenhäuser etc. Institutionen unterliegen gesellschaftlicher Macht (Gesetzen, Verordnungen, Verwaltungsvorschriften). Eine

Institution ist meist kulturell-historisch gewachsen. Institutionen können Teile einer Organisation in sich haben. Ein Krankenhaus hat sich z.B. unter dem Spardruck in gewissen Belangen an ein Budget zu halten. Die organisatorischen Ziele sind in der Regel aber den institutionellen Zielen untergeordnet. Das bedeutet, dass dieses z.B. dann nicht eingehalten werden kann, wenn dies mit dem Grundauftrag nicht kompatibel ist, nämlich Kranken die bestmögliche medizinische Versorgung zu gewähren.

Institutionen sind durch eine Organisationsentwicklung, einer speziellen Form der Supervision, nicht veränderbar.

Supervisionsform	Kurzbeschreibung
Einzel-supervision	SupervisorIn und SupervisandIn sitzen sich gegenüber (dyadisches Setting). Bei jeder im Krankenhaus arbeitenden Person denkbar.
Teamsupervision	Ein bestimmtes Team, das in derselben Institution und gemeinsam arbeitet, erhält ein Setting. Im Krankenhaus z.B. ein Team einer bestimmten Abteilung.
Gruppensupervision	Die TeilnehmerInnen gehören nicht demselben Team an, haben aber ein gemeinsames Thema. Vom Krankenhaus z.B. Stationsleiterinnen, die sich mit Stationsleiterinnen anderer Krankenhäuser treffen.
Institutionssupervision	Supervision für Leute einer öffentlichen oder privaten Einrichtung, die durch Organisationsentwicklung nicht veränderbar ist, weil sie gesellschaftlicher Macht (Gesetze, Regeln, Verordnungen) unterliegt.
Organisationssupervision	Supervision für Leute einer Institution mit einem bestimmten Ziel. Unternehmen und Non-profit-Organisationen. Organisations-Entwicklung kann zum Tragen kommen.

Tab. 1 Supervisionsformen

Organisationssupervision

Unter einer **Organisation** definiert die Integrative Supervision ein System aus Personen, Gruppen, Sozialgebilden, welche auf die Erreichung eines Ziels hin arbeitet. Dazu zählen Unternehmen, aber beispielsweise auch privat gegründete Gesellschaften wie Non-profit-Organisationen (Rheumaliga, Krebsliga, Gesellschaft für Muskelkranke etc.). Eine Organisation hat in erster Linie das Ziel, sich selbst zu

erhalten. Aus diesem Grund muss sie, um zu überleben, Effizienz beweisen und also Kundenbedürfnissen gerecht werden. Organisationen müssen sich am Markt durchsetzen und sich daselbst behaupten. Konkurrenz spielt demnach eine Rolle.

2.7 Supervisionssysteme – Supervisionssettings

Der Integrative Ansatz spricht insgesamt vom „**Supervisionssystem**“, das mehrere „Ebenen“ als Subsysteme umfasst (Petzold 1990o). Dieses von Petzold eingeführte Modell verwende ich hier, um der Leserin, dem Leser ein Verständnis dafür zu geben, in welchem Kontext die Supervisorin, der Supervisor steht.

Diese Darstellung darf auf keinen Fall dazu verleiten, das System hierarchisch zu sehen. Denn es geht in allererster Linie um die Menschen im KlientInnensystem. Ihnen soll Supervision in erster Linie dienen. Denn genauso wenig als PatientInnen für Ärzte und Pflegepersonal da sind, so wenig sind Leute aus dem Klientensystem für Supervisoren und Supervisanden da.

Die Darstellung ist ein Ausschnitt aus dem ‚*Gesamtsystem Supervision als Mehrebenenmodell unter mehrperspektivischer Betrachtung*‘ von Petzold (a.a.O. S. 203), es ist genau so eingebunden ins *Wissenschaftssystem* und soll als vereinfachte Übersicht Auskunft geben hinsichtlich des Arbeitsfeldes der ‚Institution Klinik‘.

Supervision als Gesamtsystem betrachtet, verdeutlicht, dass in mehreren Ebenen gedacht werden muss. Darin liegt sowohl die Chance von Supervisionsarbeit, ihr Potential, aber auch die Problematik, die sich aus der Komplexität ergibt. Entsprechend wird Supervisionsforschung komplex und hoch differentiell betrieben werden müssen, um den einzelnen Ebenen in ihrer Gesamtheit und Vernetzung gerecht zu werden. In erster Linie muss die Forschung zum Ziel haben, herauszufinden, wo bei Supervisorinnen und Supervisoren Kompetenzen (Wissen und Fähigkeiten) und Performanzen (Umsetzen des Wissens und der Fähigkeiten in Tätigkeiten) gefördert werden können, aber auch, wo Schwachstellen und Qualitätsmängel bestehen und wo Ressourcen ausgemacht und optimiert werden können. In jedem Fall geht es um ‚*komplexes Lernen*‘ (Sieper, Petzold 2002), das zu *fördern* ist.

Dass sich Leute des SupervisandInnensystems in einer Supervision, in der es um ihr Klientel geht, selber entwickeln und stärken können, würde ich als eine der positiven Nebenwirkungen betrachten.

Zu den **Supervisionssettings** sind verschiedene Möglichkeiten zu erwähnen:

Dyade – Diskurs – Dialog

Einzelsupervision findet im Dyadischen Setting statt. Supervisand und Supervisorin sitzen sich gegenüber. Und wiewohl das Gespräch lediglich im Dialog zweier Personen stattfindet, bietet die Integrative Supervision doch bereits im dialogischen Setting Möglichkeiten an, die weit über die subjektive Betrachtung eines Einzelnen hinausgeht. Das Schlüsselwort dazu ist die *Mehrperspektivität*. Und um eine Sicht aus verschiedenen Perspektiven zu bekommen, dient methodisch die sog. *metahermeneutische Triplexreflexion*. Unter Hermeneutik könnten wir eine Suchbewegung verstehen. Supervisorin und Supervisand sind auf der Suche nach etwas. Den Begriff Triplexreflexion möchte ich anhand eines praktischen Beispiels erklären:

Eine Pflegefachfrau, Leiterin einer medizinischen Station, sucht einen Supervisor auf. Sie berichtet über ein bestimmtes Problem auf ihrer Station, der Inhalt des Problems ist hier nicht relevant. Sie berichtet über ihre subjektiv wahrgenommene Wirklichkeit. Mit Hilfe des Supervisors beobachtet sie die Situation. Dann tritt sie gewissermassen aus ihrem Zentrum heraus, um das Beobachten von aussen, exzentrisch, zu beobachten. Damit kommt eine erste Objektivität in ihre Wahrnehmung und in ihr Denken. Eine noch gesteigerte Exzentrizität (Hyperexzentrizität) ermöglicht die Spiegelung (Reflexion) auf die Bedingungen des Beobachtens und Analysierens. Es wird also auf drei verschiedenen Ebenen gespiegelt (Triplexreflexion) (a.a.o. S. 157).

Auftraggebersystem



Das sind in der Regel Institutionen, im klinischen Bereich Krankenhäuser, Kliniken, Heime. Dabei können einzelne Bereiche als ‚Sub-Auftraggeber‘ auftreten, wobei der Auftrag im hierarchischen System nach oben abgesichert werden muss, da der Auftraggeber immer auch der Zahlende ist.

SupervisorIn



Der Supervisor, die Supervisorin könnte man in dem Sinne als Auftragnehmersystem bezeichnen. Ihm/ihr muss die Problematik und Zielsetzung klar sein. Er/sie ist zugleich Empfänger des Entgelts für geleistete Arbeit. Für SupervisorInnen, die mit Pflegefachleuten arbeiten, ist das Wissen um die Gegebenheiten am Arbeitsort der Supervisanden, also Feldkompetenz, unabdingbar.

SupervisandInnensystem



Der/die SupervisandIn ist zugleich SupervisionsempfängerIn. Dabei handelt es sich um Leute, die als Berater, Therapeutin, Sozialarbeiter, Lehrer, Personalchefin, Manager, Pflegefachfrau etc. mit Menschen arbeiten. In der Institution Krankenhaus kann im Prinzip jede und jeder zu diesem System gehören. Die häufigsten ‚Nutzniesser‘ sind jedoch wohl Pflegeteams.

KlientInnensystem

Klienten und Patientinnen sind die Menschen, welche von den SupervisandInnen betreut, begleitet oder beraten werden. Zu ihnen gehören Patientinnen, Jugendliche, alte Menschen, Schülerinnen, Eheleute, Familien, Ausländer etc. Auch hier handelt es sich um das System, zu welchem jede und jeder von uns prinzipiell gehören kann. Im Krankenhaus ist es der Patient, die Patientin.

Tab. 2 Ausschnitt aus dem ‚Gesamtsystem Supervision als Mehrebenenmodell‘

Das dyadische Setting findet zwar auf einer sozialen Mikroebene statt, trotzdem ermöglicht die Methode der *metahermeneutischen Triplexreflexion* also, auf verschiedenen Ebenen zu suchen, was die bestmögliche Wahrheit und/oder Lösung sein kann. Einseitiges starres Denken eines einzelnen Subjekts wird so vermieden. Menschen, um die es in der Supervision geht, die aber nicht anwesend sind, werden so mitgemeint und ihre Sicht der Dinge so gut als möglich ebenfalls betrachtet.

Gruppale und multidisziplinäre Settings - Polylog

Sowohl in einer Gruppensupervision als auch in einer Teamsupervision wird das Gespräch weit über den Dialog hinaus geführt.

Petzold bringt **Parrhesie** in Zusammenhang mit dem ‚*Gespräch Vieler*‘ untereinander. Er hält fest, dass weder ein Mensch im Alleingang noch zwei Menschen im Diskurs ‚die Wahrheit‘ festlegen können und bringt Parrhesie (freimütige Rede) als unverzichtbar zusammen mit seinem **Polylog-Konzept**:

*„Polylog ist der Boden, auf dem **Gerechtigkeit** hervorgeht; sie gedeiht nicht allein im dialogischen Zwiegespräch, denn sie braucht Rede und Gegenrede, Einrede und Widerrede, bis ausgehandelt, ausgekämpft werden konnte, was recht, was billig, was gerecht ist, deshalb ist er der **Parrhesie**, der freien, mutigen, wahrhaftigen Rede verpflichtet.“ (Petzold 2002 b und 2003 c)*

In diesem Sinn ist es unabdingbar, bei Settings, an denen mehr als zwei Personen teilnehmen, von einem Polylog zu sprechen, wobei der sich selbstverständlich an Regeln des Zuhörens und auf den Andern Eingehens zu halten hat und bei welchem die Supervisorin als Fachfrau schulenplural ihr theoretisches Wissen als Führungsinstrument einsetzt.

2.8 Supervision in klinischen Settings – strukturelle und rechtliche Fragen

Strukturell bekommen innerhalb der Institution Krankenhaus am ehesten Team-Angehörige, also Pflegefachleute selber Supervision. Zwar gehören Pflegefachleute einem eigenständigen Berufsstand an, doch hat sich aus ‚alten Zeiten‘ etwas von der

Mentalität in die heutige Zeit herüber ‚gerettet‘, als Krankenschwestern quasi Untergebene der Ärzte waren. Hierarchisch ist das Organigramm neu zu schreiben. Pflorgeteams unterstehen meistens direkt einer Bereichsleiterin und eine Stufe höher wiederum einer Pflegedirektorin, welche in den meisten modernen Spitälern zusammen mit dem ärztlichen Direktor und dem Verwaltungsdirektor zur eigentlichen Führung der Einrichtung gehört. Persönlich mag ich die Hierarchie gezeichnet nicht, weil zuunterst die Patientin, der Patient wäre. Wie in dieser Arbeit an einem anderen Ort erwähnt, ist jedoch nicht dieser für das Personal da sondern umgekehrt. Um ihn geht es in der Pflege, um ihn muss es auch in der Supervision gehen.

Und doch kommen wir um eine Struktur nicht herum, weil Strukturen Ordnung geben und Pflichten und Kompetenzen regeln. Doch gehören Wissenschaft und Ethik untrennbar zur Macht. Dies verhindert womöglich ein Missbrauch der Macht.

Macht strukturiert
Wissenschaft interpretiert
Ethik reguliert

(Petzold 1998 S. 337)

Im Krankenhaus ist in der Regel eine Angehörige des obersten Kaders Auftraggeberin der Supervision. Dies ist finanziell begründet. Supervisionsaufträge müssen von oberster Stelle erteilt werden, es sei denn, ein bestimmter Betrag sei irgendwann von oberster Stelle bereits gesprochen worden. Dann wäre eine Bereichsleiterin befugt, den Supervisionsauftrag zu erteilen.

Die Verfasserin dieser Arbeit erhält ihre Supervisionsaufträge zuweilen von der obersten Führung, zuweilen jedoch auch von Bereichsleitungen, wobei es sich meist um Pflorgeteams handelt, mitunter aber auch um irgendein Team im Krankenhaus, das nicht a priori mit Pflege zu tun hat. Auch ÄrztInnen sind dann und wann Auftraggeber, wobei diese, genau wie die Bereichsleiterinnen, dann den Supervisionsauftrag vorab mit der Führungsspitze geklärt haben.

Wird ein Pflorgeteam supervidiert, geht es thematisch oft um Angehörige dieses Teams. Diese sind also anwesend und mitinvolviert und auch informiert. Sobald es

jedoch um eine Fallsupervision geht, kommt eine Komponente ins Geschehen, wie sie auch bei Beratungen, Psychotherapien und Kontrollsupervisionen eine Rolle spielt: *Der oder die, über den oder die gesprochen wird, ist nicht anwesend*. Damit muss das Thema **Schweigepflicht** mit allen dazugehörigen Überlegungen zur Sprache kommen (Petzold, Rodriguez-Petzold 1997; Eichert, Petzold 2003).

Während es einerseits um den Schutz der Daten von Einzelpersonen geht, ist andererseits zu beachten, dass auch Institutionen ein Recht auf Schutz haben. Institutionsträger müssen ihre Zustimmung zur Behandlung gewisser Themen geben, bevor diese Einzug in die Supervisionsstunde halten.

Die Meinung, das Weitergeben von Daten an Personen, die ihrerseits ebenfalls an die Schweigepflicht gebunden sind, sei rechtens, ist falsch. In Deutschland rückte genau diese Frage durch ein obergerichtliches Urteil ans Licht, als 1995 ein Diplompsychologe der ‚Schweigepflichtverletzung‘ schuldig gesprochen wurde, weil er einen Bericht über eine Patientin an zwei Diplompädagogen gegeben hatte. Und obwohl auch die Empfänger des Berichtes ihrerseits an den Schweigepflichtartikel gebunden waren, wurde der Tatbestand der Verletzung anerkannt (Neue Zeitschrift für Strafrecht, 1995, S. 187).

In der Schweiz wird die **Schweigepflicht des Pflegepersonals** (gemäss Mail vom 23. März 2005 von Pierre-André Wagner, Fürsprecher, LL.M., Leiter des Rechtsdienstes der Geschäftsstelle des Schweizer Berufsverbandes für Pflegefachleute SBK, den ich hier zitiere) in einer Reihe von Gesetzesbestimmungen geregelt:

- Der Artikel 321 des Strafgesetzbuches (StGB) ist wichtig, weil er die Schweigepflicht regelt, allerdings mit der Einschränkung, dass der Artikel nur für die dort aufgezählten Berufe und deren ‚Hilfsberufe‘ gilt. Doch gibt es einen Bereich in der Gesundheits- und Krankenpflege, in dem die Berufsangehörigen nicht als Angehörige eines Hilfsberufes gelten, weil sie auf diesem Gebiet nicht auf ärztliche Verordnung, sondern autonom handeln. Damit besteht vom Strafgesetz her eine Lücke.

- Diese Lücke wird nach Ansicht des Bundesrates allerdings durch Artikel 35 des Datenschutzgesetzes (DSG) geschlossen, bzw. abgedeckt. Nach diesem macht sich allgemein strafbar, "wer vorsätzlich geheime, besonders schützenswerte Personendaten oder Persönlichkeitsprofile unbefugt bekannt gibt, von denen er bei der Ausübung seines Berufes, der die Kenntnis solcher Daten erfordert, erfahren hat". Dies beinhaltet indessen kein Zeugnisverweigerungsrecht der Berufsangehörigen.
- Weiter ist die Gesundheitsgesetzgebung der Kantone zu erwähnen, die mehr oder weniger detailliert die Rechte und Pflichten der Gesundheitsberufe regeln. Dieselben Gesetze, oder aber allenfalls spezifische Patientenrechtsgesetze, -verordnungen, -dekrete oder dergleichen, regeln die Rechte der Patienten und die ihnen zur Verfügung stehenden Rechtsmittel.
- Da der SBK in keiner Art und Weise für die Reglementierung des Berufes zuständig ist (das Institut der Berufskammer ist dem schweizerischen System fremd), besteht auch kein Gremium, an das sich beschwerende Patienten hinwenden könnten. Konflikte werden auf der Ebene der Institution (Spital, Heim etc.) angegangen. Der Rechte der Patienten nehmen sich des Weiteren verschiedene spezialisierte Organisationen (Patientenorganisationen, Patientenstellen, Pro Mente Sana etc.) an und gewähren diesen wohl auch Rechtsschutz.
- Im Standardwerk über Rechtskunde für gesundheits- und Pflegeberufe (Landolt 2004) ist je ein Abschnitt der Schweigepflicht der Berufsangehörigen und dem Datenschutz der Patienten gewidmet. Landolt macht etliche Verweise auf Beispiele aus der Rechtsprechung.

Da der Patient, die Klientin, in der Supervisionsstunde ja nicht anwesend ist, es aber um ihn/sie geht, muss zwingend eine *Schweigepflichtentbindungs-Erklärung* und damit eine *schriftliche und ausdrückliche Einwilligung* (informed consent) bei der Hauptperson eingeholt werden, bevor der Supervisand über sie berichten darf. Das Anonymisieren der Daten reicht deshalb nicht aus, weil -um eine Gesamtsicht

erhalten und so eine gute Supervision leisten zu können- das Kennen der genauen Daten eine nicht unwesentliche Rolle spielt.

Aus *rechtlicher* bzw. *juristischer Sicht* gilt daher klar und undiskutabel:

Ohne Einwilligung aus dem Klientensystem gibt es keine Supervision!

Darüber hinaus ist das *ethische Argument* von grosser Bedeutung. Niemand, der/die diese Fragen subjektiv in (möglicher) Selbstbetroffenheit betrachtet und durchdenkt, hegt wohl nur den geringsten Zweifel an der Tatsache, dass die eigene Würde verletzt wird, wenn andere Menschen „über einem reden“.

SupervisorInnen unterliegen gerne dem „Mythos der Expertenschaft“. Ich möchte dem gerne folgenden Satz entgegenhalten: „Niemand weiss alles! Niemand ist ‚zuoberst!‘“

Selbstverständlich sind SupervisorInnen darauf angewiesen, eine ‚Metasicht der Situation‘ einnehmen zu können. Doch genügt diese allein nicht, bzw. ist diese seriös nur dann erreichbar, wenn sie im *mehrperspektivischen Denken* erfolgt, und das wiederum bedingt Einfühlsamkeit und das „Ernstnehmen der Würde des Andern“ (Marcel 1967, Lévinas 1963 und 1983, Petzold 1996 k und 1998).

Zum juristischen und ethischen Argument ist als drittes das *klinische Argument* zu erwähnen wichtig. In diesem Punkt haben SupervisorInnen, die mit Personal aus Kliniken arbeiten, wohl ein Erbe angetreten, das seine Wurzeln in der Medizin hat. Über Jahrzehnte verfügten Ärzte über Patientendaten, ohne die Patientin einzubeziehen, wurden Berichte und Briefe an Kollegen, Institutionen und Ämter weiter gereicht, was oft eine Stigmatisierung (Goffman 1967) des Patienten zur Folge hatte. Und obwohl in dieser Hinsicht mittlerweile gewiss vieles verbessert wurde, der Schutz von Patientendaten gesetzlich verankert ist, wird wohl bis heute oft zu locker mit diesem Thema umgegangen. Gerade im klinischen Feld ist die ‚Praxis des informed consent‘ noch sehr schwach ausgeprägt (a.a.O. S. 197).

Im klinischen Setting gibt es die *medizinisch und medizinrechtlich verankerte ‚Informationspflicht‘* gegenüber PatientInnen. Im orwellschen Zeitalter bekommt der Schutz von Patientendaten und der Privatsphäre der Patienten eine zusätzlich wichtige Bedeutung. Wird der Informationspflicht nicht vollumfänglich nachgekommen und der persönlichen Sphäre des Patienten nicht Rechnung getragen, so sind die ethischen Grundsätze grob verletzt. Aber auch Pflegefachleute und ÄrztInnen haben das Recht, geschützt zu sein, auch sie müssen, wo sie in einer Supervision nicht anwesend sind, um ihre Einwilligung gefragt werden.

Medizinethische Fragestellungen in der Supervision von Pflorgeteams müssen für alle Beteiligten bekannt und durchgedacht sein.

2.9 Wirkung von Supervision

Um die Frage nach der Wirksamkeit von Supervision zu beantworten, müssen Fragen in den verschiedenen Systemen gestellt werden:

Klientensystem:

- Wirkt sich Supervision positiv aus auf Patienten und Klientinnen?
- Wenn ja, welche Supervisionsmethoden bewirken das?

Supervisandensystem:

- Wird durch Supervision die professionelle Kompetenz und Performanz gefördert?
- Wenn ja, welche Supervisionsrichtungen, Formen und Settings bewirken das?

Noch steht dem Anspruch auf hohe Qualität wenig Wirksamkeitsforschung gegenüber (a.a.O. S. 2) und wir wissen wenig darüber, welche Supervisions-Ausbildungen dem Anspruch am nächsten kommen. Wiewohl die Wirksamkeit noch viel zu wenig erforscht ist, so ist doch klar, wie sie wirken müsste. Ich beschränke mich hier auf die klinische Situation:

- Pflegefachleute sollen ihre *Sozialkompetenz fördern* und *stärken* können, wovon in erster Linie die PatientInnen profitieren werden.
- Pflegefachleute sollen ihre *Berufsidentität stärken* und ihre *persönliche Souveränität mehren* können, wovon sowohl PatientInnen als auch KollegInnen profitieren.
- Pflegefachleute sollen eine *„fundierte Kollegialität“* entwickeln können, was dem Team genau so nützt wie der Institution und somit klar auch wiederum dem Patienten.
- Dadurch, dass mit einem ganzen Team supervisorisch gearbeitet wird, werden die *Kompetenzen „gebündelt“* und die *Effizienz gesteigert*.
- Pflegefachleute sollen ihre zwischenmenschlichen Beziehungen aus *mehrperspektivischer Sicht* betrachten lernen, auch in der Lage sein, exzentrisch und selbstkritisch das eigene Tun und Verhalten zu reflektieren.
- Durch das Vernetzen (Konnektivierung) unterschiedlicher Wissensbestände mehrt sich das Wissen nicht nur, sondern es potenziert sich. Dadurch wird zwar einerseits Komplexität geschaffen, andererseits kommt es so zum gewünschten *Polylog*, wo jede und jede sich äussern kann und jeder auf den andern hört, und so im Team auf einer Sachebene die ‚beste aller Lösungen‘ erarbeitet werden kann, aus der Komplexität also die Lösung heraus kristallisiert werden kann.
- Durch das Fragen nach der Ursache hinter der Ursache, nach den Folgen nach den Folgen, wird es möglich, eigene Standpunkte zu hinterfragen, umzudenken und andere Möglichkeiten zu sehen (a.a.O. S. 35).

Bei der Formulierung von Zielen, welche durch Supervision erreicht werden sollen, kommen wir in den Bereich der erwünschten Wirkung. Holloway (1995 S. 38 ff.) umschreibt diese in der sogenannten **Aufgabenvariable** mit

- Förderung von Beratungsfertigkeiten
- Strukturierung der Klientensituation
- Handhabung der professionellen Rolle
- Förderung der emotionalen Bewusstheit
- Selbsteinschätzung

Petzold (1998 S. 32) ergänzt die Liste mit

- Handhabung der Berater/Klient-Beziehung und der in ihr auftauchenden Beziehungsmodalitäten und psychodynamischen Faktoren (Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr)
- Handhabung der eigenen Psychodynamik (Eigenübertragung, Gegenübertragung, Viationen)
- Förderung der Fähigkeiten zur theoretischen Explikation des Geschehens und
- Förderung des Verständnisses von Kontexteinflüssen als mikroökologischen Faktoren

Die Frage, ob Supervision nachhaltig im guten Sinne wirkt, kann solange nicht beantwortet werden, als keine katamnestische Studien und Längsschnittuntersuchungen vorliegen (Petzold, Schigl et al. S. 223). Solange bleibt auch offen, ob supervisorische Interventionen nachhaltig wirken. Um die Wirkung von Supervision zu beweisen, um also Qualitätsnachweise erbringen zu können, reichen per Fragebogen erhobene Antworten zur ‚Kundenzufriedenheit‘ nicht aus.

Mehrere Studien, auch Langzeitstudien, mit vergleichbaren Populationen und ähnlichen Fragestellungen zur Qualität von Supervision wären für eine gültige Aussage erforderlich, und die Wirksamkeit bleibt solange hypothetisch, als uns keine Ergebnisse entsprechender Forschungsstudien vorliegen. Der **Beweis-Notstand** bedeutet jedoch keineswegs, dass Supervision keine positiven Wirkungen sowohl für das Supervisanden- als auch für das Klientensystem hat. Es darf angefügt werden, dass einzelne vorliegende Studien aufzeigen, dass *„prinzipiell Qualitätsnachweise erbracht werden können“* (a.a.O. S. 224).

Selber habe ich die Vermutung, ja ich möchte aus der Erfahrung heraus sogar sagen die Überzeugung, dass Supervision dann wirkt, wenn sie erstens professionell durchgeführt wird und zweitens die Supervisandinnen bereit sind, an sich selber zu arbeiten, innerlich wachsen zu wollen und die Sachebene über die persönliche und die emotionale Ebene zu stellen.

2.10 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision

Genau so wie eine medizinische Behandlung nicht nur Wirkungen, sondern auch Nebenwirkungen haben kann, so birgt auch jede psychotherapeutische, beraterische und supervisorische Intervention die Gefahr von ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ in sich. Und genau so wie der Patient, die Klientin erfahren soll, welcher Wissenshintergrund und welche Kompetenzen die Supervisorin hat, genau so sollen sowohl beim Supervisanden als auch bei der Patientin die Grenzen der Supervision bzw. des Supervisors transparent gemacht werden. Solchermassen wird die Mündigkeit und Fähigkeit des Kranken anerkannt, über ‚klinisch sinnvolle Methodologien‘ wie Supervision und Kontrollanalyse nachdenken- und ihren Nutzen abschätzen zu können, ja dazu eine eigene Meinung zu äussern, sei diese zustimmend oder ablehnend. Dieses Bewusstsein ist also nicht nur im Supervisand zu wecken, sondern auch bei der Patientin.

Gefahren innerhalb von Supervision sind zum Teil dieselben, wie in Therapiesettings (siehe auch Märtens und Petzold, *Therapieschäden*, Mainz 2002 und Petzold, Müller 2005). Mangelnde Mehrperspektivität verhindert ev. die möglichst objektivste Sicht. Mangelnde Selbstreflexion beim Supervisor kann genauso zur Falle werden, wie bei der Therapeutin, so dass die Supervisandin bzw. der Patient/Klient mit seinem Anliegen nicht oder falsch erfasst wird. Interpretationen können falsch sein und somit verletzend wirken.

Innerhalb der Supervision ist speziell zu bedenken: Das Verlassen der Supervisionsebene, die immer auch eine Metaebene ist, in Richtung Psychotherapieebene, kann einzelne TeilnehmerInnen einer Supervision so treffen, dass sie in ihrer psychischen Befindlichkeit destabilisiert werden können.

Eine weitere Gefahr, die vielleicht nicht unmittelbare Folgen hat, aber dennoch im höchsten Mass ein Unrecht ist, ist die ‚Behandlung Betroffener‘ ohne deren Zustimmung. Diesem ethisch hoch zu wertenden Punkt soll in den Kapiteln 2.11 und 2.12 Rechnung getragen werden.

2.11 Supervision und Ethik

Das im Kapitel 2.8 hinsichtlich Schweigepflicht kurz erwähnte ‚*ethische Argument*‘ bedarf als eigenes Kapitel ‚Supervision und Ethik‘ einer Vertiefung.

So jung die Disziplin Supervision ist, so wenig sind entsprechende Fragen hinreichend geklärt und haben supervisionsspezifische Ethikkonzepte genügend Einzug in die Praxeologie und Praxis gehalten.

Die unter 2.8 erwähnten Argumente verlangen nicht nur eine klare Ethik der Handlungsregeln, sondern eine Theorie hinsichtlich Praxeologie, Methode und Disziplin zur Supervision. Nur so kann Qualität in der Supervision gewährleistet werden. Hier wird auch von den Forscherinnen und den Theoretikern noch viel Arbeit geleistet werden müssen.

Innerhalb des Integrativen Ansatzes hat Petzold in Anlehnung an Marcel (1967) und Lévinas (1983) ‚*Eckwerte der Ethiktheorie*‘ definiert, die auch für die Supervision Gültigkeit haben. Als wichtigste seien hier erwähnt:

Integritätsprinzip

Sorgsamkeit, die Integrität des Anderen nicht zu schädigen und seine Souveränität zu fördern. Dies gilt für Einzelpersonen, aber auch für Gruppen und Organisationen.

Intersubjektivitätsprinzip

Der Andere ist als gleichwertiges Subjekt anerkannt, in seiner Andersheit, ja auch Fremdheit toleriert und angenommen.

Diskursethik

Diese meint die Ethik einer fundierten und fundierenden Ko-respondenz (Petzold 1992 S. 503).

Supervision braucht also vom ethischen Standpunkt her gute **Eckwerte**, ja ich möchte sagen, sie muss auf guten Eckpfeilern basieren. Die Kenntnis spezieller Ethiktheorien ist wichtig, genauso wie die Übersicht über die wesentlichen Paradigmen der Ethiktheorie (a.a.O. S. 38).

Obwohl, wie erwähnt, noch viel Arbeit zu leisten ist, kann heute doch bereits gesagt werden, dass Supervisionstheorie und supervisorische Ethik sich eigenständig und übergreifend „in Umrissen abzuzeichnen“ beginnen (a.a.O. S. 211). Um ‚ausgereifte und fundierte Basis‘ zu werden, ist Schulen übergreifende Forschungsarbeit notwendig.

2.12 Ethik in der Pflegepraxis

Da sich diese Arbeit mit Supervision bei Pflegefachleuten beschäftigt, soll ein kurzes Kapitel der Ethik in der Pflegepraxis gewidmet sein.

Nachdem Ende der 80-er-Jahre der internationale Dachverband der Pflegefachleute **ICN** (International Council of Nurses) die nationalen Verbände aufgerufen hatte, eigene berufsethische Grundsätze auszuarbeiten, nahm sich in der Schweiz eine neu gegründete Ethikkommission des Schweizer Berufsverbandes der Krankenschwestern SBK dieser Herausforderung an. Zehn Jahre später konnte die Delegiertenversammlung des Berufsverbandes das von dieser Kommission erarbeitete Dokument ***Ethische Grundsätze für die Pflege*** genehmigen. Im Jahr 2002 wurde das Dokument überarbeitet, der hochprofessionellen Pflege sowie den modernen Arbeitsbedingungen angepasst und neu publiziert. Von den nun ergänzten ‚*ethischen Entwürfen*‘ scheint mir ein Punkt so zentral, dass ich ihn hier zitieren möchte:

Care-Ethik

Mehrere Pflege-Theoretikerinnen verstehen die Sorge um den Mitmenschen als zentralen Wert pflegerischen Handelns. Diese Sorge um den Menschen ist grundlegendes Element des Pflege-Verständnisses. In der Beziehung Pflegende – Patient drückt die Sorge um den Menschen die Bereitschaft aus, zu seinen Gunsten zu handeln.

(SBK – ASI Bern 2003)

Im Mittelpunkt einer Pflegeethik muss also der Patient, die Patientin sein, und alle Supervision bei Pflegefachleuten hat sich somit zwingend mit dessen Wohl zu beschäftigen.

In der Schweiz ist der Berufsverband am Thema dran geblieben. Es folgten weitere sorgfältig erarbeitete Publikationen, so **Ethik und Pflege** (1999 als Dokumentationsmappe), **Gesellschaft und Pflege** und, was für die inzwischen etablierte Pflegeforschung von grosser Bedeutung ist, das Dokument **Pflegende und Forschung: Ethische Grundsätze** (1998). In Zusammenarbeit mit der *Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH* wurde 2001 eine gemeinsame **Erklärung zu Pflege und Behandlung in der Endphase des Lebens** herausgegeben, die sich im Besonderen der Palliativpflege widmet.

Wie all diese Erläuterungen zeigen, hat sich Supervision bei Pflegefachleuten in erster Linie mit Fragen der Kranken und Pflegebedürftigen zu beschäftigen, die Supervisanden sind als Bindeglied mit demselben Ziel zu verstehen.

Ein Dilemma ergibt sich oft sowohl für die Pflegenden selbst als auch für die Supervisorin, wenn Institutionen finanziell und personell die Ressourcen kürzen (kürzen müssen?), die Pflegenden die heute anerkannten wichtigen ethischen Grundsätze einzuhalten und selbstverständlich qualitativ hohe und sichere Pflege zu bieten haben. Oft sind es in einem solchen Dilemma moralische Begründungen, welche Entscheidungen rechtfertigen und untermauern. Dies zeigt deutlich, dass Ethik längst mehr ist als eine ‚Reihe moralischer Normen‘. Sie bedarf der ständigen Reflexion zum Verhalten, zur Pflege, zur Stellungnahme bei Fragen von Gesundheit, Krankheit, Leben und Tod (a.a.O. S. 4 f.) Ziel jeder Pflege und also folgerichtig Ziel jeder Supervision bei Pflegefachleuten muss die Achtung der Würde jedes Menschen, hier besonders des kranken und abhängigen Menschen sein.

3 Forschungsstand Supervision

Das Zentrum für Psychosoziale Medizin der Donau-Universität Krems in Österreich hat unter anderem die Zielsetzung, „...*innovative, gesellschaftsrelevante Forschungsfragen aufzugreifen, die für die Theorienbildung und Methodenentwicklung im weiten Bereich der psychosozialen Medizin und gesellschaftlichen Gesundheitsförderung von Bedeutung sind.*“ (Petzold, Schigl et al. 2003, Seite 9). Damit will man an dieser Universität einerseits dem universitären Auftrag, Forschung und Lehre zu fördern, nachkommen, andererseits auch dazu beitragen, dass die Praxis psychosozialer und medizinischer Hilfeleistung in ihrer Qualität gefördert, entwickelt und gesichert wird. Die Forschungsergebnisse sollen also Angehörigen medizinischer, pflegerischer, psychosozialer und pädagogischer Berufe zugute kommen.

3.1 Grundsätzliches

Die Supervisionsforschung steckt in den Kinderschuhen (Petzold 1996). Diese von Petzold gemachte Äusserung hat sich in den vergangenen Jahren nicht wesentlich verändert, wiewohl heute vielleicht erhofft werden kann, die Supervisionsforschung sei den Kinderkrankheiten entwachsen und stecke mittlerweile, auf dem Weg zum Erwachsenenendasein, wenigstens schon in der Pubertät. Möller meint fünf Jahre später noch immer: Eine Supervisionsforschung ist im Entstehen begriffen (Möller 2001).

Mittlerweile wurde sie vorangetrieben und es liegen zum Teil bereits interessante Ergebnisse vor, die in diesem Kapitel kurz angesprochen werden sollen. Doch Supervision gehört noch immer zu den ‚jungen Disziplinen‘ (siehe 2.1 Geschichtliches). Dieser Tatsache steht gegenüber, dass Supervision mehr und mehr an Bedeutung gewinnt. In **Österreich** zum Beispiel ist Supervision struktureller Bestandteil in diversen gesetzlich geregelten Ausbildungen (PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Gesundheits- und Krankenpflegepersonal). Genauso in **Deutschland**, wo man die Investition für Supervision auf jährlich 75 Millionen Euro schätzt (Leitner, Petzold et al. 2004). Supervision wird also als Disziplin weiter an Wichtigkeit zunehmen. Insofern gewinnt auch die *Erforschung der Supervision* an Bedeutung.

Die Frage ist jedoch, wer sich überhaupt für Supervisionsforschung interessiert. Denn dies ist nicht minder ein Problem als bei der Psychotherapieforschung, wo das Nicht-zur-Kennntnis-nehmen von Ergebnissen der Psychotherapieforschung vor einem guten Dutzend Jahren noch ein bekanntes Phänomen war (Grawe 1992). Eine Schwierigkeit, zugegeben, ist die Frage der objektiven Messung. Eine andere die Verbindung von Theorie und Praxis. Möller sähe einen Ausweg aus dem Dilemma, dass sich Praktiker und Forscher, die oft diametral entgegengesetzt sind, in „...*einer veränderten Haltung des Forschers seinem Gegenstand gegenüber*“ und darin, dass sowohl Psychotherapie und Supervision als auch Supervisionsforschung sich „... *als dienende Tätigkeiten*“ verstehen (Möller 2001 S. 83). Fragestellungen, so Möller, liessen sich dann gemeinsam aushandeln, Begriffe besser ausarbeiten und die Kooperation zwischen Theoretikern und Praktikern würde das Einfließen der jeweiligen Ressourcen erlauben, bei den wissenschaftlich Tätigen wäre dies der Vorsprung in der Präzisierung praktikabler Fragestellungen, bei den Praktikern ihr grosser Erfahrungshintergrund.

Forschungsinhalte zielen darauf ab, *Wirksamkeit von Supervision* zu erforschen, aber auch *Nebenwirkungen* zu eruieren, die unerwünscht oder gar schädigend sein könnten. Und nicht zuletzt ist die *Wirtschaftlichkeit von Supervision* in Bezug auf ihren Nutzen zu erforschen. Wirkfaktoren in den verschiedensten Gebieten (Arbeit mit Kranken, mit alten Menschen, mit psychisch Behinderten, mit Suchtkranken etc.) sind zu ergründen, ebenso wie die Wirkung auf die an einer Supervision Beteiligten (KlientInnen, SupervisandInnen, zu denen Lehrer, ÄrztInnen, Pflegepersonal und so weiter gehören).

Trotz noch grossem Forschungsbedarf ist es dem AutorInnen-Team *Hilarion G. Petzold, Brigitte Schigl, Martin Fischer, Claudia Höfner* und *Petra Telsemeyer* gelungen, im Buch **Supervision auf dem Prüfstand** eine Bestandesaufnahme internationaler Forschung zu machen. Themen wie *Supervision und Sucht*, *Supervision in der Psychiatrie*, *Supervision und Gerontologie* zeigen wertvolle Studienergebnisse, welche dazu anregen können, neue Fragestellungen zu erarbeiten. In dieser Arbeit hier soll nicht weiter auf den Inhalt dieser Metastudie eingegangen werden, doch sollen Krankenhaus spezifische Inhalte und zwei in der Schweiz durchgeführte Studien kurz erwähnt werden (siehe 3.2).

3.2 Bei Pflegefachleuten und Pflegesettings

Da es nicht **die** Supervision gibt, sondern **viele** Supervisionen, habe ich mich zu entscheiden, wo genau ich Supervision untersuchen will. Als ursprünglich gelernte Krankenschwester und heutige Supervisorin von Pflgeteams ist es mir ein Anliegen, zu erforschen, was Pflegefachleute für Erfahrungen mit Supervision haben und wie ihre Bedürfnisse diesbezüglich sind. Supervisionsforschung ergibt dann einen Sinn, wenn sie sich mit einem bestimmten Berufsstand befasst.

Eine erste Möglichkeit, in den Genuss von einer Art Supervision zu kommen, war für Mitarbeitende in Spitälern, also für Ärzte und damals Krankenschwestern und -pfleger in den sog. Balint-Gruppen. Der 1886 in Budapest geborene *Mihàli Maurice Bergsmann* (der später seinen Namen in *Michael Balint* wechselte), beendete sein Medizinstudium 1918. Er begann sich mit der Psychoanalyse auseinander zu setzen und besuchte Vorlesungen bei *Sàndor Ferenczi*. Anfangs der Zwanzigerjahre zog er zusammen mit seiner Frau Alice nach Berlin, wo die beiden eine analytische Ausbildung am Berliner Psychoanalytischen Institut machten. Anfang der Dreissigerjahre initiierte er ein Seminar, in welchem er mit praktischen Ärzten „psychotherapeutische Möglichkeiten der täglichen Praxis“ studierte (Sedlak 1992). Mit seiner zweiten Frau Enid (Alice verstarb relativ jung) entwickelte er 1949 das Konzept der **Balintgruppen**, zunächst für Sozialarbeiter und Psychologen, später auch für Ärzte. Später bekamen ganze Stationsteams Zugang zu Balintgruppen, und so wurde es für Krankenschwestern möglich, Teamsituationen zu besprechen. In Balintgruppen steht die Beziehung zwischen HelferIn und PatientIn/KlientIn im Vordergrund. Man könnte also von einer Art Fallsupervision sprechen. Für Pflegefachleute war diese Möglichkeit eine Art Vorläufer der heutigen Supervision.

Mittlerweile gibt es erste Studien zu *Supervision bei Pflegefachleuten*. Hier sollen einzelne kurz erwähnt werden.

- Eine Befragung in einem Krankenhaus, wo regelmässig Supervision gemacht wird, ergab, dass die MitarbeiterInnen damit sehr zufrieden sind. (Rave-Schwank 1997).

- Eine andere Arbeit berichtet, dass Pflegefachleute, welche Supervisionserfahrung hatten, öfter als andere sagten, Supervision trage zur Bewältigung von Problemen bei. (Schaffer 1992).
- Bei Pflegefachleuten seien Faktoren zu berücksichtigen wie Rollen- vorstellungen von Pflege, die Einbezogenheit in die Krankenhausstrukturen, stationsspezifische Funktionen und professionelle Beziehungen innerhalb des Stationsteams. (Ehmer 1998).
- Gottfried et al. untersuchten mittels Fragebogen in Schweizer Psychiatrie- kliniken Einsatz, Formen und Nutzen von Supervision für Pflegefachleute und ÄrztInnen (SupervisandInnensystem) und für die PatientInnen (PatientInnen- system). In dieser Studie wurde der Wert von Supervision relativ ambivalent beurteilt. Sie zeigt aber vor allem Probleme in diesem Arbeitsfeld auf. (Gottfried et al. 2003).
- Müller und Petzold untersuchten die Situation innerhalb der Gerontotherapie, fragten nach schützenden (protektiven) Faktoren (Müller und Petzold 2002 b).
- Müller, Petzold und Schreiter-Gasser (2005) haben in einer grossen Untersuchung mittels Fragebogen die Situation von Supervision in Altenheimen und gerontopsychiatrischen Einrichtungen und Pflegediensten in der Schweiz untersucht. Auch hier waren die Reaktionen ambivalent. Nur etwa ein Drittel spricht sich eindeutig für den Wert der Supervision aus. Beklagt wird die zumeist fehlende ‚Feld- bzw. Fachkompetenz‘ der SupervisorInnen.

Ausserhalb der drei hier kurz erwähnten Studien ist mir keine in der Schweiz durchgeführte Forschungsarbeit bekannt, welche Fragen rund um Supervision nachgeht.

3.3 Forschungsfragen für das Feld der Pflege

Gemäss Petzold, Schigl et al. (a.a.O. S. 134) gäbe es im Gebiet der Krankenpflege noch viele Fragestellungen, die sich für weitere Forschung eignen würden. Dabei ist

in einer Metaebene zu denken, nämlich: *Wie wird in Supervisionssitzungen mit bestimmten Themen aus dem Krankenhausalltag umgegangen?* Das heisst: Es würde in entsprechenden Studien nicht die Krankenhausrealität in Frage gestellt bzw. geprüft, sondern der Umgang von Supervision mit eben derselben.

Hier möchte ich Fragestellungen bezüglich *„Supervision für das Feld der Pflege“* auflisten, die mir aus der Erfahrung am wichtigsten und dringlichsten erscheinen würden:

- Wie wird mit den teilweise sehr ‚starken‘ Hierarchien umgegangen?
- Wie wirkt sich die Tatsache aus, dass durch Schichtdienst und Notfalldienste nie das ganze Team an einem Supervisionssetting teilnehmen kann?
- Wie wirkt sich fehlende Feldkompetenz von SupervisorInnen auf den Supervisionsprozess aus?
- Wie stark stehen Patientenprozesse im Vordergrund (Fallsupervision)? (Nach meiner Erfahrung geht es sehr viel mehr um Teamprozesse und Konflikte, einerseits innerhalb des Teams, andererseits mit ÄrztInnen und/oder Vorgesetzten.)
- Wie wird innerhalb von Supervisionen mit der Schweige- bzw. Informationspflicht umgegangen?
- Könnte Supervision vor Burnout bewahren? (Hiezu wären Langzeitstudien mit Kontrollgruppendesign notwendig.)
- Sind innerhalb der Institution Leitbilder vorhanden?
- Sind innerhalb der Institutionen Organigramme vorhanden und falls ja, sind diese den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt?

Der letzte Punkt scheint mir wichtig, weil es (gemäss meiner Erfahrung) immer wieder vorkommt, dass Führungsaufgaben nicht, mangelhaft oder von den falschen Personen wahrgenommen werden, weil kein Organigramm besteht und die Zuständigkeit nicht geklärt ist.

Auf Forschungsfragen bezüglich *„Pflege“* möchte ich hier nicht näher eingehen. Die Pflegeforschung, eine Disziplin, in welcher sich Natur-, Sozial- und Geisteswissenschaften überschneiden, hat sich in den letzten zwei Jahrzehnten und

intensiv im letzten Jahrzehnt etabliert und grosse Verdienste gemacht. **Pflegeforschung** will vor allem neue Kenntnisse für die Pflege und zur Verbesserung der Ausbildung und der beruflichen Kompetenzen erwerben. **Supervisionsforschung** will erfahren, ob Supervision wirkt, bzw. wie sie wirkt, bzw. wie schädliche Nebenwirkungen verhindert werden können.

4 Das Arbeitsfeld des Medizinalfachberufs der Pflegefachleute

4.1 Geschichtliche Entwicklung – Von der Krankenschwester zum Medizinalfachberuf

In diesem Kapitel soll kurz daran erinnert werden, wo ‚institutionalisierte‘ Krankenpflege begann. Zum einen gilt *Florence Nightingale* als ‚erste Krankenschwester‘, sie die im Krimkrieg (1853 - 1856) in grosser Aufopferung verwundete Soldaten pflegte. Durch ihr nächtliches ‚Runden‘ durchs Lazarett bekam sie den Namen ‚*The Lady with the lamp*‘. Nach dem Krieg gründete sie 1860 die erste Schwesternschule in London. Erstmals wurde Krankenpflege nach ‚modernen Vorstellungen‘ gelehrt. Ein grosses Verdienst hat sie, weil sie die hygienischen und medizinischen Umstände verbesserte, wodurch die Sterberate enorm sank.

Doch schon vor ihrer Zeit waren Kranke und Pflegebedürftige auf das Wohlwollen und Erbarmen irgendwelcher Menschen angewiesen. Insbesondere katholische Ordenshäuser, später auch Diakonissenhäuser, nahmen sich der Kranken an. Nicht wenige Spitäler gingen aus solchen Institutionen hervor. Der Dienst wurde in Aufopferung und oft um einen ‚Gotteslohn‘ getan, wenn notwendig rund um die Uhr. Das Barmherzige, Dienende, Zugewandte solcher ‚Schwestern‘ hat sich bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts hinein ‚gerettet‘, ja ich würde behaupten, das Bild sei bis heute nicht wirklich verschwunden. Noch in den 70-er-Jahren des 20. Jahrhunderts wurde zum Beispiel mit einem Prospekt für diesen Berufsstand geworben, der den Titel trug: „Ein weisses Häubchen wünsch ich mir.“ Die Verfasserin dieser Arbeit selber fühlte sich angesprochen von diesen Worten und bewarb sich um eine Lehrstelle als ‚Krankenschwester‘.

Während in den letzten drei bis vier Jahrzehnten die Spitzenmedizin vorangetrieben wurde, was auch hinsichtlich des Wissens der Krankenschwester herausfordernd wurde, und während die Krankenpflegeschulen entsprechend immer bessere, gründlichere und umfassendere Ausbildungen anboten und höhere Aufnahmekriterien forderten, regte sich auch bei den Schülerinnen Unmut und Ärger über die Ausnutzung innerhalb dieses Berufes, was politische Aktivitäten sowohl beim diplomierten Pflegepersonal als auch bei den Schülerinnen vorantrieb. Zwar war ich seinerzeit von ‚unserer Schulklasse‘ (einer Krankenpflegeschule eines

Diakonissenhauses) noch die einzige, die politisch aktiv wurde, aber Schulen übergreifend waren mehrere Schülerinnen aktiv und ich lernte rasch, dass wir innerhalb unserer Schule einen Schülerinnenrat gründen mussten, wenn erreicht werden sollte, dass für Sonntags- und Nachtwachdienste nicht mehr vor allem Schülerinnen eingespannt würden, bloss weil diesen keine Zulage bezahlt werden musste. Ein Dienst von 28 Nächten ohne Unterbruch war nicht die Ausnahme, sondern die Regel.

Die Veränderung des Berufsbildes geschah also auf mehreren Ebenen. Ausserdem war unter dem Einfluss der 68-Revoluten an den Universitäten einerseits und unter der Jugend generell andererseits eine neue, selbstbewusstere Generation heran gewachsen, die begann, sich gegen Ausnutzung und Ausbeutung zu wehren, und während zuvor Männer sich eher in Psychiatriepflege ausbilden liessen, fanden Pfleger nun Einzug auch in diesen vormals vorwiegend von Frauen gewählten Beruf. Nie wäre man jedoch deswegen auf die Idee gekommen, analog zur *Krankenschwester* vom *Krankenbruder* zu sprechen. Das Wort ‚Pfleger‘ war angebracht, stellte aber in der weiblichen Form (in der Schweiz) einen anderen Beruf dar, dem eine kürzere (halb so lange dauernde) Ausbildung zugrunde lag und zum *Fähigkeitsausweis des Schweizerischen Roten Kreuzes (FA SRK)* führte. Krankenpflegerin und Krankenpfleger hatten also unterschiedliche Bedeutungen.

Inzwischen haben sich die Krankenpflegesschulen zu differenzierten Ausbildungsstätten für ‚*Fachangestellte Gesundheit*‘ gemausert und sowohl die Krankenschwester als auch der Pfleger sind zu *Pflegefachleuten* geworden. Die Curricula der Schulen sind so angelegt, dass verschiedene Niveaus angestrebt werden können, ja dass ein Weiterbildungsweg bis zum universitären ‚*Master of Nursing Sciences*‘ führen kann, etwas, was in den USA und in Grossbritannien schon seit Jahrzehnten möglich ist. Mit dem Einzug der Pflegenden in die Universitäten etablierte sich auch die Pflegewissenschaft. (Polit et al. 2004 und Brandenburg 2003).

4.2 Pflege und Pflegewissenschaft

In der modernen Medizin ist Pflege längst ein eigenständiger Beruf, an den weit über ärztliche Anordnungen hinaus hohe Anforderungen sowohl im spitalinternen als auch im ambulanten Bereich gestellt werden.

Nicht nur zur Erreichung bestmöglicher Effizienz (erwartete Pflegequalität und Landes übergreifend vorherrschender Spardruck müssen auf einen Nenner gebracht werden), sondern auch um ‚schädigende Pflege‘ zu verhindern, um hochstehende Ausbildungen anbieten zu können, um der Komplexität dieses Berufes gerecht zu werden, ist Pflegeforschung innerhalb wissenschaftlicher Kriterien nötig und die SupervisorInnen, die mit Pflegeteams arbeiten, müssen einen entsprechenden Wissensstand über Pflegewissenschaft haben.

An der Universität Basel wurde an der Medizinischen Fakultät am 1. Februar 2000 das in der Schweiz erste und bis jetzt einzige universitäre *Institut für Pflegewissenschaft*, das *Institute of Nursing Science (INS)* eröffnet. In einem dreijährigen, klinisch ausgerichteten Masters Curriculum haben Pflegefachleute die Möglichkeit, sich in vertiefter klinischer Pflegeexpertise (Advanced Nursing Practice, ANP) auszubilden und sich so wissenschaftliche und klinische Kompetenzen zu erwerben. Die Studierenden lernen auch selbständig zu forschen oder mit ihrem spezifischen Wissen und entsprechenden Fragestellungen an klinischen Studien mitzuwirken. (<http://pages.unibas.ch/nursing/>)

Auf der Homepage des Instituts steht:

„Ziel des INS ist es, durch Lehre, Forschung und Entwicklung des klinischen Feldes die Pflegepraxis innerhalb einer multidisziplinären Gesundheitsversorgung zu stärken, und die Ergebnisse für Patienten und deren Angehörige zu verbessern. Der Fokus liegt dabei vor allem auf der Verbesserung der Ergebnisse für Patienten und deren Angehörige, welche mit chronischen Krankheiten leben.“ (siehe Homepage des Instituts für Pflegewissenschaft Universität Basel, Homepageadresse im Literaturverzeichnis).

4.3 Pflegequalität – Qualitätsbegriff und Qualitätssicherung in der Pflege

Obwohl Pflegequalität bereits seit Jahrzehnten diskutiert wird, hat dieser Begriff erst in jüngerer Zeit seine Bedeutung erlangt, und zwar aufgrund immer begrenzter werdender Ressourcen im Gesundheitswesen. Es wären mehrere anerkannte Pflegemodelle zu nennen, die der Sicherung von Pflegequalität dienen. *Nancy Roper* ist zu nennen, die Pflegequalität mit einer ‚Checkliste‘ der Bedürfnisse der Patienten überprüfbar machte. (Roper 1997) *Dorothea Orem* wäre zu erwähnen, die davon ausgeht, dass sich im Prinzip jeder Patient (auch) selber pflegen kann. (Orem 1997) Ich will mich in dieser Arbeit auf zwei Modelle beschränken, die schon recht spezifisch und differenziert auf die Qualitätssicherung hingehen, obwohl es nicht unbedingt neue Modelle sind.

Damals, in den 70-er-Jahren, entstand das Stufenmodell der Pflegequalität. Es unterscheidet abnehmend zwischen optimaler und gefährlicher Pflege in folgenden vier Stufen:

- optimale Pflege
- angemessene Pflege
- sichere Pflege
- gefährliche Pflege

Der amerikanische Wissenschaftler *Avedis Donabedian* (1919 bis 2000, Professor of Public Health, University of Michigan USA) gilt eigentlich als Begründer von Qualitätsforschung im Gesundheitswesen (Donabedian 1966). Er entwickelte ein analytisches Konzept, das Pflegequalität unterteilt in:

- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Ergebnisqualität

Mit der **Strukturqualität** meint Donabedian die Rahmenbedingungen, unter denen Pflege erfolgt (Pflegeeinrichtung, personelle und materielle Ressourcen etc.). Mit **Prozessqualität** meint er den Umfang und die Art der pflegerischen Handlungen. Hierher gehören Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Kontrolle der Pflege sowie die Entwicklung Themen bezogener Pflegestandards. Insbesondere ist Kontrolle wichtig, weil sie Pflegequalität sichern soll. Mit **Ergebnisqualität** meint er sowohl das

Ergebnis, das Pflege beim Kranken ergibt, aber auch das physische, psychische und soziale Wohlbefinden der Pflegenden.

Alles in allem sind diese Qualitäten die ‚Eckpfeiler der Qualitätssicherung‘. Qualitätssicherung ist also längst ein wichtiger Bestandteil der Pflege geworden.

4.4 Strukturqualität – der Einfluss von Kontextbedingungen auf Arbeitsklima und Pflegequalität

In jüngerer Zeit haben immer wieder einmal Pflegenden Schlagzeilen gemacht, die ihnen anvertraute PatientInnen willentlich zu Tode brachten. Erinnerung sei an die vier selbsternannten ‚Todesengel‘ im österreichischen Lainz im Jahr 1989. Erinnerung sei auch an den Luzerner ‚Todespfleger‘, der anfangs 2005 wegen Mordes an 22 Patientinnen und wegen Mordversuch an weiteren Heimbewohnerinnen zu einer lebenslänglichen Strafe verurteilt wurde. Ein so grausames Verbrechen lediglich in Zusammenhang mit einem überfordernden Arbeitsklima zu bringen, ist m. E. heikel. Meistens enden Überforderungen in Kündigungen, oder sie führen in ein malignes Burnout-Syndrom (Petzold 1989b). Mir ist es wichtig, das hier besonders festzuhalten, um nicht den Eindruck zu erwecken, ein schlechtes Arbeitsklima führe a priori zu mörderischem Verhalten.

Trotzdem muss in aller Deutlichkeit die grosse Problematik des überfordernden Arbeitsklimas erwähnt sein, denn allen oben erwähnten Taten ist eines gemeinsam: Sie fanden auf einer Intensivstation statt oder in einem Alters- und Pflegeheim, an Orten, wo einerseits grosser Arbeitsandrang durch Notfall- und Intensivsituationen besteht, oder andererseits wo zu wenig Pflegepersonal und vor allem viel zu wenig ausgebildetes Pflegepersonal angestellt ist. Das muss zu denken geben.

Zum Luzerner Mörder zeigte sich der Schweizer Berufsverband der Pflegefachleute öffentlich ‚erleichtert über das klare Urteil‘, weil es deutlich mache, dass auch die Gesellschaft ihre Verantwortung übernehmen müsse, weil sie durch ihre Politiker entscheide, wie viele Mittel die Pflege bekomme, denn gerade in der Langzeitpflege fehle es an qualifiziertem Personal. (Tages Anzeiger vom 29.1.2005). Diese Stellungnahme des Berufsverbandes darf nicht implizieren, das ‚Morden‘ von PatientInnen sei stets eine Folge von Überforderung und/oder schlecht

ausgebildetem Personal. Der Tat, einen Menschen umzubringen, liegt m. E. eine grausame Pathologie zugrunde, wiewohl eine spezifische Form der Pathologie bei den TöterInnen aus dem Pflegebereich bislang nicht festgestellt werden konnte (Beine 1992). Doch muss für möglich gehalten werden, dass Überforderung zum auslösenden Moment für eine solche Tat werden kann. Die ‚Motive‘ mögen allerdings auch hier unterschiedlich sein. Mir selber ist ein ‚Fall‘ bekannt, in welchem ein Hilfspfleger (wie er sagte), „Patienten auf einer Intensivstation von der Arroganz der behandelnden Ärzte befreite“.

Diese schwierige und belastende Thematik gehört unter diesem Kapitel wohl zumindest erwähnt, um aufzuzeigen, dass schlechte Arbeitsbedingungen bzw. ein schlechtes Arbeitsklima und Überforderung eine potentielle Gefahr darstellen können.

Unsinniger Spardruck mit der Folge von zu wenig qualifiziertem Personal bzw. von zu wenig Personal überhaupt, kann aber auch im ‚normalen Bereich‘ schädigende Folgen haben, die weder bewusst noch gewillt geschehen, denn auch qualifiziertes Personal ist nicht gefeit vor schädigender Pflege, wenn es unter Zeitdruck steht. Es wären genügend Beispiele zu nennen, wo grosses Leid gestreut wurde, nicht in Bewusstheit oder böser Absicht, sondern deshalb, weil vom Pflegepersonal ‚Unmögliches‘ erwartet wurde. Hier unterscheiden sich Pflegende aber kaum vom übrigen medizinischen Personal, Laborangestellte, Röntgenassistentinnen und ÄrztInnen mit eingeschlossen. Oft löst Überforderung eines einzigen eine Kettenreaktion aus. Erinnert sei in diesem Zusammenhang an den Tod eines Säuglings im Berner Inselspital, dem anstelle einer Zuckerlösung eine Salzlösung verabreicht worden war (Medienmitteilung Inselspital Bern 2001). Schädigende Pflege mit der letzten Konsequenz für den Patienten, der des Todes, ist eines. Die ganze Bandbreite schädigender Pflege dazwischen, die selten an die Öffentlichkeit und oft nicht einmal ins Bewusstsein der Geschädigten gelangt, das andere.

PolitikerInnen müssen also selbstverständlich aufgefordert werden, keine ‚Sparmassnahmen‘ anzuwenden, wo Menschen durch Krankheit oder Alter in ihrer Hilflosigkeit anderen Menschen ausgeliefert sind. Es gehören in solche Institutionen

qualifizierte ja hoch qualifizierte Pflegefachleute, und es ist unabdingbar, dass genügend Personal eingestellt wird.

Wer mit Menschen arbeitet, braucht Professionalität, braucht Kompetenzen und Performanzen, braucht einen mehrperspektivischen Blick, braucht die Zeit und innere Ruhe, überlegt und sorgfältig handeln zu können, muss eingebettet sein in ein Team, sich dem zugehörig fühlen und dieses unterstützend erleben. Und in diesem Sinne ist der Forderung des Berufsverbandes an die PolitikerInnen, Sparübungen nicht auf dem Buckel der Kranken auszutragen, unbedingt nachzukommen.

4.5 Arbeitsfelder der Pflege

Pflegefachleuten sind viele interessante Möglichkeiten geboten, ihren Beruf auszuüben. Während die einen gerne mit chronisch Kranken, Behinderten oder alten Menschen arbeiten, mögen andere die Herausforderungen einer Akutstation wie Medizin, Chirurgie, der Wöchnerinnenstation oder gar der Intensivpflege- oder Notfallstation. Die Arbeit mit Sterbenden erfordert eine besondere Reife und die Bereitschaft, sich mit der eigenen Vergänglichkeit auseinanderzusetzen. Für die Arbeit mit psychisch Kranken ist eine spezielle Ausbildung erforderlich, und auch für andere oben erwähnte ‚Felder‘ sind oft Zusatzausbildungen bzw. Weiterbildungen geboten. Weiter arbeiten Pflegefachleute auch in spitalexterner Krankenpflege, oder sie erwerben sich durch entsprechende Weiterbildungen das nötige Wissen, um eine Kaderposition zu besetzen oder als Lehrerin zu arbeiten.

Gerade diese Vielfalt macht den Beruf attraktiv, aber auch die Vielfalt ist es, die ein komplexes Wissen und Denken auf mehreren Ebenen erfordert.

4.6 Zur Frage der Feld- und Fachkompetenz bei Supervision im Bereich der Pflege

Im Kapitel 4.5 wird deutlich, dass es unabdingbar ist, dass ein Supervisor, eine Supervisorin das Arbeitsfeld ihrer Supervisanden kennt. Hat sie sich nach dem Erlernen des Berufes zur Pflegefachfrau zur Supervisorin weitergebildet, ist dem Rechnung getragen. Bekommt ein Supervisor ein Mandat aufgrund eines anderen Studienweges, zum Beispiel als Psychologe mit einer Weiterbildung zum

Psychotherapeuten und Supervisor, müsste ein mehrwöchiges Praktikum in einem Krankenhaus, auf einer Station für akut oder chronisch Kranke, absolviert werden.

Petzold führte zusätzlich zum Begriff *Feldkompetenz* den der *Fachkompetenz* ein. Hier sei aus diesen Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich zitiert (Petzold 1990g):

„Neben dem Konzept der **Feldkompetenz** (Kenntnisse der Institutionen, Arbeitszusammenhänge, Klientensysteme, Mitarbeiterstrukturen) möchte ich das der **Fachkompetenz** (fachwissenschaftliche und spezifische methodische bzw. praxeologische Kenntnisse) einführen, denn man kann ein Feld kennen, aber überhaupt nicht auf dem Stand des fachlichen Wissens oder der Forschung oder aktuellen Praxis sein, der erforderlich ist, um feld- und fachspezifisch gute Supervision zu machen, die den Patienten/Klienten wirklich zugute kommt und der *Weiterbildungsfunktion von Supervision* gerecht wird. Eigentlich muss es **Fachsupervisoren** geben, die das jeweilige Feld aus *langjähriger eigener Praxis* kennen und über vertiefende *wissenschaftliche Weiterbildung* und Studium verfügen sowie über die jeweiligen aktuellen Feldentwicklungen, Gesetzeslagen, Theorie- und Forschungsstände bestens informiert und 'auf dem Laufenden' sind. Für die „Felder“ Altenarbeit/Krankenhaus/Hospiz, Suchtkrankenhilfe, Kinder- und Jugendlichenarbeit/-therapie, Behindertenarbeit, Forensik ist das gänzlich unerlässlich, um qualitativ gute Supervision zu machen, da genügen *allgemeinsupervisorische* Kompetenz und Performanz nicht“.

Diese Position wird heute durch die Forschung (König et al. 2005; Knaus 2005a; Müller et al. 2005) vollauf bestätigt.

4.7 Zu einem Integrativen Konzept der Pflege

Auf eine längere Abhandlung zu einem *Integrativen Konzept in der Pflege* muss in dieser Arbeit verzichtet werden, doch ist mir wichtig, darauf hinzuweisen, dass insbesondere ein Modell der Integrativen Therapie und Supervision sich dafür eignen würde, ein entsprechendes Konzept für die Pflege zu erarbeiten, nämlich das der **„Fünf Identitätssäulen“** (Petzold 1993).

Befindlichkeit und Identität gehören untrennbar zusammen. Die fünf Säulen der Identität eignen sich hervorragend als Pflege-diagnostisches Mittel zur Erfassung der körperlichen, psychischen und sozialen Befindlichkeit unter Berücksichtigung des Lebenskontextes und des Zeitkontinuums (Vergangenheit – Gegenwart – Zukunft). Sie führen zur entsprechenden Pflegeplanung.

Erste Säule: Leiblichkeit

Die Beurteilung, wie stabil und stark diese Säule sei, erfolgt auf die Frage, inwieweit Gesundheit, Krankheit, körperliche Versehrtheit, Züchtigung, aber auch Ertüchtigung und so weiter, im Leben eines Einzelnen eine Rolle spielten und noch spielen. Pflegefachleuten liegen dazu auch objektive Werte (Labor- und Untersuchungsbefunde, Arztberichte etc.) vor, doch spielt die subjektive Befindlichkeit eine wesentliche Rolle.

Zweite Säule: Soziales Netzwerk

Diese Säule fragt nach dem ‚Eingebettet-Sein‘, nach Angehörigen, Freunden, Bekannten, nach dem sozialen Netz überhaupt, dem ein Mensch zugehörig ist und nach dessen Tragfähigkeit. Hat der Patient Krankenbesuche, die ihn freuen? Oder eher solche, die ihn belasten? Pflegefachleute wissen ausserdem, an wen sie sich in Notfällen wenden können und sollen.

Dritte Säule: Arbeit, Leistung und Freizeit

Hat Jemand in gesunden Zeiten eine Arbeit, die ihn befriedigt? Ist er unterfordert? Überfordert? Hierher gehört auch die Frage, ob Jemand seinen Fähigkeiten entsprechend gefördert wurde oder nicht. Hat er Arbeit? Ist er arbeitslos? Inwieweit gibt ihm seine Beschäftigung Lebenssinn? Gibt es in der Freizeit einen befriedigenden Ausgleich zur Arbeit? Was für Hobbys konnte er entwickeln? Kann das Hobby auch in kranken Tagen ausgeübt werden? Kranke sind in der Regel aus ihrer Arbeitsrolle heraus gefallen. Diese Identitätssäule wird durch Krankheit also direkt tangiert.

Vierte Säule: Materielle Sicherheit

Existentiell ist die Frage nach der materiellen Sicherheit. Dabei geht es um Themen wie Armut, Reichtum, Lebensstandard, Verarmungsängste und so weiter. In der

Kindheit erlebte Armut kann einen Menschen entsprechend prägen. Diese Säule ist eng mit der Säule ‚Arbeit‘ verbunden, weil ein entsprechender Lohn die materielle Sicherheit gewährleistet. Patienten sind unterschiedlich versichert. Leider spielt die Mehrklassenmedizin unter staatlichem Spardruck und steigenden Gesundheitskosten wieder mehr und mehr eine Rolle.

Fünfte Säule: Werte

Welche Werte prägen einen Menschen? Sind es vor allem religiöse, philosophische oder andere? Was ist sein verinnerlichtes Wertesystem? Kann er daraus Ressourcen schöpfen? In Notlagen Trost und Hoffnung nehmen? Diese Säule kann wesentlich sein, wenn es beim Patienten darum geht, sich mit schweren Diagnosen, mit Behinderung oder gar mit dem Sterben befassen zu müssen.

Die Ausarbeitung einer Check-Liste zu den fünf Säulen könnte ein sinnvolles Ziel sein, um Patientinnen und Patienten mit ihrer Befindlichkeit integrativ zu erfassen.

Zum Thema gefährliche Pflege wurde in der INTEGRATIVEN THERAPIE (2005) eine Pflegekonzeption der IT publiziert, die hier teilweise wiedergegeben werden soll. Zunächst definiert Petzold in diesem Aufsatz *riskante Pflege* wie folgt:

Als „**riskante Pflege**“ bezeichnen wir Pflegehandlungen und Pflegesituationen, die für die Gepflegten ein **Risiko** bergen, an Gesundheit und Leben Schaden zu nehmen und die zu „**gefährlicher Pflege**“ entgleist sind, wenn unbefugte und schädigende Handlungen und Pflegemissstände Teil des Pflegealltags geworden sind und unmittelbare Gefahr für die Gesundheit und das Leben der PatientInnen besteht.

Um *riskante und gefährliche Pflege*, die Fehlbehandlung, Fehlernährung, Liegeschwüre, Gewaltanwendungen einzuschliessen und genauer zu bestimmen, verwendet er folgende differenzierende Definition:

Risikante Pflege wird als eine einerseits durch Nachlässigkeit, Überlastung, Unwissen und geringer fachlicher Kompetenz und Performanz von einzelnen Pflegenden oder Gruppen bzw. 'Pflegeteams' und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, Fehlen von Pflegemitteln und -hilfen, schlechte quantitative und qualitative Personalschlüssel und fehlende bzw. inkompetente Fachaufsicht und Leitung gekennzeichnete Pflegesituation gesehen, in der die Pflegenden und ihre Vorgesetzten Risiken von Fehlleistungen und Pflegefehlern, Mangelbetreuung, von schlechter Versorgung und kommunikativer Vernachlässigung zu Lasten der Pflegebedürftigen als *Möglichkeiten* in Kauf nehmen (Petzold 1990g).

Petzold schreibt: „Es ist zu unterstreichen, dass Deprivation von Kommunikation und multipler Stimulierung in höchstem Masse gesundheitsgefährdend ist. *Neglect* (hier als Vernachlässigung gemeint, Anm. der Autorin) ist schon eine Form der Misshandlung. Diese Situation des Risikos, einer „*Gefährdung*“, kann sich durchaus noch verschärfen, so dass akute „*Gefahr*“ besteht oder schon eintritt und ein Risiko also zur feststellbaren – weil eingetretenen - Schädigung wird, wie in der Situation von „Lainz I“.

Daraus ergibt sich folgende noch differenziertere Definition:

Gefährliche Pflege ist einerseits eine durch (offene oder verdeckte) massive *Vernachlässigungen*, Gleichgültigkeit, Verrohung (d.h. verbale und physische Gewalt) und ggf. pathologische Grausamkeit von einzelnen Pflegenden oder Gruppen/'Teams' und andererseits durch infrastrukturelle Mängel, verwahrloste institutionelle Strukturen, inkompetente oder toxische Leitung gekennzeichnete *Pflegesituation*, in der die Pflegebedürftigen verdinglicht und faktisch schon geschädigt werden und sie der unmittelbaren Gefahr ausgesetzt sind, durch Gewalt, vernachlässigende und falsche Pflege weiteren Schaden zu nehmen, zu Tode zu kommen oder – im Extremfall – Opfer eines Tötungsdeliktes zu werden. Die *Faktizität* dieser Delikte wird z. T. von Kolleginnen und Vorgesetzten ausgeblendet, verschleiert, gedeckt.“ (Petzold 1990g).

Hier wird also Pflege nicht als Handlung von Einzelpersonen angesehen, sondern die Pflegesituation erfasst. Die Tätigkeit des Teams wird gewichtet, da gemäss Petzold in einer Institution nicht Einzelpersonen pflegen. Er rät deshalb dringend, dass bei BewohnerInnen von Altenheimen, welche nur wenig Besuche von Verwandten oder Bekannten bekommen, dies innerhalb der Kardexunterlagen als ‚kommunikative Mangelsituation‘ festgehalten werden müsste. Weiter müssten entsprechende

kompensatorische Möglichkeiten gefunden und als Teil der Pflege angewandt werden.

Petzold gibt jedoch auch eine Definition, wie angemessene Pflege aussehen müsste, damit eine qualitätsvolle *professionelle* und *menschlich stimmige* Pflegepraxis gewährleistet werden kann.

Professionelle Pflege ist die im Auftrag sozialstaatlicher Fürsorgepflicht durchgeführte, qualifizierte Betreuung eines erkrankten, kranken, leidenden, behinderten, geschwächten oder in irgendeiner anderen Form in seinen Möglichkeiten der gesunden und selbstversorgenden Lebensführung eingeschränkten Mensch als Ganzem in lebenserhaltender, Krankheit und Sterben begleitender, heilender, lindernder Absicht, aber auch mit stützender, identitätssichernder, Lebensqualität und Entwicklung fördernder Zielsetzung.

Professionelle Pflege bedient sich dabei medizinischer, pflege- und sozialwissenschaftlicher, psychologischer und pädagogischer Erkenntnisse und Methoden im jeweiligen institutionellen Kontext (z. B. Krankenhaus, Pflegeheim) und auf dem Hintergrund des mitmenschlichen Engagements in zwischenmenschlichen Beziehungen: zwischen den Pflegenden, den Pflegebefohlenen und ihren Angehörigen. Pflege ist demnach von der Struktur her interaktional und intersubjektiv angelegt. Sie bezieht stets gleichermaßen Pflegende und Gepflegte als Personen ein. (Petzold, 1993, 636f)

Diese Definition zeigt, wie differenziert pflegerische Tätigkeit ist. Inwieweit eine Familie in die Pflege eines angehörigen Pflegebedürftigen einbezogen werden kann, ist sehr unterschiedlich. Die grosse Kunst des Pflegepersonals ist es, herauszuspüren, was individuell das Beste ist, aber auch im Gespräch mit Angehörigen zu klären, was möglich ist.

Pflege - insbesondere bei LangzeitpatientInnen – ist also eine hoch differenzierte Kunst, die entsprechend personell zu erfolgen hat, und die Arbeit von Pflegefachleuten ist eine Tätigkeit, die nie ohne mitmenschliches Engagement geschehen kann. Sind einerseits alle Pflorgetechniken anzuwenden, die dank *Körperhygiene*, Schmerzlinderung, optimaler Lagerung, Bewegung etc. zu Wohlbefinden führen, so ist die *Psychohygiene* genau so wichtig, und also sind auch Kommunikation mit dem Pflegebedürftigen, der Krankheit oder Behinderung angepasste sinnvolle Tagesaktivitäten sowie wohlwollende, freundliche Zuwendung

zu ihm unverzichtbar. So ist es möglich, einem Mitmenschen die Würde zu geben, zu belassen, auf die jeder Mensch aus ethisch-humanitären Gründen ein eigentliches Anrecht hat.

5 Hypothesen und Forschungsfragen

5.1 Erste Hypothese: Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht zur Regelmässigkeit

Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht regelhaft zur Ausübung ihres Berufes, sondern, Pflegefachleute bekommen in der Regel erst dann Supervision, wenn im Team oder Arbeitsfeld Probleme und Krisen entstanden ist.

5.2 Zweite Hypothese: Viele mit Pflegefachleuten arbeitende SupervisorInnen haben nicht die dafür erforderliche Aus- oder Weiterbildung

Supervisorinnen und Supervisoren, welche mit Pflorgeteams arbeiten, haben in der Regel nicht die Vorbildung, welche für die Arbeit mit Pflegefachfrauen und -männern nötig wäre bzw. sind ausbildungsmässig nicht auf dem neusten Stand, was zu ‚schädigender Supervision‘ führen kann.

5.3 Dritte Hypothese: Supervision in der Pflege erfordert Feldkompetenz

Supervision in der Pflege erfordert ‚Feldkompetenz‘. SupervisorInnen müssen den Arbeitsort und die Arbeitsbedingungen ihrer SupervisandInnen kennen.

5.4 Forschungsfragen

Es sollen weiter folgende Fragestellungen, die zum Teil bereits in den Hypothesen enthalten sind, zu klären versucht werden:

- Inwieweit kennen Pflegefachleute Begriffe wie Beratung, Coaching, Supervision und Teamentwicklung?
- Werden Pflorgeteams regelmässig supervidiert? Wenn ja, mit welchem Erfolg oder Misserfolg?
- Werden Pflorgeteams erst dann supervidiert, wenn Konflikte im Team entstehen? Wenn ja, mit welchem Erfolg oder Misserfolg?
- Nehmen Einzelpersonen in Teams Supervision in Anspruch?
- Können durch Supervision Ressourcen optimiert werden?

- Was für eine Ausbildung haben SupervisorInnen, welche Pflegeteams supervidieren?
- Wenn Supervision erhalten wurde, gab es Nutzen? Schäden?

Da das Grundgerüst des Fragebogens von anderen Untersuchungen übernommen und den Forschungsfragen bei Pflegefachleuten angepasst wurde, will die Untersuchung analog der erwähnten Fragen, zusätzlich folgende, erneut *der hier erforschten Gruppe angepasst*, zu beantworten versuchen (a.a.O. S. 303 Punkt 1 bis 6, *Veränderungen kursiv*):

1. Welchen Nutzen (persönlicher, beruflicher, team- und patientenbezogener Nutzen) konnten *die Pflegefachleute* in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?
2. Wurden in den letzten 6 Monaten gute, respektive positive Erfahrungen gemacht (positive, risiko- und schadensmindernde Wirkungen von Supervision)? Wenn ja, in welchem Ausmass?
3. Wurden in den letzten 6 Monaten schlechte, respektive negative Erfahrungen gemacht (Erfassen von Nebenwirkungen, Negativwirkungen, Schädigungen durch Supervision)? Wenn ja, in welchem Ausmass?
4. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision *für Pflegefachleute* beinhalten?
5. Welche protektiven Faktoren und Risikofaktoren könnte Supervision *aus der Sicht der Pflegefachleute* für die Patientinnen und Patienten beinhalten?
6. Welche Erwartungen haben *Pflegefachleute* an Supervision im Allgemeinen und an eine Supervisorin, einen Supervisor?

6 Empirische Untersuchung

6.1 Wahl der Methode, Methodisches Vorgehen

Tatsächlich bestehen in der Supervisionsforschung methodische Probleme, einerseits aufgrund der Komplexität von Supervisionssituationen, andererseits, weil es kaum standardisierte Instrumente gibt, die speziell auf die Bedingungen der Supervision abgestimmt sind. Dagegen gibt es im deutschsprachigen Raum gut erprobte Fragebogen zur Einstellungsmessung und speziell hinsichtlich der Fragestellung zur Selbstwirksamkeit (self-efficacy) (Petzold, Schigl et al. S. 173).

Auch der bei dieser Untersuchung verwendete Fragebogen basiert auf einem bei weiteren Supervisionsforschungen erprobten, wurde aber - wie oben erwähnt - themenspezifisch für die Fragestellung der Pflegefachleute angepasst (siehe Anhang 11.2: Fragebogen).

Mit dem Fragebogen soll in erster Linie eine quantitative Untersuchung in der Schweiz erfolgen. Die Möglichkeit, bei bestimmten Fragen eigene Gedanken, Anliegen etc. anzubringen, bringt einen qualitativen Aspekt mit hinein.

Methodisches Vorgehen:

Die Fragebogen wurden der Verbandszeitschrift ‚Krankenpflege‘ des *Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner (SBK)* beigelegt und so sehr breit gestreut. Ein Begleitbrief informierte die zu Befragenden (siehe Anhang 11.1). Diese konnten frei entscheiden, ob sie den Fragebogen ausfüllen möchten. Da der Fragebogen der Zeitschrift KRANKENPFLEGE beigelegt wurde, war keinerlei Druck vorhanden. Es konnten von den Pflegefachleuten telefonisch und per E-Mail Rückfragen gestellt werden.

Die Daten wurden durch Christina Winkler mit dem Statistikpaket SPSS Version 11.0 ausgewertet. Zur Beschreibung der Stichprobe und der deskriptiven Items werden die Daten in Form von Häufigkeitsverteilungen dargestellt. Graphische Darstellungen sollen der Veranschaulichung dienen.

Erfüllung ethischer Verpflichtungen

Die ethischen Verpflichtungen (siehe ‚Ethische Grundsätze Forschung und Pflege, SBK 2004: Achtung der Würde der Person: Aufklärung, Einwilligung, Wahrhaftigkeit, Vertraulichkeit, Schutz der StudienteilnehmerInnen, Abwägen zwischen Nutzen und Risiken, Gutes tun, nicht schaden, Prinzip der Gerechtigkeit) wurden vollumfänglich eingehalten, indem die Pflegefachleute den Fragebogen anonym einsenden konnten und die für die Arbeit notwendigen anzugebenden Personalien codiert wurden. Es war den Befragten aber möglich, sich bei Unklarheiten telefonisch oder per E-Mail an mich zu wenden.

6.2 Datenerhebung - Studiendesign

Die Datenerhebung fand vom Dezember 2004 bis im März 2005 statt.

Bei der Untersuchung handelt es sich um eine *explorativ prospektive Studie*, für die ein *halbstandardisierter Fragebogen* (siehe Anhang) teilweise übernommen und der spezifischen Fragestellung bei Pflegefachleuten angepasst wurde. Denn genau wie von der Forschergruppe *Gottfried, Petitjean und Petzold* (Multicenterstudie zu Supervision in der Psychiatrie in der Schweiz, a.a.O. S. 299 ff.) wurde der für diese Studie verwendete Fragebogen in Anlehnung an den standardisierten Fragebogen zu Supervision der Freien Universität Amsterdam und der Donau-Universität Krems erarbeitet.

Der für diese Untersuchung erarbeitete vierseitige Fragebogen ist nach folgenden Kriterien gegliedert:

1. Anzahl Jahre Berufserfahrung und Arbeitskontext
2. Bekanntheit der Supervision und Fragen zu Erfahrungen mit Supervision
3. Fragen zur Person der Supervisorin, des Supervisors
4. Fragen zur Wirkung von Supervision
5. Einschätzung der Supervision, der Supervisorin, des Supervisors
6. Fragen zu Risiken, Nebenwirkungen, protektiven und präventiven Faktoren hinsichtlich Supervision

Die Fragen sind sowohl quantitativ als auch qualitativ. In den **Fragen 1 bis 3** waren die Antworten vorgegeben, in den **Fragen 4 bis 6** musste einerseits eine Bewertung (hoch, mittel, gering, keinen Nutzen – voll zutreffend, unentschieden, nicht zutreffend) erfolgen, andererseits waren Textantworten möglich, die nach bestimmten Kriterien ausgewertet wurden.

6.3 Stichprobe, Rücklaufquote

Einerseits kann bei einer Rücklaufquote der Gesamtstichprobe mit $N = 316$ mit einem repräsentativen Ergebnis gerechnet werden. Andererseits gilt es zu bedenken, dass der in der Zeitschrift KRANKENPFLEGE 30'000-fach beigelegte Fragebogen prozentual von einer kleinen Gruppe (1.05 %) ausgefüllt und an mich geschickt wurde. Als Begründungen dafür könnten folgende Punkte aufgeführt werden:

- Viele Pflegefachleute haben wenig Zeit, die Zeitschrift des Berufsverbandes zu lesen und übersahen somit den Fragebogen.
- Oft wird der Zeitschrift Werbung beigelegt, so dass der Fragebogen (zum Schutz vor Werbung) nicht genau angeschaut wurde.
- Etliche Leute ganz ohne Supervisionserfahrung fühlten sich nicht angesprochen.
- Im Gegenzug dazu: Die Leute, die den Fragebogen ausfüllten, sind für Supervision sensibilisiert.

Die letzten zwei Punkte könnten als Störfaktor wirken, der letzte Punkt vor allem dann, wenn damit eine spezifische Gruppe der Pflegefachleute angesprochen worden wäre, die Supervision speziell positiv oder speziell negativ erlebt hätte. Aufgrund der sehr unterschiedlichen Ergebnisse darf ich diesen möglichen Störfaktor als solchen aber wohl vernachlässigen.

7 Ergebnisse

Im Folgenden sollen die **Ergebnisse der befragten Personen** (N=316) dargestellt werden.

Die zweite Ziffer in den Untertiteln bezieht sich jeweils auf die erste Ziffer im Fragebogen. Die Ergebnisse sind also entsprechend in sechs Kapitel gegliedert. Die dritte Ziffer in den Untertiteln bezieht sich auf die Unterteilung a bis k.

Zunächst zu den Angaben, die zur Person der Befragten auf dem Deckblatt gemacht wurden.

Alter der befragten Personen

Die Altersspanne der Befragten bewegt sich zwischen 19 und 62 Jahre, das Durchschnittsalter beträgt 43 Jahre. 89,3 % sind zwischen 30- und 60-jährig. Die meisten Befragten, nämlich 35,8 %, sind zwischen 40- und 50-jährig.

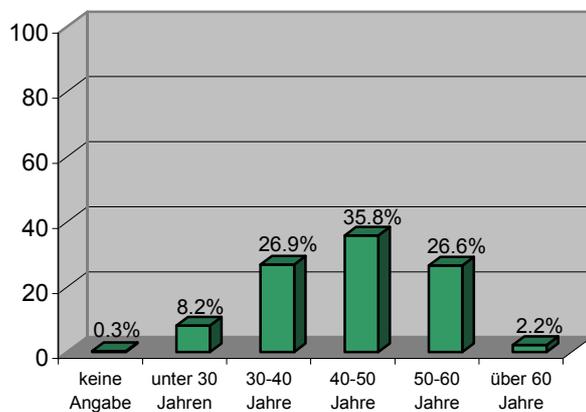


Abb. 1 Alter der befragten Personen

Geschlecht der befragten Personen

91,88 % der Befragten sind Frauen, 7,6 % Männer. Zwei Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.

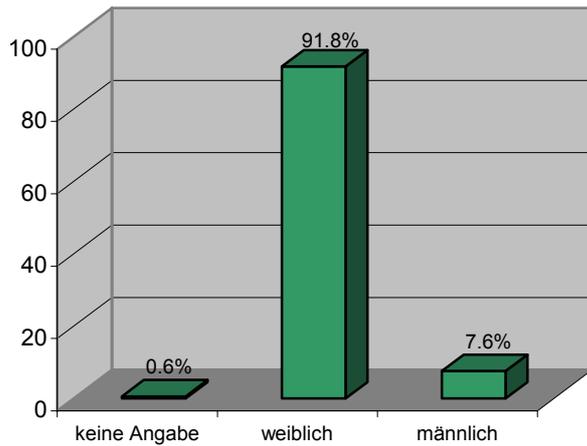


Abb. 2 Geschlecht der befragten Personen

Grundberuf und Funktion der befragten Personen

Von den Befragten verfügen 60,4 % über eine abgeschlossene Ausbildung in Krankenpflege Diplom-Niveau II (in der Schweiz früher Krankenschwester mit dreijähriger Ausbildung). 3,8 % schlossen auf Diplom-Niveau I ab (in der Schweiz früher Pflegerin FA SRK, nun aber mit der Möglichkeit, sich auch in Niveau II auszubilden).

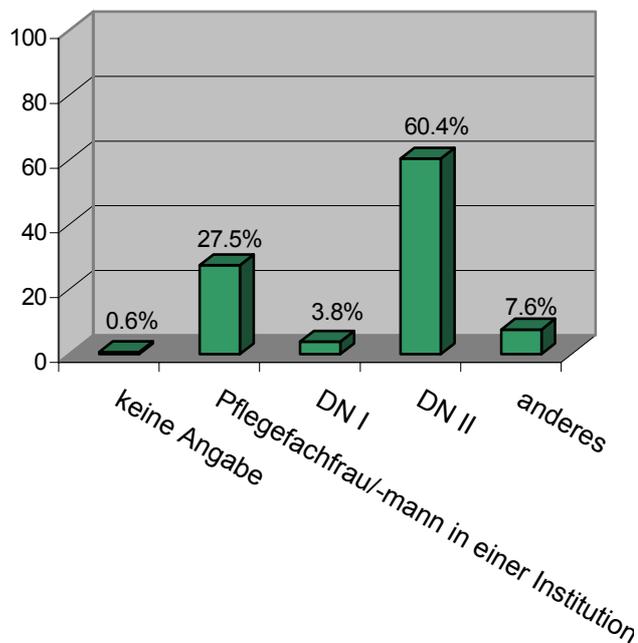


Abb. 3 Grundberuf der befragten Personen

Von diesen allen waren zur Zeit der Befragung 2,2 % noch in Ausbildung, 31 % in leitender und 63,9 % in nicht leitender Stellung.

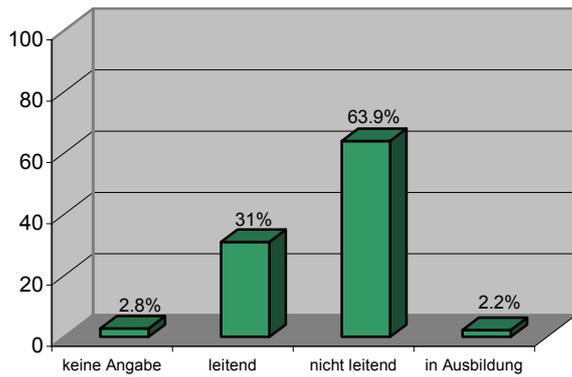


Abb. 4 Funktion der befragten Personen

Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen (kategorisiert)

Die durchschnittliche Berufserfahrung beträgt 7-15 Jahre, wobei die Hälfte der Befragten, nämlich 50,9 %, eine Berufserfahrung von mehr als 15 Jahren vorweisen.

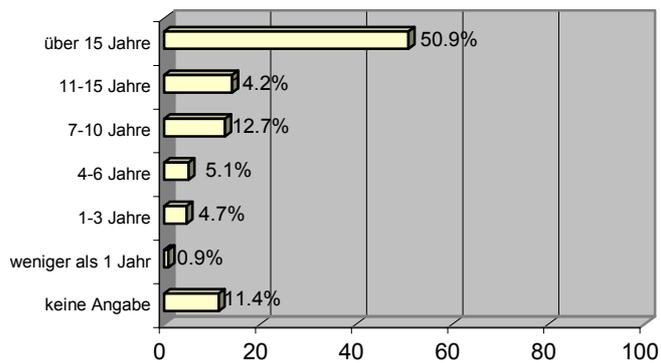


Abb. 5 Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen

7.1 Arbeitskontext

Die in diesem Kapitel dargestellten Ergebnisse beziehen sich noch nicht auf die Fragestellungen zum Thema Supervision, sondern geben allgemein Auskunft über die befragten Personen, ihre Ausbildung und ihren Arbeitsort.

7.1.1 Öffentliche vs. Private Einrichtung

Mehr als zwei Drittel der Befragten, nämlich 70,9 %, arbeiten in einer öffentlichen Einrichtung. 19,9 % geben als Arbeitsort eine private Institution an und 9,2 % machen dazu keine Angabe.

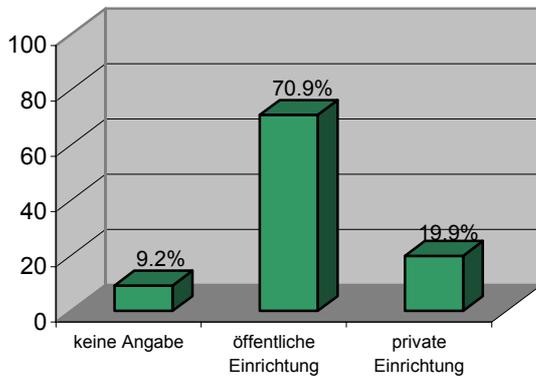


Abb. 6 Arbeitskontext: öffentliche versus private Einrichtung

7.1.2 Art der Einrichtung

Bei der Frage nach der Station, dem eigentlichen Arbeitsort (Arbeitsfeld), ist die Verteilung bei etwas mehr als der Hälfte auf Stationen wie Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Notfallstation und Intensivpflegestation, auf einer Akutstation, auf Stationen für chronisch Kranke und für Sterbende auszumachen. 7,8 % machen keine Angabe und 40,8 % geben ‚anderes‘ an.

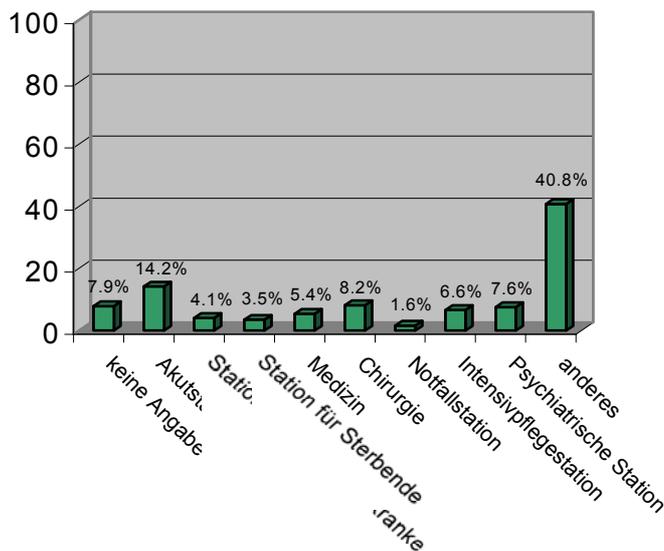


Abb. 7 Arbeitskontext: Station

Von diesen 129 Personen, die 'anderes' angeben, werden von einigen Angaben gemacht, nämlich folgende: Wochenbett / Gynäkologie (12 Personen), Berufsschule (7), Anästhesie (3), Akut- und Langzeitgeriatrie (6), Schwerstbehinderte (3), Alters- und Pflegeheim (18), Spitex (25), Fachstelle (2), Reha (6), Onkologie (10), Mütterberatung (2), Neurologie (1), Hämodialysestation (2), Sportorthopädie (1), Spitalgefängnis (1), Pro Senectute (1), Hygiene (2), Drogenhilfe (1)

7.1.3 Führung der Institution

Bei dieser Graphik ist zu bedenken, dass sich die einzelnen Punkte nicht ausschliessen. Daher sind durch die Eigeninitiative von einigen Befragten (jene, welche zwei Kästchen angekreuzt haben) zwei neue Antwortkategorien entstanden (die beiden rechten Säulen in der Graphik).

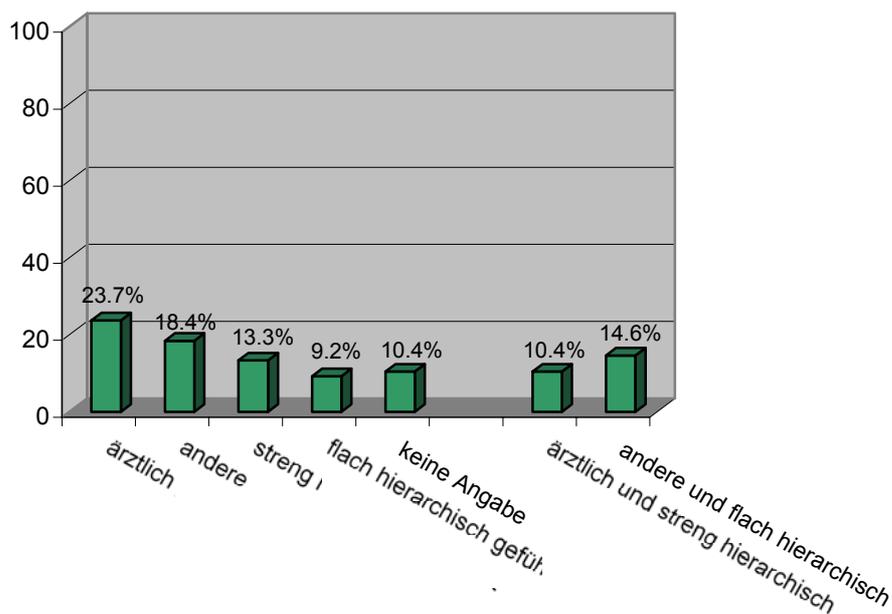


Abb. 8 Arbeitskontext: Führung der Institution

7.1.4 Leitbild

Bei 82,6 % ist ein Leitbild vorhanden. 7.9 % geben an, kein Leitbild zu haben und 9,5% machen dazu keine Angaben.

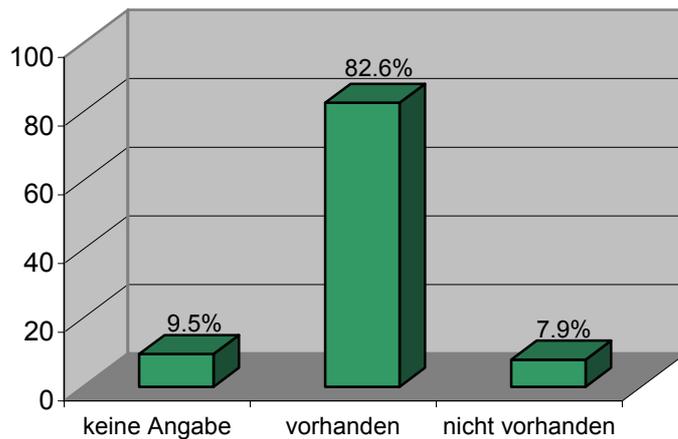


Abb. 9 Arbeitskontext: Leitbild

7.1.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

76,6 % geben an, dass eine Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Stationen (Onkologie und Medizin oder Onkologie und Chirurgie etc.) oder Institutionen (Labor, Röntgen etc.) realisiert wird. Bei 5,7 % existiert dieser Anspruch nur auf dem Papier. Bei 7.9 % scheint es keine Interdisziplinäre Zusammenarbeit zu geben und mit 9,8 % machen ähnlich viele Befragte keine Angabe zu dieser Frage.

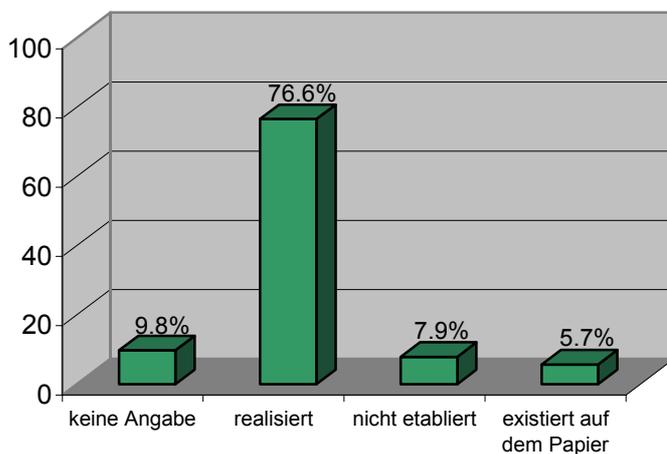


Abb. 10 Arbeitskontext: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

7.2 Supervision

Die unter 7.1 differenziert dargestellten Personen äussern sich nun in diesem Unterkapitel zu ihren Erfahrungen mit bzw. ihrem Wissen über Supervision. (Mehrfachantworten möglich)

7.2.1 Supervision bekannt oder nicht?

Bei dieser Frage über Supervision waren Mehrfachantworten möglich. Die Ergebnisse zeigen auf, ob Supervision als Begriff den Befragten bekannt ist und ob sie in den Genuss von Supervision kommen oder nicht. Mit dieser Frage wollte ich u.a. auch der ersten Hypothese (siehe 5.1) nachgehen, gemäss welcher Supervision bei Pflegefachleuten einerseits nicht zur Regelmässigkeit gehört und andererseits meist erst in Krisensituationen in Anspruch genommen werden kann.

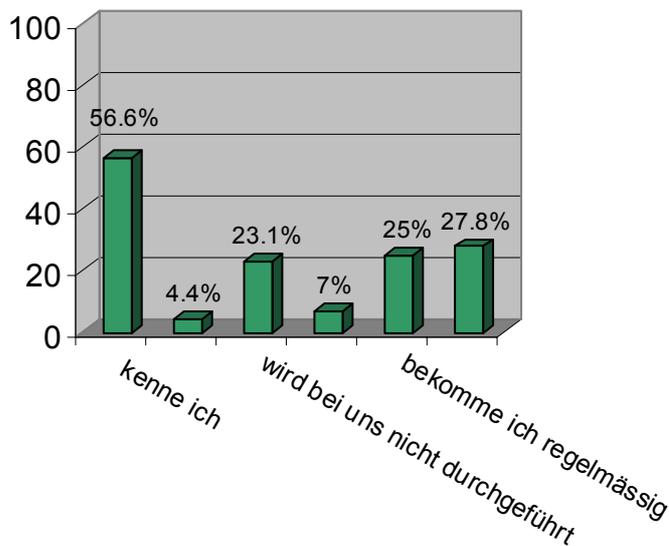


Abb. 11 Supervision: Wie bekannt?

4,4 % geben an, Supervision nicht zu kennen. Während 56,6 % Supervision kennen, bekommt doch nur ein Viertel der Befragten regelmässig Supervision. Bei 30 % ist dies entweder kein Thema oder wird in der Institution generell nicht durchgeführt.

7.2.2 Finanzierung der Supervision

Bei jenen, die Supervision in Anspruch nehmen können, tun dies 7.9 % privat und bezahlen die Supervision aller Wahrscheinlichkeit nach aus der eigenen Tasche. 64,2 % geben an, dass die Institution die Supervision bezahlt.

Die relativ hohe Zahl von 27,8 %, die dazu keine Angaben machen, gehört möglicherweise zu jenen 27,5 %, die Supervision entweder nicht kennen oder nicht in den Genuss von Supervision kommen.

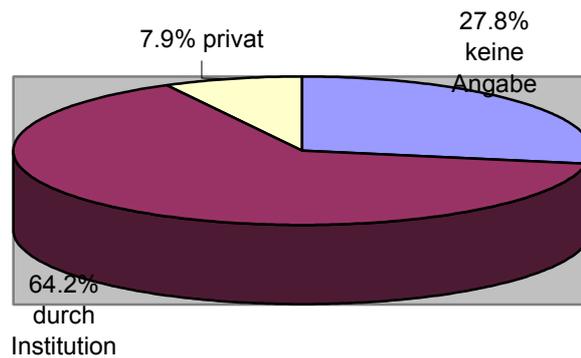


Abb. 12 Supervision: Finanzierung

7.2.3 Quantität der Supervision

32,6 % der Befragten machen zur Quantität der Supervision keine Angabe.

Die Aussage der übrigen Teilnehmerinnen der Studie gibt aber dennoch eine Antwort, indem 43 % die Quantität der erhaltenen Supervision mit ‚ausreichend‘ bezeichnet und 24,4 % mit nicht ausreichend. Es ist also davon auszugehen, dass mehr als ein Drittel von jenen, die Supervision erhalten, diese als nicht ausreichend einstufen.

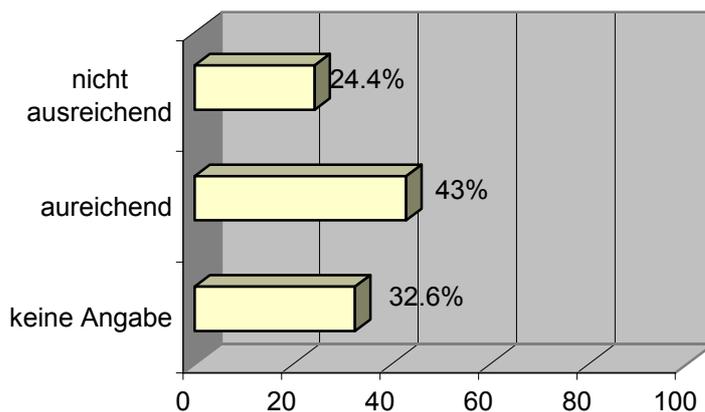


Abb. 13 Supervision: Quantität der erhaltenen Supervisionsstunden

7.2.4 Ort der Durchführung der Supervision

69,6 % der Befragten geben den **Ort** an, **wo die Supervision durchgeführt wird**. Die Streubreite und recht gleichmässige Verteilung weist darauf hin, dass Supervision wohl wenig institutionalisiert durchgeführt wird und von der Institution offenbar unterschiedlich ‚ernst‘ genommen wird.

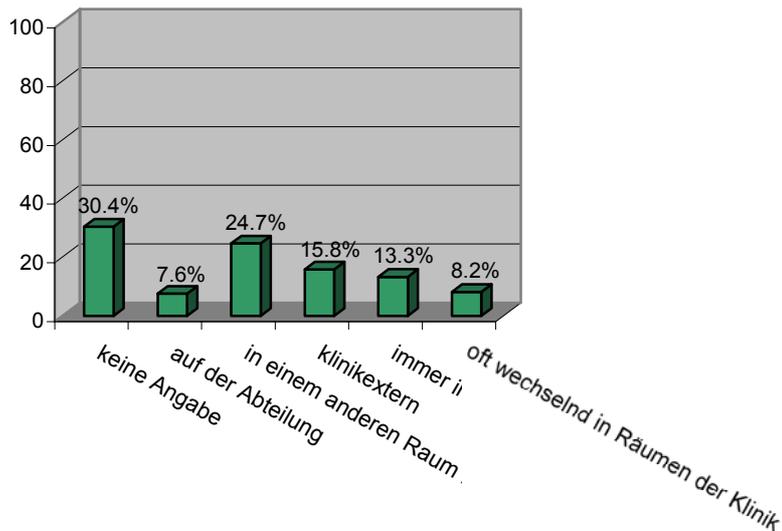


Abb. 14 Supervision: Rahmen der Durchführung

7.2.5 Form der Supervision

Bei der Befragung nach der **Form der Supervision** (siehe auch 2.5) waren Mehrfachantworten möglich, dies deshalb, weil ein Team, das regelmässig Supervision erhält, sowohl einen bestimmten ‚Fall‘ (Fallsupervision) als auch Probleme innerhalb des Teams oder auf der Abteilung anschauen kann. Mit 52,5 % ist Teamsupervision diejenige Form, die am meisten vorkommt, hierzu gehört wohl jene Gruppe, die eben nur dann Supervision erhält, wenn es (meist innerhalb des Teams) zu einer Krise gekommen ist. 31,1 % geben an, Fallsupervision zu erhalten.

Die *Kreuztabelle* zeigt, dass von 111 Personen, welche Fallsupervision angeben, 19 Personen die Zustimmung des Patienten einholen. 85 Personen, die Fallsupervision haben, kennen die Verschwiegenheitspflicht.

13,6 % der Befragten nehmen Einzelsupervision in Anspruch.

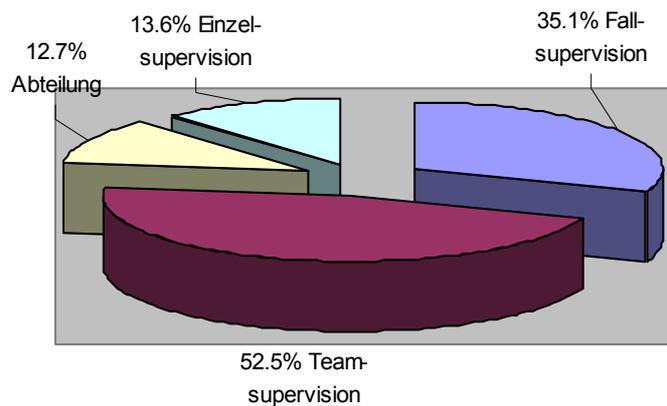


Abb. 15 Supervision: Form

7.2.6 Teilnahme freiwillig versus nicht freiwillig

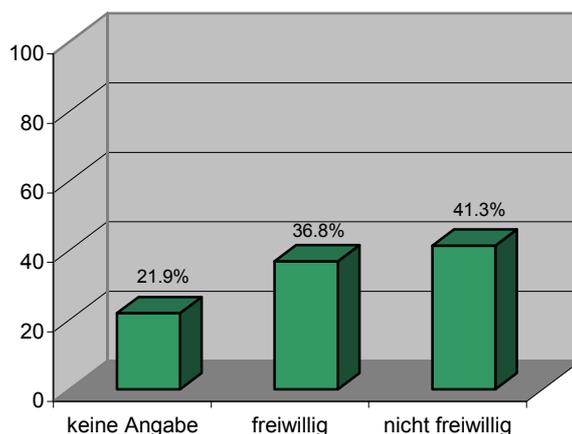


Abb. 16 Supervision: Teilnahme

Von den 78,1 % der Befragten, die auf die Frage, ob ihre Teilnahme an der Supervision freiwillig sei oder nicht antworten, geben 41,3 % an, dass diese für sie nicht freiwillig ist. Bei 36,8 % ist die Teilnahme freiwillig.

7.2.7 Anzahl Supervision in den letzten 6 Monaten

Durchschnitt: 2mal

Min. - Max. : 0 - 24mal

Fragt man nun etwas spezifischer auf die letzten sechs Monate zurück (was sich auf den Zeitraum zwischen Juli, August und September 2004 und Dezember, Januar und

Februar 2005 beziehen muss, siehe 6.2), so sind die Antworten sowohl hinsichtlich der Anzahl erhaltener Supervisionen als auch der Sitzungsdauer relativ ernüchternd. 44 % erhielten zwischen 1 und 3 Sitzungen, und nur 17,7 % bekamen zwischen 4 und 6 Sitzungen. Bei den Angaben zwischen 7 und 24 Sitzungen sind mit insgesamt 3,9 % verschwindend wenige.

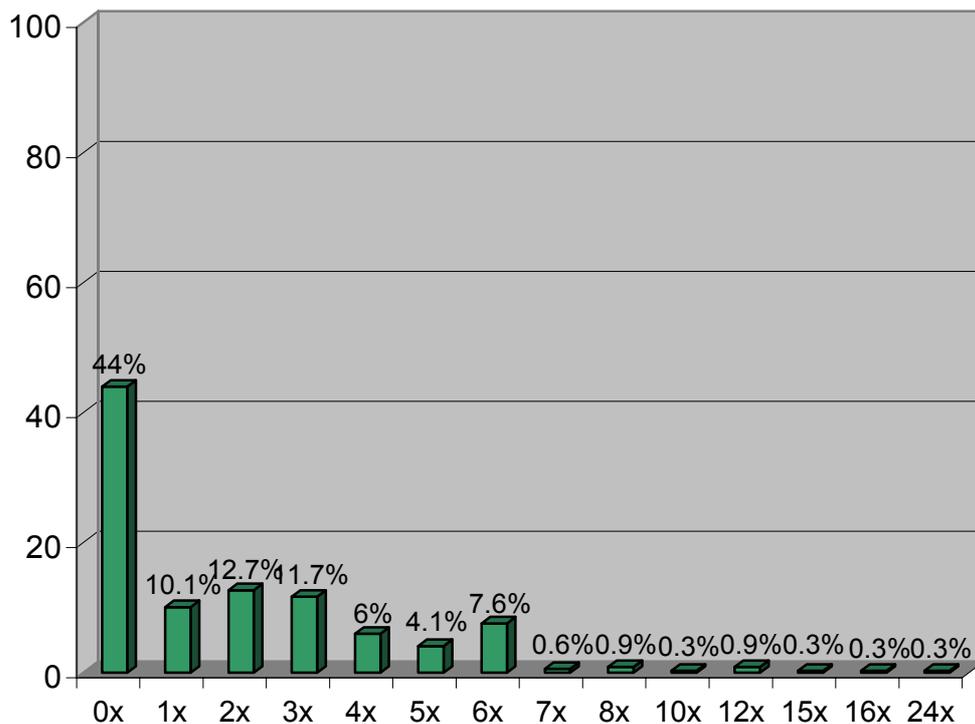


Abb. 17 Supervision: Häufigkeit der Sitzungen

7.2.8 Dauer der Sitzungen

Bei der Sitzungsdauer ragen bei jenen, die Supervision bekamen, drei Blöcke besonders heraus, und zwar mit 15,2 % die, welche 1-stündige Settings, mit 16,1 % die, welche 1 ½-stündige Settings und mit 22,5 % jene, die 2-stündige Settings bekamen.

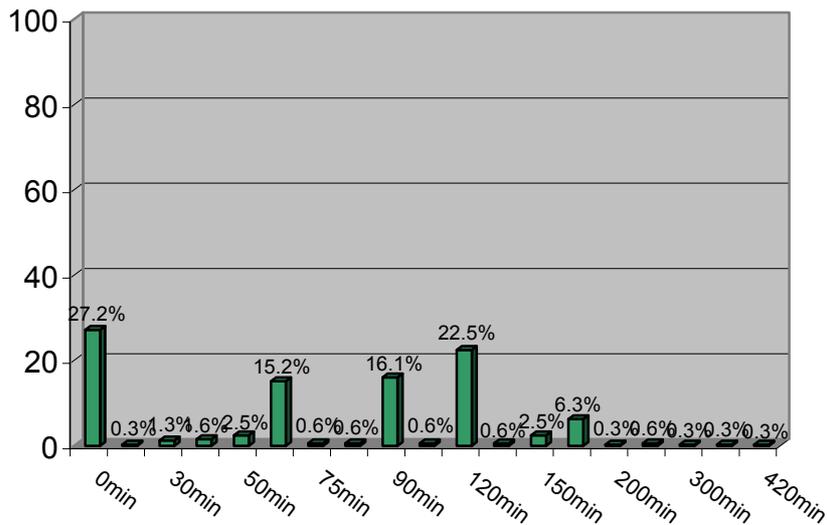


Abb. 18 Supervision: Dauer der Sitzungen

Erwähnenswert sind die 27,2 %, die 0 Minuten angeben, aber auch die 6,3 %, die 3-stündige Settings erhielten. Ein paar wenige geben eine Supervisionssitzungsdauer von 5 bis 7 Stunden an.

7.2.9 Verschwiegenheitspflicht

60,4 % kennen die Verschwiegenheitspflicht. 25,9 % machen dazu keine Angabe. 13,6 % beantworten die Frage mit ‚nein‘. Bei mehr als 40 % der Befragten ist diesbezüglich die Sensibilität für die hohe Verletzlichkeit der Integrität des Patienten also nicht vorhanden.

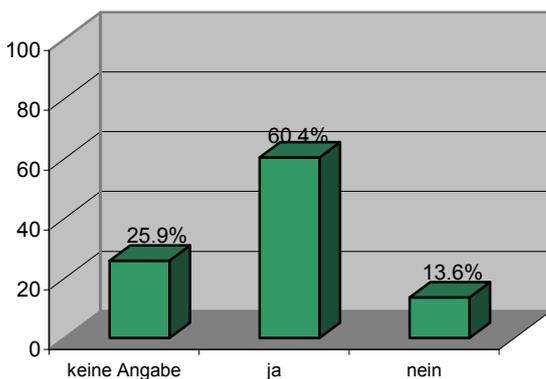


Abb. 19 Supervision: Hinweis auf Verschwiegenheitspflicht

7.2.10 Einholen der Zustimmung der Patienten

Die Antworten auf die Frage, ob beim Patienten, der Patientin die Zustimmung eingeholt wurde, ergab folgendes Resultat: 12 % bejahen dies. 34,2 % machen dazu keine Angabe. Mehr als die Hälfte, nämlich 53,8 %, reden in Supervisionssettings über ‚Fälle‘, ohne dass die Betroffenen davon wissen.

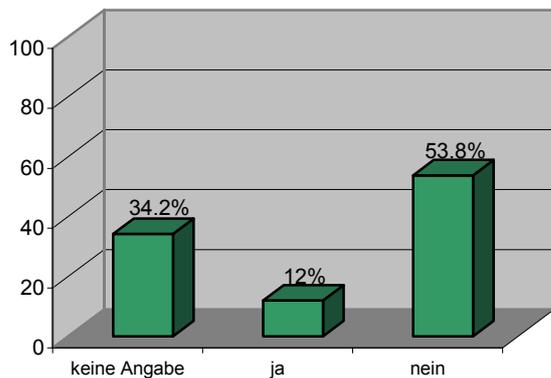


Abb. 20 Supervision: Zustimmung durch Patienten

7.3 Person der Supervisorin, des Supervisors

7.3.1 Alter und Geschlecht

Altersspanne: 30 - 60 Jahre

Durchschnittsalter: 35 Jahre

25 % machen keine Angaben zum Alter der Supervisorin, des Supervisors. 5,1 % geben an, die Supervisorin sei weniger als 40-jährig. 2,5 % geben das Alter des Supervisors mit über 60 Jahren an. Insgesamt 67,4 % sind zwischen 40 und 60-jährig.

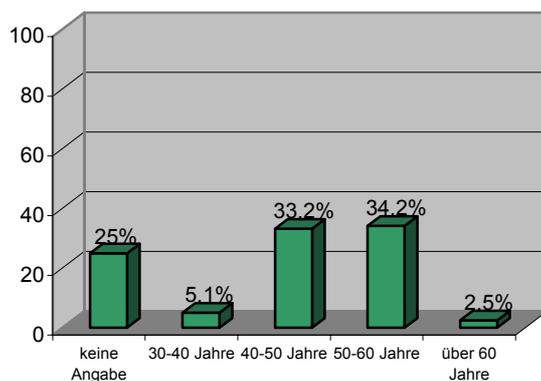


Abb. 21 Ungefähres Alter der Supervisorin, des Supervisors

Was die Antworten zur Genderfrage anbelangt, so entsprechen die 25,3 % ohne Angaben praktisch jenen 25 % beim Alter.

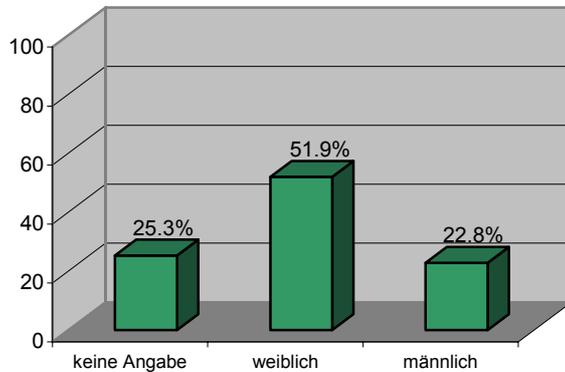


Abb. 22 SupervisorIn: Gender

Deutlich bleibt die Gesamtaussage zu dieser Frage dennoch: Mit 51,9 % Supervisorinnen zu 22,8 % Supervisoren überwiegt der Frauenanteil deutlich um mehr als das Doppelte.

7.3.2 Grundausbildung und Weiterbildung Supervisor, Supervisorin

38,7 % kennen die *Grundausbildung* ihres Supervisors nicht und 46,8 % die Weiterbildung bzw. Spezialisierung ihrer Supervisorin nicht.

7.3.3 Psychotherapieausbildung des Supervisors, der Supervisorin

Mit 18,4 % ist hier die Gesprächstherapie Leader (wobei nicht klar ist, ob hier die Gesprächstherapie nach Rogers gemeint ist oder auch andere Formen verbaler Therapie einbezogen sind), gefolgt von Familientherapie mit 10,4 %, Psychoanalyse mit 8,5 % und Verhaltenstherapie mit 7 %. Die Integrative Therapie und die Gestalttherapie machen zusammen 7,6 % aus. Lediglich 3,4 % machen zu dieser Frage keine Angabe und 6 % geben eine ‚andere‘ offenbar nicht bekannte Richtung der Spezialisierung an.

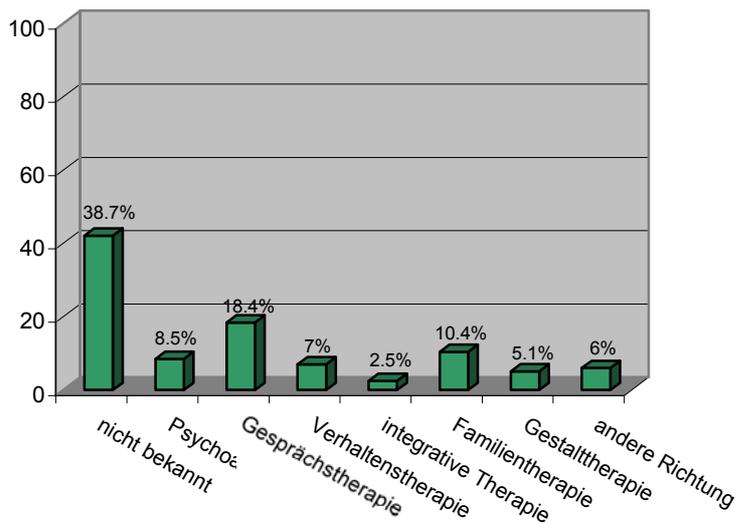


Abb. 23 SupervisorIn: Grundberuf und Weiterbildung

7.3.4 Spezifische Supervisionsausbildung und welche?

Bei der Frage nach einer vorhandenen Supervisionsausbildung zeigt sich, dass alle zusammen gezählten Prozente 62 (statt 100 %) ergeben. Es bleibt offen, was 38 % über eine mögliche spezifische Ausbildung ihrer Supervisorin, ihres Supervisors wissen. Zusammen mit den 46,8 %, die keine Angabe dazu machen, sind dies immerhin 84,8 %. Die wenigen 15,2 % verteilen sich einigermaßen gleichmässig auf Spezialisierungen wie Balintmethode, Integrative Supervision, systemische Supervision, psychoanalytische Supervision oder andere (3,1 %) Richtung.

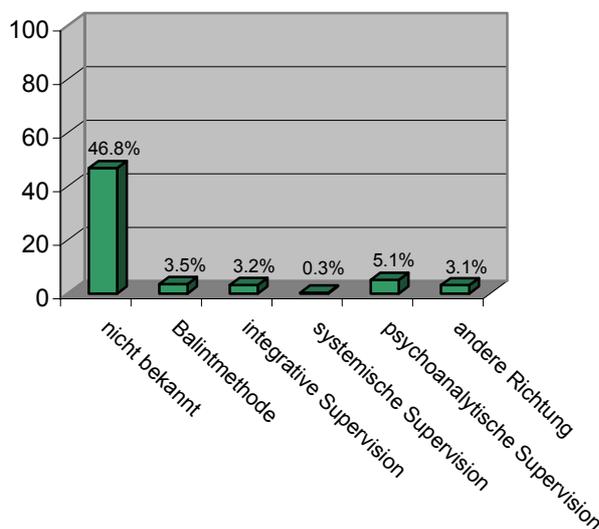


Abb. 24 SupervisorIn: Psychotherapieausbildung

7.3.5 SupervisorIn und Verbandsmitgliedschaft

Von 15,5 % der SupervisorInnen ist bekannt, dass sie in einem Berufsverband Mitglied sind. Mit 54,1 %, bei denen dies nicht eruiert werden kann, und mit 24,1 % ohne Angabe, ist bei fast 80 % keine schlüssige Aussage möglich.

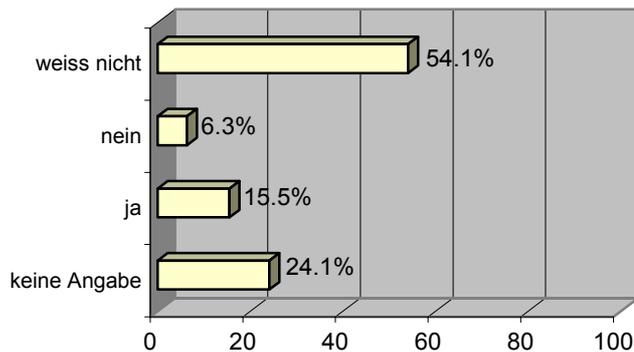


Abb. 25 SupervisorIn: Supervisionsausbildung

7.3.6 Supervisionserfahrung der Befragten?

23,7 % der Befragten haben einmal Supervisionserfahrungen sammeln können. Während 20,6 % keine Angaben machen, sind es mit 55,7 % doch mehr als die Hälfte aller Befragten, die bereits mehr als einmal Supervision erhalten haben. Von diesen 55,7 % werden die gemachten Erfahrungen wie folgt eingeschätzt:

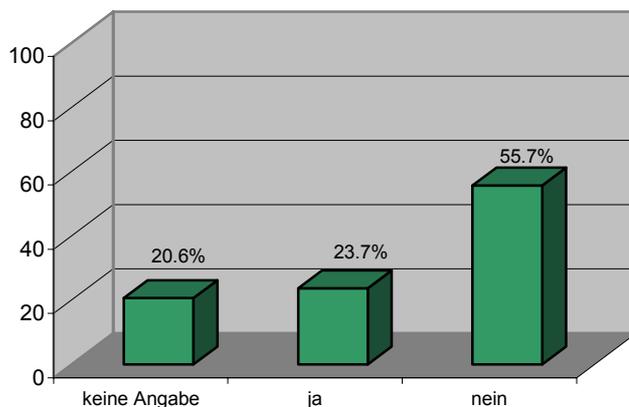


Abb. 26 SupervisorIn: Zugehörigkeit in Berufsverband

37,6 % positiver Supervisionserfahrung stehen 11,75 % negative Supervisionserfahrung gegenüber. 9,8 % bewerten ihre Erfahrung weder positiv noch negativ, und 40,8 % machen keine Angabe, wobei zu bedenken ist, dass dies möglicherweise ein Grossteil jener ist, die gar keine Supervisionserfahrungen haben, den Fragebogen aber dennoch weiter ausfüllten.

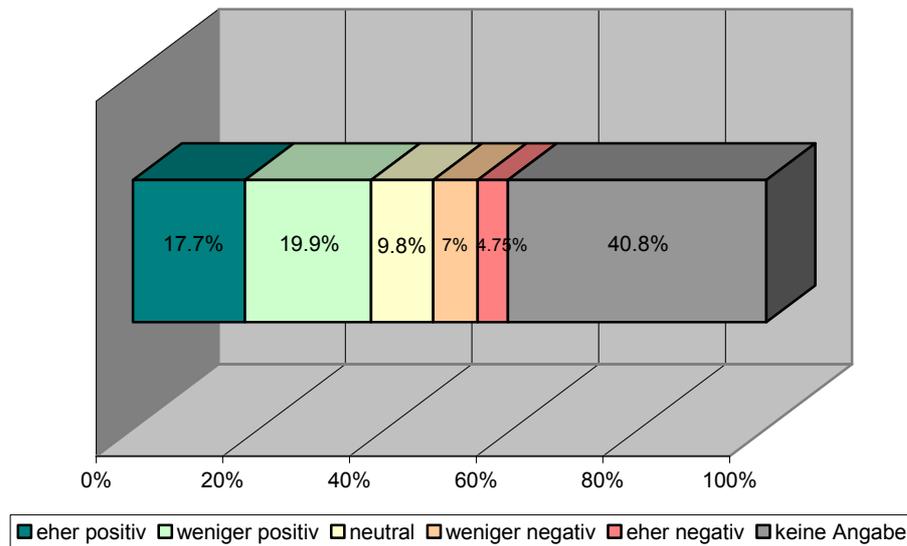


Abb. 27 Supervisionserfahrung

7.4 Wirkung von Supervision

In diesem vierten Teil wird nach der Wirkungseinschätzung und der Einschätzung des Nutzens von Supervision gefragt. Auf die Frage, welchen Nutzen in den letzten 6 Monaten aus Supervision gezogen werden konnte, wurde folgendermassen geantwortet:

7.4.1 Nutzen von Supervision

Zwischen 29,7 % und 33,9 %, im Durchschnitt 30,9 %, machen zu Fragen nach dem eingeschätzten Nutzen keine Angabe. Die restlichen fast 70 % nehmen wie folgt Stellung:

Bewertung	hoch	mittel	gering	Kein Nutzen	Keine Angabe
Persönlicher Nutzen	25,3 %	25 %	10,8 %	9,2 %	29,7 %
Eigener beruflicher Nutzen	21,2 %	26,6 %	11,4 %	9,8 %	31 %
Patientenbezogener Nutzen	16,5 %	20,3 %	13,3 %	16,1 %	33,9 %
Teambezogener Nutzen	21,5 %	27,5 %	14,6 %	5,4 %	31 %

Tab. 3 Einschätzung Nutzen von Supervision

Hinsichtlich ‚*Persönlichem Nutzen*‘ wird Supervision von einem knappen Drittel als hoch attribuiert, ein Viertel sieht einen mittleren Wert, gering und ohne Nutzen geben ein Fünftel an. Beim ‚*Eigenen beruflichen Nutzen*‘ sind die Werte ähnlich. Schlechter ist die Einschätzung ‚*Nutzen für den Patienten*‘. 16,1 % der Befragten gehen davon aus, dass die Patienten keinen Nutzen haben. Immerhin ein guter Fünftel der Befragten schätzt den ‚*Nutzen für das Team*‘ als hoch und etwas mehr als ein Viertel als mittel ein. Mit 14,6 %, die den Nutzen als gering und mit 5,4 % die gar keinen Nutzen sehen, ist es ein Fünftel aller Befragten, welche der Supervision auch fürs Team wenig oder nichts abgewinnen können.

Aus den Textantworten zur Frage nach konkreten Erfahrungen bildete ich sechs Kategorien, die ich zunächst vom Negativen, anschliessend vom Positiven her betrachtet, wiedergebe.

7.4.2 Konkrete negative Erfahrungen mit Supervision (Textantwort)

40.2% geben Beispiele von negativen Erfahrungen mit Supervision. 59.8% geben keine Antwort, was aber nicht heisst, dass sie keine negativen Erfahrungen gemacht haben.

1. Im Bezug auf den Einzelnen

14 Personen haben diesbezüglich Negativpunkte beschrieben. Sie hatten meist innerhalb der Supervision eine schlechte Erfahrung, welche sie verletzte oder verunsicherte, jedoch ohne dass sie die Supervision selber oder die Supervisorin in Frage stellten.

2. Im Bezug auf das Team

22 Personen sind der Meinung, Supervision habe dem Team eher geschadet, zum Beispiel das Team gespalten, oder zumindest nicht genutzt, zum Beispiel sei kaum eine Kommunikation aufgekommen, weil Einzelne sich nicht einlassen wollten oder konnten.

3. Im Bezug auf den Patienten

1 einzige Person findet, dem Patient schade Supervision, wobei nicht konkret darauf eingegangen wurde.

4. Im Bezug zu Vorgesetzten

17 Befragte haben schlechte Erfahrungen mit der Supervision gemacht, weil Vorgesetzte darin involviert waren. Zum Teil störte es, dass Vorgesetzte an der Supervision teilnahmen, zum Teil seien SupervisorInnen mit Vorgesetzten bekannt, ja befreundet gewesen, oder die Supervisorin habe bereits Informationen durch Vorgesetzte erhalten, was eine Beeinflussung zur Folge gehabt habe. Sie fanden den Supervisor nicht neutral, oder die Supervisorin habe innerhalb der Sitzung Partei für die Stationsleitung ergriffen, oder sei solidarisch mit der Geschäftsleitung gewesen. Jemand äusserte gar, man habe das Gefühl gehabt, die Supervisorin habe gegenüber der Vorgesetzten in einem Abhängigkeitsverhältnis gestanden. Jemand erwähnt, die Verschwiegenheitspflicht sei nicht eingehalten worden, so dass Vorgesetzte informiert worden seien, was zu Kündigungsandrohungen geführt habe.

5. Im Bezug auf Lösungen

18 Befragte finden, es sei kein Nutzen aus der Supervision entstanden, welcher zu Lösungen geführt habe. Manchmal sei ein Problem erkannt, aber die Lösung nicht umgesetzt worden. Die Zeitinvestition sei zu gross gewesen im Vergleich zum Ergebnis, es habe keine sichtbare Veränderung gegeben, es sei viel geredet aber nichts in die Praxis umgesetzt worden, die Supervision habe an den Gegebenheiten nichts verändert, aber auch, das Team sei wenig motiviert gewesen, etwas aus der Supervision umzusetzen.

6. Anderes

Negativ wird von 3 Leuten genannt, die Supervision habe Misstrauen geschürt bzw. Vertrauensverlust zur Folge gehabt. 1 Person gibt an, sie erfolge nur in Krisensituationen. 27 Personen geben Schwierigkeiten mit dem Supervisor, der Supervisorin an. Hier werden verschiedene Punkte erwähnt, zum Beispiel, die Supervisorin sei innerhalb der Teammitglieder parteiisch gewesen, oder sie habe jemanden zum Weinen gebracht, sei verletzend gewesen, habe zuviel geredet, so dass die Teammitglieder ihre Probleme gar nicht nennen konnten, oder es habe viel zu lange gedauert, bis die Probleme genannt worden seien, dann habe die Supervisionsstunde abrupt abgebrochen werden müssen, was ein ungutes Gefühl zurück gelassen habe. Jemand erwähnte, der Supervisor sei nicht aus dem ‚Pflegesektor gekommen‘. 2 Leute störten sich daran, dass die Supervision zu ‚ärztelastig‘ gewesen sei bzw. dass Ärzte nur teilgenommen hätten, wenn sie wollten. Jemand erwähnt, es seien Leute innerhalb der Supervision ins Lächerliche gezogen worden oder man sei mit belastenden Äusserungen allein gelassen worden. Da und dort hätten sich einzelne Teammitglieder gar ‚sehr bedroht‘ gefühlt. Eine Person schreibt: „Bodenloses Elend einer Person, die stark konfrontiert wurde, und der Rahmen reichte nicht fürs Auffangen!“

7.4.3 Konkrete positive Erfahrungen mit Supervision (Textantwort)

55.7% geben Beispiele für positive Erfahrungen mit Supervision. 44.3% geben keine Antwort, was aber nicht heisst, dass sie keine positiven Erfahrungen gemacht haben.

1. Im Bezug auf den Einzelnen

75 Befragte haben Positivpunkte beschrieben. Sehr viele nennen hier Fortschritte in der eigenen Persönlichkeitsentwicklung, Gewinnen von Selbstsicherheit und Lernen von Abgrenzung. Sowohl die Selbstreflexion als auch die Sicht der Probleme anderer habe zugenommen, man habe gelernt, Probleme zu analysieren, Wege zu finden, um Probleme zu lösen und Krisensituationen zu meistern (Coping-Strategien), das Berufsverständnis habe sich verändert, Supervision sei insgesamt eine Hilfestellung gewesen.

2. Im Bezug auf das Team

75 Personen fühlen sich durch die Supervision im Team gestärkt, betonen, die Kommunikation sei durch sie verbessert worden, man habe gelernt, Probleme beim Namen zu nennen und Team-orientiert Lösungen zu erarbeiten, sei für Krisensituationen gewappnet, der Teamgeist werde durch die Supervision gefördert. Es seien ‚Spielregeln‘ für die Zusammenarbeit im Team gemacht worden und man ziehe dank der Supervision am selben Strick. Immer wieder wurde auch erwähnt, dank des besseren Teamgeistes seien belastende Ereignisse leichter zu ertragen bzw. zu verarbeiten. Tabuthemen kämen dank der Supervision zur Sprache. Die Teammitglieder würden sich besser kennen lernen. Die Teamkultur habe sich extrem gebessert, die Arbeit mache dadurch ‚Riesenspass‘.

3. Im Bezug zum Patienten

15 Befragte sind der Meinung, die Patienten trügen einen Nutzen davon. Hier wird vor allem genannt, der Umgang mit den Patienten verbessere sich durch die Supervision, die Empathie habe zugenommen. Auch in emotionalen Situationen könne man nun mit den Patienten neue Wege suchen.

4. Im Bezug zu Vorgesetzten

3 Personen haben die Supervision als Nutzen in der Beziehung zu Vorgesetzten empfunden.

5. Im Bezug auf Lösungen

9 Befragte erwähnen Nutzen aus der Supervision, der zu Lösungen geführt habe: Massnahmen hätten umgesetzt werden können, die Arbeitsteilung sei verbessert worden, das Arbeiten sei konstruktiver geworden, Hilfestellung zur Entwicklung von Behandlungsplänen sei gegeben worden, man habe gelernt, Situationen anzunehmen und könne dadurch lösungsorientierter arbeiten. Man arbeite dank der Supervision vernetzter. Neue Ideen, Tipps und Anregungen könnten umgesetzt werden.

6. Anderes

Positiv äusserten sich hier fassbar zwei: Jemand erlernte die Sicht aus der Metaebene, jemand konnte das Führungsverhalten verbessern.

7.5 Einschätzung der Supervision, der Supervisorin bzw. des Supervisors

Im fünften Teil der Auswertung wird nach der Kompetenz der SupervisorInnen gefragt, aber auch nach den Erwartungen an die Supervision.

7.5.1 Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors

Bewertung	hoch	mittel	gering	Keine Angabe
Fachlich	19 %	7 %	1,3 %	72,8 %
- Fachwissen im med. Bereich	27,6 %	31,4 %	16,2 %	24,8 %
- methodisches Geschick	47 %	24,1 %	7,6 %	21,3 %
Sozial	53,8 %	20,9 %	2,8 %	22,5 %

Tab. 4 Einschätzung der Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors

Zur *fachlichen Kompetenz* der Supervisorin, des Supervisors, können oder wollen sich nur wenige äussern, nämlich 27 %.

Das *Fachwissen im medizinischen Bereich* wird von 27,6 % als hoch und von 31,4 % als mittel eingeschätzt.

Das *methodische Geschick* wird mit 47 % als hoch und mit 24,1 % als mittel eingeschätzt.

Mit 53,8 % wird die *soziale Kompetenz* der SupervisorInnen von den Befragten recht hoch eingeschätzt. 20,9 % bewerten sie mittel.

7.5.2 Wichtigkeit von medizinischem Fachwissen und Feldkompetenz in der Institution

Die Wichtigkeit von medizinischem Fachwissen und Feldkompetenz der Institution, in welcher die SupervisorInnen arbeiten, wird mit 28,5 % als sehr wichtig, mit 33,9 % als wichtig und mit 16,8 % als mittel wichtig beurteilt. Die ersten beiden Resultate machen insgesamt 62,4 % aus. Lediglich 6,6 % finden die Feldkompetenz weniger wichtig und 3,8 % gar nicht wichtig.

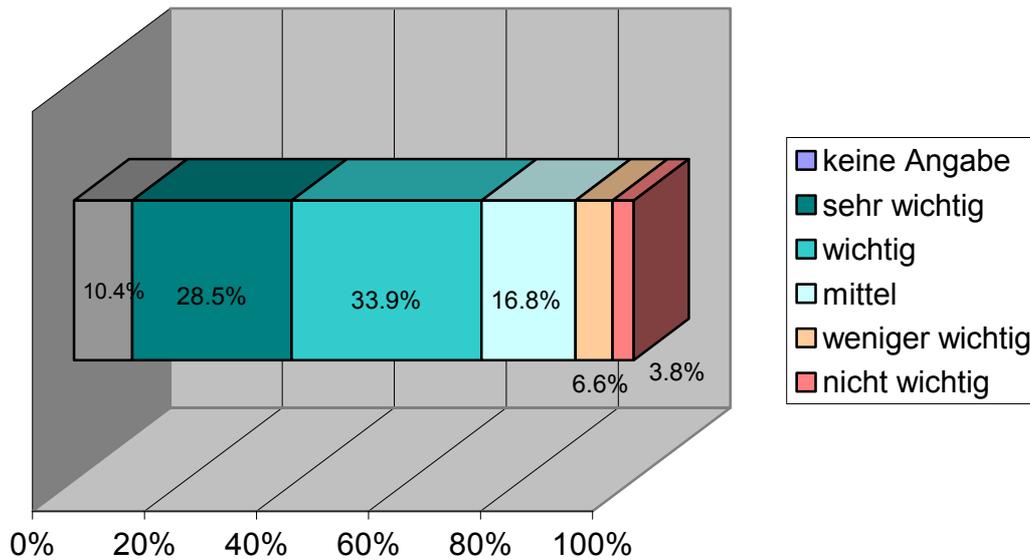


Abb. 28 Wichtigkeit der Feldkompetenz des Supervisors / der Supervisorin

Da bei dieser Frage lediglich 10,4 % keine Angabe machen, also gegen 12 bis 20 % weniger als bei den vorangehenden, ist zu vermuten, dass sich hier Leute wieder ‚eingeklinkt‘ haben, welche zwar keine Supervisionserfahrung aber doch konkrete Vorstellungen von Supervision haben und also auch Erwartungen an diese hätten.

7.5.3 Verbindung mit dem Begriff Supervision (Textantwort)

86,7 % der Befragten haben eine oder mehrere Angaben gemacht, was sie mit dem Begriff 'Supervision' verbinden. Das sind 274. Die Angaben liessen sich in Kategorien positiv, negativ oder neutral einteilen.

Positiv	242
Negativ	14
Neutral	18
Keine Antwort	42
Total:	274

Tab. 5 Verbindung mit dem Begriff Supervision

Die 274 Antwortenden machten insgesamt 406 Aussagen, die sich in folgende Kategorien einteilen liessen:

Probleme und Konflikte lösen, Klärung, Hilfe in Krisen	135
Unterstützung, Begleitung, Beratung, Hilfe von aussen, Coaching	100
Teamentwicklung	38
Selbstkompetenz fördern, Hilfe zur Selbsthilfe	38
Aussenansicht von Problemen, neutrale Sicht	35
Reflexion	24
Verbesserungen, Veränderungen, neue Ziele	18
Psychohygiene und Burnout verhindern	11
Chance für Patienten	7
Total Aussagen	406

Tab. 6 Aussagen zum Begriff Supervision

7.5.4 Erwartungen, welche an Supervision gestellt werden

Welche Erwartungen habe ich an eine Supervision?

Bewertung	Voll zu- treffend	Unent- schieden	Nicht zutreffend	Keine Angabe
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team	51,6 %	30,7 %	10,8 %	7 %
Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik	26,6 %	37 %	25,9 %	10,4 %
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten	36,4 %	27,5 %	26,9 %	9,2 %
Verbesserung der Kommunikation im Team	88,6 %	5,4 %	0,6 %	5,4 %
Unterstützung/ Entlastung	68 %	20,9 %	5,4 %	5,7 %
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen	9,5 %	27,5 %	52,8 %	10,1 %
Optimierung von therapeutischen Interventionen	22,5 %	27,5 %	38,9 %	11,1 %
Mehr Verständnis für die PatientInnen	47,2 %	31 %	12,7 %	9,2 %
Gewinn von mehr Betreuungszeit	16,1 %	39,2 %	33,2 %	11,4 %
Problem- u. Konfliktlösung	88,9 %	4,4 %	1,3 %	5,4 %
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team	86,7 %	6,6 %	1,9 %	4,7 %

Tab. 7 Erwartungen an Supervision

7.5.5 Als was wird der/die SupervisorIn betrachtet?

Bewertung	Voll zutreffend	Unent- schieden	Nicht zutreffend	Keine Angabe
Beistand/ HelferIn	56,6 %	22,5 %	14,2 %	6,6 %
LehrerIn	10,1 %	25,3 %	55,7 %	8,9 %
SpezialistIn und ExpertIn	64,2 %	23,1 %	7 %	5,7 %
Förderer/ EntwicklerIn von Neuem	57 %	26,6 %	11,1 %	5,4 %
PsychotherapeutIn	19 %	33,2 %	40,5 %	7,3 %
Coach	77,2 %	13,9 %	3,8 %	5,1 %
VermittlerIn zwischen den Parteien	62 %	22,2 %	10,1 %	5,7 %
ProblemlöserIn	53,8 %	30,4 %	9,8 %	6 %

Tab. 8 ‚Betrachtung‘ der Supervisorin, des Supervisors

7.5.6 Idealalter des Supervisors, der Supervisorin

Das ideale Alter einer Supervisorin, eines Supervisors in einer medizinischen Institution wird folgendermassen angegeben:

Bis 35 Jahre	35-45 Jahre	45-55 Jahre	55-65 Jahre	Über 65 Jahre
0,9 %	23,7 %	52,2 %	4,4 %	0,6 %

Tab. 9 Idealalter der Supervisorin, des Supervisors

6 % machen keine Angabe und 12 % sind der Meinung, es sei egal, das Alter sei nicht von Bedeutung.

7.6 ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision

7.6.1 ‚Risiken‘ für Befragte, für PatientInnen, fürs Team

➤ ‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision für Befragte

75.9% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen, welche Supervision für die Befragten mit sich bringen können. 23.9% äusserten sich nicht.

Äusserungen	Befragte
Befragte selber fühlt sich tangiert, weil:	
. Angst vor Verletzung, Blossstellung und Angriff und Übergehen der Person	80
. Verunsicherung, Kontrollverlust	40
. Angst vor Veränderung und Kündigung	9
	Total: 129
Befragte fühlt sich nicht gut, weil:	
. Das Team genügt nicht	12
. Das Team hält die Verschwiegenheitspflicht nicht ein	4
. Konfliktunfähigkeit	20
	Total: 36
Befragte fühlt sich nicht gut, weil:	
. Die Supervisorin macht Fehler, ist parteiisch, kennt die Leitung und missbraucht ihre Stellung	
	Total: 26
Befragte wertet Supervision für sich als:	
. Zeitverschwendung	
	Total: 14
Befragte geht davon aus, Supervision bringe nichts, weil:	
. Nicht-Umsetzen der Erkenntnisse wegen Zeit- oder Geldproblemen	
	Total: 9
Nicht kategorisierbar, weil:	
. Positive Antworten trotz Frage nach Negativem	12
. Unklare Antworten	15
	Total: 27
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	241

Tab. 10 Risiken und Nebenwirkungen für Befragte

➤ **„Risiken und Nebenwirkungen“ von Supervision für Patienten**

48.7% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen für Patienten. 51.3% äusserten sich nicht.

	Patient
Befragte findet, der Patient leide direkt, weil:	
. Patient wird ‚schubladisiert‘ kategorisiert, nicht individuell gesehen	26
. Intimsphäre verletzt	8
. Machtmissbrauch durch Team	6
. Patient spürt Unruhe im Team	14
	Total: 54
Befragte findet, der Patient leide indirekt, weil:	
. Dem Patient wird ‚Zeit gestohlen‘ während der Supervision	10
. Schweigepflicht verletzt	10
. Es wird abwertend über Patient gesprochen	1
. Personal ändert sich zu Ungunsten des Patienten	18
	Total: 39
Nicht kategorisierbar, weil:	
. Positive Antworten trotz Frage nach Negativem	10 14
. Neutrale Aussagen und unklare Aussagen	
	Total: 24
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	117

Tab. 11 Risiken und Nebenwirkungen für Patienten

➤ **‚Risiken und Nebenwirkungen‘ von Supervision für das Team**

68.7% äusserten sich zu Risiken und Nebenwirkungen für das Team. 31.3% enthielten sich ihrer Stimme.

	Team
Team leidet direkt, weil:	
. Spaltung des Teams, Polarisierung	24
. Uneinigkeit	12
. Parteibildung	7
. Konflikte brechen auf oder werden grösser als zuvor, Resignation	25
. Kündigungen und Veränderungen im Team	13
	Total: 81

Team leidet indirekt, weil:	
. Schlechtes Klima, Spannungen	9
. Unruhe, Herausforderung	21
. Spitalleitung kontrolliert oder zieht nicht mit	4
	Total: 34
Supervision bringt dem Team nichts, weil:	
. Supervisor wird als ‚Guru‘ gesehen, überbewertet	3
. Team schadet sich selber durch Unehrlichkeit oder Fehlen an den Sitzungen	14
	Total: 17
Nicht kategorisierbar weil:	
. Subjektive Antworten	14
. Positive Antworten trotz Frage nach Negativem	15
. Unklare nicht einzuordnende Angaben	20
	Total: 49
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	181

Tab. 12 Risiken und Nebenwirkungen für Team

7.6.2 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte, für PatientInnen, fürs Team

➤ *Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte*

84.4% äusserten protektive und präventive Faktoren von Supervision. 15.2% äusserten sich nicht.

	Befragte
Befragte werden gestützt, gestärkt, gefördert, weil:	
. Stützen der Fähigkeiten, Unterstützung, Wachstum, Förderung	96
. Positives Denken fördern, Frustration und Resignation verhindern	10
. Klarheit	38
	Total: 144
Befragte erfahren Entlastung und bessere Gesundheit, weil:	
. Burnout-Prophylaxe, Gesundheit erhalten und fördern	41
	4

. Mobbing- und Kündigungs-Prävention . Entlastung, Objektivierung	26 Total: 71
Befragte gehen besser miteinander um, weil: . Besserer und sorgfältigerer Umgang miteinander . Beziehungen und Kommunikation werden verbessert	16 42 Total: 58
Eskalation kann verhindert werden, weil: . Lösung verhindert Eskalation, weil Probleme rechtzeitig erkannt werden	26 Total: 26
Nicht kategorisierbar, weil: . Unklare Antworten	11 Total: 11
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	310

Abb. 13 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte

Die kategorisierten Antworten zur Frage nach protektiven und präventiven Faktoren habe ich in diesem Kapitel nochmals kategorisiert und in die vier Gruppen **schützend, stützend, fördernd, vorbeugend** eingeteilt.

Befragte	
schützend	37
stützend	48
fördernd	111
vorbeugend	79
Unklar	11
Total	286

Tab. 14 Spezifische Kategorisierung Befragte

➤ **Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Patienten**

67.7% äusserten protektive und präventive Faktoren von Supervision für den Patienten. 32.3% äusserten sich nicht.

Patienten	
schützend	136
stützend	12
fördernd	8
vorbeugend	17
unklar	19
Total	188

Tab. 16 Spezifische Kategorisierung Patienten

	Patient
Vertrauen beim Patienten nimmt zu, weil:	
. Verständnis und Kommunikation werden besser	43
. Das Klima verbessert sich und das Pflegeteam zieht an einem Strick	43
. Weniger Personalwechsel	3
	Total: 89
Patient wird in Mündigkeit gestärkt, weil:	
. Kompetenz und Selbständigkeit werden verbessert	7
. Patient wird stärker im Tragen der Krankheit	1
. Schweigepflicht wird besser eingehalten	2
	Total: 10
Zunahme von Pflegequalität und Sicherheit:	
. Fehler werden minimiert, mehr Sicherheit durch mehr Professionalität	19
. Pflegequalität nimmt zu	50
	Total: 69
Schwere Vergehen können verhindert werden:	
. Gewaltprävention	3
	Total: 3
Nicht kategorisierbar, weil:	
. Unklare Aussagen	19
	Total: 19
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	190

Abb. 15 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Patienten

➤ **Protektive und präventive Faktoren von Supervision für das Team**

77.8% äusserten protektive und präventive Faktoren von Supervision für das Team.
22.2% äusserten sich nicht.

	Team
Verhinderung von Eskalation, weil: . Eskalation und Krisen werden verhindert, Erleichterung, Entlastung durch Konfliktbewältigung und bessere Kritikfähigkeit	31 Total: 31
Team wird gestärkt, weil: . Kommunikation verbessert sich, Toleranz und Verständnis nehmen zu . Teamzusammenhalt verbessert sich, wird gestärkt . Frustration wird minimiert . Motivation wird verbessert . Veränderungen sind möglich	60 86 1 1 3 Total: 151
Gesundheit der Einzelnen wird erhalten, weil: . Burnout-Prophylaxe, Gesundheit wird erhalten, Seelenshygiene, Ausgeglichenheit, Entspannung, Wohlfühlen	18 Total: 18
Patient profitiert indirekt, weil: . Pflege wird verbessert, professionalisiert . Fehler werden minimiert . Verhinderung von Routine . Ressourcen gespart bzw. richtig eingesetzt . Sachebene, Objektivität, Abgrenzung . Klarheit gewinnen	9 2 1 4 2 17 Total: 35
Einzelne werden gefördert, weil: . Weiterbildung, Entwicklung . Verbesserung der Selbstkompetenz	9 5 Total: 14
Betrieb profitiert indirekt, weil: . weniger Krankheitsausfälle	2 Total: 2
Gesamt-Total Anzahl Aussagen	251

Abb. 17 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Team

Team	
schützend	13
stützend	66
fördernd	99
vorbeugend	39
Unklar	3
Total	220

Tab. 18 Spezifische Kategorisierung Team

8 Zusammenfassung

Zu den einzelnen Ergebnissen kann zusammenfassend gesagt werden:

- Eine **durchschnittliche Berufserfahrung** von mehr als 15 Jahren geben über 50 % der Befragten an. Rechnet man alle zusammen, die mehr als drei Jahre Berufserfahrung haben, kommt man auf 72,9 %. Die Befragten sind also weitgehend bestandene Pflegefachleute, was die Signifikanz der Ergebnisse m. E. stärkt. Die Arbeitsfelder sind breit gestreut, die verschiedenen Stationen sind relativ gleichmässig verteilt.
- Hinsichtlich **interdisziplinärer Zusammenarbeit** geben 76,6 % an, sie werde realisiert. Mit diesem Ergebnis dürfen wir davon ausgehen, dass die Vernetzung innerhalb der Institution sehr gut ist. Bei den 5,7 %, bei welchen dieser Anspruch nur ‚auf dem Papier existiert‘, ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit wahrscheinlich im Leitbild erwähnt.
- Da mit 9,8 % wenig Befragte gar keine Angabe zur Frage der interdisziplinären Zusammenarbeit machen, erwog ich, die Hypothese zu prüfen, ob dies mit dem Alter und einer weiter zurückliegenden Ausbildung zusammenhängen könnte. Die Hypothese wurde nicht gestützt. Mit dem Alter ist diesbezüglich kein signifikanter Zusammenhang feststellbar.
- Frappant, aber aufgrund der Berufswerdung (siehe auch 4.1) ist das Resultat hinsichtlich **Gender** der befragten Personen: 91,88 % sind Frauen, 7,6 % Männer. Lediglich zwei Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.
- Vergleicht man das **Geschlecht** mit der Führungsposition, so kann gesagt werden, dass sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und der Führungsposition (leitend vs. nicht-leitend) zeigt.
- Dass bei 82,6 % ein **Leitbild** vorhanden ist, darf als ein gutes Ergebnis betrachtet werden, wenn man bedenkt, dass es so etwas vor wenigen Jahren

noch überhaupt nicht gab. Bei den 7.9 %, die angeben, kein Leitbild zu haben und den 9,5 %, die dazu keine Angaben machen, lässt vermuten, dass entweder kein Leitbild vorhanden ist oder der Begriff nicht bekannt ist. Dieses Ergebnis machte neugierig, ob hier eine Korrelation zum Alter der Pflegefachleute besteht, um der Vermutung nachzugehen, dass ältere Pflegefachleute, also ‚ursprüngliche Krankenschwestern‘ sich noch wenig mit neueren Organisationsmodellen befasst haben und/oder in Institutionen arbeiten, wo dies nicht für erforderlich gehalten wird, ev. in Chronisch-Krankenheimen, Altersheimen etc.. Die Korrelationsanalyse (Pearson) ergibt kein signifikantes Ergebnis, d.h. es kann kein Zusammenhang zwischen dem Alter der Pflegenden und dem Vorhandensein eines Leitbildes in der Institution, in welcher die Befragten arbeiten, festgestellt werden.

- 56,6 % geben an, **Supervision zu kennen**, wobei hier noch nicht klar wird, was das bedeutet. 25 % bekommen regelmässig Supervision. Da hier Mehrantworten möglich waren, ist die Auswertung erschwert. Der Fragebogen hätte hier besser differenziert werden müssen. So ist zum Beispiel nicht unbedingt klar, was der Unterschied ist zwischen den Antworten ‚*wird bei uns nicht durchgeführt*‘ (23,1 %) und ‚*bei uns kein Thema*‘ (7 %). 4,4 % geben an, Supervision nicht zu kennen. Diese Zahlen zusammen mit den 27,8 %, die angeben, Supervision nur in Krisensituationen zu bekommen, bestätigen die erste Hypothese (siehe 35) aber doch recht signifikant.
- Ebenso hinsichtlich **Quantität der Supervision**: Auch hier zeigt sich, dass es sinnvoll gewesen wäre, in der unter 7.2.2 erwähnten Untergruppe weiter zu befragen, - darauf deutet der hohe Anteil von 32,6 % hin, wo die Befragten zur Quantität der Supervision keine Angabe machen. Die Aussage der übrigen Teilnehmerinnen der Studie gibt aber dennoch eine eindrückliche Antwort, indem 43 % die Quantität der erhaltenen Supervision mit ‚ausreichend‘ bezeichnen und 24,4 % mit nicht ausreichend. Es ist also davon auszugehen, dass mehr als ein Drittel von jenen, die Supervision erhalten, diese als nicht ausreichend einstufen. Dieses schlechte Ergebnis muss zu denken geben. Dieses Ergebnis stützt die erste Hypothese ebenfalls.

- Die angegebenen durchschnittlichen 76 Minuten **Zeit für eine Supervisionssitzung** scheinen mir etwas kurz. Je nach Problem- oder Fragestellung, Team- bzw. Gruppengrösse sollte ein Setting mindestens 90 Minuten, sinnvollerweise jedoch zwei Stunden dauern.
- Zur Bezahlung der Supervision machen mit 27,8 % relativ viele Befragte keine Angaben zur **Finanzierung**. Möglicherweise gehören diese zu jenen 27,5 %, die Supervision entweder nicht kennen oder nicht in den Genuss von Supervision kommen (siehe 7.2.2). Genauere Angaben hätte ich hier bekommen können, wenn ich im Fragebogen differenziert jene Untergruppe befragt hätte, welche regelmässig oder wenigstens in Krisensituationen Supervision bekommt.
- Das unter Quantität erwähnte Versäumnis der nicht erstellten Untergruppe zeigt sich auch bei der Frage nach dem **Ort der Durchführung** der Supervision. Neben 69,6 %, welche den Ort angeben, bleiben wenig mehr als 30 %, die keine Angaben machen. Mir scheint bemerkenswert, dass sich bei all diesen Fragen, wo ich diesen relativen Störfaktor erwähnen muss, die Anzahl der Leute, die ‚keine Angabe‘ machen, sich stets bei plus - minus 30 % bewegt. Daraus darf vermutet werden, dass die übrigen das neue 100%-Quorum ausmachen könnten.
- 31,1 % der Befragten erhalten **Fallsupervision**. Dies scheint mir recht viel und hier wäre es interessant, der Frage nachzugehen, ob die unter 2.7 abgehandelten rechtlichen Fragen (Schweigepflicht bzw. Zustimmung der Patienten, die als ‚Fall‘ besprochen werden), eingehalten werden. Die Daten sind aber leider zu gering, um eine genauere Analyse zu machen.
- Mit 13,6 % der Leute, die **Einzelsupervision** in Anspruch nehmen, vermute ich vor allem Leute in Kaderpositionen, wo sich Supervision und/oder Coaching gemäss meiner Praxiserfahrung bereits weit mehr etabliert hat als an der Basis, etwas, was durchaus positiv gewertet werden darf in der Annahme, gute Supervisionserfahrungen seien mehr und mehr auch den Angestellten im unteren Kader und an der Basis gegönnt.

- Zur **Anzahl der erhaltenen Supervision** ist zu ergänzen, dass lediglich 17,7 % zwischen 4 und 6 Sitzungen erhalten, die Anzahl, die mir innerhalb eines halben Jahres (ausserhalb von Krisen) sinnvoll und angemessen schien.
- Bei der **Dauer der Sitzungen** sind die 6,3 % erwähnenswert, die 3-stündige Settings erhielten, und ein gewisses Erstaunen und die Frage, was wohl bei Leuten, die zwischen 5 und 7-stündige Sitzungen (420 Min.) haben, letztlich als Resultat dabei herauskommt. Haben hier die Befragten eventuell eine Weiterbildung mit Supervision verwechselt?
- Erschreckend sind die Angaben zur **Verschwiegenheitspflicht**. Offenbar kennen diese lediglich 60,4 %. 25,9 % machen keine Angabe und 13,6 % beantworten die Frage mit ‚nein‘. Damit ist bei mehr als 40 % der Befragten die Sensibilität für die hohe Verletzlichkeit der Integrität des Patienten also nicht vorhanden.
- Noch mehr erschrecken die Antworten auf die Frage, ob beim Patienten, der Patientin die **Zustimmung** eingeholt wurde, da dies lediglich von 12 % bejaht wird. Während 34,2 % dazu keine Angabe machen, sind es mehr als die Hälfte, nämlich 53,8 %, welche in Supervisionssettings über ‚Fälle‘ reden, ohne dass die Betroffenen davon wissen.
- Zum **Alter der Supervisorin, des Supervisors**, machen 25 % keine Angaben. Die 5,1 %, die angeben, die Supervisorin sei weniger als 40-jährig, bewirkt bei mir die Frage nach der seriösen Ausbildung, die 2,5 % über 60-jährigen lassen eine gewisse ‚Lebensweisheit‘ erhoffen. Die übrigen Angaben scheinen realistisch, insgesamt 67,4 % sind zwischen 40 und 60-jährig, also in einem durchaus gereiften Alter, innerhalb dessen eine adäquate Ausbildung erfolgen konnte, eine Frage, der wir in 7.4.2 nachgingen (siehe übernächster Punkt).
- Über Gründe, weshalb ein Viertel der Befragten den **Gender** der Supervisorin, des Supervisors nicht angeben, kann nur spekuliert werden: Waren ev.

vorwiegend Supervisorinnen involviert bzw. wurde die Frage als nicht so wichtig befunden, oder ist sie bei jener nach dem Alter untergegangen?

- Auch bezüglich **Grundausbildung und Weiterbildung** ist wenig Differenziertheit vorhanden. Mit den 38,7 %, welche die *Grundausbildung* ihrer Supervisorin nicht kennen und den 46,8 %, die nichts über die *Weiterbildung* bzw. *Spezialisierung* ihres Supervisors wissen, muss vermutet werden, dass SupervisandInnen ihre Supervisoren unhinterfragt als solche zu akzeptieren scheinen.
- Bei der Frage nach der **Wirkung von Supervision** wird hinsichtlich *‚Persönlichem Nutzen‘* nur von einem knappen Drittel als hoch attribuiert, nur ein Viertel sieht einen mittleren Wert. Ein Fünftel gibt gar an, der Nutzen sei gering oder gar nicht vorhanden. Das ist für eine anspruchsvolle Methodologie wie Supervision kein gutes Ergebnis.
- Auch beim *‚Eigenen beruflichen Nutzen‘* sind die Werte ähnlich. Noch schlechter ist die Einschätzung *‚Nutzen für den Patienten‘*. Wenn 16,1 % der Befragten nämlich davon ausgehen, dass die Patienten keinen Nutzen haben, muss dies nachdenklich stimmen, wenn man sich darauf besinnt, dass Supervision in allererster Linie dem Klientensystem nutzen sollte.
- Am besten fällt die Einschätzung des *Nutzens fürs Team* aus, wo immerhin ein gutes Fünftel der Befragten den Nutzen als hoch und etwas mehr als ein Viertel als mittel einschätzen. Trotzdem bleiben auch hier mit 14,6 % gering und mit 5,4 % keinen Nutzen ein Fünftel, welche der Supervision auch fürs Team wenig oder nichts abgewinnen können. Solche Ergebnisse können mit gemachten Erfahrungen zu tun haben.
- Eindrücklich ist dass sich nur 27,2 % zur **fachlichen Kompetenz** der Supervisorin, des Supervisors überhaupt äussern können oder wollen, wovon nur 19 % diese als hoch einschätzen. Es drängt sich die Frage auf, inwieweit diese den Supervisanden überhaupt offenbart wird.

- Etwas besser, wie wohl immer noch mit schlechtem Ergebnis, wird das **Fachwissen im medizinischen Bereich**, das zur Feldkompetenz gehört, mit 27,6 % hoch und 31,4 % mittel eingeschätzt. Es bleiben über 40 % SupervisorInnen, bei denen ungenügende Feldkompetenz vermutet werden muss. Dies bestätigt die dritte Hypothese in bedenklichem Mass. Für den medizinischen Bereich ist ein solcher Zustand untragbar, weil es um Exaktheit, Informiertheit und auf das Erfüllen höchster Qualitätsansprüche ankommt. Geht es doch um das Leben und die Gesundheit der den Pflegefachleuten anvertrauten Patientinnen und Patienten.
- Mit insgesamt 47 % hoch und 24,1 % mittel wird das **methodische Geschick** gut eingeschätzt. Das Ergebnis, dass die SupervisorInnen die supervisionsmethodische Arbeit positiv attribuieren, steht in einem seltsamen Gegensatz zu den doch eher schwachen Bewertungen der faktischen Performanz der Supervisoren, die diese Untersuchung zeigt. Kommt hier ein ‚Mythos Supervision‘ zum Tragen? (Leitner, Petzold et al. 2004). Die Untersuchungen von Gottfried et al. (2003) und Müller et al. (2005) aus dem Bereich der Psychiatrie und der Sozialgerontologie zeigen dieselbe Diskrepanz.
- Aufgrund der positiven Attributionen kann jedoch vermutet werden, dass für Supervision weitgehend qualifizierte Leute eingestellt werden, die ihr ‚Handwerk‘ verstehen.
- Mit 53,8 % wird die **soziale Kompetenz** der SupervisorInnen noch etwas höher eingeschätzt.

Zu den Hypothesen können folgende Aussagen getroffen werden:

1. ***Supervision gehört bei Pflegefachleuten nicht regelhaft zur Ausübung ihres Berufes, sondern, Pflegefachleute bekommen in der Regel erst dann Supervision, wenn im Team oder Arbeitsfeld Probleme und Krisen entstanden ist.***

- Pflegefachleute erhalten die wenigsten regelmässig und regelhaft Supervision. Entsteht eine Krise im Team oder aufgrund der Pflege eines bestimmten Patienten, wird Supervision einberufen, um das spezifische Problem zu lösen. Eindrücklich ist, dass von 406 Aussagen (Mehrfachantworten möglich, wobei 274 Befragte Aussagen machten) 135 den Begriff Supervision mit der Lösung und Klärung von Konflikten sowie mit Hilfe in Krisen in Zusammenhang gebracht wird. Im Verbund mit den oben gemachten Angaben stützt dies die erste Hypothese gut (siehe Tab. 6).

2. Supervisorinnen und Supervisoren, welche mit Pflorgeteams arbeiten, haben in der Regel nicht die Vorbildung, welche für die Arbeit mit Pflegefachfrauen und -männern nötig wäre bzw. sind ausbildungsmässig nicht auf dem neusten Stand, was zu ‚schädigender Supervision‘ führen kann.

- Es konnte nur teilweise eruiert werden, was für eine Vorbildung die Supervisorinnen haben, welche Pflorgeteams begleiten. Mit 38,7 % der Befragten, denen die Grundausbildung ihrer Supervisorin nicht bekannt ist, wird die zweite Hypothese teilweise gestützt, aber nicht bestätigt. Um hier Klarheit zu bekommen, müsste eine weitere Untersuchung bei SupervisorInnen, welche Pflorgeteams supervidieren, gemacht werden, da bei der Befragung der SupervisandInnen immer ein Rest Unklarheit bleiben wird.

3. Supervision in der Pflege erfordert ‚Feldkompetenz‘. SupervisorInnen müssen den Arbeitsort und die Arbeitsbedingungen ihrer SupervisandInnen kennen.

- Feldkompetenz bedeutet hier, fachlich versiert zu sein, bedeutet, dass Supervisorinnen Fachwissen im medizinischen Bereich haben müssten. Durch die Einschätzung der Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors, können hinsichtlich Feldkompetenz teilweise Schlüsse gezogen werden. Gemäss den Ergebnissen wird die Vorbildung der Supervisoren unterschiedlich eingeschätzt. Dass bezüglich fachlicher Kompetenz nur 19 % als *hoch* eingestuft

werden, hinsichtlich des Fachwissens im medizinischen Bereich ebenfalls lediglich 27,6 %, stützt diese Hypothese in einem bedenklichen Mass.

Zu den Forschungsfragen kann folgendes zusammengefasst werden:

- Pflegefachleute kennen Begriffe wie Beratung, Coaching, Supervision und Teamentwicklung im grossen und ganzen gut. Tab. 8 zeigt, dass fast vier Fünftel der Befragten im Supervisor einen Coach sehen. Die SupervisorInnen werden weniger als Lehrerinnen und Psychotherapeuten gesehen als vielmehr als Beistand und Helfer, Problemlöserinnen, Experten und Vermittlerinnen zwischen Parteien.
- Interessant ist, dass von 272 (von N = 316) **Aussagen zum Begriff Supervision** 242 positiv und nur 14 negativ sind. 18 definieren den Begriff neutral und 42 äussern sich dazu gar nicht. Das ‚*Image*‘ von Supervision ist also gut. Kann Supervision diesem Bild, das Pflegefachleute von ihr haben, aber nachkommen? Kann sie halten, was sie verspricht? Die Ergebnisse dieser Untersuchung werfen hier Fragen auf, denn eine eindeutige Positivbewertung findet sich nicht und – das muss unterstrichen werden – diese Untersuchung beinhaltet noch keine Wirksamkeitsüberprüfung in einer kontrollierten Studie. Solche Untersuchungen sind noch zu leisten.

Inhaltlich gibt es keine klaren Abgrenzungen. Von 406 Aussagen (der 274, welche dazu eine Aussage machten, Mehrfachantworten möglich) nennen 100 ‚Unterstützung, Beratung und Coaching‘, 38 Teamentwicklung, 38 Förderung der Selbstkompetenz und Selbsthilfe (siehe Tab. 6). Bedenklich ist auch hier, dass lediglich 7 Befragte eine Chance für den Patienten sehen. Der, welchem es letztlich am allermeisten nützen müsste, geht unter den Begriffen, welche sich eher mit den Supervisandinnen verbinden, regelrecht unter.

- Supervision wird auch kritisch bewertet. Am meisten Aussagen im *Kapitel 7.6.1* zu möglichen **Risiken und Nebenwirkungen** machen die *Befragten* über sich (Tab. 10). Hier werden vor allem Ängste genannt, Angst vor Verletzung der eigenen Person, vor Blossstellung, vor Verunsicherung und

Kontrollverlust, ja Angst vor Kündigung. Auch hier werden beim *Patienten* (Tab. 11) deutlich weniger Angaben gemacht als beim Befragten und beim Team. Am meisten wird genannt, der Patient werde schubladisiert und kategorisiert, nicht mehr als individuell gesehen. Das *Team* (Tab. 12) erhält wieder mehr Aussagen. Die Angst geht vor allem dahin, das Team werde gespalten, polarisiert, es würden Konflikte aufbrechen und Supervision könne Kündigungen zur Folge haben.

- Es kann angenommen werden, dass durch Supervision Ressourcen optimiert werden. Die Antworten in *Kapitel 7.6.2 Protektive und präventive Faktoren* weisen darauf hin. *Befragte* (Tab. 13) fühlen sich durch Supervision gestärkt und gefördert, sie gehen besser miteinander um und sie schätzen die Burnout-Prophylaxe und die Erhaltung und Förderung der Gesundheit durch Supervision als deutlich ein. Für den *Patienten* (Tab. 15) wird die Erhöhung der Pflegequalität als am wichtigsten eingestuft, beim *Team* (Tab. 17) die Stärkung des Zusammenhalts und des gegenseitigen Verständnisses. Bei der Einschätzung der Antworten in diesem Kapitel in die vier Gruppen **schützend**, **stützend**, **fördernd**, **vorbeugend**, ergab sich hinsichtlich Rangliste ein interessantes Ergebnis zwischen den Textantworten und der Einschätzung:

Befragte:	Patienten:	Team:
1. fördernd	1. schützend	1. fördernd
2. vorbeugend	2. vorbeugend	2. stützend
3. stützend	3. stützend	3. vorbeugend
4. schützend	4. fördernd	4. schützend

Die Einschätzung von *Befragten* (Tab. 14) und *Team* (Tab. 18), wo es ja schliesslich um dieselben Personen geht, einmal als Einzelne, das andere Mal in der Gruppe, werden hier ähnlich eingeschätzt. Dem *Patienten* dagegen wird wenig Förderliches zugetraut. Das schützende ist mit grosser Zahl im Vorsprung (Tab. 16). Kommt hier das alte Bild der helfenden schützenden Krankenschwester und des unmündigen abhängigen Patienten nochmals zutage? Hat der Paradigmawechsel in der Praxis nicht stattgefunden? Wieviel darf der Patient, die Patientin selber mitentscheiden? Mitdenken? Wieviel

Eigen-Kontrolle und Selbstwirksamkeit (self-efficacy, locus of control, Flammer 1990) wird ihm/ihr zugetraut? In wieviel Ausgeliefertheit muss er/sie verharren?

9 Diskussion und Ausblick

Pflegefachleute sind in ihrem Beruf gefordert wie kaum in einem anderen. Sie tragen eine hohe Verantwortung. In der Ausbildung wird das dafür nötige Wissen zwar optimal vermittelt, doch was während der Ausbildung zur Pflegefachfrau, zum Pflegefachmann zu kurz kommt, sind Fragen der Ressourcenoptimierung und der Stressbewältigung.

Pflegefachleute in der Schweiz kennen Supervision im grossen und ganzen gut. Sie schätzen sie und haben positive Begriffserläuterungen dazu. Sie kennen aber auch die möglichen Risiken und Nebenwirkungen, haben zum Teil selber erfahren, dass Supervision schaden kann. Ängste um die eigene Person, um Angriff und Verletzung sind da. Aber auch die Stärkung eines Teams wird gesehen. Die Person des Supervisors, der Supervisorin wird zwar als Experte und Spezialistin eingeschätzt, aber wenig als das gesehen, was er / sie wäre, nämlich eine Fachperson, welche mit Teams und Einzelnen aufgrund einer interdisziplinär begründeten Methode arbeitet, mit dem Ziel der Optimierung zwischenmenschlicher Beziehungen und Kooperation, hier im Feld der Pflegefachleute, der Pflegenden also, zugunsten der Patienten, jemand der durch mehrperspektivische Betrachtung die ‚exzentrischer Position‘ der Pflegefachleute fördert, der durch seine Arbeit die Sicherheit des Patienten mehrt und die Pflegequalität fördert.

SupervisandInnen selber werden durch Supervision gefördert in Bewältigung von Stress und sie mehren ihre Ressourcen (Eichert 2004). Inneres Wachstum und Reife sind positive Nebenwirkungen von Supervision für sie. Es würde sich hier die Frage stellen, ob es sinnvoll wäre, Supervision bereits während der Ausbildung zu gewähren. Im geschützten Rahmen der Ausbildung könnte Ängsten vorgebeugt und Vertrauen in diese einzigartige Möglichkeit zur Erlangung von Mehrperspektivität und Selbstreflexion gestärkt werden.

Der Anspruch an die Vorbildung entsprechender Spezialistinnen muss gross sein. Feldkompetenz ist dabei für die Qualitätssicherung in der Pflege unabdingbar. Das Erstellen eines Qualitätsprofils für den ‚*Fachsupervisor für klinische Settings*‘, für den

„Supervisor, die Supervisorin im Bereich von Pflege und medizinischen Einrichtungen“, wäre eine weitere Aufgabe, die es anzupacken gälte.

Supervision bei Pflegefachleuten in der Schweiz scheint ein noch in vielen Belangen zu beackerndes Land zu sein. Vom Berufsverband wie von universitärer Seite her erhielt ich wenig Support bzw. wenig Interesse für diese Arbeit. Es stellte sich mir die Frage, ob Supervision auch auf Metaebenen nicht den Stellenwert hat, welcher ihr zukommen sollte. Es wäre zu prüfen, wie dieser Sachverhalt weiter untersucht werden könnte.

Denkbar wären wohl vor allem qualitative Untersuchungen in Form von Interviews, mit Fragen, entlang eines Rasters.

Viele Fragen bleiben offen. Viel Arbeit wäre diesbezüglich noch zu tun.

10 Literaturverzeichnis

- Antonovsky, Aaron, **Health, Stress and Coping**. San Francisco 1991
- Beer, Th., **Evaluation von Supervision**. In: *Berker, Peter, Buer, Ferdinand, Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse*. Münster: Votum, S. 99 – 129, 1998
- Berker, P., Buer, F., **Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse**. Münster: Votum, 1998
- Brandenburg, H., Dorschner, St., (Hrsg.), **Pflegewissenschaft 1, Lehr- und Arbeitsbuch zur Einführung in die Pflegewissenschaft**. Hans Huber Bern 2003
- Brieskorn-Zinke, M., **Gesundheitsförderung in der Pflege**. Kohlhammer Stuttgart 2004
- Brühlmann-Jecklin, E., Petzold, H.G., **Die Konzepte ‚social network‘ und ‚social world‘ und ihre Bedeutung für Theorie und Praxis der Supervision im Integrativen Modell**. GESTALT 51, 2004
- Donabedian, A., **Evaluating the quality of medical care**. In: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Jg. 1966 S. 166 - 206 oder In: *Görres, Stefan, Qualitätssicherung in Pflege und Medizin*. Huber Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 1999
- Donabedian, A., **Explorations in Quality – Assessment and Monitoring**. Vol. II: **The Criteria and Standards of Quality**. 1982
- Eck, D., **Supervision in der Psychiatrie – Ein mehrperspektivischer Ansatz**. In: *Eck, D.*, (Hrsg.), **Supervision in der Psychiatrie**. Bonn 1998
- Edlhaime-Hrubec, Ch.M., **Etymologische Frag-Mente zu Wort und Begriff Supervision im Fokus der Integrativen Supervision**. Krems/Düsseldorf/Hückeswagen. Bei - SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. www.fpi-publikationen.de/supervision Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - 02/2005
- Ehmer, S., **Supervision mit Krankenschwestern und –pflegern in der stationären Psychotherapie**. In: *supervision. Zeitschrift für berufsbezogene Beratung* 33, S. 102 – 118. Votum Verlag München, 1998
- Eichert, H.-Ch., Petzold, H.G., **Supervision und innerinstitutionelle Schweigepflicht**. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen, **SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung**. Eine interdisziplinäre

Internet-Zeitschrift – 11/2003, S. 1 – 20,

<http://www.fpi.publikationen.de/supervision/Eichert-schweigepflicht-supervision-11-2003.htm> 2003a

- Eichert, H.-Ch., **Supervision und beruflicher Stress im psychiatrischen Bereich. Ressourcenentwicklung durch Supervision.** Diplomarbeit, Amsterdam 2004
- Fengler, J., **Supervision und Evaluation.** In: *Berker, Peter, Buer, Ferdinand, Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse.* Münster: Votum, S. 69 – 89, 1998
- Flammer, A., **Erfahrung der eigenen Wirksamkeit.** Bern 1990
- Goffmann, E., **Stigma. Über Techniken zur Bewältigung beschädigter Identität.** Frankfurt 1967
- Gottfried, Kurt, Petitjean, Sylvie, Petzold, H. G., **Supervision in der Psychiatrie. Eine Multicenterstudie (Schweiz).** In: *Petzold, H. G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C., Supervision auf dem Prüfstand.* Opladen: Leske und Budrich, S. 299 – 334, 2003
- LoBiondo-Wood, G., Haber, J., **Pflegeforschung – Methoden – Bewertung – Anwendung.** Elsevier München 2005
- Grawe, K., Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau* Nr. 43, S. 132 – 136, Bern 1992
- Herger, Andrea, **Pflege heute. Ausbildungsnachweis.** München 2005
- Holloway, E.L., **Clinical supervision: a systems approach.** Sage Publications, Thousand Oaks 1995
- Holloway, E., **Supervision in psychosozialen Feldern. Ein praxisbezogener Supervisionsansatz.** Paderborn 1998
- Institut für Pflegewissenschaft an der Universität Basel, Homepage: <http://pages.unibas.ch/nursing/ins/deut/allg-infos/institut/lehre.html>
- Knaus, K.J., **Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – eine explorative Multicenterstudie.** Master of Science-These, Zentrum für psychosoziale Medizin. Donau-Universität Krems. 2005a
- Knaus, K.-J., Petzold, H. G., Müller, L. (2005): **Supervision im Feld der Altenhilfe in Deutschland – Problemlage und Forschungsergebnisse.** Bei [www. FPI-Publikationen.de/materialien.htm](http://www.fpi-publikationen.de/materialien.htm) - SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2005 in Vorber.

- König, M., Petzold, H.G., Müller, L., Supervision in österreichischen Altenheimen – eine Felderkundung (in Vorbereitung) (2005)
- Landolt, H., **Rechtskunde für Gesundheits- und Pflegeberufe**. Bern 2004
- Lazarus, R.S., Launier, R., **Stress related transactions between person and environment**. In: Pervin, L.A., Lewis, M. (Hrsg.), **Perspectives in interactional psychology**. New York: Plenum S. 287 – 327, 1978
- Leitner, A., Petzold, H.G., Orth, S., Sieper, J., Telsemeyer, P. (2004): **Mythos Supervision? - Zur Notwendigkeit von ‚konzeptkritischen‘ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen**. Düsseldorf/Hückeswagen. Bei www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm In: **SUPERVISION: Theorie – Praxis – Forschung**. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift - Jg./2004
- Märtens, M., Petzold, H.G., **Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie**. Mainz 2002
- Möller, H., **Selbstkonfrontationsinterviews bei Experten der Supervision**. In: *Berker, P., Buer, F., Praxisnahe Supervisionsforschung. Felder – Designs – Ergebnisse. Münster*. Votum, S. 196 – 215, 1998
- Möller, H., Märtens, M., **Evaluation von Supervision wohin?** In: *Pühl, H., Supervision und Organisationsentwicklung*. Opladen: Leske und Budrich, S. 104 – 122, 2000
- Moscovici, S., **The phenomenon of social representations**. In: *Farr, R.M., Moscovici, S., (eds.), Social representations*. Cambridge: Cambridge University Press, 3-69, 1984
- Moscovici, S., **Notes towards a description of social representation**. *European Journal of Social Psychology* 18, 211 – 250, 1988
- Müller, L., Petzold, H.G., **Gerontotherapie: Psychotherapie mit älteren und alten Menschen – Forschungsergebnisse, protektive Faktoren, Resilienzen, Grundlagen für eine Integrative Praxis**. *Integrative Therapie* 1, S. 52 – 90, 2002
- Müller, L., Petzold, H.G., und Schreiter-Gasser, U., **Supervision im Feld der klinischen und sozialgerontologischen Altenarbeit. Eine explorative Multicenterstudie in der Deutschschweiz**. 2005
- Müller, L., Petzold, H. G., Schreiter-Gasser, U. (2005): **Supervision in gerontologischen Einrichtungen und Diensten – Eine empirische**

- Erkundung in klinischen und sozialen Einrichtungen für alte Menschen in der Schweiz.** Integrative Therapie 1-2, 181-214 auch in: *Petzold, Müller, 2005a*
- Nitsch, J.R., (Hrsg.), **Stress. Theorien, Untersuchungen, Massnahmen.** S. 213 – 260, Bern, Stuttgart, Wien 1981
 - Orem, D., E., **Strukturkonzepte der Pflegepraxis.** (Hrsg. Bekel, G.), Bern 1997
 - Orth, I., Petzold, H.G., Sieper, J., **Ideologeme der Macht in der Psychotherapie – Reflexionen zu Problemen und Anregungen für alternative Formen der Praxis.** 1995 b, in Petzold, Orth, Sieper, 1995 a
 - Penzel, R., Thema: **Schweigepflicht in der Supervision.** aktuell DGSv 4, 1995
 - Petzold, H. G., **Belastung, Überforderung, Burnout - Gewaltprobleme in Heimen.** Behinderte in Familie, Schule, Gesellschaft 4, 17-44 1989b
 - Petzold, H.G., Lemke, J., **Gestalt-supervision als Kompetenzgruppe.** Gestalt-Bulletin 3, S. 88 – 94, 1979
 - Petzold, H., G., **Vorlesungen zur Sozialgerontologie I: Nonverbale Interaktion, II: Prinzipien der Organisationsentwicklung im Heimwesen.** Vorlesungen auf dem Studientag von Pro Senectute Österreich, 7.12.1990, Batschuns, Vorarlberg. 1990g
 - Petzold, H., G., **Integrative Therapie. Band 1: Klinische Philosophie. Integrative Therapie. Band 2: Klinische Theorie. Integrative Therapie. Band 3: Klinische Praxeologie.** Paderborn 1993
 - Petzold, H., G., **Die normierende Kraft der Leitbilder und Qualitätsstandards – ein Diskussionsbeitrag.** DGSv aktuell (2) S. 23 – 28, Köln 1996
 - Petzold, H.G., Rodriguez-Petzold, F., **Anonymisierung und Schweigepflicht in supervisorischen Prozessen - ein methodisches, ethisches, klinisches und juristisches Problem.** Familiendynamik 3, S. 288-311. Erw. In: *Petzold (1998a)* 191-212 und in: *Eck, D. (Hrsg.) (1998): Supervision in der Psychiatrie.* Bonn: Psychiatrie-Verlag. 79-98, 1997
 - Petzold, H., G., **Differentielle Teamarbeit, Teamformate und Teamprozessqualität – Konzepte zur Optimierung aus integrativer Sicht.** In: *Petzold, H.G., Integrative Supervision, Metaconsulting &*

- Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch.** S. 433 – 453, Paderborn 1997k
- Petzold, H. G., **Integrative Supervision, Metaconsulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch.** Paderborn 1998
 - Petzold, H.G., Orth, I., Schuch, W., Steffan, A., **Integrative Therapie als ‚angewandte Anthropologie‘ in einer ‚transversalen Moderne‘ – konnektivierende Theorienbildung und polylogische Praxisstrategien.** Düsseldorf/ Hückeswagen: Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, 2000
 - Petzold, H.G., Orth, I., Schuch, W., Steffan, A., **Theorienbildung und Praxisstrategien in der ‚Integrativen Therapie‘. – Zur Konnektivierung von Menschen- und Weltbild, Heuristiken und Wirkfaktoren im Rahmen der therapeutischen Beziehung.** Chartacolloquium II. Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf/Hückeswagen, 2001
 - Petzold, H.G., **POLYLOGE: die Dialogzentrierung in der Psychotherapie überschreiten. Perspektiven ‚Integrativer Therapie‘ und ‚klinischer Philosophie‘.** 2002c, Bei www.fpi-publikationen.de/polyloge - POLyLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit – 04/2002
 - Petzold, H.G., **Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und ‚komplexe soziale Repräsentationen‘.** Düsseldorf/Hückeswagen, 2003a
 - Petzold, H.G., **Unrecht und Gerechtigkeit, Schuld und Schuldfähigkeit, Menschenwürde – ein ‚Polylog‘ klinischer Philosophie zu vernachlässigten Themen in der Psychotherapie.** Düsseldorf 2003b
 - Petzold, H.G., Schigl, B., Fischer, M., Höfner, C., **Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.** Leske und Budrich, Opladen 2003
 - Petzold, H.G., Müller, L., et al., **Der permanente Skandal - Gefährliche Pflege, sozialtoxische Kontexte, maligner Burnout. Verletzte Menschenwürde und dehumanisierende Heimsituationen - in Tirol und allüberall. Eine sozialwissenschaftliche und supervisorische Felderkundung.** Düsseldorf, Amsterdam, Zürich, Krems 2005

- Petzold, H. G., Müller, L., **Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie.** Paderborn: Junfermann, 2005a
- Petzold, H.G., **Über die Unsensibilität von Supervisoren für die Historizität des Namens ihrer ‚Profession‘ – Begriffliche Mythen und einige Fakten zu Herkunft und Hintergrund des Wortes ‚Supervision‘ aus Integrativer Perspektive.** SUPERVISION: Theorie - Praxis - Forschung. www.fpi-publikationen.de/supervision Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift, 2005
- Polit, D.F. et al., **Lehrbuch Pflegeforschung.** Hans Huber Bern 2004
- Rave-Schwank, M., **Supervision in der Psychiatrischen Klinik. Aus der Sicht der ärztlichen Direktorin.** In: psychosozial 20/4, S. 11 – 14, psychosozialer Verlag Giessen 1997
- Roper, Nancy, **Pflegeprinzipien im Pflegeprozess.** Bern 1997
- Schaffer, I., **Berufsbegleitende Supervision bei Pflegepersonal.** Diplomarbeit, Wien 1992
- Schneider, K., Müller, A., **Supervisionsevaluationsinventar. Entwicklung und Anwendung.** In: *Berker, Peter, Buer, Ferdinand*, siehe oben
- Schreiögg, A., Supervision. **Ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis.** Paderborn 1991
- Schreiögg, A., **Supervision – Didaktik und Evaluation. Integrative Supervision in der Praxis.** Paderborn 1994
- Schwendenwein, J., Kaliske, D., Universität Kassel www.uni-kassel.de 2001
- Sieper, J., Petzold, H.G., **Der Begriff des ‚Komplexen Lernens‘ und seine neurowissenschaftlichen und psychologischen Grundlagen – Dimensionen eines ‚behavioralen Paradigmas‘ in der Integrativen Therapie.** Düsseldorf 2002
- Trapp, W., **Mediator- und Moderaoreffekte im Zusammenwirken von Stress, Gesundheit und Ressourcen.** Achen 1999
- Tufts Managed Care Institute, Boston, **Glossar mit Begriffen für Qualität in der Pflege.** Managed Care Glossary
- Vitt, G., **Pflegequalität ist messbar.** Hannover 2002
- Weh B., Sieber H., **Pflegequalität,** München 1995

11.2 Fragebogen

PROJEKT: SUPERVISIONSFORSCHUNG
POSTGRADUALER STUDIENGANG SUPERVISION
Freie Universität Amsterdam

Wissenschaftliche Leitung und Betreuung: Univ.-Prof. Dr. mult. Hilarion G. Petzold

Fragebogen zu Supervision bei Pflegefachleuten in der Schweiz

Bitte zusammen mit Angaben zu Ihrer Person (siehe Begleitbrief) zurücksenden an folgende Adresse:

Erica Brühlmann-Jecklin
Urdorferstrasse 69 a
8952 Schlieren Tel: 01 / 730 17 39

Kodierungsnummer
(bitte nicht ausfüllen)

Institution-Nr.:

Anzahl Jahre Berufserfahrung: Bitte zutreffendes Feld ankreuzen:

Weniger als 1 Jahr	1-3 Jahre	4-6 Jahre	7-10 Jahre	11-15 Jahre	über 15 Jahre

1 Arbeitskontext

1 a) Ich arbeite in

- einer öffentlichen Einrichtung einer privaten Einrichtung

1 b) Ich arbeite auf einer

- Akutstation Station für chronisch Kranke Station für Sterbende
 Medizin Chirurgie Notfallstation
 Intensivpflegestation psychiatrischen Station
 andere:

1 c) Die Einrichtung ist

- ärztlich geführt
 andere Führung, nämlich:
 streng hierarchisch geführt in "flacher Hierarchie" geführt

1 d) Leitbild ist

- vorhanden nicht vorhanden

1 e) Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist

- realisiert nicht etabliert existiert nur auf dem Papier

2 Supervision

2 a) Supervision

- kenne ich kenne ich nicht
 wird bei uns nicht durchgeführt ist bei uns kein Thema
 bekomme ich regelässig bekomme ich nur in Krisensituation

2 b) Die Supervision ist finanziert

- durch die Institution privat

2 c) Die zur Verfügung stehenden Supervisionsstunden sind quantitativ

- ausreichend nicht ausreichend.

2 d) In welchem Rahmen findet die Supervision statt?

- Auf der Abteilung In einem anderen Raum in der Klinik klinikextern
Immer im selben Raum Oft wechselnd in Räumen der Klinik

2 e) Welche Form der Supervision haben Sie (Mehrfachnennung möglich)?

- Fallsupervision Team Abteilung (gesamtes interdisziplinäres Team) Einzelsupervision

Kodierungsnummer
(bitte nicht ausfüllen)

Institution-Nr.:

- 2 f) Ist die Teilnahme an der Supervision freiwillig? Ja Nein
- 2 g) Wie oft fand die Supervision in den letzten 6 Monaten statt? (Anzahl) |__|__|
- 2 h) Wie lange dauert eine Sitzung? (Minuten) |__|__|__|
- 2 i) Wurde auf Verschwiegenheitspflicht hingewiesen? Ja Nein
- 2 k) Wurde von den PatientInnen oder ihren Pflgeschäften Zustimmung eingeholt, dass ihre Probleme Gegenstand von Supervision werden dürfen? Ja Nein

3 Fragen zur Person der Supervisorin / des Supervisors

3 a) Ungefähres Alter: |__|__| weiblich männlich

3 b) Über welchen Grundberuf verfügt ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor ?

- Ärztin/ Arzt Psychologin/ Psychologe
SozialarbeiterIn, -pädagogIn Pflegeberuf
Anderes

3 c) Falls bekannt, verfügt ihre Supervisorin / Ihr Supervisor über eine Psychotherapieausbildung, wenn ja über welche (Mehrfachnennungen möglich)?

- nicht bekannt Psychoanalyse Gesprächstherapie
Verhaltenstherapie Integrative Therapie Familientherapie (systemisch)
Gestalttherapie Andere Richtung

3 d) Falls bekannt, verfügt ihre Supervisorin/ Ihr Supervisor über eine spezifische Supervisorenausbildung, wenn ja über welche

- nicht bekannt Balintmethode
Integrative Supervision systemische Supervision
Psychoanalytische Supervision
Andere Richtung

3 e) Der Supervisor / die Supervisorin ist Mitglied in einem Supervisionsverband

- Ja Nein weiss nicht

3 f) Ist dies Ihre erste Supervisionserfahrung? Ja Nein

Wenn nein: waren Ihre vorgängigen Erfahrungen

- 1 2 3 4 5
eher positiv eher negativ

4 Fragen zur Wirkung von Supervision:

4 a) Welchen Nutzen konnten Sie in den letzten 6 Monaten aus der Supervision ziehen?

Bewertung	Hoch	mittel	gering	Kein Nutzen
Persönlicher Nutzen				
Eigener beruflicher Nutzen				
Patientenbezogener Nutzen				
Teambezogener Nutzen				

Kodierungsnummer
(bitte nicht ausfüllen)

Institution-Nr.:

4 b) Wenn „geringer“ oder „kein Nutzen“ entstanden ist, haben Sie **konkrete negative Erfahrungen** in einer Supervision gemacht? Welche?

.....

.....

.....

.....

4 c) Wenn ein hoher Nutzen entstanden ist, haben Sie **konkrete positive Erfahrungen** (schützende, stützende, förderliche Anteile) in einer Supervision erlebt? Welche?

.....

.....

.....

.....

5 Einschätzung der Supervision / der Supervisorin / des Supervisors

5 a) Wie schätzen Sie die **Kompetenz der Supervisorin / des Supervisors** ein?

Bewertung	Hoch	mittel	gering
Fachlich:			
- Fachwissen im med. Bereich			
- methodisches Geschick			
Sozial			

5 b) Wie wichtig sind Ihrer Meinung und Erfahrung nach **Fachwissen und Feldkompetenz in der Supervision in einer medizinischen Institution?**

sehr wichtig 1 2 3 4 5 nicht wichtig

5 c) Mit dem Begriff „Supervision“ verbinde ich:

.....

.....

.....

5 d) Welche Erwartungen habe ich an eine Supervision?

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Verbesserung von Arbeitsabläufen im Team			
Verbesserung von Arbeitsabläufen in der Klinik			
Erhöhung der beruflichen, fachlichen Fähigkeiten			
Verbesserung der Kommunikation im Team			
Unterstützung/ Entlastung			
Mehr Sicherheit bei diagnostischen Entscheidungen			
Optimierung von therapeutischen Interventionen			
Mehr Verständnis für die PatientInnen			
Gewinn von mehr Betreuungszeit			
Problem- u. Konfliktlösung			
Aufdecken „unbewusster“ Prozesse bei einzelnen Personen oder im Team			

Kodierungsnummer
(bitte nicht ausfüllen)

Institution-Nr.:

5 e) Ich betrachte eine Supervisorin/ einen Supervisor als:

Bewertung	Voll zutreffend	Unentschieden	Nicht zutreffend
Beistand/ HelferIn			
LehrerIn			
SpezialistIn und ExpertIn			
Förderer/ EntwicklerIn von Neuem			
PsychotherapeutIn			
Coach			
VermittlerIn zwischen den Parteien			
ProblemlöserIn, Krisenmanager			

5 f) Welches ideale Alter sollte Ihrer Meinung nach eine Supervisorin/ ein Supervisor in einer medizinischen Institution haben?

Bis 35 Jahre	35 - 45 Jahre	45 - 55 Jahre	55 - 65 Jahre	über 65 Jahre

6 „Risiken und Nebenwirkungen“ von Supervision

6 a) Welche möglichen „Risiken und Nebenwirkungen“ beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach? Für Sie?.....

.....

Für Ihre PatientInnen?.....

.....

Für ein Team?.....

.....

6 b) Welche „protektiven und präventiven Faktoren“ (schützende, stützende, fördernde und vorbeugende Anteile) beinhaltet Supervision Ihrer Meinung nach?

Für Sie?.....

.....

Für Ihre PatientInnen?.....

.....

Für ihr Team?

Besten Dank für Ihre Mitarbeit!

Kodierungsnummer
(bitte nicht ausfüllen)

Institution-Nr.:

Der Fragebogen wurde von der Autorin auf einen Matrix-Fragebogen (© Prof. Dr. H.G. Petzold) von Prof. mult. Dr. H.G. Petzold (2001) für diese Untersuchung bearbeitet. Vordem war er von weiteren Personen verwendet und für die jeweilige Fragestellung weitergestaltet worden: Gottfried, K., Petitjean, S., Petzold, H.G., **Fragebogen zu Supervision – Untersuchung: Supervision in der Psychiatrie.** Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit, Düsseldorf (EAG), Hückeswagen (2002) und Müller, L., Petzold, H.G., **Fragebogen zu Supervision – Untersuchung: Supervision in der Altenarbeit und Gerontopsychiatrie.** Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG), Düsseldorf, Hückeswagen (2003)

© dieses Fragebogens Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit (EAG) Düsseldorf und ebj

Schlieren, 6. November 2004

11.3 Tabellenverzeichnis

- Tab. 1 Supervisionsformen
- Tab. 2 Ausschnitt aus dem ‚Gesamtsystem Supervision als Mehrebenenmodell‘
- Tab. 3 Einschätzung Nutzen von Supervision
- Tab. 4 Einschätzung der Kompetenz der Supervisorin, des Supervisors
- Tab. 5 Verbindung mit dem Begriff Supervision
- Tab. 6 Aussagen zum Begriff Supervision
- Tab. 7 Erwartungen an Supervision
- Tab. 8 ‚Betrachtung‘ der Supervisorin, des Supervisors
- Tab. 9 Idealalter der Supervisorin, des Supervisors
- Tab. 10 Risiken und Nebenwirkungen für Befragte
- Tab. 11 Risiken und Nebenwirkungen für Patienten
- Tab. 12 Risiken und Nebenwirkungen für Team
- Abb. 13 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Befragte
- Tab. 14 Spezifische Kategorisierung Befragte
- Abb. 15 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Patienten
- Tab. 16 Spezifische Kategorisierung Patienten
- Abb. 17 Protektive und präventive Faktoren von Supervision für Team
- Tab. 18 Spezifische Kategorisierung Team

11.4 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 Alter der befragten Personen
- Abb. 2 Geschlecht der befragten Personen
- Abb. 3 Grundberuf der befragten Personen
- Abb. 4 Funktion der befragten Personen
- Abb. 5 Anzahl Jahre Berufserfahrung der befragten Personen
- Abb. 6 Arbeitskontext: öffentliche versus private Einrichtung
- Abb. 7 Arbeitskontext: Station
- Abb. 8 Arbeitskontext: Führung der Institution
- Abb. 9 Arbeitskontext: Leitbild
- Abb. 10 Arbeitskontext: Interdisziplinäre Zusammenarbeit
- Abb. 11 Supervision: Wie bekannt?
- Abb. 12 Supervision: Finanzierung
- Abb. 13 Supervision: Quantität der erhaltenen Supervisionsstunden
- Abb. 14 Supervision: Rahmen der Durchführung
- Abb. 15 Supervision: Form
- Abb. 16 Supervision: Teilnahme
- Abb. 17 Supervision: Häufigkeit der Sitzungen
- Abb. 18 Supervision: Dauer der Sitzungen
- Abb. 19 Supervision: Hinweis auf Verschwiegenheitspflicht
- Abb. 20 Supervision: Zustimmung durch Patienten
- Abb. 21 Ungefähres Alter der Supervisorin, des Supervisors
- Abb. 22 SupervisorIn: Gender
- Abb. 23 SupervisorIn: Grundberuf und Weiterbildung
- Abb. 24 SupervisorIn: Psychotherapieausbildung
- Abb. 25 SupervisorIn: Supervisionsausbildung
- Abb. 26 SupervisorIn: Zugehörigkeit in Berufsverband
- Abb. 27 SupervisorIn: Erfahrung
- Abb. 28 Wichtigkeit der Feldkompetenz des Supervisors / der Supervisorin

ERKLÄRUNG

Hiermit versichere ich, die vorgelegte Masterthese selbständig verfasst zu haben. Alle Stellen, die wörtlich oder sinngemäss aus veröffentlichten oder nicht veröffentlichten Arbeiten anderer übernommen wurden, wurden als solche gekennzeichnet. Sämtliche Quellen und Hilfsmittel, die ich für die Arbeit genutzt habe, sind angegeben. Die Arbeit hat mit gleichem Inhalt bzw. in wesentlichen Teilen noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegen.

Datum

Unterschrift