

> Die Reflexion der beruflichen Tätigkeit mittels Supervision

Das professionelle Tun verbessern

SUSANNE HALLER

Den Begriff „Supervision“ dürften die meisten Pflegenden schon gehört haben. Die wenigsten aber haben schon mal eine Supervision erlebt oder wissen, wie diese berufsbezogene Beratung abläuft. Die Person-zentrierte Beraterin Susanne Haller stellt daher im Folgenden ihr Tätigkeitsfeld vor. Sie erklärt, welche Inhalte Supervision haben kann, worauf es bei der Beratung ankommt, welche verschiedenen Varianten es gibt und wie Pflegende von der „Drauf-Schau“ profitieren können.

Supervision wird als berufsbezogene Beratungsform verstanden. Supervision kann übersetzt werden mit „Drauf-Schau“ oder „Über-Blick“. Sie hat für die teilnehmenden Personen, die sogenannten Supervisanden, zum Ziel, neue Sichtweisen zu erlangen und neue Reaktions- und Verhaltensweisen kennenzulernen und einzuüben. Supervision wird für die Pflege in Form von Team-, Leitungs-, Einzel- und Gruppensupervision angeboten.

In den einzelnen Settings stehen dem Supervisor zur Bearbeitung der Themen vielfältige methodische Ansätze zur Verfügung. Offenheit und Vertrauen in der Beziehung zum Supervisor ist Voraussetzung für das Gelingen eines supervisorischen Prozesses. Dafür braucht es für alle Beteiligten einen geschützten Ort, in dem alle Teilnehmenden der Schweigepflicht unterliegen. Für eine vertrauensvolle Beziehung braucht es des Weiteren die Neutralität des Supervisors. Es dürfen keine Abhängigkeitsverhältnisse zum Supervisor herrschen, beispielsweise sollte kein Vorgesetzter und auch kein Teammitglied im eigenen Team Supervision leisten. Essenziell sind sowohl ein Kontrakt als auch regelmäßige Auswertungen der Supervisions-Sitzungen.

Supervision ist im Pflegealltag als berufsbezogene Beratung kaum vorhanden. Mancherorts wird Pflegenden Supervision zugestanden. Verbreitung findet Supervision heute, verpflichtend als Qualitätsindikator, vor allem im Hospiz- und Palliative-Care-Bereich. Auf Nachfragen, ob und warum Supervision nicht in Anspruch genommen wird, eröffnen Pflegende Unklarheiten über die Ziele der Supervision und uneinheitliche Definitionen. Zur Unklar-

heit der Supervision beigetragen hat zweifellos die aus unterschiedlichen Erfahrungskontexten stammende Herkunft der Supervision. Supervision bildete sich aus der sozialen Arbeit und aus der Psychotherapie heraus. Parallel dazu entwickelte sich Supervision im angloamerikanischen Raum als Vorgesetztersupervision (vgl. Koppelin 2013, S. 5). Das fehlende Wissen zur Abgrenzung der Psychotherapie, und die damit verbundenen Ängste, „sich vor Kollegen auszuziehen“, geben der Supervision ein zweifelhaftes Image. Es geht in der Supervision in erster Linie um die Reflexion der beruflichen Tätigkeit des Supervisanden, nicht um die Reflexion seiner seelischen Prozesse. Allerdings gibt es Berührungspunkte, da unsere innerpsychischen Verläufe im beruflichen Handeln nicht vor der Patienten- und Dienstzimmertür bleiben. Zudem wird Supervision vom Arbeitgeber, meist aus Kostengründen, nicht verpflichtend angeboten. Folgendes Zitat einer Pflegedienstleitung bestätigt die vorangestellten Punkte: „Supervision ist sicher grundsätzlich eine tolle Sache, wird im Pflegebereich aber kaum nachgefragt und nur sehr zurückhaltend angenommen.“ (Link 2014, S. 112).

Angesichts der unzähligen Beschreibungen, die zum Begriff und Gegenstand von Supervision in der Literatur vorzufinden sind, verstehen wir hier und heute Supervision für die Pflege als eine qualifizierte Beratung für die Reflexion beruflichen Handelns „mit dem Ziel der Überprüfung, Verbesserung und Differenzierung des professionellen Handelns“ (Bönniger 1995, S. 39). Mögliche Inhalte in der Supervision können sein:

- Zusammenarbeit in Teams
- Reflexion der Arbeit
- Fragen des Führens und Leitens
- strukturelle Rahmenbedingungen

Zusammenarbeit in Teams

In der Studie von Müller, Pfister, Markett und Jaspers (2010) wurde das Team als wichtigster Schutzfaktor genannt. So führt Pfister weiter aus, dass „ein stabiles Team mit guter Kommunikation ein hochrangiges Ziel sein sollte, weil seine Qualität massive Auswirkungen auf das Wohlergehen der Mitarbeiter hat, im positiven und im negativen Sinne“ (Pfister 2012, S. 182).

Ein Team ist ein Zusammenschluss von mindestens zwei Personen, die eine gemeinsame Aufgabe erfüllen. Pflegeteams arbeiten maßgeblich aufgaben- und zielorientiert. Teamsupervisionen werden innerhalb von Organisationen angeboten. So ist hier Supervision im Auftrag eines Arbeitgebers nicht nur den Supervisanden verpflichtet, sondern auch der Institution, in der sie berät und die sie auch bezahlt. Der oben benannte Kontrakt muss auf beiden Ebenen zustande kommen, sowohl mit dem Auftraggeber als auch mit dem Klienten. Da gehört es auch zu der Aufgabe eines Supervisors, angekündigte Konsequenzen des Arbeitgebers zu benennen wie beispielsweise eine angedrohte Kündigung des Arbeitsverhältnisses bei einem „unlösbaren“ Konflikt zweier Teammitglieder.

Arbeiten in drei Bereichen

Teamsupervision lässt sich inhaltlich in drei Bereiche einteilen. Der erste Bereich ist die Arbeit mit Patientendarstellungen, diese Arbeit kennen die meisten unter dem Begriff „Fallsupervision“. Mit der „Drauf-Schau“ werden dort neue Sichtweisen angedacht und verbalisiert, um kreativ und offen neue Wege in der Pflege zu gehen. Hier lernen die Supervisanden, wie Bönniger weiter ausführt, „berufliche Erlebnisse mit einem professionell-distanzierten Blick zu betrachten und Lösungen, ohne den Hand-



Foto: Robert Kneschke

Übersetzt bedeutet Supervision so viel wie Drauf-Schau oder Über-Blick. Es handelt sich dabei um eine berufsbezogene Beratung. Hierfür werden oftmals externe Dienstleister engagiert, da der Supervisor nicht Teil des Teams und auch kein Vorgesetzter sein sollte.

lungs- und Zeitdruck in der Praxis, auf der Basis von gesichertem Berufs- und Erfahrungswissen zu finden“ (1995). In aller Regel sind schwierige und belastende Erlebnisse bzw. Fehler nicht als „schlimm“ zu bewerten, sondern sind Mittel, um für zukünftige schwierige Situationen Handlungsspielräume zu bekommen. Auch die Wertschätzung der gemeinsam geleisteten Arbeit kann das Wir-Gefühl fördern und die Aufgaben- und Patientenbezogenheit kann durch die Bewusstmachung der Arbeitsleistung gesteigert werden.

Im zweiten Bereich spielt Teamsupervision für die Teamentwicklung eine besondere Rolle. Dort wird die Basis für den Schutzfaktor „Team“ (siehe oben) gelegt. In einer Atmosphäre des gegenseitigen Respekts und Vertrauens wächst Kollegialität. Genau hier wirken die herausgearbeiteten Handlungsalternativen für jeden Einzelnen entlastend. Im Annehmen und Aushalten der eigenen Hilflosigkeits- und Ohnmachtsgefühle erleben die Kollegen einen Perspektivwechsel von „Hilfe geben“ hin zu „Hilfe und Unterstützung selbst empfangen“. Das gemeinsame Aushalten von „Nicht-Aushaltbarem“ verhindert Abgestumpftheit, Aussichtslosigkeit und Gefühllosigkeit den Patienten gegenüber. Diesen Gefühlen entgegen-

zutreten, bedeutet einen Schutz vor Burnout und ist aktiv ausgeübte Psychohygiene (vgl. Schwarz 2009, S. 188).

Jedes Team entwickelt seine eigenen Kommunikationspfade. Zusätzlich zum Kommunikationsstil im Team geht es um die Kommunikation mit allen an der Betreuung involvierten Berufsgruppen. Die interprofessionelle Zusammenarbeit gilt in der Gesundheitsversorgung international als Schlüssel zum Erfolg. Für eine gelingende und gleichberechtigte Zusammenarbeit fehlt jedoch häufig das Selbst- und Aufgabenverständnis der beteiligten Berufsgruppen. Die Entwicklung einer professionellen Identität und einer Rollenklärung kann in der Supervision unterstützt werden. Das Selbstverständnis und das Selbstbewusstsein der Pflegenden werden dadurch gestärkt und eine Begegnung auf Augenhöhe zu anderen Berufen in der Gesundheitsversorgung kann gelingen.

Ungeklärte Rollen, Unverständnis und Konflikte zwischen den Teammitgliedern tragen zur Lähmung bis hin zur Arbeitsunfähigkeit eines Teams bei. Hier trägt Supervision zur Klärung, Differenzierung und Verbesserung bei. Eine Kultur der Konfliktbewältigung kann angestoßen werden und die Mitglieder nehmen sich mit ihren jeweiligen Fähigkeiten im Team besser wahr. Wenn

dies gelingt und bearbeitet wird, kann ein Team seine Leistungsfähigkeit verbessern.

Im dritten Bereich können in Teamsupervisionen Arbeitsabläufe und Konzepte inhaltlich weiterentwickelt werden, wobei es sich hier um eine im Teamkontext eingebettete „Organisationsentwicklung“ handelt. Meist entsteht der Wunsch, Arbeitsabläufe zu verändern und neue Konzepte einzuführen, aus der Reflexion. Das Ziel ist dann, Ressourcen zu stärken und Aufgaben zu klären.

Eine weitere Variante eines Settings der Supervision ist die Gruppensupervision. An Gruppensupervisionen nehmen meist Personen aus einem ähnlichen Aufgaben- und Arbeitskontext teil, aber aus unterschiedlichen Institutionen. Dort erhalten die Teilnehmenden abwechselnd Raum, sich einzubringen und für sich zu lernen. Situationen aus dem Berufsalltag werden analysiert und bearbeitet. Die Gruppensupervision, in der Erfahrungen aus unterschiedlichen Organisationen, deren Methoden und Kultur zusammen kommen, öffnet den Blick über den eigenen Tellerrand.

Reflexion der Arbeit

„Die Übertragung stellt sich in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie

im Verhältnis des Kranken zum Arzte (zum Pflegenden) spontan her, sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung, und sie wirkt um so stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt.“ (Sigmund Freud).

Die Basis der Pflege ist die Beziehungsgestaltung zu den Kranken und deren Angehörigen. Diese Beziehungsarbeit gilt es, egal ob in Team-, Gruppen- oder Einzelsupervisionen, anzuschauen, um professionelles Handeln gewährleisten zu können. Identifikation, Projektionen, Übertragungen und Gegenübertragungen finden in zwischenmenschlichen Begegnungen laufend statt. Beispielsweise können die eigenen Eltern/Großeltern, in der Person, die pflegebedürftig ist, gesehen werden. In der Art der Pflege kann sich die Rolle, die spontan eingenommen wird – als Kind oder Enkel – spiegeln. Das kann emotional sehr belastend sein, weil wir in diesem Augenblick nicht als ausgebildete Pflegekraft auf Verhaltensweisen der Patienten reagieren, sondern als Kind oder Enkel.

Mit der täglichen Konfrontation, mit dem Abschied vom Gesundsein, Leid und Sterben werden wir dauernd auf die Zerbrechlichkeit unseres eigenen Seins und unserer Liebsten hingewiesen. Wenn zudem zwischen Pflegenden und Patienten entsprechende persönliche Merkmale wie gleiches Alter, gleiche Familiensituation oder Übereinstimmungen in der jeweiligen Biografie vorhanden sind, findet schnell eine Identifikation statt. Im schlimmsten Fall werden wir arbeitsunfähig und versinken im „Mit-Leiden“. In der Supervision kann die bewusste Distanzierung und Rückkehr in die berufliche Rolle gelingen. Abgrenzung macht Nähe möglich und Mit-Leid kann sich wieder in Mit-Gefühl verwandeln.

Eine weitere Säule pflegerischen Tuns betrifft den Umgang mit Emotionen. Auf der einen Seite gibt es die Gefühle der Patienten. Sie reichen von: Schuldgefühlen, Scham, Ekel, Angst, Ohnmacht, Ärger, Wut und Trauer bis zu Freude, Hoffnung und Liebe. Auf der anderen Seite gibt es diese Gefühle auch bei den Pflegenden selbst in der Begleitung von Kranken. Die Möglichkeiten des Umgangs mit den jeweilig belastenden Gefühlen basieren auf deren Wahrnehmung und einer Situationsanalyse durch die Benennung und Differenzierung der möglichen Auslö-

ser. In der Supervision können die eigenen Bedürfnisse, die zu den Emotionen gehören, aufgespürt und artikuliert werden. Mit der Annahme und dem offenen Umgang mit Schattengefühlen erleben die Supervisanden durch den Supervisor und, je nach Setting, durch die Gruppe Wertschätzung, Empathie und Annahme.

Mit der „Drauf-Schau“ (Supervision) lernen wir die diffusen Reaktionen, Verhaltensweisen und Gefühle wahrzunehmen und zu beachten. Im Verstehen dieser Reaktionsweisen und mit einer bewussten Haltung ermöglicht die Supervision einen neuen Blick im Umgang mit Menschen, die durch Krankheit und Alter emotional stark belastet sind.

Fragen des Führens und Leitens

Pflegende in Leitungsfunktionen haben vielfältige Aufgaben zu erfüllen. Sie fallen aufgrund ihrer übergeordneten Rolle im Team aus der Teamsupervision heraus und haben dadurch Anspruch auf Einzel-, auf sogenannte Leitungssupervision. Wenn Pflegende die vielfältigen Leitungsaufgaben antreten, müssen sie zumeist das Führen und Leiten erst lernen und ihren individuellen Leitungsstil finden. Es ist ein Balanceakt, die nötige Rollenklarheit zu finden und sich vom Team abzusetzen und gleichzeitig die empfundene Isolation überwinden zu lernen. Wenn Pflegende Leitungsfunktion übernehmen, werden sie häufig zwischen zwei Lagern zerrieben. Sie sehen sich zwischen stetiger Verschlechterung der Arbeitsbedingungen mit einer Mindestanzahl an Überstunden und weniger Personalstellen konfrontiert und auf der anderen Seite sehen sie sich in der Verantwortung für das Wohl ihrer Mitarbeitenden. In der Reflexion haben sie die Chance, diese Spannungsfelder für sich zu sortieren und Klarheit zu finden, um für sich Arbeitszufriedenheit zu schaffen.

Führungskompetenz kann anfallende Belastungen mildern und kompensieren. Mitarbeitende reagieren auf die Anerkennung gut geleiteter Arbeit. Eine positive Feedback-Kultur wirkt sich auf das Team aus. Demnach kann die Thematisierung des Führungs- und Kommunikationsstils die Beschäftigungsfuktuation bei Pflegenden mindern (Nolting et al. 2006).

Führungskräfte sind auch immer Vorbild für die Teammitglieder. Im Umgang mit der eigenen Burnout-Prophylaxe gehen sie als Beispiel voran. Das Finden von eigenen Kraftquellen und deren Nutzung, vor allem in schwierigen und belastenden Zeiten, strahlt aus als ein gelebtes Beispiel für das Team.

Strukturelle Rahmenbedingungen

Sind die vorangestellten Punkte Belastungsfaktoren, die sich aus dem Pflegeberuf selbst speisen, wenden wir uns jetzt den Belastungen zu, die auf das Berufsfeld zusätzlich einwirken. Wir versorgen immer mehr multimorbide und immer mehr hochbetagte Patienten. Es gibt immer mehr neue Therapien, immer kürzere Liegezeiten und der Kostendruck steigt und steigt. Pflegende tragen mehr Last als zuträglich ist und leben ständig zwischen dem Konflikt des eigenen Anspruchs und der Nicht-Erfüllung der Ansprüche durch die Rahmenbedingungen. In der Studie von Pfister (2010) wurde festgestellt, dass der nicht-erfüllte Anspruch ein Hauptbelastungsfaktor ist. In der Supervision kann die Reflexion der eigenen Ansprüche und die des Teams überprüft werden. Vielleicht schafft eine gemeinsame neue Zielformulierung eine Minderung des Arbeitsdrucks? Und doch gibt es keine absehbaren Lösungen für den Kostendruck im Gesundheitswesen und den damit verbundenen Personalschlüssel und die Personalausfälle. Supervision kann da nur lindern und Ressourcen aktivieren, aber nicht die Schrauben der Rahmenbedingungen lockern.

Zusätzlich erlebt der Pflegeberuf eine Spaltung in seinem Berufsverständnis. Es gibt die wissenschaftlich ausgebildeten Pflegeeliten, die konträr zu den gestressten und gefährdeten Pflegenden stehen. Den körpernahen Tätigkeiten fehlt die Anerkennung in der Gesellschaft und vor allem im Pflegeberuf selbst, obwohl diese für den Aufbau einer vertrauensvollen Pflegebeziehung eine wichtige Rolle spielen und für die Eigenständigkeit des Pflegeberufs stehen. In der Supervision können sie lernen, ihr Handeln zu begründen und zu verantworten. Mit dieser reichhaltigen Pflegepraxis schaffen sie den Raum, ihre berufliche Identität zu stärken und selbstbewusst nach außen zu tragen.

**Ein Beispiel
aus der Gruppensupervision**

Eine Altenpflegerin, 27 Jahre, berichtete über eine Notfallsituation am Wochenende. Ein Pflegeheimbewohner mit Krebsdiagnose und Tracheostoma, 63 Jahre, betätigte den Pflegeruf. Die Pflegekraft ging auf die Glocke und fand den Bewohner leblos im Bett auf. Sie instruierte die Pflegehelferin, den Notarzt zu rufen und in der Patientenakte nach einer Patientenverfügung zu suchen. Der Bewohner war erst vor kurzem ins Pflegeheim gezogen. Währenddessen vergewaltigte sich die Pflegekraft die Gespräche mit dem Bewohner und seine geäußerten Werte und Einstellungen. Der Bewohner hatte nach seiner Krebsdiagnose alle weiteren therapeutischen Maßnahmen abgelehnt. Sein Wunsch war, nach Hause zurückzukehren und dort zu sterben. Ein spezieller ambulanter Palliativdienst war mit in die Versorgung eingebunden. In der Bewohnerakte war keine Patientenverfügung hinterlegt. Nun hätte, nach dem Schema des Pflegeheims, die Notfallversorgung, sprich die Reanimation, beginnen sollen. Die Pflegekraft hatte sich aber in der Notfallsituation mit ihrem Wissen und nach dem mutmaßlich geäußerten Willen des Bewohners – „keine weiteren Therapien mehr“ – gegen die Reanimation entschieden. Nachdem der eingetretene Notarzt die Begründung gegen eine Reanimation der Pflegekraft verstanden und akzeptiert hatte, konnte die Pflegekraft mit der Versorgung des Toten beginnen. Zu diesem Zeitpunkt, erzählt sie, flossen bei ihr die Tränen in Strömen. Im Verlauf des weiteren Dienstwochenendes kommen der Altenpflegerin Zweifel über ihre Entscheidung und starke Schuldgefühle hoch, die sie nicht loslassen.

Was kann Supervision hier leisten?

- Supervision bringt Abstand zum Geschehen: Allein das Aussprechen und die Beschreibung der Situation helfen, einen Abstand zu bekommen. Die Distanz ermöglicht einen neuen Blick auf die Sachlage.
- Supervision bringt Verständnis für eigene unbewusste Motive: In der Reflexion wird der Supervisandin bewusst, dass der Patient sie an ihren Vater erinnert hat. Die Tränen kann sie sich dadurch selbst erklären. Nun versteht sie auch die starke Sympathie, die sie dem Kranken entgegenbrachte und ihre eigenen Anteile im Wunsch, die bestmögliche Entscheidung für ihn zu

Zusammenfassung

Erfolgreiche Supervision fördert die Sozialkompetenz, die Selbstständigkeit sowie die Fachkompetenz jedes einzelnen. Sie stärkt und erweitert den Blick auf die geleistete Arbeit und verbessert durch Reflexion das berufliche Tun. Dadurch können neue Handlungsstrategien entwickelt werden. Parallel dazu wirkt Supervision emotional entlastend für die Supervisanden. Diese Beratungsform kann Pflegenden helfen, in ihrem Berufsalltag wieder Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume zu entdecken. Darüber hinaus vermag Supervision gegen einen vermehrten Ausstiegswunsch und Beschäftigtenfluktuation im Pflegeberuf zu wirken. Letztendlich profitiert auch die Qualität der Pflege, also die Patienten und die Institution.

Schlüsselwörter: *Supervision, professionelle Identität, Teamarbeit*

- treffen, und die damit verbundenen Zweifel und Schuldgefühle.
- Supervision zeigt neue Handlungsspielräume auf: Der Supervisandin wird bewusst, dass Behandlungs- und Notfallpläne frühzeitig besprochen werden müssen.
- Supervision erhöht die Fachkompetenz: Als Berufsanfängerin erlebt die Supervisandin ihre erste Notfallsituation. Mit der Aufarbeitung der schwierigen Situation unter dem ethischen Aspekt bildet sie ihre Fachkompetenz weiter aus. Ferner kommt sie in Kontakt mit ihrem eigenen inneren „moralischen Kompass“. Infolgedessen kann sie ihre Schuldgefühle besser verstehen und einordnen.
- Supervision entwickelt eine professionelle Identität: Die Reflexion des Geschehens macht ihr bewusst, welche hohe Verantwortung sie in ihrem Beruf trägt. Das Verantwortungsgefühl steigert das Selbstbewusstsein und die Einsicht, einen hochqualifizierten Job auszuüben. Die Supervisandin erlebt in ihrem pflegerischen Tun die Basis ihres Berufes: die Ausgestaltung der Pflegebeziehung. Sie schafft eine vertrauensvolle Bindung zu dem Kranken. Diese Bindung wird durch den Tod abgeschnitten. Die Bewusstmachung des Bindungsverlusts trägt dazu bei, dass Trauer ausgedrückt werden darf und Tränen nach dem Versterben von Patienten erlaubt sind.
- Supervision schafft mehr Arbeitszufriedenheit: Die Persönlichkeit, das Wissen und die Erfahrungen fließen implizit in das tägliche berufliche Tun. Die Möglichkeit der Selbstklärung und Selbsterkundung führt zu einer Weiterentwicklung der Persönlichkeit. Diese Tätigkeit kann, ausgeübt im see-

- lischen Gleichgewicht, eine Arbeitszufriedenheit schaffen. Der Supervisandin wird im Rückblick klar, dass ihr die Unterstützung von Seiten der Leitung nach dem Vorfall gefehlt hat. Sie formuliert den Wunsch nach Anerkennung der geleisteten Arbeit und die psychische Unterstützung in schwierigen Situationen. Die Frage „Wie geht es Ihnen?“ und die Aussage „Sie haben richtig gehandelt und wir stehen hinter Ihnen.“ hätten sie gestärkt. Im weiteren Supervisions-Prozess würde die Supervisandin vielleicht den Wunsch an die Leitung formulieren.
- Supervision bringt Entlastung: Durch den Wegfall kommunikativer Zeiten für Teams können sich Pflegenden untereinander kaum entlasten. Erst in der Gruppensupervision spüren sie durch die empathische Haltung der Gruppenmitglieder Entlastung. Die Verbalisierung der verschiedenen Gefühle in der belastenden Situation trägt dazu bei.
- Supervision stärkt die eigenen Ressourcen: Alle vorangestellten Punkte stärken die eigenen Ressourcen. Zusätzlich trainiert Supervision die Wahrnehmung der eigenen Bedürfnisse, die Balance von Körper und Seele, das Wahrnehmen der verbalen und non-verbalen Wertschätzung und die innere Sicherheit vom Wissen des eigenen Wertes. In der Summe bilden sich das Selbstbewusstsein und die Selbstwirksamkeit und die innere Autonomie aus.

Fazit

Erfolgreiche Supervision fördert die Sozialkompetenz und die Selbstständigkeit sowie die Fachkompetenz je-

des einzelnen, unabhängig in welcher Form Supervision genutzt wird. Sie stärkt und erweitert den Blick auf die geleistete Arbeit und verbessert durch Reflexion das berufliche Tun. Dadurch können neue Handlungsstrategien entwickelt werden. Parallel dazu wirkt Supervision emotional entlastend für die Supervisanden. Die Pflegenden entdecken in ihrem Berufsalltag wieder Handlungs-, Entscheidungs- und Gestaltungsspielräume, die mit den Kohärenzgefühlen von Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit korrespondieren und für die Resilienz wichtig sind. Supervision vermag gegen einen vermehrten Ausstiegswunsch und Beschäftigtenfluktuation im Pflegeberuf zu wirken. Und schlussendlich verbessert Supervision die Qualität der Pflege, was sowohl den Patienten als auch der Institution zugutekommt.

Perspektiven

Pfister erläutert: „Eine Korrektur der Vorstellung von SV, sicherlich auch durch Verbesserungen der SV selbst, ist dringend nötig zur Aufwertung der Wirksamkeit dieses schützenden Faktors.“ (2012, S. 182). Aber wie kann Supervision im Pflegebereich konkret aussehen? Supervision sollte bei den Verantwortlichen gleichwertig neben Fort- und Weiterbildung zur Qualitätsverbesserung und Qualitätssicherung stehen. Deutlich gemacht werden muss, dass Supervision kein therapeutisches Verfahren ist, sondern eine berufsbezogene Beratung. Die Verantwortlichen können Lust auf Supervision machen. Manchmal müssen sie auch Supervision „verordnen“. Ein niedrighwelliges Angebot, das zugleich sehr effektiv und für akute Situationen schnell im Team abrufbar sein kann, ist die Intervision, eine Form der Supervision ohne Supervisor. Wir geben in unserer beruflichen Weiterbildung dafür das Konzept der kollegialen Beratung (siehe Literaturliste: Kocks, Segmüller, Abt-Zegelin 2012) in die Hand. Auch kann Supervision mehr in die Alltagspraxis integriert werden – beispielsweise mit Besuchen des Supervisors auf Station –, um im Arbeitsalltag auf Arbeitsabläufe und Kommunikationspfade zu achten und diese gemeinsam in der Teamsupervision zu reflektieren. Schön wäre auch das bewusste Einbauen von Achtsamkeitsritualen im Pflegealltag. Eine weitere Unterstützung zur Selbsthilfe

wäre die Ausbildung eines Moderators für ethische Fallbesprechung in den Teams. Die Besprechung von ethischen Konflikten im Pflegealltag kann sehr entlastend sein. Zu allem braucht es Zeit, die gegenläufig in den Einrichtungen nicht zur Verfügung gestellt wird. Es bleibt unsere Aufgabe, „die Zeitsensibilität als Gegengewicht zu Stress und Kopflösigkeit als ein gemeinsames Projekt von Gesellschaft und ihren Professionen“ zu sehen (Gröning 2009, S. 57). <<



Literatur

- Bönninger C. (1995) *Supervision für Pflegekräfte: Psychohygiene oder mehr?* (1. Teil). *Pflege* 8, (1), S. 37–42.
- Bönninger C. (1995) *Supervision für Pflegekräfte: Psychohygiene oder mehr?* (2. Teil). *Pflege* 8, (2), S. 107–112.
- Ewers M. (2012) *Interprofessionaliät als Schlüssel zum Erfolg*. *Public Health Forum* 20, (77), S. 10.e1–10.e3.
- Gröning K. (2010) *Supervision in der Pflege*. *Online Zeitschrift Forum Supervision* 18, (36).
- Gröning K. (2009) *Zeitantagonismus in der Altenhilfe und die Bedeutung der Supervision*. *Online Zeitschrift Forum Supervision* Jahrgang 17, Heft 34.
- Jacke C. (2002) *Supervision in der Pflege – Möglichkeiten und Grenzen von Supervision für Mitarbeiter, Teams und Institutionen in der Pflege am Beispiel der ambulanten und stationären Altenpflege*. [http://www.dip.de/datenbank-wise/bewertungen/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2\[uid\]=150](http://www.dip.de/datenbank-wise/bewertungen/detail/?no_cache=1&tx_dipwise_pi2[uid]=150), Zugriff am 03.01.2015.
- Kocks A., Segmüller T., Abt-Zegelin A. (2012) *Kollegiale Beratung in der Pflege: Ein praktischer Leitfaden zur Einführung und Implementierung*. *Sektion BIS der DGP e. V.* Online unter: <http://www.dg-pflegewissenschaft.de/2011DGP/wp-content/uploads/2011/09/2012-11-26-Leitfaden-DGP-A4-es-FINAL-gute-Aufl%C3%B6sung.pdf>, Zugriff am 28.04.2015.
- Koppelin F. (2013) *Stress in der Altenpflege: Supervision und Salutogenese als Mittel der Psychohygiene für Altenpflegekräfte*. *Diplomica*, Hamburg.
- Link N. (2014) *Für Mitarbeiterzufriedenheit gibt es kein Patentrezept*. *Pflegezeitschrift* 67, S. 112–113.

Maier M. (2011) *Psychische Belastung des Personals in Institutionen der Langzeitpflege – nur ein Problem für die Mitarbeitenden des Pflegedienstes? Prävention und Gesundheitsförderung* 6, S. 223–228.

Mamerow R. (2002) *Selbstpflege. Die Kunst, im Beruf gesund und zufrieden zu sein*. Urban & Fischer, Quedlinburg.

Möller S. (2010) *Einfach ein gutes Team – Teambuilding und -führung im Gesundheitsbereich*. Springer, Berlin.

Müller M. & Pfister D. (2012) *Wie viel Tod verträgt das Team?* *Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen*.

Müller M., Pfister D., Markett S., Jaspers B. (2010) *Wie viel Tod verträgt das Team?* *Zeitschrift für Palliativmedizin* 11, S. 227–233.

Napiwotzky A. (1993) *Ausbildung zum Pflegenot-Stand? Ein Plädoyer für ausbildungsbegleitende Supervision*. *Deutsche Krankenpflege-Zeitschrift* 10, S. 723–729.

Napiwotzky A. (1998) *Selbstbewusst verantwortllich pflegen. Ein Weg zur Professionalisierung mütterlicher Kompetenzen*. Hans Huber, Bern.

Nolting H-D., Grabbe Y., Genz H., Kordt M. (2006) *Beschäftigtenfluktuation bei Pflegenden: Ein Vergleich der Bedeutung von arbeitsbedingtem Stress, organisationalen und individuellen Faktoren für die Absicht zum Berufswechsel und zum innerberuflichen Arbeitsplatzwechsel*. *Pflege* 19, S. 108–115.

Pühl H. (1990) *Handbuch der Supervision*. Volker Spiess, Berlin.

Schwarz R. (2009) *Supervision und professionelles Handeln Pflegenden*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden.

Stähli A. (2004) *Umgang mit Emotionen in der Palliativpflege*. Ein Leitfaden. Kohlhammer, Stuttgart.

Student J. & Napiwotzky A (2011) *Palliative Care wahrnehmen – verstehen – schützen*. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart.

Autorenkontakt:

Susanne Haller leitet die Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospiz Stuttgart. Sie ist Krankenschwester, Personenzentrierte Beraterin und Supervisorin i.A.
Kontakt: Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie für Bildung und Forschung des Hospiz Stuttgart, Relenbergstr. 90, 70174 Stuttgart.
 E-Mail: s.haller@hospiz-stuttgart.de