

**Supervision in der Krankenpflege**  
**Formative Evaluation in einem Krankenhaus der Maximalversorgung**

**Inaugural-Dissertation**  
**zur**  
**Erlangung der Doktorwürde**  
**der Philosophischen Fakultäten der**  
**Albert-Ludwigs-Universität**  
**zu Freiburg i. Br.**

**vorgelegt von**  
**Andrea Wittich**  
**aus Freiburg i. Br.**

**WS 2003/2004**

**Erstgutachter:**

**Zweitgutachter:**

**Prof. Dr. Heinz Schüpbach**

**Prof Dr. Michael Wirsching**

**Vorsitzender des Prüfungsausschusses:**

**Datum der Disputation:**

**Prof. Dr. Heinrich Anz**

**19. Mai 2004**

Summary .....	6
Einleitung .....	8
1 Supervision .....	10
1.1 Zur Praxis von Supervision .....	10
1.2 Zur theoretischen Fundierung von Supervision.....	15
1.3 Evaluationsforschung und Qualitätsmanagement in der Supervision.....	17
2 Stand der Forschung: Ergebnisse zur Supervision im Krankenhaus.....	26
2.1 Bedarf und Erwartungen an Supervision im Krankenhaus .....	26
2.2 Inanspruchnahme und Teilnehmerkreis.....	29
2.3 Supervisionsrahmen und Supervisionsthemen .....	29
2.4 Auswirkungen von Supervision im Krankenhaus .....	32
2.5 Supervisionsforschung im internationalen Vergleich.....	34
3 Anforderungen und psychische Belastungen in der Pflege .....	37
3.1 Art der Belastungen .....	37
3.1.1 Umgang mit Patienten und Angehörigen .....	38
3.1.2 Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten .....	39
3.1.3 Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams .....	40
3.1.4 Arbeitsumfang und Arbeitsorganisation.....	41
3.1.5 Selbstverständnis der Pflegenden .....	42
3.2 Determinanten des Belastungserlebens bei Pflegenden .....	44
3.3 Folgen unverarbeiteter psychischer Belastungen in der Pflege.....	48
4 Zu Prävention und Bewältigung von Streß am Arbeitsplatz .....	52
4.1 Arbeits- und organisationspsychologische Kriterien humaner Arbeit .....	52
4.2 Streß am Arbeitsplatz.....	54
4.3 Maßnahmen gegen Streß am Arbeitsplatz.....	56
4.4 Von der Streßbewältigung zur Persönlichkeitsförderung.....	61
5 Supervision im Rahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus .....	63
5.1 Krankenhaus als Organisation und Arbeitsplatz .....	63
5.2 Maßnahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus .....	65
5.3 Kritik an Personalentwicklung im Krankenhaus .....	69
6 Das Untersuchungsfeld.....	71
6.1 Merkmale des Universitätsklinikums Freiburg .....	71
6.2 Maßnahmen der Personalentwicklung.....	72
6.3 Supervision von Pflegepersonal - das "Freiburger Modell" .....	75
6.3.1 Ansatzpunkte, Funktionen und Ziele der Supervision .....	75

6.3.2	Implementierung und Struktur des Dienstes .....	78
6.3.3	Konzeptuelle Begründung der Supervision am Klinikum.....	80
6.3.4	Konzept der praktischen Durchführung .....	84
6.3.5	Grenzen der Supervision.....	85
6.3.6	Charakteristika und Gemeinsamkeiten mit anderen Angeboten .....	86
7	Vorüberlegungen, Fragestellungen und Konzeption der Studien .....	88
7.1	Vorüberlegungen .....	88
7.2	Fragestellungen.....	92
7.3	Konzeption der Studien .....	94
7.3.1	Studie 1: Basisdokumentation .....	94
7.3.2	Studie 2: Prä-/Post-Befragung der Supervisionsteilnehmenden .....	95
7.3.3	Studie 3: Katamnese studie mit Kontrollgruppe .....	96
7.4	Datenanalyse und Auswertungsansatz.....	96
8	Ergebnisse .....	98
8.1	Studie 1: Basisdokumentation .....	98
8.1.1	Inanspruchnahme der Supervision nach Arbeitsbereich .....	98
8.1.2	Gruppengröße und -zusammensetzung .....	99
8.1.3	Sitzungsanzahl .....	100
8.1.4	Supervisionsthemen .....	101
8.1.5	Zusammenfassung: Studie 1 .....	107
8.2	Studie 2: Prä-/Postbefragung der Supervisionsteilnehmenden.....	108
8.2.1	Erlebte Arbeitsbelastungen.....	109
8.2.2	Erwartungen an die Supervision.....	136
8.2.3	Beurteilung der Effekte der Supervision .....	146
8.2.4	Prä-/Postbefragung im Längsschnitt.....	153
8.2.5	Zusammenfassung: Studie 2.....	164
8.3	Studie 3: Katamnese studie mit Kontrollgruppe.....	167
8.3.1	Stichprobenbeschreibung.....	167
8.3.2	Ergebnisse der Supervisionsteilnehmenden .....	170
8.3.3	Ergebnisse der Nichtteilnehmenden .....	188
8.3.4	Zusammenfassung: Studie 3 .....	197
9	Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion.....	202
9.1	Arbeitsassoziierte Belastungen nach Einschätzung der Pflegenden .....	202
9.2	Erwartungen an Supervision.....	211
9.3	Akzeptanz und Inanspruchnahme von Supervision.....	214
9.4	Inhalte von Supervision .....	216

9.5	Beurteilung der Supervision .....	219
9.6	Prädiktoren von Supervisionsteilnahme und Wiederteilnahme .....	223
9.7	Diskussion der Methodik: Evaluationsmanagement .....	224
9.8	Konsequenzen für die Supervision im Krankenhaus.....	228
9.8.1	Konsequenzen für die Forschung .....	228
9.8.2	Konsequenzen für die Praxis .....	230
	Literaturverzeichnis.....	234
	Tabellenverzeichnis.....	247
	Abbildungsverzeichnis .....	252
	Anhang: Erhebungsinstrumente .....	253

## Summary

This thesis deals with psychological supervision<sup>1</sup> groups for nurses working in hospitals. It reports on the state of the scientific research on work-related stress and on supervision groups in the hospital setting and evaluates empirically, whether and in what way these groups are being helpful in preventing and coping with work-related stress. The author is an occupational and organisational psychologist and psychological supervisor with Freiburg University Hospital. As a formative evaluation this work has two major concerns: firstly, to analyse scientifically the data collected in the field over several years in order to deduct evidence about the effectiveness of psychological supervision in a hospital setting; secondly, it reconsiders, develops and optimizes the practice of the so called “Freiburg Model” of psychological supervision groups for nurses. The conceptual background of the work is Occupational and Organisational Psychology.

Freiburg University Hospital is a hospital of maximum care. All fields of medicine are represented by special clinics or institutes. More than 50.000 in-patients and nearly 380.000 out-patients are treated each year. The hospital employs a total of 8.000 people, among them 900 physicians. With over 2.500 nurses, this is the largest professional group.

The hospital’s service of psychological supervision for nurses and ward teams aims at preventing psychosocial work hazards and at compensating for those hazards which are not fully inevitable in daily work on the ward. It is a hospital wide approach on the individual-organisational interface.

The service was evaluated by three studies presented in this book: basic documentation, a longitudinal study and a cross sectional study with a control-group design. The psychometric properties of the instruments applied in the studies have been examined and proved to be good. The theoretical assumptions of the main dimensions based the on literature were confirmed. In summary, the scientific evaluation of the supervision groups’ effectiveness supports the following: Nurses are confronted with a great deal of work-related psychosocial stress. Characteristics of nursing are often a high work load and shortage of

---

<sup>1</sup> The German term “Supervision” does not bear the same meaning as the identical English term. In German “Supervision“ is close to mediation, negotiation, conflict resolution, decision-making, clinical facilitation as well as to team- and organisational development.

nursing staff, stress caused by patients' problems, conflicts within the nursing team, poor work organisation and problems of communication and collaboration with doctors. The stress can arise at the individual level, at the individual-organisational interface and at the organisational level. Nurses' assessment of work-related stress is moderated by personal and work-related factors. Nurses have a clear understanding of the potential and the limits of psychological supervision groups as a means of stress reduction. The expectations and needs regarding the supervision are articulated in a precise and goal-oriented way and relate closely to the specific stress at work. The perception of work-related stress decreases significantly after the supervision group sessions. The majority of the participants evaluate the psychological supervision as effective in preventing and overcoming psychosocial stress at work. This assessment is not affected by personal characteristics (e.g. age, gender, job position), thus indicating the effects of supervision being independent of these characteristics. Dealing with problems in interdisciplinary communication proves most successful when every party is represented in the supervision group. The wish of the former participants for future participation can be seen as a mathematical function of the present stress level at work and how they succeeded in translating groups' outcome into action, whilst the wish of the so far non-participants for participating in the future is a mathematical function of the present stress level at work and their expectations regarding the groups' effectiveness.

The studies' meta-evaluation emphasizes methodological as well as practical consequences. Methodological consequences for future research include investigating extended objectives -e.g. data on sick leave or rotation- when focusing on the cost-effectiveness of psychological supervision and using repeated measurement design for evaluating differential personal effects. In both cases, data protection legislation has to be fully taken into account. Practical consequences for psychological supervision groups in hospitals are: to provide easy access, to act early and in close response to demand, to acknowledge a problem at its source, to focus on problems on the individual-organisational interface, to include all parties concerned in a particular conflict and to translate resources into action.

## **Einleitung**

Die vorliegende Arbeit befaßt sich aus arbeits- und organisationspsychologischer Sicht mit Supervision in der Krankenpflege. Sie stellt den Stand der Forschung dar und untersucht, ob und in welcher Weise Supervision Pflegenden im Krankenhaus bei der Prävention und Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen dient. Neben diesem eigenen empirischen Beitrag zur Wirksamkeit und Wirkweise von Supervision, ist es die weitere Zielsetzung einen methodologisch wissenschaftlichen Beitrag zur Wirkungsforschung der Supervision zu leisten. Wie wirkt Supervision und wie ist diese Wirkung forschungspraktisch adäquat zu erfassen?

Supervision wird im Krankenhaus gegenwärtig häufig durchgeführt. Sie gilt in diesem Arbeitsfeld als bewährte Methode der Personalentwicklung. Mit der zunehmenden Praxisverbreitung wird ein Bedarf nach wissenschaftlicher Evaluation und Weiterentwicklung der Supervision formuliert. Diesem Bedarf ist bisher nicht hinreichend Rechnung getragen worden.

Untersuchungsfeld ist das Freiburger Universitätsklinikum, in dem Supervision als Verfahren der Personalentwicklung eingesetzt wird. Es handelt sich um ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit rund 8000 Beschäftigten, in dem die über 2500 Pflegekräfte die größte Berufsgruppe darstellen.

Die Verfasserin ist als Diplom-Psychologin seit 1993 zur Supervision von Pflegenden und Stationsteams am Klinikum angestellt. Mit der vorliegenden Arbeit sind zweierlei Anliegen verbunden. Zum einen sollen die in diesem Feld langjährig gesammelten Daten einer wissenschaftlichen Analyse unterzogen werden. Methodologische Voraussetzungen der Wirkungsforschung wie Reliabilität und Validität werden überprüft und reflektiert, um aus den Daten zuverlässige und verbindliche Aussagen zur Wirkung von Supervision im Krankenhaus abzuleiten. Zum anderen soll die spezifische Praxis der Supervision - das sogenannte „Freiburger Modell“ - aus Perspektive der psychologischen Forschung evaluiert werden. Die durchgeführte formative Evaluation dient dabei auch dem Zweck, die am Freiburger Klinikum entwickelte Supervisionspraxis kritisch zu überprüfen, weiterzuentwickeln und bedarfsgerecht zu optimieren. Konzeptueller Hintergrund der Arbeit ist die Arbeits- und Organisationspsychologie.

## **Gliederung der Arbeit**

Die Arbeit gliedert sich in einen theoretischen und einen empirischen Teil. Im *theoretischen* Teil widmet sich Kapitel 1 den definitorischen und theoretischen Grundlagen von Supervision und stellt die aktuellen Methoden der Wirkungsforschung zu Supervision dar, Kapitel 2 arbeitet den Stand der Forschung zur Supervision im Krankenhaus auf. Wesentliches Zielkriterium von Supervision ist die Bewältigung arbeitsbezogener Belastungen, weswegen Kapitel 3 das aktuelle Wissen zu den psychischen Belastungen in der Krankenpflege zusammenfaßt. Kapitel 4 ist der Streßprävention und Streßbewältigung am Arbeitsplatz gewidmet, Kapitel 5 beleuchtet Methoden der Personalentwicklung im Krankenhaus. Kapitel 6 stellt das Untersuchungssetting, die Krankenpflege am Freiburger Universitätsklinikum vor, sowie die am Klinikum zur Verfügung stehenden Angebote und Methoden der Personalentwicklung. Darunter findet das Freiburger Modell der Supervision von Pflegenden besondere Berücksichtigung. Der *empirische* Teil befaßt sich in Kapitel 7 zunächst mit Fragestellungen, Konzeption, Untersuchungsmethodik und Auswertungsansatz der Studien. Die Ergebnisdarstellung im 8. Kapitel ist in drei Hauptabschnitte untergliedert, die jeweils den durchgeführten Studien gewidmet sind. Geleitet von den Untersuchungsfragen faßt Kapitel 9 die Ergebnisse zusammen, bewertet sie unter Bezug auf die Literatur, reflektiert kritisch die angewandte Methodik und diskutiert abschließend wesentliche Konsequenzen der Arbeit für Forschung und Praxis der Supervision im Krankenhaus.

Zur Frage einer geschlechtsgerechten Schreibweise sei angemerkt: trotz vieler Ansätze in den letzten Jahren ist es bisher nicht gelungen, eine Schreibweise zu etablieren, die beide Geschlechter explizit benennt, ohne dabei an Geschmeidigkeit zu verlieren. Im vorliegenden Text wurde versucht, dieser Herausforderung zu begegnen, indem nach Möglichkeit geschlechtsneutrale Formulierungen gewählt oder beide Geschlechter genannt werden, hin und wieder das „I“ verwendet und gelegentlich auf die Nennung beider Geschlechter verzichtet wird.

## **1 Supervision**

Im Folgenden werden die konzeptuellen Grundlagen von Supervision dargestellt: Was wird unter Supervision verstanden, welche Formen und Vorgehensweisen lassen sich unterscheiden, wie sind diese begründet und welche Forschungsansätze zur Supervisionsbewertung gibt es?

### **1.1 Zur Praxis von Supervision**

#### **Definition**

Die Deutsche Gesellschaft für Supervision - DGSv- (1996) definiert Supervision als eine Beratungsmethode, die zur Sicherung und Verbesserung der Qualität beruflicher Arbeit eingesetzt wird. In diesem Verständnis ist Supervision eine Mitarbeiterbezogene Intervention der Personalentwicklung, die der Reflexion beruflichen interaktionellen Handelns dient. Dabei können psychische, soziale und institutionelle Fragen im Spannungsfeld Person – Organisation – Kunden bearbeitet werden.

Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2002) definiert Supervision als berufsbegleitende Maßnahme zur Qualitätssicherung und als regelgeleiteten, systematischen Lern- und Arbeitsprozess, in dem Fragen aus dem beruflichen Kontext reflektiert werden. Supervision bewege sich dabei im Spannungsdreieck von Person, Institution und Klientel.

#### **Formen**

Supervision wird in vielen Disziplinen und Organisationsbereichen angewendet: im sozialen Bereich, im medizinischen Bereich, im schulischen Kontext, in der Industrie und in interdisziplinären Formen (Fatzner & Eck, 1990). In allen Bereichen findet Supervision in unterschiedlichen „Settings“ statt.

Die DGSv (2003, S. 9) unterscheidet

- Supervision für Einzelne
- Supervision für Führungskräfte
- Supervision für Gruppen
- Supervision für Teams
- Supervision für Abteilungen
- Andere organisationsbezogene Supervisionsformen
- Lehr- und Kontrollsupervision

Frequenz, Dauer und die inhaltlichen Schwerpunkte von Supervision variieren. In Abhängigkeit der *zeitlichen Rahmenbedingungen* unterscheidet Belardi (1996) vier verschiedene Supervisionsmodelle:

„Regelsupervision“ - regelmäßige Sitzungen, meist in zwei- oder vierwöchigem Abstand. Eine Regelsupervision findet sich vor allem in psychosozialen Feldern, wo supervisorische Unterstützung zum Normalfall des Arbeitens gehört;

„Kompaktsupervision“ – Supervision „am Stück“, z.B. ein Mal pro Jahr eine ein- bis dreitägige organisatorische Fortbildung mit Supervisor;

„Rotationssupervision“ - abwechselnde und zeitweilige Supervision der Abteilungen einer Institution;

„Krisensupervision“ - eine oder wenige Sitzungen, akute Intervention in Notsituationen.

Je nach *Inhalt* wird darüber hinaus zwischen *Fallsupervision* oder *Teamsupervision* unterschieden. Während es in der Fallsupervision häufig um die Einhaltung und Absicherung therapeutischer Standards oder um die Interaktion Supervisor-Klient geht, wird in Teamsupervisionen in der Regel die berufliche Kooperation einer Gruppe von Beschäftigten thematisiert.

In Abhängigkeit davon, ob ein/e SupervisorIn selbst der jeweiligen Institution angehört oder nicht, wird schließlich zwischen *interner* und *externer Supervision* unterschieden. Bei externer Supervision wird eine Fachkraft zum Zwecke berufsbezogener Beratung für einen zeitlich begrenzten Auftrag in eine Organisation hineingeholt, bei interner Supervision hat eine spezialisierte Kraft für diesen Zweck eine Planstelle in der Organisation inne. Letzteres ist für größere Einrichtungen dann effizient, wenn ein hoher und kontinuierlicher Bedarf an Supervision vorhanden ist (Berker, 1994).

## **Vorgehen**

Derzeit läßt sich kein einheitliches methodisches Vorgehen in der Supervision beschreiben - es gibt vielfältige Ansätze, Rahmenbedingungen und Arbeitsweisen (Scholz, 1999). Auch die DGSv (2003) konstatiert eine große Methodenvielfalt und unterschiedliches Vorgehen von SupervisorInnen, je nach deren theoretischer Grundorientierung. Gängige Grundorientierungen seien Gruppendynamik, Psychoanalyse, systemischer Ansatz, Psychodrama, Klienten- und Personenzentrierter Ansatz sowie Organisations- und Kommunikationstheorien. Methodisch gemeinsam sei „ein prozesshaftes Geschehen, in dessen Verlauf mehre-

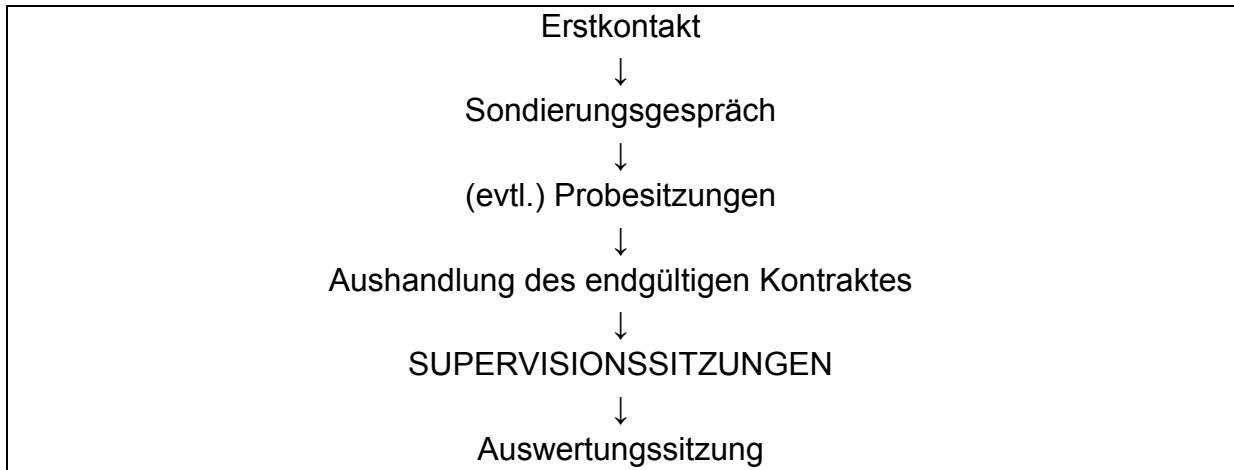
re Supervisionssitzungen in einer bestimmten Frequenz mit festgelegter Dauer für einen klar beschriebenen Teilnehmerkreis unter einer bestimmten, auf das berufliche Handeln bezogenen Zielsetzung durchgeführt“ werde (DGSv, 2003, S. 7).

Die in manchen Institutionen, vor allem jedoch in psychiatrischen Krankenhäusern und Abteilungen in früheren Jahren übliche „unendliche“ Supervision war als kontinuierliche Beratung konzipiert. Sie ist in letzter Zeit zunehmend Formen gewichen, die in ihrer "Dosis" bzw. zeitlichen Dimension begrenzt sind. Einerseits hat dies ökonomische Gründe, andererseits wurde an der zeitlich unbeschränkten Supervision kritisiert, daß das Interesse der Teilnehmenden mit der Zeit nachlasse und die Supervision mehr als „lästige Pflichtstunde“ denn als der eigenen Entlastung dienlich erlebt würde (Scholz, 1999, S. 219).

*Zeitlicher Ablauf.* Unabhängig von der theoretischen Ausrichtung der Supervisorinnen und Supervisoren haben sich bei zeitlich begrenzten Supervisionen bestimmte Elemente des zeitlichen Ablaufs bewährt. Im Allgemeinen strukturiert sich der Supervisionsprozess mindestens in folgenden Schritten (BDP, 2002):

- (telefonische) Kontaktaufnahme,
- Erstgespräch mit Kontraktabschluss (Zielvereinbarung, Häufigkeit, Dauer, Schweigepflicht, Kostenabsprache),
- Durchführung der vereinbarten Sitzungen,
- Evaluationsgespräche.

Belardi (1996) beschreibt darüber hinaus nach dem Erstkontakt zwischen Auftraggeber und Supervisor ein Sondierungsgespräch sowie die Durchführung von ein bis zwei Probesitzungen. Ihm zufolge wird erst danach der eigentliche Supervisionskontrakt abgeschlossen, der die Rahmenbedingungen enthält: Dauer, Frequenz und Ort der Sitzungen, Kreis der Teilnehmenden, Höhe und Modus der Bezahlung. Einen Überblick gibt Abb. 1.



**Abb. 1: Elemente des zeitlichen Ablaufs von Supervision (Belardi, 1996)**

Nachdem die vereinbarten Sitzungen stattgefunden haben, wird die Supervision in der Regel mit einer Auswertungssitzung beendet.

*Phasen einer Supervisionssitzung.* Innerhalb der eigentlichen Supervisions-sitzungen unterscheidet Fatzer (1990) in Anlehnung an den Prozess in Psychotherapien, zunächst zwischen einer Phase der Diagnose und einer Phase der Intervention. Ausgehend von der Annahme, daß die in einer Supervision explizit präsentierten Probleme nicht die tatsächlichen seien, vergleicht er den Supervisor in der diagnostischen Phase mit einem Detektiv, der den Unterschied zwischen „präsentiertem und wirklichem Problem“ (S.74) aufspürt. Die Phase der Intervention schließt sich an die Diagnose an. Es folgt die Phase der Auswertung und Institutionalisierung, in der der Transfer des Erarbeiteten im Mittelpunkt steht und schließlich die Abschlußphase.

Auch Schreyögg (1992) vertritt ein Prozessmodell von Supervision. In jeder Sitzung unterscheidet sie eine Initial-, Aktions-, Integrations- und Neuorientierungsphase. Zur Initialphase zu Sitzungsbeginn gehört die Einstimmung und Themenfindung, sowie die gemeinschaftliche Entscheidung, in welcher Reihenfolge und Gewichtung die Themen bearbeitet werden sollen. Die eigentliche Themen- bzw. Problembearbeitung geschieht in der Aktionsphase. Die aktive, gemeinschaftliche Problemdiskussion und -bearbeitung habe häufig nuancierte Veränderungen des Teams als Gesamtsystems zur Folge: „Selbst wenn nur einzelne Supervisanden ihre Muster gegenüber Klienten oder dem Kontext thematisiert haben, werden sie von den Kollegen meist in einer etwas anderen Rolle als bisher wahrgenommen“ (S. 494). In der Integrationsphase integriert das Team veränderte Wahrnehmungen und neue Erkenntnisse in seine informelle Struktur. In der Phase der Neuorientierung schließlich geht es um die explizite Skizzie-

rung einer Vision zukünftiger Veränderungen. Schreyögg betont, daß diese Phasen nicht immer linear aufeinander folgen und eine Neuorientierung manchmal auch erst nach Abschluß mehrerer Sitzungen erreicht würde.

Rappe-Giesecke (1990) beschreibt ebenfalls verschiedene Phasen einer Supervisionssitzung, sogenannte „Normalformen“ des Ablaufs. Sie variieren je nach Sitzungsinhalt (Fallarbeit, Selbstthematisierung oder Institutionsanalyse) geringfügig. An dieser Stelle sei beispielhaft die „Normalform in der Fallarbeit“ genannt. Hierbei folgt auf die sogenannte Vorphase, in der sich die Gruppe konstituiert, die Aushandlungsphase, in der die Einigung auf einen bestimmten Fall geschieht. Ihr schließen sich die Falleinbringungs- und die Fallbearbeitungsphase an, bevor die Sitzung mit der Abschlußphase beendet wird.

Im Großen und Ganzen ist eine theoretische Differenzierung verschiedener zeitlich abgegrenzter Phasen in der Supervision inzwischen Standard, unabhängig von der Ausrichtung des Supervisors. Je nach theoretischem Hintergrund der Supervisoren werden diese Phasen eher als lineare Folge aufgefaßt oder als zirkuläre Prozesse, die wechselseitig ineinander übergehen.

*Interventionstechniken.* Die in der Supervision angewandten Techniken reichen von der ausschließlich verbalen Interaktion bis hin zu methodischen Anleihen bei erlebnis- und handlungsorientierten Psychotherapieverfahren. Das theoretische Selbstverständnis der Supervisoren beeinflusst dabei die Art ihrer Interventionen. An rein verbalen Interventionsmöglichkeiten des Supervisors ergibt sich nach Durchsicht der Literatur (z.B. Belardi, 1996; Fatzer, 1990; Rappe-Giesecke, 1990) folgende Zusammenstellung:

- Akzeptieren, Bestätigen
- Informationen suchen
- Meinungen erkunden
- Fragen (direkt, hypothetisch, zirkulär)
- Verstärken, Unterstützen
- Bekräftigen, Positiv Konnotieren
- Koordinieren, Zusammenfassen
- Thematisieren, Beschreiben
- Fokussieren, Hervorheben
- Konfrontieren, Feedback
- Meinung, Werte und Positionen deklarieren
- Vermitteln
- Inhaltliche Vorschläge, Empfehlungen
- Umdeuten (Reframing)

An methodischen Anleihen der Supervision bei erlebnis- und handlungsorientierten Psychotherapieverfahren finden sich beispielsweise Awarenessübungen, Imaginative Rollenspiele oder das Erteilen von Hausaufgaben in der Supervision (ausführlich hierzu: Schreyögg, 1999).

## **1.2 Zur theoretischen Fundierung von Supervision**

Ebensowenig wie es bislang eine einheitliche Definition von Supervision, ein einheitliches Vorgehen im Sinne einer konkreten Supervisionstechnik oder einheitliche Supervisionsziele gibt, existiert auch keine allgemein geteilte theoretische Fundierung von Supervision. In Abhängigkeit der Grundorientierung des Supervisors (Psychoanalyse, Gruppendynamik, humanistische Psychologie, Systemtheorie u.a.m.) finden sich entsprechend unterschiedliche theoretische Vorstellungen und Konzeptualisierungen.

Dabei wird schon die Notwendigkeit einer einheitlichen Supervisionstheorie an sich konträr beurteilt. Während etwa Schreyögg (1992) in einem integrativen Modell unterschiedliche Methoden und Theorien der Supervision zusammenführen will, weist Möller (2001) auf die „Gefahr der Monokultur in der Supervisionsszene“ (S. 320) hin. Sie hält die Forderung nach einheitlicher Theoriebildung in der Supervision in Zeiten der Postmoderne für anachronistisch und plädiert dafür, „mit der Vielfalt zu leben und im konkreten supervisorischen Handeln die Frage nach theoretischer und praktischer Kompatibilität einzelner Elemente zu überprüfen“ (Möller, 2001, S.320).

Obgleich es also derzeit keine konsistente, wissenschaftlich geteilte Supervisionstheorie gibt, schreitet mit der Professionalisierung der Supervision doch deren theoretische Fundierung fort. Dabei besteht über Schulen, Methoden und Anwendungsgebiete hinweg weitgehend Einigkeit darüber, bestimmte psychologische Konstrukte in Bedingungszusammenhang mit Supervision zu sehen.

Dazu schreibt die Deutsche Gesellschaft für Supervision auf ihrer Homepage ([www.dgsv.de/verband\\_sv.htm](http://www.dgsv.de/verband_sv.htm)):

- Supervision konfrontiert. Sie setzt sich konstruktiv mit Erlebnissen, Problemen, Konflikten und Fragen aus dem beruflichen Alltag auseinander.
- Supervision unterstützt. Die Entwicklung von individuellen Problemlösungskonzepten, die Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit von Arbeitsteams und die Durchführung organisationaler Strukturveränderungen sind zentrale Einsatzfelder der Supervision.
- Supervision bietet Chancen zur emotionalen Entlastung des Einzelnen, zur Erhöhung der Arbeitszufriedenheit im Team, zur Personalentwicklung der gesamten Organisation - und somit zu einer Effizienzsteigerung von Arbeit.

- Supervision ist selbstreflexiv und lernorientiert. Sie instruiert oder schult nicht sondern fördert das Lernen von Einzelpersonen, Gruppen und Organisationen.

In einem konstruktbezogenen Sinne ist Supervision als Reflektion arbeitsbezogener Prozesse demnach zur Bearbeitung folgender Themen indiziert:

- Kommunikation
  - im Team, Kollegenkreis
  - mit Kunden, Klienten, Patienten
- Kooperation, soziale Unterstützung
- Handlungsspielraum, Problemlösefähigkeiten, Ressourcen
  - individuell
  - gruppenbezogen
- Arbeitsbezogene Belastungen und Beanspruchungen
- Organisationale Strukturveränderungen

Supervision hat dabei immer die Entwicklung von Personen und Strukturen gleichgewichtig und auf dem Hintergrund von Organisationsbedingungen zu berücksichtigen (Grossmann, 1997, S.183).

Als die beiden grundlegenden Wirkfaktoren eines integrativen, schulenübergreifenden Supervisionsansatzes nennt Schreyögg (1992) einerseits die Neuentwicklung von Deutungs- und Handlungsmustern, andererseits die Umstrukturierung vorhandener Deutungs- und Handlungsmuster. Deutungs- und Handlungsmuster beziehen sich auf das berufliche Verständnis und Verhalten entweder gegenüber Klienten oder bezüglich des beruflichen Kontexts der Supervisanden. Als kollektive Systeme transportieren Arbeitsteams stereotype Präferenzen für bestimmte Handlungsmuster, so daß es Aufgabe des Supervisors sei, dem Team „neue Formen der Rekonstruktion und Veränderungsarbeit“ vorzustellen (Schreyögg, 1992, S. 498).

"Der Supervisor moderiert die Versuche der Supervisanden, für ein Thema angemessene Deutungsweisen zu finden. Das Team hat durch seine täglichen Interaktionen kulturspezifische, kollektive Normen entwickelt, mit denen bestimmte Phänomene regelmäßig strukturiert werden. Als systemfremde Person ist der Supervisor für ein Team dann besonders wertvoll, wenn er die kollektiven Strukturierungsprozesse durch neue anreichert oder seine denen des Teams gegenüberstellt. Das Problem wird in der Gruppe rekonstruiert und an seiner gezielten Veränderung gearbeitet." (Schreyögg, 1992, S. 497)

Schreyögg postuliert, daß Supervision so zu einer „konstruktiven und reflexiven Deutungshaltung“ (1992, S.120) der Supervisanden innerhalb des beruflichen Kontextes beiträgt. In ähnlicher Weise geht Gotthard-Lorenz davon aus, daß „ein Entflechten von komplizierten Wirkfaktoren in der professionellen Arbeit, welches dem eigenen Erleben und Verstehen zugeführt werden kann, einen emotionalen und kognitiven Lernprozess ermöglicht“ (Gotthard-Lorenz, 2002, S. 17). Auf diese Weise trage Supervision einerseits zur Entlastung, andererseits zur Entwicklung neuer arbeitsbezogener Perspektiven für die Supervisanden bei.

Um - über ein Feedback in der Auswertungssitzung hinaus - zu überprüfen, inwieweit Supervision je ihre eigenen Ansprüche und Ziele erfüllt, d.h. ob und in welcher Weise sie wirkt, bedarf es ihrer wissenschaftlichen Bewertung. Aufgrund der beschriebenen Vielfalt im Supervisionsbereich, beschränkt sich die Wirkforschung derzeit auf umgrenzte, spezifische Supervisionsformen in definierten Settings und erhebt keinen Anspruch auf Generalisierung ihrer Ergebnisse im Sinne eines allgemeinen Wirkmodells. Im Folgenden wird zunächst auf die entsprechenden Methoden zur Wirkungsforschung in der Supervision eingegangen, bevor Kapitel 2 den Stand der Forschung zur Supervision im spezifischen Setting Krankenhaus darstellt.

### **1.3 Evaluationsforschung und Qualitätsmanagement in der Supervision**

Zur Bewertung von Supervision werden Maßnahmen der Evaluation sowie des Qualitätsmanagements eingesetzt. Beide Perspektiven sind in der aktuellen Forschungsdiskussion von Bedeutung und werden im Folgenden dargestellt.

#### **Evaluation und Evaluationsforschung**

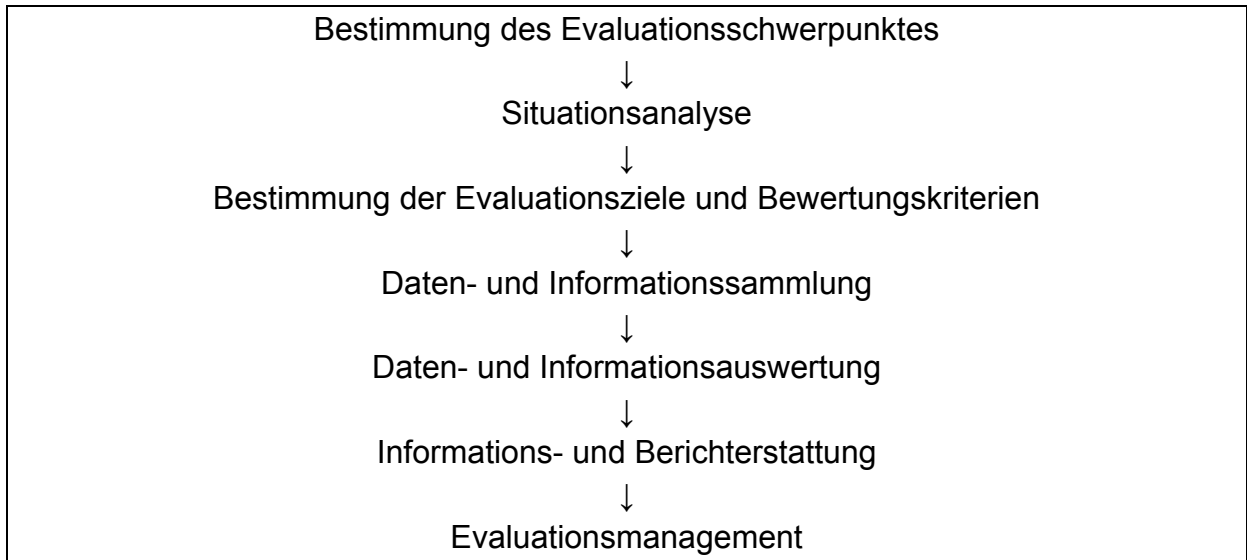
Evaluation ist ein Prozess, durch den der Wert eines Produkts oder Programms beurteilt wird. Wottawa & Thierau weisen darauf hin, daß Evaluation nicht notwendigerweise "systematische Verfahren oder datengestützte Beweise" meint, wogegen *Evaluationsforschung* die "explizite Verwendung wissenschaftlicher Forschungsmethoden und -techniken für den Zweck der Durchführung einer Bewertung" bezeichnet (1998, S.13). Von der Weltgesundheitsorganisation wird die *Evaluation gesundheitsfördernder Aktivitäten* als systematischer Versuch verstanden, aus Erfahrungen zu lernen, um die Effizienz und Effektivität künftiger Aktivitäten zu optimieren (Weltgesundheitsorganisation, 1985, zit. n. Oppholzer, 1995, S. 13).

Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation fordert, daß Evaluationen vier grundlegende Eigenschaften aufweisen müssen: Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit. Die entsprechenden Standards für Evaluation (DeGEval, 2002) basieren auf diesen Eigenschaften. Sie sollen sicher stellen, daß Evaluation sich an den erklärten Evaluationszwecken sowie am Evaluationsbedarf der Nutzer und Nutzerinnen ausrichtet (Nützlichkeitsstandards), daß sie realistisch, gut durchdacht, diplomatisch und kostenbewußt geplant und ausgeführt wird (Durchführbarkeitsstandards), daß dabei respektvoll und fair mit den betroffenen Personen und Gruppen umgegangen wird (Fairnessstandards) und daß sie gültige Informationen und Ergebnisse zum jeweiligen Evaluationsgegenstand und den Evaluationsfragestellungen hervor bringt und vermittelt (Genauigkeitsstandards).

Thierau hat sich eingehend mit der *Evaluation von Personalentwicklungsmaßnahmen* befaßt (Thierau, 1991; Thierau, Stangel-Mescke & Wottawa 1992). Als deren wesentliche Kennzeichen beschreibt sie:

- Evaluation dient als Planungs- und Entscheidungshilfe und hat somit etwas mit der Bewertung von Handlungsalternativen zu tun
- Evaluation ist ziel- und zweckorientiert. Sie hat primär das Ziel, praktische Maßnahmen zu überprüfen, zu verbessern oder über sie zu entscheiden. Evaluation dient somit der Handlungsoptimierung
- Evaluation sollte dem aktuellen Stand wissenschaftlicher Techniken und Methoden angepaßt sein. (Thierau, Stangel-Mescke & Wottawa, 1992, S.229)

Nach Thierau und Kollegen folgt die Evaluation von Personalentwicklungsmaßnahmen in der Regel handlungsorientierten Ansätzen. Ziel eines praxisbezogenen, handlungsorientierten Evaluationsansatzes sei "die Evaluation des Gesamtprozesses einer Maßnahme, sowie die Verbreiterung ihres Wirkungsgrads". Dabei werden die "Wirkungen und Folgen der Evaluation dazu genutzt, um Akzeptanz, Ablauf, Inhalt und Ergebnis der Maßnahme zu verbessern" (Thierau, Stangel-Mescke & Wottawa, 1992, S. 234). Auf der Basis handlungstheoretischer Evaluationsmodelle erarbeitete Thierau (1991) einen detaillierten Plan zur Evaluation betrieblicher Projekte der Personalentwicklung, bei dem sie auf die konsensfähige Bestimmung der Evaluationsziele und Bewertungskriterien besonderen Wert legte. Abb. 2 zeigt ihr Evaluationsmodell im Überblick.



**Abb. 2: Evaluationsmodell (Thierau, 1991)**

Der erste Schritt in der Evaluation ist die Klärung des *Evaluationsschwerpunktes*. Neben der Bestimmung des Entscheidungsproblems werden dabei die Entscheidungsträger sowie die Zielgruppe der Evaluation festgelegt und die Rahmenbedingungen der Evaluation ermittelt. In der *Situationsanalyse* werden die Konzeption und Durchführung der zu evaluierenden Maßnahme, die Rahmenbedingungen der Institution sowie relevante Daten zum Unternehmen berücksichtigt. Die Bestimmung der *Evaluationsziele und Bewertungskriterien* muß in Absprache mit relevanten Personengruppen des Unternehmens (z.B. Betriebsrat, Personalabteilung) geschehen. Parallel zur Explikation der Ziele müssen mögliche Konflikte in Zusammenhang mit der Evaluation bewältigt werden. Die Planung der *Daten- und Informationssammlung* umfaßt die Entscheidung über die Evaluationsinstrumente, die Stichprobe, das Design und den Ablauf der Datenerhebung. Im nächsten Schritt werden Auswertungsplan und -verfahren festgelegt. Für die *Daten- und Informationsauswertung* steht das gesamte Repertoire psychologischer und sozialwissenschaftlicher Methoden zur Verfügung. Da Evaluation für den Gebrauch bei Entscheidungsprozessen bestimmt ist, werden die an der Evaluation Beteiligten über wichtige Schritte und Ergebnisse des Evaluationsablaufs *informiert*. Zum abschließenden *Evaluationsmanagement*, gehört vor allem die Bewertung der Evaluation selbst (Meta-Evaluation), in der überprüft wird, ob die Evaluationsstudie die angestrebten Informationen liefern konnte (vgl. Thierau, 1991; Thierau, Stangel-Mescke & Wottawa, 1992).

Wottawa und Thierau schränken ein, daß diese Schritte Teil der Struktur einer *idealen* empirischen Evaluationsstudie seien, die sich in dieser Weise "kaum je vollständig in konkreten Projekten identifizieren" liessen (Wottawa & Thierau,

1998, S.68). Sie stellen fest, daß man "bei allen Evaluationsprojekten immer Kritikpunkte finden wird, da die ideale Konzeption eines solchen Vorhabens selbst bei unbegrenzten Ressourcen niemals realisierbar ist und einschränkende Setzungen erfordert" (Wottawa & Thierau, 1998, S.21).

In der Evaluation von Supervision vertritt Kühne (1997) die Auffassung, daß dies nicht notwendigerweise die Anwendung *systematischer* Verfahren bedeuten müsse, sondern daß *alle* Verfahren, die die *Möglichkeit des Beweises* anstelle der reinen Behauptung in Bezug auf den Wert und Nutzen einer bestimmten sozialen Aktivität *erhöhen* in der Evaluation angewendet werden können (Hervorhebung von der Verfasserin). Die Evaluation von Supervision könne zur Beantwortung folgender Fragen herangezogen werden:

- Soll die berufliche Weiterbildung durch Supervision fortgeführt werden?
- Sollen die Auswahl der Teilnehmer und Durchführung der Kurse geändert werden?
- Sollen spezifische Lernstrategien hinzugefügt oder fallengelassen werden?
- Soll der Supervisionsansatz in der vorliegenden Form akzeptiert werden?

(Kühne, 1997, S.182)

Als Meßmethoden seien Fragebögen und Interviews geeignet, „die sich sowohl auf die Interaktion innerhalb einer Berufsgruppe oder zwischen den Berufsgruppen während des Arbeitsablaufs, die Kommunikation und Kooperation als auch auf die intrapsychische Situation wie Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmotivation und Streßemotionen beziehen“ (Kühne, 1997, S.182). Das ausschlaggebende Kriterium für die Effektivität von Supervision ist laut Kühne der Transfer des in der Supervision Gelernten in den Arbeitsalltag. Bei der Evaluation von Supervision betont er insbesondere den Aspekt der *Wirkungsforschung*.

Neben explizit quantitativ ausgerichteten sind auch qualitative Ansätze zu finden. Rappe-Giesecke (1998) betreibt, als Vertreterin der qualitativen Methodik der kommunikativen Sozialforschung, die Evaluation von Supervision nicht als Wirkungs-, sondern als *Programmforschung*. Dabei wird untersucht, *wie* Supervision funktioniert. In der Programmforschung der Supervision hält Rappe-Giesecke quantitativ-empirische Methoden für *unangemessen*, da diese "Erkenntnisgewinnung nur auf dem Wege der Umweltbeobachtung akzeptieren, dem Ideal des einsamen Beobachters huldigen und nur manifeste, nicht aber latente Strukturen untersuchen" (Rappe-Giesecke, 1998, S.237). Praxisnahe Supervisionsforschung müsse, um ihrem Gegenstand gerecht zu werden, in einem selbstreflexivem Sinne betrieben werden -ähnlich einer Balintgruppe-, wobei die Analyse von Gegenübertragungsreaktionen eine wesentliche Datenquelle dar-

stelle. Dazu sei ein Setting nötig, "in dem die Beteiligten zunächst weitgehend ihre typischen Rollen beibehalten, dann aber einzelne Phasen expandiert werden und die beteiligten SupervisorInnen zeitweise den Standpunkt einer Forscherin oder eines Forschers einnehmen" (Rappe- Giesecke, 1998, S.239).

Die doppelte Rollenanforderung des Supervisors als Praktiker und Forscher ist auch Merkmal der Selbstevaluation als einem quantitativen Ansatz in der Supervisionsforschung. Müller-Kohlenberg & Beywl (2002) beschreiben Selbstevaluation als ein Verfahren, bei denen die Praxis gestaltenden Fachleute identisch sind mit den Evaluatoreninnen bzw. Evaluatoren. Ziel sei sowohl der Gewinn von Informationen und Erkenntnissen als auch die möglichst unmittelbare Veränderung der Praxis. Außerdem zielt Selbstevaluation immer auch auf die fachliche Qualifizierung der daran Beteiligten:

Die an der Selbstevaluation aktiv Mitwirkenden sind gleichzeitig praxisverantwortlich und evaluationsverantwortlich. Diese doppelte Rollenanforderung markiert die besonderen Chancen der Praxisnähe und die Risiken der Praxisverwicklung der Selbstevaluation und macht daher angepasste Standards der Evaluation erforderlich. Selbstevaluationen haben das Ziel, die eigene Arbeit zu optimieren und die fachliche Weiterqualifizierung zu fördern. (Müller-Kohlenberg & Beywl, 2002)

Selbstevaluationen sind vorrangig als formative Evaluationen angelegt. Die allgemeinen Soll-Standards der Evaluation, Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit werden im Hinblick auf die Besonderheiten der Selbstevaluation angepasst. So wird bezüglich der *Nützlichkeit* eine hohe Feldkompetenz der Selbstevaluatoren und –evaluatorinnen im Bereich des Evaluationsgegenstandes gefordert und daß die Selbstevaluationsvorhaben rechtzeitig begonnen und abgeschlossen werden, so daß ihre Prozesswirkungen und Ergebnisse den angestrebten Zwecken dienen können. Hinsichtlich des Standards *Durchführbarkeit* wird von Selbstevaluationsverfahren erwartet, daß sie so konzipiert sind, daß die benötigten Informationen beschafft und genutzt werden können, ohne die beteiligten und betroffenen Personen und andere knappe Ressourcen über das notwendige Maß hinaus zu belasten. Innerhalb des Standards *Fairness* wird gefordert, Selbstevaluationen so zu planen und durchzuführen, daß die Rechte der Beteiligten und Betroffenen respektiert und geschützt werden (z.B. Persönlichkeits- und Arbeitnehmerrechte, Datenschutz). Darüber hinaus sollen Interessenkonflikte offen behandelt werden, um das Selbstevaluationsverfahren und seine Ergebnisse möglichst wenig zu beeinträchtigen. Schließlich wird im Hinblick auf den Standard *Genauigkeit* beispielsweise gefordert, das praktische

Handeln des Selbstevaluations-Teams und seine Konsequenzen als die zentralen Elemente des Evaluationsgegenstandes auszuweisen. Qualitative und quantitative Daten und Informationen einer Selbstevaluation sollen systematisch analysiert werden, damit die gestellten Fragen durch die Evaluation effektiv beantwortet werden können.

Unabhängig davon, ob in der Wirkungsforschung zur Supervision Fremd- oder Selbstevaluation eingesetzt wird, besteht bei den Supervisionsforschern der verschiedenen Traditionen und Richtungen insgesamt Einigkeit darüber, daß „eine streng experimentelle Vorgehensweise mitsamt dem klassischen naturwissenschaftlichen Erkenntnisideal dem zu untersuchenden Gegenstand nicht angemessen (ist)“ (Beer, 1998, S. 102). Die Auffassungen reichen dabei von einer grundsätzlichen Ablehnung quantitativ-empirischer Forschung bis hin zu ihrer notwendigen Modifikation mit einschränkenden Setzungen.

Neben dem Begriff der Evaluation ist auch der des *Qualitäts-Managements* von Bedeutung für die Bewertung von Dienstleistungen im Rahmen der Personalentwicklung.

### **Qualitätsmanagement**

Die Deutsche Gesellschaft für Supervision hat im Jahre 2003 ein dreijähriges Modellverfahren zur Qualitätsentwicklung (QE) von Supervision begonnen. In der Pilotphase stehen dafür sechs unterschiedliche Mittel und Wege zur Verfügung: das QE-Gespräch, die QE-Gruppe, eine entsprechende Publikation zu Theorie und Praxis der eigenen supervisorischen Arbeit, der Besuch spezifischer Fortbildungen, die Kombination von Fortbildungen und reflexiven Kontrollverfahren sowie schließlich eine externe Zertifizierung (DGSv, 2003). Die Beteiligung am Modellverfahren ist freiwillig und begründet sich auf Innovationsinteresse und Eigenverantwortung. Da das Projekt gerade erst begonnen hat, liegen derzeit noch keine Ergebnisse vor (Stand 2003).

Bereits im Jahre 2001 hat sich eine Arbeitsgruppe Berliner Supervisoren und Supervisorinnen (Eckhardt *et al.*) des Qualitätsmanagements für die supervisorische Praxis angenommen und das „Dialogische Verfahren zum Qualitätsmanagement“ entwickelt. Dieses umfaßt drei Bereiche der Qualitätsüberprüfung: Ist-Soll-Analyse, Fallpräsentation und Analyse von Kundenbefragung. Als Grundlage der Ist-Soll-Analyse wurde ein Selbstbewertungsverfahren für Supervision erarbeitet. Nach Ansicht der Autoren ist dieser Fragebogen bisher das am besten

ausgearbeitete Konzept zur Messung der Qualitätsmerkmale von Supervision (Eckhardt *et al.*, 2001, S. 43). Den Begriff der „Qualität“ verstehen die Berliner Autoren im Hinblick auf Dienstleistungen nicht als eine absolute, unveränderliche Größe. Qualität ergebe sich aus der Übereinstimmung zwischen den Erwartungen an zu erbringende Leistungen und der tatsächlich erbrachten Leistung. In Bezug auf die Qualität von Supervision reflektieren Eckhardt und Kollegen vier Dimensionen: Strukturqualität, Prozessqualität, Ergebnisqualität und Konzeptqualität. Jede dieser Dimensionen lasse sich durch eine Anzahl von Schlüsselmerkmalen charakterisieren.

Unter *Strukturqualität* wird die Qualifikation des Supervisors ebenso verstanden wie dessen technische, räumliche und organisatorische Ressourcen. *Prozessqualität* meint Merkmale wie Kundenorientierung, Beziehungsgestaltung und Dokumentation. *Ergebnisqualität* umfaßt die Art der Bewertungserhebung, die Einschätzung der Wirkung von Supervision aus verschiedenen Perspektiven und den Grad der Zielerreichung. *Konzeptqualität* beschreibt, welches Konzept der Supervision zugrunde liegt, wie dessen Einhaltung überprüft wird und ob ethische Grundwerte darin enthalten sind. Tab. 1 faßt die vier Dimensionen und deren wichtigste Schlüsselmerkmale stichwortartig zusammen.

Die vier Dimensionen Struktur-, Prozess-, Ergebnis- und Konzeptqualität sowie deren Schlüsselmerkmale sind in dem von der Berliner Gruppe entwickelten *Selbstbewertungsbogen* aufgeführt. Anhand dieses Fragenkatalogs beschreibt jeder Supervisor und jede Supervisorin zunächst die sogenannte Ist-Qualität der eigenen Tätigkeit. Darauf basierend wird in einer Qualitätsgruppe kollegial diskutiert, wie sich das jeweilige Supervisionsangebot optimieren läßt.

Speziell zur Ergebnisqualität der Supervision sollen in der Qualitätsgruppe darüber hinaus entsprechende Kundenbefragungen zur Diskussion gestellt werden. Da die Qualität von Supervision als einer Dienstleistung nicht ohne weiteres messbar ist, spielt die Kundenzufriedenheit eine wesentliche Rolle in der Bewertung des Supervisionsergebnisses. Die Berliner Gruppe arbeitet derzeit an der Entwicklung eines entsprechenden Fragebogens.

Tab. 1: Qualitätsdimensionen für die supervisorische Praxis (Eckhardt *et al.*, 2001)

Qualitätsdimension	Schlüsselmerkmale
<b>Strukturqualität</b>	Qualifikation des Dienstleisters, der Dienstleisterin kontinuierliche Fort- u. Weiterbildung <ul style="list-style-type: none"> <li>• regelmässige eigene Supervision</li> <li>• regelmässiges Lesen von Fachliteratur</li> </ul> Technische, räumliche, organisatorische Ressourcen Erreichbarkeit Beratungsraum Organisation Bekanntmachung des Angebots Darstellung der Leistungen Vertrag
<b>Prozessqualität</b>	Katalog von Inhalten des Erstgesprächs <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dauer/Anzahl der Sitzungen</li> <li>• Problemanalyse</li> <li>• Zielklärung</li> <li>• Erwartungskklärung</li> </ul> Fachlich anerkanntes Supervisionsverfahren <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zielorientierung</li> <li>• Umfeld wird einbezogen</li> <li>• Ressourcenorientierung</li> <li>• Methodenvielfalt</li> </ul> Überprüfung professioneller Grundhaltungen <ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematische Dokumentation der Sitzungen</li> <li>• Dauer fachgerecht und nutzerorientiert</li> <li>• klare Beendigungskriterien</li> <li>• strukturierte Evaluation</li> </ul>
<b>Ergebnisqualität</b>	Berücksichtigung unterschiedlicher Sichtweisen Einsatz unterschiedlicher Verfahren Erfolg wird an von den Supervisanden gesetzten Zielen gemessen Dauerhaftigkeit des Beratungserfolgs Zufriedenheit mit den Wirkungen der Supervision
<b>Konzeptqualität</b>	Ausgewiesenes Supervisionskonzept Schriftliche Darlegung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• des Theoriehintergrunds</li> <li>• des praktischen Konzepts</li> <li>• der eingesetzten Methoden</li> </ul> Beteiligung an Diskursen in der Fachöffentlichkeit

Insgesamt zeigt sich ein breites Spektrum von Forschungsansätzen zur Supervision, darunter quantitative und qualitative Ausrichtungen. Im engeren Sinn der Wirkungsforschung sind Standards sowie methodologische und inhaltliche Ansatzpunkte formuliert. Hervorzuheben sind die Methoden der Evaluation und des

Qualitätsmanagements. Zum Verhältnis von "Evaluation" und "Qualitätsmanagement" bei der Bewertung von Dienstleistungen gehen Wottawa & Thierau davon aus, daß es aufgrund der objektiven Ähnlichkeiten dieser beiden Konzepte künftig zu einer Konvergenz kommen und "ein erheblicher Teil der praktischen Evaluationsarbeit nach den Grundsätzen des Qualitätsmanagements für Dienstleistungsorganisationen strukturiert werden" wird (Wottawa & Thierau, 1998, S. 44).

Das folgende Kapitel stellt den Stand der Forschung zu wesentlichen Merkmalen von Supervision im Krankenhaus dar. Es beschreibt Ergebnisse zu Bedarf und Erwartungen an Supervision im Krankenhaus, zu deren Inanspruchnahme und Teilnehmerkreis, zu Kontext und Themen und schließt mit der Darstellung von Ergebnissen zu Wirkungen von Supervision im Krankenhaus.

## **2 Stand der Forschung: Ergebnisse zur Supervision im Krankenhaus**

Über Supervision im Krankenhaus wird im deutschen Sprachraum seit Ende der achtziger Jahre sowohl in Pflege- wie auch in Supervisionsfachzeitschriften berichtet. Quantitativ-empirische Forschungsansätze sind dabei die Ausnahme, so daß noch immer eher wenige Daten vorliegen zum Bedarf an und der Inanspruchnahme von Supervision, zur Zusammensetzung des Teilnehmerkreises, zu den Erwartungen der Teilnehmenden, den Themen der Sitzungen, sowie deren Beurteilung durch die Teilnehmenden. In die folgende Darstellung zum Stand der Forschung gingen Literaturrecherchen in den maßgebenden Datenbanken ein (PsycLit, Psynindex, Medline).

Bei der vorliegenden Literatur zum Thema handelt es sich überwiegend um Erfahrungsberichte bzw. die Darstellung der methodischen Vorgehensweisen und Konzepte einzelner Supervisorinnen und Supervisoren (Degenhardt, 1994; Mark-Stemberger, 1994; Pichler, 1996; Kühne, 1997; Schreyögg, 1999; Widauer, 1998; Weber, 1999 a,b; Andrew, 1999; Ludden, 1999; Miller, 1999; Sotile & Sotile, 1999). Andere Autoren diskutieren berufspolitische Hintergründe, wie die Bedeutung von Supervision für die Professionalisierung der Pflege (Bönninger, 1995 a,b; Rasky, 1997; Zimmer, 1998). Vorhandene Daten beziehen sich auf ausgewählte Stichproben, zum Beispiel auf einzelne Stationen oder Abteilungen eines Krankenhauses, auf der eine Supervision durchgeführt wurde (Muthny 1993; Werner & Hennch, 1993). Zu den soziodemographischen und motivationalen Hinter- und Beweggründen derjenigen Krankenhausmitarbeiter, die eine ihnen angebotene Supervision abgelehnt haben und selbst nicht an einer Teilnahme interessiert waren, läßt sich keine empirische Studie finden.

Im Folgenden wird ein Überblick über die deutschsprachige Literatur zur „Supervision im Krankenhaus“ gegeben. Besonderes Augenmerk richtet sich dabei auf empirisch gesicherte Befunde zu den oben genannten Punkten (Bedarf, Inanspruchnahme, Teilnehmerkreis, Erwartungen der Teilnehmer, Supervisionsthemen, Beurteilung).

### **2.1 Bedarf und Erwartungen an Supervision im Krankenhaus**

Die Notwendigkeit und Nützlichkeit von Supervision im Krankenhaus ist vielfach konstatiert worden (Dahmen-Fischer, 1992; Herschbach, 1991a; Kühne, 1997; Mark-Stemberger, 1994; Müller, 1997; Müller, 2000; Rasky, 1997; Weber, 1999 a, b; Zimmer, 1998). Argumente für einen Supervisionsbedarf Pflegen-

der sind Versäumnisse in der Berufsausbildung sowie der direkt oder indirekt artikulierte Leidensdruck der Betroffenen selbst. So fanden Weber & Kirsch (2000) kommunikative Defizite bei Pflegenden in Bezug auf den Austausch von Informationen und Problemen im Umgang mit Patienten und stellten fest, daß die Ausbildung Pflegende auf diese Anforderungen im Klinikalltag wenig vorbereite. Es bedürfe deshalb entsprechender berufsbegleitender Qualifizierungsmaßnahmen, um die Entwicklung individueller Kompetenzen zur Bewältigung dieser Aufgaben im Pflegealltag zu fördern (Weber & Kirsch, 2000, S.116).

Die Erwartungen von Pflegenden selbst an Supervision wurden in einigen Studien untersucht. In einer qualitativen Studie befragte Ehmer (1998) zwei Krankenschwestern und einen Pfleger einer psychotherapeutischen Station zu ihren Erwartungen an und ihren Erfahrungen mit Supervision. Die Interviews begannen mit einer einführenden Frage und waren im weiteren Verlauf durch Leitfragen teilstrukturiert. Die Autorin macht keine Angaben zu soziodemographischen Merkmalen und beruflichen Charakteristika der Interviewten. Die befragten Pflegekräfte wünschen sich von einer Supervision

„eine Auseinandersetzung und Verständigung sowohl mit den Kolleginnen und Kollegen als auch mit anderen Berufsgruppen. Sie möchten die Beziehungen innerhalb des Teams auf der persönlichen und professionellen Ebene reflektieren, klären und gegebenenfalls intensivieren und stabilisieren. Auch den Umgang und die Erlebnisse mit den Patientinnen und Patienten möchten sie besprechen und die darin stattfindende Beziehungsdynamik reflektieren und verstehen lernen.“ (Ehmer, 1998, S. 105)

Von einer Gesamtteam-Supervision (aller Berufsgruppen) erwarteten sich die Befragten eine Team- und Patientenorientierung. Von einer Supervision, die sich ausschließlich an Pflegende wendet, erwarten sie darüber hinaus die Möglichkeit, sich mit ihrer Berufsidentität auseinandersetzen zu können.

Die Befunde, die Ehmer in ihrer qualitativen Untersuchung an drei Pflegekräften aus dem psychotherapeutischen Arbeitsfeld erhob, werden gestützt durch drei Studien mit größerer Fallzahl, die Pflegende aus dem Bereich Allgemeinkrankenhaus befragten. Muthny (1993) erhob den Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision bei 90 Krankenschwestern und -pflegern, die mit Krebspatienten arbeiten. 59% von ihnen waren unter 30, 22% zwischen 30 und 40 und nur 14% über 40 Jahre alt. Die bisherige Berufserfahrung lag meistens (48%) zwischen 4 und 10 Jahren. Tabelle 2 gibt den von diesen Befragten genannten Bedarf an Fortbildung wieder. Demnach erwarten Pflegende von psychosozialer Fortbildung und Supervision am häufigsten die Besprechung von Problemen im Umgang mit Patienten und innerhalb des Teams.

**Tab. 2: Gewünschte Art der Fortbildung bei Pflegenden der Onkologie (Muthny, 1993)**

<b>Vorgegebene Kategorien</b>	<b>Nennungen (%)<sup>2</sup></b>
Fallarbeit, Besprechung problematischer Patienten	73%
Gesprächsführung mit Patienten	69%
Besprechung von Teamproblemen	53%
Balintgruppen	51%
Referate eines Psychologen ...	
über den Umgang mit Patienten	42%
über Patientenprobleme	33%
Rollenspiele zum Umgang mit schwierigen Situationen	27%

Von den befragten Schwestern und Pfleger hatten 28% psychosoziale Fortbildungen am Arbeitsplatz erlebt, 60% schätzten ein entsprechendes Angebot als „sehr sinnvoll“ ein.

Werner & Hennch (1993) untersuchten die Erwartungen von 60 künftigen Teilnehmern an einer Supervision an der Universitätsklinik Heidelberg. Soziodemographische und berufliche Merkmale der Befragten werden nicht spezifiziert. Von einer Teamsupervision erwarten die Supervisanden Verbesserungen in folgenden Bereichen (nach Rangreihe der Nennungen): Patientenorientierung, Kommunikationsstil, Arbeitsklima, Kooperation, Transparenz. Die Autoren folgern, daß die Erwartungen an eine Supervision gut mit den Zielsetzungen dieser Methode übereinstimmen.

Eine eigene explorative Untersuchung der Erwartungen von Krankenpflegekräften an Supervision (Wittich, Murjahn & Dieterle, 1998a), bestätigt die thematischen Schwerpunkte der oben genannten Befunde im Wesentlichen. Die Gewichtung der Themen war jedoch etwas anders als bei Werner & Hennch: die durchschnittlich größten Erwartungen richteten die in Freiburg befragten Krankenschwestern und -pfleger demnach auf die Bearbeitung von Konflikten innerhalb des Pflorgeteams, gefolgt von der Bearbeitung von Konflikten zwischen ärztlichem und Pflegepersonal. Der Umgang mit Patienten folgt an dritter Stelle, vor der Bearbeitung des eigenen beruflichen Selbstverständnisses und Themen der Arbeitsorganisation (Wittich, Murjahn & Dieterle, 1998a). In dieser explorativen Pilotstudie wurde bei der Auswertung nicht nach soziodemographischen und beruflichen Charakteristika differenziert. Dies ging als Fragestellung in die vorliegende Untersuchung mit ein.

<sup>2</sup> Mehrfachnennungen möglich

## **2.2 Inanspruchnahme und Teilnehmerkreis**

Die Teilnehmenden an den von Muthny und Kollegen angebotenen psychosozialen Fortbildungsveranstaltungen und Supervisionen waren zu mehr als der Hälfte Pflegepersonal auf Tumorstationen, circa ein Drittel Ärzte, der Rest andere Berufsgruppen, unter anderem Sozialarbeiter und Rehabilitationspsychologen in der onkologischen Nachsorge (Muthny, 1993).

Vergleichbare Zahlen zum Teilnehmerkreis werden von Werner & Hennch (1993) berichtet. Sie untersuchten Supervisionsgruppen auf internistischen Stationen, bei denen es eine Teilnahmeverpflichtung für alle Berufsgruppen gab. Die durchschnittliche Teilnehmeranzahl je Station bestand aus 6 Pflegekräften ( $SD=1,9$ ), 2,2 Ärztinnen ( $SD=1,3$ ) und 1,4 Angehörigen anderer Berufsgruppen ( $SD=1,1$ ). Dies entsprach in etwa der tatsächlichen Präsenz der verschiedenen Berufsgruppen auf Station zur Zeit der Übergabe am frühen Nachmittag.

In einer Pilotstudie von Hartmann (1991) am Freiburger Universitätsklinikum wurde die Zusammensetzung von 19 Supervisionsgruppen hinsichtlich ihrer Teilnehmerstruktur untersucht. Pro Sitzung nahmen durchschnittlich 5,3 ( $SD=1,77$ ) Mitglieder des Pflegepersonals, 0,4 ( $SD=0,95$ ) Ärztinnen und Ärzte und 0,7 ( $SD=1,27$ ) Personen anderer Berufe teil. Die Supervisionsgruppen hatten durchschnittlich 6 bis 7 Teilnehmende. In 68,4% aller Sitzungen bestand eine Supervisionsgruppe ausschließlich aus Pflegenden, in 21% aus einem kompletten interdisziplinären Stationsteam und in 11% aus Stationsleitungen. Verglichen mit der Heidelberger Studie, bei der die Supervisionsteilnahme für alle Berufsgruppen Pflicht war, waren Ärzte im Durchschnitt deutlich weniger vertreten, nur in 21% der Sitzungen. Die Autoren weisen jedoch darauf hin, daß in den Fällen, in denen ausdrücklich das gesamte Team zu einer Sitzung eingeladen wurde, sowohl Ärzte als auch Angehörige anderer Berufsgruppen relativ zu ihrer Personalstärke mit dem Pflorgeteam vergleichbar präsent gewesen seien. Dies entspricht den Ergebnissen von Werner & Hennch (1993).

## **2.3 Supervisionsrahmen und Supervisionsthemen**

In dem Projekt, das Muthny und Mitarbeiter im Bereich der Versorgung von Tumorkranken durchführten, fanden in einem Zeitraum von vier Jahren 70 Sitzungen zur psychosozialen Fortbildung und Supervision statt. Sie dauerten in der Regel 1,5 Stunden und wurden von durchschnittlich 4 bis 15 Teilnehmenden besucht. Allerdings nahmen in etwa einem Drittel der Sitzungen bis zu 80 Beschäftigte teil und acht der Veranstaltungen dauerten deutlich länger als 1,5

Stunden - bis hin zu drei Tagen (Muthny, 1993, S. 208). Die „am häufigsten gewünschten und behandelten Themen“ waren: Kommunikation und Gesprächsführung mit Krebspatienten, Krankheitsverarbeitung und ihre mögliche Unterstützung, Sterbebegleitung, Möglichkeiten des Selbstschutzes und der emotionalen Entlastung, Depression und Suizidalität, Umgang mit aggressiv-fordernden Patienten, Aufklärungsgespräche, Motive und Wirkungen sogenannter Alternativmedizin sowie Teamkonflikte.

In der Publikation wird aufgrund der fließenden thematischen Übergänge zwischen psychosozialer Fortbildung und Supervision nicht nach angewandter Methode differenziert, so daß nicht ersichtlich ist, ob und wie sich Rahmen und Themen der Supervision von denen psychosozialer Fortbildungen unterscheiden. Die Autoren weisen jedoch auf zwei grundsätzliche Probleme hin:

- Spannungen zwischen Ärzten und Pflegenden wurden zwar häufig thematisiert, waren aber mangels Anwesenheit der Ärzte nur begrenzt zu bearbeiten,
- auf Grund des Schichtdienstes konnten kaum alle Mitarbeiter einer Station zur gleichen Zeit an einer Veranstaltung (Supervision oder Fortbildung) teilnehmen.

Am Universitätsklinikum Heidelberg werden Stationsteamsupervisionen auf internistischen Stationen angeboten, deren ausdrückliches Ziel die psychosomatische Kompetenzerweiterung im Umgang mit Patienten ist (Werner & Hennch, 1998). Die Supervisionssitzungen finden regelmäßig wöchentlich, ohne Beschränkung der Sitzungsanzahl kontinuierlich, für jeweils eine Stunde nach der Mittagsübergabe statt. Die Anwesenheit ist für alle StationsmitarbeiterInnen (Pflegepersonal, ärztliches Personal, SozialarbeiterInnen, KrankengymnastInnen) verpflichtend. Die Themen der Supervision sind patienten- und/oder teamorientiert. Sie werden vom Supervisor auf einem strukturierten Dokumentationsbogen jeweils im Anschluß an die Sitzungen protokolliert. Angaben zur genauen Gewichtung der beiden Schwerpunktthemen Patient und Team fehlen. Die Autoren berichten jedoch, daß es innerhalb des Themas Teamorientierung um Interaktionen zwischen Pflegenden und Ärzten (in 69% der Sitzungen) oder um die Interaktion innerhalb des Pflgeteams gehe (54%). Auch die Zusammenarbeit mit dem Supervisor werde recht häufig thematisiert (41%). Die Kommunikation der Ärzte untereinander, sowie institutionelle Schwierigkeiten würden in etwa einem Drittel der Sitzungen angesprochen (je 32%).

In der Studie von Hartmann (1991) dokumentierten die Supervisoren die Themen der Sitzungen mit dem gleichen Bogen wie in der Heidelberger Untersuchung. Hartmann fand Unterschiede hinsichtlich der Gruppenthemen in Abhängigkeit der jeweiligen Gruppenzusammensetzung. Supervisionsgruppen, an denen ausschließlich Stationsleitungen teilnahmen, zeigten sich in ihrer Themenwahl fokussiert auf Interaktionen im Team (68%) und auf institutionelle und Schwierigkeiten mit Ärzten (24%). In den Stationsleitungsgruppen wurden Organisationsprobleme deutlich häufiger thematisiert als in den anderen Gruppen. Mit Ausnahme der Supervisionsgruppen, die auf onkologischen Stationen stattfanden, war die Thematisierung von Interaktionen mit Patienten in durchweg allen untersuchten Gruppen gering (ca. 15-20%). In den meisten Gruppensitzungen dominierten die Themen Zusammenarbeit im Pfllegeteam, Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und Arbeitsorganisation. Auf Stationen mit akut zuge-spitzten Teamproblemen spielten arbeitsorganisatorische Schwierigkeiten kaum eine Rolle in der Supervision.

Die besondere Bedeutung von Teamkonflikten als Anlass zur Anforderung einer Supervision und als deren inhaltlicher Schwerpunkt betont auch Degenhardt (1994) in einem Bericht über ihre Erfahrungen als Supervisorin im Allgemein-krankenhaus, ohne dabei konkrete Zahlen und Häufigkeiten zu nennen.

Widauer (1998) schildert den externen Supervisionsdienst am Landeskrankenhaus Salzburg: aus den von den Supervisorinnen und Supervisoren protokollierten Basisdaten geht hervor, daß „Teamthemen“ in den Sitzungen den größten Raum einnehmen (46% der gesamten Sitzungszeit). 25% der Zeit wurde auf „Ich-Themen“ verwandt, 15% auf „Sachthemen“ und 11% auf „institutionelle Themen“ (Widauer, 1998, S. 121).

In der genannten qualitativen Interviewstudie an drei Krankenpflegekräften einer psychotherapeutischen Station sind Inhalte der Supervision neben Teamkonflikten auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen, der Umgang mit Patientinnen und Patienten, sowie das berufliche Selbstverständnis der Pflegenden (Ehmer, 1998).

Insgesamt weisen die Ergebnisse zu Supervisionsthemen in Krankenhäusern in die gleiche Richtung. In Supervisionssitzungen geht es vorwiegend um berufsas-soziierte Belastungen und arbeitsbedingte Schwierigkeiten im Umgang mit Berufs-kollegen, Ärzten und Patienten und seltener auch um Fragen der Arbeitsor-ganisation.

## 2.4 Auswirkungen von Supervision im Krankenhaus

In der Literatur findet sich eine ganze Anzahl Beurteilungen von Supervisionsverläufen und -ergebnissen im Krankenhaus aus Sicht der Supervisorinnen und Supervisoren, wobei wenige dieser Studien quantitativ-empirisch ausgerichtet sind. Die Beurteilungen reichen von knappen, kasuistischen Mitteilungen bis hin zu ausführlichen theoretisch fundierten Fallvignetten (Degenhardt, 1994; Kühne, 1997; Mark-Stemberger, 1994; Rasky, 1997; Schreyögg, 1999; Weber, 1999a; Werner & Hennch, 1998; Weigand, 1994; Wittich, Hartmann & Murjahn, 1996; Wittich, 1999, 2000). Zum Teil referieren die Autoren mündliche Rückmeldungen ihrer Supervisanden. Verlauf und Ergebnis von Supervisionen in Krankenhäusern werden dabei in aller Regel positiv beurteilt.

Seltener finden sich Ansätze quantitativer Datenerhebung mittels strukturierter Beurteilungsbögen, die vom Supervisor ausgefüllt werden. Diese Studien kommen ebenfalls zu positiven Einschätzungen der Effekte von Supervision (Hartmann, 1991; Hartmann *et al.*, 1993; Werner & Hennch, 1996). In der Regel werden die Mitteilungen über das Supervisionsergebnis dabei eher allgemein formuliert. Werner und Hennch geben an, daß in 81% der Supervisionssitzungen „laut Einschätzung des Supervisors ein befriedigendes Sitzungsergebnis“ vorläge. Dabei zeige sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen Sitzungsergebnis und dem Maß der Akzeptanz des Supervisors durch das Team (Werner & Hennch, unveröffentlichter Abschlußbericht, S. 18).

Ergebniseinschätzungen seitens der Supervisoren lassen sich durch Befragungen der Supervisanden ergänzen. Einen Ansatz dazu machten Werner und Hennch in ihrem Pilotprojekt „Stationsteam-Supervision in der Inneren Medizin“ an der Heidelberger Universitätsklinik. Hintergrund für das Einrichten des dortigen Supervisionsangebots waren neben Fragen der Qualitätssicherung in der Krankenversorgung auch solche der Gesundheitsförderung und Arbeitsmotivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In Heidelberg wurden mögliche *Effekte der Supervision* im Rahmen des Pilotprojekts mit 60 Supervisionsteilnehmenden empirisch untersucht (Werner & Hennch, 1998). Die Teilnehmenden wurden vor Beginn der Supervision (n=60) und jeweils ein halbes und ein Jahr danach (n=34) nach der Einschätzung folgender Merkmale ihrer aktuellen Arbeitssituation befragt: Kommunikationsstil, Arbeitsklima, Kooperation, Transparenz, Gestaltungsfreiheit, Gratifikation, Patientenorientierung, Berufsperspektiven und Freizeit/Familie. Zwölf Monate nach Supervisionsende waren sie in all diesen Bereichen zufriedener als zu Beginn der Supervision. Die Autoren weisen dar-

auf hin, daß diese Verbesserung wegen zahlreicher anderer Einflußvariablen nicht unbedingt ein Effekt der Supervision sei. Außerdem war die Stichprobe bei der Nachbefragung nahezu halbiert, so daß eine Verallgemeinerung des Ergebnisses mit Unsicherheiten behaftet war. Die Teilnehmenden (24 Pflegende, 10 Ärzte) waren nicht nach ihren Einschätzungen einzelner Effekte der Supervision gefragt worden, sondern hatten eine Gesamtbeurteilung abgegeben (5-stufiges Item zwischen „Positiv“ und „Negativ“). Dabei lautete die „häufigste Antwort“ der Pflegenden „eher positiv“, die „häufigste Antwort der Ärzte“ „weder noch“ (unveröffentl. Abschlußbericht, S. 23, ohne diesbezügliche Zahlenangaben). Die „überwiegende Mehrzahl“ der ehemaligen Supervisionsteilnehmenden sprach sich für eine Fortsetzung des Supervisionsangebots aus (87% der 24 Pflegenden und 100% der 10 Ärzte). Auf die Diskrepanz zwischen der mäßigen Gesamtbeurteilung der Supervision durch Ärztinnen und Ärzte auf der einen und ihrem 100%igen Wunsch nach Fortsetzung des Angebots auf der anderen Seite gehen die Autoren nicht ein.

In einer weiteren Studie evaluierte die Heidelberger Arbeitsgruppe Stations-teamsupervision im Vergleich zu internen Qualitätszirkeln (Hennch *et al.*, 1999). Beide Methoden sollten im Hinblick auf die Spezifität und Stabilität ihrer Effekte untersucht werden. Als Instrumente wurde ein eigens entwickelter Bogen zur Dokumentation der Gemeinsamkeiten und der Spezifika von Supervisions- und Qualitätszirkelarbeit eingesetzt, sowie Mitarbeiterbefragungen zu Arbeitszufriedenheit, zum Interaktionsverhalten und zu arbeitsbezogenen Veränderungswünschen. Die Untersuchungsstichprobe umfaßte insgesamt sieben Stationen: je zwei Stationen, auf denen entweder Supervision oder Qualitätszirkel stattfanden und drei weitere Stationen, auf denen sowohl Qualitätszirkel als auch Supervision durchgeführt wurde. Darüber hinaus wurden kontinuierlich die Patientenzufriedenheit sowie institutionelle Daten erhoben. Der Untersuchungszeitraum betrug 22 Monate. Die Autoren ziehen folgendes Fazit aus dieser Studie:

- Die Stationsteamsupervision spricht deutlicher als der Qualitätszirkel alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams an.
- In der Supervision steht die psychosoziale Unterstützung des Patienten, bei Qualitätszirkeln die Therapie- und Pflegeplanung sowie die Organisation der Versorgung als Themen im Vordergrund.
- Die am häufigsten genannten Motive in der persönlichen Befragung der Mitarbeiter betrafen Veränderungswünsche in Bezug auf die Organisation und das Arbeitsklima.
- Die Arbeitszufriedenheit nahm im Untersuchungszeitraum parallel zu Einsparungs- und Umstrukturierungsmaßnahmen ab. Stationen mit Qualitätszirkeln ohne Supervision zeig-

ten eine signifikant höhere Arbeitszufriedenheit, Stationen mit Supervision und Qualitätszirkeln die niedrigste AZ. Auf Stationen mit Supervision ohne Qualitätszirkel blieb die Arbeitszufriedenheit stabil.

- Supervision und Qualitätszirkel haben keinen signifikanten Effekt auf die Patientenzufriedenheit.
- Die Erfahrungen sprechen gegen eine kombinierte Anwendung von Supervision und Qualitätszirkel in Zeiten von Einsparungen und tiefgreifenden Umstrukturierungsmaßnahmen. (Hennch *et al.*, 1999)

In dieser Studie wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer nicht nach ihrer eigenen Beurteilung der Supervisionsergebnisse gefragt.

Wie läßt sich verstehen, daß die vorhandene Datenlage insgesamt eher „supervisorlastig“ ist und die Teilnehmenden bisher kaum in größerem Umfang empirisch befragt wurden? Ein Grund dafür ist möglicherweise in strukturellen Gegebenheiten zu sehen: Supervisoren und Supervisorinnen arbeiten meist als externe Experten, die in einer definierten Problem- oder Krisensituation gezielt durch Führungskräfte eines Krankenhauses mit einer Supervision beauftragt werden. Dabei wird üblicherweise keine Prozess- oder Ergebnisevaluation gefordert und/oder gar finanziert. Ob die Supervision „geholfen hat“, schätzt letztlich der Auftraggeber selbst ein, wobei die Kriterien seiner Beurteilung nicht immer deutlich werden. Inwiefern die Intervention von den supervidierten Beschäftigten als hilfreich erlebt wurde, wird in der Regel als Rückblick oder Feedback in der letzten Sitzung im persönlichen Gespräch vom Supervisor erfragt (worauf die oben genannten Darstellungen von Fallvignetten beruhen). Gelegentlich teilt der Supervisor dieses Feedback summarisch dem Auftraggeber mit, so daß in dessen eigene Einschätzung des Supervisionsergebnisses die Beurteilungen der Supervisanden indirekt mit einfließen (Widauer, 1998).

Nach wie vor gibt es kaum gesicherte Erkenntnisse darüber, wie Teilnehmende selbst Supervision in Verlauf und Ergebnis einschätzen. Hier ist eine Lücke in der Supervisionsliteratur zu konstatieren, die die in Freiburg durchgeführten und in der vorliegenden Arbeit dargestellten Studien schliessen sollen.

## **2.5 Supervisionsforschung im internationalen Vergleich**

Sowohl beim Studium der englischsprachigen Literatur wie auch im direkten Austausch mit Kollegen auf internationalen Kongressen werden Schwierigkeiten der Verständigung über Supervision und Supervisionsforschung im Krankenhaus deutlich, die eine sorgfältige Klärung und Darlegung der Begriffe erfor-

dern. Im englischen Sprachraum hat der Begriff „supervision“ eine Bedeutung, die mehr mit der etymologischen Herkunft des Wortes („Übersicht, Überschauen, Überblick“) verbunden ist, wobei die amerikanischen und die angelsächsischen Begrifflichkeiten nicht ganz deckungsgleich sind (Teasdale, Brocklehurst & Thom, 2001). In den USA wird die Kontrolle und Inspektion einer pflegerischen Tätigkeit durch eine dienstvorgesetzte Pflegefachkraft als „supervision“ bezeichnet. Dabei fungiert diese Fachvorgesetzte als sachkundiger „supervisor“ und überprüft beispielsweise, inwieweit Verrichtungen am Patienten lege artis erledigt wurden. In Großbritannien dagegen wird unter „supervision“ ein Austausch zwischen (auch dienstlich gleichgestellten) Fachleuten einer Profession verstanden, mit dem Ziel die beruflichen Fähigkeiten der Beteiligten auszubauen. Dieser Sprachgebrauch ist dem deutschsprachigen Verständnis ähnlicher. So beschreibt etwa Proctor (1991) drei Funktionen der „clinical supervision“: eine formative, eine normative und eine restaurative. Demnach hat „clinical supervision“ formative Funktion, wenn sie in edukativem Sinne zur Entwicklung beruflicher Fähigkeiten beiträgt, normative Funktion, wenn sie zur Qualitätssicherung in der Arbeit dient und restaurative Funktion, wenn sie die Beschäftigten in Belastungssituationen hilfreich unterstützt. Speziell für den Bereich der Pflege allerdings konstatieren Williamson & Dodds (1999): „Clinical supervision in nursing practice is traditionally seen as an educational and monitoring function rather than as a means of staff support“. (1999, S. 341)

Angloamerikanische Begriffe, die den Begriffen „Supervisor“ und „Supervision“ im deutschen Sprachraum am ehesten entsprechen, sind: „work consultant“, „occupational health worker“, „work counselling“, „clinical facilitation“, „mediation-based conflict resolution“, „alternative dispute resolution systems“ (vgl. Marcus, 1999). Ein tatsächlich aussagekräftiger Vergleich von Supervision im Krankenhaus zwischen dem deutschen und angloamerikanischen Sprachraum könnte nur vor dem Hintergrund einer Analyse der international grundlegend unterschiedlichen Systeme der Organisation und Finanzierung des Gesundheitswesens gelingen (vgl. Rothfuß, 1997; Lüschen, 1989). Eine solche vergleichende Analyse steht noch aus. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich aus diesem Grunde bewußt und ausdrücklich auf den deutschsprachigen Raum.

Da ein wesentliches Zielkriterium von Supervision im Krankenhaus die Bewältigung arbeitsbezogener Belastungen ist, stellt das folgende Kapitel den For-

schungsstand zu Anforderungen und psychischen Belastungen in der Krankenpflege dar.

### 3 Anforderungen und psychische Belastungen in der Pflege

Pflegeberufe im Krankenhaus sind gekennzeichnet durch typische Mehrfachbelastungen: Wirbelsäulenbelastungen, Schadstoffexpositionen, Nacht- und Schichtdienste, hohe Ansprüche an Konzentration und Genauigkeit, sowie Infektions- und Verletzungsrisiken gehen dabei mit spezifischen psychischen Belastungen einher (Oppholzer, 1995). Unter psychischen Belastungen wird die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse verstanden, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn einwirken (Definition nach DIN EN ISO 10075-1). Mit allen zentralen Bereichen der Pflegetätigkeit sind demnach auch psychische Belastungen verbunden: mit der Patientenversorgung als eigentlicher Arbeitsaufgabe, mit den sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz, aber auch mit Faktoren der Umgebungsbedingungen und der Arbeitsorganisation (Zimber, 1999). Inwiefern sich Pflegende in Folge dieser Belastungen *beansprucht* fühlen, ist dabei interindividuell unterschiedlich. Psychische Beanspruchung ist die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien (Definition nach DIN EN ISO 10075-1).

Im wissenschaftlichen Sprachgebrauch werden mit dem Begriff *Belastungen* (Anforderungs-)merkmale der *Situation*, mit *Beanspruchung* (Reaktions-)merkmale der *Person* bezeichnet. Belastungen sind objektive, von außen einwirkende Faktoren (z.B. der Arbeit), die zu einer Beanspruchung führen. Ob es zu einer *Fehlbeanspruchung* kommt, entscheiden die zur Verfügung stehenden Ressourcen: körperliche, psychische und soziale Potentiale im Umgang mit den Belastungen (Genz, 1999).

Im Folgenden werden wesentliche berufsspezifische Belastungen in der Pflege, Determinanten des Belastungserlebens und schließlich mögliche Folgen unverarbeiteter Belastungen von Pflegenden dargestellt.

#### 3.1 Art der Belastungen

Zur Wahrnehmung und zu subjektiv erlebten Veränderungen beruflicher Belastungen bei Pflegenden führten Galuschka, Hahl, Neander und Osterloh (1993) eine qualitative Studie durch. 18 Krankenschwestern wurden in teilstrukturierten Interviews befragt und im Hinblick auf das Belastungserleben in ihrer drei- bis siebenjährigen Berufserfahrung zur retrospektiven Introspektion aufgefordert.

Die wesentlichen Belastungsschwerpunkte waren: *Beziehung zu den Patienten und Angehörigen*, *Interaktionsstrukturen* (Zusammenarbeit mit Ärzten sowie Arbeitsklima im Team), *Arbeitsorganisation* sowie das berufliche *Selbstverständnis* der Pflegenden. Der Umgang mit schwer kranken Patienten und Patientinnen, die enge Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen im Krankenhaus, insbesondere mit Ärztinnen und Ärzten, die Kooperation innerhalb des Pflegeteams, Anforderungen des Arbeitsumfangs und der Arbeitsorganisation und schließlich Fragen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses werden von vielen Autoren als wesentliche psychosoziale Belastungen im Pflegeberuf genannt (z.B. Herschbach, 1991a; Prager, 1996; Clegg, 2001). Im Folgenden werden Studien zu den verschiedenen Belastungsbereichen aufgeführt.

### **3.1.1 Umgang mit Patienten und Angehörigen**

Zu den Quellen psychischer Belastungen in der Arbeit mit Patienten gehören deren Krankheitsverläufe, nicht vorhergesehene Krankheitsentwicklungen, der Umgang mit Schmerzen, die Konfrontation mit Leid, Unheilbarkeit und Sterben. Das Pflegepersonal hat, über die körperliche Grund- und Behandlungspflege hinaus, die Aufgabe, die Kranken bei der Wiederherstellung des seelischen Gleichgewichts zu unterstützen, sie gegebenenfalls im Prozeß des Sterbens zu begleiten. Die Anforderungen dieser „emotionalen Arbeit“ sind in der Krankenpflege besonders hoch (Kristensen, 1997). Das Miterleben langer Krankheitsprozesse, die als unangemessen wahrgenommene Lebensverlängerung bei Sterbenden, mangelnde Unterstützung durch die Angehörigen, weinende, unter therapeutischen Maßnahmen leidende Patienten, unrealistische Heilungserwartungen sowie schließlich der Tod eines oder mehrerer Patienten gleichzeitig stellen häufig starke Belastungsfaktoren für Pflegende dar (Oppholzer, 1995). Diese Situation kommt insbesondere auf Intensivstationen gehäuft vor (Friesacher, 1993a,b) und ist nicht selten mit ethischen und moralischen Gewissenskonflikten verknüpft.

In einer repräsentativen Befragungsstudie, in der 1.017 examinierte Pflegekräfte von Allgemeinstationen in Akutkrankenhäusern die Belastungen ihres Berufs beschrieben, fühlten sich 35% durch Tod und unheilbare Krankheiten der Patienten belastet (DAK-BGW, 2000, S. 13). Nicht selten führt dies dazu, daß die Pflegenden zuhause nicht „abschalten“ können und sich kaum von den Problemen ihrer Patienten abzugrenzen vermögen (Galuschka, Hahl, Neander & Osterloh, 1993).

Die Kontaktdichte zwischen Patienten/Patientinnen und Pflegenden ist in der Regel wesentlich größer als die zwischen Patienten/Patientinnen und Ärzten/Ärztinnen (Schmeling-Kludas, 1993). Bei der ärztlichen Tätigkeit steht das naturwissenschaftliche Erkenntnisideal mit dem Ziel der Beherrschung körperlicher Prozesse in der Regel im Mittelpunkt, was häufig zur Folge hat, daß nicht auf den erkrankten Menschen in seiner psychophysischen Ganzheit, sondern auf Art und Verlauf seiner körperlichen Schädigung besonderes Augenmerk gerichtet wird (Kühne, 1997). Pflegende sind im Stationsalltag als Dolmetscher zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin gefragt und darüber hinaus dafür zuständig, den Patientinnen und Patienten die Klinikvorschriften zu vermitteln, für die Einhaltung der Stationsregeln und einen möglichst reibungslosen Stationsablauf zu sorgen (Kühne, 1997). All diese unterschiedlichen Aufgaben im Umgang mit Patienten setzen Kompetenzen in der Gesprächsführung voraus, bzw. sind für die Pflegenden nicht selten mit entsprechenden Unsicherheiten verknüpft (Galuschka, Hahl, Neander & Osterloh, 1993).

### **3.1.2 Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten**

Soziale Belastungen sind im Krankenhausalltag auch durch die erheblichen Anforderungen gegeben, die die notwendigerweise enge interdisziplinäre Kooperation mit anderen Berufsgruppen mit sich bringt. Grossmann (1997) konstatiert eine „defensive Kooperation“ der Berufsgruppen im Krankenhaus, deren „Verhältnis zueinander von Abgrenzung und gegenseitiger Abhängigkeit, aber auch von Abwertung bestimmt“ sei. (S.169). Kommunikationsstörungen zwischen ärztlichem und Pflegepersonal führt Kühne (1997) auf grundsätzliche Unterschiede in Fühlen, Denken und Handeln der Angehörigen dieser verschiedenen Berufsgruppen zurück:

„Krankheitsvorstellungen und Behandlungskonzepte werden aus ärztlicher und pflegerischer Sicht unterschiedlich wahrgenommen, so daß auch hier ein nicht unerhebliches Konfliktpotential besteht“ (Kühne, 1997, S.174).

Büssing, Barkhausen und Griffiths (1998) betonen dagegen, daß Kommunikationsstörungen zwischen Pflegenden und Ärzten weniger in der patientennahen „Durchführungskooperation“ als vielmehr in der „Planungskooperation“ und im sozialen Miteinander auftreten. Über Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten berichteten im Krankenpflegerreport 2000 von 1.017 befragten Pflegenden 24% der in der Normalpflege Beschäftigten, 19% der in den Funktionsdiensten und 17% der in der Intensivpflege Tätigen (DAK-BGW, 2000). Auf Intensivstationen wird die Frage nach den Grenzen der Intensivmedizin als einer der

Hauptkonflikte in der Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden beschrieben (Friesacher, 1993a,b). Die Verantwortung für die Entscheidung über Art und Umfang der intensivtherapeutischen Maßnahmen tragen die behandelnden Ärzte, die jeweilige Entscheidung muß jedoch auch immer von den Pflegenden mit umgesetzt und getragen werden.

Die Kommunikation zwischen den Berufsgruppen wird laut Koch, Kwaski und Lecher (2000) durch eine unklare Rollendefinition der Pflegenden im Vergleich zur eindeutigen Rollendefinition der Ärzte erschwert, sowie durch Unterschiede in der sprachlichen Kompetenz und im Bildungsstand. Büssing (1992) weist auf die Bedeutung von Problemen der Kooperation, sowie auf die Bedeutung mangelnder Transparenz von Abläufen und mangelndem Feedback von Vorgesetzten und Kollegen hin. Scholz (1999) zählt einige „Mechanismen“ auf, in denen sich Kommunikationsprobleme zwischen ärztlichem und Pflegepersonal äußern können:

- Arroganz, Desinteresse an gegenseitigen Problemen
- Kompetenzstreitigkeiten, Zuständigkeitsdiskussionen
- Ungeklärte Fragen der Verantwortung und Haftung
- Grundsätzliche Unterdrückung
- Berufsgruppenrivalitäten, Machtfragen
- Verlust der gemeinsamen Arbeitseinstellung und Berufsphilosophie
- Auseinanderentwicklung der Berufe, z.B. eine Rivalität der ärztlichen Vorgangsweise versus Pflegelogik (Scholz, 1999, S.123)

Scholz führt diese von ihm wahrgenommenen Konflikte zwischen den Berufsgruppen auf „Unsicherheiten (zurück), die durch aktuelle Veränderungen der Berufsbilder während der letzten Jahrzehnte entstanden sind“ (S. 123). Die zunehmende Eigenständigkeit und Professionalisierung der Pflege bedrohe die „gemeinsame Identität von ärztlichen und pflegerischen Berufsgruppen“. Müller (2000) dagegen nimmt keine solche gemeinsame Identität an. Sie konstatiert, daß Ärzte die fachliche Kompetenz und Eigenständigkeit der Pflege vielfach in Frage stellten und sieht eine Neuverteilung der Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten zwischen den Berufsgruppen als notwendige Voraussetzung für die multiprofessionelle und teamorientierte Kooperation im Krankenhaus.

### **3.1.3 Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams**

Spannungen innerhalb des Pflgeteams werden in der Literatur oft beschrieben: zwischen 40% und 70% der in unterschiedlichen Studien befragten Pflegekräfte geben an, daß auf ihrer Station gelegentlich oder oft Teamprobleme auftreten

und diese die Arbeit erschweren (Weyermann, 1990; Widmer, Heim & Augustiny, 1990). Das *Arbeitsklima* auf Station ist dabei von zentralem Stellenwert bei der Beurteilung der eigenen Arbeitssituation. Eine repräsentative Befragung von im stationären Rahmen tätigem Pflegepersonal über die Wahrnehmung ihrer Arbeitssituation ergab, daß das *Arbeitsklima* als deren wichtigster Aspekt noch vor den *Arbeitsinhalten* rangiert und daß Belastungen durch Spannungen im Team und Wechsel von Personal als besonders beanspruchend empfunden werden (Orendi, Weyermann & Guentert, 1988). Entsprechend wird das *Arbeitsklima* als Ursache für einen Arbeitsplatzwechsel am häufigsten genannt (Pröll, 1984, zit. n. Dahmen-Fischer, 1992, S. 27).

Tintori & Tryn-Behar (1999) kommen in ihrer Studie über die Kommunikation von Stationsteams in französischen Krankenhäusern zu dem Schluß, daß der Bedarf an Informationsaustausch umso größer ist, je mehr Personen miteinander arbeiten. Mit zunehmender Teamgröße werden interpersonelle Konflikte, Mißverständnisse in der Kommunikation, Rollenkonflikte, Koordinationsschwierigkeiten, sowie Konflikte hinsichtlich der Behandlung und Versorgung der Patientinnen und Patienten wahrscheinlicher. Berufliche Belastungen von Pflegenden stehen möglicherweise in positivem Zusammenhang mit der bloßen Anzahl der Krankenschwestern und -pfleger (und der kooperierenden Ärztinnen und Ärzte) in einem Team: je mehr Menschen zusammen arbeiten, desto mehr Reibungsflächen und Konfliktpotentiale können entstehen (Kristensen, 1999).

Bei Konflikten innerhalb des Teams unterscheidet Rasky (1997) organisationsbedingte von personenbezogenen Ursachen. Als potentiell konflikthaft auf Organisationsseite sieht sie beispielsweise den Aufbau der Organisation, den Ablauf einzelner Prozesse, sowie mangelhafte Strukturen zur Unterstützung des Personals; unter personenbezogenen Konfliktursachen versteht sie Autoritäts-, Generations- und Geschlechterkonflikte, sowie Ängste, etwa Veränderungs-, Versagens- und Existenzangst.

### **3.1.4 Arbeitsumfang und Arbeitsorganisation**

Krankenhausarbeit ist sehr organisationsintensiv und steht ständig unter Zeitdruck (Grossmann, 1997). Arbeitsorganisatorische Belastungen sind beispielsweise durch die insbesondere tagsüber unterschiedlichen Phasen hoher und niedriger Arbeitsdichte gegeben, aber auch durch unzureichende oder beengte Räumlichkeiten, die ungestörte Besprechungen, Dokumentationen relevanter Informationen und Telefonate häufig kaum zulassen. Hinzu kommen die für die

Pflege typischen ständigen Unterbrechungen im Arbeitsablauf durch Bedürfnisse und Begehrlichkeiten von Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzten und Besuchern (Hacker, 1997). Auch das Arbeitstempo und die unzureichende Personalbesetzung werden im Krankenpflegebereich als besonders belastend wahrgenommen (Friesacher, 1993b; Oppholzer, 1995). Herschbach (1991) zeigte in seiner Studie zu den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus, daß nahezu 90% der Pflegenden Zeitdruck, Zeitmangel und Personalmangel zu den stärksten Belastungen ihres Berufs zählen. Die Studie der DAK und BGW hat dies in jüngerer Zeit repliziert: Im Jahre 2000 klagten 88% der 1.017 befragten Pflegenden darüber, bei der Arbeit unter Zeitdruck zu stehen, 65% berichteten, sehr oft oder oft eine begonnene Arbeit unterbrechen zu müssen. Als weitere organisationsbedingte Belastungen werden „mangelhafte Informationen“ (16% oft/sehr oft), unklare Zuständigkeiten (23%) und Überforderung (10%) angegeben (Krankenpflegerreport, DAK-BGW, 2000, S.13).

### **3.1.5 Selbstverständnis der Pflegenden**

Nach Abschluß der Krankenpflegeausbildung kommen Pflegende als sogenannte „Examierte“ von einem Tag auf den anderen in eine verantwortliche Position: sie werden alleine im Nachtdienst eingesetzt, sind Ansprechpartner für Ärzte und Angehörige der Patienten und sollen teilweise nun selbst Schüler mit beaufsichtigen. Dieser abrupte Rollenwechsel ist bei vielen mit großen Unsicherheiten verknüpft (Galuschka, Hahl, Neander & Osterloh, 1993).

Gesellschaftliche Leitbilder des Krankenpflegeberufs prägen das Selbstverständnis und die individuellen Zielsetzungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern mit. In jüngster Zeit wurde untersucht, welche spezifischen Belastungen daraus resultieren (Rieder, 1999, 2000). In einer qualitativen Befragungsstudie an sechs Pflegenden zeigte Rieder, daß deren ethisch hochstehenden individuellen und handlungsleitenden Zielsetzungen (z.B. Patientenorientierung) häufig im Widerspruch stehen zu real gegebenen Arbeitsbedingungen im Krankenhausalltag, wie beispielsweise der Zeitknappheit. Um ihre individuellen Ziele trotz ungünstiger Arbeitsbedingungen umsetzen zu können, leisteten Pflegende individuelle Mehrarbeit, verzichteten etwa auf Pausen oder machten unbezahlte Überstunden. Die "Mehrarbeit zur Umsetzung individueller Zielsetzungen", mit der eine patientenorientierte Pflege durch Selbstverzicht auf Seiten der Krankenpflegekräfte erkaufte würde, versteht Rieder als eine spezifische berufliche Belastung des Pflegeberufs (2000, S.143). Die Besonderheit dieser Belas-

tung sei, daß sie "nicht als zwingendes Resultat bestimmter Arbeitsbedingungen, sondern als individuelle Wahl" erscheine, die angesichts ungünstiger Arbeitsbedingungen und auf dem Hintergrund entsprechender gesellschaftlicher Leitbilder jedoch verstehbar ist (Rieder, 1999, S. 199).

### **Zusammenfassung**

Einen umfassenden Überblick über die internationale Literatur zum Thema Belastungssituationen im Krankenpflegeberuf gab Herschbach (1991a). Die Ergebnisse der oben erwähnten Autoren finden darin Bestätigung. Trotz der methodischen Vielfalt der beschriebenen Studien zeichnet sich eine Konvergenz ab, wonach vor allem die folgenden vier Aspekte der Arbeit in der Krankenpflege als psychisch belastend erlebt werden:

- Arbeitsumfang und -verteilung, häufige Unterbrechungen im Arbeitsablauf
- Verhältnis zu Ärzten, unklare Zuständigkeiten, unangemessene Kommunikation
- Konflikte mit Krankenpflegekollegen
- Umgang mit schwerkranken und sterbenden Patienten (Herschbach, 1991a, S. 31).

Badura (1994) faßte die Forschungsergebnisse zu Arbeitsbelastungen im Krankenhaus wie folgt zusammen:

- Arbeit im Akutkrankenhaus bedeutet andauernden Umgang mit Ungewissheit über die Natur pathogener Vorgänge und mit Unsicherheit über den Erfolg der ergriffenen Maßnahmen sowie eine ständige Konfrontation mit Fehlschlägen und Kontrollverlust. Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl der Beschäftigten werden dadurch auf eine harte Probe gestellt. Durch die Verkürzung der Verweildauer werden die Patientenkontakte gleichfalls immer kürzer und der Erfolg des eigenen Handelns in Form von Rückmeldung durch die Patienten immer seltener sichtbar.
- Eine zweite Ursache der Überforderung ist der in unvorhergesehenen Notfällen, in Personalknappheit und in organisatorischen Mängeln begründete Zeitdruck, der sich insbesondere in Verbindung mit Unsicherheit und Ungewissheit von Diagnose, Prognose und Wirksamkeit der gewählten Intervention in Verbindung mit Übermüdung, bedingt durch häufige Überstunden, durch Nacht- und Schichtarbeit belastend auswirkt.
- Eine dritte Ursache chronischer Überforderung ist der permanente Kontakt mit Menschen in existentiellen Extremsituationen, d.h. mit Menschen, die selbst physisch und seelisch stark belastet sind und daher auch die emotionale Kompetenz der Beschäftigten auf eine harte Probe stellen.
- Ein vierter immer wieder genannter Stressor sind die häufig konflikthafter Beziehungen zu Arbeitskollegen oder zu Angehörigen anderer Berufsgruppen, gelegentlich auch als Mängel im Arbeitsklima apostrophiert.
- Eine fünfte Streßquelle bilden die chronischen Arbeitsunterbrechungen, die zu selten gegebenen Möglichkeiten, einzelnen Arbeitsschritte auch tatsächlich ungestört durchführen zu können. (Badura, 1994, S.228, zit. nach Borsi, 1997, S. 126)

Unter den vielfältigen Belastungen, die mit dem Krankenpflegeberuf einhergehen, leiden allerdings nicht alle Pflegenden gleichermaßen. Auf die Determinanten des unterschiedlichen Erlebens von Arbeitsbelastungen wird im Folgenden eingegangen.

### **3.2 Determinanten des Belastungserlebens bei Pflegenden**

Merkmale der Arbeit selbst, Merkmale des arbeitstätigen Individuums und nicht zuletzt institutionelle und soziale Gegebenheiten beeinflussen das Belastungserleben Pflegender.

#### **Arbeitsbezogene Determinanten**

Bei der Arbeit selbst werden übergeordnete von spezifischen Merkmalen unterschieden. Übergeordnete Merkmale der Arbeit, die zur Vermeidung von Streßreaktionen und Unzufriedenheit Pflegender beitragen können, sind Aufgabenvielfalt und Entscheidungsspielraum. Besteht die Möglichkeit, einerseits das eigene Fachwissen und berufliche Können umfassend anzuwenden und andererseits die Arbeit eigenverantwortlich zu planen und durchzuführen, sind Pflegende eher in der Lage die Anforderungen ihres Berufs konstruktiv zu bewältigen (DAK-BGW, 2000, S.93). Darüber hinaus treten in bestimmten Arbeitsbereichen der Pflege spezifische Belastungen gehäuft oder schwerpunktmäßig auf. Diese objektiven Merkmale der Arbeit spielen ebenfalls eine Rolle für Unterschiede im Belastungserleben. Dazu gehören beispielsweise in der Altenpflege Gebrechlichkeit, Demenz und Siechtum von Patienten (Zimber, 1999), in der ambulanten Pflege Belastungen durch die häufig damit verbundene Fahrtätigkeit und die nicht immer nach ergonomischen Gesichtspunkten gestalteten Arbeitsplätze in Wohnungen der Patienten (Löser, 1998; Büssing et al., 2000), in der stationären Psychiatrie die Konfrontation mit Aggressivität und Gewalt (Lukesch & Bauer, 1991) und in der Arbeit mit onkologischen Patienten der Umgang mit Schmerzen und Sterben auch jüngerer Menschen (Muthny, 1998).

Insgesamt allerdings bedingen objektive Belastungen durch Arbeits- und Organisationsmerkmale die Beanspruchungsreaktionen von Pflegenden nur zum Teil (Hacker & Reinhold, 1998). Daneben tragen verschiedene individuelle und institutionelle Determinanten mit zum Belastungserleben Pflegender bei. Auf sie wird im Folgenden näher eingegangen.

## Individuelle Determinanten

Den objektivierbaren Arbeitsbelastungen steht grundsätzlich eine interindividuell unterschiedliche Belastbarkeit gegenüber. Dasselbe Ausmaß an Belastungen kann bei verschiedenen Menschen zu durchaus unterschiedlichem Erleben von Beanspruchung führen. Die DAK-BGW-Studie zu Arbeitsbelastungen in der Pflege merkt dazu an:

„Dem arbeitswissenschaftlichen Konzept von Belastung, individuellen Voraussetzungen und Beanspruchung vergleichbar ist das gesundheitswissenschaftliche Modell von Belastungen, Ressourcen und resultierendem Stress: die Umwelt zwingt die Menschen ständig zu mehr oder weniger schwierigen Anpassungsleistungen. Dabei fallen immer wieder individuelle Unterschiede ins Auge: die gleiche Aufgabe wird von einer Person leicht gelöst, wogegen sie bei einer anderen Aufregung, Angst oder gar Verzweiflung auslöst. Der Unterschied zwischen beiden Personen läßt sich bei gleicher Aufgabenstellung nicht an der Belastung festmachen. Ausschlaggebend sind Unterschiede in den Bewältigungsmöglichkeiten - den Ressourcen – die beiden zur Verfügung stehen“. (DAK-BGW, 2000, S. 21)

Zu den individuellen Ressourcen gehören der Gesundheitszustand und Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Optimismus, Selbstwert) aber auch bestimmte soziale Fähigkeiten. In der Pflege lassen sich dazu eine Reihe von *Schlüsselqualifikationen* nennen, die neben einem fundierten Fachwissen dazu beitragen, das Erleben von Streß im Berufsalltag zu vermeiden oder zu vermindern. Es handelt sich dabei um Fähigkeiten und Einstellungen, die zwar für die Berufsausübung erforderlich sind, die jedoch nicht auf ein bestimmtes pflegerisches Fachgebiet begrenzt sind. Die Bestimmungen für die Diplomausbildungen in Gesundheits- und Krankenpflege des Schweizerischen Roten Kreuz führen wesentliche Schlüsselqualifikationen auf (zit. n. Schwarz-Govaers, 1997, S.162):

- Pflegesituationen im Gesamten und in ihren Elementen wahrzunehmen und zu beurteilen
- Ressourcen bei sich und anderen wahrzunehmen und zu entwickeln
- Grenzen zu akzeptieren und geeignete Hilfe zu beanspruchen bzw. anzubieten
- Veränderungen einer Situation zu erkennen, sowie mittel- und langfristige Entwicklungen vorauszusehen
- Prioritäten zu setzen, Entscheidungen zu treffen und Initiative zu ergreifen
- sich situationsgerecht, verständlich und differenziert auszudrücken
- die Wirkung des eigenen Handelns zu beurteilen und daraus zu lernen
- ethische Grundhaltungen zu entwickeln und sie in einer konkreten Situation zu vertreten
- aus einer Grundhaltung der Wertschätzung heraus mit anderen zusammen zu arbeiten
- im Wechselspiel zwischen Anteilnahme, Engagement und Distanz Beziehungen aufzunehmen, zu erhalten und abzulösen
- Konflikte anzugehen, zu lösen oder auszuhalten
- für Veränderungen und Neuerungen offen zu sein

Diese Schlüsselqualifikationen sind für eine angemessene Ausübung des Pflegeberufs unerlässlich. Im Rahmen der Krankenpflegeausbildung werden sie jedoch häufig nicht hinreichend vermittelt und trainiert. Dies trägt dazu bei, daß in der Pflege „bemerkenswerte Diskrepanzen zwischen den Sollwerten aus Stellenbeschreibungen, Lehrplänen und Anordnungen einerseits und der konkreten Ausgestaltung der Tätigkeit im Alltag andererseits“ bemängelt werden (Büssing, 1993, S.118). Die Autorinnen einer Studie zu Kommunikation zwischen Pflegenden und Patienten innerhalb des Qualitätsmanagements im Kantonsspital Basel, fanden kommunikative Defizite bei Pflegenden in Bezug auf den Austausch von Informationen und ihren Umgang mit emotionalen Problemen von Patienten (Weber & Kirsch, 2000, S. 116). Auch sie folgern, daß „Pflegende in Bezug auf diese Anforderungen für den Klinikalltag wenig vorbereitet“ sind und nehmen an, daß entsprechende ausbildungs- und berufsbegleitende Qualifizierungsmaßnahmen die Entwicklung individueller Kompetenzen zur Bewältigung dieser Anforderungen im Pflegealltag begünstigen könnten (Weber & Kirsch, 2000, S. 118).

Kontrovers sind die empirischen Befunde zum Einfluß individueller Faktoren wie Alter und Berufserfahrung auf das Belastungserleben von Pflegenden. So fand Herschbach, daß jüngeres Pflegepersonal und/oder Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit weniger Berufserfahrung stärker unter den Belastungen leiden, die durch die Versorgung schwer kranker und sterbender Patienten gegeben sind, als ältere Beschäftigte und/oder solche mit mehr Berufserfahrung (Herschbach, 1991, S. 88). Die Befunde der DAK-BGW-Studie deuten in gegensätzliche Richtung: Pflegende mit längere Berufserfahrung leiden ihr zufolge mehr unter den Belastungen, die durch schwer kranke und sterbende Patienten induziert werden als jüngere Beschäftigte (DAK-BGW, 2000, S.13).

Neben arbeitsbezogenen und individuellen Determinanten können auch institutionelle und soziale Aspekte einen Einfluss darauf nehmen, wie Pflegende die Belastungen ihres Berufs erleben.

### **Institutionelle und soziale Determinanten**

Neben den oben angesprochenen objektiven Tätigkeitsmerkmalen spielen für das Belastungserleben auch übergeordnete institutionelle Faktoren eine Rolle. Solche Faktoren sind beispielsweise Bezahlung, Laufbahnchancen, Mitsprache- bzw. Einflußmöglichkeiten bei der Arbeit, Maßnahmen der institutionellen Un-

terstützung sowie nicht zuletzt die Kommunikation der Mitarbeiter untereinander. Nach Hacker & Reinhold (1998) richten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Bezug auf all diese Aspekte stets Erwartungen an ihre Arbeitgeber. Ist die Bilanz zwischen dem eigenen Arbeitseinsatz und diesen Faktoren ausgeglichen, werden arbeitsassoziierte Belastungen eher toleriert, beziehungsweise weniger Belastungen wahrgenommen – es besteht eine „positive organisationale Bilanz“<sup>3</sup>. Zur „negativen organisationalen Bilanz“ kommt es, wenn der aufopfernden Arbeit für eine Organisation eine als unzureichend erlebte Unterstützung, geringe Bezahlung, wenig Laufbahnchancen und mangelnde Möglichkeiten der Einflußnahme gegenüberstehen. Gerade in der Pflege kann noch eine weitere Art der Bilanzierung für das Belastungserleben eine Rolle spielen: die „negative *interpersonale* Bilanz“. Dabei steht dem Geben von Hilfe und Fürsorge an den Patienten kein "fairer Rückfluß an Zuwendung" gegenüber (Hacker & Reinhold, 1998, S.8). Die Erwartungen in Zusammenhang mit organisationaler und interpersonaler Bilanz beeinflussen einander: geringere Erwartungen an Patientenzuwendungen (z.B. bei geistig Schwerstbehinderten) erhöhen die Erwartungen an die Organisation und umgekehrt.

Gegen die Konzeptualisierung der interpersonalen Bilanz in der Pflege wurden Einwände erhoben, die sich auf die Analogie menschlicher Zuwendung und ökonomischer Beziehungen richten: Rieder (1999, S.78) führt aus, daß manche Helfer "gerade den Wunsch (hätten), sich in der Sorge für Andere zu verausgaben, im Verhältnis zu Klienten also ein Ungleichgewicht herzustellen". Einen solchen Wunsch nach Selbstaufopferung berücksichtigt die Bilanzierungstheorie von Hacker und Reinhold nicht.

Hinsichtlich der Thesen zur *organisationalen* Bilanz belegt die DAK-BGW-Befragung von 1.017 Pflegenden, daß soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und durch Kolleginnen und Kollegen als ein „Puffer gegen die Auswirkungen von arbeitsbedingtem Streß“ angesehen wird und wirkt (DAK-BGW, 2000, S.

---

<sup>3</sup> In diesem Zusammenhang wurde kritisch darauf hingewiesen (Cox et al. 2000), daß Mitarbeiter beispielsweise Streß Management Programme, die ihre Firma ihnen anbietet, allein schon deshalb als wirkungsvoll beurteilen könnten, weil sie sie als Zeichen ihrer Wertschätzung und Unterstützung seitens des Unternehmens sehen. Diese positive Beurteilung sei dann ein nichtspezifischer Effekt und zunächst unabhängig vom tatsächlichen Nutzen der Intervention.

77). Das Thema Streß am Arbeitsplatz und dessen Prävention respektive Bewältigung greift Kapitel 4 eingehend auf.

Zuvor wird im Folgenden wird der Frage nachgegangen, wie sich Beanspruchungen aufgrund unverarbeiteter Belastungen bei Pflegenden äussern.

### **3.3 Folgen unverarbeiteter psychischer Belastungen in der Pflege**

Werden die arbeitsassoziierten Belastungen in der Pflege nicht hinreichend bewältigt, haben sie regelhaft Beanspruchungen zur Folge. Diese können sich einerseits auf individueller Ebene zum anderen auf Teamebene zeigen und sind häufig sowohl arbeitspsychologisch und -medizinisch, wie auch ökonomisch bedeutsam (Herschbach, 1991a; Hofmann, 1997). Auf *individueller Ebene* werden folgende Indikatoren einer mangelnden Verarbeitung von Belastungen beschrieben:

- Distanzierungsbedürfnisse gegenüber Patienten und Problemen,
- verminderte Motivation und geringeres Engagement,
- Selbstzweifel und Kompetenzprobleme,
- Gefühle der Ohnmacht, Hilflosigkeit und Resignation,
- gestörtes emotionales Gleichgewicht,
- Nervosität und Depressivität,
- psychosomatische Beschwerden (Muthny, 1993).

Letztlich sinken Arbeitsmotivation, Leistungsfreude und Leistungsfähigkeit, es wird „Dienst nach Vorschrift“ gemacht, während innerlich möglichst „abgeschaltet“ wird. In der DAK-BGW-Studie klagten mehr als die Hälfte der Pflegenden über ständige Müdigkeit, Erschöpfung und das Bedürfnis, früh schlafen zu gehen und immerhin ein Drittel darüber, nach der Arbeit häufig nicht abschalten zu können (DAK-BGW, 2000). Diese Symptome werden von den Autoren als mittelfristige Streßreaktionen und als Vorläufer für längerfristige psychosomatische Beschwerden verstanden.

Bereits 1974 prägte der Psychoanalytiker Freudenberg den Begriff "Burnout", womit ein Zustand schwerwiegender physischer und psychischer, kognitiver und emotionaler Erschöpfung in Tätigkeiten des Humandienstleistungsbereichs bezeichnet wird. Freudenberg zufolge tritt Burnout vor allem bei jenen Tätigkeiten auf, die ein langzeitiges Engagieren für andere Menschen in emotional belastenden Situationen erfordern. Das Burnouterleben oder „Ausbrennen“ bei der be-

rufsbedingten Interaktion mit anderen Menschen ist mit schwerwiegenden Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit verbunden und wurde inzwischen eingehend beforscht (Muthny, 1993; Mark-Stemberger, 1994; Gusy, 1995; Hacker, Merboth, Walther & Böger, 1997). Gusy (1995) unterscheidet fünf Klassen von Burnout-Symptomen: psychische, physische, verhaltensbezogene, soziale und einstellungsbezogene Symptome. Die Ausprägung des Burnout gilt als Gradmesser für die langfristigen Folgen beruflicher Beanspruchung (Hacker, Merboth, Walther & Böger, 1997).

Beschreibungen der Entwicklung von Burnout finden sich in zahlreichen Untersuchungen über Arbeitssituation und –zufriedenheit von Pflegenden (u.a. Burisch, 1994; Oppholzer, 1995).

„Krankenschwestern und Ärzte gehen vielfach mit hoher Motivation und inhaltlicher Identifikation an ihren Beruf heran und versuchen ihre Wertvorstellungen auch durch hohen Einsatz bis hin zur völligen physischen und psychischen Verausgabung zu realisieren. Wenn ihnen das aber trotz Überanstrengung und Überstunden versagt bleibt und sie diese Erfahrungen nicht durch Unterstützung aus ihrem sozialen Umfeld bewältigen können, wenn sie die Ursachen für ihren begrenzten Erfolg oder empfundenen Mißerfolg nicht in strukturellen Merkmalen der Arbeitssituation suchen, dann zweifeln sie schließlich vielfach an ihrer Eignung und ihrer Kompetenz, bis sie sich schließlich frustriert von einer Situation, in der sie sich machtlos und hilflos sehen, abwenden oder ihre vormals hohen Ansprüche reduzieren und sich von ihren Aufgaben distanzieren. ... Fatal sind die Auswirkungen psychischer Belastungen beim Krankenpflegepersonal deshalb, weil damit ein Reservoir hoher Einsatzbereitschaft engagierter Personen verloren geht, das doch eine entscheidende Quelle von Produktivität, Effizienz und Qualität der Arbeit im Krankenhaus sein könnte.“ (Oppholzer, 1995, S. 40).

Typische Symptome des Burnout sind Rückenschmerzen, Magenbeschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Infektanfälligkeit und Müdigkeit. Psychische Begleiterscheinungen zeigen sich in Form von Entscheidungsschwierigkeiten, Nicht-zuhören-Können, Rasch-wütend-Werden, emotionaler Reizbarkeit und Affektlabilität (Muthny, 1993). Nach Scholz (1999) reagieren viele Pflegende, die ein Burnout zu vermeiden suchen, mit Flucht aus dem Beruf, die sich in folgenden Reaktionen zeigen:

- Ansuchen um Teilzeittätigkeit
- Stellenwechsel innerhalb des medizinischen Systems
- Berufswechsel
- Lösung des Dilemmas durch Eheschließung bzw. Familiengründung
- Ausweichversuch in Organisations- und Verwaltungsbereiche
- Wunsch nach weiterführendem akademischen Studium (Scholz, 1999, S. 70)

Insgesamt ist die durchschnittliche Berufsverweildauer in der Pflege, die immer noch als typischer Frauenarbeitsbereich gilt, kurz. Die angegebenen Mittelwerte schwanken zwischen 5 und 10 Jahren (Prognos/Dornier, zit. n. Grusdat, Wolters & Domscheit, 1993).

Die Auswirkungen der unbewältigten arbeitsassoziierten Belastungen auf der *Ebene des Teams*, sind mit den dargestellten individuellen Folgen verschränkt. Eine erhöhte emotionale Reizbarkeit und Aggressivität Einzelner wird sich meist unmittelbar auf die Gruppenatmosphäre niederschlagen. Ebenso führt eine krankheitsbedingte Abwesenheit Einzelner auf einer Station immer dazu, daß deren Dienst von anderen Teamkollegen mit übernommen bzw. die Minderbesetzung einer Schicht über Mehrarbeit der anderen kompensiert werden muß. Sofern im Team der Eindruck entsteht, daß einzelne Kollegen sehr viel häufiger ausfallen als sonst üblich, und sofern dafür ausschließlich die Arbeitsbelastungen auf Station als Begründung angesehen werden, beeinträchtigt dies in der Regel wiederum das Teamklima. Rosenstiel (2004, S. 403) beschreibt, wie „normabweichende Personen zunächst mit von außen kaum wahrnehmbaren Sanktionen, sodann durch verbale und schließlich gar durch körperliche Attacken dazu bewegt (würden), die Gruppennorm zu beachten“.

Strukturelle und umfeldbezogene Belastungen können Teamprobleme aber auch unmittelbar bedingen (Kauffeld, 2001). Insgesamt werden die Folgen unbewältigter Belastungen auf Teamebene bei der Kooperation und der Kohäsion einer Gruppe deutlich. Symptome von Dysfunktionalität eines Pflgeteams zeigen sich bspw. in schleppender Informationsweitergabe, häufigen Mißverständnissen und Konflikten sowie einer geringen gegenseitigen Unterstützung. Letztendlich kann dies zu einer Verminderung der Pflegequalität auf einer Station führen und sich so auch auf die Patientenversorgung auswirken.

Zusammenfassend ist festzuhalten: Psychosoziale Belastungen im Pflegeberuf sind zahlreich und vielfältig. Neben hohem Arbeitsdruck und häufig beklagtem Personalmangel, sind Konflikte innerhalb der Pflegenden und zwischen den verschiedenen Berufsgruppen im Krankenhaus sowie nicht zuletzt Belastungen, die aus dem Umgang mit schwerst kranken Patienten und deren Angehörigen resultieren, Gründe dafür, daß sich viele Pflegenden durch ihre Arbeit psychisch in hohem Maße beansprucht bis überfordert fühlen. Andererseits lassen sich Unterschiede im Ausmaß finden, in dem Pflegenden diese Belastungen tatsächlich als

Beanspruchung erleben. Dies hängt von individuellen Ressourcen, sowie von institutionellen Faktoren ab. Indikatoren unverarbeiteter psychischer Beanspruchungen auf individueller Ebene sind körperliche und seelische Ermüdungs- und Erschöpfungssymptome und sinkende Arbeitsfreude und Arbeitsleistung. Langfristig kann es zu einem Rückzug aus dem Beruf kommen. Auf Teamebene können sich unverarbeitete Belastungen in den Symptomen einer verminderten Kooperation und Kohäsion niederschlagen.

Nach diesem ersten Einblick in die arbeitsassoziierten psychischen Belastungen von Pflegenden widmet sich das folgende Kapitel der Streßprävention und -bewältigung am Arbeitsplatz.

## **4 Zu Prävention und Bewältigung von Streß am Arbeitsplatz**

Im Folgenden werden die arbeits- und organisationspsychologischen Erkenntnisse zur Streßprävention und –bewältigung am Arbeitsplatz dargestellt. Der erste Abschnitt beleuchtet, welchen Kriterien Arbeit grundsätzlich genügen muß, um als human zu gelten; der zweite Abschnitt zeigt auf, was demgegenüber unter Streß am Arbeitsplatz verstanden wird und woher er rührt. Dem schließt sich ein Überblick zu Maßnahmen und Interventionen gegen Streß am Arbeitsplatz an. Der letzte Abschnitt dieses Kapitels skizziert den Idealfall, bei dem arbeits- und organisationspsychologische Interventionen nicht nur auf die bestmögliche Bewältigung von Belastungen, sondern darüber hinaus auf eine Persönlichkeitsförderung der Beschäftigten zielen.

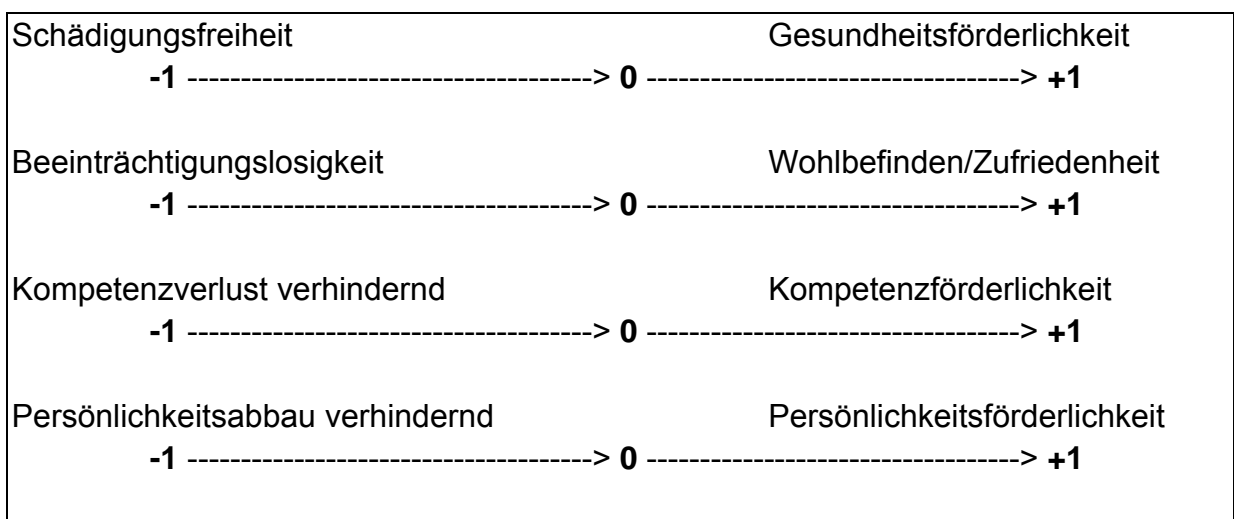
### **4.1 Arbeits- und organisationspsychologische Kriterien humaner Arbeit**

Im Sinne der Arbeits- und Organisationspsychologie ist Arbeit dann als „human“ zu bezeichnen, wenn sie folgenden Kriterien genügt: *Ausführbarkeit*, *Schädigungsfreiheit*, *Beeinträchtigungslosigkeit*, *Persönlichkeitsförderung* und *Sozialverträglichkeit* (Quaas, Kubitschek & Thiele, 1997). Diese Kriterien bauen aufeinander auf und setzen einander voraus: Arbeit hat hinsichtlich ihres Umfangs, ihres Ergebnisses und unter Berücksichtigung der Leistungsgrenzen des Menschen, sowie der objektiv gegebenen Randbedingungen ausführbar zu sein, darf keine physischen und psychischen Gesundheitsschäden bedingen, soll den Menschen nicht beeinträchtigen und muß zumutbar und allgemein akzeptierbar sein. Arbeit, die dem Kriterium der „Persönlichkeitsförderung“ genügt, ist fähigkeits- und bedürfniskonform, enthält Motivations- und Qualifikationspotentiale und fördert die individuelle Selbstentfaltung. Tätigkeiten, die darüber hinaus positive Auswirkungen auf sozial-gesellschaftliche Prozesse und Strukturen haben (beispielsweise auch familienverträglich sind), können als „sozialverträglich“ bezeichnet werden. Ulich faßt die Humankriterien der Arbeitsgestaltung zusammen:

„Als human werden Arbeitstätigkeiten bezeichnet, die die psychophysische Gesundheit der Arbeitstätigen nicht schädigen, ihr psychosoziales Wohlbefinden nicht - oder allenfalls vorübergehend- beeinträchtigen, ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechen, individuelle und/oder kollektive Einflussnahme auf Arbeitsbedingungen und Arbeitssysteme ermöglichen und zur Entwicklung ihrer Persönlichkeit im Sinne der Entfaltung ihrer Potentiale und Förderung ihrer Kompetenzen beizutragen vermögen.“ (Ulich, 1998, S. 141)

Schüpbach & Zölch (2004) erweitern Ulichs Definition der Humankriterien der Arbeitsgestaltung indem sie (vgl. Abb. 3):

1. unter der Voraussetzung der Eindimensionalität des Kriteriums die als reines *Ausschlusskriterium* (gedachter Skalenbereich -1 bis 0) formulierte *Schädigungsfreiheit* um das *Positivkriterium* (gedachter Skalenbereich 0 bis +1) *Gesundheitsförderlichkeit* erweitern,
2. *Beeinträchtigungslosigkeit* in gleicher Weise durch *psychosoziales Wohlbefinden/Zufriedenheit* ergänzen,
3. aus *handlungstheoretischer Sicht* Kompetenz als bipolares Kriterium formulieren, mit negativer (*Kompetenzverlust*) und positiver Ausprägung (*Kompetenzförderung*) und
4. das Kriterium *Persönlichkeitsförderlichkeit* durch das Ausschlußkriterium *Persönlichkeitsabbau verhindernd* ergänzen.



**Abb. 3: Humankriterien zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten (Schüpbach & Zölch, 2004, S. 209)**

Diese hierarchischen Bewertungsebenen von Arbeit formulieren unterschiedlich weitreichende Ziele: die Kriterien *Schädigungsfreiheit*, *Beeinträchtigungslosigkeit*, *Kompetenzabbau verhindern* und *Persönlichkeitsabbau vermeiden* fokussieren den Aspekt der *Gesunderhaltung* des arbeitenden Menschen, während die Kriterien *Gesundheitsförderlichkeit*, *Wohlbefinden/Zufriedenheit*, *Persönlichkeitsförderung* und *Sozialverträglichkeit* darüber hinaus die *Gesundheitsförderung* der Arbeitstätigen zum Ziel haben.

Im Folgenden wird aufgezeigt, was Streß am Arbeitsplatz in diesem Zusammenhang meint und welche arbeitsbezogenen Umstände Streßerleben hervorrufen können.

## 4.2 Streß am Arbeitsplatz

Der Begriff Streß wird in der Literatur uneinheitlich benutzt und bezeichnet einerseits Belastungen, andererseits Beanspruchungen. Inzwischen besteht zunehmend Konsens darüber, arbeitsbedingten Streß als Wechselwirkung zwischen Beschäftigten und Merkmalen der Arbeitsumgebung zu definieren - unabhängig vom jeweiligen Arbeitsbereich. Arbeitstätige bezeichnen eine Beanspruchung in der Regel dann als „Streß“, wenn sie sie als unangenehm erleben und selbst keine entsprechenden Handlungsmöglichkeiten sehen (Abb. 4).

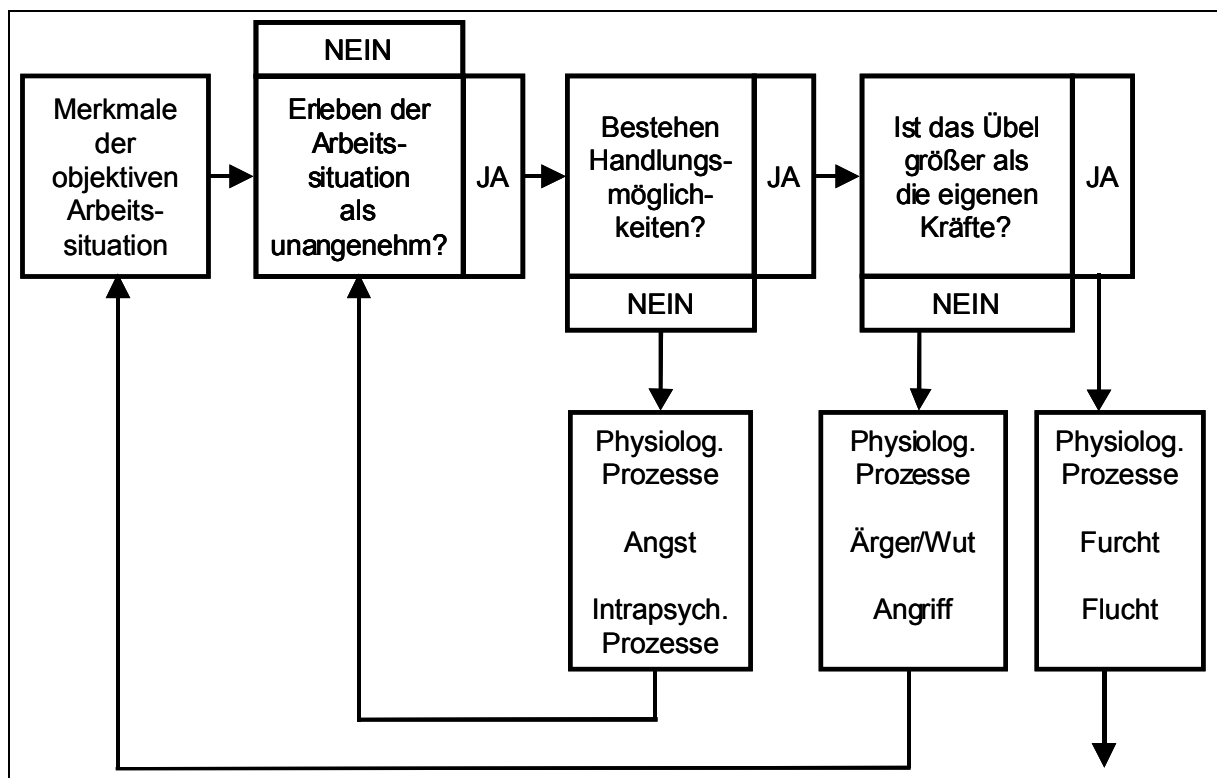


Abb. 4: Streß und Copingmechanismen nach Lazarus (Rosenstiel, 2000, S. 93)

Streß beeinträchtigt damit zunächst ihr Wohlbefinden. Ist darüber hinaus auch keine Möglichkeit gegeben, sich einer als überfordernd erlebten Arbeitssituation zu entziehen, wird das Streßerleben chronisch und kann zu psychischen und physischen Beeinträchtigungen führen. Physiologische Prozesse, die dabei eine Rolle spielen, sind Korrelate von Gefühlen wie Angst oder Ärger und Verhaltensweisen wie Angriff oder Flucht.

Am Arbeitsplatz selbst können streßverursachende Merkmale einerseits im *Arbeitskontext*, andererseits in den *Arbeitsinhalten* begründet sein. Der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz zufolge können sich Beanspruchungen im Rahmen des Arbeitskontextes ergeben aus:

**Tab. 3: Streßverursachende Merkmale am Arbeitsplatz (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002)**

Kategorie	Umstände, die gesundheitsschädlich wirken
<b>ARBEITSKONTEXT</b>	
Organisationsmethoden und Funktionen	Schlechte Kommunikation, wenig Unterstützung bei der Lösung von Problemen und bei der persönlichen Entwicklung, keine Festlegung der Organisationsziele
Rolle in der Organisation	Zweideutigkeit der Rolle und Rollenkonflikt, Verantwortlichkeit für Personen
Laufbahnentwicklung	Stagnieren und Unsicherheit der beruflichen Laufbahn, zu niedrige oder zu hohe Stellung, schlechte Bezahlung, unsicherer Arbeitsplatz, niedriger sozialer Wert der Arbeit
Entscheidungsspielraum/Kontrolle	Geringe Mitwirkung am Entscheidungsfindungsprozeß, mangelnde Kontrolle über Arbeit
Zwischenmenschliche Beziehungen am Arbeitsplatz	Soziale oder physische Isolation, schlechte Beziehungen zu den Vorgesetzten, zwischenmenschliche Konflikte, mangelnde soziale Unterstützung
Schnittstelle zwischen Privatleben und Arbeit	Konflikt zwischen den Anforderungen von Arbeit und Privatleben, geringe Unterstützung von zu Hause, Probleme bei doppelter Berufstätigkeit
<b>ARBEITSINHALT</b>	
Arbeitsumgebung und –ausrüstung	Probleme hinsichtlich der Zuverlässigkeit, Verfügbarkeit, Geeignetheit und Wartung oder Reparatur von Ausrüstungen und Einrichtungen
Aufgabengestaltung	Mangelnde Abwechslung und kurze Arbeitszyklen, zerstückelte oder sinnlose Arbeit, Unterforderung, große Unsicherheit
Arbeitsaufkommen/Arbeitsgeschwindigkeit	Zu hohe oder zu geringe Arbeitsbelastung, mangelnde Kontrolle über Arbeitsgeschwindigkeit, großer Zeitdruck
Arbeitszeitplan	Schichtbetrieb, unflexible Arbeitszeitpläne, unvorhersehbare Arbeitszeiten, lange oder unsoziale Arbeitszeiten

den Organisationsmethoden und Funktionen, der Rolle in der Organisation, der Laufbahnentwicklung, dem Ausmaß an Entscheidungsspielraum bzw. Kontrolle, den zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz, sowie aus der Schnittstelle zwischen Privatleben und Arbeit. Beanspruchende Merkmale des

Arbeitsinhalts können entsprechend sein: die Arbeitsumgebung und -ausrüstung, die Aufgabengestaltung, das Arbeitsaufkommen bzw. die Arbeitsgeschwindigkeit, sowie der Arbeitszeitplan. Tabelle 3 führt diese potentiell beanspruchenden Tätigkeitsmerkmale auf und stellt ihnen diejenigen Umstände gegenüber, unter denen sich die einzelnen Kategorien aus arbeits- und organisationspsychologischer Sicht als streßverursachend und gesundheitsschädigend erwiesen haben. Bezüglich des Arbeitskontextes sind dies vor allem unbewältigte Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten, Rollen- und Laufbahnunsicherheiten und geringe Ressourcen. Gesundheitsschädliche Umstände im Hinblick auf den Arbeitsinhalt sind etwa problematische Arbeitsausrüstungen, Sinnentleerung der Tätigkeit, suboptimale Belastung, mangelnde Kontrolle und unvorhersagbare Arbeitszeiten.

### **4.3 Maßnahmen gegen Streß am Arbeitsplatz**

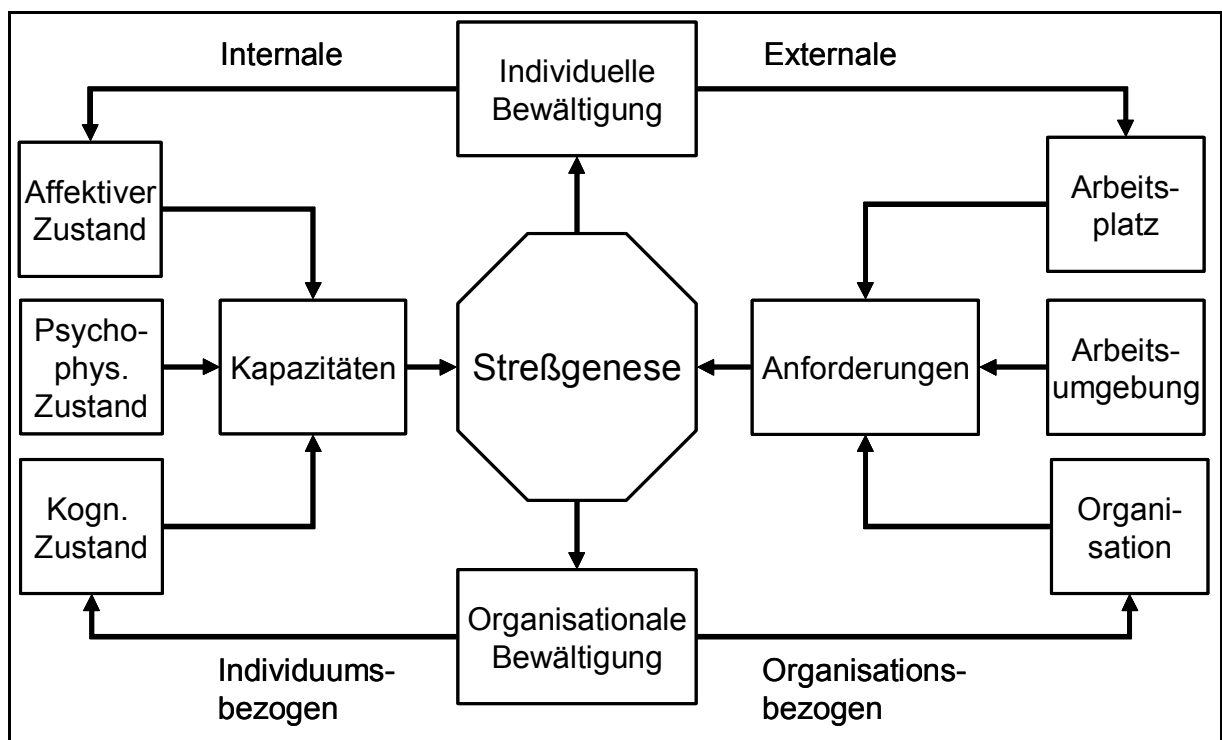
Streß am Arbeitsplatz wird mit arbeits- und organisationspsychologischen Maßnahmen und Verfahren begegnet. Arbeitsrechtliche Grundlage solcher Interventionen ist das 1996 geltende *Arbeitsschutzgesetz* (ArbSchG). Ziel des Arbeitsschutzgesetzes ist nicht nur, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vorzubeugen, sondern darüber hinaus Arbeit gesundheits- und persönlichkeitsfördernd zu gestalten. Es schreibt die Berücksichtigung psychischer Belastungen ausdrücklich vor. Die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes zielt daher auch auf die Verminderung von arbeitsbedingtem Streß.

"Das ArbSchG enthält Vorschriften zur systematischen Berücksichtigung und Verbesserung des betrieblichen Arbeitsschutzes, die Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren sowie zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit (vgl. Paragraph 2 Abs. 1 ArbSchG) einbeziehen. Dies umfaßt auch die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die sich aus psychomentalen und psychosozialen Belastungen ergeben können." (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, AG "Streß", 2002, S. 14)

Das Arbeitsschutzgesetz überträgt dem Arbeitgeber eine umfassende Verantwortung für Sicherheit und psychophysische Gesundheit der Beschäftigten. Im Rahmen arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Untersuchungen müssen sämtliche möglichen Belastungsquellen eines jeden Arbeitsplatzes identifiziert und beschrieben werden: physikalische, chemische, biologische und psychische Belastungen. Zu den psychischen Belastungen am Arbeitsplatz zählen dabei auch die im vorigen Kapitel dargestellten streßverursachenden Merk-

male am Arbeitsplatz. Wo Belastungen nicht im Vorfeld vermieden, wo ihnen nicht präventiv begegnet werden kann, muß der Arbeitgeber zumindest dafür Sorge tragen, daß der Umgang mit ihnen optimiert wird. Unausweichliche Belastungen müssen bestmöglich durch entsprechende Maßnahmen kompensiert werden. Diese rechtlichen Vorgaben bilden den Hintergrund für arbeitspsychologische (und –medizinische) Maßnahmen im Betrieb.

Mit Kompensationsmöglichkeiten beruflichen Stresses haben sich Battmann & Schönpflug (1999) ausführlich befaßt. Aus arbeits- und organisationspsychologischer Perspektive betrachten sie Streß als ein subjektives Phänomen, das sich einstellt, wenn die eigenen Leistungs- bzw. Handlungsgrenzen und deren Überschreiten wahrgenommen werden. Wie oben dargestellt, sind damit meist Gefühle von Angst, Kontrollverlust, Bedrohung und dem Unvermögen, den situativen Anforderungen gerecht zu werden, verknüpft.



**Abb. 5: Ansatzpunkte der Streßbewältigung und Prävention (Battmann & Schönpflug, 1999)**

Als mögliche Quellen von Streßerleben im beruflichen Zusammenhang sehen Battmann und Schönpflug neben dem Arbeitsinhalt und der Arbeitsorganisation auch berufspolitische Rahmenbedingungen der Arbeit. Darüber hinaus könnten

Belastungen aus dem Privatleben im Arbeitsalltag als zusätzliche Beanspruchung empfunden werden.

Dieser mehrdimensionalen Verursachung von Streß entsprechen unterschiedliche Möglichkeiten der Streßprävention, des Umgangs und Bewältigung. Ansatzpunkte der Bewältigung und Prävention von arbeitsbezogenem Streß verdeutlicht Abb. 5.

In einer Organisation kann sich vom einzelnen Individuum bis zum gesamten Unternehmen jede Ebene im Streßzustand befinden. Couchon (1999) zufolge können auch Bewältigungsbemühungen auf verschiedenen Ebenen ansetzen: beim einzelnen Individuum, an der Schnittstelle Individuum-Organisation sowie schließlich bei der Organisation als Ganzem. Cox, Griffiths und Eusebio (2000) formulieren diese verschiedenen Ansatzpunkte in Form dreier Fragen:

- Organisation as agent and target: what can it do to put its own house in order?
- Organisation as agent and worker as target: what can the organisation do to enhance the support it offers workers?
- Employee as agent and target: what can individual workers do better to manage their work and any associated experience of stress? (Cox, Griffiths & Eusebio, 2000, S. 111)
- 

Im Folgenden werden Strategien der Streßbewältigung auf den Ebenen Individuum, Organisation sowie an der Schnittstelle Individuum-Organisation dargestellt.

### **Maßnahmen des Individuums – individuelle Streßbewältigung**

Individuelle Streßbewältigung bezeichnet „Handlungsmöglichkeiten, die einzelnen betroffenen Organisationsmitgliedern offenstehen, um einem empfundenem Streßzustand abzuhelpen“ (Battmann & Schönplflug, 1992, S. 216). In Abhängigkeit davon, worin sie die Ursache ihrer Belastungen sehen, können Menschen „sich selbst, die Organisation und ihre Arbeitsplätze oder das soziale Umfeld zum Gegenstand von Prävention und Bewältigung machen“ (dito). Innerhalb der individuellen Maßnahmen werden zwei Klassen von potentiell streßmindernden Handlungen unterschieden: *internal regulative* Handlungen, bei denen das Individuum eine Veränderung seiner selbst anstrebt, ohne unmittelbar auf die Organisation oder seine Stellung in der Organisation einzuwirken und *external regulative* Handlungen, bei denen es auf die Veränderung des eigenen Arbeitsplatzes hinwirkt.

Internale Regulationsstrategien zielen auf Verbesserungen des affektiven und psychophysischen Zustandes einer Person. Zu ihnen gehört das Autogene Trai-

ning ebenso wie Techniken zu Zeitmanagement und Hilfen im sozialen Umgang. Internale Regulationsstrategien sind indiziert, wenn ein Mensch die Ursachen des Streßgeschehens internal attribuiert, z.B. in einer zu geringen persönlichen Belastbarkeit begründet sieht. Der bloße Einsatz internaler Strategien ist dann fragwürdig, wenn damit objektivem Streß auf anderen Ebenen der Organisation begegnet werden soll. Externale Bewältigungsstrategien eines Individuums zielen auf eine Veränderung der Arbeitsinhalte. Ein Beispiel wäre das Einfordern technologischer und organisationeller Veränderungen am eigenen Arbeitsplatz gegenüber dem Arbeitgeber. Allerdings ist eine Organisation als Struktureinheit in ihrer Entwicklung zwangsläufig träger als die einzelnen Mitglieder oder Gruppen, so daß von der Problemerkennung bis zum Einsatz entsprechender struktureller Maßnahmen häufig längere Zeiträume verstreichen. Bei der Streßbewältigung seitens des Individuums ergänzen und kompensieren internale und externale Formen einander häufig. Battmann & Schönflug (1992) weisen hier auf die Möglichkeit hin, daß Menschen ihren Arbeitsplatz im Rahmen ihrer individuellen beruflichen Entwicklung wechseln und resümieren, daß „die Suche nach einer Organisation und Position, die den eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie deren Entwicklung am zuträglichsten ist, die erfolgreichste Form der Streßbewältigung und –prävention“ darstellen kann (S. 219).

### **Maßnahmen der Organisation – organisationelle Streßbewältigung**

Wenn individueller Streß ursächlich in Arbeitsinhalten und im Arbeitskontext und nicht in der Person an sich begründet ist, kann er sich von einem individuellen zu einem organisationellen Problem entwickeln, welches einerseits psychologische (z.B. Arbeitszufriedenheit, Betriebsklima), andererseits betriebswirtschaftliche (z.B. Fehlzeiten) Effizienzziele des Unternehmens gefährden kann. Nicht zuletzt deswegen sind auch Organisationen als Gesamtheiten auf bestmögliche Streßprävention und –bewältigung bedacht. Auf der Ebene der organisationellen Bewältigung lassen sich wiederum *individiumsbezogene* und *organisationsbezogene* Maßnahmen unterscheiden. Eine Organisation vermag ihre Mitglieder einerseits in der individuellen Streßbewältigung zu unterstützen, andererseits kann sich eine organisationsbezogene Streßbewältigung direkt auf Organisationsstrukturen, Arbeitsumgebungen und Arbeitsplätze richten.

Die individiumsbezogene Förderung einzelner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann geschehen, indem ihnen Verfahren zur Unterstützung der individuellen Streßbewältigung vermittelt werden (z.B. Entspannungstechniken), oder aber

über Selektions- und Plazierungsverfahren (Versetzung an einen anderen Arbeitsplatz) und schließlich über Aus-, Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen zur Vermehrung ihrer beruflichen Kompetenz.

Berufliche Kompetenz setzt sich nach Sonntag (1999) dabei aus drei Bereichen zusammen: der Fach- und Methodenkompetenz, der Sozialkompetenz und der Personalkompetenz. Maßnahmen zur Förderung der Fach- bzw. Methodenkompetenz sind entweder direkt auf die Entwicklung spezifischer beruflicher Fertigkeiten und Kenntnisse ausgerichtet (z.B. sensumotorische Fertigkeiten) oder haben die Vermittlung von situationsübergreifenden, flexibel einzusetzenden kognitiven Fähigkeiten zum Ziel (z.B. zur Entscheidungsfindung). Hierbei handelt es sich häufig um kognitive Trainings-, Simulations- und computergestützte Methoden. Zur Stärkung der Sozialkompetenz werden Methoden angewandt, die kommunikative und kooperative Verhaltensweisen fördern: Interaktionstrainings und Qualitätszirkel. Die Personale Kompetenz wird mit Maßnahmen unterstützt, die explizit die Selbstwahrnehmung und das bewußte Reflektieren eigener Fähigkeiten fördern, wie zum Beispiel kunstpädagogische Methoden.

Zu den organisationsbezogenen Maßnahmen organisationeller Streßbewältigung werden die Abflachung der beruflichen Hierarchie (hierarchy flattening), die Schaffung abgegrenzter Handlungs- und Verantwortungsbereiche (profit-centering), die Förderung der Kommunikation von unten nach oben durch Arbeitsgruppen (quality circles) und eine Überwindung technologieorientierter Organisationsformen (project management) gezählt (Battmann & Schönpflug, 1992, S. 221). Die Einrichtung von Kinderbetreuung und Betriebssport gehört ebenfalls zu den Maßnahmen auf organisationeller Ebene. Im Rahmen der organisationellen Streßbewältigung werden schließlich auch neue Formen der Arbeitsgestaltung eingesetzt: dem Einzelnen werden weitergehende Arbeits- und Verantwortungsbereiche übertragen (job enrichment, job enlargement), ihm wird die Möglichkeit gegeben, andere Arbeitsbereiche kennenzulernen (job rotation) oder Arbeitsmaßnahmen werden flexibilisiert.

### **Maßnahmen an der Schnittstelle Individuum-Organisation**

Die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (2002) führt neben den individuum- und den organisationsbezogenen Maßnahmen zu Streßprävention und -bewältigung solche an der Schnittstelle Individuum-Organisation auf. Dies sind Angebote, die darauf zielen, die sozialen Be-

ziehungen am Arbeitsplatz zu verbessern, wie z.B. Gruppentrainings und Teamsupervision.

#### 4.4 Von der Streßbewältigung zur Persönlichkeitsförderung

Arbeits- und organisationspsychologische Strategien zur Streßbewältigung sind häufig als *korrektive* Maßnahmen konzipiert. Dies bedeutet, sie kommen zum Einsatz, wenn Probleme bereits deutlich und explizit formuliert worden sind (Ulich, 2004, S. 224). Meist sind erst hohe Fehlzeiten und ein schlechter Gesundheitszustand der Beschäftigten Anlaß für korrektiv angelegte Interventionen, wie beispielsweise Streßbewältigungstrainings. An korrektiven Interventionen wird kritisiert, daß sie dazu beitragen, tatsächliche Problembereiche am Arbeitsplatz zu übertünchen, allenfalls kosmetische Funktion hätten und ihrem Anspruch auf Gesundheitsförderung nicht genügen (Bamberg & Ducki, 1998, S.476).

Dagegen werden bei *präventiven* Maßnahmen bereits im Stadium der Konzeption von Arbeitsaufgaben arbeits- und organisationswissenschaftliche Erkenntnisse berücksichtigt, um vorhersehbare Belastungen nicht nur zu vermeiden, sondern den Anspruch zu verwirklichen, die Beschäftigten in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu unterstützen und Qualifikationen zu verbessern, die zur Meisterung beruflicher, aber auch alltäglicher Situationen befähigen (Sonntag, 1999).

In diesem Zusammenhang wird unterschieden zwischen Verhältnis- und Verhaltensprävention. Steht die Gestaltung der Arbeit und Organisation im Mittelpunkt präventiver Bemühungen, handelt es sich um *Verhältnisprävention*. Gebert (1993) zählt dazu die „strukturellen Interventionen“, für die er als ein Beispiel das so genannte Job Enrichment nennt, das Strategien der Neugestaltung und qualitativen Anreicherung der Arbeitstätigkeit meint.

Aber auch individuumbezogene Interventionen der Gesundheitsförderung können präventiver Natur sein, sofern sie der Verhütung bestimmter Erkrankungen dienen. Präventive Maßnahmen, die sich an das Individuum als solches richten, werden zur *Verhaltensprävention* gezählt. Nach Bungard und Antoni (2004) gehören hierzu Maßnahmen, die auf die Erhöhung der kommunikativen Fähigkeiten einzelner Mitarbeiter zielen.

Levi (2002) faßte verschiedene verhältnis- und verhaltenspräventive Ansatzpunkte im Leitfaden "Streß am Arbeitsplatz" der Europäischen Kommission zusammen:

"Zunächst einmal können alle Betroffenen die *sozialen Strukturen und Prozesse* am Arbeitsplatz beeinflussen z. B. Erweiterung des Entscheidungsspielraums der Arbeitnehmer und

Verbesserung der sozialen Unterstützung. Dann kann man versuchen, dazu beizutragen, daß diese – objektiven – Strukturen und Prozesse von den Arbeitnehmern auf eine realistische Weise erfahren und *bewertet* werden. Eine dritte – ergänzende – Strategie kann darin bestehen, die Flexibilität der Arbeitnehmer zu erhöhen und ihre Anfälligkeit zu verringern. Eine vierte Strategie bestünde in Maßnahmen gegen pathogene emotionale, kognitive, verhaltensmäßige und/oder physiologische Streßmechanismen und der Identifizierung und Behandlung von Krankheitsvorläufern und arbeitsstreßbezogenen Krankheiten. Außerdem könnte man versuchen, das Copingrepertoire, das Kohärenzgefühl sowie die allgemeinen Lebensfertigkeiten der Beschäftigten zu verbessern." (Levi, 2002, S. 35f)

Neben den korrektiven und den verhältnis- bzw. verhaltenspräventiven Ansätzen, die Überlastungen verringern sollen, gibt es noch eine dritte Form der Arbeitsgestaltung im engeren und der Gesundheitsgestaltung im weiteren Sinne: *prospektive Maßnahmen*. Prospektive Maßnahmen zielen nicht auf die Vermeidung oder Bewältigung von Belastungen, sondern darauf, Arbeitsbedingungen von Anfang an umfassend persönlichkeitsfördernd zu gestalten. Damit erheben sie den Anspruch, zu einer generellen Erweiterung der Handlungskompetenz beizutragen, die über reine Wissensvermehrung bzw. Verhaltensänderungen hinausgeht. Bamberg & Ducki (1998) konstatieren, daß die meisten Interventionen zur Arbeitsgestaltung und betrieblichen Gesundheitsförderung einem solchermaßen umfassenden prospektiven Anspruch bisher nicht gerecht werden.

Im Folgenden wird das Augenmerk auf die Personalentwicklung im Arbeitsbereich Krankenhaus gelegt. Dargestellt werden die spezifischen Merkmale der Organisation Krankenhaus, sowie entsprechende Maßnahmen zur Personalentwicklung, deren Anspruch von der Streßbewältigung bis hin zur Persönlichkeitsförderung reicht.

## 5 Supervision im Rahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus

Personalentwicklung beschäftigt sich mit der systematischen Förderung der beruflichen Qualifikation. Nach Holling & Liepmann (2004) zielt sie neben fachlichen Kenntnissen auch auf übergeordnete Kompetenzen, wie Lernfähigkeit, soziale Kompetenz, Motivation und Bewältigung kognitiver und emotionaler Belastungen. Personalentwicklung kann korrektiv, auf die Bewältigung von Belastungen, oder präventiv, auf Persönlichkeitsentwicklung ausgerichtet sein. Ebenso wie in anderen Arbeitsbereichen, soll Personalentwicklung auch im Krankenhaus dazu beitragen, Differenzen zwischen den Fähigkeiten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und den an sie gestellten Anforderungen zu verringern und den Beschäftigten Hilfestellung zur Bewältigung der Anforderungen ihres gegenwärtigen oder zukünftigen Arbeitsplatzes zu geben (Eichhorn & Schmidt-Rettig, 1995). Unter den Maßnahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus gilt Supervision als besonders geeignet, die multiprofessionelle Zusammenarbeit zu unterstützen, die Bewältigung von arbeitsbedingten Belastungen zu optimieren und letztlich die Arbeitsatmosphäre zu verbessern (Dahmen-Fischer, 1992; Grossmann, 1997; Herschbach, 1991a; Kühne, 1997; Mark-Stemberger, 1994; Müller, 1996a,b; Müller, 2000; Rasky, 1997; Weber, 1999 a,b; Zimmer, 1998). Im Folgenden werden zunächst einige grundsätzliche Überlegungen zur Organisation Krankenhaus angestellt, bevor ein Überblick über die in diesem Arbeitskontext eingesetzten Methoden und Verfahren der Personalentwicklung gegeben wird.

### 5.1 Krankenhaus als Organisation und Arbeitsplatz

Krankenhäuser sind als Organisationen durch drei wesentliche Funktionsbereiche gekennzeichnet: Pflege, Verwaltung und medizinische Versorgung. In Deutschland ist das Krankenhauswesen in den letzten Jahren von strukturellen Veränderungen geprägt. Stärker als je zuvor geht es dabei um den Aspekt der Wirtschaftlichkeit. Dadurch hat auch der Funktionsbereich Verwaltung innerhalb der Kliniken an Quantität und Durchsetzungsfähigkeit zugenommen. Die zunehmende *Wirtschaftlichkeitsorientierung* spiegelt sich darin wieder, daß bei steigenden Patientenzahlen deren Verweildauer sinkt und Personal abgebaut wird (Zimmer, 1999). Neben der Wirtschaftlichkeitsorientierung sind weitere maßgebliche Ziele des Krankenhausmanagements die *Mitarbeiter-* und *Patientenorientierung*. Pfaff (1997) bezeichnet diese Balance zwischen ökonomischer,

Mitarbeiter- und Patientenorientierung als das „magische Dreieck“ des Krankenhausmanagements: Es gilt, effizient zu wirtschaften, dabei humane Arbeitsbedingungen zu schaffen und die Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Studt (1994) wies auf die spezifischen Charakteristika von *Universitätskliniken* als Krankenhausorganisationen hin: Als Großkliniken mit in der Regel über 1500 Betten sind Universitätskliniken in ihrem Aufbau durch eine ausgeprägte Hierarchiepyramide gekennzeichnet. Diese besteht in einer schmalen Managementspitze, dem Kliniksvorstand (Ärztliche Leitung, Verwaltungsleitung, Pflegedienstleitung), dem ein breit angelegtes „mittleres Management“ aller drei Bereiche und schließlich die große Basis der ausführend Beschäftigten untergeordnet sind. Die deutliche Trennung der drei Berufsstränge, die am Kliniksvorstand ihren Ausgang nimmt, steht Studt zufolge einem kooperativen Austausch über Fachgrenzen hinweg im Wege, so daß sich aufgrund der oft gegensätzlichen Interessenlagen „gravierende Inter- und Intra-Gruppenkonflikte linear von oben bis unten durch alle Hierarchieschichten hindurch fortsetzen“ (S. 426). Gleichzeitig kulminierten in Krankenhäusern dieser Kategorie die Ansprüche an medizintechnologische Standards, wissenschaftliche Forschung und Lehre sowie an besondere Leistungen im Rahmen der Gesundheitsversorgung, bis hin zum Katastropheneinsatz und seltenen Spezialbehandlungen. Studt stellt fest, daß die Beschäftigten deshalb die Arbeit in Kliniken der Maximalversorgung zwar häufig als besonders qualifiziert und prestigeträchtig ansähen, daß sie jedoch auf der anderen Seite Gefühle von Entfremdung, Überforderung, Beziehungslosigkeit und zwischenmenschliche Konflikte in besonderem Maß erleben würden. Grossmann (1997) zufolge zählen Großkrankenhäuser zu den komplexesten Dienstleistungsbetrieben moderner Industriegesellschaften. Er konstatiert die Notwendigkeit unterschiedlicher Fach- und Kommunikationslogiken bei der Erfüllung ihrer gesellschaftlichen Aufgaben (Patientenversorgung, Ausbildung und Forschung):

„Die Mitarbeiter haben also sehr unterschiedliche interne und externe „Kunden“ mit ganz unterschiedlichen Wünschen zu betreuen: andere Abteilungen und Kolleginnen, die auf Dienstleistungen warten; Patienten und Angehörige in äusserst sensiblen Lebenslagen; Professionelle in Ausbildung, die für ihre berufliche Entwicklung profitieren wollen; Interessenten an der Forschung, die Gegenleistungen für ihre Investitionen erwarten; andere Einrichtungen in der Kette der Krankenversorgung, die Patientinnen an das Krankenhaus weiterleiten oder mit ihren Leistungen an die Angebote des Krankenhauses anschließen.“ (Grossmann, 1997, S. 160).

Unabhängig von der Art und Größe eines Krankenhauses nimmt Wolff (1999) an, daß es darin immer „klassische Klagen und Probleme“ gibt, die er für strukturelle, grundsätzliche Schwierigkeiten hält:

- unzureichende Planung und Durchführung von Stationsvisiten,
- die Kommunikationsbarrieren zwischen Berufsgruppen und Funktionsbereichen,
- die (Warte-)Schlangen- bzw. Notfallregelung vor Operationssaal, Labor oder Röntgen,
- die Störungen der Patienten durch die Klinikroutine,
- die Abstimmungsprobleme mit niedergelassenen Ärzten und anderen Einrichtungen,
- die psycho-physische Belastung des Personals,
- das „Ausbrennen“ im Kontakt zu Kranken und Sterbenden (Wolff, 1999, S.47).

Auch Müller (1996, S.25) zufolge sind Belastungen bei der Arbeit im Krankenhaus systemimmanent und ist „streßfreies“ Arbeiten deshalb selbst unter günstigsten Bedingungen nicht vorstellbar. Die Beanspruchungen sollten nach Möglichkeit jedoch auf ein vertretbares Maß reduziert werden. Es gelte, Räume zu schaffen für die Verarbeitung unvermeidlicher Probleme. Neben speziellen Arbeitsgestaltungsmaßnahmen in der Krankenpflege (Ganzheitspflege, Flexibilisierung der Arbeitszeit), sollen insbesondere Maßnahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus dazu beitragen, Belastungen zu reduzieren bzw. zu verarbeiten (Müller, 1996a). In ähnlicher Weise vertritt Wolff (1999) die Auffassung, daß die strukturellen, in Krankenhäusern grundsätzlich vorhandenen Probleme nie ein für alle Mal lösbar seien. Er empfiehlt daher,

„... sie als organisatorischen Problemhaushalt zu akzeptieren und einen bestimmten Anteil der organisatorischen Kapazität ständig zu ihrer „Kultivierung“ bereitzuhalten. ... Organisationsentwicklung kann deshalb nur zum kleinen Teil als Versuch einer endgültigen Problemlösung konzipiert werden und muß hauptsächlich auf die Arbeit an kommunikativen Strukturen hinauslaufen“. (Wolff, 1999, S.47)

Der folgende Abschnitt widmet sich den im Krankenhaus angewandten Maßnahmen der Personalentwicklung.

## **5.2 Maßnahmen der Personalentwicklung im Krankenhaus**

Neben berufsspezifischen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Kenntnissen sind Motivation, Kommunikation, Interessen und Einstellungen zentrale, berufsübergreifende Bestandteile beruflicher Qualifikation (Holling & Liepmann, 2004). Zur Förderung der beruflichen Qualifikation von Pflegenden im Krankenhaus werden fachliche Fortbildungen angeboten, z.B. Fachweiterbildungen in Intensiv- oder psychiatrischer Pflege. Sie fördern die spezifische Fach- und Methoden-

kompetenz (Sonntag, 1999, S. 222). Darüber hinaus werden durch Maßnahmen der Personalentwicklung allgemein wichtige Qualifikationen gefördert, die das Pflegespezifische überschreiten, beispielsweise Kommunikations- und Konfliktlösungsfähigkeiten oder die Fähigkeit zur Streßbewältigung. Entsprechende Personalentwicklungsmaßnahmen unterstützen die allgemeine soziale und personale Kompetenz der Beschäftigten. Im Bereich Krankenhaus zählen zu diesen übergreifenden Methoden der Personalentwicklung:

- Gesundheitszirkel (Müller & Münch, 1993; Oppholzer, 1995),
- Qualitätszirkel (Ramme, 1998; Klimpel, 1999),
- Integrationszirkel (Pfaff, 1997),
- Coaching (Pichler, 1996; Schreyögg, 1999),
- Stress Management Consultation (McGrath, 1983),
- Supervision (Dahmen-Fischer, 1992; Herschbach, 1991a; Mark-Stemberger, 1994; Müller, 1996a,b; Rasky, 1997; Grossmann, 1997; Weber, 1999 a,b; Zimmer, 1998).

Diese Maßnahmen und Instrumente der Personalentwicklung werden im Folgenden näher erläutert.

### *Gesundheitszirkel*

Gesundheitszirkel sind auf dem Hintergrund eines salutogenetischen Ansatzes im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung entstanden. Es handelt sich um Arbeitsgruppen, in denen das Erfahrungswissen der Beschäftigten über Belastungen am Arbeitsplatz und die daraus resultierenden gesundheitlichen Beschwerden aufgegriffen und nutzbar gemacht werden soll. Eine Über- wie auch Unterforderung in der Arbeit soll verhindert, die sozialen Beziehungen verbessert, der eigene Handlungsspielraum erweitert und die Beschäftigten besser für ihre Tätigkeit qualifiziert werden. Aufgaben der Gesundheitszirkel sind damit die Analyse von belastenden *und* gesundheitsfördernden Aspekten in der jeweiligen Arbeitsumgebung, die Erarbeitung von Lösungsvorschlägen zur Reduzierung von Gesundheitsrisiken *und* von Maßnahmen zur Entwicklung und Unterstützung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen, sowie die Präsentation ihrer Arbeitsergebnisse (Müller & Münch, 1993, S. 334). Gesundheitszirkel sind in der Regel keine betrieblichen Dauereinrichtungen, sondern werden aufgabenbezogen für eine bestimmte Abteilung einberufen, bis konkrete Maßnahmen zur Lösung der anstehenden Probleme umgesetzt worden sind. Damit glei-

chen sie in ihrer Durchführung im Krankenhaus häufig einer anderen Maßnahme der Personalentwicklung: den Qualitätszirkeln.

### *Qualitätszirkel*

Qualitätszirkel sind Kleingruppen, die sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einer oder mehrerer Hierarchieebenen zusammensetzen und von einem Moderator geleitet werden. Um Qualitätsverbesserungen in der Arbeit zu erzielen, werden in Qualitätszirkeln Probleme benannt, analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Dabei handelt es sich um Probleme am eigenen Arbeitsplatz, im Arbeitsablauf oder in der Kooperation miteinander. Die im Qualitätszirkel gefundenen Problemlösungen sollen anschließend möglichst eigenverantwortlich umgesetzt und bewertet werden. Klimpel (1999) weist darauf hin, daß in Deutschland Qualitätszirkel in Krankenhäusern erst Ende der 80er Jahre als Reaktion auf eine gesetzliche Verpflichtung eingeführt worden sind: Paragraph 137 des Sozialgesetzbuches V schreibt vor, daß sich Krankenhäuser an Maßnahmen zur Qualitätssicherung beteiligen müssen und daß diese Maßnahmen sich auf die Qualität der Behandlung, der Versorgungsabläufe und der Behandlungsergebnisse zu erstrecken haben. Qualitätszirkel in Krankenhäusern haben die Verbesserung der Arbeitsabläufe und der interkollegialen Zusammenarbeit und die Reflexion der Patientenversorgung zum Ziel. Die Möglichkeiten der Umsetzung der erarbeiteten Vorschläge in die Praxis ist von den tatsächlichen Entscheidungsbefugnissen der jeweiligen Qualitätszirkel abhängig. Setzen sie sich aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschiedener Hierarchieebenen und Angehörigen unterschiedlicher Berufsgruppen zusammen, ist ihr Entscheidungs- und Gestaltungsspielraum entsprechend höher, als wenn es sich um Beschäftigte einer einzigen Hierarchieebene und Berufsgruppe handelt. Ob und in welchem Maß Lösungen realisiert werden können, hängt letztlich davon ab, inwiefern die Arbeit der Qualitätszirkel in der Organisation Krankenhaus verankert ist und inwiefern sie durch das mittlere und obere Management unterstützt wird (Klimpel, 1999).

### *Integrationszirkel*

Unter Integrationszirkeln wird eine Kombination aus Gesundheits-, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitszirkeln verstanden. Sie haben das Ziel, auf Stations- und Teamebene den Anforderungen des magischen Dreiecks, der Balance zwischen Wirtschaftlichkeits-, Patienten- und Mitarbeiterorientierung, gerecht zu werden und dafür praktikable Lösungen zu finden (Pfaff, 1997).

### *Coaching und Stress Management Consultation*

Die Interventionen des Coaching (Pichler, 1996; Schreyögg, 1999) und der Stress Management Consultation (McGrath, 1983) sollen kommunikative und interpersonelle Fähigkeiten verbessern: durch professionelle Fachberatung einzelner Führungskräfte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter oder eines gesamten Teams. Die Beratenden sind in der Regel externe Experten und nicht Beschäftigte des Krankenhauses selbst.

### *Supervision*

Supervision im Krankenhaus hat häufig ähnliche Inhalte, wie oben genanntes Coaching und Stress Management Consultation. Auch mit der Arbeit in Qualitätszirkeln gibt es Überschneidungen. Die Abgrenzung der Charakteristika von Supervision einerseits und Qualitätszirkeln auf der anderen Seite läßt sich mit Ramme (1998) folgendermaßen denken:

„Supervision fokussiert vor unterschiedlichen theoretischen Hintergründen die Beziehungen zwischen Teammitgliedern und/oder Patienten im beruflichen Kontext, während sich Qualitätszirkelarbeit primär auf die Prozesse, Ressourcen und Ziele einer Abteilung bzw. eines Krankenhauses in bezug auf deren Patientenorientierung und Wettbewerbsfähigkeit konzentriert. Fall- wie auch Teamsupervision wirken in der Regel direkt über die anwesenden Teammitglieder in deren Arbeitszusammenhänge hinein, während ein Qualitätszirkel seine Ergebnisse immer auch anderen vermitteln und zur Entscheidung vorlegen muß.“ (Ramme, 1998, S.282)

Supervision ist demnach schwerpunktmäßig eher beziehungsorientiert, Qualitätszirkel sind eher auf Leistungs- und Wirtschaftlichkeitsoptimierung ausgerichtet. Da im „magischen Dreieck“ des Krankenhauses die Mitarbeiter-, die Patienten- und die Wirtschaftlichkeitsorientierung eng miteinander verknüpft sind, sind die Übergänge zwischen den beiden Verfahren und ihren Zielen fließend. Kühne (1997) hält das Instrument der Supervision für geeignet, um im Krankenhaus folgende Ziele zu erreichen (vgl. Kap.1.2):

- Verbesserung der sozialen Beziehungen innerhalb der einzelnen und zwischen den Berufsgruppen der Klinik,
- Reduktion von Streß,
- Verbesserung der Kooperation durch Einübung von Zusammenarbeit im Lösen von Aufgaben und Problemen des Arbeitsalltags,
- Förderung der Motivation von Zusammenarbeit am Organisationsziel der Krankenversorgung, Rehabilitation etc.,
- Förderung der gegenseitigen Unterstützung und des gegenseitigen Interesses innerhalb und außerhalb des Arbeitsprozesses,

- Herstellung eines positiven Lernmilieus, um Erfahrungen mit neuen Arbeitsweisen zu sammeln. (Kühne, 1997, S. 177)

-

Grossmann formuliert die kooperationsbezogenen Supervisionsziele in ähnlicher Weise. Er erweitert sie jedoch um die Arbeit an organisatorischen Veränderungsprozessen (vgl. Kap. 1.2). Ihm zufolge verfolgt Supervision im Krankenhaus die Aufgaben,

„Mitarbeiter in Bezug auf die Verarbeitung schwieriger und belastender Situationen zu unterstützen, Kooperationsprobleme im Team zu bearbeiten und Teamentwicklung zu fördern, die Arbeit im Team inhaltlich auszuwerten und Qualitätstandards zu erarbeiten, Arbeitsabläufe zu überarbeiten und dabei Erwartungen, Rollen, Kompetenzen und Regeln zu klären, Führungskräfte bei der Gestaltung ihrer Leitungsrolle zu beraten und Leitungsteams in ihrer Konstituierung und Entwicklung zu fördern und Prozesse der organisatorischen Veränderung und Entwicklung zu unterstützen“. (Grossmann, 1997, S. 178).

Zusammengefasst richten sich die Ziele von Supervision im Krankenhaus laut Grossmann auf die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb einer bzw. zwischen den verschiedenen Berufsgruppen, auf den Abbau von Belastungen, auf Rollenklärung, sowie nicht zuletzt auf die Überarbeitung und Optimierung arbeitsbezogener Handlungsabläufe. Neben der Arbeit auf der personalen und sozialen Ebene ist damit die Berücksichtigung der organisationalen und strukturellen Bedingungen unverzichtbarer Bestandteil der Supervision im Krankenhaus.

Zur Personalentwicklung im Krankenhaus wurde in letzter Zeit Kritik laut. Diese stellt nicht die Effizienz einzelner Maßnahmen in Frage, sondern richtet sich auf die Gesamtkonzeption krankenhausbezogener Personalentwicklung.

### **5.3 Kritik an Personalentwicklung im Krankenhaus**

Eichhorn & Schmidt-Rettig (1995) kamen im Rahmen einer Studie zur Mitarbeitermotivation im Krankenhaus hinsichtlich der Durchführung von Personalentwicklung zum Ergebnis, daß in der Krankenhauspraxis zwar insbesondere seitens des Pflegedienstes von Personalentwicklungsmaßnahmen vielfältig Gebrauch gemacht würde, es aber in der Regel an einer systematischen und strukturierten Einordnung von Personalentwicklung in den Gesamtrahmen der Personalpolitik eines Krankenhauses fehle. Diese Autoren kritisieren, daß häufig die Teilnahme an Seminaren oder Kursen „als eine Art von Belohnung für gute Arbeit angesehen (werde), ohne daß vorher die systematische Überlegung ange-

stellt wird, in welchen Bereichen des Krankenhauses für welche Berufsgruppe welcher Bildungsbedarf bestehe“ (Eichhorn & Schmidt-Rettig, 1995, S.291).

Speziell im Hinblick auf Supervision im Krankenhaus gibt Grossmann zu bedenken, daß diese Art der Intervention der „Tendenz der Organisation zur Personalisierung von Problemlagen“ entgegenkäme, weswegen in manchen Fällen eine umfassende Organisationsentwicklung einen angemesseneren Zugang zu institutionellen Veränderungsprozessen darstelle (Grossmann, 1997, S. 195).

Ein damit zusammenhängender Kritikpunkt an der Personalentwicklung im Krankenhaus ist, daß entsprechende Maßnahmen häufig zu spät und korrektiv, als Reaktion auf bereits aufgetretene Probleme, eingesetzt werden. Bisher gäbe es in Krankenhäusern kaum zukunftsorientierte Personalentwicklungsplanung mit langfristiger Zeitperspektive und strategischer Bedeutung (Borsi, 1997, S.132). Es wird empfohlen, für ein Gesamtkrankenhaus ein systematisches Weiterbildungskonzept zu entwickeln, in dem der jeweilige Bildungsbedarf unter Beachtung künftiger Anforderungen berücksichtigt wird (Eichhorn & Schmidt-Rettig, 1995). Personalentwicklung sei *proaktiv* und *präventiv* in die Gesamtkonzeption eines Krankenhauses einzubauen. Diese Aufgabe stellt sich dem Personalmanagement des Krankenhauses, das sich aus der Personalabteilung und den Leitungen der verschiedenen Berufsgruppen zusammensetzt (Borsi, 1997). Gefordert werden letztlich Analysen und Prognosen des Personalentwicklungsbedarfs, die eine systematische Reflektion und Evaluation der jeweiligen spezifischen Maßnahmen einschließen und dabei gleichzeitig das Gesamtkonzept im Auge behalten.

Das folgende Kapitel stellt organisatorische und institutionelle Bedingungen des Universitätsklinikums Freiburg dar, als dem Setting der vorgelegten empirischen Studien. Unter dessen Maßnahmen und Angeboten zur Personalentwicklung und –förderung wird dem klinikinternen Supervisionsdienst als dem eigentlichen Untersuchungsgegenstand in einem größeren Abschnitt besondere Aufmerksamkeit gewidmet.

## 6 Das Untersuchungsfeld

### 6.1 Merkmale des Universitätsklinikums Freiburg

Das Freiburger Universitätsklinikum ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung. Sämtliche Fachrichtungen der Medizin sind darin durch folgende Fachkliniken und Institute vertreten (Tab. 4).

**Tab. 4: Kliniken des Universitätsklinikums Freiburg**

Medizinische Universitätsklinik
Chirurgische Universitätsklinik
Anästhesiologische Universitätsklinik
Neurochirurgische Universitätsklinik
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychosomatik
Neurologische Universitätsklinik
Universitätsklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Universitätsklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
Universitäts-Hautklinik
Universitäts-Augenklinik
Radiologische Universitätsklinik
Universitäts-Kinderklinik
Universitäts-Frauenklinik

Das Universitätsklinikum vereinigt in seinen Gebäuden Krankenversorgung, Forschung und Lehre. Mit ungefähr 8.000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, darunter circa 1000 Ärztinnen und Ärzten und 2.800 Pflegekräften ist es der größte Arbeitgeber in der Region. Der Bettenbestand liegt bei annähernd 1.800 Planbetten in 110 Stationen. Neben 54.000 Patientenaufnahmen erfolgen pro Jahr über 300.000 ambulante Patientenbesuche („Leitfaden für Mitarbeiter“, 2001).

Das Klinikum beteiligt sich an der Ausbildung für nichtärztliche Berufe im Gesundheitswesen. Es betreibt Schulen, stellt im Angestellten- und Arbeiterbereich Plätze für Auszubildende bereit und beschäftigt Praktikantinnen und Praktikanten. Insgesamt bestehen hier rund 550 Ausbildungsplätze in folgenden Schulen: Krankenpflegeschule, Kinderkrankenpflegeschule, Schule für Physiotherapie, Schule für Medizinisch-Technische Assistenten, Hebammenschule, Orthoptikschule.

Geleitet wird das Klinikum durch einen fünfköpfigen Vorstand, dem der Leitende Ärztliche Direktor als Vorsitzender, der stellvertretende Ärztliche Direktor,

der Kaufmännische Direktor, der Dekan der Medizinischen Fakultät und die Pflegedirektorin angehören. Der Klinikumsvorstand führt die Dienstaufsicht über die Einrichtungen des Klinikums.

## **6.2 Maßnahmen der Personalentwicklung**

Die Angebote und Maßnahmen zur Personalentwicklung am Klinikum sind vielfältig. Sie reichen von Seminaren und Trainings des klinikeigenen Schulungszentrums, der dem Klinikum angegliederten Akademie für medizinische Berufe, zu der die Krankenpflegeschule zählt, über die Innerbetriebliche Fortbildung des Pflegedienstes bis hin zu Vorgaben und Maßnahmen zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf am Arbeitsplatz (Kinderbetreuungsstätte, Frauenförderung), den Diensten der Psychosozialen und der Sucht-Beratung, Qualitätszirkeln und Supervision. Diese verschiedenen Dienste, Angebote und Maßnahmen sind bisher nicht systematisch aufeinander bezogen und arbeiten in weiten Teilen unabhängig voneinander. Sie werden im Folgenden vorgestellt.

### **Angebote des Schulungszentrums**

Zur beruflichen und persönlichen Weiterbildung und -entwicklung der Beschäftigten gibt es am Klinikum ein innerbetriebliches *Schulungszentrum*, in dem Personalentwicklungsmaßnahmen „near the job“ durchgeführt werden. Das Angebot des Schulungszentrums richtet sich an Beschäftigte aller Berufsgruppen. Geschult werden Kenntnisse in unterschiedlichen Bereichen: Datenverarbeitung (z.B. Tabellenkalkulation, Grafikanwendung), Ethik, Arbeitstechnik (z.B. Gedächtnis- und Konzentration, Projektmanagement), Kommunikation/Zusammenarbeit (z.B. Rhetorik, Mitarbeiterführung) und Gesundheit (z.B. Entspannungsverfahren, Umgang mit Gefahrstoffen).

### **Weiterbildungen an der Krankenpflegeschule**

Speziell für Pflegende werden in Kooperation mit der Krankenpflegeschule des Klinikums *Fachweiterbildungen* (z.B. zur OP-, Intensiv- und Psychiatriefachkraft), sowie berufsbegleitende *Mentoren-* und *Stationsleitungskurse* angeboten. Es handelt sich um Fort- und Weiterbildungen zur Förderung der individuellen Fach- und Methodenkompetenz.

**Innerbetriebliche Fortbildung des Pflegedienstes**

Neben den Angeboten des Schulungszentrums und der Krankenpflegeschule gibt es seit 1999 eine Innerbetriebliche Fortbildung des Pflegedienstes am Universitätsklinikum Freiburg. Für deren Organisation und Koordination wurde eine Stabsstelle bei der Pflegedirektorin eingerichtet. Die Fortbildungen umfassen ein weites Spektrum an Inhalten und pflegerischen Fachgebieten. Es gibt spezifische Fortbildungen für einzelne Kliniken und klinikübergreifende Angebote. Klinikspezifische Seminare werden in der Regel bedarfsorientiert angeboten und gehen meist auf entsprechende Vorschläge der zuständigen Pflegedienstleitungen zurück. Beispiele dafür sind ein "Gipskurs" in der Chirurgie und ein Seminar über "Tees in der Kinderkrankenpflege" in der Kinderklinik. Klinikübergreifende Fortbildungen reichen von Brandschutz, über Dokumentation, Umgang mit Zytostatika, Blutentnahme, Strahlenschutz, Reanimation bis hin zu Teamarbeit, kommunikative Fähigkeiten am Arbeitsplatz, Umgang mit Sterbenden und Kundenorientierung im Krankenhaus. Mit Ausnahme der für alle Pflegenden verpflichtenden Fortbildung im "Brandschutz" richtet sich die Innerbetriebliche Fortbildung des Pflegedienstes an interessierte Beschäftigte, die aus eigenem Antrieb daran teilnehmen möchten.

**Betreuung von Kindern Beschäftigter**

Die klinikeigene *Kindertagesstätte* und der *Personalkindergarten* sind organisatorische Maßnahmen zur besseren Vereinbarkeit von Familie und Beruf der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums.

**Frauenförderung**

Die Förderung der beruflichen und persönlichen Entwicklung von weiblichen Beschäftigten, kurz *Frauenförderung*, wird durch zwei gewählte Frauenvertreterinnen unterstützt. Die *Frauenbeauftragte* ist zuständig für Belange der Wissenschaftlerinnen, die *Frauenvertreterin* zuständig für Belange der nichtwissenschaftlich Beschäftigten des Klinikums. Frauenbeauftragte und Frauenvertreterin beraten Mitarbeiterinnen hinsichtlich beruflicher Qualifizierungsmaßnahmen und Karriereplanung, aber auch in Konfliktsituationen am Arbeitsplatz, insbesondere bei Benachteiligungen aufgrund des Geschlechts. Über die individuelle Förderung arbeiten Frauenbeauftragte und Frauenvertreterin Vorschläge aus zur Beseitigung struktureller geschlechtsspezifischer Benachteiligung.

gungen von Klinikumsbeschäftigten. Die Frauenförderung setzt damit einerseits auf der individuellen, andererseits auf der strukturellen Ebene im Klinikum an.

### **Psychosoziale Beratungsstelle**

Für weibliche und männliche Mitarbeiter gleichermaßen verfügt das Klinikum über eine *Psychosoziale Beratungsstelle*, an die sich jede/r Einzelne bei individuellen Problemen am Arbeitsplatz, in akuten Krisen- und besonderen psychischen Belastungssituationen wenden kann. Dieser Dienst ist mit einer Halbtagsstelle ausgestattet. Eine ärztliche Psychotherapeutin bietet darin Einzel- und Teamberatungen an, führt Kriseninterventionen durch und berät über externe Hilfsmöglichkeiten.

### **Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht**

Speziell in Fragen der Suchtgefährdung und Suchtproblematik können sich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an die klinikeigene *Kontaktstelle für Alkoholprobleme und Sucht* wenden. Eine Sozialarbeiterin und ein Sozialarbeiter bieten dort entsprechende Beratungen an, vermitteln bei Bedarf Kontakte zu Selbsthilfegruppen, externen Therapeutinnen und Therapeuten und Suchtkliniken und stehen im Rahmen der Nachsorge für langfristige Begleitung nach therapeutischer Behandlung zur Verfügung. Im Rahmen der Suchtprävention führen sie Schulungen für Vorgesetzte durch, halten Vorträge und stellen Informationsmaterial bereit.

### **Qualitätszirkel**

Auf Initiative der Leitenden Pflegedirektorin, Frau Beate Buchstor, wurden seit 1998 in einigen Kliniken *Qualitätszirkel* eingerichtet. Sie verfolgen das Ziel, arbeitsrelevante Fragen, die Pflegende betreffen (Arbeitsabläufe, Organisation, Pflegehandlungen), zeitnah, unbürokratisch und unmittelbar vor Ort zu lösen. In manchen dieser Qualitätszirkel nehmen bei Bedarf auch die Ärztinnen und Ärzte der jeweiligen Stationen teil.

### **Supervisionsdienst**

Übergeordnetes Ziel der *Supervision für Pflegende und Stationsteams* am Klinikum ist es, die Beschäftigten darin zu unterstützen, mit berufsbedingten Belastungen umzugehen und so die Freude an ihrer Tätigkeit, ihre Arbeitsmotivation und Leistungsfähigkeit, sowie die Funktionstüchtigkeit des Teams zu erhalten

oder zu erhöhen. Dieses spezifische Instrument der Personalentwicklung steht im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit und wird in den nächsten Abschnitten eingehend dargestellt.

### **6.3 Supervision von Pflegepersonal - das "Freiburger Modell"**

Dargestellt werden im Folgenden zunächst Funktion, Ansatzpunkte und Ziele der Supervision, sowie der berufspolitische Hintergrund, vor dem der Supervisionsdienst am Freiburger Universitätsklinikum implementiert wurde. Dem schließen sich die theoretisch begründete Darstellung des Konzepts sowie der praktischen Durchführung der Supervision im Klinikumsalltag an. Das Aufzeigen der immanenten und strukturellen Grenzen dieser Supervision, sowie deren Charakteristika bzw. ihrer Gemeinsamkeiten mit anderen am Universitätsklinikum verfügbaren Methoden zum Umgang mit Belastungen, bilden den Schluß dieses Kapitels zum "Freiburger Modell" der Supervision von Pflegepersonal.

#### **6.3.1 Ansatzpunkte, Funktionen und Ziele der Supervision**

Stationsteams sind die Organisationseinheiten, in denen Individuen in ihrer beruflichen Rolle als Pflegende mit der Institution Krankenhaus in Verbindung treten. Stationsteams stellen damit die Schnittstelle zwischen Individuum und Gesamtorganisation dar. An dieser Schnittstelle ist die Supervision angesiedelt, als eine zunächst grundsätzlich gruppenbezogene Interventionsmaßnahme. Da auch im Gruppensetting gelegentlich einzelne Teilnehmende im Vordergrund der Intervention stehen, umfaßt Supervision darüber hinaus Merkmale von Interventionen auf Individualebene.

Ansatzpunkte, Funktionen und Zielsetzungen der Supervision (Tab. 5) lassen sich prinzipiell sowohl auf die Gruppen- wie auf die individuelle Ebene beziehen. Diese spezifisch für den Bereich Pflege im Krankenhaus erarbeitete Klassifikation entstand vor dem Hintergrund anerkannter Systematiken zu Ansatzpunkten und Funktionen allgemeiner arbeitsplatzbezogener Interventionen (Bungard & Antoni, 2004; Proctor, 1991; Levi, 2002).

**Tab. 5: Ansatzpunkte, Funktionen und Ziele von Supervision**

<b>Ansatz</b>	<b>Funktion</b>	<b>Zielsetzung</b>
Konfliktursachen beseitigen Konflikte bewältigen Emotional entlasten	Korrektiv/Restaurativ	Beeinträchtigungslosigkeit – Psychosoziales Wohlbefinden
Informationen u. Wissen vermitteln	Normativ	Wissenserweiterung
Fähigkeiten u. Ressourcen stärken	Formativ/Integrativ	Kompetenzförderung
Belastungen vermeiden	Präventiv	Schädigungsfreiheit – Gesundheitsförderung

Die folgenden Beispiele illustrieren die verschiedenen Supervisionsschwerpunkte und deren übergeordnete Zielsetzungen.

Geht es auf einer Station um aktuelle Konflikte, wie etwa eine mangelnde Zusammenarbeit zweier Krankenschwestern, die „absolut nicht mehr miteinander arbeiten können“, besteht in der Supervision sowohl die Möglichkeit, zu versuchen, die Konfliktursachen zu beseitigen als auch die Möglichkeit, auf einen angemessenen Umgang mit der konflikthaften Situation hinzuarbeiten. Die Supervision hat dabei jeweils eine korrektive oder restaurative Funktion. Von einer Beseitigung der Konfliktursachen kann gesprochen werden, wenn etwa die Mißverständnisse, die dem gegenseitigen Ignorieren zugrunde liegen, geklärt und aus dem Weg geräumt werden können. Sich um einen angemessenen Umgang mit der konflikthaften Situation zu bemühen, könnte heißen, daß die beiden Betroffenen sich in der Supervision darauf verständigen, sich in den nächsten vier Wochen am Ende jeder gemeinsamen Schicht einige Minuten zusammenzusetzen, um sich über die Art und Weise ihrer kollegialen Kooperation auszutauschen. Ebenfalls eine restaurative Funktion erfüllt Supervision dann, wenn sie bei einzelnen oder mehreren Teammitgliedern zur emotionalen Entlastung beiträgt, bspw. hinsichtlich der Begleitung einer sterbenskranken jungen Patientin. Analog des nach Schüpbach & Zölch erweiterten arbeits- und organisationspsychologischen Modells der Kriterien humaner Arbeit (vgl. Kap. 4.1) ist die übergeordnete Zielsetzung einer schwerpunktmäßig auf Konfliktlösung, Konfliktbewältigung oder emotionale Entlastung angelegten Supervision auf der Dimension „Beeinträchtigungslosigkeit – Psychosoziales Wohlbefinden“ anzusiedeln. Gelegentlich hat Supervision den Aspekt, Informationen und Wissen zu vermitteln. Sofern sich dies auf bestimmte gesellschaftliche Werte oder Gegebenheiten

bezieht, hat sie dann normative Funktion. Werden in einem Team in der Supervision bspw. konträre Auffassungen darüber deutlich, wie sich die Pflegenden der Station sowohl Patientinnen und Patienten als auch anderen Berufsgruppen gegenüber namentlich vorstellen sollen („Schwester Martha“ oder „Frau Meier“), kann die Mitteilung, daß in den weitaus meisten Klinikums-Abteilungen die Vorstellung mit dem Nachnamen die Regel sei, normativer Art sein, wenn sie die Entscheidung des Teams hinsichtlich einer künftig einheitlichen Handhabung dieser Frage auf Station beeinflusst. Als übergeordnete Zielsetzung der Vermittlung von Informationen in der Supervision ist die Wissenserweiterung zu sehen.

Eine Stärkung von Fähigkeiten und Ressourcen durch die Supervision ist etwa beim Thema „Konstruktives Äußern von Kritik“ gegeben: Die Supervisorin vermittelt eine dazu hilfreiche rhetorische Strategie, die die Supervisanden an eigenen Beispielen aus dem Stationsalltag einüben. In diesem Fall hat die Supervision zunächst formative und, sofern es dem Team gelingt, das Gelernte im Umgang miteinander anzuwenden, auch integrative Funktion. Beim Ansatz, Fähigkeiten und Ressourcen im Team zu stärken, ist die Förderung von Kompetenz übergeordnete Zielsetzung.

Supervision soll auch dazu beitragen, vermeidbare arbeitsassoziierte Belastungen vorherzusehen und ihrem Auftreten vorzubeugen. Ein Beispiel ist die Arbeit mit einem Team einer neu eingerichteten Station, dessen Mitglieder sich im Vorfeld der Stationseröffnung in der Supervision gründlich mit verschiedenen potentiell konflikthaften arbeitsorganisatorischen Fragen befassen. Im Rahmen ihrer Kompetenzen einigen sie sich dabei bspw. auf einen teamverbindlichen Standard hinsichtlich der Ableistung der Rufbereitschaft auf der künftigen Station. Die Supervision erfüllt in einem solchen Fall präventive Funktion. Analog des erwähnten arbeits- und organisationspsychologischen Modells der Kriterien humaner Arbeit ist die übergeordnete Zielsetzung einer Supervision, die darauf zielt, Belastungen zu vermeiden, auf der Dimension „Schädigungsfreiheit – Gesundheitsförderung“ anzusiedeln.

Insgesamt wird angestrebt, die verschiedenen Ansatzpunkte und Zielsetzungen der Supervision in der Praxis miteinander zu verschränken. So finden sich in einzelnen Sitzungen zwar bestimmte Schwerpunkte, mal steht die formative, dann die korrektive oder eine andere Funktion der Supervision im Vordergrund,

eine strikte Trennung dieser verschiedenen Supervisionsschwerpunkte wäre jedoch nicht praxis- und bedarfsgerecht.

### **6.3.2 Implementierung und Struktur des Dienstes**

Obgleich inzwischen einige Krankenhäuser ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, insbesondere der onkologischen und psychiatrischen Stationen, Supervision als Maßnahme der Personalentwicklung ermöglichen, kann in Allgemeinkrankenhäusern von einer regelhaften institutionellen Einbindung der Supervision nicht die Rede sein (Dahmen-Fischer, 1992; Degenhardt, 1994). An den meisten Kliniken werden externe Supervisorinnen und Supervisoren mit umschriebenen Arbeitsaufträgen in ausgewählten Abteilungen für einen definierten Zeitraum betraut.

Das Freiburger Universitätsklinikum hat diesbezüglich eine Vorreiterrolle: Bereits im Jahr 1989 wurde die Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik vom Klinikumsvorstand beauftragt, institutionsinterne Supervisionen für den Pflegedienst des Gesamtklinikums einzurichten. Im Unterschied zum Modell der externen Supervision, in dem es in der Regel die Leitungsebene ist, die eine Supervision in Auftrag gibt, sollte den Stationen des Klinikums damit ein unmittelbarer Zugang zu diesem Angebot ermöglicht werden. Dafür wurde 1989 eine halbe Stelle für eine psychologische Supervisorin bereitgestellt. Die steigende Inanspruchnahme des Angebots seitens der Stationen veranlaßte die Klinikumsverwaltung schon ein Jahr später, 1990, den Dienst mit einer vollen Stelle an der Abteilung Psychosomatik zu institutionalisieren. In den ersten drei Jahren wurden Supervisionsgruppen in Arbeits- und Aufgabenteilung von mehreren der in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik tätigen Psychologen und Psychologinnen angeboten. Insgesamt waren in dieser Zeit neun Personen mit der Gruppendurchführung betraut. Alle hatten gleichzeitig noch weitere Arbeitsschwerpunkte in Patientenversorgung oder Forschung. Wegen der niedrigen Frequenz, in der die Einzelnen Supervisionen durchführten, dauerte es in diesem Konzept der arbeitsteiligen Supervision entsprechend lange, bis jemand Erfahrung mit dieser spezifischen Tätigkeit gesammelt hatte. Außerdem erlebten es manche dieser Mitarbeiter als schwierig, innerhalb eines Arbeitstages zwischen der beruflichen Haltung als Psychotherapeut und der als Supervisor zu wechseln. Aus diesen Erfahrungen wurde 1993 die Konsequenz gezogen, die Supervisionsstelle grundsätzlich mit Supervisoren/Supervisorinnen zu besetzen, die eigens für den Dienst zur Verfügung stehen. Derzeit teilen sich zwei Psycholo-

ginnen die Stelle. Durch die weiterhin gegebene fachliche Anbindung an die Abteilung Psychosomatik des Universitätsklinikums wird deren kontinuierliche Fort- und Weiterbildung sichergestellt. Neben der regelmäßigen Intervision findet alle zwei Wochen eine einstündige Supervision der Arbeit durch den Leitenden Psychologen der Abteilung Psychosomatik statt.

### **Räumliche und organisatorische Merkmale**

Die Supervisorinnen haben ein eigenes Dienstzimmer in der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik. Die Abteilung gehört zur Psychiatrischen Klinik, die als Außenklinik etwa einen Kilometer vom Hauptklinikum entfernt liegt. Einzelsupervisionen und Coachings finden in den Räumlichkeiten des Supervisionsdienstes statt. Für Gruppensupervisionen, die immer in Konferenzräumen der betreffenden Klinik stattfinden, zu der die Supervisionsgruppe gehört, begibt sich die Supervisorin in die jeweilige Klinik des Hauptkomplexes.

Der Supervisionsdienst steht den Beschäftigten des Klinikums montags bis freitags in der Zeit von 9 bis 17.30 Uhr zur Verfügung. Die meisten Gruppensupervisionen von Stationen, auf denen die Mitarbeiter im Schichtdienst tätig sind, finden direkt nach der Mittagsübergabe statt, also von 14 bis 15.30 Uhr. Da sich dazu Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Frühdienstes und des Spätdienstes treffen müssen nur noch wenige Pflegende eigens für die Supervision in die Klinik kommen. Supervisionen von Beschäftigten mit Kernarbeitszeiten finden am Vormittag oder späteren Nachmittag statt, etwa Stationsleitungsgruppen oder die Supervision von Pflegenden aus Funktionsbereichen (Ambulante Pflege, Röntgenabteilung). Einzelsupervisionen, die in erster Linie für Beschäftigte in Leitungspositionen angeboten werden, richten sich terminlich nach den Möglichkeiten der Supervisanden. Insbesondere bei kurzfristig nötigen Kriseninterventionen stehen die Supervisorinnen auch für Termine außerhalb ihrer Regelarbeitszeit zur Verfügung, so daß auch gelegentlich Sitzungen abends oder am früheren Morgen stattfinden.

### **Bekanntmachung und Darstellung des Leistungsangebots**

Auf das Angebot des Supervisionsdienstes wird klinikumsintern regelmäßig hingewiesen. Die monatlich erscheinende Mitarbeiterzeitung des Klinikums veröffentlicht in jeder Ausgabe die Telefonnummern des Supervisionsdienstes. Ein bis zwei Mal pro Jahr berichten die Supervisorinnen in diesem Medium aus-

fürlicher über verschiedene Aspekte ihrer Arbeit (z.B. Indikationen zur Inanspruchnahme von Supervision). Über den Supervisionsdienst informiert außerdem ein Papier, in dem Angebot und Leistungsspektrum dargestellt sind. Dieses Informationsblatt liegt im Klinikum aus und wird darüber hinaus ein Mal pro Jahr über die Pförtner der verschiedenen Kliniken in die Postfächer der Stationen und Funktionsbereiche verteilt.

Schließlich ist das Leistungsangebot des Supervisionsdienstes auch auf dessen Homepage ([www.uniklinik-freiburg.de/supervisionsdienst](http://www.uniklinik-freiburg.de/supervisionsdienst)) im Intra- und Internet dargestellt. Die Seite wird regelmässig aktualisiert.

Gegenstand des folgenden Abschnittes sind die konzeptuellen Grundlagen der Supervision am Freiburger Klinikum.

### **6.3.3 Konzeptuelle Begründung der Supervision am Klinikum**

Die konzeptuellen Grundlagen des Freiburger Supervisionsmodells wurden unter Rückbezug auf die klinische Praxis ausgearbeitet und weiterentwickelt.

Wegen der traditionell psychoanalytischen Orientierung der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik am Freiburger Universitätsklinikum und weil es anfangs weder theoretische Modelle in der Literatur noch eigene praktische Erfahrungen mit der speziellen Art von Supervision mit Pflegepersonal im Allgemeinkrankenhaus gab, wurde zunächst nach dem sogenannten Balint-Modell gearbeitet. Michael Balint war ein ungarischer Psychoanalytiker, der in den 50er Jahren einen wegweisenden Supervisionsansatz entwickelte. Er transformierte das in der Psychoanalyse übliche dyadische Setting zur Gruppenarbeit, wandte es auf Fachfremde, d.h. frei praktizierende Ärzte an und eröffnete mit diesem Ansatz eine neue Perspektive: Supervision als eine generelle Beratungsform, die auf jede professionelle Interaktion angewandt werden kann. Das Balintmodell erfaßt emotionale Beziehungsmuster und die Probleme der Übertragung und Gegenübertragung (Loch, 1975). Dabei fördert diese Methode eine Emotionalisierung der Teamsupervision.

Eine verstärkte Emotionalisierung ist im Rahmen von Supervision am Arbeitsplatz allerdings fragwürdig bis unerwünscht. Im Supervisionsdienst des Klinikums wurde zudem deutlich, daß das Balintmodell den Strukturen der Institution Krankenhaus und ihren definierten sozialen Rollen nicht gerecht wird. Mit diesem Paradigma kann weder adäquat auf faktische Probleme in der Arbeit noch auf solche eingegangen werden, die aus den formal festgelegten Beziehungen in

der Krankenhaushierarchie resultieren. Darüber hinaus kann, anders als in Balintgruppen, von einer Konstanz der Teilnehmenden in Supervisionsgruppen im Allgemeinkrankenhaus aufgrund des Schicht-, Nacht- und Wochenenddienstes nicht ausgegangen werden.

Auf dem Hintergrund dieser Erfahrungen und der, unter Leitung von Michael Wirsching seit 1989 systemischen Ausrichtung der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatik, wurde ein spezifisches Supervisionskonzept entwickelt, das auf das Setting Krankenhaus ausgerichtet ist (Murjahn, 1991; Hartmann *et al.* 1993; Wittich, Hartmann & Murjahn 1996).

Folgende Merkmale der systemischen Sicht- und Arbeitsweise kennzeichnen supervisorisches Selbstverständnis und Grundhaltung im „Freiburger Modell“:

- Multiperspektivität
- Joining
- Neutralität und Allparteilichkeit
- Ressourcen- und Lösungsorientierung

*Multiperspektivität* als Grundprinzip folgt aus der systemischen Betrachtung von Gruppen als kommunikativem Feld unterschiedlicher Menschen mit je eigenen subjektiven Wirklichkeiten. Das gemeinsame Erleben und Handeln im Team wird von diesen unterschiedlichen Wirklichkeiten bestimmt. In der Supervision gilt es daher, die Vielfalt von Perspektiven zu respektieren.

*Joining* bezeichnet den aktiven Versuch der Supervisorin, die Grundlage für eine vertrauensvolle Arbeitsbeziehung mit den Gruppenmitgliedern herzustellen, ohne dabei schon den Anlaß für die Supervision zu benennen. Erster informeller Gesprächsinhalt kann dabei jedes naheliegende Thema sein, das es erleichtert, in Kontakt zu treten. Zur Herstellung einer vertrauensvollen Beziehung trägt darüber hinaus auch der ausdrückliche Hinweis auf die Bindung an die Schweigepflicht bei.

*Neutralität und Allparteilichkeit.* In der Supervision sollen grundsätzlich alle Teammitglieder zu Wort kommen. Die Supervisorin bleibt in ihrer Bewertung der unterschiedlichen Auffassungen und Problemsichtweisen weitgehend neutral. Ihre Allparteilichkeit zeigt sich darin, daß sie sich bemüht, für alle Teammitglieder gleichermaßen Partei zu ergreifen, die Verdienste und Bemühungen jedes Teammitglieds zu würdigen und sich mit beiden Seiten ambivalenter Beziehungen zu identifizieren.

*Ressourcenorientierung* bezeichnet die Grundhaltung und Überzeugung, daß Teams über Fähigkeiten und Möglichkeiten zur Lösung ihrer Konflikte und zur

Bewältigung anstehender Aufgaben verfügen. Die Supervision soll dabei einen Rahmen bieten, um diese Ressourcen zu erkennen und nutzbar zu machen. Mit dem Ressourcenbegriff eng verknüpft ist deshalb der Begriff der *Lösungsorientierung*. Was als Lösung gesehen und akzeptiert wird, hängt immer vom jeweiligen Gruppenkontext ab: nur was sich bei der Belastungsbewältigung bewährt, kann auch als Lösung gelten. Diese Grundhaltungen sind zwar wesentlich aber nicht spezifisch für Supervision bzw. Supervision im Krankenhaus. Wirsching & Scheib (2002) haben sie im Kontext der systemischen Paar- und Familientherapie ausführlich dargestellt.

Spezifisch für Supervision im Setting Krankenhaus ist allerdings der Umstand, daß die Teilnehmenden der Gruppen aufgrund ihrer Nacht- und Schichtdienste von Sitzung zu Sitzung wechseln. Das supervisorische Vorgehen trägt dem Rechnung: In jeder Sitzung werden deshalb ein oder mehrere *umschriebene* Themen behandelt und möglichst zum Abschluß gebracht. Diese Themen werden zu Beginn von den Teilnehmenden festgelegt. Sind mehrere vorgeschlagen, wird gemeinschaftlich entschieden, ob, in welcher Reihenfolge und mit welcher zeitlichen Gewichtung jedes der genannten Themen bearbeitet werden sollen. In den Supervisionssitzungen kann grundsätzlich jedes berufsbezogene Thema bearbeitet werden. So werden Patientinnen und Patienten vorgestellt, Schwierigkeiten innerhalb des Pfllegeteams oder zwischen verschiedenen Berufsgruppen thematisiert, Organisationsstrukturen auf Station oder in der Abteilung überdacht und die Rahmenbedingungen der Arbeit in der Klinik diskutiert.

Der Unterschiedlichkeit der Themen entsprechend, sind verschiedene Theorieelemente für die weitere Konzeptualisierung krankenhausspezifischer Supervision nötig (Schreyögg, 1992; Schaub, 1994; Grossmann, 1997). In die *Fallsupervision* fließen Konzepte der tiefenpsychologischen Behandlungspraxis unter besonderer Berücksichtigung der Gegenübertragung ein. Bei *Teamproblemen* kommen Konzepte des Konfliktmanagements und der Mediation zur Anwendung (Scholl, 2004). Wenn es gelegentlich um *Organisationsstrukturen* und institutionelle Rahmenbedingungen einer Abteilung oder einer Station geht, spielen organisationspsychologische Sichtweisen und Kenntnisse eine Rolle (Büssing, 2004; Gebert, 2004).

Ist das zu bearbeitende Thema von der Gruppe gefunden und präzisiert, besteht die Aufgabe der Supervisorin darin, Deutungsmuster auszuwählen und entsprechende andere Handlungsmöglichkeiten zur Diskussion zu stellen (Schreyögg, 1992, vgl. Kap. 1.2). So kann beispielsweise aggressives Verhalten eines

Patienten und die Reaktionen der Pflegenden untersucht und verstanden werden, um im Anschluß Alternativen für den konkreten Umgang mit dem Patienten zu erarbeiten. Während es manchmal recht schnell gelingt, Strategien zur Lösung eines Problems aufzuzeigen, ist dies bei der Analyse konzeptioneller Probleme, z.B. der Frage, ob eine Station eine Schichtleitung einführen soll, nicht immer sofort möglich. Ist das Team als ein kooperierendes System mit solch konzeptionellen Fragestellungen konfrontiert, lassen sich diese häufig an mehreren aufeinanderfolgenden Sitzungen bearbeiten, auch dann, wenn nicht alle Teilnehmenden in jeder Sitzung anwesend sein können.

In der Supervision innerhalb der Organisation Krankenhaus gilt es einerseits, unabänderliche Bedingungen dieser Institution zu erkennen, andererseits jene Bedingungen, auf die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Einfluß haben, mit angemessenen Interventionen zu verändern. Solche Interventionen können klärende und differenzierende, eventuell zirkulär gestellte Fragen sein, um das vorliegende Problem zu identifizieren. Bei der Definition des zu erreichenden Zieles wird darauf geachtet, daß es *realistisch, klar und eindeutig, transparent, durchsetzbar und überprüfbar* ist. Bei der Planung des Vorgehens wird darauf fokussiert, *wer was* zu tun hat: es geht also um (abschließende) Vereinbarungen zu eindeutig definierten Handlungs- und Veränderungsvorschlägen. Bei dieser Erarbeitung konkreter Hilfen und Veränderungsmöglichkeiten wird auf die Relevanz für den Stationsalltag geachtet und die praktische Umsetzung des Erarbeiteten fokussiert. Jede Sitzung wird abgeschlossen durch eine Zusammenfassung ihrer Inhalte seitens der Supervisorin. Am Ende wird vereinbart, wann die Einhaltung getroffener Absprachen gemeinsam überdacht wird (zum Beispiel in einer nächsten Supervisionssitzung in Abstand von einigen Wochen). Die folgende Tabelle gibt einen Überblick über dieses typische Vorgehen (Tab. 6):

**Tab. 6: Vorgehen in der Supervision**

1. Problemdefinition/Inhalt	Was liegt vor? Welcher Art ist das Problem?
2. Zieldefinition  Ziel muß realistisch, klar und eindeutig, transparent, durchsetzbar und überprüfbar sein.	Was wollen wir? Was wollen wir nicht? Was/wieviel soll erreicht werden? Bis wann?
3. Planung des Vorgehens	Was muß getan werden? Wer soll was tun? Wie wird das dokumentiert?
4. Ergebnispräsentation	Wer berichtet wann wem?

Der nächste Abschnitt stellt dar, wie die Supervision im Klinikumsalltag durchgeführt wird.

#### **6.3.4 Konzept der praktischen Durchführung**

Supervisionsgruppen finden in *allen* Abteilungen des Freiburger Klinikums mit Ausnahme der Psychiatrischen Klinik statt<sup>4</sup>. Den Beschäftigten wird ihre Supervisionsteilnahme auf die *Arbeitszeit* angerechnet, sie ist für sie nicht mit Kosten verbunden.

Eine Gruppe konstituiert sich folgendermaßen: Nach einer telefonischen Supervisionsanfrage, meist durch die Stationsleitung, informiert die Supervisorin das Team über Setting und Vorgehen in der Supervision. Diese informatorische Sitzung findet auf der Station statt. Entschließt sich das Team, eine Supervision in Anspruch zu nehmen, wird ein schriftlicher Vertrag geschlossen. Der Vertrag zwischen Station und Supervisorin beinhaltet Ort, Termine und Dauer der Supervision.

Das Vorhandensein eines angemessenen Raumes ist eine wichtige Voraussetzung. Dieser Raum sollte möglichst nicht auf der Station selbst liegen, da ein ungestörtes Arbeiten dadurch erschwert würde. In der Regel organisiert die Stationsleitung für die Supervision einen Konferenzraum in derjenigen Klinik, zu der die Station gehört. Tab. 7 faßt die Rahmenbedingungen des Supervisionsangebots zusammen.

Das *reguläre Supervisionsangebot* an eine Station kann zunächst bis zu zehn jeweils 90minütige Sitzungen umfassen, in einem variablen Abstand (in der Regel alle zwei bis vier Wochen). Bei Bedarf und soweit es die Kapazitäten der beiden Supervisorinnen erlauben, besteht die Möglichkeit einer Verlängerung. Die Teilnahme an der Supervision geschieht grundsätzlich freiwillig, regelmäßige Teilnahme ist erwünscht. Ein weiteres Angebot sind *Kriseninterventionsitzungen* auf Stationen, bei denen die Arbeitsfähigkeit des Teams akut beeinträchtigt ist. Hier gilt der Grundsatz der Freiwilligkeit nicht. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind, sofern keine zwingenden Gründe dagegen sprechen, verpflichtet, bei bis zu drei Sitzungen zu erscheinen. *Einzelsupervisionen* sind

---

<sup>4</sup> Die Psychiatrische Klinik wurde von 1990 bis 1996 vom klinikinternen Supervisionsdienst mit versorgt. Aus klinikinternen Gründen sind seit 1997 ausschließlich externe Supervisoren in der Psychiatrischen Klinik tätig.

einstündige Sitzungen für Leitungskräfte. Frequenz und Dauer werden bedarfsgerecht vereinbart.

**Tab. 7: Rahmenbedingungen der Supervision am Klinikum Freiburg**

<p><b>Gruppensupervision für Stationsteams</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 90minütige Sitzungen</li> <li>- in zweiwöchigem Abstand</li> <li>- bis zu 10 Termine, Verlängerung nach Vereinbarung</li> <li>- Teilnahme freiwillig</li> <li>- Mindestteilnehmerzahl 3</li> </ul> <p><b>Krisenintervention für Stationsteams</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 90minütige Sitzungen</li> <li>- Frequenz nach Vereinbarung</li> <li>- bis zu 3 Termine</li> <li>- Teilnahme verpflichtend</li> </ul> <p><b>Einzelsupervision für Stations- u. Bereichsleitungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60minütige Sitzungen</li> <li>- Frequenz und Dauer nach Vereinbarung</li> </ul>
---

### 6.3.5 Grenzen der Supervision

Beengte bauliche Verhältnisse, die ärztliche Besetzung einer Station mit ausschließlich unerfahrenen, jungen Ärztinnen und Ärzten, personelle Engpässe im Pflegebereich - all diese strukturellen oder personellen Mängel wirken sich deutlich auf die Arbeits- und Belastungsfähigkeit eines Teams aus. Hier gelangt Supervision an ihre Grenzen.

Liegen die Ursachen von Beanspruchungen der Pflegenden in strukturellen Gegebenheiten, kann Supervision dazu dienen, diese Ursachen zu erkennen und zu benennen. Sie ist jedoch in solchen Fällen nicht das geeignete Instrument, um kausale Veränderungen herbeizuführen. Mark-Stemberger (1994) verweist darauf, daß die Ursachen von Problemen häufig nicht dort zu finden sind, wo die Auswirkungen spürbar werden, sondern auf den Ebenen Klinik, Gesamtinstitution und Gesellschaft. Entsprechend begrenzt seien auch die Möglichkeiten einzelner Stationsteams, Mängel zu beheben - selbst unter Inanspruchnahme von Supervision.

Für die Bearbeitung individueller, persönlichkeitsbedingter psychischer Schwierigkeiten einzelner Mitarbeiter ist Supervision ebenfalls nicht das Mittel der Wahl, wenngleich sich solche Problematiken durchaus negativ auf die Arbeit eines ganzen Teams auswirken können. Supervision vermag hier jedoch steu-

ernst einzugreifen, indem Ursachen diagnostiziert und Empfehlungen zum weiteren Vorgehen gegeben werden können. Dazu ist eine gute Kooperation mit den anderen Beratungs- und Unterstützungsangeboten am Klinikum notwendig und hilfreich.

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich Supervision als Dienstleistung zu diesen anderen Angeboten für Klinikumsbeschäftigte verhält.

### **6.3.6 Charakteristika und Gemeinsamkeiten mit anderen Angeboten**

Supervision stellt ein Instrument unter anderen dar, die Klinikumsmitarbeitern bei der Bewältigung von Anforderungen und Belastungen zur Verfügung stehen. Solche Angebote können grundsätzlich auf die individuelle, sowie auf Gruppen- oder Organisationsebene zielen (vgl. Kap 2.3).

Die meisten der vorgenannten klinikinternen Dienste (Psychosoziale Beratungsstelle, Kontaktstelle für Suchtprobleme, Frauenförderung, Schulungszentrum) sind in ihrer Arbeitsweise eher individuumszentriert. Die Supervision richtet sich dagegen in den meisten Fällen an Gruppen von Menschen, die beruflich eng miteinander- und zusammenarbeiten. Diese spezifische Form der Intervention ist damit an der Schnittstelle Individuum-Organisation, auf der Ebene des Teams, angesiedelt. Die Qualität der Zusammenarbeit eines Teams bestimmt wesentlich das Betriebsklima auf Station (Müller 1991). Im Unterschied zu den übrigen Interventionsmethoden beinhaltet Supervision die Möglichkeit, unmittelbar auf das spezifische Klima einer Station und damit auf einen Ausschnitt der Organisation Krankenhaus Einfluß zu nehmen. Dies ist auch der Fall, wenn in der Supervision Themen zur Sprache kommen, die als „kollektiv-individuelle Probleme“ bezeichnet werden können. So belastet beispielsweise die Pflege eines sterbenden Kindes, dessen Tumorschmerzen kaum zu stillen sind, häufig jedes einzelne Teammitglied. Die Supervision bietet in solchen Fällen einen geschützten Rahmen und die Zeit für gegenseitige Aussprache, die oft als unterstützend empfunden wird und wiederum auf das Stationsklima rückwirkt.

Gemeinsam ist den verschiedenen im Klinikum angewandten Strategien, daß es sich vorwiegend um *korrektive* Maßnahmen handelt. Sie werden dann in Anspruch genommen, wenn Probleme bereits aufgetreten und benannt worden sind. Dies gilt auch für den Supervisionsdienst. Er wird in der Regel erst beauftragt, wenn ein Team subjektiv erlebte Belastungen in der Arbeit als Beanspruchung

wahrnimmt. Die *Indikation* zur Supervision hängt zunächst von der Bewertung der berufsassozierten Belastungen durch ein ganzes Team oder die Mehrzahl der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Teams ab. Und sie greifen erst dann auf Supervision zurück, wenn sich zuvor andere Lösungsversuche des Teams oder der Leitung als nicht erfolgreich erwiesen haben. Dies gilt nicht nur für das Freiburger Klinikum, sondern wird als Spezifikum der Supervisionsarbeit in Kliniken auch in der Literatur geschildert:

„...seitens der Klinikleitung wird nur dann dringend Supervision angefordert, wenn die Krise an einer Station oder Ambulanz nicht mehr übersehen werden kann und Handlungsbedarf unumgänglich wird.“ (Mark-Stemberger, 1994, S. 23)

„Die Nachfrage nach der „Supervisionsfeuerwehr“ ist etwas durchaus für die Arbeitskultur im Krankenhaus Typisches. Notfallmäßiges Helfen verbindet sich hier mit grandiosen Erwartungen an die eigene Effektivität und wird auf den Supervisor übertragen ... Es ist ein harter Teil in der Krankenhaussupervision, eine gemeinsame Erfahrung von Effektivität zu ermöglichen, die auf dem Boden der manchmal eher schmerzlichen Realität fußt und auch kleine Erfolge anerkennt.“ (Degenhardt, 1994, S. 246)

Supervision vermag im Vorfeld bei der Vermeidung von vorhersehbaren Belastungen wirksam zu werden, wenn etwa ein neu zusammengesetztes Team ein innovatives Arbeitsfeld aufbaut und darin von Anfang an supervisorisch begleitet werden kann. Am Freiburger Klinikum stellen solche präventiv zu nennenden Supervisionen jedoch seltene Ausnahmen dar (z.B. beim Aufbau des innovativen Dienstes zur „Häuslichen Pflege“).

## 7 Vorüberlegungen, Fragestellungen und Konzeption der Studien

### 7.1 Vorüberlegungen

Im Folgenden werden einige Überlegungen zum Ablauf sowie den theoretischen Ansprüchen und praktischen Möglichkeiten der vorliegenden Arbeit angestellt, die in die Darstellung der Fragestellungen und Konzeption der Studien münden. Die Zielsetzungen der Studien beinhalten deskriptive, evaluative und praktische Aspekte. Deskriptiv erfaßt werden erlebte Arbeitsbelastungen und der Kontext der Supervision. Evaluative Aspekte beziehen sich auf die Bewertung der Supervision in Prozess und Ergebnis, praktische Aspekte auf die Optimierungspotentiale im Alltag der Supervision.

Die deskriptive Perspektive umfaßt die subjektiv erlebten Belastungen von Pflegenden, die Inhalte der Supervision, die vor Beginn daran geknüpften Erwartungen, sowie die Beurteilungen der Teilnehmenden nach Abschluß eines Supervisionszyklus. Neben der Deskription erfolgt die Darstellung der Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Ebenen. Der Kontext der Supervision, ihre konzeptuelle Einbettung sowie prozesshafte Interdependenzen werden beschrieben. Daraus lassen sich gegebenenfalls Ansatzpunkte für eine Veränderung der Praxis ableiten.

Die relevanten Informationen werden gleichzeitig unter einer evaluativen Perspektive untersucht. Theoretischer Hintergrund der evaluativen Aspekte ist das Evaluationsmodell von Thierau (1991). Im Einzelnen umfasst das Modell die Schritte:

- Bestimmung des Evaluationsschwerpunktes,
- Situationsanalyse,
- Bestimmung der Evaluationsziele und Bewertungskriterien,
- Daten- und Informationssammlung,
- Daten- und Informationsauswertung,
- Informations- und Berichtserstattung,
- Evaluationsmanagement.

Im Folgenden wird der Evaluationsablauf zusammenfassend dargestellt und dabei auf die korrespondierenden Kapitel aus Theorie und Studienplanung verwiesen.

1. Den *Evaluationsschwerpunkt* der vorliegenden Arbeit stellt der Supervisionsdienst am Klinikum dar (Kap. 6.3). Übergeordnetes Studienziel ist, den gegenwärtigen Stand der Supervision von Pflegepersonal am Universitätsklinikum zu

beschreiben und zu untersuchen, ob und inwieweit die beabsichtigten Effekte und Ziele des Angebots tatsächlich erreicht werden (Entscheidungsproblem). Letztlich geht es darum, Optimierungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die sowohl in die Konzeption als auch in die Durchführung der Supervision Eingang finden können (formative Evaluation). Zielgruppe der Evaluation sind die am Klinikum Beschäftigten Pflegenden, deren subjektiv erlebte Arbeitsbelastungen in der Untersuchung berücksichtigt werden. Die Rahmenbedingungen der Evaluation wurden ermittelt.

2. In die *Situationsanalyse* gingen die Konzeption und Durchführung der Supervision sowie die Rahmenbedingungen des Freiburger Universitätsklinikums ein. Dies ist in den Kapiteln 6.3.1 bis 6.3.5 sowie 6.1 und 6.2 dargestellt.

3. Die Bestimmung der *Evaluationsziele* und *Bewertungskriterien* geschah in Absprache mit dem Personalrat und der Pflegedirektion des Klinikums. Diese Gremien legten auch die Grenzen der Untersuchung fest (s.u. in diesem Kapitel).

4. In der Phase der Planung der *Daten- und Informationssammlung* wurde über die Evaluationsinstrumente, die Stichproben, das Design und den Ablauf der Datenerhebung entschieden (Kap. 7.3).

5. Für die *Daten- und Informationsauswertung* (Kap. 7.4) stand das gesamte Arsenal psychologischer und sozialwissenschaftlicher Methoden zur Verfügung.

6. Die *Information der an der Evaluation Beteiligten* geschah über die zweimalige Vorstellung des Forschungsvorhabens im Gremium der Pflegedienstleitungen des Klinikums, erstmals zum Zeitpunkt der Studienplanung, dann nach der ersten Datenauswertung. Die Basis des abschließenden Berichtes wird die hier vorliegende Arbeit sein. Entsprechend wurden die Beschäftigten des Klinikums in der Mitarbeiterzeitung "amPuls" in den verschiedenen Phasen der Untersuchung über deren jeweiligen Stand informiert.

7. Im Rahmen des *Evaluationsmanagements* fand abschließend eine Bewertung der Evaluation selbst statt (Meta-Evaluation). Kap. 9.2. diskutiert, unter welchen Rahmenbedingungen die Studien realisiert wurden und welche methodologischen Aspekte bei der Generalisierung zu berücksichtigen sind.

### **Theoretische Ansprüche – praktische Umsetzung**

Bei der Planung und Umsetzung der Studien werden Bausteine einer idealen empirischen Evaluationsstudie realisiert. Die forschungspraktische Umsetzung relevanter Fragestellungen wird im Folgenden aus dem theoretischen Idealanspruch abgeleitet. Idealerweise sollten alle relevanten Struktur-, Prozess- und

Ergebnisvariablen erfaßt werden und im Falle differentieller Fragestellungen eine personenbezogene Zuordnung möglich sein. Schon auf Seite der strukturellen Variablen lassen sich etliche beschreiben, die einen Einfluß auf das Ergebnis der Supervision haben könnten. Bedingungsbezogene *Strukturvariablen*, die alle Mitglieder eines Team betreffen, sind z.B. Arbeitsbereich, Fluktuation, Krankenstand. Personenbezogene Strukturmerkmale sind Alter, Geschlecht, Berufsjahre, Dauer der Zugehörigkeit zur Station, Funktion, spezielle Fachausbildung, Fortbildungserfahrungen. Auch Persönlichkeitsmerkmale könnten als personenbezogene Strukturmerkmale gesehen werden. Merkmale des Supervisionsprozesses, *Prozessvariablen*, die das Ergebnis beeinflussen, könnten beispielsweise sein: Frequenz und Dauer der Supervision, Gruppengröße und -zusammensetzung, Konstanz der Teilnehmenden, sowie die in einer Sitzung besprochenen Themen. Mögliche Merkmale des Supervisionsergebnisses sind auf bedingungsbezogener Ebene eines Stationsteams oder personenbezogener Ebene der einzelnen Teilnehmenden beschreibbar. Theoretisch denkbare bedingungsbezogene Ergebnismerkmale wären Fluktuation und Krankenstand auf einer Station, sowie der Nutzen der Supervision auf Teamebene. Theoretisch denkbare personenbezogene Ergebnismerkmale wären beispielsweise Maße der psychischen Befindlichkeit und der Arbeitszufriedenheit, sowie die Einschätzung der Arbeitsbelastungen und der Effektivität der Supervision.

Den Idealvorstellungen der Evaluation waren in der vorliegenden Arbeit gewisse Grenzen gesetzt: erstens bei der Unabhängigkeit der Evaluierenden, zweitens beim Umfang der Erhebung möglicher Daten und drittens schließlich im Design (zu Problemen anwendungsbezogener organisationspsychologischer Forschung siehe Bungard, 2004a).

Ein erstes Charakteristikum der hier geschilderten Begleitforschung der Supervision ist, daß sie initiiert und maßgeblich getragen wurde von der Verfasserin dieser Arbeit, die selbst als Supervisorin in dem betreffenden Dienst tätig ist: Es handelt sich dabei um eine *Selbstevaluation*. Die Deutsche Gesellschaft für Evaluation beschreibt dieses Verfahren im Zusammenhang mit formativen Evaluationen und legt Standards dafür vor (Müller-Kohlenberg & Beywl, 2002, vgl. Kap 1.2). Bei Befolgung dieser Standards stellt die Selbstevaluation dabei eine ökonomisch günstige Alternative zu einer externen Evaluation dar. Dieser Punkt ist von Bedeutung. Für eine externe Evaluation des Supervisionsdienstes am Freiburger Universitätsklinikum standen keine finanziellen Mittel zur Verfügung. Grundsätzlich wird mit Selbstevaluationen eine doppelte Zielsetzung ver-

folgt: wissenschaftlich fundierte Informationen und Erkenntnisse zu gewinnen und die eigene Praxis weiter zu verbessern. Dies bezweckt auch die vorgelegte Untersuchung. Unter wissenschaftlichen Aspekten ist die bisherige Datenlage empirischer Forschung zu Supervision im Krankenhaus als spärlich zu bezeichnen (vgl. Kap. 2). Nicht zuletzt deshalb hat die formative Selbstevaluation der Supervision am Freiburger Klinikum ihren Stellenwert.

Ein zweites Charakteristikum der vorliegenden Studien ist darin zu sehen, daß dem *Umfang der erhebbaren Daten* im Klinikalltag Grenzen gesetzt sind, sowohl auf den Ebenen *Bedingung* und *Person* als auch über die *Zeit* hinweg. Datenschutzbestimmungen und darauf basierende Vorgaben des Personalrats für die Beforschung von Beschäftigten des Klinikums schränken die Möglichkeiten der Datenerhebung ein. Die Durchführung der vorliegenden Untersuchungen war an diese Grenzen gebunden.

Bedingungsbezogen ließen sich die "Erfolge" der Supervision nicht quantifizieren, da "harte Daten" wie Fluktuation und Krankenstand der Beschäftigten in den einzelnen Kliniken nicht zur Verfügung standen. Bedingungsbezogen konnte auf Prädiktorensseite der Arbeitsbereich und auf Kriterienseite der Supervisionsnutzen für ein Team erfaßt werden. Personenbezogen durften Merkmale wie Persönlichkeitsmerkmale, Arbeitszufriedenheit auf Station und Psychische Befindlichkeit nicht mit erfaßt werden. (Davon abgesehen hätte eine Erhebung solcher Daten eventuell die Kooperationsbereitschaft beeinträchtigt und die interne Validität herabgesetzt.) Als personenbezogene Prädiktoren gingen Alter und Geschlecht der Pflegenden, ihre Funktion auf Station, Fachweiter- bzw. Fortbildungen, sowie ihr Belastungserleben in die Studien ein. Auf Kriterienseite wurden personenbezogen wiederum das aktuelle Belastungserleben und die Einschätzung des individuellen Supervisionsnutzens erfaßt.

Die dritte Charakteristik betrifft das Studiendesign. Für eine adäquate Auswertung ausgewählter Fragestellungen ist ein Repeated Measurement Design erforderlich, welches auf der Möglichkeit einer Personenzuordnung der Prä-/Post-Werte basiert. Dies betrifft insbesondere differentielle Fragestellungen, in denen der Zusammenhang von Veränderungen einerseits und personen- und bedingungsbezogenen Prädiktoren andererseits untersucht wird. Aufgrund der genannten Einschränkungen durch Datenschutz und Verfügungen des Klinikums-personalrats ließen sich in der vorliegenden Prä-/Postuntersuchung (Studie 2) konsequenterweise nur die Daten einer *Teilstichprobe* aus beiden Erhebungszeitpunkten einander zuordnen. Dabei handelte es sich um diejenigen Proban-

den, die ihre Bögen zu beiden Erhebungszeitpunkten freiwillig mit einem (anonymen) Code versehen hatten. Für diese Teilstichprobe konnte Studie 2 methodisch als Längsschnitt mit individuellen Veränderungswerten ausgewertet werden.

Die drei Freiburger Studien zur formativen Selbstevaluation der Supervision sind innerhalb der Vorgaben von Klinikumsvorstand und -personalrat angesiedelt und wurden von beiden Gremien gebilligt und genehmigt. Die Einschränkungen im Hinblick auf die Unabhängigkeit der Evaluierenden, sowie in der Breite des Datenumfangs und der Datenbehandlung legten die Begrenzungen der Studien fest. Bedingungs- und personenbezogene Struktur-, Prozess- und Ergebnisvariablen wurden im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten kontrolliert.

## **7.2 Fragestellungen**

Die Fragestellungen der Studien umfassen deskriptive und evaluative Aspekte auf den Ebenen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie wurden wie folgt spezifiziert (zu Operationalisierung und Erhebungsinstrumenten s. Kap. 7.3):

### **Frage 1: Wie schätzen Pflegende ihre Arbeitssituation ein und welche psychischen Belastungen beschreiben sie?**

*Detailfragen zur Beurteilung der arbeitsassoziierten Belastungen:*

Lässt sich ein Zusammenhang von bedingungs- und personenbezogenen Merkmalen auf das Belastungserleben in Niveau und Schwerpunkt nachweisen? Wie wirkt sich Supervision auf das Erleben arbeitsassoziiierter Belastungen in Niveau und Schwerpunkt aus? Unterscheiden sich ehemalige Supervisionsteilnehmende von den Nichtteilnehmenden in der Wahrnehmung aktueller Arbeitsbelastungen?

### **Frage 2: Was erwartet die Zielgruppe von Supervision?**

*Detailfragen zu den Erwartungen an Supervision:*

In welchen Bereichen und in welchem Ausmaß werden Erwartungen an Supervision gestellt? Wie hängen diese Erwartungen mit den erlebten Belastungen zusammen? Welchen Einfluss haben bedingungs- (Arbeitsbereich) und personenbezogene (individuelle) Merkmale auf die Supervisionserwartungen?

**Frage 3: Wie sind Akzeptanz und Inanspruchnahme von Supervision?***Detailfragen zu Akzeptanz und Inanspruchnahme:*

Welchen Anteil haben Pflegende bei den Supervisionsteilnehmenden? Unterscheiden sich Teilnehmende und Nicht-Teilnehmende in personenbezogenen Merkmalen? Finden sich in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs (bedingungsbezogen) unterschiedliche Raten an Teilnehmenden?

**Frage 4: Welche Inhalte werden in der Supervision behandelt?***Detailfragen zu den Supervisionsinhalten:*

Unterscheiden sich Supervisionsinhalte in Abhängigkeit der Gruppenzusammensetzung? Unterscheiden sich Supervisionsinhalte in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs?

**Frage 5: Wie wird die Supervision beurteilt?***Detailfragen zur Beurteilung von Supervision:*

Wie wird Supervision in ihrer Durchführung (Prozess) beurteilt? Wie wird der übergeordnete Gesamtnutzen, wie der Supervisionsnutzen für spezifische Themenbereiche beurteilt (aus individueller Perspektive, Teamperspektive und unter Umsetzungsaspekten)? Welchen Einfluss haben personen- und bedingungsbezogene Merkmale auf die Beurteilung des Supervisionsnutzens? Wie hängen Prozess- und Nutzenbeurteilung zusammen?

**Frage 6: Was sind Prädiktoren für Teilnahme und Wiederteilnahme?***Detailfragen zu Supervisionsteilnahme und Wiederteilnahme:*

Welche Prädiktoren für die Wiederteilnahme lassen sich bei den ehemaligen Supervisionsteilnehmenden bestimmen? Welche Prädiktoren für eine erstmalige Supervisionsteilnahme lassen sich bei bisherigen Nichtteilnehmenden bestimmen?

In die Beantwortung dieser Fragen werden zwei Perspektiven einbezogen: die personen- und die bedingungsbezogene. Bei der personenbezogenen Analyse geht es um Merkmale des Individuums, bei der bedingungsbezogenen werden situative Merkmale der Arbeit berücksichtigt, jene Charakteristika also, mit denen es jede Person zu tun hat, die an dem untersuchten Arbeitsplatz tätig ist (vgl. Rieder, 1999).

### 7.3 Konzeption der Studien

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um formative Begleitforschung im Feld. Methodisch ist sie zwischen empirisch-wissenschaftlicher Evaluationsforschung und praxisorientiertem Qualitätsmanagement angesiedelt.

	Quelle		
	Supervisorin	Teilnehmende	Nicht-Teilnehmende
Studie			
2		Prä	
1	Basisdokumentation	<b>Supervision</b>	
2		Post	
3		Katamnese	Kontrolle/Vergleich

**Abb. 6: Untersuchungsaufbau**

Die Datenquellen umfassen die Dokumentationen der Supervisorinnen, sowie die schriftlichen Antworten der Pflegenden auf strukturierten Fragebögen (vgl. Abb. 6). Die Datenerhebung erfolgte in drei Studien:

- Studie 1     Basisdokumentation der Sitzungen durch die Supervisorinnen
- Studie 2     Prä-/Postbefragung der Supervisionsteilnehmenden
- Studie 3     Katamnese der Supervisionsteilnehmenden mit Kontrollgruppe

#### 7.3.1 Studie 1: Basisdokumentation

Die Basisdokumentation findet als regelhafte, begleitende Forschung kontinuierlich statt. Die Sitzungen werden seit 1990 kontinuierlich von den Supervisorinnen dokumentiert. Der Cutoff zur Auswertung der Daten für die vorliegende Untersuchung wurde im Dezember 2000 gesetzt.

##### *Stichprobe und Instrument*

Die Basisdokumentation erfasst alle regelhaften Gruppensupervisionen. Im Zeitraum von März 1990 bis Dezember 2000 wurden im Klinikum bei 172 Gruppen insgesamt 1367 Sitzungen protokolliert.

Eingesetzt wird der Dokumentationsbogen zur Stationsteamsupervision „SUPERDOK“ (Hartmann, 1991, s. Anhang), der auch in der Medizinischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg verwendet wurde (Werner & Hennch, 1998). Dokumentiert wird die Anzahl der Sitzungen pro Station, die Zahl der

Teilnehmenden, differenziert nach Berufsgruppen, sowie die Themen, die in der Supervisionssitzung behandelt wurden.

### **7.3.2 Studie 2: Prä-/Post-Befragung der Supervisionsteilnehmenden**

Von Januar 1994 bis August 2000 wurde vor Beginn und nach Beendigung jeder regelhaften Supervisionsgruppe eine begleitende Befragung der Teilnehmenden durchgeführt (Studie 2). Lediglich bei kurzfristigen Krisensitzungen fand diese Prä-/Postbefragung nicht statt.

#### *Stichprobe und Instrumente*

Im Dezember 2000 lagen rund 660 Prä- und rund 330 Post-Supervisionsbögen vor. Die beiden strukturierten Fragebögen „SUPBEFRA 1 und 2“ wurden von der Freiburger Arbeitsgruppe entwickelt (Wirsching, Wittich & Wetzlar, 1995, s. Anhang). Sie führen beruflich belastende Bedingungen und Situationen auf, die Galuschka und Mitarbeiter 1993 in einer explorativen Untersuchung von Pflegepersonal als relevant herausgearbeitet haben (Galuschka, Hahl, Neander & Osterloh, 1993).

Die Prä-/Post-Befragung richtete sich auf die *wahrgenommene Arbeitsbelastung*, die *Erwartungen an die Supervision* vor deren Beginn und die wahrgenommenen *Effekte* nach Ende der Supervision. Vor Beginn der Supervision wurde erfragt, *wie häufig* bestimmte beruflich belastende Bedingungen und Situationen in einzelnen Arbeitsbereichen auftreten. Mittels 21 Items wurden sehr viele denkbare Belastungen als Antworten vorgegeben, einschließlich solcher, von denen nicht erwartet werden konnte, daß sie durch Supervision zu lösen sind (z.B. bauliche Rahmenbedingungen). Außerdem wurde gefragt, in welchen Bereichen von der Supervision *Lösungen erhofft* werden (4 Items). Nach der Supervision wurde in gleicher Weise wieder nach der *Häufigkeit* von Schwierigkeiten gefragt und in welchen Bereichen sich *Lösungen ergaben*.

Soziodemographische und personenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Dauer der Berufstätigkeit, Funktion auf Station Fachweiterbildung und Fortbildungen wurden zum Zeitpunkt vor der Supervision erhoben.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen durften die Teilnehmenden nicht namentlich befragt werden (vgl. Kap. 7.1). Um die Zuordnung und den Vergleich der individuellen Angaben vor Beginn und nach Ende der Supervision zu gewährleisten, wurde in Absprache mit dem Klinikumspersonalrat ein Codewort (Mäd-

chenname der Mutter) aufgeführt, um dessen freiwilliges Ausfüllen die Befragten gebeten wurden.

### **7.3.3 Studie 3: Katamnese studie mit Kontrollgruppe**

Im Jahre 1997 wurden die Daten zu Studie 3 erhoben, einer umfassenden Katamnese studie mit Kontrollgruppe.

#### *Stichprobe und Instrumente*

951 Pflegekräfte wurden angeschrieben und mittels zweier maßgeblich von der Verfasserin entwickelter Fragebögen SUPERKAT *T* und *NT* (Wittich & Schumacher, 1997, s. Anhang) postalisch befragt. Die Erhebung erfolgte von August bis November 1997.

Angeschrieben wurden alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen Stationen, auf denen seit der Implementierung des Dienstes am Klinikum eine Supervision in Anspruch genommen wurde (52 Stationen). Da die Supervision eine gewisse Zeit zurücklag und auf den Stationen gemeinhin eine personelle Fluktation anzutreffen ist ergibt sich hieraus eine Stichprobe von Supervisionsteilnehmenden und Nichtteilnehmenden in einem vergleichbaren aktuellen Umfeld. Bei den Teilnehmenden wurden als summative Katamnese die Einschätzungen der früheren Supervision, des Supervisionsprozesses und des Nutzens sowie der aktuellen Belastungen erfaßt. Bei den Nichtteilnehmenden wurden die Erwartungen an eine Supervision sowie gleichfalls die aktuellen Belastungen erfragt. In beiden Gruppen wurde die Bereitschaft zu einer künftigen Supervision sowie und als personelle Strukturvariablen Informationen zu soziodemographischem Status, beruflicher Funktion, Weiterbildungen und Dauer der Berufstätigkeit erhoben.

### **7.4 Datenanalyse und Auswertungsansatz**

Die Datenauswertung erfolgte mit dem Programmpaketen SPSS for Windows 10.0.7. In deskriptiven Darstellungen wurden absolute und prozentuale Häufigkeitsangaben, arithmetische Mittelwerte und die dazugehörigen Standardabweichungen verwendet. Zur Überprüfungen kategorialer Zellohäufigkeiten wurde der  $\chi^2$ -Test durchgeführt. Zur Berechnung von Korrelationen wurde der Pearson-Koeffizient verwendet. Mittelwertsvergleiche wurden als Varianzanalysen und t-Tests durchgeführt, der Fragestellung entsprechend für abhängige oder unab-

hängige Stichproben. Die dargestellten exakten Signifikanzniveaus entsprechen jeweils zweiseitigen Tests. Die Benennung im Text folgt den etablierten Konventionen ( $p < .05^*$  signifikant,  $p < .01^{**}$  sehr signifikant,  $p < .001^{***}$  hochsignifikant), Werte mit  $p < .10$  + bezeichnen statistische Tendenzen. Effektstärken wurden über die Umrechnung der Prüfgrößen der jeweiligen Tests bestimmt (Rosenthal, 1985; Schwarzer, 1987). Sie sind wie Korrelationskoeffizienten („standardized effect size correlations“) zu interpretieren, d.h. sie haben einen Range von -1 bis +1 und vergleichbare Konfidenzintervalle. Zugrunde gelegt wird jeweils der adäquate Test, d.h. MANOVAs oder t-Tests für abhängige und unabhängige Daten. Normierungen und Standardisierungen auf eine einheitliche Stichprobengröße ( $n=100$ ) erfolgten über eine Transformation via Fisher's  $z$ . 13 Skalenbildungen erfolgten auf der Grundlage von Faktorenanalysen (PCA) mit anschließender Varimax Rotation. Die Anzahl der zu extrahierenden Faktoren wurden nach dem Kaiser-Kriterium bestimmt (Eigenwert  $> 1$ ). Zur Bewertung der Angemessenheit bei explorativen Faktorenanalysen wurde der Bartlett-Test auf Nicht-Sphärizität und das Keyser-Meyer-Olkin Maß herangezogen. Neu gebildete Skalen und aufgrund von theoretischen literaturgestützten Vornahmen gebildete Skalen wurden auf interne Konsistenz und Reliabilität geprüft. Verwendet wurde hierbei Cronbach's Alpha. Bei Multiplen Regressionen wurden die unabhängigen Variablen entsprechend der theoretischen Vorannahme in das Modell aufgenommen.

Die meisten der oben beschriebenen Auswertungsverfahren verlangen nach Meinung zahlreicher Methodiker ein Intervallskalenniveau. Die Bestimmung des Skalenniveaus von Ratingskalen ist jedoch nicht unproblematisch und die Kontroverse um dieses Thema hat eine lange Tradition. Andererseits können parametrische Verfahren auch dann zu korrekten Entscheidungen führen, wenn das Datenmaterial nicht exakt intervallskaliert ist (Bortz & Döring, 1995, S.168). Diese Annahme ist vertretbar für ordinalskalierte Daten mit definierten Intervallgrenzen, hinreichender Varianz und ohne ausgeprägte Boden- oder Deckeneffekte. Diese Voraussetzungen waren in den dargestellten Auswertungen erfüllt. Für ausgesuchte Fragestellungen wurden parametrische und analoge non-parametrische Verfahren parallel eingesetzt. In diesem Methodenvergleich zeigten sich keine nennenswerten Ergebnisunterschiede. Aus Gründen der Einheitlichkeit und Kommunizierbarkeit wurden daher die Ergebnisse der parametrischen Verfahren dargestellt.

## 8 Ergebnisse

### 8.1 Studie 1: Basisdokumentation

In der Zeit von März 1990 bis Dezember 2000 protokollierten die Supervisorinnen insgesamt 1367 konsekutive Supervisionssitzungen von 172 Gruppen im Anschluß an jede Sitzung.

#### 8.1.1 Inanspruchnahme der Supervision nach Arbeitsbereich

Mit Ausnahme der psychiatrischen Klinik steht der Supervisionsdienst allen Abteilungen des Klinikums gleichermaßen zur Verfügung. Dennoch werden seine Leistungen je nach Fachrichtung der einzelnen Kliniken recht unterschiedlich in Anspruch genommen. Tabelle 8 gibt dazu einen Überblick.

**Tab. 8: Supervisionen in den Kliniken 1990-2000 - sortiert nach Anzahl der Gruppen**

Klinik	Abkürzung	Anzahl Gruppen	%	Anzahl Sitzungen
Medizinische Klinik	Medizin	48	27.9	371
Kinderklinik	Kinder	39	22.7	314
Chirurgische Klinik	Chirurg	23	13.4	104
Psychiatrische Klinik	Psych	15	8.7	242
Frauenklinik	Frauen	13	7.6	109
Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	HNO	11	6.4	71
Neurologische Klinik	Neurol	9	5.2	78
Außerklinische Pflege	Ausserkl	3	1.7	30
Zahn-, Mund- u. Kieferklinik	ZMK	3	1.7	6
Augenklinik	Augen	2	1.2	10
Neurochirurgische Klinik	Neurochir	2	1.2	12
Radiologische Klinik	Radio	2	1.2	9
Hautklinik	Haut	1	0.6	2
Klinikübergreifende Gruppen	Übergr	1	0.6	9
Gesamt		172	100.0	1367

Am häufigsten wurde der Supervisionsdienst von Teams aus der Medizinischen Klinik, Kinderklinik und der Chirurgischen Klinik beauftragt, selten von Stationen der Augen-, der Radiologischen und der Hautklinik. Teams der Anästhesiologischen Klinik haben im Untersuchungszeitraum nicht auf den Supervisionsdienst zurückgegriffen. Die Stationen der Psychiatrischen Klinik werden seit 1997 ausschließlich von externen Supervisorinnen und Supervisoren betreut.

Die vorliegenden Zahlen geben deshalb lediglich die Inanspruchnahme des klinikinternen Supervisionsdienstes im Zeitraum von 1990 bis 1996 wieder.

### 8.1.2 Gruppengröße und -zusammensetzung

Bei 1270 der dokumentierten 1367 Sitzungen lagen komplette Angaben über Gruppengröße und Gruppenstruktur vor.

Durchschnittlich nahmen 6,5 Personen an einer Supervisionssitzung teil: 5,5 Pflegende, 0,29 Ärzte, 0,67 Angehörige sonstiger Berufsgruppen. Pflegende stellten insgesamt 85%, Ärzte 4,4% und sonstige Berufsgruppen 10% der Gruppenteilnehmenden. Tabelle 9 zeigt die Verteilung der Teilnehmenden über 1270 Sitzungen der Jahre 1990 bis 2000.

**Tab. 9: Anzahl Teilnehmer nach Berufsgruppen über 1270 Sitzungen (1990-2000)**

	n	mw	%
Pflege	6992	5.51	85.25
Ärzte	364	0.29	4.44
Sonstige	846	0.67	10.31
Gesamt	8202	6.46	100.00

Nahmen Pflegende an Supervisionssitzungen teil, waren das im Mittel sechs, maximal 24 Krankenschwestern bzw. -pfleger. Bei den Sitzungen, an denen Ärzte beteiligt waren, waren dies durchschnittlich zwei bis drei und maximal 20 Ärztinnen und Ärzte (Tab. 10).

**Tab. 10: Mittlere Anzahl Teilnehmer nach Berufsgruppen in 1270 Sitzungen mit Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppen**

	mw	sd	Minimum	Maximum	n Sitzungen
Pflege	5.80	2.51	1	24	1206
Ärzte	2.49	2.04	1	20	146
Sonstige	3.40	3.55	1	22	249
Gesamt	6.46	3.14	1	35	1270

Der größte Teil der Gruppen setzte sich ausschließlich oder überwiegend aus Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflege zusammen (Tab. 11). In 75,4% der Sitzungen waren die Teilnehmenden ausschließlich Pflegende, in 95% der Sitzungen waren sowohl Pflegende als auch andere Berufsgruppen beteiligt, in 5% der Sitzungen waren keine Pflegende beteiligt. Ärzte nahmen an 11,5%, Ange-

hörige sonstiger Berufsgruppen an 19,6 % der Gruppensitzungen mit teil. Bei 4,8% der Sitzungen waren ausschließlich Beschäftigte anwesend, die weder der Pflege noch dem ärztlichen Dienst angehören, sondern Berufsfeldern wie Krankengymnastik, Sozialarbeit, Pädagogik und Hauswirtschaft. Gruppen, an denen ausschließlich Ärzte oder an denen Ärzte und eine andere Berufsgruppe (mit Ausnahme der Pflege) beteiligt waren, stellten die Ausnahme dar.

**Tab. 11: Zusammensetzung der 1270 Sitzungen (1990 – 2000) nach Berufsgruppen**

Gruppentyp	Beteiligung			N	%
	Pflege	Ärzte	Sonstige		
1	Ja	nein	Nein	957	75.4
2	Ja	nein	Ja	106	8.3
3	Ja	ja	Nein	62	4.9
4	Ja	ja	Ja	81	6.4
5	Nein	nein	Ja	61	4.8
6	Nein	ja	Nein	2	0.2
7	Nein	ja	Ja	1	0.1
Gesamt	1206	146	249	1270	100.0
	95.0	11.5	19.6	100.0	

### 8.1.3 Sitzungsanzahl

75% aller Gruppen umfassten bis zu 10 Sitzungen, vereinzelt gab es jedoch auch Gruppen mit über 20 Sitzungen und sogar eine Gruppe, bei der insgesamt 82 Supervisionstermine stattfanden. Tab. 12 zeigt die Dauer der Gruppen (Anzahl an Sitzungen).

**Tab. 12: Maximale Anzahl an Sitzungen in den Gruppen (N=174 Gruppen)**

Anzahl Sitzungen	n Gruppen	%	cum%
1	21	12.1	12.1
2	16	9.2	21.3
3	22	12.6	33.9
4	15	8.6	42.5
5	9	5.2	47.7
6	11	6.3	54.0
7	8	4.6	58.6
8	7	4.0	62.6
9	10	5.7	68.4
10	13	7.5	75.9
11 – 15	21	12.0	87.9
16 – 20	10	5.7	93.6
21 und mehr	11	6.3	100.0
Gesamt	174	100.0	

In den Jahren 1990 bis 2000 lag die durchschnittliche Sitzungsanzahl pro Gruppe bei 5,4 Sitzungen.

#### **8.1.4 Supervisionsthemen**

Grundsätzlich läßt sich in der Supervision alles besprechen, was im Zusammenhang mit der beruflichen Tätigkeit steht (zum Procedere siehe Kap.1.3.3.: Konzept der praktischen Durchführung). Es gibt darüber hinaus keine Strukturierung der Themenvorgabe seitens der Supervisorinnen.

Tab. 13 zeigt die Ausprägung der einzelnen Themen über die dokumentierten Sitzungen hinweg.

**Tab. 13: Themen des Supervision: Ausprägung der Einzel-Themen in den Sitzungen.**

		mw	sd	n	0%	1%	2%	3%	4%
1	Team-Team	<b>2.02</b>	1.76	1255	37.2	6.9	7.8	12.7	<b>35.4</b>
2	Team-Leitung	<b>1.40</b>	1.73	1255	56.0	5.7	4.4	10.0	<b>24.0</b>
3	Team-PDL	0.65	1.29	1255	75.7	5.9	4.5	5.1	8.8
4	Team-Ärzte	<b>1.10</b>	1.57	1255	61.6	7.2	7.8	6.9	<b>16.6</b>
5	Team-Instituiton	<b>0.68</b>	1.25	1255	72.4	7.2	7.9	5.2	7.3
6	Team-Patient	<b>1.20</b>	1.66	1255	61.4	4.8	6.3	7.2	<b>20.4</b>
7	Team-Angehörige	0.53	1.25	1255	82.2	3.3	2.3	3.1	9.0
8	Arzt-Patient	0.38	1.04	1255	85.7	3.1	3.7	2.3	5.2
9	Arzt-Angehörige	0.19	0.75	1255	92.6	2.1	1.6	1.2	2.5
10	Arzt-Arzt	0.10	0.57	1255	96.1	1.1	0.8	0.4	1.6
11	Patient-Angehörige	0.17	0.66	1255	92.6	2.2	2.4	1.5	1.3
12	Supervisionsgruppe	0.26	0.78	1255	87.3	4.5	4.7	1.4	2.0
13	Krankheitsverarbeitung	0.46	1.18	1255	85.3	1.1	3.0	2.9	7.6
14	Depression	0.32	0.99	1255	89.3	1.3	2.1	2.7	4.6
15	Sterbebegleitung	0.52	1.28	1255	84.5	1.4	1.4	2.9	9.8
16	Belastung	0.66	1.23	1255	73.0	7.1	7.5	5.8	6.6
	Mittelwert	0.67			77.1	4.1	4.3	4.4	10.2
Anmerkung: 5-stufige Antwortskala, 0 = gar nicht, 1 = wenig, 2 = mittel, 3 = stark, 4 = sehr stark									

Die höchste Ausprägung bei den Einzelthemen zeigt die Interaktion *Team-Team*, gefolgt von *Team-Leitung*, *Team-Patient* und *Team-Ärzte*. Am niedrigsten ausgeprägt sind die Themen *Supervisionsgruppe*, *Arzt-Angehörige*, *Patient-Angehörige* und *Arzt-Arzt*.

Die einzelnen Themen lassen sich theoretisch abgeleitet und durch eine Faktorenanalyse gestützt den vier Themenkomplexen zuordnen: der Umgang mit Patienten und Angehörigen, die Zusammenarbeit zwischen Pfllegeteam und Ärzten, die Kommunikation innerhalb des Pfllegeteams, sowie Belastungen durch Rahmenbedingungen der Institution. Die Faktorenanalyse der 16 Items aus der Basisdokumentation bestätigt die vier Themenkomplexe. Tab. 14 verdeutlicht die Faktorenstruktur:

**Tab. 14: Themen der Supervision: Faktorenanalyse und Faktorladungen**

		Faktor1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	
		PAT	ÄRZ	TEA	ORG	h <sup>2</sup>
1	Team-Team-Interaktion	-0.15	-0.05	<b>0.72</b>	-0.01	0.54
2	Team-Leitungs -Interaktion	-0.26	-0.07	<b>0.69</b>	0.08	0.55
3	Team-PDL-Interaktion	-0.18	-0.06	0.17	<b>0.50</b>	0.31
4	Team-Ärzte-Interaktion	-0.07	<b>0.56</b>	-0.38	0.27	0.54
5	Team-Institution-Interaktion	-0.12	0.17	-0.34	<b>0.66</b>	0.60
6	Team-Patient -Interaktion	<b>0.69</b>	0.12	-0.32	-0.10	0.61
7	Team-Angehörige-Interaktion	<b>0.63</b>	0.28	-0.06	-0.19	0.51
8	Arzt-Patient -Interaktion	0.35	<b>0.74</b>	-0.08	0.01	0.68
9	Arzt-Angehörige -Interaktion	0.39	<b>0.71</b>	0.08	-0.05	0.66
10	Arzt-Arzt -Interaktion	-0.06	<b>0.69</b>	-0.04	-0.03	0.48
11	Patient-Angehörige –Interaktion	<b>0.57</b>	0.30	0.17	0.02	0.44
12	Supervisionsgruppe	0.29	0.03	0.30	<b>0.36</b>	0.31
13	Krankheitsverarbeitung	<b>0.79</b>	0.01	-0.16	-0.03	0.65
14	Depression	<b>0.78</b>	-0.01	-0.07	0.05	0.62
15	Sterbebegleitung	<b>0.74</b>	0.06	-0.14	-0.08	0.57
16	Belastung	0.03	-0.02	0.02	<b>0.75</b>	0.57
	Varianz (%)	21.9	12.9	9.9	9.5	
	Cum. Varianz (%)	54.09				

### *Beschreibung der Faktoren*

Ist die Supervision fallbezogen, dann steht die Besprechung eines Patienten im Vordergrund (Faktor 1 PAT: „Patienten“). In der Regel wird dann über Schwierigkeiten im direkten Umgang der Pflegenden mit dem betreffenden Patienten gesprochen (z. B. dessen Krankheitsverarbeitung, Depression oder die Sterbebegleitung). Häufig diskutieren Pflegende in diesem Zusammenhang auch ihren Kontakt mit den Angehörigen des Patienten oder die Interaktion zwischen Patient und Angehörigen.

Wird in der Supervision schwerpunktmässig die Zusammenarbeit zwischen Pflgeteam und Ärzten behandelt (Faktor 2 ÄRZ: „Ärzte“) so steht zunächst die Interaktion zwischen diesen beiden Gruppen im Vordergrund. Darüber hinaus zeigt sich gleichfalls eine gewisse Patientenorientierung. Konflikte und Auseinandersetzungen hinsichtlich der Versorgung von Patienten stellen meist den Anlass dar für solche Sitzungen, in denen die Pflegenden den Umgang der Ärztinnen und Ärzte mit Patienten und deren Angehörigen beleuchten und hinterfragen. Hier liegt der Unterschied zum ersten Faktor bzw. Themenkomplex, bei

dem Schwierigkeiten der Pflegenden selbst in der unmittelbaren Beziehung zu Patienten und Angehörigen besprochen werden. Geht es um die pflegerisch-ärztliche Kooperation in der Patientenbetreuung, so werden dabei von seiten der Pflegenden nicht selten auch Differenzen innerhalb der Gruppe der ärztlichen Mitarbeiter auf Station beklagt. Ein Beispiel für solche Differenzen ist, wenn bei ein und demselben Patienten unterschiedliche Behandlungsansätze verschiedener Ärzte bestehen (Item 10: Arzt-Arzt).

Der dritte Themenkomplex beschreibt Konflikte innerhalb des Pflorgeteams (Faktor 3 TEA: „Team“), die Interaktionen innerhalb des Teams stehen hierbei im Vordergrund. Die Schwierigkeiten zwischen Team und Stationsleitung sind gleichfalls diesem Themenkomplex zuzuordnen.

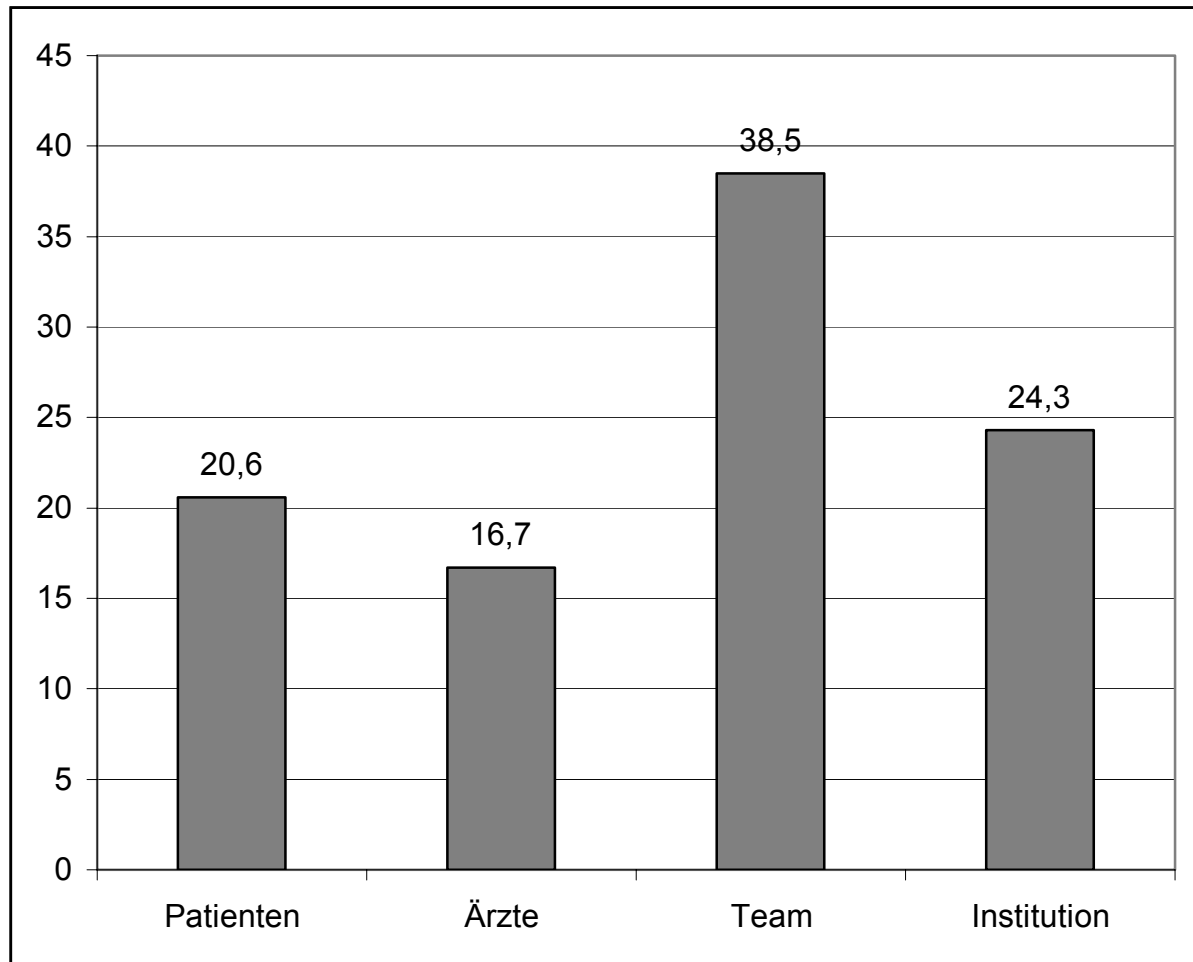
Beim vierten Themenkomplex der arbeitsorganisatorischen und institutionellen Belastungen (Faktor 4 ORG: „Arbeitsorganisation“) spielt die Kommunikation mit der Pflegedienstleitung eine besondere Rolle: sie repräsentiert als oberste Vorgesetzte die Institution und „deren“ Stellen- und Strukturpolitik gegenüber den Stationsteams. Der Themenkomplex umfaßt hierbei auch die Belastung durch Arbeitsbedingungen und die Aspekte Dienstzeiten und Geld.

Die weitere Auswertung erfolgt auf der Grundlage dieser vier Themenkomplexe und des jeweils dominierenden Themas.

#### *Gewichtung der Themen in der Supervision*

Untersucht wurde, wie sich diese Themen in der Supervision verteilen, ihre Gewichtung in den Sitzungen. Über die Gesamtverteilung über alle Gruppen und Sitzungen hinweg wurde bestimmt, welche Themenkomplexe wie häufig schwerpunktmäßig besprochen wurden (Abb. 7).

Teambezogene Themen (Faktor 3) dominierten das Supervisionsgespräch in 38,5% aller Sitzungen. Schwierigkeiten der Arbeitsorganisation und der institutionellen Rahmenbedingungen (Faktor 4) bestimmten etwa jede vierte (24,3%), Konflikte im Umgang mit Patienten und Angehörigen (Faktor 1) etwa jede fünfte Sitzung (20,6%). Die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten (Faktor 2) ist seltener das vorherrschende Thema, nämlich in 16,7% der Sitzungen.



**Abb. 7: Dominierendes Thema der Supervision über alle Gruppen und Sitzungen**  
(N=1255 Sitzungen, %-Angaben)

Die Besprechung Pflegeteambezogener Fragen und Konflikte ist das weitaus häufigste Thema der Supervisionssitzungen (Abb.7).

#### 8.1.4.1 Themen in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs

Untersucht wurde, inwiefern die Supervisionsthemen davon bestimmt sind, welcher Klinik die Supervisionsgruppe angehört und welche Berufsgruppen in der Gruppe vertreten sind.

In Kliniken mit einer Fallzahl von  $n > 30$  (d.h. einem Erwartungswert  $> 5$ ) wurde geprüft, ob die Themenverteilung von der Gesamtverteilung der Themen (über alle Gruppen hinweg) abweicht ( $\chi^2$ ). Dies ist in einigen Kliniken der Fall. Tab. 15 gibt hierüber einen Überblick. Die Tabelle zeigt, inwieweit sich jeweils eine Klinik in der Behandlung des betreffenden Themas abhebt von der Verteilung desselben Themas über alle Gruppen und Sitzungen hinweg

**Tab. 15: Themen des Supervision: dominierende Themen in den Kliniken (1990-2000)**

			Themen									
			Patienten		Ärzte		Team		Arbeitsorg			
	Klinik	n	%	sres	%	sres	%	sres	%	sres	CHI <sup>2</sup>	p
1	Medizin	358	<b>23.0</b>	1.0	12.3	-2.0	<b>39.8</b>	0.4	<b>24.9</b>	0.3	5.27	.153
2	Chirug	101	11.0	-2.1	12.0	-1.1	<b>49.0</b>	1.7	<b>28.0</b>	0.8	9.24	<b>.026</b>
3	Neurochir	11	0.0		<b>18.2</b>		<b>54.5</b>		<b>27.3</b>			
4	Psychiat	176	14.8	-1.7	<b>23.9</b>	2.3	29.0	-2.0	<b>32.4</b>	2.2	17.24	<b>.001</b>
5	Neurolo	78	16.7	-0.8	<b>26.9</b>	2.2	24.4	-2.0	<b>32.1</b>	1.4	11.48	<b>.009</b>
6	ZMK	6	<b>33.3</b>		0.0		<b>50.0</b>		16.7			
7	HNO	71	14.1	-1.2	<b>18.3</b>	0.3	<b>53.5</b>	2.0	14.1	-1.7	8.79	<b>.032</b>
8	Haut	2	0.0		0.0		<b>100</b>		0.0			
9	Augen	8	12.5		37.5		37.5		12.5			
10	Radio	9	<b>44.4</b>		33.3		0.0		22.2			
11	Kinder	299	<b>25.1</b>	1.7	<b>18.7</b>	0.9	35.8	-0.7	20.4	-1.4	6.08	.108
12	Frauen	98	<b>22.4</b>	0.4	13.3	-0.8	<b>49.0</b>	1.7	15.3	-1.8	6.91	.075
13	Ausser	29	<b>41.4</b>		0.0		20.7		<b>37.9</b>			
14	Übergr	9	0.0		0.0		<b>88.9</b>		11.1			
	Gesamt	1255	20.6		<b>16.7</b>		38.5		24.3			

% sind Zeilenprozente d.h. % des Themas pro Klinik (**fett**, % > % Total). Sres= Standardisiertes Chi<sup>2</sup> Residuum; > 0 das Thema ist tendenziell überrepräsentiert, substantiell ab Chi<sup>2</sup> Residuum > 1; Klinikauflüsselung siehe Tab. 8

In der Chirurgischen, sowie der Frauen- und HNO- Klinik befassen sich etwa jeweils *die Hälfte* der Sitzungen mit dem Thema der Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams - über alle Gruppen hinweg sind es 38,5%, in der Neurologischen Klinik dagegen nur etwa *ein Viertel* der Sitzungen. In der Chirurgie wird die Supervision relativ selten für patientenzentrierte Themen genutzt. Dagegen nutzen Pflegende der Kinderklinik die Supervision überdurchschnittlich häufig zur Besprechung patientenbezogener Themen. Das Thema „Zusammenarbeit mit Ärzten“ ist in der Neurologischen Klinik über- und in der Medizinischen Klinik unterrepräsentiert. Auf der anderen Seite ist in *jeder* Klinik *jedes* Thema vertreten, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung.

#### 8.1.4.2 Themen in Abhängigkeit von der Gruppenzusammensetzung

Als weiterer möglicher Einflussfaktor auf die Themengestaltung der Supervisionsgruppen wurde die Gruppenzusammensetzung untersucht. Welchen Einfluss hat die *Zusammensetzung* einer Gruppe auf das vorherrschende Thema?

Hierzu wurden Supervisionssitzungen, in denen ausschliesslich Pflegende vertreten waren (N=1063), verglichen mit solchen, in denen auch Ärzte und Ärztinnen teilnahmen (N=143). Tab. 16 zeigt die Ergebnisse der einfaktoriellen Varianzanalyse mit dem Faktor Gruppenzusammensetzung.

**Tab. 16: Themen der Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Gruppenzusammensetzung "Pflege" vs. "Pflege & Ärzte" für das dominierende Sitzungsthema**

	Gesamt		Pflege		Pflege & Ärzte			
	n= 1206		n=1063		n=143			
Thema	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p
Patienten	0.21	0.40	0.19	0.40	0.30	0.46	8.08	<b>.004</b>
Ärzte	0.17	0.37	0.15	0.35	0.33	0.47	31.61	<b>.000</b>
Pflegeteam	0.38	0.49	0.43	0.49	0.04	0.20	83.43	<b>.000</b>
Arbeitsorg.	0.25	0.43	0.24	0.42	0.33	0.47	6.16	<b>.013</b>
Anmerkung: %Werte als Anteile; 0.21 = 21%								

Gruppen an denen Ärzte und Ärztinnen teilnehmen, unterscheiden sich in jedem der vier Themenkomplexe von solchen Gruppen, in denen sie nicht vertreten sind. Am deutlichsten sind die Unterschiede hinsichtlich der Themen „Zusammenarbeit mit Ärzten“ und „Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams“. Während die Zusammenarbeit von Ärzten und Pflegenden den Schwerpunkt der Sitzungen darstellt, in denen Ärzte und Pflegende gemeinsam miteinander sprechen, wird die Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams vorwiegend dann reflektiert, wenn die Pflegenden „unter sich“ sind. Die Wahrscheinlichkeit, daß in einer Sitzung ein Thema bearbeitet wird, was mit der Betreuung eines Patienten zusammenhängt, ist höher, wenn sowohl Ärzte als auch Pflegende anwesend sind, als wenn sich die Gruppe ausschließlich aus Pflegenden zusammensetzt.

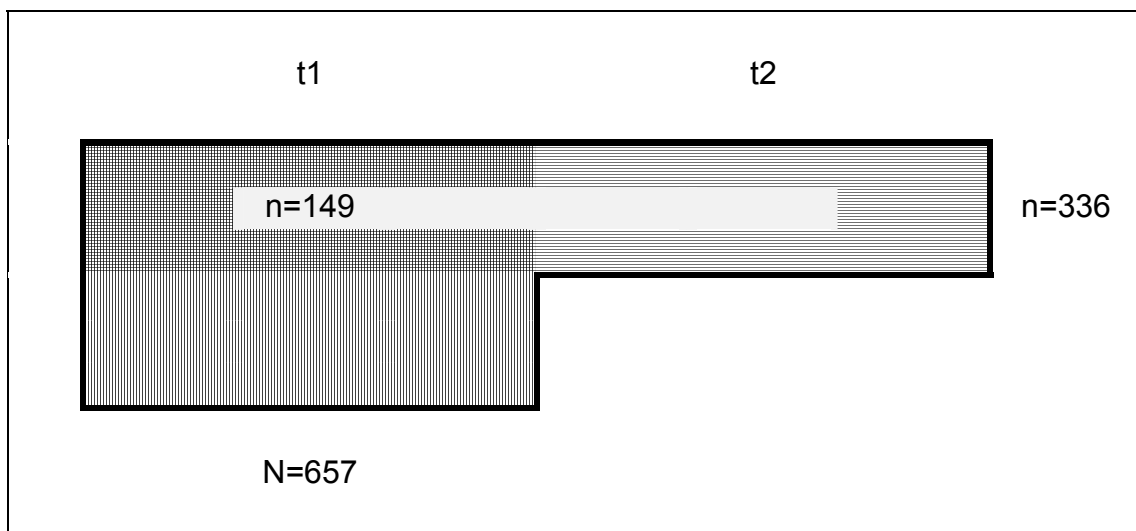
### 8.1.5 Zusammenfassung: Studie 1

Die Kliniken nehmen den Supervisionsdienst in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch. Die Inanspruchnahme war in der Medizinischen und Kinderklinik am höchsten, während Teams aus der Anästhesiologischen Klinik nie davon Gebrauch machten (Zeitraum 1990 - 2000). Entsprechend der Zielgruppe des Dienstes gehören die Gruppenteilnehmer in erster Linie der Pflege an. Im Durchschnitt umfasst eine Supervisionsgruppe fünf bis sechs Sitzungen mit 6,5 Teilnehmenden. Die Zusammenarbeit und das Arbeitsklima im Pflegeteam

nimmt in der Supervision den größten Raum ein. Weitere Themen sind institutionelle und arbeitsorganisatorische Probleme, der Umgang mit Patienten und Angehörigen und die Zusammenarbeit mit Ärzten. Die Gewichtung der Themen ist von Klinik zu Klinik zwar unterschiedlich, aber in der Supervision wird jedes Thema in jedem der Arbeitsbereiche besprochen. Die Gruppenzusammensetzung beeinflusst die Themen der Supervision: so stehen Teamkonflikte mehr im Vordergrund, wenn das Team unter sich ist, Schwierigkeiten mit Ärzten werden eher behandelt, wenn Ärzte an der Sitzung teilnehmen.

## 8.2 Studie 2: Prä-/Postbefragung der Supervisionsteilnehmenden

In der zweiten Studie wurden die Supervisanden vor Beginn und nach Beendigung der Supervision mittels eines strukturierten Fragebogens schriftlich befragt. Neben *soziodemographischen Merkmalen* erfaßt das Untersuchungsinstrument die *wahrgenommene Arbeitsbelastung* (zu t1 und t2: vor Beginn und nach Beendigung der Supervision), die *Erwartungen an die Supervision* vor deren Beginn (t1) und die wahrgenommenen *Effekte* nach Ende der Supervision (t2). Die Prä-/Postbefragung erfolgte ausschließlich im Rahmen der Regelsupervision, nicht bei Kriseninterventionen. Der Auswertung liegen 657 Prä- und 336 Post-Supervisionsfragebögen aus dem Zeitraum 1994 bis 2000 zugrunde (t1, t2). Aufgrund eines freiwillig angegebenen Codes waren 149 Fragebögen einander zuordnenbar und konnten im Längsschnitt ausgewertet werden (s. Kap. 8.2.4).



**Abb. 8: Teilnehmende Prä-/Postbefragung und Zuordnenbarkeit**

Die Strategien der Auswertung folgten einer Ausschöpfung der maximal möglichen Fallzahl. Für die Untersuchung allgemeiner Fragestellungen wurde die ver-

einigte Stichprobe (n=993) aus beiden Erhebungszeitpunkten verwendet, für spezifische Fragestellungen zu den Zeitpunkten t1 und t2 die jeweils maximal verfügbare Stichprobe an diesem Erhebungspunkt. Dem Zusammenhang zwischen Belastungserleben und Erwartungen an die Supervision etwa wurde an der Stichprobe zu t1 (n=657), den Fragen zu Supervisionseffekten wurde an der Stichprobe zu t2 (n=337) nachgegangen. Exakte Längsschnittberechnungen und differentielle Fragestellungen mit individuellen Veränderungswerten wurden an der eindeutig zuordenbaren Stichprobe (n=149) untersucht. Die Fallzahl verringert sich also einmal aufgrund fehlender Fragebögen und dann auf einer zweiten Stufe aufgrund fehlender Zuordenbarkeit. Die Vergleichbarkeit der einzelnen Teilstichproben wurde soweit wie möglich überprüft.

Der Datenschwund von t1 nach t2 ist unter anderem in praktischen Umständen der Erfassung begründet. Die Bögen zu ersten Erhebungszeitpunkt t1 wurden in der Regel im Informationsgespräch vor einer Supervision ausgegeben. Da die Vorgespräche in der Mittagsübergabe stattfinden, in der sich alle Pflegenden aus Früh- und Spätschicht treffen, erreichte die t1-Befragung auch solche Pflegenden, die später nicht an der Supervision teilnahmen. Die Nicht-Teilnahme hatte meist organisatorische Gründe, etwa wenn allein erziehende Mütter für die Zeit der Supervision keine zusätzliche Kinderbetreuung ermöglichen konnten oder wenn Teilzeitbeschäftigte neben der Arbeit noch einem Studium nachgingen, so daß ihnen die Teilnahme nicht möglich war.

Die Erhebung der Daten zum zweiten (Post-) Erhebungszeitpunkt erfolgte am letzten vereinbarten Sitzungstermin. Sie gestaltete sich dann schwierig, wenn die letzte Sitzung kurzfristig von der Station abgesagt werden musste. Mündlich mitgeteilte Gründe hierfür waren mangelnde personelle Besetzung auf Station, zum Beispiel wegen Krankheit oder Fortbildungsverpflichtungen mehrerer Mitarbeiter. In diesem Falle wurde versucht, die Bögen via Hauspost zu versenden, mit der Bitte, sie auszufüllen und auf gleichem Wege an die Supervisorin zurück zu schicken. Die Rücklaufquoten bei diesem Vorgehen waren allerdings eher niedrig.

### **8.2.1 Erlebte Arbeitsbelastungen**

Sowohl vor Beginn als auch am Ende der Supervision wurde erfragt, *wie häufig* bestimmte beruflich belastende Bedingungen und Situationen in einzelnen Arbeitsbereichen auftreten.

#### 8.2.1.1 Häufigkeit der erlebten Belastungen

Pflegende beschreiben in ihrer Arbeit in erster Linie Belastungen, die durch hohen Arbeitsanfall dann entstehen, wenn zu wenig Personal vorhanden ist, um die Arbeit zu bewältigen. An zweiter Stelle der Belastungen stehen „Organisatorische Bedingungen“, beispielsweise beengte bauliche Verhältnisse. Belastungen durch das Arbeitsklima auf Station werden häufiger erlebt als körperliche Beanspruchungen (Position 6). Für das Arbeitsklima ist dabei sowohl die Atmosphäre innerhalb des Pflgeteams als auch die Zusammenarbeit mit der ärztlichen Berufsgruppe von Bedeutung. Auch das „Scheitern von Versuchen auf der eigenen Station etwas zu verändern“, steht in der Rangfolge der erlebten Belastungen noch vor den körperlichen Beanspruchungen. Tab. 17 zeigt die erlebten Belastungen im einzelnen nach ihrer Rangreihe (Mittelwerte) über beide Befragungszeitpunkte hinweg (t1 und t2).

Insgesamt am seltensten sind Belastungen, die mit Problemen beim Einfinden in die Rolle der examinierten Pflegekraft zusammenhängen. Ebenfalls eher selten wird das Übertragen der Probleme der Patienten und Patientinnen auf einen selbst beklagt. Aus methodischer Sicht ist darauf hinzuweisen, daß man es bei der Deskription der Belastungshäufigkeiten auf Itemebene mit je etwas unterschiedlichen Fallzahlen (n) zu tun hat. Dies ist darauf zurückzuführen, daß nicht jedes Item für alle Befragten von Bedeutung war. So haben Stationsleitungen zum Beispiel in der Regel darauf verzichtet, dazu Stellung zu nehmen, wie häufig sie „Schwierigkeiten mit der Stationsleitung“ haben (Item 11).

**Tab. 17: Belastungs-Items: mittlere Häufigkeit erlebter Belastungen (Items absteigend nach Mittelwert)**

Item	mw	sd	n	
9	3.17	0.99	972	hoher Arbeitsanfall, zu wenig Personal
15	2.93	1.10	962	Organisatorische Bedingungen, z.B. bauliche Rahmenbedingungen
6	2.84	0.96	979	Arbeitsklima im Pflorgeteam auf der Station
3	2.83	0.90	978	Arbeitsklima und Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus
19	2.77	0.96	955	Scheitern von Veränderungsversuchen auf der Station
17	2.74	0.95	983	Starke körperliche Beanspruchung
5	2.70	0.86	982	Ethische u. moralische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung
18	2.66	1.06	967	Arbeitszeiten im Krankenhaus
13	2.61	1.00	979	Störung des Privatlebens, Probleme werden mit „nach Hause“ genommen
14	2.51	0.95	971	Vorgesetzte Ärzte (Oberarzt, Chefarzt)
11	2.49	0.94	934	Unsicherheit im Umgang mit Patienten
16	2.48	1.01	923	eigenes Berufsbild, gesellschaftlicher Stellenwert des Pflegeberufs
4	2.45	0.84	976	selbstbewusstsein
7	2.41	0.88	981	Schwierigkeiten beim Finden der eigenen Rolle
21	2.39	0.80	961	Probleme beim Erkennen und Umgang mit seelischen Störungen von Patienten
20	2.36	0.79	972	Probleme mit Angehörigen der Patienten
2	2.31	0.93	944	Vorgesetzte Pflegedienstleitung, vorgesetzte Bereichsleitung
12	2.18	1.07	867	Schwierigkeiten mit der Stationsleitung
8	2.13	1.01	899	Schlechte Einarbeitung auf neuer Station oder in einer veränderten Position
10	2.04	0.87	981	Übertragen der Probleme und Krankheiten der Patienten auf sich selbst
1	2.00	0.88	951	Probleme beim Einfinden in die Rolle des/der examinierten Pflegekraft
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft				

#### 8.2.1.2 Belastungsbereiche

Die 21 Einzelitems der Prä-/Postbefragung führen beruflich belastende Bedingungen und Situationen auf, die Galuschka und Mitarbeiter 1993 in einer explorativen Untersuchung von Pflegepersonal als maßgeblich herausgearbeitet haben (Galuschka et al 1993). Diese Items wurden für die vorliegende Studie auf dem Hintergrund der relevanten Literatur theoretisch begründet zu fünf Bereichen zusammengefaßt:

1. Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfllegeteam
2. Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten
3. Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen
4. Eigenes berufliches Selbstverständnis
5. Umgang mit Patienten und Angehörigen

Tab. 18 zeigt die Korrelation der Belastungs-Items mit den fünf Skalen in Entsprechung zu den fünf Bereichen.



Die Faktor- und Itemanalysen bestätigten die Faktorenstruktur. Eine Überprüfung der internen Konsistenz und Reliabilität der Skalen erbrachte befriedigende Werte für Cronbach's Alpha zwischen 0.60 und 0.71 (Tab. 19).

**Tab. 19: Belastungs-Skalen: Interne Konsistenz der Skalen (Cronbachs  $\alpha$ )**

Skala	Abbk.		Itemanzahl	Cronbach's $\alpha$
1	TEA	Pflege team	5	0.71
2	ÄRZ	Ärzte	2	0.68
3	ORG	Arbeitsorg.	4	0.60
4	SEL	Selbstverständnis	4	0.64
5	PAT	Patienten	6	0.66

Die in den fünf Skalen zusammengefassten Bereiche lassen sich inhaltlich wie folgt beschreiben (Item-Nummer jeweils in Klammer):

### **Skala 1 - Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflege team**

Hier spiegeln sich Schwierigkeiten mit der Stationsleitung (Item 12) wieder, aber auch das allgemeine Arbeitsklima im Pflege team auf der Station (6). Das Scheitern von Versuchen, auf der eigenen Station etwas zu verändern (19) oder eine schlechte Einarbeitung auf einer neuen Station oder in veränderter Position (8) sind Faktoren, die das Erleben des Arbeitsklimas in einem Team wesentlich beeinflussen. Auch die Beziehung zur vorgesetzten Pflegedienst- und Bereichsleitung (2) spielt hier eine Rolle für das Erleben des Arbeitsklimas.

### **Skala 2 - Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten**

Die Güte der Zusammenarbeit mit den Ärzten wird einerseits von dem für eine Station zuständigen Chef- und Oberarzt (Item 14) bestimmt, denjenigen Ärzten, die in der Hierarchie den Stationsärzten vorgesetzt sind. Andererseits prägen auch die Stationsärzte selbst (3) das Klima der interdisziplinären Zusammenarbeit.

### **Skala 3 - Arbeitsorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen**

Belastungen, die der Arbeitsorganisation und den institutionellen Rahmenbedingungen der Arbeit zugehören, sind zum Beispiel durch hohen Arbeitsanfall gegeben, wenn dieser mit zu wenig oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal bewältigt werden muß (Item 9). Aber auch die starke körperliche Beanspruchung durch die Pflege tätigkeit (17) und die Arbeitszeiten im Krankenhaus (18)

spielen hierfür eine Rolle. Unzureichende bauliche Gegebenheiten (15), wie zu wenig Platz bzw. eine zu grosse Belegung kleiner Räume, zählen schließlich ebenfalls zu den Belastungen durch Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen.

#### **Skala 4 - Eigenes berufliches Selbstverständnis**

Probleme im Zusammenhang mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis treten auf beim Einfinden in die Rolle des/der examinierten Krankenpflegers / Krankenschwester (Item 1) und beim Finden der eigenen Rolle auf Station (7). Damit verknüpft ist auch das berufliche Selbstbewußtsein (4), für das wiederum der gesellschaftliche Stellenwert des Pflegeberufs (16) bedeutsam ist.

#### **Skala 5 - Umgang mit Patienten und Angehörigen**

Belastungen in Zusammenhang mit der Versorgung der Patienten sind mannigfaltiger Natur: ethische u. moralische Gewissenskonflikte (Item 5), Unsicherheiten in der Gesprächsführung (11), Probleme beim Erkennen von seelischen Störungen (21) spielen hier ebenso eine Rolle wie das Übertragen von Problemen der Patienten auf sich selbst (10). Auch die Störung des Privatlebens, wenn Probleme am Arbeitsplatz mit „nach Hause“ genommen werden (13) bezieht sich am ehesten auf Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten (und nicht etwa auf arbeitsorganisatorische Probleme). Schließlich werden auch Unsicherheiten beim Umgang mit Familienangehörigen von Patienten (20) zum Belastungspotential durch Patienten gezählt.

Die Skalen sind miteinander korreliert (Tab. 20). Die Korrelationen ( $r$ ) liegen zwischen .26 und .44 und sind signifikant. Die Belastungen der einzelnen Bereiche werden nicht unabhängig voneinander wahrgenommen: erlebte Belastungen in einem der fünf Bereiche sind mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit assoziiert mit Belastungserleben in anderen Bereichen.

**Tab. 20: Belastungs-Skalen: Korrelationen der Skalen (vereinigt t1&t2 n=993,, prä t1 n=657, post t2 n=336)**

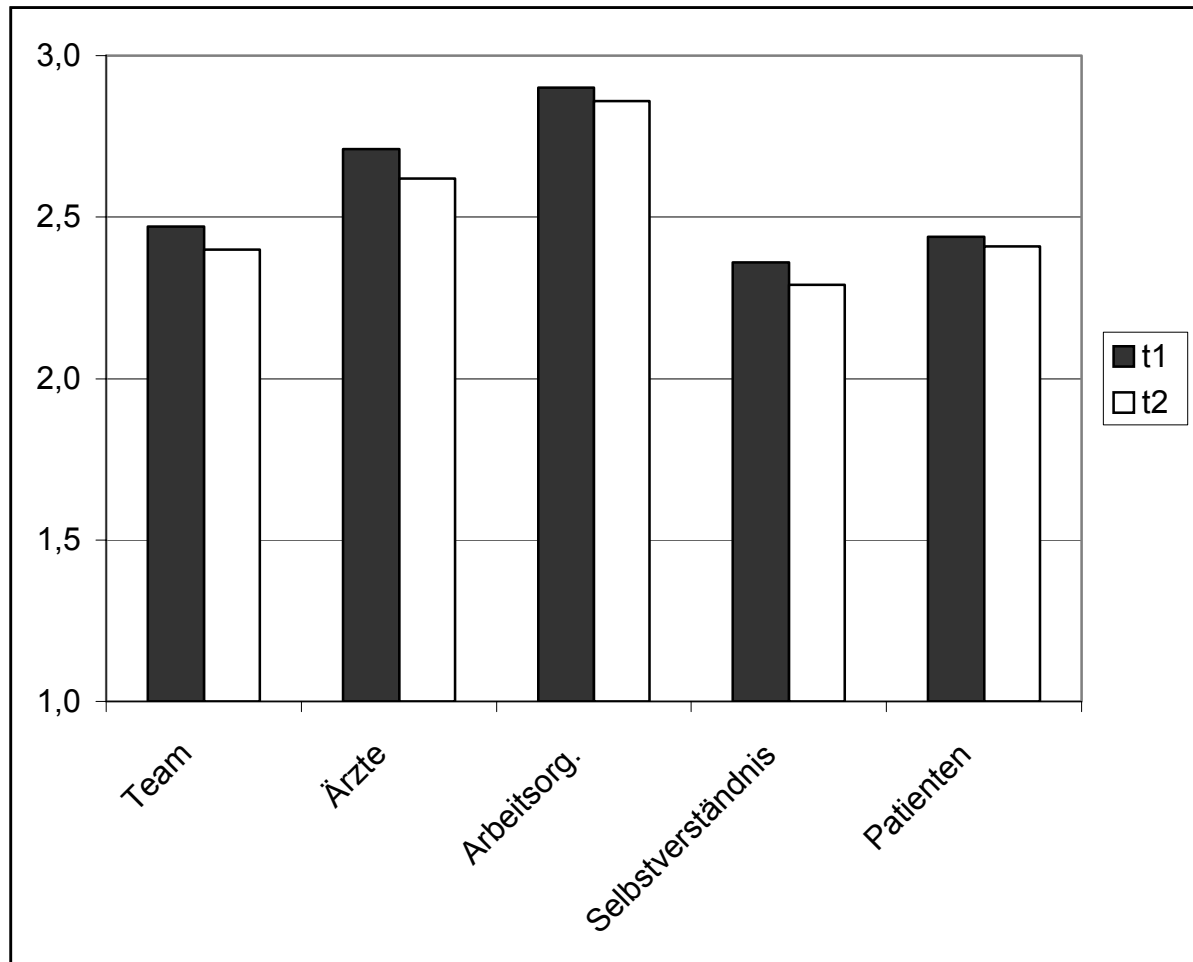
			1	2	3	4
	Skala		Team	Ärzte	Arbeitsorg.	Selbstverständ.
		mw	r	r	r	r
t1&t2						
1	Team	2.45				
2	Ärzte	2.67	0.32			
3	Arbeitsorg.	2.87	0.39	0.39		
4	Selbstverständnis	2.33	0.42	0.33	0.35	
5	Patienten	2.43	0.26	0.40	0.40	0.44
t1						
1	Team	2.47				
2	Ärzte	2.70	0.36			
3	Arbeitsorg.	2.89	0.36	0.39		
4	Selbstverständnis	2.36	0.41	0.35	0.37	
5	Patienten	2.44	0.23	0.41	0.39	0.43
t2						
1	Team	2.40				
2	Ärzte	2.61	0.25			
3	Arbeitsorg.	2.85	0.43	0.36		
4	Selbstverständnis	2.29	0.44	0.29	0.32	
5	Patienten	2.41	0.33	0.37	0.41	0.46
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft						

Für die Beurteilung der Häufigkeiten der erlebten Belastung lassen sich die Skalenwerte der Bereiche über beide Meßzeitpunkte hinweg (t1 & t2), sowie jeweils zum Zeitpunkt vor (t1) nach der Supervision (t2) miteinander vergleichen (Tab. 21). Die *Rangfolge* der geschilderten Belastungen ist *vor* der Supervision (t1) die gleiche wie *nach* Beendigung der Supervision (t2). Als Konsequenz (Abb. 9) zeigt auch der Gesamtvergleich über beide Zeitpunkte hinweg dasselbe Profil.

**Tab. 21: Belastungs-Skalen: Vergleich der Skalen Mittelwerte (vereinigt t1&t2 n=993,, prä t1 n=657, post t2 n=336) (t-Test für abhängige Stichproben)**

			1		2		3		4	
			Team		Ärzte		Arbeistorg.		Selbstverst.	
	Skalen	mw	t	p	t	p	t	p	t	p
t1&t2										
1	Team	2.45								
2	Ärzte	2.67	-8.09	.000						
3	Arbeitsorg.	2.87	-17.52	.000	-7.41	.000				
4	Selbstverst.	2.33	4.63	.000	12.15	.000	21.84	.000		
5	Patienten	2.43	0.62	.534	9.69	.000	19.91	.000	-4.47	.000
t1										
1	Pflegeteam	2.47								
2	Ärzte	2.70	-6.90	.000						
3	Arbeitsorg.	2.89	-13.50	.000	-5.55	.000				
4	Selbstverst.	2.36	3.51	.000	10.01	.000	17.21	.000		
5	Patienten	2.44	0.90	.368	8.56	.000	15.95	.000	-2.87	.004
t2										
1	Team	2.40								
2	Ärzte	2.61	-4.28	.000						
3	Arbeitsorg.	2.85	-11.39	.000	-4.97	.000				
4	Selbstverst.	2.29	3.09	.002	6.88	.000	13.48	.000		
5	Patienten	2.41	-0.27	.791	4.70	.000	11.95	.000	-3.79	.000
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft										

Mit Ausnahme der Skalen 1 und 5 unterscheiden sich alle Skalenwerte in ihrem Niveau signifikant voneinander. In Tab. 21 ist der Vergleich der Skalenwerte miteinander dargestellt (t-Test für abhängige Stichproben). Zu beiden Zeitpunkten werden Belastungen, die auf die Organisation und institutionelle Rahmenbedingungen der Arbeit (Skala3) zurückzuführen sind, am häufigsten geschildert. An zweiter Stelle stehen Belastungen in Zusammenhang mit der Kooperation von Pflegenden und Ärzten (Skala 2). Auf dem dritten Rang findet sich die Thematik der Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams (Skala 1), Belastungen durch die Beziehung zu Patienten und Angehörigen (Skala 5) folgen erst auf Platz vier. Eher selten sind dagegen Belastungen durch Schwierigkeiten im beruflichen Selbstverständnis (Skala 4).



5stufige Skalierung: 1=gar nicht ... 5= sehr häufig

**Abb. 9: Belastungshäufigkeiten in verschiedenen Bereichen vor (t1, n=657) und nach (t2, n=336) Supervision**

Die Befunde der Auswertung auf Itemebene finden sich demnach auch auf der Skalenebene wieder. Aus der Graphik ist ersichtlich, daß das Niveau der erlebten Belastungen nach Ende der Supervision jeweils etwas geringer ist als vor Beginn. Die explizite Prüfung der statistischen Signifikanz der Veränderungen wird im Detail in der Längsschnittauswertung dargestellt (Kap.8.2.4).

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen personen- und bedingungsbezogenen Prädiktoren und dem Belastungserleben untersucht. Unterscheidet sich das Belastungserleben Pflegender in Abhängigkeit von ihrem Arbeitsbereich? Inwieweit erleben Pflegende aus unterschiedlichen Kliniken arbeitsassoziierte Belastungen unterschiedlich bzw. unterschiedlich häufig? Lassen sich Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben und Personenmerkmalen aufzeigen?

### 8.2.1.3 Belastungserleben in Abhängigkeit vom Arbeitsbereich

Vergleicht man die Häufigkeiten, mit denen Pflegende aus unterschiedlichen Kliniken Belastungen angeben, finden sich Unterschiede sowohl im Gesamtniveau, als auch in den einzelnen Belastungsaspekten.

#### *Durchschnittliches Niveau erlebter Belastungen*

Über beide Messzeitpunkte hinweg, im Gesamtniveau, geben Pflegende aus Psychiatrischer Klinik, Chirurgischer Klinik und Kinderklinik signifikant *häufiger* Belastungen an als der Durchschnitt aller Befragten. Pflegende aus Zahn-, Mund- und Kieferklinik, Augenklinik, Radiologischer Klinik, Frauenklinik und aus dem Bereich der ausserklinischen Pflege geben dagegen ein signifikant *geringeres* Belastungsniveau an (vgl. Tab. 22).

**Tab. 22: Mittlere Ausprägung des Belastungs-Gesamtniveau in den Kliniken (t1 und t2)**  
– MANOVA Vergleich der Kliniken gegen den Gesamtmittelwert

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.55	.09	.355
2	Chirurgische Klinik	130	2.61	.20	<b>.049</b>
3	Psychiatrische Klinik	50	2.71	.32	<b>.001</b>
4	Neurologische Klinik	62	2.54	.03	.757
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	1.92	-.28	<b>.004</b>
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.45	-.16	.113
7	Augenklinik	10	2.22	-.25	<b>.011</b>
8	Radiologische Klinik	31	2.32	-.18	.063
9	Kinderklinik	246	2.60	.29	<b>.004</b>
10	Frauenklinik	118	2.37	-.33	<b>.001</b>
11	Ausserklinische Pflege	21	2.35	-.26	<b>.008</b>
	Gesamt	993	2.53		

MANOVA pro Klinik gegen den Gesamtmittelwert aller Belastungen. (r<sub>eff</sub>: Effektstärke, standardisiert auf ein n von 100). Über die Abweichung vom Referenzwert (total mean) können die Kliniken untereinander verglichen werden. Der Mittelwert (mw) gibt Aufschluss über das Niveau, die Effektstärke (reff) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung. In Effektstärke und Signifikanz geht die Gruppengröße n mit ein.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Stationen der Medizinischen Klinik, sowie der HNO- und der Neurologischen Klinik geben durchschnittliche Belastungshäufigkeiten an.

Dies führt zu der Frage, inwiefern die Tätigkeit in einem bestimmten Arbeitsbereiches, beispielsweise die Versorgung von chirurgischen oder psychiatrischen Patienten unterschiedliche Belastungen mit sich bringt? Inwiefern wiederum gleichen sich die erlebten Belastungen in den unterschiedlichen Arbeitsbereichen? Im Folgenden werden dazu die Belastungsangaben der Pflegenden aus verschiedenen Kliniken untersucht, gegliedert nach den Belastungsbereichen: innerhalb des Pflegeteams, zwischen Pflegenden und Ärzten, hinsichtlich Arbeitsorganisation, im beruflichen Selbstverständnis und in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen.

#### *Belastungserleben hinsichtlich des Pflegeteams*

Belastungen in der „Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflegeteam“ werden von Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter aus Psychiatrie und Chirurgie am weitaus häufigsten geschildert. Diese beiden Gruppen unterscheiden sich hierin hoch signifikant vom Durchschnitt der Befragten aller Kliniken. Auch die Pflegenden der Neurologischen, HNO-, Augen- und der Radiologischen Klinik unterscheiden sich deutlich vom allgemeinen Durchschnitt des angegebenen Belastungsniveaus. Sie jedoch erleben vergleichsweise *weniger oft* Belastungen in der Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflegeteam.

**Tab. 23: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala "Zusammenarbeit im Pflegeteam" in den Kliniken (t1 und t2) – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.46	.02	.812
2	Chirurgische Klinik	130	2.70	.39	<b>.000</b>
3	Psychiatrische Klinik	50	2.78	.35	<b>.000</b>
4	Neurologische Klinik	62	2.24	-.23	<b>.019</b>
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	2.22	-.06	.484
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.23	-.30	<b>.002</b>
7	Augenklinik	10	2.13	-.24	<b>.013</b>
8	Radiologie	31	2.09	-.26	<b>.009</b>
9	Kinderklinik	246	2.45	.00	.993
10	Frauenklinik	118	2.42	-.04	.688
11	Ausserklinische Pflege	21	2.25	-.14	.160
	Gesamt	993	2.45		

Die Effektstärke (r<sub>eff</sub>) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung vom Gesamtmittel. In beide Maße geht das n ein.

Tabelle 23 zeigt diese Ergebnisse für die einzelnen Kliniken. Keine besonderen Abweichungen vom allgemeinen Mittelwert - was die Zusammenarbeit und das Arbeitsklima im Pflgeteam anbelangt - zeigen sich in Medizinischer, Kinder-, Zahn- sowie in der Frauenklinik. Auch der Ausserklinische Pflegedienst gibt Belastungen durch die Zusammenarbeit im Team in durchschnittlichem Maße an.

### *Belastungserleben hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ärzten*

Hinsichtlich der erlebten Belastungen durch Konflikte in der „Zusammenarbeit und dem Arbeitsklima mit Ärzten“ fallen die Psychiatrische Klinik auf der einen und die Frauenklinik auf der anderen Seite in besonderer Weise auf. Während die Pflegenden aus der Psychiatrie sehr *häufig* Belastungen in der interdisziplinären Kooperation beklagen, haben Pflegende aus der Frauenklinik deutlich *seltener* Probleme auf dieser Ebene ihrer Arbeitstätigkeit.

**Tab. 24: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Zusammenarbeit mit Ärzten“ in den Kliniken (t1 und t2) – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.61	-.13	.184
2	Chirurgische Klinik	130	2.63	-.05	.616
3	Psychiatrische Klinik	50	3.24	.40	<b>.000</b>
4	Neurologische Klinik	62	2.93	.26	<b>.008</b>
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	1.90	-.23	<b>.015</b>
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.55	-.12	.214
7	Augenklinik	10	2.60	-.04	.630
8	Radiologische Klinik	31	2.71	.02	.837
9	Kinderklinik	246	2.80	.26	<b>.009</b>
10	Frauenklinik	118	2.38	-.36	<b>.000</b>
11	Ausserklinische Dienste	21	2.42	-.13	.181
	Gesamt	993	2.67		

Die Effektstärke (r<sub>eff</sub>) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung vom Gesamtmittel. In beide Maße geht das n ein.

Wie die Pflegenden der Psychiatrie, so beschreiben auch die aus Neurologie und Kinderklinik überdurchschnittlich häufig Probleme in der Zusammenarbeit mit den Ärzten. Krankenschwestern und -pfleger aus Frauenklinik und Zahnklinik geben dagegen weniger oft Belastungen durch eine unzureichende Zusammen-

arbeit mit Ärzten an als der Durchschnitt der Pflegenden aller Kliniken (Tab. 24).

*Belastungserleben hinsichtlich Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen*

Belastungen durch Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen werden von Pflegenden der Chirurgischen und der Kinderklinik überdurchschnittlich häufig beschrieben. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Frauen- und Augen-, sowie der Radiologischen und Zahnklinik beschreiben Schwierigkeiten im arbeitsorganisatorischen Bereich vergleichsweise seltener. Gleiches gilt für die Beschäftigten im ausserklinischen Pflegedienst (Tab. 25).

**Tab. 25: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Arbeitsorganisation“  
in den Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.93	.12	.246
2	Chirurgische Klinik	130	3.10	.33	<b>.001</b>
3	Psychiatrische Klinik	50	2.88	.00	.933
4	Neurologische Klinik	62	2.88	.00	.971
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	1.98	-.30	<b>.002</b>
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.88	.01	.912
7	Augenklinik	10	2.10	-.39	<b>.000</b>
8	Radiologische Klinik	31	2.41	-.29	<b>.003</b>
9	Kinderklinik	246	3.00	.27	<b>.006</b>
10	Frauenklinik	118	2.62	-.38	<b>.000</b>
11	Ausserklinische Dienste	21	2.29	-.42	<b>.000</b>
	Gesamt	993	2.87		

Die Effektstärke (r<sub>eff</sub>) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung vom Gesamtmittel. In beide Maße geht das n ein.

*Belastungserleben hinsichtlich des beruflichen Selbstverständnisses*

Belastungen durch Probleme mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis werden von Pflegenden der Psychiatrie überdurchschnittlich häufig beklagt. Ihre Kolleginnen und Kollegen aus den anderen Kliniken unterscheiden darin nicht signifikant voneinander (Tab. 26).

**Tab. 26: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Berufliches Selbstverständnis“ in den Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.32	-.04	.718
2	Chirurgische Klinik	130	2.41	.14	.172
3	Psychiatrische Klinik	50	2.56	.28	<b>.005</b>
4	Neurologische Klinik	62	2.38	.06	.523
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	1.85	-.15	.119
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.34	.01	.874
7	Augenklinik	10	2.06	-.16	.078
8	Radiologische Klinik	31	2.13	-.17	.093
9	Kinderklinik	246	2.36	.08	.433
10	Frauenklinik	118	2.23	-.16	.107
11	Ausserklinische Dienste	21	2.13	-.16	.093
	Gesamt	993	2.33		

Die Effektstärke (r<sub>eff</sub>) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung vom Gesamtmittel. In beide Maße geht das n ein.

*Belastungserleben hinsichtlich der Beziehung zu Patienten und Angehörigen*

Insbesondere in Kinder- und Medizinischer Klinik geben Pflegende signifikant höhere Belastungen durch den Umgang mit Patienten und Angehörigen an als der Durchschnitt aller Pflegenden im Gesamtklinikum.

**Tab. 27: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Beziehung zu Patienten“ in Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

	Klinik	n	mw	r <sub>eff</sub>	p
1	Medizinische Klinik	224	2.52	.24	<b>.014</b>
2	Chirurgische Klinik	130	2.32	-.23	<b>.018</b>
3	Psychiatrische Klinik	50	2.40	-.05	.604
4	Neurologische Klinik	62	2.53	.14	.154
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10	1.67	-.29	<b>.002</b>
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	91	2.38	-.08	.425
7	Augenklinik	10	2.36	-.05	.611
8	Radiologische Klinik	31	2.30	-.10	.302
9	Kinderklinik	246	2.55	.36	<b>.000</b>
10	Frauenklinik	118	2.24	-.35	<b>.000</b>
11	Ausserklinische Dienste	21	2.59	.18	.072
	Gesamt	993	2.43		

Die Effektstärke (r<sub>eff</sub>) und das Signifikanzniveau (p) über die statistische Bedeutung der Abweichung vom Gesamtmittel. In beide Maße geht das n ein.

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zahn- und der Frauenklinik erleben vergleichsweise selten Belastungen durch die Beziehung zu Patienten und Angehörigen (Tab. 27).

*Zusammenfassung: bedingungsbezogene Prädiktoren des Belastungserlebens*

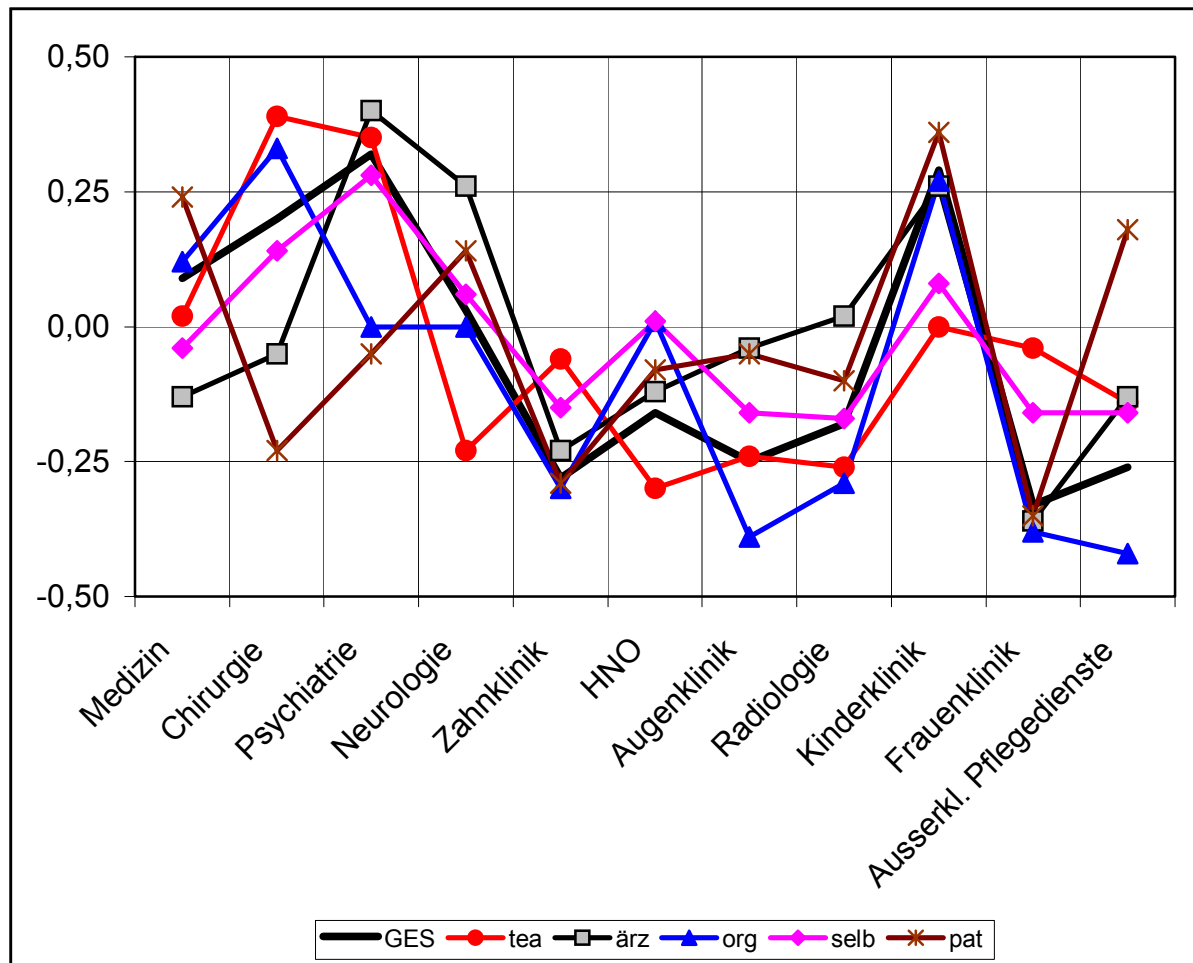
Das Belastungserleben ist ein komplexes und heterogenes Geschehen. Die Supervisorinnen treffen auf eine Vielzahl unterschiedlicher Gruppen aus unterschiedlichen Kliniken, die unterschiedliche Probleme in je unterschiedlichen Gewichtungen erleben. In den Kliniken lassen sich sowohl Unterschiede im Belastungsniveau als auch hinsichtlich der Belastungsprofile finden. Insgesamt – über alle Bereiche und beide Messzeitpunkte hinweg- beschreiben sich die Psychiatrieschwestern und -pfleger als am höchsten belastet, während die Pflegenden der Frauenklinik das niedrigste Belastungsniveau angeben.

**Tab. 28: Mittlere Ausprägung der Belastungen: Übersicht klinikspezifischer Effekte - Abweichungen vom mittleren Niveau der Skalen und des Gesamtniveaus**

	Klinik	Belastungsbereiche					Gesamt
		TEA	ÄRZ	ORG	SELB	PAT	
1	Medizinische Klinik	-	-	-	-	↑	-
2	Chirurgische Klinik	↑	-	↑	-	-	↑
3	Psychiatrische Klinik	↑	↑	-	↑	-	↑↑
4	Neurologische Klinik	↓	↑	-	-	-	-
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	-	↓	↓	-	↓	↓
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	↓	-	-	-	-	-
7	Augenklinik	↓	-	↓	-	-	↓
8	Radiologische Klinik	↓	-	↓	-	-	↓
9	Kinderklinik	-	↑	↑	-	↑	↑
10	Frauenklinik	-	↓	↓	-	↓	↓↓
11	Ausserklinische Dienste	-	-	↓	-	-	↓
↑: Belastung deutlich häufiger, ↓: deutlich seltener, -: durchschnittlich							

Im Einzelnen werden Belastungen im Team, in der Zusammenarbeit mit Ärzten und im beruflichen Selbstverständnis besonders häufig in der Psychiatrie beklagt, Belastungen durch organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen in der Chirurgie, Belastungen im Umgang mit Patienten in der Kinder- und der Medizinischen Klinik (Tab. 28). Gleichzeitig ist jedoch zu festzuhalten, daß durchaus jeder Problembereich in jedem der Arbeitszusammenhänge als belastend geschildert wurde und sich nur das Ausmaß unterscheidet. Jede Klinik

zeichnet sich durch ein spezifisches Belastungsprofil aus und kann dem Gesamtmittelwert gegenübergestellt werden. Dies ist in Abb. 10 zusammengefasst dargestellt.



**Abb. 10: Ausprägung der erlebten Belastungen in den Kliniken – Vergleich gegen Gesamtmittelwert; Effektstärken**

#### 8.2.1.4 Belastungserleben in Abhängigkeit von Personenmerkmalen

Soziodemographische Merkmale wie Geschlecht, Lebensalter, Dauer der Berufstätigkeit, aber auch Funktion auf Station und das Absolvieren einschlägiger Fort- und Weiterbildungen spiegeln *individuelle* Unterschiede zwischen den Befragten wieder. Diese Merkmale wurden in der Befragung zum Belastungserleben vor Beginn der Supervision (t1) erfasst. Neben bedingungsbezogene Unterschieden durch die Arbeitsbereiche spielen auch personenbezogene Unterschiede zwischen den Pflegenden eine Rolle bei ihrer Bewertung und Sicht der Belastungen. Dies wird im Folgenden dargestellt.

### *Personenbezogene Merkmale im Untersuchungssample*

Von den 652 zum ersten Meßzeitpunkt Befragten sind 86% Frauen. Die durchschnittliche Berufsdauer beträgt 12,8 Jahre ( $sd = 8,8$  Jahre). Die meisten Befragten sind zwischen 30 und 39 Jahre alt (Tab. 29).

**Tab. 29: Altersverteilung zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 652)**

Altersgruppe											
<20 J.		20-29 J.		30-39 J.		40-49 J.		50-59 J.		60-69 J.	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
2	0.3	216	33.1	266	40.8	124	19.0	40	6.1	4	0.6

Knapp ein Viertel (24,4%) arbeiten in einer Leitungsfunktion, 18 % der Befragten haben eine Fachpflegeweiterbildung absolviert und 44% haben schon mindestens ein Mal an einer Fortbildung zu psychologischen Themen teilgenommen (Tab. 30).

**Tab. 30: Verteilung der Merkmale Leitung, Fachweiterbildung, Fortbildung zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 652)**

Variable				1 (nein)		2 (ja)	
	mw	sd	n	n	%	N	%
Leitung	1.24	0.43	443	335	75.6	108	24.4
Fachpflege	1.18	0.39	591	483	81.7	108	18.3
Fortbildung	1.44	0.50	590	330	55.9	260	44.1

Die Personenmerkmale Leitungsfunktion und Fachpflege sind über die Kliniken hinweg in etwa vergleichbar. Signifikante Abweichungen liegen nicht vor. Die Fortbildung zu psychologischen Themen ist dagegen bei Pflegenden aus verschiedenen Kliniken unterschiedlich häufig vorzufinden. Derartige Fortbildungen wurden häufiger von Pflegenden aus der Psychiatrischen Klinik, der Kinderklinik und der Medizinischen Klinik absolviert und vergleichsweise seltener in der Chirurgischen Klinik (Tab. 31).

**Tab. 31: Verteilung der Merkmale Leitung, Fachweiterbildung, Fortbildung in den Kliniken zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 659)**

			Leitung	Fachpflege	Fortbildung
	Klinik	n	%	%	%
1	Medizinische Klinik	157	23.0	23.6	<b>46.1</b>
2	Chirurgische Klinik	97	24.1	16.3	34.0
3	Psychiatrische Klinik	35	25.0	15.6	<b>68.8</b>
4	Neurologische Klinik	47	15.4	12.8	32.6
5	Zahn-, Mund-, Kieferklinik	10 #	20.0	11.1	60.0
6	Hals-, Nasen-, Ohrenklinik	59	14.3	14.8	32.1
7	Augenklinik	5 #	20.0	0.0	20.0
8	Radiologische Klinik	18 #	100.0	12.5	29.4
9	Kinderklinik	155	31.4	20.9	<b>54.5</b>
10	Frauenklinik	64	25.5	17.0	38.8
11	Ausserklinische Dienste	12 #	22.2	8.3	50.0
	Gesamt	659	24.4	18.3	44.1
		Chi <sup>2</sup>	13.1	7.12	28.4
		p	.217	.713	<b>.002</b>
# Fallzahl n < 30: % Angaben aufgrund kleiner Fallzahl wenig aussagekräftig					

*Zur Interdependenz der personenbezogenen Merkmale*

Die erfaßten personenbezogenen Merkmale sind korreliert (Tab. 32).

**Tab. 32: Interkorrelationen der personenbezogenen Merkmale**

Variable	Geschlecht		Alter		Dauer		Leitung		Fachpflege.	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Geschlecht			-0.04	.299	-0.14	<b>.003</b>	0.09	.066	0.01	.870
Alter	-0.04	.299			0.79	<b>.000</b>	0.14	<b>.003</b>	0.11	<b>.011</b>
Dauer	-0.14	<b>.003</b>	0.79	<b>.000</b>			0.17	<b>.001</b>	0.14	<b>.004</b>
Leitung	0.09	.066	0.14	<b>.003</b>	0.17	<b>.001</b>			0.12	<b>.016</b>
Fachpflege.	0.01	.870	0.11	<b>.011</b>	0.14	<b>.004</b>	0.12	<b>.016</b>		
Fortbildung.	-0.00	.943	0.11	<b>.006</b>	0.16	<b>.001</b>	0.25	<b>.000</b>	0.19	<b>.000</b>

Je älter Pflegende sind, desto länger arbeiten sie im Beruf, haben eher eine Leitungsfunktion inne und eine Fachweiterbildung absolviert und bereits an psychologischen Fortbildungen teilgenommen. Auch die Merkmale Berufsdauer,

Leitung, Fachpflege und Fortbildungsbesuch korrelieren positiv miteinander. Krankenschwestern, die im Rahmen der Supervision an dieser Studie teilgenommen haben, sind durchschnittlich länger im Beruf als ihre männlichen Kollegen (13.2 vs. 9.6 Jahre). Krankenpfleger dagegen arbeiten tendenziell etwas öfter in Leitungspositionen als weibliche Pflegenden (Tab. 33). Frauen und Männer dieser Stichprobe unterscheiden sich im Mittel nicht signifikant voneinander hinsichtlich ihres Alters, ihrer Fachweiterbildung und Fortbildungsbesuchen.

**Tab. 33: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer) für Dauer der Tätigkeit und Leitungsfunktion**

Variable	Gesamt		Frauen			Männer			F		p
	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd			
Dauer	12.76	8.82	383	13.24	8.98	59	9.64	7.07	8.63		<b>.003</b>
Leitungsfunktion	1.25	0.43	378	1.23	0.42	62	1.34	0.48	3.40		.065

Im weiteren wird untersucht, inwiefern personenbezogene Merkmale von Bedeutung dafür sind, wodurch bzw. wie häufig sich Pflegenden beruflich belastet fühlen. Methodisch wurden zu diesem Zwecke wiederum Korrelationen und bei den dichotomen Variablen zusätzlich einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet, bezogen auf den ersten Erhebungszeitpunkt.

#### *Belastungserleben und Lebensalter / Berufsjahre*

Lebensalter und Anzahl der Berufsjahre spielen für das Erleben von Belastungen eine bedeutsame Rolle. Je älter eine Pflegekraft ist und je länger sie im Beruf tätig war, desto seltener beschreibt sie Probleme auf vier der fünf erfaßten Ebenen (Tab. 34).

**Tab. 34: Belastungs-Skalen: Korrelation der Skalen mit Alter und Berufsjahren**

	Skala	Alter			Berufsjahre		
		n	r	p	n	r	p
1	Pflegeteam	612	-0.00	.972	425	-0.00	.947
2	Ärzte	648	-0.11	<b>.004</b>	442	-0.16	<b>.001</b>
3	Arbeitsorganisation.	641	-0.09	<b>.016</b>	439	-0.09	.064
4	Selbstverständnis.	636	-0.11	<b>.007</b>	437	-0.12	<b>.011</b>
5	Patienten	639	-0.23	<b>.000</b>	435	-0.25	<b>.000</b>

Im einzelnen beschreiben ältere und berufserfahrenere Pflegende seltener Belastungen durch Probleme in den Bereichen Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten, Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen, eigenes berufliches Selbstverständnis und in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen. Lediglich die Wahrnehmung von Teamkonflikten verändert sich nicht mit zunehmendem Alter und Jahren im Pflegeberuf. Teamkonflikte treten demnach unabhängig von Alter und Berufsjahren auf.

Die Wahrnehmung der Belastungen durch die Pflegenden unterscheidet sich in der Rangfolge nicht in Abhängigkeit von Alter und Berufserfahrung (Tab. 35).

**Tab. 35: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Alter/Berufsjahren (jünger vs. älter; gemeinsam dichotomisiert)**

				jünger			älter				
		mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
	Alter	3.06	0.94	221	2.48	0.72	225	3.62	0.78	256.37	<b>.000</b>
	Berufsjahre	12.77	8.82	221	5.69	2.87	226	19.69	7.00	758.67	<b>.000</b>
	Skala										
1	Pflegeteam	2.52	0.70	219	2.52	0.72	208	2.52	0.68	0.00	.977
2	Ärzte	2.71	0.84	219	2.81	0.88	225	2.61	0.78	6.54	<b>.010</b>
3	Arbeitsorg.	2.93	0.73	220	3.00	0.70	221	2.86	0.75	3.63	<b>.057</b>
4	Selbstverst.	2.34	0.66	219	2.39	0.63	220	2.28	0.68	2.86	.091
5	Patienten	2.43	0.53	219	2.53	0.53	218	2.34	0.52	15.31	<b>.000</b>
Alter in Kategorien 1-6, 1 = <20 J., 2= 20-29 J., 3= 30-39 J., 4= 40-49 J., 5= 50-59 J., 6= 60-69 Jahre; Belastung Anmerkung: 5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft											

Sowohl die jüngeren als auch die älteren Pflegenden erleben am häufigsten Belastungen durch Arbeitsorganisation und vergleichsweise am seltensten Belastungen im Zusammenhang mit ihrem beruflichen Selbstverständnis. Während sich das erlebte Belastungsniveau in den meisten Bereichen - mit Ausnahme des Bereichs Teamkonflikte - mit höherem Alter und längerer Berufsdauer verringert, verändert sich das Profil erlebter Belastungen nicht: die Schwerpunkte bleiben gleich.

#### *Belastungserleben und Geschlecht*

Krankenschwestern beschreiben häufiger Probleme im „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ als Krankenpfleger. Auf *Skalenebene* finden sich ansonsten keine geschlechtsgebundenen Unterschiede (Tab. 36).

**Tab. 36: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer)**

		Gesamt		Frauen			Männer				
	Skala	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
1	Pflegeteam	2.47	0.69	525	2.48	0.69	86	2.45	0.71	0.08	.780
2	Ärzte	2.71	0.81	560	2.70	0.81	88	2.73	0.84	0.09	.759
3	Arbeitsorg.	2.89	0.71	553	2.91	0.72	88	2.78	0.70	2.27	.132
4	Selbstverst.	2.36	0.64	550	2.37	0.65	86	2.31	0.62	0.68	.409
5	Patienten	2.45	0.54	550	2.47	0.54	89	2.31	0.53	7.16	<b>.007</b>
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft											

Weibliche Pflegende erleben also häufiger ethische und moralische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung, neigen eher dazu, Probleme und Krankheiten der Patienten auf sich selbst zu übertragen und können zuhause weniger gut „abschalten“. Auf *Itemebene* finden sich darüber hinaus weitere signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Geschlecht (Tab. 37). Frauen geben häufiger Probleme im beruflichen Selbstbewusstsein an als ihre männlichen Kollegen. Männer haben tendenziell mehr Schwierigkeiten beim Einfinden in die Rolle der examinerten Pflegekraft. In der Beschreibung einzelner berufsassoziierter Belastungen unterscheiden sich Frauen und Männer insofern, als daß Krankenschwestern *körperlich* belastende Situationen sehr viel häufiger erleben als Krankenpfleger.

**Tab. 37: Belastungserleben (Items): 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer)**

	Item	Frauen			Männer			F	p
		n	mw	sd	n	mw	sd		
1	Probleme beim Einfinden in die Rolle des/der Examinierten	539	1.98	0.90	85	2.16	0.80	3.13	.077
2	Vorgesetzte Pflegedienstleitung	530	2.32	0.94	87	2.39	1.04	0.44	.505
3	Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus	558	2.86	0.92	87	2.92	0.92	0.33	.565
4	Selbstbewusstsein	557	2.51	0.88	86	2.30	0.78	4.36	<b>.037</b>
5	Ethische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung	558	2.75	0.88	88	2.52	0.76	5.19	<b>.022</b>
6	Arbeitsklima im Pflorgeteam	554	2.88	0.99	89	2.87	1.05	0.00	.927
7	Schwierigkeiten mit eigener Rolle	558	2.46	0.90	87	2.38	0.85	0.54	.462
8	Schlechte Einarbeitung	508	2.18	1.05	84	2.25	1.05	0.32	.566
9	Hoher Arbeitsanfall, zu wenig Personal	548	3.23	1.00	88	3.24	1.01	0.00	.964
10	Übertragen der Probleme der Patienten auf sich selbst	558	2.10	0.91	89	1.87	0.81	4.98	<b>.025</b>
11	Unsicherheit im Umgang mit (sterbenden) Patienten	529	2.51	0.96	88	2.39	0.94	1.35	.244
12	Schwierigkeiten mit Leitung	487	2.22	1.09	80	2.10	1.11	0.79	.373
13	Störung des Privatlebens, Probleme mit "nach Hause" genommen	558	2.68	1.02	89	2.43	1.00	4.81	<b>.028</b>
14	Vorgesetzte Ärzte	550	2.55	0.94	87	2.53	1.02	0.03	.853
15	Organisatorische Bedingungen	544	2.89	1.11	86	2.93	1.00	0.08	.772
16	Stellenwert des Pflegeberufs	517	2.53	1.05	85	2.41	0.94	1.02	.312
17	Körperliche Beanspruchung	558	2.81	0.98	89	2.43	0.95	11.84	<b>.000</b>
18	Arbeitszeiten im Krankenhaus	546	2.69	1.07	89	2.57	1.20	0.89	.345
19	Scheitern bei Veränderungsversuchen auf Station	537	2.78	0.95	86	2.66	0.99	1.18	.276
20	Probleme mit Pat.-Angehörigen	552	2.39	0.82	89	2.22	0.81	2.96	.085
21	Probleme im Umgang mit seelischen Störungen von Patienten	546	2.39	0.80	89	2.42	0.72	0.05	.808
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft									

### *Belastungserleben und Funktion auf Station*

Für die Wahrnehmung beruflicher Belastungen spielt neben dem Geschlecht auch die Funktion einer Pflegekraft auf Station eine Rolle. Krankenschwestern

und Krankenpfleger in Leitungsfunktionen beschreiben häufiger Probleme in der Zusammenarbeit und dem Arbeitsklima mit Ärzten als ihnen nachgeordnete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter (Tab. 38).

**Tab. 38: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Leitungsfunktion (nein vs. ja)**

		Gesamt		Keine Leitungsfkt.			Leitungsfkt.				
	Skala	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
1	Pflegeteam	2.52	0.70	326	2.50	0.71	95	2.59	0.66	1.08	.297
2	Ärzte	2.72	0.84	332	2.66	0.86	108	2.91	0.77	7.69	<b>.005</b>
3	Arbeitsorganis.	2.92	0.72	330	2.90	0.74	108	2.99	0.67	1.20	.274
4	Selbstverständ..	2.32	0.65	329	2.33	0.68	107	2.30	0.56	0.18	.671
5	Patienten	2.42	0.54	328	2.40	0.55	106	2.46	0.50	0.77	.380
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft											

Auf Itemebene wird darüber hinaus deutlich, daß Stationsleitungen häufiger Probleme mit der je vorgesetzten Bereichs- oder Pflegedienstleitung erleben als Kolleginnen ohne Leitungsfunktion. Ähnlich wie in der Zusammenarbeit mit Ärzten, haben Stationsleitungen im Arbeitsalltag auch mit ihren eigenen Fachvorgesetzten mehr direkte Berührungspunkte als die übrigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter eines Teams. Schließlich beschreiben Pflegende in Leitungspositionen häufiger „Probleme beim Erkennen und im Umgang mit seelischen Störungen von Patienten“ als Pflegende ohne Leitungsaufgaben (Tab. 39).

**Tab. 39: Belastungserleben (Items): 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Leitungsfunktion (nein vs. ja)**

		Keine Leitung			Leitung				
	Item	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
1	Probleme beim Einfinden in die Rolle des/der Examinierten	322	1.97	0.90	107	1.73	0.76	6.20	<b>.013</b>
2	Vorgesetzte Pflegedienstleitung	322	2.28	0.96	104	2.60	0.94	8.75	<b>.003</b>
3	Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus	330	2.83	0.97	108	2.97	0.92	1.72	.190
4	Selbstbewußtsein	330	2.43	0.91	107	2.40	0.79	0.08	.771
5	Ethische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung	334	2.71	0.94	108	2.69	0.68	0.03	.853
6	Arbeitsklima im Pflorgeteam	335	2.95	1.05	108	3.03	0.94	0.45	.504
7	Schwierigkeiten mit eigener Rolle	332	2.41	0.91	108	2.60	0.86	3.59	.058
8	Schlechte Einarbeitung	315	2.14	1.04	92	2.32	1.06	1.95	.162
9	Hoher Arbeitsanfall, zu wenig Personal	329	3.25	1.04	108	3.45	0.84	3.33	.068
10	Übertragen der Probleme der Patienten auf sich selbst	332	1.97	0.86	108	1.89	0.89	0.77	.380
11	Unsicherheit im Umgang mit (sterbenden) Patienten	316	2.47	0.96	104	2.46	0.87	0.00	.948
12	Schwierigkeiten mit Leitung	318	2.31	1.12	58	1.97	1.06	4.87	<b>.027</b>
13	Störung des Privatlebens, Probleme mit "nach Hause" genommen	333	2.65	1.04	106	2.73	0.96	0.34	.529
14	Vorgesetzte Ärzte	328	2.48	0.99	107	2.85	0.88	11.97	<b>.000</b>
15	Organisatorische Bedingungen	327	2.82	1.10	107	3.08	1.07	4.82	<b>.028</b>
16	Stellenwert des Pflegeberufs	314	2.52	1.06	104	2.49	0.96	0.05	.828
17	Körperliche Beanspruchung	335	2.79	1.01	108	2.83	0.90	0.19	.658
18	Arbeitszeiten im Krankenhaus	327	2.74	1.13	107	2.56	1.04	2.11	.147
19	Scheitern bei Veränderungsversuchen auf Station	322	2.82	0.97	106	2.87	0.92	0.18	.675
20	Probleme mit Pat. / Angehörigen	328	2.32	0.78	106	2.42	0.87	1.12	.290
21	Probleme im Umgang mit seelischen Störungen von Patienten	325	2.28	0.80	105	2.56	0.73	10.49	<b>.001</b>

5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft

### *Belastungserleben und Fachweiterbildung*

Pflegende können sich in ihrem jeweiligen Tätigkeitsfeld durch eine Fachausbildung weiter qualifizieren, zum Beispiel in den Fachgebieten Psychiatrie, In-

tensiv-, Anästhesie- und Operationspflege. Krankenschwestern und Krankenpfleger, die eine solche Fachausbildung abgeschlossen haben, unterscheiden sich von ihren nicht in derart weiter qualifizierten Kolleginnen und Kollegen hinsichtlich ihrer Belastungswahrnehmung: sie beschreiben häufiger Belastungen in den Bereichen der Zusammenarbeit auf Station. Dies gilt vor allem für die Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams, aber auch für die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden (Tab. 40).

**Tab. 40: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fachweiterbildung (nein vs. ja)**

	Skala	Gesamt		keine Fachpflege			Fachpflege			F	p
		mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd		
1	Pflegeteam	2.48	0.70	456	2.44	0.70	102	2.69	0.71	11.25	<b>.000</b>
2	Ärzte	2.70	0.83	480	2.66	0.84	108	2.88	0.80	5.79	<b>.016</b>
3	Arbeitsorgan.	2.89	0.72	475	2.88	0.73	108	2.95	0.66	0.97	.325
4	Selbstverstän.	2.35	0.65	471	2.35	0.65	108	2.35	0.64	0.00	.991
5	Patienten	2.43	0.55	477	2.43	0.54	103	2.44	0.57	0.04	.832
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft											

Belastungen in den Bereichen Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen, Eigenes berufliches Selbstverständnis, sowie im Umgang mit Patienten und Angehörigen werden von Pflegenden mit und ohne Fachweiterbildung in gleicher Weise wahrgenommen.

#### *Belastungserleben und psychologische Fortbildung*

Pflegende, die mindestens ein Mal an einer Fortbildung zu psychologischen Themen teilgenommen haben, unterscheiden sich im Ausmaß ihres Belastungserlebens von ihren nicht in einer solchen Weise fortgebildeten Kolleginnen und Kollegen: sie nehmen in drei von fünf Bereichen bedeutend *häufiger* Schwierigkeiten wahr. Sowohl bei der Zusammenarbeit im Team und bei der Kooperation mit den Ärzten als auch im organisatorischen Bereich sehen Pflegende, die eine psychologische Fortbildung hinter sich haben, mehr Probleme als solche, die noch nie an einer solchen teilgenommen haben (Tab. 41).

Auf der anderen Seite hängt eine psychologische Fortbildung nicht mit der Wahrnehmung von Problemen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses und in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen zusammen.

**Tab. 41: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fortbildung (nein vs. ja).**

		Gesamt		Keine Fortbildung			Fortbildung				
	Skala	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
1	Pflegeteam	2.47	0.70	310	2.37	0.70	250	2.60	0.68	15.14	.000
2	Ärzte	2.70	0.83	329	2.60	0.82	259	2.84	0.83	12.00	.000
3	Arbeitsorgan.	2.88	0.72	326	2.81	0.72	256	2.97	0.70	7.18	.007
4	Selbstverst.	2.36	0.65	323	2.34	0.68	255	2.38	0.61	0.65	.418
5	Patienten	2.43	0.55	326	2.40	0.55	253	2.47	0.53	2.05	.153
5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft											

*Zusammenfassung: personenbezogene Merkmale und Belastungserleben*

Das Erleben von Belastungen zeigt wesentliche Zusammenhänge zu individuellen Merkmalen. Mit zunehmendem *Lebensalter* und längerer *Tätigkeit im Pflegeberuf* beschreiben Pflegende weniger oft Belastungen hinsichtlich der „Kooperation mit Ärzten“, des „Umgangs mit Patienten“, des „eigenen Selbstverständnisses“ und schließlich auch hinsichtlich der „organisatorischen Rahmenbedingungen“. Eine Ausnahme stellt die Wahrnehmung von Konflikten innerhalb des Pflegeteams dar: Alter und Berufsdauer spielen dabei keine Rolle.

*Weibliche* Pflegende geben im Vergleich zu ihren *männlichen* Kollegen öfter Schwierigkeiten im „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ an und leiden darüber hinaus auch häufiger unter den körperlichen Belastungen des Pflegeberufs. Krankenschwestern und –pfleger, die im Team eine *Leitungsfunktion* inne haben, sehen häufiger Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten als ihre Teamkollegen. Hat jemand eine *Fachweiterbildung* absolviert, ist die Wahrscheinlichkeit höher, daß er mehr Probleme innerhalb des Pflegeteams erlebt, als wenn er sich nicht in dieser Weise beruflich weiterqualifiziert hat. Pflegende, die an einer *Fortbildung* zu psychologischen Themen teilgenommen haben, schildern ebenfalls häufiger Belastungen in der Zusammenarbeit im Pflegeteam, aber auch in der Kooperation mit den Ärzten und in der Arbeitsorganisation.

Die Zusammenhänge von Belastungen mit „Leitungsfunktion“, „Fachweiterbildung“ und „Fortbildung“ zeigen sich hierbei in unterschiedlichem Ausmaß, obwohl diese drei Personenmerkmale korreliert bzw. konfundiert sind. Gleichfalls konfundiert ist das Personenmerkmal „Fortbildung“ und das bedingungsbezogene Merkmal „Klinik“. Die Rate an psychologischer Fortbildung ist in den Kliniken unterschiedlich hoch.

### **8.2.2 Erwartungen an die Supervision**

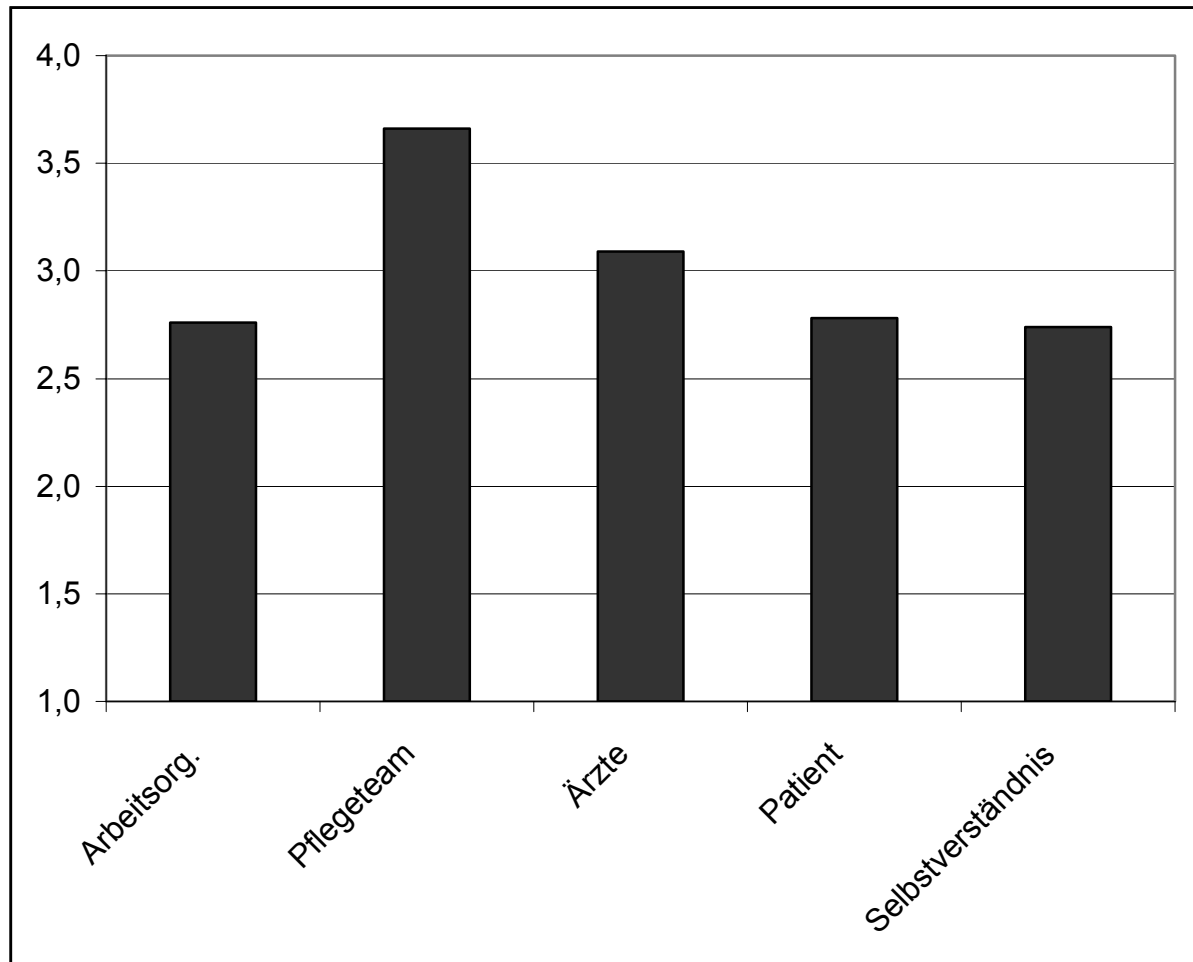
Bisher wurde gezeigt, daß Pflegende in ihrem Arbeitsalltag unterschiedliche Formen von arbeitsassoziierten Belastungen wahrnehmen. Im Folgenden wird untersucht, inwiefern sich spezifische Erwartungen an die Supervision in ähnlicher Weise zeigen. Die Teilnehmenden der Supervision wurden vor Beginn der Sitzungen gefragt, in welchem Maß sie sich davon das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten und Veränderungswegen versprechen, im Hinblick auf Probleme

- der Arbeitsorganisation
- der Zusammenarbeit und des Arbeitsklimas im Pflgeteam
- der Zusammenarbeit und des Arbeitsklimas mit den Ärzten
- des Umgangs mit Patienten und Angehörigen
- des eigenen beruflichen Selbstverständnisses.

Die an die Supervision gerichteten Erwartungen werden zunächst allgemein in ihrer Rangfolge und in Beziehung zu den wahrgenommenen Belastungen dargestellt. Danach wird auf bedingungs- und personenbezogene Einflüsse eingegangen und untersucht, wie sich Supervisionserwartungen in Abhängigkeit vom Arbeitsbereich, von der Funktion auf Station, von Geschlecht und Alter und von der Fachqualifikation unterscheiden.

#### **8.2.2.1 Ausprägung der Erwartungen an die Supervision.**

In erster Linie versprechen sich Pflegende von Supervision eine verbesserte Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams, in zweiter Linie eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten (Abb. 11).



5stufige Skalierung: 1=gar nicht ... 5= sehr stark

**Abb. 11: Erwartungen an die Supervision nach Belastungsaspekten (N=648)**

Die Erwartungen an die Supervision sind in den beiden Bereiche Zusammenarbeit innerhalb des Pflege teams und Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten signifikant höher (Abb. 11, Tab. 42) als in den übrigen Bereichen Bearbeitung von Schwierigkeiten mit Patienten, von Problemen bezüglich der Arbeitsorganisation oder des beruflichen Selbstverständnisses. Zwischen diesen drei Bereichen sind keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen. (Tab. 42).

**Tab. 42: Erwartungen an die Supervision: Paarweiser Vergleich der Erwartungen hinsichtlich unterschiedlicher Belastungsbereiche (t-Test für abhängige Stichproben)**

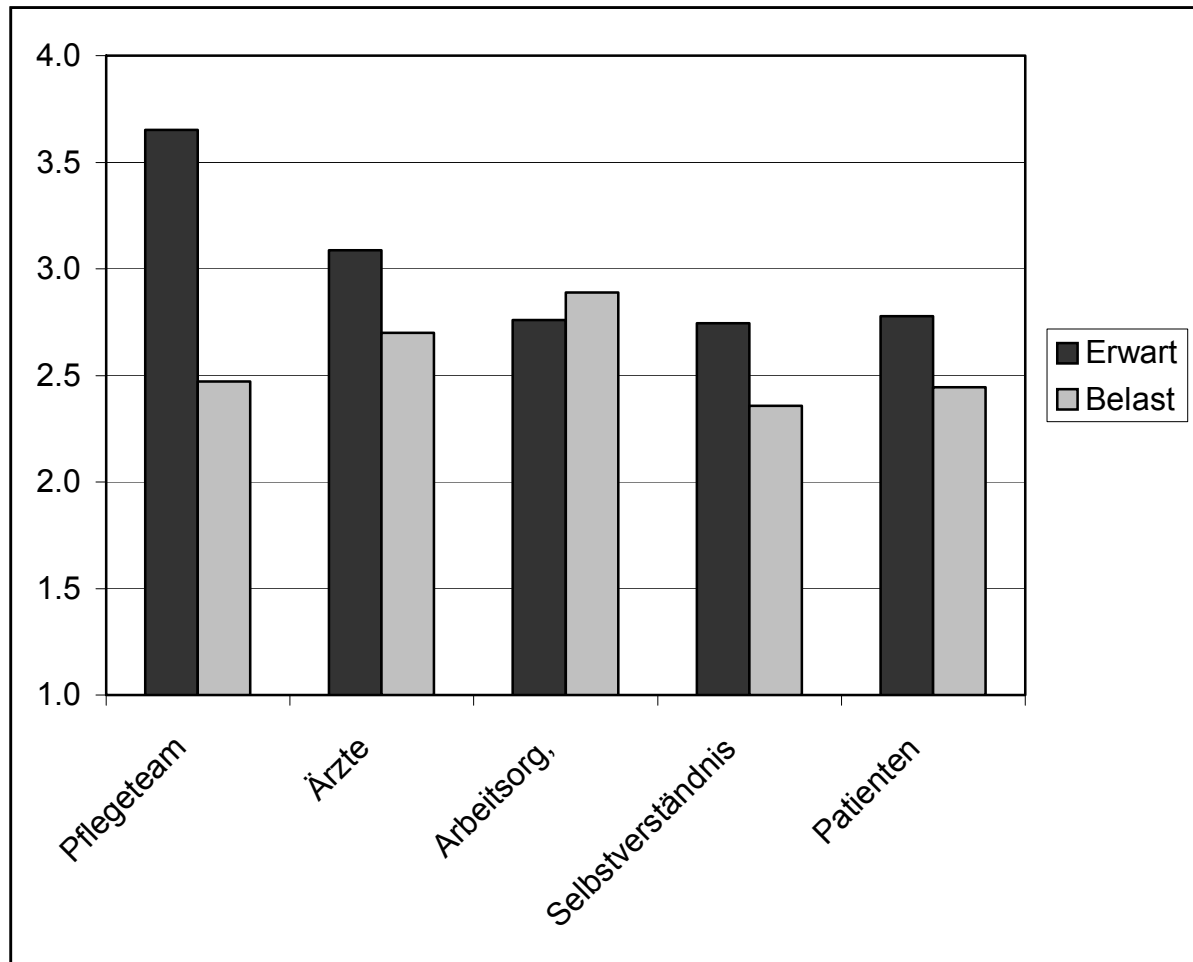
Item					22	23	24	25
		n	mw	sd				
22	Arbeitsorganisation	629	2.76	0.97				
23	Pflegeteam	640	3.66	0.92	<b>.000</b>			
24	Ärzte	632	3.09	1.03	<b>.000</b>	<b>.000</b>		
25	Patienten	633	2.78	1.12	.460	<b>.000</b>	<b>.000</b>	
26	Selbstverständnis	629	2.74	1.07	.974	<b>.000</b>	<b>.000</b>	.360
Komplette Daten n=598, Mittelwerte aus Einzeldaten								
5-stufige Antwortskala ,1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = etwas, 4= stark, 5 = sehr stark								

Im Folgenden werden Zusammenhänge zwischen dem Belastungserleben und Erwartungen näher bestimmt.

#### 8.2.2.2 Erwartungen in Abhängigkeit des Belastungserlebens

Der Zusammenhang zwischen aktuell erlebten Belastungen und Erwartungen an die Supervision läßt sich als allgemeine und als differentielle Fragestellung untersuchen. Die allgemeine Fragestellung umfaßt die Gegenüberstellung von Mittelwerten und Profilen. Differentiell wird die Ausprägung einer spezifischen Erwartung in Abhängigkeit von einer spezifischen Belastung untersucht. Sind individuell höhere Erwartungen in einem Bereich assoziiert mit höheren Belastungen in diesem Bereich?

In Abbildung 12 sind vergleichend die bereits dargestellten Befunde zu aktuell erlebten Belastungen und Erwartungen an die Supervision dargestellt. Es wird zunächst ein markanter Profilunterschied deutlich. Bei den Belastungen stehen die Arbeitsorganisation und die institutionellen Rahmenbedingungen, gefolgt von Belastungen, die aus der Kooperation mit Pflegenden und Ärzten resultieren, im Vordergrund. Bei den Erwartungen dominiert dagegen das Thema Pflegeteam gefolgt vom Thema Ärzte. Auf dieser Mittelwertsebene spiegelt sich zunächst wieder, daß nicht jede Art von Belastung in eine Erwartung an die Supervision mündet. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, daß die aktuellen Belastungen sehr breit erfaßt wurden und auch weniger direkt beeinflussbare Umstände, wie zu wenig Personal und bauliche Rahmenbedingungen, umfaßte (vgl. Kap. 7.3.2). Andererseits hatten sich beim Belastungserleben Zusammenhänge im Erleben der einzelnen Belastungsbereiche abgezeichnet.



5stufige Skalierung: 1=gar nicht ... 5= sehr stark

**Abb. 12: Aktuelle Belastungen und Erwartungen an die Supervision (n=648)**

Tabelle 43 zeigt im Sinne der differentiellen Fragestellung die individuellen Zusammenhänge zwischen der erlebten Belastung in einem Bereich und der korrespondierenden Erwartung.

**Tab. 43: Korrelationen der Erwartungen Gesamtniveau (mean), Bereiche (Items 22 –26) mit den Belastungen Gesamtniveau (mean), Bereiche (Skalen 1-5) sortiert nach korrespondierenden Bereichen zum Zeitpunkt t1 (n=616)**

			Belastungen					
				ORG	TEA	ÄRZ	PAT	SEL
	Erwartungen		mean	SKA1	SKA2	SKA3	SKA4	SKA5
	mean		<b>.44</b>	.25	.30	.25	.37	.38
1	22	ORG	.27	<b>.38</b>	.19	.13	.17	.05
2	23	TEA	.36	.10	<b>.40</b>	.24	.23	.28
3	24	ÄRZ	.18	.20	.09	<b>.15</b>	.14	.05
4	25	PAT	.35	.20	.12	.19	<b>.44</b>	.31
5	26	SEL	.24	-.03	.17	.12	.17	<b>.47</b>
Signifikanzschranken n = 616 zweiseitig $r > 0.08$ $p \leq 0.05$ ; $r > 0.10$ $p \leq 0.01$ ; $r > 0.13$ $p \leq 0$								

Zwischen Belastungen und korrespondierenden Erwartungen sind hoch signifikante Korrelationen zu verzeichnen. Diese zeigt sich sowohl im Niveau (mean) als auch zwischen den korrespondierenden Bereichen (in der Diagonalen). Je *häufiger* individuell Belastungen in der Arbeit in einem Bereich erlebt werden, desto *höher* sind die mit der Supervision verknüpften Erwartungen in diesem Bereich. Markant ist hierbei die niedrigere Korrelation im Themenkomplex Ärzte. Hier geht im Vergleich ein Mehr an Belastungen nicht in gleichem Ausmaß wie in den anderen Bereichen einher mit höheren Erwartungen an die Supervision. Insgesamt deutet sich jedoch der genannte spezifische Zusammenhang zwischen Belastungen und Erwartungen an. Erlebt ein Pfleger im Arbeitsalltag etwa besonders häufig Probleme in der Zusammenarbeit des Pflorgeteams, möchte er in der Supervision diesen Bereich bevorzugt bearbeiten. Stehen für eine Krankenschwester dagegen Belastungen durch den Umgang mit Patienten im Vordergrund, will sie die Supervision in erster Linie für die Bearbeitung dieses Themas nutzen. In vier der fünf potentiellen Belastungsbereiche hängen Art und Ausmaß der erlebten Arbeitsbelastungen deutlich in spezifischer Weise mit den Erwartungen der Pflegenden an die Supervision zusammen.

#### 8.2.2.3 Erwartungen in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs

Pflegende aus verschiedenen Arbeitsbereichen erleben je unterschiedliche Belastungen (vgl. Kap. 8.2.1.3). Der vergleichbare Sachverhalt wird im folgenden für die Erwartungen untersucht.

Die Pflegenden der verschiedenen Kliniken (Tab. 44) unterscheiden sich in ihren Erwartungen an die Supervision in drei der fünf Bereiche: Je nach Klinikzugehörigkeit erhoffen sie sich in unterschiedlichem Ausmaß eine Bearbeitung der Themen „Zusammenarbeit im Pfltegeteam“, „Zusammenarbeit mit Ärzten“ und „Umgang mit Patienten und Angehörigen“

**Tab. 44: Erwartungen an die Supervision -Bereiche: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Klinik**

Item			F	p
22	ORG	Arbeitsorganisation	1.81	.055
23	TEA	Pflegeteam	2.57	<b>.004</b>
24	ÄRZ	Ärzte	2.41	<b>.008</b>
25	PAT	Patienten	5.80	<b>.000</b>
26	SEL	Selbstverständnis	0.64	.781

Wie sehen diese Unterschiede in den Supervisionserwartungen je nach Klinik im Einzelnen aus? Tab. 45 stellt den Vergleich im Einzelnen dar.

**Tab. 45: Erwartungen an Supervision: Vergleich nach Kliniken – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert**

			Item 22		Item 23		Item 24		Item 25		Item 26	
	Klinik		Arbeitsorg.		Pflegeteam		Ärzte		Patienten		Selbstverst.	
		n	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>
1	Medizin	157	2.65	-0.14	<b>3.72</b>	0.10	<b>3.10</b>	0.02	<b>2.99</b>	<b>0.22</b>	2.69	-0.06
2	Chirurg	97	<b>2.88</b>	0.13	<b>3.78</b>	0.14	<b>3.10</b>	0.01	2.34	<b>-0.37</b>	<b>2.84</b>	0.09
3	Psych	35	<b>2.91</b>	0.08	<b>4.03</b>	<b>0.25</b>	<b>3.40</b>	0.18	<b>2.91</b>	0.08	2.71	-0.02
4	Neurol	47	<b>3.15</b>	<b>0.26</b>	3.32	<b>-0.22</b>	<b>3.33</b>	0.13	<b>2.80</b>	0.01	<b>2.85</b>	0.07
5	ZMK	10	2.70		<b>3.90</b>		2.50		1.10		2.50	
6	HNO	59	<b>2.77</b>	0.01	3.42	-0.15	2.89	-0.13	2.72	-0.04	<b>2.89</b>	0.10
7	Augen	5	<b>3.00</b>		3.00		<b>3.20</b>		<b>3.80</b>		<b>2.80</b>	
8	Radio	18	<b>2.81</b>		<b>3.75</b>		<b>3.20</b>		<b>2.94</b>		2.50	
9	Kinder	155	2.75	-0.01	3.57	-0.12	<b>3.19</b>	0.12	<b>2.94</b>	<b>0.21</b>	<b>2.77</b>	0.03
10	Frauen	64	2.54	-0.16	<b>3.79</b>	0.12	2.77	<b>-0.25</b>	2.54	-0.15	2.65	-0.07
11	Ausser	12	2.27		3.42		2.25		<b>3.10</b>		2.30	
	Gesamt	659	2.76		3.65		3.09		2.78		2.74	

MANOVA pro Item gegen den Gesamtmittelwert der Skala (total mean), reff Effektstärken (für Kliniken N>30). Signifikanzschranken: reff > 0.17 p ≤ .100; reff > 0.20 p ≤ .050; reff > 0.26 p ≤ .010; reff > 0.32 p ≤ .001  
 5-stufige Antwortskala ,1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = etwas, 4= stark, 5 = sehr stark

Pflegende aus der Psychiatrie erwarten von der Supervision überdurchschnittlich häufig die Bearbeitung von Teamkonflikten. In der Frauenklinik ist der Wunsch nach Bearbeitung von Konflikten mit der Berufsgruppe der Ärzte auffallend *geringer* ausgeprägt als im sonstigen Mittel. Pflegende aus Chirurgie und Zahnklinik wollen relativ selten den Umgang mit Patienten und Angehörigen bearbeiten. In der Medizinischen und der Kinderklinik werden patientenorientierte Themen sehr viel häufiger für die Supervision gewünscht als im Durchschnitt. Die Erwartungen an die Supervision entsprechen den im Arbeitsalltag erlebten Belastungen – damit belegen die Ergebnisse auf der Ebene einzelner Kliniken, was auch in der Gesamtschau über alle Kliniken hinweg gefunden wurde.

#### 8.2.2.4 Erwartungen in Abhängigkeit personenbezogener Merkmale

Für die Belastungen wurden Zusammenhänge zwischen der Häufigkeit erlebter Belastungen im Arbeitsalltag und personenbezogenen Merkmale wie Geschlecht, Lebensalter, Dauer der Berufstätigkeit, aber auch Funktion auf Station und das Absolvieren einschlägiger Fort- und Weiterbildungen aufgezeigt. In der Informationssitzung vor Beginn der Supervision war auch gefragt worden, wie sehr die Pflegenden von Supervision das *Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten* und Veränderungswegen *erwarten*, in den Bereichen Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit im Pflorgeteam, Kooperation mit den Ärzten, Umgang mit Patienten und berufliches Selbstverständnis. Untersucht wird im Folgenden, inwieweit Alter, Berufsdauer, Geschlecht, Funktion auf Station, sowie Fachweiterbildung und Fortbildungen die Supervisionserwartungen mit bestimmen.

##### *Erwartungen und Lebensalter / Berufsjahre*

Jüngere Pflegende und solche mit kürzerer Berufserfahrung erwarten von der Supervision im Vergleich mehr die Bearbeitung von Problemen im Umgang mit Patienten und Angehörigen (Tab. 46). Dies korrespondiert mit den bereits dargestellten Unterschieden in den Belastungen. Sowohl bei älteren als auch bei jüngeren liegt die größte Erwartung jedoch in der Bearbeitung von Teamkonflikten.

**Tab. 46: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse dem Faktor Alter/Berufsjahre (jünger vs. älter; gemeinsam dichotomisiert)**

		jünger			Älter						
		mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
	Alter	3.06	0.94	221	2.48	0.72	225	3.62	0.78	256.37	<b>.000</b>
	Berufsjahre	12.77	8.82	221	5.69	2.87	226	19.69	7.00	758.67	<b>.000</b>
	Skala										
22	Arbeitsorg.	2.76	0.97	218	2.74	0.93	213	2.79	1.02	0.29	.593
23	Pflegeteam	3.71	0.88	221	3.70	0.90	218	3.72	0.87	0.08	.781
24	Ärzte	3.04	1.05	216	3.07	1.06	217	3.00	1.04	0.48	.490
25	Patienten	2.69	1.13	217	2.86	1.10	214	2.51	1.12	10.23	<b>.001</b>
26	Selbstverst.	2.70	1.06	218	2.74	1.01	215	2.67	1.11	0.46	.499
Alter in Kategorien 1-6, 1 = <20 J., 2= 20-29 J., 3= 30-39 J, 4= 40-49 J., 5= 50-59 J., 6= 60-69 Jahre											
5-stufige Antwortskala , 1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = etwas, 4= stark, 5 = sehr stark											

*Erwartungen und Geschlecht*

Männer und Frauen haben in drei von fünf Bereichen vergleichbare Erwartungen an die Supervision: sie unterscheiden sich nicht (signifikant) hinsichtlich ihres Bedürfnisses, Schwierigkeiten in der Arbeitsorganisation, der Zusammenarbeit im Pflegeteam oder mit den Ärzten zu bearbeiten. Eine Ausnahme stellt die Reflektion des beruflichen Selbstverständnisses in der Supervision dar, die eher von weiblichen als von männlichen Pflegenden erwartet wird (Tab. 47).

**Tab. 47: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer)**

		Gesamt		Frauen			Männer				
Item		mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
22	Arbeitsorg.	2.76	0.97	537	2.76	0.97	87	2.76	0.96	0.00	.978
23	Pflegeteam	3.66	0.92	546	3.65	0.92	89	3.71	0.87	0.30	.582
24	Ärzte	3.09	1.03	539	3.12	1.03	88	2.93	1.07	2.43	.119
25	Patienten	2.79	1.12	540	2.82	1.13	88	2.58	1.01	3.59	.058
26	Selbstverst.	2.74	1.08	537	2.79	1.10	87	2.46	0.89	6.95	<b>.008</b>
5-stufige Antwortskala , 1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = etwas, 4= stark, 5 = sehr stark											

Darüber hinaus möchten Krankenschwestern tendenziell häufiger als Krankenpfleger das Thema „Patienten und Angehörige“ in der Supervision bearbeiten. Beides korrespondiert mit ihrem Belastungserleben: Krankenschwestern hatten

häufiger Schwierigkeiten mit dem beruflichen Selbstbewusstsein und auch öfter Belastungen im Umgang mit Patienten angegeben als Krankenpfleger.

#### *Erwartungen und Funktion auf Station*

Im Vergleich zu ihren Teamkolleginnen und -kollegen haben Leitungen vor allem im Hinblick auf die „Zusammenarbeit und das Arbeitsklima mit Ärzten“ höhere Erwartungen an die Supervision (Tab. 48). Dies entspricht dem höheren Niveau an Belastungen, das Leitungen in diesem Bereich angegeben hatten.

**Tab. 48: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Funktion auf Station (keine Leitung vs. Leitung)**

Item		Gesamt		Keine Leitung			Leitung			F	p
		mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd		
22	Arbeitsorg.	2.80	0.96	320	2.82	0.98	108	2.76	0.92	0.31	.578
23	Pflegeteam	3.72	0.88	328	3.73	0.89	108	3.70	0.87	0.05	.823
24	Ärzte	3.05	1.04	324	2.98	1.07	107	3.23	0.92	4.63	<b>.031</b>
25	Patienten	2.64	1.09	322	2.58	1.11	106	2.80	1.00	3.21	.073
26	Selbstverst.	2.69	1.06	324	2.69	1.07	107	2.68	1.06	0.01	.918
5-stufige Antwortskala , 1 = gar nicht, 2 = kaum, 3 = etwas, 4 = stark, 5 = sehr stark											

Hinsichtlich der übrigen Themenbereiche - Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflegeteam, Beziehung zu Patienten und Angehörigen und eigenes berufliches Selbstverständnis - unterscheiden sich die Erwartungen der Leitungen nicht signifikant von denen ihrer Teamkollegen. Auch im Erleben der entsprechenden Belastungen hatten sich keine Unterschiede zwischen Leitungen und den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gezeigt.

#### *Erwartungen und Fachweiterbildung*

Krankenschwestern und Krankenpfleger mit Fachweiterbildung erwarten von der Supervision seltener die Bearbeitung von Problemen in der Arbeitsorganisation als ihre nicht spezifisch weitergebildeten Kolleginnen und Kollegen. Auf der anderen Seite sind die Erwartungen hinsichtlich der Lösung von Teamkonflikten bei Pflegenden mit Fachausbildung vergleichsweise größer (Tab. 49). Sie hatten in diesem Bereich auch mehr Belastungen angegeben als die Pflegenden ohne Fachausbildung.



Obwohl Pflegende mit psychologischer Fortbildung auch im Bereich Arbeitsorganisation mehr Belastungen wahrgenommen hatten, als ihre Kolleginnen ohne eine solche Fortbildung, unterscheiden sich die diesbezüglichen Erwartungen an die Supervision nicht. Auch für Erwartungen hinsichtlich der Bearbeitung von Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten sowie bei Problemen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses spielt es keine Rolle, ob jemand zuvor eine Fortbildung zu psychologischen Themen besucht hat oder nicht. In diesen Bereichen hatten sich zuvor auch beim Belastungserleben keine Unterschiede gezeigt.

*Zusammenfassung: Personbezogene Prädiktoren der Supervisionserwartungen*  
Soziodemographische und personenbezogene Merkmale beeinflussen einerseits die erlebten *Arbeitsbelastungen*, andererseits die an die Supervision gestellten *Erwartungen*. Ältere Pflegende und solche mit längerer Tätigkeit im Beruf erwarten von der Supervision etwas mehr das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten arbeitsorganisatorischer Probleme als jüngere und berufsunerfahrenere Pflegekräfte. Krankenschwestern möchten in den Supervisionssitzungen im Vergleich zu Krankenpflegern häufiger Fragen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses und Schwierigkeiten in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen bearbeiten. Für Leitungen hat das Thema der Zusammenarbeit mit Ärzten einen höheren Stellenwert als für Pflegende ohne Führungsaufgaben. Schließlich scheinen das Absolvieren einer Fachweiterbildung und der Besuch psychologischer Fortbildungen dafür zu prädestinieren, von der Supervision vermehrt die Lösung von Konflikten innerhalb des Pfllegeteams zu erwarten. In aller Regel sind die Erwartungen an eine Supervision damit verknüpft, in welchem Ausmaß welche Belastungen im Arbeitsalltag wahrgenommen werden.

### **8.2.3 Beurteilung der Effekte der Supervision**

Nach Beendigung der Supervision, am Schluß der letzten Sitzung wurden die Teilnehmenden nach ihrer Beurteilung der Effekte der Supervision in einzelnen Bereichen sowie in der Gesamteinschätzung befragt:

- Arbeitsorganisation
- Zusammenarbeit und des Arbeitsklimas im Pfllegeteam
- Zusammenarbeit und des Arbeitsklimas mit den Ärzten
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Berufliches Selbstverständnis

- Gesamteinschätzung

Der Auswertung liegen 336 Bögen zugrunde (t2). Die Beurteilungen werden im Folgenden zunächst allgemein in ihrer Ausprägung und Rangfolge dargestellt. Danach wird darauf eingegangen, ob und in welcher Weise sich die Beurteilungen der Supervisionseffekte in Abhängigkeit davon unterscheiden, aus welchem Arbeitsbereich die Supervisanden kommen (bedingungsbezogener Prädiktor).

Personenbezogene Merkmale (Geschlecht, Alter, Funktion etc.) wurden nur zum Zeitpunkt t1 erhoben. Zusammenhänge der personenbezogenen Merkmale mit der Supervisionsbeurteilung werden deshalb in der Längsschnittstudie dargestellt. Darüber hinaus kann im Längsschnitt gezeigt werden, wie das Belastungserleben und die Erwartungen vor Beginn der Supervision mit der abschließenden Beurteilung ihrer Effekte zusammen hängen (Kap. 8.2.4).

#### 8.2.3.1 Ausprägung und Rangfolge der Beurteilungen

Nach Einschätzung der Pflegenden lassen sich in der Supervision vor allem Fragen der Zusammenarbeit innerhalb des *Pflegeteams* bearbeiten. An zweiter Stelle stehen Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten und Fragen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses, gefolgt von Problemen in der Arbeitsorganisation sowie der Kooperation mit Ärzten (Tab. 51, Abb. 13).

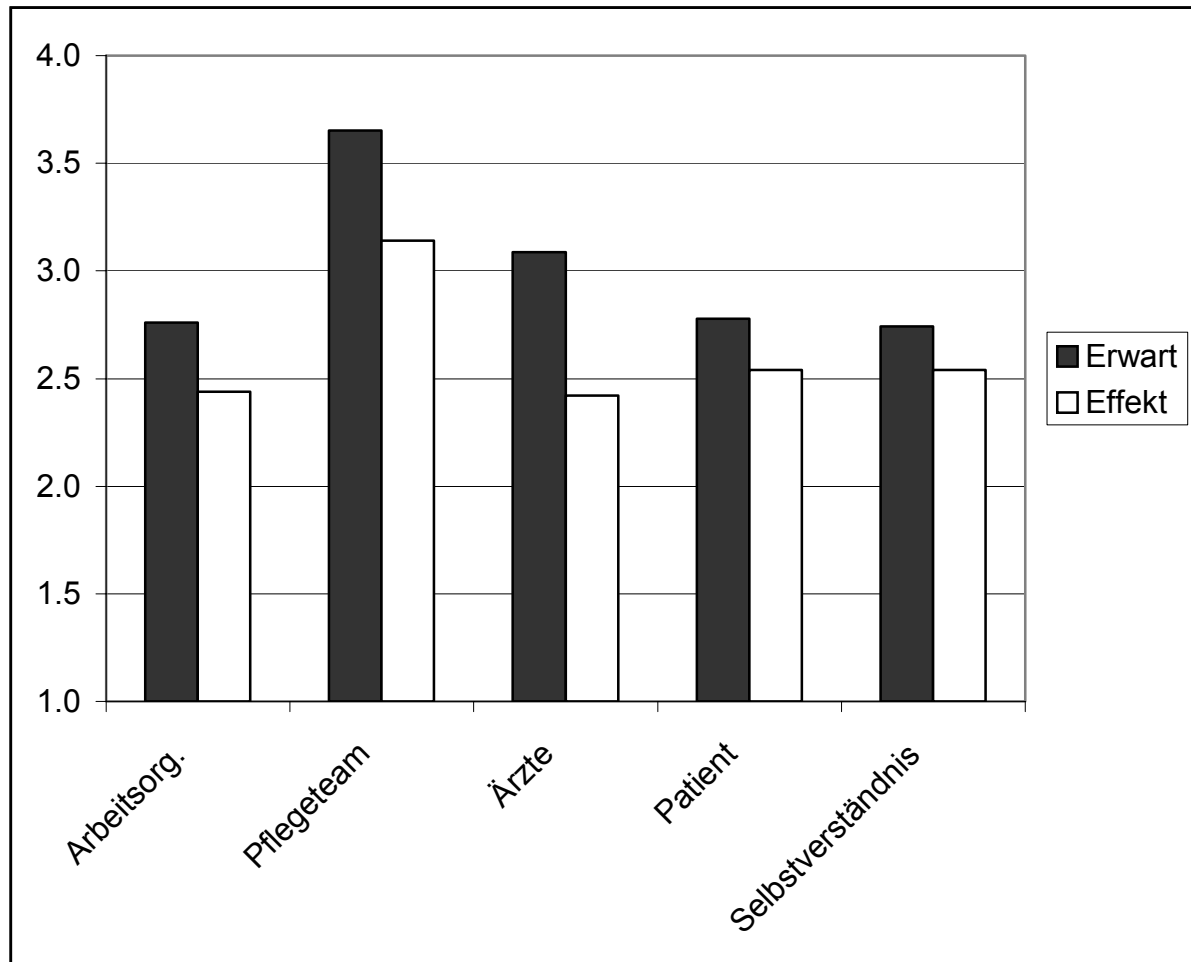
**Tab. 51: Beurteilungen der Supervision nach Themenbereichen und in der Gesamteinschätzung: mittlere Ausprägungen**

Item		n	mw	sd
22	Arbeitsorganisation	317	2.44	0.94
23	Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflegeteam	330	3.14	0.85
24	Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten	317	2.42	0.99
25	Umgang mit Patienten und Angehörigen	320	2.54	1.07
26	Eigenes berufliches Selbstverständnis	320	2.54	1.04
Fok	Fokus	317	3.20	0.82
5stufige Skalierung: 1= gar nicht ... 5 = sehr stark hilfreich				



**Tab. 52: Beurteilungen der Supervision nach Themen: paarweiser Vergleich der Supervisionseffekte nach Belastungsbereichen (t-Test für abhängige Stichproben)**

Komplette Daten N=296, Mittelwerte aus Einzeldaten



**Abb. 14: Beurteilungen der Supervision und Erwartungen an Supervision nach Themen**

Abbildung 14 zeigt eine Gegenüberstellung der *Erwartungen* (vor Beginn) mit den *Beurteilungen* (nach Abschluss) der Supervision. Es wird deutlich, daß es sowohl Analogien wie auch einen Unterschied gibt. Sowohl bei Erwartungen als auch bei Beurteilungen (Effekt) zeigen sich die höchsten Ausprägungen im Bereich „Zusammenarbeit im Pflege team“. Vor Beginn der Supervision waren die daran geknüpften *Erwartungen* im Bereich „Zusammenarbeit im Pflege team“ deutlich am höchsten. Nach ihrer Beendigung wird die Supervision als *am hilfreichsten* für die Bearbeitung von Schwierigkeiten innerhalb des Pflege teams bewertet, also in eben jenem Bereich, in dem zuvor die höchsten Erwartungen geäußert worden waren. Die Erwartungen an die Supervision waren im Hinblick auf die Lösung von Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten, in der Arbeitsorganisation und im eigenen beruflichen Selbstverständnis etwa gleich hoch ausgeprägt. Auch nach Abschluss der Supervision werden deren Effekte in diesen drei potentiellen Belastungsbereichen in etwa gleicher Weise beurteilt. Einen Unterschied in den Rangreihen der *Erwartungen* und *Beurteilungen* der Super-

vision findet sich im Bereich „Zusammenarbeit mit Ärzten“. Während dieser Aspekt bei den Erwartungen an zweiter Stelle rangiert hatte, nimmt er bei der Beurteilung der Effektivität von Supervision den fünften Platz ein.

#### 8.2.3.2 Beurteilungen in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs

Je nach ihrem Arbeitsgebiet (Klinikzugehörigkeit) hatten Pflegende die Bearbeitung spezifischer Themen in der Supervision in unterschiedlichem Maß erwartet. Schwerpunktmässig richteten sich ihre Erwartungen auf die Themen "Zusammenarbeit im Pflorgeteam", "Zusammenarbeit mit Ärzten" und "Umgang mit Patienten und Angehörigen". Die Erwartungen waren von den vor Supervisionsbeginn erlebten Belastungen mit bestimmt. Je nach Klinikzugehörigkeit unterscheiden sich auch die *Beurteilungen* der Supervision etwas. Dies gilt sowohl für die Beurteilung des Gesamtnutzens über die Bereiche hinweg wie auch für den spezifischen Supervisionsnutzen in den einzelnen Bereichen - am deutlichsten beim Thema „Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten“- (Tab. 53).

**Tab. 53: Beurteilungen der Supervision - Bereiche: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Klinik – MANOVA Haupteffekt**

Item		F	p
22	Arbeitsorganisation	2.30	<b>.016</b>
23	Pflegeteam	2.28	<b>.017</b>
24	Ärzte	4.57	<b>.000</b>
25	Patienten	2.16	<b>.024</b>
26	Selbstverständnis	1.96	<b>.044</b>
	Gesamtbeurteilung	4.23	<b>.000</b>

In der Beurteilung des Gesamtnutzens weichen lediglich die Beurteilungen von Pflegenden einer einzigen Klinik, der HNO, signifikant von den mittleren Einschätzungen ab (Tab. 54).

**Tab. 54: Gesamtbeurteilung der Supervision: MANOVA Vergleich der einzelnen Kliniken gegen das Gesamtniveau**

	Klinik	n	mw	sd	$r_{\text{eff}}$	p
1	Medizinische Klinik	48	3.08	0.96	-0.09	.374
2	Chirurgische Klinik	29	3.07	0.75	-0.10	.327
3	Psychiatrische Klinik	4	1.75	0.96	-0.13	.056
4	Neurologische Klinik	12	3.33	0.65	0.06	.520
5	Hals-, Nasen, Ohrenklinik	31	3.68	0.65	0.35	<b>.000</b>
6	Augenklinik	4	4.00	0.00		
8	Radiologische Klinik	13	2.77	0.93	-0.15	.113
8	Kinderklinik	69	3.30	0.77	0.10	.306
9	Frauenklinik	45	3.18	0.72	-0.03	.776
10	Ausserklinische Pflege	9	2.89	0.60	-0.13	.149
11	Total	264	3.21	0.83		
MANOVA pro Item gegen den Gesamtmittelwert der Skala (total mean), $r_{\text{eff}}$ Effektstärken; 5-stufige Skalierung: 1= gar nicht ... 5 = sehr stark profitieren						

Der *Gesamtnutzen* der Supervision wird demnach von Pflegenden fast aller Kliniken in vergleichbarer Weise beurteilt.

In den *spezifischen Nutzenbeurteilungen* unterscheiden sich Pflegende der verschiedenen Kliniken am deutlichsten im Hinblick auf die „Kooperation mit Ärzten“. Zur Beschreibung dieser Unterschiede werden im Folgenden die Supervisionsbeurteilungen aus einzelnen Kliniken mit der durchschnittlichen Bewertung über die Kliniken hinweg (Total mean) verglichen (Tab. 55). Dabei werden schwerpunktmässig die Kliniken mit hinreichender Fallzahl ( $n > 30$ ) betrachtet. Pflegende aus der Hals-Nasen-Ohren-Klinik beschreiben in den Bereichen „Arbeitsorganisation“, „Zusammenarbeit im Pflgeteam“ und „berufliches Selbstverständnis“ einen deutlich höheren Supervisionsnutzen als der Durchschnitt aller Pflegenden (Tab. 55). Hinsichtlich der entsprechenden Belastungen und Erwartungen vor Beginn der Supervision hatten die Pflegenden der HNO sich nicht von ihren Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kliniken unterschieden. Pflegende aus den übrigen Kliniken (mit  $n > 30$ ) bewerten die Supervision in den Bereichen „Arbeitsorganisation“, „Zusammenarbeit im Pflgeteam“ und „eigenes berufliches Selbstverständnis“ nicht unterschiedlich voneinander.

**Tab. 55: Beurteilungen der Supervision –spezifische Bereiche: MANVOA Vergleich der einzelnen Kliniken gegen das Gesamtniveau**

Klinik		Item22 Arbeitsorg.		Item23 Pflegeteam		Item24 Ärzte		Item25 Patienten		Item26 Selbstverst.	
	n	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>	mw	r <sub>eff</sub>
Medizin	67	2.35	-0.08	3.12	-0.02	2.42	-0.01	2.72	0.13	2.55	0.00
Chirurg	33	2.16	-0.17	3.19	0.03	2.37	-0.03	2.06	<b>-0.25</b>	2.30	-0.13
Psych	15	2.07	-0.17	3.07	-0.04	2.67	0.08	2.20	-0.11	2.07	-0.18
Neurol	15	3.00	<b>0.25</b>	3.20	0.03	3.00	<b>0.23</b>	2.79	0.09	2.77	0.12
HNO	32	2.87	<b>0.26</b>	3.56	<b>0.33</b>	2.68	0.17	2.61	0.03	2.90	0.17
Augen	5	2.80	0.04	3.60	0.12	3.60	<b>0.23</b>	2.80	0.09	3.00	0.06
Radio	13	2.08	-0.10	2.38	<b>-0.20</b>	1.54	<b>-0.35</b>	1.92	-0.19	2.00	-0.13
Kinder	91	2.48	0.03	3.13	-0.02	2.56	0.12	2.74	0.19	2.53	0.00
Frauen	54	2.49	0.03	3.09	-0.05	2.07	<b>-0.26</b>	2.42	-0.08	2.74	0.13
Ausser	9	2.33	-0.02	3.11	-0.03	1.33	-0.16	2.38	-0.04	2.00	-0.11
Gesamt	334	2.45		3.15		2.43		2.54		2.54	

MANOVA pro Item gegen den Gesamtmittelwert der Skala (total mean), r<sub>eff</sub> Effektstärken (für Kliniken N>30). Signifikanzschranken: r<sub>eff</sub> > 0.17 p <= .100; r<sub>eff</sub> > 0.20 p <= .050; r<sub>eff</sub> > 0.26 p <= .010; r<sub>eff</sub> > 0.32 p <= .001  
5-stufige Skalierung: 1= gar nicht ... 5 = sehr stark

Pflegende aus der Frauenklinik bewerten den Supervisionsnutzen im Themenbereich „Zusammenarbeit mit Ärzten“ geringer als der Durchschnitt. Sie hatten vor Beginn der Supervision diesbezüglich vergleichsweise weniger Schwierigkeiten angegeben, so daß auch ihre Supervisionserwartungen hinsichtlich der Lösung von Konflikten mit Ärzten gering gewesen waren. Die anderen größeren Kliniken unterscheiden sich in der Bewertung der Supervision beim Thema „Zusammenarbeit mit Ärzten“ nicht. Die übrigen Abweichungen vom allgemeinen Mittelwert in diesem Bereich stammen aus Kliniken mit kleiner Fallzahl.

Den Supervisionsnutzen für den „Umgang mit Patienten“ bewerten zwei Kliniken deutlich abweichend von den anderen: Pflegende der Chirurgie beschreiben ihn als geringer, Pflegende der Kinderklinik schätzen ihn als höher ein. Auch diese Supervisionsbeurteilungen korrespondieren mit dem jeweiligen Maß an spezifischen Belastungen und den Erwartungen an die Supervision vor Beginn: im Hinblick auf den Umgang mit Patienten hatten in der Chirurgie sowohl die erlebten Belastungen als auch die Supervisionserwartungen *unter* dem allgemeinen Durchschnitt rangiert, in der Kinderklinik hatten sie *darüber* gelegen.

Zusammenfassend ist zum Einfluss des Arbeitsbereichs auf die Bewertungen der Supervision festzuhalten: von den fünf größten Gruppen (n>30) der insgesamt

11 Kliniken weichen vier, -HNO-, Frauenklinik, Chirurgie und Kinderklinik- in der Beurteilung der bereichsspezifischen Supervisionseffekte vom entsprechenden Mittel aller Kliniken ab. Dabei korrespondieren die klinikabhängig unterschiedlichen Gewichtungen des Supervisionsnutzens mit den spezifischen Belastungsprofilen und den im Vorfeld an die Supervision gestellten Erwartungen. Den übergeordneten Gesamtnutzen der Supervision beurteilen Pflegende aus nahezu allen Kliniken in gleicher Weise, lediglich Pflegende aus der HNO schätzen ihn als vergleichsweise noch höher ein.

#### **8.2.4 Prä-/Postbefragung im Längsschnitt**

In einer Teilstichprobe der in der Prä-/Poststudie befragten Pflegenden konnten die zu den Erhebungszeitpunkten t1 und t2 ausgefüllten Fragebögen einander zugeordnet werden: die Befragten hatten – auf freiwilliger Basis- an beiden Zeitpunkten ihren Code angegeben. Ihre Bögen wurden statistisch im Längsschnitt ausgewertet.

Im Folgenden wird zunächst auf Rekrutierung und Repräsentativität der Längsschnittstichprobe eingegangen. Im Anschluß werden Veränderungswerte im Belastungserleben vor und nach der Supervision dargestellt und untersucht, inwiefern personenbezogene Merkmale, erlebte Belastungen und Erwartungen die Beurteilung der Supervision - insgesamt und hinsichtlich einzelner Bereiche - beeinflussen. Schließlich wird anhand des Längsschnittsamples geprüft, welchen Beitrag die Beurteilungen der Supervision in den einzelnen Themenbereichen zu ihrer Gesamtbeurteilung leisten.

##### **8.2.4.1 Rekrutierung und Repräsentativität der Stichprobe**

Die Prä-/Postbefragungen zur Supervision wurden aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht namentlich durchgeführt. Um dennoch auch individuelle Angaben vor und nach der Supervision zuordnen und vergleichen zu können, wurde ein Codewort (Mädchenname der Mutter) vorgeschlagen, dessen Eintragung auf Freiwilligkeit beruhte. Von den dieser Untersuchung zugrunde liegenden 657 Bögen zu t1 und 336 Bögen zu t2 waren 149 eindeutig über beide Erhebungszeitpunkte hinweg zuzuordnen.

In einer einfaktoriellen Varianzanalyse zum Zeitpunkt t1 wurde gezeigt, daß sich die 149 zuzuordnende Teilnehmerin in ihren personenbezogenen Merkmalen nicht von der Gesamtstichprobe unterscheiden. Die Längsschnittstichprobe kann demnach als repräsentativ für die Gesamtstichprobe gelten (Tab. 56).

**Tab. 56: Personenbezogene Merkmale: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Zuordnenbarkeit“ (nein vs. ja) zu t1**

	Gesamt			nein			ja			
Variable	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
Geschlecht	1.14	0.34	503	1.15	0.35	149	1.10	0.30	2.10	.147
Alter	2.99	0.91	503	2.99	0.91	149	3.00	0.92	0.01	.925
Dauer	12.80	8.83	311	12.81	8.85	134	12.76	8.83	0.00	.957
Leitung	1.24	0.43	308	1.25	0.43	135	1.24	0.43	0.05	.826
Fachpflege	1.18	0.39	453	1.18	0.38	138	1.20	0.40	0.49	.484
Fortbildung	1.44	0.50	452	1.44	0.50	138	1.44	0.50	0.00	.970
Geschlecht 1=weiblich, 2=männlich; Alter : 1-6 1= unter 20, 6= über 60; Leitung, Fachpflege, Fortbildung: 1=nein, 2=ja										

#### 8.2.4.2 Veränderung des Belastungserlebens

Anhand der Längsschnittdaten lässt sich ermitteln, wie die Teilnahme an einer Supervision auf das Belastungserleben wirkt. Geprüft wurde zunächst auf Ebene der 21 Belastungs*items*, wie sich die wahrgenommenen Belastungen vor und nach Ende der Supervision voneinander unterscheiden - die jeweiligen Differenzwerte wurden auf ihre statistische Bedeutsamkeit getestet. Tab. 57 stellt die Rangfolge der Differenzwerte auf Itemebene dar.

Für die Mehrzahl der Belastungs*items* im Vergleich vor und nach der Supervision gilt: die Häufigkeit der angegebenen Belastungen nimmt mit der Supervision etwas ab. Im Item „Arbeitsklima im Pflgeteam“ ist der deutlichste Rückgang zu verzeichnen. Aber auch Schwierigkeiten im beruflichen „Selbstbewusstsein“, Probleme mit den „Arbeitszeiten im Krankenhaus“, der „vorgesetzten Pflegedienstleitung“, den „vorgesetzten Ärzten“ und den „übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus“ werden nach Supervisionsende bedeutend seltener beschrieben als vor Supervisionsbeginn.

**Tab. 57: Belastungserleben (Items): Vergleich der Ausprägungen vor vs. nach der Supervision (t-Test für abhängige Stichproben) – geordnet nach Differenzwert (diff)**

Item	N	mw t1	mw t2	diff t2-t1	sd	r	t	p	
3	145	3.03	2.83	-0.20	0.76	0.63	-3.17	<b>.002</b>	Arbeitsklima im Pfllegeteam
9	143	3.35	3.15	-0.20	0.95	0.49	-2.56	<b>.011</b>	Arbeitszeiten
13	144	2.75	2.56	-0.19	0.95	0.56	-2.38	<b>.019</b>	Selbstbewusstsein
4	144	2.50	2.35	-0.15	0.76	0.55	-2.31	<b>.022</b>	Pflegedienstleitung
6	146	2.97	2.82	-0.16	0.89	0.59	-2.13	<b>.035</b>	Vorgesetzte Ärzte
7	145	2.46	2.30	-0.15	0.91	0.37	-2.00	<b>.048</b>	Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen
17	146	2.79	2.66	-0.12	0.87	0.58	-1.71	.089	Übertragen der Probleme der Patienten auf sich selbst
8	132	2.04	1.91	-0.13	0.90	0.55	-1.64	.104	Hoher Arbeitsanfall
19	140	2.83	2.72	-0.11	0.83	0.65	-1.53	.128	Ethische Konflikte
14	144	2.63	2.53	-0.10	0.85	0.59	-1.36	.175	Probleme in der Rolle des/der Examinierten
16	137	2.49	2.41	-0.08	0.95	0.56	-0.99	.323	Unsicherheit im Umgang mit (sterbenden) Patienten
1	137	1.91	1.98	0.07	0.86	0.49	0.89	.372	Schwierigkeiten mit Stationsleitung
18	145	2.77	2.70	-0.07	0.95	0.61	-0.88	.382	Probleme beim Umgang mit seelischen Störungen
5	145	2.68	2.63	-0.04	0.81	0.50	-0.61	.542	Schlechte Einarbeitung
10	143	1.92	1.96	0.04	0.70	0.62	0.60	.549	Körperliche Beanspruchung
20	142	2.35	2.38	0.04	0.75	0.51	0.56	.576	Störung des Privatlebens
11	135	2.44	2.46	0.01	0.78	0.65	0.22	.826	Organisator. Bedingungen
2	133	2.28	2.29	0.02	0.82	0.63	0.21	.832	Scheitern bei Veränderungsversuchen
12	124	2.19	2.21	0.02	0.89	0.65	0.20	.841	Schwierigkeiten beim Finden der eigenen Rolle
15	143	3.13	3.11	-0.01	0.90	0.66	-0.19	.853	Auswirkung des eigenen Berufsbildes auf die Arbeit
21	142	2.37	2.37	0.00	0.87	0.41	0.00	.999	Probleme mit Angehörigen
5-stufige Antwortskala: 1 = gar nicht, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig									

Untersucht wurde im Weiteren, ob sich die Abnahme der Belastungshäufigkeiten auch auf Skalenebene findet. Wie Tab. 58 zeigt: auch auf Skalenebene sind

alle Werte zum Belastungserleben nach der Supervision numerisch niedriger als vorher.

**Tab. 58: Belastungs-Skalen: Vergleich der Ausprägungen vor vs. nach der Supervision (t-Test für abhängige Stichproben)**

Skala			t1		t2		T2-t1				
		n	mw	sd	mw	sd	Diff	sd	r	t	p
1	TEA	137	2.48	0.69	2.39	0.64	-0.08	0.53	0.68	-1.80	.075
2	ARZ	146	2.83	0.84	2.68	0.77	-0.15	0.61	0.71	-2.98	.003
3	ORG	143	3.01	0.72	2.91	0.70	-0.10	0.59	0.66	-2.04	.044
4	SEL	145	2.34	0.66	2.26	0.54	-0.08	0.56	0.57	-1.69	.093
5	PAT	142	2.42	0.53	2.40	0.51	-0.02	0.41	0.68	-0.66	.510
Skala 1 - Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflgeteam, Skala 2 - Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten, Skala 3 – Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen, Skala 4 - Eigenes berufliches Selbstverständnis, Skala 5 - Umgang mit Patienten und Angehörigen; 5-stufige Antwortskala: 1 = gar nicht, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig											

Belastungen durch die Zusammenarbeit mit Ärzten (Skala 2) und durch Faktoren der Arbeitsorganisation (Skala 3) werden nach der Supervision signifikant seltener erlebt. Sowohl vor Beginn als auch nach Ende der Supervision traten diese Belastungen am häufigsten auf. In den Skalen 1 („Pflegeteam“) und 4 („Selbstverständnis“) zeigen sich die Differenzen der Belastungswahrnehmungen zwischen t1 und t2 als statistische Tendenz. In Skala 5 („Beziehung zu Patienten und Angehörigen“) ist der Unterschied im Belastungserleben vor und nach der Supervision nicht von statistischer Bedeutung. Die Auswertung der Längsschnittdaten zeigt, daß die Teilnahme an einer Supervision Einfluss darauf hat, wie (häufig) bestimmte Belastungen im Arbeitsalltag erlebt werden. Abgezeichnet hatte sich dies bereits in der rein deskriptiven Gegenüberstellung der erlebten Belastungen vor und nach der Supervision in der Gesamtstichprobe.

#### 8.2.4.3 Gesamtbeurteilung der Supervision

Beim zweiten Befragungszeitpunkt gaben die Teilnehmenden neben der Beurteilung der spezifischen Supervisionseffekte in den Bereichen *Arbeitsorganisation*, *Pflegeteam*, *Ärzte*, *Patienten* und *Selbstverständnis* auch eine direkte *Gesamteinschätzung* darüber ab, wieviel sie insgesamt von ihrer Teilnahme an den Sitzungen profitieren konnten (Tab. 59).

**Tab. 59: Gesamtbeurteilung der Supervision: Häufigkeit der Antwortkategorien (N=149)**

Nutzen		n	%	valid%
gar nicht	1	5	3.4	3.5
kaum	2	20	13.4	14.1
etwas	3	64	43.0	45.1
stark	4	45	30.2	31.7
sehr stark	5	8	5.4	5.6
MISSING	.	7	4.7	
Item 27: Bitte schätzen Sie ein, wieviel Sie persönlich insgesamt von Ihrer Teilnahme an den Sitzungen für Ihre Arbeit profitieren konnten				

Von den ehemaligen Supervisanden hatten 5,4% *sehr stark* und 30,2% *stark* von der Supervision profitieren können. 43% hatten *etwas* profitiert, 13,4% *kaum* und 3,4% *gar nicht* (bei 4,7% missing data).

Die Antworten auf der fünfstufigen Skala zur Gesamteinschätzung des Supervisionsnutzens wurden für die weitere Analyse in drei Gruppen zusammengefasst. Gruppe 1 umfasst die Supervisionsteilnehmenden, die *nicht* oder *kaum* von der Supervision profitieren konnten, Gruppe 2 diejenigen, die *etwas* Nutzen daraus ziehen und Gruppe 3 diejenigen, die *stark* oder *sehr stark* von der Supervision profitieren konnten. Die weiteren Fragestellungen richteten sich darauf, ob sich Prädiktoren für diese Gesamteinschätzung finden lassen: etwa personenbezogene Merkmale oder das Maß des Belastungserlebens, die Erwartungen vor Beginn der Sitzungen oder die Beurteilungen des Nutzens in spezifischen Bereichen. Dazu wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor „Gesamtbeurteilung“ durchgeführt.

#### *Gesamtbeurteilung und personenbezogene Merkmale*

Merkmale wie Geschlecht, Alter, Dauer der Berufstätigkeit, Funktion auf Station, Fachweiterbildung und Fortbildung wurden zu t1, vor Beginn der Supervision, erfasst. Die Beurteilungen der Supervision erfolgten nach deren Beendigung (t2). In der Längsschnittstichprobe lässt sich der Zusammenhang der personenbezogenen Merkmale mit den Beurteilungen der Supervision untersuchen.

**Tab. 60: Personenbezogene Merkmale: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung der Supervision“**

		Gesamtbeurteilung									
Variable		1-2			3			4-5			
	n	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
Geschlecht	25	1.16	0.37	64	1.11	0.31	53	1.08	0.27	0.64	.527
Alter	25	2.96	0.98	64	2.97	0.93	53	3.08	0.96	0.22	.801
Dauer	24	11.63	8.95	62	12.77	8.70	45	13.38	9.34	0.30	.742
Leitung	25	1.12	0.60	64	1.17	0.46	53	1.11	0.58	0.20	.818
Fachpflege.	25	1.04	0.61	64	1.14	0.43	53	1.11	0.54	0.35	.704
Fortbildung.	25	1.24	0.72	64	1.36	0.57	53	1.32	0.61	0.34	.713
Einschätzung des Grads an Nutzens der Supervisionsteilnahme für die Arbeit: 1 - 2 = gar nicht / kaum, 3 = etwas, 4 – 5 = stark / sehr stark											

Die berichtete Gesamtbeurteilung, das Ausmaß in dem die Teilnehmenden für ihre Arbeit in der Klinik von der Supervision profitieren, ist unabhängig davon, ob sie männlichen oder weiblichen Geschlechts und wie alt sie sind, wie lange und in welcher hierarchischen Position sie im Pflegeberuf arbeiten oder ob sie zuvor an einer Fachweiterbildung oder Fortbildungen zu beruflichen Themen teilgenommen haben (Tab. 60). Personenbezogene Merkmalen der Teilnehmenden sind demnach nicht maßgeblich für ihre Gesamtbeurteilung des Supervisionsergebnisses.

#### *Gesamtbeurteilung und erlebte Belastungen*

In entsprechendem methodischen Vorgehen wurden die Einflüsse der erlebten Belastungen auf die übergeordnete, d.h. themenunabhängige Gesamtbeurteilung der Supervision betrachtet. Im Ausmaß der erlebten Arbeitsbelastungen lassen sich in den drei Gruppen, die sich in ihrer Gesamtbeurteilung der Supervision voneinander unterscheiden, keine signifikanten Unterschiede finden (Tab. 61).

**Tab. 61: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung der Supervision“**

		Gesamtbeurteilung										
		1-2			3			4-5				
Skala		n	mw	sd	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
1	t1	25	2.52	0.79	59	2.47	0.70	52	2.42	0.62	0.19	.826
1	t2	24	2.39	0.66	60	2.46	0.62	50	2.31	0.63	0.81	.447
1	t2-t1	24	-0.14	0.39	57	-0.05	0.57	49	-0.12	0.57	0.35	.707
2	t1	25	2.98	0.90	64	2.68	0.74	53	2.92	0.90	1.79	.170
2	t2	24	2.85	0.94	62	2.62	0.60	53	2.72	0.81	0.87	.422
2	t2-t1	24	-0.17	0.52	62	-0.06	0.58	53	-0.21	0.66	0.94	.393
3	t1	24	3.02	0.65	63	2.87	0.75	52	3.08	0.69	1.26	.287
3	t2	24	2.97	0.67	62	2.79	0.70	53	2.99	0.70	1.29	.277
3	t2-t1	23	-0.03	0.55	61	-0.09	0.58	52	-0.06	0.57	0.12	.889
4	t1	25	2.35	0.71	63	2.31	0.68	53	2.34	0.61	0.04	.962
4	t2	24	2.15	0.49	62	2.25	0.53	53	2.28	0.55	0.54	.586
4	t2-t1	24	-0.21	0.62	61	-0.04	0.54	53	-0.06	0.55	0.88	.417
5	t1	24	2.29	0.58	63	2.44	0.49	52	2.42	0.59	0.66	.518
5	t2	23	2.31	0.60	61	2.36	0.44	52	2.47	0.53	1.02	.363
5	t2-t1	23	-0.03	0.40	61	-0.08	0.35	52	0.04	0.48	1.24	.292

Skala 1 - Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfllegeteam, Skala 2 – Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten, Skala 3 – Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen , Skala 4 – Eigenes berufliches Selbstverständnis, Skala 5 - Umgang mit Patienten und Angehörigen; 5-stufige Antwortskala: 1 = gar nicht, 2 = selten, 3 = manchmal, 4 = häufig, 5 = sehr häufig

Das Belastungserleben ist weder zum ersten noch zum zweiten Messzeitpunkt ein Prädiktor für die Gesamtbeurteilung des Supervisionsnutzens. Auch das Maß für die Veränderung des Belastungserlebens vor und nach der Supervision (Differenz t2-t1) ergab keine prädiktiven Hinweise für die *Gesamtbeurteilung* der Supervision.

#### *Gesamtbeurteilung und Erwartungen an Supervision*

Wie die Supervision nach ihrer Beendigung insgesamt beurteilt wurde, hängt in gewisser Weise mit den Erwartungen zusammen, die die Teilnehmenden vorher daran geknüpft hatten (Tab. 62).

**Tab. 62: Erwartungen an die Supervision – Bereich und Fokus zu t1: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung“**

Item	Erwartungen	Gesamtbeurteilung									F	p
		n	1-2	sd	n	3	sd	n	4-5	sd		
22	Arbeitsorg	24	2.25	1.15	63	2.81	1.06	53	2.89	0.75	3.81	<b>.024</b>
23	Pflege team	25	3.68	0.90	62	3.61	0.84	53	3.91	0.90	1.66	.193
24	Ärzte	25	3.08	1.11	64	2.89	1.04	53	3.36	1.06	2.83	.062
25	Patienten	25	2.80	1.29	63	2.79	1.19	51	2.86	1.17	0.05	.950
26	Selbstverst.	24	2.38	1.10	63	2.54	0.98	53	3.09	1.15	5.42	<b>.005</b>
	Fokus	25	3.80	0.96	64	4.00	0.64	53	4.30	0.64	5.00	<b>.007</b>
Einschätzung des Grads an Nutzens der Supervisionsteilnahme für die Arbeit: 1-2 = gar nicht / kaum, 3 = etwas, 4-5 = stark / sehr stark Fokus := Maximale Erwartung innerhalb des Profils der Items 22 bis 26 zu t1												

Für die Bereiche „Eigenes berufliches Selbstverständnis“, „Arbeitsorganisation“ und eingeschränkt für die „Zusammenarbeit und das Arbeitsklima mit Ärzten“ gilt: je höher die Erwartungen an die Supervision waren, desto höher wird deren Gesamtnutzen eingeschätzt. Im Bereich „Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflege team“ ist der Zusammenhang zwischen Supervisionserwartungen und Einschätzung des Gesamtnutzens deutlich schwächer und statistisch nicht signifikant. Im Bereich „Beziehung und Umgang mit Patienten und Angehörigen“ ist die Gesamtbeurteilung unabhängig von den an die Supervision geknüpften Erwartungen. Die *maximal* angegebene Erwartung über die spezifischen Themenbereiche hinweg (Items 22 bis 26) korreliert signifikant mit der Gesamtbeurteilung der Supervision: je höher die Erwartung an die Supervision in einem der Items 22 bis 26, desto höher die Einschätzung des globalen Supervisionsnutzens.

#### 8.2.4.4 Spezifische Supervisionsbeurteilung

##### *Spezifische Supervisionsbeurteilung und erlebte Belastungen*

Es wurde gezeigt, daß das Ausmaß des Belastungserlebens zu keinem Zeitpunkt ein Prädiktor für die *Gesamtbeurteilung* der Supervision ist. Nun wird geprüft, ob das Ausmaß erlebter Belastungen die Beurteilung der *bereichsspezifischen* Supervisionseffekte beeinflusst (Tab. 63).

**Tab. 63: Korrelation zwischen themenspezifischer Supervisionsbeurteilung und korrespondierenden Belastungen (Zeitpunkte t1, t2 und Differenz t2-t1)**

			t1		t2		t2-t1	
			r	p	r	p	r	p
1	TEA	Pflegeteam	0.07	.382	0.01	.923	-0.11	.185
2	ÄRZ	Ärzte	0.07	.397	0.08	.336	0.00	.964
3	ORG	Arbeitsorganisation	-0.03	.758	0.02	.800	0.06	.512
4	SEL	Selbstverständnis	0.08	.362	0.21	<b>.010</b>	0.13	.138
5	PAT	Patienten	0.13	.118	0.24	<b>.005</b>	0.11	.203

Zwischen dem spezifischen Belastungserleben *vor Beginn* der Supervision (t1) und dem Maß, in dem die Supervision als hilfreich für den Umgang mit eben diesen Belastungen beurteilt wird, besteht in keinem der fünf Bereiche ein Zusammenhang. Ob die Supervision als hilfreich bewertet wird, scheint demnach unabhängig davon zu sein, wie häufig zu t1 Belastungen erlebt werden. *Nach Abschluß* der Supervision (t2) zeigt sich zwischen dem Maß erlebter Belastungen in den Bereichen "Berufliches Selbstverständnis" und "Umgang mit Patienten und Angehörigen" und der bereichsspezifischen Beurteilung der Supervision ein positiver Zusammenhang: je mehr aktuelle Belastungen mit Patienten oder im eigenen Selbstverständnis erlebt werden, um so hilfreicher wird die Supervision für ihre Bewältigung angesehen. Andererseits hat auch nach Abschluß der Supervision das in den Bereichen "Zusammenarbeit im Pflegeteam", "Zusammenarbeit mit Ärzten" und "Arbeitsorganisation" erlebte Maß an Belastungen *keinen* Einfluss auf die Beurteilung der entsprechenden Supervisionseffekte. Schließlich zeigt auch die Höhe der Belastungsdifferenzwerte (t2-t1) in *keinem* der fünf Bereiche einen Zusammenhang mit der jeweiligen Supervisionsbeurteilung. Daraus ist zu folgern, daß auch die bereichsspezifische Beurteilung der Supervision weitgehend nicht davon abhängt, wie häufig die korrespondierenden Belastungen vor oder nach der Supervision erlebt werden.

Oben wurde dargestellt, daß Ausmaß und Art des Belastungserlebens die Erwartungen mit bestimmen, die an eine Supervision gestellt werden (Kap. 8.2.2.1). Außerdem ist gezeigt worden, daß das Niveau der maximalen Supervisionserwartung mit der *Gesamtbeurteilung* der Supervision korrespondiert (Kap. 8.2.4.3). Im Folgenden wird geprüft, ob bereichsbezogene, konkrete Supervisionserwartungen die *spezifischen* Supervisionsbeurteilungen beeinflussen.

### *Spezifische Supervisionsbeurteilung und Erwartungen*

In vier von fünf Bereichen hängt die Beurteilung des bereichsspezifischen Supervisionsnutzens damit zusammen, wie hoch die entsprechenden konkreten Erwartungen waren, die Pflegende an die Supervision geknüpft hatten (Tab. 64).

**Tab. 64: Korrelation zwischen themenspezifischer Supervisionsbeurteilung (t2) und korrespondierenden Erwartungen (t1)**

			r	p
1	TEA	Pflegeteam	0.16	<b>.048</b>
2	ÄRZ	Ärzte	0.20	<b>.014</b>
3	ORG	Arbeitsorganisation	0.11	.185
4	SEL	Selbstverständnis	0.27	<b>.001</b>
5	PAT	Patienten	0.39	<b>.000</b>

Für die "Zusammenarbeit im Pflegeteam", die "Zusammenarbeit mit Ärzten", das "berufliche Selbstverständnis" und den "Umgang mit Patienten und Angehörigen" gilt: je mehr Pflegende sich von Supervision ein Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten für Probleme in diesen Bereichen erwartet hatten, um so höher beurteilten sie den entsprechenden Nutzen der Supervision. Lediglich im Bereich "Arbeitsorganisation" zeigte sich kein solcher Zusammenhang.

### *Spezifische und Gesamtbeurteilung der Supervision*

Die themenspezifische Supervisionsbeurteilung hängt deutlich mit ihrer Gesamtbeurteilung zusammen. (Tab. 65) Je mehr die Supervision zur Lösung von Problemen in einem spezifischen Bereich beitragen kann, desto höher ist auch die globale Einschätzung ihres Nutzens für die Arbeit im Klinikalltag.

**Tab. 65: Themenspezifische Supervisionsbeurteilungen t2: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung“**

Item		Gesamtbeurteilung									F	p
		n	1-2	sd	n	3	sd	n	4-5	sd		
22	Arbeitsorg	25	1.56	0.82	62	2.27	0.87	51	3.02	0.79	27.54	.000
23	Pflege team	25	1.92	0.76	64	2.94	0.61	52	3.81	0.56	80.32	.000
24	Ärzte	25	1.64	0.81	62	2.18	0.88	51	2.94	0.93	20.61	.000
25	Patienten	25	1.72	1.02	63	2.16	0.87	48	2.85	1.15	12.13	.000
26	Selbstverst.	25	1.52	0.71	63	2.40	0.83	50	3.14	0.99	29.45	.000

Einschätzung des Grads an Nutzens der Supervisionsteilnahme für die Arbeit:  
1-2 = gar nicht / kaum, 3 = etwas, 4-5 = stark / sehr stark

Die Bedeutung der spezifischen Beurteilungen für den Gesamtnutzen wurde abschließend über eine multiple Regression (Tab. 66) bestimmt. Dabei zeigt sich, aufgrund der univariaten Ergebnisse erwartungsgemäß, daß die bereichsspezifischen Beurteilungen der Supervision hinsichtlich der „Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pflege team“ und des „Eigenen beruflichen Selbstverständnisses“ ihre Gesamtbeurteilung am meisten beeinflussen.

**Tab. 66: Multiple Regression: Kriterium „Gesamtbeurteilung“, Prädiktoren „Einzelbeurteilungen Items 22- 26“ (N = 142)**

		R	F	p
		.73	52.4	.000
Item		beta	t	p
22	Arbeitsorganisation	.13	2.52	.012
23	Pflege team	.47	9.04	.000
24	Ärzte	.12	2.18	.031
25	Patienten	.04	.78	.443
26	Selbstverständnis	.21	3.89	.000

#### 8.2.4.5 Zusammenfassung: Längsschnittauswertung

Der Längsschnittauswertung lagen die Angaben von 149 Pflegenden zugrunde, deren Fragebögen zu t1 und t2 über ein - auf freiwilliger Basis ausgefülltes - Codewort einander zugeordnet werden konnten. In ihren soziodemographischen Merkmalen ist die Längsschnittstichprobe für die Gesamtstichprobe repräsentativ. Nach Ende der Supervision wurden weniger Belastungen erlebt als vor ih-

rem Beginn. In den Bereichen „Zusammenarbeit mit Ärzten“ und „Arbeitsorganisation“ wurden wesentlich und in den Bereichen „Zusammenarbeit im Pflegeteam“ und „Eigenes berufliches Selbstverständnis“ tendenziell seltener Belastungen angegeben als vor Beginn der Supervision. Die *Gesamtbeurteilung* des Supervisionsnutzens hing weder von personenbezogenen Merkmalen, wie Geschlecht, Alter, Berufsjahre, Funktion auf Station, Fachweiterbildung und Fortbildungen ab, noch davon, wie häufig bestimmte Belastungen vor Beginn und nach Ende der Supervision erlebt wurden. Einen Einfluß auf die Gesamtbeurteilung zeigte jedoch die Ausprägung des individuellen Erwartungsmaximums: je mehr von der Supervision in einem der Bereiche vorher erwartet worden war, desto besser ist nachher die Gesamtbeurteilung. Darüber hinaus hängt die Gesamtbeurteilung der Supervision eng damit zusammen, wie sie hinsichtlich des Aufzeigens von Lösungsmöglichkeiten in den *einzelnen* Bereichen bewertet wird. Auch für diese *bereichsspezifischen Supervisionsbeurteilungen* gilt: sie sind weitgehend unabhängig vom Ausmaß der entsprechenden Belastungen, jedoch in hohem Maße bestimmt von den spezifischen Supervisionserwartungen. Je mehr Pflegende sich das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten bestimmter Schwierigkeiten erwartet hatten, desto besser beurteilten sie später den bereichsspezifischen Nutzen der Supervision. Sowohl für die Gesamt- wie auch für die spezifische Supervisionsbeurteilungen ist festzuhalten: der maßgebliche Prädiktor ist jeweils die Erwartungen, die vor Beginn in diesem Bereich geäußert worden war. Dabei spielen sowohl die Höhe dieser Erwartungen, das individuelle Erwartungsmaximum, als auch die Art, die bereichsspezifischen Erwartungen, eine Rolle.

### 8.2.5 Zusammenfassung: Studie 2

Neben *soziodemographischen Merkmalen* wurden in dieser Studie die *wahrgenommene Arbeitsbelastung* vor Beginn (t1) und nach Abschluss der Supervision (t2) erfaßt sowie die *Erwartungen an die Supervision* vor deren Beginn (t1) und die Beurteilung der *Effekte der Supervision* bei ihrem Ende (t2) erhoben.

Der Auswertung liegen 657 Prä- und 336 Post-Supervisionsfragebögen aus 11 verschiedenen Kliniken im Zeitraum 1994 bis 2000 zugrunde. 149 der Bögen konnten zu t1 und t2 einander zugeordnet und im Längsschnitt ausgewertet werden. Von den Befragten sind 86% Frauen. Sie arbeiten seit durchschnittlich 12,8 Jahre in der Pflege. 40% sind zwischen 30 und 39 Jahre alt, knapp ein Viertel haben eine Leitungsposition inne. Die wahrgenommenen Arbeitsbelastungen

haben vor Beginn und nach Ende der Supervision das gleiche Profil: am häufigsten werden Belastungen in Zusammenhang mit der „Arbeitsorganisation und den institutionellen Rahmenbedingungen“ beschrieben. An zweiter Stelle stehen Belastungen in der „Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten“. Am dritt häufigsten sind Belastungen durch Schwierigkeiten der „Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams“. Belastungen durch die „Beziehung zu Patienten und Angehörigen“ folgen erst auf Platz vier. Vergleichsweise selten erlebt werden Belastungen durch Schwierigkeiten im „eigenen beruflichen Selbstverständnis“ (Rang fünf).

Die Längsschnittauswertung zeigt, daß nach Beendigung der Supervision in allen fünf Bereichen *weniger* oft Belastungen beschrieben werden als vor ihrem Beginn. Statistisch signifikant ist diese Differenz in den Bereichen „Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten“ und „Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen“, in den Bereichen „Zusammenarbeit im Pflorgeteam“ und „Eigenes berufliches Selbstverständnis“ werden nach der Supervision tendenziell seltener Belastungen angegeben als vor Beginn der Supervision.

Für das Belastungserleben spielen verschiedene personenbezogene Faktoren ebenso eine Rolle wie der bedingungsbezogene Faktor Arbeitsbereich. Mit höherem Lebensalter und längerer Tätigkeit im Beruf erleben Pflegende in vielen Dimensionen ihrer Arbeit seltener Probleme. Allerdings verändert sich die Wahrnehmung von Konflikten in der Zusammenarbeit des Pflorgeteams nicht mit steigendem Alter. Auch geschlechtsabhängig finden sich Unterschiede im Belastungserleben. Frauen nehmen häufiger Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen wahr und leiden darüber hinaus auch öfter unter den körperlichen Belastungen des Pflegeberufs als Männer. Die Funktion auf Station spielt insofern eine Rolle, als daß Stations- und Teamleitungen häufiger Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten angeben als ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Zum Einfluss des Arbeitsbereichs: Pflegende, die in der Psychiatrie tätig sind, beschreiben insgesamt die meisten Belastungen. Pflegende aus der Frauenklinik geben das niedrigste Belastungsniveau an. Je nach Arbeitsbereich treten spezifische Belastungen häufiger auf: in der Psychiatrie werden Teamkonflikte und Schwierigkeiten mit Ärzten, in der Chirurgie werden Belastungen durch organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen gehäuft erlebt. In der Kinder- und der Medizinischen Klinik stehen Belastungen im Umgang mit Patienten und Angehörigen an erster Stelle. Andererseits kommt - in je unterschiedlicher Gewichtung - jede Art von Belastung in jeder Klinik vor.

Die meisten Pflegenden erwarten von Supervision in erster Linie, daß sie Lösungsmöglichkeiten bei Problemen innerhalb des Pfllegeteams und in der Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten aufzeigt. Darüber hinaus hängen die Supervisionserwartungen mit dem Ausmaß und der Art der wahrgenommenen Arbeitsbelastungen zusammen: jemand, der im Arbeitsalltag häufig Konflikte in der Zusammenarbeit des Pfllegeteams erlebt, möchte sich in der Supervision bevorzugt diesem Thema widmen. Erlebt jemand in besonderem Maße Belastungen im Umgang mit Patienten, erwartet er von einer Supervision in erster Linie deren Bearbeitung. Die unterschiedlichen Supervisionserwartungen der Pflegenden verschiedener Kliniken spiegeln dabei im Wesentlichen die in den einzelnen Arbeitsbereichen wahrgenommenen Belastungen wieder: Psychiatrieschwestern und -pfleger erwarten sich von Supervision am ehesten die Lösung von Konflikten in der Zusammenarbeit des Pfllegeteams und mit den Ärzten, Pflegende aus der Medizinischen und der Kinderklinik erwarten am ehesten die Bearbeitung von Problemen im Umgang mit Patienten und Angehörigen. Auch personenbezogene Merkmale beeinflussen die Erwartungen an die Supervision. So erwarten ältere Pflegende von der Supervision häufiger die Bearbeitung arbeitsorganisatorischer Probleme. Krankenschwestern möchten im Vergleich zu Krankenpflegern häufiger Schwierigkeiten in der Beziehung zu Patienten und Angehörigen besprechen. Für Stationsleitungen hat das Thema der Zusammenarbeit mit Ärzten in der Supervision einen höheren Stellenwert als für Pflegende in nachgeordneten Positionen. Der Nutzen der Supervision wird für die „Zusammenarbeit innerhalb des Pfllegeteams“ als am höchsten beurteilt. Auf eben dieses Thema hatten sich vor Supervisionsbeginn auch die größten Erwartungen gerichtet. Die differentielle Längsschnittauswertung zeigt, daß die übergeordnete Gesamtbeurteilung der Supervision nicht von personenbezogenen Merkmalen abhängt. Je nach Arbeitsgebiet bzw. Klinikzugehörigkeit wird der *spezifische* Supervisionsnutzen unterschiedlich bewertet. Dies hängt mit den in den einzelnen Kliniken jeweils vorherrschenden Belastungen und den entsprechenden Supervisionserwartungen zusammen. So bewerten Pflegende aus der Kinderklinik, die sehr häufig Belastungen im Zusammenhang mit der Pflege der Patienten beschreiben, den Supervisionsnutzen im Bereich „Umgang mit Patienten“ höher als Pflegende aus Kliniken, die in diesem Bereich keine erhöhten Belastungen angeben. Insgesamt sind jedoch die Gemeinsamkeiten in den Supervisionsbeurteilungen durch Pflegende aus unterschiedlichen Kliniken größer als die klinikspezifischen Unterschiede.

### **8.3 Studie 3: Katamnese studie mit Kontrollgruppe**

1997 wurde am Freiburger Klinikum eine umfassende Katamnese studie zur Supervision durchgeführt und dazu 951 Pflegende angeschrieben. Es handelte sich um alle aktuellen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter derjenigen 52 Stationen, von denen seit der Implementierung des Dienstes am Klinikum (1990) eine Supervision in Anspruch genommen worden war. Befragt wurden alle Pflegenden dieser Stationen unabhängig davon, ob sie selbst an der Supervision mit teilgenommen hatten. Die ehemaligen Teilnehmenden (T) bildeten die Katamnese-, die Nichtteilnehmenden (NT) die Kontrollgruppe. Die Studie erfaßte Struktur-, Prozess- und Ergebnisvariablen in Zusammenhang mit der Supervision. Sowohl die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden wie auch die Nichtteilnehmenden wurden zu ihren soziodemographischen Variablen, ihrer beruflichen Funktion, Weiterbildungen, Dauer der Berufstätigkeit, sowie den gegenwärtigen Arbeitsbelastungen auf Station befragt (*Struktur*). Die ehemaligen Teilnehmenden wurden darüber hinaus um ihre Beurteilung des Supervisionsverlaufs (*Prozess*) und des Nutzens der Supervision (*Ergebnis*) gebeten. Dies geschah mittels 20 strukturierter Items mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit. Die Nichtteilnehmenden wurden nach ihren Erwartungen an eine Supervision gefragt (6 strukturierte Items mit fünfstufiger Antwortmöglichkeit).

Von den 951 versandten Fragebögen kamen 49 ungeöffnet zurück, weil die Adressaten postalisch nicht auffindbar waren. 655 der 902 Angeschriebenen antworteten. Von ihnen wollten 48 ausdrücklich nicht an der Studie teilnehmen. Die Stichprobe umfasste schließlich 607 Pflegende.

Die Darstellung der Ergebnisse widmet sich zunächst der Stichprobenbeschreibung, stellt dann die deskriptiven Befunde und schließlich die differentiellen Ergebnisse bei Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden dar.

#### **8.3.1 Stichprobenbeschreibung**

Im Folgenden wird der Rücklauf der Bögen aus den einzelnen Kliniken beschrieben, die Personenmerkmale von Supervisionsteilnehmenden und Nichtteilnehmenden verglichen, die Interdependenz der Personenmerkmale dargestellt und schließlich untersucht, ob der Anteil von Supervisionsteilnehmenden und Nichtteilnehmenden je nach Arbeitsbereich variiert.

### 8.3.1.1 Rücklauf nach Kliniken

Insgesamt lag die Rücklaufquote bei 63,8% (N = 607). In den einzelnen Kliniken schwankte sie zwischen 40% und knapp 93% (Tab. 67).

**Tab. 67: Rücklauf Fragebögen nach Kliniken**

Klinik	Angeschrieben /Klinik	Rücklauf (n)	Rücklauf %
Radiologische Klinik	29	23	79.3
HNO –Klinik	14	13	92.8
Chirurgische Klinik	145	75	51.7
Frauenklinik	57	40	70.2
Kinderklinik	172	122	70.9
Medizinische Klinik	272	172	63.2
Neurologische Klinik	82	53	64.6
Psychiatrische Klinik	148	90	60.8
Hautklinik	25	10	40.0
Ausserklin. Pflegedienst	7	6	85.7
ohne Angabe	3	3	100
Summe	951	607	63.8

Die höchste Rücklaufquote gab es in der Hals-Nasen-Ohren-Klinik, wo allerdings die absolute Anzahl versandter Bögen (N=14) gering war.

### 8.3.1.2 Personenbezogene Merkmale

Jeweils etwa die Hälfte der 607 Antwortenden hatte entweder an der Supervision teilgenommen (N=323; 53,2%) oder nicht (N=284; 46,8%). Die Gesamtstichprobe weist folgende personenbezogenen Merkmale auf: 81,7 % der Befragten sind Frauen, das durchschnittliche Alter beträgt 33,4 Jahre (Minimum 21, Maximum 62 Jahre), die durchschnittliche Berufsdauer liegt bei 9,3 Jahren. 11,9% arbeiten in einer Leitungsfunktion.

Tab. 68 zeigt: Hinsichtlich der Geschlechtsverteilung unterscheiden sich die Supervisanden nicht signifikant von der Kontrollgruppe der Nichtteilnehmenden. Die Supervisanden sind tendenziell etwas älter als die Nichtteilnehmenden, hinsichtlich der Berufsjahre findet sich kein Unterschied zwischen den Gruppen. Statistisch signifikant unterscheiden sich die Supervisionsteilnehmenden von den Nichtteilnehmenden lediglich in dem Merkmal „Funktion auf Station“: 15,2% der ehemaligen Supervisanden arbeiten in einer Leitungsfunktion, aber nur 8,1% der Nichtteilnehmenden.

**Tab. 68 Personenbezogene Merkmale: Vergleich Teilnehmende vs. Nichtteilnehmende – Chi2-Test und 1-faktorielle Varianzanalyse**

	Gesamt		Teilnehmende		Nichtteiln.			
n	607		323		284			
%			53.2		46.8			
	n	%	n	%	n	%		
männlich	111	18.3	58	18.0	53	18.7	Chi <sup>2</sup>	p
weiblich	496	81.7	265	82.0	231	81.3	0.1	.822
	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p
Alter	33.42	7.55	33.93	7.52	32.83	7.55	3.1	.076+
Berufsjahre	9.35	7.47	9.56	6.98	9.11	8.00	0.5	.463
	n	%	n	%	n	%		
Leitung	72	11.9	49	15.2	23	8.1	Chi <sup>2</sup>	p
Mitarbeiter	530	87.3	272	84.2	258	90.8	7.48	<b>.024</b>
Keine Angabe	5	0.8	2	0.6	3	1.1		

*Zur Interdependenz der personenbezogenen Merkmale*

Die erfaßten personenbezogenen Merkmale sind teilweise korreliert (Tab.69).

**Tab. 69: Interkorrelation der Personenmerkmale (N=594)**

		1	2	3	4
1	Alter	-			
2	Geschlecht	-.02	-		
3	Dauer Berufstätigkeit	.79	.10	-	
4	Leitung	.17	-.06	.24	-
Signifikanzniveau: zweiseitig, n=595; $r > 0.08$ $p \leq .050$ ; $r > 0.11$ $p \leq .010$ ; $r > 0.13$ $p \leq .001$					

Zwischen Alter, Dauer der Berufstätigkeit und Funktion zeigen sich positive Zusammenhänge. Je älter Pflegende sind, desto länger sind sie im Beruf und haben mit höherer Wahrscheinlichkeit eine leitende Position.

### 8.3.1.3 Teilnehmende und Nichtteilnehmende nach Kliniken

Die Unterschiede in den Anteilen an Supervisanden und Nichtteilnehmenden sind in der Radiologischen, HNO-, Frauen-, Kinder- und Medizinischen Klinik statistisch nicht von Bedeutung (Tab.70).

**Tab. 70: Teilnehmende und Nichtteilnehmende nach Kliniken – Chi<sup>2</sup> Test Vergleich der einzelnen Kliniken gegen die mittlere Teilnehmerrate**

	Gesamt		Teiln.		Nichtteil.			
	n	%	n	%	n	%	CHI <sup>2</sup>	p
Radiologische Klinik	23	3.8	15	65.2	8	34.8	1.33	.249
HNO-Klinik	13	2.1	9	69.2	4	30.8	1.34	.247
Chirurgische Klinik	75	12.4	22	29.3	53	70.7	17.18	<b>.000</b>
Frauenklinik	40	6.6	18	45.0	22	55.0	1.08	.298
Kinderklinik	122	20.1	71	58.2	51	41.8	1.22	.270
Medizinische Klinik	172	28.3	92	53.5	80	46.5	0.00	.942
Neurologische Klinik	53	8.7	17	32.1	36	67.9	9.51	<b>.002</b>
Psychiatrische Klinik	90	14.8	69	76.7	21	23.3	19.88	<b>.000</b>
Hautklinik	10	1.6	4	40.0	6	60.0		#
Ausserklin. Pflegedienst	6	1.0	4	66.7	2	33.3		#
ohne Angabe	3	0.5	2	66.7	1	33.3		#
	607	100.0	323	53.2	284	46.8		

# n < 11; Chi<sup>2</sup>-Test nur bei den 8 Kliniken mit N ≥ 11 durchführbar

Dagegen überwiegen auf den Stationen der Chirurgie und des Neurozentrums die Nichtteilnehmenden, während in der Psychiatrie die ehemaligen Supervisanden überrepräsentiert sind. Letzteres ist darauf zurückzuführen, daß die Psychiatrie die einzige Klinik ist, in der die Teilnahme an Supervision seit langem verpflichtend zu den Arbeitsaufgaben der Beschäftigten gehört.

### 8.3.2 Ergebnisse der Supervisionsteilnehmenden

Die ehemaligen Supervisanden waren zunächst nach ihrer Haltung zur Einführung der Supervision und nach Merkmalen der Inanspruchnahme gefragt worden: Wann, in welchem Kontext, mit wie vielen Sitzungen hat die Supervision stattgefunden, an wie vielen Sitzungen hat die/derjenige selbst teilgenommen, wie war die Zusammensetzung der Gruppe? Sie schätzten ein, wie gut sie ihre Teilnahme an der Gruppe hatten einrichten können und bewerteten Prozessmerkmale der Supervision: Arbeitsatmosphäre, Möglichkeit zum Einbringen eigener Beiträge, Leitung und Moderation. Als Ergebnismerkmale gaben die Supervisanden an, welche Themen in der Gruppe behandelt wurden, sie beurteilten, inwiefern die Supervision ihnen selbst bzw. dem gesamten Team von Nutzen war, ob sich der dafür aufgebrauchte zeitliche und organisatorische Aufwand gelohnt hatte, wie zufrieden sie mit der Supervision waren und ob sie künftig

noch einmal von einer Supervision Gebrauch machen würden. Abschließend wurden sie nach den aktuellen Schwierigkeiten im Arbeitsalltag gefragt.

#### 8.3.2.1 Merkmale der Inanspruchnahme

Die meisten der 323 ehemaligen Supervisionsteilnehmenden hatten der Einführung der Supervision auf ihrer Station entweder positiv gegenüber gestanden oder sie unterstützt bzw. selbst initiiert (90%). Lediglich 3% der ehemaligen Teilnehmenden hatten die Supervision im Vorfeld abgelehnt, 7% standen ihr gleichgültig gegenüber. Die Teilnahme ist für die Mehrzahl (68%) der Befragten weniger als drei Jahre, für die übrigen drei Jahre oder länger her. Vierzehn Prozent der ehemaligen Teilnehmenden hatten die Supervision nicht in ihrem jetzigen Team gehabt, sondern zuvor auf einer anderen Station. Etwa zwei Drittel (65%) hatten im Verlauf des letzten Jahres auf der aktuellen Station an einer Supervision teilgenommen. Beim übrigen Drittel liegt die Supervision weiter zurück oder fand auf einer anderen Station statt.

Die erinnerte Gesamtzahl an Sitzungen pro Gruppe war unterschiedlich: 22% der Teilnehmenden gaben an, daß es auf ihrer Station zwischen einer und fünf Sitzungen gegeben habe, 45% erinnerten zwischen sechs und zehn und 33% über zehn Supervisionstermine. Selbst teilgenommen hatten knapp die Hälfte an bis zu fünf, 36% an bis zu zehn und 17% an über zehn Sitzungen. Während die Hälfte der Gruppen ausschließlich aus Pflegenden bestanden hatte, waren bei der anderen Hälfte gelegentlich oder immer andere Berufsgruppen mit beteiligt. Knapp 50% der Supervisionsteilnehmenden hatten sich ihre Teilnahme an der Gruppe organisatorisch sehr gut bis gut, weitere 40% teilweise gut einrichten können. Jeder Zehnte gab an, daß es schwer bis sehr schwer zu organisieren gewesen wäre, an der Gruppe teilzunehmen.

#### 8.3.2.2 Beurteilung der Supervisionsdurchführung

Die *Arbeitsatmosphäre* in der Supervision beschrieben etwa die Hälfte der ehemaligen Supervisanden als „gut“ oder „sehr gut“ (52%, N=164), knapp 40% beurteilte sie als „teils/teils“ und knapp 10% (N=31) als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Die *Möglichkeit, eigene Beiträge* in die Gruppe einzubringen, bewerteten drei Viertel der Befragten als „sehr gut“ oder „gut“, 22 der 323 Supervisanden (6,9%) als „schlecht“ oder „sehr schlecht“. *Leitung und Moderation* der Gruppe beurteilten 59% der Befragten als „gut“ oder „sehr gut“, knapp ein Drit-

tel war „teilweise“ damit zufrieden, 10% gar nicht. Tabelle 71 zeigt die Bewertung der Prozessmerkmale im Überblick.

**Tab. 71: Merkmale des Supervisionsprozesses: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen (N = 323)**

Item		„sehr gut“ / „gut“	„teils / teils“	„schlecht“ / „sehr schlecht“
13	Teilnahme einrichten	49%	41%	10%
14	Arbeitsatmosphäre	52%	39%	9%
15	eigene Beiträge einbringen	75%	18%	7%
16	Leitung u. Moderation	59%	31%	10%

### 8.3.2.3 Supervisionsthemen

In der Katamnese äusserten sich die ehemaligen Teilnehmenden auch zu den Themen, die in ihrer Supervisionsgruppe eine Rolle gespielt hatten. Entsprechend der Skalen aus Basisdokumentation und Prä-/Postbefragung waren dazu folgende Bereiche auf einer 5stufigen Skala strukturiert vorgegeben (Item 17):

1. Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfllegeteam
2. Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten
3. Arbeitsorganisation und Rahmenbedingungen
4. Eigenes berufliches Selbstverständnis
5. Umgang mit Patienten und Angehörigen

Insgesamt waren die beiden am häufigsten besprochenen Supervisionsthemen nach Einschätzung der ehemaligen Supervisanden die „Zusammenarbeit innerhalb des Pfllegeteams“ und die „Zusammenarbeit mit den Ärzten“ (Tab. 72). Der „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ folgte auf Rang drei und nahm als Thema der Supervision etwas mehr Zeit ein als Fragen der „Arbeitsorganisation“ (Rang 4) und des „eigenen beruflichen Selbstverständnisses“ (Rang 5).



In der Gewichtung der Themen hatte die Zusammenarbeit innerhalb des Pflege-teams in drei Kliniken eine noch höhere Bedeutung als im Klinikmittel: in der Frauen-, Kinder- und Medizinischen Klinik (Tab. 73).

Die Kliniken haben demnach spezifische Themenprofile. In der Medizinischen und der Psychiatrischen Klinik weicht das jeweilige Gesamtprofil signifikant vom durchschnittlichen Profil aller Kliniken ab. In den übrigen Kliniken sind die Abweichungen statistisch nicht von Bedeutung. Insgesamt gilt für die katamnestischen Angaben der Supervisionsteilnehmenden: in jeder Klinik spielt jedes der Themen in der Supervision eine Rolle, jedoch in unterschiedlicher Ausprägung und Gewichtung.

#### 8.3.2.4 Beurteilung des Supervisionsnutzens

Die Supervision war für die Teilnehmenden im Mittel am häufigsten in den Bereichen „Zusammenarbeit im Pflege-team“ und „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ von *persönlichem* Nutzen (Tab. 74).

**Tab. 74: Individueller Supervisionsnutzens: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen**

Item 18 : Was hat Ihnen die Supervision gebracht bezüglich ...								
	mw	sd	n	% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
- Pflege-team	3.02	1.02	319	8.2	22.3	33.9	31.3	4.4
- Ärzte	2.53	1.03	313	18.5	31.0	31.3	17.6	1.6
- Patienten	2.96	1.14	314	13.4	21.0	27.7	32.2	5.7
- Arbeitsorganisation	2.38	1.02	310	22.6	31.6	32.6	11.3	1.9
- Selbstverständnis	2.52	1.09	313	22.4	25.9	30.0	20.4	1.3
Profil-Max	3.56	0.94	323	4.0	8.0	26.9	49.8	11.1
Profil-Mw	2.70	0.76	323					
5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel								

Das individuelle Profil Maximum (Profil-Max) gibt Aufschluss über die Höhe des maximalen Nutzens pro Person über alle Bereiche hinweg, es zeigt den Fokus an. Hier zeigt sich daß 11 % sehr viel, 49,8% viel und 26 % etwas von der Supervision profitiert haben. Insgesamt 12% geben an, die Supervision habe wenig oder gar nichts gebracht.

Die Nutzeneinschätzung für das *gesamte Team* (Item 22) hat die gleiche Rangreihe wie die persönliche Nutzenbewertung (Tab. 75). Im Vergleich ist der individuelle Nutzen tendenziell etwas höher ausgeprägt. Signifikant ist dies jedoch nur für den Bereich Patienten und für das Profilmaximum.

**Tab. 75: Supervisionsnutzen: Vergleich individueller Nutzen vs. Teamnutzen nach Bereichen (t-Test für abhängige Stichproben)**

		Supervisionsnutzen						
		Individuell		Team				
	n	mw	sd	mw	sd	r	t	p
- Pflegeteam	312	3.02	1.02	2.98	1.02	0.70	-0,80	.427
- Ärzte	303	2.55	1.03	2.54	0.99	0.67	-0,21	.835
- Patienten	302	2.95	1.12	2.86	1.06	0.80	-2,18	<b>.030</b>
- Arbeitsorganisation	300	2.40	1.02	2.41	1.00	0.74	0,16	.875
Profil-MW	316	2.74	0.78	2.71	0.80	0.78	-1,04	.299
Profil-Max	316	3.51	0.96	3.38	0.95	0.73	-3,12	<b>.002</b>
Profil-MW und Max berechnet jeweils über die 4 Bereiche; Signifikanzschranken Korrel. r n=300, zweiseitig: $r > 0,11$ $p \leq ,05$ ; $r > 0,14$ $p < ,01$ ; $r > 0,19$ $p \leq ,001$ 5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel								

Individuell ist demnach im Vergleich zum Team ein pointierter eingestufte Nutzen zu konstatieren. In allen Bereichen korrelieren die Einschätzungen des individuellen Nutzens und des Teamnutzens hoch signifikant.

Vergleichbare Resultate und Profile sind zu beobachten bei der Einschätzung der *individuellen Umsetzbarkeit* des in der Supervision Erarbeiteten im Stationsalltag: Je ein gutes Drittel der Befragten gaben an, hinsichtlich der Zusammenarbeit im Pflegeteam und des Umgangs mit Patienten und Angehörigen *viel* bzw. *sehr viel* auf der Station selbst anwenden zu können. In diesen Bereichen können 72% bzw. 75% der Pflegenden immerhin mindestens *etwas* des in der Supervision Erarbeiteten im Alltag umsetzen. Die Einschätzungen bezüglich der beiden anderen Bereiche sind deutlich pessimistischer: im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Ärzten und die Arbeitsorganisation geben etwa die Hälfte der Supervisanden an, persönlich von der Supervision im Arbeitsalltag *wenig* oder *nichts* umsetzen zu können. Tab. 76 stellt die prozentuale Verteilung im Einzelnen dar.

**Tab. 76: Einschätzung der Umsetzbarkeit im Stationsalltag: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen**

Item 21 : Was konnten Sie im Stationsalltag praktisch umsetzen?								
	mw	sd	n	% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
- Pflorgeteam	2.97	0.94	313	7.3	21.1	41.2	27.8	2.6
- Ärzte	2.56	0.96	304	15.5	29.9	39.1	14.1	1.3
- Patienten	2.89	1.05	308	12.0	23.1	30.2	33.1	1.6
- Arbeitsorganisation	2.40	0.99	301	22.9	27.2	37.5	11.3	1.0
Profil-Max	3.37	0.89	316	4.7	9.5	34.2	47.5	4.1
Profil-MW	2.73	0.76	316					
5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel								

Der potentielle Nutzen und die praktische Umsetzbarkeit einer Supervision ist immer auf dem Hintergrund dessen zu sehen, welche Themen in der Gruppe besprochen wurden. Im nächsten Kapitel wird dieser Sachverhalt ausführlicher dargestellt.

Die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden äusserten sich auch dazu, inwieweit die Supervision für sie entlastende (Item 19) bzw. Weiterbildungsfunktion (Item 20) hatte (Tab. 77). 229 Supervisanden (72%) fühlten sich durch die Supervision mindestens *etwas*, 91 Pflegende (28%) jedoch nur *wenig* oder *gar nicht* entlastet. Einen Weiterbildungsaspekt hatte die Supervision für gut die Hälfte der Teilnehmenden, während 45% sie nur *wenig* oder *gar nicht* unter diesem Gesichtspunkt sahen.

**Tab. 77: Einschätzung der Entlastungs- u. Weiterbildungsfunktion der Supervision (N = 321)**

Item		„sehr viel“ / „viel“	„etwas“	„wenig“ / „nichts“
19	Entlastung	36%	36%	28%
20	Weiterbildung	25%	30%	45%
Item 19 Inwieweit diene Ihnen die Aussprache in der Supervision als Entlastung? Item 20 Die Supervision hatte für mich auch eine Weiterbildungsfunktion. 5-stufige Antwortskala: 1=gar nicht, 2= wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel				

Im dritten Teil des Fragebogens bewerteten die ehemaligen Gruppenteilnehmer globale Ergebnismarkmale. Neben einer Zufriedenheitsmessung, bei der die wahrgenommene Diskrepanz zwischen den individuellen Wünschen und dem real Erhaltenen abgefragt wird, zielen die Items auf die Beurteilung des Supervisionsnutzens und konkretes Verhalten hinsichtlich einer eigenen künftigen Wie-

derteilnahme. Die Teilnehmenden schätzten ein, inwieweit sich ihr zeitlicher und organisatorischer Aufwand für die Supervision gelohnt habe (Item 23), wie zufrieden sie selbst damit sind (Item 24), wie sehr der Supervisionsdienst dem Klinikum insgesamt nützt (Item 25) und ob sie selbst unter entsprechenden Rahmenbedingungen künftig noch einmal an einer Supervisionsgruppe teilnehmen würden (Item 26). Die deskriptiven Ergebnisse zu diesen Fragen weisen auf eine grundsätzlich breite Anerkennung und Wertschätzung der Supervision hin. Im Einzelnen beurteilten 40% der Befragten den Aufwand für die Teilnahme als sehr lohnend oder lohnend, für 35% lohnte er sich teilweise. 42% waren mit der Supervision sehr zufrieden oder zufrieden, 35% mindestens teilweise zufrieden. Daß der Supervisionsdienst dem Klinikum sehr viel oder viel nütze, meinten 70%, daß er teilweise nütze 24% der ehemaligen Gruppenteilnehmenden (Tab. 78).

**Tab. 78: Einschätzung der globalen Ergebnismerkmale Aufwand, Zufriedenheit und Gesamtnutzen (N = 323)**

Item		„sehr viel“ / „viel“	„etwas“	„wenig“ / „nichts“
23	Aufwand gelohnt	40%	35%	25%
24	wie zufrieden	42%	35%	23%
25	Nutzen für Klinik	70%	24%	6%
Item 23 Hat sich der zeitliche und organisatorische Aufwand für Sie gelohnt?				
Item 24 Wie zufrieden sind Sie mit der Supervision?				
Item 25 Was nützt der Supervisionsdienst dem Klinikum insgesamt?				
5-stufige Antwortskala: 1=gar nicht, 2= wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel				

Die drei globalen Bewertungsvariablen (Aufwand, Zufriedenheit, Gesamtnutzen) stehen in engem Zusammenhang miteinander – die Interkorrelationen sind alle hoch signifikant. Die Frage nach der Bereitschaft, unter gegebenen Bedingungen künftig wieder an einer Supervision teilzunehmen (Item 26), bejahten 249 ehemalige Supervisanden (79%), 41 waren unschlüssig (13%) und 27 lehnten eine Wiederteilnahme ab (8%).

Die differentielle Auswertung richtet sich auf die Prädiktoren der Supervisionsbeurteilung und darauf, was die Bereitschaft zur Wiederteilnahme beeinflusst.

### 8.3.2.5 Prädiktoren der Supervisionsbeurteilung

Untersucht wird im Folgenden, wovon die Bewertung der Supervision abhängt. *Merkmale des Supervisionsprozesses* kommen dafür ebenso in Betracht, wie die

Frage, welche *Themen* wie intensiv bearbeitet wurden. Auch die *Zusammensetzung* einer Gruppe könnte einen Einfluss auf die Supervisionsbeurteilung haben. Personenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Funktion und Dauer der Berufstätigkeit beeinflussen die Supervisionsbeurteilung und den Wunsch zur künftigen Wiederteilnahme nicht.

Hinsichtlich der *Merkmale des Supervisionsprozesses* wurde gefragt, wie gut sich die Teilnahme an der Gruppe einrichten liess, wie die Arbeitsatmosphäre war, wie gut man eigene Beiträge einbringen konnte und wie die Leitung und Moderation der Gruppe erlebt wurde.

Tab. 79 zeigt: Die Beurteilung der Prozessmerkmale hängt eng mit der Bewertung sowohl des persönlichen wie auch des Teamnutzens der Supervision und der Umsetzbarkeit ihrer Ergebnisse im Arbeitsalltag zusammen. Auch die Globalbewertungen (Items 23 bis 25) korrelieren hoch mit der Beurteilung der Supervisionsdurchführung. Je besser die Arbeitsatmosphäre, die Möglichkeit eigene Beiträge in die Gruppe einzubringen und die Moderation der Sitzungen bewertet wird, desto eher geben die Teilnehmenden an, daß ihnen die Supervision etwas gebracht hat und sie im Arbeitsalltag auch praktisch davon profitieren

Die *Themen*, die in der Supervision besprochen wurden, haben einen Einfluss darauf, wie deren potentieller Nutzen und praktische Umsetzbarkeit beurteilt werden. Wurden in einer Gruppe beispielsweise Fragen der Arbeitsorganisation gar nicht thematisiert, wird der Nutzen, den jemand hinsichtlich arbeitsorganisatorischer Fragen aus der Supervision ziehen kann, eher gering sein.

**Tab. 79: Zusammenhang zwischen Prozess- u. Ergebnismerkmalen – Korrelationen (N=322)**

	Prozessmerkmale							
	Item 13		Item 14		Item 15		Item 16	
	Teilnahme		Atmosphäre		Eigene Beiträge		Leitung	
Ergebnismerkmale	r	p	r	p	r	p	r	p
Item 18 Persönlich gebr.								
- Pflege team	.16	<b>.004</b>	.42	<b>.000</b>	.25	<b>.000</b>	.39	<b>.000</b>
- Ärzte	.11	<b>.046</b>	.32	<b>.000</b>	.26	<b>.000</b>	.35	<b>.000</b>
- Patienten	.14	<b>.014</b>	.28	<b>.000</b>	.24	<b>.000</b>	.30	<b>.000</b>
- Arbeitsorganistion.	.11	.063	.34	<b>.000</b>	.19	<b>.001</b>	.23	<b>.000</b>
- Selbstverständnis	.02	.764	.36	<b>.000</b>	.19	<b>.001</b>	.38	<b>.000</b>
Item 19 Entlastung	.19	<b>.001</b>	.34	<b>.000</b>	.35	<b>.000</b>	.42	<b>.000</b>
Item 20 Weiterbildung.	.10	.079	.29	<b>.000</b>	.18	<b>.001</b>	.30	<b>.000</b>
Item 21 Praktisch umsetz								
- Pflege team	.15	<b>.009</b>	.40	<b>.000</b>	.23	<b>.000</b>	.33	<b>.000</b>
- Ärzte	.06	.296	.31	<b>.000</b>	.18	<b>.002</b>	.23	<b>.000</b>
- Patienten	.12	<b>.040</b>	.29	<b>.000</b>	.26	<b>.000</b>	.31	<b>.000</b>
- Arbeitsorganisation.	.03	.566	.36	<b>.000</b>	.19	<b>.001</b>	.24	<b>.000</b>
Item 22 Team gebracht								
- Pflege team	.13	<b>.018</b>	.44	<b>.000</b>	.31	<b>.000</b>	.40	<b>.000</b>
- Ärzte	.07	.210	.33	<b>.000</b>	.28	<b>.000</b>	.34	<b>.000</b>
- Patienten	.09	.109	.30	<b>.000</b>	.30	<b>.000</b>	.31	<b>.000</b>
- Arbeitsorganisation.	.09	.109	.35	<b>.000</b>	.19	<b>.001</b>	.27	<b>.000</b>
Item 23 Aufwand	.18	<b>.001</b>	.41	<b>.000</b>	.36	<b>.000</b>	.51	<b>.000</b>
Item 24 Zufriedenheit	.16	<b>.004</b>	.49	<b>.000</b>	.37	<b>.000</b>	.67	<b>.000</b>
Item 25 Nutzen	.12	<b>.031</b>	.32	<b>.000</b>	.38	<b>.000</b>	.38	<b>.000</b>
Item 13: Wie gut liess sich die Teilnahme an der Gruppe einrichten?								
Item 14: Wie war die Arbeitsatmosphäre?								
Item 15: Wie gut konnte man eigene Beiträge einbringen?								
Item 16: Wie war die Leitung u. Moderation der Gruppe?								

Dem Zusammenhang zwischen *Häufigkeit* der Themenbearbeitung und *persönlichem Nutzen* aus der Supervision in einem spezifischen Bereich wird im Folgenden nachgegangen. Verglichen werden hierzu im direkten Vergleich zwei Gruppen, die sich durch die Häufigkeit der Besprechung jedes Themas in der Supervision voneinander unterscheiden. Betrachtet man die Einschätzungen dessen, ob die Supervision bereichsspezifisch etwas gebracht hat, in Abhängigkeit davon, wie häufig der jeweilige Bereich darin angesprochen wurde, wird deut-

lich: je mehr ein Thema in der Supervision bearbeitet wurde, desto besser ist das Ergebnis (Tab. 80).

**Tab. 80: Nutzeneinschätzung in Abhängigkeit von der Besprechung des Themas: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Thema besprochen" (wenig vs. viel)**

	Item 17 - Themen besprochen							
	I.			II.				
Item 18 – Nutzen	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
- Pfllegeteam	144	2.72	0.93	172	3.26	1.04	22.8	.000
- Ärzte	147	2.23	0.99	162	2.80	1.00	24.8	.000
- Patienten	154	2.27	0.97	157	3.66	0.82	183.9	.000
- Arbeitsorganisation	230	2.14	0.92	72	3.21	0.89	74.8	.000
- Selbstverständnis	252	2.33	1.03	53	3.42	0.93	50.8	.000
Item 17 Welche Themen wurden besprochen? Rekodierung 1-3 = I wenig: Themen wurden „nicht“ bis höchstens „etwas“ besprochen, 4-5 = II viel. Themen wurden „viel“ oder „sehr viel“ besprochen Item 18 Was hat Ihnen die Supervision gebracht? 5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel								

Die weiter gefasste individuelle Interdependenz zwischen der Bearbeitung bestimmter Themenbereiche und dem persönlichen Nutzen in verschiedenen Bereichen wird im Folgenden untersucht. Zunächst zeigt sich erwartungsgemäß der positive Zusammenhang zwischen Bearbeitung eines Themenbereichs und Nutzen in eben diesem Bereich (Diagonale Tab. 81). Darüber hinaus hat die Bearbeitung bestimmter Themen aber auch Einfluss auf die Einschätzung des persönlichen Supervisionsnutzens in einem oder mehreren der *anderen* Bereiche. Dies gilt für die Themen „Berufliches Selbstverständnis“, „Zusammenarbeit mit Ärzten“ und „Umgang mit Patienten und Angehörigen“: je häufiger sie in der Supervision besprochen wurden, desto höher wird der Nutzen der Supervision auch in den jeweils anderen vier Bereichen eingeschätzt.

Das Thema „Zusammenarbeit innerhalb des Pfllegeteams“ zeigt sich dagegen ein derartiger Zusammenhang nicht. Es steht als eigenständiges Thema für sich. Für die „Zusammenarbeit im Pfllegeteam“ gilt ausschließlich: je mehr darüber gesprochen wurde, desto eher wird die Bearbeitung von entsprechenden Problemen als persönlich nutzbringend erlebt (Tab.81).



### 8.3.2.6 Beurteilung aktueller Belastungen auf Station

Tabelle 83 zeigt für die aktuellsten Belastungen auf Station die Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen für die einzelnen Belastungsbereiche und die Profilkennwerte Mittelwert und Maximum. Bei der Beurteilung *aktueller* Belastungen auf Station nennen die ehemaligen Supervisanden am häufigsten Probleme in der „Zusammenarbeit mit Ärzten“ (40% „viel / sehr viel“) sowie im „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ (25% „viel / sehr viel“).

**Tab. 83: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen**

	mw	sd	n	% 1	% 2	% 3	% 4	% 5
- Pfllegeteam	2.77	1.03	308	10.1	31.8	34.4	18.5	5.2
- Ärzte	3.17	1.08	306	6.2	20.9	33.7	27.8	11.4
- Patienten	2.83	0.97	303	6.3	33.7	35.0	20.8	4.3
- Arbeitsorganisation	2.74	0.98	303	8.9	34.0	35.0	18.5	3.6
- Selbstverständnis	2.37	0.97	302	18.5	41.4	26.5	11.9	1.7
Profil-Max	3.68	0.95	309	3.2	5.8	29.4	43.0	18.4
Profil-Mw	2.78	0.70	309					
Item 27 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten in den folgenden Bereichen? 5-stufige Antwortskala, 1 = nie, 2 = wenig, 3 = manchmal, 4 = oft, 5 = sehr oft								

Auf den weiteren Rängen finden sich: 3. im Pfllegeteam, 4. mit der Arbeitsorganisation, 5. im Selbstverständnis.

Die Angaben aktueller Belastungen korrelieren hoch signifikant in mittlerer Höhe miteinander. Werden in einem der fünf Bereiche Belastungen erlebt, steigt die Wahrscheinlichkeit, daß Schwierigkeiten auch in den anderen Bereichen angegeben werden (Tab. 84).

**Tab. 84: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Interkorrelation zwischen den Bereichen (N=308)**

Item 27	Pflegeteam		Ärzte		Patienten		Arbeitsorganisation	
Bereich	r	p	r	p	r	p	r	p
- Pflegeteam	-							
- Ärzte	.45	.000	-					
- Patienten	.32	.000	.43		-			
- Arbeitsorganisation	.35	.000	.33	.000	.23	.000	-	
- Selbstverständnis	.32	.000	.34	.000	.39	.000	.38	.000
Item 27 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten?								

Bei den Angaben zu den erlebten aktuellen Belastungen läßt sich kein Zusammenhang nachweisen mit Alter, Geschlecht und Dauer der Berufstätigkeit. Einzig die Funktion auf Station spielt in einem der fünf Bereiche eine Rolle: Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten werden öfter von Pflegenden in Leitungsfunktionen angegeben (Tab. 85).

**Tab. 85: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Korrelation der Belastungen nach Bereich mit personenbezogenen Merkmalen (N=308)**

	Item 27 Aktuelle Belastungen									
	Pflegeteam		Ärzte		Patienten		Arbeitsorg.		Selbstverst.	
	r	p	r	P	r	p	r	p	r	p
Alter	-.01	.808	.01	.833	-.07	.237	-.09	.131	.04	.514
Geschlecht	-.03	.557	-.13	.040	-.07	.199	-.01	.928	-.07	.259
Funktion	-.06	.314	-.20	.001	-.06	.280	-.03	.627	-.06	.270
Dauer	.05	.393	.10	.096	-.02	.649	-.04	.488	.02	.801
Item 27 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten ?										

Neben den bislang angestellten Betrachtungen zu den aktuellen Belastungen ist ein Vergleich der aktuellen Belastungen mit Themen und Bewertungen früherer Supervisionen von Interesse. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind allerdings unter dem Vorbehalt zu sehen, daß zum einen die Supervision für einzelne Teilnehmende unterschiedlich lange zurückliegt und daß nicht alle Teilnehmenden an der Supervision auf ihrer derzeitigen Station teilgenommen haben.

In Tabelle 86 sind pro Bereich die Korrelationen zwischen früheren Thematisierungen, dem Nutzen zurückliegender Supervision und aktuellen Belastungen dargestellt.

**Tab. 86: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Korrelation der aktuellen Belastungen mit Themen/ Nutzen früherer Supervision pro Bereich (n=274)**

			Korrelationen		
			Thema	Belastung	Belastung
			Nutzen	Thema	Nutzen
1	TEA	Pflege team	<b>.31</b>	.12	.09
2	ARZ	Ärzte	<b>.43</b>	<b>.16</b>	.02
3	ORG	Arbeitsorganisation	<b>.62</b>	.13	.10
5	PAT	Patienten	<b>.68</b>	<b>.28</b>	<b>.22</b>
4	SEL	Selbstverständnis	<b>.55</b>	.09	.14
Signifikanzniveau: n=275, zweiseitig; $r > 0.10$ $p \leq .100$ ; $r > 0.12$ $p \leq .050$ ; $r > 0.15$ $p \leq .010$ ; $r > 0.20$ $p \leq .001$ , ; <b>fett</b> r signifikant, <b>p <math>\leq .05</math></b>					

Die positiven Zusammenhänge zwischen Thematisierungen und Nutzen sind in allen fünf Bereichen zu verzeichnen. Hierunter verbirgt sich der einfache Sachverhalt, daß der Nutzen in einem Bereich assoziiert ist mit der Thematisierung dieses Bereiches in einer Supervision.

Zwischen aktuellen Belastungen und früheren Thematisierungen finden sich positive Zusammenhänge in den Bereichen *Patienten* und *Ärzte*. Dies beschreibt den Sachverhalt, daß aktuelle Belastungen in einer früheren Supervision behandelt wurden. Treten Belastungen aktuell in diesem Bereich häufiger auf, wurden sie bereits in einer zurückliegenden Supervision häufiger besprochen. Dies beschreibt ein Überdauern des Themas.

Zwischen aktuellen Belastungen und Nutzen aus der Supervision sind positive Zusammenhänge in den Bereichen *Patienten* und schwächer im Bereich *Selbstverständnis* zu beobachten. Hier liegen demnach aktuell Belastungen in einem Bereich vor, in dem bereits früher von der Supervision profitiert wurde. Dies beschreibt ein überdauerndes Thema, das mit einem Nutzen, aber nicht notwendig mit einer Verringerung der Belastungshäufigkeit verbunden ist.

Wesentlich an dieser Betrachtung ist die zeitliche Perspektive im Bereich *Patienten*. Das Thema wurde bereits in der Supervision erfolgreich thematisiert. Die Belastungen in diesem Bereich treten aktuell auf, häufiger bei Personen, in deren Gruppen dies bereits früher thematisiert wurde. Gleichzeitig sind in diesem

Bereich die aktuellen Belastungen assoziiert mit einem Nutzen zurückliegender Supervision. Dies deutet darauf hin, daß im Bereich Patienten ein positiver Nutzen der Supervision nicht zwangsläufig mit einer reduzierten Problemhäufigkeit einhergeht. Der Nutzen liegt eher im verbesserten Umgang mit diesen wiederkehrenden Problemen.

### 8.3.2.7 Prädiktoren der Wiederteilnahme

Von den 318 ehemaligen Supervisanden würden 78,3% bei Bedarf wieder an einer Supervision teilnehmen, 13,2% sind sich unsicher, und 8,5% würden dies nicht. Als Prädiktoren dieser Bereitschaft wurden das Erleben des Supervisionsprozesses, der erlebte Supervisionsnutzen und die aktuellen Schwierigkeiten untersucht.

*Supervisionsprozess.* Je mehr die Teilnehmenden sich in die Supervision einbringen konnten, je besser sie die Atmosphäre und die Leitung und Moderation der Gruppe fanden, desto eher würden sie künftig wieder auf eine Supervision zurückgreifen (Tab. 87).

**Tab. 87: Beurteilung Supervisionsprozeß in Abhängigkeit künftiger Wiederteilnahme: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Wiederteilnahme"**

	Item 26 Künftige Wiederteilnahme											
	nein 1		weiss nicht 2		ja 3							
N	27		42		249					Scheffé		
%	8.5		13.2		78.3					1	1	2
Item	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p		2	3	3
14 Atmosphäre	2.78	1.05	3.24	0.73	3.56	0.82	12.3	.000	+	*	+	
15 Eigene Beiträge	3.44	1.19	3.47	0.72	3.97	0.82	9.6	.000	.	*	*	
16 Leitung	2.81	1.20	3.10	1.10	3.52	0.99	7.9	.000	.	*	+	
Item 26 Würden Sie künftig wieder an einer Supervision teilnehmen?												
Item 14: Wie war die Arbeitsatmosphäre?												
Item 15: Wie gut konnte man eigene Beiträge einbringen?												
Item 16: Wie war die Leitung u. Moderation der Gruppe?; 5-stufige Antwortskala:												
1 = sehr schlecht, 2 = schlecht, 3 = teils/teils, 4 = gut, 5 = sehr gut												

*Einschätzung des Supervisionsnutzens und der Umsetzung des in der Supervision Erarbeiteten.* Für die Einschätzung des Supervisionsnutzens ist sowohl der individuelle Nutzen für den Einzelnen (Item 18) von Bedeutung, wie auch der

Nutzen für das Gesamtteam (Item 22). Dies gilt für die fünf Themenbereiche und für die globale Ergebnisbeurteilung. Auch das Ausmaß, in dem die Ergebnisse der Supervision im Stationsalltag tatsächlich umgesetzt werden konnten (Item 21), bestimmt das Interesse an einer Wiederteilnahme (Tab. 88).

*Aktuell erlebte Belastungen.* Ebenso beeinflussen die aktuell im Arbeitsalltag erlebten Belastungen (Item 27) die Bereitschaft dazu, erneut eine Supervision in Anspruch zu nehmen: je häufiger Belastungen im Arbeitsalltag wahrgenommen werden, desto größer ist das Interesse an einer künftigen Supervision (Tab. 88).

**Tab. 88: Beurteilung Supervisionsergebnisse in Abhängigkeit künftiger Wiederteilnahme - 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Wiederteilnahme"**

	Item 26 Künftige Wiederteilnahme											
	nein 1		Weiss nicht 2		ja 3							
n	27		42		249				Scheffé			
%	8.5		13.2		78.3				1	1	2	
Item	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p	2	2	3	
18 Individ. Nutzen	2.78	1.15	3.29	1.03	3.69	0.84	14.8	.000	+	*	*	
21 Umsetzung	2.54	0.99	3.03	1.11	3.51	0.78	19.4	.000	+	*	*	
22 Teamnutzen	2.62	1.02	3.00	1.13	3.54	0.86	16.2	.000	.	*	*	
27 Schwierigkeiten, akt	3.08	1.13	3.22	1.17	3.83	0.82	14.4	.000	.	*	*	
23 Aufwand	1.85	0.86	2.56	1.00	3.38	0.95	40.6	.000	*	*	*	
24 Zufriedenheit	2.04	0.98	2.60	1.08	3.42	1.01	30.3	.000	+	*	*	
25 Nutzen Klinikum	2.67	1.14	3.11	0.86	4.09	0.74	57.1	.000	+	*	*	
Für Profile wurden die individuellen Maxima innerhalb eines Profils verwendet												
Item 18 Was hat die Supervision gebracht?												
Item 21 Was ließ sich im Stationsalltag umsetzen?												
Item 22 Was hat die Supervision dem Pflorgeteam gebracht?												
Item 23 Hat sich der zeitliche und organisatorische Aufwand für Sie gelohnt?												
Item 24 Wie zufrieden sind Sie mit der Supervision?												
Item 25 Was nützt der Supervisionsdienst dem Klinikum insgesamt?												
Item 26 Würden Sie künftig wieder an einer Supervision teilnehmen?												
Item 27 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten?												
5-stufige Antwortskalen s.o.												

Das Interesse an einer neuerlichen Supervision ist schließlich davon bestimmt, wie sehr die Teilnehmenden bisher mit dem Supervisionsergebnis zufrieden waren. Dies spiegelt sich in ihren Einschätzungen der Aufwand-Nutzen-Relation

(Item 23), ihrer persönlichen Zufriedenheit mit der Supervision (Item 24) und ihrer Bewertung des Nutzens des Supervisionsdienstes für das Gesamtklinikum (Item 25). In der Betrachtung der Zusammenhänge zeigt sich teilweise eine Linearität von der Kategorie *nein* über die indifferente Kategorie *weiß nicht* zur zustimmenden Kategorie *ja*. Insgesamt ist aber eine Tendenz der indifferenten Kategorie zur ablehnenden Kategorie zu verzeichnen.

Die Bereitschaft oder der Wunsch zur künftigen Teilnahme zeigt univariat vielfache Zusammenhänge (Tab. 89). Um diese abschließend in ihrer Bedeutsamkeit und Dimensionierung zu bestimmen, wurde eine Multiple Regression durchgeführt (Tab. 90). Die Korrelationen zeigen hochsignifikante Zusammenhänge zwischen dem Wunsch nach künftiger Teilnahme und Aspekten der Nutzeneinschätzung sowie der aktuellen Schwierigkeiten in etwa gleicher Höhe. Individueller Nutzen, Teamnutzen und Umsetzung sind untereinander hoch korreliert.

**Tab. 89: Korrelation künftige Teilnahme, Nutzenmerkmale und aktuelle Schwierigkeiten**

	1	2	3	4	5
1 Künftige Teilnahme	-	.			
2 Nutzen, individuell	<b>.30</b>	-	.		
3 Nutzen, Team	<b>.30</b>	<b>.72</b>	-		
4 Nutzen, Umsetzung	<b>.33</b>	<b>.75</b>	<b>.78</b>	-	.
5 Schwierigkeiten	<b>.28</b>	.14	.14	.11	-
Signifikanzniveau: n=296, zweiseitig $r > 0.11$ $p \leq .050$ ; $r > 0.15$ $p \leq .010$ ; $r > 0.19$ $p \leq .001$ ;					

In der multiplen Regression (Tab. 90) zeigt sich ein hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Kriterium Künftige Teilnahme und den Prädiktoren. Dabei leisten die aktuellen *Schwierigkeiten* und der Nutzenaspekt *Umsetzung* wesentliche Beiträge. Die übrigen Nutzenaspekte (individuell und Team) leisten keine inkrementellen Beiträge. Dies ist auf die hohe Abhängigkeit innerhalb der Nutzenaspekte zurückzuführen. Bisherige Erfahrungen bezüglich der Praxisrelevanz der Supervision (Aspekt: Umsetzung) einerseits und aktuell erlebte Schwierigkeiten andererseits geben den Ausschlag dafür, ob jemand künftig wieder eine Supervision in Anspruch nehmen wird.

**Tab. 90: Multiple Regression mit Kriterium künftige Wiederteilnahme und den Prädiktoren Nutzenmerkmale und aktuelle Schwierigkeiten**

	R	F	p
	.42	15.5	<b>.000</b>
	Beta	t	p
Nutzen, individuell	.06	.65	.519
Nutzen, Team	.07	.76	.447
Nutzen, Umsetzung	.21	2.22	<b>.027</b>
Schwierigkeiten	.25	4.55	<b>.000</b>

### 8.3.3 Ergebnisse der Nichtteilnehmenden

Diejenigen Pflegenden, die nicht an der Supervision teilgenommen hatten, wurden gefragt:

- ob sie das Supervisionsangebot am Klinikum kennen,
- was sie von der Teilnahme an der Supervision ihrer Station abgehalten hatte,
- wann die Supervision auf ihrer Station stattfand,
- ob sie gegebenenfalls künftig selbst an einer Supervision teilnehmen würden,
- was sie sich davon erhoffen,
- wie häufig sie in ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten erleben.
- 

#### 8.3.3.1 Informiertheit über Supervision

Etwas über die Hälfte der Nichtteilnehmenden gaben an, das Supervisionsangebot nicht zu kennen (51%, N=146). 46 % wussten davon (N=130). Acht Pflegende machten zu dieser Frage keine Angaben. Als Grund dafür, selbst nicht an der Supervision auf Station teilgenommen zu haben, nannten 55% (N=151) der Befragten, daß sie zu dem Zeitpunkt der Supervision noch nicht auf dieser Station gearbeitet hätten. 11% (N=31) hatten sich die Zeit für die Supervision nicht nehmen können, 49 Pflegende (18%) keine Notwendigkeit für eine Supervision gesehen. „Sonstige Gründe“ für die Nichtteilnahme wurden von 44 Pflegende angegeben: Abwesenheit wegen Erziehungszeit, geringfügige Teilzeitarbeit oder Dauernachtwache. Für knapp ein Viertel der Befragten lag die Supervision auf Station schon über drei Jahre zurück. Bei 57% war sie bis zu einem Jahr her, bei den übrigen zwischen einem und drei Jahren.

### 8.3.3.2 Erwartungen an Supervision

Pflegende, die selbst noch nicht an einer Supervision teilgenommen haben, erwarten davon vor allem die Bearbeitung von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit des Pflgeteams. Der Umgang mit Patienten und Angehörigen, nimmt den zweiten, die Zusammenarbeit mit Ärzten den dritten, Fragen der Arbeitsorganisation den vierten Rang der Erwartungen an die Supervision ein. Am wenigsten wird die Erörterung des eigenen beruflichen Selbstverständnisses von Supervision erwartet (Tab. 91).

**Tab. 91: Erwartungen an Themen der Supervision: Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen (Nichtteilnehmende)**

Item 12: Erwartungen an die Themen der Supervision								
	mw	sd	n	%1	%2	%3	%4	%5
- Pflgeteam	3.22	1.06	262	8.4	14.5	31.7	37.8	7.6
- Ärzte	2.86	1.04	259	10.4	25.1	37.5	21.6	5.4
- Patienten	3.11	1.03	256	6.6	21.1	34.8	30.1	7.4
- Arbeitsorganisation	2.85	1.06	255	11.0	27.1	32.2	25.5	4.3
- Selbstverständnis	2.78	1.13	253	13.8	30.4	24.9	25.7	5.1
Profil-Max	3.64	0.94	263	3.0	8.7	24.3	49.0	14.8
Profil-Mw	2.97	0.83	263					
Item 12 Was erwarten Sie von einer Teamsupervision an Konfliktlösungsmöglichkeiten in folgenden Bereichen?; 5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel								

### 8.3.3.3 Beurteilung aktueller Belastungen auf Station

Bei der Beurteilung aktueller Belastungen auf Station nennen die Nichtteilnehmenden am häufigsten Probleme in der „Zusammenarbeit mit Ärzten“ (37% „oft / sehr oft“). Es folgen Probleme in der „Arbeitsorganisation“ und innerhalb des Pflgeteams (20% bzw. 16% oft/ sehr oft). Dagegen geben nur 11% der Nichtteilnehmenden an, oft oder sehr oft Probleme im „Umgang mit Patienten“ zu haben. Tab. 92 stellt die Mittelwerte und Häufigkeiten der aktuellen Belastungen in den fünf Bereichen dar.

**Tab. 92: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen (Nichtteilnehmende)**

Item 11: aktuelle Belastungen								
	mw	sd	n	%1	%2	%3	%4	%5
- Pflgeteam	2.69	0.89	272	7.0	36.0	40.8	13.6	2.6
- Ärzte	3.11	1.00	271	5.2	22.9	34.7	30.3	7.0
- Patienten	2.61	0.81	272	6.3	39.3	43.8	8.8	1.8
- Arbeitsorganisation	2.71	0.98	270	9.3	34.4	35.6	17.0	3.7
- Selbstverständnis	2.36	0.95	263	16.7	44.5	27.8	8.4	2.7
Profil-Max	3.55	0.92	274	1.8	10.9	31.0	42.7	13.5
Profil-Mw	2.71	0.67	274					
Item 11 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten in den folgenden Bereichen? 5-stufige Antwortskala: 1=nie, 2=wenig, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft								

Vergleicht man die Wahrnehmung aktueller Belastungen derjenigen Pflegenden, die an einer Supervision teilgenommen haben, mit der Belastungswahrnehmung ihrer Stationskolleginnen und -kollegen, die nicht dabei gewesen sind, wird deutlich: in vier der fünf Bereiche unterschieden sich die beiden Gruppen in ihrer Belastungswahrnehmung nicht voneinander (Tab. 93).

**Tab. 93: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Supervisionsteilnahme" (Teilnehmende vs. Nichtteilnehmende)**

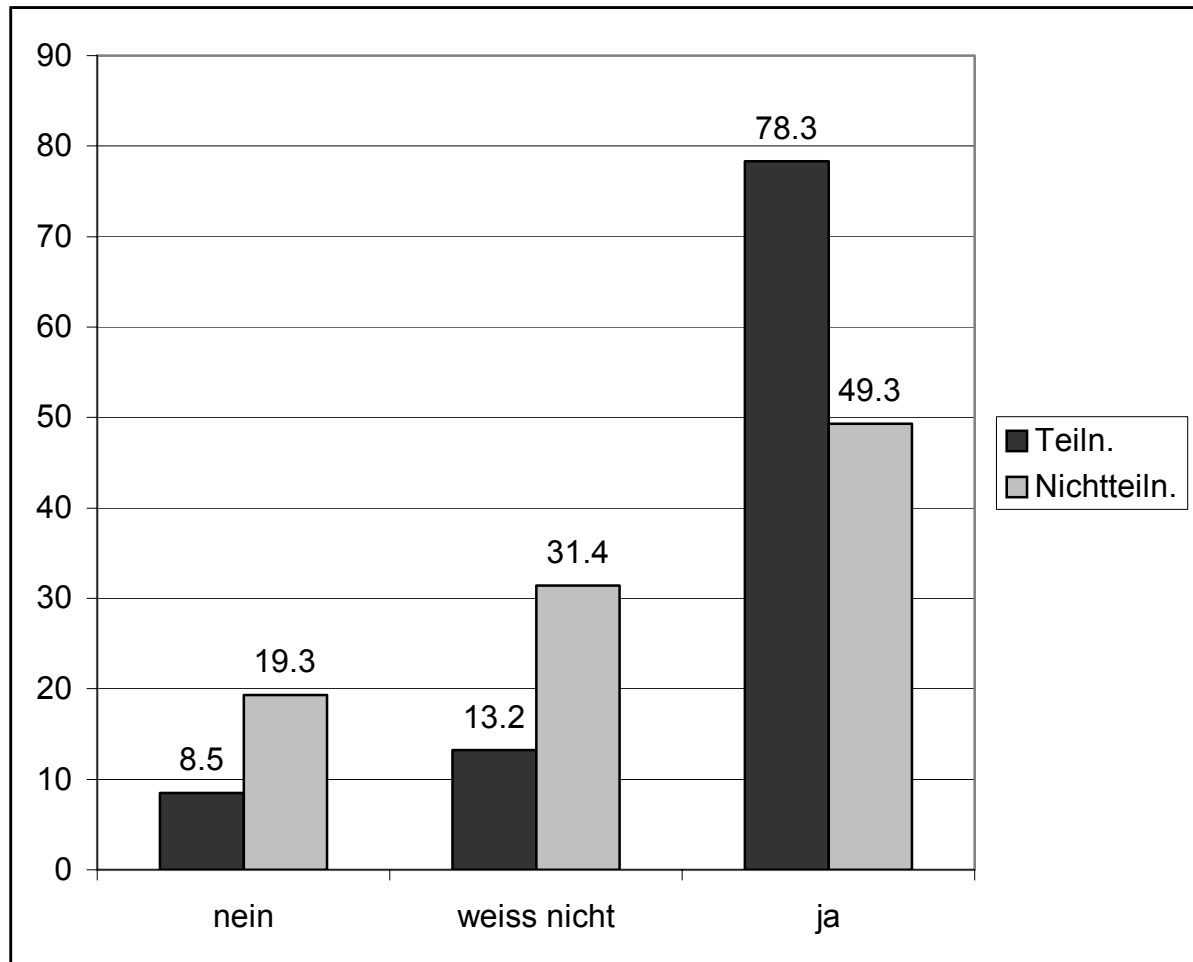
	Teilnehmende			Nichtteilnehmende				
Item 27/11 Belastungen	n	mw	sd	n	mw	sd	F	p
-Pflgeteam	308	2.77	1.03	272	2.69	0.89	1.0	.307
-Ärzte	306	3.17	1.08	271	3.11	1.00	0.5	.473
-Patienten	303	2.83	0.97	272	2.61	0.81	9.0	<b>.002</b>
-Arbeitsorganisation	303	2.74	0.98	270	2.71	0.98	0.1	.765
-Selbstverständnis	302	2.37	0.97	263	2.36	0.95	0.0	.900
Profile-MW	309	2.78	0.70	274	2.71	0.67	1.6	.209
Profile-Max	309	3.68	0.95	274	3.55	0.92	2.6	.107
Item 27 / Item 11 Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Schwierigkeiten? 5-stufige Antwortskala: 1=nie, 2=wenig, 3=manchmal, 4=oft, 5=sehr oft								

Die Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams, die Zusammenarbeit mit Ärzten, Anforderungen der Arbeitsorganisation und Fragen des eigenen beruflichen

Selbstverständnisses werden in Bezug auf die damit assoziierten Belastungen in vergleichbarer Weise erlebt. Konflikte in der Zusammenarbeit mit Ärzten werden sowohl von den ehemaligen Supervisanden als auch von denjenigen, die nicht an der Supervision teilgenommen haben, als die am häufigsten im Arbeitsalltag auftretende Belastung beschrieben. Im Bereich Umgang mit Patienten und Angehörigen allerdings nehmen die Pflegenden ohne Supervisionserfahrung weniger oft Schwierigkeiten wahr als ihre Kolleginnen und Kollegen.

#### 8.3.3.4 Interesse an künftiger Supervision

Von den ehemaligen Supervisionsteilnehmenden hatten 78,3% (n=249) den Wunsch geäußert, künftig wieder an einer Supervision teilnehmen zu können, 13,2% (n=42) waren sich diesbezüglich nicht sicher und nur 8,5% (n=27) hatten eine künftige Wiederteilnahme abgelehnt. Von den Nichtteilnehmenden äussern nur die Hälfte (49,3%, N=138) ein Interesse, an einer Supervision teilnehmen zu wollen. Etwa ein Drittel ist diesbezüglich unschlüssig (31,4%, N=88) und knapp ein Fünftel (19,3%, N=54) gibt an, auch künftig selbst nicht an einer Supervision teilnehmen zu wollen. Der Teilnahmewunsch ist signifikant höher ( $p = .001$ ) bei den ehemaligen Teilnehmenden. Abb. 15 stellt die Verteilungen nebeneinander.



Item 26 / 10 Würden Sie unter entsprechenden Bedingungen künftig (wieder) an einer Supervision teilnehmen?

**Abb. 15: Interesse an künftiger Supervisionsteilnahme bei Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden (in %)**

#### 8.3.3.5 Prädiktoren künftiger Supervisionsteilnahme

Analog zu den Supervisionsteilnehmern wurde auch bei Nichtteilnehmern die Bereitschaft zu einer künftigen Supervisionsteilnahme und ihre Abhängigkeit von unterschiedlichen Prädiktoren untersucht.

Personenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Funktion auf Station und Dauer der Berufstätigkeit haben dabei keinen Einfluss auf diese Bereitschaft. Dagegen sind die aktuell auf Station erlebten Belastungen von Bedeutung für die Frage, ob jemand sich eine künftige Supervision wünscht: Pflegende, die öfter Belastungen erleben, würden eher eine Supervision in Anspruch nehmen (Tab. 94).

**Tab. 94: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Interesse, künftig an einer Supervision teilzunehmen" (Nichtteilnehmende)**

	Item 10 Künftige Teilnahme											
	nein 1		weiss nicht 2		ja 3							
n	54		88		138				Scheffé			
%	19.3		31.4		49.3				1	1	2	
Item 11	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p	2	3	3	
Belastungen												
- Pfllegeteam	2.17	0.75	2.59	0.86	2.96	0.86	17.53	.000	*	*	*	
- Ärzte	2.62	0.97	3.07	1.07	3.31	0.91	9.62	.000	*	*	*	
- Patienten	2.30	0.72	2.64	0.86	2.72	0.77	5.27	.005		*	*	
- Arbeitsorganisation	2.23	0.93	2.67	0.99	2.96	0.91	11.69	.000	*	*	*	
- Selbstverständnis	2.14	0.96	2.16	0.88	2.55	0.94	5.90	.003		*	*	
Profil-Max	2.85	1.03	3.58	0.89	3.79	0.75	23.56	.000	*	*	*	
Profil-Mw	2.29	0.71	2.63	0.62	2.91	0.59	19.57	.000	*	*	*	
Signifikanzniveau Scheffé Paarvergleiche: * $p \leq .05$ ; + $p \leq .10$												
Item 10 : Würden Sie unter entsprechenden Bedingungen künftig an einer Supervision teilnehmen?												

Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Belastungen und der Bereitschaft zur Supervision gilt für alle Bereiche, ist jedoch etwas weniger ausgeprägt hinsichtlich „Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen“ (Patienten) und „Schwierigkeiten mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis“ (Selbstverständnis). Von den Einzelthemen zeigt „Pfllegeteam“ den größten Zusammenhang. Insgesamt zeigt das individuelle Maximum an erlebten Schwierigkeiten (Profil-Max) den deutlichsten Zusammenhang mit dem Wunsch nach künftiger Supervisionsteilnahme.

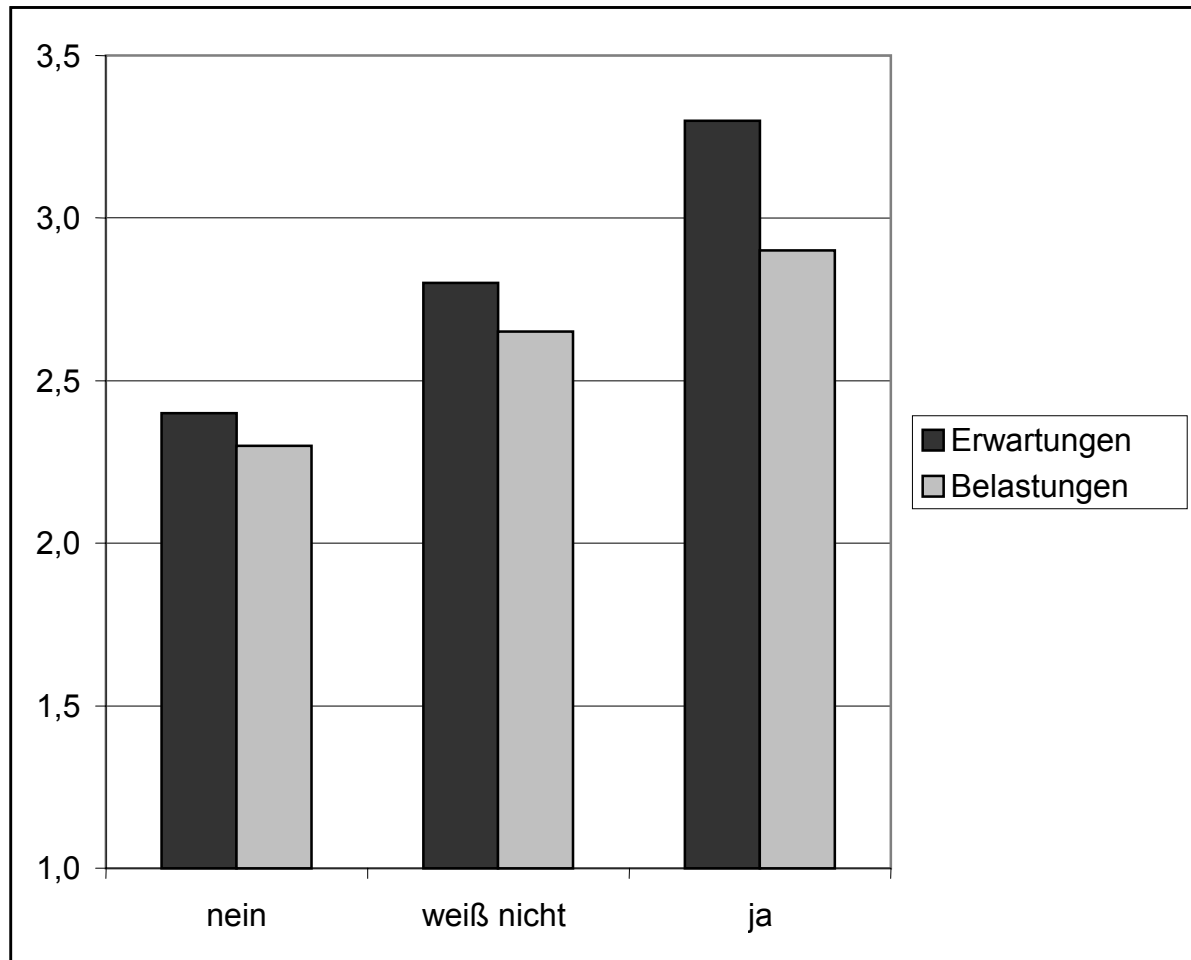
Neben den aktuell auf Station erlebten Belastungen, sind die Erwartungen, die an eine Supervision geknüpft werden, ausschlaggebend dafür, ob jemand dieses Angebot künftig selbst in Anspruch nehmen möchte: je höher diese Erwartungen sind, desto eher besteht Interesse an einer künftigen Supervision (Tab. 95).

**Tab. 95: Erwartungen an eine Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Interesse, künftig an einer Supervision teilzunehmen" (Nichtteilnehmende)**

	Item 10 Künftige Teilnahme											
	nein 1		Weiss nicht 2		Ja 3							
n	54		88		138				Scheffé			
%	19.3		31.4		49.3				1	1	2	
Item12 Erwartungen	mw	sd	mw	sd	mw	sd	F	p	2	3	3	
- Pflorgeteam	2.50	1.15	2.97	1.00	3.59	0.88	25.12	.000	*	*	*	
- Ärzte	2.18	1.07	2.73	1.01	3.16	0.92	17.86	.000	*	*	+	
- Patienten	2.67	1.17	2.97	1.02	3.33	0.93	8.03	.000	*	*		
- Arbeitsorganisation	2.22	1.17	2.64	0.97	3.19	0.95	18.34	.000	*	*	*	
- Selbstverständnis	2.26	1.16	2.58	1.06	3.07	1.08	11.10	.000		*	*	
Profil-Max	2.96	1.26	3.44	0.88	3.98	0.65	27.19	.000	*	*	+	
Profil-Mw	2.38	0.97	2.79	0.77	3.27	0.65	27.62	.000	*	*	*	
Signifikanzniveau Paarvergleiche: * $p \leq .05$ ; + $p \leq .10$												
Item 10 : Würden Sie unter entsprechenden Bedingungen künftig an einer Supervision teilnehmen?												
Item 12: Was erwarten Sie von einer Supervision an Konfliktlösungsmöglichkeiten? 5-stufige Antwortskala: 1=gar nichts, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel												

Durchweg alle Supervisionserwartungen zeigen einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Bereitschaft, künftig eine Supervision in Anspruch zu nehmen. Der Zusammenhang hat dabei den Charakter einer Zunahme über die Kategorien *nein*, *weiß nicht*, hin zu *ja*. Statistisch betrachtet (F-Wert) ist der Zusammenhang am stärksten für den Bereich *Pflorgeteam*.

Zusammenfassend ist zu konstatieren: Pflegende, die bisher nicht an der Supervision teilgenommen haben, sind dann in besonderem Maße zu einer künftigen Teilnahme motiviert, wenn sie einerseits in ihrer jetzigen Tätigkeit häufig Probleme sehen und sich andererseits viel von Supervision versprechen. Dies verdeutlicht Abb. 16. Die Unterschiede zwischen den drei Gruppen sind sämtlich signifikant.



5-stufige Skala: 1=keine, 2=wenig, 3=etwas, 4=viel, 5=sehr viel

Item 11: Wie häufig sehen Sie in Ihrer jetzigen Tätigkeit Belastungen?

Item 12: Was erwarten Sie von einer Supervision an Konfliktlösungsmöglichkeiten?

**Abb. 16: Supervisionserwartungen und aktuelle Belastungen in Abhängigkeit der Bereitschaft zu künftiger Supervision (Nichtteilnehmende N = 278)**

Im Folgenden wird dem Verhältnis von Belastungen und Erwartungen in den einzelnen Bereichen nachgegangen und abschließend in einer multiplen Regression die Bereitschaft zur zukünftigen Teilnahme als Funktion von Belastungen und Erwartungen dargestellt.

**Tab. 96: Aktuelle Belastungen und Erwartungen an Supervision: Vergleich Belastung vs. Erwartung (t-Test für abhängige Stichproben) (Nichtteilnehmende)**

		Item 11 Belastungen		Item 12 Erwartungen				
	n	mw	sd	mw	sd	r	t	p
- Pflegeteam	257	2.75	0.86	3.21	1.06	0.31	6.41	<b>.000</b>
- Ärzte	255	3.16	0.98	2.85	1.04	0.18	-3.94	<b>.000</b>
- Patienten	251	2.65	0.80	3.10	1.03	0.32	6.60	<b>.000</b>
- Arbeitsorganisation	251	2.72	0.96	2.83	1.05	0.43	1.58	.115
-Selbstverständnis	245	2.38	0.96	2.76	1.12	0.32	4.88	<b>.000</b>
Profil-Max	259	3.61	0.87	3.63	0.94	0.41	0.38	.707
Profil-Mw	259	2.74	0.64	2.96	0.82	0.41	4.30	<b>.000</b>
Signifikanzschranken Korrelation r n=251, zweiseitig: $r > 0.12$ $p \leq .05$ ; $r > 0.16$ $p < .01$ ; $r > 0.21$ $p \leq .001$ ; 5-stufige Antwortskalen, s.o.								

Belastungen und Erwartungen zeigen ein unterschiedliches Profil (Tab. 96). Bei den Belastungen im Arbeitsalltag stehen Konflikte in der *Zusammenarbeit mit Ärzten* deutlich im Vordergrund, gefolgt von *Pflegeteam* und *Arbeitsorganisation*. Die Erwartungen sind dagegen im Bereich *Pflegeteam* am deutlichsten ausgeprägt, gefolgt vom Bereich *Patienten*. Rein numerisch sind die Ausprägungen bei den Erwartungen insgesamt höher als bei den Belastungen. Einzige Ausnahme ist hierbei der Bereich *Ärzte*. Die Korrelationen zwischen Belastungen und Erwartungen sind alle signifikant positiv. Vorliegende Belastungen in einem Bereich münden also in entsprechende Erwartungen an die Supervision. Am schwächsten ist dieser Zusammenhang wiederum im Bereich *Ärzte* zu beobachten.

In der multiplen Regression (Tab. 97) mit dem Kriterium *Bereitschaft zur Teilnahme* und den Prädiktoren *Belastungen* und *Erwartungen* (jeweils Profil-Max Werte), leisten beide Prädiktoren einen signifikanten eigenständigen Beitrag zur Vorhersage der Bereitschaft der bisherigen Nichtteilnehmenden zur künftigen Supervisionsteilnahme. Numerisch (beta-Gewicht, T-Wert) ist der Beitrag der Erwartungen dabei etwas größer.

**Tab. 97: Bereitschaft zu künftiger Supervision: multiple Regression mit dem Kriterium "zukünftige Teilnahme" und den Prädiktoren "Erwartungen an Supervision" und "aktuelle Belastungen"**

	R	F	p
	.45	32.2	.000
	Beta	t	p
Erwartungen	.37	-6.0	.000
Belastungen	.15	-2.4	.015

### 8.3.4 Zusammenfassung: Studie 3

Die Katamnesestudie untersuchte Struktur-, Prozess- und Ergebnisvariablen in Zusammenhang mit der Supervision. Sowohl die ehemaligen Supervisanden wie auch deren Stationskolleginnen und -kollegen, die nicht an der Supervision teilgenommen hatten, wurden zu soziodemographischen Variablen, beruflicher Funktion, Weiterbildungen, Dauer der Berufstätigkeit, sowie den gegenwärtigen Arbeitsbelastungen auf Station befragt (*Struktur*).

Die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden wurden um ihre Beurteilung des Verlaufs (*Prozess*) und des Nutzens (*Ergebnis*) der Supervision gebeten, die Nichtteilnehmenden nach ihren Erwartungen an eine Supervision gefragt.

*Stichprobe.* Jeweils etwa die Hälfte der 607 Antwortenden hatte entweder an der Supervision teilgenommen oder nicht. In der Gesamtstichprobe sind gut 80 % der Befragten Frauen. Das Altersmittel liegt bei 33,4 Jahren, die durchschnittliche Berufsdauer beträgt 9,3 Jahre. Die Gruppen der Supervisanden und Nichtteilnehmenden unterscheiden sich in den Merkmalen Alter, Geschlecht und Berufsdauer nicht voneinander. In der Gruppe der Supervisanden sind Stationsleitungen etwas häufiger vertreten.

#### *Supervisionsteilnehmende*

*Supervisionsprozess.* Die Art und Weise, in der die Supervisionsgruppen durchgeführt wurden, bewerteten 50 - 75 % der Teilnehmenden als gut bis sehr gut.

*Themen.* Die „Zusammenarbeit und das Arbeitsklima im Pflgeteam“ war am häufigsten Thema der Supervisionssitzungen. Am zweithäufigsten wurde die „Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten“ besprochen. Der „Umgang mit Patienten und Angehörigen“ stand an dritter, Fragen der „Arbeitsorganisation“ an vierter und das „berufliche Selbstverständnis“ als Pflegende an fünfter Stelle der behandelten Supervisionsthemen.

Von dieser mittleren Rangfolge gab es klinikspezifische Abweichungen. In Gruppen der Neurologischen, der Psychiatrischen Klinik und der Chirurgischen Klinik nahm das Thema der Kooperation zwischen Ärzten und Pflegenden den größten Raum ein. In der Medizinischen und der Psychiatrischen Klinik weicht das jeweilige Gesamtprofil der Supervisionsthemen signifikant vom durchschnittlichen Profil aller Kliniken ab. In den übrigen Kliniken sind die Abweichungen statistisch nicht von Bedeutung. Insgesamt gilt für die katamnestischen Angaben der Supervisionsteilnehmenden, was auch Basisdokumentation (Studie 1) und Prä-/Postbefragung (Studie 2) zeigten: in jeder Klinik spielt in der Supervision jedes der Themen eine Rolle, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung und Gewichtung.

*Bewertung.* Ihren persönlichen und den Teamnutzen der Supervision bewerteten die ehemaligen Gruppenteilnehmenden im Mittel am höchsten in den Bereichen „Zusammenarbeit im Pflgeteam“ und „Umgang mit Patienten und Angehörigen“. Für 40% der Befragten hatte sich der Aufwand für ihre Teilnahme an der Supervision gelohnt oder sehr gelohnt, für 35% teilweise gelohnt. 42% waren mit der Supervision sehr zufrieden oder zufrieden, 35% teilweise zufrieden. Daß der Supervisionsdienst dem Klinikum sehr viel oder viel nütze, meinen 70%, daß er teilweise nützt 24% der ehemaligen Gruppenteilnehmenden.

*Determinanten der Bewertung.* Die Bewertungen von Supervisionsprozess und Supervisionsergebnis hängen zusammen. Eine gute Atmosphäre in der Gruppe ist demnach eine notwendige Voraussetzung dafür, um die Ziele der Supervision zu erreichen. Die Bewertung des Nutzens und der praktischen Umsetzbarkeit der Ergebnisse einer Supervision ist immer auf dem Hintergrund der besprochenen Themen wie auch der Zusammensetzung einer Gruppe zu sehen. Letzteres gilt vor allem für die Bearbeitung von Schwierigkeiten zwischen Pflegenden und Ärzten: dies gelingt wesentlich besser, wenn Vertreterinnen beider Berufsgruppen bei der Supervision anwesend sind. Personenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Funktion und Dauer der Berufstätigkeit der Befragten spielen bei der Bewertung der Supervision keine Rolle.

*Aktuelle Belastungen.* An erster Stelle der aktuellen Belastungen im Arbeitsalltag werden im Mittel Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten genannt, an zweiter Stelle Probleme im Umgang mit Patienten, Konflikte innerhalb des Pflgeteams an dritter, Schwierigkeiten der Arbeitsorganisation an vierter und solche mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis an fünfter Stelle. Werden in einem dieser fünf Bereiche Belastungen wahrgenommen,

steigt die Wahrscheinlichkeit, daß in den anderen Bereichen auch Belastungen erlebt werden. Die Angaben aktueller Belastungen auf Station sind unabhängig von Alter, Geschlecht und Dauer der Berufstätigkeit. Einzig die Funktion auf Station wirkt sich - in einem der fünf Bereiche - auf die Belastungswahrnehmung aus: Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten werden öfter von Pflegenden in Leitungsfunktionen angegeben.

*Wiederteilnahme.* 79% der 323 ehemaligen Supervisanden würden unter gegebenen Bedingungen künftig gerne wieder an einer Supervision teilnehmen (Item 26), 13% waren unschlüssig und 8% lehnten eine Wiederteilnahme ab. Dabei spielt die Bewertung von Supervisionsprozess und Supervisionsnutzen eine Rolle. Je mehr die Teilnehmenden sich in die Gruppe einbringen konnten, je besser sie die Atmosphäre und die Leitung und Moderation der Gruppe beurteilten und je mehr sie im Stationsalltag direkt anwenden konnten, desto eher werden sie künftig wieder auf eine Supervision zurückgreifen. Auch die aktuellen Belastungen im Arbeitsalltag beeinflussen die Bereitschaft dazu, erneut eine Supervision in Anspruch zu nehmen: je häufiger Schwierigkeiten im Arbeitsalltag auftreten, desto größer ist das Interesse an einer künftigen Supervision. Die künftige Wiederteilnahme an einer Supervision ist für die ehemaligen Teilnehmenden also einerseits bestimmt durch ihre bisherigen Supervisionserfahrungen und andererseits durch das Maß an aktuell im Arbeitsalltag erlebten Schwierigkeiten.

#### *Nichtteilnehmende*

*Angaben zur Supervision auf Station.* Etwas über die Hälfte der Nichtteilnehmenden gaben an, das Supervisionsangebot nicht zu kennen. Als Grund dafür, selbst nicht an der Supervisionsgruppe ihrer Station teilgenommen zu haben, nannte 55% der Befragten, daß sie zu dem Zeitpunkt der Supervision noch nicht auf dieser Station gearbeitet hätten. 11% hatten sich die Zeit für die Supervision nicht nehmen können, 18% hatte keine Notwendigkeit für eine Supervision gesehen. Knapp ein Viertel der Befragten gab an, daß die Supervision auf Station schon über drei Jahre, 57% daß sie maximal ein Jahr her sei. Die übrigen berichteten, daß die Inanspruchnahme der Supervision auf ihrer Station zwischen einem bis drei Jahren zurück läge.

*Supervisionserwartungen.* Pflegende, die selbst noch nicht an einer Supervision beteiligt waren, erwarten sich davon am ehesten die Bearbeitung von Teamkonflikten und von Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten und Angehörigen. Die Zusammenarbeit mit den Ärzten steht für sie an dritter, Fragen der Arbeits-

organisation an vierter Stelle. Die Erörterung des eigenen beruflichen Selbstverständnisses wird im Rahmen der Supervision am wenigsten erwartet.

*Aktuelle Belastungen.* Auch die Nichtteilnehmenden erleben Belastungen im Arbeitsalltag am häufigsten in der Zusammenarbeit von Pflegenden und Ärzten. Im aktuellen Umgang mit Patienten und Angehörigen beschreiben sie seltener Belastungen als die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden, in den anderen Bereichen dagegen finden sich keine Unterschiede im wahrgenommenen Belastungsniveau.

*Künftige Teilnahme.* Etwa die Hälfte der Nichtteilnehmenden würde gegebenenfalls in Zukunft an einer Supervision auf Station teilnehmen, ein Drittel war sich diesbezüglich unsicher, jeder fünfte lehnte seine Teilnahme an einer Supervision auch in Zukunft ab. Insgesamt zeigen die Nichtteilnehmenden eine bedeutend geringere Bereitschaft zu künftiger Supervision als die ehemaligen Supervisanden.

*Determinanten künftiger Teilnahme.* Ob jemand ein künftiges Interesse an Supervision bekundet, ist auch bei den Nichtteilnehmenden von verschiedenen Faktoren bestimmt. Personenbezogene Merkmale wie Alter, Geschlecht, Funktion auf Station und Dauer der Berufstätigkeit haben keinen Einfluss darauf. Von Bedeutung für die Frage, ob jemand sich eine künftige Supervision wünscht, sind dagegen die aktuell auf Station erlebten Schwierigkeiten: Pflegende, die häufiger Schwierigkeiten erleben, möchten eher eine Supervision in Anspruch nehmen. Dies galt auch für die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden. Bei den Nichtteilnehmenden bestimmen darüber hinaus die Erwartungen, die mit einer Supervision verbunden sind mit, ob Interesse an einem künftigen Supervisionsangebot besteht: je höher ihre Erwartungen sind, desto eher möchten sie künftig an einer Supervision teilnehmen. In welchem der Bereiche sie Erwartungen an die Supervision richten, ist dabei unerheblich.

Bei den ehemaligen Supervisionsteilnehmenden hatten ihre Erfahrungen mit dem Supervisionsangebot eine Rolle dafür gespielt, ob sie künftig wieder eine Supervision in Anspruch nehmen wollten. Diese Erfahrungen können als "empirische Basis" für entsprechende Supervisionserwartungen verstanden werden. Den Nichtteilnehmenden fehlt diese eigene empirische Basis. Es ist anzunehmen, daß deren Erwartungen an eine Supervision durch Informationen (z.B. seitens ihrer Kolleginnen) erhöht werden.

Nachdem bis jetzt die Ergebnisse der Studien im Einzelnen dargestellt wurden, gibt das folgende, abschließende Kapitel einen zusammenfassenden Ergebnisüberblick, diskutiert die Methodik der Untersuchungen und erörtert die Konsequenzen, die sich daraus für die weitere Forschung sowie für die Praxis der Supervision im Krankenhaus ergeben.

## **9 Zusammenfassung, Interpretation und Diskussion**

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit Supervision in der Krankenpflege. Sie dient der Beantwortung der Frage, ob und inwiefern Supervision zur Prävention und Bewältigung von arbeitsbezogenen Belastungen von Pflegenden dient. Relevante Zielvariablen sind dabei die Arbeitsbelastungen in der Krankenpflege und die Beurteilung von Supervision hinsichtlich deren Prävention und Bewältigung.

Die zugrundeliegenden Untersuchungsfragen umfaßten deskriptive und formativ-evaluative Aspekte und richteten sich auf

- die erlebten arbeitsassoziierten Belastungen
- die Erwartungen an Supervision
- die Akzeptanz und Inanspruchnahme von Supervision
- die Inhalte von Supervision
- die Beurteilung der Durchführung und der Effekte von Supervision
- die Prädiktoren für die Teilnahme und Wiederteilnahme

Die Ergebnisse werden im Folgenden zusammengefaßt und auf dem Hintergrund der Literatur diskutiert.

### **9.1 Arbeitsassoziierte Belastungen nach Einschätzung der Pflegenden**

Untersucht wurde, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß Pflegende am Universitätsklinikum Freiburg arbeitsassoziierte Belastungen erleben, ob sich ein Zusammenhang von bedingungs- (Arbeitsbereich) und personenbezogenen (individuellen) Merkmalen mit dem Belastungserleben nachweisen läßt und wie sich eine Supervisionsteilnahme auf das Belastungserleben auswirkt. Dazu dienten die Prä-/Postbefragung (Studie 2) und die Katamnesestudie mit Kontrollgruppe (Studie 3).

#### **Arbeitsassoziierte Belastungen aus Sicht von Pflegenden**

Die Prä-/Poststudie erfaßte das Belastungserleben von Supervisionsteilnehmenden vor Beginn und nach Abschluß der Supervision mit 21 Einzelitems. Diese Items spiegeln die Gesamtheit derjenigen Belastungen wieder, die gemäß der empirischen Literatur als die häufigsten Belastungen im Pflegeberuf gelten (u.a. Friesacher, 1993b; Oppholzer, 1995). Diese Gesamtheit umfaßt sowohl durch

Supervision grundsätzlich beeinflussbare Bereiche als auch Bereiche, in denen keine Änderung infolge einer Supervision zu erwarten ist. Die theoretisch begründete Zusammenfassung der Items zu fünf Belastungsbereichen wurde insgesamt faktorenanalytisch und über Reliabilitätsberechnungen bestätigt. Pflegende erleben in ihrem Arbeitsalltag Belastungen in jedem der fünf Bereiche:

- Zusammenarbeit und Arbeitsklima innerhalb des Pfllegeteams
- Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten
- Arbeitsorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen
- eigenes berufliches Selbstverständnis
- Patienten und Angehörigen.

Am häufigsten beschreiben Pflegende Belastungen durch Arbeitsorganisation und institutionelle Rahmenbedingungen (hoher Arbeitsanfall, unzureichende bauliche Gegebenheiten, Arbeitszeiten). Belastungen durch Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten werden an zweiter Stelle genannt. Damit treten Schwierigkeiten zwischen den Berufsgruppen öfter auf als Belastungen durch Konflikte innerhalb des Pfllegeteams, die an dritter Stelle folgen. Belastungen im Umgang mit Patienten und Angehörigen nehmen den vierten Rang ein. Das eigene berufliche Selbstverständnis und der gesellschaftliche Stellenwert des Pflegeberufs wird am seltensten als belastend erlebt. Das Niveau der Belastungen wird insgesamt als mittelhoch beurteilt, es bewegt sich auf einer fünfstufigen Skala zwischen 2 und 3.2. Die Ergebnisse zu Art und Gewichtung der Belastungen aus der Prä/Poststudie stehen somit weitgehend in Einklang mit der empirischen Literatur, vor allem hinsichtlich des hohen Stellenwerts der Belastungen durch die Arbeitsorganisation. In jüngerer Zeit wird beispielsweise in der DAK-BGW-Studie (2000, S. 13 f.) berichtet, daß organisationsbedingte psychische Belastungen häufiger (88%) auftreten als Belastungen aus der Interaktion mit Patienten (35%) oder der Zusammenarbeit mit Ärzten (24%).

In der Katamnese studie erfolgte, bei im Vergleich zur Prä/Poststudie unterschiedlicher Fragestellung und anderer inhaltlicher Schwerpunkte, die Einschätzung der aktuellen Belastungen im Arbeitsalltag über fünf Items, die für die verschiedenen Belastungsbereiche standen (Zusammenarbeit im Pfllegeteam, Zusammenarbeit mit Ärzten, Umgang mit Patienten und Angehörigen, Arbeitsorganisation und Eigenes berufliches Selbstverständnis). Diese Items stellen die im Hinblick auf die Supervision relevante und hypothetisch beeinflussbare Teilmenge an Belastungen dar. In der Beschreibung der aktuellen Belastungen steht

in der Katamnese studie sowohl bei Supervisionsteilnehmenden als auch bei Nichtteilnehmenden die Zusammenarbeit mit Ärzten an erster Stelle, gefolgt von Schwierigkeiten im Pflorgeteam und der Arbeitsorganisation. Das Item Arbeitsorganisation hat damit, bedingt durch die Beschränkung auf supervisionsrelevante Aspekte, im Verhältnis zur Prä/Poststudie einen geringeren Stellenwert.

### **Determinanten des Belastungserlebens**

*Einfluß des Arbeitsbereichs.* Der Bereich, in dem jemand arbeitet, ist ein bedingungsbezogener Prädiktor für die Wahrnehmung arbeitsassoziierter Belastungen. Pflegende eines jeden Arbeitsbereichs erleben zwar Belastungen in jedem der fünf Kontexte: im Pflorgeteam, in der Kooperation mit Ärzten, durch Arbeitsumfang und -organisation, im eigenen beruflichen Selbstverständnis und im Umgang mit Patienten. Je nach Arbeitsbereich weisen sie allerdings Niveau- und Profilunterschiede in der Belastungswahrnehmung auf und erleben damit sowohl Ausmaß wie auch Schwerpunkte ihrer Arbeitsbelastungen in spezifischer Weise.

Zum Ausmaß des Belastungserlebens: Pflegende aus der Psychiatrie beschreiben arbeitsassozierte Belastungen insgesamt am häufigsten und geben somit das höchste Belastungsniveau an – über alle Dimensionen und beide Meßzeitpunkte hinweg. Auch die Arbeit in Chirurgischer und Kinderklinik ist mit einem erhöhten Niveau an wahrgenommenen Belastungen assoziiert. In der Zahn- Mund- und Kieferklinik sowie der Augenklinik ist das erlebte Belastungsniveau dagegen vergleichsweise gering. Das niedrigste Belastungsniveau geben Pflegende der Frauenklinik an.

Zu den Schwerpunkten der erlebten Belastungen: In der Psychiatrie stehen Konflikte innerhalb des Pflorgeteams und Probleme in der Zusammenarbeit mit Ärzten im Vordergrund. In der Chirurgie werden als häufigste Belastungen solche durch organisatorische Rahmenbedingungen genannt, in Kinder- und Medizinischer Klinik vor allem Belastungen im Umgang mit Patienten und Angehörigen. Diese Unterschiede sind auf dem Hintergrund objektivierbarer Belastungen in den verschiedenen Arbeitsbereichen zu sehen, wie auch in der Literatur dargestellt (Friesacher, 1993a, S. 36). So werden in einer Medizinischen und einer Universitätskinderklinik mit onkologischem Schwerpunkt Klinik vergleichsweise öfter todkranke und sterbende Patienten versorgt als in einer Chirurgischen oder Psychiatrischen Klinik. Dies könnte erklären, daß Krankenschwestern und -pfleger aus Kinder- und Medizinischer Klinik den Umgang mit Patienten häufig-

ger als belastend empfinden als ihre Kolleginnen und Kollegen aus Chirurgie und Psychiatrie. Pflegende der Psychiatrie müssen sich demgegenüber bewußt und regelhaft schwerpunktmäßig mit dem psychischen Befinden der Patienten und den sozialen Interaktionen aller auf Station befassen. Oft nehmen verschiedene Teammitglieder dabei ganz unterschiedliche Aspekte im Erleben und Verhalten ein- und desselben Patienten wahr. Pflegende in psychiatrischen Teams sind gefordert, all diese verschiedenen, eventuell gar konträren Wahrnehmungen und die daraus resultierenden Auffassungen explizit zu äußern und gemeinsam synoptisch zu integrieren, damit sie der Behandlung zugänglich gemacht werden können. Bei der Bewältigung dieser Integrationsaufgabe lassen sich Konflikte und Polarisierungen zwischen den Beteiligten nicht vermeiden. Dies könnte erklären, daß Pflegende des psychiatrischen Arbeitsbereichs Teamkonflikte und Konflikte zwischen den Berufsgruppen in besonderem Ausmaß erleben.

*Einfluß personenbezogener Merkmale.* Personenbezogene Merkmale sind Alter, Berufsjahre, Geschlecht, Funktion auf Station, Fachweiterbildung und Fortbildungen. Hinsichtlich Alter und Berufsjahre sind die Ergebnisse zur Belastungswahrnehmung fast deckungsgleich, so daß sie hier gemeinsam aufgeführt werden.

Ältere/berufserfahrenere Pflegende erleben in vier von fünf Bereichen seltener Belastungen als jüngere/weniger berufserfahrene, nämlich in der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Arbeitsorganisation, dem beruflichen Selbstverständnis und im Umgang mit Patienten und Angehörigen. Eine Ausnahme stellt dabei die Wahrnehmung von Teamkonflikten dar. Teamkonflikte werden von älteren/berufserfahreneren Pflegenden in gleichem Maße wahrgenommen wie von ihren jüngeren/weniger berufserfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Der empirischen Literatur zufolge leiden 40-70% der Pflegenden in ihrem Arbeitsalltag unter Teamkonflikten (Weyermann, 1990; Widmer, Heim & Augustiny, 1990), wobei bislang nicht zwischen Altersgruppen differenziert wurde. Wenn ältere/berufserfahrenere und jüngere/weniger berufserfahrene Pflegende gerade Teamkonflikte vergleichbar häufig wahrnehmen, ist anzunehmen, daß sie ihnen gegenüber auch mit höherem Alter und längerer Berufsdauer keine höhere Wahrnehmungsschwelle oder größere Toleranz entwickeln. Teamkonflikte treten demnach aktuell auf und werden als solche wahrgenommen, unabhängig von isolierbaren personenbezogenen Merkmalen. Dies kann als ein Hinweis darauf

verstanden werden, daß ein Angebot wie Supervision gerade für die Bearbeitung derartiger Schwierigkeiten eine wesentliche Bedeutung hat.

Die im Vergleich zu älteren Kollegen höhere Ausprägung des Belastungserlebens bei jüngeren Pflegenden (mit weniger Berufserfahrung) in den Bereichen Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit mit Ärzten, Umgang mit Patienten und berufliches Selbstverständnis deckt sich mit entsprechenden Ergebnissen von Herrschbach (1991, S. 88). Hierbei muß berücksichtigt werden, daß die Literaturangaben zur durchschnittlichen Berufsverweildauer in der Pflege zwischen fünf und zehn Jahren schwanken (Prognos/Dornier, siehe Kap. 3.3). Eventuell steigen also Krankenschwestern und Krankenpfleger, deren Belastungserleben im Laufe der Jahre gleich bleibt oder gar zunimmt, früher aus ihrem Beruf aus. Diese nahe liegende Vermutung ist bisher noch nicht empirisch belegt, wird aber gegenwärtig in der Europaweiten NEXT-Studie untersucht ("Nurses Early Exit Study" Hasselhorn, Müller & Tackenberg, 2002).

Das Merkmal Geschlecht spielt in der Wahrnehmung arbeitsassoziierter Belastungen gleichfalls eine gewisse Rolle. Ein geschlechtsabhängiger Unterschied findet sich im Profil der Belastungswahrnehmungen: Krankenschwestern nehmen häufiger Belastungen im Umgang mit Patienten wahr als ihre männlichen Kollegen. Solche Belastungen sind zum Beispiel ethische und moralische Gewissenskonflikte in der Patientenbetreuung oder Unsicherheiten im Umgang mit (sterbenden) Patienten. In den anderen Belastungsdimensionen finden sich keine signifikanten Unterschiede in den Wahrnehmungen von Frauen und Männern. Auch das Gesamtbelastungsniveau wird geschlechtsabhängig nicht unterschiedlich erlebt. Der Umstand, daß Frauen im Umgang mit Patienten öfter Belastungen wahrnehmen als ihre männlichen Kollegen, könnte mit geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Erwartungen zusammenhängen. Der DAK-BGW Krankenpflegereport diskutiert dabei (2000), daß von Frauen in der Regel ein höheres soziales Engagement und weniger Abgrenzung erwartet würde als von Männern und diese Erwartung häufig auch ihren eigenen Selbstbild entspräche.

Untersucht wurde auch der Zusammenhang zwischen der Funktion auf Station und dem Belastungserleben von Pflegenden. Pflegende in Leitungsfunktionen beschreiben häufiger Belastungen in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten als ihnen nachgeordnete Krankenschwestern und Krankenpfleger. Hier deutet sich die in der Literatur oft beschriebene Schnittstellenproblematik an (u.a. Friesacher, 1993a,b; Büssing, 1992; Scholz, 1999). Stationsleitungen haben, bedingt durch ihre berufliche Rolle, erheblich mehr Berührungspunkte und

einen höheren Koordinationsbedarf in der Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten als Pflegende ohne Leitungsaufgaben. Entsprechend spürbarer sind Kommunikations- und Kooperationsprobleme zwischen den Berufsgruppen. Belastungen durch Teamkonflikte, durch den Umgang mit Patienten und Angehörigen, die Arbeitsorganisation und das eigene berufliche Selbstverständnis erleben Pflegende in Leitungsfunktionen dagegen in gleichem Ausmaß wie ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Krankenschwestern und -pfleger, die eine Fachweiterbildung absolviert oder psychologische Fortbildungen besucht haben, beschreiben deutlich häufiger Konflikte in der Zusammenarbeit mit Ärzten, sowie Konflikte innerhalb des Pflgeteams. Ein vergleichbarer Zusammenhang ist beim Erleben arbeitsorganisatorischer Belastungen zu verzeichnen, nicht aber bei Belastungen durch den Umgang mit Patienten oder durch das eigene berufliche Selbstverständnis.

Eine personenbezogene Erklärung wäre in der unterschiedlichen Nutzung dieser Angebote zu sehen. Denkbar erscheint, daß gerade diejenigen Pflegenden häufiger Fort- und Weiterbildungen besuchen, die für arbeitsassoziierte Probleme der kollegialen oder interdisziplinären Zusammenarbeit in besonderer Weise sensibilisiert bzw. davon betroffen sind. Die Richtung dieses Zusammenhangs müßte jedoch weiter untersucht werden. In der vorliegenden Studie haben Pflegende aus drei Kliniken häufiger Fortbildungen absolviert als ihre Kolleginnen und Kollegen aus anderen Kliniken: die Fortbildungsrate ist in der Medizinischen, der Kinder- und der Psychiatrischen Klinik vergleichsweise hoch. Personen- und bedingungsbezogene Merkmale sind konfundiert. Neben personenbezogenen Merkmalen könnten demnach theoretisch auch bedingungsbezogene Gegebenheiten, faktische Problemunterschiede in den Kliniken, eine Erklärung für das unterschiedliche Belastungsbewußtsein sein.

Im Folgenden wird dargestellt, wie sich eine Supervisionsteilnahme auf das Belastungserleben auswirkt.

### **Einfluß von Supervision auf das Belastungserleben**

Supervisionsteilnehmende erleben arbeitsassoziierte Belastungen nach Ende der Supervision in der gleichen Rangfolge, aber deutlich seltener als vor Supervisionsbeginn (Studie 2).

Zur Rangfolge: die häufigsten Belastungen sowohl vor als auch nach der Supervision sind solche durch Arbeitsumfang und -organisation. Belastungen in der

Zusammenarbeit mit Ärzten stehen zu beiden Zeitpunkten an zweiter, Konflikte innerhalb des Pflorgeteams an dritter Stelle. Belastungen im Umgang mit Patienten und Angehörigen nehmen jeweils den vierten Rang ein, Belastungen durch das eigene berufliche Selbstverständnis werden sowohl vor als auch nach Supervision am seltensten genannt.

Zum Rückgang der erlebten Belastungen: Pflegende erleben nach Abschluß der Supervision seltener Belastungen als vorher. Ihr Belastungserleben sinkt insgesamt und statistisch unterschiedlich bedeutsam in einzelnen Bereichen. Dies zeichnete sich bereits in der rein deskriptiven Gegenüberstellung der Belastungen zu t1 und t2 in der Gesamtstichprobe der Prä-/Poststudie ab und bestätigte sich in der Längsschnittauswertung. Signifikant ist der Rückgang in den Belastungsbereichen "Arbeitsorganisation" und "Zusammenarbeit mit Ärzten". Pflegende beschreiben nach einer Supervision also insbesondere in denjenigen Bereichen weniger Belastungen, die vor Supervisionsbeginn am häufigsten genannt wurden. Ebenfalls deutlich seltener sind die erlebten Belastungen außerdem in den Bereichen "Zusammenarbeit im Pflorgeteam" und „eigenes berufliches Selbstverständnis“. Nach der Supervision unverändert ist dagegen das Niveau des Belastungserlebens im Bereich „Patienten und Angehörige“.

Der Rückgang des Belastungserlebens in den genannten Bereichen könnte einerseits Ausdruck eines faktischen Rückgangs der Belastungen im Arbeitsalltag sein. Daneben sind weiterführende bzw. komplementäre Erklärungsansätze heranzuziehen.

Ein faktischer Rückgang der Belastungen wäre dann gegeben, wenn es durch eine Supervision beispielsweise zur Lösung bestimmter Konflikte zwischen Ärzten und Pflegenden oder zu einer Verbesserung bestimmter Abläufe in der Arbeitsorganisation gekommen ist, die Konfliktursachen also beseitigt werden konnten. In diesem Fall hätte Supervision ihre korrektiv/restaurative Funktion erfüllt. Eine weiterführende Erklärung des Rückgangs erlebter Belastungen nach einer Supervision wäre, daß sie die Bewältigungsmöglichkeiten der Pflegenden, etwa ihre Konfliktlösungskompetenzen, zu stärken vermag. Hierbei kommt die formativ/integrative Funktion von Supervision zum Tragen. Mit solcherart verbesserten Ressourcen könnten Konflikte in der Kooperation der verschiedenen Berufsgruppen oder innerhalb des Pflorgeteams eigenständig gelöst oder ihre Eskalation vermieden werden. Komplementär hierzu ließe sich der Rückgang im Belastungserleben im Sinne des Begriffs einer "positiven organisationalen Bilanz" (Hacker & Reinhold, 1998) erklären. Pflegende könnten den Supervisi-

onsdienst am Klinikum als eine institutionelle Unterstützung begreifen, in der sich Wertschätzung und Unterstützung ihrer Arbeit ausdrückt. Die Reduktion der wahrgenommenen Belastungen wäre dann auch als eine unspezifische Wirkung des Supervisionsangebots und als Reaktion auf eine Gratifikation zu verstehen (vgl. Cox, Griffiths & Eusebio, 2000, S. 128).

Belastungen durch Patienten und Angehörige werden nach der Supervision allerdings nicht seltener erlebt als zuvor, sondern in etwa der gleichen Häufigkeit. Denkbar erscheint, daß diese Belastungen im Vergleich mit den anderen Bereichen eine Sonderrolle spielen. Einerseits handelt es sich bei der Interaktion zwischen Pflegenden und Patienten immer um zwei Parteien, von denen sich jedoch in einer Supervision stets nur der eine Part mit Konflikten auseinandersetzt. Sowohl bei Schwierigkeiten innerhalb des Pflgeteams wie auch bei Konflikten zwischen Pflegenden und Ärzten können dagegen potentiell jeweils beide Beteiligte in der Supervision gemeinsam auf eine Lösung hinwirken. Wie oben dargestellt, vermag Supervision speziell in solchen Konstellationen zur tatsächlichen Konfliktlösung beizutragen. Bei Belastungen durch „schwierige, anspruchliche“ Patienten und Angehörige läßt sich dagegen vorwiegend an deren Bewältigung arbeiten. Die Supervision kann dann emotional entlastend oder restaurativ wirken, wenn auch durch eine verbesserte Bewältigung kein faktischer Rückgang der Belastungshäufigkeit gegeben ist.

Zu Belastungen durch die Patientenbetreuung zählen auch ethische Gewissenskonflikte bei der Begleitung Sterbender. Sie kommen vor allem in Arbeitsbereichen der Hochleistungsmedizin und Maximaltherapie nicht selten vor. Hier gilt ebenfalls, daß durch Supervision kein Belastungsrückgang, sondern emotionale Unterstützung und verbesserte Bewältigungsmöglichkeiten zu erwarten sind. Die hohe Einschätzung des Supervisionsnutzens für den Umgang mit Patienten und Angehörigen deckt sich mit dieser Annahme.

In der Katamnesestudie (Studie 3) ließ sich das Belastungserleben ehemaliger Supervisanden vergleichen mit dem der Nichtteilnehmenden. Dazu schätzten alle Befragten ihre *aktuellen* Arbeitsbelastungen auf Station ein. Ehemalige Supervisionsteilnehmende bewerten ihre aktuellen Arbeitsbelastungen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit Ärzten, der Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams, der Arbeitsorganisation und des beruflichen Selbstverständnisses in gleicher Weise wie die Nichtteilnehmenden. Im Umgang mit Patienten und Angehö-

rigen beschreiben sie öfter aktuelle Belastungen als ihre Kolleginnen und Kollegen.

Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten werden von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden übereinstimmend als die aktuell am häufigsten auftretenden Belastungen erlebt. Die hohe Übereinstimmung in der Beurteilung der aktuellen Belastungen durch ehemalige Supervisanden und Nicht-Supervisanden kann unter bestimmten Annahmen als eine Reduktion der von den Supervisanden wahrgenommenen Belastungen nach der Supervision interpretiert werden. Eine notwendige Annahme für diese indirekte Schlußfolgerung ist ein höheres Belastungserleben in der Supervisionsgruppe vor der Supervision. Pflegende, die häufiger arbeitsassoziierte Belastungen erleben, haben eventuell einen höheren Supervisionsbedarf und nehmen eine Supervision eher in Anspruch. Die Supervision könnte zu einer Angleichung im Belastungserleben zwischen Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden führen. Gestützt wird diese Interpretation durch die bereits dargestellten Ergebnisse aus Studie 2, in der sich nach Supervisionsabschluß ein deutlich gesunkenes Belastungserleben in den Bereichen Arbeitsorganisation, Zusammenarbeit mit Ärzten, Kooperation im Pflorgeteam und berufliches Selbstverständnis, nicht jedoch im Bereich Umgang mit Patienten zeigt. Die Interpretation einer Veränderung des Belastungserlebens bei Supervisionsteilnehmenden in Studie 3 wird weiter gestützt durch die positiven Einschätzungen der Supervision in dieser Gruppe.

Insgesamt schätzen Pflegende am Freiburger Klinikum die Belastungen durch einen hohen Arbeitsumfang bei zu wenig Personal, durch die Arbeitszeiten im Pflegedienst und unzureichende bauliche Gegebenheiten als die am häufigsten auftretenden Belastungen ihrer beruflichen Tätigkeit ein. Dies steht im Einklang mit den Beurteilungen von Pflegenden anderer Kliniken (Friesacher, 1993b; Oppholzer, 1995). Wird dagegen speziell nach Belastungen gefragt, die durch Supervision beeinflussbar erscheinen, nehmen die Probleme der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen und innerhalb des Teams den obersten Stellenwert ein. Auch diese Ergebnisse sind konsistent mit der Literatur (Scholz, 1999; Koch, Gawski & Lecher, 2000). Ausmaß und Schwerpunkt der erlebten Belastungen zeigen deutliche Zusammenhänge zum bedingungsbezogenen Merkmal Arbeitsbereich. Die personenbezogenen Merkmale Alter, Berufsjahre, Funktion auf Station sowie Fachweiterbildung und Fortbildung zeigen darüber hinaus spezifische Zusammenhänge zu einzelnen Belastungsbereichen. Supervision ist

so immer mit einer Vielzahl unterschiedlicher Ausgangskonstellationen konfrontiert.

## **9.2 Erwartungen an Supervision**

Untersucht wurde, in welchen Bereichen und in welchem Ausmaß Pflegende Erwartungen an Supervision stellen, inwiefern diese Erwartungen mit den erlebten Belastungen zusammenhängen und welchen Einfluß bedingungs- (Arbeitsbereich) und personenbezogene (individuelle) Merkmale auf die Erwartungen haben.

### **Ausprägungen der Erwartungen**

Die Erwartungen, die Pflegende mit einer Supervision verknüpfen, wurden in der Prä-/Postuntersuchung (Studie 2) jeweils in den Informationssitzungen vor Beginn der Gruppen erhoben. In der Katamnesestudie (Studie 3) wurden diejenigen Pflegenden nach ihren Supervisionserwartungen gefragt, die nicht an der Stationssupervision teilgenommen hatten.

Die Befunde beider Studien zeigen deutlich: Pflegende erwarten von Supervision in erster Linie und vor allem die Bearbeitung von *Konflikten innerhalb des Pflgeteams*. Insgesamt, über alle Arbeitsbereiche hinweg, folgen an zweiter bzw. dritter Stelle Erwartungen hinsichtlich der Bearbeitung von Konflikten mit Ärzten sowie im Umgang mit Patienten. Fragen der Arbeitsorganisation stehen an vierter, die Erörterung von Fragen des eigenen beruflichen Selbstverständnisses an letzter Stelle. Die Erwartungen bewegen sich insgesamt auf mittlerem Niveau. Dies zeigt, daß faktisch der Umgang mit Teamkollegen und -kolleginnen im Vordergrund der Supervisionserwartungen von Pflegenden steht, noch vor dem Umgang mit Patienten. Supervision im Krankenhaus wird zwar noch gelegentlich mit patientenzentrierter Fallsupervision verbunden (z.B. Werner & Hennch, 1998), die vorliegenden Befunde stützen jedoch die Ergebnisse anderer Autoren (Degenhardt, 1994; Widauer, 1998), daß die Pflegenden selbst von der Supervision in erster Linie Team- und eher nachgeordnet Fallsupervision erwarten.

### **Determinanten der Supervisionserwartungen**

Die an eine Supervision gerichteten Erwartungen und deren Zusammenhang mit *Arbeitsbelastungen, Arbeitsbereich* und *personenbezogenen Merkmalen* waren weiter Gegenstand der dargestellten Studien.

Die erlebten *Arbeitsbelastungen* zeigen sowohl nach Ausmaß als auch nach ihrer Art, d.h. ihrem Schwerpunkt, einen Zusammenhang dazu, wie hoch die Erwartungen an eine Supervision sind und um welche Erwartungen es sich handelt. Maßgeblich für Supervisionserwartungen sind demnach Belastungsniveau und Belastungsdimension. Zwischen erlebtem Belastungsniveau und Supervisionserwartungen findet sich ein positiv-linearer Zusammenhang: Je höher das allgemeine Belastungsniveau, desto höher die Supervisionserwartungen. Die *Art* der im Stationsalltag erlebten Belastungen bestimmt im Wesentlichen, *was* Pflegende im Einzelnen von Supervision erwarten: Spezifische Belastungen münden in spezifische Erwartungen. Besonders deutlich ist dies für die Bereiche Umgang mit Patienten, Zusammenarbeit mit Ärzten, Zusammenarbeit innerhalb des Pflegeteams sowie im Hinblick auf das eigene berufliche Selbstverständnis. Demgegenüber findet sich bei Belastungen aufgrund des Arbeitsumfangs und der Rahmenbedingungen der Arbeit ein lediglich geringer Zusammenhang zwischen deren Ausmaß und den entsprechenden Supervisionserwartungen.

Dies ist wenig überraschend: Vor allem bei Belastungen durch hohen Arbeitsanfall, der etwa durch einen mehr oder minder lang andauernden Personalmangel auf Station verursacht ist, gelangt das Instrument der Supervision an seine immanenten Grenzen und kann schwerlich faktische Verbesserungen bewirken. Die Ergebnisse zum Zusammenhang der spezifischen Belastungen mit den spezifischen Supervisionserwartungen lassen darauf schließen, daß Pflegende die Möglichkeiten ebenso wie die Grenzen einer Supervision differenziert einschätzen.

Je nach *Arbeitsbereich*, respektive Klinikzugehörigkeit, haben Pflegende es mit charakteristischen Belastungsprofilen zu tun. Dementsprechend unterscheiden sich auch die Supervisionserwartungen von Krankenschwestern und Krankenpflegern aus verschiedenen Kliniken etwas voneinander. Ihre Erwartungen entsprechen schwerpunktmäßig den jeweils wahrgenommenen charakteristischen Belastungen im Arbeitsalltag: klinikspezifische Erwartungsprofile korrespondieren mit klinikspezifischen Belastungsprofilen. Deutliche Unterschiede in den Supervisionserwartungen in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs finden sich für die Themen Zusammenarbeit im Pflegeteam, Zusammenarbeit mit Ärzten und Umgang mit Patienten, tendenzielle Unterschiede beim Thema der Arbeitsorganisation. Psychiatriepflegende etwa erwarten von einer Supervision in besonderem Maße die Bearbeitung von Konflikten im Pflegeteam und zwischen Team und Ärzten. Krankenschwestern und Krankenpfleger der Medizinischen und der

Kinderklinik wollen die Supervision deutlich öfter für die Bearbeitung von Schwierigkeiten im Umgang mit Patienten nutzen als ihre Kollegen und Kolleginnen aus anderen Arbeitsbereichen.

Ebenfalls untersucht wurde der Zusammenhang von *personenbezogenen Merkmalen* (Alter, Berufsdauer, Geschlecht, Funktion auf Station und Fachweiterbildung/Fortbildungen) mit den Erwartungen, die Pflegende an Supervision richteten. Mit dem Alter und den Berufsjahren verändern sich die Erwartungen an Supervision. Jüngere Pflegende, mit weniger Berufserfahrung, wollen in der Supervision deutlich häufiger patientenbezogene Themen bearbeiten - dies korrespondiert mit ihrer vergleichsweise höheren Belastungswahrnehmung im Umgang mit Patienten. Demgegenüber richten sich die Supervisionserwartungen älterer und/oder berufserfahrenerer Pflegenden tendenziell eher auf die Bearbeitung arbeitsorganisatorischer Belastungen. Hinsichtlich der Erwartung, in der Supervision die Zusammenarbeit im Pflgeteam zu reflektieren, spielen Alter und Berufsjahre keine Rolle. Dies entspricht dem Befund, daß die Wahrnehmung von Teamkonflikten - im Gegensatz zu der Wahrnehmung der übrigen Belastungsbereiche - altersunabhängig ist und damit ein überdauernd wiederkehrendes Thema darstellt. Erwartungsunterschiede in Abhängigkeit des Geschlechts finden sich in zwei Bereichen: Frauen wollen im Vergleich zu Männern in der Supervision häufiger patientenbezogene Schwierigkeiten, sowie solche mit dem eigenen beruflichen Selbstverständnis klären. Insbesondere im Umgang mit Patienten nahmen weibliche Pflegende auch häufiger Belastungen wahr als ihre männlichen Kollegen. Hinsichtlich der Themenbereiche Zusammenarbeit mit Ärzten, Zusammenarbeit im Pflgeteam und Arbeitsorganisation unterscheiden sich die Supervisionserwartungen von Frauen und Männern nicht. Auch im Belastungserleben fanden sich in diesen Bereichen keine geschlechtsspezifischen Unterschiede. Pflegende in Leitungsfunktionen wollen die Supervision vergleichsweise häufiger für die Bearbeitung von Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ärzten nutzen als ihre Teamkolleginnen und -kollegen ohne Leitungsaufgaben. In diesem Bereich gaben Stationsleitungen auch deutlich öfter Konflikte an als ihnen nachgeordnete Pflegekräfte. Die Supervisionserwartungen unterscheiden sich darüber hinaus in Abhängigkeit von formalen Weiterbildungen. Pflegende, die eine Fachweiterbildung absolviert oder an einer psychologischen Fortbildung teilgenommen haben, stellen höhere Erwartungen an Supervision als ihre Kolleginnen und Kollegen. Dies gilt insbesondere für das Thema Zusammenarbeit im Pflgeteam, bei dem solchermäßen fortgebildete

Pflegenden auch vergleichsweise häufiger Konflikte im Arbeitsalltag wahrnehmen. Darüber hinaus erwarten Krankenschwestern und -pfleger mit Fachausbildung von der Supervision vergleichsweise mehr im Bereich Arbeitsorganisation, Pflegende mit psychologischen Fortbildungen im Bereich Zusammenarbeit mit Ärzten.

Für die personenbezogenen Merkmale wird demnach deutlich, in Entsprechung zum bedingungsbezogenen Merkmal Arbeitsbereich, daß Erwartungen an die Supervision von den erlebten spezifischen Belastungen im Arbeitsalltag geprägt sind. Erwartungen sind damit eng am Bedarf orientiert und werden weitgehend zielgerichtet formuliert.

### **9.3 Akzeptanz und Inanspruchnahme von Supervision**

Untersucht wurde, in welchen Anteilen die Berufsgruppe der Pflegenden unter den Supervisanden vertreten ist, inwiefern sich Teilnehmende und Nichtteilnehmende in personenbezogenen Merkmalen unterscheiden und wie das Merkmal Arbeitsbereich mit der Inanspruchnahme von Supervision zusammenhängt.

In Studie 1, der Basisdokumentation, wurde protokolliert, in welchem Maße unterschiedliche Berufsgruppen an der Supervision beteiligt sind. Studie 2, die Prä/Postuntersuchung, ermöglichte eine differenziertere Beschreibung der Supervisionsteilnehmenden im Hinblick auf Geschlecht, Alter, Berufsjahre, Funktion auf Station, Fortbildung. In Studie 3, der Katamnesestudie mit Kontrollgruppe, ließen sich die personenbezogenen Merkmale von Pflegenden, die an einer Supervision teilgenommen hatten, vergleichen mit denen ihrer Kolleginnen und Kollegen, die nicht daran teilgenommen hatten.

#### **Merkmale der Supervisionsteilnehmenden**

Das Freiburger Supervisionsangebot wurde für Beschäftigte aus der Pflege konzipiert und richtet sich in erster Linie an diese Zielgruppe. Entsprechend wird es überwiegend von Pflegenden in Anspruch genommen (85%). 4% der Supervisanden zählen zum ärztlichen Dienst, 10% gehören weiteren Berufsgruppen an (z.B. Sozialarbeit, Physiotherapie, Pädagogik). Die Ergebnisse zur Zusammensetzung der Supervisionsgruppen entsprechen damit im Wesentlichen den Befunden der Pilotstudie von Hartmann *et al.* (1993). Die personenbezogenen Merkmale der Supervisanden aus der Pflege, der Zielgruppe des Angebots, wurden näher untersucht. Von ihnen sind 82% Frauen, was mit dem Geschlechterverhältnis bei den erwerbstätigen Krankenschwestern und -pflegern in Deutsch-

land korrespondiert (83% Frauen laut Gesundheitsbericht für Deutschland 1998, Statistisches Bundesamt). Das Durchschnittsalter liegt bei 34 Jahren, die mittlere Berufsdauer bei 9,5 Jahren, 15 % haben eine Leitungsfunktion inne.

### **Vergleich zwischen Supervisionsteilnehmenden und Nichtteilnehmenden**

In den personenbezogenen Merkmalen *Geschlecht*, *Alter* und *Berufsjahre* unterscheiden sich die Supervisanden nicht von der Vergleichsgruppe der übrigen Pflegenden, die nicht an einer Supervision teilgenommen haben. Der Supervisionsdienst wird demnach nicht von einer selektiven Teilgruppe Pflegender genutzt, sondern grundsätzlich von allen. Krankenschwestern und -pfleger nehmen das Supervisionsangebot unabhängig von ihrem Alter, Geschlecht oder der Anzahl an Berufsjahren in vergleichbarer Weise in Anspruch. Der einzig signifikante personenbezogene Unterschied zwischen Supervisanden und Nichtsupervisanden findet sich in Bezug auf die *Funktion auf Station*. Während 15% der Supervisanden eine Leitungsfunktion inne haben, arbeiteten nur 8% der Nichtteilnehmenden in dieser Position. Dies ist dadurch erklärbar, daß Supervision in der Regel von den Stationsleitungen beantragt wird und diese selbst den ersten Termin mit der Supervisorin vereinbaren - ob im Auftrag ihres Teams oder aus eigener Initiative. Durch den persönlichen Telefonkontakt entsteht eine gewisse Verbindlichkeit, die es wahrscheinlicher macht, daß die Stationsleitung auch selbst zu den mit ihr vereinbarten Sitzungen kommt. Außerdem erleben sich die meisten Leitungen aufgrund ihrer Funktion als in besonderer Weise verantwortlich für die Entwicklung ihres Teams, zu der auch eine Supervision beitragen soll.

### **Einfluß des Arbeitsbereichs auf die Supervisionsteilnahme**

Am Freiburger Klinikum sind lediglich Krankenschwestern und Krankenpfleger der Psychiatrischen Klinik dazu verpflichtet, an Supervision teilzunehmen. In allen anderen Kliniken ist Supervision in der Regel ein Angebot, das auf eigenen Entschluß hin auf freiwilliger Basis genutzt wird.

Durch den Vergleich des Anteils an Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden der Stationen, auf denen eine Supervision *ohne* Teilnahmeverpflichtung durchgeführt worden war, ließ sich der Zusammenhang des Arbeitsbereichs mit der Rate an Supervisionsteilnahme von Pflegenden ermitteln. Die Chirurgische und die Neurologische Klinik unterscheiden sich von den anderen Kliniken insofern, als daß dort auf den supervidierten Stationen ein geringerer Prozentsatz der

Teammitglieder die Supervision in Anspruch nimmt. In den übrigen Kliniken finden sich keine statistisch signifikanten Unterschiede in den Anteilen von Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden. Für die Überrepräsentation von Nichtteilnehmenden in Chirurgischer und Neurologischer Klinik sind mehrere Erklärungen denkbar. So könnte theoretisch eine höhere Fluktuation der Beschäftigten in diesen Arbeitsbereichen zu einer Unterschätzung des Anteils an Supervisanden führen. Daten zur Fluktuation waren jedoch nicht verfügbar, die These ließ sich im Rahmen der vorliegenden Studien nicht überprüfen. Eine weitere Erklärung könnte in der seit der Supervision verstrichenen Zeit liegen: wäre dieser Zeitraum in den beiden besagten Kliniken deutlich größer als in den übrigen Arbeitsbereichen, würde das die relativ höhere Fluktuation erklären. Dies läßt sich durch die vorhandenen Daten allerdings nicht belegen. Sollte es sich schließlich tatsächlich um eine zahlenmäßig geringere Teilnahmerate in Chirurgischer und Neurologischer Klinik handeln, könnte dies theoretisch auch in einem vergleichsweise geringeren Belastungsniveau begründet sein. Dem widersprechen die vorliegenden Befunde allerdings. Im Gegenteil: Pflegende aus der Chirurgie geben sogar signifikant häufiger Belastungen im Arbeitsalltag an als der Durchschnitt aller Befragten. In der Neurologischen Klinik ist das wahrgenommene Belastungsniveau durchschnittlich, es liegt auch hier nicht unter dem allgemeinen Mittel.

#### **9.4 Inhalte von Supervision**

Untersucht wurde, welche Inhalte in der Supervision behandelt werden und inwiefern diese sich in Abhängigkeit der Gruppenzusammensetzung sowie des Arbeitsbereichs unterscheiden.

##### **Themen in den Supervisionsgruppen**

Der Basisdokumentation zufolge werden in den Gruppensitzungen Belastungen aus folgenden Bereichen thematisiert:

- Kommunikation innerhalb des Pfllegeteams
- Belastungen durch Arbeitsorganisation
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Zusammenarbeit zwischen Pfllegeteam und Ärzten.

Geprüft wurde die Verteilung der Themen in der Supervision. Grundlage war die von den Supervisorinnen im Anschluß an jede Sitzung erstellte Basisdoku-

mentation (Studie 1). Ihr zufolge ist der häufigste Themenschwerpunkt der Supervision die Bearbeitung von Konflikten innerhalb des Pfllegeteams: dieses Thema dominiert in 38,5% aller Sitzungen. Schwierigkeiten der Arbeitsorganisation und der institutionellen Rahmenbedingungen bestimmen etwa jede vierte (25%), Konflikte im Umgang mit Patienten und Angehörigen etwa jede fünfte Sitzung (20%). Die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten ist in 17% der Sitzungen vorherrschendes Thema.

Zum Supervisionsthema *Zusammenarbeit im Pfllegeteam* zählen Konflikte innerhalb der Gruppe der Pfllegenden wie auch Schwierigkeiten zwischen Team und Stationsleitung. Ein Beispiel für Auseinandersetzungen innerhalb des Kollegenkreises ist, wenn ein Krankenpflleger sich auffällig oft gerade dann krank meldet, wenn er in einer ihm nicht angenehmen Schicht arbeiten müßte. Zu Schwierigkeiten zwischen Team und Stationsleitung kann es kommen, wenn der Eindruck vorherrscht, die Leitung würde das Interesse ihres Teams auf Klinik-ebene nicht ausreichend vertreten: haben die Teammitarbeiter beispielsweise die Überzeugung, ihre Stationsleitung setze sich nicht ausreichend dafür ein, bei personellen Engpässen Aushilfen zur Entlastung des Personals zu bekommen, kann es ihr gegenüber zu Unmut kommen.

Beim Thema *Arbeitsorganisation* geht es meist um einen hohen Arbeitsumfang, der mit wenig Personal bewältigt werden muß. Dabei spielt auch die Kommunikation mit der Pfllegedienstleitung eine Rolle: sie repräsentiert als oberste Vorgesetzte die jeweilige Klinik und „deren“ Stellen- und Strukturpolitik gegenüber den Stationsteams.

Ist die Supervision *patientenbezogen*, wird über die Beziehung zu/den Umgang mit einem oder mehreren Patienten gesprochen. Häufig thematisieren die Teilnehmenden dabei Schwierigkeiten im direkten Kontakt mit diesem Patienten, etwa weil sie seine Art der Krankheitsverarbeitung nicht nachvollziehen können oder nicht wissen, wie sie ihm in einer Depression begegnen. Auch Sterbebegleitungen sind immer wieder mit Unsicherheiten oder ethischen Gewissenskonflikten verbunden, die in der Supervision angesprochen werden. Nicht selten reflektieren Pfllegende in diesem Zusammenhang auch ihren Kontakt mit den Angehörigen des Patienten oder aber die Interaktion zwischen Patienten und Angehörigen.

Liegt der thematische Schwerpunkt der Supervision in der *Zusammenarbeit zwischen Pfllegeteam und Ärzten*, stellen häufig berufsgruppenbezogen unterschiedliche Auffassungen hinsichtlich der Behandlung und Versorgung eines Patienten

den Anlaß für die Supervision dar. Nicht selten beschreiben Pflegende dabei jedoch auch Differenzen innerhalb der ärztlichen Berufsgruppe: Bestehen hinsichtlich ein und desselben Patienten bei den auf Station tätigen Ärzten unterschiedliche Behandlungsauffassungen, bedeutet dies für die Pflegenden, sich von Schicht zu Schicht auf andere Anweisungen einstellen zu müssen. Sie kritisieren in einer solchen Situation das Fehlen eines einheitlichen Behandlungskonzepts und nachvollziehbarer Handlungsanweisungen.

In der Katamnese studie (Studie 3) schätzten die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden post hoc ein, welche Themen sie in den Sitzungen bearbeitet hatten. Auch aus ihrer Sicht ist die Zusammenarbeit innerhalb des Pfllegeteams das am häufigsten besprochene Thema, während patientenbezogene Fragen seltener im Mittelpunkt der Sitzungen stehen. Die nachträglichen Einschätzungen der Supervisionsteilnehmenden spiegeln damit im Wesentlichen die Ergebnisse der Basisdokumentation durch die Supervisorinnen. Sie unterscheiden sich lediglich in einem Punkt: aus Sicht der Gruppenteilnehmenden steht die Kooperation mit Ärztinnen und Ärzten an zweiter Stelle der besprochenen Themen, nach Konflikten innerhalb des Pfllegeteams, während laut Basisdokumentation das Thema vergleichsweise selten im Vordergrund der Sitzungen steht. Diese Gewichtung des Themas Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegenden durch die ehemaligen Supervisanden unterstreicht dessen hohe subjektive Bedeutung.

### **Determinanten der Supervisionsinhalte**

Die *Zusammensetzung* einer Gruppe beeinflusst die Supervisionsinhalte. Gruppen in denen Ärzte und Ärztinnen vertreten sind, unterscheiden sich in ihren Inhalten von Gruppen, an denen keine Ärzte teilnehmen und die Pflegenden unter sich bleiben. Setzen sich Ärzte und Pflegende im Rahmen der Supervision "gemeinsam an einen Tisch", wird in der Regel schwerpunktmässig die Zusammenarbeit der beiden Berufsgruppen besprochen. Dabei wird in dieser Konstellation auch der Umgang mit einem bestimmten Patienten relativ häufig thematisiert. Die Wahrscheinlichkeit, in einer Sitzung ein patientenorientiertes Thema zu bearbeiten, ist höher, wenn sowohl Ärzte wie auch Pflegenden der Gruppe angehören, als wenn sie ausschließlich aus Pflegenden besteht. In "reinen" Pfllegeteams steht meist die Zusammenarbeit innerhalb des Pfllegeteams im Vordergrund. Dies entspricht den Befunden der Pilotstudie von Hartmann *et al.* (1993). Die thematischen Schwerpunkte der Supervisionssitzungen unterscheiden sich je nach *Arbeitsbereich* etwas. In der Chirurgischen, sowie der Frauen- und HNO-

Klinik befassen sich jeweils circa die Hälfte der Sitzungen mit dem Thema der Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams. Über alle Gruppen hinweg dominierte das Thema in 38,5% der Sitzungen. In der Neurologischen Klinik nimmt es dagegen nur etwa ein Viertel der Sitzungen ein. In der Chirurgie wird die Supervision relativ selten für patientenzentrierte Themen genutzt, wogegen in Kinderklinik und Medizinischer Klinik überdurchschnittlich häufig über Patienten gesprochen wird. Beides sind Arbeitsbereiche mit vergleichsweise mehr schwer kranken und sterbenden Patienten. Auch dieses Ergebnis belegt die Befunde von Hartmann *et al.* (1993), die in Supervisionen auf onkologischen Stationen einen bedeutend höheren Anteil an patientenzentrierten Themen fanden als auf nicht-onkologischen Stationen. Insgesamt ist jedoch, wenn auch in unterschiedlicher Ausprägung, in *jeder* Klinik *jedes* Thema vertreten.

### **9.5 Beurteilung der Supervision**

Untersucht wurde, wie die Teilnehmenden die Supervision in ihrer Durchführung (Prozeß), ihrem Nutzen und ihrer praktischen Umsetzbarkeit beurteilten und welchen Einfluß personen- bzw. bedingungsbezogene Merkmale auf ihre Beurteilungen hatten. Des weiteren wurde dem Zusammenhang zwischen der Beurteilung des Supervisionsprozesses und der Einschätzung ihres Nutzens nachgegangen.

#### **Beurteilung der Supervisionsdurchführung**

Die ehemaligen Supervisionsteilnehmenden beurteilen die Supervisionsdurchführung hinsichtlich der Arbeitsatmosphäre in den Sitzungen, der Möglichkeit zum Einbringen eigener Beiträge sowie der Gruppenleitung und –moderation mehrheitlich positiv (bis zu 75% „gut“ oder „sehr gut“). Nur 10% der Teilnehmenden bewerten sie als "schlecht" oder "sehr schlecht". Dies entspricht Befunden anderer Studien (z.B. Beer, 1998). Es läßt darauf schliessen, daß die Art und Weise in der die Supervisionsgruppen am Universitätsklinikum Freiburg durchgeführt werden, den Erwartungen ihrer Zielgruppe entspricht.

#### **Beurteilung des Supervisionsnutzens unter verschiedenen Gesichtspunkten**

Der Supervisionsnutzen wurde sowohl in der Prä-/Poststudie (Studie 2) wie auch in der Katamnesestudie (Studie 3) eingeschätzt. Die Gruppenteilnehmenden bewerteten in beiden Untersuchungen zunächst den Nutzen, den die Supervision für die Bearbeitung der Themen Zusammenarbeit im Pflorgeteam, Zusammenar-

beit mit Ärzten, Umgang mit Patienten, Arbeitsorganisation und berufliches Selbstverständnis für sie *persönlich* hatte. Weitergehende Fragen in der Katamnese studie (Studie 3) richteten sich auf den entsprechenden Supervisionsnutzen für das *gesamte Team* sowie darauf, in welchen Bereichen die ehemaligen Teilnehmenden Supervisionsergebnisse im Stationsalltag in die *Praxis* umsetzen konnten. Die Beurteilung geschah somit unter den genannten drei Gesichtspunkten (individueller Nutzen, Teamnutzen und praktische Umsetzbarkeit im Stationsalltag) und umfaßte jeweils die fünf oben genannten Themenbereiche.

Im Durchschnitt bewegen sich die Einschätzungen des Supervisionsnutzens für die einzelnen Themenbereiche auf mittlerem Niveau. Die Standardabweichungen weisen darauf hin, daß diese Einschätzungen erwartungsgemäß streuen. Der individuelle Supervisionsfokus (Profil-Max), der den maximalen Nutzen pro Person über alle Bereiche hinweg spiegelt, zeigt, daß 61% der ehemaligen Teilnehmenden in mindestens einem der Themenbereiche sehr viel oder viel von der Supervision profitieren.

Sowohl aus persönlicher wie auch aus Teamperspektive wird die Supervision für die Bearbeitung von Schwierigkeiten innerhalb des *Pflegeteams* und im Umgang mit *Patienten* als am hilfreichsten beurteilt (Studie 2 und 3). In diesen Bereichen läßt sich nach Einschätzung der Supervisanden auch am meisten in die Arbeitspraxis des Stationsalltags übernehmen. Demgegenüber wird der Nutzen der Supervision im Hinblick auf die *Arbeitsorganisation* und die *Zusammenarbeit mit Ärzten* in der Gesamtstichprobe als geringer bewertet: immerhin etwa die Hälfte aller Befragten geben an, im Hinblick auf diese beiden Bereiche im Arbeitsalltag wenig oder gar nichts umsetzen zu können. Dies ist, gerade bezüglich der Zusammenarbeit mit Ärzten ein bemerkenswertes Ergebnis, auf das unten zurückzukommen ist. Insgesamt beurteilen die Supervisanden die Nützlichkeit der Supervision somit für die einzelnen Themenbereiche differenziert.

Die Beurteilungen von individuellem Nutzen und Teamnutzen differieren lediglich im Bereich Umgang mit Patienten. Nur hier wird der durchschnittliche individuelle Nutzen höher eingeschätzt als der Teamnutzen. Gerade Belastungen im Umgang mit Patienten werden meist in der persönlichen Begegnung Patient-Pflegende(r) spürbar. Obwohl sich gerade diese Belastungen nur selten faktisch ausräumen lassen, gibt es in der Supervision dazu doch zwei unterschiedliche Ansatzpunkte: einen eher normativen, wenn es um Wissensvermittlung geht und einen eher formativen, bei der Arbeit an Einstellungsänderungen und der Erweiterung des Verhaltensrepertoires. So kann etwa die Bewältigung von Ärger und

Mißmut gegenüber einem „anspruchsvollen, nie zufriedenen“ Patienten, der sehr häufig wegen „Lappalien“ klingelt, zunächst mit der psychologischen Wissensvermittlung beginnen. Wenn nachvollziehbar ist, daß möglicherweise Angst die Ursache seines Verhaltens ist, kommt es auf Seiten der Pflegenden zu einer kognitiven Umattribution, die wahrscheinlich eine Einstellungsveränderung zum Patienten mit sich bringt („er klingelt gar nicht deshalb ständig, um mich zu ärgern“). Daraus lassen sich wiederum Verhaltensalternativen entwickeln: so könnte bspw. mit dem Patienten vereinbart werden, daß ein Pfleger von sich aus regelmäßig in sein Zimmer schaut, um den Patienten einerseits nicht mit seiner Angst allein zu lassen, andererseits aber auch den sonstigen Arbeitsablauf nicht immer wieder plötzlich unterbrechen zu müssen. Neben dem spezifischen Supervisionsnutzen beurteilten die ehemaligen Teilnehmenden in Studie 3 auch globale Ergebnismerkmale der Supervision: Sie schätzten ein, ob sich der zeitliche Aufwand zur Supervisionsteilnahme für sie lohnte, wie zufrieden sie selbst mit der Supervision waren und wie sehr der Supervisionsdienst dem Klinikum insgesamt nütze. Diese Aspekte korrelieren miteinander und werden mehrheitlich (bis zu 70%) positiv bewertet.

### **Determinanten der Supervisionsbeurteilung**

Dem Einfluß personenbezogener und bedingungsbezogener Merkmale auf die Supervisionsbeurteilung wurde in Prä-/Post- und Katamnesestudie nachgegangen. In der letzteren wurde außerdem die Beurteilung des Supervisionsprozesses im Hinblick auf den Supervisionsnutzen untersucht.

Zum Einfluß personenbezogener Merkmale belegen beide Studien: die Beurteilung einer Supervision durch die Teilnehmenden ist unabhängig von personenbezogenen Merkmalen. Alter, Geschlecht, Funktion auf Station und Dauer der Berufstätigkeit haben keinen Einfluß auf die abschließende Beurteilung einer Supervision. Dies ist bedeutsam, da sich hierin andeutet, daß Teilnehmende unabhängig von diesen Personenmerkmalen in gleicher Weise von Supervision profitieren.

Bei bedingungsbezogenen Merkmalen wurden der Einfluß des Arbeitsbereichs, (operationalisiert über die Klinik), die in der Supervision besprochenen Themen sowie der Einfluß der Gruppenzusammensetzung auf die Supervisionsbeurteilung untersucht. Wie oben dargestellt, unterscheiden sich nicht nur die erlebten Belastungen in Abhängigkeit des Tätigkeitsbereichs, sondern es läßt sich auch ein allgemeiner Zusammenhang finden zwischen dem Belastungserleben und

der spezifischen Nutzenbeurteilung der Supervision. Je nach Arbeitsbereich und vorliegenden spezifischen Belastungen beurteilen Pflegende die Supervision als unterschiedlich hilfreich für den Umgang mit den jeweiligen Belastungen. So sind die Beurteilungen des Supervisionsnutzens in der Kinderklinik, wo Belastungen durch den Umgang mit Patienten relativ häufig erlebt werden, im Hinblick auf dieses spezifische Thema höher als in Kliniken, in denen andere Belastungen dominieren. Voraussetzung für das Auftreten dieses Zusammenhangs ist, daß das jeweilige Thema in den Supervisionssitzungen bearbeitet wurde.

Zum Einfluß der Gruppenzusammensetzung auf die spezifische Supervisionsbeurteilung findet sich: Je mehr der an einem Thema Beteiligten in der Supervision vertreten sind, als desto größer wird ihr diesbezüglicher Nutzen eingeschätzt. Betrachtet man beispielsweise die Gruppen, an denen sowohl Pflegende als auch Ärzte teilnehmen, wird der spezifische Supervisionsnutzen für die Bearbeitung von Schwierigkeiten zwischen den beiden Berufsgruppen deutlich höher bewertet als bei solchen Gruppen, in denen Pflegende unter sich sind. Auch geben die Teilnehmenden an, daß sich die Supervisionsergebnisse zur Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten im Stationsalltag besser umsetzen lassen, wenn beide Berufsgruppen an der Supervision teilgenommen haben. Anders ausgedrückt: fehlt eine beteiligte Partei bei der Bearbeitung eines konflikthaften Themas in der Supervision, so ist die Wahrscheinlichkeit eines zufriedenstellenden Supervisionsausgangs eher gering. Inwiefern Supervision als hilfreich zur Bewältigung von spezifischen arbeitsbedingten Belastungen erlebt wird, ist demnach auch abhängig davon, welcher Personenkreis an der Supervision teilgenommen hat. Dies bestätigt die Ergebnisse von Muthny (1993), der darauf hingewiesen hat, daß notwendige Voraussetzung für eine umfassende Bearbeitung von Spannungen zwischen Ärzten und Pflegenden in der Supervision die Anwesenheit aller Beteiligten ist.

Abschließend wurde der *übergeordnete Supervisionsnutzen* erfragt. Rechnerisch zeigt sich ein hoher Zusammenhang zwischen den spezifischen Nutzenbeurteilungen auf der einen und dem zusammenfassenden Gesamtnutzen auf der anderen Seite. Der übergeordnete Supervisionsnutzen ist im Gegensatz zu den spezifischen Nutzenbeurteilungen nicht mit dem Belastungserleben vor Beginn und nach Abschluß der Supervision assoziiert. Auch das Differenzmaß (Belastungen  $t_2-t_1$ ) zeigt keinen Zusammenhang mit der Gesamtbeurteilung. Supervision wird insgesamt als hilfreich erlebt, unabhängig davon, wie häufig arbeitsassoziierte Belastungen auftreten. Im Hinblick auf den übergeordneten Supervisionsnutzen

findet sich bei dessen Beurteilung kaum ein Unterschied in Abhängigkeit des Arbeitsbereichs. Lediglich in der HNO-Klinik weicht die Beurteilung des Gesamtnutzens vom allgemeinen Mittel ab und liegt höher.

Die Beurteilung der spezifischen sowie der übergeordneten Nutzenaspekte von Supervision hängt nicht zuletzt damit zusammen, wie der Gruppenprozeß als solcher erlebt wird (Arbeitsatmosphäre, Leitung und Moderation, Möglichkeit zum Einbringen eigener Beiträge). Eine gute Gruppenatmosphäre muß in der Supervision - analog dem "Arbeitsbündnis" in der Psychotherapie - als notwendige Bedingung zur Zielerreichung angesehen werden. Auch hierin bestätigen die Befunde die Ergebnisse anderer Autoren (z.B. Beer, 1998).

### **9.6 Prädiktoren von Supervisionsteilnahme und Wiederteilnahme**

Untersucht wurden die Prädiktoren für die Bereitschaft der ehemaligen Supervisanden zur neuerlichen Supervisionsteilnahme, sowie die Prädiktoren für die Bereitschaft der bisherigen Nichtteilnehmenden zu einer erstmaligen Supervisionsteilnahme.

78% der ehemaligen Supervisionsteilnehmenden bejahen die Frage, ob sie selbst künftig bei Bedarf erneut eine Supervision in Anspruch nehmen werden. Demgegenüber lehnen 8% eine künftige Teilnahme ab. Bisherige Erfahrungen bezüglich der Praxisrelevanz der Supervision einerseits und aktuell erlebte Belastungen andererseits geben den Ausschlag dafür, ob jemand künftig wieder eine Supervision in Anspruch nehmen will. Pflegende, die Supervision als relevant und hilfreich beim Umgang mit Belastungen in ihrer Arbeit auf Station erfahren haben, wünschen sich bei entsprechender äußerer Situation (hoher Belastung) die Möglichkeit zur neuerlichen Teilnahme.

Etwa die Hälfte der Nichtteilnehmenden kannte den Supervisionsdienst zum Zeitpunkt der Befragung nicht. Die Frage, ob sie künftig selbst eine Supervision in Anspruch nehmen würden, bejahen 49 % der Nichtteilnehmenden - im Vergleich zu 78% der ehemaligen Supervisionsteilnehmenden - also deutlich weniger. Pflegende, die bisher nicht an einer Supervision teilgenommen haben, sind eher dann an einer künftigen Inanspruchnahme interessiert, wenn sie einerseits in ihrer aktuellen Tätigkeit häufig Belastungen sehen und sich andererseits viel von einer Supervisionsteilnahme versprechen.

Die Bereitschaft zur erstmaligen Inanspruchnahme kann - vorausgesetzt das Angebot ist bekannt - demnach als Funktion der *Erwartungen* an eine Supervision sowie der aktuellen *Arbeitsbelastungen* beschrieben werden. Die Annahme, daß

Supervision hilfreich sein wird für den Umgang mit bestimmten Belastungen im Stationsalltag (z.B. für die Verbesserung der Zusammenarbeit innerhalb des Pflgeteams oder zwischen Pflegenden und Ärzten), ist eine notwendige Voraussetzung dafür, daß sie bei Belastungen angefordert und in Anspruch genommen wird. Werden dagegen etwa bauliche Rahmenbedingungen einer Station oder eine ungenügende Stellenausstattung in der Pflege als Belastungsursachen angesehen, wird Supervision realistischere eher nicht als probates Mittel zur Bewältigung der Belastungen angesehen.

Wie oben beschrieben, ist die Voraussetzung dafür, daß Pflegende überhaupt Erwartungen an die Supervision stellen und diese bei Bedarf in Anspruch nehmen, daß sie Kenntnis von dieser Möglichkeit haben. Unerlässlich ist deswegen, die Beschäftigten über dieses Angebot zu informieren. Die Supervisorinnen selbst machen den Dienst einerseits ein bis zwei Mal pro Jahr über redaktionelle Beiträge in der Mitarbeiterzeitung des Klinikums bekannt, in welcher außerdem monatlich ein Hinweis auf die Supervisionsmöglichkeit erscheint. Darüber hinaus wird jährlich das Informationsblatt zur Supervision auf allen Stationen des Klinikums verteilt. Eine ebenso große Bedeutung bei der Bekanntmachung des Angebots haben viele andere Stellen am Klinikum, etwa Fachvorgesetzte (z.B. Pflegedienstleitungen), Mitglieder des Personalrats, des arbeitsmedizinischen Dienstes und der psychosozialen Dienste für Beschäftigte. Sie alle können über den Supervisionsdienst als einem Angebot zum Umgang mit arbeitsassoziierten Belastungen informieren. Dafür ist die gute Kooperation und Kommunikation dieser verschiedenen Personen und Ebenen sowie die Einbettung des Dienstes in das Gesamtkonzept der Personalentwicklung am Klinikum hilfreich.

Der nächste Abschnitt diskutiert die Methodik der vorliegenden Arbeit auf dem Hintergrund der wissenschaftlichen Literatur.

### **9.7 Diskussion der Methodik: Evaluationsmanagement**

Die vorliegenden Studien wurden auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes geplant und durchgeführt. In der Literatur wird dabei eine große Spannweite an methodologischen Anforderungen und Forschungsmöglichkeiten beschrieben (vgl. Kap. 7). Kühne (1997, S.179) begrüßt im Hinblick auf eine Evaluation bereits die Möglichkeit eines Beweises anstelle der reinen Behauptung. Thierau (1991) beschreibt ein Stufenmodell der Evaluation in mehreren Schritten, das bei der Planung der vorliegenden Studien berücksichtigt wurde. Cox, Griffiths

und Eusebio (2000) fordern in einem umfassenden Modell die Einbindung der Evaluation in eine Kosten-Nutzen-Analyse und eine breite Erfassung möglicher Zielkriterien. Als Zielkriterien führen Cox, Griffiths und Eusebio neben subjektiven Selbstaussagen auch Kriterien wie Leistungsdaten, Abwesenheitstage, Krankheitstage und Gesundheitsstatus auf. Bei einem gleichfalls systematischen Ansatz verweisen Wottawa und Thierau (1998) darauf, daß in konkreten Projekten notwendigerweise immer nur Teile der Struktur einer idealen empirischen Evaluationsstudie realisierbar seien. In einem Übergang von Evaluation zur Evaluationsforschung sehen sie (1998, S.13) eine Zunahme explizit eingesetzter Forschungsmethodik. Sie verweisen (1998, S. 130) auf die Notwendigkeit von praktikablen Kompromissen und einer Vermeidung von Störquellen bei gegebenen unvermeidbaren, sachinhärenten Einschränkungen. Im Sinne eines Evaluationsmanagements seien im Folgenden einige Punkte unter diesem Blickwinkel dargestellt.

Realisierte Kompromisse finden sich auch in der Planung und Durchführung der vorliegenden Studien (vgl. Kap. 7). Neben der Beschränkung auf eine Selbstevaluation sind die Beschränkung der Kriterien auf subjektive Selbstaussagen und das Procedere der Anonymisierung als Einschränkungen zu nennen. Die Realisierung der Studien war in diesen Punkten an die Begrenzungen durch den Datenschutz und die Verfügungen des Klinikumspersonalrats gebunden.

Die vorgelegten Ergebnisse beziehen sich auf subjektive Selbstaussagen von freiwilligen Studienteilnehmenden (Studie 2 und 3), sowie auf die Einstufungen der Supervisionsthemen durch die Supervisorinnen (Studie 1). Die methodologischen Aspekte sind vor diesem Hintergrund zu diskutieren.

Die Daten wurden erhoben mit standardisierten Instrumenten aus früheren Untersuchungen oder mittels Fragebögen, die auf der Grundlage theoretischer Vorannahmen für die Studien entwickelt wurden. Der Einsatz von Fragebögen sollte zunächst die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität sichern (Bortz & Döring, 1995, S. 180; Rogge, 1995, S.91). Die statistische Überprüfung der Skalenbildungen erbrachte eine interne Konsistenz in befriedigender Höhe. Dies ist als Hinweis auf die Reliabilität der Skalen und als Konvergenz mit den theoretischen Vorannahmen zu werten. Die Zusammenhänge der Einzelitems untereinander und zu anderen Skalen verweisen gleichfalls auf eine reliable Erfassung der Konstrukte. Neben den grundlegenden Kriterien der Objektivität und Reliabilität sind Validitätsaspekte von einiger Bedeutung. Dieser Umstand wird u.a. auch von Cox, Griffiths und Eusebio (2000, S.112) betont.

Die Frage nach der Validität stellt sich aus mehreren Blickwinkeln. Zunächst ist zu fragen, inwieweit die untersuchten Konstrukte durch die subjektiven Selbstaussagen hinreichend abgebildet werden. Dieser Aspekt ist bereits eingangs erwähnt worden. Ohne die gleichzeitige Erfassung subjektiver Kriterien und objektiver Kriterien ist hierzu keine begründete Aussage zu treffen. Die Wichtigkeit und zentrale Bedeutung subjektiver Kriterien wird jedoch auch von Cox, Griffiths und Eusebio (2000, S. 57) gesehen, allerdings verbunden mit der Forderung einer Hinzunahme weiterer Kriterien.

Weitere Validitätsaspekte betreffen die Validität subjektiver Aussagen an sich, sowie deren Repräsentativität. Der erste Aspekt bezieht sich auf die Frage, inwieweit die erhobenen Einstufungen einen zugrundeliegenden Zustand valide abbilden. Dies ist auch die Frage nach möglichen systematischen Einflußfaktoren auf diese Einstufungen. Beer (1998) diskutiert in diesem Kontext die Möglichkeit reaktiver Meßeffekte. Er schränkt ein, daß von wahrgenommen und berichteten Wirkungen nicht direkt und unzweifelhaft auf die "tatsächlichen" Effekte geschlossen werden könne. Berichtete Wirkungen stellten jedoch zumindest eine notwendige Voraussetzung von Effekten dar. Für das Konstrukt "Patientenzufriedenheit" haben Jacob & Bengel (2000) dies problematisiert. Interessanterweise wurde hier ein schwacher Zusammenhang zwischen Erwartungen und Zufriedenheit berichtet, insgesamt jedoch sowohl theoretische als auch empirische Mängel konstatiert. Wesentlich für die hier vorliegenden Studien ist auch der Hinweis, daß deren Fragestellungen deskriptive, evaluative und pragmatische Aspekte umfassen und die Beurteilung der in Anspruch genommenen Leistung damit lediglich als ein wichtiger Teilaspekt zu sehen ist. Bei der deskriptiven Erfassung der aktuellen Belastungen und der Erwartungen an die Supervision nehmen Zufriedenheitsaspekte und eventuelle reaktive Meßeffekte möglicherweise einen untergeordneten, zumindest jedoch anderen Stellenwert ein. Bei der Beschreibung von Belastungen könnte etwa die bloße Möglichkeit zur Artikulation einer Kritik an diesen Umständen im Vordergrund stehen. Bei der Beurteilung der Supervision könnte möglicherweise der Glaube an die Wirksamkeit der Supervision (Beer, 1998) diese Beurteilung beeinflussen. Filsinger, Schäfer, Auckenthaler und Bergold (1993) bemerken hierzu im verwandten Kontext, daß gemessen am Kriterium der Wahrhaftigkeit die Angaben der befragten Supervisanden durchaus als verlässlicher Indikator für die Perspektive der Supervisanden gewertet werden können. Als empirisches Argument für die Validität der dargestellten Ergebnisse lassen sich Verteilungscharakteristika der

Items und funktionale Zusammenhänge anführen. Zunächst zeigen weder deskriptive noch evaluative Items ausgeprägte Verteilungsauffälligkeiten, es ist jeweils eine gewisse Varianz zu verzeichnen. Daneben zeigen sich über die Items und Skalen, sowie zwischen diesen und den Merkmalen von Personen und Situationen Zusammenhänge bzw. Unterschiede, die für eine Konsistenz der Ergebnisse sprechen. Dies ist als notwendige Voraussetzung der Validität zu werten.

Das Problem der Repräsentativität zeigt sich in unterschiedlicher Form über die Studien hinweg. Die Beschreibung der Supervisionsthemen durch die Supervisorinnen (Studie 1) stellt eine Vollerhebung der durchgeführten Sitzungen dar, das Problem stellt sich damit nicht. In den beiden anderen Studien (Studie 2 und 3) kann sich ein Repräsentativitätsproblem auf mehreren Stufen stellen. Zu nennen sind hier zum einen die Teilnahme an der Supervision und zum anderen die Teilnahme an den Studien. In der Prä/Postbefragung stellte sich darüber hinaus aufgrund der vorgegebenen Anonymisierung das Problem der Personenzuordnung über die Zeit hinweg. Mögliche Selektionsstufen sind hier jeweils an eine gewisse Freiwilligkeit gekoppelt, sowohl die Teilnahme an der Supervision als auch an den Studien betreffend. Fragen nach der Repräsentativität richten sich naturgemäß auch darauf, inwiefern Supervisanden, von denen Daten vorliegen, vergleichbar sind mit Supervisanden, von denen keine Daten vorliegen und inwiefern somit eine Generalisierung auf eine Grundgesamtheit möglich ist. Dies ist gleichzeitig auch die Frage nach dieser Grundgesamtheit. Zumindest die Unterscheidungen zwischen dem Pflegepersonal insgesamt, den Supervisionsteilnehmenden und den Studienteilnehmenden ist möglich. Hinweise zur Beantwortung der Frage nach der Repräsentativität sind in der dargestellten Konvergenz mit der Literatur und den durchgeführten Vergleichen zu finden. Bereits das Untersuchungsdesign hatte auf eine Vergleichbarkeit abgezielt.

In der Katamnesestudie (Studie 3) wurden Supervisionsteilnehmende und Nichtteilnehmende verglichen. Nichtteilnehmende waren dabei auf denselben Stationen rekrutiert worden, auf denen auch Supervision durchgeführt worden war. Ziel war hierbei die Gewährleistung einer Vergleichbarkeit des strukturellen Hintergrunds. In der Prä/Poststudie (Studie 2) ließ sich aufgrund der Anonymisierung und der Freiwilligkeit der Kodierung nur ein Teil der Teilnehmenden exakt über die Termine hinweg zuordnen. Der Vergleich dieses Samples nach Zuordenbarkeit vor der Supervision (Zeitpunkt t1) erbrachte keine Hinweise auf Unterschiede zwischen den Gruppen. Insgesamt war die Anlage der Studien

auf Vergleichbarkeit ausgerichtet. Hinweise auf eine Verletzung der Vergleichbarkeit waren nicht zu identifizieren. Ein genereller Vergleich von Studienteilnehmenden mit Nicht-Studienteilnehmenden ist jedoch naturgemäß nicht möglich.

Ein letzter beachtenswerter Punkt betrifft die Anlage der Studien 2 und 3 in einem quasi-experimentellen Design (Bortz & Döring, 1995, S. 491). Randomisierte experimentelle Studien mit einer Zufallszuweisung sind innerhalb von Organisationen schwierig durchzuführen (Wottawa & Thierau, 1998, S. 126). Die Untersuchung vorgefundener natürlicher Gruppen bringt es jedoch mit sich, daß einige interessierende Variablen bzw. Prädiktoren konfundiert, die möglichen Einflußgrößen also nicht zu isolieren sind. Dies betraf unter anderem das bedingungsbezogene Merkmal Klinikzugehörigkeit und das personenbezogene Merkmal Zusatzausbildung. Beide Merkmale zeigten einen Einfluß auf das Belastungserleben, beide waren jedoch nicht unabhängig voneinander. Hier sind demnach konkurrierende oder ergänzende Interpretationen möglich.

Insgesamt erscheint auch bei Berücksichtigung der aufgeführten forschungspraktischen Kompromisse die Annahme vertretbar, daß die referierten Studien Beiträge zur Beantwortung der vorliegenden Fragestellung liefern konnten. Einzelne Mehrdeutigkeiten, etwa aufgrund von Konfundierungen oder Unklarheiten über die Richtung eines Zusammenhangs, wurden angesprochen und damit zukünftiger Forschung zugänglich gemacht.

## **9.8 Konsequenzen für die Supervision im Krankenhaus**

Abschließend werden im Folgenden methodologische und fragestellungsbezogene Konsequenzen der durchgeführten Studien im Kontext von Forschung und Praxis der Supervision im Krankenhaus dargestellt.

### **9.8.1 Konsequenzen für die Forschung**

Konsequenzen für die weiteren Forschungen ergeben sich aus den Ergebnissen der durchgeführten und dargestellten Studien. Weitere mögliche Konsequenzen liegen in einer verlagerten oder erweiterten methodischen Handhabung der sachinhärenten Probleme in der Realisierung von Studien.

Eine Ausweitung der Zielkriterien erscheint als methodologische Konsequenz insbesondere dann notwendig, wenn im Rahmen einer Supervisionsevaluation Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen angestellt werden sollen. Der Erfolg der Supervision, operationalisiert über subjektive Selbstaussagen, stellt im Kontext

einer Kosten-Nutzen-Analyse (Wottawa & Thierau, 1998, S.103) einen intangiblen Nutzen dar, der nicht direkt in einen Geldwert umzurechnen ist. Für derartige Berechnungen müßten im Sinne von Cox, Griffiths und Eusebio (2000) harte Kriterien erfaßt werden, wie Leistungsdaten, Abwesenheitstage, Krankheitstage und Gesundheitsstatus. Außerhalb des Rahmens von Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen wäre dies auch im Sinne einer konvergenten Validierung von Interesse. Dieser Forderung stehen jedoch in der Bundesrepublik Deutschland die erwähnten datenschutzrechtlichen Vorbehalte gegenüber. Sinnvoll und angeraten erscheint hier die Suche nach neuen realisierbaren Kompromissen.

Ähnlich gelagert ist die genauere Untersuchung personenbezogener differentieller Effekte. Differentielle Effekte sind notwendig an eine Zuordnung von Daten aus einem Repeated Measurement Design gebunden. Dies muß in Einklang mit einer rechtlich und institutionell vorgegebenen Anonymitätsgarantie gebracht werden. Dieses inhärente Problem ist bekannt. Lösungsmöglichkeiten werden u.a. von Wottawa & Thierau (1998, S. 152) skizziert und wurden über die freiwillige Vergabe eines Codeworts auch in einer der vorliegenden Studien realisiert. Dadurch waren immerhin 44% der Daten im Längsschnitt exakt zuzuordnen. Diese Quote ließe sich mit entsprechendem Procedere eventuell für gezielte Fragestellungen erhöhen.

Eine weitere Annäherung an experimentelle Studien durch eine Zufallszuweisung zu Gruppen mit unterschiedlichen Interventionen erscheint aus methodischen Gründen reizvoll, ist jedoch innerhalb der Institution eines Krankenhauses kaum realisierbar. Zum einen wird Supervision in natürlichen Gruppen durchgeführt, zum anderen lassen sich manche Konfundierungen, wie etwa Klinikzugehörigkeit und in Anspruch genommene Fortbildung nicht trennen. Ein Ausweg wäre hier in einer geeigneten statistischen Kontrolle bzw. einer Betrachtung innerhalb von Teilgruppen zu suchen. Beides ist jedoch an hinreichend große Fallzahlen innerhalb der interessierenden Bedingungen gekoppelt. Da natürliche Gruppen untersucht werden, lassen sich die Fallzahlen in der Praxis nicht beliebig vergrößern.

Neben diesen Erweiterungen und Verlagerungen der methodischen Ansätze sind zwei ergebnisbezogene weiterführende Fragestellungen von Interesse. Zum einen erscheint die Erfassung von Prozeßvariablen, wie Frequenz und Dauer der Supervision, Gruppengröße und -zusammensetzung, Konstanz der Teilnehmenden, Kommunikationsmuster in einzelnen Sitzungen, sowie Intersessionprozesse in feinerer Auflösung ein fruchtbarer Forschungsansatz. Für die Gruppenzu-

sammensetzung, insbesondere die Teilnahme von Ärzten, wird dies in der vorliegenden Arbeit als praktische Ableitung aufgezeigt.

Ein zweite Annäherung ist in einer vertieften Analyse von Belastungen in ihrem Verhältnis zu Beanspruchungen, sowie ihrer Abhängigkeit von moderierenden Umständen zu sehen. Im Arbeitsalltag wird sich ein gewisses Ausmaß an Belastungen kaum umgehen lassen. Wesentlich ist jedoch der Umgang mit diesen Belastungen unter Minimierung der Beanspruchung sowie die Vermeidung unnötiger Belastungen. Eine fundiertere Kenntnis dieser Zusammenhänge würde einerseits nutzbares Hintergrundwissen für die Durchführung von Supervisionen darstellen, auf der anderen Seite ließen sich daraus Hinweise für flankierende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gewinnen.

### **9.8.2 Konsequenzen für die Praxis**

Pflegende sind in Krankenhäusern mit einigen strukturellen, grundsätzlichen Schwierigkeiten und Belastungen konfrontiert, die sich nicht gänzlich ausräumen lassen. Bis zu einem gewissen Grad sind psychophysische Belastungen im Umgang mit Patienten, Kommunikationsbarrieren zwischen Pflegenden und Ärzten, Konflikte in der Zusammenarbeit innerhalb des Pflorgeteams, sowie Belastungen durch Arbeitsumfang und Arbeitsorganisation dem Beruf der Pflege immanent und daher nie ein für alle Mal lösbar. Diese Belastungen unterscheiden sich zum einen in ihrer Qualität und sind zum anderen auf verschiedenen Ebenen verankert: auf individueller Ebene, an der Schnittstelle Individuum-Organisation, sowie auf Organisationsebene. Das Belastungserleben wiederum wird moderiert von bedingungsbezogenen und personenbezogenen Faktoren. Es ist beeinflusst vom Arbeitsbereich und Tätigkeitsfeld der Pflegenden, wie auch von ihrer beruflichen Funktion und der Anzahl an Berufsjahren.

Als erste Konsequenz für die Praxis der Supervision im Krankenhaus ergibt sich aus der vorliegenden Arbeit, daß der /die Supervisorin um die Ebenen und Einflußfaktoren arbeitsassoziiierter Belastungen von Pflegenden wissen sollte. Zu Beginn und im Verlauf einer jeden Supervision müssen diese Belastungen und deren Einflußfaktoren situationsspezifisch sorgfältig identifiziert werden. Erst auf dem Hintergrund einer solchermaßen differenzierten Analyse können Ziele der Supervision explizit vereinbart, bzw. ihre Grenzen aufgezeigt werden. Die meisten Pflegenden schätzen die Möglichkeiten und Grenzen von Supervision weitgehend realistisch ein: ihre Supervisionserwartungen richten sich in erster Linie auf die Bearbeitung von Kommunikationsproblemen und Belastun-

gen an der Schnittstelle Individuum-Organisation, weniger darauf, daß Supervision den tatsächlichen Umfang der zu leistenden Arbeit faktisch verringern könnte. In den vorgelegten Studien wurde jedoch deutlich, daß auch bei „supervisionssensitiven“ Problemen bestimmte Bedingungen erfüllt sein müssen, um die angestrebten Ziele in der Supervision zu erreichen. Bei Konflikten in der Zusammenarbeit mit Ärzten war die Diskrepanz zwischen den recht hohen Supervisionserwartungen und den eher mäßigen Beurteilungen des diesbezüglichen Supervisionsnutzens augenfällig. Dies ist darauf zurückzuführen, daß die Teilnahme von Ärzten an der Supervision, selbst wenn Kommunikationsprobleme zwischen den Berufsgruppen aus Sicht der Pflegenden im Vordergrund der Belastungen standen, nicht immer die Regel war.

Daraus ergibt sich eine weitere Konsequenz für die Supervision im Krankenhaus: bei Konflikten zwischen den Berufsgruppen ist es für die Effektivität einer Supervision unerläßlich, alle Konfliktparteien an einen Tisch zu holen, auch wenn sich die Teilnahme der Ärzte aus zeitlichen oder organisatorischen Gründen schwierig gestaltet. Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der zunehmenden ökonomischen Beschränkungen im Krankenhaus ist es notwendig, nicht nur den Auftrag an die Supervision und mögliche Problembereiche genau zu analysieren, sondern in der Supervision unter Mitwirkung aller Beteiligten thematisch fokussiert und zügig zu arbeiten.

Dies führt zu der nächsten praktischen Konsequenz: Supervision im Krankenhaus sollte möglichst niederschwellig angeboten werden, um zeitnah und bedarfsgerecht zum Einsatz zu kommen. Hier spielen Aspekte der Bekanntheit, der Kosten, der Zeit und der praktischen Verfügbarkeit eine Rolle. Über die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision sollten alle Pflegenden im Krankenhaus informiert sein, was neben einer beständigen und langfristigen Öffentlichkeitsarbeit auch die ideelle Unterstützung des Angebots durch die Vorgesetzten erfordert. Die Supervision sollte für die Pflegenden kostenlos und mit geringem organisatorischem Aufwand zugänglich sein und auf die Arbeitszeit angerechnet werden.

Wie die vorgelegten Studien zeigen, beurteilen Pflegende Supervision als wirksame Unterstützung im Krankenhausalltag. Und trotz der aufgeführten methodischen Einwände (Jacob & Bengel, 2000) darf das Kriterium der Kundenzufriedenheit bei der Messung der Qualität von Dienstleistungen wie Supervision nicht unterschätzt werden.

Auf Supervisorenmenseite wichtig sind Kontinuität und Unabhängigkeit, Kriterien, die in Freiburg gegeben sind. Damit Pflegende eine Supervision konstruktiv und effektiv für ihre Arbeit nutzen, ist Vertrauen erforderlich. Eine gewisse personelle Konstanz der Supervisorinnen ist die Voraussetzung dafür, daß Pflegende sie und ihre Arbeitsweise im Laufe der Zeit kennen lernen können. Studie 3 zeigte, daß Pflegende erst auf dem Hintergrund solch praktischer Erfahrungen Supervision bei Bedarf zeitnah anfordern. Unabhängigkeit der Supervisorin bedeutet, daß sie auch bei einem klinikinternen Dienst nicht der gleichen Personalhierarchie angehören darf, wie die Supervisanden. Eine Supervisorin für den Pflegebereich sollte demnach nicht der Pflegedirektion unterstellt sein. In kleineren Krankenhäusern ist eine völlige strukturelle Unabhängigkeit möglicherweise eher durch externe Supervisoren als durch einen klinikinternen Dienst zu realisieren.

In jedem Fall sollten Supervisionsdienste auf die besonderen Verhältnisse im jeweiligen Krankenhaus zugeschnitten und Supervision in den Kontext der Personalentwicklung oder betrieblichen Gesundheitsförderung eingebettet sein. Im Freiburger Klinikum setzen deren verschiedene Maßnahmen im Sinne der Verhaltens- und der Verhältnisprävention auf je unterschiedlichen Ebenen an - vom Individuum bis hin zur Organisation - und ergänzen einander. Die vorliegenden Studien deuten etwa auf gewisse Gemeinsamkeiten in der Inanspruchnahme von Fortbildungsmaßnahmen und Fachpflegeweiterbildungen auf der einen und Supervision auf der anderen Seite. Während Supervision auf Teamebene, an der Schnittstelle Individuum-Organisation, häufig der Vermeidung von Streß und Konflikten (präventive Funktion), sowie der Konfliktbewältigung dient (korrektiv/restaurative Funktion), fördert sie, ähnlich wie auch Fort- und Fachweiterbildungen, auf individueller Ebene die Freisetzung von Kompetenzen und Stärkung von Ressourcen (formativ/integrative Funktion). Andererseits ist Supervision nicht das Mittel der Wahl zur Bearbeitung persönlichkeitsbedingter psychischer Schwierigkeiten einzelner Krankenschwestern und -pfleger, obschon sich solche Problematiken durchaus negativ auf die Arbeit eines ganzen Teams auswirken können. Sofern es an Krankenhäusern ein gewisses Beratungs- und Unterstützungsnetz gibt, dessen Dienste miteinander kooperieren, kann Supervision nach Bedarf steuernd eingreifen und entsprechende Handlungsempfehlungen geben.

Als Konsequenz für die Supervision im Krankenhaus ist in Übereinstimmung mit der Literatur (u.a. Borsi, 1997, S. 133) die systematische und strukturierte Einordnung aller vorhandenen Personalentwicklungsmaßnahmen in eine explizi-

te Gesamtkonzeption der Personalentwicklung eines Krankenhauses zu fordern. Entsprechende Schritte werden gegenwärtig am Freiburger Klinikum realisiert. Seit kurzem arbeiten alle bestehenden Dienste zur Personalentwicklung und Gesundheitsförderung in einer Steuerungsgruppe daran, die bestehenden Angebote bestmöglich zu vernetzen und zielführend weiter zu entwickeln. Im Rahmen der gemeinsam angestrebten zukunftsorientierten Personalentwicklungsplanung mit Verhaltens- und Verhältnisprävention steht die Supervision dabei für eine Maßnahme, die sich sowohl auf personenbezogener Ebene wie auch an der Schnittstelle Individuum-Organisation als wirkungsvoll und hilfreich erweist.

## Literaturverzeichnis

- Andrew, L. B. (1999). Conflict Management, Prevention, and Resolution in Medical Settings. The Physician Executive, 25, 38-44.
- Badura, B., Hurrelmann, K., & Laaser, U. (1993). System Krankenhaus. Arbeit, Technik, Patientenorientierung. Weinheim: Juventa.
- Badura, B., Münch, E., & Walter, U. (2002). Erfolgsfaktoren und Prüfpunkte zur Implementierung eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In Vereinte Dienstleistungsgesellschaft (Ed.), Drehbuch für erfolgreiche Projekte zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement (pp. 26-34). Berlin: Würth.
- Bamberg, E. & Ducki, A. (1998). Handbuch betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Battmann, W. & Schönplugh, W. (1999). Bewältigung von Streß in Organisationen. In K.H.Sonntag (Ed.), Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien (2 ed., pp. 245-260). Göttingen: Hogrefe.
- Bauer, A. & Bauer, U. (1990). Macht und Kränkung als Korrelate pflegender Berufe. In H.Pühl (Ed.), Handbuch der Supervision (pp. 464-476). Berlin: Ed. Marhold.
- Bauer, J., Häfner, S., Kächele, H., Wirsching, M., & Dahlbender, R. W. (2003). Burnout und die Wiedergewinnung seelischer Gesundheit am Arbeitsplatz. PPmP Psychother. Psychosom.Med.Psychol., 53, 213-222.
- Beer, T. (1998). Evaluation von Supervision. In P.Berker & F. Buer (Eds.), Praxisnahe Supervisionsforschung (pp. 99-129). Münster: Deutsche Gesellschaft für Supervision.
- Beermann, B., Ertel, M., Freude, G., Höpfner, I., Heinze, W., Junghanns, G., Kamps, H.-H., Koßmann, J., Kuhn, K., Lazarus, H., Müller-Arnecke, H., Richter, G., Tatusch, W., Ullsperger, P., Weißgerber, B., & Zeller, I. (2002). Stress im Betrieb - Handlungshilfen für die Praxis. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Belardi, N. (1996). Supervision: Eine Einführung für soziale Berufe. Frbg. i. Br.: Lambertus.
- Bengel, J. & Koch, U. (1988). Evaluationsforschung im Gesundheitswesen. In U. Koch, G. Lucius-Hoene, & R. Stegie (Eds.), Handbuch der Rehabilitationspsychologie (pp. 321-349). Berlin: Springer-Verlag.

- Bengel, J. & Bürhle, B. (1991). Aufgaben und Fragestellungen der Evaluation. In Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V. (Ed.), Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen (pp. 6-13). Bonn.
- Berker, P. (1994). Externe Supervision - Interne Supervision. In H. Pühl (Ed.), Handbuch der Supervision 2 (pp. 344-352). Berlin: Ed. Marhold.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (1998). Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen. Grundlagen der Prävention, 5.
- Borsi, G. M. (1997). Neue Fragen zum Begriff "Personalentwicklung" im Krankenhaus. In H.W. Hoefert (Ed.), Führung und Management im Krankenhaus (pp. 111-146). Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin: Springer.
- Bortz, J. (1999). Statistik für Sozialwissenschaftler. Berlin ; Heidelberg: Springer.
- Böninger, C. (1995). Supervision für Pflegekräfte: Psychohygiene oder mehr? (1.Teil). Pflege, 8, 37-42.
- Böninger, C. (1995). Supervision für Pflegekräfte: Psychohygiene oder mehr? (2.Teil). Pflege, 8, 107-112.
- Buer, F. (2001). Zukunft der Arbeit - Zukunft der Supervision. Supervision 49-53.
- Bungard, W. & Antoni, C. H. (2004). Gruppenorientierte Interventionstechniken. In H. Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 439-473). Bern: Huber.
- Bungard, W. (2004). Organisationspsychologische Forschung im Anwendungsfeld. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch Organisationspsychologie (3 ed., pp. 121-142). Bern: Huber.
- Büssing, A. (1992). Ausbrennen und Ausgebranntsein - Theoretische Konzepte und empirische Beispiele zum Phänomen "Burnout". Psychosozial, Schwerpunktthema "Arbeit und Gesundheit", Bd.52, 15.
- Büssing, A. & Perrar, K. M. (1992). Die Messung von Burnout. Untersuchung einer deutschen Fassung des MBI-D. Diagnostica, 38, 328-353.
- Büssing, A. (1993). Analyse von Qualifikationsanforderungen in der Krankenpflege. In B.Badura, K. Hurrelmann, & U. Laaser (Eds.), System Krankenhaus. Arbeit, Technik, Patientenorientierung (pp. 100-121). Weinheim: Juventa.
- Büssing, A., Barkhausen, M., & Griffiths, A. (1998). Die Analyse von Schnittstellen im Krankenhaus am Beispiel Kooperation und Kommunikation. (Vols. 30) München: Technische Universität; Lehrstuhl für Psychologie.

- Büssing, A., Giesenbauer, B., Glaser, J., & Höge, T. (2000). Ambulante Pflege: Arbeitsorganisation, Anforderungen und Belastungen. Dortmund/Berlin: Wirtschaftsverlag NW.
- Büssing, A. (2004). Organisationsdiagnose. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 557-599). Bern: Huber.
- Clegg, A. (2001). Occupational stress in nursing: a review of the literature. Journal of Nursing Management, 9, 101-106.
- Couchan, D. (1999). Stress, les voies de la recherche et de la prévention. Objectif Prévention, 22, 24-25.
- Cox, T., Griffiths, A., & Eusebio, R.-G. (2000). Research on Work-related Stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Dahmen-Fischer, U. (1992). Psychologische Interventionen zur Reduktion von Streß und Burnout in der onkologischen Krankenpflege. Frankfurt a. M., Wien: Lang.
- DAK-BGW (2000). Gesundheitsreport 2000: Krankenpflege. Arbeitsbedingungen und Gesundheit von Pflegekräften in Deutschland. Hamburg: BGW.
- Degenhardt, C. (1994). Möglichkeiten und Grenzen der Supervision im Allgemeinkrankenhaus. In H.Pühl (Ed.), Handbuch der Supervision 2 (pp. 242-253). Berlin: Ed. Marhold.
- Eckhardt, U., Hoffmann, M., Kaldenkerken, C., LOrenzen, I., & Spenner-Güc, A. (2001). Dialogisches Qualitätsmanagement - ein Modell für die supervisorische Praxis. Supervision, 3, 43-52.
- Ehmer, S. (1998). Supervision mit Krankenschwestern und Pflegern in der stationären Psychotherapie. Supervision, 33, 102-118.
- Eichhorn, S. & Schmidt-Rettig, B. (1995). Mitarbeitermotivation im Krankenhaus. Gerlingen: Bleicher.
- Engel, R. R., Knab, B., & Doblhoff-Thun, G. v. (1983). Stationsbeurteilungsbogen und -Manual. Weinheim: Beltz.
- Ernst, M. (1994). Auswirkungen des reaktivierenden Pflegeprinzips auf Patienten in Langzeitbetreuung. GQMG-Newsletter, 1, 16-18.
- European Agency for Safety and Health at Work (2002). How to Tackle Psychosocial Issues and Reduce Work-related Stress. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Fatzer, G. & Eck, D. (1990). Supervision und Beratung. Ein Handbuch. Köln: Ed. Humanistische Psychologie.

- Filsinger, D., Schäfer, J., Auckenthaler, A., & Bergold, J. (1993). Supervision in der AIDS-Arbeit. Berlin.
- Friesacher, H. (1993). Psychosoziale Belastungen des Intensivpflegepersonals. Ursachen – Auswirkungen – Lösungsansätze. Teil 1. Intensiv 34-40.
- Friesacher, H. (1993). Psychosoziale Belastungen des Intensivpflegepersonals. Ursachen – Auswirkungen – Lösungsansätze. Teil 2. Intensiv 74-79.
- Fröschl, M. (1999). Gesundheitsmanagement 2000: Kooperation als Weg zur Qualität in der Gesundheitsförderung. Pflegemanagement 5-9.
- Galuschka, L., Hahl, B., Neander, K. D., & Osterloh, G. (1993). Die Zukunft braucht Pflege. Berlin: Mabuse Verlag.
- Gebert, H. O. (2004). Organisationsentwicklung. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 601-615). Bern: Huber.
- Genz, H. O. (1999). Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren - ein Modell. In F.Hofmann, G. Reschauer, & U. Stöbel (Eds.), Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Band 12 (pp. 48-52). Freiburg: Edition FFAS.
- Gotthard-Lorenz, A. (2002). Müssen wir das Rad immer wieder neu erfinden? Bedeutungen der Feldkompetenz. Supervision 15-20.
- Gross, W. & Meidinger, H. Supervision und Coaching durch Psychologinnen und Psychologen. Projektgruppe Supervision und Coaching. 2002. Berlin, Bund Deutscher Psychologinnen und Psychologen.
- Grossmann, R. (1997). Supervision im Krankenhaus. In K.Scala & R. Grossmann (Eds.), Supervision in Organisationen (pp. 159-198). Weinheim und München: Juventa.
- Grusdat, M., Wolters, P., Domscheit, S., & Robert-Bosch-Stiftung (1993). Pflegeförderung: zur Situation in der Bundesrepublik Deutschland. Gerlingen: Bleicher.
- Gusy, B. (1995). Stressoren in der Arbeit, Soziale Unterstützung und Burnout. München: Profil.
- Hacker, W., Merboth, H., Walter, A., & Böger, S. (1997). Einfluß der Arbeitsorganisation in Krankenhäusern der neuen Bundesländer auf die psychischen Anforderungen, die Beanspruchung und das Wohlbefinden des Pflegepersonals. Dresden: TU Dresden.
- Hacker, W. & Reinhold, J. (1998). Beanspruchungsanalysen bei Pfl egetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorgansatorischer Verbesserungsmöglichkeiten. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 52, 7-11.

- Hahn, M. & Hering, R. (1994). Personalauswahl und Personalentwicklung. In E.Gros (Ed.), Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (pp. 273-298). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Hartmann, A. (1991). Supervisionsgruppen für Krankenpflegepersonal und Stationsteams: Ergebnisse einer Dokumentation. Vortrag. 35. Arbeitstagung des DKPM. In Heidelberg.
- Hartmann, A., Murjahn, B., Bay, T., Fritzsche, K., Gallisch, M., Scheidt, C., Stein, B., Weidmann, W., Wirsching, M., & Wittich, A. (1993). Supervisionsgruppen mit Krankenpflegepersonal und Stationsteams: Ergebnisse einer empirischen Untersuchung. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 30, 144-161.
- Hasselhorn, H. M., Müller, B. H., & Tackenberg, P. (2002). Nurses Early Exit Study. [www.next-study.net](http://www.next-study.net) [On-line].
- Hennch, Ch., Werner, A., Linderkamp, O., Jansen, C., Verveur, D., Rusch, S., & Herzog, W. (1999). Vergleichende Evaluation von dezentraler stationsgebundener Qualitätssicherung und Stationsteam-Supervision. In F. Kröger & E. R. Petzold (Eds.), Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik: Konzepte systemischen Denkens und ihr Nutzen für die Psychosomatische Medizin (pp. 314-325). Frankfurt: Verlag Akademischer Schriften.
- Herschbach, P. (1991). Psychische Belastungen von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: Ed Medizin VCH.
- Herschbach, P. (1991). Streß im Krankenhaus - die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. Psychother.Psychosom.Med.Psychol., 41, 176-186.
- Hofmann, F. (1997). Betriebsarzt im Krankenhaus. Landsberg/Lech: ecomed.
- Holling, H. & Liepmann, D. (2004). Personalentwicklung. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 345-383). Bern: Huber.
- Jacob, G. & Bengel, J. (2000). Das Konstrukt Patientenzufriedenheit: eine kritische Bestandsaufnahme. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 48, 280-301.
- Jacobson, G. & McGrath, H. (1983). Nurses under stress. New York Wiley.
- Kauffeld, S. (2001). Teamdiagnose. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Klimpel, M. (1999). Qualitätszirkel im Krankenhaus und im Industrieunternehmen: eine arbeits- und organisationspsychologische Evaluations- und Vergleichsstudie. Freiburg: Unveröffentl. Dipl. Arb. Univ. Freiburg.
- Koch, U., Kawski, S., & Lecher, S. (2000). Optimierung kommunikativer Abläufe im Krankenhaus. In M.Härter & U. Koch (Eds.), Psychosoziale Dienste im Krankenhaus (pp. 64-74). Göttingen: Verlag Angewandte Psychologie.

- Kristensen, T. S. & Smith-Hansen, L. (1997). Forskningens rolle i ændringer af psykosocialt arbejdsmiljø. In B.Guldvoq (Ed.), Helsepersonnellets arbejdsmiljø og jobtilfredshet (pp. 179-198). Oslo: Heltef.
- Kristensen, T. S. (1999). Why do Nurses have Stress? A historical Analysis of the Danish Experience. Vortrag auf der 4th International Conference on Occupational Health of Health Care Workers. In Montreal, Canada.
- Kühne, A. (1997). Supervision - ein Beitrag zur beruflichen Weiterbildung und Organisationsentwicklung in Kliniken. In H.W.Hoefert (Ed.), Führung und Management im Krankenhaus (pp. 169-183). Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Lamarre, S. (1999). L'épuisement au travail: le prévenir et le gérer. Objectif Prévention, 22, 3-6.
- Le Blanc, P., Peters, M. C., Büssing, A., & Schaufeli, W. (1999). Organizational Psychology and Health Care: European Contributions. München: Hampp.
- Leppers, M. Berufsbild Supervisor/in. 2003. Köln, Deutsche Gesellschaft für Supervision
- Levi, L. (2002). Stress am Arbeitsplatz - ein Leitfaden. Brüssel: Europäische Kommission Beschäftigung und Soziales.
- Loch, W. (1975). Über Begriffe und Methoden der Psychoanalyse. Bern, Stuttgart, Wien: Huber.
- Löser, A. (1998). Hilfe - ich brenne! Pflegezeitschrift 681-686.
- Ludden, J. (1999). So, What's the Problem? The Physician Executive, 25, 24-31.
- Lukesch, H. & Bauer, M. (1991). Tätigkeitsanalyse, Arbeitsbelastungen und Berufszufriedenheit von Beschäftigten im Pflegebereich der stationären Psychiatrie. Regensburg: Psychologisches Institut.
- Marcus, L. J. (1999). Renegotiating Healthcare: Resolving Conflict to Build Collaboration. San Francisco: Jossey -Bass.
- Mark-Stemberger, B. (1994). Voraussetzung, Möglichkeiten und Grenzen der Supervision und Beratung an Klinikstationen. Ein Werkstattbericht. Psychologie in der Medizin 23-25.
- McGrath, H. M. (1983). Consultation in stress management. In S.Jacobson & H. McGrath (Eds.), Nurses under stress (pp. 252-268). New York: Wiley.
- Miller, M. (1999). Instilling a Mediation-Based Conflict Resolution Culture. The Physician Executive, 25, 45-51.
- Möller, H. (2001). Was ist gute Supervision? Grundlagen - Merkmale - Methoden. Stuttgart: Klett-Cotta.

- Murjahn, B. (1991). Supervisionsgruppen für Krankenpflegepersonal und Stationsteams: Erfahrungen im Univ.-Klinikum Freiburg. Vortrag. 35. Arbeitssitzung des DKPM. In Heidelberg.
- Muthny F.A., Küchenmeister, U., & Ziemer, P. (1998). Psychosoziale Belastungen und Arbeitszufriedenheit onkologischer Pflegekräfte. Pflege 281-285.
- Muthny, F. A. (1993). Psychosoziale Fortbildung und Supervision für Pflegepersonal in der Onkologie. Ziele - Konzeptionen - Arbeitsformen. In R.Schwartz & S. Zettl (Eds.), Praxis der psychosozialen Onkologie. Versorgungsangebote für häusliche Pflege (pp. 103-121). Heidelberg: Verlag für Medizin.
- Müller-Kohlenberg, H. & Beywl, W. (2002). Standards der Selbstevaluation. [www.degeval.de/ak\\_soz/index.htm](http://www.degeval.de/ak_soz/index.htm) [On-line].
- Müller, B. & Münch, E. (1993). Gesundheitszirkel als Beteiligungs- und Gestaltungsmodell. In B.Badura, K. Hurrelmann, & U. Laaser (Eds.), System Krankenhaus. Arbeit, Technik, Patientenorientierung (pp. 322-336). Weinheim: Juventa.
- Müller, B., Münch, E., & Badura, B. (1997). Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung im Krankenhaus. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln als Beteiligungs- und Interventionsmodell. Weinheim: Juventa.
- Müller, D. (2000). Interdisziplinäre Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Dr.med.Mabuse, 126, 60-64.
- Müller, H. E. (1991). Marketing- und Führungsinstrumente im Krankenhaus. Das Krankenhaus 12-20.
- Müller, M. (1996). Leistungsförderliche Arbeitsgestaltung im Pflegebereich der Krankenhäuser. In M.Müller (Ed.), Personalmanagement im "Unternehmen" Krankenhaus (pp. 134-152). Wien: Manz.
- Müller, M. (1996). Personal im Krankenhaus: Über die real abwesende Auseinandersetzung mit menschlicher Leistungsfähigkeit im Spital. In M.Müller (Ed.), Personalmanagement im "Unternehmen" Krankenhaus (pp. 14-29). Wien: Manz.
- Oppholzer, A. (1995). Organisationsentwicklung im Diakonie Krankenhaus "Alte Eichen". Teil 1. Berichte zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Hamburg: BGW.
- Oppholzer, A. (1997). Organisationsentwicklung im Diakonie Krankenhaus "Alte Eichen". Teil 2. Berichte zur Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Hamburg: BGW.
- Orendi, B., Weyermann, V., & Guentert, B. (1988). Arbeitssituation des Pflegepersonals unter der Lupe. Teil 1. Schweizer Spital, 8, 15-19.

- Orendi, B., Weyermann, V., & Guentert, B. (1988). Arbeitssituation des Pflegepersonals unter der Lupe. Teil 2. Schweizer Spital, 8, 27-30.
- Pelikan, J. M. & Halbmayer, E. (1999). Gesundheitswissenschaftliche Grundlagen zur Strategie des gesundheitsfördernden Krankenhauses. In J.M.Pelikan & S. Wolff (Eds.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus - Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (pp. 13-36). Weinheim: Juventa.
- Petermann, F. (1995). Kontrollierte Praxis. In R.Jaeger & F. Petermann (Eds.), Psychologische Diagnostik - ein Lehrbuch (pp. 147-154). Weinheim: Beltz.
- Pfaff, H. (1997). Das lernende Krankenhaus. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5, 323-342.
- Pichler, O. (1996). Coaching im Krankenhaus. In M.Müller (Ed.), Personalmanagement im "Unternehmen" Krankenhaus (pp. 177-192). Wien: Manz.
- Prager, S. (1996). Psychische und physische Arbeitsbelastung und -beanspruchung von Krankenpflegepersonal. Die Schwester, der Pfleger, 6, 560-568.
- Proctor, B. (1991). On being a trainer. In W.Dryden & B. Thorne (Eds.), Training and Supervision for Counselling in Action (pp. 49-73). London: Sage.
- Proctor, B. (2000). Group supervision: a guide to creative practice. London: Sage.
- Pühl, H. (1990). Handbuch der Supervision. Berlin: Ed. Marhold.
- Pühl, H. (1994). Handbuch der Supervision 2. Berlin: Ed. Marhold.
- Pühl, H. (1996). Supervision in Institutionen. Frankfurt: Fischer TB.
- Quaas, W., Kubitscheck, S., & Thiele, L. (1997). Betriebliche Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung und Unternehmenskultur. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 5, 208-238.
- Ramme, M. (1998). Qualitätszirkelarbeit und Supervision. In D.Eck (Ed.), Supervision in der Psychiatrie (pp. 276-287). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Rappe-Giesecke, K. (1998). Kommunikative Supervisionsforschung. In P.Berker & F. Buer (Eds.), Praxis der Supervisionsforschung (pp. 237-242). Münster: Deutsche Gesellschaft für Supervision.
- Rasky, E. (1997). Bridge over troubled waters. Teamsupervision und Qualitätsmanagement im Krankenhaus. Psychologie in der Medizin, 8, 36-41.

- Reece, R. L. (1999). Renegotiating Health Care. An Interview with Leonard Marcus, MD. The Physician Executive, 24, 18-23.
- Richter, G. (2000). Psychische Belastung und Beanspruchung. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Rieder, K. (1999). Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Belastungen in der Krankenpflege. Weinheim und München: Juventa.
- Rieder, K. (2000). "Irgendwie ist man erpressbar". Spezifische Belastungen in der Krankenpflege. OSC-Organisationsberatung-Supervision-Clinical-Management. 2000; 7(2): 135-144.
- Rogge, K.-E. & Bürgy, R. (1995). Methodenatlas. Berlin: Springer.
- Rosenstiel, L. v. (1999). Entwicklung von Werthaltungen und interpersonaler Kompetenz - Beiträge der Sozialpsychologie. In K.H.Sonntag (Ed.), Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien (2 ed., pp. 99-122). Göttingen: Hogrefe.
- Rosenstiel, L. v. (2000). Grundlagen der Organisationspsychologie: Basiswissen und Anwendungshinweise. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.
- Rosenstiel, L. v. (2004). Kommunikation in Arbeitsgruppen. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 387-413). Bern: Huber.
- Rosenthal, R. (1985). Designing, Analyzing, Interpreting and Summarizing Placebo Studies. In L.White, R. Schwartz, & B. Tursky (Eds.), Placebo. Theory, Research and Mechanism. (pp. 110-136). New York: Guilford Press.
- Rout, U. R. (2000). Stress among district nurses: a preliminary investigation. Journal of Clinical Nursing, 9, 303-309.
- Sanders, J. R. (2000). Handbuch der Evaluationsstandards. Opladen.
- Scheuch, K., Szadkowski, D., Piekarski, C., Schiele, O., Kochan, F., Giesen, T., & Maintz, G. (1999). Positionen zu arbeitsmedizinischer Forschung und Praxis im Zusammenhang mit psychomentaler Belastung und Beanspruchung im Beruf. Zbl Arbeitsmedizin, 49, 362-366.
- Scheuch, K. (2001). Psychomentale Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. In F.Hofmann, G. Reschauer, & U. Stöbel (Eds.), Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst. Band 14 (pp. 172-179). Freiburg: Edition FFAS.
- Schlüter, G. (1992). Berufliche Belastungen in der Krankenpflege. Melsungen: Bibliomed.
- Schmelting-Kludas, C. (1993). Die Arzt-Patient-Beziehung im Stationsalltag. Weinheim: VCH Verlagsgesellschaft.

- Scholl, W. (2004). Grundkonzepte der Organisation. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 515-555). Bern: Huber.
- Scholz, H. (1999). Kommunikation im Gesundheitswesen: Handbuch zur Konfliktvermeidung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schreyögg, A. (1999). Methodische Anleihen bei erlebnis- und handlungsorientierten Psychotherapieverfahren für das Coaching. In Coaching. Eine Einführung für Praxis und Ausbildung (pp. 248-275). Frankfurt: Campus.
- Schreyögg, A. (1992). Supervision - ein integratives Modell. Lehrbuch zu Theorie und Praxis. (2 ed.) Paderborn: Junfermann.
- Schreyögg, A. (1998). Coaching in Kliniken - eine professionelle Alternative zur Supervision. In D.Eck (Ed.), Supervision in der Psychiatrie (pp. 288-300). Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Schuler, H. (2004). Lehrbuch der Organisationspsychologie. (3 ed.) Bern: Huber.
- Schüpbach, H. (1989). Arbeits- und Organisationspsychologische Konzepte der Arbeitstherapie in der psychiatrischen Klinik. Bern: Peter Lang.
- Schüpbach, H. (1998). Wegleitung zum Studium der Arbeits- und Organisationspsychologie. Freiburg: Unveröffentl. Studienfachführer der Universität.
- Schüpbach, H. & Zölch, M. (2004). Analyse und Bewertung von Arbeitstätigkeiten. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 197-219). Seattle: Huber.
- Schwarz-Govaers, R. (1997). Schlüsselqualifikationen – eine Herausforderung an das Krankenhausmanagement. In H.W.Hoefert (Ed.), Führung und Management im Krankenhaus (pp. 147-168). Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schwarzer, R. (1987). Meta-Analysen: Methodik, Anwendungsbeispiel und Computerprogramm. Berlin: Institut für Psychologie.
- Siders, C. T. & Aschenbrenner, C. A. (1999). Conflict Management Checklist: A Diagnostic Tool for Assessing Conflict in Organizations. The Physician Executive, 25, 32-37.
- Sonntag, K. H. (1998). Personalentwicklung "on the job". In M.Kleinmann & B. Strauss (Eds.), Potentialfeststellung und Personalentwicklung (pp. 175-197). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Sonntag, K. H. & Schaper, N. (1999). Förderung beruflicher Handlungskompetenz. In K.H.Sonntag (Ed.), Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien (2 ed., pp. 211-244). Göttingen: Hogrefe.
- Sonntag, K. H. (1999). Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien. (2 ed.) Göttingen: Hogrefe.

- Sonntag, K. H. (1999). Personalentwicklung - ein Feld psychologischer Forschung und Gestaltung. In K.H.Sonntag (Ed.), Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien (2 ed., pp. 15-32). Göttingen: Hogrefe.
- Sotile, W. & Sotile, M. (1999). How to Shape Positive Relationships in Medical Practices and Hospitals. The Physician Executive, 25, 57-61.
- Stöbel, U., Hofmann, F., Durringer, C., Schüllner, A., & Heyden, U. v. (1991). Subjektives Belastungserleben in der Krankenpflege aus medizinsoziologischer Sicht. In K.Landau (Ed.), Arbeitsbedingungen im Krankenhaus und Heim. Bericht über ein Symposium. Im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit, Familie und Sozialordnung (pp. 141-158). München: Verlagsanstalt München.
- Studt, J. (1994). Systemische Beratung als Mittel der Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen. In E.Gros (Ed.), Anwendungsbezogene Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie (pp. 403-436). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Teasdale, K., Brocklehurst, N., & Thom, N. (2001). Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study. Journal of Advanced Nursing, 33, 216-224.
- Thierau, H. (1991). Analyse und empirische Überprüfung wissenschaftlicher Evaluationskonzepte in der betrieblichen Weiterbildung. Bonn: Psych. Diss. Univ. Bonn.
- Thierau, H., Stangel-Meseke, M., & Wottawa, H. (1999). Evaluation von Personalentwicklungsmaßnahmen. In K.H.Sonntag (Ed.), Personalentwicklung in Organisationen. Psychologische Grundlagen, Methoden und Strategien (2 ed., pp. 261-286). Göttingen: Hogrefe.
- Tintori, R. & Estryn-Behar, M. (1999). Communications: où, quand, comment? Objectif Prévention, 22, 27-29.
- Ulich, E. (1998). Arbeitspsychologie. (4 ed.) Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Ulich, E. (2004). Gestaltung von Arbeitstätigkeiten. In H.Schuler (Ed.), Lehrbuch der Organisationspsychologie (3 ed., pp. 221-251). Bern: Huber.
- Walther, M. & Walther, A. (1998). Qualitätszirkel im Krankenhaus: gestalten - organisieren - moderieren. Ulm: Fischer.
- Weber, H. & Kirsch, H. (2000). Eine "gemeinsame Wirklichkeit herstellen". Das Dreifunktionen-Modell zur Unterstützung der kommunikativen Kompetenz von Pflegenden. Pflegemanagement 115-131.
- Weber, S. (1999). Supervision in der Pflege. Professionalisierung-Qualitätssicherung-Reflexion. Pflegemanagement 43-47.

- Weber, S. (1999). Supervision - Organisationssupervision - Organisationsberatung. ID:EAS: European Association for Supervision 8-9.
- Weigand, W. (1994). Teamsupervision: Ein Grenzgang zwischen Supervision und Organisationsberatung. In H.Pühl (Ed.), Handbuch der Supervision 2 (pp. 112-131). Berlin: Ed. Marhold.
- Werner, A. & Hennch, Ch. (1996). Stationsteam-Supervision in der Medizinischen Klinik. Abschlußbericht des Pilotprojekts am Klinikum der Universität Heidelberg 1996. Heidelberg: unveröffentlicht.
- Werner, A. & Hennch, Ch. (1998). Evaluation von Stationsteamsupervision in der Inneren Medizin. In C.Hennch, A. Werner, & G. Bergmann (Eds.), Formen der Supervision: Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext (pp. 125-139). Frankfurt am Main: Verlag Akademischer Schriften.
- Werner, A. (1998). Evaluation von Stationsteam-Supervision. Deutsches Ärzteblatt, 95, 601-602.
- Weyermann, U. (1990). Die Arbeitssituation des Pflegepersonals - Strategien zur Verbesserung. Pflege 119-130.
- Widauer, H. (1994). Institutionssupervision durch ein Team von Supervisoren. Projekt Supervision im Krankenhaus. Forum Supervision, 2, 97-110.
- Widauer, H. (1998). Externe Supervisoren als Team im Krankenhaus. In C.Hennch, A. Werner, & G. Bergmann (Eds.), Formen der Supervision: Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext (pp. 112-124). Frankfurt am Main: Verlag Akademischer Schriften.
- Widmer, M., Heim, E., & Augustiny, K. F. (1990). Stress und Arbeitszufriedenheit beim Pflegepersonal. In F.Hofmann & U. Stöbel (Eds.), Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst 4 (pp. 173-179). Stuttgart: Gentner Verlag.
- Williamson, G. R. & Dodds, S. (1999). The effectiveness of a group approach to clinical supervision in reducing stress: a review of the literature. Journal of Clinical Nursing, 8, 338-345.
- Wirsching, M. & Scheib, P. (2002). Vom Erstkontakt zum Behandlungsabschluss. In Paar- und Familientherapie (pp. 145-195). Berlin: Springer.
- Wittich, A., Hartmann, A., & Murjahn, B. (1996). Solving Conflict in the Ward. Nursing Times, 92, 40-42.
- Wittich, A., Murjahn, B., & Dieterle, W. (1998). Konfliktlösung auf Stationen: Supervisionsdienst für Pflegepersonal und Stationsteams. In C.Hennch, A. Werner, & G. Bergmann (Eds.), Formen der Supervision: Supervisionskonzepte und Praxis im Klinikkontext (pp. 99-111). Frankfurt am Main: Verlag Akademischer Schriften.

- Wittich, A., Schumacher, C., Dieterle, W., & Wirsching, M. (1998). Prävention und Bewältigung psychischer Belastungen im Krankenhaus. In E.Hallier & J. Bünger (Eds.), Dokumentationsband über die 38. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin e.V. Wiesbaden 11.-14.5.98 (pp. 153-156). Fulda: Rindt Druck.
- Wittich, A. (1999). Krankenpflege zwischen Macht und Kränkung. Supervisionserfahrungen an einem Klinikum der Maximalversorgung. Die Schwester, der Pfleger 1044-1048.
- Wittich, A. (2000). La résolution des conflits dans les départements. Groupes de soutien psychologiques pour les équipes de travail. Objectif Prévention, 23, 8-11.
- Wittich, A. (2002). An occupational health service activity supporting nurses in coping with work related stress. In I.Ohlsson (Ed.), Women, Work an Health (pp. 156-157). Stockholm: National Institute of Working Life.
- Wolff, S. (1999). Organisationswissenschaftliche Grundlagen: Das Krankenhaus als Organisation. In J.M.Pelikan & S. Wolff (Eds.), Das gesundheitsfördernde Krankenhaus - Konzepte und Beispiele zur Entwicklung einer lernenden Organisation (pp. 37-50). Weinheim: Juventa.
- Wottawa, H. & Thierau, H. (1998). Lehrbuch der Evaluation. Bern: Huber.
- Zerkin, A. J. (1999). The Power of Mediation. The Physician Executive, 25, 52-56.
- Zimber, A., Albrecht, A., & Weyrer, S. (2000). Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. Pflege aktuell, 5, 272-275.
- Zimber, A. (1998). Gesundheitsrisiken und Gesundheitsschutz in der Pflege. Pflege aktuell, 6, 370-374.
- Zimber, A. (1999). Arbeitszufriedenheit und Gesundheit des Pflegepersonals. Pflegemanagement 10-14.

## Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Qualitätsdimensionen für die supervisorische Praxis (Eckhardt <i>et al.</i> , 2001) .....	24
Tab. 2: Gewünschte Art der Fortbildung bei Pflegenden der Onkologie (Muthny, 1993).....	28
Tab. 3: Streßverursachende Merkmale am Arbeitsplatz (Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, 2002) .....	55
Tab. 4: Kliniken des Universitätsklinikums Freiburg .....	71
Tab. 5: Ansatzpunkte, Funktionen und Ziele von Supervision .....	76
Tab. 6: Vorgehen in der Supervision.....	83
Tab. 7: Rahmenbedingungen der Supervision am Klinikum Freiburg.....	85
Tab. 8: Supervisionen in den Kliniken 1990-2000 - sortiert nach Anzahl der Gruppen.....	98
Tab. 9: Anzahl Teilnehmer nach Berufsgruppen über 1270 Sitzungen (1990-2000) .....	99
Tab. 10: Mittlere Anzahl Teilnehmer nach Berufsgruppen in 1270 Sitzungen mit Beteiligung der jeweiligen Berufsgruppen .....	99
Tab. 11: Zusammensetzung der 1270 Sitzungen (1990 – 2000) nach Berufsgruppen.....	100
Tab. 12: Maximale Anzahl an Sitzungen in den Gruppen (N=174 Gruppen).....	101
Tab. 13: Themen des Supervision: Ausprägung der Einzel-Themen in den Sitzungen. ....	102
Tab. 14: Themen der Supervision: Faktorenanalyse und Faktorladungen .....	103
Tab. 15: Themen des Supervision: dominierende Themen in den Kliniken (1990-2000) .....	106
Tab. 16: Themen der Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Gruppenzusammensetzung "Pflege" vs. "Pflege & Ärzte" für das dominierende Sitzungsthema .....	107
Tab. 17: Belastungs-Items: mittlere Häufigkeit erlebter Belastungen (Items absteigend nach Mittelwert).....	111
Tab. 18: Belastungs-Items: Skalenstruktur und Korrelation der Belastungs-Items mit den Skalen.....	113
Tab. 19: Belastungs-Skalen: Interne Konsistenz der Skalen (Cronbachs $\alpha$ ).....	114
Tab. 20: Belastungs-Skalen: Korrelationen der Skalen (vereinigt t1&t2 n=993,, prä t1 n=657, post t2 n=336) .....	116
Tab. 21: Belastungs-Skalen: Vergleich der Skalen Mittelwerte (vereinigt t1&t2 n=993,, prä t1 n=657, post t2 n=336) (t-Test für abhängige Stichproben).....	117
Tab. 22: Mittlere Ausprägung des Belastungs-Gesamtniveau in den Kliniken (t1 und t2) – MANOVA Vergleich der Kliniken gegen den Gesamtmittelwert .....	119
Tab. 23: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala "Zusammenarbeit im Pflegeteam" in den Kliniken (t1 und t2) – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert .....	120
Tab. 24: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Zusammenarbeit mit Ärzten“ in den Kliniken (t1 und t2) – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert .....	121
Tab. 25: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Arbeitsorganisation“ in den Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert.....	122
Tab. 26: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Berufliches Selbstverständnis“ in den Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert .....	123

Tab. 27: Mittlere Ausprägung Belastungs-Skala „Beziehung zu Patienten“ in Kliniken (t1 und t2) – MANVOA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert.....	123
Tab. 28: Mittlere Ausprägung der Belastungen: Übersicht klinikspezifischer Effekte - Abweichungen vom mittleren Niveau der Skalen und des Gesamtniveaus.....	124
Tab. 29: Altersverteilung zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 652).....	126
Tab. 30: Verteilung der Merkmale Leitung, Fachweiterbildung, Fortbildung zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 652) .....	126
Tab. 31: Verteilung der Merkmale Leitung, Fachweiterbildung, Fortbildung in den Kliniken zu Befragungszeitpunkt t1 (n = 659).....	127
Tab. 32: Interkorrelationen der personenbezogenen Merkmale.....	127
Tab. 33: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer) für Dauer der Tätigkeit und Leitungsfunktion.....	128
Tab. 34: Belastungs-Skalen: Korrelation der Skalen mit Alter und Berufsjahren .....	128
Tab. 35: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Alter/Berufsjahren (jünger vs. älter; gemeinsam dichotomisiert).....	129
Tab. 36: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer) .....	130
Tab. 37: Belastungserleben (Items): 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer) .....	131
Tab. 38: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Leitungsfunktion (nein vs. ja) .....	132
Tab. 39: Belastungserleben (Items): 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor Leitungsfunktion (nein vs. ja) .....	133
Tab. 40: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fachweiterbildung (nein vs. ja) .....	134
Tab. 41: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fortbildung (nein vs. ja). .....	135
Tab. 42: Erwartungen an die Supervision: Paarweiser Vergleich der Erwartungen hinsichtlich unterschiedlicher Belastungsbereiche (t-Test für abhängige Stichproben).....	138
Tab. 43: Korrelationen der Erwartungen Gesamtniveau (mean), Bereiche (Items 22 –26) mit den Belastungen Gesamtniveau (mean), Bereiche (Skalen 1-5) sortiert nach korrespondierenden Bereichen zum Zeitpunkt t1 (n=616) .....	140
Tab. 44: Erwartungen an die Supervision -Bereiche: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Klinik.....	141
Tab. 45: Erwartungen an Supervision: Vergleich nach Kliniken – MANOVA Vergleich gegen den Gesamtmittelwert .....	141
Tab. 46: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse dem Faktor Alter/Berufsjahre (jünger vs. älter; gemeinsam dichotomisiert).....	143
Tab. 47: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Geschlecht (Frauen vs. Männer) .....	143
Tab. 48: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Funktion auf Station (keine Leitung vs. Leitung).....	144

Tab. 49: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fachweiterbildung (nein vs. ja).....	145
Tab. 50: Erwartungen an Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Fortbildung (nein vs. ja).....	145
Tab. 51: Beurteilungen der Supervision nach Themenbereichen und in der Gesamteinschätzung: mittlere Ausprägungen.....	147
Tab. 52: Beurteilungen der Supervision nach Themen: paarweiser Vergleich der Supervisionseffekte nach Belastungsbereichen (t-Test für abhängige Stichproben) ....	148
Tab. 53: Beurteilungen der Supervision - Bereiche: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor Klinik – MANOVA Haupteffekt .....	150
Tab. 54: Gesamtbeurteilung der Supervision: MANOVA Vergleich der einzelnen Kliniken gegen das Gesamtniveau .....	151
Tab. 55: Beurteilungen der Supervision –spezifische Bereiche: MANVOA Vergleich der einzelnen Kliniken gegen das Gesamtniveau.....	152
Tab. 56: Personenbezogene Merkmale: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Zuordnenbarkeit“ (nein vs. ja) zu t1 .....	154
Tab. 57: Belastungserleben (Items): Vergleich der Ausprägungen vor vs. nach der Supervision (t-Test für abhängige Stichproben) – geordnet nach Differenzwert (diff) .....	155
Tab. 58: Belastungs-Skalen: Vergleich der Ausprägungen vor vs. nach der Supervision (t-Test für abhängige Stichproben) .....	156
Tab. 59: Gesamtbeurteilung der Supervision: Häufigkeit der Antwortkategorien (N=149)...	157
Tab. 60: Personenbezogene Merkmale: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung der Supervision" .....	158
Tab. 61: Belastungs-Skalen: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung der Supervision“ .....	159
Tab. 62: Erwartungen an die Supervision – Bereich und Fokus zu t1: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung“ .....	160
Tab. 63: Korrelation zwischen themenspezifischer Supervisionsbeurteilung und korrespondierenden Belastungen (Zeitpunkte t1, t2 und Differenz t2-t1) .....	161
Tab. 64: Korrelation zwischen themenspezifischer Supervisionsbeurteilung (t2) und korrespondierenden Erwartungen (t1).....	162
Tab. 65: Themenspezifische Supervisionsbeurteilungen t2: 1-faktorielle Varianzanalyse mit Faktor „Gesamtbeurteilung“ .....	163
Tab. 66: Multiple Regression: Kriterium „Gesamtbeurteilung“, Prädiktoren „Einzelbeurteilungen Items 22- 26“ (N = 142) .....	163
Tab. 67: Rücklauf Fragebögen nach Kliniken.....	168
Tab. 68 Personenbezogene Merkmale: Vergleich Teilnehmende vs.Nichtteilnehmende – Chi2-Test und 1-faktorielle Varianzanalyse .....	169
Tab. 69: Interkorrelation der Personenmerkmale (N=594) .....	169
Tab. 70: Teilnehmende und Nichtteilnehmende nach Kliniken – Chi2 Test Vergleich der einzelnen Kliniken gegen die mittlere Teilnehmerrate .....	170
Tab. 71: Merkmale des Supervisionsprozesses: Häufigkeitsverteilung der Bewertungen (N = 323) .....	172

Tab. 72: Supervisionsthemen: Häufigkeitsverteilung für die einzelnen Themen .....	173
Tab. 73: Supervisionsthemen: MANOVA Vergleich Klinikprofil mit Gesamtprofil .....	173
Tab. 74: Individueller Supervisionsnutzens: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen.....	174
Tab. 75: Supervisionsnutzen: Vergleich individueller Nutzen vs. Teamnutzen nach Bereichen (t-Test für abhängige Stichproben) .....	175
Tab. 76: Einschätzung der Umsetzbarkeit im Stationsalltag: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen.....	176
Tab. 77: Einschätzung der Entlastungs- u. Weiterbildungsfunktion der Supervision (N = 321) .....	176
Tab. 78: Einschätzung der globalen Ergebnismerkmale Aufwand, Zufriedenheit und Gesamtnutzen (N = 323) .....	177
Tab. 79: Zusammenhang zwischen Prozess- u. Ergebnismerkmalen – Korrelationen (N=322) .....	179
Tab. 80: Nutzeneinschätzung in Abhängigkeit von der Besprechung des Themas: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Thema besprochen" (wenig vs. viel) .....	180
Tab. 81: Besprochene Themen (Item 17) und persönlicher Nutzen (Item 18) – Korrelation Themen mit persönlichem Nutzen .....	181
Tab. 82: Thema/Ergebnis der Supervision (N=316): 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Teilnahme der Ärzte" .....	181
Tab. 83: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen.....	182
Tab. 84: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Interkorrelation zwischen den Bereichen (N=308).....	183
Tab. 85: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Korrelation der Belastungen nach Bereich mit personenbezogenen Merkmalen (N=308).....	183
Tab. 86: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Korrelation der aktuellen Belastungen mit Themen/ Nutzen früherer Supervision pro Bereich (n=274) .....	184
Tab. 87: Beurteilung Supervisionsprozeß in Abhängigkeit künftiger Wiederteilnahme: 1- faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Wiederteilnahme" .....	185
Tab. 88: Beurteilung Supervisionsergebnisse in Abhängigkeit künftiger Wiederteilnahme - 1- faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Wiederteilnahme" .....	186
Tab. 89: Korrelation künftige Teilnahme, Nutzenmerkmale und aktuelle Schwierigkeiten..	187
Tab. 90: Multiple Regression mit Kriterium künftige Wiederteilnahme und den Prädiktoren Nutzenmerkmale und aktuelle Schwierigkeiten.....	188
Tab. 91: Erwartungen an Themen der Supervision: Mittelwerte und Häufigkeitsverteilungen (Nichtteilnehmende).....	189
Tab. 92: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: Häufigkeitsverteilung nach Bereichen (Nichtteilnehmende) .....	190
Tab. 93: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Supervisionsteilnahme" (Teilnehmende vs. Nichtteilnehmende).....	190
Tab. 94: Aktuelle Belastungen in der jetzigen Arbeitssituation: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Interesse, künftig an einer Supervision teilzunehmen" (Nichtteilnehmende).....	193

Tab. 95: Erwartungen an eine Supervision: 1-faktorielle Varianzanalyse mit dem Faktor "Interesse, künftig an einer Supervision teilzunehmen" (Nichtteilnehmende) .....	194
Tab. 96: Aktuelle Belastungen und Erwartungen an Supervision: Vergleich Belastung vs. Erwartung (t-Test für abhängige Stichproben) (Nichtteilnehmende).....	196
Tab. 97: Bereitschaft zu künftiger Supervision: multiple Regression mit dem Kriterium "zukünftige Teilnahme" und den Prädiktoren "Erwartungen an Supervision" und "aktuelle Belastungen" .....	197

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Elemente des zeitlichen Ablaufs von Supervision (Belardi, 1996) .....	13
Abb. 2: Evaluationsmodell (Thierau, 1991) .....	19
Abb. 3: Humankriterien zur Bewertung von Arbeitstätigkeiten (Schüpbach & Zölch, 2004).53	
Abb. 4: Streß und Copingmechanismen nach Lazarus (Rosenstiel, 2000, S. 93) .....	54
Abb. 5: Ansatzpunkte der Streßbewältigung und Prävention .....	57
Abb. 6: Untersuchungsaufbau .....	94
Abb. 7: Dominierendes Thema der Supervision über alle Gruppen und Sitzungen (N=1255 Sitzungen, %-Angaben) .....	105
Abb. 8: Teilnehmende Prä-/Postbefragung und Zuordenbarkeit.....	108
Abb. 9: Belastungshäufigkeiten in verschiedenen Bereichen vor (t1, n=657) und nach (t2, n=336) Supervision .....	118
Abb. 10: Ausprägung der erlebten Belastungen in den Kliniken – Vergleich gegen Gesamtmittelwert; Effektstärken .....	125
Abb. 11: Erwartungen an die Supervision nach Belastungsaspekten (N=648).....	137
Abb. 12: Aktuelle Belastungen und Erwartungen an die Supervision (n=648) .....	139
Abb. 13: Beurteilungen der Supervision nach Themenbereichen .....	148
Abb. 14: Beurteilungen der Supervision und Erwartungen an Supervision nach Themen ....	149
Abb. 15: Interesse an künftiger Supervisionsteilnahme bei Teilnehmenden und Nichtteilnehmenden (in %) .....	192
Abb. 16: Supervisionserwartungen und aktuelle Belastungen in Abhängigkeit der Bereitschaft zu künftiger Supervision (Nichtteilnehmende N = 278) .....	195

**Anhang: Erhebungsinstrumente**

## **Studie 1: Basisdokumentation**

## Dokumentationsbogen Supervisionsgruppen

Gruppe/Station:.....

Datum:..... n-te Sitzung:.. ..

Supervisor: .....

Teilnehmer der Sitzung:

1	_____
2	_____
3	_____
4	_____
5	_____
6	_____
7	_____
8	_____
9	_____

Berufsgruppe

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Pflege [ ] Arzt [ ] Sonstige [ ]

Das Rating der folgenden Klassifikationen erfragt die Intensität der vorgegebenen Themen hinsichtlich ihrer Präsenz in der Sitzung. Z.B.: die Interaktion zwischen dem Pflegeteam und dem Patienten war Hauptthema der Gruppe: Ankreuzen bei [4].

[0] - gar nicht [1] - wenig [2] - mittel [3] - stark [4] - sehr stark

### Interaktionen:

Pflegeteam-Pfl.Team	[0] [1] [2] [3] [4]	Arzt-Patient	[0] [1] [2] [3] [4]
Pflege-Stationsleitung	[0] [1] [2] [3] [4]	Arzt-Angehörige	[0] [1] [2] [3] [4]
Pflegeteam-PDL	[0] [1] [2] [3] [4]	Arzt-Arzt	[0] [1] [2] [3] [4]
Pfl.Team-Ärzte	[0] [1] [2] [3] [4]		
Pfl.Team-Institution	[0] [1] [2] [3] [4]	Pat.-Angehörige	[0] [1] [2] [3] [4]
Pfl.Team-Pat.	[0] [1] [2] [3] [4]		
Pfl.Team-Angehörige	[0] [1] [2] [3] [4]	Supervisor-Gruppe	[0] [1] [2] [3] [4]

### Bei Patientenzentrierung:

Krankheitsverarbeitung	[0] [1] [2] [3] [4]
Depressionen	[0] [1] [2] [3] [4]
Sterbebegleitung	[0] [1] [2] [3] [4]

### Sonstiges:

Belastung durch Arbeitsbedingungen (Dienstzeiten/Geld)	[0] [1] [2] [3] [4]
--	---------------------

## **Studie 2: Prä-/Postbefragung**

## An die Teilnehmer/innen der Supervisionsgruppen

Ziel unserer Fragen an Sie ist es, herauszufinden, inwieweit Ihre Teilnahme an der Supervisionsgruppe Ihre berufliche Zufriedenheit und Ihre Tätigkeit beeinflusst.

Wir fragen Sie deshalb zunächst nach allgemeinen *Belastungen*, mit denen Sie in Ihrem Beruf konfrontiert sind. Bitte teilen Sie uns auch mit, welche *Ziele* und *Erwartungen* Sie mit der Supervision verbinden.

Nach Abschluß der Gruppe werden wir Sie wieder danach fragen, inwieweit die Gruppe Ihre Ziele und Erwartungen erfüllt hat. Die Auswertung erfolgt **anonym**. Um Ihre Einschätzungen der Supervision nach Abschluß der Gruppe mit Ihren jetzigen Erwartungen vergleichen zu können, ist es jedoch notwendig, die Antworten der gleichen Person zusammenzufassen. Tragen Sie deswegen bitte den Mädchennamen Ihrer Mutter hier ein.

Mädchenname der Mutter: .....

Klinik: .....

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: ☐ unter 20 ☐ 20 – 29 ☐ 30 – 39 ☐ 40 – 49 ☐ 50 – 59 ☐ 60 - 69 Jahre

Dauer der Berufstätigkeit in der Pflege: : \_\_\_\_\_ Jahre (ohne Ausbildungszeiten)

Haben Sie eine Leitende Funktion auf Station: ☐ nein ☐ ja

Haben Sie eine Fachpflegeausbildung begonnen oder bereits abgeschlossen (z.B. Onkologie, Intensiv)?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie schon einmal an einer Fortbildung zu psychologischen Themen teilgenommen ?

☐ nein ☐ ja (bitte beschreiben). \_\_\_\_\_

Bei einer Befragung von Pflegepersonal nach beruflich belastenden Situationen wurden die im Folgenden aufgeführten Belastungen häufig genannt.

**Bitte kreuzen Sie im Einzelnen an, wie häufig Sie selbst in Ihrer jetzigen Tätigkeit mit Schwierigkeiten in diesen Bereichen zu tun haben.**

1. Probleme beim Einfinden in die Rolle des/der examinierten Krankenpflegers/ Krankenschwester

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

2. vorgesetzte Pflegedienstleitung, vorgesetzte Bereichsleitung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

3. Arbeitsklima und Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus, z.B. Stationsärzte, MTA's

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

4. Selbstbewußtsein

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

5. Ethische und moralische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

6. Arbeitsklima im Pflegeteam auf der Station

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

7. Schwierigkeiten beim Finden der eigenen Rolle

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

8. schlechte Einarbeitung auf neuer Station oder in einer veränderten Position

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

9. hohen Arbeitsanfall, der mit zu wenig oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal bewältigt werden muß

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

10. Übertragen der Probleme und Krankheiten der Patienten auf sich selbst

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

11. Unsicherheit im Gespräch und im Umgang mit (sterbenden) Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

12. Schwierigkeiten mit der Stationsleitung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

13. eine Störung des Privatlebens, da die Probleme am Arbeitsplatz mit "nach Hause" genommen werden

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

14. vorgesetzte Ärzte (Oberarzt, Chefarzt)

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

15. Organisatorische Bedingungen, z.B. bauliche Rahmenbedingungen

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

16. Auswirkung des eigenen Berufsbildes auf die Arbeit und der gesellschaftliche Stellenwert des Pflegeberufs

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

17. starke körperliche Beanspruchung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

18. Arbeitszeiten im Krankenhaus

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

19. Scheitern bei Versuchen, auf der eigenen Station etwas zu verändern

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

20. Probleme mit Angehörigen der Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

21. Probleme beim Erkennen und Umgang mit seelischen Störungen von Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

**Von der Supervisionsgruppe erhoffe ich das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten und Veränderungswegen in folgenden Bereichen:**

22. Arbeitsorganisation

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

23. Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfltegeteam

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

24. Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

25. Beziehung zu Patienten und Angehörigen

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

26. eigenes berufliches Selbstverständnis

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

***Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!***

## An die Teilnehmer/innen der Supervisionsgruppen

Nach Abschluß der Supervisionsgruppe möchten wir Ihnen wieder einige Fragen stellen. Es geht darum, herauszufinden, inwieweit Ihre Teilnahme an der Supervisionsgruppe Ihre berufliche Zufriedenheit und Ihre Tätigkeit beeinflusst hat.

Wir fragen Sie deshalb zunächst wieder nach allgemeinen Belastungen, mit denen Sie in Ihrem Beruf konfrontiert sind. Bitte teilen Sie uns auch mit, welche Ziele und Erwartungen die Supervisionsgruppe erfüllen konnte.

Die Auswertung erfolgt **anonymisiert**. Um Ihre jetzigen Einschätzungen mit denen vor Beginn der Gruppe vergleichen zu können, tragen Sie bitte wieder den Mädchennamen Ihrer Mutter ein.

Mädchenname der Mutter: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich

Alter: ☐ unter 20 ☐ 20 – 29 ☐ 30 – 39 ☐ 40 – 49 ☐ 50 – 59 ☐ 60 - 69 Jahre

Dauer der Berufstätigkeit in der Pflege: \_\_\_\_\_ Jahre (ohne Ausbildungszeiten)

Haben Sie eine Leitende Funktion auf Station: ☐ nein ☐ ja

Wie häufig konnten Sie an dieser Supervision teilnehmen ?

☐ 1-2 mal ☐ 3-4 mal ☐ 4-5 mal ☐ 6-7 mal ☐ 8-9 mal ☐ 10 mal oder öfter

Wie leicht fiel es Ihnen, Ihre Teilnahme an den Sitzungen organisatorisch zu ermöglichen?

☐ meist sehr leicht ☐ meist eher leicht ☐ meist eher schwer ☐ meist sehr schwer

Bei einer Befragung von Pflegepersonal nach beruflich belastenden Situationen wurden die im Folgenden aufgeführten Belastungen häufig genannt.

**Bitte kreuzen Sie im Einzelnen an, wie häufig Sie selbst in Ihrer jetzigen Tätigkeit mit Schwierigkeiten in diesen Bereichen zu tun haben.**

- Probleme beim Einfinden in die Rolle des/der examinierten Krankenpflegers/Krankenschwester

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- vorgesetzte Pflegedienstleitung, vorgesetzte Bereichsleitung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- Arbeitsklima und Zusammenarbeit mit übrigen Berufsgruppen im Krankenhaus, z.B. Stationsärzte, MTA's

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

- Selbstbewußtsein

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

5. Ethische und moralische Gewissenskonflikte bei der Patientenbetreuung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

6. Arbeitsklima im Pfllegeteam auf der Station

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

7. Schwierigkeiten beim Finden der eigenen Rolle

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

8. schlechte Einarbeitung auf neuer Station oder in einer veränderten Position

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

9. hohen Arbeitsanfall, der mit zu wenig oder nicht ausreichend qualifiziertem Personal bewältigt werden muß

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

10. Übertragen der Probleme und Krankheiten der Patienten auf sich selbst

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

11. Unsicherheit im Gespräch und im Umgang mit (sterbenden) Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

12. Schwierigkeiten mit der Stationsleitung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

13. eine Störung des Privatlebens, da die Probleme am Arbeitsplatz mit "nach Hause" genommen werden

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

14. vorgesetzte Ärzte (Oberarzt, Chefarzt)

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

15. Organisatorische Bedingungen, z.B. bauliche Rahmenbedingungen

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

16. Auswirkung des eigenen Berufsbildes auf die Arbeit und der gesellschaftliche Stellenwert des Pflegeberufs

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

17. starke körperliche Beanspruchung

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

18. Arbeitszeiten im Krankenhaus

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

19. Scheitern bei Versuchen, auf der eigenen Station etwas zu verändern

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

20. Probleme mit Angehörigen der Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

21. Probleme beim Erkennen und Umgang mit seelischen Störungen von Patienten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> manchmal	<input type="radio"/> häufig	<input type="radio"/> sehr häufig
---------------------------------	------------------------------	--------------------------------	------------------------------	-----------------------------------

**Die Supervisionsgruppe konnte mir Lösungsmöglichkeiten und Veränderungswege in folgenden Bereichen aufzeigen:**

22. Arbeitsorganisation

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

23. Zusammenarbeit und Arbeitsklima im Pfltegeteam

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

24. Zusammenarbeit und Arbeitsklima mit Ärzten

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

25. Beziehung zu und Umgang mit Patienten und Angehörigen

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

26. eigenes berufliches Selbstverständnis

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

**Bitte schätzen Sie ein, wieviel Sie persönlich insgesamt von Ihrer Teilnahme an den Sitzungen für Ihre Arbeit profitieren konnten:**

<input type="radio"/> gar nicht	<input type="radio"/> kaum	<input type="radio"/> etwas	<input type="radio"/> stark	<input type="radio"/> sehr stark
---------------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	----------------------------------

***Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!***

### **Studie 3: Katamnese mit Kontrollgruppe**

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Pflegekräfte des Klinikums, die bereits **an einer Supervision** des klinikinternen Dienstes teilgenommen haben. Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und **ohne Mehrfachnennungen** aus und geben ihn zur Hauspost. Fügen Sie bitte auch den für Sie nicht zutreffenden Bogen unausgefüllt bei.

1. Alter: \_\_\_\_\_
2. Geschlecht:           ☐ weiblich          ☐ männlich
3. Klinik: \_\_\_\_\_
4. Funktion:           ☐ Leitung          ☐ MitarbeiterIn
5. Krankenpflegeexamen :                                 19\_\_\_\_\_
6. Dauer der tatsächlichen Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_  
    ( in Jahren, ohne Ausbildungszeiten )
7. Die **Einführung** einer Supervisionsgruppe auf meiner Station habe ich  
☐ eher abgelehnt  
☐ gleichgültig aufgenommen  
☐ gerne angenommen  
☐ unterstützt  
☐ initiiert
8. Wann haben Sie **das letzte Mal** an einer Supervision teilgenommen?  
☐ vor 3 Monaten   ☐ vor 1 Jahr   ☐ vor 3 Jahren   ☐ vor mehr als 3 Jahren
9. Hatten Sie die Supervision mit Ihrem **jetzigen Team**?  
☐ ja                      ☐ nein, sondern in Klinik \_\_\_\_\_
10. Wieviele Sitzungen wurden in etwa *insgesamt* **angeboten**?  
☐ 1 - 5               ☐ 6 - 10               ☐ über 10
11. An **wievielen** Treffen haben **Sie** teilgenommen?  
☐ 1 - 5               ☐ 6 - 10               ☐ über 10
12. Nahmen auch **ÄrztInnen oder andere Berufsgruppen** an den Supervisionen teil?  
☐ nie               ☐ selten               ☐ häufig               ☐ immer

1 = sehr schlecht    2 = schlecht    3 = teils/teils    4 = gut    5 = sehr gut						
		1	2	3	4	5
13	Wie gelang es Ihnen, Ihre <b>Teilnahme</b> an der Supervision einzurichten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	Wie beurteilen Sie die Treffen bezüglich der <b>Arbeitsatmosphäre</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	Wie beurteilen Sie die Treffen bezüglich der <b>Möglichkeit eigene Beiträge</b> einzubringen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	Wie beurteilen Sie die Treffen bezüglich <b>Leitung und Moderation</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

1 = gar nicht    2 = wenig    3 = teils/teils    4 = viel    5 = sehr viel						
17.	Welche <b>Themen</b> wurden besprochen?	1	2	3	4	5
	• Zusammenarbeit im Pflgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Arbeitsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• eigenes berufliches Selbstverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18.	Was hat Ihnen die Supervision <b>gebracht</b> , bezüglich	1	2	3	4	5
	• Zusammenarbeit im Pflgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• Arbeitsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	• eigenes berufliches Selbstverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19.	Inwieweit konnte Ihnen die Aussprache in der Supervision zur <b>Entlastung</b> dienen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
-----	--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

1 = gar nicht	2 = wenig	3 = teils/teils	4 = viel	5 = sehr viel
---------------	-----------	-----------------	----------	---------------

20. Die Supervision hatte für mich auch eine <b>Weiterbildungsfunktion</b> (z.B. Gesprächsführung, Krankheitsbewältigung, Kommunikationsmodell etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
--	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------

21. Was davon konnten <b>Sie</b> im Stationsalltag <b>praktisch</b> umsetzen?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
• Zusammenarbeit im Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arbeitsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

22. Was hat die Supervision dem <b>Pflorgeteam</b> gebracht, bezüglich	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
• Zusammenarbeit im Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arbeitsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

23. Hat sich der zeitliche und organisatorische <b>Aufwand</b> für Sie gelohnt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Wie <b>zufrieden</b> sind Sie mit der Supervision?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Was <b>nützt</b> der Supervisionsdienst dem Klinikum <b>insgesamt</b> ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. Würden Sie unter entsprechenden Rahmenbedingungen **wieder** an einer Supervision **teilnehmen**?
- ☐ ja              ☐ nein              ☐ weiß nicht

1 = nie   2 = wenig   3 = manchmal   4 = oft   5 = sehr oft

27. Wie häufig sehen Sie in Ihrer <b>jetzigen</b> Tätigkeit Schwierigkeiten in folgenden Bereichen?	1	2	3	4	5
• Zusammenarbeit im Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arbeitsorganisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• eigenes berufliches Selbstverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***



Bitte diesen Abschnitt **auf jeden Fall zurückschicken**, entweder als Anhang dieses Bogens oder abgetrennt!

- ☐ Ich habe den Fragebogen ausgefüllt und schicke ihn hiermit zurück
- ☐ Ich habe den Fragebogen ausgefüllt und schicke ihn separat zurück
- ☐ Ich bin nicht bereit, mich an der Befragung zu beteiligen und schicke hiermit nur diesen Abschnitt zurück

**Pflegekräfte ohne Supervisionsteilnahme**

Sehr geehrte Mitarbeiterin , sehr geehrter Mitarbeiter !

Dieser Fragebogen richtet sich an alle Pflegekräfte des Klinikums, die bisher an **keiner** Supervision des klinikinternen Dienstes teilgenommen haben.

Bitte füllen Sie diesen Bogen vollständig und **ohne Mehrfachnennungen** aus und geben ihn zur Hauspost.

Fügen Sie bitte auch den für Sie nicht zutreffenden Bogen unausgefüllt bei.

1. Alter: \_\_\_\_\_

4. Geschlecht:            ☐ weiblich            ☐ männlich

3. Klinik: \_\_\_\_\_

4. Funktion:            ☐ Leitung            ☐ MitarbeiterIn

5. Krankenpflegeexamen : 19 \_\_\_\_\_

6. Dauer der tatsächlichen Berufstätigkeit: \_\_\_\_\_  
(in Jahren, ohne Ausbildungszeiten )

7. Kennen Sie das **Angebot** des Supervisionsdienstes am Klinikum?  
☐ ja                      ☐ nein

8. **Warum** haben Sie bisher an keiner Supervision teilgenommen?

- ☐ Seit ich hier arbeite, wurde auf Station keine durchgeführt
- ☐ Als eine Supervisionsgruppe bestand, hatte ich keine Zeit
- ☐ Als eine Supervisionsgruppe bestand, brauchte ich keine
- ☐ Ich bin zu einer Supervisionsgruppe angemeldet
- ☐ Sonstiges .....

9. Wann etwa war die **letzte Supervision** auf Ihrer jetzigen Station?

- ☐ vor ca. 3 Monaten                      ☐ vor ca. 3 Jahren
- ☐ vor ca. 1 Jahr                              ☐ vor über 3 Jahren

10. Würden Sie unter entsprechenden Rahmenbedingungen **künftig** an einer Supervision teilnehmen wollen?

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

11. Wie häufig sehen Sie in Ihrer **jetzigen** Tätigkeit Schwierigkeiten in folgenden Bereichen?

	nie	wenig	manchmal	oft	sehr oft
• Zusammenarbeit im Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arbeitsorganisation (Zuständigkeiten, Aufgabenverteilung ....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• eigenes berufliches Selbstverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Was erwarten Sie von einer Teamsupervision an **Konfliktlösungsmöglichkeiten** in folgenden Bereichen?

	gar nichts	wenig	teils/teils	viel	sehr viel
• Zusammenarbeit im Pflorgeteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Zusammenarbeit mit Ärzten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Umgang mit Patienten und Angehörigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Arbeitsorganisation (Zuständigkeiten, Aufgabenverteilung ....)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• eigenes berufliches Selbstverständnis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

***Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!***



Bitte diesen Abschnitt **auf jeden Fall zurückschicken**, entweder als Anhang dieses Bogens oder abgetrennt!

- ☐ Ich habe den Fragebogen ausgefüllt und schicke ihn hiermit zurück
- ☐ Ich habe den Fragebogen ausgefüllt und schicke ihn separat zurück
- ☐ Ich bin nicht bereit, mich an der Befragung zu beteiligen und schicke hiermit nur diesen Abschnitt zurück

